

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Brno 2012

Bc. Naděžda Makovská

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Sociální charakteristiky seniorů v rezidenční péči

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Vypracovala:
Bc. Naděžda Makovská

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Sociální charakteristiky seniorů v rezidenční péči“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne

.....
Bc. Naděžda Makovská

Poděkování

Děkuji panu prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat svému manželovi Jiřímu Makovskému za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce, a které si nesmírně vážím.

.....
Bc. Naděžda Makovská

Úvod	6
1. Charakteristika seniorské populace	7
1.1 Stáří a stárnutí	9
1.2 Sénium a jeho věkové členění	14
1.3 Kvalita života seniorů	17
1.4 Senioři a životní změny	21
2. Systém sociální péče	24
2.1 Sociální péče o seniory	25
2.2 Sociální služby	26
2.3 Standardy kvality sociálních služeb	32
2.4 Transformace pobytových sociálních služeb	33
3. Charakteristika péče o seniory	35
3.1 Vývoj ústavní péče	36
3.2 Pobytová zařízení pro seniory	37
3.3 Adaptace seniorů v pobytových zařízeních	41
3.4 Trendy v péči o seniory	44
3.5 Aktuální problémy ústavní péče	47
4. Charakteristika Domova důchodů Božice	49
4.1 Základní informace	50
4.2 Jednání se zájemcem o službu	51
4.3 Základní činnosti v péči o seniory	53
4.4 Aktivizační činnosti	55
5. Výzkum	59
5.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz	59
5.2 Analýza výsledků	60
5.3 Závěr výzkumné části	77
Závěr	79
Shrnutí	80
Resumé	81
Anotace	82
Seznam použitých literatury	83

Úvod

„Stáří to není večer života, ale červánky moudrosti“

Dr. Josef Murphy

Fenomén stáří a stárnutí přitahoval lidstvo od nepaměti. Bylo k němu přístupováno pod vlivem různých prizmat, filosofických, náboženských, vědeckých či pod vlivem humanistického přístupu k člověku. Stáří bývá spojováno s moudrostí a životními zkušenostmi, v lidské společnosti se stává stále více nepřehlédnutelné. Asi největší hrozbu stárnutí představuje ztráta soběstačnosti a nezávislosti, což vede k zintenzivnění závislosti na jiných lidech, v mnohých případech i ke změně života. V současné době je nezbytné zabývat se otázkou stáří a kvalitního dožití každého člověka, vytvořit takové podmínky, aby neztratil to podstatné, svoji důstojnost.

Motivem výběru tématu mé diplomové práce „Sociální charakteristiky seniorů v rezidenční péči“ bylo seznámit se s problematikou seniorské populace, zaměřit se na fenomén stáří a stárnutí, tím se obohatit o získané poznatky a zkušenosti, které mohou využít ve svém zaměstnání.

Cílem práce je analyzovat sociální charakteristiky seniorů v rezidenční péči. Mým záměrem je zjistit ve vybraném sociálním zařízení sociální profil jeho klientů. Zaměřit se na teoretické charakteristiky stáří a stárnutí, úskalí a problémy života seniorů.

Práce je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole se zabývám problematikou stáří a stárnutí. Druhá kapitola je věnována systému sociální péče týkající se seniorů v České republice. Ve třetí kapitole charakterizují ústavní péči ve vztahu k seniorské populaci. Ve čtvrté kapitole popisují Domov důchodců Božice s nástínem jednání se zájemci o umístění v tomto domově, s uvedením základních činností v péči o klienty včetně aktivizačních činností. V poslední páté kapitole se zaměřuji na zpracování a výsledky empirického výzkumu.

1. Charakteristika seniorské populace

Pojem senior používáme jako významově neutrální termín nahrazující a nebo zastřešující jiná terminologická vymezení, která vznikala na půdě lékařských, psychologických, sociologických a jiných vědních disciplín k označení člověka staršího a starého věkového období, případně byla zažita jako termíny důchodové administrativy a nebo vzdělávací praxe. (Čornaničová, 1998)

Dále Čornaničová uvádí, že „*pojem senior je poměrně mladým a laskavějším termínem, emočně nezatíženým a neutrálnějším na rozdíl od pojmu „geront“, který vychází z lékařské terminologie a laickou veřejností je vnímán ve smyslu nemocný a nesoběstačný starý člověk. Dalším pojmem, se kterým se můžeme setkat při studiu problematiky stáří, je „důchodce“. Tento pojem evokuje označení jistého sociálního statusu při existenci důchodu jako zdroje finančního příjmu.*“ (Čornaničová, 1998, s. 26)

Pojem senior je širší označení, jeho používání je výhodnější než pojem důchodce, neboť je běžně užíván v zahraničí a také se lépe překládá do cizích jazyků.

Mühlpachr (2005) vymezuje pojmy senior a senioři, jako označení používané pro skupinu lidí, charakterizovanou z hlediska věkového, sociálního a ekonomického. (Mühlpachr, 2005)

Podle Mühlpachra seniorská populace vykazuje některé charakteristické rysy, je heterogenní, daná především:

- obecně platnou jedinečností vloh a osobnostních rysů, které se s věkem neztrácejí,
- různou mírou rozvíjení těchto vloh v průběhu mládí a středního věku,
- interindividuální variabilitou involučních biologických dějů,
- různou mírou patologických změn,
- událostmi dlouhého života, návyky a zkušenostmi včetně vzdělání a profesní kariéry, způsobem života,
- hodnotovým systémem, životním názorem, očekáváním a životní touhou,

➤ různými sociálně ekonomickými zázemími včetně majetku, bydlení, bytové situace, osamělostí ovdověním, děti a vztahy s nimi. (Mühlpachr, 2005)

Kalvach (1997) spatřuje ohrožení seniorské populace určitými riziky, ke kterým patří:

- pauperizace, ekonomické zbídačování,
- věková diskriminace, ageismus,
- segregace, vytěšňování, nedobrovolný život vně společnosti,
- generační intolerance,
- předsudky, např. přeceňování nemocnosti,
- podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží i potřeby věkové modifikace, zdravotnických i jiných služeb,
- maladaptace na stáří a s ním spojenou změnu sociálních rolí,
- osamělost, např. ovdovění,
- rychlý vývoj společnosti, ztráta konkurenceschopnosti na trhu práce,
- vyšší nemocnost,
- zvýšené riziko ztráty soběstačnosti,
- pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže,
- manipulování, ztráta rozhodovacích schopností,
- zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců. (Kalvach, 1997)

Tato rizika patří mezi nejzásadnější otázky při přípravě společnosti na stárnutí a vytváření věkově inkluzivní společnosti. Zabránění diskriminaci na základě věku a ageistickým stereotypům ve společnosti jsou jedny z výzev současné společnosti. (www.mpsv.cz, 11.3.2012)

Diskriminace a ageismus, které jsou považovány za předsudky nebo za diskriminaci vůči věkové skupině, jsou tedy negativními stereotypy. Vidovičová (2008) tuto diskriminaci vymezuje tak, že *„ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické i reálné stereotypizace a diskriminace osob*

a skupin na základě jejich chronologického věku a nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě /skupině.“ (Vidovičová, 2008, s.113)

Seniorská populace se vyvíjí, je proměnlivá, daná tím, že i ve stáří převládá individuální nad „obecně stařeckým“. Nové generace seniorů si do stárnutí přinášejí své generační zkušenosti, zvyky, znalosti, potřeby. Jde o tzv. mezigenerační mobilitu. Současně se mění i mezigenerační okolnosti (např.uspořádání rodiny), image stáří i sociální role seniorů. *„Fenomén stárnutí kohort.“ (Kalvach, 1997, s. 122)*

Dle Mühlpachra můžeme věkovou hranici seniorů v odborné literatuře najít rozdílnou, v poslední době se používá následující členění:

- věk 65 – 74 roků - mladí senioři,
- věk 75 – 84 roků - staří senioři,
- věk 85 a více roků – velmi staří senioři. (Mühlpachr, 2005)

„Senioři, přestože mají mnohé rysy společné, se tak navzájem velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, ve svých potřebách a nárocích“. (Mühlpachr, 2005 s. 13)

1.1 Stáří a stárnutí

Podle Zavázalové *„stárnutí a stáří nejsou totožné pojmy. Stárnutí je proces jehož výsledkem je různý stupeň stáří. Stárnutí je procesem všeobecným - stárne celá populace - a zároveň individuálním - stárne konkrétní jedinec.“* (Zavázalová, 2001, s.11)

„Normální stárnutí a stáří je přirozený proces, zpočátku se projevuje obvykle nenápadně, kdežto v pozdějším věku se zrychluje.“(Gregor, 1990, s. 97)

Mühlpachr vymezuje stáří jako „*obecné označení pozdních fází ontogeneze čili přirozeného průběhu života.*“ (Mühlpachr, 2005, s.18)

„Stáří v současné době představuje jedno z neprávem opomíjených a marginalizovaných životních období, s nímž je spojena řada předsudků a stereotypních očekávání.“ (Bumbálek, In Mühlpachr, 2005, s. 21)

K lidskému životu patří stáří stejně neodmyslitelně, jako kterákoliv jiná životní etapa. Stáří a stárnutí je zvláštní, specifické, přináší s sebou velké množství změn, které se promítají v podstatě do všech sfér života. Stáří je rovnocennou a smysluplnou etapou, která má pro každého individuální význam a má význam i společenský. Je to kus života se svými právy, ale i povinnostmi.

Podle Vágnerové (2005) je pro stáří charakteristické zpomalení osobního tempa, změnou reaktivity, prodloužením reakčních časů. Ale často i snížením intenzity reakcí. V emoční oblasti naopak dochází ke zvýšení lability a citlivosti, ke snížení emoční tolerance vůči různým podnětům, které jsou v této době často subjektivně prožívány jako rušivé či ohrožující. Snižuje se stabilita a vyrovnanost emočního prožívání, ale citové vztahy k lidem bývají hluboké a trvalé, nové se již tak lehce nenavazují. (Vágnerová, 2005)

Matoušek uvádí, že stáří, seniority /old age, je 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, kteří se dožívají 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 schopností než jako jejich úbytek. Individuální kompetence jsou totiž vždy významnější než fyzický věk. Počet starých lidí v populaci vyspělých zemí stoupá, z těchto důvodů se zvyšují i nároky na ekonomické a lidské kapacity, jež by jim zabezpečily přiměřenou úroveň péče. (Matoušek, 2003)

Současný neurčitý pohled na stáří předkládá stáří jako úpadek, který nezbyvá než usnadňovat a kterému lze čelit dočasným rozptýlením či reevokováním mladosti tak, jako by tu ještě ani nebylo. Proti tomu lze stáří vnímat jako výzvu dosáhnout životní integrity a moudrosti zklidněného životního nadhledu. (Jůzl, In Mühlpachr, Bargel, 2011)

Demografické statistiky a prognózy jednoznačně ukazují stárnutí populace, tj. zvyšování podílu starých lidí ve společnosti, které představuje „neodvratně probíhající proces“. (Čornaničová, 1998)

O stárnutí se mluví jako o hrozbě a stáří je vnímáno jako něco negativního. Co se nám vybaví při slově stáří: nemoc, důchod, důvěřivost, bezmocnost? Stáří není choroba, ačkoliv je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí. Stáří je multidimenzionální fenomén, se svou problematikou překročilo rámec osobní a rodinné události a stalo se závažnou společenskou výzvou. (Kalvach, 1997)

Každý žije svůj život individuálně a neopakovatelně, z toho plyne, že každý prožívá a prociťuje stárnutí způsobem individuálním a neopakovatelným. (Gregor, 1990)

Lidský věk se neustále prodlužuje a počet starších lidí neustále stoupá. Staří lidé tvoří v historii lidstva nebývale početnou část obyvatelstva, která se už dále nedá vnímat jako okrajová. (Čornaničová, 1998)

Konkrétní problematika a hranice stáří jsou pojmy značně relevantní a proměnlivé v závislosti na společenských podmínkách. Do roku 1800 mohl být seniorem výměnkářem čtyřicátník, v roce 1900 padesátník, v roce 2000 je rozhodující hranice stáří kladena do věku 65 let, lze tedy předpokládat, že během několika desetiletí se gerontologický zájem, v užším slova smyslu, definitivně soustředí do věku 75 let a více. (Kalvach, 1997)

Senioři jsou nevyhnutnou součástí společnosti a stáří je fází, kterou prochází každý zdravý jedinec. Plné chápání místa starého člověka v humánní a demokratické společnosti znamená přehodnocení rolí všech generací společnosti. Seniorské populaci je třeba přiznat roli, kterou tradičně přispívali a nadále mohou přispívat ke zdravému, zejména morálnímu, vývinu společnosti. Podle Gregora, každý z nás žije svůj individuální a neopakovatelný život, z toho plyne, že každý prožívá a prociťuje stárnutí způsobem zcela individuálním. Stárnutí a stáří odpovídá do značné míry stylu života, kterým člověk žil zejména ve středním věku. Stárnoucí a staří lidé tvoří jednodílnou skupinu, liší se a s přibývajícím věkem se odlišují stále více. (Gregor, 1990)

Věci humanitního rázu se vztahují ke konkrétním potřebám stárnoucího obyvatelstva, přestože existuje množství potřeb, které jsou společné, jak starším osobám, tak všem ostatním obyvatelům, v některých z nich se odráží zvláštní charakter a potřeby starších lidí, zejména zdravotnictví, výživa, podmínky bydlení, životní prostředí, rodina, sociální péče, hmotné zabezpečení a neposlední řadě vzdělávání. (Kalvach, 1997)

Všeobecně panuje názor, že senioři nedisponují potenciálem zdraví, ale naopak, většina starých lidí je nemocná, má chatrné zdraví, je ohrožena častými úrazy. A v důsledku svého slabého zdraví a různých chorob pak nemohou tyto staří lidé provádět běžné aktivity a celkově se tak snižuje jejich kvalita života. (Špatenková, Sýkorová, In Sýkorová, Chytil, 2004)

Teorie stárnutí podle Pacovského a Heřmanové (In Langmeier, Krejčířová, 2006):

- teorie o působení zevních vlivů (ekologické podmínky aj.),
- teorie o působení vnitřních vlivů (genetický program, specifické metabolické změny příčné vazby),
- teorie porušené integrace a organizace. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Nemoci v dětství i v pozdějším věku zřejmě stárnutí urychlují, zrovna tak k němu přispívá špatná životospráva, nesprávná výživa, kouření, životní zatížení, alkohol. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Zavázalová (2001) připomíná, že lidé nestárnou stejně rychle. Ani jednotlivé orgány nestárnou souběžně. To je projev četných individuálních odchylek. Z těchto důvodů kalendářní věk nemusí odpovídat věku biologickému. Stáří rozeznáváme kalendářní, biologické, psychické, sociální, demografické apod. Vysoký věk kalendářní nemusí znamenat vysoký věk psychický nebo sociální. (Zavázalová, 2001)

Stárnutí a stáří rozhodně nelze ztotožňovat s nemocemi nebo zdravotním postižením. Je sice pravdou, že s přibývajícím věkem se výskyt zdravotních potíží signifikantně zvyšuje a ve stáří je typická polymorbidita, u seniorů je diagnostikováno více nemocí, přesto lze konstatovat, že lidé starší 65 let se i nadále těší výbornému zdravotnímu stavu. (Špatenková, Sýkorová, In Sýkorová, Chytil, 2004)

Pojem stárnutí je třeba rozlišovat na úrovni jednotlivce a populace. U jednotlivce znamená stárnutí biologický proces, kterým je organismus modifikován od narození do smrti. Představuje tedy zvyšování věku jednotlivce. (Čornaničová, 1998)

Stárnutí v demografickém smyslu se naopak týká celé populace a oproti jednotlivci může stárnoucí populace omládnout zvýšením podílu mladých věkových skupin. V současnosti se stává jedním celosvětových problémů. (Čornaničová, 1998)

Delší život umožňuje člověku provést zpětně analýzu svého života, napravit některé chyby, více se přiblížit pravdě a dosáhnout jiného porozumění významu a hodnotě svých činů. To je snad jeden z nejvýznamnějších přínosů seniorů lidskému společenství. Spirituální, kulturní a sociálně ekonomický přínos stárnutí je pro společnost cenný a jako takový by měl být rozpoznán a dále chráněn. Náklady do problematiky by měly být pokládány za trvalou investici. (Kalvach, 1997)

Kalvach (1997) se domnívá, že senioři by měli být aktivními účastníky vytváření a realizace politických opatření, včetně těch, která se jich zvláště dotýkají. (Kalvach, 1997)

Podle Kalvacha mají vlády a nevládní organizace a všichni zainteresovaní v této problematice, zvláštní zodpovědnost za lehce zranitelné seniory, k nimž lze zařadit chudé, ke kterým patří zejména ženy a obyvatelé venkovských oblastí. (Kalvach, 1997)

1.2 Sénum a jeho věkové členění

Podle Kalvacha stáří „je důsledkem projevujícím se geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory např. chorobami, způsobem života spojené s řadou sociálních změn, osamostatnění dětí, penzionování apod. Stárnutí se stává zřejmější od přelomu 4. a 5. decenia.“ (Kalvach, 1997, s.18)

Mühlpachr uvádí, „stárnutí (také gerontogeneze) je zákonitý, druhově specifický celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnější ve 4. deceniu, event. na přelomu 4. a 5. decennia.“ (Mühlpachr, 2005, s.19)

Stáří můžeme rozdělit do určitých fází, intervalů. Jednotlivých kategorií je velké množství a vzájemně se prolínají. Může jít například o rozdělení stáří z pohledu biologického, sociálního, kalendářního a psychologického.

Biologické stáří je předpokládané označení konkrétní míry involučních změn, většinou těsně propojených se změnami způsobenými chorobami, které se většinou vyskytují ve vyšším věku (ateroskleróza).

Existuje několik hypotéz vysvětlujících stáří, které můžeme pro zjednodušení zařadit do dvou okruhů:

- epidemiologický přístup - stárnutí a umírání jsou děje nahodilé, v optimálních podmínkách může být život velmi dlouhý, přirozená smrt stáří zřejmě neexistuje, pouze smrt jako nehoda,

- gerontologický přístup – stárnutí a umírání jsou procesy zákonité, přirozená smrt stářím existuje, ani v optimálních podmínkách se život neprodlouží nad jistou hranici. (Mühlpachr, 2005)

Sociální stáří je určitá sociální událost spojená nejčastěji s penzionováním, změnou rolí, způsobu života i ekonomického zajištění.

