

Analýza poskytované péče v rezidenčních zařízeních pro seniory

Bc. Vladimír Šílený

Diplomová práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Vladimír ŠÍLENÝ**
Osobní číslo: **H118564**
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Analýza poskytované péče v rezidenčních zařízeních pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu "Požadavky k vytvoření výzkumného projektu pro studenty oboru Sociální pedagogika" (IMS 2009). V práci budou dodrženy zásady publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce. Práce se bude zabývat analýzou současného stavu poskytované sociální péče v resortních i neziskových rezidenčních zařízeních určených pro seniory. V práci se zpracovatel pokusí na základě ověření hypotéz metodou kvantitativního výzkumu vytvořit rozbor stavu, resp. úrovně sociální péče, kterou seniorům dokáže poskytnout systém vybraných resortních rezidenčních zařízení, ve srovnání s obdobnými zařízeními v neziskové sféře. Výzkumná část bude zaměřena na hodnocení subjektivních názorů seniorů na úroveň sociální péče, který jim poskytuje zařízení, v němž jsou umístěni. Získané výsledky budou vyhodnoceny statisticky. Budou formulovány závěry a navržena případná doporučení.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČERNÍKOVÁ, V., MAKARIUSOVÁ, V. Sociální ochrana. Praha: Policejní akademie ČR, 1997.

FRIEDMANN, V. Systém ústavní péče v Brně. Brno: Masarykova univerzita, 2000.

Rigorózní práce.

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1989.

KALVACH, Z. Úvod do gerontologie a geriatrie. Praha: Karolinum, 1997.

MÜHLPACHR, P. Sociální a postpenitenciární péče. Brno: Institut mezioborových studií, 1999.

MÜHLPACHR, P. Vývoj ústavní péče. (Filosoficko historický vývoj). Brno: Masarykova univerzita, 2001.

MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. Geragogika pro speciální pedagogy. Brno: Masarykova univerzita, 2001.

PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. Gerontologie. Praha: Avicenum 1981.

RABUŠIC, L. Česká společnost stárne. Brno: Masarykova univerzita a nakl. Georgetown, 1995.

ROSENMAYER, L. Die späte Freiheit. Berlin, Sverin u. Siedler, Vlg 1983.

ŘEZNÍČEK, I. Metody sociální práce - východiska a přístupy. Praha: SLON, 1995.

WOLF, J. a kol. Umění žít a stárnout. Praha: Svoboda 1982.

Vedoucí diplomové práce:

prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2013

V Brně dne 30. listopadu 2011


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




PhDr. Miloš Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.


.....
Jméno, příjmení studenta


.....
Podpis

V Brně dne 20.03.2013

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihledne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Vladimír Šílený, zpracování diplomové práce na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Diplomová práce, Institut mezioborových studií, Fakulta humanitních studií, katedra sociální pedagogiky, vedoucí práce prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, PhDr., Brno 2013, 157 s.

Diplomová práce je tematicky zaměřena na oblast sociálně – zdravotnické péče o seniory jako jednu z hlavních disciplín moderní gerontologie. Materiál je rozčleněn do sedmi kapitol, které se dále dělí na menší celky a podkapitoly. V obsahu práce autor nejprve přibližuje podstatu stáří jako společenského fenoménu. Začíná vymezením stáří jako obecného pojmu, dotkne se charakteristiky procesu stárnutí člověka z pohledu biologických a psychosomatických involučních změn. V další kapitole autor nazírá na stáří ze sociologicko – demografického úhlu pohledu, přičemž skutečnost stárnutí populace zasazuje do širších souvislostí. Všimá si vývoje věkové struktury společnosti, jež přerostla do demografické revoluce a jejího dopadu na klíčové změny v tradičním pojetí sociální politiky vyspělých zemí Světa a střední Evropy. Jako prevence sociálně – patologických projevů stáří autor předkládá koncept úspěšného stárnutí. Navazující pojednání je malým historickým exkurzem do vývoje sociální péče ve střední Evropě. Zbytek teoretické části je věnován charakteristice ústavní péče jako formy pomoci s ohledem na její rizika a aktuální problémy v rezidenčních zařízeních pro seniory na území České republiky. Empirická část se zabývá analýzou současného stavu poskytované péče v příspěvkových rezidenčních zařízeních, určených k poskytování sociálně – zdravotních služeb seniorům. Kvantitativní výzkum, provedený ve dvou vybraných domech pro seniory, komparační metodou posuzuje subjektivní mínění seniorů o úrovni sociální péče v zařízení, v němž jsou umístěni. Takto shromážděná data jsou základem pro verifikaci hypotéz o hlavních motivačních a rozhodovacích kritériích klienta, zásadně ovlivňujících výběr konkrétního rezidenčního zařízení. Výsledky získané výzkumnou sondou jsou následně generalizovány a poté využity k formulaci návrhů na přijetí opatření ke zlepšení úrovně dosavadní péče. Práci doplňuje statistické vyhodnocení získaných dat ilustrované grafickou přílohou.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, společnost, senior, klient, rezidenční zařízení, domov pro seniory, sociálně – zdravotnická péče, kvalita života, úroveň poskytované péče, základní služby, nadstandardní služby, aktivizace, ergoterapie, fakultativní a volnočasové aktivity.

ABSTRACT

Vladimír Šílený, the diploma thesis at Tomas Bata University in Zlin. Thesis, Institute of Interdisciplinary Studies, Faculty of Humanities, Department of Social Education, supervised by prof. PhDr. Paul Mühlpachr, Mgr. , Brno 2013, 157 pages.

The thesis is thematically focused on the area of socio-health care for the elderly as one of the major disciplines of modern Gerontology. The material is divided into seven chapters, which are further divided into smaller units, and subchapters. In the content of the work, the author first presents the essence of old age as a social phenomenon. Begins the definition of age as a general concept, touches the human ageing process characteristics from the perspective of biological, physiological and involuntional changes. In the next chapter the author looks at the age of the sociological-demographic point of view and he associate the ageing of the population in the broader context. The author takes note of the development of the age structure of the company, which grew into a demographic revolution and its impact on key changes in traditional concepts of social policy of the developed countries and Central Europe. As for the prevention of socio-pathological expressions of the age of the author presents the concept of successful ageing. The following essay is a small historical incursion into the development of social welfare in Central Europe. The rest of the theoretical part is dedicated to the characteristics of institutional care as a form of assistance with respect to its risks and the current problems in the residential facilities for the elderly in the territory of the Czech Republic. The empirical part analyses the current state of care provided in the contribution of residential facilities, intended to provide a socio-health services for seniors. Thus, the collected data are the basis for the verification of hypotheses about the main motivation and decision-making criteria, the client significantly influencing during the selection of a particular residential facility. The from research spacecraft obtained results, are then generalized and used for the formulation of proposals for the adoption of measures improving the current level of care. The Statistical evaluation of the obtained data is illustrated in a graphic attachment.

Key words: elderly, aging, society, senior, client, residential facilities, homes for the elderly, socio-health care, quality of life, the level of provided care, basic services, premium services, mobilisation, occupation therapy, optional, and lemure activities.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS STAG jsou totožné.

.....

Vladimír Šílený

Motto:

„ ...jak prodloužit léto, učinit šťastným podzim a jak dát lidskou důstojnost zimě.“

(J. W. Goethe)

Poděkování

Předem upřímně děkuji vedoucímu diplomové práce prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, PhDr. za jeho cenné připomínky, rady a metodickou pomoc.

Srdečně děkuji své drahé Kateřině a rodičům za duševní podporu.

V neposlední řadě patří můj vřelý dík všem pracovníkům vybraných rezidenčních zařízení pro seniory, respondentům a jejich blízkým, kteří valnou měrou napomohli svou ochotou, poskytnutými údaji a výpověďmi ke vzniku této práce.

OBSAH

| Číslo | | Strana |
|------------|---|-----------|
| | ÚVOD | 11 |
| I | TEORETICKÁ ČÁST | 14 |
| 1 | STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN | 15 |
| 1.1 | Pojem stáří | 18 |
| 1.2 | Charakteristika procesu stárnutí | 23 |
| 1.3 | Teorie stárnutí | 31 |
| 2 | SOCIOLOGICKO-DEMOGRAFICKÝ POHLED NA STÁŘÍ | 35 |
| 2.1 | Stárnutí populace | 37 |
| 2.2 | Očekávaná doba dožití | 37 |
| 2.3 | Koncept úspěšného stárnutí | 40 |
| 3 | ÚSTAVNÍ PÉČE JAKO FORMA POMOCI | 50 |
| 3.1 | Historický exkurz do vývoje gerontologie | 50 |
| 3.2 | Rizika ústavní péče | 58 |
| 3.3 | Ošetrovatelské intervence u seniorů | 60 |
| 4 | AKTUÁLNÍ PROBLÉMY V ÚSTAVECH PRO SENIORY V ČR | 65 |
| 4.1 | Klientela a poskytovatelé služeb v ústavech pro seniory | 65 |
| 4.2 | Organizace, řízení a financování ústavů pro seniory | 72 |
| 4.3 | Vybavení ústavů pro seniory | 86 |
| 4.4 | Zdravotnické a další služby v ústavech pro seniory | 88 |
| II | PRAKTICKÁ ČÁST | 95 |
| 5 | EMPIRICKÝ VÝZKUM | 96 |
| 5.1 | Východiska výzkumu a jeho předpoklady | 96 |
| 5.2 | Cíle výzkumu a jeho předpoklady | 115 |
| 5.3 | Metody a organizace výzkumu | 116 |
| 5.4 | Charakteristika výzkumného vzorku | 117 |

| | | |
|------------|------------------------------------|------------|
| 6 | ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT | 119 |
| 6.1 | Interpretace výsledků | 119 |
| 6.2 | Verifikace hypotéz | 128 |
| 6.3 | Výsledky šetření a návrhy opatření | 132 |
| | ZÁVĚR | 135 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 139 |
| | Odborná literatura | 139 |
| | Elektronické zdroje | 140 |
| | Legislativní rámec | 142 |

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č. 1: Dotazník pro výzkumnou sondu.

PŘÍLOHA Č. 2: Kvantitativní přehled odpovědí v jednotlivých položkách (Domov pro seniory Věstonická v **Brně**),
Grafické vyjádření odpovědí.

PŘÍLOHA Č. 3: Kvantitativní přehled odpovědí v jednotlivých položkách (Domov pro seniory Máj v **Českých Budějovicích**),
Grafické vyjádření odpovědí

PŘÍLOHA Č. 4: Věková skladba obyvatelstva ČR: 1945, 1990, 2008

ÚVOD

Lidské pokolení vstoupilo na počátku 21. století do fáze vývoje označované jako postmoderní. Tento pojem teoreticky označuje současnou úroveň modernizace, civilizačního pokroku vůbec a zejména důsledky takového procesu. Proces přechodu k informační společnosti ve svých důsledcích nepřináší pouze pokrok a pozitiva, ale rovněž rizika a hrozby na pozadí proměny člověka, které nemusí být vždy jen lidstvu ku prospěchu, obohacující tak jeho hodnotu, ba může působit v rovině zcela opačné.

Paradigma postmoderní společnosti stojí na pilířích plurality názorů, přístupů a postojů k náhledu na současnou strukturu společnosti, v jejím vývoji a proměnách. To však vyžaduje posun v našem způsobu uvažování a vžití hodnotové orientaci od kvantitativního, lineárního ke kvalitativnímu, multidimensionálnímu pojetí.

Lidský věk se vlivem medicínského pokroku a dostupné péče prodlužuje, populace stárne. Stárnutí společnosti je ve vyspělých zemích aktuálním politickým tématem. Sociální pedagogika jako moderní vědní disciplína je poprvé ve svých dějinách konfrontována s obávanou realitou. Senioři a lidé v postproduktivním věku v nejbližší době v populaci početně převýší skupinu dětí a mladistvých. To není důvod k nepodloženým obavám, je to však rozhodně výzva pro sociálně vyspělou společnost, chápat gerontologii jako sociální nutnost a východisko z této situace, jako úspěšnou vizi do vzdálenější budoucnosti.

Má-li být nejzávažnější hrozbou stáří ztráta soběstačnosti a nezávislosti seniora, se kterou jde ruku v ruce celá řada sekundárních omezení, pocitem bezmoci počínaje, přes sociální vyloučení, pasivitu, degradaci a ztrátu prestiže v očích bližšího nebo vzdálenějšího okolí konče, břímě nejtěžší bude krom samotné rodiny, ležet zejména na institucích působících v oblasti sociálně edukační pomoci a sociální péče. A právě ztráta hodnot nezávislého člověka, jež v konečném důsledku mnohdy vede k umístění seniorů do rezidenčního zařízení, jako krajního a ne vždy nejšťastnějšího řešení těžké životní situace, nemá být provázena pocitem institucionalizace.

Práce s klienty ať už ve zdravotnických zařízeních, nebo v zařízeních sociální péče prochází na prahu třetího tisíciletí zásadními změnami. Počátek tisíciletí je období, kterého se doposud příliš generací nedožilo. V této jedinečné době lidstvo bilancuje své úspěchy a stanovuje další perspektivy. Právě na rozhraní druhého a třetího tisíciletí se tradiční role ošetřujícího personálu mění, ve snaze o nalezení nových, alternativních forem péče, směřujících k posílení autonomie samotného klienta a rodiny. Na zdravotnické odborníky

jsou přitom kladeny stále vyšší nároky, neboť zabezpečují péči velice rozmanité skupině klientů, co do stupně obslužnosti, od těch plně samostatných, až po ty, jejichž pobyt vyžaduje existenci specializovaných oddělení.

Moderní pojetí péče o seniory se v dnešní době neobejde bez komplexně vybudovaného systému edukace zdravotnických profesionálů. Na takovýto přerod je však třeba se připravit. Novodobý přístup ke stáří a k péči o seniory zahrnuje rovněž edukaci seniorů samotných, a co hlavně, celé společnosti, v souladu s ideou celoživotního vzdělávání, a celoživotního učení. Jedině naše vyspělá, sociálně citlivá, diversifikovaná společnost, je schopna se vyrovnat s fenoménem stárnoucí populace, neboť i ona sama má reálnou šanci, že se seniorského věku rovněž dožije. Záleží pouze na nás, zda to budou léta naplněná, kvalitní a šťastná. K tomuto neskromnému přání bych rád přispěl svou diplomovou prací.

Její první, teoretická část, je věnována úvodu do obecné gerontologie, včetně vymezení stáří jako společenského a sociologicko-demografického fenoménu. Další kapitola je malým historickým exkurzem do vývoje sociální péče ve střední Evropě. Závěr teoretické části se zabývá charakteristikou ústavní péče jako formy pomoci s ohledem na její rizika a aktuální problémy v rezidenčních zařízeních pro seniory na území České republiky.

Práce se ve své druhé, tedy výzkumné části, zabývá analýzou současného stavu poskytované sociální péče ve vybraných příspěvkových rezidenčních zařízeních, určených k poskytování sociálně-zdravotních služeb seniorům včetně ubytovacích.

Za referenční vzorek budou vybráni klienti dvou srovnatelných rezidenčních zařízení v Jihomoravském a Jihočeském kraji. Konkrétně bude kvantitativní výzkum proveden v Domově pro seniory Věstonická, se sídlem v městské části Brno-Vinohrady, což je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je statutární město Brno, které provoz domova dotuje. Dále se kvantitativní výzkum zaměří na klientelu Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích, zřízeného na téže právní formě podnikání. Obě rezidenční zařízení jsou poskytovateli služeb ve smyslu ust. § 49 a § 50 zákona č. 108/2006 Sb.

Výzkumná část se opírá o hodnocení subjektivních názorů seniorů na úroveň sociální péče, jíž jim zajišťuje zařízení, v němž jsou umístěni. Zde na základě ověření hypotéz metodou kvantitativního výzkumu, vyhodnocení a zobecnění výstupů ze získaných dat, bude proveden rozbor současného stavu, respektive úrovně sociální péče, kterou seniorům dokážou tato zařízení poskytnout. Práci doplní výzkumná zpráva o statistickém

vyhodnocení získaných výsledků ilustrovaná grafickou přílohou. Závěrem budou předloženy výsledky šetření, návrhy a opatření ke zlepšení úrovně poskytované péče v těchto rezidenčních zařízeních.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN

Stáří je fenomén s přesahem napříč lidskou společností. Přírodovědné a antropocentrické paradigma 19. a 20. století se s ním nedokázalo vyrovnat.

Přelomový demografický vývoj, jenž se projevil v hospodářsky vyspělých zemích na přelomu 20. a 21. století relativním i absolutním stárnutím populací, učinil ze stáří poměrně dlouhou etapu lidského života, ovlivňující životní realitu co do kvality a vyznění u každého jedince, rovněž i rozvoj společnosti jako vyššího celku. Stáří svým rozsahem a závažností překročilo dávno rámec osobní a rodinný, a problematika s ním spojená se stala výzvou a současně závažným úkolem k řešení moderní lidské společnosti.

Nové paradigma věd, nacházející širší prosazení v souvislosti s civilizační krizí na konci 20. století, vytvořilo lepší předpoklady pro pochopení stáří a vůbec role a potřeb seniorů. Takový náhled na stáří byl umožněn důrazem nového paradigmatu na komplexnost, interdisciplinární a individuální povahu věci, ale rovněž i etickou stránku hledání smyslu života.

Tyto skutečnosti však vyžadovaly zformulování nových přístupů, uvědomění si nových souvislostí, rovněž tak nalezení nových forem vzdělávání pro oblast stáří, jejichž nedílnou součástí je pojetí fenoménu stáří jako celku. Náhled na pojem stáří v takové dimenzi chápání se však neobejde bez multidisciplinární orientace, jež je východiskem k efektivní týmové komunikaci a k vytváření komplexních programů, respektujících jednak pojetí jedince jako celku (intraindividuální komplexnost) a v druhé řadě heterogenitu populace (interindividuální variabilita).¹

Je důležité si uvědomit, že stáří samo o sobě není choroba, ačkoliv bývá zvýšeným výskytem chorob provázeno. A rovněž tak ztráta soběstačnosti nemusí být vždy nezbytným a zákonitým důsledkem stárnutí. Zdravotní a funkční stav seniorů se v historickém kontextu generačně zlepšuje a je účelné a smysluplné zároveň aktivně usilovat nejen o zabezpečení nemocných a obecně závislých seniorů, ale především o další zlepšování zdravotního a funkčního stavu ve stáří a preventivně působit proti závislosti.

V duchu hlavních postojů světových organizací a jejich programů je reálné usilovat o to, aby byl přidáván život létům, nikoliv léta životu. Prodloužení aktivního období života vyžaduje širší nabídku smysluplných aktivit.

¹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 16.

Podle prof. Mühlpachra má společenský přístup ke stáří dva aspekty:

- prvním jsou potřeby a zájmy stále se zvyšujícího počtu seniorů, otázky smysluplnosti, kvality a zabezpečení jejich života,
- druhým jsou sociálně ekonomické důsledky stárnutí populace včetně ovlivnění hospodářského rozvoje a sociálního smíru.²

Společenská opatření na pomoc seniorské populaci by měla být komplexní, koordinovaná, individualizovaně cílená, vycházející z potřeb a přání seniorů, resp. dílčích cílových skupin. Subjekty, na něž by tato opatření měla být účelně orientovaná, by se na nich měly aktivně spolupodílet s ohledem na cílevědomou ochranu jejich práv. Náhled na fenomén stáří toliko z oblasti zdravotně sociální je pouhá součást těchto komplexních opatření.

K mezinárodním prioritám především patří:

- důsledná integrace seniorů do společnosti, prevence segregace,
- mezigenerační tolerance s vyloučením ageismu, věkové diskriminace,
- důraz na kvalitu života ve stáří
- maximální účelnost všech forem péče, služeb a čerpání nákladů včetně restrukturalizace a geriatrické modifikace služeb historicky vzniklých v mladé společnosti,
- pomoc rozvojovým zemím ve zvládnutí očekávaného rychlého přibývání seniorů, kteří dosud tvoří jen kolem 3 % místní populace.³

Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí z roku 2002, navazující na program Světového shromáždění OSN o stárnutí z roku 1982, například formuluje některé z následujících cílů:

Starší lidé se musí plně zapojit do procesu rozvoje a musí mít také prospěch z jeho výhod. Žádnému jednotlivci nesmí být odepřena příležitost mít prospěch z rozvoje. Účinky stárnutí obyvatelstva na sociální a ekonomický rozvoj společnosti, ve spojení se společenskými a ekonomickými změnami probíhajícími ve všech zemích, zesilují potřebu přijmout naléhavě opatření zajišťující pokračující integraci starších lidí a posílení jejich práv. Kromě toho migrace, urbanizace a posun od širších rodin k malým proměnlivým rodinám, neexistence přístupu k technologiím podporujícím nezávislost a jiné sociální

² MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 16.

³ KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997, s. 10.

a ekonomické změny mohou vést k marginalizaci starších lidí a jejich vyloučení z hlavního proudu rozvoje, mohou je zbavit jejich účelných ekonomických a sociálních rolí a mohou oslabit jejich tradiční zdroje podpory.⁴

I když z rozvoje mohou mít prospěch všechny sektory společnosti, trvalá legitimnost tohoto procesu vyžaduje přijetí a zachování politik, které zajistí spravedlivé rozdělení výhod vyplývajících z ekonomického rozvoje. Jednou ze zásad v Kodaňské deklaraci o sociálním rozvoji⁵ a v Akčním programu⁶ přijatém na Světovém summitu o sociálním rozvoji je, aby vlády vytvořily rámec k naplnění svých odpovědností vůči současným i budoucím generacím tím, že všem generacím zajistí rovné a spravedlivé postavení. Později, Miléniový summit znovu potvrdil dlouhodobý požadavek vymýtit chudobu a naplnit sociální a humanitární cíle stanovené na globálních konferencích 90. let. Pozornost politických představitelů si vynutila současná potřeba přizpůsobit se účinkům stárnutí pracovní síly při zlepšování produktivity práce a konkurenční schopnosti a zároveň zajistit dlouhodobou udržitelnost systémů sociální ochrany. Tam kde je to nutné, je třeba provést reformní strategie s širokým záběrem, aby důchodové systémy dostaly zdravou finanční základnu.

Dobry zdravotní stav je nejdůležitější aktivum člověka. Podobně vysoká celková úroveň zdraví obyvatelstva je velmi důležitá pro ekonomický růst a rozvoj společností. Plný prospěch plynoucí ze zdravé dlouhověkosti ještě nesdílí celé společenství lidí. Dokladem toho je skutečnost, že v celých zemích, zejména rozvojových zemích a u některých skupin jejich obyvatel, je stále vysoká míra nemocnosti a úmrtnosti ve všech věkových kategoriích.

Starší lidé mají plný nárok na přístup k preventivní a léčebné péči, včetně rehabilitace a péče o sexuální zdraví. Plný přístup starších lidí k zdravotní péči a službám, což zahrnuje prevenci nemocí, by měl vycházet z poznání, že aktivity podpory zdraví a prevence nemocí v průběhu celého života by se měly zaměřit na zachování samostatnosti, prevenci a oddálení nemoci a léčení zdravotního postižení, jako i na zlepšení kvality života starších lidí, kteří již trpí zdravotním postižením. Zdravotní péče a služby by měly zahrnovat potřebný výcvik personálu a zařízení umožňující splnit zvláštní potřeby staršího

⁴ <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>.

⁵ *Zpráva Světového summitu o sociálním rozvoji, Kodaň, 6-12.3.1995* (Publikace OSN, č. E.96.IV.8), kapitola I, rezoluce 1, příloha I.

⁶ *Zpráva Světového summitu o sociálním rozvoji, Kodaň, 6-12.3.1995* (Publikace OSN, č. E.96.IV.8), kapitola I, rezoluce 1, příloha II.

obyvatelstva. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne tedy pouze jako absenci nemocí a neduhů. Dosáhnout stáří v dobrém zdravotním stavu a pohodě vyžaduje individuální úsilí po celý život a existenci prostředí, v němž toto úsilí může uspět. Jednotlivci mají odpovědnost za zachování zdravého životního stylu a vlády odpovídají za vytváření podpůrného prostředí, které umožňuje zachování zdraví a pohody i ve stáří. Z humanitárních i ekonomických důvodů je nutné poskytnout starším lidem stejný přístup k preventivní a léčebné péči a rehabilitaci, jako se poskytuje ostatním skupinám. Současně musí existovat zdravotní služby uzpůsobené uspokojení zvláštních potřeb starších lidí. Do odborných univerzitních programů a do systémů zdravotní péče je vhodné zařadit studium, resp. provádění geriatrické medicíny. Kromě vlád existují další důležité činitelé, zejména nevládní organizace a rodiny. Poskytují jednotlivcům podporu při udržení zdravého životního stylu a úzce spolupracují s vládami při vytváření podpůrného prostředí.⁷

Ve všech světových oblastech nyní v epidemiologii probíhá posun od infekčních a parazitických onemocnění k chronickým a degenerativním nemocem. Mnohé rozvojové země a země s transformující se ekonomikou jsou však konfrontovány s dvojitým břemenem. Musí bojovat se vznikajícími a znovu se objevujícími nakažlivými nemocemi, například s HIV/AIDS, tuberkulózou a malárií a současně také se zvyšující se hrozbou nenakažlivých chorob. Rostoucí potřeby stárnoucího obyvatelstva v oblasti péče a léčení vyžadují mít odpovídající politiky. Neexistence takových politik může způsobit velký nárůst nákladů. Politiky podporující celoživotní zdraví, včetně podpory zdraví a prevence nemocí, podpůrných technologií, předepsané rehabilitační péče, služeb duševního zdraví, podpory zdravého životního stylu a podpůrného prostředí, mohou snížit úroveň nemocnosti spojenou se stářím a dosáhnout úspor ve státním rozpočtu.

1.1 Pojem stáří

Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze přirozeného průběhu života. Jedná se o fyziologický a geneticky determinovaný zákonitý proces, během něhož se snižují adaptační schopnosti a ubývají funkční rezervy organismu. Involuční procesy vyústující ve stáří jsou navíc modifikovány dalšími faktory, především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami, v nichž jedinec žije. V této souvislosti dochází u jedince k řadě významných změn sociálního charakteru, jako je například osamostatnění dětí, odchod do

⁷ <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>.

penze nebo posun sociální role. Jak konstatuje profesor Mühlpachr v publikaci *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*, jelikož se všechny změny příčin i následků prolínají ve vzájemném spolupůsobení, mnohdy i v protikladech, jednotně vymezit a periodizovat stáří je tak velmi obtížné.⁸

Stárnutí je celoživotní proces, jehož projevy involuce se stávají zřetelnějšími v období kolem přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na náročnosti prostředí.⁹

Stáří je podmíněno věkem jedince. Výši věku lze vymezit na základě několika kritérií. Nejčastěji bývají v odborných publikacích uváděny následující druhy náhledu na stáří:

➤ **biologické (funkční) stáří**

Je to hypotetické označení konkrétní míry involučních změn jako např. atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních schopností, obvykle těsně spojených se změnami způsobenými chorobami vyskytujícími se s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku. Snaha určit biologické stáří, jež by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka selhala, tudíž se stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant nevyužívá. Proto tak chybí objektivní vysvětlení skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se výrazně liší mírou involučních změn a funkční zdatností.

Pravé příčiny stárnutí a stáří nejsou stále uspokojivě vysvětleny. Existuje řada hypotéz tu více, tu méně originálních, některé se dokonce prolínají a odbornou veřejností jsou přijímány s rozdílnou popularitou. Přístupy k filosofii stárnutí lze velmi zjednodušeně rozdělit do dvou základních směrů:

Epidemiologický přístup

- stárnutí a umírání jsou děje především nahodilé – vykazují výraznou variabilitu a jsou podmíněny především vnějšími a chorobnými vlivy (interakce s prostředím, choroby, úrazy),
- přirozená smrt stářím zřejmě neexistuje, pouze smrt jako nehoda,
- v optimálních podmínkách může být život velmi dlouhý.

Gerontologický přístup

- stárnutí a umírání jsou procesy povahou zákonité,

⁸ MÜHLPACHR, P., BARGEL, M., ml. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, s. 13.

⁹ MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 16.

- vykazují druhovou specifičnost a blízkost u dvojčat,
 - jsou kódovány genetickou informací
 - přirozená smrt stářím existuje,
 - ani v optimálních podmínkách se život neprodlouží nad jistou hranici, k níž se již blížíme, nedojde-li k ovlivnění genetické informace.¹⁰
- **kalendářní (chronologické) stáří**

Je vymezeno dosažením určitého arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Uplatňuje se rovněž demografické hledisko, neboť čím více seniorů ve společnosti, tím vyšší hranice stáří. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace.

V 60. letech se komise expertů Světové zdravotnické organizace ve svém doporučení přidržela patnáctileté periodizace lidského života a jako hranici stáří označila dosažení 60. roku věku. Tato hranice byla rovněž akceptována OSN v roce 1980.¹¹

V hospodářsky vyspělých státech se v souvislosti se stárnutím populace, prodlužováním života v seniu, i poklesem kardiovaskulární morbidity ve středním věku a zlepšováním funkční zdatnosti seniorů posouvá hranice stáří k věku 65 let.

Tím se však problematicky vymezuje vlastní počátek stáří a obdobně problematická je rovněž jeho periodizace. Vždy se jedná pouze o rámcové, chceme-li schematické naznačení věkových gradientů, jemuž se mohou konkrétní jedinci významně vymykat. Ve své jednoduché podobě, kterou však jako jedinou lze v praxi využít, tato periodizace nebere v potaz jinak důležité ontogenetické rozdíly mezi oběma pohlavími. Význam věkové periodizace spočívá v orientačním stanovení potřeb, rizik a nároků vůči společnosti u osob určitého věku.

V. Příhoda v jedné ze svých odborných prací z roku 1974 rovněž uvádí patnáctileté členění dospělosti, korespondující tak s doporučením komise expertů Světové zdravotnické organizace, a navíc s uvedením alternativního označení jednotlivých období:

15 – 29 let postubescence a mecitma

30 – 44 let adultium

¹⁰ KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997, s. 19.

¹¹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 20.

- 45 – 59 let interevium, střední věk
- 60 – 74 let senescence, počínající časná stáří
- 75 – 89 let kmetství, senium, vlastní stáří
- 90 a více let patriarchium, dlouhověkost¹²

V poslední řadě se stále častěji uplatňuje následující členění:

- 65 – 74 let **mladí senioři** (převládá problematika adaptace na penzionování, volnočasové aktivity, seberealizace)
- 75 – 84 let **staří senioři** (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)
- 85 a více let **velmi staří senioři** (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení)

Je evidentní, že za uzlový ontogenetický bod, resp. zlomovou, kritickou periodu, gerontologové obecně považují věk kolem 75 let.¹³

Dlouhověkost

Dlouhověkost je označení pokročilého věku obvykle nad 90 let (některé prameny uvádějí nad 85 let). Dlouhověcí tvoří jen nepatrný zlomek populace, ale jejich počet díky zvyšování životní úrovně a medicínskému pokroku stoupá.

Za index dlouhověkosti je označován poměr dlouhověkých ke všem osobám ve věku 60 a více let v dané populaci.

V souvislosti s dlouhověkostí lze uvažovat i o maximální délce života. Ta je druhově specifická a geneticky, polygenním způsobem determinovaná, tedy ať již přímým naprogramováním, nebo odolností tělesných struktur, spolehlivostí funkcí, dokonalostí obranných a reparačních mechanismů. Změkčování životních podmínek a medicínský pokrok poněkud zvyšují naději na dosažení extrémního věku i jeho délky, ale trvale jde o zcela ojedinělé a vždy do jisté míry sporné případy. V současné době je předpokládána maximální a dosud hodnověrně nedosažená délka života asi 125 let.

Jak v publikaci *Senioři z pohledu sociální pedagogiky* uvádí autoři Mühlpachr a Bargel, opakovaně se vynořují úvahy o možnosti dosáhnout různými mechanismy,

¹² PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. IV. Díl. Praha: SPN, 1974.

¹³ MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 18.

v současnosti např. genetickým inženýrstvím, hypotetického věku 150 – 200 let. Dožívání 150 let předpokládal již počátkem 20. století jeden ze zakladatelů gerontologie, držitel Nobelovy ceny I. I. Mečnikov, podobné názory se objevují i u některých autorů v 70. letech. Dostupné publikované výsledky výzkumů však tyto prognózy pro blízkou budoucnost nepotvrzují.¹⁴

➤ **sociální (sociálně-historické) stáří**

Sociální stáří je období, jež lze určit kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji penzionování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno především změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost.

V souvislosti se sociálním stářím hovoříme o sociální periodizaci života, která schematicky člení lidský život do 3, resp. 4 velkých období, tzv. věků. Toto pojetí, které se objevilo i v některých vžitých označeních jako např. Univerzita třetího věku, má však svá závažná úskalí.

- **První věk** je označován jako předproduktivní – období dětství a mládí, charakterizované růstem, vývojem vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí.
- **Druhý věk** je produktivní – období dospělosti, životní produktivity biologické, související se založením rodiny, sociální a především pracovní.
- **Třetí věk** je věk postproduktivní, což implikuje představu stáří nejen jako období poklesu zdatnosti a odpočinku, ale především představu fáze za zenitem a bz produktivní činnosti. To je však nebezpečné východisko k podceňování, diskriminování, minimalizaci potřeb, pauperizaci. Takové pojetí třetího věku příliš akcentuje pracovní, kolektivně výrobní roli jedince a potlačuje hledisko osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu trvajících až do smrti. V nejvyšším stáří.
- **Čtvrtý věk** bývá někdy užíván k označení fáze závislosti. Toto označení je zavádějící, vzniká totiž dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako

¹⁴ MÜHLPACHR, P., BARGEL, M., ml. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, s. 16.

obecně přijímaná stádia předchozí. To odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné.¹⁵

1.2 Charakteristika procesu stárnutí

Stárnutí, nebo také gerontogeneze je zákonitý, druhově specifický celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřejmější ve 4. decenniu, resp. na přelomu 4. a 5. decennia.

Dá se říci, že se jedná o proces probíhající u každého se značnou interindividuální variabilitou, neboť každý jedinec stárne do jisté míry vlastním tempem. Tato variabilita je dána v prvé řadě rozdílnou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, spolupůsobením prostředí, zdravotním stylem a v neposlední řadě rovněž životním stylem.

Současně je stárnutí procesem asynchronním, postihujícím různé struktury a funkce organismu nerovnoměrně, a to opět zčásti v souvislosti s mírou jejich zatěžování, resp. stimulace, či naopak poškozování v důsledku chorobných procesů.

Průběh stárnutí může být modulován rovněž pozdními důsledky zásahů v tzv. kritických věkových periodách, vyznačující se mimořádnou vnímavostí a ovlivnitelností organismu.

Při sledování přirozeného vymírání věkových kohort byly obecné zákonitosti položeny již počátkem 19. století. Anglický matematik-samouk Benjamin Gompertz (1779 – 1865) totiž v roce 1825 formuloval zákonitost tkvící ve skutečnosti, že od časně dospělosti je riziko smrti přímo úměrné věku, a to bez ohledu na příčinu. Z tohoto důvodu by například naprostá vyléčitelnost maligních nádorů zdaleka nevedla k dožívání metuzalemského věku. To by podle prognostiků prodloužila střední délku života, resp. pravděpodobnou délku dožití. To je ukazatel vyjadřující věk, kterého by se teoreticky dožilo živě narozené dítě, za dodržení stejných úmrtnostních poměrů jako v době sestavení úmrtnostní tabulky. Z tohoto vyplývá, že střední délka života nesouvisí s průměrným věkem žijící populace. Jak konstatuje prof. Mühlpachr ve své práci *Gerontologie*, od 30 let věku se pravděpodobnost úmrtí zhruba zdvojnásobuje každých 8 let.¹⁶

Biologická involuce

Zákonitá biologická involuce vychází z individuálních genetických dispozic, t. č. není spolehlivě ovlivnitelná s výjimkou experimentální celoživotní restriktce příjmu potravy.

¹⁵ JAROŠOVÁ, P. *Péče o seniory*. Ostrava: Nakladatelství Ostravské univerzity v Ostravě, 2006, s. 12.

¹⁶ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 22.

Léky mající příznivě ovlivňovat stav organismu ve stáří, se označují jako geriatrika. Lékařská praxe však užívá pouze geriatrika nepravá, jež pozitivně ovlivňují organismus, aniž by došlo k postižení samotných involučních procesů a mechanismů. Jejich význam je především substituční, neboť dodávají látky, které seniorům nejčastěji chybějí. Jedná se především o vitamíny, minerály, stopové prvky, hormony. Časté jsou multivitaminové preparáty obohacené o minerály, specifickou úlohu hraje substituce estrogenu u žen v klimakteriu. Druhý efekt nepravých geriatrik možno spatřovat ve významu symptomatickém. Jde např. o ovlivnění průtokových vlastností krve, podporu prokrvení, činnost vegetativního nervového systému a trofiku tkání.¹⁷ Jak píše odborná literatura, do této skupiny patří např. procain se svými metabolity, fytofarmaka, tedy léky, jejichž základem jsou rostlinné výtažky, především ze ženšenu a jinanu dvojlaločného, ev. včelí produkty. Někdy bývají mezi nepravá geriatrika zařazovány rovněž látky stimulačně ovlivňující mozkovou činnost, tedy psychostimulancia, či zefektivňující metabolismus, tzv. nootropika. Často se setkáme s kombinací geriatrik s preparáty ovlivňujícími sexuální potenci. Žádné pravé geriatrikum, přímo ovlivňující biologický mechanismus stárnutí, není současné medicíně známo.¹⁸

Tělesná involuce

Po šedesátém roce života se tělesná involuce hlásí stále naléhavěji. Několikadenní klid na lůžku zvyšuje u geronta křehkost kostí, vede k atrofii svalové hmoty, ke slábnutí reflexů regulujících krevní tlak – bez ohledu na to, že nucená nehybnost může u pacienta vyvolat pocit úzkosti, a navodit depresivní stavy. Ve srovnání se stavem organismu ve věku 20 let má šedesátiletý člověk poloviční vitální kapacitu plic.¹⁹

V různých orgánech ubývá funkčních tkání, které jsou částečně nahrazovány vazivem, oči reagují přecitlivěle na silné světlo, přibývá očních chorob vedoucích ke zhoršení zraku, či k úplné slepotě. Sluch se zhoršuje plynule po celé období stárnutí, vlivem arteriosklerotických změn klesá po sedmdesátém roku věku citlivost pro vnímání tónů vysokých frekvencí, častá je percepční nedoslýchavost. Se stoupajícím věkem se zvyšuje počet gerontů, kteří jsou ve svých denních činnostech omezeni srdečními chorobami, chronickým zánětem kloubů, hypertenzí, popř. nemocemi páteře a nohou. Po dosažení sedmdesátého roku věku se často vyskytuje tzv. polymorbidita, tj. současný

¹⁷ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 22.

¹⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000, s. 450.

¹⁹ ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: SPN, 1989, s. 42.

výskyt více než jedné chronické nemoci. Častou příčinou nemoci a smrti ve stáří bývá úraz. Zlomeniny se těžko hojí a u člověka po osmdesátce se nezhojí vůbec. Tělo má méně obranných látek a je náchylnější ke zhoubnému bujení.

Lze tedy konstatovat, že stárnutí je kontinuální proces, součást celoživotního vývoje organismu. Jeho průběh je pro každý živočišný druh stanoven specifickou genetickou informací, která se však uplatňuje s výraznou interindividuální a intraindividuální variabilitou. Stárnutí je tudíž individuální a asynchronní, neboť jak již bylo řečeno, jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou a opotřebovávají se nerovnoměrně.

Profesor Mühlpachr ve své práci *Gerontopedagogika* (2009) se přiklání k názoru, že stupeň změn ve stáří je dán nejen vlastní involucí, ale rovněž výchozí hodnotou daného parametru, způsobem života a chorobnými změnami.²⁰

Stárnutí lze hodnotit i univerzální metodou spolehlivosti, postihující výskyt chyb a omylů, a to včetně úmrtí, jako funkci stárnutí a opotřebování.²¹

Objevují se následující významnější somatické změny a jejich důsledky:

Složení organismu:

- tkáně atrofují se současným zmnožením vaziva a tuku,
- netučná tělesná hmota ubývá (tzv. lean body mass),
- obsah tělesného tuku se zvyšuje až o 25 % s posunem indexu BMI,
- ztížená mobilizace tuku, tj. rezistence k lipolitickým podnětům,
- objem celkové tělesné vody se zmenšuje (souvisejí s přírůstkem tuku) a s nedostatečným příjmem tekutin,
- ukládající se vápník v tkáních proniká do membrán a buněk.

Řízení organismu:

- regulační mechanismy se oslabují a zpomalují,
- funkční rezervy ubývají,
- adaptační schopnosti a odolnost vůči zátěži se zhoršuje,
- variabilita periodických dějů se zplošťuje.

Pohybový aparát:

- svalová síla klesá za současného úbytku kostní density,
- chrupavky stárnou, což je děj odlišný od osteoartritických změn,

²⁰ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 23.

²¹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 23.

- hlubší čítí a pohybová koordinace se zhoršuje, dochází k poruchám stereotypu chůze.

Nervový systém:

- nervové vedení se zpomaluje se současným prodloužením reakční doby,
- častěji dochází k poruchám spánku,
- mozek atrofuje, čímž se zhoršuje schopnost všípivosti i výbavnosti.

Metabolismus:

- glukóza do buněk se dostává obtížněji, glukózová tolerance bývá porušena v 30 %,
- maximální spotřeba kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiovaskulárního systému se snižuje, a rovněž tak i bazální metabolismus, a to o 20 %, zhoršení vytrvalosti.

Endokrinní systém:

- tkáně začínají být rezistentní na hormonální stimulaci,
- produkce růstového hormonu se snižuje,
- potřeba substitučních látek se snižuje vlivem snížení tyroxinové clearance.²²

Oběhový systém:

- průtok krve všemi orgány se snižuje, tepová frekvence se mírně urychluje,
- zvětšení světlosti tepen s jejich elongací a vinutým průběhem,
- tepny ztrácejí elasticitu s poruchou pružníku, což doprovází zvětšování systolicko-diastolické amplitudy a zatížení levé komory srdeční,
- poddajnost levé komory srdeční se snižuje se současným sklonem k diastolickému typu srdečního selhávání bez vážnější poruchy systolické funkce, zvláště při dalším zhoršení jejího plnění v důsledku fibrilace síní,
- buňky převodního systému zanikají, což je doprovázeno poruchami tvorby vzruchů a zplošťováním variability tepové frekvence,
- chlopně procházejí nevýraznou hemodynamickou degenerativní změnou.

Respirační systém:

- zvýšení dechové práce,
- mrtvý prostor plic se zvětšuje, vitální kapacita plic klesá,

²² KOZÁKOVÁ, O., MULLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 2006, s. 11-12.

- klesá citlivost dechového centra ke změnám krevních plynů, snižuje se aktivita řasinkového epitelu.²³

Vylučovací systém:

- v důsledku ubývání renálních glomerulů a poklesu glomerulární filtrace je filtrační schopnost ledvin v 80. letech věku redukována zhruba na polovinu,
- ledviny vykazují pokles své maximální koncentrační schopnosti v 75 letech o 25 %,
- geront často trpí poruchami funkce močového měchýře.

Trávicí systém:

- chrup je opotřebován abrazi a často nekompletní (věková hranice zachování většiny chrupu dosahuje ve vyspělých zemích hodnoty 65 let),
- trávicí trubice trpí poruchami motility,
- žaludek ztrácí původní hladinu acidity.

Imunitní systém:

- efekt imunizace se s přibývajícím věkem zhoršuje,
- tvorba autoprotilátek se s věkem naopak zvyšuje.

Ostatní:

- kůže atrofuje se současným poklesem pružnosti a úbytkem potních žláz doprovázeným poruchou termoregulace,
- tkáně vykazují sníženou vitalitu, což se navenek projevuje zpomaleným hojením,
- smyslové vnímání celkově degraduje (presbyopie, zhoršení adaptační schopnosti oka na šero i osvit, presbyakusis, zhoršení sluchové schopnosti vnímat tóny vyšších frekvencí, čichové i chuťové schopnosti oslabují, propriocepce se zhoršuje, rovněž i tepelná rozlišovací schopnost.²⁴

Duševní involuce

Jak již bylo řečeno v pojednání o involuci tělesné, rovněž tak v duševním vývoji lze těžko odlišit involuční změny dané věkem, od těch, jež jsou součástí nebo následkem duševní poruchy. I zde se opět prolínají vlivy biologického stárnutí mozku, i celého

²³ KOZÁKOVÁ, O., MULLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 2006, s. 11-12.

²⁴ KOZÁKOVÁ, O., MULLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 2006, s. 11-12.

organismu s vlivem zkrácené životní perspektivy, změněného vzhledu a dalších společenských faktorů, které s sebou věk nese, a které determinují duševní involuci.

Duševní činnost staršího člověka je zpomalena, geront je ke své činnosti méně motivován i méně zainteresován, motivační a citová rezonance, tedy schopnost nadchnout se pro novou věc, resp. člověka, tak jak ji známe u mladých lidí, je méně bezprostřední, a emocionální intenzita vůči cizím lidem bývá ve stáří snížena. Starého člověka nové události obecně již tolik nevzrušují a nezaujímou tak snadno jako v mládí, stává se zvýšeně opatrný.²⁵ Přesnost je pro starého člověka důležitější než rychlost. Dokazují to klasické situace např. přecházení vozovky, přepočítávání peněz při nákupu, záznam telefonického vzkazu apod. Zajímavé vysvětlení tohoto jevu podala v šedesátých letech v jedné ze svých prací B. L. Neugartenová, která hovoří o tzv. kohortovém efektu, který vychází z úvahy, že pokud jsou dnešní geronti v mnoha věcech pomalejší než dnešní lidé středního věku, může tkvět příčina v jejich odlišné výchově a jiném psychickém vývoji, čímž přijali jinou představu o stáří, než dnešní lidé středního věku.²⁶

Je zcela prokazatelné, že staří lidé obecně hůře snášejí změny. Čím je člověk starší, tím větší zátěž, resp. trauma pro něho znamená např. stěhování, či jiná životní změna.

