

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**(Ne)Vůle k aktivnímu životu: analýza  
vybraných životních aspektů seniorů  
v pečovatelském zařízení**

**Eva Mertlová**

Plzeň 2019

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra antropologie

**Studijní program Antropologie**

**Studijní obor Sociální a kulturní antropologie**

**Bakalářská práce**

**(Ne)Vůle k aktivnímu životu: analýza  
vybraných životních aspektů seniorů  
v pečovatelském zařízení**

**Eva Mertlová**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Lenka Jakoubková Budilová, Ph. D.

Katedra antropologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2019

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

*Plzeň, květen 2019* .....

Děkuji Mgr. Lence Jakoubkové Budilové, Ph.D., za vedení mé práce, odborné rady, kritické připomínky, poskytnutou literaturu, čas, a za velkou míru trpělivosti, kterou se mnou měla.

## Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Věkový rozsah seniorů a stárnutí populace</b> .....	<b>8</b>
2.1	Co je to stáří? .....	8
2.2	Historie stáří a jeho chápání.....	9
2.3	Kdo je tedy senior?.....	12
2.4	Demografický vývoj společnosti, které dominuje stárnutí ..	13
2.5	Předpokládaný růst počtu seniorů.....	15
2.6	Genderový aspekt stárnutí .....	16
2.7	Mýty o stáří.....	17
<b>3</b>	<b>Historie péče o seniory</b> .....	<b>20</b>
3.1	Péče o seniory sahá stovky let zpátky .....	20
3.2	Výminek jako historická forma péče o seniory .....	23
3.3	Moderní péče o seniory.....	26
3.4	Socialistické domovy důchodců a sociální péče v tehdejších Československu.....	27
<b>4</b>	<b>Pečovatelské zařízení a jeho funkce</b> .....	<b>30</b>
4.1	Vymezení pojmu „pečovatelské zařízení“ a jeho funkce ....	30
4.2	Klient versus pacient .....	31
4.3	Situace v Plzeňském kraji .....	33
<b>5</b>	<b>Odchod do důchodu jako změna pro jedince i společnost</b> <b>38</b>	
5.1	Změny provázející seniory v době odchodu do důchodu ...	39
<b>6</b>	<b>Praktická část</b> .....	<b>44</b>
6.1	Výzkum.....	44
6.2	Prostředí domova za běžného režimu.....	45
6.3	Odchod do pečovatelského zařízení jako zásadní rozhodnutí	46
6.4	Adaptace na nové prostředí .....	48
6.5	Analýza rozhovorů.....	51
6.6	Aktivizační činnosti a volný čas seniorů .....	52
6.7	Analýza rozhovorů.....	57
<b>7</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>59</b>
	<b>Resumé</b> .....	<b>62</b>
	<b>Seznam zdrojů</b> .....	<b>63</b>
	Literární zdroje .....	63
	Internetové zdroje .....	64
	<b>Seznam obrázků, tabulek a grafů</b> .....	<b>65</b>

# 1 Úvod

Tematicky byl pro mne výběr práce téměř jasnou volbou vzhledem k tomu, že sociální oblast je jedním z několika odvětví mé profesní činnosti. Pracuji jako tisková mluvčí kanceláře hejtmána Plzeňského kraje a oblast sociálních věcí a konkrétně sociální služby jsou tématem aktuálním mezi zástupci státní sféry již řadu let. Návštěvy seniorských zařízení včetně debat s uživateli sociálních služeb a personálem zařízení jsou součástí mé práce řadu let. Na druhou stranu mám z rodiny několikanásobnou zkušenost s péčí o nemohoucího seniora, a proto jsem se rozhodla věnovat se tomuto tématu v rámci výzkumu pro bakalářskou práci oboru antropologie, kam bezesporu právě výzkum generace seniorů jako neustále se rozrůstající vrstvy společnosti patří.

Senioři jsou zvláštní skupina řekněme generace lidí, o kterou je nutno se zajímat. Jsou to lidé s celoživotními zkušenostmi, prošli několika režimy, prožili válečné období a v současné době jsou odkázáni na společnost. Na tu, která je mnohdy odstrkuje nebo jimi opovrhuje. Rodina často jako prvek péče selhává a senioři, ač na počátku důchodového věku jsou ve formě fyzické i psychické a mnohdy je důchodový věk baví, se po čase ocitají mimo společnost či na jejím okraji. A v tuto chvíli vyvstává řada otázek, na které bychom jako moderní společnost měli najít odpověď. Cílem této práce není analýza řešení neutěšené situace mnoha seniorů a rostoucí počty uživatelů sociálních služeb, ale otázka přechodu seniora do pečovatelského zařízení. Jak a proč se rozhodl změnit svůj dosavadní život a přestěhovat se na zcela neznámé místo, mnohdy vnímané nepřátelsky? Jak v novém domově vyplňuje čas?

První část práce je teoretická a na základě odborné literatury objasňuje pojmy senior, pečovatelské zařízení, klient versus pacient, stáří, stárnutí a přiblíží také historii péče o seniory a řadu mýtů, které kolem nich panují.

Druhá část práce se zabývá výzkumem, který jsem realizovala ve dvou zařízeních zřizovaných Plzeňským krajem. Prováděla jsem kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů, přičemž tyto rozhovory měly danou strukturu devíti základních otázek, které byly pokládány všem seniorům, kteří byli personálem zařízení k účasti ve výzkumu vybráni. Předvýběr byl po konzultaci s řediteli domovů doporučen z důvodu aktuálního zdravotního stavu dotazovaných seniorů především s ohledem na schopnosti komunikace a poruchy chování. Stav z hlediska mobility nebyl rozhodující. Rozhovory probíhaly individuálně, neformálně po dobu jedné hodiny s jednotlivými účastníky výzkumu v jejich domácím prostředí – na pokoji. Rozhovor byl pak individuálně přizpůsoben danému seniorovi, a to s ohledem na jeho úroveň a ochotu komunikace. Řadu seniorů v domovech znám osobně, protože navštěvuji zařízení zřizovaná krajem již řadu let a rovněž jsem v kontaktu s vedením zařízení. Proto jsem se mnohokrát i pracovní zúčastnila volnočasových aktivit v domovech, různých kulturních vystoupení a divadelních představení včetně setkání s politiky. I tyto zkušenosti jsou pro můj výzkum přínosem, protože mohu srovnat chování a vystupování seniorů v soukromí pokoje při rozhovorech pro výzkum a vystupování na veřejnosti. Během výzkumu jsem měla možnost být přítomna různým aktivizačním činnostem v domovech jako zúčastněný pozorovatel, přičemž jsem si vedla výpisky volnou formou. Absolvovala jsem též rozhovory se zaměstnanci, a to jak na úrovni přímé obslužné péče, tak na úrovni ředitele zařízení. Během výzkumu jsem měla možnost také nafotit fotografie z aktivizačních činností a prostor zařízení. Veškeré tyto fotografie jsou uveřejněny se souhlasem vedení domovů a klientů. Na přání klientů a kvůli přehlednosti jsou jména účastníků výzkumu změněna.

## 2 Věkový rozsah seniorů a stárnutí populace

### 2.1 Co je to stáří?

Když použijeme termíny stáří nebo starý člověk, je odlišné, co si lze pod těmito slovy představit. Světová zdravotnická organizace podle Haškovcové (2010) uvádí, že *„stařecký věk neboli senescence je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“* (Haškovcová 2010:20). Takto lze ale podle Haškovcové (2010) označit jen určitou kategorii seniorů. Jsou to právě ti, u nichž je nepřehlédnutelné zmíněné omezení sil. Proto lze kategorizovat podle věku. Jak uvádí Kuchařová (2002) počátek „skutečného“ stáří stanovila Světová zdravotnická organizace na 75 let věku, zatímco věk 60-74 let je chápán jako rané stáří.

*„Etapy stáří pak jsou vymezeny takto:*

*60 – 74 let – počínající stáří*

*75 – 89 let – vlastní stáří*

*90 let a více – dlouhověkost“* (Kuchařová 2002: 10).

K těmto kategoriím doplňuje Haškovcová (2010) ještě kategorii 45 – 59 let jako střední či zralý věk, který předchází období stáří. Věkové vymezení je podle Kuchařové (2002) nejčastější vzhledem k tomu, že je toto rozdělení funkční a operacionální. *„Základní a zcela oprávněnou námitkou proti takovému definování stáří je to, že jde o individuálně diferencovaný a subjektivně podmíněný proces postupných změn v attributech individuálního života“* (Kuchařová 2002: 10). Proto Kuchařová (2002) připomíná rovinu pojetí stáří spíše jako systém věcných znaků na úrovni sociální a sociologické. Můžeme pak rozlišit krajní roviny názorů na stáří: *„jednak vnímání stárnutí jako procesu zániku, úpadku a rostoucí závislosti, a jednak názory, že stárnutím člověk nabývá postavení zasloužilého, zkušeného a váženého člena rodiny (společenství). Oba krajní názory ilustrují*



*historickou a kulturní podmíněnost běžného vnímání stáří“* (Kuchařová 2002: 10).

Valenta a kol. (2014) pak připomíná, že stáří je výsledek vývojového procesu stárnutí a *„jde o stav člověka, který vykazuje značnou rozdílnost a proměnlivost, danou celou řadou faktorů“* (Valenta a kol 2014: 179). Vzhledem k tomuto faktu pak Valenta a kol. (2014) upozorňuje na nejednoznačnost vymezení klasifikace a popisu stáří jinak, než v měřítku chronologického věku, v němž se shoduje s Haškovcovou (2010) a Kuchařovou (2012). Haškovcová (2010) pak ještě doplňuje, že stáří jako věková hranice je ve většině zemí vnímána tehdy, když odchází daný člověk do důchodu a je z něj tzv. penzista. *„I přes rozdíly mezi jednotlivými státy je jím pětadesátiletý občan“* (Haškovcová 2010: 20).

## **2.2 Historie stáří a jeho chápání**

Chápání stáří a přístup ke starším lidem v běžném životě se historicky mění. Peter Laslett (1977: 174 – 213) spatřuje zásadní rozdíl mezi současnou industriální společností a tou tradiční právě v náhledu na staré členy společnosti. Ta současná, industriální společnost, vnímá odchod do důchodu, se kterým je stáří spojováno, jako jakési „prohlášení o neschopnosti“ a jako neschopnost participovat na chodu společnosti. Staří lidé jsou takto stigmatizováni na rozdíl od preindustriálních společností, kde byli sociálně oceňováni a bylo o ně postaráno. Současná společnost podle Lasletta (1977: 174 – 213) staré lidi v podstatě vyhání z rodin na základě existujících možností zajištění pečovatelských služeb zbavujících rodinu nutné péče o starého člověka. Podotýká také ale zásadní rozdíl v počtu starých lidí ve společnostech tradičních a těch současných. Současná společnost se potýká s nárůstem počtu starých lidí (Laslett 1977: 174 – 213). Své poznatky opírá Laslett (1977: 174 – 213) především o výzkumy v tradičních rodinách v Británii a Francii, kde mnohdy až do 20. století panovala tradice rozhodování otce v roli hlavy rodiny o budoucnosti potomků. Byl to totiž právě otec, který rozhodoval o svatbě a budoucím bydlišti potomků, čímž zajišťoval budoucí péči ve stáří pro sebe a svou ženu.

V sociálních vazbách spatřují původ problémů s péčí o seniory také Mitterauer, Sieder (1982: 142 – 156). Uvádí, že vnímání stáří je jevem, který závisí na strukturálních změnách rodiny a její funkci. Struktura rodiny se totiž v současné společnosti zásadně mění především vznikem institucí péče. Jde o mateřské školy, dětské domovy a další, které narušují vztahy mezi rodiči a potomky. Takto narušené vztahy se pak promítají do vnímání stáří resp. starých členů rodiny. Stáří není určeno pouze věkem člověka, ale především stojí na jeho postavení v rodině, jeho kontinuálních osobních zkušenostech závislejících na vztazích v daném sociálním okruhu obecně i v úzkém kruhu rodiny. Co je problémem současné prezentace stáří, je také validita dat o vztazích starých a přestárých lidí v tradičních, preindustriálních společnostech. Jelikož v podstatě nejsou doložitelná validní data z empirických výzkumů v těchto společnostech, může proto docházet k idealizování péče o staré lidi a jejich vnímání v tradičních společnostech (Mitterauer – Sieder 1982: 142 – 156).

Cosí jako pokles hodnoty stáří v posledních desetiletích konstatuje Kuchařová (2002) a je to podle ní součástí procesů jakými jsou v moderní společnosti hlavně orientace na výkon a produkci, úspěch, dynamika společenských a hlavně též technologických změn. *„Současně je projevem jistého „nedorozumění“, protože do značné míry vychází z mýtů, že stáří obecně přináší individuální a společenské problémy a omezuje rozvojové možnosti společnosti“* (Kuchařová 2002: 10-11). Naproti tomu Haškovcová (2010) říká, že historicky bylo stáří a vyšší či vysoký věk jakýmsi zbožným přáním mnoha lidí. *„Historicky se totiž jen málo osob dožilo svého vlastního stáří. Být starý, stát se starým, a „chvíli“ žít jako starý, bylo vysoce nepravděpodobné. Vysoká kojenecká úmrtnost umožnila přežít jen nejsilnějším. Naše předky kosily v mládí i v dospělém věku především infekční choroby. Například ve 14. století značně prořídlo obyvatelstvo Evropy v důsledku pandemie obávaného moru neboli černé smrti; později postihla stejný region cholera“* (Haškovcová 2010: 33). Dále uvádí, že kromě infekčních chorob byly časté také úrazy a tím docházelo k tomu, že nejvýše 4 % obyvatel se dožívala vyššího věku. *„Když měl ale někdo štěstí a dožil*

se „požehnaného věku“, byl předmětem jisté záviděníhodné úcty“ (Haškovcová 2010: 33). Stáří pak podle Haškovcové (2010) požívalo úcty vzhledem ke zkušenostem, které mohli starší lidé předávat mladým. A ti je velmi rádi přijímali. V 19. století se ovšem společnost od tohoto trendu, který Haškovcová (2010) nazývá „krásným stářím“, odklání a soustředí se spíš na děti a mladou generaci. Upozorňuje však také na to, že v době zmíněného rozkvětu stáří byl „starším“ člověkem nazýváme člověk kolem padesáti let věku. Nikoli ve věku, který současná doba považuje za důchodový, jak je zmíněno výše. V rozvoji negativního pohledu na stáří se pak Haškovcová (2010) shoduje s Kuchařovou (2002). Podle ní je stáří spojováno s hrůzou, nemocemi a strádáním. *„Proto následně také hrůzně vypadá. Strach z přirozeného nástupu individuální involuce v obrazu stáří podtrhuje vše negativní a negativistické. Staří lidé nejsou ceněni ani milováni. A nejen to. V posledních několika desetiletích došlo odmítání stáří a starých lidí tak daleko, že nepřátelské postoje ve společnosti přerostly v někdy skrývaný, jindy dokonce otevřený boj proti starým lidem“* (Haškovcová 2010: 34). Tento odpor ke starým lidem je nazýván ageismus, podle Haškovcové (2010) nemá pak český ekvivalent a bývá vysvětlován jako averze vůči starým lidem a všemu, co stáří připomíná. Kuchařová (2002) pak konstatuje, že současné pojetí stáří, kdy se společnost orientuje na mladou generaci a rozvoj technologií a informatizaci, je nutné omezit komplikovanou vzájemnou komunikaci a především respektovat pak seniorskou populaci pro její heterogenitu. Ta je založena na individuálním procesu stárnutí ve spojení s respektem toho, že každá generace vstupující do seniorské populace má za sebou jiný vývoj na poli sociálním, vzdělávacím, politickém i dalším.

Historicky se mění také používání výrazů označujících starého člověka. Podle Haškovcové (2010) byla historicky označení hlavně hanlivá. Užívala se označení „stařec, stařena“ nebo lidové „bába a dědek“. V 70. letech minulého století bylo pak užívané slovo „geront“ z řeckého geron=stařec. Ve stejném období se také ustálil pojem „přestárlí občané“. *„Přestárlý bývá strom a každý sadař ví, že je nutné jej pokácet a nahradit novým. Podobný*

scénář se nabízel v případě označení přestárlý občan, tedy toho, který tu už nemá co dělat, kdo je zde „navíc“ a překáží těm mladým. Nevhodné označení nepochybně přispělo k celkově negativnímu obrazu stáří, nebo naopak, bylo jeho jednoznačným výrazem“ (Haškovcová 2010: 21). Tento pojem pak podle Haškovcové (2010) chtěli někteří odborníci nahradit pojmem „dříve narození občané“. To se ale setkalo s nevolí kvůli možné asociaci s předčasně narozenými dětmi a přestalo být používáno. Nejčastěji využívané věcné a neurážející číselné označení stáří ale podle Haškovcové (2010) nemusí být konečné. „Evropskou komisí jsou aktuálně navrhovány termíny „zkušenější“ nebo „věkově pokročilý občan“. Jejich naděje na masivní rozšíření je ale malá, protože v češtině znějí příliš neobvykle“ (Haškovcová 2010: 22). Podle ní je nejjednodušší označovat tyto lidi jako „starší občany“ popřípadě o nich hovořit jako o seniorech.

