

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Komparace života seniorů žijících v instituci a v domácím
prostředí**

**The comparison of Seniors living in an institution or at
home**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
PaedDr., Mgr. Hana Žáčková

Autor:
Pavla Chomátová

Praha, 2019

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla v první řadě poděkovat PaedDr., Mgr. Haně Žáčkové za ochotný, milý a trpělivý přístup a podnětné rady. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za psychickou podporu a pomoc při hledání respondentů.

Díky patří také MSSS v Mostě, za to, že mi bylo umožněno v jejich instituci uskutečnit šetření. Na konec bych také chtěla poděkovat všem seniorům, kteří ochotně vyplnili dotazník a byli tak stěžejní pro mé šetření.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Komparace života seniorů v instituci a v domácím prostředí“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 6. 5. 2019

Pavla Chomátová

Anotace

Bakalářská práce se zabývá porovnáním života seniorů v domácím a institučním prostředí. Hlavním cílem práce je zjistit, jak senioři vnímají kvalitu svého života v souvislosti s prostředím, ve kterém žijí. Dalším cílem je zjistit rozdíly mezi seniory žijícími v institučním zařízení a v domácím prostředí.

Práce se skládá ze dvou částí. V první části je blíže specifikováno stáří a stárnutí, postavení seniora v rodině, blíže specifikován pojem kvalita života a možnosti péče o seniora. V rámci druhé části je provedeno šetření pomocí dotazníků mezi seniory žijícími v domácnostech a v Domově pro seniory na Mostecku.

Annotation

The bachelor thesis deals with the comparison of the life of seniors in the domestic and institutional environment. The main aim of this work is to find out how seniors perceive the quality of their life in connection with the environment in which they live. Another aim is to find out the differences between seniors living in an institution and at home.

The thesis consists of two parts. The first part specifies the age and aging, the position of the elderly in the family, the term quality of life and the possibility of care for the elderly. In the second part, the survey is carried out using questionnaires between seniors living in households and in the Home for the Elderly in Most.

Klíčová slova

Senior, stáří, instituce, domov pro seniory, domácí prostředí, kvalita života

Keywords

Senior, age, institution, home for the elderly, home, quality of life

Obsah

POUŽITÉ ZKRATKY	7
ÚVOD.....	8
1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	9
1.1. Definice	9
1.2. Členění.....	10
1.2.1. Období raného stáří	11
1.2.2. Období pravého stáří	11
1.3. Změny ve stáří	11
1.3.1. Tělesné změny	12
1.3.2. Psychické změny.....	14
1.3.3. Sociální změny.....	15
1.4. Demografický vývoj obyvatelstva.....	17
1.4.1. Mediánový věk	17
1.4.2. Podíl 65 a víceletých	18
1.5. Potřeby seniorů.....	18
1.5.1. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem.....	19
1.5.2. Potřeba sociálního kontaktu.....	19
1.5.3. Potřeba citové jistoty a bezpečí.....	20
1.5.4. Potřeba seberealizace	20
1.5.5. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje.....	20
1.6. Strategie chápání vlastní role ve stáří	20
1.6.1. Konstruktivní strategie	21
1.6.2. Strategie závislosti	21
1.6.3. Strategie obranná	21
1.6.4. Strategie hostility	21
1.6.5. Strategie sebenenávisti	22
2. SENIOR A RODINA.....	23
2.1. Fáze stáří a životního osíření.....	23
2.2. Mezigenerační soužití	24
2.3. Péče o seniora v rodině	25
3. KVALITA ŽIVOTA	27
3.1. Historicko-filozofický kontext pojmu.....	27
3.2. Definice pojmu.....	28
3.3. Dimenze kvality života.....	29
3.3.1. Rozdělení dimenzí kvality života za účelem měření	29
3.4. Kvalita života seniorů.....	30
3.4.1. Příprava na stáří	30
3.4.2. Starobní důchod	31
3.4.3. Volný čas a záliby.....	32
4. MOŽNOSTI PÉČE O SENIORY	34
4.1. Perspektivní strategie péče o staré lidi	34
4.2. Systém sociální péče.....	34
4.3. Deinstitutionalizace	35
4.4. Služby poskytované seniorům v domácím prostředí.....	36
4.4.1. Pečovatelské služby	36
4.4.2. Denní stacionáře.....	36
4.4.3. Home care.....	36
4.4.4. Respitní péče.....	37
4.4.5. Osobní asistence.....	37

4.5.	Instituční zařízení pro seniory.....	37
4.5.1.	Dům s pečovatelskou službou.....	37
4.5.2.	Domov pro seniory.....	38
4.5.3.	Domov se zvláštním režimem.....	38
4.5.4.	Léčebna dlouhodobě nemocných.....	38
4.5.5.	Hospic.....	39
5.	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	40
5.1.	Cíle šetření.....	40
5.2.	Použité metody.....	40
5.2.1.	Etika šetření.....	41
5.2.2.	Struktura dotazníku.....	41
5.3.	Charakteristika šetřeného prostředí.....	41
5.3.1.	Domov pro seniory.....	42
5.3.2.	Okres Most.....	42
5.4.	Prezentace a interpretace údajů z šetření.....	43
5.4.1.	Rozdělení seniorů dle pohlaví.....	44
5.4.2.	Věk.....	44
5.4.3.	Rozdělení respondentů dle nejvyššího ukončeného vzdělání.....	45
5.4.4.	Rozdělení respondentů dle velikosti města, ve kterém žijí.....	46
5.4.5.	Rozdělení respondentů dle druhu bydlení.....	47
5.4.6.	Rozdělení respondentů dle členů domácnosti.....	48
5.4.7.	Rodina.....	48
5.4.8.	Na koho se respondenti obracejí, když potřebují pomoci.....	52
5.4.9.	Možnosti pohybu a soběstačnosti.....	53
5.4.10.	Finance.....	54
5.4.11.	Zdravotní stav.....	54
5.4.12.	Záliby.....	56
5.4.13.	Spokojenost.....	57
5.5.	Shrnutí výsledků.....	58
5.6.	Diskuze.....	59
ZÁVĚR.....		61
ODBORNÉ ZDROJE.....		62
SEZNAM GRAFŮ.....		65

Použité zkratky

ČSÚ – Český statistický úřad

WHO - Světová zdravotnická organizace

ČR – Česká republika

QOL – Quality of life, Kvalita života

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

Úvod

Toto téma jsem si vybrala, protože stáří je nedílnou součástí téměř každého života. Staří lidé jsou všude kolem nás, setkáváme se s nimi v rodině, v dopravních prostředcích, na ulici, a jednou se jimi také většina z nás stane.

S pokročilým věkem jde často ruku v ruce zhoršení zdravotního a psychického stavu, ztráta samostatnosti a hrozba sociální izolace. S tím přichází také otázka bydlení. Je proto třeba řešit otázku Jak a kde senioři žijí a jak jsou spokojeni?

Já sama jsem se se stářím potkala v rámci rodiny, školní praxe v Domově pro seniory i v rámci brigády jako pracovník odlehčovací služby pro seniory se stařeckou demencí. Setkala jsem se tedy se seniory jak v domácím, tak v institucionálním prostředí. Jako největší problém vnímám časté odcizení seniora a jeho rodiny, kdy rodina nemá na seniora čas, někdy se o něj ani nezajímá, nebo se neumí postarat. Nastávají i situace, kdy starý člověk s ne úplně ideálním zdravotním stavem, pečuje o svého partnera, který je na tom zdravotně nebo psychicky hůře. Senioři jsou často osamoceni.

Ubytování seniora v instituci se jeví jako řešení některých problémů, mladší generace není tolik zatížená péčí, na druhou stranu ale hrozí seniorovi potlačení nebo změna jeho individuality, navíc se musí přizpůsobit režimu zařízení. V domácím prostředí zase hrozí, že se zhoršením zdravotního stavu ztrácí senior samostatnost, je osamělý a to může vést k sociální izolaci.

V této bakalářské práci, jak už název napovídá, se budu věnovat tématu Komparace života seniorů žijících v instituci a v domácím prostředí. Porovnam, jak vnímají svůj život senioři žijící v instituci a senioři žijící doma.

Práce se bude skládat z teoretické a praktické části. V teoretické části se zaměřím na problematiku stáří a stárnutí, postavení seniora v rodině, druhy institucí pro seniory a na péči, která může být poskytována seniorům v domácnosti.

V praktické části se poté zaměřím na porovnání seniorů v instituci se seniory v domácím prostředí. Průzkum bude probíhat mezi seniory žijícími v Ústeckém kraji. Šetření proběhne pomocí strukturovaných dotazníků. Následně na základě odpovědí z dotazníků provedu analýzu výsledků.

Hlavním cílem mé práce je zjistit, jak senioři vnímají kvalitu svého života v souvislosti s prostředím, ve kterém žijí. Dalším mým cílem je zjistit rozdíly mezi seniory žijícími v institučním zařízení a v domácím prostředí.

1. Stáří a stárnutí

„Stárnutí a stáří, stejně jako smrt, jsou jedinou spravedlivou jistotou, kterou máme.“¹

1.1. Definice

V odborné literatuře lze najít nespočet různých definic stáří a stárnutí.

Dle Matouška je Stáří *„Věkové období začínající v současné západní kultuře v 60 – 65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu. Někteří z nich pak mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost. Jen menší část lidí dožívající se 80 let je zdravá a soběstačná. Neplatí však obecně, že každý starý člověk je bezmocný, nemocný, depresivní, trpí poruchami paměti a pohybového ústrojí. Je lepší obecně popisovat psychické a tělesné změny ve stáří jako změnu schopnosti než jako jejich úbytek. Individuální kompetence jsou totiž vždy významnější než fyzický věk.“²*

„Stárnutí je proces charakterizovaný strukturálními a funkčními změnami organismu a také poklesem schopností a výkonnosti jedince.“³

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům přírody.“⁴

„Stáří je poslední etapou života, fází, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje.“⁵

„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny tyto změny se prolínají a některé jsou protichůdné.“⁶

¹ Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 13

² Matoušek Oldřich. Slovník sociální práce. 2008, s. 214

³ Hrozenková Martina. Sociální péče o seniory. 2013, s. 12

⁴ V. Pacovský, H. Heřmanová. Gerontologie. 1981, s.57

⁵ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 299

⁶ Pavel Mühlpachr . Gerontopedagogika. 2009, s. 18

Dle WHO je *“stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických i psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími”*⁷

Dle definic je stáří poslední vývojovou fází, při níž dochází k úbytku fyzických i psychických sil. Nastává po 60-65 roce života, je přirozené a nezvratné.

1.2. Členění

Každý člověk stárne, již od svého narození a každý stárne „jinak“. V některých obdobích svého života stárneme rychleji a v jiných zase pomaleji. *„Z praktických důvodů však můžeme hovořit o tom, že rané stáří reprezentují „mladí senioři“, a teprve od 75 let věku můžeme bez obav mluvit o skutečném stáří“*⁸

Odborná literatura obsahuje několik různých členění životní etapy stáří.

Mühlpachr⁹ zmiňuje následující členění:

- 65-74 mladí senioři
- 75-84 staří senioři
- 85 a více let velmi staří senioři

Světová zdravotnická organizace doporučuje členění dle kalendářního věku na:

- 45–59 let – střední nebo též zralý věk,
- 60–74 let – vyšší věk neboli rané stáří,
- 75–89 let – stařecký věk, neboli sénium, vlastní stáří
- 90 a výše – dlouhověkost¹⁰

V odborné literatuře se v poslední době vyskytují označení young old nebo jen old pro „mladé seniory“ (65-74 let), old old pro „staré staré“ (75 až 85 let) a very old old pro „dlouhověké“ (85 let a více). Jelikož ale člověk stárne postupně a přechody mezi jednotlivými obdobími jsou nezřetelné, používá se také označení: 50+, 60+, 70+ atd. nebo varianta 50plus, 60plus, 70plus atd.¹¹

Vágnerová¹² rozeznává dvě etapy stáří.

- 60 – 75 let - Období raného stáří
- 75 let a více - Období pravého stáří

Pro potřeby této práce využiji dělení stáří dle Vágnerové.

⁷Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 20

⁸Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s.20

⁹Pavel Mühlpachr. Gerontopedagogika. 2009

¹⁰Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 20

¹¹Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s.21

¹²Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007

1.2.1. Období raného stáří

Jak již bylo řečeno, do tohoto období spadají senioři ve věku od 60 do 75 let.

*„Rané stáří, resp. Třetí věk, je obdobím života, v němž sice dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život.“*¹³

Stáří přináší nové zkušenosti, se kterými se musí každý nějakým způsobem vyrovnat. Záleží na jedinci, jak tento vývojový úkol zvládne. Starší člověk se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a změnám, což se sice děje v každém životním období, ale starší člověk to má ztížené, jelikož jsou jeho kompetence vlivem stáří (nebo i chorob) determinovány. Přesto ale rané stáří většinou nepřináší zásadnější omezení, většina šedesátiletých si udržuje přijatelnou úroveň tělesných i duševních schopností.¹⁴

1.2.2. Období pravého stáří

Toto období se dotýká seniorů nad 75 let. Dověšením 80. roku se senior dožívá tzv. čtvrtého věku.

K subjektivnímu pocitu pohody během tohoto období vede udržení přijatelného životního stylu. K tomu vede udržení soběstačnosti, vytvoření nebo udržení sociálních kontaktů, aby se zabránilo sociální izolaci a pocitu osamělosti a udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty.¹⁵

Mezi nejčastější zátěžové situace patří nemoc a úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu a ztráta jistoty soukromí (např. přesunem do pobytového sociálního zařízení)¹⁶

Dle E. H. Eriksona je vývojový úkol dosažení integrity v pravém stáří již naplněn. Senior je v tomto věku již smířený se svým životem.¹⁷

1.3. Změny ve stáří

Jako ve všech vývojových fázích, zažíváme i ve stáří velké množství změn. Ačkoli během dětství a mladé dospělosti je člověk značně adaptabilní, s přibývajícím věkem se přizpůsobivost zhoršuje. Starý člověk má tendence dávat přednost zaběhnutým a klidným

¹³ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 299

¹⁴ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s.302

¹⁵ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 399

¹⁶ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 400

¹⁷ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 400

stereotypům. Senioři mají také často sklon k lpění na minulosti, vzpomínání na šťastné dětství i idealizování minulých časů. I přesto, že staří lidé nemusejí vnímat změny pozitivně, je pro ně důležitá určitá míra nových podnětů, které ho povedou k oddalování závislosti na společnosti, či druhé osobě.¹⁸

Změny ve stáří se projevují v rovině tělesné, psychické i sociální. Navzájem se prolínají a ovlivňují.

1.3.1. Tělesné změny

- Změny vzhledu
- Úbytek svalové hmoty
- Změny termoregulace
- Změny činnosti smysl
- Degenerativní změny smyslů
- Kardiopulmonální změny
- Změny v trávicím systému
- Změny vylučování moči
- Změny sexuální touhy¹⁹

*„Tělesné projevy, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, označujeme jako fenotyp stáří.“*²⁰ Tělesná výška se v souvislosti se stoupajícím věkem snižuje a naopak tělesná váha má tendenci stoupat do 70-80 let, poté má tendenci klesat. Dochází také k úbytku svalové hmoty. Nápadné jsou také změny postoje a chůze.²¹

Některé změny probíhají rychleji, jiné pomaleji. Mezi nejvýraznější změny patří sexuální aktivita mužů, rychlost reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty, vitální kapacita, srdeční kapacita, svalová síla, váha mozku, bazální metabolismus nebo např. rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny.

Rané stáří

S přibývajícím věkem přichází zhoršení somatického i psychického stavu. Proces tělesného a duševního úpadku bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Závisí na interakci genetických dispozic a důsledků různých exogenních vlivů, které se v průběhu života nakumulovali.²²

¹⁸ Marcela Hauke. Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách. 2014, s. 11

¹⁹ Venglářová Martina. Problematické situace v péči o seniory. 2007, s. 12

²⁰ Dagmar Dvořáčková. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. 2012, s. 12

²¹ Zdeněk Kalvach. Gerontologie a geriatric. 2004, s. 99-101

²² Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 311

Lidé mají ve svém genetickém programu zakódován průběh i počátek stárnutí, ale i pravděpodobnou délku života. To je základ tzv. primárního stárnutí. Dědičné předpoklady, jsou však pouze jedním z několika faktorů, které mohou ovlivnit rychlost a kvalitu stárnutí. Rychlost stárnutí je ovlivňována i vnějšími faktory. Na nich závisí do jaké míry se člověk přiblíží své předpokládané maximální délce života. Působení těchto faktorů vede k tzv. sekundárně podmíněnému stárnutí. Exogenní zátěže v průběhu života ovlivňují fungování jednotlivých orgánových systémů, popřípadě i celého organismu. Výsledkem je aktuální stav, který může být vlivem exogenních faktorů horší, než by se na základě genetických dispozic dalo předpokládat.²³

Během stáří přibývá četnosti nemocných lidí. Základním znakem nemoci ve stáří je tzv. polymorbidita, což znamená, že starší lidé trpí větším počtem různých, často chronických onemocnění. Zdraví má ve stáří jiné dimenze, než u mladších jedinců. Za zdravého lze považovat člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je soběstačný.