V některých složkách inteligence se výkon ve stáří značně zhoršuje, což postihuje zejména adaptační schopnosti nejen samotného organismu, ale osobnosti jako celku.

Duševní involuci je možno vnímat jako postupný rozklad osobnosti, probíhající víceméně spořádaně. Lidé postproduktivního věku uvolňují prostor produktivní generaci. S touto souvislostí člověk ztrácí vztah k některým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům a osobním cílům. S přicházejícími stresujícími faktory se vyrovnávají primitivnějším způsobem, problémy řeší pomaleji, čímž se blíží dítěti. Dalším rysem duševní involuce je snížení zájmu o okolí a netečnost. S duševní involucí se kombinují duševní poruchy, velmi často je diagnostikován výskyt neuróz, paranoidit, depresí a suicidiálních sklónů.

Farmakoterapie ve stáří

Pro starší jedince dosud nebyly vyvinuty žádné speciálně farmakodynamické účinné látky. Četnost onemocnění výrazně stoupá s přibývajícím věkem, proto jsou léčiva v tomto životním období používána častěji než v jiných fázích života.

²⁵ KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997, s. 60.

²⁶ <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>.

Předepisování léků starým lidem vyžaduje individuální přístup s přihlédnutím k řadě faktorů, které farmakoterapii komplikují. Běžně doporučené postupy a dávkovací schémata klasické interní medicíny v geriatrici mnohdy neplatí a při volbě léčiva, dávky a lékových kombinací by měly být brány v úvahu znalosti aplikované farmakologie a farmakoepidemiologie.²⁷

Zatímco u osob středního věku bez zřejmého postižení můžeme předpokládat standardní reakci na zátěž včetně medikace, u seniorů existuje značná různorodost fyzická, psychická, sociální i funkční. Na jedné straně stojí fyzicky aktivní člověk bez medicínských problémů s plnou funkcí všech orgánových systémů a na opačném pólu člověk s chatrným zdravím trpící několika chronickými nemocemi, které omezují funkce různých orgánových systémů. Mezi tyto krajnosti můžeme zařadit většinu seniorů, kteří prostě „normálně stárnou“. Chatrnost, nebo křehkost zdraví, jak je dnes trendem užívat, můžeme definovat jako sklonek života charakterizovaný slabostí a neschopností prospívat za běžných podmínek, což vede ke zvýšenému riziku nežádoucích příhod, které doprovázejí léčebné zákroky včetně podávání léčiv. Chatrnost je způsobena sníženou fyziologickou rezervou a multisystémovou dysregulací, což má za následek omezenou kapacitu k udržení homeostázy a nedostatečnou odpověď na stres.²⁸ Pokles fyziologických rezerv jednotlivých orgánových systémů vede k tomu, že i drobný zdravotní problém může porušit křehkou rovnováhu v organismu a vést k závažné komplikaci, např. mírná gastroenteritida může vyvolat dehydrataci, nevelké zvýšení teploty zmatenost, pád a frakturu krčku femuru apod. K destabilizaci homeostázy mohou přispět i některé běžně podávané léky nebo jiný léčebný zázrak, proto je důležité rizikové osoby včas rozpoznat. Freid a spol. stanovili, že taková osoba musí splňovat alespoň tři z následujících kritérií: nezamýšlený pokles hmotnosti v posledním roce o 5 kg a více, subjektivní pocit vyčerpání, slabý stisk rukou, neschopnost rychlé chůze a nízká fyzická aktivita v každodenním životě. V populaci seniorů ve věku 65 let a více byla prevalence takových osob 6,9 % a u seniorů ve věku 80 let a více 30 %, můžeme tedy předpokládat, že počet rizikových seniorů s chatrným zdravím v ČR činí více než 100 000. Dalším faktorem zátěže pacientů, a tedy i rizikovosti zákroků, je multimorbidita, jejíž incidence též stoupá s věkem, a často nutnost užívání více léků.²⁹

²⁷ www.tribune.cz/clanek/26043-obecne-problemy-farmakoterapie-ve-stari.

²⁸ www.tribune.cz/clanek/26043-obecne-problemy-farmakoterapie-ve-stari.

²⁹ www.tribune.cz/clanek/26043-obecne-problemy-farmakoterapie-ve-stari.

➤ změny absorpce léčiv

U seniorů bývá negativně ovlivněna absorpce z gastrointestinálního traktu hypoaciditou žaludeční šťávy a poklesem žaludeční sekrece. Důsledkem je pokles vstřebávání železa a slabě kyselých látek, jako jsou např. salicyláty. Prodlužuje se doba vyprázdnění žaludku a zpomaluje se motilita střev, což může zpomalit nástup účinku léčiv. Mezi 40. a 80. rokem věku klesá prokrvení splachnické oblasti o 20 % – 50 %. V důsledku atrofie slizničního povrchu se snižuje absorpční plocha pro pasivní transport léčiv až o jednu třetinu a klinicky významně klesá i počet přenašečů pro aktivní transport. To je významné například pro vstřebávání vápníku. Se vstřebávanými léky mohou interagovat léky s anticholinergním účinkem a léky s velkým absorpčním povrchem, jako antacida, carbo medicinalis, kaolin, vláknina aj.³⁰

➤ změny distribuce léčiv v organismu

S rostoucím věkem se zvyšuje podíl tukové tkáně a klesá objem tělesné tekutiny intracelulární i extracelulární zhruba o 15 %. Tím se snižuje distribuční prostor pro hydrofilní léčiva, což je důležité např. u digoxinu a lithia, kde hrozí předávkování. Naopak u lipofilních léčiv se distribuční prostor zvyšuje, taková léčiva se v tukové tkáni mohou kumulovat, čímž se prodlužuje jejich biologický poločas.

Jak již bylo řečeno, s věkem se snižuje procentuální zastoupení svalové tkáně, zejména u osob s nízkou fyzickou aktivitou. Srdeční výdej po 30. roce života klesá průměrně o 1 % za rok, u některých nemocných se zvyšuje periferní cévní odpor. U některých seniorů klesá sérový albumin. Pokles plazmatického albuminu není způsoben fyziologickým stárnutím, ale je důsledkem patologických stavů souvisejících s malnutricí u chronicky nemocných seniorů. To má vliv na účinek těch léčiv, která se váží na plazmatické bílkoviny. Podíl jejich volné frakce v krvi stoupá a dočasně stoupá i jejich účinek, avšak zároveň bývá zvýšena jejich biotransformace a eliminace z organismu.

➤ změny biotransformace léčiv

Změny biotransformace ve stáří jsou především způsobeny atrofií i jaterní tkáně, snížením průtoku krve vrátnicovou žilou a poklesem aktivity některých

³⁰ www.tribune.cz/clanek/26043-obecne-problemy-farmakoterapie-ve-stari.

biotransformačních enzymů. Hepatální clearance klesá zejména u léčiv s výrazným first-pass efektem (některé beta-blokátory, blokátory kalciových kanálů, morfin, aj.), biologická dostupnost pak může být u seniorů vyšší o 20 % – 40 %. Proto se doporučuje u takových léků respektovat u seniorů geriatrické pravidlo „start low, go slow“, tedy „začnej nízkou dávkou a navyšuj ji pomalu“.³¹

➤ změny renální eliminace léčiv

S rostoucím věkem klesá počet funkčních glomerulů. Od 30. roku života dochází k lineárnímu poklesu glomerulární filtrace průměrně o 0,75 ml/min. za rok, která v 80 letech dosahuje 35 % – 50 % hodnoty obvyklé u mladých zdravých lidí. Klesá též aktivní tubulární sekrece a reabsorpce, snižuje se renální produkce aldosteronu a schopnost renálních buněk zajišťovat retenci sodíku.

Je třeba si uvědomit, že i léky „v zásadě zaměnitelné“, jako jsou například inhibitory, blokátory receptorů, beta-blokátory, aj., mají různé farmakokinetické vlastnosti, a tedy i jejich bezpečnost a snášenlivost může být za změněných podmínek, tedy ve stáří, různá.³²

1.3 Teorie stárnutí

Jako **stárnutí** označujeme pokles vitality s věkem a vzestup náchylnosti k různým chorobám. Jedná se o univerzální děj, který vypadá u všech organismů stejně, jen probíhá různou rychlostí. Z pohledu molekulárního jde o neschopnost obnovovat správnou strukturu biomolekul neomezeně dlouho, tzv. systemic molecular disorder podle Hayflicka (1961).³³

Je důležité rozlišovat dva základní pojmy:

- průměrná délka života jako statistická veličina; týkající se všech příslušníků populace v místě a čase, např. k roku 2000 činila u mužů 71 let, u žen pak 78 let,
- maximální délka života je odvozena od statistické hranice, jak dlouho žijí nejdéle žijící lidé, resp. jak dlouho je možné za optimálních podmínek žít, jejíž hodnota se prakticky nemění.

³¹ www.tribune.cz/clanek/26043-obecne-problemy-farmakoterapie-ve-stari.

³² www.tribune.cz/clanek/26043-obecne-problemy-farmakoterapie-ve-stari.

³³ http://www.wikiskripta.eu/index.php/St%C3%A1rnut%C3%AD_organismu

Patogeneze stárnutí

Teorií týkajících se procesu stárnutí je mnoho. Obecně se připouští, že s narůstajícím věkem dochází ke střádání chyb v organismu, který není schopen je dostatečně opravovat. Nejvýznamnější faktory ovlivňující stárnutí mají změny mitochondriální a působení radikálů.

Radikálová, mitochondriální teorie stárnutí

Již v roce 1956 byla vytvořena teorie hromadění oxidačního poškození s věkem. Později byla formulována mitochondriální teorie: říkájí, že mitochondrie jsou hlavní zdroj kyslíkových radikálů v organismu. Mitochondriální DNA mutuje desetkrát rychleji než jaderná. Mitochondriální DNA totiž není obalena histony a má méně dokonalý systém opravy. Tvorba radikálů v mitochondriích vede k nahromadění mutací v DNA. V důsledku toho dochází k poruchám funkce respiračních komplexů a tvorbě radikálů. Ty mohou způsobit srdeční selhání, svalovou slabost, demence, či neurodegenerace. Mírně poškozené mitochondrie produkují méně energie, než buňka potřebuje.³⁴

Life-time Energy Potential

Je považován za průkaz mitochondriální teorie. U většiny savců je délka života dána určitou sumou srdečních tepů, resp. spotřebou kyslíku. Menší savci mají intenzivnější metabolismus a rychlejší srdeční akci, a proto žijí kratší dobu.

Teorie hromadění defektních složek v buňce

Druhá teorie procesů stárnutí je spojována s katabolickým selháním organismu. Dochází k hromadění defektních složek v buňce. Za normálních okolností jsou látky odbourávány několika způsoby:

- proteiny s krátkým poločasem rozpadu se nazývají **proteasomy**,
- proteiny s dlouhým poločasem pak organely, resp. **autofagie** (makroautofagiemi nazýváme celé organely; mikroautofagiemi pak makromolekuly, tedy malé organely,
- mitochondrie, neboli **lyzosomy**.³⁵

Pokud dochází k nekompletní degradaci v lysosomech, uvolňuje se železo z mitochondrií. Vznikají volné kyslíkové radikály, lipoperoxidace, agregace a polymerace

³⁴ http://www.wikiskripta.eu/index.php/St%C3%A1rnut%C3%AD_organismu

³⁵ http://www.wikiskripta.eu/index.php/St%C3%A1rnut%C3%AD_organismu.

zoxidovaných proteinů a lipidů. Dále vzniká **lipofuscin**, jenž bývá označován jako pigment stárnutí a defektní mitochondrie a proteinové agregáty. Mohou iniciovat apoptózu.

Jediným způsobem zbavení se odpadních látek se stává **buněčné dělení**. Odpad se neodstraňuje, ale pouze rozděluje do dceřiných buněk, čímž se snižuje jeho koncentrace. Problém vzniká u buněk, které žijí velmi dlouho a dělí se hůře jako například kardiomyocyty, či hepatocyty.³⁶

Základní pojmy

Hayflickův limit určuje maximální počet dělení, kterým buňky prochází před svým zánikem, liší se u jednotlivých typů buněk:

- platí pro všechny somatické buňky, ale nikoliv pro nádorové,
- u buněk ze starých osob je počet dělení menší,
- příklad: fibroblasty a epiteliální buňky nikdy Hayflickova limitu nedosáhnou (k jejich dělení dochází maximálně 50 až 70 krát, avšak člověk nežije dostatečně dlouho, aby k tolika buněčným dělením stihlo dojít).

Telomeráza je ribonukleoprotein s vlastním RNA primerem, který doplňuje konce chromosomů při replikaci DNA:

- většina buněk lidského těla telomerázu nepotřebuje, neboť se dělí málo nebo vůbec,
- kmenové, terminální a aktivované imunitní buňky telomerázu mají,
- telomeráza má rovněž vztah ke karcinogenezi.³⁷

Látky zpomalující proces stárnutí - antioxidanty

- potlačují vznik volných radikálů, které jsou příčinou chorobného stavu a mají výrazné vlivy na patogenezi; jde o redukční činidlo schopné zastavit radikálové řetězové reakce,
- např. vitamin E (tokoferol); vitamin C (askorbát); β -karoten; selen,
- antioxidantní potravní doplňky mohou ale i škodit, např. karoten patří mezi teratogeny, neboť vitaminy E a A zvyšují mortalitu,
- vitamin C a selen nemají na vznik volných radikálů žádný vliv,
- podávání má ovšem smysl, pouze pokud je samotný metabolismus defektní.³⁸

³⁶ http://www.wikiskripta.eu/index.php/St%C3%A1rnut%C3%AD_organismu

³⁷ http://www.wikiskripta.eu/index.php/St%C3%A1rnut%C3%AD_organismu.

³⁸ http://www.wikiskripta.eu/index.php/St%C3%A1rnut%C3%AD_organismu

Kalorická restrikce

- omezení množství při zachování biologické kvality,
- prodlužuje maximální délku života, snižuje oxidační stres, výskyt nádorů a zpomaluje stárnutí,
- organismus přečkávající nepříznivé období např. z důvodu snížení příjmu potravy věnuje více energie na údržbu a méně na reprodukci,
- funguje i u teplokrevných organismů s konstantní intenzitou metabolismu.

Přiměřená fyzická aktivita

- potřeba energie stimuluje biogenesi a obnovu svalových mitochondrií
- přiměřená dávka pohybu zvyšuje odolnost vůči dalšímu stresu mechanismus: indukce, neboť dochází k expresi proteinů, tzv. chaperonů vlivem stresové reakce,
- produkce chaperonů ve svalové tkáni při fyzické aktivitě je prospěšná, tělo je nuceno obnovovat mitochondrie, které nahrazují ty poškozené.

Dieta

Strava bohatá na ovoce a zeleninu je spojena s nižším rizikem kardiovaskulárních chorob, a některých typů rakoviny jako např. karcinom plic, dutiny ústní nebo hltanu Optimálně příjem činí 5 krát 80 g denně.³⁹

³⁹ http://www.wikiskripta.eu/index.php/St%C3%A1rnut%C3%AD_organismu.

2 SOCIOLOGICKO-DEMOGRAFICKÝ POHLED NA STÁŘÍ

V současné době je jedním z globálních úkolů lidstva řešení populačního růstu. Uvážíme-li, že např. v roce 1850 žila na Zemi asi 1 miliarda obyvatel, v roce 1930 už miliardy 2, v současnosti 5, 7 miliardy, a prognózy pro rok 2025 hovoří o více než 8 miliardách, konvexně stoupající růst obyvatelstva vůči časové ose je v hrubém nepochopitelném poměru.

Tento vývoj je regionálně velmi nerovnoměrný, prudký přírůstek se očekává především v rozvojových zemích jižní Asie, Afriky, Latinské Ameriky, méně již ve východní Asii, která uplatňuje tvrdá opatření směřující ke kontrole porodnosti. V hospodářsky vyspělých státech bude populace spíše stagnovat, či klesat.

V hospodářsky vyspělých státech se podle uznávaných prognóz počet obyvatel do roku 2025 prakticky nezmění (1, 2 až 1, 3 miliardy), zatímco v rozvojových státech dále prudce poroste ze 4, 5 miliard na 7 miliard.

Tento vývoj může souviset s fázovým posunem – rozvojové země procházejí ve 20. a 21. století změnami reprodukčních charakteristik, kterými hospodářsky vyspělé země prošly v 18. až 20. století. Děje se tak ovšem za vývojově odlišných podmínek, jiné vědeckotechnické úrovně, globalizace světa, hustší osídlenosti, ekologických problémů a při zjevné omezenosti přírodních zdrojů.⁴⁰

Demografická revoluce

Jak v jedné ze svých prací uvádí prof. Mühlpachr, změna reprodukčních zvyklostí, která zhruba koreluje s civilizačním urychlením a vzrůstem životní úrovně od průmyslové revoluce, byla v roce 1934 označena francouzským sociologem Landrym demografická revoluce.⁴¹ Podstatu tohoto pojmu tvoří pokles úmrtnosti (mortality) postupně převážený poklesem porodnosti (natality). Pro původní stav byla charakteristická vysoká míra porodnosti rodinami s mnoha dětmi, z nichž se mnohdy většina nedožila dospělosti, vysoká celková úmrtnost, ať už v mladém věku, v dětství, či u kojenců a nízká očekávaná doba dožití, (resp. střední délka života). Naproti tomu pro výsledný stav je příznačná nízká míra porodnosti, existence rodin často s jedním dítětem nebo rodin bezdětných, nízká míra úmrtnosti a dlouhá střední délka života. Celý proces je popisován ve čtyřech fázích:

- **Fáze I** – vyrovnaný počet obyvatel za vysoké porodnosti i úmrtnosti (střední délka života 20 – 30 let, žádná kontrola porodnosti, 6 – 8 dětí v rodině),

⁴⁰ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 30.

⁴¹ JAROŠOVÁ, P. *Péče o seniory*. Ostrava: Nakladatelství Ostravské univerzity v Ostravě, 2006, s. 12.

- **Fáze II** – klesá mortalita, zvláště v mladém věku, natalita zůstává vysoká, počet dětí stoupá, obyvatelstva přibývá, populace mládne,
- **Fáze III A** – pokles mortality se zpomaluje, natalita klesá, obyvatelstva ještě přibývá, ale populace začíná stárnout v důsledku klesající porodnosti (relativní stárnutí),
- **Fáze III B** – natalita ještě klesá, ale pro stárnutí populace je rozhodující pokles mortality ve vyšším věku,
- **Fáze IV** – vyrovnaný počet obyvatel za nízké úmrtnosti i porodnosti (střední délka života vysoká kolem 80 let, ev. výhledově 85 let, nízký počet dětí v rodině, obvykle 1 – 2).⁴²

Zatímco vyspělé státy vstoupily do fáze čtvrté, rozvojové země nyní vstupují do fáze druhé.

Následkem takového vývoje je zásadní změna věkové struktury populace, v níž přestává existovat klasická věková pyramida. Děti do 15 let věku již netvoří nejpočetnější demografickou základnu populace, a na přelomu 80. a 90. let 20. století byly v některých státech, jako je Švédsko, či SRN, dokonce méně početně zastoupenou skupinou než senioři starší 65 let. Jak píše prof. Mühlpachr ve své práci *gerontopedagogika*, tzv. vymírání věkových kohort se koncentruje do relativně krátkého pozdního ontogenetického období (staří lidé umírají rychle v pozdním věku).

Výše uvedená věková skladba obyvatelstva je v současné době modifikována především migrací a populačními vlnami zvýšené porodnosti. Populační vlny se pro z demografického hlediska v nedávné minulosti objevily nejprve v prvních letech po skončení 2. světové války, kolem roku 1950 (tzv. poválečné děti), a následně počátkem 70. let (předchozí populační vlna vstoupila do fertlního období – děti poválečných dětí a takto logický vzestup porodnosti byl dále stimulován propopulační vládní politikou).⁴³ Potud opět prof. Mühlpachr v práci jak výše uvedeno. Stárnutí populačních vln, resp. jejich posun po věkové ose má za následek postupně nedostatečnou kapacitu porodnic – předškolních zařízení, škol – bytů – prostředků na vyplácení důchodů – ošetrovatelských zařízení. Hrozbou pro náš průběžně financovaný systém důchodového zabezpečení je tak především penzionování populačně silných ročníků z poválečných let (viz Příloha č. 4).

⁴² JAROŠOVÁ, P. *Péče o seniory*. Ostrava: Nakladatelství Ostravské univerzity v Ostravě, 2006, s. 12.

⁴³ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 31.

Neodmyslitelnou součástí demografické revoluce je stárnutí populací. Ve společnosti přibývá seniorů a to z následujících důvodů:

- relativním poklesem natality,
- absolutním prodlužováním střední délky života,
- prodlužováním života ve fázi pokročilého stáří.⁴⁴

2.1 Stárnutí populace

Ještě koncem 60. let minulého století za starou populaci byla považována společnost, v níž senioři ve věku 65 let a více tvoří alespoň 7 % celkové demografické struktury společnosti. Této hranice dosahovala a vesměs ji výrazně překračovala v polovině 90. let již většina evropských zemí, krom Albánie, Bosny a Hercegoviny, Makedonie, Turecka a z mimoevropských zemí dále Japonska, USA, Kanady, Argentiny Uruguay, Austrálie, a Nového Zélandu. Této pomyslné hranici se se svými 6,6 % blíží Čína, avšak s velkou regionální nerovnoměrností. Na druhé straně pod tuto hranici relativně omládl obyvatelstvo Izraele se 6,2 %, a to v důsledku masivního přistěhovalectví do nově založeného státu po omezení diaspory Židů v poválečných letech.

Ve více než deseti státech tvoří v současné době lidé starší 65 let více než 14 % obyvatel a v některých z nich (Švédsko, Norsko, SRN a Velká Británie) dosáhlo hranice 7 % již obyvatelstvo ve věku 75 let a více.

Dnes bereme za již zcela reálný předpoklad, že kolem roku 2050 by měly např. ve zmiňovaném Německu či Japonsku tvořit senioři starší 65 let přes 30 % celkové populace, a současně při významném snížení počtu obyvatel.⁴⁵

Vzato z globálního pohledu, v roce 1990 žilo na Zemi přibližně 330 milionů osob ve věku 65 a více let. Jednalo se o 6 % celosvětové populace, avšak z tohoto počtu tvořilo 12,1 % obyvatel z hospodářsky vyspělých států a pouze 4,4 % z rozvojových zemí.

V rozvojových zemích je očekáván přírůstek seniorů, pro nějž ale dosud nejsou zavedeny adekvátní zdravotně sociální služby.

2.2 Očekávaná doba dožití

Očekávaná doba dožití, z anglického originálu life expectancy, chceme-li rovněž střední délka života, je demografický ukazatel konstruovaný z úmrtnostních tabulek,

⁴⁴ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 31.

⁴⁵ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 31.

a udává, kolik let života s největší pravděpodobností zbývá v dané populaci jedinci určitého věku a pohlaví s předpokladem, že se úmrtnostní poměry významně nezmění. Máme-li v úmyslu obecně porovnávat různé populace, zvláště pak z gerontologického hlediska, očekávaná doba dožití je nejčastěji stanovována při narození a při dosažení 65 let věku.⁴⁶

Střední délka života je pro obě pohlaví odlišná. Není jistě bez zajímavosti, že např. v 19. století se v Evropě projevovala značná úmrtnost žen zapříčiněná nepřiměřenou zátěží, vyčerpáním, nedostatečnou výživou, opakovanými těhotenstvími, porody bez hrazení krevních ztrát, ev. mateřskou úmrtností z důvodu zavlečení infekcí do porodních cest. V současné době je však po eliminaci zmíněných faktorů střední délka života žen vesměs delší než u mužů. Jedna z teorií, proč tomu tak je, hovoří o ochranné funkci estrogenů, jež úspěšně snižují riziko vzniku kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních chorob, a to zřejmě v souvislosti s významem ženy jako nositelky biologické funkce zachování rodu. Tuto teorii podporující faktor lze jistě spatřovat v častém kouření u mužů, s celkově vyšším sklonem k porušování dobré životosprávy, a rovněž dnes již běžně aplikovaná dlouhodobá substituční léčba estrogeny v klimakteriu. Střední délka života věší pro muže než pro ženy, či s minimálními rozdíly mezi muži a ženami se vyskytuje především v některých muslimských státech jako je například Afghánistán, Pákistán, Bangladéš, Jemen, Írán, Alžírsko, Kuvajt nebo Indie, Uganda a Malawi.

Je zcela bez pochyby, že střední délka života má přímou souvislost s životní úrovní, ba navíc je její funkcí. Střední délku života v přímé souvislosti také ovlivňuje dostupnost potřebné zdravotní péče a rovněž pohybové a stravovací návyky. V některých zemích se negativně projevuje sociální funkce žen. Převážně, avšak nikoliv dogmaticky, jde o státy islámské oblasti, ovšem ne ve všech islámských zemích se nadúmrtnost projevuje.⁴⁷

Podíváme-li se do nedávné historie, celosvětový průměr střední délky života při narození v roce 1992 činil pro muže 64 let, v případě žen to bylo o 4 roky více. (V dobách vrcholné Antiky a ve starověkém Římě podle odhadů tento průměr činil přibližně 25 let).

Dalším důsledkem odlišnosti střední délky života pro oboje pohlaví je, že v hospodářsky vyspělých zemích většina mužů žije a umírá během manželství. Naopak s prohlubujícím se stářím přibývá osamělých žen, které mezi těmi, jež překračují věkovou hranici 100 let, tvoří již plných 80 %. Osamělé staré ženy jsou dnes běžným specifickým

⁴⁶ KOZÁKOVÁ, O., MULLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 2006, s. 10.

⁴⁷ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 31.

staré populace. Počátkem 90. let žilo v zemích Evropské unie 12 % – 17 % procent vdovců ve věku nad 60 let, ale 37 % – 51 % vdov téhož věku.

Střední délka života v Českých zemích výrazně stoupala od konce 19. století, až do roku 1960, po němž následovala v Evropě neobvyklá třicetiletá stagnace. V roce 1990 činila v České republice střední délka života u mužů 68 let, u žen pak 76 let. O čtyři roky později se muži v České republice průměrně dožívali o 18 měsíců déle, ženy pak o půl roku. Prognóza pro rok 2020 počítá s věkovým průměrem u mužů v délce 76,9 let, ženy mají dokonce pokořit průměrnou věkovou hranici 80 a půl roku.⁴⁸

Navzdory těmto příznivým prognózám Česká republika zaostává za evropskými trendy. Hlavní příčinou je především vysoká mortalita na kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby, a s tím související vysoký výskyt rizikových faktorů arteriosklerózy. Tyto jsou téměř již tradičně způsobeny nevhodnou stravou s nadbytkem živočišných tuků a energie, nedostatkem tělesného pohybu a relaxace, obezitou, kouřením, ev. nekontrolovanou arteriální hypertenzí, a to především u mužů ve středním a vyšším věku. Oficiální prognózy demografického vývoje v České republice, stanovené pro období kolem roku 2020, operují s předpokladem vzestupu střední délky života zde narozených kohort v důsledku snižování kardiovaskulární mortality u mužů ve věku 45 – 74 let.

V dnešní době existují v zásadě tři skupiny prognostických pohledů na pravděpodobný vývoj ukazatele střední délky života pro příštích několik desetiletí. Tyto představy se dnes navíc vyskytují v kombinaci se závažnými úvahami o zdravotní a funkční kvalitě tohoto prodlouženého života. V zásadě je lze shrnout do třech základních demografických teorií:

- Teorie tradicionalistická, jež zdůrazňuje rektangulaci křivky přežívání související s redukcí úmrtí v kojeneckém, dětském, a rovněž tak v mladém a středním věku, což ovlivňuje prodlužování střední délky života. Ta je považována za biologicky, resp. geneticky významně determinovaný ukazatel, (gerontologická teorie), jehož hodnota pravděpodobně nepřesáhne 85 let. Optimistický pohled v rámci této teorie soudí, že spolu s prodlužováním střední délky života dojde současně ke snížení objemu nemocnosti, tedy k obecnému zlepšení zdravotního a funkčního stavu, k posunutí vzestupu poruch soběstačnosti do vyššího věku, a to o více, než činí přírůstek očekávané doby

⁴⁸ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 32.

dožití. Tím má dojít ke zkracování té části života, jež je označována za chorobnou, nezdatnou, nebo chceme-li, závislou. Z těchto představ vychází koncept úspěšného stárnutí.

- Empirická teorie předpokládá, že úmrtnost je dána především chorobami, přičemž její pokles může ještě dlouhou dobu pokračovat v intencích dosavadního empirické klesající tendence o 2 % ročně (epidemiologická teorie), což by vedlo k prodloužení a k expanzi nemocnosti, provázené všemi ekonomickými a etickými problémy, jež souvisí s nízkou kvalitou života a dynastazií.⁴⁹
- Vizionářská teorie, (jakožto teorie blížíící se science fiction), formulovala především v 70. letech své vize života věku jedince do 150, či ještě více let.

2.3 Koncept úspěšného stárnutí

Pro obyvatele hospodářsky vyspělých států se stal realitou dlouhý život ve stáří. Při narození se v současné době očekávaná délka života pohybuje kolem 82 let pro ženy a 76 let pro muže při dosažení 65 let věku, což je údaj považovaný formálně za hranici stáří. V tomto věkovém období mají ve vyspělých státech ženy před sebou nejčastěji dalších více než 20 let a muži více než 16 let života. To je doba, jejíž kvalita si pochopitelně zasluhuje pozornost. Navíc stále přibývá a bude přibývat lidí dlouhověkých, starších devadesáti i sta let, neboť společnost nejen stárne, ale stává se také dlouhověkou. Na významu tak nabývá tradiční požadavek „přidávat nejen léta životu, ale především život létům“.⁵⁰

Dlouhý život ve stáří je jak šancí, tak i rizikem křehkosti, znevýhodnění a obtíží. Těm však lze mnohdy úspěšně předcházet. Mezinárodní zkušenosti se shodují, že nové generace se dožívají stáří ve stále lepší kondici. Závažného zdravotního postižení, tedy disability a závislosti ve stáří ubývá a posouvá se do vyššího věku, jak již bylo konstatováno v kapitole 2.2. K hlavním důvodům patří civilizační vývoj včetně nových technologií, prevence chorob a změny životního stylu označované jako úspěšné stárnutí. K důsledkům patří rozvoj společnosti bez věkových bariér, v níž se mění role i aktivita seniorů, vzrůstají ambice starších lidí, ale i jejich zodpovědnost za kvalitu vlastního života.⁵¹

⁴⁹ RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita a nakl. Georgetown, 1995, s. 118.

⁵⁰ http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/plne_znani/letaky/uspesne_starnuti_a_aktivni_stari.pdf.

⁵¹ http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/plne_znani/letaky/uspesne_starnuti_a_aktivni_stari.pdf.

Funkční zdatnost seniorů a zdravím podmíněná kvalita jejich života jsou pozitivně ovlivnitelné několikerým způsobem. Stále sice přesně neznáme biologické zákonitosti stárnutí živých organismů, a nemáme tak k dispozici ani žádný zázračný elixír věčného mládí. Víme však, že např. dlouhodobé omezení energetického příjmu asi o 30 % oproti běžným zvyklostem v bohatých státech prodlužuje délku života a posouvá do vyššího věku výskyt mnoha chorob stáří. Víme také, že sedavý způsob života s malou pohybovou aktivitou a s nízkým výdejem energie naopak zvyšuje riziko předčasných úmrtí a posouvá do mladšího věku výskyt tzv. civilizačních chorob oběhového systému. A konečně víme, že obezita, která je výslednicí přílišného příjmu a nedostatečného výdeje energie, zásadním způsobem zvyšuje výskyt cukrovky i dalších obtíží vyššího věku. Tělesný pohyb, střídavá strava, udržování přiměřené tělesné hmotnosti a nekouření jsou i na počátku 21. století neúčinnějšími, byť nikoli jedinými kroky ke zdravému stáří. Existuje i škála dílčích a mocných opatření, která zmírňují či odstraňují některé projevy stárnutí. Jde např. o doplňování, tedy suplementaci některých chybějících vitaminů, zvláště C a D, minerálních látek a stopových prvků ve formě léčivých přípravků či potravinových doplňků. Existují tradiční rostlinné výtažky, tedy fytofarmaka, např. ze ženšenu či jinanu dvojlaločného, antioxidanty, které likvidují nebezpečné volné radikály v organismu, i další přípravky a kosmetické zákroky, které spolu s aplikací některých hormonů tvoří obsah komerčně úspěšných omlazovacích postupů, z anglického originálu tzv. antiaging medicine. Je však třeba varovat před nepřiměřeným očekáváním a v případě nekorektního užívání i před možným závažným poškozením zdraví.⁵²

Oproti potravinovým doplňkům, mnohdy problematické účinnosti, trvá nesporný význam pestré, vyvážené, biologicky hodnotné stravy, doplňované cíleně a zvláště v zátěžových obdobích při závažném onemocnění, operaci, či rekonvalescenci, o pečlivě uváženou suplementaci vitaminy, minerálními látkami apod., konzultovanou s lékařem či lékárníkem. Funkční stav a celý náš vzhled ve stáří není jen výrazem pasivního stárnutí živé hmoty. Podílí se na něm významně různé choroby jako např. ateroskleróza a jejich důsledky, aktivní či pasivní způsob života, vlivy prostředí, sociální role, kterou stárnoucí člověk převezme i psychická adaptace na vlastní stáří. V neposlední řadě je to rovněž souhra závažných okolností sociálních, psychických a ekonomických, jejichž povaha přesahuje problematiku funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života. Většina těchto jevů je tak či onak, více či méně ovlivnitelných. V tom tkví největší předpoklady

⁵²<http://www.age-platform.eu/en/2012-european-year-on-active-ageing-and-intergenerational-solidarity>.

pro zvyšování zdatnosti, pro snižování nemocnosti a závislosti ve stáří. Starý člověk např. nebývá dušný a nevýkonný proto, že je pouze nezměnitelně starý, ale proto, že trpí některou chorobou např. rozedmou plic, srdečním selháváním, závažnou dekondíci či ochablostí svalů. Důležité jsou také vlivy prostředí, v němž senior žije a pohybuje se - čím bezpečnější a bezbariérovější je okolí, tím méně nebezpečná a omezující jsou různá zdravotní postižení vyššího věku, zvláště pak pohybová a smyslová.⁵³

Zásady, které dnes považujeme za koncept úspěšného aktivního stárnutí, zvyšující naději na zdravé a spokojené stáří do nejvyššího věku, jsou následující:

- Zachovávání dostatečné pohybové aktivity s udržováním kondice oběhového systému a svalů.
- Zachování správných pohybových stereotypů a kloubních vzorů s udržováním dostatečné síly zvláště břišních, kyčelních a stehenních svalů a s průběžnou fyzioterapií k prevenci poruch pohybového systému včetně bolestí páteře.⁵⁴
- Zachovávání přiměřené tělesné hmotnosti, prevence obezity a snížení energetického příjmu, což je kromě jiného významné pro prevenci cukrovky a jejích komplikací.
- Prevence aterosklerózy a jejích orgánových projevů jako je srdeční infarkt, mozková mrtvice, uzávěry tepen na končetinách, asi polovina případů demence, některé formy parkinsonismu – od středního věku optimalizace krevních tuků, zvláště cholesterolu, krevního cukru, tedy glykémie a krevního tlaku, nekouření.⁵⁵
- Prevence rozedmy plic - především nekouření, a to jak aktivní, tak i pasivní.
- Prevence osteoporózy, tedy řídnutí kostí, a jí podmíněných zlomenin - dostatečný pohyb, u rizikových osob cílená cvičení, pečlivý přívod vápníku a vitamínu D, u žen speciální program pro sledování a úpravu kostní density po přechodu s případným užíváním léků. U osob s rozvinutou osteoporózou pak kromě léčby i prevence pádů vytvořením bezbariérového prostředí a používání kompenzačních a ochranných pomůcek jako jsou hole, chodítka, chrániče kyčlí, apod.
- Prevence osteoartrózy nosných kloubů, především kolen a kyčlí - nepřetěžování kloubů, včasné ortopedické intervence, kvalitní obuv.

⁵³ <http://www.age-platform.eu/en/2012-european-year-on-active-ageing-and-intergenerational-solidarity>.

⁵⁴ <http://www.ageuk.org.uk/health-wellbeing/keeping-fit/>

⁵⁵ <http://www.ageuk.org.uk/health-wellbeing/healthy-eating-landing/>

- Prevence poškození oční sítnice včetně prevence věkově podmíněných změn oblasti nejostřejšího vidění, tedy tzv. makulopatie.
- Prevence a intervence tzv. geriatrické křehkosti v pokročilém stáří s nápadným úbytkem svalové hmoty a sarkopenie, což vyžaduje konzultaci s odborným lékařem – geriatrem.
- Prevence, včasná diagnostika i léčba dalších chorob vyššího věku v rámci pravidelných preventivních prohlídek - např. onkologický screening či screening očních chorob jako např. šedého a zeleného zákalu, zmíněné makulopatie či diabetických komplikací.
- Aktivní pěstování duševní životosprávy a adaptace na stáří, které brněnský profesor Švancara shrnul do pěti zásad, tzv. 5P: perspektiva, pružnost, prozíravost, porozumění pro druhé, potěšení.
- Vytvoření bezpečného bydlení a jeho včasné přizpůsobení případnému poklesu funkční zdatnosti, aby umožňovalo aktivní nezávislý život i s případným handicapem - jde také o společenskou podporu rozvoje chráněného bydlení pro seniory.
- Zachovávání a rozvíjení psychických, komunikačních a sociálních aktivit včetně celoživotního vzdělávání jako jsou např. univerzity a akademie 3. věku, rozvoje seniorských center, tzv. náhradních aktivit pro volný čas, pracovních i dobrovolnických činností po odchodu do důchodu.⁵⁶

Tyto zásady, vztahy, návyky, aktivní životní styl a zodpovědnost za vlastní zdraví, kondici a spokojenost by měly být cílevědomě pěstovány od mládí či alespoň od středního věku. Obdobně je tomu s vytvářením ekonomických podmínek pro aktivní zabezpečené stáří, např. různými formami důchodového pojištění a připojištění. Neměli bychom zapomínat, že štěstí přeje připraveným a že, jak říkali již staří Římané, nic krásného nedají bohové lidem zadarmo.⁵⁷

Důležitým zájmem každého stárnoucího člověka je i celková společenská atmosféra. Aktivní pozornost se věnuje rovným šancím, citlivosti k zájmům seniorů a vymýcení věkově podmíněné diskriminace, tzv. ageismu. Za něj se považuje nejen hrubá diskriminace, ale také jednání na podkladě předsudků a myšlenkových stereotypů, např. o nezdatnosti či neužitečnosti stárnoucích a starých lidí, o minimalizaci jejich potřeb či

⁵⁶ <http://www.agingresearch.org>.

⁵⁷ http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/edice/plne_znani/letaky/uspesne_starnuti_a_aktivni_stari.pdf.

o zákonitosti a neovlivnitelnosti funkčního úpadku stáří. K významným nástrojům sloužícím osvětě i podpoře aktivního životního způsobu patří moderně pojímané seniorské a proseniorské organizace a také vytváření internetových sítí pro výměnu zkušeností mezi nimi.

Pohybová aktivita

Pohybová aktivita představuje jeden z nejvýznamnějších faktorů úspěšného stárnutí a zdravého stáří, který zásadním způsobem ovlivňuje délku života. Sedavý způsob života vede k dekonkci a k úbytku funkčních rezerv. Výkonnost, zdatnost, odolnost k zátěži i svalová síla klesají nejen v důsledku stárnutí, ale především v důsledku nečinnosti. Dochází až ke svalovým atrofiím, k závažnému úbytku svalové hmoty a síly, označovanému jako sarkopenie. Protože stárnutí ani reakce na nečinnost neprobíhají ve všech svalech stejně, mění se pohybová schémata a kloubní vzory. Dochází k přetěžování některých kloubních struktur s důsledky např. pro rozvoj artrózy nosných kloubů. Ochabnutí břišních svalů mění vyklenutí a statiku páteře a spolu s ochablostí zádových svalů přispívá výrazně k jednomu z nejčastějších zdravotních problémů stáří - k bolestem a blokům páteře.⁵⁸

Pokles zdatnosti bývá pozvolný, nenápadný. Náhle se projeví při mimořádné zátěži, kterou nezdatný člověk ke svému překvapení nezvládne. Pozvolná dekonkce vede k postupnému omezování aktivit, které přestávají být radostí a stávají se dyskomfortem. Stále více činností překračuje svou náročností úroveň zhruba 75 % klesající výkonnosti organismu, nad níž se stávají nepříjemnou zátěží. Nejprve unaví dříve běžné nárazové rekreační či pracovní zátěže, pak stále běžnější činnosti všedního dne, v pokročilém stáří pak může být tímto procesem ohrožena i základní soběstačnost. Znovu je třeba zdůraznit, že na vině není ani tak samo stárnutí, jako nečinnost. Výkonnost sedmdesátiletého aktivního seniora odpovídá výkonnosti člověka o třicet let mladšího, ale žijícího nečinně, sedavým způsobem. Obranným nástrojem, léčebným či preventivním, jsou proto kondiční či rekondiční programy, nebo alespoň udržování základních pohybových činností, především svižnější chůze. Bylo jednoznačně prokázáno, že lidé jsou zdatní a zdravější proto, že jsou pohybově aktivní. Neplatí fatalistická představa, že aktivní jsou pouze ti, kteří jsou zdraví a zdatní. Z hlediska zdravotního a ve vztahu k prevenci chorob oběhového

⁵⁸ <http://www.age-platform.eu/en/2012-european-year-on-active-ageing-and-intergenerational-solidarity>.

systemu (např. ischemické choroby srdeční a srdečního infarktu) není navíc rozhodující absolutní zdatnost, ale právě sama pohybová aktivita, míra pravidelného výdeje energie.⁵⁹

Pokud je pohybová aktivita celoživotní a přechází plynule ze středního věku do stáří, dostačují k zajištění její zdravotní bezpečnosti běžné preventivní prohlídky a konzultace s praktickým lékařem, doplňované dle potřeby funkčním vyšetřením. V naší společnosti je však dostatečná pohybová aktivita ve středním a starším věku jevem spíše výjimečným. Pozor: únava, unavenost, ani to, že „jsme celý den na nohou“ nemívá s potřebným výdejem energie mnoho společného, neboť, zjednodušeně řečeno, nedošlo při byt' unavující činnosti ani k zapocení, ani k urychlení tepové frekvence, a tím ani k žádoucím reakcím v našem organismu. Jak by měl tedy postupovat člověk, který po letech nečinnosti dospěl např. ve svých šedesáti letech ke správnému rozhodnutí „dát se v rámci úspěšného stárnutí do pořádku“ a zapracovat na své rekondici:

- Konzultovat s praktickým lékařem a ověřit si současný zdravotní stav včetně rizikových faktorů aterosklerózy - jde především o vyšetření krevního tlaku, základní činnosti srdce včetně elektrokardiogramu, krevních tuků, krevního cukru a o posouzení hmotnosti pomocí výškově hmotnostního indexu z anglického originálu tzv. body mass index - BMI.
- Ovlivnit rizikové faktory, případně zjištěné chorobné projevy, včetně úpravy jídelníčku a ukončení kouření v případě kuřáků.⁶⁰
- Posoudit funkční zdatnost a případné chorobné projevy při zátěži nepřiměřený vzestup krevního tlaku, poruchy srdečního rytmu, známky nedokrevnosti - ischemie srdečního svalu provedením zátěžového vyšetření, obvykle na bicyklovém trenažeru či na běhátku.
- Konzultovat vhodný rekondiční program a bezpečnou míru zátěže např. s praktickým lékařem, na oddělení tělovýchovného lékařství, na oddělení preventivní kardiologie či u jiného specialisty na rekondiční programy a prevenci kardiovaskulárních civilizačních chorob.
- Zahájit a dlouhodobě udržet rekondiční program zvolený podle zdravotního stavu a zdatnosti. K nejzákladnějším pravidlům jeho účinnosti patří pohybová aktivita alespoň 3 x týdně po dobu 15 - 20 minut, a to intenzitou, která navodí

⁵⁹ <http://www.ageuk.org.uk/health-wellbeing/keeping-fit/>.

⁶⁰ http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/plne_znani/letaky/uspesne_starnuti_a_aktivni_stari.pdf.

doporučenou tepovou frekvenci, jež obvykle u zdravého člověka činí 75 % z hodnoty 220 minus věk - tedy v 60 letech asi 120 tepů za minutu.

