

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Věra Bláhová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Vize senior roku 2050

Bc. Věra Bláhová

Diplomová práce

2020

# Zadání diplomové práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Věra Bláhová**  
Osobní číslo: **Z16365**  
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**  
Téma práce: **Vize senior roku 2050**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. BALOGOVÁ, B. Seniori v spektre současného sveta. Prešov: Akcent Print, 2009, 103 s. ISBN 978-80-892-9519-7.
2. ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. Sociální gerontologie. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
4. HAUKE, M. Zvládání problémových situací se seniory. Praha: Grada 2014, 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
5. MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
6. SCHULER, M., P. OSTER. Geriatrie od A do Z pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2010, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 11. března 2020

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 8.4.2020

.....  
Věra Bláhová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Velké poděkování patří vedoucí mé diplomové práce, paní PhDr. Kateřině Horáčkové Dis. za odborné vedení, vynikající spolupráci, za její trpělivost, ochotu a podporu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala.

## **ANOTACE**

Diplomová práce je zaměřena aktuální situaci stárnutí obyvatel a jejich zabezpečení v oblasti sociálních služeb na Vysočině. Práce je rozdělena na část teoretickou a průzkumnou. V části teoretické jsou charakterizovány jednotlivé pojmy stárnutí a teoretická východiska, je popsána sociální pomoc seniorům. Část průzkumná znázorňuje současný demografický vývoj seniorů v čase a vliv stárnoucí populace na budoucí potřeby kapacit vybraných zařízení sociální péče do roku 2050 na Vysočině. Zároveň výzkum prezentuje názor střední generace na jejich potřeby v době, kdy budou v roli seniora.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Demografie, péče, potřeby, senior, sociální poradenství, sociální služby, stárnutí, stáří

## **TITLE**

Senior 2050

## **ANNOTATION**

The thesis focuses on the current situation of population ageing and their security in the area of social services in the Highlands. The work is divided into theoretical and exploratory parts. In the theoretical section, the individual concepts of ageing and theoretical starting points are characterized, social assistance to the elderly is described. The exploratory section shows the current demographic evolution of the elderly over time and the impact of an ageing population on the future capacity needs of selected social care facilities by 2050 and shows the middle generation attitude towards the elderly in the Highlands.

## **KEYWORDS**

Demography, care, needs, senior, social counseling, social services, aging, old age

## OBSAH

Úvod.....	12
Cíle práce.....	15
Teoretická část.....	16
1 Úvod do teoretické části.....	16
2 Populační vývoj v ČR.....	17
3 Terminologie DP.....	19
3.1 Senior.....	19
3.2 Stárnutí.....	19
3.3 Stáří.....	19
3.3.1 Rozdělení věkových hranic stáří.....	20
3.3.2 Změny funkcí ve stáří.....	21
4 Lidské potřeby seniorů.....	23
4.1 Kvalita života.....	24
4.2 Příprava na stáří.....	26
5 Sociální služby.....	27
5.2 Sociální politika v ČR.....	27
5.3 Poskytovatelé sociálních služeb.....	28
5.4 Informace o sociálních službách.....	29
5.5 Sociální služby.....	29
5.5.1 Sociální poradenství.....	29
5.5.2 Služby sociální péče.....	29
5.5.3 Služby sociální prevence.....	30
5.5.4 Formy sociálních služeb.....	30
5.5.5 Péče oseniorsy.....	31
5.6 Financování sociální péče.....	32
6 Postavení seniorské populace v zahraničí.....	34
6.1 Německo .....	34
6.2 Rakousko.....	35
6.3 Polsko.....	35
6.4 Slovensko.....	37
7 Shrnutí teoretické části.....	39
Průzkumná část .....	40
8 Metodologie průzkumného šetření.....	41
8.1 Zpracování dat.....	41
8.1.1 Časové řady.....	43
8.1.2 Popisné charakteristiky.....	44
8.1.3 Testování hypotéz.....	45
8.1.4 Test hypotézy o korelačním koeficientu.....	46
8.1.5 Test hypotézy normality dat.....	46
9 Analýza a prezentace dat.....	47



9.1	Rozložení populace v Kraji Vysočina.....	48
9.1.1	Test o středních hodnot dvou základních souborů.....	58
9.1.2	Test rozptylu dvou základních hodnot.....	58
9.2	Sociální zařízení pro seniory v Kraji Vysočina.....	60
9.3	Analýza a prezentace ankety.....	71
10	Diskuze.....	75
11	Závěr.....	79
	Příloha A Anketa.....	90

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Graf-Zastoupení populace 65+ v Evropě.....	13
Obrázek 2 Graf-Administrativní členění Kraje Vysočina.....	48
Obrázek 3 Graf-Histogramy četností a výsledky testu normality.....	50
Obrázek 4 Graf-Počty obyvatel 2006-2018.....	51
Obrázek 5 Graf-Predikce vývoje obyvatel 65+.....	53
Obrázek 6 Graf-Muži dožití.....	55
Obrázek 7 Graf-Ženy dožití.....	55
Obrázek 8 Graf-Predikce budoucího vývoje.....	56
Obrázek 9 Graf-Vývoj dožití mužů a žen.....	57
Obrázek 10 Graf-Současný stav populace chlapci/dívky.....	57
Obrázek 11 Graf-Dlouhodobý vývoj počtu obyvatel v Kraji Vysočina.....	65
Obrázek 12 Graf-Dlouhodobý vývoj průměrného věku a indexu stáří u obyvatel Kraje Vysočina.....	65
Obrázek 13 Graf-Dlouhodobý odhad průměrného věku a indexu stáří obyvatel Kraje Vysočina.....	66
Obrázek 14 Graf-Dlouhodobý vývoj počtu seniorů v Kraji Vysočina.....	67
Obrázek 15 Graf-Dlouhodobý odhad počtu seniorů v Kraji Vysočina.....	67
Obrázek 16 Graf-Dlouhodobý vývoj počtu seniorů v Kraji Vysočina členěný do věkových skupin.....	68
Obrázek 17 Graf-Dlouhodobý odhad počtu seniorů v Kraji Vysočina členěný do věkových skupin.....	69
Obrázek 18 Graf-Pohlaví.....	72
Obrázek 19 Graf-Zobrazení věku respondentů.....	72
Obrázek 20 Graf-Dosažené vzdělání.....	73

Tabulka 1 -Vybrané demografické údaje v ČR.....	18
Tabulka 2 -Rozdělení služeb sociální a zdravotní péče.....	31
Tabulka 3 -Výše příspěvku na péči v ČR.....	33
Tabulka 4 -Složení obyvatelstva podle pohlaví a věku.....	49
Tabulka 5 -Tempo růstu.....	52
Tabulka 6 -Popisná statistika.....	52
Tabulka 7 -Test o existenci korelačního koeficientu.....	53
Tabulka 8 -Predikce vývoje počtu obyvatel 65+.....	54
Tabulka 9 -Dožití 30letých.....	54
Tabulka 10 -Test o existenci korelačního koeficientu.....	56
Tabulka 11 -Predikce budoucího vývoje do roku 2050.....	59
Tabulka 12 -Dvouvýběrový F-test pro rozptyl.....	59
Tabulka 13 -Dvouvýběrový T-test s rovností rozptylů.....	60
Tabulka 14 -Přehled institucí pobytové sociální péče na Vysočině.....	61
Tabulka 15 -Neuspokojené žádosti o poskytnutí sociální služby.....	62
Tabulka 16 -Paliativní péče v nemocnicích zřizovaných krajem.....	63
Tabulka 17 -Pokrytí sociálních služeb seniory.....	69
Tabulka 18 -Počet seniorů v Kraji Vysočina.....	70

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL	Activity daily living
ADOS	Agentura domácej ošetrovateľskej starostlivosti
CDS	Centra denných služieb
ČR	Česká republika
ČSU	Český statistický úřad
DPS	Domy s pečovatelskou službou
EU	Evropská unie
EUROSTAT	Statistický úřad evropské unie
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NPZ	Národný portál zdravia
ORP	Obec s rozšířenou působností
PnP	Příspěvek na péči
POÚ	Pověřené obecní úřady
ÚP ČR	Úřad práce České republiky
VÚC	Vyšší územní celek
WHO	Světová zdravotnická organizace
SSZ	Slovník sociálního zabezpečení