Ve stáří je také velmi významný subjektivní postoj k vlastním obtížím. Stáří je spojeno s nutností přizpůsobení se svým vlastním možnostem a akceptováním omezení. Přehnané zaměření na zdravotní stav a zdůrazňování zdravotních problémů může vést i ke snížení sociálního postavení starého člověka. Pokud se senior zaměřuje jen na vyzdvihování svých chorob, zvyšuje se riziko, že bude ostatními lidmi odmítán. „Tendence vynucovat si pozornost pomocí somatických stesků je běžnou obrannou reakcí starých lidí.“ Často se ale mívá efektivitou, neboť člověk, který si neustále na něco stěžuje, může být považován za obtížného a nepříjemného.

Standartní proces stárnutí mění nejenom funkce, ale i vzhled starého člověka. Tím je ovlivněn i jeho sociální status. Lidé jej začínají vnímat jako starce a také se tak k němu chovají. „Zevnějšek staršího člověka může signalizovat, jaký je jeho somatický i psychický stav.“ Někteří senioři o sebe pečlivě dbají, podporují svoji sebeúctu. Ke ztrátě zájmu o osobní hygienu a zevnějšek dochází často u osamělých seniorů, kteří necítí žádnou motivaci k takové aktivitě. Nezájmem o vlastní vzhled se může také projevat v rámci demence nebo jiného závažného onemocnění.²⁴

Pravé stáří

Starší lidé trpí tzv. polymorbiditou, tj. současným výskytem několika chorob. V tomto věkovém období trpí senioři polymorbiditou více, než senioři v raném období. Dle

²³ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 312

²⁴ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 314-15

seniorů nad 70 let znamená zdraví schopnost radovat se ze života a dělat si, co člověk chce. Dochází také ke snížení soběstačnosti, což může vést k bezmocnosti a závislosti na pomoci jiných lidí či k nutnosti umístění do instituce.²⁵

Pro stáří je typický nárůst některých chorob. Mezi nejčastější patří chronická onemocnění oběhové soustavy. Ve stáří mohou být četné cévní mozkové příhody, v jejichž důsledku může dojít i k afázii.²⁶

Další hojně vyskytovanou nemocí bývá demence, tj. závažnější úbytek rozumových schopností. Ta může člověka zbavit soběstačnosti a plně ho odkázat na péči jiných lidí. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba, o něco méně častá bývá demence vaskulárního typu. Časté jsou také nemoci pohybového ústrojí²⁷

1.3.2. Psychické změny

- Zhoršení paměti
- Problematictější osvojování si nového
- Nedůvěřivost
- Snížená sebedůvěra
- Sugestibilita
- Emoční labilita
- Změny vnímání
- Zhoršení úsudku²⁸

Během stárnutí často dochází ke změně osobnosti. Více se projevují negativní vlastnosti a negativní rysy osobnosti.²⁹ Například člověka, který měl celý život sklony k lítostivosti, ve stáří rozpláče smutný článek v novinách nebo reportáž v televizních zprávách.

Rané stáří

Se stářím přicházejí i změny psychiky. Některé jsou biologicky podmíněné, některé jsou důsledkem psychosociálních vlivů a některé jsou důsledkem jejich interakce.

Mezi biologicky podmíněné změny náleží např. celkové zpomalení, obtíže v zapamatování a vybavování, snížení frustrační tolerance atd.³⁰

²⁵ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 402-3

²⁶ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 403

²⁷ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 404-5

²⁸ Venglářová Martina. Problematické situace v péči o seniory. 2007, s. 12

²⁹ Řičan Pavel. Cesta životem. 2004, s. 337-338

³⁰ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 315-16

Psychosociálně podmíněné změny jsou ovlivněny psychosociálními faktory. Tím může být tzv. kohortová příslušnost. Lidé téže generace stárli v podobných podmínkách, mají obdobnou sociální zkušenost a působily na ně podobné sociokulturní vlivy. Dále mohou být ovlivněny specifickým životním stylem a různými návyky. Dále také mají vliv na psychiku starého člověka očekávání a postoje společnosti, které ho manipulují do určitého postoje a modelu chování.³¹

Po 60 roce života klesá schopnost využít svůj potenciál. Dochází k celkovému zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů. Dále se objevuje zhoršení paměti i postupná proměna intelektových funkcí.

Pravé stáří

Pokračuje proces zpomalování. Dále dochází ke zhoršování zrakových i sluchových funkcí, což může ztížit orientaci a komplikovat komunikaci. To může vést k osamělosti.

Pro seniory ve fázi pozdního stáří je velmi důležitá nezávislost a soběstačnost. Vzhledem ke zhoršování zdravotního stavu a kognitivních funkcí je však často těžké zachovat si samostatnost. Často je třeba přizpůsobení domácnosti seniora jeho zdravotnímu stavu. Staří lidé si také nemusí úbytek svých schopností vždy plně uvědomovat.³²

1.3.3. Sociální změny

- Odchod do důchodu
- Změna životního stylu
- Stěhování
- Ztráta blízkých lidí
- Osamělost
- Finanční problémy³³

Rané stáří

Dle teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona je hlavním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. To se projevuje přijetím svého života, jako celku, který měl určitý smysl. Starý člověk potřebuje vnímat svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec.³⁴ „Dosažení vývoje integrity je podmíněno i harmonizací všech rolí, které člověk v jednotlivých vývojových fázích získal.“³⁵

³¹ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s.317

³² Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 407-9

³³ Venglářová Martina. Problematické situace v péči o seniory. 2007, s. 12

³⁴ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 299

³⁵ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 299

Starší člověk se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám. Má to ztížené o to, že tak činí v době, kdy jsou kompetence vlivem stáří více či méně limitovány.³⁶

Postoj současné společnosti ke stáří je spíše negativní a podceňující. Hodnotový systém současné společnosti klade význam na výkonost a líbí vnější vzhled, čímž jsou senioři značně znevýhodněni.³⁷ V minulosti bylo běžné, že staří lidé působili jako rádci pro mladší generace, byla využívána jejich moudrost a zkušenosti. S vývojem technologií dochází k utlumení tohoto významu starších lidí. V současnosti si všechny informace vyhledáme na internetu nebo je zhlédneme v televizi. Nastala situace, kdy mladší generace učí a předává zkušenosti té starší.

Pravé stáří

Starší senioři mají potřebu udržení spolehlivých a jistých citových vazeb. Vztahy s lidmi jim slouží jako zdroj komplexní opory. Postupně ale dochází k redukci jejich sociální sítě. V rámci úbytku energie, ale i potřeby nenarušení citové pohody, eliminují staří lidé mnohé kontakty a vztahy. Paralelně s touto tendencí narůstá emoční význam nejbližší rodiny a přátel. Staří lidé na nich ulpívají jako na výlučném zdroji své jistoty a bezpečí. Případnou separaci pak prožívají jako silný stres.³⁸

Se stoupajícím věkem často přichází pocit osamělosti, který může být dán izolací od společnosti. Sociální izolace seniorů je častý problém který se řeší např. depistáží, tj. vyhledávání klientů v terénu. Těmto klientům je pak nabídnuta pomoc. Leckdy také bývá pro seniora v domácnosti důležitý sociální kontakt pečovatel, který může docházet z asistenční nebo odlehčovací služby.

Ve stáří také často přichází zátěž umístění do instituce. „Ústavní pobyt lze na jedné straně chápat jako určitou variantu specifické sociální izolace: méně pohyblivý či jinak limitovaný senior mnohdy zůstává uzavřen v jedné z jeho částí a ztrácí kontakt s okolním světem. (Totéž ovšem platí i tehdy, když je méně pohyblivý člověk izolován ve svém bytě.) Na druhé straně ze bývá starý člověk přesycen kontakty s mnoha dosud cizími lidmi, leckdy také hůře přizpůsobivými. Mohou ho zatěžovat zejména tehdy, pokud by s nimi musel sdílet i část soukromí a nemohl by ovlivnit jejich výběr.“³⁹

³⁶ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 305

³⁷ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s.308

³⁸ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 412

³⁹ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 420

1.4. Demografický vývoj obyvatelstva

Dle českého statistického úřadu v roce 2000 tvořili lidé starší 65 let 13,8% české společnosti, v roce 2016 to bylo už 18,3%.⁴⁰ Z toho jasně vyplývá, že počet seniorů stoupá a populace stárne. Tento jev se netýká jen České republiky, ale vlastně celého vyspělého světa.

„Počet starých lidí v populaci vyspělých zemí (včetně ČR) stoupá, proto stoupají i nároky na ekonomické a lidské kapacity, jež by jim zabezpečili přiměřenou úroveň péče. Ve vyspělých zemích je téměř polovina prostředků vynakládaných na sociální péči adresována starým lidem, kteří jsou největší podskupinou klientů sociálních a zdravotnických služeb.“⁴¹

O Evropě se hovoří jako o šedivějícím kontinentu. Mezi oblasti s největším výskytem seniorů do roku 2020 patří Japonsko (31%), Řecko a Švýcarsko (přes 28%), severní Amerika(23%) a východní Asie(17%).⁴²

Situace stárnutí obyvatelstva má několik obecně známých příčin.

- klesající porodnost
- snižující se úmrtnost v důsledku lepší zdravotní péče
- pokles kojenecké úmrtnosti
- prodlužování střední délky života
- snížení chudoby, sociální rozvoj, zlepšení životních podmínek
- pokrok v medicíně a s tím související větší záchrana lidských životů⁴³

Stárnutí obyvatelstva lze vyjádřit několika ukazateli. Jedním z nich je mediánový věk a druhým je podíl starších 65 let na celkovém obyvatelstvu.

1.4.1. Mediánový věk

Mediánový věk je věk, který má člověk stojící uprostřed lidí srovnaných podle věku.

Nejnižší mediánový věk má Turecko 31,1 let a za ním se nachází Island, jenž má hodnotu 36,1 let. K dalším zemím s nízkými hodnotami mediánového věku patří také

⁴⁰ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 a 2017* [online graf]. Praha, [2017] [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

⁴¹ Matoušek Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2008, s. 214

⁴² Malíková Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 2011, s. 26

⁴³ Malíková Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 2011, s. 26

Irsko, Albánie nebo např. Černá hora. Zemí s nejvyšším mediánovým věkem v rámci grafu je Německo s hodnotou 45,8. V Itálii je mediánový věk 45,5. K další zemím s vysokým podílem staršího obyvatelstva a vysokým mediánovým věkem patří např. Portugalsko, Řecko, Bulharsko nebo Lichtenštejnsko. S hodnotou 41,5 let se Česko nachází zhruba uprostřed grafu Mediánového věku obyvatelstva z roku 2016. Podobnou hodnotu mediánového věku jako Česká republika mají Maďarsko, Rumunsko, Estonsko, Dánsko a Belgie.⁴⁴

Pomocí mediánového věku se dá také porovnat rychlost stárnutí obyvatelstva. Některé státy stárnou pomaleji a některé rychleji. Dle grafu vypracovaného ČSÚ mezi roky 2000 a 2016 nejvíce zestárli obyvatelé Litvy, kde se mediánový věk prodloužil o 7,3 let. Rychle zestárli i obyvatelé Lichtenštejnska a Rumuni. Pomalu stárnou Švédí (o 1,6 let), Lucemburčané, Norové a obyvatelé Spojeného království. Češi spolu s Iry zestárli o 4,2 let.⁴⁵

1.4.2. Podíl 65 a víceletých

Největší podíl obyvatelstva starší 65 let má Itálie (22%). Následuje ji Řecko (21,3%) a Německo (21,1%). Česká republika má tento podíl 18,3%, což je stejně jako Maďarsko. Mezi Země s nízkým zastoupením seniorů patří Turecko (8,2%), Albánie, Makedonie nebo např. Island.⁴⁶

1.5. Potřeby seniorů

Potřeba je subjektivně pocíťovaný nedostatek něčeho, co je nezbytné. Při nenaplnění potřeby dochází k frustraci a při dlouhodobé frustraci pak dochází k deprivaci.

Hierarchii potřeb uspořádal americký psycholog Abraham Maslow do tvaru pyramidy, dle jejich důležitosti. Ve spodní části pyramidy se nachází základní tělesné, fyziologické potřeby, na nimi je potřeba bezpečí a jistoty, nad nimi potřeba lásky a přijetí, výše je potřeba uznání a úcty a nejvýše se nachází potřeba seberealizace. Ve spodní, nejširší, části pyramidy se tak nachází existenčně nejdůležitější potřeba, na vrcholu pyramidy pak méně důležitá potřeba. Přesto je však pro spokojenost člověka důležité naplnění co nejvíce potřeb.

⁴⁴ Český statistický úřad. Seniori v mezinárodním srovnání 2017, 2017, s. 5

⁴⁵ Český statistický úřad. Seniori v mezinárodním srovnání 2017, 2017, s. 6

⁴⁶ Český statistický úřad. Seniori v mezinárodním srovnání 2017, 2017, s. 6-7

Ve stáří dochází k proměně některých potřeb, hlavně pak potřeb biologických a psychických. Do popředí se dostávají potřeb zaměřené především na jistotu a bezpečí. „Aby jedinec zvládnul náročné úkoly tohoto období, více se zaměřuje na sebe, na uspokojování vlastních potřeb, což vyplývá ze zhoršení některých fyzických i psychických kompetencí a uvědomění si postupné ztráty soběstačnosti. Nenaplnění potřeb vede k frustraci, tedy ke zklamání, a mnohdy ke vzniku problémového chování.“⁴⁷

Potřeby seniora jsou individuální, mění se vlivem času a prostředí, ve kterém člověk žije. Během stárnutí dochází ke změnám zdravotního i psychického stavu, ale také ke změnám sociálním. Může docházet k proměnám partnerských, rodinných i společenských vztahů. V důsledku změn se mohou měnit i potřeby a jejich priorita. Naplnění jedné z potřeb může frustrovat potřebu jinou, např. přestěhování do domu s pečovatelskou službou může zvýšit pocit bezpečí, ale narušit sociální vazby.⁴⁸

Vágnerová⁴⁹ uvádí následující potřeby seniora.

1.5.1. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem

Potřeba stimulace bývá snižená. Větší intenzita či nakupení podnětů staršího člověka dráždí a unavuje. Senior dává přednost klidnějším stereotypům (stále se opakujícím činnostem). Větší intenzitu nových podnětů může senior vnímat negativně, může se tak cítit dezorientovaný a nejistý. Často se obrací do minulosti, neboť preferují symbolické setrvání ve světě, který je minulostí a s nímž se identifikovali. To se projevuje častým vzpomínáním, uchováváním starých věcí, fotografií, dopisů apod. Přesto potřebuje starý člověk určitý počet nových podnětů, které ho povedou k aktivizaci a oddálí tak závislost na společnosti či jiné osobě.

1.5.2. Potřeba sociálního kontaktu

Starší lidé potřebují sociální kontakty, ale zároveň i své soukromí. To proto, aby nebyli vystaveni nadměrnému množství podnětů. Dávají přednost kontaktu s lidmi, kteří jim jsou blízcí (rodina, přátelé), ale i lidem kteří náleží ke stejné sociální skupině, protože rozumějí jejich steskům a potřebám. S postupujícím stáří ubývá sociálních kontaktů, starý člověk se pak může cítit osamělý, tím se snižuje jeho pocit jistoty a bezpečí.

⁴⁷ Hauke Marcela. Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách. 2014, s. 11

⁴⁸ R. Čevela, Z. Kalvach, L. Čeledová. Sociální gerontologie, úvod do problematiky. 2012, s. 34

⁴⁹ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 344 - 347

1.5.3. Potřeba citové jistoty a bezpečí

Jistota a bezpečí má pro staršího člověka větší hodnotu, než dříve. Starší lidé se celkově cítí více ohroženi a ne vždy se jedná o projev přecitlivělosti. Hrozí jim reálné riziko- např. ovdovění či onemocnění. To souvisí s ubýváním sil a schopností a s tím související mírou závislosti. Ta může být nepříjemná, ale vazba na blízké lidi, kteří jsou ochotni poskytnout pomoc a oporu zároveň, posiluje pocit jistoty. Starší lidé potřebují ujistit, že jsou součástí určité sociální skupiny.