- Využít k pohybové aktivitě především rychlou chůzi, případně jogging či jízdu na kole nebo rotopedu, který lze s výhodou umístit i v domácnosti, kde je jeho využití časově úspornější a nezávislé na počasí. Ke sledování účinné a bezpečné tepové frekvence během zátěže lze využít sport-testery.
- Využít po poradě s odborníkem na rekondiční programy i silová, resp. odporová cvičení. V posledních letech se prokázala do věku devadesáti let jak jejich bezpečnost, tak zásadní účinnost, a to nejen pro posílení svalové hmoty, což je důležité zvláště na nohou ke stabilitě chůze, ale také pro rozvoj celkové zdatnosti a pro snížení nemocnosti i úmrtnosti na civilizační choroby.
- Dodržovat komplexní program - tedy nejen kondiční složku, ale také optimalizaci hmotnosti či zmíněné nekuřáctví. U obézních osob je vhodné nejprve alespoň mírně snížit hmotnost a u kuřáků se vzdát cigaret než přistoupí pohybová zátěž.
- Dodržovat zásadu postupnosti - vždy začínáme nižší zátěží, aby se organismus stačil adaptovat. To platí pro celý program i pro jednotlivé rekondiční jednotky - „tréninky“. Např. vlastnímu rekondičnímu programu by měl předcházet návrat k běžným, tedy habituálním pohybovým aktivitám jako chůze do schodů místo výtahu, pěší přemísťování místo jízdy autem či hromadnou dopravou nebo každodenní svižná vycházka. Tréninkové jednotce, např. jízdě na rotopedu, by mělo předcházet rozhýbání a volnější rozšlapání.
- Ověřit možnost rekondičního a posilovacího programu pod odborným dohledem v pohybových centrech i ve zdravotnických zařízeních. Dostupné jsou rovněž programy zaměřené na zlepšování pohybových dovedností, pružnosti, koordinace, svalové síly.
- Rozvíjet i další pohybové aktivity - plavání, lyžování na běžkách a jiné.⁶¹

Životaspráva a tělesná hmotnost

Hlavním úskalím stravovacích zvyklostí ve vztahu ke stárnutí a stáří je v hospodářsky vyspělých zemích obezita. Strava by proto měla být nutričně hodnotná, pestrá a vyvážená, ale energeticky úsporná, aby nedocházelo k nežádoucímu zvyšování tělesné hmotnosti. Nejde o udržování štíhlé linie z mládí za každou cenu. Velké studie ukazují, že ve stáří je

⁶¹ http://www.szu.cz/uploads/documents/czzip/edice/plne_znani/letaky/uspesne_starnuti_a_aktivni_stari.pdf.

bezpečná i o něco vyšší hmotnost než ve středním věku, ale Body Mass Index (dále jen „BMI“) by neměl ani ve věku nad 65 let přestoupit hodnotu 27,0. Ve středním věku jde pak o hodnoty nepřesahující hranici 25,0. Výpočet BMI je snadný: hmotnost v kg dělená druhou mocninou výšky v metrech. Při výšce 160 cm a hmotnosti 80 kg činí BMI $80 : 1,62 = 80 : 2,56 = 31,25$.⁶² Snižování tělesné hmotnosti je vždy dáno kombinací vyššího výdeje a nižšího příjmu energie. Základem je životospráva konkrétního člověka – léky, tzv. antiobezitika, jsou jen podpůrný, pomocný prostředek. V podrobnostech odkazujeme na specializované příručky dietních pravidel pro redukci hmotnosti. Pro stáří platí, že cílem redukčních programů, zvláště pokud jsou převážně dietní, bývá obvykle skromnější pokles hmotnosti, již s ohledem na často přítomná pohybová omezení právě u obézních osob, asi o 5 - 10 %. Důležité je, aby pokles tělesné hmotnosti byl dán především úbytkem tuku a ne svalové hmoty. Žádoucí je zvláště omezení konzumace sladkostí, cukru, tučných mléčných výrobků, uzenin, tučných mas a příliš slaných pokrmů, nahrazení moučných jídel a bílého pečiva zeleninou, omezení kalorických nápojů jako jsou pivo nebo limonády. Výhodný je vyšší příjem vlákniny. Mimořádně důležitý je ve stáří a při rekondičních programech pitný režim. Pokud nejde o zdravotní omezení, je žádoucí denní příjem 1500 až 2 000 ml nekalorických tekutin, nejlépe neperlivé kontrolované pitné vody z veřejného vodovodu nebo vody balené, či z ní připravovaného slabšího čaje, se zvýšením v období horečky, pocení, průjmů či mimořádně horkého počasí. O vhodnosti a doporučeném příjmu minerálních vod s vysokým obsahem soli je dobré poradit se s lékařem - některá onemocnění, zvláště srdce a ledvin či vysoký krevní tlak, a užívané léky mohou obecně doporučený příjem minerálních látek významně měnit.⁶³

Duševní a sociální aktivita

V psychické oblasti je situace obdobná jako v oblasti tělesné. Involuční změny, tedy přirozené stárnutí, bývají méně závažné než projevy a důsledky mozkových onemocnění a psychické nečinnosti. Ta např. zhoršuje výbavnost i vstřípivost paměti, ochuzuje slovník, zpomaluje a zhoršuje řešení úkolů. A také zhoršuje obavu z neúspěchu, oslabuje sebevědomí. V extrémních případech může pasivita vést u neúspěšného stárnutí až k projevům chorobného nedostatku smyslových a komunikačních podnětů, označovanému jako deprivace. U osob zdánlivě přiměřeně psychicky aktivních, které se „pouze“ nezajímají o nové dění, může dojít během stárnutí a zvláště po odchodu ze zaměstnání

⁶² http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/letaky/uspesne_starnuti_a_aktivni_stari.pdf.

⁶³ <http://www.ageuk.org.uk/health-wellbeing/healthy-eating-landing/>.

k rychlému zastarávání znalostí a zkušeností. Objevuje se fenomén „veteránství“, vypadávání z kontextu dění, který závažně ohrožuje participaci seniorů na společenském životě.⁶⁴

Koncepty úspěšného stárnutí proto doporučují věnovat vyváženou pozornost jak tělesnému zdraví a tělesné zdatnosti, tak i psychické a sociální aktivitě. Stejně jako v tělesné oblasti je třeba v případě zdravotních problémů a limitací hledat náhradní činnosti či kompenzace, např. u zrakových poruch, znesnadňujících či znemožňujících čtení je možné konzultovat užití kompenzačních pomůcek ve střediscích Tyfloservisů. Základem psychické aktivity je komunikace s rozvíjením slovníku. Ze stejného důvodu je důležité i čtení. V seniorských sdruženích jsou oblíbené konverzace v cizím jazyku či kurzy kreativního psaní včetně seminářů o psaní pamětí, vzpomínek, rodových kronik či sestavování rodokmenů. Stimulaci mozku slouží i šachy, bridž či luštění křížovek. Běžně dostupné jsou tréninky paměti či obecně poznávacích, tedy kognitivních schopností - tzv. kognitivní trénink, někdy označovaný jako mozkový jogging u zdravých osob, či kognitivní rehabilitace u osob s onemocněním mozku. K dispozici je i řada příruček. K prevenci fenoménu veteránství i jako nástroj aktivizace mozku je významné seniorské vzdělávání, ať ve formě samostudia s využitím vzdělávacích pořadů v rozhlase, televizi a na internetu, nebo organizovanou formou kurzů, akademií či univerzit třetího věku či volného času. Zvláštní důraz se klade na počítačovou gramotnost seniorů, která je důležitá kromě jiného pro zachování mezigeneračního pochopení a mezigenerační komunikace, např. seniorů s vnuky.

Prevence stařecké křehkosti

Významná část lidí v pokročilejším stáří nad 80 let trpí projevy tzv. křehkosti. Jde o tělesné chřadnutí, které není zákonitým projevem přirozeného stárnutí, ale nesouvisí ani s žádnou konkrétní chorobou. Proto mu také dosud klasická medicína nevěnovala pozornost. Jde však o jeden z klíčových problémů zdravotního stavu a disability ve stáří, kterým se proto prioritně musí zabývat geriatrická medicína, především obor geriatrie.⁶⁵ K hlavním projevům křehkosti patří nechutenství, hubnutí, úbytek svalové hmoty a síly, únava, zpomalování chůze a omezování aktivit. Křehkost se významným způsobem podílí na tzv. geriatrických syndromech, zdravotních problémech pokročilého stáří, jakými jsou např. instabilita s pády či hypomobilita s dekondukcí a svalovou slabostí. Za prevenci

⁶⁴ http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/letaky/uspesne_starnuti_a_aktivni_stari.pdf.

⁶⁵ <http://www.agingresearch.org>.

seniorské křehkosti, které by měla být věnována pozornost především od věku 75 - 80 let, se považuje:

- Péče o dostatečný příjem kvalitní potravy a tekutin jako prevence malnutrice či dehydratace a nutričních deficitů. Každé akutní onemocnění či zhoršení stavu má ve stáří vést k aktivnímu zájmu o příjem potravy a k časné nutriční intervenci úprava stravy, podpora stravy výživovými nápoji.
- Motivační a psychoterapeutická podpora k zachování pohybových aktivit jakovou vycházku, vycházení z bytu a sociálních kontaktů bránících izolaci, osamělosti a rezignaci.
- Pohybová aktivita a odporový trénink k udržení svalové síly zvláště dolních končetin, minimalizace pohybových omezení při akutních onemocněních.
- Průběžná fyzioterapie k odstraňování svalových disbalancí a zachování vhodných pohybových stereotypů.
- Ovlivňování kloubní a svalové bolesti, aby nebránila pohybovým aktivitám a neposilovala rezignaci s depresivním laděním.
- Posilování stability například cvičením sestav Tai–Chi s prevencí pádů a strachu z nich.
- Prevence aterosklerózy a jí podmíněných výše uvedených obtíží.
- Pravidelné hodnocení funkčního stavu alespoň 1 x ročně s včasným reagováním na případné zhoršení, nejlépe vyšetření odborným lékařem – geriatrem, či praktickým lékařem s geriatrickými znalostmi.⁶⁶

⁶⁶ <http://www.agingresearch.org>.

3 ÚSTAVNÍ PÉČE JAKO FORMA POMOCI

Ústavní péče o nemocné a sociálně handicapované prošla poměrně složitým vývojovým procesem s pohnutou historií. V jednotlivých etapách vývoje společnosti se internace těchto lidí odehrávala v úzkém sepětí s politickou, sociální a ekonomickou situací, přičemž věrně odrážela kulturní úroveň své doby.

3.1 Historický exkurz do vývoje gerontologie

Ústavní péče o nemocné a sociálně handicapované prošla dlouhým a pohnutým historickým vývojem. V jednotlivých etapách společenského vývoje internace těchto osob probíhala v úzké závislosti na politické i ekonomické situaci a samozřejmě v poplatnosti s kulturní a vědní úrovní konkrétní doby. Prvobytně pospolná společnost jakožto vůbec první sociální systém soužití lidí neznala žádnou z forem institucionální péče. Ve společnosti silně nábožensky ovlivněné vznikalo u lidí magické myšlení, jehož dominantní rysem byl strach před nadpřirozenými silami, kterým lidé přisuzovali schopnost vyvolání nemoci. Jediným etiopatogenickým činitelem pro vznik nemoci byla posedlost člověka zlým duchem. Tento názor přetrval až do pozdního středověku a stal se dlouho udržovaným mýtem v lidské společnosti, neboť se přímo dotýká existenční podstaty lidského jedince. Veškerá zdravotnická péče, dá-li se o ní vůbec hovořit, spočívala na magických ochranných symbolech, přičemž exorcismus byl chápán jako způsob léčby. Postupně se vyvíjí lidové léčitelství jako kulturní fenomén, ke kterému i dnešní člověk obrací svou pozornost a chápe jej jako alternativu konzervativní vědecké medicíny. Prvními prostředky lidového léčitelství byly rostliny, resp. jejich části, jejichž léčebných účinků vsi lidé povšimli, později se začaly objevovat látky živočišného původu. Začínají se objevovat i první léčitelé, chceme-li, šamani, kteří se zásluhou privilegovaného postavení, plynoucího z jejich léčitelských schopností, stali náčelníky rodů.⁶⁷

Počátky gerontologie jako nauky o procesech stáří a stárnutí v co nejširším pojetí, bychom mohli úspěšně nalézt již na úsvitu civilizace. Předchůdci dnešních lékařů si při provozování svého řemesla jistě uvědomovali souvislosti mezi stářím, nemocemi a smrtí. Ačkoliv je stárnutí fenomén daný stavbou a funkcí organismu, byla to však civilizace, jež ze stárnutí udělala hrozbu a obavu pro produktivní generace. Ostatní tvorové žijící v drsných podmínkách umírají většinou dříve, než se důsledky stárnutí začnou projevovat.

⁶⁷ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 88.

To ovšem neznamená, že stárnutí u divoce žijících živočichů postrádá svojí fylogenetickou funkci. Stárnutí patří do systému mechanismů, které určují rychlost výměny generací a udržení optimální věkové struktury populace.⁶⁸

U lidského druhu ovšem došlo s vývojem civilizace ke změně přirozeného stavu. Existenční podmínky se začaly zlepšovat a život se stával bezpečnějším. Více lidí se začalo dožít vyššího věku, měnila se věková struktura populace. Průměrná doba dožití dosáhla hodnoty, kdy se stáří již zřetelně projevovalo svými nepříjemnými důsledky. Tehdy se pravděpodobně začali lidé zajímat o příčiny stárnutí. Motivací byla a je zvědavost a přirozený strach ze smrti. Důkazem toho je touha po věčném mládí, kterou známe z nejstarších bájí a mýtů.

O elixír mládí usilovali alchymisté, a také oni se odvolávali na starší prameny, na knihy, o nichž se domnívali, že mají původ již ve starém Egyptě. Již v Bibli, v První knize Mojžíšově, je tomuto tématu věnována pozornost. Mimochodem závěr nezní příliš povzbudivě. Známý příběh o vyhnání z ráje, o Adamovi a Evě a o stromu poznání končí krátkým monologem Hospodina, který si jasně nepřeje, aby lidé byli nesmrtelní. Dokonce se toho obává.

I mezi antickými filozofy nacházíme řadu zajímavých myšlenek. Aristoteles považoval stárnutí za důsledek ztráty tepla, Hippokrates za důsledek ztráty vlhka. Pravděpodobně nejobsáhleji se v antickém období věnoval stáří Řek působící v Římě Galénos z Pergamu, považovaný ještě po celý středověk za vrcholnou lékařskou autoritu. Ve spise O udržení zdraví chápe stáří jako stav mezi zdravím a nemocí, navozený výměnou tělních šťáv a úbytkem krve, vlhka a tepla. Stárnutí považoval za ovlivnitelné životou a zvláště dietou. Zavedl pojem gerocomica, tedy hygiena a životospráva. V metodách léčení popsal i zvláštnosti ošetřování starců.⁶⁹

Platón chválí stáří, neboť vede člověka k lepší životní harmonii, k opatrnosti, a prohlubuje jeho moudrost. Starý člověk dovede lépe hodnotit kvality života, lépe jej umí prožít, má zdravý úsudek.

Sokrates se naopak obává prodloužení života neboť má strach, že bude muset zaplatit daň stáří, oslepne, ohluchne, nebude schopen se učit a bude rychle zapomínat.

⁶⁸ MÜHLPACHR, P., BARGEL, M., ml. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, s. 7.

⁶⁹ MÜHLPACHR, P., BARGEL, M., ml. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, s. 8.

Cicero upozorňuje na to, že starý člověk musí prohloubit svoji sebekontrolu, aby nezkresleně vnímal změny, které ho ve stáří čekají jak v jeho individualitě, tak v okolí společnosti.

Terentius vyslovuje příkrý negativní výrok na stáří, když prohlašuje: „Senectus ipse est morbus.“ (Stáří samotné je nemoc) a Seneca tento výrok ještě prohlubuje, když říká, že: „Stáří je nevléčitelná nemoc.“⁷⁰

Středověk sevřený ve scholastické vnímání světa pohlížel na stáří negativně, a proto v té době panoval strach ze stárnutí a stáří. Bádání o stáří a úvahy o něm byly vytlačeny na okraj zájmu společnosti.

Po více než 1500 let se objevovala jen sporadicky díla, převážně rekapitulující a modifikující zásady životosprávy a diety z Galenových východisek směřujících k prodloužení života a ke zlepšení funkčního stavu ve stáří.

V 17. století publikovali své názory na stáří např. Francis Bacon či Jan Amos Komenský. F. Bacon sepsal dílo Hlavní požadavky pro zdravý a dlouhý život, v nichž v duchu antické tradice doporučoval střídmost, prevenci předčasného opotřebování organismu. J. A. Komenský formuloval Školu stáří jako součást Vševýchovy a vydal eticko-filosofický spisek Metuzalem, to jest o daru dlouhověkosti.

Až osvícenství s rozvojem lékařských věd rozšiřuje další poznatky na poslední věkovou etapu. Díla významných autorů mají medicínský charakter a medicínská dimenze u seniorské populace převládala až do 20. století. Koncem 19. století se formuje geriatric, která se rychle rozvíjí až ve druhé polovině 20. století. V tomto období se také mohutně rozvíjí gerontologie, jejíž počátky jako samostatné vědní disciplíny lze spatřovat na počátku minulého století. Pedagogický, resp. andragogický pohled na seniorskou populaci se do popředí zájmu dostává až v 90. letech 20. století.

Koncepce celoživotního učení a celoživotního vzdělávání rozšiřují obzor gerontopedagogiky, která má charakter spíše didaktizující, jak ji např. nastiňuje Pöggeler. Aktuálnějším vymezením gerontopedagogiky je koncepce zaměřená na péči, pomoc a podporu jedinců v seniorské populaci v souvislosti se zvyšujícím se počtem seniorů a narůstajícím počtem nemocí, majících epidemiologický charakter, což dává podklad pro prosazování terapeuticky orientované intervence, jak tuto vědu chápe např. Hansellmann.⁷¹

⁷⁰ MÜHLPACHR, P., BARGEL, M., ml. *Seniři z pohledu sociální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, s. 8.

⁷¹ JÚZL, M. *Základy pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií, Brno, 2010, s. 185.

Současnost

Konec 19. století a počátek 20. století přineslo změnu. Ústavy, které sloužily k vylučování lidí ze společnosti, se najednou začínají orientovat na konkrétní potřeby klientů. Tento trend vede ke koncipování ústavní péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa.⁷² Vznikl tak v podstatě „svět ve světě“, kde platí odlišné normy, hodnoty a pravidla chování, než jaká jsme zvyklí přijímat i očekávat od reálného světa „za zdmi“ těchto zařízení. To mělo za následek tzv. skryté vylučování. Patologicky postižení jedinci jsou internováni, jsou jim navíc poskytnuty veškeré materiální potřeby nutné k zajištění jejich existence, přičemž však jsou vyloučeni ze společnosti a nemůže jim být nikde lépe než ve společnosti jedinců stejného, či obdobného postižení. To platí obecně, ať už se jedná o handicap psychický, fyzický, či sociálně patologického rázu.⁷³

Většina ústavů tak jak jsme je dlouhá léta vnímali, byla založena v době poválečné. V té době byl již vytvořen organizační systém ústavní péče, který jednoznačným způsobem stanovil posuzovací kritéria pro zařazení konkrétního jednotlivce buď do ústavu zdravotního, sociálního či výchovného charakteru.

Sociopolitické i kulturně-ekonomické změny po roce 1989, postihující až na výjimky prakticky všechny bývalé státy východního bloku, přinesly zcela odlišnou ideologii. Charakter a tvář instituce však přetrvává.

V souladu s konstatováním Matouška v knize *Ústavní péče* lze charakterizovat následující analytický pohled na sociální funkčnost ústavů.

Ústav je svět pro sebe, je to území soběstačného řádu, v němž je život omezený a předvídatelný na rozdíl od vnějšího sociálního prostředí. Ústav je spjat od nepaměti se třemi lidskými zkušenostmi: znalostí rodiny, zkušeností obce, avšak rovněž zkušeností vyobcování. Zkušenost rodiny a zkušenost obce je pro člověka společný zážitek domova. Každý má, nebo alespoň někdy měl původní domov, rodný kraj, obec, či dům v užším slova smyslu. Být někde doma znamená pro jedince nacházet se v prostředí, které bere za své, jako pravé a normální, třebaže se ostatním toto prostředí může jevit jako cizí a nedůvěrné. Proto i ústav je vždy pokusem o vytvoření umělého domova, azylu. Ústav má vytvářet sféru jistoty, a to i v těch případech, kdy toto zařízení bylo vybudováno proto, aby chránilo společnost před těmi, kteří v něm přebývají.⁷⁴

⁷² MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 98.

⁷³ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 99.

⁷⁴ MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, s. 76.

Třetí, archaickou zkušeností, zcela protichůdnou od předchozích dvou je vyobcování. Tato zkušenost je jejich negativem. Právo patřit do obce a do rodiny může člověk z nejrůznějších důvodů ztratit a vždy je to vyhnanství směrem do neznáma a do chaosu. Tam může se stejně postiženými vytvořit jakousi miniaturní komunitu, která s tou původní udržuje styky minimálně.

V ústavech stejně jako v jiných organizacích existuje hierarchie pozic, kdy obecně vyžadovaná formální nadřízenost se nemusí nutně shodovat s nadřízeností, jak ji chápou členové komunity. Shodně jako rodiny a státy udržují ústavy svůj vnitřní řád, prostřednictvím souborů pozitivních a negativních sankcí. Jistě i ústavy mají svůj folklór, mají svůj slovník a osobitou atmosféru. Vůči vnějšímu světu jsou to zařízení relativně uzavřená, pohyb veřejnosti je v nich kontrolován. Rovněž i mezi klienty a personálem existuje hranice, jejíž obdobou je mezigenerační hranice rodinná.⁷⁵

Funkce ústavů lze nahlížet jednak z perspektivy zájmů společnosti, rovněž tak z hlediska zájmů a potřeb individua. Dochází-li mezi nimi k rozporům, obvykle je to zájem společnosti, jakožto upřednostňovaná kolektivní vůle, na rozdíl od klientovy možnosti volby, jež se zužují. Zcela nepochybně je z hlediska individua nejpodstatnějším parametrem ústavu respekt k osobní svobodě rozhodování. Ústav přijímá klienty buď na základě jejich uvědomělého souhlasu, nebo je vstup klienta nedobrovolný. Rozhodnutí o nedobrovolném vstupu pak přísluší lékaři, soudním nebo jiným orgánům státní správy.⁷⁶

Ústavy zcela nepochybně omezují klientovo soukromí. Neděje se tak ovšem ve stejné míře. Lze v podstatě konstatovat, že čím je na výchovný aspekt ústavu kladen větší důraz, tím menší prostor poskytuje uplatnění osobních zájmů a přání individua. Je-li naopak smyslem ústavu sledován zejména aspekt sociální, tím je míněno ve smyslu zabezpečovacím, je tomu vzhledem k jedinci naopak.

Prof. Mühlpachr rozlišuje následující hlavní funkce ústavů:

- **Podpora a péče** - tato funkce je v popředí zařízení poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu (kojenecké ústavy, dětské domovy), v ústavech pro svobodné matky s dětmi, v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky handicapované, v domovech pro bezdomovce, domovech důchodců, v utečeneckých táborech. V takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Absence takových ústavů by

⁷⁵ MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, s. 77.

⁷⁶ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vydání. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 99.

znamenala nízkou kvalitu života klientů, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách vůbec přežít.

- **Léčba, výchova a resocializace** - tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež, v postpenitenciárních zařízeních. Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu. Předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něho přišel.
- **Omezení, vyloučení, represe** - tato funkce převažuje ve věznicích, psychiatrických zařízeních s nedobrovolným pobytem, ve sběrných táborech pro uprchlíky. Společnost je chráněna před kriminálními osobami, uprchlíky, psychotiky.⁷⁷

V souladu se zmiňovaným autorem je na místě zmínit rovněž funkci rekreační. Avšak pobytová zařízení jako lázně, ozdravovny, apod., v nichž tato funkce převažuje, nejsou pro rozsah této práce objektem zájmu. Nicméně i v ústavu si může člověk odpočinout od náročných podmínek, v nichž je nucen jinak pracovat. Uvedený výčet funkcí nelze rovněž chápat z úzkého úhlu pohledu, tak že by každé ústavní zařízení plnilo pouze funkci jednoúčelovou. Každý z nich je naopak nositelem všech zmiňovaných funkcí rozdílného rozvrhu.⁷⁸

V současné době prochází zdravotnictví v České republice procesem transformace, která je charakterizována decentralizací řízení a rozdělením bývalých státních celků. Vznikají samostatná zdravotnická zařízení, která se specializují na určitý druh péče, z jejichž výčtu se blíže zaměříme na rezidenční zařízení pro seniory.

Transformace a vznik zdravotnických a zdravotně-sociálních zařízení pro seniory jsou ovlivněny několika faktory. Péče o občany v důchodovém věku byla tradičně zajišťována zejména léčebnami pro dlouhodobě nemocné (dále jen „LDN“), které se od sebe navzájem velmi liší co do personálního obsazení, prostředí i úrovně poskytované péče a jejichž financování bylo zajištěno z rozpočtu zřizovatele. LDN byly považovány za lůžkovou základnu geriatric. V současné době není v České republice nabízeno dostatečné spektrum zdravotnických a zdravotně-sociálních služeb pro seniory a chronicky nemocné občany.

⁷⁷ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 100.

⁷⁸ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 100.

Spektrum služeb poskytovaných seniorům zahrnuje geriatrická oddělení v nemocnicích, geriatrické ambulance, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, agentury domácí péče, geriatrické stacionáře, zařízení hospicového typu, domovy důchodců, pensiony pro důchodce, domovy s pečovatelskou službou, pečovatelskou službu, jídelny a kluby důchodců.

Prof. Mühlpachr ve své práci Kvalita života rozlišuje mezi následující charakteristikou jednotlivých druhů péče o seniory:

- Ošetrovatelské oddělení - jedná se o oddělení poskytující zdravotnickou, převážně ošetrovatelskou péči v různé délce trvání. Důraz je kladen na udržení či zlepšení kvality života při výrazné dysadaptabilitě, kdy se domácí péče stane obtížně zajiřitelnou z hlediska zachování kvality a/nebo neúměrně náročnou z ekonomického hlediska. Rozsah poskytované péče na ošetrovatelském oddělení je následující: hygienický režim, výživa, péče o vyměšování, vertikalizace, nácvik chůze, rehabilitace fatických poruch, antidekubitní režim, převazy, ošetření, sledování základních životních funkcí, podávání léků atd.
- Oddělení typu LDN, Léčebna dlouhodobě nemocných - jedná se o oddělení následné péče pro nemocné se stanovenou diagnózou a po odeznění akutní fáze onemocnění. Klienty jsou pacienti vyžadující dlouhodobý léčebně-rehabilitační program. Náplní pobytu v těchto zařízeních je geriatrická rehabilitace, nácvik denních činností, ergoterapie atd.
- Domácí péče typu domácí hospitalizace - domácí péče nahrazuje nebo alespoň oddaluje hospitalizaci. Předpokladem pro tuto péči je dostupnost nejméně 14 hodin denně a bezchybná úzká spolupráce s rodinou a sociálními službami. Předpokladem pro její poskytování je určité technické vybavení. Nejčastěji se týká jedinců trpících chronickou nemocí, jejímž důsledkem je jeho nesoběstačnost, event. se může jednat o onemocnění terminální.
- Geriatrické oddělení - jedná se o oddělení nemocnice, které se specializuje na léčení akutních stavů vyššího věku. Od jiných oddělení se odlišuje uplatněním specifického geriatrického režimu.
- Geriatrický stacionář - stacionář je formou poloinstitucionální péče, jejímž principem je pobyt v zařízení zdravotnického charakteru v rozsahu 6-12 hodin, zabezpečující léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační výkony, které nevyžadují plnou hospitalizaci. Financování této formy péče zatím nebylo dořešeno.

V současné době se prosazuje vytváření ošetrovatelských oddělení v některých domovech důchodců pro seniory s potřebou náročné ošetrovatelské péče, zavedení respitní péče, vznik kombinovaných zařízení se zřetelem na rozmanitost klientely (např. domov důchodců kombinovaný s pensionem pro důchodce a poskytující pečovatelskou službu seniorům v domácnosti). Dalším trendem je i postupné prosazování se nestátního neziskového sektoru v této oblasti.⁷⁹

Je nutné počítat se skutečností, že současná rodina je stále méně ochotna a schopna pečovat o své handicapované členy a nároky kladené na jedince v produktivním věku jsou stále vyšší, pokud hovoříme o vzdělání, pracovní výkonnost a sociální chování. Z tohoto důvodu počet lidí, jež jsou v jistém ohledu nedostačiví, stále přibývá a mizí tradiční zdroje společenské opory. V ústavnictví se opouští péče organizovaná tradičním byrokratickým způsobem a prosazují se ústavy odvozující svůj režim z individuálních potřeb klienta.⁸⁰

Ústavních forem dnes ubývá ve prospěch forem neústavních, nebo chceme-li alternativních. Sociální práce má větší tendenci jít za klientem do jeho přirozeného prostředí, než pro něho vytvářet nové umělé prostředí ústavní. Hranice mezi ambulanti a ústavní péčí není již tak ostrá, vznikají zařízení v individuálním rozsahu schopná poskytnout podle potřeby obojí – docházku i pobyt. Do sféry ústavní péče vstupuje personál vysokoškolsky vzdělaný a nahrazuje pracovníky z bezprostředního okolí ústavu, kteří tuto práci vykonávali právě pro bezprostřední blízkost pracoviště, ve velké míře nekvalifikovaně.

Vznikají alternativní zařízení, která se liší od tradičních ústavů. Ústavy se otvírají okolní komunitě. Původně stanovené distance mezi profesionály a klienty se zmenšují. Stěžejním a dominantním úkolem však stále zůstává profesionalizace profese. Neboť profesionálové obvykle pracují s velkým nasazením a se zájmem. I profesionál má možnost chovat se ke klientovi velmi spontánně, čímž stírá ony zmiňované distance. Neopouští však zároveň meze profesionality.⁸¹

Ústavní pobyt je vždy spojen s vážným zásahem do klientova osudu. Jednotlivé životní etapy mají svá specifika, jimž by měly být ústavy přizpůsobeny. Eventuální rizika ústavní péče ve smyslu působení na klienta se liší podle toho v jakém věku a životní situaci se klient do ústavní péče dostal.

⁷⁹<http://mail.imsbrno.cz/home/radomir.pernica@imsbrno.cz/M%C3%BChlpachr%20Pavel/Soci%C3%A1ln%C3%AD%20pedagogika%202>.

⁸⁰ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 101.

⁸¹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 101.

Člověk začíná svou životní dráhu krátkodobým pobytem v ústavní péči jako novorozenec v porodnici. Pro některé děti je pobyt v porodnici pouhým začátkem série ústavních pobytů, pokračující kojeneckým ústavem (do tří let věku dítěte) a dětským domovem. Tradiční ústavní péče o děti, které nemají rodiče, má riziko dobře známé a obře pojmenované: **deprivační syndrom**.⁸² Deprivované „ústavní děti“ se při srovnání se svými vrstevníky vyrůstajícími v přirozeném prostředí vlastní rodiny jeví jako méně nadané, pomalejší, úzkostné a bojácné, navíc zatížené mnoha druhy zlovyků. Tyto následky ústavní výchovy nazývané deprivačním syndromem jsou tím vážnější a tím hůře odstranitelné, čím dříve se dítě do ústavní péče dostalo a čím déle v ní bylo.

Psychická deprivace coby vážné narušení psychického vývoje, jakožto souhrn rozličných symptomů v chování klienta, se může projevit v celé struktuře osobnosti, v sociálním začlenění, a v celé životní dráze, tedy i v seniorském věku.

Mezi bytová zařízení pro seniory patří již známé domovy důchodců a penziony, kde vedle bydlení jsou poskytovány různé doplňkové služby. Jedná se především o pečovatelské, sociální a zdravotní služby. Tak jako rané dětství, tak pozdní stáří je charakteristické ztrátou úzkých vazeb na prostředí a rodinu. Alternativou péče pro staré lidi je pečovatelská služba a v posledních desetiletích rovněž pečovatelská služba a domácí ošetřovatelská péče.

3. 2 Rizika ústavní péče

Nejzávažnějším rizikem ústavního pobytu je tzv. **hospitalismus**, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní život.⁸³ V ústavu má klient úplné zaopatření, o to těžší je adaptace na přirozené prostředí. Klient se v ústavu stýká s omezeným počtem spoluobyvatel a s nepočetným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho blízkého okolí. Pro klienta se stává lehčí, orientovat se v ústavním redukovaném světě, než v komplexním, a mnohdy nepřehledném světě vnějším.

Redukce nároků a omezení podnětů mají dobře známé, mnohokrát popsané následky: ztrácející se zájem o lidi a svět, zhoršení komunikace, návrat do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního ukojení v jídle, spavost, apod.⁸⁴

⁸² MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 101.

⁸³ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 102.

⁸⁴ MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995.

Ústavy zřízené proto, aby kontrolovaly chování jednotlivců společensky nebezpečných, bývají organizovány tak, že se do nich dostávají lidé stejného pohlaví. Velké, uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy nevedou velmi často k očekávanému a žádoucímu korigování individuálního chování.⁸⁵

V uzavřených ústavěch snadno vzniká tzv. ponorková nemoc, popisovaná původně změnou chování u osádek lodí na dalekých plavbách. Stereotyp, z něhož není úniku, zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými, jejich agresivita se zvyšuje a jsou rovněž zvýšeně sugestibilní. Stávají se introverty, klesá jejich otevřenost, vstřícnost. Skupina postižená ponorkovou nemocí může některého svého člena i vyloučit ze svého středu. Ten je sice fyzicky přítomen, ale ostatními ostentativně ignorován, takže upadá do deprese a pokusy o kontakt postupně vzdává. Prostředím, kde ponorková nemoc vznikne snadno a rychle, jsou vězeňské cely.

Všechny uzavřené instituce s autoritativním režimem jsou živnou půdou pro vznik šikanování. Násilí se může stát, na rozdíl od obecně uznávaných norem chování v běžném životě, pozitivně hodnoceným způsobem uplatnění potřeb a práv jednotlivce. Největší autoritu zde mají paradoxně nejagresivnější příslušníci personálu a nejbrutálnější chovanci. Věznice a výchovné ústavy pro mládež mají tendenci vytvářet zvláštní subkulturu, v níž jsou násilné činy posuzovány zcela jinak, než jak je posuzuje občanská společnost a soudy. Osoby, jež se dopustily vražd a vážných násilných trestných činů, se v takové subkultuře těší obdivu, zatímco na nejnižších sociálních pozicích se nachází sexuální devianti, zejména pedofilové.

Termín šikanování se užívá k označení násilného chování vůči klientům. Ve všech dobách a ve všech zemích i personál ústavů zneužíval své moci nad klienty k jejich nepřiměřenému trestání a ponižování. Riziko je nejvyšší v takových zařízeních, kde jsou klienty malé děti, lidé mentálně retardovaní, nemocní a staří.

Ztráta soukromí je pravidelnou daní za pobyt v ústavu. Některé instituce omezují soukromí jen minimálně. Represivní ústavy provádí degradační rituál, kdy je klient podroben přijímací proceduře, při které je připraven o své šaty, osobní věci, a je mu přidělen stejnokroj, postel a místnost, kterou nemůže užívat ani podle svého přání.⁸⁶

Kombinací výše zmíněných vlivů se může ústavní pobyt stát vážným traumatem, jež člověka dlouhodobě poznamená. Typickým následkem je pak klientova nechota a neschopnost stýkat se s lidmi, kteří nebyli podobně postiženi. Postižený se cítí dobře jen

⁸⁵ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 103.

⁸⁶ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 103.

ve společnosti těch, jimž osud uložil projít stejnou zkušeností. Z tohoto důvodu i v neústavním světě se vytvářejí society světa ústavního bývalých klientů, či obyvatel.

3.3 Ošetrovatelské intervence u seniorů

Péči o staré občany lze rozdělit do 3 úrovní:

- Péče o starého občana v rodině;
- Sociální péče o starého občana v ambulantních podmínkách;
- Ústavní a poloústavní péče o starého člověka;⁸⁷

Nejvíce pomoci se samozřejmě dostává starému člověku v rodině od jeho dětí při společném bydlení. Starý člověk by ovšem dával přednost bydlení samostatnému, nejraději blízko příbuzných. Oddělené bydlení však sťažuje širšímu rodinnému kruhu péči o své staré členy rodiny. Ukazuje se, že rodiny dospělých dětí zajišťují péči o 82 % starých lidí, o 89 % těch, kteří potřebují větší péči v domácnosti a o 96 % starých, bezmocných a nepohyblivých členů své rodiny. Ve srovnání s touto pomocí zůstává pomoc poskytovaná sociální péčí i přes její několikanásobný vzrůst během posledních dvou desetiletí u nás stále jen okrajová. Bylo zjištěno, že intenzivní péče o starého člověka v rodině se nezvyšuje s počtem dětí. O rodiče pečuje obvykle nejbližší bydlící nebo spolubydlící dcera; ostatní děti se účastní péče jen sporadicky.⁸⁸

Sociální péče o starého občana v ambulantních podmínkách se přednostně zaměřuje na pomoc osamělým a starým lidem bez rodinného zázemí. Jde jednak o dávky sociální péče (zejména důchody), jednak o sociální služby (spočívající zejména v pečovatelské službě). Na tomto úseku sociální péče se podílejí sociální pracovníce a geriatrické sestry, jež např. signalizují potřeby starého člověka.

Ústavní a poloústavní péče o starého člověka je poskytována starým lidem jednak v domovech důchodců (s plnou sociální a zdravotní péčí), jednak v domovech - penziónech, kde je tato péče poskytována částečně. Variantou domova důchodců jsou ústavy sociální péče se zvýšenou psychiatrickou péčí.

⁸⁷ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 104.

⁸⁸ SCHIMMERLINGOVÁ, V. *Vícerozměrná rodina jako zdroj vzájemné pomoci a její současné bariéry*. Sestra 1, 1991, č. 4.

V současné době je v domovech důchodců 30 % až 50 % duševně alternovaných, převážně dementních jedinců.⁸⁹ Pro vysokou psychiatrickou nemocnost v těchto zařízeních svědčí i průzkumy preskripce psychofarmak provedené v některých domovech důchodců.

Co se týče přijímání klientů do ústavů sociální péče, bývají vedením těchto ústavů ne správcem takového zařízení stanovena určitá základní kritéria, jež jedinec musí splňovat.

Do těchto ústavů mohou být přijati pouze občané, pro něž jsou tyto ústavy určeny. Občané jsou přijímáni na podkladě podané žádosti. Podávají ji občané, kteří potřebují tento typ péče. Pokud jde o občany zbavené způsobilosti k právním úkonům, podává žádost za ně jejich zákonný zástupce nebo opatrovník. Žádost se podává u okresního, popř. obvodního úřadu, dle místa trvalého bydliště. Pokud žadatel splňuje podmínky pro přijetí do ústavu a ve vhodném ústavu je pro něho místo, rozhodne úřad, který ústav spravuje, o přijetí. Tento úřad sestavuje poradník čekatelů pro umístění do každého typu ústavu zvlášť; poradník se sestavuje v konkrétních případech dle naléhavosti umístění. Má-li být obyvatel (svěřenec) přemístěn do jiného ústavu, toto opatření se s ním, případně s jeho zákonným zástupcem, či opatrovníkem, předem projedná.⁹⁰

Vedení ústavu může dát na žádost obyvatele, jeho zákonného zástupce, či opatrovníka souhlas k přechodnému pobytu mimo ústav, a to diferencovaně dle ústavu po dobu v příslušné směrnici stanovenou.

Zdravotní postižení vylučující přijetí do ústavů sociální péče

Ve vyhlášce ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb. jsou uvedeny zdravotní kontraindikace pro přijetí do ústavů včetně kontraindikací psychiatrických.

Psychiatrické kontraindikace pro přijetí do ústavů pro tělesně, smyslově nebo mentálně postižené

Jsou to psychózy, psychické poruchy, při nichž nemocný může ohrozit sebe nebo druhé, resp. Jeho chování znemožňuje soužití s kolektivem, chronický alkoholismus a drogové závislosti, pokud nedošlo k odeznění závislosti (doba nejméně 5 roků abstinence musí být doložena potvrzením příslušného psychiatra). Stejně kontraindikace platí pro přijetí do ústavů sociální péče se zvýšenou psychiatrickou péčí.⁹¹

⁸⁹ PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum 1981.

⁹⁰ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 105.

⁹¹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 105.

Psychiatrické kontraindikace pro přijetí do domovů důchodců a domovů – penzionů jsou tytéž a navíc těžká a hluboká mentální retardace. Ve zdůvodněných případech lze povolit výjimku kontraindikací.

Prognóza do budoucnosti

Do budoucna bude nezbytné vybudovat komplexní sociálně zdravotnické služby při vzájemné součinnosti obou resortů. V zásadě se bude jednat o dvě základní alternativy péče o staré občany:

- Systém komplexní sociálně zdravotní domácí péče.
- Ošetrovatelský dům s denním stacionářem

Systém komplexní sociálně zdravotní domácí péče

Péče v rámci tohoto systému bude poskytována nemocným staršího věku, kteří mohou být propuštěni z nemocničního ošetřování do domácí péče. Bude pro ně vytvořen systém vhodných sociálně zdravotních podmínek, který pokryje všechny oblasti ošetrovatelské a pečovatelské služby se supervizí sociální pracovnice a geriatrické sestry v příslušném regionu.

Komplexní domácí péče by měla zahrnovat zejména následující úkony

Ošetrovatelské a rehabilitační úkony, dietetický dozor, psychosociální pomoc (za účasti dobrovolníků), úklid domácnosti a zajištění kompenzačních pomůcek pro bezpečný pobyt nemocného doma. Tyto služby by měly být hrazeny obcí, zdravotní pojišťovnou a klientem.⁹²

Ošetrovatelský dům s denním stacionářem

Toto zařízení by poskytovalo následující služby: zdravotní a sociální péči po celý den, pracovní rehabilitační programy, stravování a možnost vyprání prádla, kulturní programy, fyzikální léčbu, sociálně právní poradenství a další služby (např. kadeřnické, chiropraktika, pedikúra, možnost nákupu základních potravin a drogistických potřeb). Nemocnému by byla poskytnuta rovněž možnost krátkodobého pobytu včetně přespání např. při malování nebo havárii bytu a mělo by mu být zajištěno i poskytnutí dalších služeb podle potřeb konkrétního regionu. Tyto služby by byly hrazeny opět obcí, sociální pojišťovnou ve spolupráci s klientem.⁹³

⁹² MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 105.

⁹³ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 105.

Uvedené formy péče o staré občany jsou dnes již běžné v mnoha evropských zemích, kde se osvědčily. Jsou především levnějším řešením než zřizování kompletně vybavených domovů důchodců anebo péče o starého člověka v nemocnici.

Do budoucna u nás budou vznikat další formy nestátní, domácí nebo poloústavní péče pro určité skupiny starých lidí sponzorované nestátními, mj. charitativními organizacemi. Vytvářejí se dobrovolné organizace, jejichž cílem bude jednak zabezpečit materiální pomoc starým občanům, jednak pomoc před hrozící sociální izolací, která je nejčastější příčinou dekompenzace zdravotního stavu těchto občanů.

Hospicová péče

V životě jsme zákonitě konfrontováni se situací, kdy odchod blízkých lidí nám připomíná konečnost vlastního života. Takový moment nás přiměje zabývat se dlouho odkládaným tématem a často sami docházíme k závěru, že na zodpovězení těchto složitých otázek nejsme dostatečně připraveni. Ve velké většině nemáme žádnou, nebo přinejlepším minimální zkušenost s doprovázením lidí, kterým se již v dohledné budoucnosti rýsují hranice života. Situace blížící se smrti milovaného člověka je vnímána jako traumatická a těžká životní zkouška. Je tím těžší, čím hlubší je citový vztah k umírajícímu a čím méně víme o tom, co nás na této cestě k uzavření poslední životní etapy čeká.⁹⁴

Téma konce života je opakovaně probíráno v současné společnosti. Počátkem polistopadové doby se i v naší zemi rozvíjí hospicové hnutí, které je toho názoru, že lidský život má stále svou hodnotu bez ohledu na to, kolik jej ještě zbývá. Cílem tohoto hnutí je vytvoření dobrých podmínek je udržení kvality života i na jeho konci.

Současná hospicová péče navazuje na tradice útulků zřizovaných při církevních institucích, zejména při klášterech. Dnešní zažitý název *hospic* pochází z latinského slova *hospes*, které označovalo hosta (ale i hostinského). Substantivum *hospitale* značí pak útulek pro nemajetné a chudé nebo nemocniční zařízení.⁹⁵

Použití pojmu hospice k označení institucí zabývajících se péčí o umírající zavedla poprvé Jeanne Garnier, která založila zmiňované útulky v roce 1842 ve francouzském Lyonu. Irské charitativní sestry zřídily v Dublinu ženský hospic v roce 1879 a v Londýně útulek sv. Josefa v roce 1905. První moderní hospic, který nese jméno sv. Kryštofa, vznikl opět v Londýně v roce 1969.⁹⁶

⁹⁴ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 106.

⁹⁵ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 106.

⁹⁶ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 107.