### **2.3 Kdo je tedy senior?**

„Senior je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti“ (Sak, Kolesárová 2012: 25). Podle Saka a Kolesárové je kategorie senior relativizována a její vnímání je jiné u různých věkových kategorií. „Známa je „rozmazanost“ spodní hranice stáří a identifikace starého člověka s rostoucím věkem hodnotitele. Pro desetileté dítě je třicetiletý mladík starý a s přibývajícím věkem se vzdaluje hranice stáří. Identita seniora je společenský produkt, který je opakovaně redefinován vývojem společnosti a jejími proměnami“ (Sak, Kolesárová 2012: 25). Věk pak pro zařazení do kategorie senior představuje spíše formální, úřední tvář této kategorie. „Přesto má tento znak velký význam, protože představuje lehce identifikovatelnou stránku identity seniora. Zdravotní stav, kondici, stav mysli, životní styl a sociální pole nemůžeme zjistit v jednom okamžiku, zatímco věk identifikují dvě číslice“ (Sak, Kolesárová 2012: 25). Haškovcová (2010), Kuchařová (2002) a Sak, Kolesárová (2012) se shodují na věku jako jednoznačně nejvhodnějším znaku k identifikaci stáří i kategorizace senior. Dále však musíme vzít na vědomí, že nejde jen o jednotlivce, ale o celou generaci, protože identita seniora nabírá rozměr generační. „Senior je často

*vnímán jako součást velké sociální skupiny lidí se specifickými znaky, či dokonce jako příslušník jiné generace“ (Sak, Kolesárová 2012: 28). Přičemž generací rozumí Sak s Kolesárovou (2012) velkou sociální skupinu, kterou spojují znaky hlavně sociálního charakteru. Hranice mezi generacemi nejsou pevně dané a odvíjí se od populačního růstu. Pokud je společenská dynamika vyšší, logicky jsou rozdíly mezi generacemi nižší. Samotnou generaci seniorů spojují společné znaky vůči ostatním, ale naopak vnitřně je diferencují vztahy k mladším a zároveň předchozím starým generacím.*

## **2.4 Demografický vývoj společnosti, které dominuje stárnutí**

Jak uvádí Sak, Kolesárová (2012) stárnutí populace je výrazným fenoménem současné české společnosti, a to výrazněji od roku 1990. Každoročně se ve společnosti zvyšuje podíl seniorů, klesá podíl dětí a mládeže a zvyšuje se průměrný věk. S podobným trendem se potýkají ve většině vyspělých západních společností. *„V české společnosti, ve srovnání se západoevropskými společnostmi, probíhá proces stárnutí populace s určitým zpožděním. Stárnutí populace je dlouhodobě spojeno především s poklesem měr plodnosti a úmrtnosti, se snižováním kojenecké úmrtnosti a s prodlužováním naděje dožití.<sup>1</sup> Prognózy vývoje obyvatelstva očekávají, že i nadále bude docházet k nárůstu podílu starších osob v české populaci. V současnosti do věkové skupiny 65 a více let totiž vstupují početné generace narozené po druhé světové válce“ (Sak, Kolesárová 2012: 86). Benešová (2014) říká, že rok 2000 byl sedmým rokem, kdy počet zemřelých převýšil počet narozených, přičemž počet dětí ve věku do 14 let se též snižuje. „V roce 2001 klesl podíl dětské populace (věkové skupiny 0 – 14 let) na úroveň 15,9 %. V roce 1996 byl poprvé v historii nižší než počet osob ve věku 60 let a více“ (Benešová 2014: 52). Pokles porodnosti je podle Benešové (2014) způsoben několika faktory. Uvádí vliv plošného užívání hormonální antikoncepce s ohledem na plánování rodičovství a také výrazný vliv ekonomických problémů. „Problémem je získat zaměstnání, natož*

---

<sup>1</sup> Naděje dožití je odhad průměrného počtu let, kterého se může daná osoba dožít, jestliže budou zachovány stávající úmrtnostní poměry po zbytek jejího života.

*pak vlastnit byt a dokázat zajistit budoucího potomka. Dalším faktorem je pak trend kariérního růstu, a to především u mladých emancipovaných žen. Proměnu zaznamenalo i postavení potomka v hodnotovém systému – porážení dítěte pokleslo na nižší stupeň, a to nejen v ČR, ale v rámci celé Evropy“* (Benešová 2014: 52). Vliv měla také nová možnost cestování a podnikání, permanentní „damoklův meč“ visící nad mladými rodinami s hypotékou na bydlení (Sak, Kolesárová 2012). Často se pak podle Benešové (2014) objevují biologické příčiny, zmiňuje například neplodnost žen, nižší hodnotu pak i u mužů.

Obecně je nutné se kvůli struktuře populace stručně ohlédnout do historie až do roku 1918. Sak, Kolesárová (2012) uvádí, že s první světovou válkou přišel pokles porodnosti, vliv na počet obyvatel měla také častá emigrace mladší generace. Připomínají také úmrtnost mužů v produktivním věku a početné ztráty na civilním obyvatelstvu. Krátce pak porodnost vzrostla po válce, ale s krizí třicátých let pak opět klesla a s ní také počet sňatků. Více žen bylo zapojeno do produktivních prací. V období protektorátu Čechy a Morava díky přistěhovalcům vzrostl počet obyvatel a dokonce v roce 1944 byl na historickém maximu, stejně jako porodnost. Uvádí pak nejvyšší míru plodnosti, a to 2,8 dítěte na ženu. Kvůli následkům války a nedostatečné výživě pak o rok později stoupala v Československu úmrtnost. Klesat začala postupně až v poválečných letech. Nejnižší úmrtnost byla zaznamenána v roce 1960. Současně se ale snižovala také porodnost, jedním z vlivů bylo legalizované umělé přerušování těhotenství v roce 1958. V období 1961 – 1964 a pak také 1968 – 1974 počet živě narozených dětí stoupá, až do roku 1989 pak stagnuje. Úmrtnost od šedesátých let stagnovala po dvě desetiletí, rapidně rostla pak od let osmdesátých (Sak, Kolesárová 2012). *„Změna společenského uspořádání v roce 1989 přinesla i změny v demografických procesech“* (Sak, Kolesárová 2012: 88). Doplňují také, že v roce 1994 byl historicky nejnižší počet živě narozených dětí k počtu zemřelých. Přirozený přírůstek se tak změnil na přirozený úbytek obyvatelstva. V období 2006 – 2010 se situace otočila, později pak ale opět stagnovala. *„Pokles porodnosti je dlouhodobý proces, spojený s posledními*

*generacemi. Není to tedy trend, který začal po roce 1990“* (Sak, Kolesárová 2012: 89).

## **2.5 Předpokládaný růst počtu seniorů**

V roce 2018 bylo v České republice 2,040 milionu obyvatel ve věku 65 a více let, ve stejném roce index stáří<sup>2</sup> ukázal 122 %. Výhled do roku 2050 pak počítá s 3,076 miliony obyvatel ve věku 65 let a více, index stáří pak v tomto případě bude 193 % (Český statistický úřad 2019). Pro srovnání - v roce 1997 byla hodnota indexu stáří 78,1 % při počtu obyvatel ve věku 65 a více let 1, 4 milionu obyvatel (Český statistický úřad 2018).

Počet seniorů ve věku 65 let a více podle předpokladů nadále až do poloviny tohoto století poroste. Oproti roku 2018 se v roce 2050 očekává až 51 % nárůst v počtu všech obyvatel České republiky, procentuálně pak srovnáváme počet obyvatel 65 let a více v roce 2018 – 19,2 % a v roce 2050 tatáž skupina bude tvořit 28,6 % obyvatelstva. Největší nárůst seniorské složky obyvatel ve věku 65 let a více je očekáván v roce 2040, kdy do seniorského věku vstoupí populačně silný ročník 1974. Měnit se bude také složení zkoumané věkové skupiny (Český statistický úřad 2019). Vývoj počtu seniorů ve věku 65 + v České republice s výhledem do roku 2050 je zaznamenán v tabulce a grafu č. 1.

---

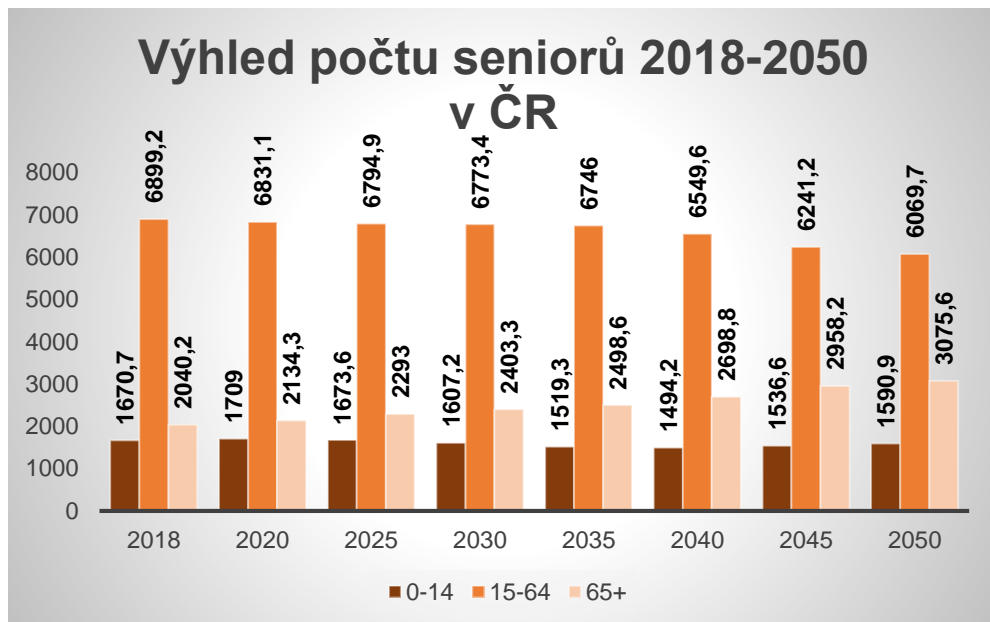
<sup>2</sup> Index stáří je procentuálně vyjádřený poměr počtu obyvatel ve věku 65 + / věkové skupině 0 – 14 let.

**Tabulka 1:** Výhled počtu seniorů 2018-2050 v ČR

		2018	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Celkem tis ve věku	0-14	1670,7	1709	1673,6	1607,2	1519,3	1494,2	1536,6	1590,9
	15-64	6899,2	6831,1	6794,9	6773,4	6746	6549,6	6241,2	6069,7
	65+	2040,2	2134,3	2293	2403,3	2498,6	2698,8	2958,2	3075,6
Celkem % ve věku	0-14	15,7	16	15,6	14,9	14,1	13,9	14,3	14,8
	15-64	65	64	63,1	62,8	62,7	61	58,1	56,5
	65+	19,2	20	21,3	22,3	23,2	25,1	27,6	28,6

Zdroj: Český statistický úřad

**Graf 1:** Výhled počtu seniorů 2018-2050 v ČR



Zdroj: Český statistický úřad

## 2.6 Genderový aspekt stárnutí

Také stárnutí populace má podle Kuchařové (2002) svůj genderový aspekt. Podíl žen v populaci v České republice je vyšší než podíl populace mužů. To se pak odráží v poměrném zastoupení v jednotlivých věkových kategoriích, přičemž vyšší kategorie mají vyšší zastoupení žen v populaci. Převaha žen začíná ve 45. roce věku a postupně se zvyšuje. „Vzhledem k rychlejšímu růstu průměrného věku mužů se disproporce v zastoupení pohlaví u starších generací v posledním desetiletí nevýrazně zmírnily. Počet žen na 100 mužů klesl v letech 1991-2001 např. ve věkové skupině 60-69 let



ze 129,8 na 121,5, ve věkové skupině nad 80 let to bylo z 240,7 na 234,2“ (Kuchařová 2002: 14). Ovdovělých žen je pak podle Kuchařové (2002) ve srovnání s muži více, a to v závislosti na rodinných vztazích zcela či částečně samostatných. Ve věku 60 – 69 let je ovdovělých 30 % žen. Ve věkové skupině do 79 let už je to pak 58 %. *„U mužů jsou podíly vdovců v těchto věkových kohortách 6 a 15 %“* (Kuchařová 2002: 14).

## 2.7 Mýty o stáří

Se stářím a seniory se v moderní společnosti šíří řada mýtů. Mnoho z nich, které jsou pevně zakořeněné v současné společnosti také v České republice, byly podle Haškovcové (2010) popsány již v 80. letech 20. století. Zakládají se především na předpokladu, že stáří vyžaduje materiální a ekonomické zajištění od společnosti a od toho se pak odvíjí jeho spokojenost v jakési přímé úměrnosti. To je pak nazýváno „mýtus falešných představ“. Dalším je „mýtus zjednodušené demografie“, který staví na představě, že člověk se stává starým v den odchodu do důchodu, protože staří lidé jsou důchodci. *„Jako by dnem odchodu do penze skončil život, nebo alespoň jeho smysluplná část. Jako by dál už nebylo nic, než jen obtížné, strastiplné stáří, doprovázené nemocemi s perspektivou blízké smrti“* (Haškovcová 2010: 42). Tento názor nerespektuje členění na mladší a starší důchodce a nepřipouští, že i senior v pokročilém věku se může ze života radovat. Dalším neopomenutelným mýtem je „mýtus homogenity stáří“ ačkoli stejnost není zásadním znakem populace seniorů v důchodovém věku. Jednoznačně ale Haškovcová říká, že dnem odchodu do důchodu je na důchodce pohlíženo stejnou optikou. Je to způsobeno stejným zevnějškem, stejnými znaky, které společnost vnímá jako společné pro všechny zástupce generace důchodců. Stejně jako ostatní jsou ale i důchodci individuální, a to především z toho důvodu, že mají velkou část života odžitou a jejich osobní potřeby jsou proto vlivem zkušeností i dalších aspektů odlišné. Odborníci proto naopak tvrdí, že u populace seniorů je znakem silná heterogenita (Haškovcová 2010).

Velmi silně zakořeněný je ve společnosti „mýtus neužitečného času“. Jde o představu, že důchodci nemají žádnou práci, jednoduše celý den nic nedělají. Na jedné straně se seniorům v důchodu přiznává právo na zasloužený odpočinek, na druhou stranu jsou pak obviňováni z nicnedělání. A nicnedělání společnost nastavená na produktivitu netoleruje. Kdo nepracuje ačkoli má nárok na důchod není pro společnost užitečný. Právě toto zařazení nemůže být funkční v případě, že společnost jako užitečnou vnímá pouze práci ve formě zaměstnaneckého poměru, který jedince řadí do produktivní sféry. Tím důchodci nejsou, proto jsou často předmětem despektu společnosti vůči své generaci. A s nárůstem despektu je spojován „mýtus ignorace“. Vzhledem k tomu, že generace seniorů v důchodovém věku je vnímána jako neužitečná a tudíž zbytečná, nevnímají ji lidé jako partnerskou. V důchodcích nevidí konkurenty, protože nepracují. Jejich názory nebere většina mladších lidí vážně. Podobně vnímají lidé sexualitu ve stáří a mýtus je nazýván „mýtem o úbytku sexu“ a je konstruován na základě představy o asexuálním stáří (Haškovcová 2010).

*„Zvláštním mýtem, který se ubytoval v našem prostředí, je „mýtus o chudobě seniorů“. Důvodem jsou patrně nejen nízké nebo relativně nízké starobní důchody, ale také soustavně prezentované důvody, proč je třeba realizovat radikální změny v systému důchodového zabezpečení tak, aby se nakonec nezhroutil. Mladí lidé mají obavy, že už žádné penze mít nebudou, senioři se bojí, že ty jejich budou stagnovat, i když je zákonem zaručena jejich valorizace“ (Haškovcová 2010: 44).* Haškovcová dokonce říká, že zásadní shoda mezi seniory pobírajícími důchod je v tom, že výše důchodu je nedostatečná a sotva s penězi vyjdou. Což je ale způsobeno také srovnáním s výší mezd ekonomicky aktivních obyvatel právě s důchody. Pocit chudoby pak u seniorů ještě zesilují vzpomínky na pevné ceny za dob socialismu, o nichž ale nejsou schopni přemýšlet v současném pojetí a srovnání. To se projeví například tím, že si senior odmítne koupit ve stánku bramborák, který stojí 19 Kč, protože dříve stál 90 haléřů. Není to přitom projev stavu jeho peněženky, ale jakési psychické bariéry pod tlakem mýtu chudoby (Haškovcová 2010).