## ÚVOD

*„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.“ (Dvořáčková, 2012, s. 9)*

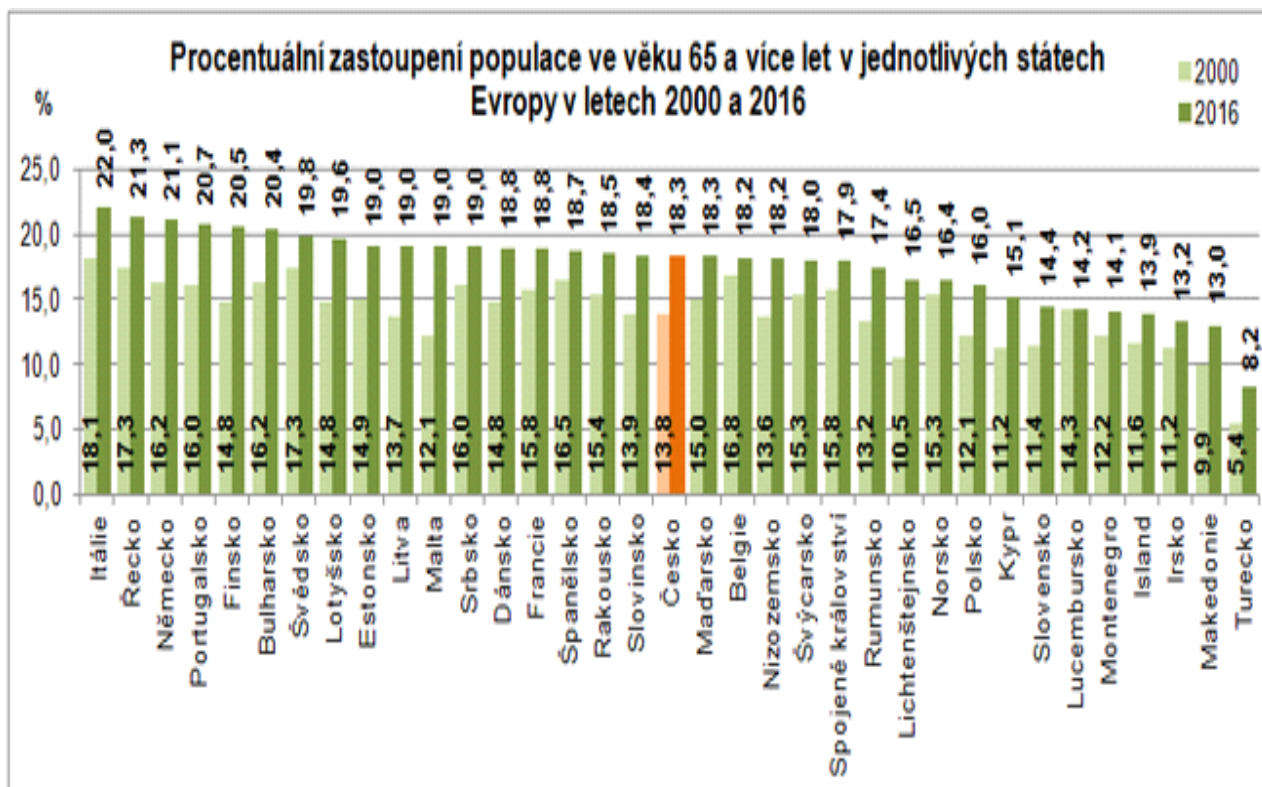
Počátek 3. tisíciletí je charakterizován několika sociálními fenomény, které determinují chod naší společnosti. Mezi tyto aspekty náleží i problematika stáří, stárnutí a života seniorů, která bude v následujících letech z důvodů politických, ekonomických, ale i sociálních stále aktuálnějším a diskutovaným tématem. Stárnutí a stáří je tedy jevem celospolečenským i zcela individuálním. (Dvořáčková, 2012, s. 7)

Stárnutí je předmětem pozornosti mnoha výzkumníků. Např. autoři Sak a Kolesárová (2008) ve svém výzkumu „Názory a postoje české populace k seniorům“, poukazují na to, jak se od 20. století postupně mění narůstání podílu starších věkových skupin vůči poklesu mladších věkových skupin

a prodlužuje se střední délka života. Z toho plyne, že stárnutí bude mít vliv na atmosféru ve společnosti. Podle tohoto výzkumu, kterého se zúčastnilo 1014 respondentů ve věku 15-60+ se 25 % respondentů domnívá, že „názory, hodnoty, postoje a atmosféra ve společnosti se promění“. Oslabí se jednoznačně vyzdvihování mládí a preferování a života s ním spojeného a zvýší se význam a pozornost věnovaná životu seniorů, jejich hodnotám a životnímu stylu. Ovšem respondentů, kteří se domnívají, že k takové změně ve společnosti nedojde, je více (37 %). (Sak, Kolesárová, 2008)

### Komentář k obrázku 1

Jak stoupá % zastoupení populace nad 65 let a více v jednotlivých státech Evropy vyjadřuje obrázek 1- graf z Eurostatu.



**Obrázek 1** Graf-Zastoupení populace ve věku 65+ v Evropě v % (Eurostat, 2017)

Z obrázku 1 je patrné, že státy východní Evropy, jako je Česká republika, Polsko, Slovensko, Maďarsko, Litva, Lotyšsko a Estonsko na začátku 21. století procházejí stejnými demografickými změnami. Tyto státy se v roce 2004 připojily k Evropské unii, což představuje dosud největší expanzi území, počtu států i populace EU. Ve všech těchto státech se rychle změnila velikost jednotlivých věkových kategorií v populaci. Se stárnutím obyvatelstva se zároveň snížila porodnost, odchod do důchodu dětí narozených během poválečného baby boomu, prodlužování délky života, změny v důchodovém systému, určují řadu jevů, které se nyní objevují. Současně se stárnutím populace a socioekonomickými změnami také dochází k posunu postojů vůči seniorům mezi různými věkovými skupinami. Moderní stáří přináší mnoho jevů, které v předešlých desetiletích neexistovaly. (Tomczyk, Klimczuk, 2015, s.5) Dožíváme se stále vyššího věku. Důvodem je pravděpodobně zdravější životní styl, ekonomické podmínky, stále se rozšiřující možnosti současné medicíny i její superspecializace. (Jurašková in Holmerová et. al.,2014, s.17)

Téma diplomové práce je zaměřeno na aktuální situaci stárnutí obyvatel a jejich zabezpečení v oblasti sociálních služeb, což vedlo k výběru tématu. Cílem práce je zmapovat demografický vývoj populace seniorů retrospektivně i prospektivně, vytvořit strategický plán rozvoje sociálních služeb do budoucna a získat pohled střední generace (potencionálních seniorů) na současné seniory.

Práce je koncipována jako teoreticko-průzkumná. Je členěna na část teoretickou, která představuje teoretická východiska související s problematikou stáří a stárnutí a jejími determinantami, rozdělením věku ve stáří, potřebami ve stáří, kvalitou života a přípravou na stáří. Se stářím souvisí i zabezpečení sociální péče v ČR.

Průzkumná část navazuje na problematiku zpracovávanou v části teoretické. Je rozdělena na tři části. První část je analýzou demografického vývoje seniorů v čase v Kraji Vysočina. Druhá část představuje současnou vybavenost území pobytovými sociálními zařízeními. Součástí bude i uvedení počtu míst, které jsou nyní a jakou kapacitu bude potřeba navýšit do roku 2050, vzhledem k předpokládaným prognózám nárůstu seniorské populace v příštích letech. Data budou vycházet dle dostupných statistik ČSU ČR, Krajského úřadu Jihlava v Kraji Vysočina a z výročních zpráv jednotlivých zařízení. Třetí část bude probíhat formou ankety, kde střední generace bude interpretovat svoje názory na vizi své generace za 20-30 let.

# **CÍLE PRÁCE**

## **Cíle diplomové práce v rovině teoretické**

1. Popsat současnou demografii v ČR.
2. Popsat problematiku stáří a stárnutí.
3. Zmapovat jaké je sociální zabezpečení seniorů v ČR.