Sociální periodizace života:

- první věk - dětství, mládí, vývoj, růst, příprava na povolání, získávání zkušeností a znalostí,
- druhý věk - období dospělosti, produktivní věk, zakládání rodiny,
- třetí věk - věk postproduktivní, pokles zdatnosti, jako představa fáze za zenitem vede k podceňování, diskriminování, pauperizaci,
- čtvrtý věk – bývá někdy označován jako fáze závislosti, což je označení nevhodné, neboť odporuje konceptu úspěšného stárnutí. (Mühlpachr, 2005)

Podle Határa (2011) **sociální stáří** lze považovat jako za jedno z mála, které lze výrazně ovlivňovat vhodnou společenskou intervencí. S odchodem člověka z veřejného života vzniká velmi mnoho problémů souvisejících se schopností vyrovnat se s touto životní situací, člověk přichází o profesní roli, zhoršuje se jeho sociálně-ekonomický status. Senioři ztrácejí společenský vliv a stávají se závislé na svých blízkých příbuzných. Charakteristické pro tuto etapu života je odmítání jakýchkoliv změn v oblasti hodnotového normativního systému ze strany ostatních. (Határ, 2011)

V prevenci psychosociálního stárnutí je kladen důraz na komplex individuálních psychických a sociálních potřeb starého člověka, které pokud jsou mírně saturované mohou výrazně zpomalit proces stárnutí případně zmírnit jeho důsledky. (Határ, 2011)

K těmto potřebám patří:

potřeba stimulace – dostatečný přísun smysluplných aktivit, podnětů, vedoucích k adekvátnímu naplnění,

potřeba orientace a učení – hledání nového životního stylu a učení se novým adaptačním strategiím, aby si senioři navykli na nové životní podmínky,

potřeba aktivity – je nevyhnutelné najít takové činnosti pro seniory, který by mohli vykonávat a zároveň by se cítili užiteční,

potřeba citové jistoty a bezpečí - každý člověk potřebuje být někde zařazený a společností akceptovaný, obzvláště pokud jsou senioři umístění v sociálním zařízení nedobrovolně,

potřeba seberealizace – souvisí s potřebou stimulace a se sociální pozicí seniora,

potřeba otevřené budoucnosti – nalezení nového smyslu života. (Határ, 2011)

Kalendářní (chronologické) stáří je vymezeno dosažením určitého stanoveného věku.

V 60. letech minulého století Světová zdravotnické organizace doporučila patnáctileté členění dospělosti, uvádí se však i alternativní členění:

- věk 15 – 29 let - postpubescence a mecitma
- věk 30 – 44 let - adultium
- věk 45 – 59 let – střední věk, interevium
- věk 60 – 74 let – senescence, časné stáří
- věk 75 – 89 let – kmetství, sénium, vlastní stáří
- věk 90 a více let – patriarchum, dlouhověkost

Jako kritická perioda se ukazuje hranice 75 let. (Mühlpachr, Bargel, 2011)

Specifickým genetickým znakem je délka života. Existuje geneticky podmíněná dispozice pro délku života. Biologická mez lidského života leží zřejmě kolem 110 let. Světová zdravotnická organizace považuje za dlouhověké lidi, ty kteří jsou starší 90 let. (Gregor, 1990)

Mühlpachr (2005) za dlouhověkost považuje pokročilý věk, většinou nad 90 let. Jde jen o nepatrný zlomek populace, nicméně jejich počet stoupá např. díky zvyšování životní úrovně nebo díky medicínskému pokroku. (Mühlpachr, 2005)

Psychické stárnutí lze rozpoznat podle následující symptomů:

- změny v poznávacích procesech,
- změny v aktivační úrovni a oblasti prostorové orientace,
- úbytek paměťových a senzomotorických schopností,

- změny intelektuálních funkcí, emocionality, vůle a osobnostních črt,
- snížení odolnosti v psychické zátěži,
- nová hierarchizace hodnot,
- stereotypnost v myšlenkových pochodech,
- nereálné představy o světě. (Határ, 2011)

Nejčastější syndromy patologického senia podle Gaitze (In Kozáková, Miller, 2006)

jsou tato:

kognitivní - neschopnost soustředění, snížená pozornost, váznoucí myšlenkové pochody, neobvyklý myšlenkový obsah, snížená mentální kapacita, zapomnětlivost, dezorientace, halucinace, zmatenost,

emoční - emoční labilita, nechota ke spolupráci, nesociabilita, podrážděnost, izolovanost, deprese, agitovanost, úzkost a strach,

somatické - bolesti a ztuhlost kloubů, snížená pohyblivost, poruchy močení, senzorické poruchy, svalové křeče, závratě, nespavost, nechutenství. (Kozáková, Miller, 2006)

1.3 Kvalita života seniorů

Kvalita života jako pojem nabývá v posledním desetiletí podstatného významu v mnoha vědních oborech. Pro svoji multidimenzionalitu, kulturní podmíněnost, dynamismus a velký subjektivní charakter nemá však kategorie kvality života jednoznačný teoretický základ. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

Výrazněji se problematika kvality života dostala do popředí ze dvou příčin:

- ekonomický růst a rozvoj vědy a techniky vytváří pro občany možnost bezproblémově uspokojovat primární materiální potřeby,
- zároveň se však objevuje dopad tohoto ekonomického růstu, který s sebou nese ohrožení zdraví a lidské existence. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

Zdraví je významnou podmínkou soběstačnosti, nezávislosti seniorů. Zdravotní stav, stupeň soběstačnosti představují faktory, které významně determinují životní způsob

ve stáří a vlastně i stupeň integrace seniorů do společnosti. (Špatenková, Sýkorová, In Sýkorová, Chytil, 2004)

Ústava Světové zdravotnické organizace definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“. Z této definice vyplývá, že nástroje pro měření zdraví musí obsahovat nejen ukazatele změn ve frekvenci a vážnosti nemoci, ale také odhad celkové spokojenosti. Tento konstrukt může být hodnocen právě měřením změn v kvalitě života v závislosti na zdravotní péči. Jedná se o nástroje WHOQOL-BREF a WHOQOL-100. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Obzvláště v seniorské populaci získává kvalita života na významu a má na ni vliv celá řada činitelů. Mezi klíčové Žumárová (2009) řadí zdraví, sociální prostředí, hmotné zabezpečení, bydlení, pracovní aktivitu, vzdělávání, zdravotní péči, životní styl, síť poskytovaných sociálních služeb a etické principy uplatňované ve společnosti. (Žumárová, Balogová, 2009)

Nejlepší prevencí předčasného stárnutí a prostředkem k prodloužení aktivního života a prevence vzniku chorob je aktivní využívání schopností, zkušeností, které byly získány v průběhu celého života. Dosažení důchodového věku neznamená automaticky důvod pro odchod do důchodu. Odchodem do důchodu se zásadně mění životní stereotyp, dochází k přerušení kontaktů, snižují se finanční prostředky a někteří lidé začínají žít osaměle. (Zavázalová, 2001)

Podle Zavázalové (2001) v rámci vyhnutí se izolaci a osamělosti by se senioři měli zapojit do veřejné činnosti, zájmové činnosti, vhodné je rozvíjet svoje zájmy, záliby či koníčky. Staré ženy se většinou starají o domácnost, věnují se různým ručním pracím a činnostem, které produktivním věku „zanedbávaly“, v neposlední řadě pomáhají svým dětem např. při péči o vnoučata. Muži v seniorském věku se většinou věnují svým zálibám, bývají aktivní v různých svazech nebo organizacích. Ve městech žijí senioři aktivněji a společensky, všeobecně se senioři zajímají o dění ve státě, sledují televizi, chodí na procházky, cestují. (Zavázalová, 2001)

Gregor (1990) uvádí, že jedna z nejpřirozenějších aktivit člověka je práce, zejména se jedná o práci tvůrčí, práci vytvářející hodnoty, práce uspokojující. Tím mohou být i koníčky, záliby, zkrátka to, co seniory naplní radostí, pocitem uspokojení. (Gregor, 1990)

Aktivita ve stáří je ovlivněna:

- společenskou atmosférou,
- individualitou starého člověka,
- zdravotním stavem,
- nabídkou možností. (Zavázalová, 2001)

K zajištění kvality života ve stáří je zapotřebí, aby se předně změnil negativní přístup ke stárnutí populace a starým lidem. Aby se život seniorů mohl stát dostatečně kvalitním je požadavek umožnit seniorům takové podmínky jako všem ostatním občanům. Staří lidé mají stejné právo pracovat, vzdělávat se, žít aktivně a jako všichni mají právo být hodnoceni jako jednotlivci na základě svých schopností a potřeb. Seniori by měli stát v centru změn realizovaných v kontextu stárnutí populace. Stárnoucí společnost si nemůže dovolit vylučovat starší osoby z trhu práce a neposkytovat příležitost těm, kteří chtějí žít aktivně. (Čornaničová, 1998)

Škoda uvádí, že výchovou a vzděláváním ve stáří se zabýval také Komenský, který stanovil pro jednotlivá životní období dílčí cíle výchovy a vzdělávání a to včetně období mužného věku a ve stáří. Dále podle Komenského mají staří lidé v poslední etapě svého života správně užívat výsledků své práce, přičemž cílem stáří je vyvrcholení života jako předešlého k životu posmrtnému. (Škoda, 1996)

Současné období je obdobím velkých změn, změny sociálních systémů patří k nejvíce stresujícím změnám. Obyčejný člověk při těchto změnách zažívá pocity bezradnosti a nejistoty. O to víc tyto pocity doléhají na starší generaci, která nemá takové možnosti se s těmito změnami vyrovnat. Edukace seniorů pomáhá orientovat se na všech úrovních od sociálních makrozměn až po mikrozměny, které přináší každodenní život. (Čornaničová, 1998)

Határ (2011) uvádí, že vzdělanostní úroveň obyvatelstva zásadně ovlivňuje vztah k životu a jeho postoje k celé společnosti lidí. Zvyšování kvality vzdělávání a kontinuální vzdělávání kladně ovlivňuje utváření zdravého životního stylu, pozitivních postojů k životu, ke stáří a lidem. Prostřednictvím různých činností kulturního, náboženského, výchovného, nebo tělovýchovného či osvětového charakteru mohou staří lidé najít nový smysl svého života a tím předcházet sociální izolaci, aktivně participovat na společenském životě a být přínosem nejen pro společnost, pro své nejbližší, ale především pro sebe samé. (Határ, 2011)

Do seniorského věku přicházejí ve větším zastoupení jak v minulosti vzdělaní, tvořiví lidé, často s celoživotně pěstovanými edukačními potřebami a zájmy. Tito lidé mají jiné očekávání od života v důchodu než předcházející generace seniorů i v oblasti edukačních potřeb. Vzdělávání v seniorském věku se jim stává prostorem pro hledání cesty, způsobu, hodnot života k poznávání možností, ale i nevyhnutelnosti v životě. Tímto způsobem chápání vzdělávání představuje životní hodnotu samo o sobě, jednu z možností „dobra“ v životě, požitek ducha, který může a má být přístupný všem. (Čornaničová, 1998)

Kvalita života seniorů bez ohledu na míru samostatnosti, kterou disponují významně závisí na nejbližším sociálním okolí, na lidech, kteří kolem nich žijí. V jiné situaci je starý člověk, který žije s partnerem, v rodině, v blízkosti svých dětí, s vnoučaty, dalšími rodinnými příslušníky, s množstvím známých i mimo rodinu. Ve zcela jiné situaci je pak člověk osamělý, bez partnera, rodiny či přátel. Platí, že samota tíží s vyšším věkem dvojnásob. Nicméně pouhá přítomnost druhých lidí ke spokojenosti pocitu bezpečí nestačí. Pokud u bezprostředního okolí převládá názor, že starý člověk je neužitečný, bez hodnoty, pouze nepříjemnou zátěží a je mu to dáváno i najevo, senior často zatrpkne nebo snadněji podléhá depresím. (Matýsková, In Sýkorová, Chytil, 2004)

V současných snahách o přestavbu společnosti na občanských a demokratických hodnotách společnosti a respektování práv a svobod jednotlivců v období obnovení tradičních společenských hodnot naší kultury, hledají i senioři svoje místo v procesech

humanizace společnosti. Jako společenská síla by sami měli aktivněji navrhovat projekty a i hledat způsoby k jejich uskutečnění. Svoji dobrovolnou a svépomocnou činností v občanských sdruženích a spolcích, tak i ve vlastní „stavovské“ seniorské organizaci, mohou vytvářet potřebné ohnisko mezi úsilím státu, rodiny a jednotlivce. (Čornaničová, 1998)

Člověk jako biologický druh je charakterizován dlouhým dětstvím i dlouhým stářím. To po celé dějiny umožňovalo starším lidem vzdělávat mládež a předávat tak své hodnoty, tím byl zajištěn pokrok a přežívání lidstva. (Kalvach, 1997)

Kalvach konstatuje, že přítomnost starých lidí v rodinách, v sousedství a ve všech formách života společnosti zůstává stále nenahraditelnou výukou humanity. Nejen svým životem, ale dokonce svojí smrtí nás učí. Zámutkem přicházejí ti, kdo žijí dále k poznání, že mrtví se dále podílejí na lidské společnosti- výsledky své práce, svými díly a zvyky, které za sebou zanechali, vzpomínkami na jejich slova a skutky. O nás může povzbuzovat k tomu, abychom se dívali na svou vlastní smrt s větší vyrovnaností s uvědoměním odpovědnosti k příštím generacím. (Kalvach, 1997)

1.4 Senioři a životní změny

Senior člověk je tvor společenský, proto musí být zařazen do určité society. V průběhu svého ontogenetického života prochází rozmanitými typy prostředí, které mají na jeho osobnost různý dopad. (Határ, 2011)

„Každý člověk je starý jak starý se cítí“, tento výrok v sobě ukrývá významný kus pravdy. Negativní emoce, psychika, stresová situace mohou procesy stárnutí organismu urychlovat, proto je nesmírně důležité, aby se člověk dokázal vyrovnat s blížícím se stářím a změnami, které jsou neodvratné, aby hledal to pozitivní co s sebou toto období přináší. Důležitou úlohu sehrává aktivita v séniu, jak fyzická, psychická, sociální a také duchovní. (Határ, 2011)

Podle Matýskové (In Sýkorová, Chytil, 2004) se postoje k vlastnímu stáří ke své samostatnosti a celkové projevy osobnosti liší především v závislosti na fyzickém, psychickém a sociálním stavu. Jinak své stáří prožívá člověk:

- relativně zdravý, bez vážnějších zdravotních potíží,
- těžce nemocný, s chronickými bolestmi, s omezenou pohyblivostí,
- s dosud zachovalými psychickými funkcemi,
- s narušenými psychickými funkcemi,
- sociálně dobře adaptovaný a zaopatřený,
- s potížemi v sociální oblasti (adaptace, zabezpečení),
- s kombinací výše uvedených faktorů. (Matýsková, In Sýkorová, Chytil, 2004)

Matýsková (In Sýkorová, Chytil, 2004) uvádí, že *„možnosti zachovat si autonomii a prožít aktivní stáří jsou tak individuálně limitovány.“* (Matýsková, In Sýkorová, Chytil, 2004, s. 48-49)

Proces stárnutí člověka provází různé maladaptivní problémy, které se vztahují především na nově vznikající sociokulturní, ekonomické a existenční podmínky. Délka adaptačního procesu je individuální zpravidla je podmíněná různými faktory. Jedním z nich je typ osobnosti člověka, podle schopnosti adaptovat se na stáří rozlišujeme pět základních typů osobností staršího člověka:

1. člověk, který svoje stáří akceptuje a je optimistický a aktivní,
2. člověk, který je realistický a přijatelně optimistický, ale je pasivní,
3. člověk, který odmítá skutečnost, že stárne,
4. člověk, který je realistický a zároveň pesimistický,
5. člověk rezignující a pesimistický. (Határ, 2011)

Podle Határa (2011) existuje více strategií, jak se může starší člověk vyrovnat se skutečností, že stárne. (Határ, 2011)

Modely adjustace člověka na seniorský věk (Bromley, 1974):

- **konstruktivní strategie** – člověk je aktivní, převládá radost z každodenního života,
- **strategie závislosti** – člověk má sklon k pasivitě, stává se závislým na jiných,
- **strategie obranná** – člověk se stává hyperaktivním za účelem potlačení bližícího se sklonu svého života, projevy pedanterie, strategie hostility – člověk zaujímá negativní postoj k jiným lidem, které obviňuje za svoje problémy,
- **strategie sebenenávisti** - člověk se obviňuje za neúspěšný život, ve smrti vidí vykoupení. (Bromley, 1974, In Határ, 2011)

K zásadním změnám v životě člověka dochází při odchodu do důchodu. Vyrovnání se s touto skutečností není snadné. Tím že člověk odchází do důchodu nestává se „totálně“ starým a nepřestává žít. Stojí však před nelehkým úkolem, musí žít jinak než dosud. (Haškovcová, 1989)

Také Čornaničová (1998) uvádí, že člověku, který se „vyhne“ chorobám a nehodám předčasně ukončujícím lidský život v mladším věku a úspěšně překoná důchodovou adaptační krizi, naskýtá se mu reálná šance dvou desítek let, které může prožít v relativní nezávislosti soběstačnosti. Tento čas nemůže vycházet jen z představy „zaslouženého odpočinku“. Současně s nárůstem seniorů ve společnosti se mění i životní očekávání této generační skupiny. Do seniorského věku přicházejí ve větším počtu lidé vzdělaní, finančně nezávislí, relativně v plné životní síle. Od seniorského života očekávají pokračování plnosti života a nejen pasivní prožívání volných dní. (Čornaničová, 1998)

2. Systém sociální péče

Sociální péče vychází ze společenské solidarity a spočívá v redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru, jehož cílem je všestranný rozvoj jednotlivce. Sociální péče se realizuje sociálním pojištěním, zdravotním pojištěním, státními podporami, sociální pomocí a v neposlední řadě sociálními službami. (Matoušek, 2003)

Sociální péče je v rámci práva sociálního zabezpečení nástroj sociální ochrany vytvořený státem pro případ sociální události spočívající v nedostatku příjmu způsobeném nepříznivou sociální situací jako důsledku neschopnosti zajistit své potřeby a potřeby osob závislých vlastním přičiněním, zejména vlastní výdělečnou činností. Pojem péče je v české právní úpravě tradiční, z obsahového hlediska však spíše odpovídá pojmu sociální pomoci. Sociální pomoc je chápána jako poslední síť sociální ochrany - „záchranná sociální síť“. (www.wikipedie.cz, 4.2.2012)

Podle Matouška (2003) není dosud sociální pomoc v platných zákonech v České republice odlišována od sociální péče. (Matoušek, 2003)

Sociální péče je pojem legislativní tzn. zákonodárný. Pomáhá uspokojit objektivně uznané potřeby, a to hmotné, psychické a sociální. Zajišťuje odbornou pomoc pro adaptaci na sociální prostředí a také prevenci v této oblasti. Pomoc poskytuje jednotlivci, skupině, prostředí. Rozsah a šíře sociální péče jsou podmíněny možnostmi nositelů, vyspělostí společnosti, ekonomickým rozvojem. (www.wikipedie.cz, 4.2.2012)

Podle Potůčka stát v rámci sociálního zabezpečení realizuje výplatu sociálních dávek nebo poskytuje sociální služby a zároveň vytváří záchrannou síť v případě materiálního, ekonomického, zdravotního či psychického ohrožení rodiny. (Potůček, 1995)

2.1 Sociální péče o seniory

Sociální péče o seniory zahrnuje především poskytování sociálních dávek a sociálních služeb. Tato péče může být realizována výhradně státními subjekty (např. poskytování sociálních dávek), ale také státními i nestátními subjekty (např. terénní péče o seniory) současně. Služby poskytované v domácnosti mají největší potenciál nabízet komplexní pomoc, která je navíc strukturovaná podle momentální situace klienta. Tato služba naplňuje nejvíce individuální potřeby seniora a je i z pohledu veřejných rozpočtů méně náročná než institucionální forma péče. (Kozlová, 2005)

Nastavení sociálního systému má odpovídat zejména aktuálním společenským potřebám a sociální realitě. (Francová, Novotný, 2008)

Systém sociální pomoci vytváří určitý standard v oblasti lidských práv, jehož základní složkou je právo na existenci člověka.(Kozlová, 2005)

Mezi základní nástroje sociální pomoci určené pro seniory se sníženou mírou soběstačnosti a osoby se zdravotním postižením patří zejména:

- sociální poradenství,
- dávky sociální pomoci,
- služby sociální péče.