1.5.4. Potřeba seberealizace

Ve stáří často klesá význam potřeby seberealizace nebo se mění způsob jejího uspokojování. Někteří senioři pociťují frustraci s odchodem do důchodu. Pocit bezvýznamnosti role důchodce může vést k rezignaci a k pocitům méněcennosti. Senioři často mluví o svých dřívějších kvalitách, mohou si tím vynahrazovat pocit ztráty vlastní hodnoty. Potřeba seberealizace u staršího člověka také často souvisí s autonomií, tj. s udržením určitého pocitu svobody rozhodování o sobě samém, a s možností vlastního jednání. Udržení autonomie je nepřímo úměrné s mírou závislosti. Starší člověk chce být nejen milován, ale i uznáván a ceněn. S úbytkem kompetencí a stoupající závislostí na péči jiné osoby může klesat seniorův pocit vlastní užitečnosti. Často může nastat situace, kdy starý člověk prožívá svou seberealizaci skrze jinou osobu, např. skrze vnuky.

1.5.5. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje

Starý člověk je velmi zatěžován strachem z nemoci, osamění a ztráty soběstačnosti. Je pak důležité, aby si zachoval soběstačnost a hlavně sebeúctu. Je také důležité přijmout nevyhnutelnost stáří a smrti těšit se existencí zachovalých hodnot. Vyrovnat se s nutností změny vlastního smyslu života, je důležitým a také náročným úkolem raného stáří.⁵⁰

1.6. Strategie chápání vlastní role ve stáří

Starý člověk může do společnosti přispět svými zkušenostmi, moudrostí, postojem a může přijmout jiné pracovní a společenské role. Být užitečný je prioritou člověka. V každém věku je důležité udržovat sociální vazby a navazovat nové.⁵¹

⁵⁰ Venglářová Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 2007, s. 11-12

⁵¹D. Klevetová, I. Dlabalová. Motivační prvky při práci se seniory. 2008, s. 28

Klevetová⁵² uvádí 5 tzv. vyrovnávacích strategií. Někdy spolu tyto strategie souvisejí nebo se vzájemně prolínají.

1.6.1. Konstruktivní strategie

Člověk se dokáže vyrovnat s omezeními, které mu stáří přináší. Snaží se být aktivní, vytvářet nové vztahy a stanovovat si přiměřené cíle. Je tolerantní vůči okolí. Snadno navazuje kontakty, má optimistické myšlení a smysl pro humor. Přijímá svá omezení a dokáže se přizpůsobit změnám. Předpokladem pro tuto strategii je spokojené dětství a tvořivá dospělost.

1.6.2. Strategie závislosti

Člověk je pasivní, spoléhá na pomoc okolí a nechce nic rozhodovat samostatně. Je nebo byl v submisivnějším postavení vůči svému partnerovi a to mu vyhovuje. Má rád své soukromí, pohodlí a bezpečí. Sám neví, co je pro něj nejlepší a je lehce ovlivnitelný např. svojí rodinou. To může být destruktivní, pokud má rodina názory v rozporu s potřebami seniora.

1.6.3. Strategie obranná

Tento člověk odmítá přijmout změny stáří. Svou soběstačnost dokazuje přehnanou aktivitou a odmítáním pomoci druhých. Člověk této strategie byl zpravidla společensky velmi úspěšný a nelíbí se mu myšlenka na odchod do důchodu. Emočně se kontroluje, lpí na svých zvyklostech a nechce nic měnit. Má tendence být konfliktní a vyžadovat moc nad prostředím.

1.6.4. Strategie hostility

Tento člověk chce být litován. Přesto bývá nepřátelská vůči lidem a vůči všemu. Je obětí svého života, dle jeho názoru nikdy nic není dobře. Bývá často agresivní, podezřivý, často si na něco stěžuje a vyvolává konflikty. Nerozumí si s mladými lidmi.

⁵²D. Klevetová, I. Dlabalová. Motivační prvky při práci se seniory. 2008, s. 31- 33

1.6.5. Strategie sebenenávisti

Člověk, který obrací svoji zlobu a nenávist proti sobě. Bývá kritický vůči vlastní osobě, často hovoří o smrti jako o vysvobození. V životě mohl zažít neuspokojivé vztahy s rodiči, partnerem nebo na pracovišti. Trpí pocitem osamělosti. Je kritický a pohrdavý vůči životu. Nemá touhu něco dělat nebo se o něco snažit. U těchto jedinců nezbývá než jejich postoje akceptovat, neboť je těžké u nich najít pozitivní přístupy.

2. Senior a rodina

Rodina je společenství osob, které jsou spojeny uzavřeným manželstvím nebo pokrevním příbuzenstvím. Plní funkci reprodukční, socializační, ekonomickou, emocionální a výchovnou.⁵³

Muži mají často kratší život, vývoj rodiny tedy obvykle končí vdovstvím. Zhruba polovina žen v ČR žije sama. Naše kultura pěstuje kult mládí a dětství, tudíž se společenská role seniorů stává někdy okrajovou. I přesto se může senior uplatnit jako pomocník a partner mladších generací rodiny.⁵⁴

Rodina ve vztahu manželství prochází několika vývojovými fázemi: Fáze vzájemného poznávání, fáze úplné rodiny, fáze opuštěného hnízda a fáze stáří a životního osíření. Pro tuto bakalářskou práci je důležitá fáze poslední.

2.1. Fáze stáří a životního osíření

Tato fáze je důležitou a poslední vývojovou etapou. Člověk se obrací ve vzpomínkách zpět, hodnotí svůj prožitý život. Často přicházejí dny plánování budoucnosti mladším generacím, dětem a vnoučatům. Myšlenky na mládí sbližují prarodiče s vnoučaty. V manželském páru se může objevovat „ponorková nemoc“. Krystalizují povahové rysy, objevují se jiné nároky na soužití. Velká část starých lidí svůj pozitivní vztah k životu opírá jen o drobné radosti a malá sociální pohlazení. Stáří je těžké. Je na nás pochopit a objevit odpověď, na otázku proč je stáří pro mnoho lidí tak těžké a nepřijatelné. Klevetová se domnívá, že tento pocit pramení z nedostatku času pro starou generaci. Staří lidé vnímají uspěchanost mladších generací a nechtějí jejich životní tempo zdržovat. To je potom vede k pocitu opuštěnosti a myšlenkám, že stáří je k ničemu. Mladší generace by si měla dát pozor, protože děti často přebírají vzorce chování a tak, jak se oni chovají ke svým rodičům, tak se jednou budou i jejich děti chovat k nim. Nejde ani tak o délku společně stráveného času, jako o jeho kvalitu. Měl by být kladen důraz na vytváření skutečných lidských vztahů, které jsou založeny na lásce, důvěře a trpělivosti.⁵⁵

⁵³ Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 53

⁵⁴ Oldřich Matoušek. Rodina jako instituce a vztahová síť. 1997, s. 62-63

⁵⁵ D. Klevetová, I. Dlabalová. Motivační prvky při práci se seniory. 2008, s. 78- 80.

2.2. Mezigenerační soužití

Rodinu můžeme dělit na tzv. malou a tzv. velkou rodinu. Malá rodina bývá zpravidla tvořena rodiči a jejich dětmi. Velká rodina se od ní liší počtem členů, může být třígenerační, čtyřgenerační nebo dokonce pětigenerační.⁵⁶

Vícegenerační rodina se skládá z prarodičů, rodičů a dětí. Pro generační soužití hovoří etické i výchovné důvody. Úcta ke stáří je jedním ze základních humanitních požadavků a transgenerační citové vazby mohou obohatit děti i prarodiče. Generační soužití může řešit problém opuštěnosti starých lidí. Na druhou stranu, fungující rodina potřebuje právo rozhodovat sama za sebe. Dochází k separaci nové generace, kterou lze chápat jako přirozený biologický skutek, který napodobuje živočišné instinkty, jako je např. odchod od smečky. Nová populace má právo na seberealizaci a vlastní vývoj.

Při společném mezigeneračním soužití může docházet k hádkám. Mladá a starší generace mají často rozdílné názory na fungování rodiny, finance nebo na úplně běžný chod domácnosti. V důsledku toho dochází k oslabení citových vazeb. Jako ideální řešení se jeví vzájemná pospolitost všech generací formou návštěv.⁵⁷

Klevetová⁵⁸ uvádí škálu mezigeneračního soužití:

- **Rovnocenné (realistické) soužití** - je nejžádanějším základem ve vztazích uvnitř rodiny a pohodou mezi generacemi. Jeho předpokladem jsou vyvážené osobnosti, které akceptují i zájmy starší generace.
- **Liberální (volné) soužití** - každý si dělá, co chce, členové rodiny nemají pravidla a hranice. Je zde patrné zeslabení citových vazeb, neuvědomění si povinnosti vůči seniorům a nerespektování jejich potřeb zejména v období ztráty autonomie.
- **Podbíživé soužití** - rodiče si kupují své děti. Je zde patrná bezmocnost vůči mladé generaci a snaha o zachování si zdání dobrého vztahu.
- **Nesmiřitelné soužití** - silně vyhraněný negativní postoj, který nepřipouští klasná vztah mezi mladší a starší generací.
- **Vynucené soužití** - několik generací je vlivem situace (např. nemoci prarodiče) donuceno sdílet domácnost. Je nedobrovolné, nemusí ale vždy zahrnovat negativní stanoviska.

⁵⁶ Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 53

⁵⁷ D. Klevetová, I. Dlabalová. Motivační prvky při práci se seniory. 2008, s. 80-81

⁵⁸ D. Klevetová, I. Dlabalová. Motivační prvky při práci se seniory. 2008, s. 80-81

- **Vychytralé soužití**- využívání rodičů nebo prarodičů s předstíraným zájmem o jejich osobu. Může nastat z různých důvodů, např. kvůli finanční podpoře, pomoci s dětmi, s domácností apod.

2.3. Péče o seniora v rodině

S postupujícím věkem a zhoršujícím se zdravotním stavem, může nastat situace, kdy starší člen rodiny ztrácí možnosti pohybu a soběstačnosti. Zvyšuje se tak jeho závislost na okolí a postupně se ztrácí autonomie.

Mezi lidmi spíše preferované oddělené bydlení mladší a starší generace nepočítá s velkou mírou závislosti starších členů rodiny na těch mladších. Počítá se spíše s občasnou pomocí, kterou lze poskytovat prostřednictvím občasného docházení za rodiči. Preferované je tedy oddělené bydlení, kdy ale starší i mladší generace mají bydliště v blízkosti, aby případně mohly děti dojíždět za rodiči a naopak.⁵⁹ Tento stav je ale proveditelný spíše v situaci, kdy je senior samostatný a nepotřebuje pomoc ve velké míře.

Ve stáří znamená dobře fungující rodina záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné v případě nesoběstačnosti staršího člena. Důležité jsou vůle, snaha a možnosti rodiny pomoci. Význam má i způsob a vzdálenost bydlení blízkých osob. Velkou roli hrají také morálka, etické normy, společenské i rodinné tradice, nebo také legislativní a ekonomická podpora. Velkou pomocí při péči o starého člověka jsou různé sociální služby. (více v. kap. 6.) Rodina je však v péči o starého člověka klíčová a nezastupitelná. Péče seniorovi by měla být poskytována pouze v míře nezbytně nutné. Když je senior až „přepečován“, hovoříme o tzv. hyperprotektivním syndromu. Tento syndrom může nastat i v institučním zařízení. Senior by měl mít snahu zůstat co nejdéle soběstačný. Měl by přijmout zodpovědnost za to, jak se na stáří připraví a jak se vyrovná s úskalími, které tato životní etapa někdy přináší.⁶⁰

Rodinné vazby hrají velkou roli i při odchodu seniora do institučního zařízení. Pokud bylo o seniora předtím pečováno v rodinném prostředí, může mít odchod do zařízení vliv na psychické i fyzické zdraví seniora. Ovlivněn však není jen senior, ale také pečující. Dobré vztahy v rodině mají vliv i na kvalitu života.⁶¹

V současné době se hranice odpovědnosti rodiny za své závislé členy přesouvá na společnost. Dlouhodobě závislý člen rodiny je přesunut do institučního zařízení, kde „se o

⁵⁹ Dagmar Dvořáčková. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. 2012, s.55

⁶⁰ D. Klevetová, I. Dlabalová. Motivační prvky při práci se seniory. 2008, s.85

⁶¹ H. Janečková, R. Netvichová Novotná. Sociální práce: Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. 2013, s. 73

něj postarají“. Dochází k tzv. defamilizaci, tj. nahrazování neformální péče rodiny za formální péči instituce. Většina klientů pobytového zařízení ale potřebuje být v kontaktu se svými blízkými, zejména dětmi. Blízcí rodinní příslušníci představují pro staršího člena rodiny zdroj intimity, jistoty, sdílení, sociálního začlenění i životního smyslu. Ale i pro poskytovatele služeb mohou být významným zdrojem inspirace a zlepšení kvality péče. Dle Janečkové a Netvichové Novotné by měli pracovníci sociálních služeb věnovat pozornost i vztahům klienta s rodinou. Měli by posilovat kompetence blízkých příbuzných v situaci, která je pro ně nová a neznámá.⁶²

⁶² H. Janečková, R. Netvichová Novotná. Sociální práce: Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. 2013, s. 73-80

3. Kvalita života

Obsahem této kapitoly je zakotvení pojmu kvalita života, který se objevuje v hlavním cíli. Dále bude kapitola obsahovat také vymezení kvality života seniorů a faktory, které ji ovlivňují.

Výzkumy zabývající se kvalitou života různých cílových skupin jsou v poslední době poměrně časté. Je to logické, neboť tento pojem nabývá stále více na významu a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života.⁶³

Kvalita života se také často označuje jako QOL, tj. zkratka anglického Quality of life.

3.1. Historicko-filozofický kontext pojmu

Úvahami o kvalitě života se dříve zabývali filozofové a teologové. Antický pohled na kvalitu života vycházel převážně z vnímání subjektivní pohody jako nejvýraznějšího indikátoru kvality života. Antická filozofie pracovala se strategií zvládnání. Etické koncepty Platóna a Aristotela jsou vlastně různé strategie zvládnání. Můžeme mezi nimi najít vyhledávání sociální opory, strategie zaměřené na cíl (hédonismus) a zvládnání emocí.

Ve středověku bylo filozofické hnutí ovlivněno hlavně křesťanstvím. K největším osobnostem patřil Tomáš Akvinský. Vrcholem štěstí v životě člověka je poznání Boha.

18. století bylo ovlivněné osvícenským myšlením. Důraz je kladen na jedince. K největším filozofům můžeme řadit Immanuela Kanta. Zdůrazňuje vliv mravního zákona, který existenci člověka pozvedá nad pouhé přežití. Filozofie 19. Století se zabývá pojmem vnitřní dialog. Měli bychom odhalit nejen svoji sílu, ale i slabost. S kvalitou života též úzce souvisí pojem smysl života. Ten byl uveden zejména do psychoterapie E. Franklem. Stal se základním východiskem v přístupu k lidským problémům v rámci logoterapie a existenciální analýzy.⁶⁴

V novodobé historii se pojem kvalita života datuje od 20. let 20. století. Poprvé ho zmínil Pigou v práci zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Znovu se objevil až po 2. světové válce. V té době byl tento pojem uveden do politiky americkými prezidenty J. F. Kennedym a L. B. Johnsonem.⁶⁵

⁶³ Dagmar Dvořáčková. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. 2012, s. 56

⁶⁴ Dagmar Dvořáčková. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. 2012, s. 59-60

⁶⁵ Helena Vaňurová, Pavel Mühlpachr. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 2005, s. 7

V Evropě se tento pojem objevil v Římském klubu. To byla nevládní organizace, založená roku 1968 ve Švýcarsku, která kritizovala negativní tendence kapitalistické společnosti jako je např. zbrojení. Jednou z jejich hlavních programových aktivit bylo zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. Zaměřovali se na globální problémy.⁶⁶

V 70. letech vyšla řada publikací, které se pojmem zabývaly. Řešila se hlavně otázka stanovení indikátorů pro určení kvality života. První faktory ovlivňující kvalitu života vymezil W. Forrester. Jsou jimi zabezpečení potravinami, finance, zabezpečující životní standard, stav znečištěného prostředí, hodnota růstu počtu obyvatel. Později tyto faktory rozšířila OSN.⁶⁷

V roce 1974 Evropská komise OSN systematizovala sociální indikátory do 8 skupin. Jsou jimi zdraví, kvalita pracovního prostředí, nákup zboží a služeb, možnosti trávení volného času, pocit sociální jistoty, možnosti osobního rozvoje, fyzikální kvalita životního prostředí, možnost účasti na společenském životě.⁶⁸

Od 70. let se vedou diskuze o stanovení indikátorů pro měření QOL. V současnosti se odborníci shodují, že vymezení pojmu a volba měřicího nástroje závisí na účelu měření kvality života.⁶⁹

3.2. Definice pojmu

Není jednoduché pojem kvalita života definovat. Jedná se o multidisciplinární pojem.