## **Cíle diplomové práce v rovině empirické**

1. Nastínit demografický vývoj populace seniorů na Vysočině v čase 30 let
2. Kvantifikovat možnosti sociální péče o seniory v kraji Vysočina.
3. Zjistit vizi střední generace-co budou potřebovat v roce 2050 a více.

Na základě cílů v rovině empirické byly stanoveny průzkumné otázky:

PO 1: Bude generace seniorů i nadále převažovat v kraji Vysočina nad dětskou generací

PO 2: Jsou možnosti v péči o seniory kraje Vysočina dostačující pro budoucí seniorskou generaci?

PO 3: V jakých potřebách (oblastech) se bude lišit seniorská populace za 30 let od současné seniorské populace?



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Úvod do teoretické části

Teoretická část se věnuje populačnímu vývoji v ČR, měnící se věkové struktuře obyvatelstva a s tím související charakteristice základních pojmů jako je senior, stárnutí, stáří. Zabývá se také přípravou na stáří, potřebami seniorů, což se odráží v jejich kvalitě života. Následující část popisuje sociální a poradenské služby v ČR, které využívá nejčastěji tato cílová skupina a závěrečná část se okrajově zmiňuje o sociálním zabezpečení v sousedních státech ČR. Aktuálnost tématu doplňují výsledky českých i zahraničních výzkumů. Při zpracování bylo čerpáno z aktuálních literárních zdrojů předních českých i zahraničních odborníků, z internetových zdrojů (ČSÚ) a publikovaných recentních článků (např. Demografie) a ze zdrojů vědeckých databází. Při rešeršní činnosti byla zvolena kritéria jako: jazyk český, anglický, za období 2008-2018. Pomocí booleovských operátorů AND/OR/NOT. Nejčastěji byly při rešerži používány databáze Scopus, Pub Med a Google Scholar. Bylo nalezeno 229 odkazů, 120 studií bylo vyřazeno pro duplicitu a analyzováno bylo 109 a pro práci bylo použito 25 zdrojů.

Klíčová slova v českém jazyce: senior, stárnutí, stáří, sociální služby, sociální poradenství, demografie

Klíčová slova v anglickém jazyce: senior, ageing, old age, social services, social counselling, demography

## 2 Populační vývoj v České republice

Vývoj společnosti podmiňují změny reprodukce, především se jedná o procesy porodnosti, úmrtnosti a migrace. Jejich důsledkem jsou i změny věkového složení obyvatelstva. Populační stárnutí je charakterizováno rychlejším nárůstem starších věkových skupin. Jev je způsoben buď **zpomalením růstu mladších věkových skupin**, což se projevuje poklesem plodnosti a porodnosti. Demografové tento typ stárnutí nazývají jako „**stárnutí ze spodu věkové pyramidy**“. Druhou příčinou stárnutí populace bývá **pokles úmrtnosti** zejména ve starším věku, toto je označováno jako „**stárnutí na vrcholu věkové pyramidy**.“ (Kalvach, et.al.,2008) Demografický vývoj v ČR do roku 1989 byl nepravidelný. Do značné míry to bylo důsledkem různých vládních pro populačních opatření (např. zvýhodňování rodin s dětmi při přidělování bytu, prodlužování mateřské dovolené, poskytování výhodných novomanželských půjček). **Po roce 1989** se demografické procesy v krátké době připodobnily západoevropskému modelu: prodloužila se naděje dožití (střední délka života při narození), poklesla porodnost, zvýšil se věk při sňatku a věk ženy při prvním porodu. Úhrnná plodnost (počet narozených dětí na jednu ženu) klesla v roce 1996 pod 1,2, zatímco ještě v roce 1990 dosahovala hodnoty 1,89. Teprve v roce 2004 plodnost opět překročila hodnotu 1,2 dítěte na jednu ženu a počet dětí narozených v ČR v jednom roce stoupl nad 100 tisíc. K tomuto zvýšení porodnosti a plodnosti vedl fakt, že děti začala mít početná generace narozená v 70. letech. V letech 2008 až 2010 se úhrnná plodnost držela kolem hodnoty 1,5 dětí na jednu ženu. Od té doby plodnost mírně narůstá. V roce 2018 se v České republice narodilo 114,4 tisíc dětí, úhrnná plodnost činila 1,71 dětí na jednu ženu. (ČSÚ, 2018) Většina evropských populací, včetně České republiky, má v současnosti značně **nepravidelnou věkovou strukturu**, odrážející vliv událostí z průběhu celého 20. století.

### Komentář k tabulce 1

V důsledku dlouhodobě nízké úrovně plodnosti a rostoucí naděje dožití při narození dochází k **demografickému stárnutí populace**, při kterém se mění relativní zastoupení hlavních věkových skupin (ČSÚ, 2018), což můžeme vidět v následující tabulce č. 1 na delším časovém úseku.

**Tabulka 1-** Vybrané demografické údaje v České republice (ČSÚ, 2016-18)

Počet obyvatel k 31.12. (v tis. osob)	2016	2017	2018
		10 579	10 610
Muži	5 201	5 220	5 244
Ženy	5 378	5 390	5 406
Z toho ve věku:			
0-14	1 647	1 671	1 693
15-64	6 943	6 899	6 870
65 a více	1 989	2 040	2 087
Z toho ve věku (v %):			
0-14	15,6	15,7	15,9
15-64	65,6	65	64,5
65 a více	18,8	19,2	19,6
Index stáří (65+/0-14 v %)	120,7	122,1	123,2

## **3 Terminologie diplomové práce**

### **3.1 Senior**

Kdo je senior a co znamená být senior? Senior je osoba, která prožívá životní období stáří. Jedná se o odborný název, který není nijak citově zabarvený. Používá se v běžné mluvě, ale také ve vědeckých disciplínách. (Příbyl, 2015, s. 13) Sak a Kolesárová (2012, s. 25) při hledání odpovědi na tuto otázku, vycházeli z toho, že se jedná o kategorii, v níž se protínají biologicko-medicínské aspekty se sociologickými. Je to tedy člověk v završující životní fázi, se specifickým postavením ve společnosti. Podle slovníku českého jazyka je senior osoba ze dvou lidí ta starší, odlišuje se tím, že spadá do starší věkové skupiny či má právo na odlišnou úctu (Příbyl, 2015, s. 13). Haškovcová (2012, s. 148), ale definuje seniora jako osobu, která je označována za nejstarší v určité společnosti. Také ji používá na rozlišení osoby mladší a starší v rodině.

### **3.2 Stárnutí**

Stárnutí je fyziologický proces a nikdo živý se mu nemůže vyhnout. (Příbyl, 2015, s. 9) Langmeier a Krejčířová (1998, s. 184, in Dvořáčková, 2012, s. 10) uvádějí, že pod pojmem stárnutí se nejčastěji rozumí souhrn změn ve struktuře organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonosti jedince. Stárnutí je tedy součtem změn, kterým podléhá organismus v průběhu času. Tyto změny však nenastupují synchronně, ale jak uvádí Mühlpachr (2004, s. 23, in Dvořáčková, 2012, s. 10), stárnutí je individuální a asynchronní a jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně. Dle Pacovského (1990, s. 30, in Dvořáčková, 2012, s. 10) lze považovat stárnutí za přechodnou vývojovou periodu dospělosti a stářím.

### **3.3 Stáří**

Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Mezi autory zabývající se problematikou stárnutí a stáří je shoda na faktu, že stáří je konečnou etapou života. (Příbyl, 2015, s. 9) Sak a Kolesárová (2012, s. 14) nazývají stáří životní fázi, která je ohraničena dvěma časovými body. Horní věková hranice stáří je ostře vymezena smrtí. Spodní věková hranice rozmazána tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně. Dle Dvořáčkové (2012, s. 11), je

stáří důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory, především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami a je spojeno s řadou významných sociálních změn, jako jsou např. osamostatnění dětí, penzionování. Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými. (Dvořáčková, 2012, s. 11) Různá odborná literatura přináší nejednotnost v pojetí stáří. Obvykle však panuje shoda v rozlišení stáří na kalendářní, biologické a sociální. (Příbyl, 2015, s. 10) Kalendářní stáří je dáno dosažením určitého dohodnutého věku, který vychází z empirie obvyklého průměrného průběhu života a biologického stárnutí. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s.25) Biologické stáří představuje průběh typických tělesných změn ve stárnoucím organismu. Změny probíhají u jednotlivých osob odlišnou rychlostí a s různou intenzitou a souvisejí se vznikem a výskytem nemocí obvyklých ve stáří. (Malíková, 2011, s. 19) Sociální stáří dle Příbyla (2015, s. 12) je spojováno se změnou životního stylu, s proměnou potřeb i sociálních rolí, která je dána zejména odchodem do starobního důchodu.