Současné trendy v evropských zemích v péči o seniory se sníženou mírou soběstačnosti míří k realizaci principu:

- subsidiarity,
- desektorializace,
- deinstitucionalizace.

V rámci principu subsidiarity se uplatňuje odpovědnost rodiny a jedince, až po vyčerpání těchto možností, přichází na řadu podpora ze strany státu. V rámci principu deinstitucionalizace jde o upřednostnění a podporu péče v domácím prostředí člověka. Trend desektorializace je možný tehdy, pokud je patřičným profesionálním způsobem zajištěna domácí péče a péče v komunitě. (Novotný, Francová, 2010)

2.2 Sociální služby

K základním znakem sociálního státu je poskytování sociálního zabezpečení a zajištění kvalitní úrovně odpovídajících sociálních služeb. (Večeřa, 1993)

Sociální služby jsou o lidech, v jejich přirozeném prostředí. Všichni si přejeme mít své místo a roli v životě společnosti, tam kde žijeme a pracujeme. Sociální služby mají za cíl pomoci lidem udržet si nebo znovu nabýt místo v životě jejich komunity, pokud toho sami nejsou schopni. Sociální služby jsou zaměřeny na lidi, na jedince, jejich rodiny a na jejich sociální síť. Jaké služby jsou poskytovány vyplývá z individuálních potřeb lidí a z celkových potřeb komunit, v nichž tyto lidé žijí. Potřeby jednotlivců se liší případ od případu stejně jako potřeby jednotlivých společenství. Lidé a obce mají svůj vlastní charakter, historii, schopnosti, preference a zdroje. To znamená, že musí být k dispozici taková nabídka sociálních služeb, která tyto různé potřeby bude schopna flexibilně uspokojit. (www.mpsv.cz, 4.2.2012)

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psychoterapie a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života lidí. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé žijící "na okraji" společnosti. (www.mpsv.cz, 4.2.2012)

Cílem služeb bývá mimo jiné:

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu,
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život,

- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů. (www.mpsv.cz, 4.2.2012)

Od 1.1.2007 vstoupil v platnost zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“). Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci fyzickým osobám v nepříznivé situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, stanovuje i předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. (Zavázalová, 2008)

Zákon o sociálních službách klade důraz na respekt k základním lidským a občanským právům, oprávněným zájmům a lidské důstojnosti adresátů sociálních služeb, především dle základních zásad uvedených v § 2: bezplatné sociální poradenství, zachování lidské důstojnosti a respekt k lidským a občanským právům a oprávněným zájmům, individuální přístup, aktivizace k samostatnosti, podpora při zakotvení v přirozeném sociálním prostředí, rovnoprávnost a dobrovolnost. Na základě těchto zásad byly vypracovány Standardy kvality poskytování sociálních služeb, které mají za úkol zajistit kvalitu poskytované péče. (Kolektiv autorů, 2010)

Základní druhy sociálních služeb

Sociální služby lze podle cíle a zaměření rozdělit do 3 základních skupin:

Sociální poradenství, které má specifické postavení v celém systému sociálních služeb, jde o bezplatné poskytování sociálního poradenství a je stěžejní zásadou zákona o sociálních službách. Každá osoba má nárok na poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení své nepříznivé sociální situace nebo jejímu předcházení. (Králová, Rážová, 2007)

Poradenstvím se dnes zabývají všechny pomáhající profese, je považováno za všestrannou činnost. (Matoušek, 2008)

Služby sociální péče, zahrnují takové druhy sociálních služeb, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Poskytují se jak v domácím prostředí osob, tak v zařízeních sociálních služeb. Cílem služeb sociální péče je umožnit osobám

v co nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života nebo jim zajistit důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy to jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje.

Služby sociální prevence jsou tvořeny takovými druhy sociálních služeb, jejichž cílem je napomáhat osobám vyloučeným sociálním vyloučením, překonat jejich nepříznivou sociální situaci a chránit tak společnost před vznikem a působením nežádoucích sociálních jevů. (Králová, Rážová, 2007)

Formy poskytování sociálních služeb

Zákon o sociálních službách rozlišuje tři formy, v kterých se poskytují sociální služby, a to služby pobytové, ambulantní nebo terénní, přičemž tyto formy jednotlivých druhů mohou být kombinovány tak, aby byly maximálně efektivní. (Králová, Rážová, 2007)

Pojmovým znakem pobytových sociálních služeb je poskytnutí ubytování v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními sociálními službami se rozumí takové druhy služeb, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb, jejich součástí však není ubytování. Terénní sociální služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí osob, například v domácnostech uživatelů nebo v místech kde osoby pracují nebo se vzdělávají.

Zařízení sociálních služeb

Sociální služby jsou poskytovány v těchto zařízeních sociálních služeb:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- azylové domy, domy na půl cesty,
- domy na půl cesty,

- zařízení pro krizovou pomoc,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- terapeutické komunity,
- sociální poradny,
- sociálně terapeutické dílny,
- centra sociálně – rehabilitačních služby,
- pracoviště rané péče,
- intervenční centra. (www.mpsv.cz, 4.2.2012)

Podmínky poskytování sociálních služeb

Sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. Oprávnění k poskytování služeb vzniká na základě rozhodnutí o registraci. Registrace je nezbytnou podmínkou pro výkon činnosti poskytovatele.

Sociální služby poskytují:

- obce a kraje a jimi zřizované právnické osoby poskytující sociální služby,
- další právnické osoby bez ohledu na jejich právní formu,
- fyzické osoby,
- ministerstvo práce a sociálních věcí. (Králová, Rážová, 2007)

Fyzické osoby poskytující sociální služby nepodnikatelským způsobem a zahraniční fyzické a právnické osoby usídlené v některém státě EU, popřípadě vykonávající tyto činnosti podle oprávnění vydaného v jiné zemi EU, registraci nepotřebují. (Králová, Rážová, 2007)

Sociální služby jsou při splnění podmínek stanovených v zákoně o sociálních službách, s účinností od 1.1. 2007, poskytovány:

- osobě, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu,
- osobě, které byl udělen azyl,
- občanovi a rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie,
- cizinci, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce. (www.mpsv.cz, 7.2.2012)

Vybrané typy sociálních služeb (azylové domy, kontaktní centra, noclehárny, terénní programy) jsou poskytovány také osobám legálně pobývajícím na území České republiky. Na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení má nárok každá osoba. Rozlišení formy sociálních služeb má v systému zákona význam i z hlediska stanovení způsobu úhrady za poskytované služby a stanovení dalších specifických podmínek a povinností poskytovatelů. Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Výčet základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb je stanoven zákonem o sociálních službách, obsah je uveden ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb., části druhé. (www.mpsv.cz, 7.2.2012)

Příspěvek na péči

Jedná se o státní účelovou dávku, poskytovanou fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Účelem této dávky je umožnit osobě, aby si podle vlastního rozmyšlení zajistila potřebnou pomoc, a to buď v rámci rodiny anebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb formou poskytnutí

některé ze sociálních služeb, popřípadě prostřednictvím jiné fyzické nebo právnické osoby. (Králová, Rážová, 2007)

Výše příspěvků na péči s účinností od 1.1.2011:

Stupeň závislosti a výše příspěvku na péči (měsíčně):

	Pro osobu mladší 18 let	Pro osobu starší 18 let
I. - lehká závislost	3000	800
II. - středně těžká závislost	6000	4000
III. - těžká závislost	9000	8000
IV. - úplná závislost	12000	12000

Nový model posuzování nároku na příspěvku na péči od 1.1.2012

Pro posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby dle § 9 zákona (kompletně nový model posuzování LPS – 10 ucelených úkonů v oblasti každodenního života):

- **mobilita** (zvládat vstávání, usedání, chůze),
- **orientace** (orientovat se zrakem, sluchem, pomocí psychických funkcí),
- **komunikace** (dorozumět se a porozumět – mluvenou řečí i psanou zprávou),
- **stravování** (stravu naporcovat, najíst se a napít se, dodržovat dietní režim – dietu),
- **oblékání a obouvání** (vybrat si oblečení a obutí, oblékat se, obouvat se, svlékat se a zouvat se),
- **tělesná hygiena** (umývat si obličej, ruce a celé tělo, česat se, péče o ústní hygienu),
- **výkon fyziologické potřeby** (používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky),
- **péče o zdraví** (dodržování stanoveného léčebného režimu, ošetřovatelská opatření),
- **osobní aktivity** (stanovit si a dodržet denní režim, zapojit se do aktivit odpovídajících věku),

- **péče o domácnost** (nakládat s penězi, obstarat si nákup potravin, nosit běžné předměty). (www.mpsv.cz, 7.2.2012)

2.3 Standardy kvality sociálních služeb

Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím se hodnotí úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami, kterým jsou sociální služby poskytovány. (Králová, Rážová, 2007)

Standardy kvality sociálních služeb se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007. Znění kritérií standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu o sociálních službách. Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní služba. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií.

Jedná se o tyto standardy:

- č.1 - cíle a způsoby poskytování sociálních služeb,
- č.2 - ochrana práv osob,
- č.3 - jednání se zájemcem o sociální službu,
- č.4 - smlouva o poskytování sociální služby,
- č.5 - individuální plánování průběhu sociální služby,
- č.6 - dokumentace o poskytování sociální služby,
- č.7 - stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby,
- č.8 - návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje,
- č.9 - personální a organizační zajištění sociální služby,
- č.10- profesní rozvoj zaměstnanců,
- č.11- místní a časová dostupnost poskytované sociální služby,
- č.12- informovanost o poskytované sociální službě,
- č.13- prostředí a podmínky,
- č.14- nouzové a havarijní situace,

➤ č.15-zvyšování kvality sociální služby. (Králová, Rážová, 2007)

Stát je hlavním garantem sociální péče v České republice a také ji rozhodujícím způsobem financuje, k účelu kontroly si vytvořil kontrolní orgán, inspekci poskytování sociálních služeb. Inspekce poskytování sociálních služeb slouží k provádění kontroly, zda registrovaní poskytovatelé sociálních služeb řádně plní své povinnosti a naplňují požadavky zákona o sociálních službách. Inspekce je vykonávána formou státní kontroly podle zákona č. 552/1991 Sb., o státní kontrole, ve znění pozdějších předpisů. Postup při provádění inspekce se řídí zákonem o státní kontrole s určitými specifickými odchylkami, které upravuje zákon o sociálních službách. (Králová, Rážová, 2007)

2.4 Transformace pobytových sociálních služeb

Významným dokumentem poslední doby, který se týká sociálních služeb, zejména služeb rezidenčních je Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Koncepce byla schválena usnesením vlády ČR č. 127, ze dne 21.2.2007. V současnosti je základem, na kterém bude budováno další poskytování rezidenčních služeb. Úvodem koncepce konstatuje, že země dnešní Evropské unie se od 70. let minulého století zabývají realizací procesu deinstitucionalizace a podporou práva žít v přirozeném prostředí pro všechny občany a ČR se prostřednictvím tohoto dokumentu hlásí k této politice. (Sokol, Trefilová, 2008)

Koncepce uvádí, že více než 85 % pobytových zařízení sociální péče v ČR je zřizováno kraji nebo obcemi. Nestání neziskové organizace poskytují především terénní a ambulantní služby. Ústavní zařízení vystupují jako poměrně stabilní systém daný trvalou poptávkou po tomto typu služeb a zejména stanovenými zdroji financování. Časový rámec podpory transformace obsažený v koncepci byl stanoven na období let 2007 – 2013 z důvodu čerpání finančních prostředků ze strukturálních fondů Evropské unie. (Sokol, Trefilová, 2008)

Aktivity metodické podpory transformace směřují dvěma směry:

- podpora transformace zařízení sociálních služeb pro seniory,
- podpora transformace zařízení sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. (Sokol, Trefilová, 2008)

Podle Sokola (2008) stávající poskytovatele ústavních služeb je nutné podporovat tak, aby sami transformovali svou činnost směrem ke službám poskytovaným v přirozeném prostředí, směřujícím k naplňování individuálních potřeb uživatelů, a v případě, kdy toto není možné s ohledem na situaci uživatelů, maximálně přiblížit pobyt uživatelů životu v domácím prostředí. (Sokol, Trefilová, 2008)

3. Charakteristika péče o seniory

Ústavní péče o seniory

Ústavní zařízení je instituce poskytující klientům nepřetržitou péči spojenou s ubytováním a stravováním. Podstatným parametrem ústavního zařízení je, kromě kompetencí personálu, přiměřenosti stavby a denního režimu potřebám klientů, také jeho velikost a umístění. Trend ve vyspělých zemích směřuje k zmenšování ústavů až na velikost bytů či rodinných domků a k maximálnímu otevírání ústavu vůči komunitě, již slouží. Tento trend není v ČR respektován, ústavy v současnosti stavěné za podpory státu jako náhrady za objekty, které byly vráceny restituentům, mají průměrnou velikost 88 klientů. Navíc v naší republice trvá trend lokalizovat ústavy do malých obcí, tj. do míst na „okraji civilizace“. (Matoušek, 2003)

Terénní služby pro seniory

Respitní (odlehčovací) péče, stacionáře - denní pobyty, domovinky, pečovatelská služba. V oblasti terénních služeb je nutné zabezpečit informovanost veřejnosti o všech poskytovatelích sociálních služeb pro seniory a o podmínkách poskytování služeb. Terénní služby by kromě jiného měly pomáhat a podporovat rodiny pečující o seniory a nabízet a poskytovat takové služby, které jim tuto péči umožní.

Komunitní péče o seniory

Zejména se jedná o podporu chráněného (sociálního) bydlení pro seniory, např. domy s pečovatelskou službou, sociální poradenství pro seniory včetně jejich rodin, zajištění spolupráce poskytovatelů v oblasti služeb pro seniory, sledování kvality a účelnosti poskytovaných služeb, podpora dalšího vzdělávání pracovníků v oblasti péče o seniory, služby domácí péče, osobní asistence, zapůjčení pomůcek do domácnosti pro seniory se sníženou soběstačností, praní prádla, fyzioterapie a další.

3.1 Vývoj ústavní péče

Tak jako v jiných zemích Evropy i u nás ve středověku existovaly různé instituce péče a pomoci potřebným. Nejdříve se jednalo o církevní charitu, která vycházela z hodnot křesťanského milosrdenství. Církev zřizovala špitály, útulky a zaštiťovala péči o chudé. Od 16. do 19. století byla chudinská podpora v rámci Rakouska - Uherska v kompetenci obcí a regulována ustanoveními říšského policejního řádu. Obce pečovaly o chudé na základě domovského práva. Jedna zajímavost, slovo ratejna, které se dnes užívá jen v hanlivém významu, původně označovalo obecní domovy pro staré invalidní osoby. (Potůček, 1995)

Charitní a řádová ošetrovatelská péče silně ovlivněna silícím křesťanstvím. Tato péče se odehrávala ve špitálech, které vznikaly při kláštrech jako jeden z předchůdců současných domovů důchodců. Na přelomu 19. a 20. století se u nás vyskytovaly chudobince, v této době byla péče o staré lidi pojímána jako záležitost rodiny, potažmo obce. (Floder, 2003)

Obec se tak stává vedle církve dalším zřizovatelem ústavů pro lidi, kteří postrádají rodinné zázemí, nebo základní prostředky k udržení života. Až později začíná velké ústavy zakládat stát, nejsou již zařízeními církevními, a postupně se také specializují. V devatenáctém století se začíná používat názvů jako trestnice, nemocnice, polepšovna, starobinec apod. Až koncem devatenáctého a začátkem dvacátého století dochází ke změně, kdy ústavy původně sloužící k vylučování lidí ze společnosti, se začínají orientovat více na potřeby klientů. Tento trend se soustředil v šedesátých letech i na ochranu klientů před nároky vnějšího světa, do něhož mohla být paradoxně počítána i klientova rodina. V současné době je ideálem péče poskytovaná přesně a pouze v té míře, v jaké ji klient potřebuje, přičemž jeho vztahy k blízkým lidem mají být podporovány. Komunistický režim řešil problematiku ústavní péče využíváním velkých ústavních komplexů podobných nemocnicím, kde uniformita naprosto popírala individualitu jedince. Společný ústavní řád platil pro všechny a neumožňoval výjimky. Denní režim, chod ústavu a často i ošacení klientů bylo jednotné. Pokud do tohoto

komplexu jednou člověk vstoupil, většinou neměl možnost výstupu zpět do běžného života a stal se doživotně závislý na péči. Ústavy byly uzavřeným světem, který nekomunikoval s okolím. Po listopadu 1989 se začaly ústavy pomalu otevírat veřejnosti, takže změny v oblasti ústavní péče u nás jsou záležitostí teprve posledních dvaceti let. (Matoušek, 2003)

3.2 Pobytová zařízení pro seniory

Mezi zařízení, která poskytují pobytové služby lze zařadit domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby, domy s pečovatelskou službou, léčebny dlouhodobě nemocných, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, hospice.

Domovy pro seniory - poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu vyššího věku, které potřebují pravidelnou pomoc v oblasti soběstačnosti a osobní péče. Jejich nepříznivá sociální situace jim nedovoluje žít ve vlastním domácím prostředí. V domovech pro seniory je zajištěna komplexní péče. Pobyt v domovech nahrazuje domácí péči. Základní činnosti a úkony v domovech pro seniory : poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a osobních záležitostí. (Králová, Rážová, 2007)

Domovy se zvláštním režimem - v domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám se specifickými potřebami vyplývajícími z jejich onemocnění. Jedná se o osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc a péči jiné fyzické osoby. Základní činnosti a úkony v domovech se zvláštním režimem:

poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a osobních záležitostí. (Sokol, Trefilová, 2008)

Odlehčovací služba - bývá poskytována ve formě terénních, ambulantních nebo pobytových služeb. Tyto služby mohou využívat osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které jinak pečuje rodina či jiná osoba, a to v jejich domácnosti. Cílem této služby je poskytnout pečující osobě odpočinek. Služba je poskytována na dobu určitou. Základní činnosti a úkony odlehčovací služby:

poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou službu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a osobních záležitostí. (Králová, Rážová, 2007)

Domy s pečovatelskou službou - jsou kombinací pečovatelské služby a pobytového zařízení, nejsou však zařízením sociálních služeb, mají charakter bytů v domech zvláštního určení. Domy s pečovatelskou službou zřizují zejména obce, které si i stanovují podmínky umístění, zejména vymezení věku osob a jejich zdravotního stavu. Jejich zřizováním se racionalizuje poskytování pečovatelské služby soustředěním příjemců pečovatelské služby a zároveň se řeší často nevyhovující bydlení seniorů nebo těžce zdravotně postižených občanů. Výhodou těchto domů je přítomnost pečovatelek po celou jejich pracovní dobu, zpravidla v pracovní dny. Byty v domech s pečovatelskou službou jsou pronajímány na základě nájemní smlouvy podle obecných předpisů o nájmu bytu.