Ve společnosti obecně pak je populární „mýtus o lékařích“, který pohlíží na lékaře pečující o staré lidi jako na zázračné osoby, které předepíší léky a vrátí člověku zdraví a kondici. Přičemž to povede k jeho štěstí a spokojenosti. Tento laický přístup však snáší kritiku hlavně z řad lékařské veřejnosti (Haškovcová 2010). Krátce pak Haškovcová připomíná „mýtus o bezplatném zdravotnictví“, který je silně rozšířený v postkomunistických zemích a proti němu kontruje „mýtus o veskrze špatném socialistickém zdravotnictví“, který je zakořeněn u mladších generací. *„Do obou mýtů se promítají ideologické názory a politické postoje jednotlivých generací“* (Haškovcová 2010: 46).

Proti tradičně rozšířeným mýtům, které popisuje Haškovcová (2010), však Sak, Kolesárová (2012) uvádí, že role seniora a stáří přináší do života jedince řadu změn, ty vnímají lidé často různým způsobem. Tyto změny podle Saka, Kolesárové vnímají Češi jako pozitiva. *„K nejčastěji uváděným pozitivním skutečnostem spojeným se životem seniora patří disponibilní čas (63 %) a z něho vyplývající kvalita životního stylu (48 %). S těmito skutečnostmi souvisí také klid a relaxace (15 %), nemuset chodit do práce (9 %)“* (Sak, Kolesárová 2012: 30). V datech se dokonce objevuje i jakási úcta ke znalostem a moudrosti stáří. Zmíněn je také život bez dluhů, protože ty jsou již splaceny podle 3 % dotázaných ve výzkumu. Zajímavé pak je zjištění, že 46 % populace zaujímá ke stáří neutrální postoj, netěší se na něj, ale ani se ho nebojí. Čeho se naopak česká populace obává ve spojení se stářím? Jsou to dvě základní dominanty, a to nemoci v 78 % populace, 54 % populace se pak bojí finanční a existenční nouze a osamocení se obává 49 % (Sak, Kolesárová 2012).

### 3 Historie péče o seniory

#### 3.1 Péče o seniory sahá stovky let zpátky

Historicky péče o staré a přestárlé neměla vždy zázemí a odezvu v tradici i legislativě. Podle Haškovcové (2010) jako doklady z historie slouží pouze romány, zápisky lékařů či filozofů. Jistý základ má však péče o staré lidi v rodině. Pokud ovšem podmínky nebyly ideální, rodina nepřevzala péči o starého člena, dostával se tento na periferii společnosti, a to i před mnoha staletími. Vzhledem k jejich vzrůstajícímu počtu už v minulosti, v poměru k tehdejšímu společenství, se stávali více viditelnými. *„Živořili v nedůstojných podmínkách, potulovali se, žebrali. Posléze umírali hladem a žízní, podchlazením, ve špíně. Budili odpor a současně také soucit. Nejen planý, ale i ten burcující, který je svědomím člověka a dané doby. Ubožáci vlastně vytvářeli neformální nátlakové skupiny a mravnějším té doby bylo jasné, že je třeba pomoci. Ale jak?“* (Haškovcová 2010: 183-184).

Tradiční péče o ty, kteří pomoc potřebovali, vychází historicky z křesťanství. Láska k bližnímu nařizuje se o něj postarat, pokud to sám nezmůže. Opírá se o tři základní dary Boží milosti: víru, naději a lásku. Od řeckého charis = dobročinnost, lidumilství pak odvozuje charitní činnost spojovanou s péčí o potřebné. Charitativní činnost byla podle Haškovcové (2010) praktikována hlavně kněžími a pak bohatými jednotlivci. Šlo hlavně o materiální zajištění starých a nesoběstačných lidí. Pro potřeby této práce berme v potaz potřebné a nesoběstačné jako právě seniory.

Hmotné zajištění, o něž se kněží a bohatí starali pro staré, bylo velmi nespecifikovatelné. Pro někoho mohlo jít pouze o stravu, jiný pak považoval za nutné mít pro sebe bezpečné a klidné místo, kde jedinec složí hlavu a vyspí se, bez ohledu na okolnosti, v klidu. Jak uvádí Haškovcová (2010) záleželo na ekonomické situaci. Obecně ale byla péče spíše laického charakteru a nelze ji srovnávat se současnou odbornou péčí. A právě první domovy pro staré osoby uvádí Haškovcová

už ve 14. a 15. století. V Anglii v roce 1504 byl ustanoven za královny Alžběty první zákon, který se snažil řešit sociální problémy starých lidí. Platil pak více než 200 let. Ke konci 18. století dokonce byly budovány starobince a pro movitější občany „penziony pro dámy a pány“. Situace po celé Evropě byla podobná Anglii. Budování obecních ústavů pro zchudlé a staré občany bylo nutností. *„V Čechách a na Moravě měli staří lidé stejný osud jako jinde v Evropě. Žili doma, a pokud byli chudí, „někdo“ se o ně postaral. Ten „někdo“ mohl být rodinný příslušník nebo cizí bohatý člověk. Také u nás lze od středověku sledovat pohnutou historii pomalu se rodící organizované péče o staré, nemocné a chudinu vůbec“* (Haškovcová 2010: 185). Podle ní dokládá někdejší předseda České gerontologické společnosti a významný geriatr Karel Dohnal existenci tří základních druhů zařízení ústavní péče. Jsou to středověké špitály, které byly spíše formou útulku. Původně nebyly určené jen pro staré nemajetné, ale také pro chudé a nemocné všeho věku i sociálního postavení. *„Zchudlí měšťané si tam mohli dokonce koupit doživotní byt a stravu a předplatit ošetřování. Věková skladba se však postupně měnila, starých a starých nemocných přibývalo. Lze souhlasit, že špitály byly skutečně první institucí pro dlouhodobý a hlavně trvalý pobyt starých lidí“* (Haškovcová 2010: 185). Další kategorií, kterou podle Haškovcové (2010) Dohnal vymezuje, je klášterní nemocnice. Ta však byla určena pro omezenou skupinu lidí. Zpravidla odcházející členy řádů a šlechtické rodiny. Ošetřovateli zde bývali členové a členky řádu zřizujícího danou nemocnici. *„Ani úroveň těchto nemocnic nebyla nijak skvělá, neboť ošetřující se věnovali především náboženským úkonům. Vlastní ošetřování nemocných bylo považováno za ponižující práci, již bylo dokonce opovrhováno“* (Haškovcová 2010: 185-186). Třetí kategorií byly pak nemocnice pro malomocné, které byly určené pro epidemie infekčních onemocnění a neměly specializaci jen na staré a staré nemocné.

K velkým a zásadním změnám podle Haškovcové dochází za vlády Marie Terezie (1717-1780), za jejíž vlády vznikla také Hlavní zdravotní směrnice jako první ucelený systém péče zahrnující sociální i zdravotní

oblast, která vznikla v roce 1770. Přesto byla tehdejší péče spíše laického charakteru, personál pacienty pouze umyl a v horších případech nakrmil. Péče nebyla systémová a byla v mnoha starobincích a chudobincích závislá na darech. Ty obstarávaly například místní pekařství formou dodávek pečiva do starobinců, místní magistrát v Praze obstaral plodiny ze státního statku. Zajímavostí bylo, že z nařízení Marie Terezie dostávaly starobince a chudobince přebytky ze zastaváren. Zásadní systém do veřejné chudinské péče na místní úrovni vnesl až Josef II. v první polovině 19. století vyhlášením domovského práva (Haškovcová 2010). „Podle domovského práva ze dne 3. 12. 1863 včetně novelizací provedených v letech 1886 a 1896 byla „domovská obec povinna postarat se o chudé, k práci nezpůsobilé příslušníky tj. poskytnout jim nutnou výživu a opatření v nemoci ..., ale jen potud, pokud se jim nedostane pomoci od dobročinných ústavů a nadací.“ Chudinské a především novější domovské právo bylo velmi pokrokové, protože zajišťovalo být jen v nejnútnejší míře péči o ubohé, kteří až doté doby byli ponecháni na pospas nahodilé dobročinné péči. Takto nově pojatá péče byla vlastně péčí sociální, neboť se snažila odstranit především žebrotu“ (Haškovcová 2010: 189). Obce tak postupně budovaly starobince, chudobince, sirotčince a pastoušky. Postupem času převzal garanci nad těmito zařízeními stát. Dalším zásadním obdobím v otázce sociální péče bylo období vzniku první republiky, kdy byla v roce 1919 ustanovena Správa pro otázky sociální péče, která spadala organizačně pod tehdejší ministerstvo sociálních věcí. Přesto, že velká část starých lidí zůstávala v rodinné péči, kvalitativně se rozvíjela péče ústavní (Haškovcová 2010). „Naprostou unikátním počinem bylo založení tzv. Masarykových domovů v Praze-Krči (dnešní Fakultní Thomayerova nemocnice) v roce 1929, jejichž původní název byl Zaopatřovací ústav v Krči. Ke změně názvu na Masarykovy domovy došlo u příležitosti otevření, když byl slavnostnímu aktu osobně přítomen tehdejší prezident republiky Tomáš Garrigue Masaryk“ (Haškovcová 2010: 196). Masarykovy domy byly na území 30 hektarů postaveny velmi rychle, stavba začala v roce 1926, dokončeny byly o dva roky později. Šlo o kolosální zařízení, které ve své době nemělo

obdoby v Evropě. Objekt měl celkem 21 budov, z toho jich 5 tvořil starobinec s 200 – 250 lůžky. Po dostavbě II. etapy měl celý objekt kompletně 3256 lůžek (Haškovcová 2010). „*Ve všech učebnicích geriatric lze najít informaci, že se v Masarykových domovech nacházela i první Klinika chorob ve stáří na světě, již založil Rudolf Eiselt*“ (Haškovcová 2010: 196).

### **3.2 Výminek jako historická forma péče o seniory**

Historicky doloženou a neopomenutelnou formou péče o seniory je výminek, instituce zajišťující péči o starší generaci ve vztahu k jejímu majetku, obvykle hospodářské usedlosti, kdy odstupující hospodář předává řízení hospodářství obvykle potomkům. Jde tedy podle Klášterské (1996) o zajištění péče a základních životních potřeb pro hospodáře nebo osoby z jeho nejbližšího okruhu pro případ, že by si sám či samy nemohli zajistit obživu. Tato prvoinstituce péče o starší se vyskytovala už zhruba ve 14. století. Podle Klášterské se výminek objevuje v době, kdy stát legislativně zasahuje do vztahu vrchnost – poddaný. Snaží se regulovat a sjednotit pravidla k usedlostem poddaných. A prameny dokládají první záznam z českých zemí v roce 1416. „*Písemných dokladů výminku máme do 17. století jen málo. Od této doby četnost jeho výskytu narůstá – úměrně s rozšířením pozemkových knih, do kterých byly výminkářské smlouvy nejčastěji zaznamenávány. Výminek byl tedy institut, který plně odléhal vrchnostenskému rozhodování*“ (Klášterská 1996: 101). Od poloviny 18. století se tlak na vstup státu do institutu výminku zesiluje. Podle dvorského reskriptu pro Čechy z konce 18. století to byl právě výminek, který stál za zadlužováním mladších generací či nových vlastníků, kteří získali - koupili usedlost ve špatném stavu, a navíc zatíženou výminkářským břemenem. Proto každá tato smlouva vyžadovala předchozí souhlas vrchnosti. Problematiku výminku pak v roce 1811 upravoval také Všeobecný občanský zákoník v oddíle O služebnostech. Konec vlivu vrchnosti pak přichází se zrušením poddanství v roce 1848. Výminek se ale i nadále zapisoval do pozemkových knih jako věcné břemeno

(Klásterská 1996: 101-103). A jsou to právě pozemkové knihy, matriky a soupisy poddaných, z nichž Alice Klásterská při svém výzkumu formy sociálního zabezpečení v 18. století vychází.

Kdo vlastně byli výminkáři tedy lidé odcházející na výminek, na zasloužený odpočinek? Svou podstatou ukotvenou nejprve v zákoně a především v tradici rodin jsou to předchůdci dnešních seniorů. Podle Klásterské (1996:104-106) se jednalo nejčastěji, a to především do konce 18. století, o sedláky. Pakliže vezmeme v úvahu rodinné poměry, šlo častěji o ženy – ať už vdovy nebo manželky výminkářů. Často byl mezi manželi velký věkový rozdíl, který se ještě zvyšoval, pokud šlo o druhou manželku hospodáře. Otázka věkových rozdílů v tehdejších svazcích ale není předmětem této práce, proto se nebudu dále věnovat rozboru věkových změn a rozdílů ve svazcích hospodářů. Přesto stojí za zmínku uvést, že průměrný věk odchodu na výminek u vdov byl podle zjištění Klásterské 59,1 let, na výminku žily průměrně 8,9 let a umíraly průměrně v 66,2 letech. Vdovci pak odcházeli na výminek v průměrném věku 58,4 roku, žili v instituci průměrně 8,4 roku a zemřeli obvykle v 69,1 roku věku. Výsledky zjištění Klásterské ale nejsou dostatečně validní, protože jsou čerpány z pozemkových knih a jde tedy o úřední zápis existence výminku. Zda byl tento dodržován a jak dlouho, nelze dokázat.

Odchod na výminek, ať už šlo o ženu nebo muže, byl nejčastěji z důvodu vyššího věku a špatného zdravotního stavu. *„Nedostatek fyzických sil znamenal pro sedláka ušlý zisk, protože práci, kterou doposud zastal sám, musel nyní vykonat někdo jiný. A pokud nemohl vypomoci někdo z rodiny, znamenalo to najmout pracovní sílu. Také vrchnost měla zájem na tom, aby lidé povinní robotovat nebyli vysílení starci neschopní odvést odpovídající práci“* (Klásterská 1996: 108). Pokud šlo o špatný zdravotní stav či nemoc, které donutily hospodáře odejít na výminek předčasně, šlo o nežádoucí jev. *„Čím dříve k němu došlo, tím déle trvalo pro nového hospodáře zatížení, které s sebou výminek přinášel. Cyril Horáček uvádí, že zadlužení usedlostí, na kterých vázl výminek, bylo oproti*



*hospodářstvím bez výminku dvojnásobné, což mohlo přinášet i konflikty hospodáře s výminkářem“ (Klásterská 1996: 108). Často bylo právě zadlužení Podle Klásterské (1996) důvodem prodeje hospodářství. Ovšem v Čechách byl tento jev spíše vzácnější než třeba ve Švédsku v téže době.*

Výminkáři měli podle tehdy obvyklé kupní smlouvy na hospodářství nárok na zajištění základních životních potřeb. Podle smlouvy mohli dostávat tzv. sypaný výměnek. V tomto případě šlo o plodiny a potraviny, ale také o seno, dřevo a slámu. Smlouva mohla zajistit taktéž peněžité obnos a k tomu i další potřeby, které byly považovány za důležité pro život. *„Tento typ výminku byl ovšem vázán pouze na statky s polnostmi (tzn. selské a chalupnické usedlosti), které byly schopny vyprodukovat přebytky sloužící pak k obživě výminkářů“ (Klásterská 1996: 119). Tento typ zajištění byl však podmíněn oddělenou domácností výminkáře, protože pak bylo možné si zajistit z naturálií od hospodáře možnou výměnou například obuv či ošacení. V některých případech ale výminkář místo výše zmíněných naturálních výnosů vyžadoval pole pro vlastní obživu. To umožňovaly ale pouze větší usedlosti. Ty menší, které měly jen zahrádku, se musely zavázat k tomu, že výminkáře budou šatit i živit. „V pramenech jsou užívány pojmy „vychovat“, „dochovat“ výminkáře do smrti. Výminkář tak většinou vytvářel společenství s rodinou hospodáře, která mu poskytovala potřebné zajištění“ (Klásterská 1996: 119).*

Výmínek tedy jako v zákoně ukotvená smlouva poskytoval jakési sociální zajištění, které mohly využít osoby s konkrétní vazbou na nemovitost, jež nebyly schopné se samy o sebe starat. A jeho využití mohlo pro odstupujícího hospodáře znamenat úpadek v sociálním žebříčku. Což nemuselo být pravidlem, mohl si i polepšit. *„Naopak, pokud výminkář kromě příslušných dávek obdržel od nového hospodáře i hotovost, mohlo se jeho postavení vzhledem k tomu, že nebyl zatížen žádnými povinnostmi, i zlepšit“ (Klásterská 1996: 129). Zjevně tak byl výmínek výhodný pro obě strany účastníci se smlouvy. Zřejmě to byl také důvod jeho dochování do poloviny 20. století. Pro potomky bylo vždy lepší*

hospodařit na vlastním hospodářství po jeho převzetí od otce či matky, než pořizovat – kupovat nové. A to i za cenu věčného břemene – výminkáře. *„Otec na výměnku mohl být pak také užitečným rádcem, který synovi předával své zkušenosti a který, jak je ze zápisů patrné, často ještě v hospodářství vypomáhal“* (Klásterská 1996: 130). Podle zjištění Klásterské tak výminek naplňoval podstatu sociálního zajištění – instituce, kterou v současné době hledáme pro současné seniory.