### 3.3.1 Rozdělení věkových hranic stáří

Stáří se obecně považuje za věk od hranice 60 let. Avšak existuje mnoho rozdílných názorů na rozdělení tohoto životního období. Podle klasické patnáctileté periodizace lidského života, akceptované gerontologickými experty Světové zdravotnické organizace WHO se lidský věk ve středním období dělí na *prvé období* – střední věk mezi 45 a 59 rokem, *druhé období* – rané stáří presenium mezi 60 a 74 lety, *třetí období* – pravé stáří mezi 74 až 89 lety a *poslední* – dlouhověkost či kmetství od 90 roku a dále. Autoři Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011, s. 34) a Čevela a kol. (2012, s. 28-29) dělí etapy stáří do tří období, oproti ostatním autorům není v uvádění věkových hranic; tak striktní a pro každou etapu ponechává širší věkové rozmezí v řádu pěti let. Je to počínající stáří 60/65 až 74 let, vlastní stáří 75/85 až 89 let a dlouhověkost 85/90 a více let. Mühlepachr (2009) a Ondrušková (2011) také představují členění do tří období. Je zajímavé, že první fáze začíná až od 65. roku života. Tento posun je zdůvodněn tím, že autoři vnímají zlepšování se zdravotního i funkčního stavu seniorů v posledních desetiletích a následné prodlužování průměrného věku. Dělí je na mladé seniory 65 až 74 let, staré seniory 75 až 84 let a velmi staré seniory 85 a více let. Haškovcová (2010, s. 20), ale člení kalendářní stáří na čtyři věková rozmezí: 45-59 let považuje za střední, též zralý věk, 60-74 let za vyšší věk, nebo rané stáří, 75-89 let je podle ní stařecký věk neboli sérum. Také jej nazývá vlastním stářím, a 90 let a výše považuje za dlouhověkost. Dnes je však výstižnější rozdělení

na: počínající stáří (mladí senioři, young old). Do toho zařazujeme věk 60/6-74. Vlastní stáří, staří-senioři (old-old). Senium je mezi roky 75-84/89 let (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s.28). A velmi staří senioři (oldest old, very old-old) kmetství je od 85/90 roku dále. (Zacharová, Šimičková-Čížková, 2011, s. 34).

Ač se jednotlivé pohledy autorů od sebe odlišují, ve všech členěních si můžeme všimnout, že autoři klasifikují 75. rok života jako hlavní zlomový bod. Obecně je tento rok vnímán jako kritický mezník v oblasti úbytku funkcí psychologických, fyzických, emociálních, kognitivních a sociálních. (Ondrušková, 2011, s.32) Často nastupují zdravotní problémy, narůstá potřeba rehabilitačních a rekondičních programů, zvyšuje se riziko ovdovění, činnosti "spotřebují" více času a energie, narůstá potřeba odpočinku, snížením zátěže i optimalizace podmínek pro různé aktivity (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s.29). Narůstají problémy se soběstačností s potřebou podpory a péče, i když i v této věkové kategorii jsou mnozí lidé fit a nezávislí. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s.29) Tento věk však není nutné vnímat jen z negativního hlediska, protože je to naopak i období, ve kterém mají jedinci prožitou většinu vývojových etap, což přináší veliké množství zkušeností a životní moudrost, která je součástí právě pokročilého životního úseku. (Ondrušková, 2011, s.32)

### **3.3.2 Změny funkcí ve stáří**

Stáří můžeme považovat za etapu života, při které dochází k úpadku duševních i tělesných sil. Ukázalo se však, že některé naše schopnosti se mohou snižovat velmi brzy, jiné zase příliš pozdě. (Žumárová, Balogová, 2009, s. 33)

Lékaři nazývají nemocné seniory jako *křehcí* pacienti. (Haškovcová, 2010, s. 32) Znamená to, že se jejich zdravotní stav může náhle a lehce změnit. Předpokladem patřícím ke křehkosti je celková slabost, nechutenství, snadná unavitelnost, rozladěnost, ztráta zájmů. Křehkost se může vyskytovat i u relativně zdravých seniorů. Její příčinou je např. úbytek kostní tkáně, svalové hmoty atd. (Haškovcová, 2010, s. 34) Starší osoby představují skupinu, jejíž zásahy fyzické síly klesají a jejíž účast na činnostech každodenního života (ADL) se zhoršuje se zvyšující se slabostí. Studie Dahlin-Ivanoffové (2016) „*Pro koho je zásah podporující zdraví účinný? Prediktivní faktory pro samostatné provádění každodenního života*“, prokazuje pozitivní výsledky pro zachování nezávislosti v každodenních činnostech ADL. Základem 2 -leté studie bylo představení programu podpory zdraví „Starší osoby v rizikové zóně“(EPRZ). Program nabízí informace o stárnutí a poskytuje nástroje a strategie pro posílení schopnosti účastníků podle věku. Účastníci byli za pomoci odborných pracovníků, kteří jim poskytli informace o službách dostupných pro starší

občany, povzbuzování, aby učinili autonomní rozhodnutí a pokud možno kontrolovali svůj vlastní život. Cílem bylo předcházet omezením ADL a podporovat stárnutí starších lidí žijících v komunitě, u nichž existuje riziko, že se stanou křehkými. Nezávislost seniorů v ADL posiluje jejich pocity hrdosti, spokojenosti a sebevědomí. Dle Juraškové (2014, s.20), se křehkost vyznačuje ale také ztrátou pružnosti, pevnosti a elasticity, což má vliv na vznik spousty onemocnění jako je ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, osteoporóza, zánětlivé onemocnění, změny funkce smyslových orgánů, neurodegenerativní proces ve stáří-demence, Alzheimerova choroba (Jurašková, 2014, s.20-24). Nemocní senioři často trpí polymorbiditou, což znamená přítomnost několika nemocí najednou. Jednotlivé nemoci se vzájemně ovlivňují. Dominový efekt spočívá v tom, že určitá nemoc vyvolá i zhoršení ostatních, třeba i do té doby neprojevených nemocí. S polymorbiditou souvisí polypragmazie, užívání řady léků najednou. Obecně senioři potřebují na uzdravení stejné choroby delší čas než mladší lidé. (Haškovcová, 2010, s. 34) Častý je taky přechod nemoci do chronicity. Ze somatických obtíží se považují nejčastější insomnie (porucha spánku, nespavost), inkontinence moči, pomočování) a imobilita (snížená nebo ztracená pohyblivost). (Haškovcová, 2010, s. 34)

## 4 Lidské potřeby seniorů

V průběhu lidského života dochází k neustálému uspokojování potřeb. Nad některými, zejména fyziologickými potřebami se člověk ani nezamýšlí, chápe je jako nutnost (dýchání, vyměšování, jídlo, spánek). V nemoci a ve stáří si uvědomuje jejich důležitost a význam ve vztahu ke zdraví (Příbyl, 2015, s.41). Potřebu lze charakterizovat jako projev nedostatku něčeho, co nám chybí. Něco, co živý organismus nezbytně potřebuje pro svůj život a rozvoj. Lidské potřeby jsou odlišné a mění se v průběhu života. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 34) Příbyl (2015, s. 34) uvádí, že uspokojení či neuspokojení potřeb má vliv na psychickou činnost jedince (myšlení, pozornost), také se podílí na tvorbě vzorce chování člověka. Šamánková (2004, in Příbyl,2015, s.31) vymezuje potřebu jako stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organismu. Dle Příbyla (2015, s.31) jsou potřeby základním motivem k udržení rovnováhy uvnitř organismu, ale i rovnováhy mezi člověkem a prostředím.