Péče je poskytována občanům v těchto zařízeních, obvykle zahrnuje tyto úkony: osobní hygiena, stravování, zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. (Králová, Rážová, 2001)

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou zdravotnická zařízení, která poskytují lůžkovou, léčebnou, rehabilitační a ošetrovatelskou péči chronicky a dlouhodobě nemocným v rozsahu, jenž nelze zabezpečit ambulantně.

Týdenní stacionáře – jsou to pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Základní činnosti a úkony:

poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a osobních záležitostí. (Sokol, Treflová, 2008)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Základní činnosti a úkony:

poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a osobních záležitostí. (Králová, Rážová, 2007)

Chráněné bydlení – je pobytovou službou poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, zejména v oblasti osobní péče a péče o domácnost. Chráněné bydlení je formou skupinového, případně individuálního bydlení.

Základní činnosti a úkony: poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a osobních záležitostí. (Králová, Rážová, 2007)

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče – poskytují pobytové služby osobám nevyžadujícím již ústavní zdravotní péči, které se ale vzhledem k svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než je jim zabezpečena podpora osobou blízkou, nebo jinou fyzickou osobou, nebo zajištěno poskytování terénních či ambulantních sociálních služeb, nebo pobytových služeb v zařízeních sociálních služeb.

Základní činnosti a úkony: poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a osobních záležitostí. (Králová, Rážová, 2007)

Hospice – jedná se o zařízení zdravotnická, poskytující terminální péči, jedná se o komplexní ústavní péči založenou na paliativní medicíně, která navíc zohledňuje psychické, duchovní i vztahové potřeby pacienta. Klade důraz na kvalitu života pacienta a zahrnuje i péči o jeho blízké. (Matoušek, 2003)

Pacienti jsou do lůžkového hospice přijímáni tehdy pokud domácí péče není možná. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje tuto péči jako „aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu. Stěžejní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychologických, sociálních a duchovních potíží. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin. Zakladatelka hospicového hnutí u nás - MUDr. Marie Svatošová říká : „Hospic je umění doprovázet.“

Činnost v hospicovém zařízení zahrnuje:

- úsilí o zmírnění fyzické i duševní bolesti,
- úsilí o respektování lidské důstojnosti,
- nabídku osobní blízkosti. (www.hospic.cz, 12.3.2012)

3.3 Adaptace seniorů v pobytových zařízeních

Přáním seniorů je setrvat co nejdéle ve vlastní domácnosti. Umístění v ústavním zařízení nastupuje až po vyčerpání všech alternativ řešení a představuje pro seniory velký stres. Domov důchodců pro ně představuje nemožnost návratu.

„V procesu adaptace člověka na stáří sehraává rozhodující úlohu sociální prostředí ve kterém se senior po vstupu do důchodu ocitá.“ (Határ, 2011, s.41)

Stárnoucí člověk dnešní doby nechce opustit svůj domov, nechce odejít do domova důchodců, protože ví, že to první, co tam musí definitivně ztratit, je soukromí. To, co získá, je naopak traumatizující pocit konečného řešení svého života. (Zavázalová, 2001)

Umístění do domova důchodců či obdobného zařízení se stává významným mezníkem v životě starého člověka. Představuje podstatnější změnu životního stylu, a proto je dlouhodobější i adaptace. (Vágnerová, 2007)

Hlavní zátěž spočívá v několika problémech. Život v instituci je spojen se ztrátou osobního zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity, kdy starý člověk potřebuje někam patřit, být vázán k nějakému místu a nebo být členem nějaké skupiny. Toto funguje jako obrana proti anonymizaci, nejistotě, strachu a úzkosti. Narušení této složky identity dochází i při umístění do ústavního zařízení, což je vnímáno jako ohrožení své identity. Dochází ke ztrátě jistoty orientace, pocitu bezpečného prostředí svého bytu, ale i materiálního a sociálního okolí. Umístění v ústavním zařízení je vždy zátěžovou situací, jejíž síla závisí na mnoha okolnostech. (Vágnerová, 2007)

Umístění do ústavu symbolicky potvrzuje ztrátu samostatnosti a soběstačnosti starého člověka, což je vysvětlováno a prožíváno jako důsledek postupujícího úpadku vlastností osobnosti. (Vágnerová, 2007)

Přesun do ústavního zařízení je chápán ze strany seniorů jako signál blížícího se konce života, staří lidé si uvědomují, že pobyt v domově důchodců a ještě více v léčebně dlouhodobě nemocných je spojen s poslední fází života končící smrtí. Proto je tato

změna velmi stresující a senioři ji vnímají jako „poslední štaci“, která v důsledku různých obtíží a minimálních příjemných podnětů, má negativní charakter. Reakcí bývá zhoršení emočního ladění, deprese, apatie, vyhasnutí pozitivních očekávání. Starý člověk už nic příjemného neočekává, se svojí situací se smíří, rezignuje, většinou však bez vnitřní spokojenosti. (Vágnerová, 2007)

Ústavní pobyt lze chápat z jedné strany jako určitou variantu specifické sociální izolace, kdy senior je limitován tím, že zůstává uzavřen v jedné části ústavu a ztrácí tak kontakt s okolím. Na druhé straně bývá přesycen kontakty s mnoha cizími lidmi, které jej mohou zatěžovat zejména tehdy, pokud by s nimi měl trávit část svého soukromí bez možnosti výběru. (Vágnerová, 2007)

Umístění do cizího prostředí automaticky posiluje úzkost a pocit nejistoty. Většina starých lidí je ztrátou svého zázemí velmi stresována, jelikož soukromí jejich domova představovalo určitou jistotu. Neznámá instituce tuto funkci nemůže plnit. V ústavním zařízení lidé snadno ztrácejí své kompetence, neboť je přestávají využívat. Senioři bývají automaticky chápáni jako bytosti, které potřebují, aby se o ně někdo staral a rozhodoval o nich. Tendence s nimi manipulovat a pomáhat jim, když to není nutné, vede k syndromu naučené bezmocnosti, čímž narůstá závislost a infantilizace starých lidí, která vyplývá vlastně ze sociálního stereotypu. (Vágnerová, 2007)

Nejčastějším důvodem rozhodnutí nástupu do domova důchodců bývá zhoršení zdravotního stavu a s tím spojené nezvládnutí sebeobsluhy. Pacovský připomíná, že v našich podmínkách se lidé pro odchod do domova důchodců rozhodnutí nejdříve tehdy, když přestávají být soběstační. Motivace typu, když už nic jiného nezbývá, ztěžuje adaptaci na nové prostředí, poněvadž je apriorně chápáno jako důkaz úpadku. (Pacovský, 1994)

Adaptace na instituci probíhá v několika fázích, průběh závisí na míře dobrovolnosti rozhodnutí, zda se jedná o vlastní volbu či rozhodnutí někoho jiného. (Vágnerová, 2007)

Adaptace na nedobrovolné umístění do ústavního zařízení:

- fáze odporu, která se projevuje negativismem, agresivitou, hostilitou vůči komukoliv, nejčastěji vůči tzv. náhradním viníkům,
- fáze zoufalství a apatie, která následuje většinou poté, když se starý člověk vyčerpá a zjistí, že jeho odpor nemá žádoucí účinek, většinou reaguje útlumem a apatií, rezignuje a ztrácí zájem o všechno,
- fáze vytvoření nové pozitivní vazby, některým seniorům se podaří navázat pozitivní vztah např. s jiným obyvatelem, se kterým by mohl sdílet novou situaci a dával takovému životu nějaký smysl, může se jednat i o zvíře.

Přijatelnou adaptaci posiluje i jasné rozvržení dne a jeho postupné pochopení a zvládnutí režimu. (Vágnerová, 2007)

Adaptace na dobrovolný odchod do domova důchodců:

- fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu - jedná se o fázi získávání informací, orientace, bilancování a srovnávání, co je nyní horší či lepší, je důležité, aby první zážitky nebyly nepříjemné,
- fáze adaptace a přijetí nového životního stylu, po určité době se starý člověk smiřuje se změnou role i způsobu svého života a vytvoří si nový životní stereotyp, získá nové sociální kontakty. (Vágnerová, 2007)

Podle Határa (2011) správně cílená sociálně - andragogická práce v zařízeních sociálních služeb může přispět ke zpomalení psychosociálních procesů stárnutí, ke zvýšení osobní angažovanosti seniorů na svém vlastním bytí, k dalšímu rozvoji a pěstění své osobnosti, ke správnému trávení volného času a k aktivnímu prožívání stárnutí. (Határ, 2011)

Cílem sociální práce se seniory je nalézt konsensus ve způsobu řešení založeném na holistickém přístupu na mikro, mezo a makro úrovni. (Mátel a kol., 2010)

V rámci adaptace seniorů v ústavních zařízeních lze využívat i poznatky ze sociální pedagogiky. Neboť sociální pedagogika je jedna z vědních disciplín věnující se člověku, výchově a společnosti. V širším pojetí disciplíny, se sociální pedagogika zaměřuje na každodennost života člověka bez ohledu na věk, zdůrazňuje ochranu jedince před rizikovými vlivy a iniciuje takové změny v sociálním prostředí, které uvádí do souladu individuální potřeby a zájmy jedince s možnostmi společnosti. (Kraus, 2008)

3.4 Trendy v péči o seniory

Péčí o seniory se zabývá vědní obor gerontologie, multidisciplinární soubor poznatků o stárnutí a stáří. Stárnutí je výrazný a důležitý jev v životě člověka. Nehledě na pokrok v základním gerontologickém výzkumu, je nutné aby se společnost zaměřila na problémy se stárnutím spojené. (Javorská, In Mühlpachr, 2005)

Soudobá postmoderní společnost s sebou nese celou řadu individuálních, mikrosociálních i makrosociálních problémů. Člověk v průběhu celého životního cyklu prochází procesem socializace, učí se žít ve společnosti, adaptovat se na měnící se životní podmínky. (Mühlpachr, 2006)

V duchu programů světových organizací je reálné usilovat o to, aby byl přidán život létům, nikoliv léta životu.

Společenský přístup ke stáří má dva aspekty:

- mezi první lze zařadit potřeby a zájmy stále se zvětšujícího počtu seniorů, otázky smysluplnosti, kvality a zabezpečení jejich života,
- k druhým patří sociálně ekonomické důsledky stárnutí populace včetně ovlivnění hospodářského rozvoje a sociálního smíru. (Mühlpachr, Bargel, 2011)

Mühlpachr uvádí „*společenská opatření vůči seniorské populaci by měla být komplexní, koordinovaná a individuálně cílená, vycházející z potřeb a přání seniorů, resp. dílčích cílových skupin a zpět na tyto konkrétní subjekty účelně orientovaná za jejich aktivní spoluúčasti a cílevědomé ochrany jejich práv.*“ (Mühlpachr, Bargel, 2011, s.11)

Podle Kalvacha mají vlády a nevládní organizace a všichni zainteresovaní v této problematice, zvláštní zodpovědnost za lehce zranitelné seniory, k nimž lze zařadit chudé, ke kterým patří zejména ženy a obyvatelé venkovských oblastí.

Společenská opatření vůči seniorům by měla být komplexní, koordinovaná, individualizovaně cílená, vycházející z potřeb a přání seniorů. (Kalvach, 1997)

K mezinárodním prioritám podle Kalvacha patří především:

- důsledná integrace seniorů do společnosti, prevence segregace,
- mezigenerační tolerance s vyloučením ageismu, věková diskriminace,
- důraz na kvalitu života seniorů,
- zlepšování zdravotního, funkčního a sociálního stavu ve stáří účinnými programy přípravy na stáří
- maximální účelnost všech forem péče, služeb,
- pomoc rozvojovým zemím se zvládnutím očekávaného přibývání seniorů, kteří dosud mnohde tvoří jen kolem 3% místní populace. (Kalvach, 1997)

V rámci České republiky se problematikou kvality života seniorů včetně aktivního života seniorů zabývá **Národní program přípravy na stárnutí 2008 - 2012** (usnesení vlády z 9. ledna 2008), jenž navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007, který vychází z Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí z roku 1982 (Víděň), ze Zásad OSN pro seniory z roku 1991 v souladu se závěry II. Světového shromáždění OSN o stárnutí v Madridu, které se konalo v roce 2002 a z přijatého Mezinárodního plánu stárnutí 2002. Strategickými prioritami Národního programu přípravy na stárnutí 2008 - 2012 jsou:

aktivní stárnutí, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovatелů, podpora participace na životě společnosti

a ochrana lidských práv. Vládní usnesení shrnuje širokou problematiku kvality života starší generace, není jen proklamativní – ukládá řadu konkrétních úkolů pro celou společnost. Je závazné pro ministerstva, komunální politiky, ale i pro celou společnost včetně nevládních a neziskových organizací, které starší generaci pomáhají nebo o ně pečují. (www.mpsv.cz, 07.02.2012)

Principy národního programu: celoživotní přístup, partnerství vlády a samosprávy, mezigenerační vztahy a soudržnost, zvláštní pozornost věnována znevýhodněným a zranitelným osobám, genderový přístup (zvýšený počet žen), dialog s občanskou společností a sociálními partnery, odpovědnost jednotlivce a společnosti, snižování sociálních a geografických rozdílů (ekvita), politika podložena důkazy, důstojnost, informovanost a zohlednění demografického stárnutí potřeb starších lidí v činnosti různých subjektů. (www.mpsv.cz, 07.02.2012)

Podle Javorské (Javorská, In Mühlpachr, 2005) k moderně legislativním trendům přístupu k seniorům patří především tyto cíle:

- zachování přirozeného prostředí pro seniorskou populaci,
- podporování zaměstnávání seniorů jako způsob jejich aktivizace,
- vlastní odpovědnost za přípravu na stáří, např. penzijní připojištění,
- modernizace systémů sociální ochrany a poskytování cílené podpory společnosti potřebným seniorům,
- podpora zdravého životního stylu,
- zlepšování stavu životního prostředí,
- péče o zdraví starých občanů, zvýšení efektivity zdravotní péče,
- minimalizaci rizik sociálního vyloučení seniorů a institucionalizace,
- podpora a zajištění komplexních sociálních služeb, tak aby senioři co nejdéle prožívali tuto část svého života ve svém přirozeném prostředí,
- podpořit možnosti celoživotního vzdělávání. (Mühlpachr, 2005)

3.5 Aktuální problémy ústavní péče

Po roce 1989 se do popředí dostává ústavní sociální péče, do této doby neměl stát zájem ji nějak zviditelňovat. Materiální vybavení, personální zajištění a úroveň péče byla velmi nízká. Neuplatňovala se lidská práva, nebyla možnost vlastní volby či rozhodování. Od této doby však nastal v systému ústavní péče veliký pokrok. (Friedmann, In Mühlpachr, 2005)

Vybrané problémové oblasti podle Friedmanna (Friedmann, In Mühlpachr, 2005):

1. Budovy ústavů pro seniory:

- prostorové přetížení – původní účel neodpovídá současným požadavkům,
- bariéry- nejsou upraveny pro bezbariérový přístup,
- chybějící prostor pro terminální stavy,
- památková ochrana objektů, rekonstrukce se tudíž komplikují a jsou finančně náročné,
- izolace od obce. (Friedmann, In Mühlpachr, 2005)

2. Vybavení ústavů:

- nedostatečné vybavení pro imobilní klienty,
- nedostatečné vybavení pro aktivity. (Friedmann, In Mühlpachr, 2005)

3. Zdravotnické a další služby v ústavech pro seniory:

- absence komplexního přístupu ke klientovi – klient je chápán jako subjekt zdravotnické péče, jeho sociální potřeby však nejsou dostatečně uznány,
- řeší aktuální stav, chybí vypracování individuálního dlouhodobého plánu péče, v současné době se již tento stav zlepšil,
- nediferencované umístování klientů – umístění se řídí volnou kapacitou zařízení. (Friedmann, In Mühlpachr, 2005)

4. Klientela v ústavech pro seniory:

- ztráta vazeb s rodinou,
- ztráta společenských vazeb,
- omezené soukromí,
- dezorientace v novém prostředí,
- ztráta právoplatné občanské pozice. (Friedmann, In Mühlpachr, 2005)

4. Charakteristika Domova důchodů Božice

Domov důchodců Božice se nachází v obci Božice, která patří mezi nejstarší obce jihovýchodní části Znojemska. Současné Božice byly vytvořeny v roce 1951 sloučením dvou přibližně stejně velkých obcí Božice a České Křídlovice. Součástí obce jsou i místní části Kolonie u Dvora, Mlýnské Domky (Zámlýní), U Nádraží a Na Posádce. Počet obyvatel Božic k 1.1.2011 byl 1521. K významným historickým stavbám obce patří především komplex budov bývalého dívčího penzionátu Maria Hilf sester sv. Karla Boromejského, postaveného v letech 1894 – 1906 především zásluhou faráře Maxe Mayera. Podstatná část slouží od roku 1950 jako domov důchodců. Do čtyřpatrové budovy „kláštera“ je vkusně architektonicky začleněná nádherně zdobená kaple s barevně malovanými okny. I když není od roku 1979 používána k bohoslužebným účelům, je zahrnutá v evidenci chráněných památek. V rohu klášterní zahrady se nachází tzv. lurdská kaplička, nejhezčí kaplička v obci, pocházející asi z 1.pol. 18.stol. (www.bozice.cz, 23.2.2012)

Domov důchodců Božice, příspěvková organizace, jehož zřizovatelem je Jihomoravský kraj, se tedy skládá ze čtyř pater, pohyb mezi patry je zajištěn osobním a nákladním výtahem. Kolem celého areálu budovy se nachází pozemek, který je využíván jako zahrada, k budově patří menší budova, kde je umístěna prádelna a zázemí pro služební automobily. Na zahradu je pro klienty zbudován bezbariérový přístup. Návštěvy zahrady jsou využívány hlavně v letních měsících, na zahradě jsou umístěny lavičky, které pro klienty domova nabízí příjemný odpočinek při procházkách. Současný domov má kapacitu 84 klientů, 50-ti klientům je poskytována služba domov se zvláštním režimem a 34 klientům je poskytována služba domov pro seniory. Celkem se v domově důchodců využívá 25 pokojů, z toho jednolůžkových - 3, dvoulůžkových - 6, třílůžkových - 4, čtyřlůžkových - 9, pětílůžkových - 3, osmilůžkových - 1.