### **3.3 Moderní péče o seniory**

Oblast sociální péče doznala podle Haškovcové (2010) zásadních změn za socialismu a především po 2. světové válce. Došlo ke změnám politickým a následně tak i ve zdravotní a sociální péči. V roce 1945 bylo důchodové i zdravotní pojištění převedeno do státního rozpočtu. V roce 1948 bylo také zrušeno domovské právo a následně s tím pak odpovědnost za sociální péči o občany přešla plně na stát. *„Od roku 1954 řídil i ústavní sociální péči Státní úřad důchodového zabezpečení prostřednictvím národních výborů. Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, upravil podmínky pro vznik jednotného systému sociálního zabezpečení. Všechny sociální instituce pečující o seniory byly přejmenovány na domovy důchodců. Samozřejmě, že jednotnému vedení podléhaly všechny ústavy, tedy i ty pro děti, mládež apod. Podstatné je, že v roce 1959 bylo na území ČSR jednotně řízeno všech 295 domovů důchodců s celkovým počtem 27 302 míst. V roce 1960 byly pod jednotnou správu převedeny též ústavy, které až do té doby spravovala Česká katolická Charita, evangelická Diakonie a další náboženské subjekty dočasně s výjimkou těch, které sloužily výhradně příslušníkům náboženských řádů“* (Haškovcová 2010: 209). Také potřeba řešit problematiku seniorské péče vedla v roce 1962 ke vzniku České gerontologické společnosti, původně od roku 1960 jedné ze sekcí České lékařské společnosti J. E. Purkyně. V roce 1983 byla geriatrie ustanovena samostatným lékařským oborem. Klinickým zázemím se pro geriatrii staly léčebny dlouhodobě nemocných tzv. LDN a lidově též „eldéenky“, kterých

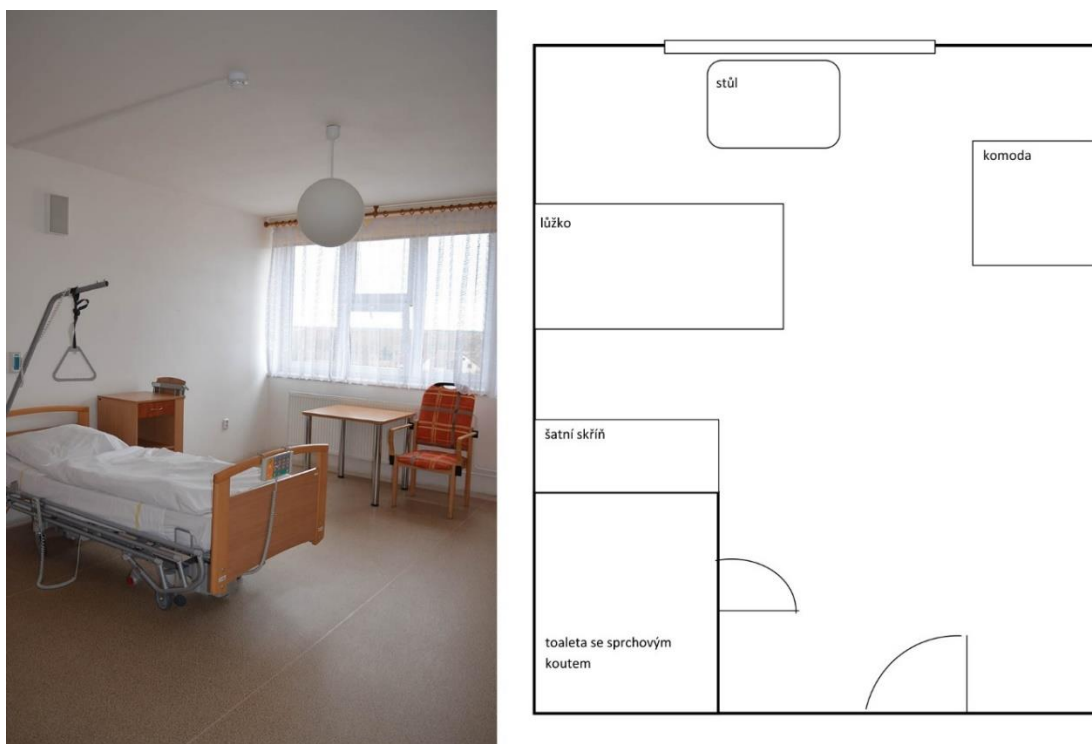
v roce 1974 bylo 31 a v roce 1989 už 90 po celé republice. Pamětníci mohou LDN znát také pod názvem „odkladové interny“. Naproti tomu bylo v roce 1989 oddělení geriatrické pouze 15 napříč republikou. I proto plnily LDN ve většině sociální funkci. V období 70. let vznikají také tzv. geriatrické sestry, které ve spolupráci s praktickými lékaři docházely k seniorům a pečovaly o ně. S rokem 1989 a změnami poté, především v oblasti privatizace ordinací praktických lékařů, tyto sestry zmizely (Haškovcová 2010).

### **3.4 Socialistické domovy důchodců a sociální péče v tehdejší Československu**

Se zákonem o sociálním zabezpečení z roku 1956 přichází budování domovů důchodců. Jednotný koncept deklaroval, že zabezpečení člověka patří do komplexu společenské péče. Výklad zákona o sociální péči dokonce uváděl, že každý má jistotu, že bude hmotně zajištěn. A tak se začaly stavět domovy důchodců. Nejprve se rekonstruovaly staré budovy, které měly dosud jiný účel. Potom se přistoupilo ke stavbám novým, a ty už byly mnohdy budovány na kraji měst nebo za městy. Tím začalo docházet k první segregaci starých lidí. Nabídku dožití v domovech pro důchodce brali mnozí senioři pozitivně. Mnohdy šli z přeplněných bytů a špatných podmínek do kvalitnějšího prostředí. Mnozí bydleli v polorozpadlých domcích a nové prostředí domova jim připadalo opravdu jako „zasloužený odpočinek“ (Haškovcová 2010). *„Zavzpomínáme-li, musíme též uvést, že po válce existoval přidělový tzv. lístkový systém na celou řadu věcí, včetně některých potravin. Penze byly malé a lidé museli obracet každou korunu. Pokud byli v domově důchodců, muselo každému z obyvatel zůstat jisté kapesné, určené na nákup tisku, poštovních známek a další maličkosti. V domově měli lidé takovouto částku zaručenu, doma ji pro své osobní potřeby nikdy nenašetřili. Poválečná generace byla navíc velmi skromná a kolektivní způsob života jí tolik nevadil“* (Haškovcová 2010: 215).

Se zlepšující kvalitou života, především na vesnicích, kde si lidé stavěli domy a měli svou soběstačnost, se začalo o domovech důchodců smýšlet jinak. Lidé začali odmítat kasárenský řád v domovech a propadat se do anonymity. Na povrch se dostávala také fakta o nedostatku prostoru v domovech, o nedostatečné péči a hygieně (Haškovcová 2010). *„Ještě v roce 1984 připadalo jedno umyvadlo na 3,67 místa a jedno WC patřilo 6,54 obyvatelům. Jedna vana či sprchová růžice byla určena na 9,33 místa. Optimističtější údaje se týkaly počtu lůžek na jednom pokoji. V ČSR bylo 68,7 procenta pokojů jedno až čtyřlůžkových, zbytek reprezentovaly pěti a vícelůžkové pokoje. Podle tehdejších směrnic měl mít jednolůžkový pokoj 12 a více m<sup>2</sup>, ve vícelůžkovém bylo požadováno alespoň 9m<sup>2</sup>. Samozřejmě, že statistické údaje leccos smývaly. O co to jinde měli lepší, jinde to museli mít horší“* (Haškovcová 2010: 216). Pro současné poskytovatele sociálních služeb vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí doporučení k technickým standardům. Pro srovnání, v něm se uvádí doporučená velikost jednolůžkového pokoje 12 m<sup>2</sup>. Objem místnosti minimálně 30 m<sup>3</sup>, přičemž více než dvoulůžkové pokoje standard nedoporučuje. U dvoulůžkového pokoje doporučení udává minimum 20 m<sup>2</sup>. Objem místnosti pak minimálně 50 m<sup>3</sup>. V odůvodnění velikostí pokoje se uvádí: *„Soukromí patří k základním lidským potřebám, každý člověk soukromí potřebuje! Pro uplatnění sociálních kontaktů, setkávání s jinými lidmi, slouží společné, společenské prostory“* (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2016). V čem se liší současné prostory, to je povinnost WC pro jeden pokoj, nikoli několik osob na společné WC na chodbě. Také jsou současné pokoje ve větší míře s koupelnou. Tato doporučení se týkají domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem, požadavky na stacionáře jsou odlišné. I tím se současná legislativa liší (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2016).

**Obrázek 1:** Jednolůžkový pokoj s příslušenstvím <sup>3</sup>



**Zdroj:** Archiv zařízení

Kromě domovů důchodců vznikaly také pečovatelské domy, penziony a Střediska osobní hygieny. Stranou s odlišným postojem stály domovinky, které v současné době znají uživatelé sociálních služeb i laická veřejnost jako denní stacionáře. Provozovány byly i za raného socialismu terénní služby, s dlouhou historií v tehdejší Československu, a to od roku 1920. Tehdy je provozovaly pracovníce Československého červeného kříže. Od roku 1959 byly terénní služby v kompetenci národních výborů. Později pak byly svěřeny okresním odborům sociálního zabezpečení. V roce 2000 pak zanikly okresy a tím skončily dosud sociální služby garantující ústavy sociálních služeb. To je období, kdy přichází čas na vznik soukromých subjektů pro poskytování sociální péče seniorům i dalším potřebným (Haškovcová 2010).

<sup>3</sup> Jednolůžkový pokoj s příslušenstvím jednoho z domovů, kde jsem dělala výzkum. Foto je ze zdroje domova, ale domovy chtějí být anonymní.

## 4 Pečovatelské zařízení a jeho funkce

### 4.1 Vymezení pojmu „pečovatelské zařízení“ a jeho funkce

Pro lepší pochopení praktické části práce je nutné vymežit pojem pečovatelské zařízení, který se v textu objevuje. Pečovatelská zařízení, se kterými v rámci této práce pracuji, jsou státní, jsou zřizovaná krajem na základě zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách „*Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.*“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2006: §33). Mezi zmíněná sociální zařízení poskytující pobytové služby patří podle zákona o sociálních službách právě domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, které ve své péči mají především seniory. Pobytové služby jsou pak ze zákona poskytovány v domovech pro seniory „*osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2006: §49). Zákon tedy hovoří obecně o tom, co je to pečovatelské zařízení a co má poskytovat, jaká má být péče k uživateli sociálních služeb. Velmi zajímavý je ale postřeh Haškovcové (2010), která uvádí, že v zákoně o sociálních službách se pouze jedenkrát vyskytuje pojem péče jako takový – samostatný. „*To, když se píše o příspěvku na péči. Každý senior, když potřebuje sociální pomoc, má sice na výběr nebývalou škálu možností, vždy se však jedná jen o službu a nic než službu*“ (Haškovcová 2010: 242). Podle ní ale toto platí pouze v případě, že si senior může tuto službu zvolit a také dovolit. Haškovcová (2010) připomíná původní roli pečovatelských zařízení, která byla pouze

a výhradně sociálně zaměřena, přičemž v současné době je v nich vyžadována také péče zdravotní. Velké procento pečovatelek nemá legislativně odpovídající vzdělání a v přímé obslužné péči je i kvůli tomuto často na jednu pečovatelku až desítky uživatelů dané sociální služby. Zdravotní péče je v zařízeních smluvně zajištěna praktickými lékaři a stále převažuje myšlenka, že nemocní senioři patří do nemocnice. *„Domovy pro seniory jsou především domovem a v žádném případě nemají připomínat nemocniční zařízení. To je ovšem těžko přijatelné pro nemocné seniory, kteří v nich již pobývají nebo kteří o takovém bydlení uvažují“* (Haškovcová 2010: 243). Je tak podle Haškovcové zřejmé, že funkce pečovatelského zařízení není možné oddělit na službu zdravotní a sociální a legislativa bude v budoucnu muset počítat s variabilitou.

#### **4.2 Klient versus pacient**

Používat označení pacient či klient je sporné a Haškovcová (2010) opět jasně vymezuje hranice na úrovni teoretické, ovšem přiznává, že praxe je jiná. *„Až do roku 1989 bylo u nás vše jasné. Pro nemocné se používalo výhradně označení pacient. Ti, kteří žili v institucích resortu sociální péče, byli obyvatelé (důchodci)“* (Haškovcová 2010: 243). Pokračuje pak s vysvětlením, že s trendem přejatým ze západních zemí po roce 1989 přišlo používání označení klient, aniž by se kdo zabýval myšlenkou, kde je hranice mezi pacientem a klientem a proč zažitou terminologií měníme. Haškovcová (2010) říká, že často bývá označení klient užíváno z důvodu jakéhosi pocitu moderního pojetí péče, abychom byli dostatečně „západní“. Významově se ovšem podle ní označení klient a pacient nekryjí. *„Klient či klientka je osoba, která užívá určitých služeb, např. advokáta, lékaře popř. služeb peněžního ústavu za úplaty. Klient rovná se zákazník“* (Haškovcová 2010: 244). Klient tak podle Haškovcové (2010) s odvoláním se na Akademický slovník je ten, který si službu zvolí, objedná a zaplatí. Většinou jde o služby bez indikace lékařem. Pacient je pak trpící člověk, který potřebuje odbornou pomoc, ale její konkrétní formu si vzhledem k nedostatku znalostí například v lékařství nedokáže

zvolit. Také je dáno, že pacient za tuto službu neplatí, protože bývá hrazena ze solidárního pojištění. Hranice mezi oběma výrazy však není ostře dána. *„Možná, že příčinou nadměrného používání slova klient je snaha o určité vyjádření úcty k dané osobě s naznačenou zárukou, že s ní budou všichni ošetřující jednat jako s rovnocenným subjektem. Profesionální partnerství je vždy na místě, ať již se jedná o pacienta, nebo o klienta“* (Haškovcová 2010: 245). Čas od času se podle Haškovcové (2010) ale všichni dostaneme do situace, kdy jsme trpícím pacientem, potřebujeme profesionální pomoc, aniž bychom byli schopni si dostatečnou kvalifikovanou formu pomoci zvolit. Zároveň pak vyžadujeme určité sociální cítění a zacházení. Označení klient v tomto případě pak ztrácí přesnost, když nejsme schopni sami přesně identifikovat potřebnou pomoc, často hrazenou ze solidárního pojištění.

Otázka označení klient pak vyvolává podle Haškovcové (2010) také diskuzní otázku, kam až sahají rozhodovací práva uživatele sociálních služeb, který je označován klientem. Pokud je uživatel svéprávný a rozhoduje si o sobě sám, pak je na místě, aby měl možnost si vše zvolit dle svého uvážení. Často si pak klient nárokuje služby, které ho ale mohou poškodit. Může si v domově vybrat například typ stravy, čas oběda, čas, kdy si dá sklenku vína? Podle vyjádření veřejného ochránce práv má právo si určit individuální stravu, čas i zmíněné pití vína. Pak ale přichází střet s realitou, kdy výběr stravy a pití vína může klienta poškodit. Na straně jedné je zde snaha o to, aby se institucionální domov podobal skutečnému domovu. Na straně druhé i ve skutečném domově se lidé domlouvají, co a kdy budou jíst. Není pak reálné, aby ošetřovatelky zajistily zásadně indiferentní potřeby na stravu desítek klientů. Technicky lze situaci zvládnout úpravou smlouvy a samozřejmě i vyšší cenou poskytované služby. Jak je na tom zmíněné pití vína? Pití vína je příjemnou záležitostí, ale v určité kombinaci s léky může působit zdravotní potíže. *„Zákaz by byl nepřiměřeným zásahem do kompetence klienta, stejně jako nucená dietní strava. Veřejný ochránce má jistě pravdu, že povinnost odebírat dietní stravu není stanovena žádným předpisem“* (Haškovcová 2010: 246).



Ale personál pak nemá jiné volby podle Haškovcové (2010), než pouze poučit klienta o rizicích jeho jednání. Což veřejný ochránce práv v úvahu při interpretaci platného zákona zjevně nebral.