Dle Matouška⁷⁰ je kvalita života „*Komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče.*“ které se opírá buď o širší definici, která zahrnuje zdraví, mezilidské vztahy, sociální postavení, materiální podmínky apod. nebo o jedno měřítko, např. o životní spokojenost.

„*WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám, a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.*“⁷¹

⁶⁶ Helena Vaďurová, Pavel Mühlpachr. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 2005, s. 7-8

⁶⁷ Helena Vaďurová, Pavel Mühlpachr. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 2005, s. 8-9

⁶⁸ Helena Vaďurová, Pavel Mühlpachr. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 2005, s. 9

⁶⁹ Helena Vaďurová, Pavel Mühlpachr. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 2005, s. 7-9

⁷⁰ Matoušek Oldřich. Slovník sociální práce. 2008, s. 92-93

⁷¹ Helena Vaďurová, Pavel Mühlpachr. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 2005, s.11

Pojem kvalita života obsahuje tři hlavní oblasti: fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem. Kvalita života je také spjata s okolním prostředím. Je ovlivněna působením sociálních, zdravotních, ekonomických i environmentálních faktorů a jejich interakcí. Má svůj materiální, duchovní, společenský a individuální rozměr. Definování tohoto pojmu i stanovení indikátorů kvality života je interdisciplinární problém, jehož řešení vyžaduje spolupráci hledisek z oblasti filozofie, sociologie, ekonomie, politologie, ekologie, etiky, psychologie a dalších vědeckých disciplín. Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí a sociální vztahy. Kvalita života je také ovlivněna kulturním prostředím.⁷²

Kvalita života úzce souvisí se zdravím. WHO definuje zdraví jako „*stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absence choroby.*“ V souvislosti se zdravím a nemocí bývá pojem interpretován jako pohoda, popř. osobní pohoda, anglicky well-being. Chápeme-li kvalitu života jako „cítit se dobře“, měli bychom o tento stav usilovat vždy a za všech okolností.⁷³

3.3. Dimenze kvality života

Ke konceptu kvality života lze přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového žebříčku. Výsledná spokojenost je závislá na jedincových osobních cílech, očekáváních a zájmech. Objektivní kvalitu života lze vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek. Sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. V současné době se odborníci přiklánějí spíše k subjektivnímu hodnocení kvality života.⁷⁴

3.3.1. Rozdělení dimenzí kvality života za účelem měření

WHO na základě své definice o kvalitě života (viz kap. 4.2) rozčlenila QOL do čtyř základních oblastí, které vystihují dimenzi kvality života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum, nebo postižení.⁷⁵

⁷²Dagmar Dvořáčková. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. 2012, s. 56-58

⁷³Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 258

⁷⁴Helena Vaďurová, Pavel Mühlpachr. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 2005, s.

⁷⁵Helena Vaďurová, Pavel Mühlpachr. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 2005, s. 18-19

Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, závislost na lékařské pomoci apod.

Psychické zdraví a duchovní stránka – sebezpojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, učení, paměť apod.

Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální opora, sexuální aktivita apod.

Prostředí – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí apod.

Ze stejného teoretického vymezení kvality života vyšla i QOL Research Unit v Torontu. Jejich model kvality života byl vytvořen za účelem zohledňujícím jak zdravotní determinanty, tak i spokojenost. Zdůrazňuje jak jedincovy fyzické, psychické a duševní schopnosti, tak i jeho vazby na prostředí a možnosti udržování a zlepšování schopností a vědomostí. Koncept se skládá ze tří základních oblastí života, z nichž každá obsahuje 3 podoblasti. Konceptní model kvality života podle QOL Research Unit v Torontu přeložený do češtiny popisuje Mühlpachr a Vaďurová na stranách 19 – 20.⁷⁶

3.4. Kvalita života seniorů

Pro člověka v seniorském věku je kvalita života důležitá především jako stupeň spokojenosti se životem. Na konci svého života chápe člověk kvalitu života jako spokojenost s tím, čeho dosáhl a co prožil.⁷⁷ Dle Eriksona by měl starý člověk dosáhnout integrity, tj. smíření se s prožitým životem.

„Kvalitu života z převážné části, hlavně v seniorském věku, podmiňuje zdraví“⁷⁸

Kvalita života seniorů je ovlivněna nejen zdravím, ale také mnoha dalšími faktory.

3.4.1. Příprava na stáří

Pro většinu lidí je práce hlavní náplní času, nejen že mu zajišťuje finance, ale pro některé je to také hlavní životní smysl.

Odchod do starobního důchodu může být pro některé seniory traumatizující, ať již o tom hovoří, nebo ne. Odchod do důchodu znamená posun od něčeho, co známe, někam, kde je změna dosavadních zvyklostí nezbytná, a přitom nejasná. Odchod do důchodu je

⁷⁶Helena Vaďurová, Pavel Mühlpachr. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 2005, s. 18

⁷⁷ Dagmar Dvořáčková. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. 2012, s. 58

⁷⁸ Martina Hrozenková, Dagmar Dvořáčková. Sociální péče o seniory. 2013, s. 26

vnímán také jako pád a odborníci popsali tzv. penzijní kolaps a dokonce i penzijní smrt, jejichž podstatou je ztráta zaměstnanecké role, o kterou senior definitivně přišel.⁷⁹

Důležité je se připravit na nástrahy a změny, které se stářím a odchodem do důchodu přicházejí. Přípravu na stáří lze rozdělit na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou.

Dlouhodobá příprava na stáří je vlastně příprava celoživotní. Spočívá vlastně v budování pozitivního obrazu stáří. Další součástí úspěšné dlouhodobé přípravy na stáří je důraz na celoživotní osobní odpovědnost za svůj život ve všech jeho obdobích.⁸⁰

Střednědobá příprava na stáří se dá datovat od doby, kdy do nástupu do důchodu zbývá cca 10 let ekonomicky aktivního života. Nejpozději ve středním věku by měl člověk začít vnímat stáří jako nedílnou součást života a pomalu, ale jistě se začít na třetí věk připravovat. Člověk by si měl položit otázku, co bude dělat, až nebudou jeho hlavní náplní času současné aktivity. Ze sociologického hlediska je třeba podporovat nosné rodinné vazby a „oprášit“ i ta přátelství, která byla v útlumu v době, kdy je zastínila prioritní péče o děti. Z biologického hlediska je nejvyšší čas osvojit si zásady zdravého životního způsobu, což pomůže k udržení praktické soběstačnosti.⁸¹

Krátkodobá příprava na stáří přichází zhruba v době 3-5 let před předpokládaným odchodem do důchodu. Haškovcová navrhuje případnou výměnu bydlení za menší a pohodlnější nebo se např. přestěhovat do blízkosti již dospělých dětí. Také je třeba pamatovat na přiměřené finanční rezervy.⁸²

Důležité je být připraven po stránce sociální i ekonomické. Akceptovat podmínky, které společnost připravuje občanům v postproduktivním věku, ale snažit se je svou vlastní aktivitou i ovlivňovat. Z ekonomického hlediska je možnost např. počítat s možností připojištění v různých penzijních fondech, udržovat a rozvíjet vztahy i mimo pracoviště. Již lidé ve středním věku by si měli najít hobby, které bude náplní jejich času, až budou v důchodu a také by se neměli spoléhat jen na státní důchody.⁸³

3.4.2. Starobní důchod

„Důchodový systém ČR je založen na povinném základním důchodovém pojištění podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Dále na důchodovém spoření podle

⁷⁹ Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 81

⁸⁰ Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 173-4

⁸¹ Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 174-5

⁸² Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 175-8

⁸³ Dagmar Dvořáčková. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. 2012, s. 26

zákona č. 426/2011 Sb., od roku 2013 a na doplňkovém penzijním spoření podle zákona č. 427/2011 Sb.“⁸⁴

Základní povinné důchodové pojištění je dávkově definované, průběžně financované, je univerzální a zabezpečuje všechno ekonomicky aktivní obyvatelstvo. Důchod ze základního důchodového pojištění je pobírán více než 99 % obyvatel, kteří jsou ve věku vyšším, než je věková hranice pro nárok na starobní důchod.

Aby měl člověk nárok na starobní důchod, musí splnit podmínky v zákonu o důchodovém pojištění.

Věk odchodu do důchodu se liší dle roku narození a pohlaví. Muži narození před rokem 1936 mají důchodový věk 63 let a ženy narozené před rokem 1936 57. U žen se poté věk odchodu do důchodu snižuje v závislosti na počtu dětí. Lidé narození mezi lety 1936 až 1971 odcházejí do důchodu dle tabulky uvedené na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí.⁸⁵ U lidí narozených po roce 1971 je důchodový věk prozatím stanoven na 65 let.⁸⁶

3.4.3. Volný čas a záliby

Zatímco mladší generace někdy těžko vyšetřuje čas na své zájmové aktivity, senioři by z nich často mohli učinit „páteř“ svého života. Někteří ještě chodí do práce, někteří navštěvují univerzity třetího věku a někteří se věnují svým individuálním koníčkům. Tradičními volnočasovými aktivitami jsou chalupaření, chataření, kutilství nebo sběratelství všeho druhu. Populární jsou také zpěv, hudba a tanec. Na významu tak nabývá cestování a turistika.⁸⁷

Tanci se věnují nejen tělesně čilí senioři, pro které se pořádají různé plesy, ale také ti, kteří už na tom nejsou zdravotně nejlépe. Tzv. taneční a pohybová terapie je přínosná pro všechny, kteří trpí chronickými chorobami a nejrůznějšími formami fyzického omezení. Takový společenský kondiční tanec je často realizován v různých domovech pro seniory, ale i v dalších zařízeních. V ČR se o rozvoj taneční terapie pro seniory zasloužil

⁸⁴ Důchodové pojištění. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/3>

⁸⁵ ODBOR 71. Starobní důchody. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 4. 10. 2018 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/618>

⁸⁶ ODBOR 71. Starobní důchody. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 4. 10. 2018 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/618>

⁸⁷ Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 179 - 180

baletní mistr Petr Veleta. Ve spolupráci s Gerontologickým centrem v Praze byly vytvořeny elektronické i tištěné materiály zabývající se taneční terapií.⁸⁸

S taneční terapií jsem se setkala v rámci praxe v denním stacionáři pražského Gerontologického centra. Hodina byla zahájena procvičením a navozením té správné atmosféry. Po „roztančení“ se tančilo na hudbu, kterou znali senioři z mládí. Přítomný klient služby, který byl ochotný tančit, a taneční mistr postupně provedli všechny přítomné seniorky. Na seniorech bylo vidět, že je to baví a na odpoledne, kdy mají „tanečky“ se moc těšili.

Oblíbeným koníkem je také turistika. Senioři cestují po České republice i do zahraničí. Různé cestovní kanceláře často nabízejí slevy na zájezdy pro seniory.

Někteří senioři se v pokročilém věku věnují také sportu. Po republice vznikají například hřiště pro pétanque. Řada zemí pořádá tzv. geroolympiády.⁸⁹ Každoročně se po celé republice pořádají Sportovní hry seniorů, kde skupiny soutěží v různých disciplínách. Účastníky těchto akcí jsou i senioři z institucí.

V domovech pro seniory zajišťují volnočasový program ergoterapeutky. Vymýšlí tak aktivity, které zahrnují pohyb, ruční práce nebo např. zpěv.

Mezi další aktivity, které senioři často provozují ve volném čase, patří četba, sledování televize nebo např. luštění křížovek.

⁸⁸ Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 180

⁸⁹ Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 182

4. Možnosti péče o seniory

V této kapitole budou specifikované různé formy péče o seniory.

4.1. Perspektivní strategie péče o staré lidi

Počátkem 80. let 20. Století byla vypracována strategie, která bývá zjednodušeně označována jako 4xD. Tato značka říká, že zdravotní a sociální péči je třeba deinstitucionalizovat, demedicinalizovat, deprofesionalizovat a deresortizovat.⁹⁰

- *Desinstitutionalizace* – je potřeba podpořit starající se rodiny, soustavně rozvíjet domácí péči a všechny formy komunitní péče. Péče o staré lidi nemůže být realizována výhradně nebo převážně na lůžku, tedy v institucích.
- *Demedicinalizovat* znamená, že lékaři nemohou vyřešit všechny problémy nemocných seniorů. V rámci možností by měli lékaři usilovat o návrat praktické soběstačnosti svých pacientů.
- *Deprofesionalizace* – do péče o staré lidi by měli být angažováni i laikové, kteří ale budou určitým způsobem poučeni. V této souvislosti je třeba pamatovat na koordinační roli, které by se měl někdo z odborníků ujmout.
- *Deresortizace* - reprezentanti každého resortu lidské společnosti mohou udělat něco pro současné seniory a pro své vlastní stáří. Jedná se o celospolečenské propojení seniorské problematiky. V první řadě je třeba bořit bariéry mezi resorty zdravotnictví a sociálních služeb a pak i mezi dalšími resorty, které mají zatím nevyužitou kapacitu pomoci zdravým i nemocným seniorům.

4.2. Systém sociální péče

Formy poskytování sociálních služeb lze rozdělit na pobytové, terénní a ambulantní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb. V rámci ambulantní služby dochází osoba do zařízení služby, kde ale není ubytován. Terénní služba je klientovi poskytována v jeho přirozeném prostředí a dochází tedy za ním.

V české společnosti se model péče nesoběstačným členům rodiny opírá o předpoklad, že o zajištění potřeb dané osoby se postará primárně rodina a až v případě, kdy neformální pečovatelé péči nezvládají, je využito formálních, resp. státních služeb. Je proto

⁹⁰ Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 233-235

velmi důležité vytvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit nebo dočasně nahradit a podporovat tak seniora v jeho přirozeném prostředí.⁹¹

Pokud dojde u seniora ke zhoršení zdravotního stavu a ke ztrátě soběstačnosti, potřebuje zajistit dlouhodobou péči, což může v rodině vyvolat krizi. V některých případech lze tuto situaci řešit pomocí terénních sociálních služeb, někdy je nutná možnost institucionální formy péče. Výběr z těchto možností je ovlivněn mírou soběstačnosti seniora a jeho zdravotním stavem.⁹²

4.3. Deinstitutionalizace

V současné době dochází v České republice k procesu transformace a deinstitutionalizace sociálních služeb. *„Deinstitutionalizace je vnímána jako proces, ve kterém dochází k přechodu od ústavní (institucionální) péče o osoby se zdravotním postižením k péči poskytované v přirozeném prostředí.“*⁹³

*„Díky růstu ekonomiky, životní úrovně a nevídanému pokroku v medicíně se zlepšuje kvalita života, prodlužuje se délka života, přibývá stoletých lidí. Olga Starostová z Institutu důstojného stárnutí Diakonie ČCE na konferenci v Hradci Králové (2017) seznámila přítomné s výsledky jejich průzkumu a konstatovala, že zatímco lidé se dožívají sedmdesátých let ve zdraví, pracují a sportují, lidé v 80+ se v polovině případů potýkají s demencí a jsou křehcí, přichází období snížené soběstačnosti, přesto si přejí setrvat doma a vyhledávají pomoc rodiny. Roste počet lidí 90+ a stoletých, narůstá počet lidí s demencí a se sníženou soběstačností a rodiny ztrácejí kapacitu péče v domácím prostředí.“*⁹⁴

Není však možné institucionální péči úplně eliminovat. U některých lidí není možné poskytování domácí péče, např. u vážně nemocných, osaměle žijících, bez rodinných vazeb a podpory, osob s demencí, a dalších podobných kategorií lidí, které se bez institucionální pomoci již neobejdou.⁹⁵

Deinstitutionalizace musí jít v ruku v ruce s opatřeními státu, které by ekonomicky posílily péči o seniory v jejich přirozeném prostředí. Mezi tyto opatření patří podpora bezbariérové bytové politiky (sociální bydlení) s pečovatelskou službou, podpora

⁹¹ Dvořáčková Dagmar. Sociální péče o seniory. 2013, s. 60

⁹² Dvořáčková Dagmar. Sociální péče o seniory. 2013, s. 62

⁹³ Odbor 22. Transformace sociálních služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 25. 1. 2017 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7058>

⁹⁴ Malá, Tomeš. Deinstitutionalizace: domácí péče vs. ústavy?. Fórum sociální práce. 2017, s. 81

⁹⁵ Malá, Tomeš. Deinstitutionalizace: domácí péče vs. ústavy?. Fórum sociální práce. 2017, s. 82

ambulantních sociálních i zdravotních služeb a podpora neformálních pečujících úpravami v pracovním právu i příspěvkem.⁹⁶

4.4. Služby poskytované seniorům v domácím prostředí

Senioři žijící v domácím prostředí a jejich rodiny využívají terénní a ambulantní formy poskytovaných služeb.