V současné době v Domově důchodců Božice probírá celková rekonstrukce budovy včetně výměny oken, zmenšení pokojů na jednolůžkové, dvoulůžkové a třílůžkové, tím

se sníží i celková kapacita počtu klientů na 70-75, předpokládané ukončení rekonstrukce v roce 2012.

4.1 Základní informace

Posláním Domova důchodců Božice je poskytnout pobytové sociální služby osobám, které vzhledem ke svému věku, zdravotní a sociální situaci, nemohou žít ve svém přirozeném prostředí a mají zájem o tyto služby. Snahou domova je zachování případně zlepšení soběstačnosti a udržení kontaktu s okolím.

Jsou zde poskytovány dva typy sociálních služeb:

- domov pro seniory,
- domov se zvláštním režimem,

s cílem:

- zajistit podmínky pro spokojený život obyvatel,
- podporovat vztahy vzájemné úcty mezi obyvateli navzájem a obyvateli a personálem,
- podporovat jejich soběstačnost,
- udržení kontaktu s okolím,
- zajistit smysluplné vyplnění volného času.

Cílová skupina typu sociální služby **domov pro seniory:**

pro osoby, které dosáhly věku 62 let a vzhledem k zdravotní a sociální situaci nemohou žít ve svém přirozeném prostředí a mají zájem o tyto služby, potřebnou péči si nemohou zajistit prostřednictvím terénních služeb nebo rodinných příslušníků.

Cílová skupina typu sociální služby **domov se zvláštním režimem:**

pro osoby starší 62 let, které mají sníženou soběstačnost z důvodu lehké nebo pokročilé ztráty paměťových a orientačních schopností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, potřebnou péči si nemohou zajistit prostřednictvím terénních služeb nebo rodinných příslušníků.

Komu služba není určena:

- žadatelům nesplňujícím kritéria pro přijetí do domova,
- žadatelům s akutní infekční nemocí,
- žadatelům s diagnózou schizofrenie,
- žadatelům trpícím závislostí na alkoholu,
- žadatelům, jejichž zdravotní stav vyžaduje stálou péči ve zdravotnickém zařízení,
- žadatelům vyžadujícím jednolůžkové pokoje,
- žadatelům vyžadujícím osobní asistenci,
- žadatelům vyžadujícím uzavřené oddělení.

4.2 Jednání se zájemcem o službu

Kontakt se zájemcem může probíhat, písemně, osobně návštěvou domova či telefonicky. Jednání se může zúčastnit:

- zájemce o službu,
- zástupci zájemce,
- rodinní příslušníci zájemce,
- právní zástupce zájemce,
- logoped,
- psycholog,
- vrchní sestra,
- sociální pracovnice,
- vedoucí domova.

Pracovník, který je oprávněn jednat se zájemcem o službu (sociální pracovnice, vrchní sestra, vedoucí domova) má přehled, jaké služby zařízení nabízí, podmínky poskytování služeb, ceny, postup pro podání žádosti, postup při přijímacím řízení, důvody pro neposkytnutí služby, jaké podklady je nutno shromáždit pro zdůvodněné odmítnutí poskytnout službu, znají techniky vedení rozhovoru se zájemcem. Pracovník má k dispozici informační brožuru, kterou poskytne zájemcům k prostudování doma. Cílem je vytvoření atmosféry příjemného setkání.

Atmosféra :

- vyjít zájemci vstříc, přivítat jej, pokud je možno podat ruku, představit se,
- nabídnout místo k sezení, brát ohled na zdravotní stav,
- nerušené, klidné prostředí (vypnout telefony, rádio), působit uvolněně,
- sedět stejně jako zájemce, ne proti zájemci (úřednický postoj),
- zapisovat si poznámky až po dohodě se zájemcem,
- nabídnout kávu, čaj,
- začít neformálně.

Dojednání a vyjasňování, cílem je, co si zájemce přeje, co může pracovník nabídnout:

- pracovník zjišťuje důvod návštěvy,
- pracovník získává co nejvíc informací o potřebách a zájmech zájemce,
- pracovník využívá komunikační styly (aktivní naslouchání, parafrázování...),
- pracovník se orientuje v zájemcové situaci,
- pracovník poskytne informace o poskytované službě,
- pracovník popíše, jaký je jejich cíl, obsah, podmínky apod.,
- pracovník dbá, aby zájemce o službu věděl o všech podmínkách, které se k poskytování služby vztahují a aby jim rozuměl,
- pracovník umožní zájemci formulovat, jaké služby mu bude zařízení poskytovat,
- pracovník dbá, aby své potřeby a zájmy určil zájemce o službu, nikoli pracovník.

Ukončení:

- shrnutí, co bude následovat,
- ověření, zda zájemce porozuměl pracovníkovi, co je pro něj důležité, nad čím bude uvažovat,
- pracovník poskytne zájemci žádost o umístění do domova důchodců.

4.3 Základní činnosti v péči o seniory

Domov důchodců Božice nabízí:

- poskytování celoročního ubytování včetně úklidu, praní a žehlení prádla,
- poskytování stravování s možností diabetické stravy,
- poskytování ošetrovatelské péče osobám se sníženou soběstačností,
- zprostředkování lékařské a rehabilitační péče,
- poskytování základního sociálního poradenství,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání neodkladných osobních záležitostí,
- zprostředkování dalších služeb jinými organizacemi, např. kadeřnické práce, pedikúra, knihovna.

Ubytování

Ubytování se poskytuje v jednolůžkových, dvoulůžkových a vícelůžkových pokojích. Klient má k dispozici lůžko, noční stolek, skříň, poličku. Součástí vybavení většiny pokojů je televize a lednice. Na každém poschodí je k dispozici koupelna a sociální zařízení pro klienty.

Úhrada za pobyt se řídí smlouvou o poskytování sociální služby. Úhradu lze provést z účtu klienta na účet poskytovatele, hotově na pokladně poskytovatele nebo lze nahlásit na ČSSZ Praha zasílání důchodu na účet poskytovatele. Klientům, kterým poskytuje ČSSZ Praha důchody na účet poskytovatele, se důchody vyplácejí 15. den v měsíci po odečtení úhrady za pobyt jako kapesné. Klient se může rozhodnout, zda si kapesné ponechá u sebe, využije možnost úschovy u sociální pracovnice, založí si vkladní knížku, pošle peníze na svůj účet, zašle peníze poštovní poukázkou osobě, kterou si určí apod.

Stravování

Stravování probíhá na základě předem zveřejněného jídelního lístku. V případě potřeby poskytovatel zajistí stravování podle individuálního dietního režimu uživatele.

Úhrada služeb platná od 1.2.2012

Základní úhrada se skládá z těchto položek: ubytování, stravování a úkony péče.

Ubytování

V ceně ubytování je zahrnut úklid pokoje, praní a žehlení osobního a ložního prádla, drobné opravy ložního prádla, osobního prádla, užívání, údržba a úklid společných prostor, provozní náklady související s ubytováním, např. topením, teplou a studenou vodou, elektrickou energií.

pokoj	cena za den	cena za měsíc
Vícelůžkový pokoj	131 Kč	3930 Kč
Dvoulůžkový pokoj	141 Kč	4230 Kč
Jednolůžkový pokoj	151 Kč	4530 Kč

Stravování

Cena stravného zahrnuje hodnotu potravin a režijní náklady spojené s přípravou jídla.

Racionální strava v rozsahu tří hlavních jídel:

	denně	měsíčně
potraviny	69 Kč	2070 Kč
režie	38 Kč	1140 Kč
celkem	107 Kč	3210 Kč

Racionální strava v rozsahu tří hlavních a dvou vedlejších jídel:

	denně	měsíčně
potraviny	79 Kč	2370 Kč
režie	38 Kč	1140 Kč
celkem	117 Kč	3510 Kč

Diabetická strava:

	denně	měsíčně
potraviny	84 Kč	2520 Kč
režie	38 Kč	1140 Kč
celkem	122 Kč	3660 Kč

Úhrada za péči

Pokud je uživatel příjemcem příspěvku na péči, úhrada za péči se stanoví ve výši přiznaného příspěvku. Uživatel, který nemá příspěvek na péči, si hradí úkony sociální péče z vlastních zdrojů dle Sazebníku poskytovaných služeb.

Klient má možnost si uschovat cenné věci (peněžní hotovost, vkladní knížky, šperky atd.) u sociální pracovnice na základě potvrzení o převzetí. Sociální pracovnice vede evidenci o pohybu s cennými věcmi a hotovostí v souladu s vnitřní směrnici.

Osobní vybavení

V domově jsou omezené možnosti uložení osobních věcí. Je doporučeno vzít si jen nejn nutnější věci a oblečení. Při nástupu se prádlo označí číslem klienta v prádelně, aby po vyprání bylo možné prádlo správně vrátit majiteli. Je možnost vzít si sebou polštářek, budík, hrníček, obrázek, fotografie, nebo jinou drobnost. Po domluvě s ředitelem lze pokoj vybavit drobným nábytkem, např. polička, křeslo, stoleček.

Návštěvy

Klient má právo na přijímání návštěv podle své volby v souladu s Návštěvním řádem domova. Návštěvy může přijímat na svém pokoji nebo ve společenských a veřejných prostorách zařízení. Návštěvy musí brát ohled na spolubydlící. Návštěvami nesmí být rušen klid a pořádek v domově.

O klienty se stará 60 zaměstnanců domova. Pravidelná lékařská péče je zabezpečena smluvním lékařem 2x týdně, v případě potřeby jsou klienti dopravováni k vyšetření či hospitalizaci do zdravotnického zařízení. Zdravotnická a ošetrovatelská péče je zabezpečena zkušeným personálem nepřetržitě 24 hodin denně.

4.4 Aktivizační činnosti

Většina domovů usiluje o to, aby všichni klienti měli možnost prožívat svůj volný čas určitou aktivitou. Podle Langmeiera musí být však respektovány individuální možnosti i přání každého člověka. Důležité je pomoci starému člověku nalézt motivaci pro vytváření dlouhodobých i krátkodobých cílů a umožnit mu prožít zážitek úspěchu. Za

určitých okolností totiž může nadměrná aktivizace nabývat až charakteru týrání starých lidí. (Langmeier, Krejčířová 2006)

V Domově důchodců v Božicích jsou klientům nabízeny různé aktivity či terapie, jejichž prostřednictvím je možné volný čas smysluplně naplnit. Klient si může vybírat denní aktivity sám, jak uzná za vhodné. Využívána je např. ergoterapie (léčba prací), která je součástí léčebné rehabilitace, má preventivní a léčebný účinek. (Klusoňová, Špičková, 1990)

K těmto účelům je vybavena v domově aktivizační místnost, jejíž součástí je kuchyňský koutek, který je používán k pečení různého pečiva nebo cukroví, dále je v budově domova zařízena dílna, která je také využívána v rámci ergoterapie, byl zde vyroben např. betlém, opraven stolek do reminiscenčního koutku apod.

Pod vedením aktivizačních pracovníků vytváří klienti různé výrobky z papíru, či jiných snadno dostupných materiálů, buď pro potěšení a nebo jako přípravu na různé společenské akce konané v domově, např. masopust, barevné dny. Dalšími aktivitami jsou muzikoterapie, arteterapie, předčítání knih, časopisů, hraní společenských her, v letním období vhodné aktivity probíhají na zahradě, což většině klientů svědčí. Dále v rámci rehabilitace je k dispozici rotoped, probíhá zde 2x týdně „cvičení s Petrem“, taneční terapie, klub filmového diváka, sledování starých českých i zahraničních filmů, dále klienty domova v rámci vzájemné spolupráce pravidelně navštěvují děti z místní základní i mateřské školy.

V aktivizační místnosti byl vytvořen reminiscenční koutek v rámci reminiscenční terapie. Účelem této terapie je vyrovnání se s vlastním životem. Při reminiscenční terapii dochází k rozhovoru aktivizačního pracovníka a klienta domova důchodců o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, zkušenostech a událostech v jeho životě. Reminiscence čili vzpomínání je „*hlasité nebo tiché vybavování událostí ze života člověka, která se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí*“. (Woods, In Janečková, Vacková, 2010, s.21)

1x měsíčně probírá Canisterapie. Canisterapie, je terapie založená na vztahu člověka a zvířete, jsou to speciálně testovaní psi, kteří jsou využíváni při aktivní či pasivní interakci s člověkem pro navození jeho psychické, fyzické a sociální pohody. Domov důchodců Božice k této terapii využívá služby organizace Sdružení „Piafa“ ve Vyškově. Klienti domova se na den canisterapie vždy velmi těší, výhodou je i to, že tuto terapii lze využít i u služby v domově se zvláštním režimem. (Podřipská, In Sociální služby 2009, s. 22)

Snahou pracovníků domova je pořádání různých společenských akcí, kde mohou být přítomni i nejbližší rodinní příslušníci klientů domova důchodců. V loňském roce to byly výlety do Domova pro seniory v Telči, „Slavnosti chleba“ v obci Slupu, na pozvání starosty obce Božice se v rámci procházek s klienty po obci uskutečnila návštěva obecního vinného sklepa v Božicích v době vinobraní, návštěva místního kina. V době adventního času klienti domova důchodců jsou každoročně zváni na vánoční koncert, který pořádá Městské divadlo ve Znojmě.

Těmito způsoby aktivizace je podporován, jak uvádí Mátel a kol.(2010), rozvoj pozitivních hodnot u člověka, který má pozitivní vliv na fyzický i psychický stav jedince. (Mátel a kol., 2010)

V Domově důchodců Božice pomáhá několik dobrovolníků, učitelka ze základní školy a také bývalí zaměstnanci domova, kteří odešli do starobního důchodu. Jejich pomoc spočívá v pomoci při akcích pořádaných domovem v zařízení domova i mimo zařízení. Při využití volného času klientů domova, jako doprovod na vycházky nebo posezení na zahradě domova nebo jako společníci klientů domova např. při popovídání si s nimi, při předčítání knih, hraní společenských her.

Dobrovolnictví není obět', ale přirozený projev občanské zralosti, přináší konkrétní pomoc potřebným, ale zároveň poskytuje dobrovolníkovi pocit smysluplnosti, je zdrojem nových zkušeností a obohacením v mezilidských vztazích. (Horecký, B.A., In Sociální služby 2010, s. 20)

Domov důchodců má zařízenou kapli, pro věřící klienty je zajištěna duchovní péče, jedenkrát měsíčně probíhá mše s možností zpovědi.

Časové rozvržení denního režimu v Domově důchodců Božice

Denní režim mobilních klientů se jen nepatrně liší od klientů imobilních či částečně mobilních. Režim dne je nastaven tak, aby maximálně vyhovoval klientům.

Snídaně probíhá od 7:30, po 8 hodině začínají různé aktivizační činnosti, koupání klientů (1x týdně), holení mužů, převlékání lůžkovin, výměna ložního a osobního prádla apod.

Přesnídávka se podává v 10 hodin, oběd je od 12:30 hodin, po obědě se uskutečňují další aktivity dle denního programu, svačina od 15:00 hodin a večere se začíná vydávat od 17:30, pak následuje volno, většinou klienti sledují televizi.

Kuchyně zajišťuje přípravu, jak normální, tak dietní stravy. Sestavení jídelního lístku je konzultováno s ošetřujícím praktickým lékařem. Jednou týdně je možnost výběru jídel ze dvou variant, v ostatní dny pouze jedna varianta. Zástupci obyvatel se pravidelně jednou za měsíc účastní stravovacích schůzek, kde mohou sdělit své námítky, případně projevit svá přání ohledně stravy.

Chodícím klientům slouží ke stravování jídelna, upoutaným klientům na lůžko se podává jídlo na pokoji. Klienti mají po celý den k dispozici čaje v termosce, případně je zajištěna možnost nákupu například - cukrovinek, minerálních vod, drogerie apod. v kantýně, která bývá otevřená přímo v budově domova jedenkrát 1x týdně. Klientům, kteří nejsou schopni si nákup zajistit samostatně, zajišťují nákup pracovníci v přímé obslužné péči.

Ošetrovatelská péče probíhá 24 hodin denně dle potřeb klientů a podle jednotlivých oddělení. Lékařská péče je v domově ze strany praktického lékaře zajištěna dvakrát týdně, jedenkrát měsíčně domov navštěvuje odborný lékař, psychiatr.

5. Výzkum

(Empirický) výzkum byl prováděn v Domově důchodců Božice. Celkový počet odpovídajících respondentů byl 83 seniorů. Z celkového počtu odpovídajících klientů bylo 43 žen a 40 mužů.

5.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz

Cílem této výzkumné části je analyzovat sociální charakteristiky seniorů v rezidenční péči za účelem zjištění sociálního profilu klientů ve sledovaném domově důchodců.

Pro svůj výzkum jsem stanovila následující hypotézy:

H1: V Domově důchodců Božice převažují věkově starší ženy nad muži.

H2: V délce pobytu 5 a více let převažují ženy nad muži.

H3: Klienti Domova důchodců Božice převážně pobývali před nástupem do zařízení ve městech.

H4: Klienti výzkumného souboru více využívají sociální službu domov pro seniory.

H5: V ústavním zařízení Domov důchodců Božice dominují z hlediska pohlaví ženy.

Jako výzkumnou kvantitativní metodu jsem zvolila techniku dotazníku. Je zde připojena i charakteristika souboru respondentů. Tato forma výzkumné metody se mi jevila výhodnější, neboť jsem použila analýzu písemných dokumentů klientů Domova důchodců Božice.

Výběrový soubor je tvořen 83 respondenty ve věku 44 let a výše. Výběrový vzorek není tvořen náhodným výběrem, nýbrž příležitostným. Nelze jej proto považovat za reprezentativní. Náhodnost výběru respondentů a jejich nízký počet tedy nemůže vést při

interpretaci výsledků výzkumu k obecně platným závěrům; výsledky výzkumu nemohou být generalizovány na celou seniorskou populaci.

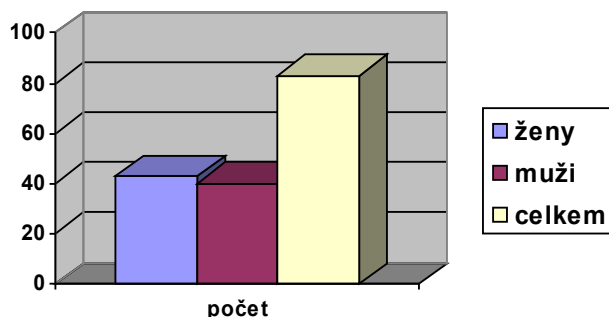
5.2 Analýza výsledků

Výzkum byl prováděn v Domově důchodců v Božicích, výzkumný soubor byl tvořen 83 seniory (aktuální stavem počtu klientů v době vlastního výzkumu k 31.12.2011).