V České republice působí několik hospiců a je poskytována hospicová péče, ačkoliv současná legislativa tyto pojmy nezná. Praxe v tomto případě předběhla legislativu. Dle připravovaného zákona o zdravotní péči se hospicovou péčí rozumí komplexní paliativní léčba a péče zohledňující potřeby pacienta v preterminálním nebo terminálním stavu, u něhož byly prakticky vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba s cílem minimalizovat bolest a zmírnit obtíže související se základním onemocněním. Je součástí navazující lůžkové péče nebo zvláštní ambulantní péče.⁹⁷

Pro hospicovou péči lze vymezit několik základních charakteristik:

- hospic je většinou nestátním lůžkovým zdravotnickým zařízením, které poskytuje hospicovou péči definovanou v návrhu zákona o zdravotní péči,
- hospic má navázány smlouvy o hrazení poskytnuté péče se zdravotními pojišťovnami,
- péče v hospici je zásadně multidisciplinární a týmová,
- v rámci celodenního programu respektuje hospic specifické potřeby člověka stojícího na konci života,
- standardní součástí vybavení hospice je i vysoký technický standard vybavení i poskytované péče, součástí hospice je např. i kaple a místnost posledního rozloučení,
- při péči o klienta hospic počítá s účastí blízkých osob a poskytuje péči i doprovázejícím a pozůstalým,
- při hospici působí sbor dobrovolníků, kteří představují potřebný spojovací článek mezi hospicem a vnější realitou,
- hospic má obvyklou kapacitu cca 25 lůžek a stejný počet lůžek pro doprovázející, kteří se na péči podílejí, ale svůj pobyt si hradí,
- hospic plní funkci edukačního centra hospicové péče v regionu.

⁹⁷ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 107.

4 AKTUÁLNÍ PROBLÉMY V ÚSTAVECH PRO SENIORY V ČR

4.1 Klientela a poskytovatelé služeb v ústavech pro seniory

Ústavní sociální péče se dostala v České republice do popředí zájmu v porevoluční době. Do této doby byla ústavní sociální péče prakticky uzavřeným světem, zvláště co se týče péče o nemocné a staré lidi. Úroveň poskytované péče v ústavech byla z dnešního pohledu velmi nízká, a to nejen co do materiálně - technického vybavení, ale rovněž po stránce personální. Nebyla uplatňována základní lidská práva u postižených osob, jako jsou zdraví, bezpečnost, sociální jistota výchova a vzdělávání, zaměstnávání a pracovní příležitosti, akceptace rodinného života, občanské soužití, vlastní volba, rozhodování, nezávislost.

Před více než třiceti lety prohlásil prezident Spojených států John F. Kennedy, že **měřítkem společnosti je úroveň její péče o nejslabší občany**. Toto krédo přimělo mnoho západních společností ke zkoumání vlastních postojů, zákonů a zvyků při práci zabezpečující lepší život osob s postižením. Dodržování lidských práv je pro seberealizaci a osobní blaho postižených a starých občanů nezbytné. Slova prezidenta Kennedyho naznačují, že takovou inkluzi zvyšujeme humanitu naší společnosti.⁹⁸

Směřování vývojových trendů v zabezpečování lidských práv pro občany se i v současné době mezi národy liší. Vyspělé západní státy mající dlouholetou zkušenost s rozvíjením demokratizačních principů, nyní razí zásadu uplatňování lidských práv pro všechny občany bez rozdílu. Země, které teprve před nedávnem přistoupily k úloze rozšiřování lidských práv a hodnot, by měly čerpat ze zkušeností, které jsou pro jiné národy dnes již historií.

Nemoc, stáří nebo zdravotní postižení patří k životu rovněž jako zdraví. Riziko zdravotního postižení v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady existuje u každého jedince, ale ve stáří s přibývajícím věkem se logicky zvyšuje. V České republice žije v současné době asi 1 200 000 občanů se zdravotním postižením.⁹⁹

Zdravotním postižením je myšlen na rozdíl od nemoci dlouhodobý nebo trvalý stav, který lze léčbou kompenzovat, ale nedá se již zcela odstranit. Negativní důsledky takového stavu je ovšem možné zmírnit soustavou promyšlených opatření, na nichž je však nutná spolupráce společnosti jako celku. Vyspělé státy proto vytvářejí vedle již stávajících

⁹⁸ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 108.

⁹⁹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 108.

systemů zdravotního a sociálního pojištění i systémy pro snížení důsledků zdravotního postižení. Můžeme s potěšením konstatovat, že mezi tyto státy patří i Česká republika.

Ústavní péče jak ji známe ve stávající podobě je již přežitkem neboť prostředí velkých ústavů je vždy nevyhnutelně určitým způsobem dehumanizující. Rovněž požadavek na harmonizaci našeho komunitárního práva se zaužívanými kodexy zemí Evropské unie notně vyústí v postupnou, avšak důslednou deinstitucionalizaci. Cílem nadcházejícího období musí být snaha o zajištění alternativních forem péče tak, aby ústavy, jež jsou navracené v restitucích, nebyly nahrazovány novými velkými zařízeními, ale právě jinými formami sociálních služeb. Zdravotně postižený a jeho zákonný zástupce musí mít právo volby, zda se rozhodne pro umístění v některém z nově vytvářených zařízení komunitní péče. Formou normativů na klienta musí být vytvořeny rovné podmínky pro státní i nestátní poskytovatele ústavní péče podobně, jako byly vytvořeny srovnatelné podmínky pro státní a nestátní školy a školská zařízení.¹⁰⁰

Po revoluci v roce 1989 se i u nás otevřela možnost zakládat nestátní sociální a zdravotní ústavy. Právními subjekty, jež jako první využily této možnosti, byly církve a občanská sdružení. Sdružení zakládala v prvních letech po revoluci hlavně ambulantní zařízení: stacionáře a speciální školy. Teprve později si některá sdružení troufají i na otvírání pobytových ústavů. Nejdále byla ta sdružení, která již existovala v době předrevoluční, mající zkušenosti a schopné organizátory a ta, která sloužila dětem i seniorům, neboť se mohla opřít o množství vysoce motivovaných rodin těchto hendikepovaných členů. Také v té době probíhající restituce a privatizace dala vzniknout novým ústavům, většina se opřela o náplň, kterou měl ústav již dříve, formy práce se však postupem doby mění. Profesionálové pracující ve státních ústavech sledovali své kolegy z nestátního sektoru s pochopitelným znepokojením. Na odborných fórech bylo často slyšet obviňování z přebírání klientů, z nekalé soutěže, apod.¹⁰¹

Rozdíl v atmosféře většiny státních a nestátních zařízení byl u nás v první polovině 90. let nápadný. V nestátních ústavech panovalo či alespoň doznívalo zakladatelské nadšení. V jejich čele stáli významné osobnosti schopné získávat finanční prostředky i kvalitní personál. Ve většině státních ústavů panovala onou dobou naopak nálada skleslá, ve znamení čekání na rozhodnutí ústředních státních orgánů, nespokojenost se vybíjela ve sporech mezi frakcemi personálu, na něž byli napojeni klienti i jejich příbuzní. Existovaly ovšem i výjimky a těchto přibývalo. Novým trendům otevření vedoucí některých státních

¹⁰⁰ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 108.

¹⁰¹ MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, s. 49.

zařízení brzo pochopili, že naději na prosperitu mají jen tehdy, když se budou chovat jako zařízení nestátní, ač jsou sami ústavem státně institucionalizovaným. Podstatná polarita v současné době již neleží mezi státními a nestátními zařízeními. Podstatný rozdíl je spatřován toliko v chování ústavů, v míře jejich setrvačnosti, či naopak adaptability na nové podmínky.¹⁰²

Moderní vyspělý stát vytváří všem humanitárním institucím stejné podmínky a měl by podpořit jednotlivé občany v jejich záměrech angažovat se v humanitární oblasti. Může-li občan sám rozhodnout, kam vloží část svých daní, je dán předpoklad k opravdu demokratickému rozdělování prostředků v humanitární sféře. Zařízení, kterým legislativa musí otevřít možnost kombinovaného financování, se pak ucházejí o granty jednotlivých ministerstev, u velkých nadací také individuálních sponzorů. Vedle toho by měla mít i možnost vlastní ekonomické aktivity. Když zařízení se svým projektem neuspěje u jednoho ministerstva, může se obrátit na ministerstvo druhé. Pokud se mu nepovede oslovit jednu určitou skupinu potenciálních klientů, může se pokusit nabídnout své služby klientům jiným. Také jednotliví občané mají možnost sledovat činnost zařízení, které podpořili. Jestliže se jim v určitém časovém období nebude zamlouvat chování konkrétního zařízení, v příštím roce poskytnou své volné finanční prostředky zařízení konkurenčnímu. Takový systém, který musel dříve nebo později vzniknout i u nás, je dynamizován potřebami uživatele a je nejlepší pojistkou proti vzniku ústavních mašinérií, jež jsou zahleděny pouze samy do sebe a málo dbají o ty, kvůli nimž byly zřízeny.¹⁰³

V našich podmínkách a zvláště v dnešní době narážejí jak nestátní, tak státní zařízení na resortní bariéry. Ministerstva úzkostlivě hlídají přidělené finanční prostředky a uvolní je pouze na účel, který jednoznačně spadá do působnosti jim příslušejícího resortu. Na druhé straně je však nutné říci, že všechny podstatné sociální oblasti mají multidisciplinární povahu. Vyspělé státy jsou však schopny vytvářet meziministerské neresortní orgány koordinující státní politiku v takových oblastech, jež nejsou postižitelné z jednoho úzce resortního pohledu. Rovněž u nás se takové meziresortní komise zřizují, nicméně dost dlouhou dobu trval stav, kdy se ministerstva s nižším rozpočtem snažila určitý konkrétní otázku k řešení definovat jako sobě cizí, aby na ni nemusela vynakládat prostředky. Tato situace znevýhodňovala státní zařízení, poskytující sociální péči, protože ta jsou prioritně financována jen z vlastního ministerstva.¹⁰⁴ Nestátním subjektům se naopak lépe daří

¹⁰² MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, s. 50.

¹⁰³ MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, s. 52.

¹⁰⁴ MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, s. 52.

čerpat podporu z více zdrojů jako například z regionálních operačních programů Evropské unie, soukromých nadací, sbírek, či benefičních akcí. Podmínky ekonomické subjektivity všech zařízení poskytující zdravotní a sociální služby seniorům a nejen jim, sjednotily až přijatý zákon č. 83/1990 Sb., o občanských sdruženích, zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech a zákon č. 227/1997 Sb., o nadacích a nadačních fondech.

V České republice je více než 600 ústavů sociální péče, mezi nimi i ústavy specializované na zrakově, tělesně a mentálně postižené. Zcela však byly například opomenuty potřeby starých a neslyšících osob, které komunikují ve znakovém jazyce a pro které je společnost dalších neslyšících zcela optimálním životním prostředím. Neslyšící totiž představují výjimku v požadavku na decentralizaci speciálních škol a ústavů sociální péče, protože tvoří jazykovou a kulturní menšinu, která dává přednost vzájemnému soužití před integrací do společnosti bez sluchového postižení. Tento léta opomíjený nedostatek je třeba napravit a taková zařízení pro neslyšící seniory urychleně vytvořit.¹⁰⁵

Mezi zásadní cíle současné sociální politiky v České republice se řadí zahájení transformace velkých ústavů sociální péče pro těžce zdravotně postižené v modernější formy trvalé péče – zajistit, aby každý těžce zdravotně postižený občan měl možnost svobodné volby mezi osobní asistencí, péčí v rodině, komunitní sociální péčí, chráněným bydlením, ústavní sociální péčí a dalšími formami sociálních služeb, vytvořit rovné podmínky pro státní i nestátní poskytovatele sociálních služeb.

K těmto cílům patří i navrhovaná opatření:

- Vytvořit legislativní předpoklady postupného snižování počtu stávajících státních ÚSP a jejich nahrazování jinými formami sociálních služeb.
- Podporovat investiční výstavbu chráněných a skupinových bytů.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí provede průzkum potřebnosti a v případě kladného výsledku perspektivně přemění některé ze stávajících zařízení na domov pro neslyšící seniory.¹⁰⁶

Současný stav v ústavech pro seniory v České republice

Současný stav v ústavech pro seniory je víceméně odrazem systému péče před rokem 1989. Po společensko-ekonomických změnách po roce 1989 nastaly, můžeme sledovat velký pokrok vpřed jak v úrovni zabezpečování služeb v těchto rezidenčních zařízeních a s tím souvisejícím materiálně-technickým vybavením, tak v odborné způsobilosti

¹⁰⁵ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 109.

¹⁰⁶ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 109.

ošetřujícího personálu. I přes veliký pokrok, který byl v systému sociální péče u nás uskutečněn, nedostatků a závažných úkolů k řešení, které lze v této oblasti nalézt, je stále dost.

Podle prof. Mühlpachra je lze rozdělit do osmi kategorií, které se přímo či nepřímo podílí na kvalitě života v jednotlivých typech zařízení, jsou jimi: klientela, poskytovatelé, organizace a řízení, finance, budovy, vybavení, zdravotnické a další služby, plánování. Oblasti jsou rozděleny na **vnitřní a vnější**.¹⁰⁷

Klientela v ústavech pro seniory

Základní vnitřní problémy:

- Ztráta vazeb s rodinou – vzdálenost od domovské obce k ústavu je mnohdy značná, členové rodiny nemají možnost krátkodobého pobytu v zařízení či jeho těsné blízkosti, a kontakt s rodinou je sporadický. Je nutno tedy zřídit alespoň skromné ubytování pro návštěvy, rozvíjet vazby na lokální úrovni.
- Ztráta společenských vazeb – kontakt ústavu se společenským životem obce je minimální. Zařízení žije svým vlastním životem, který je podřízen funkci ústavu. Nutno otevřít instituci obci pomocí oboustranně prospěšné výměny služeb, zapojení klienta do života obce.
- Omezené soukromí – zařízení jsou kapacitně poddimenzována, na jednom pokoji je až osm klientů a více, možnost soukromí je prakticky vyloučena. Je potřeba zajistit alespoň nearchitektonické řešení k zachování intimity (např. plenty).
- Dezorientace, v novém prostředí – klienti nejsou před zařazením do ústavu připravováni na změnu prostředí, a často je to pro ně psychický šok. Řešení je možno spatřovat v bližší spolupráci se sociálním pracovníkem před umístěním do příslušného zařízení.
- Komunikace mezi příjemcem a poskytovatelem služeb – klienti nemají možnost komunikovat s poskytovatelem služeb, což prohlubuje sociální izolovanost klienta. Pro kvalitnější socializaci by bylo vhodné rozšířit spolurozhodování a spoluzodpovědnost klienta na chodu zařízení.

¹⁰⁷ MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 99.

- Ztráta plnoprávné občanské pozice – klient je chápán jako subjekt péče, jeho rozhodovací práva jsou omezena. Advokátem práv a svobod klienta se stává zařízení, ve kterém je klient umístěn. Klientovi by se tedy měla dát možnost v širší míře uplatňovat spektrum občanských práv, případně částečné omezení práv pouze v nezbytném případě a se souhlasem klienta nebo zákonného zástupce.
- Ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti – klient se smiřuje se svou pasivní rolí, která mu byla udělena a přenechává výkon svých práv a svobod ústavu. Cílem by se mělo stát zvyšování spoluzodpovědnosti klienta za kvalitu poskytované péče.¹⁰⁸

Základní vnější problémy:

- Vyšší závislost na ošetrovatelské péči – s růstem průměrného věku populace závislé na ošetrovatelské péči rostou nároky na ni. Zařízení nejsou na takový nárůst připravena, chybí technické i profesionální zázemí pro poskytování vyšší kvality ošetrovatelské péče.¹⁰⁹
- Neodpovídající aktuální stav klienta – systém depistáže neumožňuje pravidelné aktualizace stavu uchazeče o umístění do zařízení. Zdravotní stav klienta se během čekací lhůty často podstatně změní, zařízení je nuceno vytvořit pro klienta prostředí, pro které nemá odpovídající podmínky.
- Nedostatečná spolupráce obcí se zařízením – pouhý fakt, že občan v zařízení zůstává voličem, je obcí nedoceněn, vypovídá náležitě o stavu věci.
- Absence analýzy potřeb v lokálním i globálním měřítku – není specifikována návaznost jednotlivých funkcí péče, přesah z obce na okres a naopak, vzájemná spolupráce všech subjektů poskytujících péči není definována. Chybí seznámení s celoplošnou analýzou v návaznosti na demografický vývoj.¹¹⁰

Poskytovatelé služeb v ústavech pro seniory

Základní vnitřní problémy:

- Nevyváženost zdravotnického a sociálního modelu péče – potřeby dnešního klienta kladou zvyšující se nároky nejen na zdravotnické aspekty péče, ale i na sociální potřeby klienta, poskytovatelé nejsou dostatečně vybaveni nástroji

¹⁰⁸ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 110.

¹⁰⁹ MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 100.

¹¹⁰ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 111.

a vědomostmi k plnění sociální funkce. Jako nezbytný krok se jeví systematické vzdělávání všech členů týmu v sociálně-zdravotním modelu péče.¹¹¹

- Práce ve stresu při zajištění péče – chronický nedostatek personálu způsobuje vystavování se stresovým situacím ze strany poskytovatele, což se promítá v psychickém stavu klienta. Řešením je minimalizování zátěže kvalifikovaných pracovníků v přímé péči ve všech oblastech, které nejsou orientovány na klienta a jeho potřeby.
- Absence kontinuálního sociálního vzdělávání – sociální práce je chápána jako doména terénních pracovníků, což je vzhledem k měnící se struktuře již neplatné. Je potřeba interního vzdělávání v této oblasti a propracovaná metodika sociální práce v těchto institucích.
- Malá spolupráce s rodinou – motivace členů rodiny je odrazem individuálního přístupu poskytovatele. Přístup rodiny je často podceněn, prostor pro participaci rodiny je vymezen návštěvní dobou zařízení. Rodina by měla být motivována pro zapojení poskytování péče klientovi.
- Rivalita mezi poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb – jednostranný přístup ke klientovi vede ke vzniku rivality mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Je třeba posilovat vědomí služby klientům, prosazovat koncept *člena týmu* se zvláštní kvalifikací.
- Nízká motivace poskytovatelů – poskytovatelé nejsou dostatečně společensky ohodnoceni, což je důsledek postojů, které stavěly postižené občany na okraj společnosti. Nutnost vytváření podpůrných skupin z činitelů politických, společenských a masmediálních.
- Identifikace služby s budovou – poskytovatelé často identifikují službu, kterou zajišťují prostřednictvím budovy, ve které je tato služba umístěna. Tato identifikace znemožňuje objektivní pohled na kvalitu služeb, které zařízení poskytuje, omezení stavební, či prostorová jsou chápána jako limity kvality služeb. Třeba si uvědomit, že budova nepředstavuje službu, ale jen nástroj k jejímu poskytování.¹¹²

¹¹¹ MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 101.

¹¹² MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 111.

Základní vnější problémy:

- Veřejnost nedostatečně rozpoznává důležitost a náročnost péče o osoby se zvláštními potřebami. Na poskytovatele je nahlíženo s malým společenským respektem, služba je mylně považována za okrajovou, což je z hlediska poskytovatele stimulační.¹¹³

4.2 Organizace, řízení a financování ústavů pro seniory**Základní vnitřní problémy:**

- Pracovní náplně nereflektují specifika klientely – pracovní náplně nejsou formulovány s ohledem na specifické problémy cílových skupin klientů a jejich zvláštní potřeby. Měly by se tedy definovat potřeby specifických skupin klientů, rozšiřovat úkony sociální a odbornost pečovatelskou specializovat.
- Obava z nových přístupů v řízení – ředitel zařízení nese odpovědnost za všechny oblasti funkce zařízení, je tedy těžké aplikovat některé nové postupy řízení. V případě vytvoření kvalitního managementu, týmu pracovníků zabývajících se např. získáváním alternativních zdrojů, stykem s veřejností, apod. by ředitel pouze schvaloval navržená řešení a postupy realizace, což by mělo za následek rozšíření možnosti vzdělávání top managementu.
- Nedostatečný týmový přístup – jednotliví odborníci se navzájem neinformují o stavu klientů, o jejich potřebách, provozních možnostech, o tom, jak tyto potřeby uspokojit. Měl by se aplikovat systém krátkých a věcných porad, pro jednotlivé oblasti určovat tým řešitelů.
- Malá spolupráce mezi zařízeními – jednotlivá zařízení neplánují společný přístup při rozvoji pečovatelských – ošetřovatelských služeb pro klienty. Dochází k situaci, v níž na jednom místě či v rámci okresu jsou určité služby realizovány několika subjekty. Ta zařízení, která již služby poskytují, by měla pravidelně vyhodnocovat strukturu potřeb na trhu v dané oblasti, spolu pak oslovit nové subjekty poskytující péči a dohodnout sféry spolupráce tak, aby byla vždy oboustranně úspěšná.
- Absence plánu nábora a práce s dobrovolníky – zařízení nemají propracovanou koncepci nábora a práce s dobrovolníky. Ti mohou hrát pozitivní roli při

¹¹³ MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 101.

zajišťování péče. Práce s nimi je sice organizačně náročnější, na druhé straně při vhodném managementu je možné snížit některé náklady na zaměstnance v oblasti aktivit a volného času.¹¹⁴

- Vysoké výdaje na zajištění technického chodu zařízení – vzhledem ke stavu budov, ve kterých se ÚSP často nacházejí, zvyšují se náklady na údržbu neúměrně k nárůstu kvality služeb. Část potřebných prostředků by se měla čerpat právě z fondů alternativních zdrojů.

Základní vnější problémy:

- Nízká flexibilita rozpočtu – možnost práce s kapitálem je velmi omezena, rozpočty organizací jsou fixně rozlišeny, kapitál je v pohybu pouze na úrovni okresu, což znesnadňuje operativnost řízení a postupného navyšování finančních prostředků pro jednotlivá zařízení.¹¹⁵

Budovy ústavů pro seniory

Základní vnitřní problémy:

- Prostorové přetížení – původní účel budov neodpovídá současným požadavkům, i v případech tzv. účelových staveb dnešní potřeby překonávají původní záměr, prostory jsou přetíženy, kapacita pokojů předimenzována. Nutností se nyní stává zefektivnění logistiky zařízení, hledání dodavatele na služby, které nejsou spojeny s přímou péčí o klienta (kuchyně, prádelna). Je vhodné umístit do stávajících prostor službu, která napomůže udržet klienta v domácím prostředí.
- Bariéry – budovy nejsou vhodné pro osoby s tělesným postižením. Tyto osoby by se měly umístit v přízemí objektů, v budoucnu hledat řešení spíše technická nežli stavební.
- Absence zvláštního prostoru pro terminální stavy – zařízení tímto prostorem nedisponují a klient nemá možnost užívat alespoň v posledních dnech svého života práva na privátnost v kruhu rodiny. Nutno tedy zřizovat pokoj se zvláštním režimem právě pro takové stavy.¹¹⁶

¹¹⁴ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 112.

¹¹⁵ MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 103.

¹¹⁶ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 114.

Základní vnější problémy:

- Památková ochrana objektů – budovy jsou v mnoha případech památkově chráněny, a to velmi komplikuje možnosti stavebních úprav pro zkvalitnění života klientů.
- Izolace od obce – budovy jsou často umístěny v odlehlých částech obce či okresu. Napojení na služby obce je velmi komplikované a finančně nepříznivé.¹¹⁷

Jak již bylo řečeno v kapitole 2.1, Stárnutí populace představuje celosvětový jev. Nárůst podílu starých osob v populaci je zvláště patrný v ekonomicky vyspělých evropských zemích. V důsledku toho narůstá i počet osob, které z důvodu vysokého věku, či zdravotního stavu, popřípadě kombinace obou příčin, nejsou schopny postarat se o sebe vlastními silami. Jde v převážné míře o osoby, jejichž zdravotní stav je natolik stabilizován, že nevyžaduje akutní lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, ale zároveň neumožňuje plnou soběstačnost. Paradoxně k nárůstu počtu nesoběstačných osob přispívá i pokrok medicínských vědních oborů, díky nimž přežívají i dříve neléčitelní pacienti. Jak uvádí lékař-specialista v lékařském odborném periodiku: „Každý rok u nás 30 tisíc lidí postihne mozková mrtvice. Jsou čím dál mladší a čím dál více jich mrtvici přežije. Jak stárne populace, přibývá neurologických, psychiatrických a dalších nemocí.“¹¹⁸

Nejinak je tomu i v České republice, kde se v důsledku demografického vývoje zvyšuje počet seniorů, tedy osob starších 65 let věku, a z nich pak především díky pokroku medicíny a změně životního stylu narůstá počet velmi starých osob (nad 85 let a více). Názorně tento proces ukazuje již zmiňovaný index stáří (tj. poměr počtu obyvatel ve věku nad 65 let k počtu dětí ve věku 0 – 14 let), který jasně potvrdil předpoklad z roku 2010, že počet seniorů nad 65 let věku převyší počet dětí.

Pro současný demografický trend je charakteristický nárůst počtu jednočlenných domácností, zejména domácností starších osob. Ani tam, kde senioři žijí ve společné domácnosti s mladšími příbuznými, nemusí být péče dostatečná. V souvislosti s pokračujícími společenskými změnami totiž klesá počet rodin ochotných a schopných postarat se o svého starého člena, často nemocného a se sníženou soběstačností.

¹¹⁷ MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 103.

¹¹⁸ FIALA, P. *Pacienti určeni k likvidaci (Odvrácená tvář našeho zdravotnictví)*. Tempus Medicorum. 2006, roč. 15, č. 7, - 8, s. 111.

Zde nastupuje institucionální zdravotní a sociální péče, a to buď formou hospitalizace na lůžku ošetrovatelské následné péče ve zdravotnictví, nejčastěji v léčebnách dlouhodobě nemocných – LDN, nebo umístěním v domově pro seniory na ošetrovatelském lůžku, resp. v ošetrovatelském oddělení. Dostatečná lůžková kapacita pro ošetrovatelskou péči však chybí jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociální sféře, tedy v již zmiňovaných domovech pro seniory.¹¹⁹

Ve zdravotnictví ČR nedostatek kapacit následné ošetrovatelské péče za posledních pět let činil za celou Českou republiku v průměru něco okolo 6 300 lůžek. Lepší situace není však ani v domovech pro seniory. Vzdor nárůstu kapacit domovů pro seniory vzrostl počet neuspokojených žadatelů na 100 míst za posledních 10 let na dvojnásobek. Kapacity domovů pro seniory jsou plně využity, přičemž obyvatelé těchto zařízení zde mají své stálé bydliště, takže k uvolnění kapacit z důvodu propuštění zde prakticky nedochází a jediný způsob uvolnění lůžka je prakticky úmrtí klienta. V celostátním průměru vzato na každé jednotlivé lůžko čeká jeden další uchazeč.

Počet čekatelů na jedno lůžko je ovlivněn věkovou strukturou obyvatel jednotlivých krajů a v neposlední řadě rovněž kapacitou domovů pro seniory v příslušném kraji. Mezikrajové přesuny klientů v této souvislosti dokonce nejsou výjimkou.

Ošetrovatelská lůžka, nebo v širším pohledu oddělení se zřizují podle vyhlášky ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb. v platném znění pro ošetrování obyvatel a svěřenců upoutaných na lůžko nebo vyžadujících jinou náročnou ošetrovatelskou péči. Náročnou ošetrovatelskou péčí se rozumí pravidelná pomoc při hlavních nebo všech životních úkonech. Úhradu odborné zdravotní péče na ošetrovatelských odděleních, resp. lůžkách však citovaná vyhláška neřeší a rovněž neukládá domovům pro seniory podobná oddělení zřizovat. Na základě dotazníkového šetření z roku 2006 ve Výzkumném ústavu práce a sociálních věcí realizovaném u 16 vybraných domovů důchodců (dále jen „DD“) a u 16 léčeben pro dlouhodobě nemocné můžeme porovnat průměrný věk a zdravotní charakteristiky pacientů LDN a klientů DD. Průměrný věk je ve sledovaném vzorku LDN jen asi o rok nižší než v DD. (77 let v LDN oproti 78 rokům v DD). Struktura diagnóz je dle provedeného šetření velmi podobná, lišící se zejména jejich progresivitou, vyžadující diferencovaný zdravotnický přístup.

¹¹⁹ Přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jímž došlo s platností od 01. 01. 2007 k řadě radikálních změn ve financování sociálních služeb, se mimo jiné změnila i terminologie. Místo termínu „domovy důchodců“ užívá tento zákon termín „domovy pro seniory“.

Bylo zjištěno, že u všech pacientů LDN stejně tak jako u DD se jedná především o polymorbiditu běžně 5, v některých případech až 8 diagnóz u 1 pacienta. Provedené šetření opět prokázalo, že struktura diagnóz u obou typů zařízení je víceméně shodná. Nejvyšší četnost prokazují onemocnění kardiovaskulárního aparátu. U klientů DD pozorujeme větší podíl chorob duševních, což je dáno faktem, že zde existují vyčleněná ošetrovatelská zařízení určená pro léčbu těchto chorob. Vyšší podíl následků úrazů v LDN je vesměs způsoben tím, že sem jsou z chirurgických oddělení překládáni a posléze doléčováni pacienti po zlomeninách krčku kosti stehenní.¹²⁰

Důležitým faktorem pro porovnání je též stupeň soběstačnosti klientů, z něhož vyplývá potřeba ošetrovatelské péče v jednotlivých zařízeních. Ze zjištěných údajů uskutečněných v rámci výše uvedeného výzkumu je patrné, že co do stupně soběstačnosti se struktura pacientů/klientů v obou typech zařízení liší v řádu pouhého 1 % – 2 %.

Z obdobné výše průměrného věku, struktury základních diagnóz a stupně soběstačnosti pacientů/klientů na lůžkách ošetrovatelské následné péče v LDN a na ošetrovatelských lůžkách v domovech pro seniory lze usoudit, že oba typy lůžek mají v péči o seniory a chronicky nemocné pacienty obdobnou úlohu a jsou do jisté míry zastupitelné. Nicméně ekonomické a personální podmínky, za nichž je pacientům/klientům v obou typech zařízení poskytována ošetrovatelská péče, se zásadně liší.

Neinvestiční náklady LDN činí značně přes 1000 Kč na 1 pacienta a den a jsou oproti obdobným nákladům v domovech pro seniory asi dvojnásobné. Přesto však podle názoru hlasů ozývajících se z řad zdravotnických pracovníků z praxe tato částka zdaleka nestačí. Autor odhaduje náklady na tzv. „hotelové služby“ v LDN tj. strava, ubytování včetně úklidu a prádla, odpisy budov apod., na 600 Kč na pacienta a den, medicínské služby pak na 800 Kč, což podle jeho názoru nejen brání v uplatňování moderní medicíny, ale už i bazální péče.¹²¹ Mezi zdravotními pojišťovny a ústavy se vedou spory o paušální náklady za léky a zdravotní materiál. Pojišťovny proplácejí jen 50 Kč za den. Analýza prokázala, že průměrné denní náklady na léky činí nejméně 80 Kč a na materiál 70 Kč, tedy celkem cca 150 Kč za lůžkoden. Nedostatečné financování systému následné ošetrovatelské péče vede k chronickému nedostatku lůžek v tomto segmentu, kam by jinak mohli být překládáni pacienti z mnohem dražších lůžek akutních.

¹²⁰ http://kvf.vse.cz/wp-content/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.

¹²¹ FIALA, P. *Pacienti určeni k likvidaci (Odvrácená tvář našeho zdravotnictví)*. Tempus Medicorum. 2006, roč. 15, č. 7. - 8, s. 112.

V LDN veškerou péči hradí zdravotní pojišťovny, přičemž tato péče v sobě skrývá jak péči zdravotní, tak si sociální (tzv. „hotelové služby“). Spoluúčast pacienta neexistuje. LDN neměly nárok ani na částku, jímž byl do 31. 12. 2006 osobám se zvýšenou potřebou péče zvyšován důchod formou příspěvku pro bezmocnost. Možnost poskytování příspěvku na péči, který od 01. 01. 2007 nahrazuje zvýšení důchodu pro bezmocnost, řeší v současné době ust. § 52 a § 73 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Neinvestiční výdaje na 1 lůžko a den v domovech pro seniory jsou ve srovnání s LDN zhruba poloviční. Úhrada těchto výdajů až do poloviny prvního desetiletí po roce 2000 spočívala na dvou základních pilířích: příspěvek zřizovatele a úhrada od klientů domova.¹²²

Po uplynutí přechodného období cca 2 let již v současné době hlavní tíží financování nese klient a to jak ze svých běžných příjmů, tak eventuelně z přiznaného příspěvku na péči. V případě, že klient pobíral zvýšený důchod z titulu bezmocnosti, připadla celá tato částka domovu. Z veřejného zdravotního pojištění byla klientům domovů hrazena pouze část lékařské péče – převážně formou ambulantní péče praktických lékařů, stomatologů a ambulantních specialistů. Péči zdravotního charakteru na ošetrovatelských odděleních hradily domovy převážně z neinvestičních prostředků, tj. na úkor sociálních služeb.¹²³

Pro srovnání s LDN by bylo třeba znát náklady péče na ošetrovatelských odděleních. Ty se však nesledují odděleně od ostatních oddělení domovů. Respondenti v dotazníkovém výzkumu Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (dále jen „VÚPSV“) na tuto otázku vesměs odpověděli „nelze určit, není oddělená evidence“, nicméně vyjádřili názor, že ošetrovatelská lůžka jsou nesporně nákladnější a pracnější zejména pro vyšší spotřebu prádla, větší zatížení ošetrovatelského personálu a pro nároky na vybavení lůžka přídatným zařízením. Většinou však nebyli schopni svá tvrzení číselně doložit. Jen jeden z nich odhaduje rozdíl mezi denními náklady na pobyt na běžném a ošetrovatelském lůžku na cca 270 Kč; jiný uvádí, že 22 % péče na ošetrovatelském oddělení má charakter čistě zdravotní.¹²⁴

¹²² V roce 2005 činila úhrada od obyvatel 35 %, 58 % průměrných neinvestičních výdajů. Od 01. 01. 2007 došlo k zásadní změně systému financování. Viz ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D. *Některé problémy financování sociální a zdravotní lůžkové péče*: sborník příspěvků přednesených na pracovní konferenci. [online]. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2006. S. 1-9. Dostupné z: http://kvf.vse.cz/wpcontent/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.

¹²³ http://kvf.vse.cz/wp-content/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.

¹²⁴ MISCONIOVÁ, B., MERHAUTOVÁ, I., PRŮŠA, L. *Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních včetně návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče*. Praha, VÚPSV 2003. Autoři zde uvádějí výsledky terénního průzkumu z roku 1999, jímž bylo zjištěno, že ústavy sociální péče vynakládaly cca. 25 % z rozpočtu na krytí nákladů spojených s poskytováním ošetrovatelské péče.

Povinnost poskytovat obyvatelům domovů důchodců zdravotní péči ukládá zřizovatelům domovů pro seniory § 36 zákona č. 108/2008 Sb., o sociálních službách, který v platném znění uvádí, že: Poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v zařízeních sociálních služeb uvedených v § 34 odst. 1 písm. c) až f). Tuto povinnost plní formou zvláštní ambulanti péče poskytované podle zvláštního právního předpisu a) prostřednictvím zdravotnického zařízení b), jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu;¹²⁵ rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví zvláštní právní předpis.¹²⁶

Navzdory tomu pojišťovny ústavům sociální péče na ošetrovatelskou péči nepřispívají vůbec nebo jen nepatrně. Úhrada ošetrovatelské péče podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, vyžaduje, aby domov pro seniory uzavřel smlouvu se zdravotní pojišťovnou, a tomu se pojišťovny vehementně brání, ačkoli pacienti umístění na ošetrovatelských odděleních domovů pro seniory nepřestávají být pojištěnci zdravotních pojišťoven. Podle výsledků již zmiňovaného dotazníkového šetření VÚPSV se zdravotní pojišťovny k uzavření podobných smluv nedají přimět dokonce ani soudní cestou. Ošetrovatelská péče potřebným klientům v domovech pro seniory je fakticky poskytována na úkor ostatních, zdravých klientů a ošetrovatelská oddělení, která domovy pro seniory na základě vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“) č. 182/1991 Sb., v platném znění, zřizovat mohou, ale nemusejí, se tak z ekonomického hlediska stávají pro tyto domovy přítěží. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v tomto směru snad přinesl určité zlepšení.¹²⁷

Nedostatek lůžek určených pro seniory trpících chronickými chorobami, je tak do jisté míry způsoben nevhodnou strukturou systému financování. Přitom je nepopiratelné, že v domovech pro seniory je na ošetrovatelských odděleních poskytován nezanedbatelný

In: ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D. Některé problémy financování sociální a zdravotní lůžkové péče: sborník příspěvků přednesených na pracovní konferenci.[online]. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2006. S. 1-9. Dostupné z:
http://kvf.vse.cz/wpcontent/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.

¹²⁵ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání ve znění zákona č. 125/2005 Sb.

¹²⁶ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

¹²⁷ http://kvf.vse.cz/wp-content/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.

objem zdravotní péče a naopak následná ošetrovatelská péče ve zdravotnictví poskytuje pacientům nejen péči čistě zdravotní, ale i sociální (tzv. „hotelové služby“). Podle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách mohou zdravotnická zařízení ústavní péče poskytovat potřebným osobám sociální služby, ale nikde není zakotvena povinnost tak činit. Zkušenosti s tzv. „sociální hospitalizací“ ukázaly, že zdravotnická zařízení nemají většinou o poskytování sociálních služeb zájem.¹²⁸

Aktuální potíže financování sociálně – zdravotních služeb pro seniory lze podle převládajících názorů moderního přístupu k této problematice řešit dvojím způsobem:

- Radikálním krokem by bylo organizačně sjednotit instituce poskytující ošetrovatelskou a následnou péči v resortu zdravotnictví a sociálních věcí, tj. LDN a ošetrovatelská oddělení domovů pro seniory takovým způsobem, že by byly vytvořeny Ústavy zdravotně sociální péče, (dále jen „ÚZSP“), které by potřebným občanům poskytovaly nezbytnou sociální péči, se zajištěním péče zdravotní na dostatečné úrovni.

Pro tyto ústavy by byl zaveden jednotný systém vícezdrojového financování, kde potřebné prostředky by byly čerpány ze tří zdrojů: z veřejného zdravotního pojištění, z rozpočtu sociální sféry a z příspěvků klientů. Tyto ústavy by na poskytovanou zdravotní péči uzavíraly smlouvy se zdravotními pojišťovnami a současně by se registrovaly jako poskytovatelé sociálních služeb, takže by jim příslušel příspěvek na péči, který je jejich pacientům/klientům poskytován v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.¹²⁹

- Méně radikálním řešením by bylo ponechání stávající organizační struktury beze změn a pouze legislativní cestou by byly vytvořeny podmínky pro vícezdrojové financování zdravotní a sociální péče v obou typech institucí v poměru:
 - cca 50 % zdravotní pojišťovny
 - cca 35 % státní rozpočet (sociální sféra)
 - cca 15 % pacient/klient¹³⁰

Při takovém způsobu by zdravotnické zařízení mělo povinnost registrovat se jako poskytovatel sociálních služeb a tím by získalo nárok na celý příspěvek na péči,

¹²⁸ http://kvf.vse.cz/wp-content/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.

¹²⁹ http://kvf.vse.cz/wp-content/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.

¹³⁰ http://kvf.vse.cz/wp-content/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.

poskytovaný jejich pacientům podle ust. § 7 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ošetrovatelská oddělení domovů pro seniory by se povinně registrovala jako zdravotnická zařízení a pro zdravotní pojišťovny by z toho vyplývala možnost uzavírat s nimi smlouvy a proplácet jim poskytovanou zdravotní péči jako kterémukoli jiným zdravotnickým zařízením. Potřebné finanční prostředky by zdravotní pojišťovny získaly tím, že by přestaly proplácet „hotelové služby“ zdravotnickým zařízením a následné ošetrovatelské péče.

Vícezdrojové financování znamená ovšem uvážít, zda pacient/klient bude vůbec schopen ekonomicky unést patřičný díl takto rozvržených nákladů. Pokud by šlo o osoby ekonomicky aktivní, nevystával by zde problém s financováním, neboť pobytem v nemocničním zařízení se nemocenské nekrátí a pacienti zůstávají ekonomicky zabezpečeni. Jiná je však otázka výše možné úhrady u starobních důchodců. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v ustanovení § 73 odst. 3 hovoří, že „po úhradě za ubytování a stravu musí osobě zůstat alespoň 15 % jejího příjmu.¹³¹ Průměrná výše starobního důchodu dosahovala na konci čtvrtletí 2012 výše 10 740 Kč. 15 % z této částky je 1 611 Kč, pro úhradu tudíž zbývá 9 129 Kč, což je 304 Kč za den, tedy o 100 Kč více, než činila průměrná úhrada v domovech důchodců ještě v první polovině nového desetiletí. Dále je třeba brát v potaz, že obyvatelé domovů pro seniory mají zde své stálé bydliště, kdežto u pacientů zdravotnických zařízení se předpokládá návrat do domácího prostředí. Proto po dobu pobytu v nemocnici musí pacient mít možnost hradit nezbytné náklady na bydlení doma.

Potřebné náklady na bydlení je možno orientačně odvozovat z nezbytných výdajů na domácnost, které ke konci roku 2012 jsou ve výši 3 377 Kč součástí životního minima jednočlenné domácnosti. Zákon č. 110/2006 Sb., o životním existenčním minimu platný od 01. 01. 2007 však výdaje na domácnost nezná, takže nezbytné výdaje je nutno odhadnout na základě statistiky rodinných účtů.¹³²

Statistika rodinných účtů uvádí za rok 2012 měsíční komplexní náklady na bydlení na jednoho člena domácnosti důchodců bez ekonomicky aktivních členů ve výši cca 3 410 Kč.¹³³ Tento údaj je však zkreslen tím, že soubor domácností důchodců není členěn podle právního důvodu užívání bytu, takže vedle nájemníků zahrnuje rovněž osoby, které bydlí ve vlastních domech, tudíž nájemné neplatí. Navíc je při stanovení správné

¹³¹ http://kvf.vse.cz/wp-content/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.

¹³² http://kvf.vse.cz/wp-content/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.

¹³³ www.hypotecnibanka.cz/kalkulacky/maximalni-vyse-uveru/dle-mesicnich-prijmu/.

vypovídací hodnoty tohoto údaje nutné započítat fakt, že od roku 2007 došlo k postupné deregulaci nájemného. Ministerstvo financí vydalo odhad výdajů na bydlení pro rok 2012, kde pro jednočlennou domácnost důchodců vychází z částky přibližně 4 053 Kč.¹³⁴ Pro pacienta/klienta na lůžku ošetrovatelské následné péče počítejme tedy s rezervou na bydlení ve výši 4 000 Kč. Při již zmiňované průměrné výši starobního důchodu 10 740 Kč a po odečtu „kapesného“ ve výši 15 %, což činí 1 611 Kč a rezervy na bydlení ve výši 4 000 Kč, zbývá na příspěvek 5 129 Kč, tj. 171 Kč denně. Z uvedených odhadů vyplývá, že úhrada 15 % nezbytných nákladů na lůžku ošetrovatelské a následné péče by byla v možnostech starobního důchodce s důchodem blízkým průměru.

Nedostatek lůžkové kapacity pro péči o chronicky nemocné a nesamostatné seniory by bylo možné do jisté míry zmírnit změnou způsobu financování. Navrhuje se zavést a legislativně upravit vícezdrojové financování, na němž by se současně podílely zdravotní pojišťovny a sociální sféra spolu s klienty.

Z obecného hlediska vzato se požadavky na sociální zabezpečení v České republice blíží modelu, který byl běžný v Západní Evropě v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století. Instituce čelí finanční krizi, aby dosáhly srovnání se západoevropskými standardy a splnily rostoucí požadavky stárnoucí populace, musí být připraveny na splnění přemíry požadavků, které nemohou být financovány státem, aniž by došlo ke zvýšení daňového zatížení. Kvalita služeb bude muset být vyšší, náročnější a nákladnější. V této souvislosti je také zřejmé, že budovy, v nichž instituce sídlí, jsou v mnohých případech naprosto nevhodné nejen pro svoji velikost, ale i pro obrovské náklady na jejich provoz.¹³⁵

Ředitelé čerpají z rozpočtů na provozní náklady, aby zabezpečili naléhavé opravy chátrajících budov, personál trpí nízkými platy a klienti spí v mnohalůžkových pokojích. Je pocíťován tlak nejen na okresní úrovni, kde odpovědné orgány jsou nuceny úzkostlivě omezovat rozpočty institucí, aby je udržely v rámci předepsaných limitů, ale též tlak na politické úrovni, kde existují požadavky z části populace na širší spektrum a lepší kvalitu služeb, a současně odpor k placení vyšších daní z druhé části zainteresovaných osob.¹³⁶

Řešení, které bylo v západní Evropě nalezeno, spočívá ve vyhledávání alternativních zdrojů financování, jak již bylo řečeno a vlastnictví sociálních a zdravotních služeb. Tato řešení se velmi liší od návrhu, aby jednotlivé instituce rozvíjely svoje vlastní alternativní

¹³⁴ www.kurzy.cz/kalkulacka/prispevek-na-bydleni/.

¹³⁵ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 115.

¹³⁶ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 115.

zdroje financování, jež jsou založené především na nadačních titulech příbuzných klientů. Je tím myšlena přímá privatizace, převedení instituce na soukromou organizaci, ať už dobročinnou nebo soukromou společností. Konečným efektem by bylo podstatné zvýšení množství prostředků, zvýšení počtu zdrojů a připuštění vyšší úrovně volnosti v rozhodování ředitelů, jak budou peněžní prostředky využity. Tento trend v západní Evropě změnil nejenom objem dostupných prostředků a vlastnictví institucí, ale také statut klienta a ředitele instituce.

Rovněž starosti s údržbou velkých budov v západní Evropě neznají, a starají se více o klienty a jejich potřeby, než o opravy chátrajících staveb. Klient je zde chápán jako občan, který potřebuje pomoc.