Obecně pak Haškovcová (2010) konstatuje, že čeští senioři respektují v nemocnicích označení pacient. V domovech pak ve většině používá personál označení klient i tam, kde už se nejedná o placenou službu, naopak svým jednáním klient působí personálu či domovu materiální škodu. Hra se slovy to opravdu tedy není. Hranice mezi označením pacient a klient je křehká. *„V případě seniorů je žádoucí prakticky odlišit patientské a zákaznické role, protože jen tak nebude docházet k řadě nedorozumění, jejichž podstatou je křížení potřeb, nároků, možností i cílů“* (Haškovcová 2010: 247).

### **4.3 Situace v Plzeňském kraji**

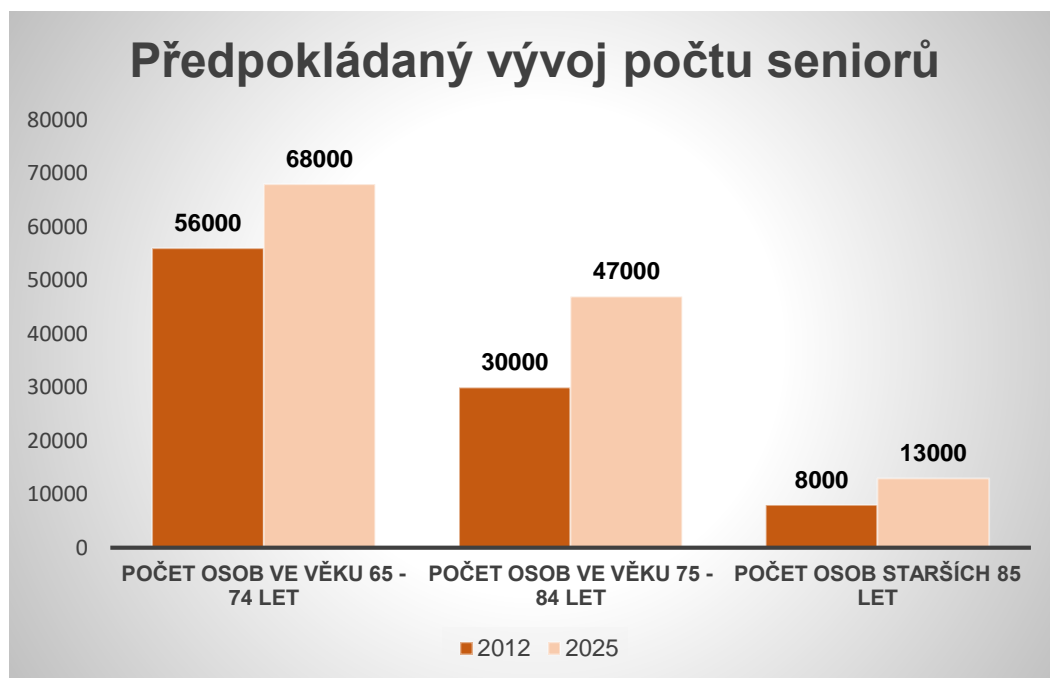
V Plzeňském kraji, stejně jako v dalších krajích i regionech Evropy, je otázka domovů pro seniory a poskytování sociální péče seniorům aktuální. Počet domovů poskytujících sociální péči nepokrývá počet žadatelů o péči. Macurová a Martínek (2013) uvádí, že do roku 2065 bude počet obyvatel intenzivně klesat a ubyde o 17 % oproti současnému počtu. Zároveň bude docházet ke stárnutí populace a bude pak přibývat osob ve věku 65 a více. V současné době je nejstarším regionem Praha, ale Plzeňský kraj je hned na druhém místě. *„Průměrný věk obyvatel v Plzeňském kraji v roce 2012 byl 41,5 let, v roce 2065 bude pravděpodobně 50,7 let“* (Macurová, Martínek 2013: 5).

**Tabulka 2:** Výhled vývoje počtu seniorů v ČR

	<b>2012</b>	<b>2025</b>	<b>Nárůst o</b>
Počet osob ve věku 65 - 74 let	56000	68000	12000
Počet osob ve věku 75 - 84 let	30000	47000	17000
Počet osob starších 85 let	8000	13000	5000
Celkový počet osob starších 65 let	94000	128000	34000

**Zdroj:** Macurová, Martínek

**Graf 2:** Výhled vývoje počtu seniorů v ČR



**Zdroj:** Macurová, Martínek

Z tabulky a grafu č. 2 vyplývá, že v Plzeňském kraji vzroste pravděpodobně počet seniorů do roku 2025 o 34 000, ve srovnání s rokem 2012, přičemž 22 000 z nich bude ve věku starší než 75 let. To znamená ve věku, kdy budou ve většině potřebovat pomoc, ať už rodiny či zařízení poskytující sociální služby. V některých případech lze podle Macurové, Martínka (2013) řešit situaci terénní pečovatelskou službou. V dalších pak je nutné poskytnout pobytové služby. V současné době, při přepočtu kapacity pobytových služeb na 1000 obyvatel, aby bylo možné srovnat Plzeňský kraj s kraji ostatními, je Plzeňský kraj spíše na posledních příčkách. „U domovů pro seniory je to 19 lůžek na 1000 obyvatel starších

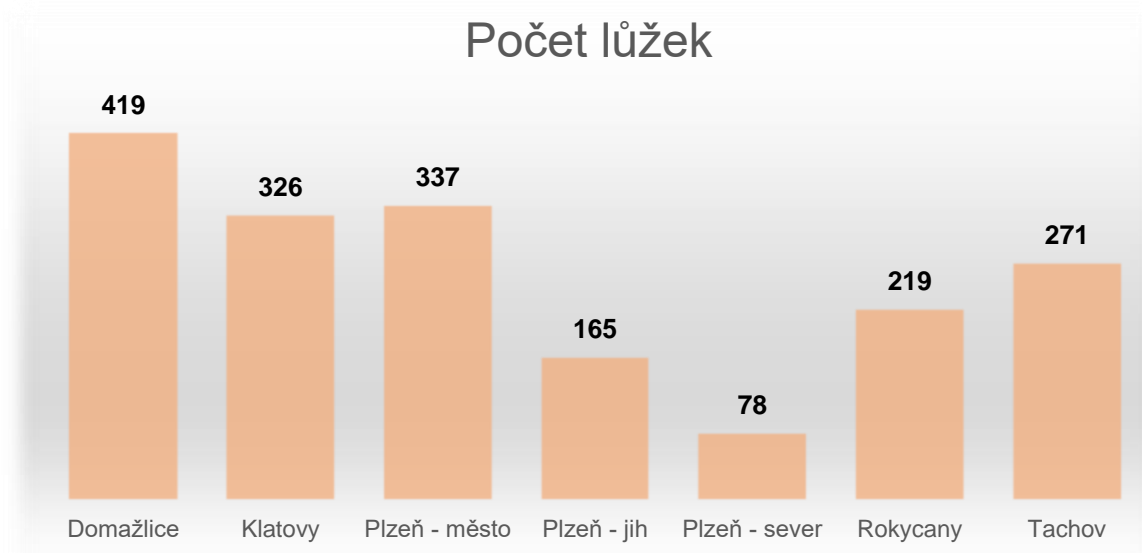
65 let (oproti Jihočeskému a Ústeckému kraji s počtem 30-31 lůžek). Vzhledem k nízkým kapacitám domovů pro seniory a dalších pobytových služeb v Plzeňském kraji jsou tyto formy péče nahrazovány pečovatelskými formami služeb“ (Macurová, Martínek 2013: 8). Pro rok 2014 podle Českého statistického úřadu (2015) byly statistiky v Plzeňském kraji ještě slabší. „Na 1 000 obyvatel ve věku 65 let a více připadlo v domovech pro seniory 17,2 lůžek“ (Český statistický úřad 2015). Plzeňský kraj podle sdělení Českého statistického úřadu (2015) pak skončil v tomtéž roce na 10. místě ze 14 krajů, přičemž nejhůře skončila Praha s počtem 9,5 lůžka na 1000 obyvatel ve věku nad 65 let. V tabulce a grafu č. 3 jsou zobrazeny konkrétní počty lůžek v Plzeňském kraji členěné do jednotlivých okresů.

**Tabulka 3:** Počty lůžek v Plzeňském kraji členěné do jednotlivých okresů.

	Domovy pro seniory		
	zařízení	lůžka	lůžka na 1000 obyvatel ve věku 65 a více let
Plzeňský kraj	<b>24</b>	<b>1815</b>	<b>17,2</b>
okres:			
Domažlice	4	419	39,2
Klatovy	4	326	19,5
Plzeň - město	5	337	9,2
Plzeň - jih	2	165	14,6
Plzeň - sever	2	78	6
Rokycany	2	219	24,4
Tachov	5	271	33,4

**Zdroj:** Český statistický úřad

**Graf 3:** Počty lůžek v Plzeňském kraji členěné do jednotlivých okresů.



**Zdroj:** Český statistický úřad

Plzeňský kraj spravuje celkem 12 pobytových zařízení, která poskytují sociální služby. Jsou mezi nimi domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem. Podle evidence Odboru sociálních služeb Krajského úřadu Plzeňského kraje (2018) má největší kapacitu Domov Harmonie, centrum sociálních služeb Mirošov s celkem 367 lůžky. V tabulce 4 níže jsou všechna zařízení zřizovaná Plzeňským krajem podle kapacity lůžek v roce 2018.

**Tabulka 4:** 12 zařízení s kapacitami lůžek v domovech pro seniory v PK

<b>Zařízení</b>	<b>Počet lůžek</b>
Domov pro osoby se zdravotním postižením Bystřice nad Úhlavou	150
Domov sociálních služeb Liblín	147
Domov Harmonie, centrum sociálních služeb Mirošov	367
Centrum sociálních služeb Tachov	266
Dům sociální péče Kralovice	90
Domov pro osoby se zdravotním postižením Milíře	65
Domov pro osoby se zdravotním postižením Horní Bříza	190
Domov pro seniory Vlčice	58
Domov klidného stáří v Žinkovech	107
Centrum sociálních služeb Stod	193
Centrum sociálních služeb Domažlice	276
Dům seniorů Kdyně	103

**Zdroj:** Krajský úřad plzeňského kraje - Odbor sociálních věcí

## 5 Odchod do důchodu jako změna pro jedince i společnost

Jako milník určující stáří a generaci starých lidí se udává podle Haškovcové (2010) i podle Saka, Kolesárové (2012) věk odchodu do důchodu. Napříč Evropou je to konstantní údaj, v němž *„se protínají ekonomické, demografické, sociální i politické procesy. Důchod a důchodový věk patří k základním kamenům sociálního státu. Současné období a současné společenské změny se dotýkají v mimořádně silné míře důchodového věku po dlouhém období stability a sjednoceného většinového názoru ve společnostech“* (Sak, Kolesárová 2012). Je to tedy státem daný věk, který startuje procesy stáří podle společenských norem. Historicky byla ale v evropských zemích snaha zvyšovat důchody a především snižovat hranici věku odchodu do důchodu. Jak ale současná situace ukazuje, pohled společnosti na generaci důchodců se mění a společnost napříč evropskými státy provází oboustranné tlaky na věkovou hranici odchodu do důchodu a na výši důchodů. Tyto tlaky jsou jak shora na snižování důchodů a zvyšování hranice věku odchodu do důchodu, tak od samotných seniorů, kterých se bezprostředně problematika týká (Sak, Kolesárová 2012). Hranice odchodu do důchodu je v evropských zemích různá, pohybuje se v rozmezí 57 – 70 let věku, přičemž závisí vždy na souhrnu faktorů v dané zemi, a to jak kulturních tak ekonomických.

Zvyšování hranice věku odchodu do důchodu v České republice způsobuje podle Saka, Kolesárové (2012) již řadu let mezigenerační napětí, které plyne ze situace na trhu práce. *„Mezi mladými se objevují názory, že senioři zabírají pracovní místa, která jinak byla k dispozici pro ně“* (Sak, Kolesárová 2012: 93). Napětí ve společnosti obecně pak nezmenšuje ani zobecnovaný fakt, že: *„čím nižší věk odchodu do důchodu, tím větší ekonomická zátěž pro stát a čím déle jedinec pracuje, tím je pro stát ekonomicky výhodnější. Pro stát jsou dokonce výhodní senioři, kteří pobírají důchod a pracují. Z toho vycházejí současné tendence v Evropě“*

(Sak, Kolesárová 2012: 94). Záleží pak podle Haškovcové (2010), jak konkrétní společnost seniory vnímá a v jaké míře věří ustáleným mýtům o situaci seniorů. Podle Saka, Kolesárové (2012) je zásadní obecné určení, zda je člověk cílovou hodnotou společnosti. *„Pro společnost, v níž je člověk cílovou hodnotou, je závažným zjištěním, že seniorský věk mezi šedesáti a sedmdesáti lety má potenciál vyvrcholení a naplnění lidského života a považuje za povinnost společnosti vytvořit seniorům podmínky pro realizaci tohoto potenciálu, protože naplnění potenciálu stáří je současně naplněním smyslu společnosti. Ve společnosti, kde člověk není cílovou hodnotou, se jako lidský zdroj dostává na úroveň nerostných zdrojů. Pro co, ve prospěch jakého cíle se člověk stal zdrojem, instrumentální kategorií? V neoliberální společnosti je zdrojem pro tvorbu zisku. Senior důchodce již zdrojem není, naopak spotřebovává hodnoty, které jsou pro sociální predátory<sup>4</sup> lákavé“* (Sak, Kolesárová 2012: 95). V tomto duchu se pak na politickou elitu snáší kritika zvyšování hranice věku odchodu do důchodu s tím, že legislativní opatření zaváděná v současné době mohou vést k problémům nejen v populaci seniorů, ale také zvýšit zmíněné mezigenerační napětí mezi mladou generací a seniorskou generací. *„Vědí, že senioři budou nezaměstnaní<sup>5</sup> a místo nízkého důchodu budou brát ještě nižší dávky. Současně posilují mezigenerační nevraživost, nezaměstnaní mladí lidé budou stále silněji vnímat pracující seniory jako skupinu, která je připravuje o práci“* (Sak, Kolesárová 2012: 97).

## 5.1 Změny provázející seniory v době odchodu do důchodu

Už od dětství se děti v mateřské školce připravují na povinnou školní docházku. Na střední škole se pak věnují přípravě na vysokou školu, studiem

---

<sup>4</sup> Pojem „sociální predátory“ používají Sak, Kolesárová (2012) pro tzv. důchodové experty, které podle nich do důchodového systému v ČR přivedla politická elita pod záštitou důchodové reformy. A tyto experty jsou podle autorů ve střetu zájmů právě v oblasti sociálních potřeb, kde podnikají nestandardní opatření. Přirovnávají jejich opatření ke kauze vyvedení peněz z projektu IZIP, v tomto případě pak používají označení pro vyvedení peněz nashromážděných českými občany pro důchodce jako „tunelování budoucnosti“.  
(Sak, Kolesárová 2012:94-95).

<sup>5</sup> „Již nyní je zaměstnáno pouze něco přes polovinu padesátiletých.“  
(Sak, Kolesárová 2012: 97).

na vysoké škole se připravují na praxi. V praxi získá jedinec profesní zkušenosti a určitou profesní roli. Tento proces se nazývá „první životní program“. Pracovní tempo během profesního života je vysoké a jedinec se zkušenostmi ovšem také stárne. K tomu přidejme centralizovanou a efektivní výrobu, přičemž historicky vzato bylo jasné, že se musí řešit systém penzionování těchto jedinců [Haškovcová 2010]. *„Odchod do penze se stal nutností ve všech ekonomicky vyspělých státech světa. Z hlediska zájmů zaměstnavatelů je to do jisté míry pochopitelné. Z hlediska těch, kteří odcházejí do penze, to znamená vyřazení, odstrčení a odložení“* (Haškovcová 2010: 81). A právě odchod do důchodu je podle Haškovcové (2010) pro jedince traumatizující, ať už si to připouští, nebo ne. *„Odchod do důchodu představuje posun od něčeho, co už známe, někam, kde je změna dosavadních zvyklostí nezbytná, a přitom nejasná. Nikdo nás nepřipravil na to, co bude dál. Nikdo nás nepoučil, jak vlastně vypadá život v penzi a jak si ho máme uspořádat“* (Haškovcová 2010: 81). Odchod do důchodu je proto vnímán jako pád a už před 25 lety jej odborníci nazvali „penzijní kolaps“ nebo také „penzijní smrt“. Jejich podstatou je totiž právě „ztráta programu“, kterým do té doby byla zaměstnanecká role. A o tu jedinec odchodem do důchodu ze dne na den přichází. Velmi zajímavé je zjištění, že čím vyšší post jedinec zastával ve svém profesním životě, tím horší nebo řekněme větší je jeho pád do „prázdnoty“ důchodu. Čím větší specializaci jedinec zastával v zaměstnání, o to méně času měl na koníčky a volný čas vůbec. Nemá, co by rozvíjel, navázat na profesi je nemožné. V důchodu jsou si pak všichni rovni bez ohledu na profesi, kterou vykonávali v době aktivního života – zaměstnanecké role (Haškovcová 2010). *„Lidé v penzi se stávají sobě rovnými proto, že jejich „role je nemít roli“* (Haškovcová 2010: 81). Podle Haškovcové je označení senior a důchodce formou sociálního statusu. Tento status je pak nutný pro evidence těch, kteří například pobírají starobní důchod. Zároveň pak je v podstatě neopodstatněným synonymem pro odložený, marný a zbytečný život. To pak seniorům snižuje sebevědomí a vzhledem k náladě ve společnosti je nutí přijmout „roli nemít roli“. Nutí je přijmout myšlenku, že jsou závislí na ekonomicky aktivní části obyvatel, ačkoli sami dosud byli její součástí (Haškovcová 2010).