Výzkum byl veden tak, aby byly určeny základní sociodemografické charakteristiky výzkumného souboru seniorů (pohlaví, věková struktura obyvatel, rodinný stav, počet dětí, vzdělání, stupeň závislosti, poskytnutá služba, úhrada za pobyt, národnost, trvalý pobyt, bydliště před nástupem do domova, délka pobytu v domově důchodců, životní povolání, hlavní diagnóza)

Tabulka č. 1 – pohlaví

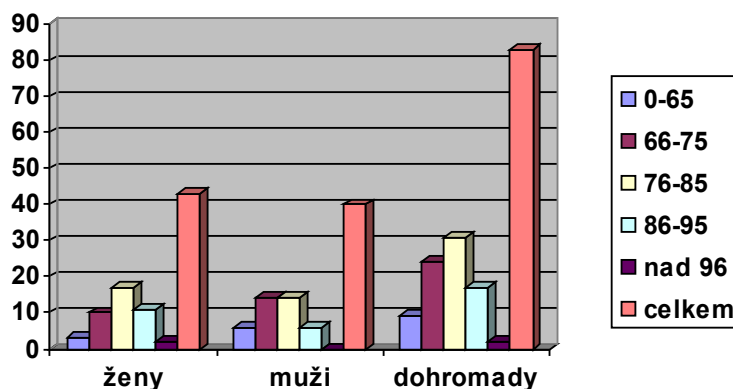
pohlaví	počet	%
ženy	43	51,8
muži	40	48,2
celkem	83	100



Celkový počet zkoumaného souboru seniorů je 83 (tj. 100 %). Ze zkoumaného souboru seniorů je 40 mužů (tj. 48,2 %) a 43 (tj. 51,8 %) žen. Z toho vyplývá, že z hlediska pohlaví klientů dominují ženy. Tato skutečnost může být dána tím, že ženy jsou dříve vdovy.

Tabulka č. 2 věková struktura obyvatel DD Božice

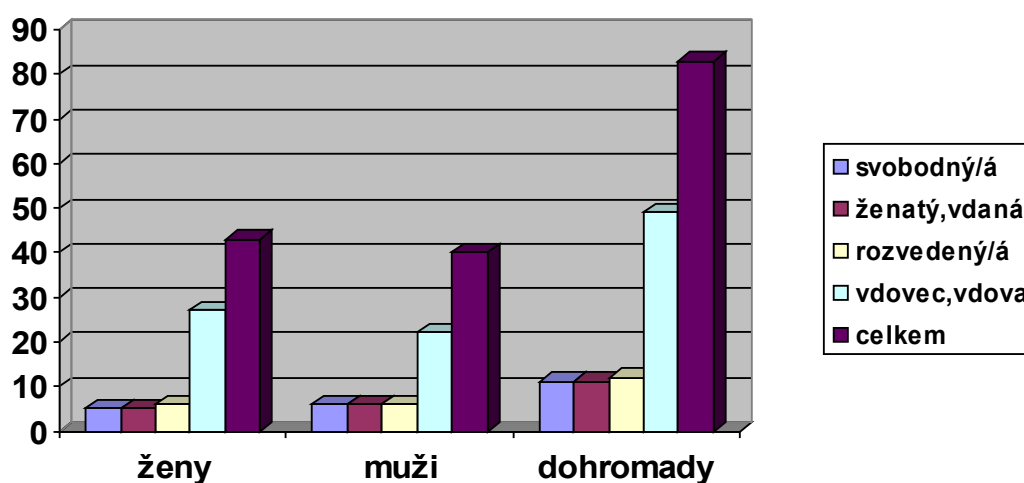
	ženy	%	muži	%	dohromady	%
0-65	3	7	6	15	9	10,9
66-75	10	23,3	14	35	24	28,9
76-85	17	39,5	14	35	31	37,3
86-95	11	25,6	6	15	17	20,5
nad 96	2	4,6	0	0	2	2,4
celkem	43	100	40	100	83	100



Věkový průměr celého zkoumaného souboru je 77,5 let. Z toho průměrný věk mužů je 74,7 let, u žen je to 79,8 let. Z celého zkoumaného souboru je 9 seniorů (tj. 10,9%) ve věku do 65 let, 2 senioři (tj. 2,4%) ve věku nad 96 let. Nejmladší senior má 44 let, nejstarší 98 let. Do skupiny mladých seniorů spadá 33 seniorů (tj. 39,8 %), do skupiny starých seniorů lze zařadit 50 (tj. 60,2 %) seniorů, z toho 30 žen, z čehož vyplývá, že v této komunitě se vyššího věku dožívají ženy. Tato skutečnost může být dána tím, že muži umírají dříve.

Tabulka č. 3 rodinný stav

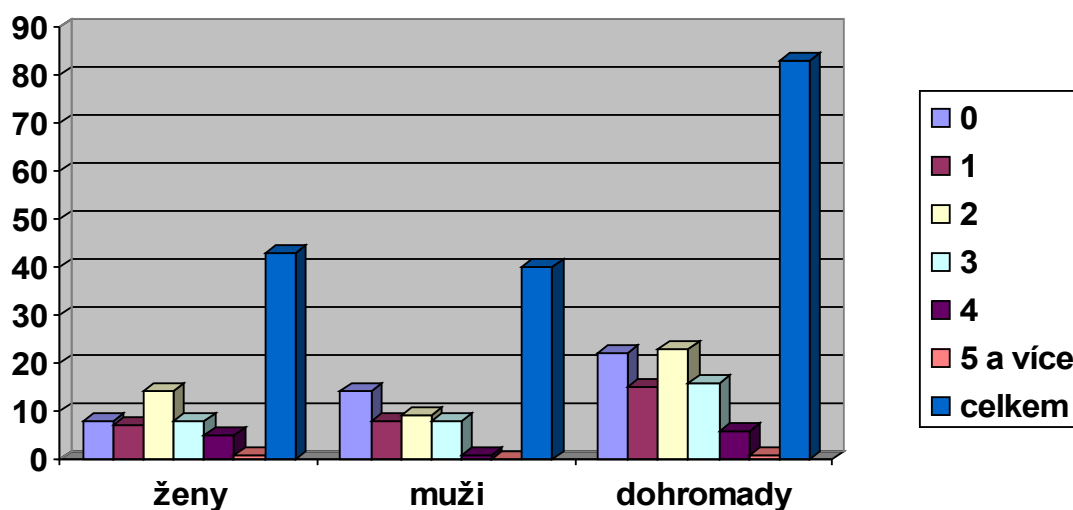
	ženy	%	muži	%	dohromady	%
svobodný/á	5	11,6	6	15	11	13,3
ženatý,vdaná	5	11,6	6	15	11	13,3
rozvedený/á	6	14,0	6	15	12	14,4
vdovec,vdova	27	62,8	22	55	49	59,0
celkem	43	100	40	100	83	100



49 seniorů, tedy více než polovina (tj. 59 %) ze zkoumaného souboru seniorů jsou vdovci a vdovy. Dalších 12 seniorů (tj. 14,4 %) ze zkoumaného souboru je rozvedených, svobodných seniorů je 11 (tj. 13,3 %), ženatých a vdaných je 11 (tj. 13,3 %). Je zajímavé, že vzhledem k počtu zkoumaných seniorů téměř ¼ tvoří rozvedení a svobodní senioři.

Tabulka č. 4 počet dětí

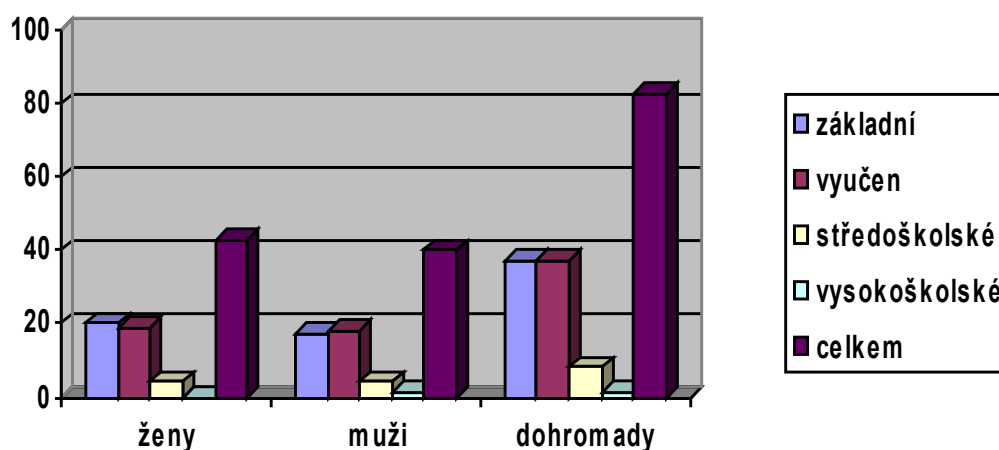
	ženy	%	muži	%	dohromady	%
0	8	18,6	14	35	22	26,5
1	7	16,3	8	20	15	18
2	14	32,6	9	22,5	23	27,7
3	8	18,6	8	20	16	19,3
4	5	11,6	1	2,5	6	7,3
5 a více	1	2,3	0	0	1	1,2
celkem	43	100	40	100	83	100



Z celé skupiny zkoumaného souboru má děti 61 seniorů (tj. 73,5 %). Děti nemá 22 seniorů (tj. 26,5 %) ze zkoumaného vzorku seniorů, 2 děti má 23 seniorů (tj. 27,7%), 3 děti má 16 seniorů (tj. 19,3%), 1 dítě má 15 seniorů (tj. 18%), 4 děti má celkem 6 seniorů (tj. 7,3 %), 5 a více dětí má 1 ze zkoumaného vzorku seniorů (tj. 1,2%). Zajímavým zjištěním je údaj, že téměř ¼ ze zkoumaného vzorku seniorů je bezdětná.

Tabulka č. 5 vzdělání

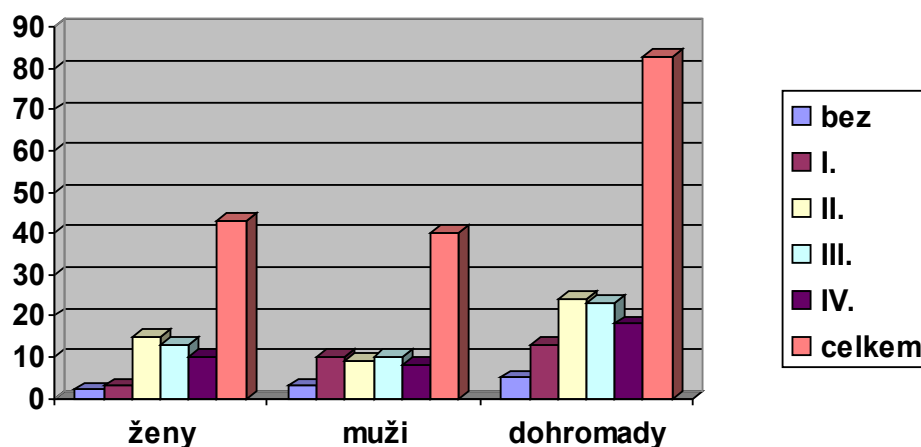
	ženy	%	muži	%	dohromady	%
základní	20	46,5	17	42,5	37	44,6
vyučen/a	19	44,2	18	45,0	37	44,6
středoškolské	4	9,3	4	10,0	8	9,6
vysokoškolské	0	0	1	2,5	1	1,2
celkem	43	100	40	100	83	100



Ze zkoumaného souboru seniorů má 37 seniorů (tj. 44,6%) základní vzdělání. Další stejně početnou skupinu 37 seniorů (tj. 44,7%) ze zkoumaného souboru tvoří senioři vyučení v nějakém oboru, středoškolské vzdělání udává celkem 8 seniorů (tj. 9,6%) ze zkoumaného souboru seniorů, 1 senior (tj. 1,2 %) má ze zkoumaného souboru seniorů vysokoškolské vzdělání. Nejvíce seniorů ve zkoumaném vzorku dosáhlo základního vzdělání spolu s vyučením v nějakém učebním oboru a nejméně seniorů je ze zkoumaného vzorku se vzděláním vysokoškolským. To by mohlo naznačovat, že dříve nebyl kladen důraz na vzdělání, nebylo tak důležité jako dnes. Vysokoškolské vzdělání v minulých letech měli převážně muži.

Tabulka č. 6 stupeň závislosti (příspěvek na péči)

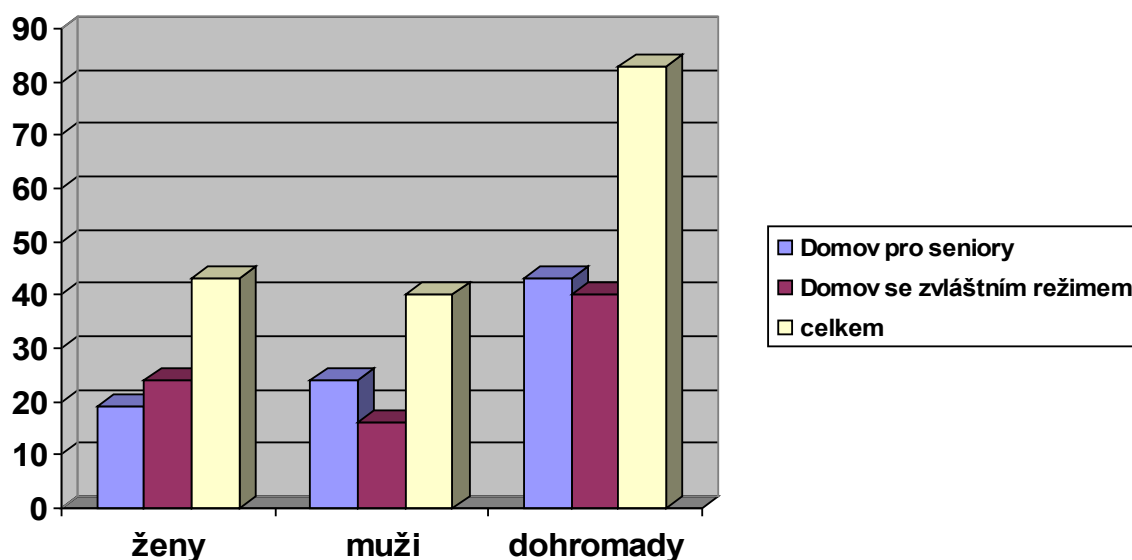
stupeň	ženy	%	muži	%	dohromady	%
bez stupně závislosti	2	4,6	3	7,5	5	6,0
I.	3	4,6	10	25,0	13	15,7
II.	15	34,9	9	22,5	24	28,9
III.	13	32,6	10	25,0	23	27,7
IV.	10	23,3	8	20,0	18	21,7
celkem	43	100	40	100	83	100



Z celého zkoumaného souboru seniorů je nejvíce, tedy 24 seniorů (tj. 28,91 %) posouzených ve II. stupni závislosti. Druhou nejpočetnější skupinu v počtu 23 seniorů (tj. 27,7 %) tvoří senioři se stupněm závislosti III., 18 seniorů (tj. 21,7 %) ze zkoumaného souboru tvoří třetí skupinu se stupněm závislosti IV., stupeň závislosti I. má 13 seniorů (tj. 15,7 %) ze zkoumaného souboru seniorů a tvoří čtvrtou nejpočetnější skupinu, pátou skupinu tvoří 5 seniorů (tj. 6 %) ze zkoumaného souboru, kterým nebyl přiznán příspěvek na péči. Je zajímavé, že z celkového počtu zkoumaných seniorů je jich 42 (senioři bez uznání stupně závislosti a se stupněm závislosti I. a II.), kteří by dle kritérií posuzování soběstačnosti mohli ještě žít ve svém přirozeném prostředí za pomoci např. pečovatelské služby nebo rodinných příslušníků. Ústavní zařízení by měli využívat zejména senioři se stupněm závislosti III. a IV.

Tabulka č. 7 poskytnutá služba

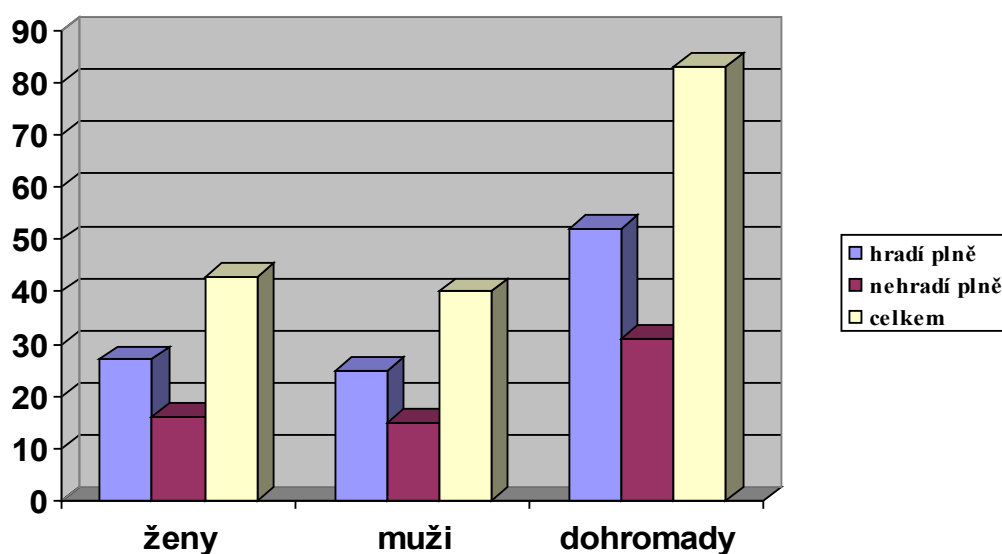
	ženy	%	muži	%	dohromady	%
Domov pro seniory	19	44,2	24	60,0	43	51,8
Domov se zvláštním režimem	24	55,8	16	40,0	40	48,2
celkem	43	100	40	100	83	100



Z celého zkoumaného souboru seniorů je poskytnutá sociální služba v domově pro seniory 43 seniorům (tj. 51,8 %), z toho 19 ženám a 24 mužům, sociální služba domov se zvláštním režimem je poskytnutá celkem 40 seniorům (tj. 48,2 %), z toho 24 ženám a 16 mužům. Z toho vyplývá, že více je využívána služba domov pro seniory.