4.4.1. Pečovatelské služby

Jedná se o jednu z nejrozšířenějších terénních služeb. Využívají ji senioři nebo těžce zdravotně postižení občané, kteří si z důvodu zdravotního stavu, vysokého věku nebo ztráty soběstačnosti nejsou schopni obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby nebo kteří pro svůj nepříznivý zdravotní stav potřebují ošetření jinou osobou nebo jinou osobní péči, kterou jim nemohou poskytnout rodinní příslušníci. Hlavním cílem pečovatelských služeb je hlavně zajistit základní životní potřeby klientů, podporovat samostatný a nezávislý život v domácnostech, zachovat kontakt se sociálním prostředím a oddálit nutnost umístění do ústavní péče.⁹⁷

4.4.2. Denní stacionáře

V denním stacionáři se poskytují ambulantní služby. Využívají ho osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osoby s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba poskytuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a sociálně terapeutické činnosti.⁹⁸

4.4.3. Home care

Home care je odborná zdravotní péče, která je poskytována v domácím prostředí. Je určena osobám, které chtějí zůstat doma navzdory nepříznivé životní situaci. Zdravotní sestra dojíždí za klientem do jeho přirozeného prostředí.

⁹⁶ Malá, Tomeš. Deinstitutionalizace: domácí péče vs. ústavy?. Fórum sociální práce. 2017, s. 84-85

⁹⁷ Dvořáčková Dagmar. Sociální péče o seniory. 2013, s. 62 - 63

⁹⁸ ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. § 46

Jsou poskytovány úkony, jako je např. kontrola stavu rány, převázání ran, léčba dekubitů, měření tlaku nebo podávání léků a kontrola podávání léků.

4.4.4. Respítní péče

Českým synonymem respítní péče pojem úlevová péče. Anglické slovo respit znamená uvolnění, ulehčení. Respítní péče dopřává pečujícím přestávku, ve které si odpočinou a naberou síly na další pečování.

Respítní služby mají různou formu. „Běžnou“ úlevu přináší pomoc pracovníků agentur home care, pečovatelské služby nebo osobní asistence. Někdy je však potřeba poskytnout pečujícím delší pauzu. Tu reprezentuje tzv. parciální hospitalizace. To znamená, že za toho, kdo dlouhodobě pečuje, převezme na dohodnutý čas péči o osobu instituce.⁹⁹

4.4.5. Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba, která je poskytována osobám se zdravotním postižením, jež zahrnuje služby, které zmírňují důsledky postižení jedince při všech jeho činnostech. Vznikla v 60. letech v USA.

Obsahem péče je zajištění běžných úkonů, údržba domácnosti, zajištění stravy, pomoc při toaletě, při dopravě nebo při výchově dětí a zajištění se společenským prostředím apod. Může být poskytována 24 hodin denně. Jejím cílem je umožnit postiženým lidem, aby žili způsobem života, který co nejvíce blíží životu bez postižení.

Na rozdíl od pečovatelské služby by měla být poskytována bez omezení místa, času a bez závazně vymezených úkonů¹⁰⁰.

4.5. Instituční zařízení pro seniory

Instituční zařízení poskytují pobytové sociální služby.

4.5.1. Dům s pečovatelskou službou

Známé také jako byty zvláštního určení. Jedná se kombinaci pečovatelské služby a pobytového zařízení.¹⁰¹

⁹⁹ Helena Haškovcová. Fenomén stáří. 2010, s. 298-300

¹⁰⁰ Matoušek Oldřich. Slovník sociální práce. 2008, s. 128

¹⁰¹ Dvořáčková Dagmar. Sociální péče o seniory. 2013, s. 64

V zařízení jsou byty, ve kterých bydlí senioři, za kterými může individuálně docházet pečovatelská služba. Výhodou je, že jsou klienti pečovatelské služby situováni na jednom místě.

4.5.2. Domov pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby hlavně osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Poskytují se zde činnosti jako poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.¹⁰²

4.5.3. Domov se zvláštním režimem

Je to pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.¹⁰³

4.5.4. Léčebna dlouhodobě nemocných

LDN patří mezi zdravotnická zařízení, která poskytují následnou péči. V ČR patří mezi státem zřizovaná zařízení, která jsou hrazena ze zdravotního pojištění.¹⁰⁴ Poskytují doléčovací a rehabilitační péči. Měly by zajistit pacientovi lůžkovou, ošetrovatelskou, rehabilitační, ergoterapeutickou a sociální pomoc.

Pobyt v zařízení by neměl přesáhnout 90 dní. Po ukončení pobytu v LDN odcházejí pacienti nejčastěji do domácího ošetření, domovů seniorů nebo hospiců.

¹⁰² ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. § 49

¹⁰³ ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. § 50

¹⁰⁴ Matoušek Oldřich. Slovník sociální práce. 2008, s. 94

4.5.5. Hospic

Hospic je pobytové zařízení, které poskytuje služby osobám v terminálním stádiu života, tj. umírajícím osobám. Poskytuje tzv. paliativní péči. Zohledňuje psychické, duchovní i vztahové potřeby pacienta.

Během konce života fyzické potřeby ustupují do pozadí a jde spíše o tišení bolesti. Do popředí přicházejí psychické a duchovní potřeby člověka. Umírající se chce rozloučit se svými blízkými, urovnat staré konflikty a pokojně odejít. Často obrací svou pozornost na horizont ležící za běžnými a aktuálními starostmi běžného světa. Umírající nepotřebuje zdravotníka zaměřeného na tzv. akutní medicínu, ale spíše profesionála nebo dobrovolníka, který na něj má čas a unese velkou psychickou zátěž, jakou má doprovázení umírajícího.¹⁰⁵

Existuje i tzv. domácí hospic, který poskytuje službu v bydlišti pacienta. Ten tak umírá ve svém přirozeném prostředí. Tyto služby poskytuje např. Cesta domů.

¹⁰⁵ Matoušek Oldřich. Slovník sociální práce. 2008, s. 70-71

5. Dotazníkové šetření

5.1. Cíle šetření

Hlavním cílem šetření je zjistit, jak senioři vnímají kvalitu svého života v souvislosti s prostředím, ve kterém žijí. Dalším cílem je zjistit rozdíly mezi seniory žijícími v institučním zařízení a v domácím prostředí. Šetření proběhne mezi seniory na Mostecku.

5.2. Použité metody

K šetření je využita kvantitativní metoda výzkumu.

V rámci šetření bylo stanoveno několik oblastí, které dle mého názoru, ovlivňují kvalitu života seniora. Na základě těchto vybraných oblastí pak byli vytvořeny otázky dotazníku. Těmito oblastmi jsou bydliště, rodina, zdravotní stav a soběstačnost, pomoc v případě nouze, finance a volný čas.

S pomocí těchto oblastí byla stanovena hlavní otázka a vedlejší otázky.

HO: Jak senioři vnímají kvalitu svého života v souvislosti s prostředím, ve kterém žijí?

V1: Jak probíhá kontakt s rodinou?

V2: Jakým způsobem tráví senioři volný čas?

V3: Jaké jsou možnosti pohybu a soběstačnosti seniorů?

Ke sběru údajů byly použity písemné dotazníky, které byly rozdány mezi seniory v obcích na Mostecku. Respondenti z domácího prostředí pocházejí převážně z Mostu, Litvínova a Lomu u Mostu. Respondenti z institucionálního prostředí bydlí v Domově pro seniory, který spadá pod Městskou správu sociálních služeb v Mostě (Barvířská 495, Most, 434 01).

Ke zpracování dat je použit program Microsoft Excel 2010. Ze zpracovaných údajů jsou poté vytvořeny grafy.

Do zkoumaného vzorku jsou zahrnuti senioři starší než 65 let žijící na Mostecku. Podařilo se získat 44 dotazníků, z nichž je 22 od respondentů z domácího prostředí a 22 od respondentů z institučního prostředí. Na základě získaných údajů je provedena komparace seniorů z institučního a domácího prostředí.

5.2.1. Etika šetření

Respondenti vyplňovali dotazníky, které jim byly nabídnuty, dobrovolně a měli dostatek času na rozmyšlení odpovědi. Případné dotazy nebo nejasnosti v otázkách jim byly zodpovězeny.

V úvodu dotazníku je respondent osloven, tazatelka se zde představuje a uvádí důvod šetření. Následně je dotazovanému poděkováno za jeho čas. V závěru dotazníku je respondentovi poděkováno ještě jednou.

Je zachována anonymita všech seniorů, kteří se účastnili šetření.

5.2.2. Struktura dotazníku

Dotazník se skládá z úvodu a 16 otázek, z nichž je 14 uzavřených, jedna otevřená a jedna škálová.

V úvodu je představen důvod šetření a poděkování za respondentův čas.

Prvních několik otázek je rozřazovacích, poté následují otázky na bydlení, rodinu, soběstačnost, finance, zdraví, škálová otázka, kde respondenti hodnotí spokojenost s jednotlivými oblastmi života a jako poslední je otázka na trávení volného času. V rozřazovacích otázkách se dotazují na věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, bydliště a prostředí, ve kterém respondent žije. Ve škálové otázce hodnotí dotazovaný na škále od jedné do deseti svoji spokojenost se zdravím, bydlením, rodinou, financemi, volným časem a pocitem bezpečí.

Po otázkách následuje ještě jedno poděkování, přání hezkého dne a pevného zdraví.

5.3. Charakteristika šetřeného prostředí

V této kapitole bych chtěla představit prostředí, ze kterých senioři účastníci se šetření pocházejí. Senioři z institučního prostředí bydlí v Domově pro seniory, který spadá pod Městskou správu sociálních služeb v Mostě. Senioři z domácího prostředí pocházejí všichni z Ústeckého kraje, z okresu Most. Většina respondentů pochází z měst Mostu, Litvínova a Lomu u Mostu.

5.3.1. Domov pro seniory

Městská správa sociálních služeb v Mostě – příspěvková organizace spravuje ve městě několik zařízení. Organizace poskytuje podporu a pomoc uživatelům formou pobytových, terénních a ambulantních služeb.

Mezi tyto zařízení patří také Domov pro seniory s adresou Barvířská 495, Most. Mezi obyvateli Mostecka je hovorově znám jako Astra. Domov má kapacitu až 273 uživatelů. Cílovou skupinou jsou senioři od 62 let věku, senioři závislí na pomoci jiné fyzické osoby, senioři v nepříznivé sociální situaci z důvodu věku či zdravotního stavu, kteří mají sníženou soběstačnost a pobírají starobní či invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně.

Toto zařízení nabízí klientům bydlení v malých bytech. Nabízí garsonky, kde má senior své vlastní soc. zařízení, pokoj a kuchyňku nebo nabízí malé byty společné pro dva klienty, ve kterých mají každý svůj vlastní pokoj, společné sociální zařízení a kuchyňku.

Do poskytovaných služeb patří například poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a při osobní hygieně. Dále také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím nebo sociálně terapeutická a aktivizační činnosti.

Cena za pobyt se pohybuje od 9 485 do 10 336,- Kč/měsíc v závislosti na druhu stravy (normální nebo dieta) a bydlení v garsonce nebo ve společném bytě.

V zařízení působí několik ergoterapeutek, které seniorům zajišťují dopolední a odpolední zájmovou činnost. Dále se zde pravidelně konají kulturní akce, jako jsou např. taneční zábavy, přednášky, promítání filmů a dokumentů nebo vystoupení dětí ze základních a mateřských škol.

Pravidelně se také konají pravidelná setkání adaptační skupiny, kterých se účastní senioři, kteří jsou v zařízení noví. Díky tomu se nemusí senior cítit v zařízení sám, protože se seznámí s dalšími klienty. Lépe se tak senioři mohou adaptovat na pobyt v zařízení.

5.3.2. Okres Most

Okres Most se nachází v severozápadních Čechách. Je druhým nejmenším okresem ústeckého kraje. Má vysoký podíl městského obyvatelstva.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Charakteristika okresu Most. *Český statistický úřad* [online]. 2012, 5. 6. 2012 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xu/charakteristika_okresu_most

Současný stav okresu je velmi ovlivněn nerostným bohatstvím. Nachází se zde ložiska hnědého uhlí. V době čtyřiceti poválečných let probíhala v okolí Mostu povrchová těžba, což vedlo k zániku mnoha obcí. Nebývale rychlý růst těžby a rozvoj průmyslu ve 20. století vedl také ke zhoršení životního prostředí. Po sametové revoluci a během 21. století dochází k výraznému zlepšení ovzduší i přírody.

V současné době je Mostecko známé jako okres s mnoha vyloučenými lokalitami, poměrně vysokou nezaměstnaností a ne úplně vysokou životní úrovní.

V okrese a jeho okolí se nachází i zajímavá místa, na která se dají podnikat různé výlety, například Krušné hory, České středohoří nebo různé pamětihodnosti.

Ovzduší v okrese je ovlivněno přilehlými chemickými závody, které vypouštějí do ovzduší různé látky a skládkou Celio, která se nachází mezi Litvínovem a Mostem.

Město Most je okresní město s počtem obyvatel zhruba 62 000. Vývoj města je také ovlivněn těžbou hnědého uhlí. V 60. -80. letech 20. století bylo zbouráno staré město a vystavěno nové. Došlo také k přesunu kostela Nanebevzetí Panny Marie. Ve městě se nachází hrad Hněvín. V Mostě je několik domovů seniorů i domů s pečovatelskou službou. Funguje zde také denní stacionář pro seniory s demencí i asistenční služba.

Litvínov je město nacházející se na úpatí krušných hor s počtem obyvatel necelých 30 000. Ve městě se nachází několik pamětihodností jako je např. Zámek Valdštejnů, Kostel sv. Michaela Archanděla nebo Radniční sklípek. Město je známé svým vztahem k lednímu hokeji a nechvalně známou vyloučenou lokalitou Janov. V Litvínově se nachází několik domů s pečovatelskou službou a jeden domov seniorů.

Město Lom leží na rozhraní okresů Most a Teplice. Má přibližně 3 800 obyvatel. V Lomu se fungují všechny nezbytné služby od policejní stanice, přes lékaře až po kulturní dům. Funguje zde také klub seniorů, který pořádá různé kulturní akce jako je např. každoroční ples seniorů i výlety po okolí. Ve městě se nachází dům s pečovatelskou službou.

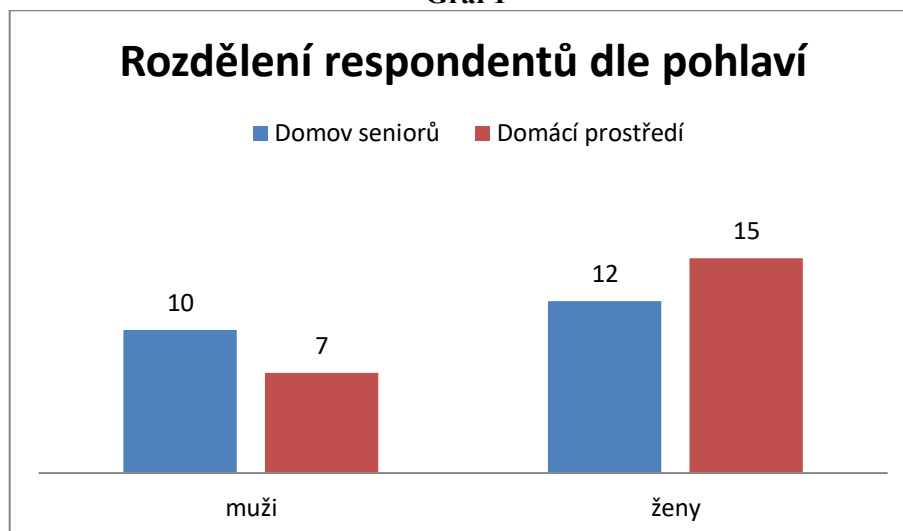
5.4. Prezentace a interpretace údajů z šetření

V této kapitole bych chtěla rozebrat a interpretovat údaje, které vyplynuly z šetření. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 44 seniorů. 22 z domácího prostředí a 22 z institucionálního prostředí.