Nejnámějším představitelem uspokojování lidských potřeb je psycholog A.H. Maslow (1907-1970), který sestavil pětiúrovňový model stupnici lidských potřeb z roku 1943. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 33) Model postupně doplňoval a rozšiřoval na současný osmiúrovňový. Potřeby dělí Maslow do dvou hlavních skupin. První z nich jsou potřeby nedostatku (deficitu), označované jako D-potřeby (Deficiency Needs). Jsou to biologické a fyzické potřeby (jídlo, pití, spánek, přístřeší, sex,), potřeby jistoty a bezpečí (bezpečí, jistota, zákon, pořádek, ...), sociální potřeby (příslušnost ke skupině, láska, ...), potřeby úcty a uznání (sebeúcta, nezávislost, prestiž, dominance). Při nedostatečné saturaci D-potřeb člověk pociťuje úzkost a snahu nedostatek odstranit. Při dostatečném uspokojení nepociťuje vůbec nic. Příbyl, 2015, s. 34) Druhou skupinu tvoří potřeby spojené s bytím člověka, tzv. B-potřeby (Being Values). Potřeby poznávací-kognitivní (znalosti, smysl, sebeuvědomění), estetické potřeby (krása, harmonie, rovnováha), seberealizace (osobní růst, osobní naplnění, ...) a sebetranscendence (něco, co přesahuje samotného jedince). Při jejich naplnění existuje dobrý pocit a roste motivace dosáhnout něčeho vyššího. (Příbyl, 2015, s.35)



Staří lidé se od mladých lidí neodlišují jinými potřebami, ale způsoby jejich uskutečňování. Dochází k proměně některých potřeb, zejména psychických, duchovních, ale také fyziologických. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s.33) Dvořáčková (2012, s. 39) se ale domnívá, že senior potřebuje pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. Kaufmanová (2004, s.102) ve svém výzkumu taktéž dospěla ke zjištění, že k hodnotám, které jsou pro seniory důležité, patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda. Dle Vágnerové (2000, s. 458) se senioři cítí více ohroženi (např. onemocněním, ovdověním), smiřují se s určitou mírou závislosti na jiných lidech a do popředí vstupuje potřeba podpory a bezpečí. Tato potřeba může být saturována funkční rodinou, pečovatelkou nebo jiným člověkem. Nejvýznamnější je pro seniory vztah s partnerem. Celoživotní manželé jsou si vzájemnými pečovateli. Smrt jednoho z partnerů představuje velkou změnu, která prověří kvalitu dalších sociálních kontaktů. Seniorská populace má silný vztah ke svým dětem. Touží po podílení se na výchově vnoučat, od svých dospělých dětí zase očekávají emoční podporu, pomoc s chodem domácnosti či jinými běžnými situacemi, které nejsou pro seniory zvladatelné. (Příbyl, 2015, s. 51) Je třeba si uvědomit, že senioři jsou velmi heterogenní skupina s mnoha rozdílnými potřebami a preferencemi. Je nutné seniory poslouchat – nerozhodovat o nich bez nich. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 33) Jurašková (2014, s. 51) klade důraz na zachování autonomie, respektování osobnosti a zachování důstojnosti seniora. Ve společnosti i státní správě je však nedostatečná reflexe toho, co senioři opravdu potřebují a chtějí. Společnost pořád vnímá seniory zkresleně. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 33) To, že se většinová společnost do potřeb seniorů pořád neumí vžít, potvrzuje i studie Lucie Vidovičové (2017) na téma: „Vylučování seniorů ze společnosti“, z ústavu populačních studií FSMU. Poukazuje na to, že v uplynulých letech vyrostla řada sociálních zařízení pro seniory, ale neznamená to, že naplňují všechny potřeby seniorů. Stále máme tendenci dívat se na starší občany jako na jednolitou masu lidí, bez finančních prostředků, kteří už nic nechtějí. Oni si ale například pořád chtějí „dojít ke kadeřníkovi, jak na to byli zvyklí“ (Vidovičová, 2017). Způsob života v dětství, mládí a dospělosti významným způsobem ovlivňuje kvalitu stáří. (Sak, Kolesárová, 2012, s.11) I když si to mnohdy neuvědomujeme, stáří je naplněním našeho života. Promítá se do něj celý náš prožitý život, včetně získaných zkušeností a životního režimu (Příbyl, 2015, s. 49)

#### **4.1 Kvalita života**

Na kvalitu života seniorů má vliv dle Příbyla (2015, s. 49) míra uspokojení potřeb v souvislosti

s dalšími faktory, kvalita vzájemných kontaktů, přístup ke zdravotní péči, dostupné bydlení, nabídky služeb či informovanost o okolním světě. Jedním z nejnovějších výzkumů v oblasti kvality života seniorů v ČR je výzkum V. Antošové (2016, s.74), která zkoumala s kolektivem „Kvalitu života seniorů ve vybraných regionech České republiky“ z pohledu sociologického a sociálně ekonomického, psychologického i medicínského. Vyplynulo z ní, že svou současnou životní situaci vnímá jako dobrou nebo velmi dobrou 52,23 %, jako přijatelnou 43,86 % a jako špatnou nebo velmi špatnou 3,91 % seniorů. 84 % seniorů žije ve vlastním, 10,54 % v pronajatém a pouze malá část seniorů žije v domově sociálního zařízení nebo jinde. 18,39 % seniorů, kteří mají vlastní bydlení, žijí sami a jsou potenciálně ohroženi chudobou, neboť finanční zátěž spojená s údržbou bydlení se může stát postupně neúnosná a ve vyšším věku je též pro seniory obtížné a často bez okolí i zcela nemožné vyřešit problém bydlení. (Antošová,2016, s.74) Seniors v ČR zastupuje Rada seniorů ČR. Ta v roce 2014 pořádala konferenci o kvalitě života českých seniorů. (Rada seniorů České republiky, 2014) Teprve v říjnu roku 2014 byla poprvé v historii Rady seniorů České republiky vůbec, měřena kvalita života českých důchodců. Mapovala situaci důchodců od roku 2003 do roku 2013, tedy za deset let. Jejím výsledkem bylo zjištění, že životní úroveň seniorů poklesla. (Rada seniorů České republiky, 2013)

Životem seniorů se v posledních letech zabývaly i autorky odborného článku „Aktivity seniorů ve velkých městech“, Vidovičová a Petrová-Kafková (2012, s. 939), které na příkladu velkoměstských seniorů popisují jejich každodenní aktivity a s jakou frekvencí je realizují. Sledovali též míru vlivu prostředí, zdraví (resp. mobility a disability) a subjektivní kvalitu života na jejich intenzitu. I cílem výzkumu „Determinanty kvality života a potřeba podpory starších osob s dobrou fyzickou a duševní funkcí“ polské autorky Talarské (2018) bylo prokazování souvislostí mezi subjektivním hodnocením kvality života a funkčního stavu a odhalením faktorů, které jej ovlivňují. Zjištěním bylo, že mezi faktory, které nejvíc zvyšují ztrátu nezávislosti, pády a potřebu 24- hodinové péče patří močové inkontinence, nízká úroveň mobility, poškození sluchu, zapomnětlivost a deprese. Úroveň fyzického, kognitivního a emočního fungování měla zásadní vliv i na hodnocení kvality života starších lidí. Jak tento výzkum prokázal, jedná se o běžné faktory, které lze částečně nebo úplně eliminovat. (Talarská, 2018) K podobným výsledkům v udržení životní spokojenosti seniorů spojeného s prevencí nebo oddálením křehkosti a posilováním zdraví došla i švédská autorka Wihelmsónová (2013) ve své studii „Životní spokojenost a křehkost mezi staršími dospělými“.

Zde k faktorům, které významně vysvětlují životní spokojenost seniorů, patřily psychologické zdraví, partnerské vztahy, volný čas a ADL. Respondenti s vyšším stupněm křehkosti, uváděli výrazně nižší stupně životní spokojenosti.