Tabulka č. 8 úhrada za pobyt

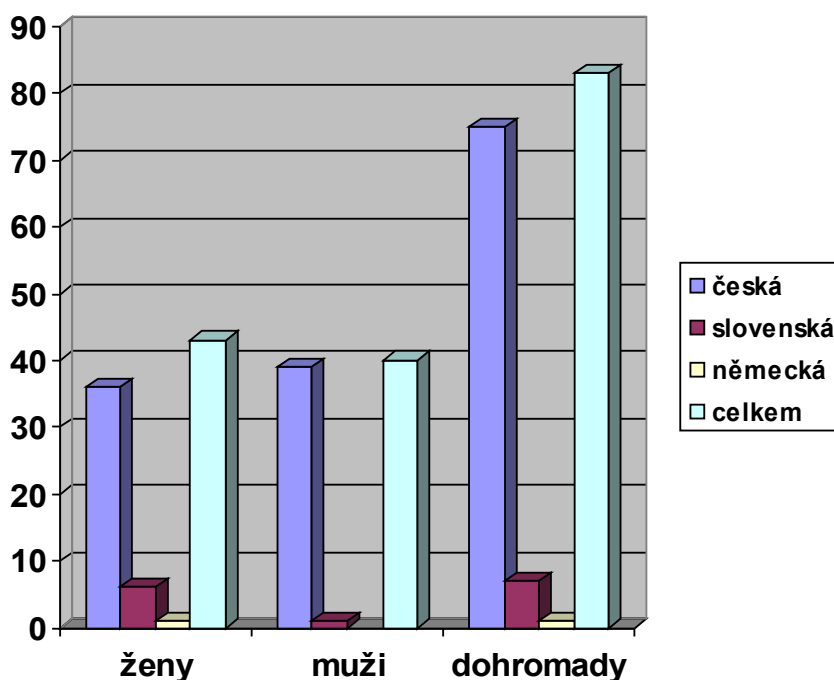
	ženy	%	muži	%	dohromady	%
hradí plně	27	62,8	25	62,5	52	62,6
nehradí plně	16	37,2	15	37,5	31	37,4
celkem	43	100	40	100	83	100



Z celkového zkoumaného souboru seniorů hradí plně za pobyt v domově důchodců 52 seniorů (tj. 62,6 %), z toho 27 žen a 25 mužů, za pobyt plně nehradí 31 seniorů (tj. 37,4 %) ze zkoumaného souboru, z toho je 16 žen a 15 mužů. To může být zapříčiněno, tím, že v minulosti byly velmi nízké platy a z těchto důvodů mají i starší senioři nižší důchody.

Tabulka č. 9 národnost

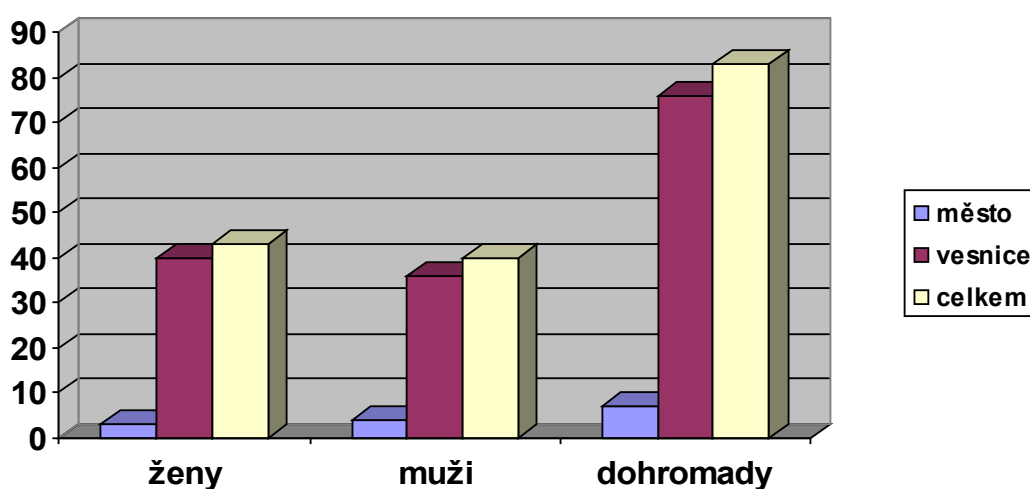
	ženy	%	muži	%	dohromady	%
česká	36	83,7	39	97,5	75	90,4
slovenská	6	14	1	2,5	7	8,4
německá	1	2,3	0	0	1	1,2
celkem	43	100	40	100	83	100



Ze zkoumaného souboru seniorů se hlásí k české národnosti 75 seniorů (tj. 90,4 %), z toho je 36 žen a 39 mužů, ke slovenské národnosti se hlásí 7 seniorů (tj. 8,4%) ze zkoumaného souboru seniorů, z toho 6 žen a 1 muž, německou národnost uvádí ze zkoumaného souboru seniorů 1 senior (tj. 1,2%). Zjištění, že je nejvyšší zastoupení seniorů české národnosti není nijak překvapivé.

Tabulka č. 10 současný hlášený trvalý pobyt

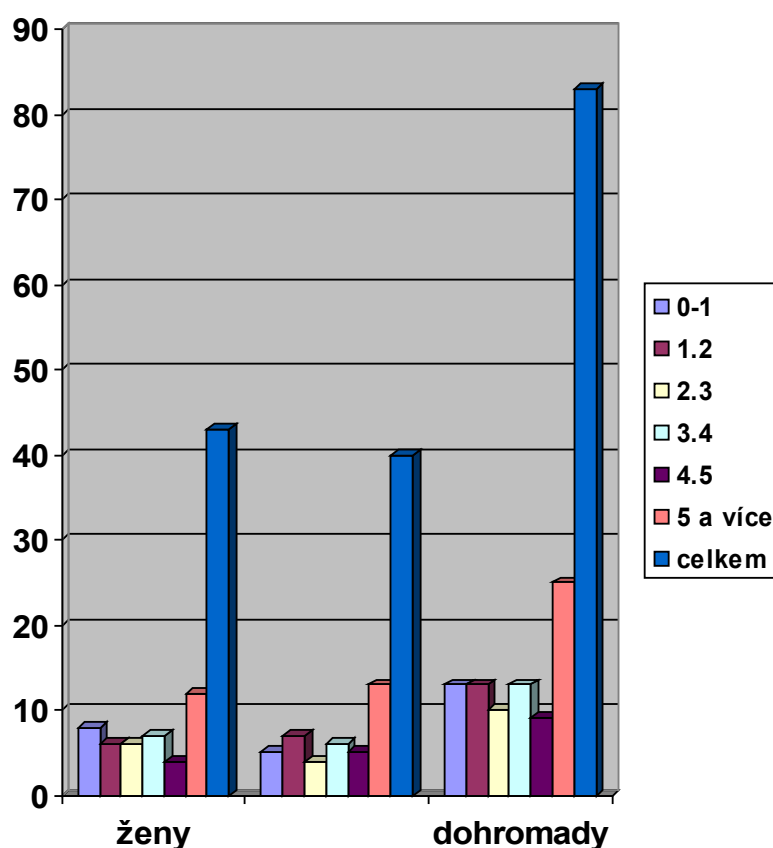
	ženy	%	muži	%	dohromady	%
město	3	7,0	4	10,0	7	8,4
vesnice	40	93,0	36	96,0	76	91,6
celkem	43	100	40	100	83	100



Z celého počtu zkoumaného souboru seniorů má 76 seniorů (tj. 91,6 %) hlášen trvalý pobyt na vesnici, z toho 40 žen a 36 mužů. 7 (tj. 8,4 %) seniorů má hlášen trvalý pobyt ve městě, z toho 3 ženy a 4 muži.

Tabulka č. 11 délka pobytu v domově důchodců

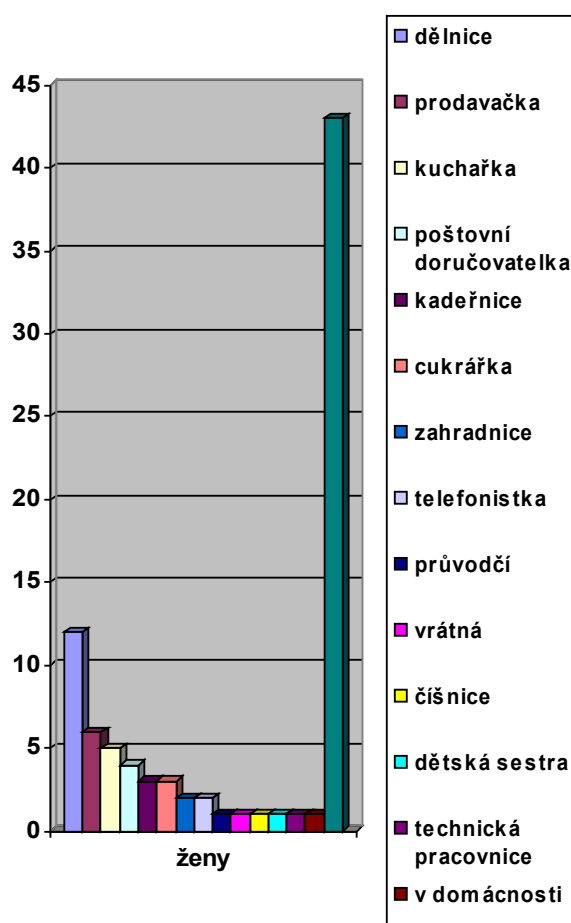
	ženy	%	muži	%	dohromady	%
0-1	8	18,6	5	12,5	13	15,7
1-2	6	14,0	7	17,5	13	15,7
2-3	6	14,0	4	10,0	10	12
3-4	7	16,2	6	15,0	13	15,7
4-5	4	9,3	5	12,5	9	10,8
5 a více	12	27,9	13	32,5	25	30,1
celkem	43	100	40	100	83	100



Ze celého zkoumaného souboru seniorů žije v domově důchodů 5 a více let 25 seniorů (tj. 30,1 %), z toho 12 žen a 13 mužů, 3-4 let žije v domově důchodů 13 seniorů, 1-2 roky žije v domově důchodců 13 seniorů, ve stejném počtu 0-1 rok žije v domově důchodů 13 seniorů ze zkoumaného souboru seniorů, další skupinu tvoří senioři tj. 10, kteří žijí v domově důchodců 2-3, nejkratší dobu 4-5 let žije v domově důchodů 9 seniorů. Z toho vyplývá, že v domově důchodců žije nejvíce klientů 5 a více let.

Tabulka č. 12 životní povolání ženy

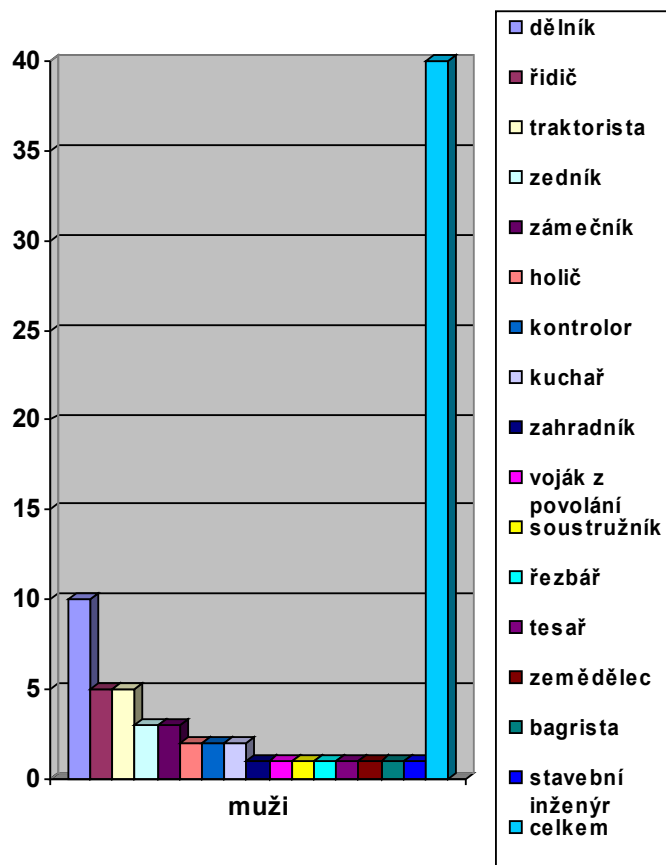
	ženy	%
dělnice	12	14,4
prodavačka	6	7,3
kuchařka	5	6
poštovní doručovatelka	4	4,9
kadeřnice	3	3,6
cukrářka	3	3,6
zahradnice	2	2,4
telefonistka	2	2,4
průvodčí	1	1,2
vrátná	1	1,2
číšnice	1	1,2
dětská sestra	1	1,2
technická pracovnice	1	1,2
v domácnosti	1	1,2
celkem	43	51,8



Z celého zkoumaného souboru 83 seniorů bylo nejvíce žen v počtu 12 (tj. 14,4 %), které ve svém profesním životě vykonávaly dělnické povolání, dalším nejčastějším povoláním žen v počtu 6 (tj. 7,3 %) z tohoto zkoumaného souboru seniorů bylo prodavačkou, třetím nejčastějším povoláním žen ze zkoumaného souboru seniorů bylo kuchařka v počtu 5 (tj. 6 %), následuje povolání poštovní doručovatelky 4 (tj. 4,9 %), kadeřnice 3 (tj. 3,6 %), cukrářky 3 (tj. 3,6 %), zahradnice 2 (tj. 2,4 %), telefonistky 2 (tj. 2,4 %), průvodčí 1 (tj. 1,2 %), vrátná 1 (tj. 1,2 %), číšnice 1 (tj. 1,2 %), dětská sestra 1 (tj. 1,2 %), technická pracovnice 1 (tj. 1,2 %), v domácnosti 1 (tj. 1,2 %).

Tabulka č.13 – životní povolání mužů

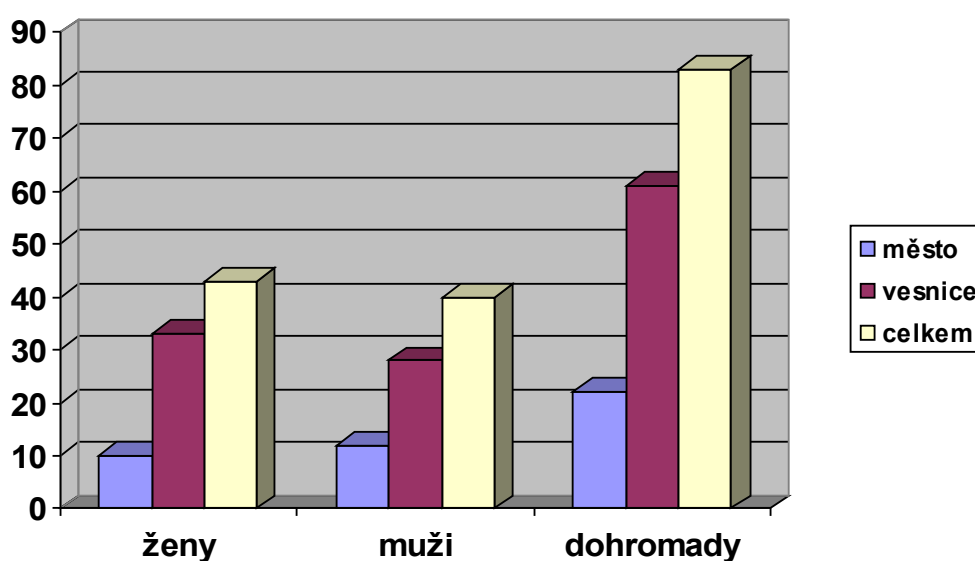
	muži	%
dělník	10	12
řidič	5	6
traktorista	5	6
zedník	3	3,6
zámečnick	3	3,6
holič	2	2,4
kontrolor	2	2,4
kuchař	2	2,4
zahradník	1	1,2
voják z povolání	1	1,2
soustružník	1	1,2
řezbář	1	1,2
tesař	1	1,2
zemědělec	1	1,2
bagrista	1	1,2
stavební inženýr	1	1,2
celkem	40	48,2



Z celého zkoumaného souboru 83 seniorů bylo nejvíce mužů v počtu 10 seniorů (tj. 12 %), kteří ve svém profesním životě vykonávali dělnické povolání, dalším nejčastějším povoláním mužů ze zkoumaného souboru seniorů bylo povolání řidiče v počtu 5 seniorů (tj. 6 %) následuje další nejčastější povolání mužů, traktorista, v počtu 5 seniorů (tj. 6 %), následuje povolání zedník v počtu 3 seniorů (tj. 3,6 %), zámečnick v počtu 3 (tj. 3,6 %), holič v počtu 2 (tj. 2,4 %), kontrolor 2 (tj. 2,4 %), kuchař v počtu 2 (tj. 2,4 %), následuje zahradník v počtu 1 (tj. 1,2 %), soustružník 1 (tj. 1,2 %), řezbář 1 (tj. 1,2 %), tesař 1 (tj. 1 %), zemědělec 1 (tj. 1,2 %), bagrista 1 (tj. 1,2 %), voják z povolání 1 (tj. 1,2 %) a stavební inženýr 1 (tj. 1,2 %).

Tabulka č. 14 bydliště před nástupem do domova důchodců

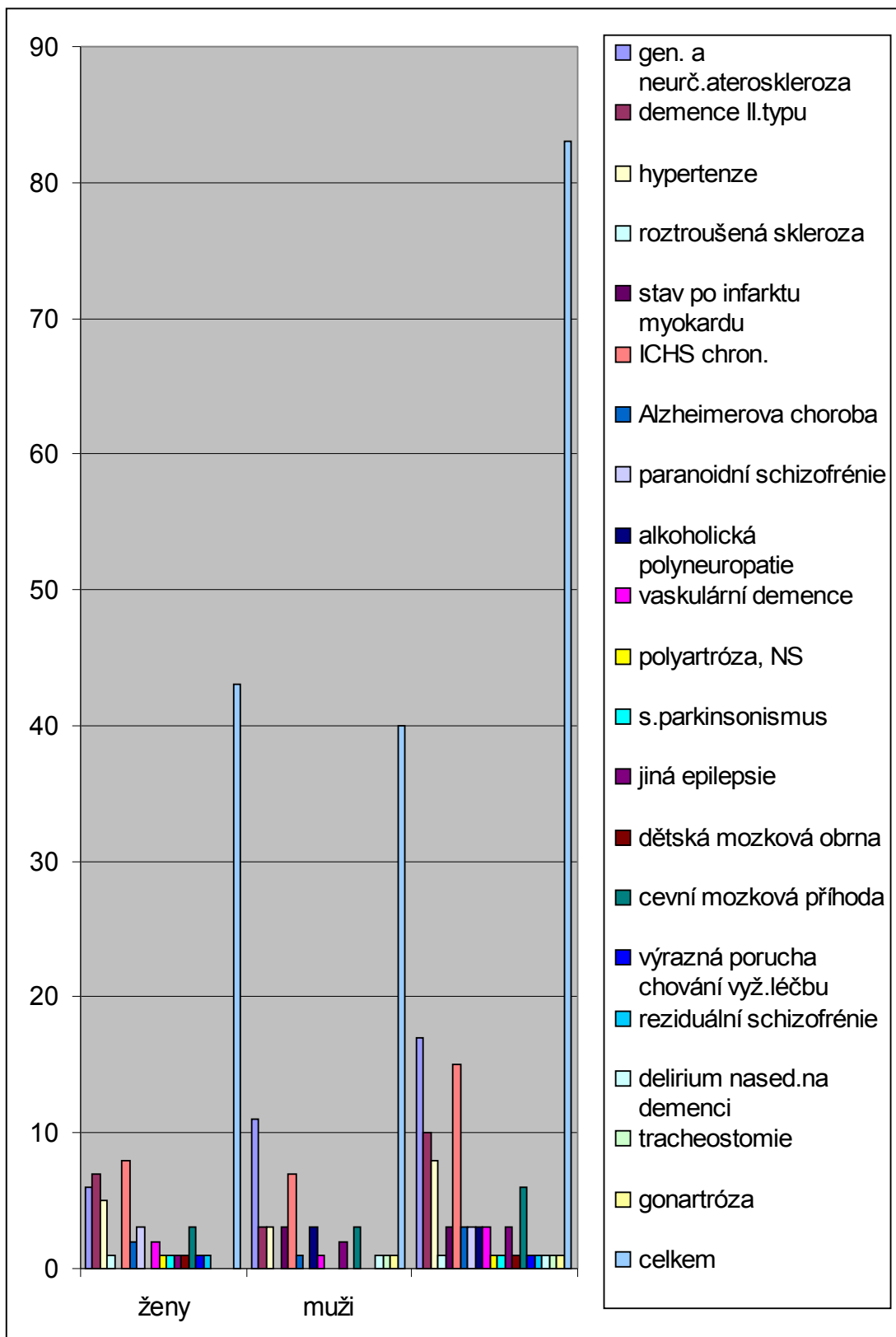
	ženy	%	muži	%	dohromady	%
město	10	23,3	12	30,0	22	26,5
vesnice	33	76,7	28	70,0	61	73,5
celkem	43	100	40	100	83	100



Z celého zkoumaného souboru seniorů žilo 61 seniorů (tj. 73,5 %) před nástupem do domova důchodců na vesnici, z toho 33 žen a 28 mužů, ve městě žilo před nástupem do domova důchodců celkem 22 (tj. 26,5%) z toho 10 žen a 12 mužů. Z toho plyne, že většina seniorů žila před nástupem do domova důchodců na vesnici.