Pro domov seniorů bude použita zkratka DS a pro domácí prostředí zkratka DP.

5.4.1. Rozdělení seniorů dle pohlaví

Graf 1



Zdroj: vlastní zpracování

Mezi respondenty převažují ženy, kterých se zúčastnilo 27, mužů se pak zúčastnilo celkem 17.

DS

U respondentů z domova seniorů mírně převažoval počet žen, kterých bylo 12. Mužů z domova se zúčastnilo 10.

DP

Počet žen z domácího prostředí výrazně převažuje muže. Žen se účastnilo 15, mužů pak 7. Šetření se účastnilo 7 manželských párů z domácího prostředí, všichni muži, kteří se účastnili, žijí v manželství.

5.4.2. Věk

Šetření se zúčastnili senioři ve věku od 68 do 92 let. Průměrný věk respondentů je 80,2. Senioři z institucionálního prostředí jsou starší, než senioři z prostředí domácího.

DS

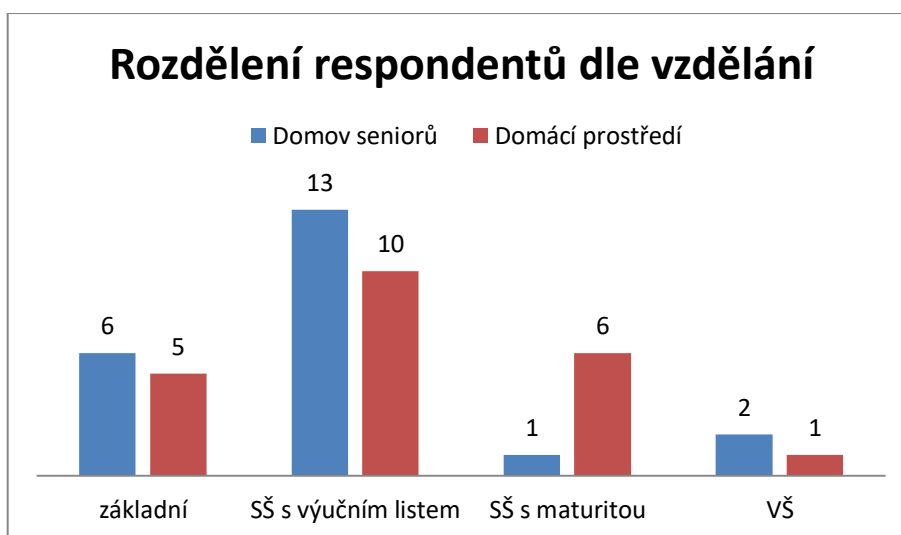
Senioři v domově pro seniory účastníci se šetření jsou ve věku od 71 do 92. Nejmladší senior je muž, s vysokoškolským vzděláním, který hodnotí svůj zdravotní stav jako skvělý. Nejstarší je pak žena, která popisuje svůj zdravotní stav jako „dobrý, až na artrózu 3. stupně“. Mezi její záliby patří cvičení v domově pro seniory a poslech dechovky. Na škále od jedné do deseti hodnotí vše, kromě zdraví, jako 10, tedy, že je velmi spokojena.

DP

Senioři z domácího prostředí jsou ve věku 68 – 84 let. Nejmladší je žena, která bydlí ve velkém městě se svým partnerem a svůj zdravotní stav hodnotí jako přiměřený věku. Nejstarším je pak muž ze středně velkého města, který žije v bytě se svou manželkou. V důsledku mozkové příhody má hypofunkční pravou ruku, přesto ale řídí auto na krátké vzdálenosti. Ve volném čase si rád například povídá se sousedy.

5.4.3. Rozdělení respondentů dle nejvyššího ukončeného vzdělání

Graf 2



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu výše vyplívá, že základní vzdělání má 11 respondentů. Nejvíce respondentů absolvovalo střední školu s výučním listem, těch je 23, což je více jak polovina dotazovaných. Střední školu s maturitou má 7 dotázaných seniorů a vysokoškolského vzdělání dosáhli 3 respondenti.

Základní vzdělání má 10 žen a jeden muž. Středoškolské s výučním listem má 14 mužů a 9 žen. Maturitní vzdělání mají samé ženy a vysokoškolské mají dva muži a jedna žena.

DS

Z domova seniorů má základní vzdělání 6 respondentů, z toho je jeden muž. Středoškolské s výučním listem má 13 respondentů. Vzdělání zakončeného maturitou dosáhla mezi seniory z domova seniorů pouze jedna seniorka. Vysokoškolské vzdělání mají dva muži.

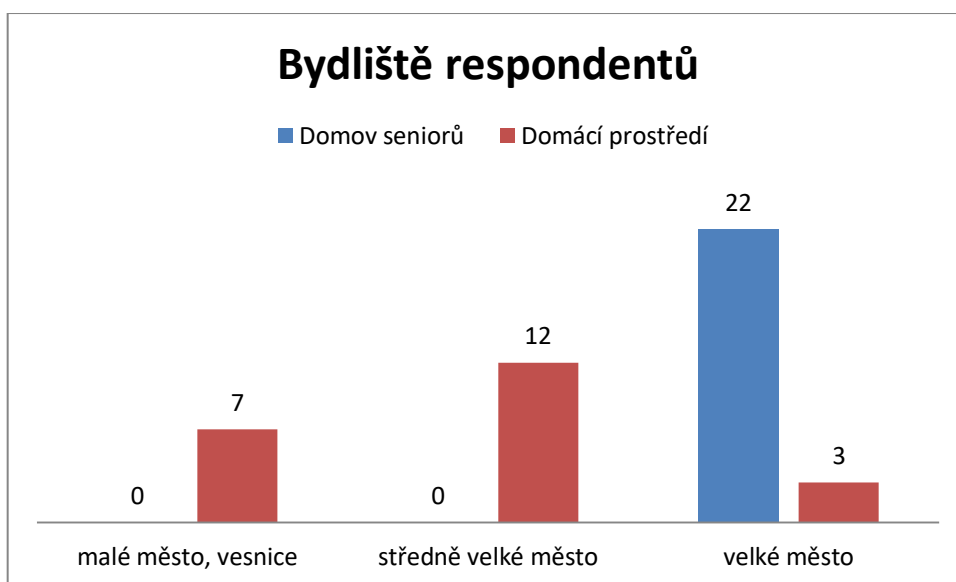
DP

Z respondentů z domácího prostředí má základní vzdělání 5 lidí, všechno ženy. Středoškolské s výučním listem má 13 dotázaných. Maturitní vzdělání má 6 dotázaných, všechno ženy. Vysokou školu má pak jedna žena, povoláním učitelka.

Za zajímavé se dá považovat, že všichni muži z domácího prostředí, kteří se šetření zúčastnili, mají středoškolské vzdělání s výučním listem.

5.4.4. Rozdělení respondentů dle velikosti města, ve kterém žijí

Graf 3



Zdroj: vlastní zpracování

V dotazníku byli uvedeny 3 možnosti velikosti města. Jako malé město nebo vesnice byla určena obec do 5000 obyvatel, jako středně velké město se bralo město s počtem obyvatel 5 – 40 000, jako velké město pak to, jehož počet obyvatel překračuje 40 000. Většina seniorů žije ve velkém městě.

DS

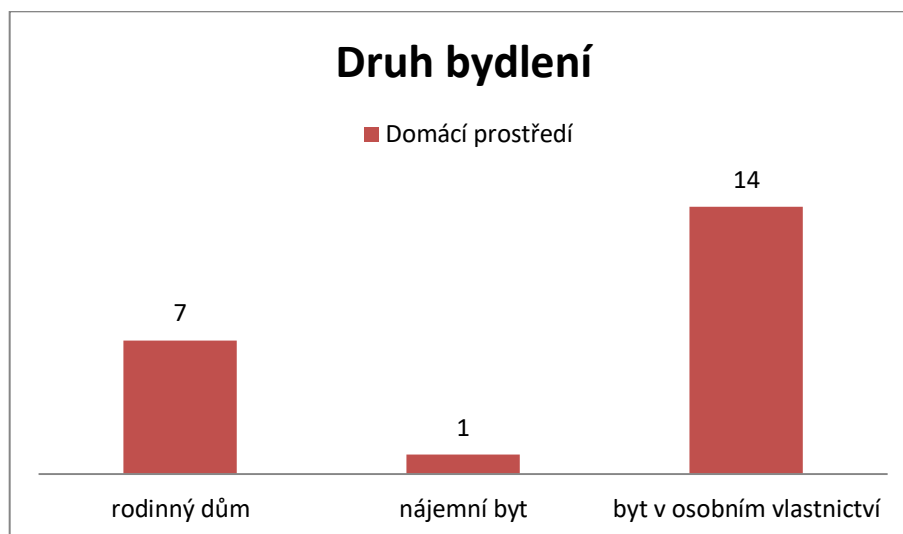
Všichni senioři z institučního prostředí mají jako bydliště velké město, protože se zde nachází Domov seniorů, ve kterém probíhalo šetření.

DP

V malém městě má bydliště 7 seniorů. Všichni bydlí v rodinném domě. Ve středně velkém městě žije celkem 12 seniorů a ve velkém městě bydlí 3.

5.4.5. Rozdělení respondentů dle druhu bydlení

Graf 4



Zdroj: vlastní zpracování

V grafu jsou zahrnuti pouze respondenti z domácího prostředí, protože všichni dotazovaní z institucionálního prostředí bydlí samozřejmě v domově seniorů.

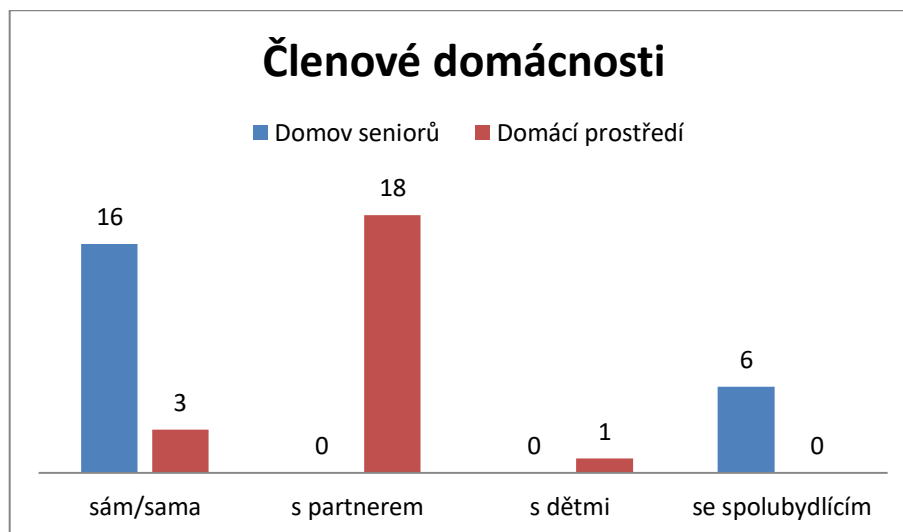
V rodinném domě žije 7 respondentů. Část dotázaných, kteří žijí v rodinném domě, tvoří 3 manželské páry, které žijí spolu a jedna žena, která žije v rodinném domku se svými dětmi. Všichni tito senioři žijí v malém městě s počtem obyvatel do 5 000.

Nájemní byt má jedna žena žijící ve středně velkém městě, která žije sama, ale je v každodenním kontaktu s rodinou.

Většina dotázaných z domácího prostředí žije v bytě v osobním vlastnictví. 3 tito respondenti žijí ve větším městě (více jak 40 000 obyvatel) a 11 jich žije ve středně velkém městě. Dvě ženy žijí samy, zbytek tvoří manželské páry, které žijí ve společné domácnosti.

5.4.6. Rozdělení respondentů dle členů domácnosti

Graf 5



Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti bydlí nejčastěji sami nebo s partnerem.

DS

V domově pro seniory se mi nepovedlo zajistit dotazník od manželského páru. V zařízení, ve kterém probíhalo šetření je možno bydlet v garsonce s vlastním sociálním zařízením, nebo v bytech, kde mají dva pokoje společné sociální zařízení. Někteří respondenti tak uvedli, že bydlí sami, i když ve skutečnosti mají s někým společné sociální zařízení a někteří bydlí v garsonce. Nedá se tedy přesně určit, kolik respondentů z domova pro seniory bydlí se spolubydlícím. Víme, že jich je minimálně 6.

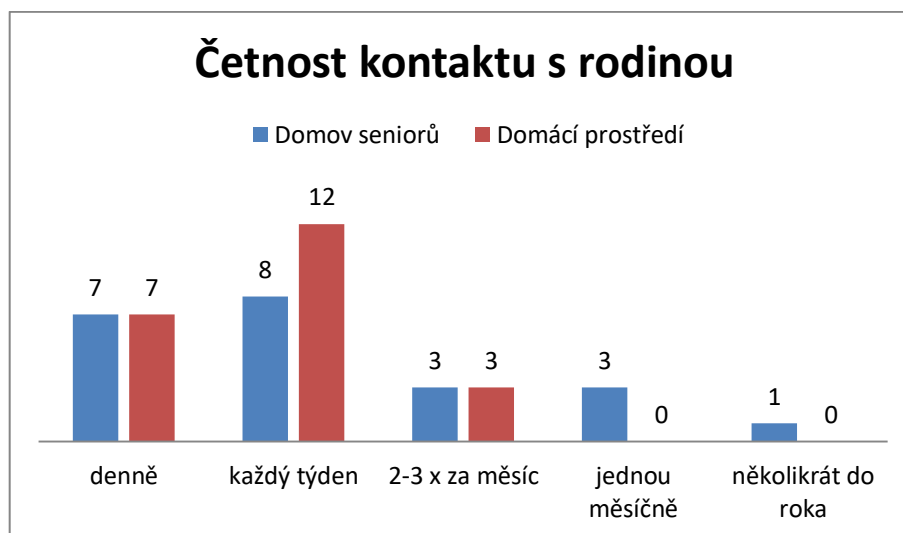
DP

Z domácího prostředí žijí 3 senioři sami, 18 jich žije s partnerem a jedna seniorka žije na malém městě v rodinném domě se svými dětmi.

5.4.7. Rodina

Jelikož je rodina v životě člověka velmi důležitá, byli v souvislosti s tématem rodiny v dotazníku tři otázky. První byla na četnost kontaktu s rodinou, druhá na druh kontaktu a třetí na příležitosti, při kterých se rodina se seniorem setká nejčastěji.

Graf 6



Zdroj: vlastní zpracování

Senioři byli v poměrně častém kontaktu s rodinou. 14 seniorů je v každodenním kontaktu, 20 je v kontaktu s rodinou každý týden, 6 několikrát do měsíce, 3 senioři jednou měsíčně a jeden senior několikrát do roka. Žádný ze seniorů nevedl, že by se s rodinou nestýkal.

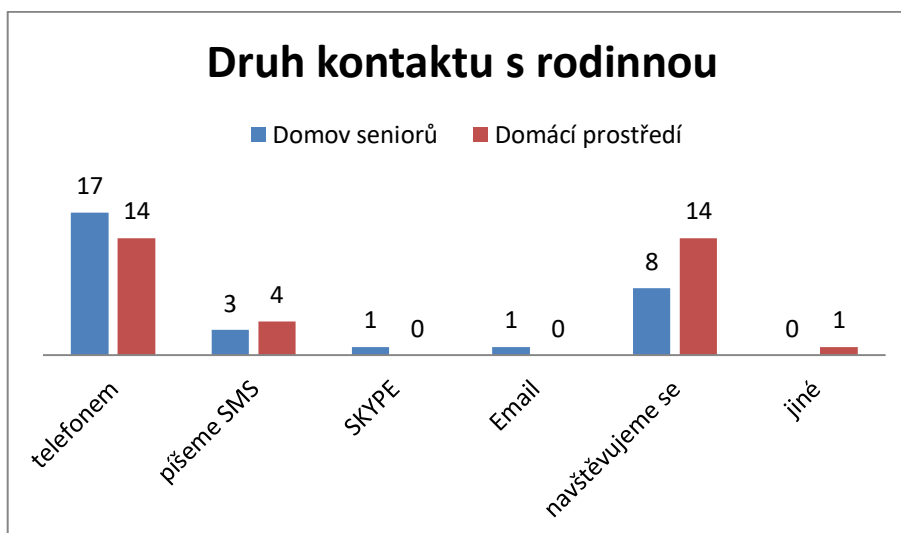
DS

Senioři z domova seniorů jsou v kontaktu s rodinou méně často než senioři z domácího prostředí. 7 jich je v každodenním kontaktu, 8 se jich kontaktuje s rodinou každý týden, 3 několikrát do měsíce, 3 jednou měsíčně a jeden senior několikrát do roka.