## 4.2 Příprava na stáří

Přechod z aktivního, produktivního životního období do životní etapy penzionování a stáří činí mnohým potíže. Aby vstup do tohoto období nebyl prudkou a negativní změnou, doporučuje Příbyl (2015, s.22) se na stáří připravovat s předstihem. Studie Hátlové al et. (2017, s. 51) na téma „Osobnost a aktivní životní styl seniorů ve věku 65-75“ naznačuje, že senioři, kteří byli v předchozím životě navyklí žít aktivně v relativně stálé sociální skupině vrstevníků, mají vyšší tendence aktivně se podílet na svém současném životě ve srovnání s dalšími skupinami seniorů. Příprava na stáří by měla být celoživotním úkolem a zodpovědností každého člověka i úkolem ostatních faktorů (stát, organizace, instituce). (Příbyl, 2015, s.22)

Tomeš (2017, s. 52) vnímá aktivní stáří jako soubor předpokladů a aktivit, které umožňují starším osobám a seniorům vést nezávislý život. Pro dosažení co nejdelšího trvání fáze nezávislého stáří je třeba současné působení následujících faktorů: fyzického zdraví (preventivní péče a udržování tělesné kondice přiměřeným a důstojným způsobem), psychického a duševního stavu (životní optimismus, schopnost redefinice životních cílů a hodnot) a sociálních faktorů (pravidelný kontakt s rodinou, přáteli, život v komunitě). (Tomeš, 2017, s. 52) Z časového hlediska se příprava na stáří dle Příbyla (2015, s.23) se rozlišuje na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou. Každá životní fáze má svou podobu životního stylu odpovídající sociální pozici, potřebám a zájmům člověka v dané fázi. Počátek seniorského věku není totožný s datem nároku na penzi a aktivita je základním předpokladem pro dobrou kvalitu života. Za jedné podmínky, a to je aktivita, činnost musí přinášet uspokojení tomu, kdo ji provozuje. Mnoho seniorů zůstává ve své práci, jiní se snaží dohnat to, na co doposud nebyl čas, navštěvují univerzity třetího věku, pěstují hobby a cestují. Seniorský věk přináší osvobození od mnoha povinností, na druhou stranu se zvýrazňuje „vnitřní“ limitace-omezení zdravotním stavem i duševními vlastnostmi a schopností. (Holmerová et al., 2014, s. 175)

## 5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Cílem služeb sociální péče je podpora při zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osoby závislé na péči, tak aby tato osoba měla možnost žít ve svém přirozeném sociálním prostředí a mohla se v nejvyšší možné míře zapojit do běžného života společnosti. Uživateli služeb sociální péče tak jsou především osoby, které mají omezené schopnosti postarat se o vlastní osobu, dokázat řešit běžné životní situace vlastními silami nebo se zapojit do běžného života společnosti z důvodu věku, dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, zdravotního postižení, psychického onemocnění apod. Služby sociální péče jsou tak určeny především seniorům a osobám se zdravotním postižením. (SSZ, 2015, s. 92)

Oblast dlouhodobé péče narůstá na významu v souvislosti se stárnutím populace a růstem počtu osob s potřebou podpory v důsledku snížené soběstačnosti a potřebou zdravotní péče. Dlouhodobá péče s větší či menší mírou potřeby kvalifikované zdravotní péče je poskytována jak v zařízeních sociálních služeb, tak ve zdravotnických zařízeních. Součástí péče o osoby s komplexními potřebami je osobní péče („personal care“), respektive „přímá péče“, která je většinou chápána jako sociální služba, a ošetrovatelská, paliativní a další zdravotní péče. (Wija, Bareš, Žofka, 2019, s.6)

### 5.1 Sociální politika v ČR

Při letném pohlednutí v časové linii zpět vidíme, že se situace v poskytování sociálních služeb v posledních letech výrazně změnila k lepšímu, což je velmi pozitivní fakt. Ještě v nedávné minulosti bylo všechno jinak. Předchozí model poskytování sociální služby a pomoci stál zcela na odlišných základech. Lidé s postižením v jakémkoli věku, staří, nemocní či umírající byli izolováni v ústavech sociálních i zdravotnických, a existence skupiny těchto osob se tabuizovala. Společnost před nimi zavírala oči a snažila se udržet zdání, že mezi námi žijí jen zdraví, silní, výkonní a schopní jedinci. Znamenalo to direktivní přístup, rutinní skupinový systém péče bez hlubšího porozumění jednotlivým osobám jako individualitě, lidské bytosti, která má své potřeby

a pocity, cítí a vnímá, jak je o ni postaráno. Provoz sociálních zařízení dotoval stát. (Malíková, 2011, s. 29). Situace v ČR se částečně změnila po roce 1989, ale výraznější proměny doznala až po vstupu platnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Celkově lze situaci charakterizovat jako zásadní transformaci sociálních služeb, na kterou se ministerstvo práce a sociálních věcí připravovalo již před vstupem sociálního zákona vydáním různých dokumentů a vytvářením dlouhodobých plánů (Malíková, 2011, s. 30)

Problematikou seniorů se na celostátní úrovni zabývá Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, který navazuje na předchozí strategii Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008-2012, Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 a dokumenty a doporučení OSN a dalších mezinárodních organizací, zejména na Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (OSN, Madrid 2002) a Zásady OSN pro starší osoby (1991). Základním rámcem Národního akčního plánu je zajištění dodržování a ochrany lidských práv seniorů. Jeho záměrem je komplexní přístup k řešení problematiky stárnutí populace, koordinace a propojování strategií jednotlivých resortů v oblasti přístupu ke stárnutí a vytvoření společných priorit všech přijatých opatření. (MPSV, 2014)

V návaznosti na usnesení vlády ČR k informaci o plnění Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 byla zřízena usnesením vlády Rada vlády pro seniory a stárnutí populace v roce 2006. Rada je stálým poradním orgánem vlády pro otázky týkající se seniorů a stárnutí populace. Ve své činnosti usiluje o vytvoření podmínek pro zdravé, aktivní a důstojné stárnutí a stáří v České republice a aktivní zapojení starších osob do ekonomického a sociálního rozvoje společnosti v kontextu demografického vývoje. (MPSV, 20)

## **5.2 Poskytovatelé sociálních služeb**

Na základě zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1.2007 a jeho prováděcí vyhlášky č.505/2006 Sb. je zřízen v ČR Registr poskytovatelů sociálních služeb. Poskytovatelem zařízení sociální služby mohou být v ČR MPSV, kraje, obce a dále i nestátní neziskové organizace (tj. občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby nebo nadace) a právnické nebo fyzické osoby, které mají k této činnosti oprávnění. MPSV je kontrolním orgánem těchto služeb a dohlíží tak na kvalitu poskytované péče. (Habrcetlová,2014, s.177).

## **5.3 Informace o sociálních službách**

Informace o sociálních službách a jejich poskytování lze získat např. na městských, případně obecních nebo krajských úřadech (odbory sociálních věcí), v občanských nebo jiných specializovaných poradnách anebo přímo u poskytovatelů sociálních služeb (MPSV, 2019).

## 5.4 Sociální služby

Sociální službou je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Při poskytování sociálních služeb jsou vykonávány činnosti, které uživatele služeb chrání před vznikem různých nepříznivých sociálních situací nebo pomáhají při jejich zvládnutí a překonávání, chrání je před sociálním vyloučením nebo přispívají k jejich sociálnímu začleňování. Okruh těchto činností i jejich konkrétní podoba se liší podle druhu sociální služby, formy poskytování služby, skupiny osob, kterým jsou určeny, případně podle dalších důležitých okolností (SSZ, 2015, s. 6)

Sociální služby definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vymezuje tři základní oblasti sociálních služeb: **sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence** (MPSV, 2006).

### 5.4.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství zahrnuje „základní“ a „odborné“ sociální poradenství. **Základní sociální poradenství** poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. **Odborné sociální poradenství** je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob (v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí) a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu, zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností (MPSV, 2019). Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (MPSV, 2019).

### 5.4.2 Služby sociální péče

Služby sociální péče zabezpečují základní životní potřeby lidí, kteří nemohou být zajištěny bez péče jiného člověka (MPSV, 2006). Pod pojmem sociální služba si lze představit například domov pro seniory nebo azylový dům. Nejedná se tedy o právnickou osobu, ale konkrétní druh sociální služby. V praxi se tedy často stává, že několik druhů sociálních služeb poskytuje jedna právnická osoba, např. Charita ČR, Diakonie ČCE nebo organizace zřízená krajem či obcí. Tomu, kdo poskytuje sociální službu, se pak dle zákona o sociálních službách říká poskytovatel sociálních služeb.