Kromě ztráty role zaměstnance přichází podle Haškovcové senioři také o zásadní a do té doby funkční síť kontaktů. Odchodem ze zaměstnání už často tato kompletní síť nemůže zůstat zachována. „*Nepřekvapuje, že se začínající penzisté ocitají ve značné sociální izolaci a odborníci mluví o sociálním bankrotu nebo sociální smrti. Nověji se i pro tuto situaci hodí termín sociální vyloučení*“ (Haškovcová 2010: 82). Reakce na tuto zásadní změnu mohou být různé, typologii Haškovcové dle D. B. Bromleye (2010) však zmiňují autoři nejčastěji. Vždy ale záleží na individualitě jedince. Haškovcová (2010) uvádí 5 typů reakce na stáří. První je strategie konstruktivnosti. Jde o ideální formu reakce na stáří a jeho akceptaci. Jedinec se těší i nadále ze života, je přizpůsobivý, tolerantní a otevřený. Snadno navazuje vztahy a udržuje dosavadní kontakty. Takový typ člověka působí klidně, vesele a postrádá sebelítost, čímž je okolím přijímán jako „milý starší člověk“. Druhou možností reakce je poměrně oblíbená strategie závislosti, která je typická závislostí a pasivitou jedince. Ten spoléhá na druhé v oblasti hmotného i sociálního zajištění. Je to typ člověka, který nebyl zásadně ctižádostivý a preferuje rodinné zázemí a pohodlí v ústraní. Třetí známou reakcí je strategie obranného postoje. Ta je typická pro úspěšné jedince zvyklé vést ve vyšší pozici. Odmítání přizpůsobení se diktátu stáří je pak typickým rysem. Tito jedinci nechtějí odejít do důchodu ve stanovený den, pracují často až do doby, kdy je okolnosti donutí opustit práci. Svou pozici si brání do posledního dechu. Další známou a pro okolí nepříjemnou je strategie nepřátelství. Tato reakce se vyskytuje u jedinců, kteří v aktivní části života nedosáhli úspěchu, ačkoli po něm prahli, a svalují svůj neúspěch na okolí a vnější vlivy. Stáří pak přijímají jako další neúspěch a vinu dávají mladším generacím. Často bývají agresivní, zhrzení a v ústraní tiše trpí svým vlastním neúspěchem. Poslední strategií podle Bromleye je sebenenávist. Jedinci této reakce pak svůj život opravdu nenávidí a na rozdíl od předchozí kategorie obviňují sami sebe nikoli společnost. Nemají se rádi a pohrdají sami sebou (Haškovcová 2010).

Se stářím a vyšším věkem jsou ve většině případů spojovány jednoznačně podle Haškovcové (2010) nemoci. Samotný strach z nemoci

a bolesti pak bývá obvykle i horší než nemoc sama. Nemoci ale k životu patří a je nutné vzít v úvahu, že současná medicína umí život zásadně pozitivně ovlivnit. Vyšší a vysoký věk ale s sebou přináší nemoci, nebo alespoň těžkosti v podobě narůstajících omezení fyzického rázu. *„To víte, každý den mě něco zabolí, ale v mém věku už to ani jinak nejde, říkávají senioři. Jenomže obtížnosti narůstají, soběstačnost klesá, bolesti se stupňují, nemoci se hlásí ke slovu“* (Haškovcová 2010: 248). Senioři pak nemoci buď přijímají, to je podle Haškovcové (2010) poznat na jejich aktuálním stavu i psychické pohodě. Nebo se obávají zásadního zhoršení kvality života s nemocí a proto nástup nemoci přehlížejí nebo podceňují. *„Senioři nechtějí stonat, protože vědí, že stonání je málokdy do času, častěji navždycky“* (Haškovcová 2010: 250). Na druhou stranu jsou tací senioři, kteří naopak nemoci vítají, aby měli důvod navštívit lékaře a jednoduše si popovídat, strhnout na sebe pozornost, kterou nemocí dostanou. A je v tomto případě jedno, zda to bude pozornost lékaře nebo rodinná náruč (Haškovcová 2010).

Lékaři často podle Haškovcové (2010) označují seniory za „křehké pacienty“, protože je u nich možný náhlý zvrát zdravotního stavu. Často také trpí polymorbiditou, což je přítomnost několika nemocí najednou, které se vzájemně ovlivňují. Senioři často užívají celou řadu léků najednou. Doba léčení je u seniora také výrazně delší, než u mladých lidí. *„Ze somatických, tedy tělesných obtíží, považují lékaři za nejčastější insomnii (poruchy spánku, nespavost), inkontinenci (únik moči, pomočování) a imobilitu (sníženou nebo ztracenou pohyblivost). Celkovým důsledkem dekompenzace<sup>6</sup> zdravotního stavu je především ztráta soběstačnosti, která znemožňuje samostatný a nezávislý život seniora v domácím prostředí“* (Haškovcová 2010: 251).

---

<sup>6</sup> Náhlá změna zdravotního stavu „zvrtnutí“ (Haškovcová 2010).

Ve chvíli, kdy senior ztrácí schopnost samostatnosti, přichází na řadu rodina. Ovšem ta musí chtít, umět a moci potřebnou péči a pomoc seniorovi poskytnout. Pokud rodina chce, je v současné době možné se v tomto směru vzdělávat a o seniora doma pečovat. Mnohdy ale mladá generace žije odděleně od seniora a často si pak nevšimne jeho postupně se vytrácející schopnosti žít samostatně. Senioři sami často pak potřebnou péči nepřiznají, aby nebyli na obtíž a nevypadali staří. Pokud rodina „nechce“ pak přichází na řadu profesionální, dlouhodobá institucionalizovaná péče (Haškovcová 2010).

*„Odejít z domova do domova pro seniory je velké rozhodnutí, které by mělo proběhnout co nejvstřícněji k samotnému člověku“*  
(Macurová, Martínek 2013: 48).

## 6 Praktická část

V praktické části práce se zaměřím právě na oblast přechodu seniora z domova do prostředí pečovatelského zařízení, na to, co bylo důvodem k rozhodnutí. Dále pak na volnočasové aktivity seniorů v domovech, které jsme navštívila v rámci výzkumu a také v rámci své práce. Již během těchto návštěv jsem zpracovávala výstupy pro vedení Plzeňského kraje a popř. média. Tyto výstupy využiji jako neformální výpisky zúčastněného pozorování v řádech několika let, kdy jsem domovy navštívila. Domnívám se, že tato část výzkumu je neoddelitelnou součástí analytické části, protože mi dává náhled jiný, než jednorázového zaměření se na výzkum v daném prostředí.

### 6.1 Výzkum

Výzkum pro svou bakalářskou práci jsem prováděla ve dvou domovech v okolí města Plzně, které jsou příspěvkovými organizacemi Plzeňského kraje. První z nich má kapacitu 190 lůžek, druhý je o něco menší a má kapacitu 90 lůžek. Oba domovy jsem navštěvovala v posledních letech častěji, proto je mi situace obyvatel i domovů blízká. Po dobu několika měsíců jsem docházela za seniory na rozhovory a při té příležitosti jsem formou zúčastněného pozorování mohla být přítomna i běžnému dennímu režimu obyvatel domova. Mým zájmem byla adaptace na každodenní život v domově a potom hlavně volný čas seniorů v domovech tak, jak jej tráví při různorodých aktivizačních činnostech<sup>7</sup>. Individuální rozhovory jsem prováděla vždy v soukromí seniora, tedy na pokoji, kde se dotyčný účastník výzkumu cítil komfortně. Individuálních rozhovorů z jednotlivých domovů mám celkem 10.

---

<sup>7</sup> Valenta a kol. (2014) uvádí, že jde o nefarmakologické přístupy, které zahrnují například kognitivní trénink, psychomotorickou terapii, orientaci v realitě a další činnosti, které jsou primárně zaměřené na vyvolání vlastní aktivity. V zařízeních, kde jsem prováděla výzkum, jsem se setkala s různými formami kognitivních her, mozkových tréninků, ale i terapií drobným zahradničením či individuálními terapiemi na míru klienta.

Jednotlivce jsem si nechala doporučit a předvybrat pracovníky domova vzhledem k jejich aktuálnímu psychickému a zdravotnímu stavu i ke schopnosti komunikace a zpětné vazby. Všichni senioři byli velmi přátelští a vždy odpovídali velmi ochotně a srozumitelně. Mezi účastníky výzkumu je pouze jeden muž, neboť mužů je obecně v domovech podstatně méně než žen. Senioři odpovídali na devět připravených otázek týkajících se života před příchodem do domova a poté na život v domově. Další část rozhovoru byla cílena na volnočasové aktivity, a to dotazováním na celkem pět základních otázek. Během každého rozhovoru jsem variabilně přizpůsobila okruh dotazů na tu oblast, o níž dotazovaný senior hovořil se zájmem a byl ochoten podat tak větší množství informací. Rozhovory jsem prováděla i se zaměstnanci včetně ředitele zařízení pomocí předem připravených otázek na stejné bázi jako dotazy na seniory. Tyto rozhovory mají za účel vnést do zkoumané problematiky názor druhé strany zajišťující samotnou péči.

Během rozhovorů jsem zaznamenala obavy o zveřejňování informací, proto jsem se rozhodla v této práci absolutně anonymizovat jména účastníků výzkumu, a to jak seniorů, tak zaměstnanců domovů. Stejně tak jsou anonymizována také samotná zařízení na žádost jejich vedení. Rozhovory jsem proto nenahrávala, ale vedla si poznámky, fotografie jsem pořizovala sama se souhlasem všech zúčastněných.

## **6.2 Prostředí domova za běžného režimu**

Pro nově příchozího návštěvníka se může domov jevit tiše a smutně. Senioři v dopoledních hodinách posedávají ve společenské místnosti, mnozí letargicky koukají na příchozí, někdy je slyšet hlasitější hovor v místnosti u bufetu. To si někteří pohyblivější a dietně neomezovaní senioři kupují svačinu a hovoří s dalšími zákazníky. Bufet je zde otevřený denně a nabízí pekařské a cukrářské výrobky. V době dopoledního či odpoledního volna, kdy nejsou organizované aktivizační činnosti,

potkává příchozí jen málo seniorů. Pokud jsou ale na rozvrhu aktivity, zejména ty oblíbené, šum nastává zhruba půl hodiny před začátkem. Pečovatelky sváží seniory k dané činnosti, ti pohybliví se sami vydávají za aktivitou, kterou mají rádi a pomáhá jim krátit čas i bystřít motoriku a mozkovou činnost. Právě volnočasové aktivity jsou jedním z bodů mého zájmu pro tuto práci. Mým cílem je zjistit, která aktivita je u obyvatel domova nejoblíbenější. Před tím se ale zaměřuji na adaptaci na každodenní život nově příchozích obyvatel domova. Ti nejsou na první pohled často k rozeznání od ostatních obyvatel. Zajímalo mě proto, co vede seniora k rozhodnutí odejít z dosud známého prostředí domova do pečovatelského zařízení.

### **6.3 Odchod do pečovatelského zařízení jako zásadní rozhodnutí**

Do domovů se odchází proto, že rodina seniora do domova jednoduše „odloží“. Taková byla moje původní domněnka rozšířená také mezi laickou veřejností, než jsem se tématu seniorů začala věnovat detailněji a především přímo v terénu. Předmětem mého výzkumu je proto ono rozhodnutí, proč se dosud samostatný senior odstěhuje do pečovatelského zařízení, jak probíhá výběr domova a samotná adaptace na nový život.

Už první rozhovory ukázaly, že realita rozhodnutí je jiná než jsem se domnívala. *„Po smrti syna jsem onemocněla boreliózou a skončila na dlouhou dobu v nemocnici. Následná rehabilitace byla velmi náročná, měla jsme omezenou pohyblivost a začínala jsem se učit starat se o sebe úplně od začátku. Bylo jasné, že sama žít nemůžu. Proto jsem zvolila domov,“* vysvětluje racionální rozhodnutí účastnice výzkumu **Jana (92 let)**. Podobně hodnotí svoje rozhodnutí další obyvatelka domova **Alena (90 let)**: *„Díky revmatické artritidě jsem se na mnoho týdnů ocitla v nemocnici a řeknu vám, byla jsem odhodlaná se vrátit domů. To se mi na nějaký čas povedlo. Postupně se ale přidávaly další zdravotní potíže a bylo jasné, že doma zůstat nemůžu.“* Zdravotní potíže udávají i další senioři jako hlavní důvod rozhodnutí odejít do domova. Objevují se především problémy s pohyblivostí a samostatností. U dotazovaných se liší konkrétní

zdravotní problémy. Jde o běžné nemoci, jako je výše zmíněná borelióza, ale také problémy s kyčlemi, artritidou či blíže nespecifikované dlouhotrvající potíže jako udržení rovnováhy související s častými pády. Všechny potíže však vedou ke ztrátě samostatnosti a nutnosti trvalé péče, kterou už v danou chvíli rodina nezvládá. Z této části rozhovorů si označuji jako kód „**důvod odchodu**“ a pod ním jako podskupinu „**nemoc a zdravotní potíže**“, která se objevuje ve všech deseti rozhovorech.

Současně se u všech dotazovaných objevuje skutečnost, že žili sami bez manžela či manželky. *„Ovdověla jsem ve 38 letech a už jsem se nikdy nevdala. A když se dcera vdala a odstěhovala, žila už jsme v podstatě sama,“* uvedla paní **Petra (89 let)**. Její spolubydlící **Vlasta (95 let)** souhlasně dodává: *„Jsem vdova a po manželově smrti jsem žila sama, starali se o mě synové. Jenže jeden z nich vážně onemocněl rakovinou a bylo jasné, že ten druhý mi pomáhat tolik nestihne. Když jsem pak byla po operaci obou kyčlí, nebylo jiné volby než odejít sem do domova.“* Jako druhý kód jsem si tedy označila „**rodinný stav**“ a podskupinu u všech dotazovaných mi vytvořil „**vdova/vdovec**“.

Jako další mne zajímal výběr zařízení. V tomto bodě se ve většině případů objevila volba podle geografické blízkosti rodiny, obvykle potomků. *„Domov jsem vybrala, protože děti a už i vnoučata mám přímo tady ve městečku,“* uvedla **Jana (92 let)**. Stejný systém výběru zařízení jsem zaznamenala v dalších osmi rozhovorech. Jako „**volba zařízení**“ mi zde vyšla podskupina „**blízkost rodiny**“. Členové rodiny pak sami seniorovi s výběrem pomáhali. *„Tehle domov jsem vybral s dcerou, protože zná zdejší personál i vedení a měli jsme tak představu, jak to tady chodí. Navíc to má dcera blízko Plzně,“* uvedl pan **Jan (79 let)**. Odlišnost nastala v jednom případě u paní **Vlasty (95 let)**, která si zařízení nechala doporučit. *„Měla jsem tady sestřenici a tak jsem zevnitř poznala, jaká je tady péče a zázemí,“* uvedla v rozhovoru. Toto jsem zaznamenala jako podskupinu „**doporučení a zkušenost**“.