DP

Sedm seniorů z domácího prostředí v každodenním kontaktu s rodinou, 12 každý týden a 3 několikrát do měsíce. Jedna ze seniorek je v každodenním kontaktu s rodinou, protože s nimi bydlí.

Graf 7



Zdroj: vlastní zpracování

Mezi nejčastější kontakt s rodinou patří telefonický a návštěvy. 31 seniorů se svými příbuznými kontaktuje telefonicky, 7 píše SMS, 1 používá Skype, 1 používá email, 22 se jich s rodinou navštěvuje a jedna seniorka uvedla, že o ni denně syn pečuje – nákupy, vaření.

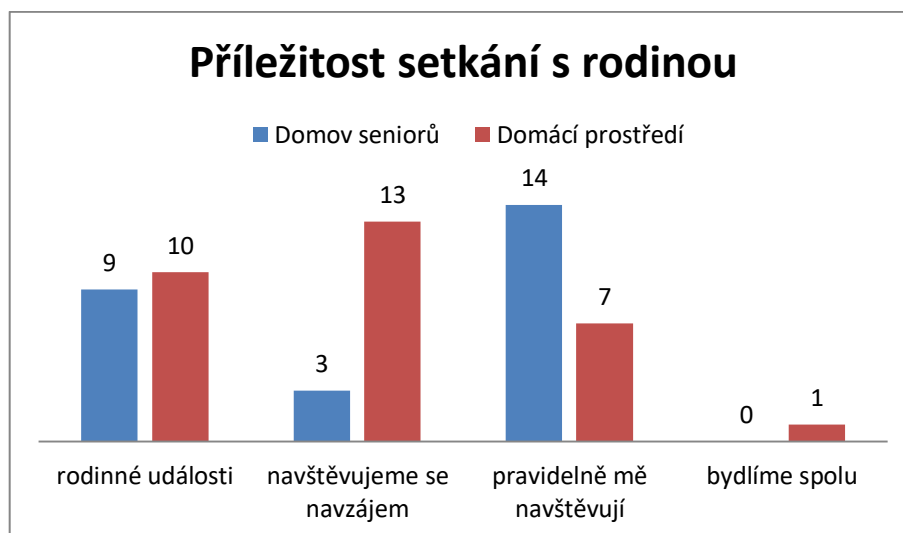
DS

Senioři z domova seniorů se s rodinou nejčastěji kontaktují telefonicky. 8 se jich s rodinou navštěvuje. 3 senioři využívají SMS zprávy. Jedna seniorka využívá i Skype a email.

DP

14 seniorů z domácího prostředí využívá ke kontaktu s rodinou mobilní telefon, 4 senioři píšou SMS zprávy. Dále také využívají možnost návštěv. Jedna seniorka uvedla, že o ni syn denně pečuje.

Graf 8



Zdroj: vlastní zpracování

Jako nejčastější příležitost osobního setkání uvedli senioři, že je rodina pravidelně navštěvuje. Navzájem se svojí rodinou navštěvuje 16 respondentů. 19 respondentů se setkává s rodinou při rodinných událostech. Jedna seniorka se svou rodinou bydlí, je s ní tedy v každodenním kontaktu.

DS

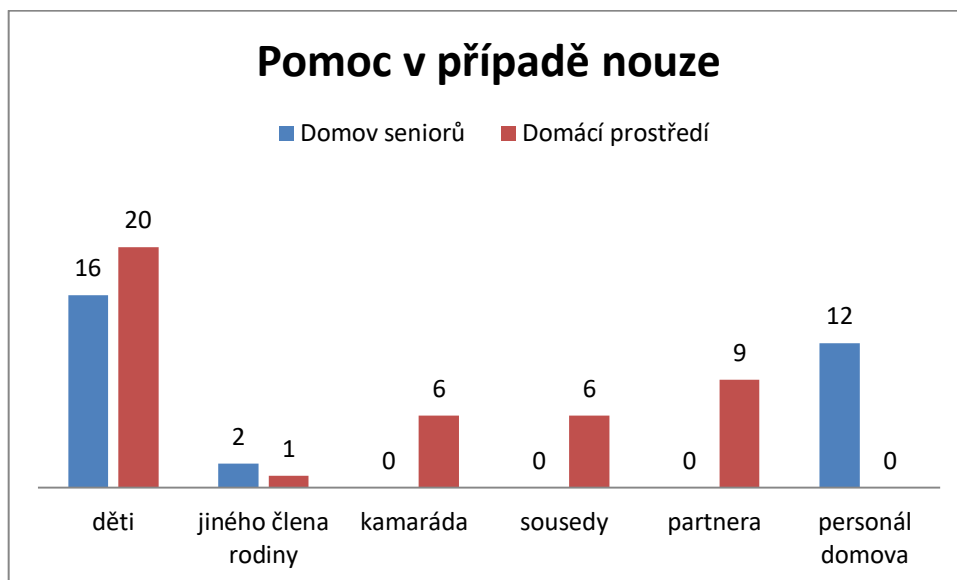
Nejčastější příležitost setkání s rodinou mezi seniory z institucionálního prostředí je když ho rodina navštíví. 3 senioři se navštěvují s rodinou navzájem a 9 se jich setká s rodinou i při rodinných událostech.

DP

Senioři z domácího prostředí se s rodinou nejčastěji navštěvují navzájem. 10 respondentů se setkává s rodinou při rodinných událostech, 7 seniorů je svou rodinou navštěvováno a 1 seniorka se svou rodinou bydlí.

5.4.8. Na koho se respondenti obracejí, když potřebují pomoci

Graf 9



Zdroj: vlastní zpracování

Na koho se v případě nouze senior obrátí, je velmi ovlivněno prostředím, ve kterém žije. Domnívám se, že pro seniora žijícího v domově pro seniory je jednodušší obrátit se na personál domova.

DS

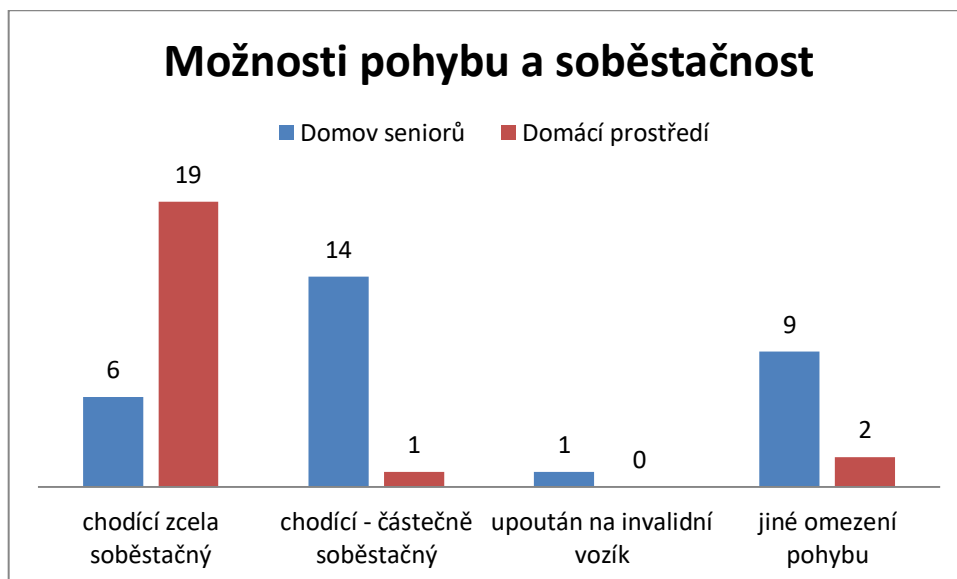
16 seniorů z domova pro seniory se v případě, kdy potřebuje pomoci, obrací na děti nebo vnoučata. 2 respondenti se obracejí na jiného člena rodiny a 12 se jich obrací na personál domova.

DP

Také senioři z domácího prostředí se nejčastěji v případě potřeby pomoci obracejí na své děti a vnoučata. 1 senior se obrací na jiného člena rodiny, 6 seniorů se obrací na kamarády, rovněž 6 seniorů se obrací na sousedy a 9 požádá o pomoc svého partnera.

5.4.9. Možnosti pohybu a soběstačnosti

Graf 10



Zdroj: vlastní zpracování

Možnosti a rozsah pohybu a míra soběstačnosti také velmi ovlivňují kvalitu života, zvláště pak v seniorském věku. 25 respondentů je chodících -plně soběstačných, 15 jich je chodících – částečně soběstačných, jeden senior je upoután na invalidní vozík a 11 seniorů má jiná omezení.

DS

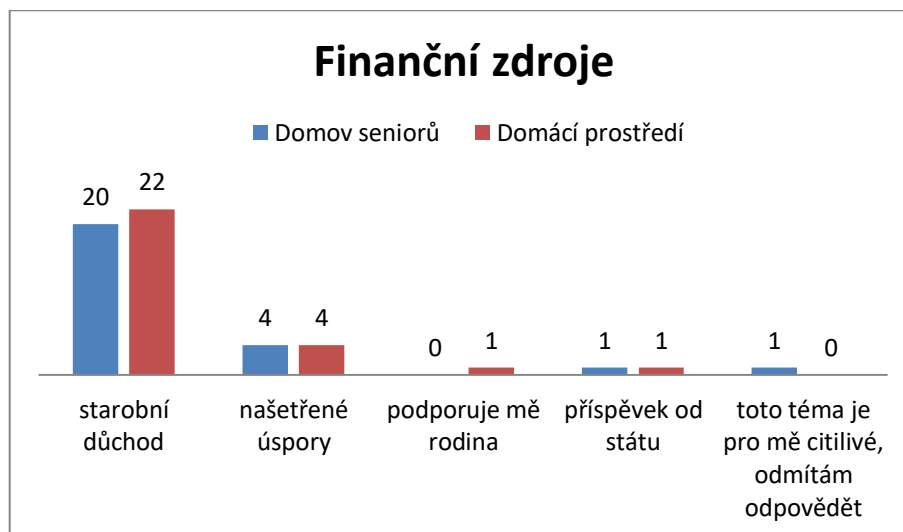
6 respondentů z institucionálního prostředí je plně soběstačných, 14 jich je sice chodících, ale částečně soběstačných, 9 má jiná omezení v pohybu. Mezi jiná omezení pohybu patří například berle nebo hůl. Jeden senior z domova pro seniory, který se zúčastnil šetření, je upoután na invalidní vozík. Přesto hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý a na škále od jedné do deseti ho hodnotil jako 9.

DP

Převážná většina seniorů z domácího prostředí je chodící a plně soběstačná. Jeden muž je chodící – částečně soběstačný a dvě ženy mají jiná omezení v pohybu. Jedna ze seniorek uvedla jako omezení v pohybu kardiostimulátor a CHOPN.

5.4.10. Finance

Graf 11



Zdroj: vlastní zpracování

Jako nejčastější zdroj financí mají senioři starobní důchod, 8 seniorů využívá i své našetřené úspory, jednoho finančně podporuje rodina, 2 využívají další příspěvky od státu a pro jednoho bylo toto téma citlivé a odmítl odpovědět. Na škále od jedné do deseti byli senioři s oblastí financí v průměru spokojeni na 7,37.

DS

Dvacet seniorů z domova pro seniory využívá hlavně starobní důchod, 3 senioři využívají k důchodu i našetřené úspory a jeden senior vybral jen možnost našetřené úspory. Jako odpověď na tuto otázku vybral možnost, že je pro něj toto téma moc citlivé. Senioři z domova pro seniory jsou s financemi v průměru spokojeni na 7,95.

DP

Respondenti z domácího prostředí všichni využívají jako hlavní zdroj příjmu starobní důchod. 4 respondenti k tomu využívají i našetřené úspory, jednoho finančně podporuje rodina a jedna seniorka využívá příspěvek od státu na auto. Jeden senior má i brigádu. V oblasti financí jsou senioři z domácího prostředí méně spokojeni než senioři z institucionálního. Na škále od jedné do deseti hodnotili finance v průměru 6,82.

5.4.11. Zdravotní stav

Otázka na zdravotní stav byla otevřená. Respondenti měli svými slovy popsat svůj zdravotní stav.

DS

Respondenti z domova pro seniory odpovídali stručně a dva tuto otázku nevyplnili. Nejčastější odpověď byla „dobrý“. Jeden senior popsal svůj zdravotní stav jako skvělý. Nejdelší odpověď měla žena, která odpověděla „Mohl by být lepší – méně uspokojivý.“

Převážně ale vnímají svůj zdravotní stav jako dobrý nebo „vcelku dobrý“. Jedna ze seniorek napsala „dobrý, až na artrózu 3. stupně“. Jedna žena hodnotila svůj zdravotní stav jako „ucházející“, jedna žena jako „horší“, další seniorka jako „špatný“.

DP

Senioři z domácího prostředí se rozepsali mnohem více, než senioři z instituce.

9 seniorů popsal svůj zdravotní stav jako přiměřený věku.

Žena, 74, ze středně velkého města píše „*Bolí mne klouby, mám dnu, metabolický syndrom, lékař mi píše léky, které nechci, ale neřeknu, že si je ani nevyzvednu v lékárně, jsou stejně drahé.*“

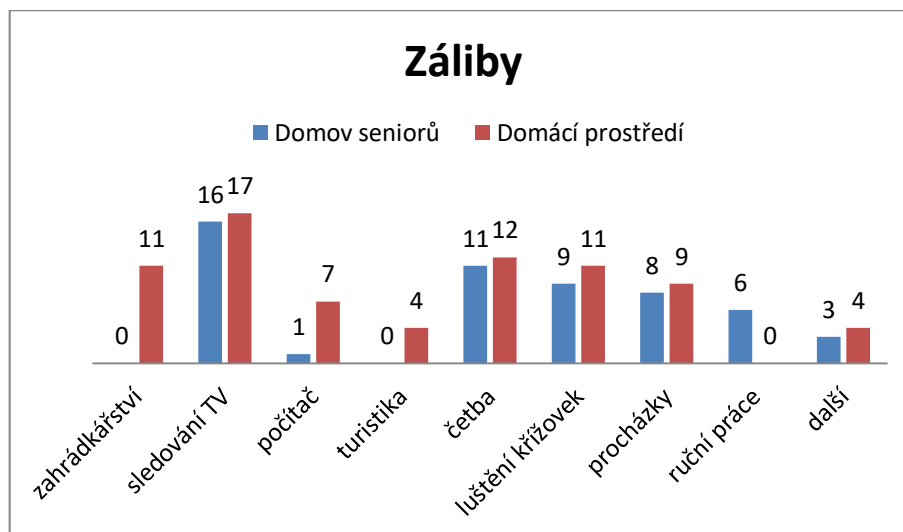
Muž, 78, ze středně velkého města píše „*Lékař tvrdí, že dobrý. Rodina se o mne bojí, každých 14 dní mám synkopu (mdlobu). Bojím se smrti. 8x přijela záchranka za rok 2018 pro mě.*“

Žena, 76, ze středně velkého města píše „*Mám 5 závažných diagnóz, musím více odpočívat, ale peru se a nevzdávám se.*“

Několik seniorů popsuje některé své diagnózy. Často je trápí artróza a vysoký tlak. Jeden ze seniorů je po mozkové příhodě, ale píše, že řídí auto na krátké vzdálenosti. Jedna seniorka má zase problém, kdy má pokročilou artrózu kolen, špatný zrak a bydlí ve 4. patře domu, kde není výtah.

5.4.12. Záliby

Graf 12



Zdroj: vlastní zpracování

I v pokročilém věku mají senioři spoustu zálib. Mezi nejčastější patří sledování televize, četba, luštění křížovek a procházky.