Tabulka č. 15 – rozložení podle zjištěné hlavní diagnózy

diagnóza	ženy	%	muži	%	dohromady	%
gen. a neurč.ateroskleróza	6	15	11	27,5	17	20,6
demence II.typu	7	16,4	3	7,5	10	12
hypertenze	5	12	3	7,5	8	9,7
roztroušená skleróza	1	2	0	0	1	1,2
stav po infarktu myokardu	0	0	3	7,5	3	3,6
ICHS chron.	8	18,6	7	17,5	15	18,1
Alzheimerova choroba	2	5	1	2,5	3	3,6
paranoidní schizofrénie	3	7	0	0	3	3,6
alkoholická polyneuropatie	0	0	3	7,5	3	3,6
vaskulární demence	2	5	1	2,5	3	3,6
polyartróza, NS	1	2	0	0	1	1,2
s.parkinsonismus	1	2	0	0	1	1,2
jiná epilepsie	1	2	2	5	3	3,6
dětská mozková obrna	1	2	0	0	1	1,2
cévní mozková příhoda	3	7	3	7,5	6	7,2
výrazná porucha chování vyž.léčbu	1	2	0		1	1,2
reziduální schizofrénie	1	2	0	0	1	1,2
delirium nased.na demenci	0	0	1	2,5	1	1,2
tracheostomie	0	0	1	2,5	1	1,2
gonartróza	0	0	1	2,5	1	1,2
celkem	43	100	40	100	83	100



Z celého zkoumaného souboru je u 17 seniorů (tj. 20,6 %) jako hlavní diagnóza diagnostikováno onemocnění gen. a neurč. ateroskleróza, další nejčastější diagnózou ve zkoumaném souboru je ISCH chron. (ischemická choroba srdeční), kterou trpí 15 seniorů (tj. 18,1 %), následuje třetí nejčastější diagnostikované onemocnění demence II. typu, kterou trpí 10 seniorů (tj. 12%), onemocněním hypertenzí trpí 8 seniorů (tj. 9,7 %), dalším diagnostickým onemocněním je cévní mozková příhoda, kterou trpí 6 seniorů ze zkoumaného souboru seniorů (tj. 7,2 %), následuje diagnóza stav po infarktu myokardu v počtu 3 (tj. 3,6 %), diagnóza Alzheimerova choroba v počtu 3 (tj. 3,6 %), diagnóza paranoidní schizofrenie v počtu 3 (tj. 3,6 %), diagnóza alkoholická polyneuropatie v počtu 3 (tj. 3,6 %), diagnóza vaskulární demence v počtu 3 (tj. 3,6 %), diagnóza jiná epilepsie v počtu 3 (tj. 3,6 %), diagnóza roztroušená skleróza v počtu 1 (tj. 1,2 %), diagnóza polyartróza NS v počtu 1 (tj. 1,2), diagnóza s. parkinsonismus v počtu 1 (tj. 1,2 %), diagnóza dětská mozková obrna v počtu 1 (tj. 1,2 %), diagnóza výrazná porucha chování vyž.léčbu v počtu 1 (tj. 1,2 %), diagnóza reziduální schizofrenie v počtu 1 (tj. 1,2 %), diagnóza delirium nased.na demenci v počtu 1 (tj. 1,2 %), v počtu 1 (tj. 1,2 %), diagnóza tracheostomie a gonartróza .

5.3 Závěr výzkumné části

Cílem výzkumu bylo analyzovat sociální charakteristiky seniorů v rezidenční péči. Z provedeného výzkumu jsem vyhodnotila stanovené hypotézy s následujícím výsledkem.

Hypotéza 1: V Domově důchodců Božice převažují věkově starší ženy nad muži.

K vyhodnocení této hypotézy byla použita tabulka č. 2. Při porovnání zjištěných údajů v rozmezí věku 76-85 let, jsem zjistila, že věkově starší ženy převažují nad muži. Což může být dáno tím, že muži umírají dříve. **Hypotézu č. 1 považuji za potvrzenou.**

Hypotéza 2: V délce pobytu 5 a více let převažují ženy nad muži.

K vyhodnocení této hypotézy jsem použila tabulku č. 11. Ze získaných údajů vyplývá, že v Domově důchodců Božice v délce pobytu 5 a více let převažují muži nad ženami. Hypotéza se nepotvrdila. **Hypotézu č. 2 považuji za neplatnou.**

Hypotéza 3: Klienti Domova důchodců převážně pobývali před nástupem do zařízení ve městech.

K vyhodnocení této hypotézy jsem použila tabulku č. 14. Ze získaných údajů vyplývá, že senioři před nástupem do Domova důchodců Božice převážně pobývali na vesnici. Hypotéza se nepotvrdila. **Hypotézu č. 3 považuji za neplatnou.**

Hypotéza 4: Klienti výzkumného souboru využívají více sociální službu domov pro seniory.

K vyhodnocení této hypotézy jsem použila tabulku č. 7. Ze získaných údajů vyplývá, že klienti Domova důchodců Božice využívají více službu pro seniory.

Hypotézu č. 4 považuji za potvrzenou.

Hypotéza 5: V ústavním zařízení Domov důchodců Božice dominují z hlediska pohlaví ženy.

K vyhodnocení této hypotézy jsem použila tabulku č. 1. Získanými údaji bylo zjištěno, že z hlediska pohlaví v ústavním pobytovém zařízení Domov důchodců Božice dominují z hlediska pohlaví klientů ženy. **Hypotézu č. 5 považuji za potvrzenou.**

Závěr

Stáří je poslední vývojovou fází života člověka a i v tomto období může být jedinec spokojen. Ve stáří jsme konfrontováni s ubýváním sil, nemocemi a úmrtím, toto životní období má ale také svá pozitiva. Proces stárnutí není nutně žalostná prohra, může to být i výhra, že se člověk dožil vysokého věku, že žil spokojený život, že netrpěl těžkými nemocemi. Lepší životní a pracovní podmínky, rozvoj medicíny a prosazování sociálních práv vedou k tomu, že méně lidí dnes umírá předčasně v dětství nebo během pracovního života. Získaná léta života mají význam samy o sobě. Více lidí má možnost prožít delší život než v minulosti, starší lidé tak tvoří významnější část obyvatelstva než kdykoliv v minulosti. Stáří se stává přímým prožitkem většího počtu lidí.

Cílem mé diplomové práce bylo analyzovat sociální charakteristiky seniorů v rezidenční péči v institucionálním zařízení. Ke zjištění tohoto cíle jsem získala potřebné vědomosti z odborné literatury a dále jsem provedla výzkum v Domově důchodců Božice, technikou dotazníku. Dále jsem se zaměřila na teoretické charakteristiky stáří a stárnutí, úskalí a problémy života seniorů.

Sociální charakteristiky seniorů můžeme vyčíst z výsledků dotazníkového šetření, které jsou prezentovány v kapitole 5.2, kde jsou analyzovány získané údaje, na základě kterých jsem zpracovala sociální charakteristiky seniorů Domova důchodců Božice. Pro svůj výzkum jsem stanovila pět hypotéz, které se na základě výsledků výzkumu potvrdily ve třech případech. Dvě hypotézy byly na základě výsledků výzkumu vyvráceny.

Výsledky této diplomové práce mohou být využity v komunitním plánování v regionu Znojensko, zejména při rozvoji terénních služeb. Dále mohou být nápomocny při identifikaci účelovosti a způsobu využívání pobytových sociálních služeb včetně zjišťování sociální struktury seniorů, v budoucnu možnost využití těchto informací při aplikaci připravovaného zákona o dlouhodobé péči.

Shrnutí

Cílem diplomové práce je přiblížit sociálních charakteristiky seniorů v rezidenční péči. Základní podklady pro vytvoření této práce jsem čerpala z odborné literatury a poznatků získaných o této problematice. Diplomová práce je rozdělena do pěti částí. První kapitola je určité shrnutí aktuálních poznatků týkajících se stáří a stárnutí. Zabývá se také kvalitou života seniorů, strategiemi úspěšného stárnutí včetně životních změn, které seniorskou populaci doprovází. Druhá kapitola je zaměřena na charakteristiku ústavní péče, na současný systém sociální péče a sociálních služeb zajišťujících péči o seniory. Třetí kapitola poskytuje vhled do vývoje ústavní péče, s přehledem pobytových zařízení určených pro seniory, rozebírá problémy adaptace seniorů v pobytových zařízeních. Čtvrtá kapitola je věnována charakteristice Domova důchodců Božice. V páté poslední kapitole se zaměřuji na zpracování a výsledky empirického výzkumu vytvořených pro tuto práci.

Na základě výsledků dotazníkového šetření za účelem zjištění sociálních charakteristik seniorů v rezidenční péči vyplynulo, že z celkového zkoumaného souboru 83 seniorů v Domově důchodců Božice z hlediska pohlaví žijí ve větším zastoupení ženy, a to 51,8 %, z hlediska věkové struktury klientů žije v domově nejvíce 37,7 % seniorů ve věku 76-85 let, převažují ženy nad muži, nejvyšší procento 59 % seniorů jsou vdovci nebo vdovy, nejvyšší počet seniorů 27,7 % má 2 děti. 44,6 % seniorů ze zkoumaného souboru seniorů má základní vzdělání a se stejným výsledkem jsou vyučeni v učebním oboru. Z hlediska posouzení stupně závislosti se v domově nachází nejvíce seniorů 28,9 % se stupněm závislosti II. V tomto domově je nejvíce seniory využívána sociální služba domov pro seniory, a to z 51,8 %. Za pobyt v domově hradí plně 62,6 % seniorů. V domově žije 90,4 % seniorů české národnosti, 91,6 % seniorů má hlášen trvalý pobyt na vesnici, nejvyšší počet seniorů 30,1 % žije v domově důchodců 5 a více let, před nástupem do domova žilo 73,5 % seniorů na vesnici. Největší zastoupení v životním povolání žen je dělnická profese 14,4 %, také mužů je nejvíce s touto profesí, 12 %. Nejčastějším hlavním onemocněním je gen. a neurč. Ateroskleróza, kterou trpí 20,6 % seniorů ze zkoumaného souboru seniorů.

Resumé

The work is closer to the social characteristics of older people in residential care. Basic data for creating this work I drew on lessons learned literature on this subject. The thesis is divided into five parts. The first chapter is a summary of current knowledge relating to old age and aging. It also deals with quality of life of seniors, successful aging strategies, including lifestyle changes that accompany the senior population. The second chapter focuses on the characteristics of institutional care, the current system of social care and social services in providing care with a focus on the senior population. The third chapter provides insight into the development of institutional care, with an overview of residential facilities for the elderly, discusses the problem of adaptations of older people in residential facilities. The fourth chapter is devoted to the characteristics of Božice retirement home. The fifth chapter in the last fifth chapter I focus on the process and result of empirical research developed for this work.

Based on the survey results to determine the social characteristics of older people in residential care showed that the total set of 83 seniors surveyed in Retirement Home Božice gender living in the greater representation of women and 51,8 %, in terms of age structure in the lives of clients most home 37,7 % of seniors aged 76-85 years, women predominate over men, the highest percentage of 59 % of seniors are widows or widowers, the highest number of seniors 27,7 % 2 children. 44,6 % of seniors surveyed seniors file has a basic education with the same result and are skilled in the learning field. In terms of assessing the degree of dependence in the home is the most senior level to 28,9 % depending II. This home is the most senior social service used home for the elderly, and from 51,8 %. To stay in the home fully paid 62,6 % of seniors. In the home of senior living 90,4 % of Czech nationality, 91,6 % of seniors have reported permanent residence in the village, the highest number of seniors 30,1 % live in a retirement home 5 or more years before entering the home, 73,5 % of seniors lived in village. The largest representation of women in environmental professions professions is 14,4 %, men are also possible with this profession, 12 %. The most common disease is a major gen. and unspecified. Atherosclerosis, which affects 20,6 % of seniors surveyed

Anotace

Diplomová práce pojednává o problémech stáří a stárnutí a s tím souvisejících změn v životě seniorů včetně nutnosti změn, které se týkají kvality a zlepšení života seniorů. V práci je rozebrán vývoj ústavní péče se současnou nabídkou pobytových zařízení pro seniory. Dále je práce zaměřena na charakteristiku Domova důchodů Božice. Závěr práce je tvořen zpracováním a výsledky analýzy údajů získaných z dotazníkového šetření vytvořených pro tuto práci.

Klíčová slova

Stárnutí, stáří, kvalita života, klient, senior, seniorská populace, vzdělávání, adaptace, sociální služby, ústavní zařízení, domov pro seniory, péče.

Annotation

The diploma thesis drala with problems of the old age and aging same time, and the related changes in senior's live including the cahges regarding the quality and improvement their lives. In the thesis is discussed the development of institutional care with contemporary offer of residentia l facilities for elderly. Further is the thesis focused on characteristics of the Home for the Elderly in Božice. The conclusion of thesis consists of the processing and the analysis of data results collected from the questionnaire survey created for this work.

Keywords

Ageing, old age, quality of life, client, senior, social service, institutional facility, home for the Elderly, care

SEZNAM LITERATURY

1. ČORNANIČOVÁ, R. *Edukacia seniorov*. Vyd.2. Bratislava, Univerzita Komenského, 2007. 156 s. ISBN 978-80-223-2287- 4
2. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.Vyd. Praha: Panorama, 1989. ISBN 601-22-825
3. HATÁR, C. *Seniori v systéme rezidencialnej sociálno-edukačnej starostlivosti*. 1.vyd. Praha: Rozlet a česká andragogická společnost, 2011. 132 s. ISBN 978-80-904824-1-8
4. FLODER, J: „Adresa : Domov důchodců“, In: *Mění se úloha rodiny v péči o seniory?*, eds. Martin Bednář, Dagmar Haufťová, Sborník konference, Olomouc: Caritas, 2003
5. FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A. *Sociální politika v základech*. 1. vyd. Praha:Triton, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7387-125-3
6. GREGOR, O. *Stárnout to je kumšt*. Praha: Olympia, 1983. 139 s. ISBN 80-4817-387-3
7. JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: portál, 2010. ISBN 978-80-7376-581-3
8. KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a do geriatricie, 1. díl gerontologie obecná a aplikovaná*. Praha. Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0
9. KOLEKTIV AUTORŮ. *Pečovatelská služba v České republice*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. 432 s. ISBN 978-80-904668-0-7
10. KLUSOŇOVÁ, E., ŠPIČKOVÁ, J. *Ergoterapie I*. Vyd. 2. Praha: Avicium, 1990. 188 s. ISBN 80-201-0030-x
11. KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s., ISBN 80-244-1552-6
12. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Truton, 2005. 77 s. ISBN 80-7554-662-7
13. KRÁLOVÁ, J. – RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. 1. aktualit. Vyd.. Olomouc: ANAG, 2007. 350 s. ISBN 978-80-7263-405 -7

14. KRÁLOVÁ, J. – RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: ANAG, 2001. ISBN 80-7263-083 -0
15. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portal, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3
16. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9
17. MÁTEL, A., SCHAVEL, M. et al. *Aplikovaná etika v sociální práci*. 1.vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2010. 236 s. ISBN 978-80-87182-13-0
18. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8
19. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha, Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0
20. MÜHLPACHR, P., BARGEL, M. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií, 2011. 146 s. ISBN 978-80-87182-121-5
21. MÜHLPACHR, P. (ed.) *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005, ISBN 80-210-3838-1
22. MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. Vyd.1. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2006, 220 s. ISBN 80-86633-62-4
23. NOVOTNÝ, A. FRANCOVÁ, H. *Eticko-filosofické aspekty sociální pomoci v podmínkách pečovatelské služby*. In: Pečovatelská služba ČR 1. Vyd. Tábor: APSS, 2010 ISBN 978 – 80-904668-0-7
24. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1990, 135 s. ISBN 80-201-8076-8
25. POTŮČEK, M. *Sociální politika*. Vyd. 1. Praha: SLON, 1995. 142 s. ISBN 80-85850-01-X
26. SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*, Vyd. 1. Praha : ASPI, 2008. 444 s. ISBN: 978-80-7357-316-4
27. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Vyd.1. Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. 324 s. ISBN 807326-026-3
28. ŠKODA, K. *Kapitoly z dějin andragogiky*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. 136 s. ISBN 80-7184-326-12

29. VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. I.vyd. Brno:Masarykova univerzita, 2005
30. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. : Dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 160 s. ISBN 80-7178-184-3
31. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 355 s. ISBN 80-246-0841-3
33. VEČEŘA, M. *Sociální stát východiska a přístupy*. Vyd. 1.-Praha: SLON, 1993. 103 s. ISBN 80-901424-6-x
34. VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti*. Vyd.1 Brno: Masarykova univerzita, 2008. 233 s. EDIS. ISBN 978-80-210-4627-6
35. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Vyd.1. Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8
36. ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVÁ, B. *Mezigenerační mosty*. 1.vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, 112 s., ISBN 978-80-89392-08-7

Odborné časopisy

Sociální služby, Odborný časopis, 2009, APSS ČR, Tábor, Ročník: XI., ISS 1803-7348

Sociální služby, Odborný časopis, 2010, APSS ČR, Tábor, Ročník: XII., ISS 1803-7348

Internetové zdroje

www.bozice.cz, použito dne 23.2.2012

www.hospic.cz, použito dne 12.3.2012

www.mpsv.cz, použito dne 4.2.2012

www.mpsv.cz, použito dne 7.02.2012

www.mpsv.cz, použito dne 11.3.2012

www.wikipedie.cz, použito dne 4.2.2012