## 6.4 Adaptace na nové prostředí

Po přestěhování do domova je zásadním bodem adaptace na zdejší režim a každodennost. Ve všech případech se adaptace ukázala jako klidná bez negativních reakcí a pocitů. Rozdíl jsem zaznamenala pouze na úrovni prvotních pocitů ze změny, z přestěhování do nového prostředí. *„První noc byla jiná, nezvyk, měl jsem divné pocity. Věděl jsem ale, že to tak je správně a bude to dobré,“* popsal pan **Jan (79 let)** první noc v domově s tím, že na režim si zvykl poměrně rychle. *„Smířil jsem se s tou změnou během pár dnů. Našel jsem na novém režimu i pozitiva,“* dodal. Podobné pocity popisovali další dva senioři s tím, že zvyknout si jim pomohl právě každodenní režim v domově a personál v přímé obslužné péči. *„Z mé zkušenosti probíhají adaptace bez problémů, obvykle se klientům dokonce uleví, když se mohou spolehnout na každodenní péči a pravidelný režim. Nemusí se bát samoty, zranění nebo třeba nedostatečné hygieny,“* popisuje pečovatelka Jana, která v domově pracuje již 10 let. Podle ní jde o výjimky, které nezapadnou, a režim domova jim nesedne. *„Rozdílly jsou spíše v délce adaptace,“* doplňuje pečovatelka. Toto se mi potvrzuje v dalších rozhovorech, kdy celkem 7 seniorů potvrzuje, že jejich adaptace byla bezproblémová, dva z nich byli dokonce nadšení příjemnou změnou prostředí. *„Po přestěhování se mi zlepšil zdravotní stav. Mám cukrovku a pravidelný režim, stravování i dohled mi pomohl,“* uvedla paní **Ivana (77 let)** s tím, že jí dokonce ustaly záchvaty, do té doby opakované v řádu dnů. Přejít do lepších podmínek uvedla také paní **Alena (90 let)**, která přišla do domova z léčebny dlouhodobě nemocných. *„Pobyť nejdřív v nemocnici a pak v LDN byl strašný. Prostředí domova se mi velmi líbilo. Myslím, že jsem si polepšila,“* uvedla.

Jako kód jsem v tomto bodě výzkumu zvolila „**adaptace**“ a podskupinu mi vytvořili senioři v sedmi případech „**bezproblémovou**“ a zbylí tři senioři uvedli a jako podskupinu jsem zaznamenala „**smíření se**“.



Problematiku většinou bezproblémové adaptace potvrzuje také ředitel zařízení, který jej vede čtvrtým rokem. *„Reakce na změnu je spíše pozitivní, nezaznamenali jsme žádný extrémní případ. Je ale nutné si uvědomit, že prostředí zařízení není stejné s prostředím domova a právě vytržení klienta z domova, kruhu rodiny, je velmi znát. Vždy si ale uvědomují, že sami situaci nezvládají a péče v zařízení je pro ně nutná.“*

Podle pečovatelek je adaptace a prvotní šok ze změny, která je zásadní a mnohdy provázena předsudky, rozhodující pro další život v domově. Nemalý podíl na běžném každodenním životě mají, tak jako v životě každého z nás mimo zařízení, také přátelství. Mnozí senioři si po prvotním adaptačním období najdou nové přátele a život tak vnímají pozitivněji. A právě ta nová přátelství a vztahy v domově obecně jsou neopomenutelnou součástí každodennosti a vyplynuly z rozhovorů individuálně, ale shodně u všech dotazovaných jako důležité. Jako kód v tomto případě zaznamenávám **„nová přátelství“**. Během hovorů jsem v jednom případě zaznamenala negativní postoj k nově navazovaným vztahům. Šlo o jediného mužského účastníka mého výzkumu, který uvedl, že nemá zájem o nové kamarády a je raději sám. Proto si také zažádal o jednolůžkový pokoj, což mu bylo splněno. Vznikla mi tak podskupina **„ne, nemám zájem“**. Naproti tomu ženy seniorky navazují podle mého zjištění nové sociální vztahy podstatně lépe. Nicméně i tak jsou mezi nimi rozdíly. Dvě seniorky ubytované na společném dvoulůžkovém pokoji vyjádřily jednohlasně nadšení, a to proto, že si právě ony dvě výjimečně osobnostně a lidsky vyhovují. *„Původně jsme měla na tomhle pokoji být dočasně. Chtěla jsem k sestřenicí, která zde byla, a díky ní jsem si tenhle domov vybrala. Místo u ní na pokoji ale nebylo, proto jsem byla dočasně přidělena sem tady k Petře. Hned jsme si ale padly do oka a musím říct, že jsme skvělé kamarádky, shodneme se v denním režimu, na programu v televizi i máme společné koníčky a chodíme na společné aktivity,“* nadšeně líčila Vlasta (95 let). Když pak přišlo na řadu stěhování, už se jí z pokoje nechtělo pryč. Společně žijí v domově tyto dvě přítelkyně

již tři roky. Jsou velmi spokojené a obě se shodly na tom, že změnu nechtějí. *„Dokud budeme obě naživu, budeme tu spolu,“* dodává Vlasta (95 let). Tyto dvě ženy zaznamenávám do podskupiny „**ano, mám**“. Jako poslední mi vznikla podskupina neutrálních vztahů a pohledů na ně, zaznamenala jsem ji jako „**vycházím se všemi**“. V této skupině jsou zbylí účastníci výzkumu, kteří sociální vztahy navazují, ale nezaznamenávají žádná zásadní přátelství tak, jak tomu je u výše uvedených dvou senierek. Shodně hodnotí neutralitu vztahů také pečovatelky, které potvrzují moje zjištění v případě navazování vztahů. *„Máme tady většinou klidné lidi, kteří konflikty nevyvolávají a vychází většinou. Je to tu jako taková malá vesnička, kde se lidé znají, vychází spolu, ale samozřejmě se najdou i problémoví jedinci. Mám dokonce i zkušenost se zamilovaným párem, který se poznal až tady v domově,“* uvádí pečovatelka Věra. Zásadní konflikty jsem ale v hovorech jak se seniory tak se zaměstnanci nezaznamenala. Domov je vnímán jako standardní model sociálního soužití tak, jak jej známe z každodenního života my všichni včetně různých interakcí. *„Lidé se zásadně nemění pouze tím, že přijdou do domova. Sociální vztahy jsou zde podobné jako v běžném životě,“* souhlasí s přirovnáním k malé vesničce ředitel zařízení.

Na samotné adaptaci i následném životě a soužití s ostatními v domově se podílí také rodina. Lidé vně domovů si obvykle říkají, že rodina navštěvuje seniory jen v době výplaty důchodů. I toto tvrzení jsem si během rozhovorů ověřovala, a to u seniorů i zaměstnanců. Nikdo ze seniorů během rozhovorů o rodině nemluvil negativně. Všichni potvrdili, že je členové rodiny navštěvují častěji, většinou během týdne minimálně. Tři z nich dokonce označili svůj vztah s rodinou za výborný, přičemž dvě seniorky uvedly, že si je děti nebo vnoučata berou někdy i na celý víkend k sobě domů. Zde jsem zvolila kód „**vztah s rodinou**“ a podskupinu „**výborný**“ a „**dobry**“. Přehled zaznamenaných kódů uvádím v tabulce 5.

**Tabulka 5:** Přehled zaznamenaných kódů

Kód	Podskupina	Počet opakování
důvod odchodu	nemoc	10
rodinný stav	vdova/vdovec	10
výběr zařízení	blízkost rodiny	9
	doporučení a zkušenost	1
adaptace	smíření se	3
	bezproblémová	7
nová přátelství	ne, nemám zájem	1
	ano, mám	2
	vycházím se všemi	7
vztah s rodinou	výborný	3
	dobrý	7

**Zdroj:** autor práce

## 6.5 Analýza rozhovorů

Na základě analýz rozhovorů a práce s kódy, které jsem vyznačila v jednotlivých rozhovorech, se mi původní domněnka o odchodu seniora do domova, která je mezi laickou veřejností rozšířena, nepotvrdila. Z mého výzkumu vyplynulo, že jednoznačně rozhodnutí odejít do některého ze zařízení s trvalou péčí závisí vždy na zdravotním stavu seniora. Úrazem či dlouhodobou nemocí ztrácí postupně samostatnost a schopnost sebeobsluhy, dochází k úrazům. Rodina pak není v těchto případech schopna zajistit trvalou péči a přichází na řadu výběr zařízení. Toto vybírají senioři podle blízkosti členů rodiny, kteří je pak pravidelně navštěvují a dokonce si i některé berou do péče na víkend domů. Adaptace probíhá bez problémů, u jednotlivých seniorů se liší pouze v čase, který k adaptaci na nový režim i prostředí potřebují. Nezaznamenala jsem během výzkumu negativní reakce na nové prostředí a z praxe pečovatelek během rozhovorů vyplynulo stejné zjištění. Naopak nové prostředí přináší seniorům nové sociální vazby, nachází nové přátele v domovech a tvoří si silná přátelská pouta. Jednoznačně z výzkumu vychází, že senioři, kteří se účastnili mého výzkumu, jsou se životem a životním standardem v domovech spokojeni.

## 6.6 Aktivizační činnosti a volný čas seniorů

Čas v domově, kde si senioři buď zvykají na zcela nový život, nebo již trvale žijí v nastaveném režimu, plyne pomalu a většinou klidně. Jako oživení a naplnění času slouží rozličné aktivizační činnosti, které organizují zaměstnanci domova. Když jsem prostředí domovů poznávala, tyto hry pro seniory, jak se dají jednoduše tyto aktivity nazvat, na mě působily dojmem nucené činnosti, organizovaných setkání, které senioři vlastně vnímají jako povinnou součást toho, že v domově žijí. Moje představa byla taková, že zaměstnanci domova v určitý čas dostanou seniory do společenské místnosti, kde je nutí účastnit se her či společného předčítání. Jak můžou být hry pro seniory zajímavé a jak moc se o ně zajímají? Co vůbec senioři ve volném čase dělají?

Volný čas tráví senioři různými naprosto běžnými činnostmi. Patří sem oblíbené sledování televize. *„Televizi sleduju ráda, hlavně zprávy. Udržují nás totiž v obraze a máme představu o tom, co se děje kolem nás v politice i třeba ve sportu,“* uvedla **Vlasta (95 let)**, která sleduje televizi na pokoji se svou spolubydlící. Na programu se shodnou a tak si mohou bez konfliktů nechat vlastní televizor na pokoji. To není u všech seniorů stejné, proto na pokojích nepatří televize ke standardnímu vybavení a senioři si ji sami pořizují nebo o ni žádají. Další oblíbenou činností jsou hry pro mozkový trénink. Tato činnost zahrnuje především běžné společenské deskové hry, které ale pro seniory musí být speciálně modifikované. Na trhu nejsou běžně dostupné, unikátním výrobcem je malá česká firma, kterou po zkušenostech s potřebami seniorů z vlastního okolí založila Markéta Kročková. *„Několikrát jsem si všimla, že jak člověk stárne, stávají se pro něj kdysi snadné úkony stále obtížnější a to jej limituje. Nejen v běžném životě, ale například i u hry s vnučaty. První známkou stárnutí, kterou zná asi každý, je horšící se zrak. Děti milují pexeso a karetní hry a jsou pro ně užitečné. Co když ale babička s dědou na karty, neřku-li na pexesové kartičky špatně vidí? A dlužno dodat, že i pro seniory jsou tyto*

*hry přínosem,*“ uvádí v rozhovoru pro časopis Doba seniorů (Lišková 2017: 14) Markéta Kročková. Na základě osobních zjištění v domovech po celé České republice pak začala deskové hry pro seniory vyrábět. Tyto hry jsou zvláštní především většími a pevnějšími kartičkami pexesa, většími kostkami s tečkami místo čísel a většími figurkami na šachy a *Člověče, nezlob se*. Tyto modifikace jsou mezi seniory vítány. Třeba **Jana (92 let)**, která si prošla komplikovanou boreliózou a má velmi omezenou hybnost prstů jedné ruky, právě běžnou hru *Člověče, nezlob se*, nehraje ráda. *„Ty figurky se mi špatně berou do ruky, kvůli nemoci. Musím volit takové hry, které fyzicky zvládnou,“* uvedla v rozhovoru na téma volný čas a hry. Kromě hry *Člověče, nezlob se*, zmiňovali senioři v rozhovorech také pexeso a především tzv. *AZ kvíz*. Jde o upravenou formu populárního pořadu České televize. Znalostní kvíz je pro seniory upraven do podoby jednoduchých otázek, kde určují známé osobnosti, druhy potravin či historické události. *„Tehle kvíz máme moc rády, nenecháme si ho ujít vždy, když je na programu. Bystří nám mozek a udržuje ho v chodu,“* uvedla **Petra (89 let)**. Ve všech rozhovorech mezi činnostmi, které patří k mozkovému tréninku, jednoznačně senioři uvedli *AZ kvíz*. Jeho oblíbenost potvrzují také zaměstnanci domovů. *„Jednoznačně z mozkových aktivit je nejoblíbenější kvíz. Vzbuzuje v nich mimo jiné i zdravou soutěživost,“* potvrzuje oblíbenost aktivity pečovatelka Jana. Podle ní zařazují tuto formu do programu několikrát týdně. Kvíz probíhá v knihovně nebo jiné menší společné místnosti. Vepředu je velká tabule, na níž jsou magnetické obrázky, nebo případná jména osobností či fotografie. Pečovatelka přečte vždy otázku a vyvolá prvního, který se přihlásí. Správné odpovědi se počítají a jednoduše nejvíc správných odpovědí vítězí. Kvízy, při kterých jsem byla přítomna, byly velmi zajímavé, atmosféra byla opravdu v některých případech napjatá. Ve tvářích seniorů se dala číst soustředěnost a urputnost, když se hlásili s odpovědí. Objevila se ve tvářích často i dětská radost, když odpověď byla správná. Tento typ činnosti na mne působil velmi emotivně, což jsem u jiných her

nezaznamenala. Na obrázku 2 je zachycen právě AZ kvíz v jednom z domovů.

Obrázek 2: AZ kvíz v domově



Zdroj: autor práce

Velmi populární volnočasovou aktivitou mezi seniory, a to hlavně mezi seniorkami, je vaření a příprava tematických pochutin. U příležitosti mnoha svátků mají seniorky možnost zapojit se do přípravy velikonoční nádivky, pečení vánočního cukroví, různých pomazánek či dalších jednodušších pochutin, které pak společně konzumují. V rámci výzkumu jsem se zúčastnila pečení jablečného závinu v domově, když v rámci návštěvy dostal domov darem větší množství jablek. *„Tato činnost je oblíbená u našich dam, protože si u pečení poklábosí, procvičí si motoriku a v závěru se mohou pochlubit před ostatními, jak se jim štrůdl povedl,“* popisuje pečovatelka Jana. V rozhovorech jsem zaznamenala zájem o pečení a vaření u pěti seniorek. Jediného muže výzkumu pak zajímá spíše technika, uvedl konkrétně drobné montáže součástí přístrojů v zařízení nebo práce na malé zahrádce.

Mezi oblíbené činnosti patří u seniorů také společné výlety. Pro zaměstnance není jednoduché vypravit větší počet seniorů třeba do zoologické zahrady nebo divadla, ale o to více si toho senioři pak cení. *„Nejvíce se mi líbila exkurze do Nového divadla v Plzni,“* uvedla **Ivana (77 let)**. Podle ní by se nikdo ze seniorů sám do divadla nepodíval. *„Opravdu jsou tyhle výlety pro nás milým zpestřením, i když jsou pro pečovatelky hodně náročné. Zkoordinovat skupinu důchodců je těžké,“* doplňuje seniorka. Dalším cílem seniorů byla například plzeňská Zoologická a botanická zahrada. Ti, kteří se nezúčastní společných výletů a jsou pohybliví, mohou jít volně na procházku v okolí domova. Dojdou si do lékárny, cukrárny nebo i na malé pivo do blízké hospůdky. *„Ti, kteří jsou schopni samostatně chodit, si dojdou, kam potřebují a je to pro nás velmi cenné. Podporuje to u nich pocit samostatnosti a tlumí naopak nedostatečnost. Dostanou se mezi lidi venku a popovídají si i s někým mimo domov,“* uvedla pečovatelka Jana.