DS

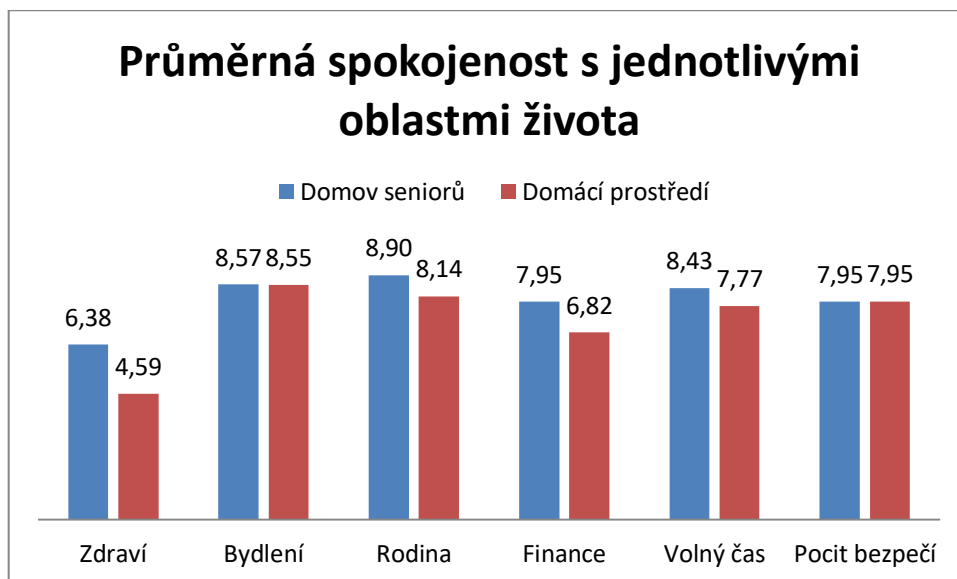
Senioři v domově pro seniory ve volném čase nejčastěji sledují televizi (16 seniorů), dále 11 seniorů holduje četbě, 9 seniorů luští křížovky a sudoku, 8 seniorů chodí na procházky a 6 seniorů se věnuje ručním pracím. Mezi další koníčky patřilo např. cvičení pro seniory, poslech dechové hudby nebo poslech rádia.

DP

17 seniorů z domácího prostředí sleduje TV, oblíbenými jsou také četba, zahrádkářství, využívání počítače, luštění křížovek a procházky. Zahrádkářství nebo chataření se věnuje 11 seniorů, televizi sleduje 17 seniorů, počítač a internet využívá 7 respondentů, četbě knih se věnuje 12 respondentů, luštění křížovek 11 a procházkám 9 seniorů. 4 senioři se věnují turistice. Mezi další koníčky patřilo sběratelství nebo povídání se sousedy a přáteli z mládí, studium jazyků nebo starost o pejska.

5.4.13. Spokojenost

Graf 13



Zdroj: vlastní zpracování

Jedna z otázek dotazníku byla škálová. Senioři zde na stupnici od jedné do deseti měli ohodnotit, jak jsou spokojeni s danou oblastí života. Možnost 1 znamenala, že je s oblastí nespokojen, možnost 10, že je velmi spokojen.

Celkové průměry z jednotlivých oblastí:

- Zdraví 5,4
- Bydlení 8,56
- Rodina 8,51
- Finance 7,37
- Volný čas 8,09
- Pocit bezpečí 8

Bylo pro mne trochu překvapující, že senioři z domova pro seniory byli ve všech oblastech mírně spokojenější, než senioři z domácího prostředí.

DS

V oblasti zdraví jsou respondenti z instituce výrazněji spokojenější, než respondenti z domácího prostředí, hodnotí tuto oblast v průměru 6,38. Bydlení hodnotí v průměru 8,57. Rodinu hodnotí v průměru 8,9. Finance hodnotí v průměru 7,95. Volný čas hodnotí v průměru 8,43 a pocit bezpečí mají v průměru na 7,95. Nejhůře hodnotí oblast zdraví a nejlépe rodinu.

DP

Respondenti z domácího prostředí jsou v průměru méně spokojeni než respondenti z instituce. Oblast zdraví hodnotí v průměru 4,59. Oblast bydlení hodnotí na 8,55. Rodinu

hodnotí v průměru na 8,14. Oblast financí hodnotí na 6,82. Volný čas hodnotí v průměru na 7,77 a pocit bezpečí hodnotí v průměru stejně jako senioři z institučního prostředí, tedy 7,95.

5.5. Shrnutí výsledků

Praktická část mé bakalářské práce se věnovala vyhodnocování dotazníků vyplněných několika seniory z Mostecka. Šetření se zúčastnilo celkem 44 seniorů, 22 z institučního a 22 z domácího prostředí. Z toho bylo 27 žen a 17 mužů. Senioři nejčastěji dosáhli středoškolského vzdělání s výučním listem. Senioři z domácího prostředí bydleli nejčastěji s partnerem.

Na začátku šetření byla stanovena hlavní otázka: Jak senioři vnímají kvalitu svého života v souvislosti s prostředím, ve kterém žijí? Na tuto otázku odpovídá otázka č. 15, ve které respondenti hodnotili kvalitu jednotlivých oblastí svého života na škále od jedné do deseti. Hodnoceny byly oblasti zdraví, bydlení, rodina, finance, volný čas a pocit bezpečí. V téměř všech oblastech vyšli jako spokojenější respondenti z domova seniorů, v oblasti pocitu bezpečí vyšel oběma skupinám respondentů stejný průměr. Na základě celkového průměru vyšli jako mírně spokojenější senioři z institučního prostředí.

První vedlejší otázka zněla: Jak probíhá kontakt s rodinou? Na tuto otázku odpovídají otázky č. 8 - 10 v dotazníku. Otázka č. 8 se ptá na četnost kontaktu, otázka č. 9 na druh kontaktu a otázka č. 10 zjišťuje, při jakých příležitostech se senior setkává s rodinou osobně. Senioři byli v poměrně častém kontaktu s rodinou. 14 seniorů je v každodenním kontaktu, 20 je v kontaktu s rodinou každý týden, 6 několikrát do měsíce, 3 senioři jednou měsíčně a jeden senior několikrát do roka. Žádný ze seniorů neuvedl, že by se s rodinou nestýkal. Senioři z domácího prostředí se s rodinou kontaktují častěji, než senioři z instituce. Nejčastěji se senioři se svojí rodinou kontaktují telefonicky, dalším častým způsobem kontaktu byly vzájemné návštěvy. Osobně se rodina setkává nejčastěji při vzájemných návštěvách. Senioři z domova pro seniory jsou svou rodinou spíše navštěvováni v zařízení, respondenti z domácího prostředí se svou rodinou navštěvují navzájem. Další častou příležitostí setkání jsou rodinné události.

Druhá vedlejší otázka zní: Jakým způsobem tráví senioři volný čas? Na tuto otázku odpovídá 16. otázka dotazníku. Nejčastěji respondenti tráví volný čas sledováním televize, další častou zálibou je četba a luštění křížovek a sudoku. Senioři v domácím prostředí tráví volný čas také zahrádkářením a někteří senioři v domově pro seniory se věnují ručním

pracím. Někteří senioři se věnují procházkám a turistice. Někteří respondenti měli nevšední koníčky jako je např. sběratelství nebo studium jazyků.

Třetí vedlejší otázka zní: Jaké jsou možnosti pohybu a soběstačnosti seniorů? Na tuto otázku odpovídá 12. otázka dotazníku. Převážná většina respondentů z domácího prostředí uvedla, že jsou chodící a plně soběstační, dva senioři mají jiná omezení (CHOPN, hůl). Z institučního prostředí je chodících a plně soběstačných 9 respondentů, 14 respondentů je pak částečně soběstačných, 6 seniorů má jiná omezení a jeden respondent je upoután na invalidní vozík.

5.6. Diskuze

V odborné literatuře se často uvádí, že lidé jsou nejspokojenější ve svém domácím prostředí a měli by se zde snažit zůstat co nejdéle. Politika ČR se také snaží o deinstitucionalizaci, tedy podporování péče v domácím prostředí.¹⁰⁷ Proto pro mne bylo překvapením, když mi z dotazníku vyplynulo, že senioři z institučního prostředí jsou spokojenější než ti z domácího.

Senioři z institučního prostředí jsou spokojenější dle škálové otázky. Domnívám se, že toto může být ovlivněno zařízením, ve kterém probíhalo šetření. Senioři zde bydlí na samostatných pokojích, kde mají své soukromí, což na ně působí osobněji a cítí se zde příjemně, jako se mohou cítit doma. Navíc je zde o ně postaráno, mají zajištěnou pravidelnou stravu i lékařskou péči. Vliv mohou mít také adaptační setkání, která v tomto zařízení probíhají. Na tato setkání docházejí klienti, kteří jsou v zařízení noví. Seznámí se zde s dalšími obyvateli domova a mohou rozvíjet své vztahy.

Co se týká oblasti spokojenosti, jsou senioři nejméně spokojeni se svým zdravotním stavem. Senioři z domácího prostředí jsou soběstačnější a mladší, přesto senioři v instituci hodnotí svůj zdravotní stav lépe. Přesun starého člověka do zařízení často souvisí se zhoršením jeho zdravotního stavu a omezením soběstačnosti.¹⁰⁸ Zhoršení zdravotního stavu jde často ruku v ruce se stoupajícím věkem. Proto je logické, že jsou respondenti z domova pro seniory v průměru starší, než senioři z prostředí domácího. Téměř všichni senioři z domácího prostředí uvedli, že jsou plně soběstační, kdežto v institučním prostředí je vyšší počet méně soběstačných seniorů.

Senior v domácím prostředí musí zařizovat více věcí. Sám si zajišťuje stravu, lékařskou péči i program dne. O seniora v instituci je postaráno, je pod pravidelným

¹⁰⁷ Malá, Tomeš. Deinstitucionalizace: domácí péče vs. ústavy?. Fórum sociální práce. 2017, s. 81

¹⁰⁸ Dvořáčková Dagmar. Sociální péče o seniory. 2013, s. 62

lékařským dohledem, pravidelně dostává stravu a může se účastnit různých aktivit v zařízení. To může vést k tomu, že senioři z instituce jsou se svým zdravotním stavem v průměru spokojenější, než senioři z domácího prostředí. Myslím si, že jsou více smířeni s tím, že jejich zdraví už není nejlepší. Tím že mají pravidelnou péči, méně pocítují důsledky tohoto stavu.

Jako pozitivní fakt vnímám, že je většina respondentů v častém kontaktu s rodinou. To, že má většina respondentů se svou rodinou dobré vztahy se dá také usuzovat z toho, že v případě, kdy potřebuje senior pomoci, se nejčastěji obrací na své děti nebo vnoučata.

Zajímavý je také fakt, že více jak polovina respondentů jsou ženy. Může to být způsobeno tím, že muži mají často kratší život, vývoj rodiny tedy obvykle končí vdovstvím. Zhruba polovina žen v ČR žije sama.¹⁰⁹

Senioři z domácího prostředí mají více zálib. Myslím si, že tento fakt je dán tím, že nejsou omezeni chodem instituce. Na druhou stranu, senioři z institucionálního zařízení se více věnují ručním pracím a kutilství, nejspíše v rámci ergoterapie.

Vágnerová¹¹⁰ uvádí potřebu jistoty a bezpečí, která má pro staršího člověka větší hodnotu, než dříve. Starší lidé se celkově cítí více ohroženi a ne vždy se jedná o projev přecitlivělosti. Hrozí jim reálné riziko např. ovdovění či onemocnění. To souvisí s ubýváním sil a schopností a s tím související mírou závislosti. Ta může být nepříjemná, ale vazba na blízké lidi, kteří jsou ochotni poskytnout pomoc a oporu zároveň, posiluje pocit jistoty. Starší lidé potřebují ujistit, že jsou součástí určité sociální skupiny. Senioři v mém dotazníku mají v průměru poměrně vysoký pocit bezpečí. Může to být dáno dobrými vztahy v rodině a s personálem.

Při vyplňování dotazníku bylo zřejmé, že senioři z domácího prostředí byli ochotnější, než ti z institucionálního. I jejich odpovědi v otevřené otázce byly delší. Mohlo to být také ovlivněno tím, že většinu z nich znám osobně a dotazník jim přinesl jejich blízký, v instituci je rozdávala sestra, která byla s dotazníkem seznámena.

¹⁰⁹ Oldřich Matoušek. Rodina jako instituce a vztahová síť. 1997, s. 62

¹¹⁰ Vágnerová Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2007, s. 344 - 345

Závěr

V této práci bylo provedeno porovnání seniorů žijících v instituci a v domácím prostředí. V teoretické části bylo blíže specifikováno stáří a stárnutí, postavení seniora v rodině, blíže specifikován pojem kvalita života a možnosti péče o seniora. V rámci praktické části bylo provedeno šetření mezi seniory žijícími v domácnostech a v Domově pro seniory na Mostecku. V této kapitole je popsána metodika šetření, prezentace a interpretace výsledků s pomocí grafů, shrnutí výsledků a následná diskuze.

Vnímání stáří a celkové prožívání života je individuální, poněvadž každý trochu jinak naplňuje své potřeby a představy o životě. Pro spokojený život seniora je důležitý vliv spousty faktorů. Jedním z nejdůležitějších z těchto faktorů je rodina. Senioři, kteří se zúčastnili mého šetření, byli se svou rodinou spokojeni, byli s ní v poměrně častém kontaktu a z hodnocených oblastí ji hodnotili nejlépe. Přesto bychom neměli zapomínat na to, že naši prarodiče často potřebují nejen pomoc, ale také společnost a pocit toho, že jsou potřební.

Neočekávala jsem, že z šetření vyplyne, že senioři v domově pro seniory jsou mírně spokojenější než senioři z domácího prostředí. To může být zapříčiněno druhem zařízení, kde mají senioři každý svůj vlastní pokoj a mohou se tak cítit jako doma. Přesto mají obě prostředí své klady a zápory.

Uvědomuji si, že výsledky této práce nejsou zobecnitelné pro celou cílovou skupinu seniorů, neboť šetření bylo provedeno pouze v rámci jednoho zařízení a malého množství respondentů.

Cíl práce byl splněn. Zajímavé by bylo rozšíření práce o šetření ve více institucích pro porovnání poznatků. V dalších výzkumech by bylo možné věnovat se větší skupině seniorů. Pozornost si také zaslouží osamocení senioři z domácího prostředí.

Zestárne každý člověk a každý to vnímá jinak. Stáří je jedna z nejtěžších fází života, kdy dochází ke zhoršení fyzického i psychického stavu, častému osamění i vědomí blížící se smrti. Myslím si, že jeden s nejlepších přístupů je přístup 76- leté ženy, která napsala „*Mám 5 závažných diagnóz, musím více odpočívat, ale peru se a nevzdávám se.*“.

Odborné zdroje

Seznam použité literatury

ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANEČKOVÁ, Hana a NETVICHOVÁ NOVOTNÁ, Renáta. *Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory*. Sociální práce. 2013, 2013(1), 72-82.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

MALÁ, Marcela a Igor TOMEŠ. *Deinstitucionalizace: domácí péče vs. ústavy?*. *Fórum sociální práce*. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2017, 2017(2), 81-85. ISSN 2336-6664.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-24-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2008, 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.

PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. Knižnice praktického lékaře.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.

VAĐUROVÁ, Helena a MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Elektronické zdroje

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 a 2017* [online graf]. Praha, [2017] [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

Senioři v mezinárodním srovnání. ODBOR STATISTIKY TRHU PRÁCE A ROVNÝCH PŘÍLEŽITOSTÍ. *Český statistický úřad* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2017, 15. 12. 2017 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2017>

Informace o zařízení. *Městská správa sociálních služeb Most: Domov pro seniory, ul. Barvířská 495* [online]. Most, 2016 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <http://msss-most.cz/domov-pro-seniory-ul-barvirska-495/informace-o-zarizeni/>

Důchodové pojištění. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/3>

ODBOR 71. Starobní důchody. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 4. 10. 2018 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/618>

Odbor 22. Transformace sociálních služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 25. 1. 2017 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7058>

Charakteristika okresu Most. *Český statistický úřad* [online]. 2012, 5. 6. 2012 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xu/charakteristika_okresu_most

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupný také z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf

Seznam grafů

Graf 1.....	44
Graf 2.....	45
Graf 3.....	46
Graf 4.....	47
Graf 5.....	48
Graf 6.....	49
Graf 7.....	50
Graf 8.....	51
Graf 9.....	52
Graf 10.....	53
Graf 11.....	54
Graf 12.....	56
Graf 13.....	57