Úloha státu se v tomto procesu vyvíjí. Stát se přeměňuje z úlohy výhradního zabezpečovatele do role posledního útočiště, který v krajním případě poskytne, pokud potřeby klienta neuspokojí rodina.¹³⁷

Návrhy a opatření v oblasti ústavní péče o seniory

Ze studií, které byly v rámci zpracování tohoto textu analyzovány, a vzhledem k předcházejícím kapitolám lze vymezit koncepční závěry, které by mohly významně ovlivnit budoucí postavení a funkci ústavních zařízení pro seniory v České republice:

Pozice klienta

Služby sociálního zabezpečení musí být orientovány na klienta. Na klienta musí být nahlíženo jako na občana se všemi občanskými právy. Právo na respekt osobnosti, soukromí, svobodu rozhodování při poskytování péče je prioritní. Budovy a zařízení jsou nástrojem poskytované péče.

Vymezení vlastnických vztahů

Služby sociálního zabezpečení by měly být konstituovány na bázi vlastnických vztahů. Konkurence mezi zařízeními by měla být podporována. Stát by měl podporovat proces odstátnění formou pomoci technické, finanční či manažerské. Stát musí zůstat posledním útočištěm, nesmí však bránit v konkurenci a vytvářet monopolistické prostředí.¹³⁸

¹³⁷ FRIEDMANN, V. *Systém ústavní péče v Brně*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. Rigorózní práce.

¹³⁸ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 115.

Úloha ředitele

Role řídicího pracovníka spočívá ve schopnosti odhadnout a flexibilně uspokojovat měnící se potřeby trhu (klientů), pomocí vzdělávacích programů realizovat proces změn. Měly by být posíleny kompetence ředitele zařízení jako nositele změn s ohledem na jeho kvalifikovanou znalost sociálního trhu.¹³⁹

Vazba na místní společenství

Podporovat názor, že úspěch zařízení je úzce spjat s úspěšnými vztahy k místnímu společenství. Klient je volič a taktó musí být též vnímán. Klient by měl mít možnost výběru na základě nabídky různých subjektů poskytujících sociální péči.

Zahraniční experti na základě analýzy stávajícího stavu vymezují tři hlavní fáze vývoje služeb v České republice:

- Úvodní fázi, při které se mění postoj ke službám a náhled personálu, instituce přijímá filosofii většího soustředění na klienta a zahajuje nové vztahy s okresními a místními orgány.
- Fázi experimentování a plánování, při které instituce přijímá novou strategii, prozkoumává nové možnosti financování a hledá cesty, jak minimalizovat omezení prostorové finanční. Nové vztahy jsou vytvářeny v místní oblasti zaváděním externích služeb a zaměřením se na péči v obci.
- Fázi uvolnění, při které se zařízení uvolňuje ze závislosti na původní budově a začíná provádět program sociální péče založený na službách zabezpečujících multidisciplinární přístup ke klientovi žijícímu ve společenství za podpory rodiny, přátel a specialistů. Zařízení jsou provozována na bázi neziskové organizace řízené ředitelem a správní radou.¹⁴⁰

Můžeme s potěšením konstatovat, že ústavních forem péče dnes ubývá ve prospěch forem neústavních. Ústavní péče vždy zůstane alternativní možností péče sociální. Do sféry ústavní péče dneška již vstupuje vysokoškolsky vzdělaný profesionál. Ústavy se otevírají okolní komunitě.

Z hlediska klientovy životní dráhy se ústavní péče dotýká všech životních etap jedince a má svá konkrétní specifika v jednotlivých obdobích.

¹³⁹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 117.

¹⁴⁰ MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 107.

Ústavem, s nímž se nejčastěji setká člověk neporušující uznávané normy soužití, je nemocnice. Zvláštní hospitalizační kategorií jsou psychiatrické léčebny, které internují jedince, kteří nejsou schopni zvládnout stále se zvyšující nároky moderní společnosti. Patří sem i léčebny pro alkoholiky a toxikomany. V nich léčba probíhá jak dobrovolně, tak z rozhodnutí soudu jako léčba ochranná. Rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je již diskutovaný hospitalismus jako stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky se snižující se schopností seberealizace v neústavních podmínkách.

Současná společnost je charakteristická hledáním alternativ. Státem organizovaná ústavní péče s profesionalizovaným či poloprofessionalizovaným personálem je doplňována alternativními způsoby péče o jedince sociálně handicapované, převážně s neprofesionálním týmem. Aktualizovanou otázkou zůstává připravit kvalifikované pracovníky alternativních struktur pro výkon profese, neboť praxe ukazuje, že vůle i citová angažovanost nestačí, důležité je komplexní pojetí přístupu k péči o seniory.¹⁴¹

Komplexnost v moderním pojetí péče znamená, že schopnost zařízení umožnit prožít důstojné stáří nejen seniorům ale zároveň usnadnit toto období také jejich blízkým. Tak jako není lehké pro člověka samého přijmout stáří své, často je zneklidňující a stísnující přijmout fakt, že náš blízký a milovaný člověk stárne, ubývá mu síl, energie, zhoršují se jeho zdravotní problémy. Nejde tedy pouze o samotnou péči o seniory, jde o pomoc jejich blízkým během prožívání období klientova stárnutí a často zdravotních a sociálních problémů s tím spojených.

Nedílnou součástí tohoto provázení je osvěta a poradenství jak pro seniory, tak pro jejich blízké. Jde o schopnost jim pomoci při formulaci potřeb a nabídnutí možností pro jejich uspokojení, aby rozhodování jak dál probíhalo pro samotného seniora, tak pečující rodinu v klidu a s dostatkem informací.

Dnes by měla být již samozřejmostí péče profesionální, efektivní a důstojná, zároveň by měla uspokojovat celou škálu potřeb – fyzických, sociálních, psychických ale také například spirituálních.

Rozvoj těchto terénních a individualizovaných služeb v budoucnosti by měl mít své těžiště v péči poskytované ještě v domácnosti seniora. Lidé začnou již v předdůchodovém věku, dokud jsou ještě ekonomicky aktivní, uvažovat o svých potřebách ve stáří. Začnou se více zajímat o služby, které budou dostupné v okolí jejich bydliště. Začnou více uvažovat o změnách, které bude třeba udělat, aby byli na stáří připraveni a aby mohli být v případě

¹⁴¹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 119.

nutnosti lépe „obslouženi“. Mohou to být například úpravy v bytě, aby byl více přátelský k jejich budoucím potřebám na bezbariérové bydlení.

Bude stále více růst potřeba asistenčních služeb, tedy jakéhosi koordinátora či průvodce pro další návaznou péči. Trend bude spočívat jistě v individualizaci služeb, tedy služeb „šitých na míru“. Pomoci rodině zorganizovat péči vůči potřebám konkrétního seniora. Senior by měl být včas v kontaktu se zařízeními poskytujícími sociální služby v jeho okolí. Vývoj situace na poli poskytování sociálních služeb v České republice za poslední dvě desetiletí jasně prokázal, že je neefektivní poskytovat paušální služby.

Co se týče finanční dostupnosti poskytované péče a formulace co nejpřesnější odpovědi, je třeba vycházet z několika základních vstupních údajů. Jde zejména o to, kolik peněz stojí péče v tom kterém rezidenčním zařízení, jaká je skladba klientů v konkrétním zařízení a dále jaký je poměr, resp. cena služeb, na jejichž úhradě se podílí sám klient.

Provozovateli služeb je ze zákona placen příspěvek na péči, a většina obyvatel domovů pro seniory fungujících jako příspěvková organizace je víceméně soběstačných. Také účetní metodika příspěvkových organizací řadu nákladů nezapočítává do ceny služby.

Rozdíl mezi výší starobního důchodu, příspěvkem na péči a cenou čerpaných služeb, pokud klientovy příjmy nejsou dostačující, je nejčastěji pokrytý ze zdrojů rodiny, samotného seniora či přispívá některý z fondů.

Kvalitní dlouhodobá péče, zvláště na lůžkách, není v dnešní době levná. Pokud jde o problematiku financování a omezeného rozpočtu toho kterého rezidenčního zařízení, vždy je možné uplatňovat v zásadě dva přístupy. Buď jde o vytvoření jasné představy, jakou úroveň péče hodlá zařízení provozovat a hledání vhodných zdrojů. Druhý možný přístup je, že vedení vychází z rozpočtu a jeho limitů a snaží se jej co nejlépe využít.

Velmi záleží na systému organizace zdravotních a doplňkových služeb a zejména na managementu zařízení jakých cílů chce dosáhnout. V České republice lze nalézt rezidenční zařízení, které i s omezenými finančními prostředky poskytují více péče, než je obvyklé a mají služby na slušné úrovni. Jejich vedení spolupracuje s rodinami, s dobrovolníky, zajímá se o jejich názory, zjišťuje spokojenost svých klientů či pacientů, neboť zajištění zpětné vazby je pro udržení solidního standardu poskytovaných služeb do budoucna to nejdůležitější. Z tohoto důvodu bývají v rezidenčních zařízeních pořádány pravidelné „dny otevřených dveří“, sloužící k informování veřejnosti se službami konkrétního zařízení, a přibližující tak ústavní život povědomí běžné společnosti. Obvyklé jsou pravidelné

stravovací komise se zástupci klientů pořádané v jídelnách, a schůzky zástupců klientů s vedením domova, kde mohou předložit své návrhy a náměty na zkvalitnění poskytovaných služeb, popř. nalézt společnou cestu k uspokojení konkrétních požadavků. Velmi často jde o pozitivní a potěšující ohlasy, nicméně unést je nutné i kritiku za nedostatky. Tyto nedostatky je pak třeba také odstranit. Ten, kdo naslouchá, musí být také připraven řešit konflikty a vhodným způsobem je napravovat, což je známkou profesionality managementu každého rezidenčního zařízení.

Vhodnou vizí pro udržení dobré perspektivy rezidenčních zařízení i v budoucnu, je snaha vycházet ze zkušeností a stavět na komplexnosti a individuálním přístupu ke konkrétnímu klientovi jako jádru podpory nejen samotného seniora, ale i jeho rodiny.

4.3 Vybavení ústavů pro seniory

V současné době se na standardech kvality poskytovaných sociálních služeb v rezidenčních zařízeních pro seniory podstatnou měrou podílí jejich vybavení. Již v takové míře nepřevládají zařízení, jež jsou pozůstatkem téměř naprosté absence respektování specifik a kritérií při výběru vhodných budov, tak jak to bylo běžným odrazem praxe z 60. – 80 let. V tomto ohledu zaznamenáváme značný pokrok, který byl v této oblasti kvality péče o seniory za poslední dvě desetiletí v našich podmínkách uskutečněn. Nutno však konstatovat, že zařízení, která díky původnímu účelu budovy a jejího vybavení neodpovídají současným požadavkům na běžný evropský standard, je stále dost. Mnohá zařízení jsou stále vybavena starým nábytkem, který, pomineme-li nevyhovující estetické hledisko, je již za hranicí své životnosti, a ačkoliv to mnozí klienti nepovažují až za tak důležité, moderní vybavení pokojů i společných prostor má velmi podstatný vliv na jejich spokojenost, jakožto výraz vnitřní sociální podpory. Realizování modernizace v rámci zvýšení nedostatečné úrovně materiálně-technického vybavení jde však ruku v ruce s nutností zajistit vhodnou formou financování takové nákladné investiční akce. A to se jeví ve vztahu k současným napjatým rozpočtům, kryjících s vypětím běžný provoz rezidenčního zařízení jako finančně náročná a podružná záležitost. To je také hlavním důvodem, proč se v některých rezidenčních zařízeních modernizace vybavení stále odkládá na ekonomicky příznivější léta, ačkoliv ji mnohá z nich naléhavě potřebují. Alternativním finančním zdrojem takové investiční výstavby se, krom podpory státních orgánů, nabízí intervence rodin klientů, sponzorské dary, avšak zdaleka páteřním zdrojem jsou dotační tituly ze strukturálních fondů a programů Evropské unie.

Mnohá rezidenční zařízení čekají na rekonstrukci vnitřních prostor a zastaralého zařízení pokojů. Rekonstrukce by se měla dotknout především nábytku pro vlastní potřebu k zajištění klientova většího soukromí a tím i pocitu domova. Dále by v rámci této úpravy měla být přijata opatření směřující pro vytvoření dostatku prostoru pro vlastní potřeby a zájmy klienta. Klienti dávají pochopitelně přednost svému soukromí a respektování zájmů a návyků druhých spolubydlících. Nesoběstační klienti jak většinou z povahy jejich handicapu vyplývá, bývají mnohdy imobilní, tudíž většinu času tráví ve svém pokoji. Tato skupina seniorů bývá často znevýhodněna právě tím, že je nucena sdílet společné ubytovací prostory s člověkem nezatíženým, jehož zaběhnuté návyky a celkový životní styl se diametrálně liší od seniorů s určitým stupněm omezení. Taková skupina klientů by jistě uvítala jednolůžkové uspořádání pokojů, a moderní rezidenční zařízení pro seniory by měla s vyčleněním určité části takových ubytovacích kapacit počítat.

Samostatnou kapitolu ve vybavení ústavů pro seniory tvoří zdravotnický nábytek. Tento musí být navrhován podle specifických požadavků zdravotnického personálu s důrazem na maximální funkčnost, mechanickou i chemickou odolnost a snadnou údržbu. Použité materiály, kování a vnitřní vybavení nábytku musí zajišťovat vysoký komfort, snadnou ovladatelnost a variabilitu s možností tzv. mokrého úklidu. Barevné řešení nábytku má vytvářet pocit klidu a důvěry pro pacienty a současně důstojné prostředí pro lékaře i zdravotnický personál. Dalším požadavkem kladeným na zdravotnický nábytek je, aby veškeré nábytkové díly byly komponovány jako funkční celky, což umožňuje optimálně vybavovat jednotlivá zdravotnická zařízení. Nábytek pro vybavení ústavů sociální péče musí splňovat požadavky pro příjemné, funkční a bezpečné prostředí. Pro kompletaci vybavení místností se používají lůžka pevná nebo pojízdná. Moderní noční stolky umístěné v seniorských pokojích by měly mít možnost připojení výklopné a výškově nastavitelné jídelní desky. Jak bylo již řečeno, moderní nábytek musí respektovat především potřeby starších či hendikepovaných osob. Komfortní užité vlastnosti a hygienický standard zaručuje omyvatelný povrch s vysokou odolností proti poškození. Jelikož mnozí senioři trpí postižením pohybového aparátu jako vedlejší projev nemoci či opotřebením kloubů, zřetel je třeba brát i na bezpečnostní detaily, což jsou například plastové zaoblené hrany, oblé či pružné úchytky, protiskluzová podlaha, uzamykací dveře s možností sklopných klíčů a vyššího úhlu otevírání dveří, apod. Při výběru je možné vycházet z široké palety dezénů. Úzce specializovaným vybavením v zařízeních pro seniory, o kterých je třeba se zmínit, jsou polohovatelná pečovatelská

lůžka. Tato jsou v současné době vyráběna v elektrickém, mechanickém i hydraulickém provedení, přičemž u výrobců je najdeme v desítkách různých typů. V zásadě se liší vlastním typem lůžka, způsobem polohování, tvarem, popř. typem opláštění, šířkou a členěním ložné plochy a řadou dalších speciálních funkcí. Dá se tedy říci, že díky těmto moderním doplňkům polohovatelných lůžek lze tak „ušít lůžko na míru“ plně odpovídající zdravotním potřebám a omezením konkrétního klienta.

Základní vnitřní problémy:

- Nedostatečné vybavení pro imobilní klienty – kompenzační pomůcka pro imobilní klienty je z pohledu finančních možností zařízení velmi náročná, klient bývá často trvale upoutaným na lůžko. Prostřednictvím cílených rehabilitačních programů lze maximálně možně udržovat pohybové schopnosti klienta, informace pravidelně předávat ošetřujícímu personálu tak, aby indikované postupy byly zohledněny i v rámci sebeobsluhy. Cíleně zahájit program získávání alternativních zdrojů.
- Nedostatečné vybavení pro aktivity – zájem o aktivity ve volném čase stoupá, jejich sociální dopad je nesporný, ale zařízení zatím nemají dostatek vybavení pro nabídku těchto aktivit. Programy aktivit by měly reflektovat osobní přání klientů, tyto programy vytvářejí ideální prostor pro dobrovolné pracovníky zařízení a jejich spolupráci s kvalifikovaným personálem.¹⁴²

Základní vnější problémy:

- Sporné a problematické financování některých pomůcek a léků – zařízení jsou z jedné strany považována za instituci poskytující primární péči a ze strany druhé za instituci nahrazující domov. Cíl obou přístupů je zařízení jako takové – klient není dostatečně akcentován.¹⁴³

4.4 Zdravotnické a další služby v ústavech pro seniory

Co se týče poskytovaných zdravotnických služeb v ústavech pro seniory, v obecné rovině lze říci, rozsah jejich poskytování je závislý na zdravotním stavu konkrétního klienta. V seniorském věku zcela pochopitelně stoupá počet osob, které v důsledku vysokého věku, či zdravotního stavu, popřípadě kombinací obou faktorů, trpí již nějakou

¹⁴² MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 114.

¹⁴³ MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 104.

neurologickou, psychiatrickou nebo další nemocí, vyžadující zdravotní, či ošetrovatelskou intervenci. U osob umístovaných v domovech pro seniory jde o klienty, jejichž zdravotní stav je natolik stabilizován, že nevyžaduje akutní lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, ale zároveň neumožňuje úplnou soběstačnost.

Zdravotní péče v domovech pro seniory je zajišťována praktickým lékařem, který ordinuje v domově pravidelně ve všední dny, nebo zde provozuje stabilně svou praxi. K ostatním odborným lékařům je buď zajištěn odvoz a v případě potřeby i doprovod, nejsou-li jejich lékařské výkony zajišťovány přímo v zařízení, samozřejmě podle povahy zákroku a náročnosti materiálně-technického vybavení. K běžným standardům patří respektování svobodné volby lékaře, avšak klient má rovněž možnost zůstat i nadále v péči svého dosavadního lékaře. Nejběžněji užívaným způsobem financování aplikované medicíny je hrazení léků předepsaných lékařem na recept zdravotní pojišťovnou, a to buď plně, nebo částečně, přičemž zbytek je doplácen klientem z jeho kapsného. Základní zdravotní péče bývá hrazena ze zdravotního pojištění uživatele a je poskytována na základě indikace lékaře. V nočních hodinách a o víkendu bývá dle potřeby zajištěna služba konajícím zdravotním personálem, lékařská péče formou rychlé záchranné služby.

Po přijetí do Domova pro seniory se zpravidla uživatel podrobí vstupní prohlídce. Zdravotní dokumentaci popř. aktuální výpis ze zdravotní dokumentace a léky, které si uživatel přináší s sebou, předkládá lékaři, vedoucí oddělení nebo sociální pracovníci. Uživatel si může, po dohodě s lékařem, své léky ponechat u sebe, přičemž poskytovatel péče zpravidla neodpovídá za případně zhoršený zdravotní stav uživatele, který vznikl nesprávnou medikací. Léky jsou, s přihlédnutím na schopnosti uživatele, většinou vydávány zdravotnickým personálem. Potřebu lékařského vyšetření nebo ošetření oznamuje klient vedoucí oddělení nebo službu konající sestře. Vlastní úraz nebo úraz jiné osoby bývá dle vnitřního řádu uživatel povinen oznámit neprodleně službu konající sestře nebo jinému zaměstnanci zařízení. Doplatky za léky, zdravotnický materiál, hygienické potřeby, pomůcky a kosmetiku pro inkontinentní a jiné - neproplácené zdravotní pojišťovnou - si uživatel hradí zpravidla z vlastních finančních prostředků. V nočních hodinách službu konající personál může, po předchozí domluvě nebo na vyžádání uživatele, provést návštěvu v pokoji, za účelem pomoci v době nemoci nebo při zhoršení zdravotního stavu. Lékař Domova pro seniory předepisuje uživatelům léčiva a zdravotnické prostředky, inkontinentní pomůcky, vyšetření, převazy a řeší s nimi aktuální zdravotní problémy.

Co se ošetrovatelské péče týká, tato se poskytuje těm klientům, kteří mají přiznaný příspěvek na péči, a to individuálně, dle jeho výše. Nad rámec výše pobíraného příspěvku i uživatelům bez příspěvku na péči, může být poskytnuta v rámci fakultativních služeb a v souladu se smlouvou o poskytování sociální péče, jejíž rozsah je dán požadavkem, přáním či potřebou uživatele. Uživatelé mají ve většině domovů pro seniory každý den možnost nákupu v kantýně nebo o tento nákup požádat službu konající personál. Nákup věcí denní potřeby, pokud tak neučiní příbuzní, či jiná osoba, uskutečňuje dle přání a potřeb uživatele vedoucí oddělení nebo sociální pracovnice. Tyto fakultativní služby jsou po uplynutí kalendářního měsíce vyúčtovány a dány uživateli k úhradě.

Zdravotní a ošetrovatelská péče v domovech pro seniory obsahuje tyto základní činnosti:

- podávání léků a dohled nad užíváním,
- sledování fyziologických funkcí,
- sledování stavu, vzhledu a projevů,
- aplikace injekcí, převazů, odběry krve, měření glykémie, cévkování,
- aplikace obkladů, zábalů, mastí, inhalace, dechová cvičení,
- zajištění první pomoci,
- ošetrování kožních defektů a ran,
- péče o umírajícího a zemřelého,
- zajištění odborných vyšetření,
- objednávání léků a kompenzačních pomůcek,
- zvýšená zdravotní péče v době nemoci,
- další podpůrné služby.

Běžným standardem směřující ke zlepšení a zpříjemnění pobytu klientů v rezidenčních zařízeních pro seniory dnešní doby je celá řada doplňkových podpůrných služeb. Jedná se zejména o širokou škálu aktivizačních cvičení jako např. ergoterapie, fyzioterapie, muzikoterapie, pohybová terapie, směřujících k posílení, tedy k aktivizaci motorických funkcí člověka a podpoře pohybového aparátu vůbec. Krom tělesných aktivit však moderní komplexní přístup v péči o klienta za nedílnou součást považuje aktivity v rovině duševní. Poslední dobou se ve vybraných rezidenčních zařízeních s úspěchem zavádějí individuální tréninky paměti s lektorem, jež jsou určeny pro všechny klienty, kteří nepreferují práci ve skupině, či mají specifické požadavky na obsah a tempo výuky - jedná se např. o klienty po mozkových příhodách, chemoterapii, klienty s úzkostí, depresí,

v počátečním stádiu různých forem demence, Alzheimerovy choroby, apod. Jde o cvičení formou her s využitím výpočetní techniky, které posilují krátkodobou paměť, logické myšlení, řečové funkce, vizuálně prostorovou orientaci a pozornost. Tento trénink je prospěšný všem klientům bez rozdílu věku program může využívat celá rodina. Zásadní přínos má pro seniory. Hry nevyžadují žádné předchozí počítačové znalosti, stačí umět zacházet s myší. Dalším přínosem těchto her je mimo jiné i skutečnost, že u seniorů nenásilným způsobem zlepšují počítačové dovednosti.

Na tomto místě je potřeba zmínit rovněž individuální programy, které podstatnou měrou dokážou zlepšit kvalitu klientova pobytu v rezidenčním zařízení a smysluplně využít klientův volný čas dle individuálních možností každého jednotlivce. Některá moderní rezidenční zařízení nabízejí se především individuální programy pro jednotlivce, eventuelně páry, mezi něž patří zejména:

- Společenské návštěvy v rezidenčním zařízení - povídání, předčítání, hraní společenských her, práce se vzpomínkami atd. Tento typ služby bývá poskytován krátkodobě v čase nepřítomnosti rodiny, dovolené, nemoci, nebo dlouhodobě jako součást rodinou poskytované péče.
- Doprovod na úřady, na kulturní akce, společenské akce, do kavárny - tedy všude tam, kam se senior potřebuje nezbytně dostat, nebo tam, kam by se rád vypravil, ale sám si netroufá nebo mu to přijde nevhodné a jeho okolí mu není v konkrétní dobu k dispozici.
- Procházky dle fyzických možností seniora - je prokázáno, že i malá fyzická aktivita má výrazné pozitivní dopady na fyzický a psychický stav seniora a podporuje kognitivní funkce. Doprovod zvyšuje jistotu seniora.
- Nordic walking, tedy zdravotní chůze s hůlkami dle fyzických možností seniora. Důraz je kladen na správnou techniku chůze. Nordic walking je pokládán za jednu z nejvhodnějších pohybových aktivit pro seniory. Je prokázáno, že fyzická aktivita má výrazné pozitivní dopady na fyzický a psychický stav seniora a podporuje kognitivní funkce.
- Tréninky paměti kdy cílem je zajištění co nejdelší soběstačnosti, podpora kognitivních funkcí, posílení sebevědomí a důstojnosti seniora. Aktivity procvičující a stimulující dlouhodobou a krátkodobou paměť, procvičování smyslů, práce se vzpomínkami, učení formou hry, využití pomůcek typu puzzle, hlavolamy atd. Trénink vede certifikovaný trenér, dle možností

a potřeb seniora. Po individuální konzultaci je možno trénovat (s přihlédnutím k omezením a možnostem) i seniory s počínající demencí a Alzheimerovou chorobou.

- Výuka, či konverzace v cizím jazyce, která seniorům umožní zaměstnat paměť a osvojit si nové jazykové znalosti, či si pouze oživit slovní zásobu v jazyce, který již léta nepoužívali.
- Kurzy výpočetní techniky umožňují klientům osvojit si základní dovednosti a poradit si se vším, co potřebují k uživatelskému ovládnutí osobního počítače. Výuka je zpravidla koncipována od základů práce na PC a s internetem až po konkrétní požadavky - např. Facebook, Skype, AVG, práce s fotografiemi atd.
- Kombinované programy jsou aktivity stimulující tělo i ducha, dle individuálních potřeb konkrétního seniora. Nejlepších výsledků je dosahováno při kombinování fyzických a mentálních stimulů. Například procházek či nordic walkingu s tréninkem paměti. Nejefektivnější jsou samozřejmě kombinace všech aktivit ve vyváženém poměru.
- Programy na míru se snaží řešit specifické potřeby a požadavky klienta jako například společenské a kulturní události, narozeninové oslavy atd.
- Pastorační služby, poskytující duševní útěchu a sílu všem věřícím klientům.

U všech individuálních programů je prioritou spolupráce s rodinou, která je důležitou součástí života seniora. Jak ze srovnání v kapitole 5 vyplývá, úroveň poskytovaných doplňkových služeb není ve všech rezidenčních zařízeních stejná, neboť je silně závislá na ekonomických možnostech, jako je rozpočet a celé řadě limitujících faktorů konkrétního zařízení. V neposlední řadě jde především o schopnost managementu umět správně hospodařit a omezené prostředky optimálně využít. Komplexní přístup v péči o klienta – seniora není v současné době levnou záležitostí a vyžaduje participaci všech tří složek systému na financování péče, tedy rodiny, poskytovatele služeb a nakonec klienta samotného.

Základní vnitřní problémy:

- Absence komplexního přístupu ke klientovi – klient je chápán jako subjekt přijímající zdravotnickou péči. Jeho sociální potřeby nejsou dostatečně akceptovány. Řešení leží v multidisciplinárním přístupu ke klientovi, v ideálním případě jsou to následující disciplíny, podílející se na péči o klienta:

lékařská, zdravotnická a pečovatelská péče, logopedie, aktivity, ergoterapie, fyzioterapie, muzikoterapie, pohybová terapie, psychologie, a pastorační práce.

- Řeší se pouze okamžitý stav klienta – není vypracovaný individuální dlouhodobý plán péče, který v maximální míře rozvíjí zbylé schopnosti a dovednosti klienta. Je třeba individuální plán koncipovat na bázi multidisciplinárního přístupu následovně: sociální anamnéza, zdravotní anamnéza, subjektivní potíže, intervence, harmonogram konzultačních disciplín.
- Nediferencované umístění klientů – umístění se řídí volnou kapacitou v zařízení, nebývají dostatečně rozlišeni klienti s geriatrickou a psychogeriatrickou indikací. To vede k problémům se zajištěním se zajištěním péče pro klienty s indikací psychogeriatrickou, kteří v mnohých případech potřebují zvláštní režim.¹⁴⁴

Základní vnější problémy:

- Neexistuje statut ošetrovatelského domova – i přes poskytování náročných ošetrovatelských úkonů není toto zohledněno.
- Absence minimálního standardu péče – značně ovlivňuje rozhodování klienta při volbě konkrétního zařízení.¹⁴⁵

Plánování v ústavech pro seniory

Základní vnitřní problémy:

- Obtížná akceptace adaptace na trh – zařízení těžko přijímá fakt, že je to právě klient, který vytváří trh poptávky. Případná *ziskovost* při poskytování péče je chápána na úkor kvality služeb pro klienta. Je třeba cíleně oslovovat ředitele zařízení formou přednášek s hlavním tématem *kdo je klient?* Je třeba si uvědomit, že ziskovost spočívá ve spokojeném klientovi, který se vrací a zařízení doporučuje. Forma vlastnictví je druhořadá.
- Nedostatečný globální přehled o vývoji trhu – zařízení těžko opouští zaběhnutý model funkce, případná zásadní změna je jen těžko akceptovatelná. Zařízení by měla dlouhodobě formulovat své postavení v síti sociálních služeb.

¹⁴⁴ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 115.

¹⁴⁵ MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 104.

Specializace umožní zařízením efektivněji využívat zdroje a zkvalitňovat své služby.

Základní vnější problémy:

- Absence dlouhodobého plánu rozvoje – zařízení nefunguje na základě dlouhodobého plánu rozvoje. Koncepce řeší momentální místní, či okresní potřeby.
- Plánování na bázi *rozpočet – opatření – vize – zařízení* odvíjí svoji strategii od rozpočtu, se kterým disponují. Stavba rozpočtu nedává možnost pružně reagovat na měnící se strukturu klientů a jejich potřeb.

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 EMPIRICKÝ VÝZKUM

5.1 Východiska výzkumu a jeho předpoklady

Výzkum proběhl ve dvou vybraných rezidenčních zařízeních pro seniory. V prvním případě se jednalo o **Domov pro seniory Věstonická 4304/1 v Brně** a v druhém šlo o typově shodné zařízení, a to **Domov pro seniory Máj na adrese Větrná 13 v Českých Budějovicích**. V těchto zařízeních byl stanoven rozsah výzkumného souboru a specifikována samotná kritéria výběru respondentů. Jelikož rozsah práce a zejména doba vyhrazená samotnému zkoumání je limitujícím faktorem pro použití náročnějších výzkumných metod, jako ideální výzkumná metoda se jevil kvantitativní výzkum formou dotazníku. Samotné vyplnění dotazníku proběhlo za účasti proškolených tazatelek formou rozhovoru s respondenty.

Ve snaze o dodržení potřebné objektivity výzkumu a v závislosti na konkrétních zkoumaných jevech bylo v dotazníku použito jak uzavřených, tak i polouzavřených otázek. Výzkum v sociálně pedagogické oblasti nutně narazil též na jevy, které nejsou přímo pozorovatelné, a zjišťují se nepřímě. V takovém případě byly tyto jevy v dotazníku měřeny škálami, na nichž respondenti označili míru jejich ztotožnění s danou vlastností. Empiricky nasbírané údaje z terénu byly dále zpracovány a statisticky vyhodnoceny. Na základě výsledků výzkumu budou posléze formulovány návrhy a další opatření.

Tímto směrem se rovněž ubírá zpracovaná analýza, která si klade za cíl stručně shrnout hlavní výsledky šetření, zhodnotit výpovědní potenciál a připojit náměty na případný další postup. Analýza se týká souboru celkem 100 respondentů, vždy po 50 z každého typu zařízení.

Dříve, než přistoupíme k empirické části samotného výzkumu, je na tomto místě vhodné stručně přiblížit základní charakteristiky a údaje o vybraných rezidenčních zařízeních, kde sběr dat probíhal. Zařízení nebyla vybrána náhodně, nýbrž s ohledem na vypovídací schopnost získaných výstupů výzkumu. Byl brán zřetel na velikost aglomerací, kde se tato zařízení nachází, přičemž obě jsou umístěna ve vyšších samosprávních celcích, majících statut krajského města. Zohledněna byla rovněž velikost zařízení samotných, včetně typologie a rozsahu poskytovaných služeb, tak aby byla obě zařízení porovnatelná.

Domov pro seniory Věstonická 4304/1

Domov pro seniory se sídlem **Věstonická 4304/1 v Brně** je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je statutární město Brno, které dotuje jeho provoz.

Předmětem činnosti Domova pro seniory Věstonická 4304/1 je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zřizovací listiny, **poskytování sociálních služeb typu:**

- **Domov pro seniory** - § 49 zákona č. 108/2006 Sb.;
- **Domov se zvláštním režimem** - § 50 zákona č. 108/2006 Sb.;

Hlavní činností této instituce je poskytování pobytových služeb sociální péče podle **zákona č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách (*pozn. dále jen zákon*), spočívající zejména v následujících oblastech.¹⁴⁶

- Poskytování odlehčovacích služeb (ve smyslu ust. § 44 zákona);
- Služby poskytované „Denními stacionáři“ (§ 46 zákona);
- Služby poskytované „Domovy pro seniory“ (§ 49 zákona);
- Služby poskytované „Domovy se zvláštním režimem“ (§ 50 zákona);

Domov pro seniory byl uveden do provozu v roce 1996. Jedná se o pobytové zařízení sociální péče, které poskytuje celoroční ubytování, celodenní stravování, ošetrovatelskou, zdravotní a aktivační péči pro seniory. Domov se nachází v městské části Brno - Vinohrady. Předností je i velmi vhodné situování do blízkosti městské hromadné dopravy, která však nepůsobí rušivě na pohodlí klientů. K domovu náleží rozsáhlá zahrada.

Domov pro seniory Věstonická má s poskytováním služeb již několikaletou zkušenost. Služby poskytuje v zařízení, jehož zřizovatelem je statutární město Brno. Rozhodnutím č. j. JMK 104879/2007 vydaným Krajským úřadem Jihomoravského kraje ze dne 08. 08. 2007 je sociální služba domov pro seniory zaregistrována. Posláním domova pro seniory je poskytnout bezpečné, důstojné a spokojené prostředí občanům, kteří z důvodu stáří či pro trvalé změny zdravotního stavu mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, jenž jim nemůže být zajištěna členy rodiny v domácím prostředí nebo jinými službami terénní péče. V rezidenčním zařízení jsou dodržována základní lidská práva, podporován aktivní přístup k životu, který vychází z individuálního přístupu k uživatelům, z individuálních cílů uživatelů a umožňuje důstojné dožití života. V domově funguje nepřetržitá služba. Uživatel má možnost kdykoli

¹⁴⁶ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

se obrátit na pracovníka na oddělení. Uživatel, který nemůže chodit, má v dosahu zvonek na přivolání personálu. Ve spolupráci pracovníků přímé péče, pracovní terapie a rehabilitace je vyvíjena snaha, aby si klienti udrželi co nejdéle samostatnost při vyřizování osobních a úředních záležitostí (pošta, spořitelna, kulturní akce mimo areál evidenčního zařízení apod.) při jídle, oblékání, použití toalety apod. Jsou však respektovány zároveň jejich schopnosti a individuální potřeby. V domově jsou pořádány akce, na které vedení zve i příbuzné a známé klientů. Cílovou skupinu tvoří senioři, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního nebo plného invalidního důchodu:

- od dosažení 50 let věku výše,
- kteří z důvodu stáří či pro trvalé změny zdravotního stavu mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, jež jim nemůže být zajištěna členy rodiny v domácím prostředí nebo jinými terénními službami sociální péče.

Poskytovaná služba je nabízena v rámci Jihomoravského kraje, případně zájemci, který má ke kraji vztah (má v kraji příbuzné, rodiště).¹⁴⁷

Službu nelze poskytnout z níže uvedených důvodů:

- z důvodu nedostatečné kapacity domova,
- osobám, které nesplňují cílovou skupinu,
- osobám s demencí a Alzheimerovou demencí,
- osobám, které vyžadují trvalou lékařskou ústavní péči,
- nevidomým a neslyšícím osobám,
- osobám, které trpí akutní infekční, parazitární nebo pohlavní nemocí (TBC, žloutenka apod.),
- osobám s mentálním postižením,
- osobám s opakujícími se projevy agresivity a chováním znemožňujícím poskytování bezpečných služeb a soužití s ostatními klienty (dle lékařského posudku),
- alkoholikům v akutní fázi, osobám drogově závislým a osobám se soudně nařízenou ochrannou léčbou.

¹⁴⁷ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

- pokud o sociální službu žádá osoba, které zařízení vypovědělo smlouvu o poskytování téže sociální služby v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí, a to z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy.
- osobám, které umístěním potřebují řešit bytovou otázku.¹⁴⁸

Toto rezidenční zařízení nabízí svým klientům níže uvedený výčet základních hrazených služeb:

- ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových a vícelůžkových pokojích;
- úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení;
- zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel;
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu (oblékání, svlékání, přesun na lůžko nebo vozík, při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, při podávání jídla a pití, při prostorové orientaci, samostatném pohybu), podporu a nácvik soběstačnosti;
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (při úkonech osobní hygieny, při základní péči o vlasy a nehty, při použití WC);
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů; pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a podpora a pomoc při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob);
- aktivizační činnosti (volnočasové a zájmové aktivity; pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím; nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností), individuální i skupinové aktivity;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí;
- ošetrovatelskou a zdravotní péči, sociální služby;
- duchovní služby (zajištění prostor pro provozování bohoslužebných úkonů, kaple);
- dle zájmu uživatelů jsou v domově zabezpečovány kadeřnické, holičské, pedikérské služby a drobné nákupy. Drobné nákupy zajišťují pracovníci

¹⁴⁸ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

domova v kantýně nebo na prodejních stáncích domova, a to na požádání osamělých a imobilních klientů.¹⁴⁹

Personální zajištění služby

Sociální služba je realizována vlastními zaměstnanci. Převaha těchto zaměstnanců je určena k výkonu přímé obslužné péče. V týmu zaměstnanců jsou i obslužné profese určené pro zajišťování činností spojených se službou poskytovanou uživatelům (úklid, praní prádla, údržba, administrativa a stravování). Zaměstnanci pečující o uživatele jsou absolventi specializovaných oborů zdravotní sestra, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut, apod.¹⁵⁰

Ubytování

Domov pro seniory disponuje celkem 66 jednolůžkovými pokoji, 61 dvoulůžkovými (z toho je 8 manželských pokojů), 4 třílůžkovými a 1 čtyřlůžkovým pokojem. Většina dvoulůžkových a jednolůžkových pokojů tvoří buňku, ke které přísluší WC a umývadlo, u některých je sprchový kout a balkon. Na každém oddělení jsou na chodbách koupelny a sprchové kouty. Pokoje jsou vybaveny polohovacími postelemi, dle potřeby se souhlasem klienta bočními zábranami, vzpřimovacími hrazdami, nočním stolem, jídelním stolem, židlemi, vestavěnými skříněmi. Pokoj je možno doplnit drobnými předměty (poličky, obrázky, televize, rádio – koncesionářské poplatky hradí klient ve vlastní režii). Každý imobilní klient má k dispozici jídelní stůl a WC křeslo. Jednolůžkové pokoje jsou obsazovány dle pořadníku již ubytovanými klienty.¹⁵¹

Služba **domov se zvláštním režimem** disponuje celkem 60 jednolůžkovými pokoji, 60 dvoulůžkovými a 10 manželskými pokoji. Dvoulůžkový a jednolůžkový pokoj tvoří buňku, ke které přísluší WC a umývadlo a sprchový kout. Na každém oddělení jsou na chodbách koupelny a sprchové kouty. Pokoje jsou vybaveny polohovacími postelemi se vzpřimovacími hrazdami, v případě potřeby je možno využít boční zábrany (se souhlasem klienta nebo na základě doporučení lékaře), nočním stolem, jídelním stolem, židlemi, vestavěnými skříněmi. Pokoj je možno doplnit drobnými předměty (poličky, obrázky, televize, rádio – koncesionářské poplatky hradí klient ve vlastní režii). V případě

¹⁴⁹ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

¹⁵⁰ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

¹⁵¹ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

potřeby má uživatel k dispozici jídelní stůl a WC křeslo. Jednolůžkové pokoje jsou obsazovány dle pořadníku již ubytovanými klienty.¹⁵²

Ošetrovatelská a zdravotnická péče

Ošetrovatelskou péčí zajišťují pracovníci v sociálních službách a zdravotnickou péčí registrované zdravotní sestry tak, aby byly v rámci možností maximálně uspokojeny potřeby klientů, což představuje pomoc při osobní hygieně a převlékání, roznášení stravy, pomoc při jídle, provádění jednoduchých rehabilitačních úkonů, zajišťování doprovodu klientů, zabezpečení úklidu, hygieny a základních zdravotních úkonů. Domov nemá v zaměstnaneckém poměru lékaře. Lékařská péče je zajištěna čtyřmi praktickými lékaři, kteří mají uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Lékaři pravidelně dochází do zařízení, vč. zabezpečení akutních stavů. Je na rozhodnutí uživatele služby, zda se zaregistruje u lékaře, který do domova dochází nebo si zvolí jiného. V případě nutnosti je přivolána rychlá záchranná služba. Příbuzní jsou upozorňováni na zákonem stanovenou povinnost, že informace o zdravotním stavu klienta může poskytnout pouze lékař. Pravidelně dochází do domova dva lékaři psychiatři a dle potřeb jednotlivých obyvatel odborní lékaři - oční, internista, psychiatr, psycholog, urolog, diabetolog, kožní, endokrinolog a stomatolog.¹⁵³

Ergoterapie a rehabilitace

Pracovníci ergoterapie se v úzké spolupráci s fyzioterapeutkami zaměřují především na uchování soběstačnosti uživatelů a jejich postupného zapojování do systému vyplnění volného času dle zájmů a schopností. Klienti v „dílnách“ mají možnost věnovat se šití, vyšívání, pletení, háčkování, tapiku, malbě na sklo, porcelán, kameny, hedvábí, lepení mozaiky, tvorbě dekorací dle ročních období, výrobě keramiky, pečení cukroví, perníčků, vaření, společenským hrám, tréninku paměti a kognitivních funkcí, poslechu rozhlasu, sledování videa, četbě, výuce na PC - internet. Velkou oblibu si získaly sportovní činnosti - ruské kuželky, hry s míči, sportovní hry s opékáním uzenin a krojované důchodcovské hody s vlastnoruční výrobou krojů. Domov nabízí uživatelům psychoterapii, pohybovou terapii, canisterapii a muzikoterapii.¹⁵⁴

Rehabilitační péči provádí na jednotlivých odděleních registrovaná fyzioterapeutka. Níže je uveden podrobnější výčet zajišťovaných fyzioterapeutických aktivizačních úkonů:

¹⁵² <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

¹⁵³ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

¹⁵⁴ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

- Léčba bolesti akutní a chronické - elektroléčebné přístroje - magnetoterpie, ultrazvuk, phyaction (léčba interferenčními proudy);
- Léčba dermatologická - biolampa 3D, bioptronové lampy malé;
- Vodoléčebné procedury - vířivka pro horní končetiny, vířivka pro dolní končetiny;
- Posilovna - multifunkční přístroj, stacionární rotopedy mechanické, stacionární rotopedy elektrické, přenosný rotoped elektrický (imobilní klienti);
- Pro nácvik a podporu vertikalizace ve stoji - Handycare elektrický zvedák se závěsným zařízením;
- V tělocvičnách a na jednotlivých odděleních probíhá skupinový léčebný tělocvik;¹⁵⁵

Stravování

Ve stravovacím provozu domova se připravuje racionální, dietní, diabetická i šetřící strava dle doporučení nebo předpisu lékaře v souladu s vyhláškou č. 83/1993 Sb. Klient má v případě oběda možnost výběru ze dvou variant jídel. Jednou měsíčně se schází zástupci klientů s nutriční terapeutkou. Na schůzkách mohou projevit svá přání a připomínky. Nutriční terapeutka navštěvuje průběžně jednotlivá oddělení, kontroluje vydávání stravy a zjišťuje spokojenost klientů.¹⁵⁶

Praní prádla

V prádelně tohoto rezidenčního zařízení je zajištěno praní a žehlení ložního prádla a osobního prádla klientů. Dle potřeby jsou zajištěny opravy a nenáročné úpravy prádla a oděvů.¹⁵⁷

Úklid

Úklid všech prostor domova je zabezpečen zaměstnanci a je prováděn nejméně jedenkrát denně (dle potřeby vícekrát) v pokojích tak, aby bylo co nejméně narušeno soukromí klientů.¹⁵⁸

¹⁵⁵ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

¹⁵⁶ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

¹⁵⁷ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

¹⁵⁸ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

Další služby

Domov zprostředkovává služby profesí: holič, kadeřnice, pedikérka. Tyto služby si klient hradí sám.

Nákupy

Klienti mají možnost drobných nákupů a tisku v kantýně. Každý měsíc se konají v domově malé trhy, kde je možno zakoupit textilní a drogistické zboží, kosmetiku, obuv a dárkové předměty. Pokud nemá klient jinou možnost, může požádat o zajištění nákupu sociální pracovníci nebo pracovníka na oddělení.