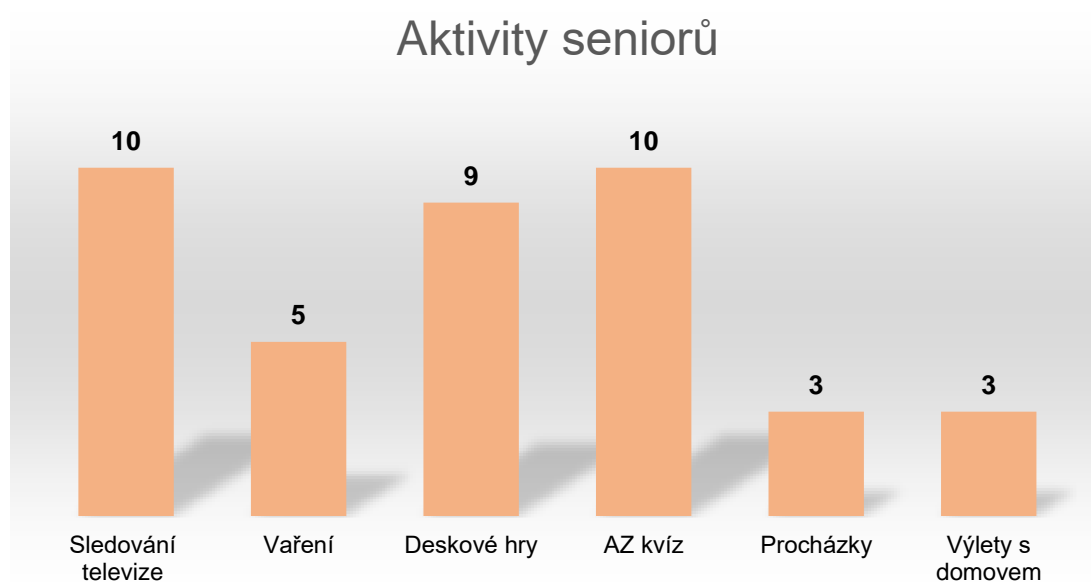
Mezi další aktivity, které jsem zaznamenala jak během návštěv, tak i během rozhovorů, patří luštění křížovek a sudoku, čtení knih, nebo tvoření drobné keramiky. Zásadní volnočasové aktivity a počet seniorů, kteří se jim věnují, jsou zaznamenány v tabulce č. 6 a grafu č. 4.

**Tabulka 6:** Aktivita/počet seniorů, kteří se jí věnují

Aktivita	Počet dotazovaných
Sledování televize	10
Vaření	5
Deskové hry	9
AZ kvíz	10
Procházky	3
Výlety s domovem	3

**Zdroj:** autor práce

**Graf 4:** Aktivita/počet seniorů, kteří se jí věnují



**Zdroj:** autor práce

Mimo pravidelné aktivity organizují v domovech pro seniory také hudební vystoupení, kdy je oblíbená dechovka nebo vážná hudba. Vyskytují se také debatní akce jako například Křeslo pro hosta, kdy v jednom z domovů zvou speciální hosty a ti představují svou práci. *„Přivítali jsme zde ředitele zoologické zahrady, známou houslovou virtuosku nebo ředitele muzea, kteří obyčejnou formou představili svou práci a přidali i ukázkou z ní. U klientů je to vítané zpestření, pokud se akce chtějí zúčastnit. Rádi pak i prohlížejí fotografie s osobnostmi,“* doplňuje pečovatelka Jana. V rámci výzkumu jsem se zúčastnila návštěvy ředitele



plzeňské zoologické zahrady. Jeho vyprávění z cest do exotických zemí doplněné spoustou fotografií a dokonce i vycpanými exponáty zvířat přítomné nadchlo. Mnozí z nich nikdy některou z afrických zemí, o nichž host vyprávěl, nenavštívili a zmodernizovanou zahradu neznají, protože ji už nestihli navštívit s rodinou. I proto závěrem ředitel plzeňské zahrady nabídl spolupráci právě na výše zmíněném výletu seniorů do plzeňské zoo.

Co se týká povinnosti účastnit se aktivit, shodli se všichni účastníci výzkumu na tom, že je zaměstnanci nenuť účastnit se. *„Volbu nechávají paní pečovatelky na nás. Někdy člověku není dobře a nemá náladu soutěžit nebo hrát hry,“* vysvětlila **Ivana (77 let)**. Její slova potvrzují i pečovatelky. *„Nemá smysl někoho nutit, aby šel hrát kvíz nebo péct cukroví, když nechce. Rozhodnutí je vždy na nich. Záleží na náladě, kterou jim ale mnohdy dokáže zkazit třeba jen špatná snídaně nebo nedostatek spánku,“* konkrétně uvedla pečovatelka Věra. Podle jejích slov prostě obejdou pokoje a s jednotlivci se vždy domlouvají podle aktuální situace.

## 6.7 Analýza rozhovorů

Volnočasové aktivity jsou u seniorů velmi oblíbené, dokonce se na některé velmi těší a vyvolávají v nich soutěživost. Rozhodně nejsou k účasti nějakým způsobem nuceni či vázáni jakýmkoli nařízením či řádem domova. Z rozhovorů vyplynuly některé konkrétní aktivity, které se těší velkému zájmu seniorů. Jak lze vidět v tabulce č. 6 a grafu č. 4, nejvíce oblíbený je kvíz řazený s deskovými hrami mezi mozkový trénink. Velmi rozšířené je také sledování televize. Veškeré volnočasové aktivity ale vždy záleží na aktuální situaci u jednotlivců. Proto oblíbenost výletů se zdá nižší, ale domnívám se, že je to právě omezenou pohyblivostí, která brání některým seniorům v účasti na takové akci. Naprostá změna v počtu klientů účastnících se aktivit pak nastává během epidemií chřipek, velkých teplotních změn počasí anebo horkých dnů, kdy zdravotní stav klientů kolísá. Rozhodně jsem během mého výzkumu v domovech

nezaznamenala absolutní nečinnost seniorů, nudu nebo stížnosti na nedostatek zábavy.

## 7 Závěr

Cílem práce bylo v teoretické části představit historii péče o seniory včetně méně známé formy péče, jakou je výminkářství, tradiční způsob péče o seniory v české venkovské společnosti. Tento typ péče o starší generaci je mezi laickou veřejností méně vnímaný a jsem přesvědčená, že do části historie proto právem patří. Součástí teoretické části bylo také nutné vymezení pojmů pro lepší uchopitelnost a využitelnost výrazů ve výzkumu i celé práci a také statistický přehled počtu seniorů, jejich nárůst a možnosti umístění v zařízeních v Plzeňském kraji.

Vnímání pojmů senior a stáří je v současné společnosti velmi rozdílné a vždy záleží na zásadním podání a pochopení. Současná společnost vnímá stáří, stárnutí a generaci seniorů často jako nadbytečné. Setkávám se i s názorem, že pouze čerpají ze společnosti a nejsou jí přínosem. Tento negativní přístup především mladší generace mne přesvědčil právě pro zaměření práce na seniory a nutné zpřístupnění obrazu života seniorů, historie péče o ně a objasnění toho, co to je pečovatelské zařízení a co společnosti přináší. Teoretická část také proto zahrnuje představení systému pečovatelských zařízení v Plzeňském kraji. Podle mého názoru je nutné pro lepší pochopení současného stavu vnímání seniorů i historické srovnání přístupu ke stáří v preindustriální společnosti a společnosti industriální, což teoretická část také zahrnuje.

Pro analytickou část bych ráda zdůraznila, že výsledek mého výzkumu není obecně platný, protože vybrané respondenty jsem si nechala vybrat personálem domovů a tudíž mohlo dojít k možnému zkreslení výsledků výzkumu pro obecné využití. Tito vybraní senioři jsou komunikativní, v podstatě soběstační a zdravotně bez zásadních komplikací, netrpí žádnou formou demence. Tato volba ale byla jednoznačná, protože senioři s některou z forem stařecké demence nebo

jinou komplikovanou diagnózou by nebyli k rozhovorům vhodní. Rozhovory jsem prováděla polostrukturované, předem jsem měla připravenou osu s devíti otázkami na seniora a během rozhovoru jsem přizpůsobovala oblast zájmu tomu, o čem byl senior ochoten mluvit v širším rozsahu. Rozhovory jsem se rozhodla realizovat individuálně v prostředí pro seniory příjemném, a to na pokojích. Podobnou formu jsme zvolila i v realizaci rozhovorů se zaměstnanci domova. Tedy polostrukturované rozhovory s otázkami ve stejném směru, jako ty pro seniory. Pohled zaměstnanců je dle mého názoru důležitý pro vnesení srovnání v pohledu na péči o seniory ze strany zajišťující samotnou přímou péči.

Z výzkumu ve dvou zařízeních trvalé péče vyplynulo, že obě hypotézy, které jsem považovala za obecně platné mezi laickou veřejností a které bylo cílem této práce potvrdit či vyvrátit, ve skutečnosti platné nejsou. Senioři, kteří se mého výzkumu účastnili, se cítí v zařízeních spokojeně. Do domovů odchází na základě vlastního rozhodnutí, které je spojeno se zdravotními komplikacemi. Domov si vybírají v geografické blízkosti rodiny a adaptují se bez větších problémů. Při srovnání vlastních rozhovorů a výpisků, které mám v archivu díky své práci, jsem si výsledek výzkumu potvrdila. Krajem zřizovaná zařízení pro seniory jsou pro ně vhodným náhradním domovem, senioři mají dostatečnou náplň volného času a netrpí nedostatkem kontaktu s rodinami. V domovech si tvoří nové sociální vazby, o svém volném čase rozhodují sami a s personálem domovů spolupracují.

Jsem přesvědčená, že by bylo vhodné rozšířit do povědomí laické veřejnosti skutečné dění v domovech seniorů prostřednictvím systematizované osvěty. Posilování mezigeneračních vazeb a širšího povědomí veřejnosti by bylo vhodné začít například u studentů, kteří studují obor sociální práce a studiem se dostávají do světa seniorů. V rámci vstupu do praxe by mohli využít závěry mého výzkumu pro prvotní

představu, jak se seniorům v domovech žije. Při realizaci praxe by následně mohli vlastní činností inovovat konkrétní aktivizační činnosti a zrealizovat tak své nově nabyté teoretické zkušenosti.

Ačkoli to není součástí výzkumu a se zkoumanými hypotézami to zdánlivě nesouvisí, jsem přesvědčená, že je vhodné zařadit do závěru práce také doporučení, které vyplývá ze statistických údajů Českého statistického úřadu v teoretické části práce. Vzrůstající počet seniorů je alarmující. Tyto statistické údaje deklarují v budoucnosti problémy s vyšším počtem seniorů a s tím souvisejícími počty lůžek v zařízeních poskytujících trvalou péči. Už nyní jsou v zařízeních pro seniory dlouhé čekací doby v pořadnících a s nárůstem počtu seniorů bude situace kulminovat a mnozí senioři se tak mohou dostat do nevyhovujících životních podmínek. Je zde logický předpoklad, že sociální systém bude potřebovat zásadní revizi, aby nedocházelo k sociálnímu vyloučení celé generace seniorů, kteří zůstanou bez zaopatření a náležité péče. Trvalou péči v systému poskytování sociálních služeb nelze v současné době zcela nahradit. Terénní pečovatelská služba nemá dostatečnou legislativní podporu a finanční zajištění ze strany státu a zdravotních pojišťoven. Osvěta v rodinách, které jsou už od pradávna prvotním zajišťovatelem péče o staré a přestárlé, naprosto chybí. Podpora členů rodiny, kteří pečují o seniora, je nedostatečná a rodinu silně stigmatizuje a finančně znevýhodňuje. Nedostačující počet lůžek by v budoucnu pravděpodobně znamenal, že počet spokojených seniorů, kteří žijí v důstojných podmínkách, bude klesat.

## Resumé

Předmětem bakalářské práce je problematika odchodu seniorů z běžného prostředí domova do zařízení pro seniory, výběr zařízení, adaptace na nové prostředí a volnočasové aktivity seniorů trvale žijících v zařízení. Výzkum prokázal, že senioři odcházejí do předem vybraného zařízení z důvodu zdravotních komplikací způsobujících ztrátu samostatnosti. Adaptace se ukázala jako bezproblémová. Volnočasové aktivity senioři v zařízeních využívají dobrovolně, velkému zájmu se těší mozkový trénink. Senioři jsou v zařízeních spokojeni, vytvořili si nové sociální vazby, s rodinou udržují kvalitní vztahy. Obecně rozšířené mýty o odkládání seniorů do zařízení a o neuspokojivých a nedůstojných podmínkách k životu v zařízeních výzkum vyvrátil.

The topic of the bachelor thesis is the issue of retirement of seniors from the normal home environment to facilities for seniors, selection of facilities, adaptation to new environment and leisure activities of seniors living permanently in the facility. Research has shown that seniors go to pre-selected facilities because of health complications causing loss of independence. Adaptation has proven to be trouble-free. Leisure activities are used voluntarily by seniors in facilities, brain training is of great interest. Seniors are satisfied with the facilities, they create new social ties and maintain good relationships with the family. The research refuted the widespread myths about putting seniors into facilities and about unsatisfactory and undignified conditions for living in facilities.

## Seznam zdrojů

### Literární zdroje

BENEŠOVÁ, Dana. 2014. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha.

HAŠKOVCOVÁ, Hana. 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team.

KLÁŠTERSKÁ, Alice. 1997. *Forma sociálního zabezpečení na vesnici v 18. a v první polovině 19. století, Historická demografie 21, 95-132*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

KUCHAŘOVÁ, Věra. 2002. *Komplexní analýza sociálně ekonomických podmínek života ve stáří*. Praha: SOCIOKLUB.

LASLETT, Peter. 1977. *Family life and illicit love in earlier generations. Essays in historical sociology*. Cambridge University Press.

LIŠKOVÁ, Simona. 2017. *Hry pro seniory*. Doba seniorů. 13, 2, 14.

MACUROVÁ, Martina a Jan MARTÍNEK. 2013. *Plzeňský kraj - seniorů ráj?: senioři a sociální služby ...* Praha: Centrum pro komunitní práci.

MITTERAUER, Michael and SIEDER, Reinhard. 1982 [1977]. *The European Family. Patriarchy to Partnership from the Middle Ages to the Present*. The University of Chicago Press.

SAK, Petr a KOLESÁROVÁ, Karolína. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada.

KUCHAŘOVÁ, Věra. 2002. *Komplexní analýza sociálně ekonomických podmínek života ve stáří*. Praha: SOCIOKLUB.

## Internetové zdroje

Český statistický úřad. 2015. *Senioři v Plzeňském kraji 2015*. Český statistický úřad [online],[cit. 13. 2. 2019]. Dostupné z:  
<https://www.czso.cz/documents/10180/20540357/33014215k5.pdf/3d44987f-2a15-440f-862d-b331c9e73cd1?version=1.1>

Český statistický úřad. 2018. *Tab. 01.01 Vybrané demografické údaje (1989-2017)*. Český statistický úřad [online], [cit. 7. 4. 2019]. Dostupné z:  
[https://www.czso.cz/documents/10180/62755322/32018118\\_0101.pdf/99f38d71-1499-4dbf-9114-bbd83bc4a8ca?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/10180/62755322/32018118_0101.pdf/99f38d71-1499-4dbf-9114-bbd83bc4a8ca?version=1.0).

Český statistický úřad. 2019. *Proměny věkového složení obyvatelstva ČR - 2001-2050*. Český statistický úřad [online], [cit. 7. 4. 2019]. Dostupné z:  
<https://www.czso.cz/documents/10180/92011146/13015819a4.pdf/11e3bc8b-69b5-4ee6-8f41-db854825b055?version=1.2>.

Krajský úřad Plzeňského kraje. 2018. *Zařízení sociálních služeb zřizovaná Plzeňským krajem*. Krajský úřad Plzeňského kraje, odbor sociálních služeb [online], [cit. 4. 5. 2019]. Dostupné z:  
<http://www.plzensky-kraj.cz/cs/clanek/zarizeni-socialnich-sluzeb-zrizovana-plzenskym-krajem>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2016. *Doporučený postup č. 2/2016 Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou*. Ministerstvo práce a sociálních věcí, odbor sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení [online], [cit. 13. 2. 2019]. Dostupné z:  
[https://www.mpsv.cz/files/clanky/25608/Doporučeny\\_postup\\_Materialne\\_techicky\\_standard.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/25608/Doporučeny_postup_Materialne_techicky_standard.pdf).

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2006. *Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách*. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], [cit. 13. 2. 2019]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon\\_o\\_socialnich\\_sluzbach-stav\\_k\\_1.\\_10.\\_2017.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf).



## Seznam obrázků, tabulek a grafů

<b>Obrázek 1:</b> Jednolůžkový pokoj s příslušenstvím .....	29
<b>Obrázek 2:</b> AZ kvíz v domově (autor já sama).....	54
<b>Tabulka 1:</b> <i>Výhled počtu seniorů 2018-2050 v ČR</i> .....	16
<b>Tabulka 2:</b> Výhled vývoje počtu seniorů v ČR.....	34
<b>Tabulka 3:</b> Počty lůžek v Plzeňském kraji členěné do jednotlivých okresů...	36
<b>Tabulka 4:</b> 12 zařízení s kapacitami lůžek v domovech pro seniory v PK....	37
<b>Tabulka 5:</b> Přehled zaznamenaných kódů .....	51
<b>Tabulka 6:</b> Aktivita/počet seniorů, kteří se jí věnují .....	56
<b>Graf 1:</b> Výhled počtu seniorů 2018-2050 v ČR.....	16
<b>Graf 2:</b> Výhled vývoje počtu seniorů v ČR.....	34
<b>Graf 3:</b> Počty lůžek v Plzeňském kraji členěné do jednotlivých okresů. ....	36
<b>Graf 4:</b> Aktivita/počet seniorů, kteří se jí věnují .....	56