**Mezi služby sociální péče patří:** osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, odlehčovací služby, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, chráněné bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy pro seniory a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních (MPSV, 2019)

### 5.4.3 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy (MPSV, 2006).

**Mezi služby sociální prevence patří:** raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

### 5.4.4 Formy sociálních služeb

Sociální služby jsou členěny podle místa jejich poskytování. A to formou **terénní sociální služby**, kdy ji její uživatel může využívat ve své domácnosti nebo v jakémkoli jiném prostředí, kde žije nebo se běžně pohybuje. Jde na příklad o osobní asistenci, pečovatelskou službu (Habrcetlová, 2014, s. 180-181). Dále formou **ambulantní sociální služby**, kdy je služba uživateli poskytována v zařízení sociálních služeb, kde uživatel toto zařízení pouze navštěvuje a není tam ubytovaný (SSZ, 2015, s. 4). Jako jsou poradny, denní stacionáře, kontaktní centra. A v polední řadě **pobytovou sociální službou**, u které je při jejím poskytování uživatelům zajištěno také ubytování přímo

v zařízeních sociálních služeb (SSZ, 2015, s. 55). Jedná se především o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, ale také o tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením či azylové domy (MPSV, 2006).

**Tabulka 2** - Rozdělení služeb sociální a zdravotní péče (Wija, 2019)

Forma/ systém	Domácí (Terénní)	Ambulantní	Pobytové
Sociální	Pečovatelská služba Osobní asistence Odlehčovací služby Tísňová péče Podpora samostatného Bydlení Sociálně aktivizační Služby	Denní stacionář Odlehčovací služby Sociálně aktivizační služby	Týdenní stacionáře Domovy pro seniory Domovy se zvláštním režimem Domovy pro osoby se ZP
Zdravotní	Domácí péče	Ambulantní péče (psychiatrie, chirurgie, geriatrie)	LDN, psychiatrické léčebny, hospice

#### Komentář k tabulce 2

Formy rozdělení služeb sociální a zdravotní péče nám vyjadřuje tabulka 2.

### 5.4.5 Péče o seniory

Nemocní lidé ve starším věku využívají větší množství zdravotnických zařízení včetně ambulantní péče. Medicína však nemůže řešit komplexní zajištění seniorů, kompetence jsou omezeny a odpovědnost definována. Je žádoucí, aby péče o staré lidi byla v dostatečném rozsahu převedena do režimu ambulantních zdravotních a sociálních služeb a jiných společenských oblastí. (Příbyl, 2015, s. 16) Poskytování zdravotní péče v ČR je upraveno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

**Druhy zdravotní péče** se dělí podle **naléhavosti poskytnutí** na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou péči. Podle **účelu** je zdravotní péče rozdělena na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní, lékárenskou



a klinicko-farmaceutickou péči (Příbyl, 2015, s.17). Zákon stanoví také **formy péče**, a to **ambulantní péče**, která se dělí na primární, specializovanou a stacionární. Další formou péče je **jednodenní**, kdy pobyt pacienta na lůžku je kratší než 24 hodin. **Lůžková forma péče** je dělena na akutní intenzivní lůžkovou péči, akutní standardizovanou lůžkovou péči, následnou a dlouhodobou lůžkovou péči. (Příbyl, 2015, s.17) Zdravotní péče, která je poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta je **návštěvní služba a domácí péče, tzv. „Home care“** (ošetřovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní péče). (Příbyl, 2015, s. 17)

Dlouhodobá péče se dělí na: formální péči a neformální péči.

**Formální péče** je dle metodiky (ČSÚ 2019) myšlena dlouhodobá odborná ošetřovatelská péče poskytovaná ve specializovaných ústavech či přímo domácnostech uživatelů. Formální péče je založena na nakupování služeb. (Wija, Bareš, Žofka, 2019, s. 8)

**Neformální péče** není zajišťována žádným zvláštním zařízením, ale je poskytována především příbuznými či osobami blízkými. (Wija, Bareš, Žofka, 2019, s. 8) V systému pomoci sociálních služeb má rodina seniora velký význam. Péče blízkých je jedinečná, a pokud rodina chce, může a je schopna, pak je její zapojení do péče o seniora těžko nahraditelným přínosem, zejména v rodinách, kde panují pozitivní vztahy. Výběr druhu sociální služby vždy záleží na míře soběstačnosti člověka neboli do jaké míry je člověk schopný se o sebe postarat. (Holmerová et al., 2014, s. 181) Tato kategorie je neplacená, avšak osoba, která neformální péči poskytuje, může dostávat peníze formou státních příspěvků pro poskytovatele neformální péče nebo přímo od osoby, které je péče poskytnuta. (Wija, Bareš, Žofka, 2019, s. 8) Z určitého úhlu pohledu se o seniora může jistým způsobem postarat prakticky každý. Proto je vhodné zapojit do spolupráce každého, kdo je ochoten a schopen se na této péči (spolupráci) podílet. Do této participace můžeme zahrnout dobrovolnictví, sousedskou výpomoc, seniorskou svépomoc atd. (Příbyl, 2015, s. 17)

## 6.5 Financování sociální péče

Financování sociálních služeb v ČR je vícezdrojové. Z veřejných zdrojů je financování sociálních služeb na **jedné straně** zajišťováno dotací přidělovanou registrovaným poskytovatelům sociálních služeb na základě žádosti, příspěvkem zřizovatele u poskytovatelů, jejichž zřizovatelem jsou samosprávy (kraje, obce), dotací kraje nebo obce a případně dalšími veřejnými výdaji, kterých

příjemci jsou poskytovatelé sociálních služeb. **Druhou** částí financování sociálních služeb z veřejných zdrojů je adresný příspěvek na péči (dále PnP), který je přidělován osobám na základě posouzení míry závislosti. Výše příspěvku na péči můžeme dohledat v tabulce 3 níže. Ubytování a strava v zařízeních pobytové péče jsou financovány prostřednictvím úhrad uživatelů, přičemž je na národní úrovni stanovena maximální výše úhrady (viz vyhláška č. 505/2006 Sb.). **Zdravotnické úkony poskytované v zařízeních sociálních služeb** jsou hrazené z prostředků zdravotního pojištění. **Dodatečným zdrojem financování** jsou dary fyzických a právnických osob nebo církví, prostředky z fondů EU, případně ad hoc granty na národní úrovni, příjmy z prodeje vlastních služeb, výrobků a zboží, prostředky na podporu aktivní politiky zaměstnanosti a ostatní nezařazené příjmy. (Vostatek, 2013, s. 10)

**Tabulka 3** - Výše příspěvku na péči v ČR (ÚP ČR,2019)

Výše příspěvku na péči v ČR	
I. Stupeň (lehká závislost)	880 Kč
II. Stupeň (středně těžká závislost)	4 400 Kč
III. Stupeň (těžká závislost) - využití sociální pobytové služby	8 800 Kč
Osoby nevyužívají pobytové sociální služby	12 800 Kč
IV. Stupeň (úplná závislost)	13 200 Kč
Osoby nevyužívají pobytové sociální služby	19 200 Kč

### Komentář k tabulce 3

V tabulce můžeme vidět částky příspěvku na péči v jednotlivých stupních, které jsou v současné době vypláceny v ČR. Ve třetím a čtvrtém stupni závisí výše částky PnP na tom, zda dotyčná osoba, které se PnP vyplácí, využívá pobytové sociální služby. (ÚP ČR, 2019)

## 6 Postavení seniorské populace v zahraničí

Kvalita života u seniorů je vnímaná v jednotlivých státech rozdílně. Problematika se nedá na vymezeném prostoru komplexně pojednat, ale ve stručnosti lze konstatovat, že všechny moderní státy péči o seniory upravují, vážně se jí zabývají a jsou v péči o své seniory o něco dále než Česká republika, která má ale zájem tyto skutečnosti zjišťovat, zkoumat, a systémově posléze i akceptovat. (Hudáková, Majerníková, 2013, s.47) Popsány budou sousední země ČR.