Kultura

Pravidelně jsou v DS pořádány kulturní pořady a vystoupení. Od besídek dětí z mateřských a základních škol, až po vystoupení profesionálních souborů, zejména hudebních a tanečních. Výhodou DS je skutečnost, že jsou k dispozici prostory i pro náročnější akce a vystoupení (posezení u cimbálu, hudební odpoledne, přednášky, divadelní vystoupení aj.) Pro věřící klienty se v DS konají pravidelné bohoslužby. K dispozici je rozsáhlá knihovna. Na kulturní a společenské akce v DS jsou taktéž zváni příbuzní a známí klientů. V červnu jsou pro klienty pořádány výlety (např. Muzeum kočárů, ZOO Jihlava, Papouščí ZOO, Pštroší farma, Lednický skleník atd.). Výletů se účastní také klienti upoutaní na invalidní vozíček. Každý rok v září pořádá domov pro seniory důchodcovské hody.¹⁵⁹

Vstup uživatele do služby

Klient je do domova přijímán na základě žádosti o umístění, která je zanesena v pořadníku zájemců o službu. Součástí žádosti je vyjádření ošetřujícího lékaře, případně kopie rozhodnutí o příspěvku na péči, a potvrzení o výši důchodu, pokud žadatel uplatňuje nárok na snížení úhrady podle § 73, odst. 3, zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění. Před nastoupením žadatele do domova je provedeno sociální šetření s cílem dojednání služby - podání srozumitelné informace o poskytované službě, zjištění představ, přání a osobních cílů zájemce o službu. Před nástupem do zařízení mají zájemci o službu možnost prohlédnout si domov. Po příchodu do domova je klient přijat v kanceláři sociální pracovníce, která zavede osobní údaje do počítače, kmenové knihy a knihy nástupů. Po dohodě s klientem odešle ČSSZ hlášení o přijetí do domova, oznámí příslušné poště

¹⁵⁹ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

změnu adresy klienta a požádá o dosílku důchodu. Projedná s klientem Smlouvu o poskytování sociální služby. Vzor Smlouvy, Domácího řádu, ceníku fakultativních služeb a osobní dotazník jsou před nástupem zájemci o službu zapůjčeny domů k důkladnému prostudování. Smlouva obsahuje zejména cenu za službu, práva a povinnosti uživatele, práva a povinnosti poskytovatele. Sociální pracovnice dojedná ve smlouvě prvotní cíl, pravidla pro výplatu důchodu, nabídne možnost přihlášení k trvalému pobytu, upozorní na možnost uložení cenných věcí do úschovy domova a poskytne další informace zajímaví klientu a jeho doprovod. Po vzájemné dohodě dojde k podpisu smlouvy. Sociální pracovnice zavede osobní složku, do které se ukládají veškeré dokumenty týkající se pobytu uživatele, které jsou shromažďovány na sociálním oddělení. Doprovodí uživatele na oddělení a seznámí ho s úsekovou sestrou. Úseková sestra a klíčový pracovník poskytují další informace - o chodu oddělení, aktivitách domova atd. a provází jej celým procesem adaptace.¹⁶⁰

Časový rozsah služby

Domovem poskytovaná služba domov pro seniory je celoroční, zajišťovaná 24 hodin denně.¹⁶¹

Metody práce s uživatelem

Metody práce s uživatelem jsou voleny s ohledem na jeho fyzické a psychické možnosti a na způsob jeho života před nástupem do domova. Poskytovatel má písemně zpracovaná vnitřní pravidla, podle kterých informuje klienty o službě srozumitelným způsobem. Projednává s uživatelem jeho požadavky, očekávání, osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat. Metody práce s uživatelem se dělí z několika hledisek. Z hlediska potřebnosti uživatele neboli jeho závislosti na pomoci druhé osoby a na metody ošetrovatelské, metody rehabilitační a aktivizační (fyzioterapie, ergoterapie, volnočasové aktivity) a metody podpory osobních cílů uživatele. Podle povahy metody jsou práce s klientem prováděny kolektivně nebo individuálně. Domov počítá také se spoluprací rodiny, přátel a známých. Pokud potřeby klienta překračují možnosti domova, domov se může podílet na zprostředkování služby, kterou neposkytuje.¹⁶²

¹⁶⁰ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

¹⁶¹ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

¹⁶² <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

Způsob jakým jsou uživatelé zapojeni do rozhodování o využití služby

Zájemcům jsou poskytovány informace, konzultace, prohlídky domova a jsou zváni na akce pořádané domovem ještě před jejich nástupem do domova. Na pravidelných schůzkách vedení domova s klienty jsou uživatelé informováni o všech záležitostech rozhodných pro jejich život v domově a jsou přímo vybízeni, aby vznášeli své připomínky a podněty. Uživatel je informován o možnosti anonymního podání stížností, připomínek a podnětů (prostřednictvím schránek v domově). Každý uživatel má svého klíčového pracovníka, který zodpovídá ve spolupráci s úsekovou sestrou za vytvoření, aktualizaci a realizaci individuálního plánu. Pravidelně se s uživatelem schází a sleduje jeho zájmy a potřeby, průběžně vyhodnocuje, zda jsou naplňovány osobní cíle uživatele.¹⁶³

Způsob a vyřizování stížností

Každý klient má právo vyjádřit svůj názor na poskytované služby nebo jejich průběh. Může tak učinit písemně nebo ústně, a to formou podnětu, připomínky, stížnosti. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby řeší standard č. 7, který je k dispozici uživatelům i návštěvám na odděleních. Při podpisu smlouvy obdrží každý nový uživatel návod, jak podat stížnost včetně informace, jak je stížnost vyřizována. Na odděleních jsou tyto informace pro uživatele vyvěšeny v jednoduché formě na viditelném místě na nástěnkách.¹⁶⁴

Materiální zabezpečení

Materiální a technické podmínky pro provoz služby v tomto rezidenčním zařízení splňují podmínku danou ust. § 79, odst. 1, písm. e) zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Komplex domova tvoří tři navzájem propojené budovy. Kapacita celého domova je 404 lůžek, z toho domova pro seniory 204 lůžek (66 jednolůžkových, 53 dvoulůžkových, 4 třílůžkové a jeden čtyřlůžkový pokoj). Většina dvoulůžkových a jednolůžkových pokojů tvoří buňku, ke které přísluší WC a umývadlo, u některých je součástí sprchový kout. Na každém oddělení jsou na chodbách koupelny a sprchové kouty. Pokoje jsou vybaveny polohovacími postelemi, dle potřeby bočními zábranami, vzpřimovacími hrazdami, nočním stolem, jídelním stolem, židlemi, vestavěnými skříněmi. Pokoj je možno doplnit drobnými předměty (poličky, obrázky, koncesionářské poplatky za rádio a televizi hradí klient ve vlastní režii). Každý imobilní klient má

¹⁶³ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

¹⁶⁴ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

k dispozici jídelní stůl a WC křeslo. Pro přípravu a výdej jídla slouží personálu na odděleních plně vybavené přípravný jídel. Na každém oddělení je jídelna, společenská místnost s čalouněným nábytkem, televizorem a pro kuřáky je zde kuřárna. Všechny pokoje klientů jsou vybaveny signalizací pro přivolání personálu. Centrální panel je umístěn na sesterně. Na chodbách je signalizace hlášení požáru. Chodby jsou vybaveny bezpečnostními prvky (madla, protiskluzové podlahy). K dispozici je zvedací zařízení pro koupání a přemísťování imobilních uživatelů a koupací vozíky. V areálu domova je kantýna na nákup drobného zboží. V přízemí budovy C je u vchodu vhodně situován provoz kadeřnictví a pedikúry. Pro skupinové rehabilitační cvičení jsou v suterénu k dispozici dvě velké tělocvičny vybavené posilovacími stroji, míči, kuželkami, tyčemi, therabandy, overbally, zátěže různé hmotnosti, ribstoly, rotopedy a motomedem. Individuální rehabilitace je poskytována ve speciálně vybavené tělocvičně. Místnosti pro fyzioterapii jsou vybaveny magnetoterapeutickými a ultrazvukovými přístroji, dále je k dispozici phyaction, biolampa, rotopedy atd. Místnost vodoléčby je vybavena vířivkou pro horní a dolní končetiny. Ergoterapie využívá dvě dílny vybavené šicími stroji, pracovními stoly a pomůckami pro nácvik jemné motoriky a kuchyňkou s potřebným nádobím a elektrospotřebiči. Oblíbená je práce s hlínou v keramické dílně, která je vybavena pecí a kruhem. Ve velké jídelně je zřízen internetový koutek. Prostory rehabilitace a ergoterapie včetně vybavení slouží pro obě poskytované služby. Stravování je zajišťováno ve vlastním stravovacím provozu přičemž technické vybavení kuchyně plně odpovídá požadavkům na stravovací služby a platným hygienickým předpisům. V suterénu domova je umístěno provozní zázemí - prádelna, úklid, šatny, údržba, sklady, ordinace a kanceláře. Pro kulturní vyžití klientů slouží kinosál s podiím a zázemím pro účinkující, dále je zde místnost klubovny, která je využívána pro školení a různé akce. V domově je možno využít knihovnu. Příjemné posezení nabízí pro klienty i jejich rodinné příslušníky terasa a prostorná zahrada. Pro duchovní rozjímání má domov vybudovanu kapli. Areál domova je celý bezbariérový, k pohybu a přesunu klientů slouží výtahy. Část přístupových prostor je monitorována bezpečnostními kamerami a sledována na vrátnici budovy A. Objekt je vybaven odpovídajícím počtem hasicích přístrojů, resp. hasicích jednotek, dle požárně bezpečnostního řešení stavby, vypracovaného v souladu s prováděcí vyhláškou č. 246/2001 Sb., a č. 23/2008 Sb., k zákonu o požární ochraně č. 133/1985 Sb.

Vedení domova informuje uživatele o všech důležitých záležitostech týkajících se života v domově, a to na pravidelných schůzkách se zástupci klientů jedenkrát měsíčně,

jedenkrát za tři měsíce setkání všech klientů domova nebo jejich rodinných příslušníků s vedením domova. Informace pro klienty jsou pravidelně sdělovány vývěskami na nástěnkách. Každou středu od 15:00 do 16:00 hodin mají možnost klienti i jejich rodinní příslušníci přednést své osobní problémy, přání či připomínky řediteli domova. Vedení domova informuje širokou veřejnost o poskytované službě prostřednictvím webových stránek, letáků a článků v tisku. Pro komunikaci s rodinami klientů a veřejností využíváme internet. Zájemci o službu mají možnost sjednat si schůzku a prohlédnout si domov.¹⁶⁵

Domov pro seniory Máj na adrese Větrná 13 v Českých Budějovicích

Předmětem činnosti Domova pro seniory Máj se sídlem na adrese Větrná 13 v Českých Budějovicích je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zřizovací listiny, **poskytování sociálních služeb typu:**

- **Domov pro seniory** - § 49 zákona č. 108/2006 Sb.;
- **Domov se zvláštním režimem** - § 50 zákona č. 108/2006 Sb.;

Hlavní činností této instituce je poskytování pobytových služeb sociální péče podle **zákona č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách (*pozn. dále jen zákon*), spočívající zejména v následujících oblastech.

- Poskytování odlehčovacích služeb (ve smyslu ust. § 44 zákona);
- Služby poskytované „Denními stacionáři“ (§ 46 zákona);
- Služby poskytované „Domovy pro seniory“ (§ 49 zákona);
- Služby poskytované „Domovy se zvláštním režimem“ (§ 50 zákona);

Celková kapacita je 127 lůžek na jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Veškeré prostory Domova pro seniory Máj jsou s bezbariérovým přístupem.¹⁶⁶

V říjnu roku 2002 byla zahájena přestavba hotelu Máj na domov důchodců. Práce byly úspěšně dokončeny o 14 měsíců později a 19. 12. 2003 byl celý objekt předán Statutárnímu městu České Budějovice. Slavnostního předání se mj. zúčastnil i primátor města doc. RNDr. Miroslav Tetter, CSc., zástupci Magistrátu města i Krajského úřadu Jihočeského kraje. Původní hotel se skládal ze dvou objektů. V prvním se nacházelo zázemí kuchyně, restaurace a ostatních komerčně využívaných prostor (cestovní kancelář, kadeřnictví, atd.). Ve druhém pak byla umístěna strojovna vzduchotechniky a hotelové

¹⁶⁵ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.

¹⁶⁶ <http://www.ddmajcb.cz>.

ubytování. Během přestavby vznikla nástavba dvou pater a přístavba čtyřpodlažního zděného bloku. Celková cena rekonstrukce přesáhla 128 mil. korun.

Nad vstupní halou byla vytvořena nástavba, pro jejíž realizaci bylo nutné vytužit přízemní prostory. Využití válcových sloupů je více než zdařilé. Jsou zajímavým prvkem haly a rozdělují jinak rozsáhlý prostor. Půdorys jednotlivých pater vzdáleně připomíná čtyřlístek. Ve středu je vždy větší „náměstíčko“, ze kterého vycházejí čtyři chodby, na kterých jsou vstupní dveře k jednotlivým pokojům. Jsou dostatečně široké i pro vozíčky, či lůžko. Po obou stranách mohou obyvatelé využívat dřevěných madel. Nevýhodou jsou pouze okna, neboť chodby jsou uvnitř objektu z obou svých stran plně využity. Jsou tedy opatřeny vždy jen jedním oknem, které je v jejich koncích. Dále je na každém pokoji instalována přípojka na televizní anténu, několik elektrických zásuvek, telefonní přístroj, dorozumívací zařízení se sestrami zvonek u každého lůžka a v koupelně, okenní žaluzie a záclony. Obyvatelé tohoto rezidenčního zařízení mají samozřejmě možnost vybavit si pokoj dle svého přání, vkusu a možností. Jedinou podmínkou je zachování prostoru pro manipulaci s vozíčkem a v případě dvoulůžkového pokoje souhlas spolubydlícího. Každý pokoj má vlastní koupelnu s toaletou. Obyvatelé mohou využívat bezbariérově řešené sprchové kouty, které jsou vybaveny praktickou sklápěcí sedačkou. Méně pohyblivým lidem mohou být ku pomoci madla, která jsou jak ve sprše, tak u toalety. Koupelny mají vlastní topení, velké umyvadlo, nastavitelné zrcadlo a protiskluzovou podložku. Pro ty, kteří se nechťejí či nemohou sami sprchovat ve vlastní koupelně, slouží tzv. centrální koupelna, která je na každém patře. V těchto koupelnách je vždy jedna vana, ve které se obyvatelé koupou dle předem daného harmonogramu či podle potřeby. S obsluhou vany příp. i s koupelí pomáhají obyvatelům ošetřovatelky. Jídelna, kde se scházejí k jídlu obyvatelé jednoho z našich oddělení, a kde pořádáme i četné kulturní akce. Kaple domova je každou sobotu navštěvována věřícími obyvateli k pravidelné mši a jednou za čtrnáct dnů se zde zájemci scházejí na zpívání křesťanských písní. Objekt je vybaven odpovídajícím počtem hasicích přístrojů, resp. hasicích jednotek, dle požárně bezpečnostního řešení stavby, vypracovaného v souladu s prováděcí vyhláškou č. 246/2001 Sb., a č. 23/2008 Sb., k zákonu o požární ochraně č. 133/1985 Sb.¹⁶⁷

Personální zajištění služby

Sociální služba je realizována vlastními zaměstnanci. Převaha těchto zaměstnanců je určena k výkonu přímé obslužné péče. V týmu zaměstnanců jsou i obslužné profese určené

¹⁶⁷ <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=cs&oid=349023>.

pro zajišťování činností spojených se službou poskytovanou uživatelům jako je úklid, praní prádla, údržba, administrativa a stravování. Ve stravovacím provozu domova se připravuje racionální, dietní, diabetická i šetřící strava dle doporučení nebo předpisu lékaře v souladu s vyhláškou č. 83/1993 Sb. Zaměstnanci pečující o uživatele jsou absolventi specializovaných oborů zdravotní sestra, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut, apod.

Zdravotní péče

Ošetrovatelská a lékařská péče je v tomto zařízení poskytována týmem zdravotnických pracovníků po celých 24 hodin denně, 365 dní v roce. Tento tým poskytuje léčebně preventivní péči. Domov pro seniory Máj je rozdělen na tři oddělení:

- oddělení A - poskytování sociální péče v domově pro seniory podle § 49 a § 91 zákona č. 108/2006 Sb.;
- oddělení B - poskytování sociální péče pro osoby se zdravotním postižením podle § 48 a § 91 zákona č. 108/2006 Sb.;
- oddělení C - poskytování sociální péče v domově se zvláštním režimem podle § 50 a § 91 zákona č. 108/2006 Sb.;

Komplexní ošetrovatelské péče je poskytována zejména imobilním, nebo částečně mobilním obyvatelům. Lůžka těchto obyvatel jsou polohovací, doplněna antidekubitárními matracemi, podložkami a ostatními antidekubitárními pomůckami. Na oddělení se zvláštním režimem je poskytována ošetrovatelská péče v souladu s uspokojováním bio-psycho-sociálních potřeb, neboť toto oddělení tvoří obyvatelé, kteří vyžadují zvláštní a citlivý přístup svých blízkých a odborný přístup ošetrovatelského personálu. Pokoje všech obyvatel jsou propojeny s pracovišti zdravotních sester jednotlivých oddělení centrální signalizací a uzavřené oddělení je navíc ještě vybaveno monitorovacím systémem, který je umístěn ve společných prostorách (chodby, jídelna). Součástí ošetrovatelské péče je rehabilitační péče, kterou zabezpečují dvě rehabilitační pracovnice. Tyto pracovnice zajišťují léčebně tělesnou výchovu, masáže, parafinové zábaly, elektroléčbu a vodoléčbu. Elektroléčba je poskytována ve dvou rehabilitačních místnostech, které jsou vybaveny magnetoterapií, ultrazvukem, diadynamickými proudy a dalšími pomůckami. Pro vodoléčebné procedury je určena centrální koupelna v 1. podlaží, kde je umístěna vana s perličkami. Hydraulické vany v centrálních koupelnách ostatních oddělení jsou vybaveny podvodními masážemi.

Lékařská péče je zajišťována praktickou lékařkou, která ordinuje přímo v domově 3 x týdně. Další odborní lékaři - psychiatr, neurolog, oční, kožní lékař a urolog docházejí do zařízení v pravidelných intervalech. K dispozici mají ošetrovnu v přízemí budovy, která je vybavena EKG, inhalátorem a dalšími přístroji pro poskytování ošetření. Ošetrovna slouží i pro převazování chronických defektů. Veškeré léky předepsané lékaři obyvatelům jsou dováženy hromadně. Jedním ze způsobů využití volného času našich obyvatel je ergoterapie, kterou zajišťuje diplomovaná ergoterapeutka a dvě sociální asistentky. Všechny tyto pracovnice denně dle harmonogramu zapojují obyvatele do rukodělných prací. Dvakrát týdně za příznivého počasí se sociální asistentky vydávají s obyvateli na procházky do blízkého okolí. Všichni zaměstnanci zdravotnického úseku se pravidelně účastní seminářů podle plánu seminárního školení vypracovaného na každý školní rok. Témata školení jsou vybrána tak, aby směřovala ke zvyšování úrovně znalostí zdravotnického personálu a zkvalitnění poskytovaných služeb. Domov pro seniory Máj je klinickým pracovištěm Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity České Budějovice, a proto zde studenti fakulty vykonávají praxi a stáže předepsané osnovami. V tomto zařízení rovněž probíhá teoretická výuka a praktická část kurzu „Pečovatel pro sociální službu“.¹⁶⁸

Rehabilitace

Důležitou a neodmyslitelnou součástí komplexní péče o obyvatele zdejšího domova je rehabilitace. Jejím cílem je udržet chodící i ležící obyvatele v nejlepší možné fyzické kondici. Někomu napomáhá k chůzi, někomu ke zvýšení tělesné kondice, jinému zase odpomůže od bolesti.

Základní rehabilitační metody jsou elektroléčba, vodoléčba, masáže a léčebná tělesná výchova individuální a skupinová. Za velice efektivní a inovativní metodu je ve zdejším zařízení aplikována magnetoterapie, která má, mimo jiné, analgetické a protizánětlivé účinky. Podstatná je skutečnost, že obyvatelé pocítují po této terapii značnou úlevu a v případě dlouhodobějšího působení i určité zlepšení zdravotního stavu. Dalšími elektroléčebnými procedurami jsou diadynamické proudy, ultrazvuk, biolampy a infrazářiče, jejichž efekt spočívá v prohřátí bolestivého místa. Účinná je v tomto případě následná částečná masáž.

Oblíbenými jsou u klientů vodoléčebné procedury – podvodní masáž a perličková koupel, které přispívají k prokrvení celého těla a obyvatelé v jejich průběhu relaxují.

¹⁶⁸ <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=cs&oid=349464>.

V dobře vybavené tělocvičně si mohou obyvatelé zacvičit na žíněnce, protáhnout se na žebřině či zajezdit na rotopedu – vždy pod dohledem nebo s pomocí kvalifikovaných rehabilitačních pracovníků. Péče o ležící obyvatele se soustřeďuje zejména na léčebnou tělesnou výchovu proti svalovým kontrakturám a dechová cvičení pro dobrou ventilaci plic.¹⁶⁹

Arteterapie

Výtvarné techniky usnadňují zdejší klientům vyjadřovat jejich pocity, terapeutovi jsou tak zpřístupněny některé osobnostní rysy, které mohou být jinak ztěžší rozpoznatelné. Kresby též vyjadřují chorobné změny, ohlašují začínající psychotický proces nebo jeho recidivu, ještě dříve, než je to možné postihnout jinou klinickou metodou. Užívá tvořivého procesu jako prostředníka urovnání emocionálních konfliktů a podporuje růst sebevědomí a osobnostní růst člověka. U některých klientů je neverbální technika jediným prostředkem komunikace mezi klientem a terapeutem. Jelikož skupina klientů, která se v našem zařízení věnuje arteterapii, je převážně postižena různými stupni demence, je tato forma komunikace s okolním světem velice prospěšná a přínosná. Přispívá také k procvičování paměti, ukotvení v realitě a procvičování jemné motoriky. Občas můžeme pozorovat i určité prvky soutěživosti mezi jednotlivými klienty a samozřejmě radost a uspokojení z vykonaného díla. V našem zařízení se vždy jedná o kolektivní formu arteterapie. Znamená to, že jde o uzavřenou skupinu klientů, která se navzájem již zná a po skončení práce se členové této skupiny mohou vyjadřovat k jednotlivým výtvarům ostatních, popřípadě o nich diskutovat. Arteterapie v tomto rezidenčním zařízení probíhá pod vedením zkušeného arteterapeuta, pana Bc. Vladimíra Horvátha, a to 1x týdně, vždy v sobotu dopoledne. Pan Horváth byl klienty zařízení přijat velice vřele. Trpělivě a s pochopením jim ukazuje jednotlivé techniky a provádí je mnohdy nepoznaným světem barev a nálad, které jsou spolu navzájem spojeny. Pan Bc. Horváth volí různá témata, která se vztahují k určitým etapám lidského života. Ať už se jedná o vytvoření abstraktní představy, či konkrétní vyjádření k určité problematice. Materiály, se kterými pracují, jsou nejčastěji – vodové barvy, pastelky, tuž, hlína, papír, štětce, materiál na koláže, lepidlo. Při každém sezení je vždy přítomen zdravotník, který se aktivně zapojuje do samotné terapie.¹⁷⁰

¹⁶⁹ <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=cs&oid=349451>.

¹⁷⁰ <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=cs&oid=349453>.

Canisterapie

Výcvikové canisterapeutické sdružení Hafík působí v Jihočeském kraji již pátým rokem a jeho cílem je především zavedení profesionálně prováděné canisterapie jako jedné z metod psychosociální podpory zdraví lidí všech věkových kategorií. Jde především o pozitivní působení za přítomnosti psa. Sdružení se svými otestovanými canisterapeutickými týmy, (pes + psovod), pravidelně provádí praktickou canisterapii ve vybraných zdravotně–sociálních zařízeních v Českých Budějovicích, Třeboni a v Jindřichově Hradci. Sdružení mj. velmi úzce spolupracuje se Zdravotně sociální fakultou Jihočeské Univerzity na zajištění odborných seminářů v oblasti Zooterapie. Jednou z organizací, jež pravidelně navštěvují týmy výcvikového canisterapeutického sdružení Hafík je zdejší domov pro seniory. Canisterapie je zde uskutečňována pravidelně 1x týdně. Canisterapie je zaměřena především na psychosociální podporu zdraví. S klienty domova je dále pomocí canisterapie pracováno na zlepšení jemné a hrubé motoriky, na trénování paměti a na zvýšení komunikaci. V plánu je také zapojení tzv. polohování.¹⁷¹

Ergoterapie

Ergoterapie probíhá na všech odděleních domova pro seniory. Provádí ji diplomovaná ergoterapeutka a dvě sociální asistentky. Obyvatelé stanice A, což jsou soběstační klienti, mohou docházet na ergoterapii každý všední den od 09:30 -11:30 hodin. Také obyvatelé ze stanice B, (imobilní klienti) a stanice C (psychiatrické oddělení), mají plánovanou ergoterapii každý všední den ve stejnou dobu. V rámci ergoterapie je poskytována jak skupinová, tak její individuální forma. V přízemí domova pro seniory se nachází ergoterapeutická dílna, kam mají možnost docházet obyvatelé ze stanice A. Terapeutické činnosti a techniky využívané v ergoterapii, které v domově zajišťují ergoterapeuti a sociální asistentky jsou tyto:

- práce s vlnou - pletení, háčkování;
- práce s textilem - šití;
- ubrousková technika;

Ve třetím patře se nachází ateliér, ve kterém se jeden ze zdejších obyvatel věnuje olejomalbě. Tento obětavý senior byl na základě dobrovolnosti zapojen do programu

¹⁷¹ <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=cs&oid=349458>.

zajišťování individuální terapie, čímž úspěšně napomáhá zajišťování této alternativní formy péče ve zdejších zařízení.¹⁷²

Práva klientů

- Klient má právo na ochranu osobních údajů a údajů o zdravotním stavu včetně zdravotní dokumentace, která je o klientovi vedena.
- Klient má právo být informován o svém zdravotním stavu. Po domluvě s lékařem může nahlédnout do zdravotní dokumentace, která je vedena v zařízení. Objasnění zdravotních problémů je podáno takovým způsobem, aby je klient pochopil. Klient má právo být informován o postupech lékařské péče a má právo odmítnout léčbu, pokud nejsou ohroženy základní životní funkce, přitom musí být informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- Klient má právo být respektován jako plnohodnotná osobnost bez ohledu na pohlaví, rasu, víru, přesvědčení, schopnosti a zdravotní stav.
- Klient má právo svobodně se rozhodnout o pobytu v zařízení, tj. o přijetí i ukončení pobytu. Trvá-li svéprávný klient na ukončení pobytu a umožňuje-li to jeho zdravotní stav, je pobyt ukončen i v případě nesouhlasu rodinných příslušníků.
- Klient má právo být v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí. Se sociálními podmínkami a prostředím ústavu je klient seznámen před přijetím. Klient má právo denně se stýkat se členy své rodiny a s přáteli, pokud nejsou závažné důvody k omezení návštěv.
- Klient má právo na vyjádření svých názorů a jejich respektování personálem a ostatními klienty, má právo na podání stížnosti bez obav z možných následků ze strany personálu. Uplatněním tohoto práva nesmí být narušena práva ostatních klientů. Stížnost lze podat ústní i písemnou formou u vedoucích pracovníků nebo ředitele ústavu. Písemné stížnosti jsou evidovány a klient má právo na projednání stížnosti.
- Klient má právo zvolit si individuální program při dodržování domácího řádu, rozhodne-li se, že se zúčastní činností organizovaných pracovníky ústavu, k aktivitám není nucen, ale motivován.
- Klient má právo mít drobné předměty, kterých si cení, jako jsou obrázky, fotografie a jiné upomínkové předměty. Po individuální dohodě i drobný

¹⁷² <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=cs&oid=349457>.

nábytek elektrospotřebiče. Uplatněním tohoto práva nesmí být narušena práva ostatních klientů. Klient má právo hospodařit s vlastními finančními prostředky, a pokud tyto prostředky spravuje z pověření klienta pracovník ústavu, může klient s těmito prostředky libovolně disponovat.

- Klient má právo na péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky, má právo znát jména lékaře a dalšího ošetřujícího personálu, má právo být zaregistrován u zdravotní pojišťovny, kterou si vybere.
- Klient má právo na to, aby v souvislosti s ošetřovatelskými úkony, léčbou a pobytem byly brány maximální ohledy na jeho soukromí. Přítomnost osob, které se vyšetření nebo ošetřovatelské péče přímo neúčastní, musí klient odsouhlasit. V závěru života má klient právo na citlivou péči všech pečujících pracovníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony a možnostmi zařízení.¹⁷³

Volnočasové aktivity

Klienti v Domově pro seniory Máj mají možnost vybrat si z nabídky volnočasových aktivit, které by je zajímaly a kterých by se rádi účastnili. Volnočasové aktivity se konají pravidelně. Na každé stanici je vyvěšen harmonogram volnočasových aktivit, který bývá ještě každý měsíc doplněn o aktuální kulturní program. Volnočasové aktivity našim klientům umožňují smysluplné vyplnění volného času.

Nabídka volnočasových aktivit

- Arteterapie;
- Canisterapie;
- Kulturní programy;
- Muzikoterapie;
- Skupinové hry;
- Trénování paměti;

Cíle volnočasových aktivit

- Ovlivnění zdravotního stavu klientů;
- Aktivizace;
- Zvýšení kvality života;

¹⁷³ <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=cs&oid=450499>.

- Zlepšení adaptace;
- Zvýšení sebevědomí;
- Zmírnění stresu;
- Zlepšení nebo udržení dovedností, schopností v oblasti fyzické, psychické i sociální;¹⁷⁴

5.2 Cíle výzkumu a jeho předpoklady

Na počátku výzkumu jsem si položil otázky, na něž jsem se snažil nalézt odpověď v konkrétním zařízení, tedy v Domově pro seniory Věstonická Brno a v Domově pro seniory Máj České Budějovice, a to:

- **zda úroveň poskytované zdravotní a sociální péče v jednotlivých rezidenčních zařízeních má zásadní vliv na kvalitu a délku života;**
- **jak senioři hodnotí úroveň poskytované péče v konkrétním rezidenčním zařízení;**

Celý výzkum je postaven jako ověřovací studie, která může plnit dvě funkce:

- **orientační zmapování rozsahu poskytované péče ve vybraných rezidenčních zařízeních;**
- **získání metodologických zkušeností o možnostech dotazování na tato témata;**

Dílčím cílem kvantitativního výzkumu je posouzení následujících podkategorií

- a) stanovit jaký je základní rámec poskytovaných služeb v jednotlivých rezidenčních zařízeních a jaké další služby jsou tato zařízení schopna seniorům poskytnout v rámci nadstandardní péče;
- b) jaká kritéria zásadně ovlivňují volbu konkrétního typu pobytových služeb sociální péče;

Vyhodnocením výstupů výzkumu budou verifikovány tři složené a dvě prosté hypotézy.

Hypotézy složené:

- a) **Čím vyšší úroveň poskytované základní zdravotní a sociální péče, tím vyšší dosahovaná délka stáří seniora.**

¹⁷⁴ <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=cs&oid=450499>.

- b) Čím vyšší úroveň poskytované nadstandardní péče, tím vyšší kvalita stáří seniora.
- c) Senioři v mladším věku přivyknou pobytu v rezidenčních zařízeních lépe, než na sklonku svého života.

Hypotézy prosté:

- a) Klienti s nadstandardními důchodovými příjmy preferují výběr rezidenčních zařízení respektujících jejich individuální potřeby.
- b) Úroveň finančního zajištění klienta zásadně ovlivňuje volbu konkrétního typu rezidenčního zařízení.

5.3 Metody a organizace výzkumu

Veškeré výzkumné aktivity se odehrávaly sběrem dat v terénu. Výhodou této metody, tedy terénního výzkumu, je získání odpovědí od respondentů v jejich přirozeném prostředí a každodenním životě, ovlivňujícím tak jen v minimální míře jejich myšlenkové pochody a volní vlastnosti. Hlavním cílem terénního výzkumu, bylo nalézt v co nejpřirozenějším prostředí odpovědi na otázky stanovené na jeho počátku. V tomto *kvantitativním výzkumu* tak byla využita *metoda dotazníku*, jež by měla pomoci blíže posoudit jak úroveň poskytované péče v obou rezidenčních zařízeních, tak i její odraz ve spokojenosti klientů. Rovněž forma sběru dat pomocí dotazníku se v tomto případě jevila pro splnění výzkumného úkolu jako nejvhodnější, už vzhledem k samotnému objemu výzkumného vzorku a k předpokládané míře návratnosti. Ke zjištění potřebných informací pro daný výzkum bylo nutné konstruovat dotazník s cílem zaměřit se přímo na hlavní cíl výzkumu, tedy na zodpovězení otázek týkajících se úrovně poskytované péče nepřímo ovlivňující kvalitu života seniorů ve vybraných rezidenčních zařízeních.

Na počátku samotného výzkumu bylo třeba ověřit, zda je kvantitativní výzkum ve vybraných rezidenčních zařízeních, co do skladby klientů, charakteru a rozsahu poskytovaných služeb, vůbec proveditelný. Dále bylo žádoucí, seznámit se rovněž s chodem obou zařízení, s běžným denním režimem klientů a v neposlední řadě s interními akty řízení upravujícími zásady výzkumné spolupráce a souvisejícími předpisy. Tato fáze výzkumu proběhla v obou rezidenčních zařízeních úspěšně, k čemuž podstatnou měrou přispěl obětavý přístup vedení a ošetřujícího personálu. Stěžejní částí výzkumu, bylo samotné vyplnění dotazníků, které, jak již bylo zmíněno v kapitole 5.1, předkládal respondentům v obou zařízeních k vyplnění seznámený personál. Bylo považováno za

vhodné potenciální klienty o výzkumném záměru informovat předem, aby nebyli provedeným úkonem eventuelně zaskočeni, a požádat je jménem zpracovatele po předchozím svolení vrchní sestry o souhlas.

Předem připravený anonymní dotazník obsahoval 18 otázek (viz. příloha č. 1). Otázky byly formulovány s ohledem na stav a potřeby klientů tak, aby jim byly srozumitelné, ačkoliv dle výpovědi personálu, ne vždy se klienti drželi položené otázky a občas se jejich pozornost přenesla spíše na rodinu a příbuzné, než na zhodnocení jejich spokojenosti s úrovní poskytované péče v rezidenčním zařízení jako takové. Prvních 12 otázek v dotazníku řazených v chronologickém pořadí je pro přehlednost v analytické části výzkumu označeno pořadovými čísly 1 – 12. Bylo tak učiněno proto, že se v tomto případě jedná o otázky uzavřené, resp. vyžadující kategorickou odpověď respondenta, tedy buď souhlas, či negaci formulovaného výroku. Jak bylo zmíněno v této kapitole, dotazník byl zaměřen na cílovou skupinu klientů soběstačných a odkázaných na pomoc, přičemž bylo postupováno následovně:

- veškeré vrácené dotazníky byly procentuálně vyhodnoceny (viz příloha č. 2, příloha č. 3);
- takto získané výstupy byly následně převedeny do grafické podoby (viz příloha č. 2, příloha č. 3);

Co se týče návratnosti vyplněných dotazníků, situace vypadala následovně. Z Domova pro seniory Věstonická v Brně se vrátilo všech 50 původně rozdaných dotazníků, kdy tuto míru návratnosti možno pro názornost označit za referenční hranici rovnou 100 %. Naproti tomu v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích na dotazník odpovědělo 22 respondentů, z 50, což reprezentuje 44 % míru návratnosti. Vysvětlení takto vzniklého stavu lze hledat v přeci jen menší kapacitě českobudějovického rezidenčního zařízení a částečně rovněž v rozdílné zdravotní klasifikaci klientů. Tento fakt do jisté míry ovlivnil výstupy kvantitativního výzkumu, což je ve vyhodnocení a v závěrech dotazníkové metody zpracovatelem rovněž zohledněno.

5.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Celkový počet obyvatel v Domově pro seniory v Brně - Věstonická činí 404 klientů, což je zároveň maximální kapacita tohoto zařízení. Důležité je si ovšem uvědomit, že počet klientů se neustále mění. Z tohoto počtu tvoří mužskou populaci 135 mužů, zbylý

počet volných míst náleží ženám, tedy 269. Věkový průměr klientů se pohybuje kolem 84 let.

Naproti tomu v domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích žije v současné době 127 klientů, z čehož dvě třetiny tvoří ženskou populaci. Co se týče věkové skladby, 16 klientů je ve věku do 65 let, 13 klientů se nachází ve věkovém rozmezí 66 – 75 let, zbylí klienti jsou ve věku 76 let a výše. Věkový průměr je zde obdobný jako v předchozím zařízení a činí kolem 82 let. Vzhledem ke skutečnosti, že Domov pro seniory Věstonická v Brně, obývají různí klienti, s různými požadavky na úroveň péče, je zapotřebí rozlišit jeho obyvatele do těchto tří skupin dle stupně soběstačnosti:

| Rozdělení obyvatel do kategorií podle stupně soběstačnosti | Počet obyvatel umístěných v domově pro seniory |
|---|---|
| Klienti soběstační | 136 |
| Klienti odkázaní na pomoc | 68 |
| Klienti nesoběstační, odkázaní na lůžko | 200 |

¹⁷⁵

Podobnou procentuální skladbu klientů najdeme i v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích:

| Rozdělení obyvatel do kategorií podle stupně soběstačnosti | Počet obyvatel umístěných v domově pro seniory |
|---|---|
| Klienti soběstační | 34 |
| Klienti odkázaní na pomoc | 30 |
| Klienti nesoběstační, odkázaní na lůžko | 63 |

¹⁷⁶

Pozornost byla v obou zařízeních zaměřena na první dvě uvedené skupiny obyvatel, tedy na klienty soběstačné a odkázané na pomoc, neboť závažnost zdravotního stavu klientů odkázaných na lůžko, mnohdy spojená s pokročilou demencí neumožňuje získání objektivně využitelných údajů. Výzkum se týkal souboru celkem 100 respondentů, vždy po 50 z každého typu zařízení.

¹⁷⁵ Počet obyvatel rozdělený do kategorií podle stupně soběstačnosti v Domově pro seniory Věstonická v Brně, stav k 01. 02. 2013.

¹⁷⁶ Počet obyvatel rozdělený do kategorií podle stupně soběstačnosti v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích, stav k 01. 02. 2013.

6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

6.1 Interpretace výsledků

Na grafu č. 1 v příloze č. 2, vyhodnocujícím otázku týkající se struktury pohlaví v Domově pro seniory Věstonická v Brně, uvedlo 43 klientů ženské, a 14 mužské, což vyjádřeno procentuálně činí poměr 86 % : 14 %.

Naproti tomu stejný graf v příloze č. 3 znázorňující strukturu pohlaví v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích se 12 ženami a 10 muži hovoří o mírné převaze ve prospěch ženského pohlaví, tedy opět procentuálně vyjádřeno poměrem 55 % : 45 %.

O dva roky vyšší věkový průměr v prvně jmenovaném rezidenčním zařízení, tedy 84 let, podporuje ve vztahu ke struktuře pohlaví hypotézu, že ženy snášejí pobyt v Domovech pro seniory lépe a obecně se i v těchto podmínkách dožívají vyššího věku.

Graf č. 2 v příloze č. 2, vyhodnocující nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v Domově pro seniory Věstonická v Brně, hovoří o 16 klientech se základním vzděláním, což činí 32 % dotázaných, 11 se středním odborným s výučním listem (22 %), 16 s úplným středoškolským s maturitou (32 %), 5 s vyšším odborným (10 %) a konečně 2 s vysokoškolským. (4 % dotázaných).

Stejný graf č. 2 v příloze č. 3, o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích jasně vypovídá o převaze nižších a středních forem vzdělání na úkor vyšších. Převažuje vzdělání základní (7 klientů) a odborné s výučním listem (9), resp. úplné středoškolské s maturitou (6), oproti vyššímu odbornému a vysokoškolskému, které nejsou u klientů zastoupeny vůbec, a to v procentuálních v poměrech 32 % : 41 % : 27 %.

Odpověď na tento nepoměr mezi oběma rezidenčními zařízeními možno hledat ve skutečnosti, že vysokoškolské formy studia mají v krajském městě Jihomoravského kraje mnohem delší tradici a institucionalizovanou podobu, než je tomu v Jihočeské metropoli, na jejíž půdě působí Zemědělská fakulta jako nejstarší samostatný subjekt poskytující vysokoškolské vzdělání, teprve od roku 1960.

Graf č. 3 v příloze č. 2, analyzující výsledky o udržování kontaktů klientů Domova pro seniory Věstonická v Brně se svou rodinou, jasně vypovídá o převažující tendenci kontakty udržovat, než naopak. 44 klientů kontakty udržuje, 1 klient spíše ano, 2 spíše ne a pouze 3 jsou bez kontaktu. Vyjádřeno v procentuálním poměru, je to 88 % : 2 % : 4 % : 6 %. Na textovou část téže otázky se 23 klientů tohoto rezidenčního zařízení

vyjádřilo, že jsou s rodinou v kontaktu nejméně jednou týdně, 13 respondentů se nevyjádřilo. Zbytek z výzkumného vzorku uvedl jiné časové intervaly styku s rodinnými příslušníky.

Trochu jinou situaci zažívají klienti v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích, kde pouze 12 klientů udržuje s rodinou kontakt stálý, 5 spíše ano, 3 spíše ne a 2 klienti kontakt s rodinou neudržují vůbec. Procentuální poměr odpovědí je pak 55 % : 23 % : 14 % : 9 %, viz graf č. 3 v příloze č. 3.

Na textovou část téže otázky se 10 klientů českobudějovického rezidenčního zařízení vyjádřilo, že jsou s rodinou v kontaktu nejméně jednou týdně, 4 respondenti se nevyjádřili. Zbytek z výzkumného vzorku uvedl jiné časové intervaly styku s rodinnými příslušníky.

Otázkou ovšem zůstává, zda u klientů bez kontaktu s jejich rodinou způsobuje příčinu takového stavu její nezájem, nebo skutečnost, že nikoho z blízkého příbuzenstva již klienti nemají.

Graf č. 4 v příloze č. 2, **vyhodnocuje vhodnost řešení umístění klienta do konkrétního rezidenčního zařízení**, čímž nepřímě vypovídá o kvalitě života klientů v tom, či onom domově pro seniory. 40 klientů Domova pro seniory Věstonická v Brně se domnívá, že jejich pobyt v tomto rezidenčním zařízení je rozhodně vhodné řešení, 7 klientů myslí, že spíše ano, 1 klient o svém umístění spíše pochybuje a konečně 2 klienti nejsou s pobytem v tomto zařízení jako s vhodným řešením spokojeni vůbec. Vyjádřeno poměrem v procentech, jedná se o 80 % : 14 % : 2 % : 4 %.

Při porovnání stejného grafu č. 4 v příloze č. 3, v Domově pro seniory Máj České Budějovice zjišťujeme, že 19 klientů jejich pobyt zde považuje za naprosto vyhovující řešení, 2 klienti spíše za vyhovující, a konečně jeden je se svým umístěním co do vhodnosti řešení nespokojen. Procentuálně se jedná o poměr 86 % : 9 % : 5 %. V tomto ohledu jsou názory klientů na obě rezidenční zařízení víceméně srovnatelná.

Graf č. 5, v příloze č. 2, **jež se váže k výzkumu úrovně doplňkových služeb obou vybraných rezidenčních zařízení**, rovněž nepřímě vypovídá o kvalitě života jejich klientů. 9 klientů Domova pro seniory Věstonická v Brně se domnívá, že by inovativní změny doplňkových služeb byly na místě, dalších 9 seniorů spíše ano, 8 klientů inovativní změny v tomto ohledu spíše odmítá a 8 klientů nehodlá na věci nic měnit. V procentuálním poměru jde o 18 % : 18 % : 16 % : 16 %. Jak je z absolutního, tak i rovněž z procentuálního vyjádření patrné, na tuto otázku odpovědělo toliko 34 respondentů z 50, což činí 68 %.

V případě odpovědí respondentů na tutéž otázku dle grafu č. 5 v příloze č. 3, z Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích, je jejich vypovídací hodnota ještě o něco komplikovanější. Opět respondenti nedokážou úroveň doplňkových služeb posoudit v plném počtu, kdy 2 z nich by inovaci týkající se doplňkových služeb v zařízení přivítali, 1 respondent by ji spíše přivítal, 6 klientů by nechalo věci zřejmě při starém a konečně 3 klienti si nepřejí doplňkové služby inovovat vůbec. Vyjádřeno procentuálně, jedná se o poměr 9 % : 5 % : 27 % : 14 %. Jak z odpovědí na otázku č. 5 vyplývá, tento výstup respondentů z obou rezidenčních zařízení nelze díky neúplnosti ani v jednom případě považovat za objektivně měřitelný, tudíž relevantní. Tato oblast doplňkových služeb je zřejmě na generalizované posouzení celým vzorkem klientů příliš složitá.

Graf č. 6 v příloze č. 2, **přímo vypovídá o kvalitě poskytované zdravotní péče klientů vybraných rezidenčních zařízení.** 37 respondentů z Domova pro seniory Věstonická Brno je s přístupem ke zdravotní péči spokojeno zcela, 7 klientů považuje přístup ke zdravotnické péči jako velmi dobrý, dalších 5 k němu má výhrady a 1 klient není s přístupem ke zdravotní péči spokojený. V procentuálním vyjádření jde o poměr 74 % : 14 % : 10 % : 2 %.

Z grafu č. 6 v příloze č. 3, zhodnocujícího stav spokojenosti s přístupem ke zdravotní péči v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích je patrná obecně vyšší spokojenost. 19 klientů je s přístupem naprosto spokojeno, 2 klienti jej shledávají jako velmi dobrý, 1 klient v něm spatřuje nedostatky, přičemž úplně nespokojený není žádný z respondentů. Procentuální poměr je pak zastoupen hodnotami 86 % : 9 % : 5 %.

Vysvětlením tohoto nesouladu může být nahlíženo z úhlu notně vyššího počtu klientů Domova pro seniory Věstonická Brno, vyžadujícího větší nároky na rozsah a diverzifikaci poskytované zdravotnické péče.

Další objasňující názor nachází oporu v teorii, že Brno jakožto spádová oblast Jihomoravského kraje s notně širším průmyslovým a hospodářským zázemím oproti jihočeské metropoli nabízí obecně vyšší standard zdravotní péče, ze kterého klienti nehodlají slevit ani v rezidenčním zařízení.

Graf č. 7 v příloze č. 2, **se zabývá místem trávení volného času klientů obou rezidenčních zařízení,** čímž rovněž nepřímě podává obraz o úrovni poskytované péče mimo běžný standard toho kterého domova pro seniory. Grafické vyjádření odpovědí jasně ukazuje, že zatímco 22 klientů z výzkumného vzorku Domova pro seniory Věstonická

v Brně tráví svůj volný čas s ostatními obyvateli, v českobudějovickém rezidenčním zařízení je to 16 lidí, což procentuálně vyjádřeno hovoří o poměru 44 % : 73 %.

Rozdíl ve stejném duchu možno pozorovat i u dalších odpovědí, kdy 12 klientů z výzkumného vzorku Domova pro seniory Věstonická v Brně, tráví volný čas sami na pokoji, dalších 6 s přáteli mimo rezidenční zařízení a 8 s příbuznými rovněž mimo domov, kdežto v českobudějovickém domově jsou to ve třech posledně jmenovaných případech pouzí 2 klienti. Procentuálním vyjádřením se jedná o poměr 24 % : 12 % : 16 % u klientů z Domova pro seniory Věstonická Brno, oproti 9% z výzkumného vzorku klientů v českobudějovickém rezidenčním zařízení.

K této otázce se váže ještě doplňující údaj o širší fakultativní nabídce míst trávení volnočasových aktivit. 31 klientů z Domova pro seniory Věstonická v Brně tuto rozšiřující otázku nevyužilo, dalších 17 jich uvedlo místo trávení v přilehlé zahradě náležející k rezidenčnímu zařízení. Jeden klient tráví svůj volný čas aktivitami v ergoterapeutické dílně a konečně jeden z klientů je členem koncertního kroužku vážné hudby. V Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích 21 respondentů rozšiřující část otázky vůbec nevyužilo, přičemž jeden klient z výzkumného vzorku za nejoblíbenější způsob trávení svého volného času shledává v návštěvě blízkého restauračního zařízení Jiskra.

Hlubší analýzou tohoto stavu si nelze nepovšimnout možné příčinné souvislosti s výsledky vázícími se ke grafu č. 3, neboť 44 klientů z výzkumného vzorku Domova pro seniory v Brně tráví volný čas převážně s jejich rodinnými příslušníky, což je plných 80 %, a zanedbatelný počet s jinými osobami, či o samotě, oproti pouhým 55 % z českobudějovického rezidenčního zařízení a zbývajícím 45 %, kteří s rodinou tráví čas omezeně, nebo vůbec.

Další textová otázka „Co je Vaší zálibou, koníčkem?“, hledá odpověď na rozmanitost a zastoupení jednotlivých volnočasových aktivit klientů obou rezidenčních zařízení. V Domově pro seniory Věstonická v Brně se zdaleka nejvíce klientů využívá služeb dobře vybavené místní knihovny, další nejčastější volnočasovou aktivitou je sledování televize, či poslech rozhlasu, luštění křížovek, účast na kulturních akcích pořádaných rezidenčním zařízením, procházkami v zahradě a ručními pracemi v ergoterapeutické dílně. Toliko jeden klient uvedl za způsob trávení volného času pobožnost a 6 klientů se k této otázce nikterak nevyjádřilo.

V Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích tuto otázku překvapivě zodpověděli všichni klienti z výzkumného vzorku, kdy skladba volnočasových aktivit je víceméně srovnatelná s tou v brněnském rezidenčním zařízení. Pouze jeden klient otázku zodpověděl v tom smyslu, že nejraději nedělá nic.

Graf č. 8 v příloze č. 2, poskytuje informaci o možnosti rozvíjení koníčků v obou rezidenčních zařízeních v rámci volnočasových aktivit. Tato otázka byla postavena jako čistě uzavřená s kategoriemi možností odpovědí. 42 klientů z výzkumného vzorku Domova pro seniory Věstonická v Brně se domnívá, že ano, přičemž zbývajících 16 uvádí, že tuto možnost nemá. Poměrově vyjádřeno v procentech, jedná se o 84 % : 16 %. Naopak všichni klienti z výzkumného vzorku vybraného českobudějovického rezidenčního zařízení unisono uvádí, že zde své záliby rozvíjet mohou.

Tuto drobnou nuanci je možno vysvětlit opět skutečností notně vyššího počtu klientů Domova pro seniory Věstonická Brno, vyžadujících větší nároky na rozsah a diverzifikaci podmínek pro rozvoj jejich rozmanitých zálib, obdobně jak je uvedeno v komentáři ke grafu č. 6. Dalším neopominutelným faktem často uváděným samotnými klienty obou rezidenčních zařízení, je jejich zdravotní stav.

Graf č. 9 v příloze č. 2, se zabývá názorem klientů na soulad poskytované stravy s jejich představami o zdravé výživě. To je nesporně jeden z hlavních ukazatelů úrovně poskytované péče v oblasti základních služeb. 26 strážníků z výzkumného vzorku Domova pro seniory Věstonická v Brně, se domnívá, že ano, 13 strážníků jsou názoru, že spíše ano, dalších 7 jich má ke stravě v souladu s jejich představou na zdravou výživu jisté výhrady, přičemž vysloveně nespokojení jsou pouzí 4 klienti z tohoto výzkumného vzorku. Pokud je výsledek vyjádřen procentuálním poměrem, jde o hodnoty 52 % : 26 % : 14 % : 8 %. Výsledek zajištěný zodpovědním téže otázky v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích hovoří o 16 zcela spokojených strážnících, 4 spíše spokojených, a 2 klientech s výhradami, přičemž vyložený nesoulad poskytované stravy s představami o zdravé výživě nebyl zjištěn u žádného klienta vybraného výzkumného vzorku. Pro dokreslení se zde jedná o procentuální poměr 73 % : 18 % : 9 %.

Tato mírná disproporce může svědčit o pravděpodobném sklonu k vyššímu životnímu standardu klientů z Brna a okolí jakožto vyspělé oblasti Jihomoravského kraje. Zmíněná lokalita s bezpochyby širším průmyslovým hospodářským a kulturním zázemím nabízela i v minulosti obecně vyšší životní standard, který je klienty vyžadován i v rezidenčním zařízení.

Další otázka uvedená v dotazníku zkoumá u jednotlivých klientů rozhodující hlediska umístění, resp. výběru konkrétního rezidenčního zařízení. 19 klientů z Domova pro Seniory v Brně uvedlo, že hlavním důvodem jejich umístění do tohoto rezidenčního zařízení, byla jejich imobilita, či zdravotní stav, 3 klientům bylo jejich umístění do tohoto rezidenčního zařízení vcelku lhostejné, přičemž 8 klientů z výzkumného vzorku tuto otázku nezodpovědělo. Zbývající počet respondentů za zásadní hledisko výběru tohoto konkrétního rezidenčního zařízení považuje buď skutečnost, že je jim prostředí blízké, neboť v okolí bydleli již v minulosti, dále, že v blízkosti žijí jejich příbuzní, se kterými udržují kontakt, několik klientů považuje za rozhodující hledisko doporučení jejich praktického lékaře, ev. ostatních seniorů, se kterými se přátelí. Často uváděným hlediskem klientů, co do umístění v tomto rezidenčním zařízení, je jejich přesvědčení o sympatickém personálu, velmi dobré kvalitě ubytování, a umístění domova v příjemném prostředí.

Hlavním hlediskem volby, resp. umístění klientů do Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích, je z podstatné části uváděná výhodná poloha tohoto zařízení, případně finanční hledisko, velmi často uváděným hlediskem je pak využití aktuálně volné kapacity tohoto zařízení a snaha vedení vyhovět žádostem o umístění, zvláště v urgentních případech. Několik klientů získalo reference na toto konkrétní rezidenční zařízení od klientů, se kterými se přátelí, či opět na základě místní znalosti prostředí, ev. vědomí o přívětivém přístupu personálu a solidní úrovni poskytované péče.

Graf č. 10 v příloze č. 2, **se váže k otázce, mající nepřímý vztah ke zhodnocení celkové úrovně poskytované péče.** Otázka byla opět položena výzkumnému vzorku klientů obou rezidenčních zařízení, tedy Domova pro seniory Věstonická v Brně, a rovněž tak Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích. Zdejší klienti měli odpovědi na tuto uzavřenou otázku posoudit opětovnou volbu stávajícího rezidenčního zařízení, v němž žijí, v případě jejich současné konfrontace se stejným rozhodovacím procesem. 34 klientů z výzkumného vzorku brněnského rezidenčního zařízení by se rozhodlo pro stávající domov, dalších 14 by spíše volilo stejné řešení, 1 klient by se rozhodl zřejmě pro jiné, a 1 obyvatel by se rozhodl propříště jinak. Procentuální poměr je pak následující: 68 % : 28 % : 2 % : 2 %. U českobudějovického rezidenčního zařízení se odpovědi respondentů na otázku č. 10 tradičně posunují k vyšší spokojenosti. 18 klientů by se s výběrem domova rozhodlo opět pro stávající, 3 by volili nejspíše stejnou variantu a pouhý jeden klient

z tohoto domova by do budoucna možná měnil. Procentuálním vyjádřením vychází poměr 82 % : 14 % : 5 %.

Opět se lze na tomto místě při hledání odpovědi na vzniklý nepoměr přiklánět k teorii širšího názorového rozpětí podstatně většího množství klientů brněnského rezidenčního zařízení, z nichž byl sestaven výzkumný vzorek. Jak bylo navíc uvedeno v komentářích ke grafům č. 6, 8 a 9, historicky zakotvená vyšší úroveň hospodářského růstu průmyslového Brněnska, poskytující vyšší kvalitu služeb, zřejmě vedla k subjektivnímu zvyku zdejších klientů na obecně vyšší standard, resp. diverzifikaci péče, než u klientů českobudějovického domova, pocházejících z přeci jen skromnějších poměrů, převážně zemědělsky orientovaných Jižních Čech.

Následující textová otázka zkoumá názor klientů, v čem vidí nejčastější problém při organizování volného času. Klienti obou rezidenčních zařízení byli požádáni, aby konkrétně uvedli, zda v této souvislosti nejčastěji narážejí na nezáměr obyvatel rezidenčního zařízení, nedostatek času, nedostatek financí, personálu, či jiné důvody. 18 klientů z Domova pro seniory v Brně nevidí v souvislosti s organizací volného času žádný problém. 15 klientů na tuto otázkou nijak nezareagovalo, z čehož možno usoudit, že jim v této souvislosti nejsou rovněž známy žádné překážky. Dalších 6 klientů na dotaz odpovědělo, že neví, 4 klienti spatřují největší problém v souvislosti s organizací volnočasových aktivit v nedostatku personálu, 3 pak v nedostatku peněz, a zbývající ve svém zdravotním stavu.

V Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích nevidí s organizací volnočasových aktivit žádný problém 3 klienti z vybraného výzkumného vzorku, dva se k otázce nevyjádřili, z čehož lze dovozovat jejich spokojenost, 4 klienti opět nevědí, přičemž 8 klientů, což je procentuálně vyjádřeno podstatně vyšší podíl, než je tomu v brněnském Domově pro seniory uvádí za hlavní problém nedostatek financí a jeden uvádí zdravotní stav. Nezáměr obyvatel jako hlavní problém uvedli 4 zdejší klienti, kterážto odpověď se v brněnském výzkumném vzorku vůbec nevyskytuje.

Další z textových otázek se zabývá zhodnocením oblíbenosti volnočasových aktivit klientů obou vybraných rezidenčních zařízení. Klienti obou rezidenčních zařízení byli požádáni, aby konkrétně uvedli, zda se ve volném čase nejčastěji věnují procházkám, ručním pracím, sportu, cvičení, vzdělávání, sledování televize, poslechu rozhlasu, četbě, rozjímání nad modlitbou, uměleckým, či pracovním aktivitám, resp. společensko-kulturním akcí. Z výpovědí respondentů obou rezidenčních zařízení vyplývá,

že jejich oblíbené aktivity de facto kopírují ty, jež uvedli v otázce věnované zálibám a koníčkům, s drobnými odlišnostmi, které však ani v jednom případě nehrají zásadní roli. Velmi často uváděnou aktivitou obou výzkumných vzorků jsou procházky a aktivizační cvičení, dále účast na kulturních akcích a soutěžích pořádaných rezidenčním zařízením. Podstatnou část volného času věnují senioři obou zařízení vzájemnou komunikací. Jasná preference klientů z výzkumných vzorků obou rezidenčních zařízení je v ohledu volby televizních programů zaměřena na pořady hudební, sportovní a vzdělávací.

Graf č. 11 v příloze č. 2, stanovuje poměr celkových vynaložených nákladů na pobyt vůči kvalitě poskytovaných služeb. Tímto přímo hodnotí finanční dostupnost poskytované péče v obou vybraných rezidenčních zařízeních jako jeden z nejdůležitějších ukazatelů celkové spokojenosti klientů. 21 klientů Domova pro seniory Věstonická Brno hodnotí vztah „vynaložené náklady/kvalita služeb“ jako výborný, 24 jako velmi dobrý, 4 jako dobrý a pouze 1 jako neuspokojivý. Z uvedeného procentuálního vyjádření vychází poměr 42 % : 48 % : 8 % : 2 %. Výsledky odpovědí klientů na otázku č. 11 v posuzovaných parametrech opět straní českobudějovickému Domovu pro seniory Máj. Vztah „vynaložené náklady/kvalita služeb“ zde 17 klientů z výzkumného vzorku hodnotí jako výborný, což je plných 77 %, další 4 klienti, tedy 18 % jsou s ním velmi spokojeni, a dobře jej hodnotí 1 klient, tedy přibližně 5% část vzorku, přičemž vyloženě neuspokojivě se nevyjádřil žádný z oslovených respondentů.

Aby byla ve vztahu k výsledkům na tuto otázku dodržena alespoň přiměřená míra vypovídací schopnosti, je nutné zohlednit rovněž výši nákladů vynaložených na samotný pobyt v tom kterém rezidenčním zařízení. Nejnovější dostupné výroční zprávy Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích z roku 2011, uvádí průměrnou výši měsíčních nákladů na 1 místo pro pobyt klienta, čerpajícího v tomto zařízení služby ve smyslu ust. § 49 a § 50 zákona č. 108/2006 Sb., v hodnotě 31 000 Kč, z čehož přibližně třetinu hradí klient.¹⁷⁷ Z porovnání výsledovky za účetní období roku 2011 uvedené ve výroční zprávě Domova pro seniory Věstonická v Brně vyplývá, že zde v režii klienta hrazená část nákladů, je v rámci zajištění shodných služeb, v průměru o necelou čtvrtinu vyšší.¹⁷⁸

Předposlední textová otázka v dotazníku zjišťuje, kdo organizuje volnočasové aktivity v konkrétním rezidenčním zařízení. 16 klientů Domova pro seniory Věstonická

¹⁷⁷ <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=cs&oid=349463>.

¹⁷⁸ <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8011>.

v Brně uvedlo, že volnočasové aktivity v jejich zařízení organizuje personál, 15 klientů uvedlo, že se na organizaci volnočasových aktivit vedle personálu sami podílejí a 14 z nich uvedlo, že si jejich volnočasové aktivity organizují sami. 2 klienti na tuto otázku odpověděli, že neví, a konečně 3 klienti z tohoto výzkumného vzorku, nechali předmětnou otázku bez odpovědi.

V českobudějovickém rezidenčním zařízení na tuto otázku odpovědělo 7 klientů z místního výzkumného vzorku, že je jim dána možnost podílet se na organizaci volnočasových aktivit společně s personálem, a to způsobem, že jak oni sami, rovněž i personál vznáší podněty a návrhy, ze kterých je po vzájemné dohodě následně sestaven program volnočasových aktivit na daný měsíc. Zbytek klientů místního výzkumného vzorku dobrovolně ponechává organizaci jejich volnočasových aktivit na personálu rezidenčního zařízení.

Poslední ze skupiny textových otázek zaměřuje pozornost na zjištění názoru klientů, co při pobytu tomto zařízení považují za nadstandardní péči.

23 klientů z Domova pro seniory Věstonická v Brně ponechalo tuto otázku nezodpovězenou, dalších 10 klientů z místního výzkumného vzorku neví, přičemž někteří z tohoto počtu uvedli poznámku, že v tomto ohledu nemají dostatečnou zkušenost, a tudíž nedokážou věc posoudit. Z výše uvedeného výsledku lze dovodit, že někteří klienti si do rezidenčního zařízení přinášejí standardy a návyky z předchozího života, od kterých se úroveň poskytované péče tohoto rezidenčního zařízení prakticky neliší, tudíž nejsou schopni posoudit, co je nadstandardní péčí míněno. 8 klientů brněnského domova za nadstandardní péči považují ubytování v jednolůžkovém pokoji, zbytek uvádí za nadstandardní úroveň péče poskytované personálem, pestré kulturní vyžití zajišťované zařízením, v němž žijí, přičemž 2 klienti právem chápou zasazení jejich domova pro seniory do prostředí zahrady s fontánami, což v ostatních rezidenčních zařízeních zdaleka není běžný standard.

Tento posledně uvedený názor se zcela potvrdil v souvislosti s postojem 7 klientů Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích. Tito za projev nadstandardní péče považují snadnou dosažitelnost přírody a zeleně vůbec, kterou jsou nuceni vzhledem k umístění zařízení v poměrně husté sídlištní zástavbě vyhledávat alternativním způsobem, tedy výlety a delšími procházkami. Z tohoto důvodu je z jejich reakcí patrné, že jim příroda bezprostředně navazující na okolí tohoto rezidenčního zařízení citelně chybí. Zbývající počet klientů na otázku odpověděl, že neví, a tudíž nedokážou věc posoudit, což

je jistá paralela s postojem zmiňovaných 10 klientů z výzkumného vzorku Domova pro seniory Věstonická v Brně.

Graf č. 12 v příloze č. 2, **ilustrující poslední ze série uzavřených otázek vyjadřuje postoje respondentů, jak by hodnotili jejich pobyt v rezidenčním zařízení.** Takto formulovaná otázka se snaží generalizujícím způsobem shrnout předcházející, a směřuje k vytvoření obrazu o celkové úrovni poskytované péče v tom kterém domově, dle subjektivního dojmu klientů. Jak je z grafu patrné, 13 respondentů z výzkumného vzorku Domova pro seniory Věstonická v Brně hodnotí jejich pobyt v tomto rezidenčním zařízení výborně, dalších 15 velmi dobře, 20 dobře a konečně 2 neuspokojivě. Procentuálním vyjádřením vychází poměr 26 % : 30 % : 40 % : 4 %.

Jak vypovídá graf č. 12 v příloze č. 3, vyhodnocující výsledky odpovědí z výzkumného vzorku českobudějovického rezidenčního zařízení, 6 klientů považuje jejich pobyt ve zdejším Domově pro seniory za výborný, 14 za velmi dobrý, pouzí 2 za dobrý a pro neuspokojivé hodnocení se nevyslovil žádný ze vzorku. Převedeno do procentuální podoby vyjdou hodnoty v poměru 27 % : 64 % : 9 %.

V superlativní úrovni odpovědní škály nalézáme téměř naprostou shodu v procentuálním zastoupení klientů obou rezidenčních zařízení, v druhé nelépe ohodnocující odpovědi je již patrný 34% rozdíl ve prospěch Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích, přičemž vůbec nejvíce klientů Domova pro seniory Věstonická v Brně považuje jejich pobyt v tomto zařízení za dobrý, což je o 31 % více než v českobudějovickém domově.

Opět se lze na tomto místě při hledání odpovědi na vzniklý nepoměr přiklánět k teorii širšího názorového rozpětí podstatně většího množství klientů brněnského rezidenčního zařízení, shodně s komentáři ke grafům č. 6, 8 a 9, s ohledem na obecně vyšší standard, resp. diverzifikaci péče celkově náročnějších klientů z Brna a okolí.

6.2 Verifikace hypotéz

Skutečnost, že výše úrovně poskytované základní zdravotní a sociální péče ovlivňuje kvalitu života v obou vybraných rezidenčních zařízeních, je z analýzy výstupů kvantitativního výzkumu zcela nezpochybnitelná. Ne již tak názor uvedený v hypotéze, o přímém vlivu úrovně základní zdravotní a sociální péče na dosahovanou délku života. Pomineme-li skutečnost mírné disproporce věkového průměru v obou rezidenčních zařízeních, hovořící rozdílem dvou let ve prospěch Domova pro seniory Věstonická

v Brně, hlubší analýzou výstupů z odpovědí výzkumného vzorku dojdeme k závěru, že průměrně dosahovanou délku života zásadně ovlivňuje zdravotní stav klienta, zájem o okolí a aktivní přístup ke smysluplnému způsobu trávení volného času. U klientů s převládajícím vlivem únavy a pasivity nad aktivní složkou prožívání, zvýšení úrovně základní zdravotní a sociální péče jejich dosahovanou délku života podstatným způsobem neovlivní. Naopak samostatným klientům s tvůrčím přístupem ke stáří a k aktivnímu stárnutí, jímž není lhostejné jak strávit volný čas a čím si v zařízení zpestřit svůj pobyt, může solidní úroveň poskytované základní zdravotní péče jejich život udržet kvalitním do velmi vysokého věku. S jistotou se však dá konstatovat, že veškerý přístup jednotlivých klientů je úzce propojen s jejich dosavadní životní dráhou, či životními událostmi. Klienti, zastupující aktivní část z výzkumného vzorku obou rezidenčních zařízení, vykazují dobré perspektivy dosahované délky života především na základě skutečnosti, že si zachovali od mládí po celý dosavadní život nesčetné množství zálib, které činí jejich pobyt v rezidenčním zařízení smysluplným.

Jak lze z analýzy výstupů výzkumných vzorků v obecné rovině vyvodit, obě rezidenční zařízení spojuje pocit spokojenosti většiny klientů se zajištěním a poskytováním zdravotní péče. Názory klientů na úroveň stravování v obou rezidenčních zařízeních se dají též v zobecňujícím pohledu považovat za spíše spokojené. Je zcela přirozené, že se u části výzkumného vzorku projeví potřeba častější obměny ve výběru jídel, ovšem sestavit jídelníček na přání každého jednotlivce je nerealizovatelné. Za důležitý moment je však možno považovat snahu domluvit se na sestavě jídelníčku alespoň do té míry, aby všem klientům konkrétního rezidenčního zařízení alespoň přiměřeně vyhovoval. Tato představa strážníků i nutričního terapeuta byla v obou rezidenčních zařízeních bezesporu naplněna, a to včetně vyhovění kvality stravy nárokům na zásady správné výživy i diverzifikaci stravovacích potřeb konkrétních jednotlivců dle doporučení lékaře.

Z analýzy výstupů z výzkumných vzorků obou rezidenčních zařízení lze úspěšně podpořit hypotézu nacházející vztah úrovně poskytované nadstandardní péče a kvality stáří seniora. Změnu v úrovni poskytované nadstandardní péče vnímají klienti obou zařízení vesměs dosti citlivě. Klienti žijící v rezidenčním zařízení, jež svým umístěním přímo nenavazuje na lokalitu s vysokým podílem zeleně a přímé možnosti realizace volnočasových aktivit, tento nedostatek jasně pocítují, což prokazatelně vyplynulo z jejich odpovědí. Snaha o zajištění diverzifikace doplňkových služeb poskytovaných klientům evidentně pozitivně ovlivňuje jejich subjektivní pocit kvalitního života. Tuto souvislost je

možno pozorovat v obou rezidenčních zařízeních, ať už se jedná o možnost aktivního zapojení klientů na tvorbě volnočasových aktivit, či podporu jejich tvůrčího rozvoje v rámci probíhajících ergoterapeutických programů.

Jak by se možná na první pohled z výstupů vybraných vzorků obou rezidenčních zařízení mohlo zdát, nižší věkový průměr klienta hraje zásadní roli v jeho lepší aklimatizaci a přivykání novému životu v prostředí rezidenčního zařízení. Je pravděpodobné, že takový klient nebývá tak často zatížen polymorbiditou, a jeho organismus disponuje pro tak zásadní změnu ještě dostatkem funkčních rezerv. Tato domněnka se však ukázala jako přinejmenším zavádějící, neboť analýzou výstupů kvantitativního výzkumu se potvrdilo, že rozhodně podstatnější vliv na socializaci klienta v novém domově má jeho místní a osobní znalost prostředí z dosavadního života.

Vzhledem k věkovému průměru klientů z vybraného výzkumného vzorku obou rezidenčních zařízení, i z jejich odpovědí uvedených v dotazníku je patrné, že umístění do tohoto zařízení zvolili převážně z důvodů jejich zdravotního stavu.

Z dotazu na sociální kontakt klientů s jejich rodinou jednoznačně vyplývá, že tento pokračuje a u některých klientů velmi intenzivně i při pobytu seniora v rezidenčním zařízení. Na základě této skutečnosti lze usuzovat, že rodina o seniora dříve pečovala, ale nyní tuto péči není schopna dále zajišťovat, ať již z důvodu chybějící zdravotnické odbornosti, nebo časové náročnosti, či kombinace obojího. Výběr konkrétního rezidenčního zařízení spočívá ze strany samotných žadatelů, a lze předpokládat, že i ze strany rodiny, nejčastěji na doporučení, ať již stávajících klientů v konkrétním zařízení ubytovaných, nebo na doporučení praktického lékaře. V neposlední řadě se výběr zařízení často řídí povědomím o vstřícném přístupu personálu a kladných referencích týkajících se obecné úrovně poskytované péče konkrétního domova pro seniory. Nejdůležitějším faktorem zásadním způsobem ovlivňujícím rozhodovací proces seniora při výběru konkrétního rezidenčního zařízení je však zcela určitě osobní a místní znalost prostředí z dřívějšího života.

Poslední zásadní kategorií ovlivňující spokojenost klienta, je způsob a nabízené možnosti realizace volnočasových aktivit. Na jedné straně realizace mnohých individuálních zájmů klientů naráží toliko na omezení vyplývající z jejich zdravotního stavu, který jim mnohdy neumožňuje tuto zálibu provozovat, jindy se jedná o hledisko čistě ekonomické, a to jak ze strany klienta, tak i rezidenčního zařízení. Obě posuzovaná rezidenční zařízení se však snaží vycházet klientům v rámci svých omezených

ekonomických možností maximálně vstříc, organizováním pestré škály fakultativních kulturních a společenských aktivit. Klientům samotným bývá v obou domovech dán prostor aktivně se na výběru a sestavení scénáře těchto akcí podílet, což posiluje vědomí jejich suverenity a na rovněž zájmu ze strany personálu domova.

Z výše uvedených výstupů je tudíž nepochybné, že celková úroveň poskytované péče v obou posuzovaných rezidenčních zařízeních, včetně míry sociálního kontaktu klientů s rodinnými příslušníky, jejich vrstevníky mimo zařízení i s ostatními spolubydlíci, má zásadní vliv na kvalitu jejich života.

Co se týká stanovení poměru mezi finanční dostupností a kvalitou poskytované péče konkrétních rezidenčních zařízení, z analýzy výstupů výzkumných vzorků z obou domovů převládá pocit spokojenosti, přičemž vztah nákladů, resp. finanční dostupnosti je veskrze v souladu s představami klientů o kvalitě poskytované péče.

Hlubší analýzou odpovědí 4 respondentů z Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích bylo zjištěno, že zásadní hledisko výběru tohoto konkrétního rezidenčního zařízení, byla finanční dostupnost takto zvoleného řešení. Jak však v zápětí v této souvislosti dodali, dalším podstatným rozhodujícím hlediskem byla poloha zmíněného rezidenčního zařízení. Na základě tohoto výstupu se lze důvodně domnívat, že zásadním hlediskem výběru konkrétního rezidenčního zařízení je jeho lokace v místě, či nejbližším okolí původního bydliště seniora.

Jelikož se tendence k prodlužování střední délky života a rektangulace věkové křivky do vyšších hodnot díky kvalitní zdravotní péči a dosažené životní úrovni nevyhýbá ani vzorku společnosti v rezidenčních zařízeních, vyvstává zásadní problém jejich časté kapacitní nedostatečnosti. To je však fenomén v obecně charakteristický pro postmoderní společnost nejen v České republice, nýbrž ve všech vyspělých zemích vůbec. Mnozí klienti jsou proto při realizaci jejich umístění vázáni kapacitními poměry konkrétního rezidenčního zařízení, které jsou nuceni zvolit právě proto, že je v dohledné době jediné schopné potřebě seniora vyhovět.

Závěrem této kapitoly lze tedy v generalizujícím shrnutí konstatovat, že analýzou výstupů kvantitativního výzkumu **nebyla zjištěna užší příčinná souvislost mezi výší úrovně poskytované základní zdravotní a sociální péče a délkou stáří seniora. Naopak je možno s úspěchem považovat za prokazatelné, že úroveň poskytované nadstandardní péče přímo ovlivňuje subjektivní pocit spokojenosti seniora a tím i kvalitu jeho stáří.** Analýzou výstupů z výzkumných vzorků obou rezidenčních zařízení

se nepodařilo objektivně ověřit, že senioři v mladším věku přivyknou pobytu v rezidenčním zařízení lépe, než ti na sklonku života, ačkoliv pro teorii lepší aklimatizace mladších klientů lze najít obecné předpoklady. V tomto ohledu za **zásadní předpoklad dobré socializace klienta v novém domově možno považovat znalost tohoto prostředí z předchozího života. Nelze rovněž pokládat za prokazatelné, že klienti s nadstandardními příjmy preferují výběr takových rezidenčních zařízení, jež respektují jejich individuální potřeby**, neboť tuto tendenci má převažující většina seniorů bez ohledu na výši příjmů. Vysoká úroveň diverzifikace doplňkových služeb je v rezidenčních zařízeních krajských měst pomalu běžná, tudíž ani finanční rozdíly v dostupnosti nadstandardní péče nejsou nijak propastné. **Stěžejním kritériem ovlivňujícím rozhodnutí uchazeče pro konkrétní zařízení spíše než jeho finanční zajištěnost, je znalost prostředí doporučení známého, rodiny nebo lékaře.** Existuje však stále podstatná část klientů, jejichž volba konkrétního rezidenčního zařízení byla přímo závislá na aktuálním počtu žadatelů o umístění, resp. kapacitní schopnosti domova požadavek seniora včas řešit.

6.3 Výsledky šetření a návrhy opatření

Shrnutím posuzovaných kategorií a výstupů získaných analýzou dat shromážděných z výzkumného vzorku obou rezidenčních zařízení, tedy klientů Domova pro seniory Věstonická v Brně a Domova Máj v Českých Budějovicích, zbývá formulovat návrhy na přijetí opatření a ke zlepšení dosavadní péče. Tyto postřehy by měly sloužit nejen ke zkvalitnění stávajících služeb v obou domovech, ale měly by poskytnout zpětnou vazbu především zdravotnickému personálu a všem zaměstnancům vůbec, neboť bude potřeba jistě více nadhledu a odstupu nezávislého pozorovatele, aby klienty se všemi stránkami jejich osobnosti dokázali pochopit vcelku. Analýzou poskytované péče ve vybraných domovech pro seniory měla být zodpovězena otázka, jak senioři hodnotí kvalitu jejich života v rezidenčním zařízení. Tento leitmotiv se táhne napříč celým výzkumem, měl by být jeho východiskem i zobecněním. V předposlední kapitole by tedy měla dostat prostor doporučení, plynoucí z rozboru a generalizace zjištěného stavu, jež jsou zároveň kompromisem mezi názorovou převahou klientů a možným způsobem řešení. Takto zamýšlená doporučení snad budou přínosem nejen pro rezidenční zařízení, kde kvantitativní výzkum probíhal, ale i pro další domovy pro seniory, jejichž úkolem a trvalým posláním je pečovat o pohodlí a spokojené stáří seniorů.

Doporučení:

- *zajištění aklimatizace v novém prostředí:* častou překážkou, kterou jsou nově příchozí klienti nuceni po příchodu do zařízení překonávat, je jejich nedostatečná připravenost na tak náhlou a zásadní životní změnu. Vhodnou variantou řešení by bylo navázání bližší spolupráce se sociálním pracovníkem ještě před samotným umístěním do konkrétního domova jako předpoklad zdárné socializace seniora v novém prostředí;
- *udržování komunikace klientů se sociálním pracovníkem:* sociální pracovníci by měli nadále naslouchat klientům zařízení, rozvíjet s nimi diskusi o nedostatecích, které je tíží. Zavedení pravidelných setkání seniorů s vedením domova je velmi vhodným řešením, kde je možné nad rámec běžného provozu projednat vše, co klienty zajímá. Zvolení zástupci by zde předkládali přání i těch klientů, kteří přijít nemohou;
- *neustálý boj proti ztrátě motivace a pasivitě:* pro nově příchozího klienta je největší hrozbou ztráta kontaktu s okolím a rozvoj tzv. hospitalismu. Z tohoto důvodu je krom řady aktivizačních a ergoterapeutických programů prospěšné, aktivně zapojovat seniory do života zařízení, zamezit pasivnímu delegování veškerých rozhodnutí na vedení, posilovat u nich pocit spoluzodpovědnosti za kvalitu života;
- *eliminace stresu u pracovníků při zajištění péče:* ústavy pro seniory se stále potýkají s nedostatkem kvalifikovaného personálu. Citelný deficit je zaznamenáván např. u ošetrovatelek zajišťujících běžnou denní péči. Nedostatek personálu a práce ve spěchu vystavuje stresovým situacím nejen personál samotný, ale i klienty. Stav personálu na základních pozicích vyžaduje posílení za alespoň ucházejících platových podmínek;
- *dispoziční nedostatky:* Domov pro seniory Máj v Českých Budějovicích byl původně proponován jako hotel. Z tohoto důvodu bylo v rámci přestavby zařízení pro plnění nového účelu nutné zajistit bezbariérový přístup. To se však odrazilo téměř limitními rozměry pokojů. Chodby jsou z obou stran plně využity, tudíž pro okna zbyl prostor jen na jejich koncích. Při přestavbách radno citlivěji zvažovat architektonická řešení;
- *omezená dosažitelnost přírody a zeleně:* umístění Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích v poměrně husté sídlištní zástavbě, nutí klienty

vyhledávat přírodu alternativním způsobem. Zeleň bezprostředně navazující na okolí domova vytváří pocit příjemného prostředí. Sepětí nového zařízení s přírodou by mělo být do budoucna zohledněno již během územního plánování, alespoň pokud to podmínky dovolují;

- *bariéry*: dispozice Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích není příliš vhodná pro osoby na vozíčku. To ovšem vyplývá z původního odlišného určení budovy. Vzhledem k absenci jiného řešení jsou imobilní klienti běžně umísťováni do pater, což je odkazuje na použití výtahu. Před rekonstrukcí je vždy důležité nalézt kompromis mezi plánem ubytovací kapacity, technickým řešením stavby a komfortem;
- *podpora vybavení pro imobilní klienty*: ačkoliv jsou oba domovy pro seniory průběžně vybavovány zařízeními pro klienty trvale upoutané na lůžko, jejich vytiženost a tím i amortizace je značná. Finanční náročnost takového vybavení ovšem přesahuje reálné možnosti rezidenčních zařízení. Z tohoto důvodu je třeba maximálně využívat stávajících regionálních operačních programů k udržení obnovy a rozvoje vybavení;
- *obměna volnočasových aktivit*: každá volnočasová činnost, ať už ergoterapeutický program, nebo společensko-kulturní akce, byť sebelépe připravená, časem ztrácí na atraktivitě. Jelikož většina klientů hledá stále něco nového, je nezbytné tyto fakultativní akce neustále inovovat, a nebát se nechat v tomto širokém poli projevit je samotné;
- *důraz na diferencované umístění klientů*: v pojetí moderní geriatrické nelze dopustit, aby se umístění klienta řídilo pouze volnou kapacitou zařízení. Aby nedocházelo k narušování běžného denního režimu, je nutné dostatečně rozlišovat klienty s indikací geriatrickou od psychogeriatrické. Klienti s touto indikací budou tedy v mnohých případech vyžadovat zvláštní režim, plynoucí z jejich odlišných potřeb.

ZÁVĚR

Stárnutí a stáří jsou témata, která ve všech epochách lidského vývoje zajímala krom samotného lidstva, rovněž odborníky rozličných odvětví.

Stárnutí není záležitostí až moderní doby, avšak teprve v posledním století se stalo diskutovanou skutečností. Lidský věk se prodlužuje, populace stárne. Česká republika v tomto trendu není výjimkou. V současné době jednu pětinu populace tvoří lidé starší 60 let a prognózy do roku 2030 hovoří o celé jedné třetině. Stárnutí lidstva je fenoménem, když už nikoliv celosvětovým, tak rozhodně celoevropským. Nárůst populace seniorů se týká, krom převážné části ostatního světa, všech vyspělých zemí střední Evropy. Abychom se vyhnuli sociálně - ekonomickému kolapsu vlivem generačního posunu nejen v naší, ale i v celé vyspělé společnosti, je nevyhnutelné nastalou situaci řešit.

Moderní náhled na stáří a stárnutí z pohledu gerontologie a gerontopedagogiky, jakožto progresivních vědních disciplín, se v současné době ustaluje ve vývoji a zavádí se do teorie i praxe příbuzných oborů. Život dnešních seniorů je ve všech svých aspektech natolik pestrý, že moderní vědní disciplíny, které se jím zabývají, mají povahu výrazně multidisciplinární. Senior sám o sobě, není pouhá tělesná schránka, které se již od dob antiky ujal vědní obor medicíny. Senior je především komplexní osobnost se svými právy, názory a nezávislostí. Na problematiku stáří a stárnutí nelze nalézt odpověď toliko v medicíně a andragogice, ale v posledních letech je to fenomén sociální, ekonomický, právní, a co především, sociálně a speciálně pedagogický.

Moderní společenské vědy zaznamenaly v náhledu na stáří patrný posun od dominantně kvantitativních koncepcí ke kvalitativním. Zájem profesionálů se neorientuje pouze na množstevní ukazatele, v dnešní době vstupuje do popředí kvalita spojená s cílovou skupinou seniorů.

Senioři, přestože je zdánlivě spojují jisté společné rysy, se velmi liší jak, co do zdatnosti a životních podmínek, tak ve svých potřebách a nárocích. I přes oprávněný specifický zájem o seniory jakožto o cílovou věkovou skupinu trpící specifickými potížemi a mající specifické potřeby, jsou senioři až do nejzazšího věku především sami osobnostmi a pak teprve starými lidmi. Proto je v moderním pojetí sociální péče nezbytný individuální a diverzifikovaný přístup, který respektuje a ctí v každém člověku až na samý sklonek života jeho neopakovatelnou jedinečnost.

Seniorská populace je jako každý živoucí organický celek proměnlivá a vyvíjí se. Jelikož i ve stáří převažuje ono individuální nad obecně stařeckým, s novými generacemi

seniorů přicházejí do stáří jejich generační zkušenosti, znalosti, návyky, potřeby i nároky. Nynější generace seniorů, která svůj produktivní věk prožila po období 2. světové války, stojí na jiných vzdělanostních základech, je aktivnější, tudíž přirozeně náročnější v očekávání, čím ji ještě stáří naplní.

Pro dnešní seniorskou populaci je charakteristická převaha žen, s početnou skupinou osamělých starých žen. Je potřeba si uvědomit, že stáří není sama o sobě choroba. I když je nemocnost a vícenásobná nemocnost ve vyšším věku častější, nelze mezi stářím a nemocí klást rovnítko.

Stáří je ale také etapa lidské ontogeneze obecně náchylnější k výskytu nemocí a zdravotních potíží, které se vyskytují mnohočetně, často ve vzájemné kombinaci, se sklonem k chronicitě. Nejčastější hrozbou starého člověka je ztráta soběstačnosti. V případech výraznějších omezení samostatnosti bývá jako řešení zvolena některá z forem ústavní péče, neboť existuje velká pravděpodobnost, že nějakou formu intenzivnější péče bude v závěrečném období života potřebovat každý z nás.

Tu se před společností jako takovou, ale i před společenskými vědami v sociálně pedagogických oborech otevírá široké akční pole působnosti. S potěšením můžeme konstatovat, že z dnešních zařízení sociální péče, či chceme-li rezidenčních zařízení pro seniory, se již dávno vytratila ona všudypřítomná pachuč' neosobní internace v nevyhovujících stavbách, ve studených pokojích s plechovými nočními stolky a s personálem oděným do nemocničních plášťů. Moderní rezidenční zařízení by v očích seniora nemělo být ničím jiným, než alternativou příjemného domova. Moderní domov pro seniory sdružuje, nikoliv vyobcovává.

Jak už bylo řečeno v úvodu, život v zařízeních sociální péče se v dnešní době zásadně změnil. Změnila se však i tradiční role ošetřujícího personálu, před nímž vyvstala nutnost zajišťování alternativních forem péče, směřujících k posílení autonomie klienta i rodiny. Nároky na tyto specialisty kladené jsou stále vyšší, tradiční, dlouhá léta zažitý systém edukace v nemedicínských oborech zdaleka nestačí. Skupina klientů, jíž je péče poskytována, je v dnešním světě velmi rozmanitá co do stupně obslužnosti, diverzifikace péče i nároků seniorů samotných. Progresivní přístup ke stáří zřetelně nastoupil trend směřující k edukaci klientů v souladu s ideou celoživotního vzdělávání. Hovoříme o tzv. učící se společnosti, neboť vzdělání je proces celoživotní. Přístup ke vzdělávání je dnes otevřen všem, bez ohledu věku.

Snahou této diplomové práce, již na samém počátku, nebylo předložit rádobu generalizující návod, či univerzální postup v oblasti moderní gerontologie. Takováto absolutně platná řešení s ohledem na multidisciplinární podmíněnost a rozličnost sociální péče o seniory ostatně ani neexistují. Vytyčený cíl byl s ohledem na rozsah této práce mnohem skromnější. Autor se pokusil deskriptivní metodou pouze charakterizovat úroveň poskytované péče moderních rezidenčních zařízení pro seniory v České republice, vymezit její rámec a popsat hlavní aspekty úspěšného stárnutí.

První, teoretická část práce, byla vzhledem do obecné gerontologie s vymezením pojmu stáří jako společenského a sociologicko-demografického fenoménu. Další kapitola byla malým úvodem do historie sociální péče ve střední Evropě. Závěr teoretické části byl věnován charakteristice ústavní péče jako formě pomoci s ohledem na její rizika a aktuální stav v rezidenčních zařízeních na území České republiky.

Druhá část, tedy praktická, analyzovala současnou úroveň poskytované sociální péče ve vybraných příspěvkových rezidenčních zařízeních, určených k poskytování sociálně – zdravotních služeb seniorům včetně ubytovacích.

Výzkumná sonda proběhla ve dvou, co do zaměření i rozsahu služeb srovnatelných rezidenčních zařízeních, nacházejících se v Jihomoravském a Jihočeském kraji, z nichž byl vybrán výzkumný vzorek. Metoda sběru dat formou kvantitativního výzkumu, byla provedena v Domově pro seniory Věstonická, se sídlem v městské části Brno-Vinohrady, což je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je statutární město Brno, které provoz domova dotuje. Tatáž výzkumná procedura proběhla v Domově pro Seniory Máj v Českých Budějovicích, zřízeného na shodné právní formě podnikání. Obě rezidenční zařízení jsou poskytovateli služeb ve smyslu ust. § 49 a § 50 zákona č. 108/2006 Sb.

Výzkumná část posuzovala zhodnocení subjektivního mínění seniorů o úrovni sociální péče, v zařízení, v němž jsou umístěni. Takto získané a zobecněné výstupy byly na základě verifikace hypotéz využity k formulaci závěru o současném stavu, resp. úrovni sociální péče, již seniorům obě zařízení nabízejí, a o jejich hlavních motivačních a rozhodovacích kritériích, zásadně ovlivňujících výběr konkrétního rezidenčního zařízení. Podstatnou část výzkumu tvořilo nalezení souvislostí, mezi úrovní poskytované nadstandardní péče, její finanční dostupností a subjektivním pocitem spokojenosti seniora odrážejícím se v kvalitě jeho stáří.

Analýzou výstupů kvantitativního výzkumu nebyla prokázána platnost složené hypotézy a), neboť nebyla nalezena užší příčinná souvislost mezi vyšší úrovní poskytované

základní zdravotní a sociální péče a délkou stáří seniora. Naopak za zcela prokazatelnou lze považovat složenou hypotézu b), jež predikuje, že úroveň poskytované nadstandardní péče přímo ovlivňuje subjektivní pocit spokojenosti seniora a tím i kvalitu jeho stáří.

Provedenou analýzou výstupů nelze považovat za platnou složenou hypotézu c) spočívající v tvrzení, že senioři v mladším věku přivykají pobytu v rezidenčním zařízení lépe, než ti na sklonku života. Předpoklad dobré socializace klienta v novém domově totiž ve valné míře závisí na znalosti tohoto prostředí z předchozího života.

Nelze rovněž potvrdit platnost prostých hypotéz a) a b) předpokládajících, že klienti s nadstandardními příjmy a vysokou úrovní finančního zajištěním preferují výběr takových rezidenčních zařízení, jež respektují jejich individuální potřeby. Tuto tendenci má, jak se prokázalo, převažující většina seniorů bez ohledu na výši příjmů.

V souvislosti s popřením posledně jmenovaných hypotéz lze konstatovat, že stěžejním kritériem ovlivňujícím rozhodnutí uchazeče pro konkrétní zařízení spíše než jeho finanční zajištěnost, je především znalost prostředí či dobré reference zařízení.

Existuje však stále podstatná část klientů, jejichž volba konkrétního rezidenčního zařízení byla přímo závislá na aktuálním počtu žadatelů o umístění, resp. kapacitní schopnosti domova požadavek seniora včas řešit.

Závěrem výzkumné části s ohledem na zjištěný stav získaných analýzou výstupů shromážděných z výzkumného vzorku obou rezidenčních zařízení, byly formulovány návrhy na přijetí opatření a ke zlepšení úrovně dosavadní péče. Jestliže budoucí vývoj moderní sociálně-zdravotní péče o seniory dokáže jejich alespoň dílčí pravdivost, pak, řekněme, tato práce může být považována za přínosnou.

Lidský život je konečný. Jedinec stárne od okamžiku početí. Procesy stárnutí lze však ovlivnit řadou odborných intervencí a komplexní podporou člověka na jeho cestě životem. Všechny tyto intervence povedou k tomu, že většina z nás se seniorského věku dožije. Je tedy na přístupu moderní společnosti k prodlužující se etapě postproduktivní, zda bude umět „žít svá léta“, neboť klíčem ke spokojenému stáří není společnost „pro staré“, nýbrž společnost „přátelská ke každému věku“.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Odborná literatura

- [1] ČERNÍKOVÁ, V. MAKARIUSOVÁ, V. *Sociální ochrana*. Praha: Policejní Akademie ČR, 1997.
- [2] ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov: vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku.2., dopl. vyd.* Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2007, 163 s. ISBN 978-80-223-2287-4.
- [3] FIALA, P. *Pacienti určení k likvidaci (Odvracená tvář našeho zdravotnictví)*. Tempus Medicorum. 2006, roč. 15, č. 7, - 8, s. 111.
- [4] FRANIOK, P., KALEJA, M., ZEZULOVÁ, E. *Transformace speciálních vzdělávacích potřeb v kontextu kurikulárních dokumentů*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2010, 124 s. ISBN 978-80-7368-921-6.
- [5] FRIEDMANN, V. *Systém ústavní péče v Brně*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. Rigorózní práce.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989.
- [7] HATÁR, C. *Seniori v systéme rezidenčialnej sociálno-edukačnej starostlivosti*. 1. vyd. Praha: Rozlet a Česká andragogická společnost, 2011, 130 s. ISBN 978-80-904824-1-8.
- [8] JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.
- [9] JŮZL, M. *Základy pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2010, 185 s. ISBN 978-80-87182-02-4.
- [10] KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie. (integrováný text pro interdisciplinární studium. I. díl Gerontologie obecná a aplikovaná)*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
- [11] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [12] KOZÁKOVÁ, O., MULLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s. ISBN 80-244-1552-6.
- [13] MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, 138 s. ISBN 80-85850-08-7.
- [14] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika* 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009.
- [15] MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
- [16] MÜHLPACHR, P. *Sociální a postpenitenciární péče*. Brno: Institut mezioborových studií, 1999.
- [17] MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče: (filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 49 s., 1 slož. list. ISBN 80-210-2512-3.
- [18] MÜHLPACHR, P., BARGEL, M. ml. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2011, 146 s. ISBN 978-80-87182-21-5.

- [19] MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 115 s. ISBN 80-210-2510-7.
- [20] PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 298 s.
- [21] PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. IV. Díl. Praha: SPN, 1974.
- [22] RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995, 192 s. ISBN 80-210-1155-6.
- [23] RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
- [24] ROSENMYER, L. *Die späte Freiheit*. Berlin, Sverin u. Siedler, Vlg 1983.
- [25] ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce – východiska a přístupy*. Praha: SLON, 1995.
- [26] ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: SPN, 1989.
- [27] SCHIMMERLINGOVÁ, V. *Vícerozměrná rodina jako zdroj vzájemné pomoci a její současné bariéry*. Sestra 1, 1991, č. 4.
- [28] ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
- [29] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
- [30] WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. 1. vyd. Praha: Svoboda 1982. 368 s.
- [31] ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
- [32] ZIMBERG, S. *Alcoholism in the elderly*. Postgrad. Med., 74, 1983.
- [33] *Zpráva Světového summitu o sociálním rozvoji, Kodaň, 6-12. 3. 1995* (Publikace OSN, č. E. 96. IV. 8), kapitola I rezoluce 1, příloha I, II.

Elektronické zdroje

- [1] ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D. Některé problémy financování sociální a zdravotní lůžkové péče: sborník příspěvků přednesených na pracovní konferenci. [online]. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2006. S. 1-9. Dostupné z: http://kvf.vse.cz/wpcontent/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.
- [2] BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., HOLMEROVÁ, I. *Sociální hospitalizace*. Praha, VÚPSV 2000 a BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A. *Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání*. Praha, VÚPSV 2004. In: ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D. *Některé problémy financování sociální a zdravotní lůžkové péče: sborník příspěvků přednesených na pracovní konferenci*. [online]. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2006. S. 1-9. Dostupné z: http://kvf.vse.cz/wp-content/uploads/2010/06/1180654389_sb_cervenkova_bruthansova.pdf.
- [3] KALVACH, Zdeněk. *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří*. 2. Vydání. Praha: In Úspěšné stárnutí a aktivní stáří: sborník příspěvků přednesených na pracovní konferenci. [online]. Praha: Státní zdravotní ústav v rámci dotačního programu MZ, Národní

- program zdraví – projekty podpory zdraví pro rok 2008, název projektu: Aktivní stárnutí, číslo projektu: 9943, s. 1-6. Dostupné z:
http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/plne_znani/letaky/uspesne_starnuti_a_aktivni_stari.pdf.
- [4] MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Institut mezioborových studií, učební text pro studenty 3. semestru mag. studia. [online]. [cit. 20. 01. 2013]. Dostupné z <http://mail.imsbrno.cz/home/radomir.pernica@imsbrno.cz/M%C3%BC3%BChlpachr%20Pavel/Soci%C3%A1ln%C3%AD%20pedagogika%202>.
- [5] AGE - *Evropská platforma seniorů, Brusel Age Concern England*. [online]. [cit. 15. 01. 2013]. Dostupné z: <http://www.age-platform.eu/en/2012-european-year-on-active-ageing-and-intergenerational-solidarity>
- [6] www.healthyageing.eu [online]. *Healthy and active ageing 2012. A compendium of programmes, good practices and other resources for promoting and sustaining the well-being of „younger“ older people, with a specific reference to socially deprived and migrant groups in Europe. A report commissioned by Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* [online]. [cit. 30. 01. 2013]. Dostupné z: <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>.
- [7] *Elektronický informační portál statutárního města Brno*: rubrika Domovy pro seniory. [online]. Brno, Poslední aktualizace 19. 02. 2013 [online]. [cit. 19. 02. 2013]. Dostupné z: <http://www.ves.brno.cz/index.php?nav01=7924&nav02=8007&nav03=12865>.
- [8] *Elektronický informační portál Domova pro seniory Máj*: rubrika Úvodní stránka [online]. Poslední aktualizace 19. 02. 2013 [online]. [cit. 19. 02. 2013]. Dostupné z: <http://www.ddmajcb.cz>.
- [9] *Elektronický časopis pro laickou veřejnost Living longer and loving it - Žít déle a těšit se z toho*). Dostupné z: <http://www.agingresearch.org>.
- [10] Kalkulátor hypoteční banky pro výpočet životního minima. [online]. [cit. 08. 11. 2012]. Dostupné z: <http://www.hypotecnibanka.cz/kalkulacky/maximalni-vyse-uveru/dle-mesicnich-prijmu/>.
- [11] Kurzy.cz, výpočet příspěvku na bydlení v roce 2012 [online]. [cit. 08. 11. 2012]. Dostupné z: <http://www.kurzy.cz/kalkulacka/prispevek-na-bydleni/>. Londýn (proseniorská organizace ve Velké Británii). Dostupné z: <http://www.ageuk.org.uk/health-wellbeing/keeping-fit/>.
- [12] MPSV.CZ: Úmluvy MAPS [online]. *Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002*. [online]. [cit. 20. 01. 2013]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>.
- [13] Tribune.cz: *Tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. Poslední aktualizace 02. 02. 2013 [online]. [cit. 02. 02. 2013]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/26043-obecne-problemy-farmakoterapie-ve-stari>.
- [14] Wikiskripta.eu: *skripta pro lékaře a odbornou zdravotnickou veřejnost* [online]. Poslední aktualizace 03. 02. 2013 [online]. [cit. 03. 02. 2013]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/St%C3%A1rnutí%20organismu>
- [15] *Věková skladba obyvatelstva v roce 2008*. [Online]. [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2008.

- [16] *Věková skladba obyvatelstva v roce 1990*. [Online]. [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_1990.
- [17] *Věková skladba obyvatelstva v roce 1945*. [Online]. [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_1945.

Legislativní rámec

- [1] Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších ústavních zákonů.
- [2] Zákon č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku ČR.
- [3] Zákon č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti, ve znění pozdějších předpisů.
- [4] Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.
- [5] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- [6] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání ve znění zákona č. 125/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- [7] Zákon č. 133/1985 Sb., o požární ochraně a související předpisy, ve znění pozdějších předpisů.
- [8] Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.
- [9] Zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- [10] Zákon č. 227/1997 Sb., o nadacích a nadačních fondech a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- [11] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- [12] Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
- [13] Vyhláška Ministerstva vnitra ČR č. 246/2001 Sb., o stanovení podmínek požární bezpečnosti o výkonu státního požárního dozoru (vyhláška o požární prevenci).
- [14] Vyhláška Ministerstva vnitra ČR č. 268/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 23/2008 Sb., o technických podmínkách požární ochrany staveb.
- [15] Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
- [16] Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.

DOTAZNÍK

Vážená paní a pane.

Tímto bych Vám chtěl předem poděkovat za zodpovězení následujících otázek, které mi pomohou posoudit, jakým přínosem je pro Vás pobyt ve stávajícím rezidenčním zařízení.

Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro potřeby vyhodnocení v rámci výzkumu, který provádím.

žena muž

Místo Vašeho předchozího bydliště.....

Váš věk, **délka pobytu v rezidenčním zařízení**let

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

| | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> základní; | <input type="checkbox"/> odborné s výučním listem; | <input type="checkbox"/> středoškolské maturitou; | <input type="checkbox"/> vyšší odborné; | <input type="checkbox"/> vysokoškolské |
|------------------------------------|--|---|---|--|

Jste v kontaktu se svojí rodinou?

ano spíše ano spíše ne ne

Můžete uvést, jak často.....

Domníváte se, že v současné době je pro Vás pobyt v tomto rezidenčním zařízení vhodné řešení?

ano spíše ano spíše ne ne

Domníváte se, že by bylo vhodné služby rezidenčního zařízení, kde pobýváte, doplnit?

ano spíše ano spíše ne ne

nedovedu posoudit

Myslíte si, že je Vám poskytován přístup ke zdravotní péči podle Vašich potřeb?

ano spíše ano spíše ne ne

Které je Vaše nejoblíbenější místo trávení volného času?

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> s ostatními obyvateli rezidenčního z. | <input type="checkbox"/> sám v pokoji | <input type="checkbox"/> s přáteli mimo rezidenční z. | <input type="checkbox"/> s příbuznými mimo rezidenční z. |
|--|---------------------------------------|---|--|

| | |
|------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> v kostele | jinde..... |
|------------------------------------|---------------------|

Co je Vaší zálibou, koníčkem?

.....

| | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Můžete svoji zálibu, koníček rozvíjet v rezidenčním zařízení? | | | |
| <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | | |
| Je strava, Vám poskytovaná, v souladu s Vašimi představami o zdravé výživě? | | | |
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> spíše ano | <input type="checkbox"/> spíše ne | <input type="checkbox"/> ne |
| Co bylo pro Vás rozhodujícím hlediskem pro výběr rezidenčního zařízení (poloha, známí senioři žijící v rezidenčním zařízení, finance, jiné)? Uveďte konkrétně. | | | |
| | | | |
| Kdyby jste se mohl(a) znovu rozhodnout, kde budete bydlet – zvolil(a) by jste opět toto rezidenční zařízení? | | | |
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> spíše ano | <input type="checkbox"/> spíše ne | <input type="checkbox"/> ne |
| Co vnímáte jako nejčastější problém při organizování volného času (nezájem obyvatel rezidenčního z., nedostatek času, nedostatek financí, nedostatek personálu, jiné)? Uveďte konkrétně. | | | |
| | | | |
| Co vidíte, jako svoji nejoblíbenější aktivitu ve volném čase (procházky, ruční práce, sport/cvičení, vzdělávání, sledování TV/R, rozhovory, čtení/psaní, náboženství, umělecké aktivity, práce v zahradě, společenské hry, kulturní akce, jiné)? Uveďte konkrétně. | | | |
| | | | |
| Domníváte se, že Vaše měsíční finanční náklady vynaložené na pobyt v rezidenčním zařízení odpovídají poskytovaným službám? | | | |
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> spíše ano | <input type="checkbox"/> spíše ne | <input type="checkbox"/> ne |
| Kdo organizuje volnočasové aktivity ve Vašem rezidenčním zařízení (personál, Vy spolu s personálem, Vy sám(a), organizace mimo rezidenční zařízení, jiné)? Uveďte konkrétně. | | | |
| | | | |
| Co považujete za nadstandardní péči při Vašem pobytu v rezidenčním zařízení? | | | |
| | | | |
| Jak byste hodnotil(a) svůj pobyt v rezidenčním zařízení? | | | |
| <input type="checkbox"/> výborná | <input type="checkbox"/> velmi dobrá | <input type="checkbox"/> dobrá | <input type="checkbox"/> neuspokojivá |

Datum:.....

KVANTITATIVNÍ PŘEHLED ODPOVĚDÍ V JEDNOTLIVÝCH POLOŽKÁCH (DOMOV PRO SENIORY VĚSTONICKÁ V BRNĚ)

PŘÍLOHA Č. 2

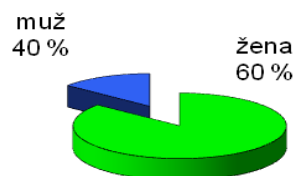
| Poř. č. dotazu | Otázka | žena | muž | - | - | - | Kontrolní součet |
|----------------|---|---|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------|------------------|
| 1 | Vaše pohlaví? | 43 | 7 | - | - | - | 50 |
| | | 86 % | 14 % | - | - | - | |
| | Otázka | základní | odborné s výučním listem | středoškolské s maturitou | vyšší odborné | vysokoškolské | |
| 2 | Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? | 16 | 11 | 16 | 5 | 2 | 50 |
| | | 32 % | 22 % | 32 % | 10 % | 4 % | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 3 | Jste v kontaktu se svojí rodinou? | 44 | 1 | 2 | 3 | - | 50 |
| | | 88 % | 2 % | 4 % | 6 % | - | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 4 | Domníváte se, že v současné době je pro Vás pobyt v tomto rezidenčním zařízení vhodné řešení? | 40 | 7 | 1 | 2 | - | 50 |
| | | 80 % | 14 % | 2 % | 4 % | - | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | nedovedu posoudit | |
| 5 | Domníváte se, že by bylo vhodné služby rezidenčního zařízení, kde pobýváte, doplnit? | 9 | 9 | 8 | 8 | 16 | 50 |
| | | 18 % | 18 % | 16 % | 16 % | 32 % | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 6 | Myslíte si, že je Vám poskytován přístup ke zdravotní péči podle Vašich potřeb? | 37 | 7 | 5 | 1 | - | 50 |
| | | 74 % | 14 % | 10 % | 2 % | - | |
| | Otázka | s ostatními obyvateli rezidenčního z. | sám v pokoji | s přáteli mimo rezidenční z. | s příbuznými mimo rezidenční z. | v kostele | |
| 7 | Které je Vaše nejoblíbenější místo trávení volného času? | 22 | 12 | 6 | 8 | 2 | 50 |
| | | 44 % | 24 % | 12 % | 16 % | 4 % | |

KVANTITATIVNÍ PŘEHLED ODPOVĚDÍ V JEDNOTLIVÝCH POLOŽKÁCH (DOMOV PRO SENIORY VĚSTONICKÁ V BRNĚ)

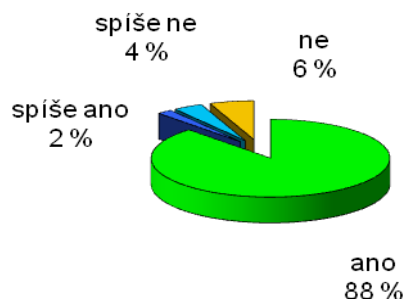
PŘÍLOHA Č. 2

| | Otázka | ano | ne | - | - | - | |
|----|--|---------|-------------|----------|--------------|---|----|
| 8 | Můžete svoji zálibu, koníček rozvíjet v rezidenčním zařízení? | 42 | 8 | - | - | - | 50 |
| | | 84 % | 16 % | - | - | - | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 9 | Je strava, Vám poskytovaná, v souladu s Vašimi představami o zdravé výživě? | 26 | 13 | 7 | 4 | - | 50 |
| | | 52 % | 26 % | 14 % | 8 % | - | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 10 | Kdyby jste se mohl(a) znovu rozhodnout, kde budete bydlet - zvolil(a) by jste opět toto rezidenční zařízení? | 34 | 14 | 1 | 1 | - | 50 |
| | | 68 % | 28 % | 2 % | 2 % | - | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 11 | Domníváte se, že Vaše měsíční finanční náklady vynaložené na pobyt v rezidenčním zařízení odpovídají poskytovaným službám? | 21 | 24 | 4 | 1 | - | 50 |
| | | 42 % | 48 % | 8 % | 2 % | - | |
| | Otázka | výborná | velmi dobrá | dobrá | neuspokojivá | | |
| 12 | Jak byste hodnotil(a) svůj pobyt v rezidenčním zařízení? | 13 | 15 | 20 | 2 | - | 50 |
| | | 26 % | 30 % | 40 % | 4 % | - | |

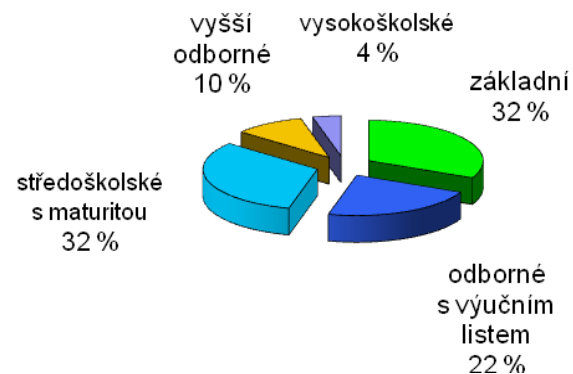
Graf č. 1:
Vaše pohlaví?



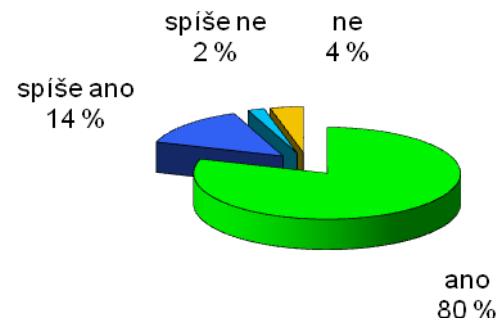
Graf č. 3:
Jste v kontaktu se svojí rodinou?



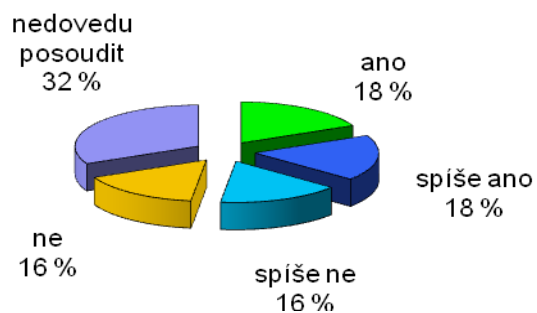
Graf č. 2:
Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



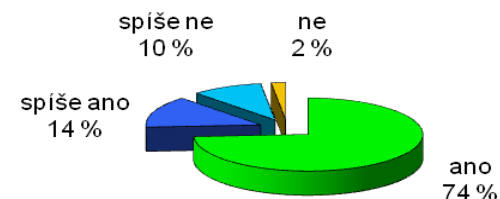
Graf č. 4:
Domníváte se, že v současné době je pro Vás pobyt v tomto rezidenčním zařízení vhodné řešení?



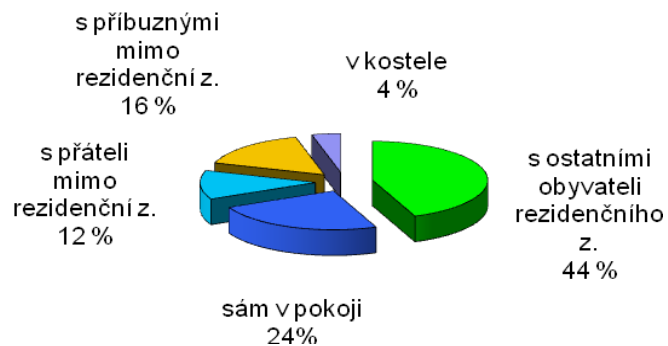
Graf č. 5:
Domníváte se, že by bylo vhodné služby rezidenčního zařízení, kde pobýváte, doplnit?



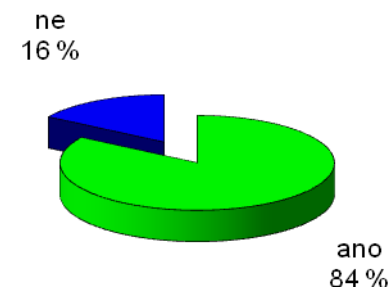
Graf č. 6:
Myslíte si, že je Vám poskytován přístup ke zdravotní péči podle Vašich potřeb?



Graf č. 7:
Které je Vaše nejoblíbenější místo trávení volného času?

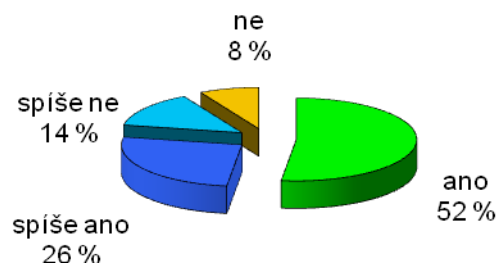


Graf č. 8:
Můžete svoji zálibu, koníček rozvíjet v rezidenčním zařízení?



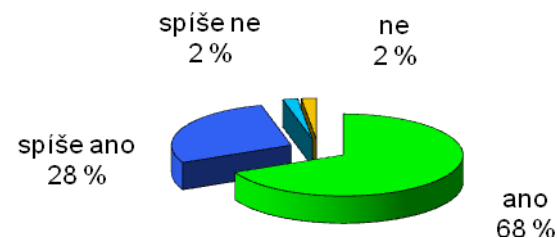
Graf č. 9:

Je strava, Vám poskytovaná, v souladu s Vašimi představami o zdravé výživě?



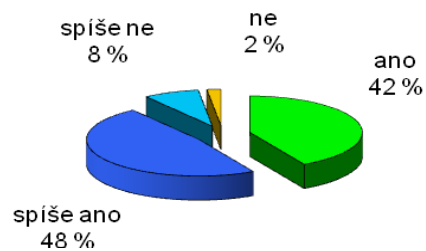
Graf č. 10:

Kdyby jste se mohl(a) znovu rozhodnout, kde budete bydlet - zvolil(a) by jste opět toto rezidenční zařízení?



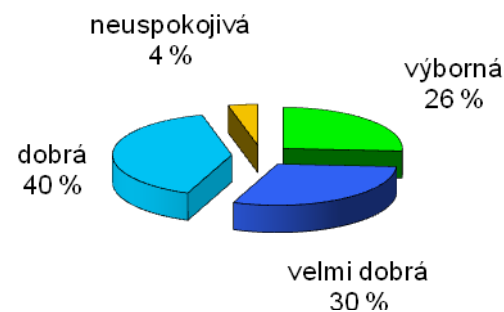
Graf č. 11:

Domníváte se, že Vaše měsíční finanční náklady vynaložené na pobyt v rezidenčním zařízení odpovídají poskytovaným službám?



Graf č. 12:

Jak byste hodnotil(a) svůj pobyt v rezidenčním zařízení?



KVANTITATIVNÍ PŘEHLED ODPOVĚDÍ V JEDNOTLIVÝCH POLOŽKÁCH (DOMOV PRO SENIORY MÁJ V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH)

PŘÍLOHA Č. 3

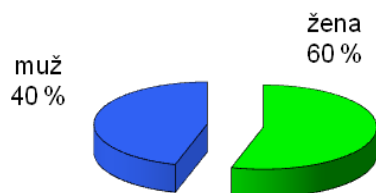
| Poř. č. dotazu | Otázka | žena | muž | - | - | - | Kontrolní součet |
|----------------|---|---|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------|------------------|
| 1 | Vaše pohlaví? | 12 | 10 | - | - | - | 22 |
| | | 55 % | 45 % | - | - | - | |
| | Otázka | základní | odborné s výučním listem | středoškolské s maturitou | vyšší odborné | vysokoškolské | |
| 2 | Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? | 7 | 9 | 6 | 0 | 0 | 22 |
| | | 32 % | 41 % | 27 % | 0 % | 0 % | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 3 | Jste v kontaktu se svojí rodinou? | 12 | 5 | 3 | 2 | - | 22 |
| | | 55 % | 23 % | 14 % | 9 % | - | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 4 | Domníváte se, že v současné době je pro Vás pobyt v tomto rezidenčním zařízení vhodné řešení? | 19 | 2 | 0 | 1 | - | 22 |
| | | 86 % | 9 % | 0 % | 5 % | - | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | nedovedu posoudit | |
| 5 | Domníváte se, že by bylo vhodné služby rezidenčního zařízení, kde pobýváte, doplnit? | 2 | 1 | 6 | 3 | 10 | 22 |
| | | 9 % | 5 % | 27 % | 14 % | 45 % | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 6 | Myslíte si, že je Vám poskytován přístup ke zdravotní péči podle Vašich potřeb? | 19 | 2 | 1 | 0 | - | 22 |
| | | 86 % | 9 % | 5 % | 0 % | - | |
| | Otázka | s ostatními obyvateli rezidenčního z. | sám v pokoji | s přáteli mimo rezidenční z. | s příbuznými mimo rezidenční z. | v kostele | |
| 7 | Které je Vaše nejoblíbenější místo trávení volného času? | 16 | 2 | 2 | 2 | 0 | 22 |
| | | 73 % | 9 % | 9 % | 9 % | 0 % | |

KVANTITATIVNÍ PŘEHLED ODPOVĚDÍ V JEDNOTLIVÝCH POLOŽKÁCH (DOMOV PRO SENIORY MÁJ V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH)

PŘÍLOHA Č. 3

| | Otázka | ano | ne | - | - | - | |
|----|--|---------|-------------|----------|--------------|---|----|
| 8 | Můžete svoji zálibu, koníček rozvíjet v rezidenčním zařízení? | 22 | 0 | - | - | - | 22 |
| | | 100 % | 0 % | - | - | - | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 9 | Je strava, Vám poskytovaná, v souladu s Vašimi představami o zdravé výživě? | 16 | 4 | 2 | 0 | - | 22 |
| | | 73 % | 18 % | 9 % | 0 % | - | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 10 | Kdyby jste se mohl(a) znovu rozhodnout, kde budete bydlet - zvolil(a) by jste opět toto rezidenční zařízení? | 18 | 3 | 1 | 0 | - | 22 |
| | | 82 % | 14 % | 5 % | 0 % | - | |
| | Otázka | ano | spíše ano | spíše ne | ne | | |
| 11 | Domníváte se, že Vaše měsíční finanční náklady vynaložené na pobyt v rezidenčním zařízení odpovídají poskytovaným službám? | 17 | 4 | 1 | 0 | - | 22 |
| | | 77 % | 18 % | 5 % | 0 % | - | |
| | Otázka | výborná | velmi dobrá | dobrá | neuspokojivá | | |
| 12 | Jak byste hodnotil(a) svůj pobyt v rezidenčním zařízení? | 6 | 14 | 2 | 0 | - | 22 |
| | | 27 % | 64 % | 9 % | 0 % | - | |

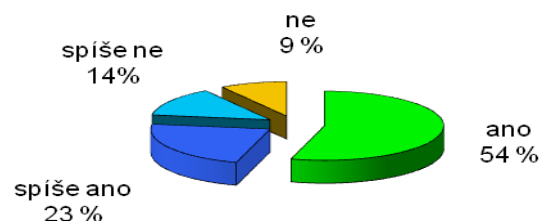
Graf č. 1:
Vaše pohlaví?



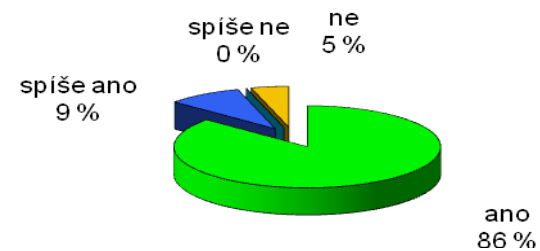
Graf č. 2:
Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



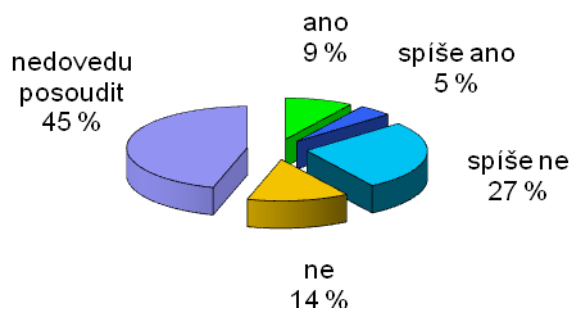
Graf č. 3:
Jste v kontaktu se svojí rodinou?



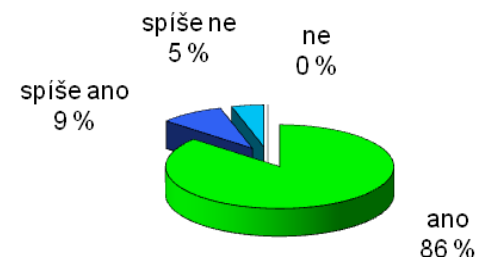
Graf č. 4:
Domníváte se, že v současné době je pro Vás pobyt v tomto rezidenčním zařízení vhodné řešení?



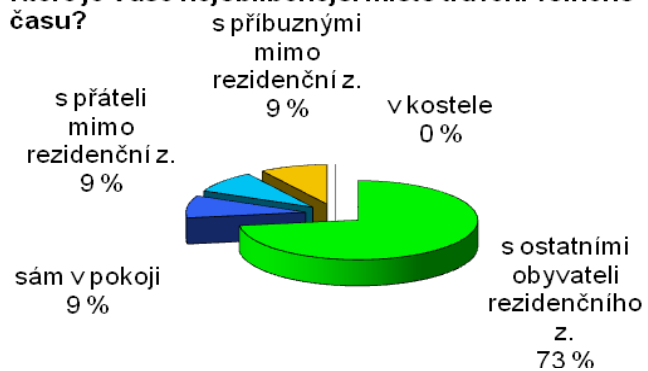
Graf č. 5:
 Domníváte se, že by bylo vhodné služby rezidenčního zařízení, kde pobýváte, doplnit?



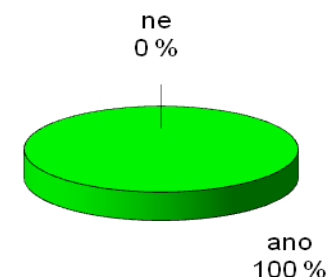
Graf č. 6:
 Myslíte si, že je Vám poskytován přístup ke zdravotní péči podle Vašich potřeb?



Graf č. 7:
 Které je Vaše nejoblíbenější místo trávení volného času?

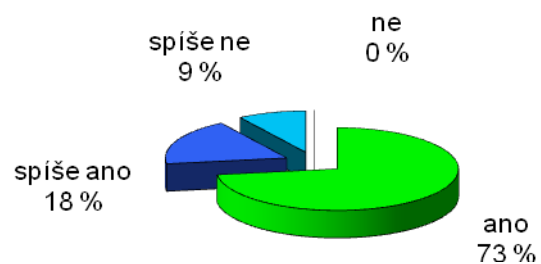


Graf č. 8:
 Můžete svoji zálibu, koníček rozvíjet v rezidenčním zařízení?



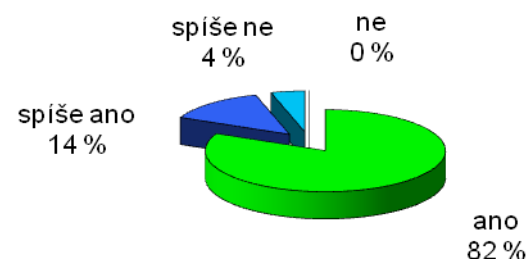
Graf č. 9:

Je strava, Vám poskytovaná, v souladu s Vašimi představami o zdravé výživě?



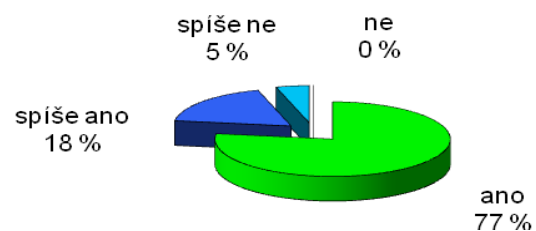
Graf č. 10:

Kdyby jste se mohl(a) znovu rozhodnout, kde budete bydlet - zvolil(a) by jste opět toto rezidenční zařízení?



Graf č. 11:

Domníváte se, že Vaše měsíční finanční náklady vynaložené na pobyt v rezidenčním zařízení odpovídají poskytovaným službám?



Graf č. 12:

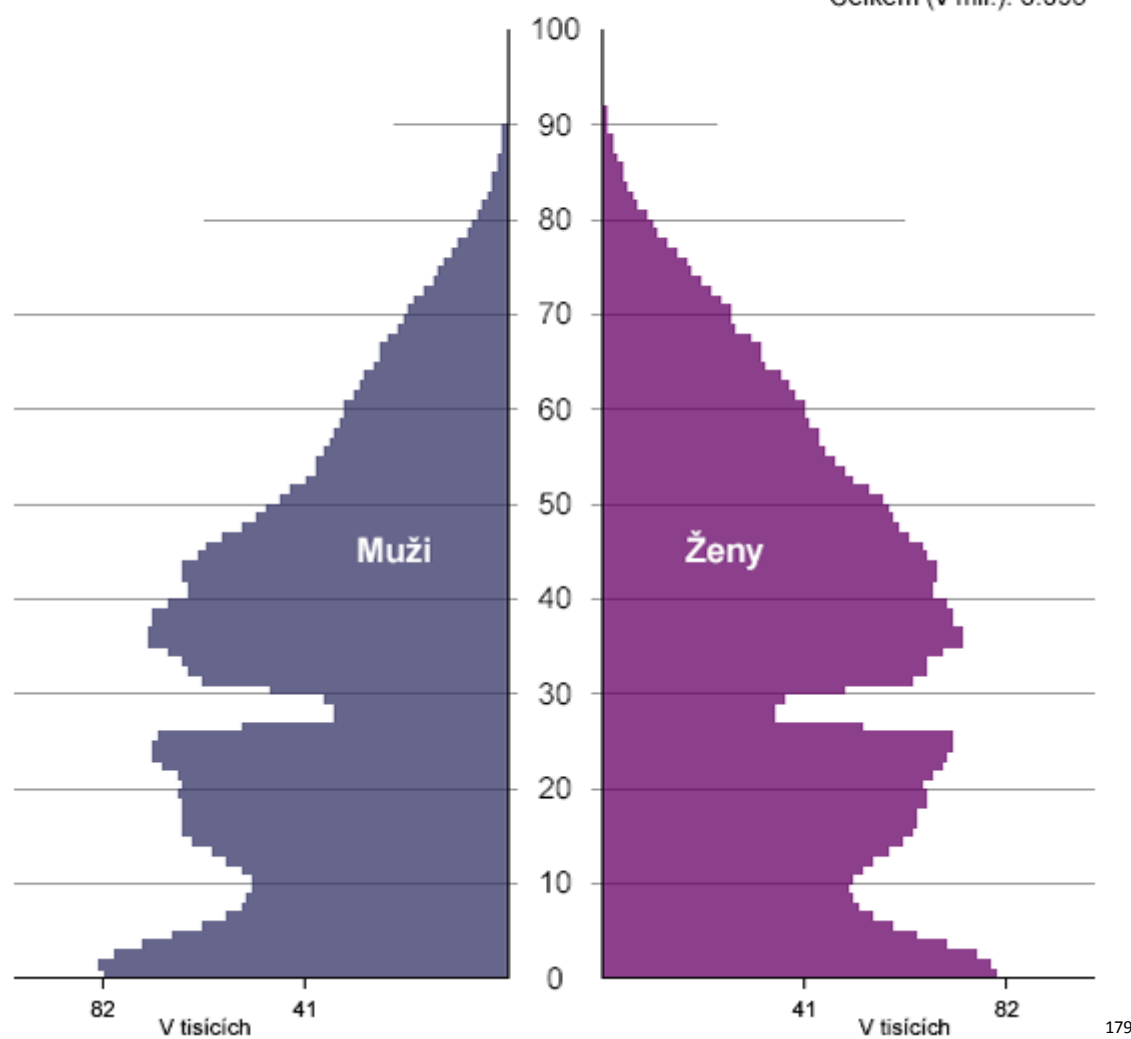
Jak byste hodnotil(a) svůj pobyt v rezidenčním zařízení?



Věková skladba obyvatelstva: 1945

Česká republika

Celkem (v mil.): 8.095

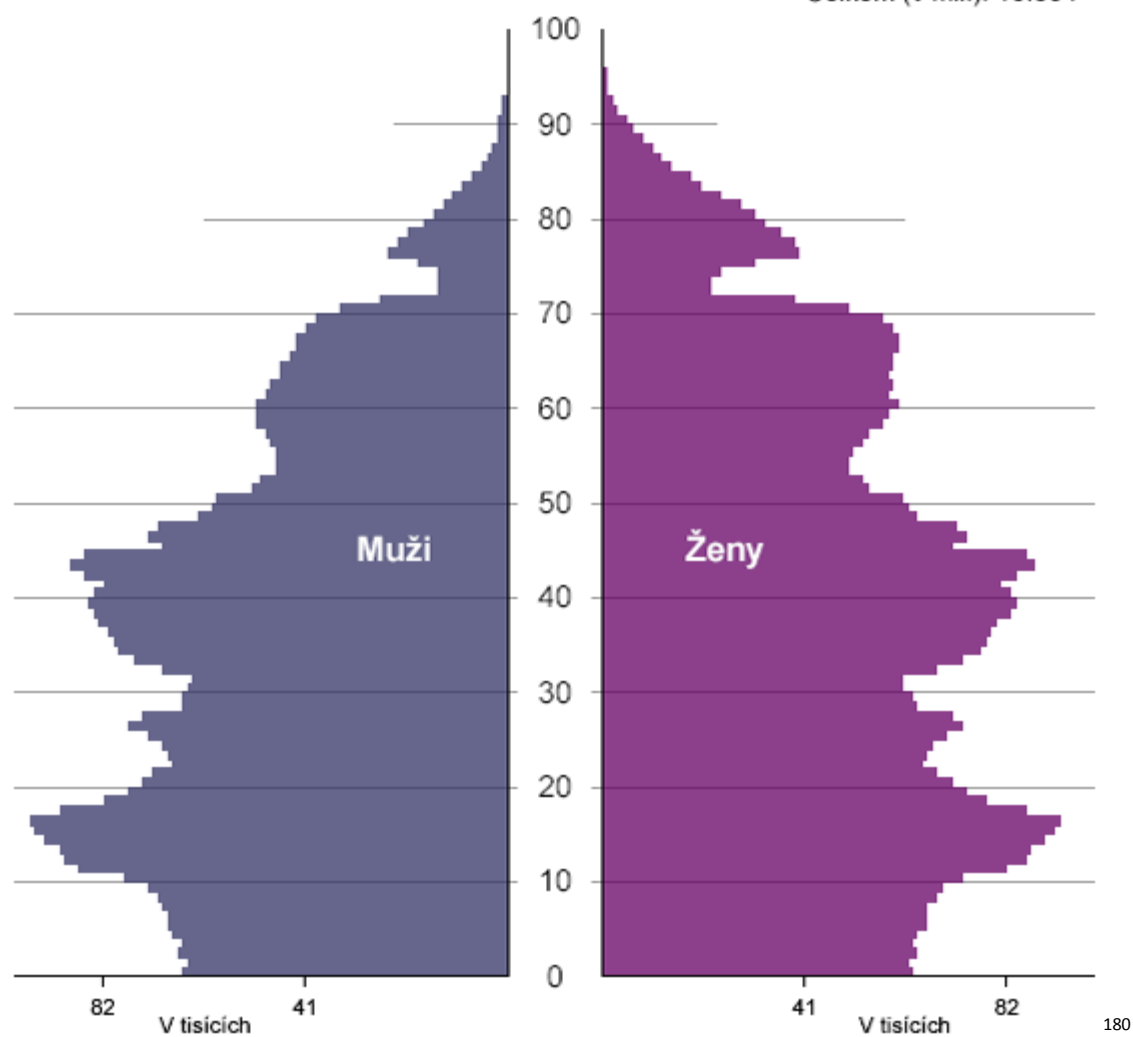


¹⁷⁹ http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_1945.

Věková skladba obyvatelstva: 1990

Česká republika

Celkem (v mil.): 10.364

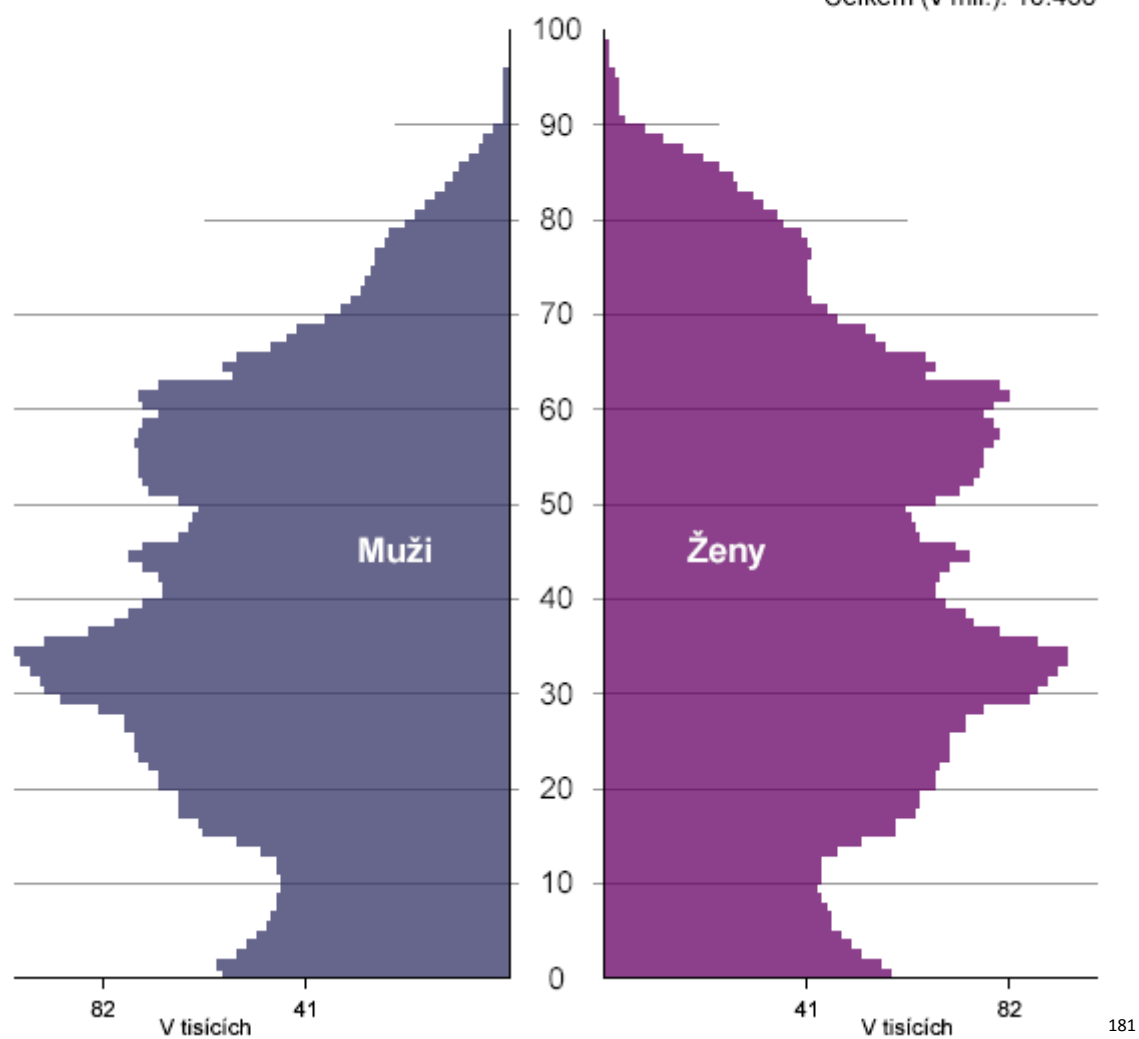


¹⁸⁰ http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_1990.

Věková skladba obyvatelstva: 2008

Česká republika

Celkem (v mil.): 10.468



¹⁸¹ http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2008.