### 6.1 Německo

Německo disponuje zhruba 10 tisíci zařízeními pro seniory, nad nimiž mají dohled většinou sociální pracovníci při městských či krajských úřadech. Pod termínem domov seniorů fungují v Německu v zásadě 3 typy zařízení: prvním je obdoba našich domů s pečovatelskou službou, druhým typem je domov seniorů zhruba tak, jak jej známe i od nás, a třetí je obdobou léčebny dlouhodobě nemocných pro seniory. V posledních deseti letech se rozšiřuje trend tzv. chráněného bydlení pro seniory, který se blíží formě pronájmu bytu nebo jeho vlastnictví a který může být nazýván i rezidenčním bydlením (Raška, 2011)

Ústavní péče a obecně umístění seniora do některého z výše uvedených typů zařízení je velmi drahé a obecně koresponduje s vyšší mezd a životní úrovně v Německu. Průměrný důchod je v Německu v současnosti přibližně 850 euro. (Vencálek, 2015, s. 2) Pro porovnání průměrný důchod v ČR je 13 487 Kč. V kraji Vysočina je průměrný důchod 13 231 Kč a zaostává tak za celorepublikovým průměrem o 256 Kč. Rozdíl mezi starobními důchody u žen se každým rokem zvyšuje ve prospěch mužů. (ČSÚ, 2019) Příspěvek na péči se platí osobě, která o něj žádá, a jeho výše se stanovuje podle počtu minut či hodin, které pečující musí věnovat osobě, o kterou pečuje. (Vencálek, 2015, s. 2) V ČR je příspěvek na péči přidělován osobám na základě posouzení míry

závislosti při zvládání základních životních potřeb, a to v rozsahu stanoveném stupně závislosti podle zákona o sociálních službách. Přičemž částka třetího a čtvrtého stupně závisí na tom, jestli osoba, které je PnP vyplácen je umístěna v pobytovém sociálním zařízení. (MPSV, 2019) Příspěvky v Německu jsou výrazně vyšší, pokud není domácí péče zvládnutelná rodinnými příslušníky, ale pobyt v domech s pečovatelskou službou vyjde na cca 2500-3500 euro za měsíc, podle stupně potřebné péče. Důležitým kladem je rychlost vyřízení žádosti o podporu, která se podává pojišťovně, u níž žadatel platí zdravotní pojištění. (Vencálek, 2015, s. 2) V ČR se žádost o PnP podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce dle místa trvalého bydliště. Sociální pracovník krajské pobočky provede v domácnosti žadatele sociální šetření. Následně se žádost o PnP zašle na příslušnou správu sociálního zabezpečení o posouzení stupně závislosti osoby. Při posuzování stupně závislosti se vychází z doložených zpráv o zdravotním stavu vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícím lékařem. Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka ÚP (úřad práce), vydá rozhodnutí o tom, zda příspěvek přizná či nikoli. Vyřízení PnP od podání žádosti trvá 3-5 měsíců. (ÚP, 2019)

## **6.2 Rakousko**

V Rakousku se na péči o seniory podílí mnohé složky a senioři jsou umístováni do různých zařízení, v největší míře do domů s pečovatelskou službou, výjimečně na oddělení nemocnic. Domácí péče je v posledních letech výrazně využívána. Přispěly k tomu také pečovatelky a sestry z východních zemí (i ze Slovenska), které se starají o pacienty v jejich domácím prostředí. Pacienti však mohou využívat i ostatní služby pečovatelské, sociální výpomoc a jiné, které jsou v kompetenci Červeného kříže a magistrátu, nejčastěji v organizaci „Volkshilfe-Lidová pomoc“ (možnost péče o pacienta v jeho domě dle časové potřeby, během 12-24 hodin). Kvalita péče ve všech zařízeních závisí i na jejich smluvních pojišťovnách. Geriatrický pacient je v pojišťovně zařazován do určitých stupňů postižení a dle uvedeného stupně, má nárok na určitou zdravotní dotaci (pomůcky, doplácení léků, lékaře, pečovatelku na 24 hodin, aj.). (Hudáková, Majerníková, 2013. s. 48)

## **6.3 Polsko**

V Polsku je zhruba 13,5 % populace starší než 65 let. 3,2 % populace je starší než 80 let. (Dlouhodobá péče v Polsku, 2014) Senioři mohou využívat dlouhodobou péči. Jsou příjemci

starobního důchodu, případně dávky pro pozůstalé. Sociální péče je v Polsku seniorům poskytována v domácnostech, v denních stacionářích (domech denní péče), v multifunkčních centrech sociálních služeb, denních domech a klubech (WIGOR / Senior +), v trvalých pobytových zařízeních – v domovech sociálního zabezpečení a v rodinných podpůrných domech. (Szatur-Jaworska, 2017). Senioři, kteří mají potíže s nezávislým uspokojováním osobních potřeb **v domácím prostředí**, mají na základě zákona o sociální pomoci možnost získat pomoc v podobě sociální péče nebo specializované péče. Tyto služby zahrnují pomoc při uspokojování každodenních životních potřeb, hygienickou péči, péči poskytovanou lékařem a zajištění kontaktu s jeho životním prostředím. Specializované pečovatelské služby jsou poskytovány osobám se zvláštními zdravotními potřebami z důvodu jejich zdravotního stavu. K dispozici je pomoc v podobě učení a rozvoje dovedností potřebných k samostatnému bydlení (např. Self-service, organizování volného času, různé formy pomoci pro fungování rodiny), v podobě péče, což je podpora procesu léčby, rehabilitace či pomoc v podobě příspěvku na bydlení. Pečovatelé, kteří tuto pomoc poskytují, jsou zaměstnanci subjektu, který v dané obci sociální pomoc poskytuje. Těmito subjekty jsou nejčastěji neveřejné subjekty (nevládní, církevní), které uzavírají smlouvy s obcemi a také střediska sociálních služeb. (Szatur-Jaworska, 2017).

**Denní stacionáře** (domovy denní péče) jsou podpůrná centra, která poskytují seniorům pomoc ve formě pečovatelských služeb a odborné péče. Poskytování této péče je úkolem obcí v oblasti sociální pomoci. Obce mohou péči poskytovat samy nebo prostřednictvím neveřejných subjektů. Multifunkční centra sociálních služeb jsou místy pomoci seniorům, ale i místem pro jejich setkávání. Kromě ošetřovatelské péče nabízejí např. vzdělávací a kulturní služby (organizování výstav, přednášek, knihovna, ergoterapie a rehabilitační služby, stravování v místě a přepravované do domácností) podpůrné služby (kadeřnictví, prádelna, koupání), právní poradenství a zájmové skupiny. Instituce nabízí komplexní podporu seniorům v životním prostředí a relativně nezávislé fungování. (Szatur-Jaworska, 2017)

**Denní domy a kluby.** Program Senior + (dříve nazývaný Senior – WIGOR) je vládním programem na období let 2015–2020, který poskytuje možnost místním samosprávným celkům možnost vytvoření dva typy denních zařízení pro seniory: denní dům a klub. Tyto instituce se liší v rozsahu nabízených služeb. Volbu formy zařízení má místní samospráva na základě znalosti místních potřeb. Analýza těchto potřeb místních obyvatel a z nich plynoucích úkolů

pro zařízení by měla být zahrnuta do strategie řešení místních sociálních problémů, které jsou vytvářeny na základě zákona o sociální pomoci. (Szatur-Jaworska, 2017)

**Domovy sociálního zabezpečení pro seniory** poskytují trvalé bydlení. Mohou být provozovány jednotkami místní samosprávy, církvemi a náboženskými sdruženími, nadacemi a dalšími právníky a fyzickými osobami. (Szatur-Jaworska, 2017)

Novou a zatím nedostatečně rozvinutou formou stacionárních institucí pro seniory jsou **rodinné podpůrné domy**. V těchto zařízeních může být 3–8 osob. Rodinné centrum pomoci může vést fyzická osoba nebo veřejně prospěšná organizace. Příjemci této péče využívají domácí a pečovatelské služby, které realizují lidé, kteří dům provozují (v případě fyzických osob) nebo řídí dům (v případě veřejně prospěšných organizací). Tito lidé mohou využít pomoc jiných lidí k zajištění péče. Rodinné podpůrné domy jsou rozděleny do dvou typů. Prvním typem jsou domy pro seniory, kteří potřebují podporu z důvodu jejich věku (tzn. jinak domov pro seniory) a druhým typem jsou domy pro osoby, které potřebují podporu z důvodu zdravotního postižení. (Szatur-Jaworska, 2017)

**Stacionární zařízení** v Polsku, ve kterých žijí senioři, působí nejen jako instituce sociální péče, a jsou začleněny i v systému zdravotní péče. Mezi tato zařízení patří: pečovatelské a léčebné ústavy a ošetrovatelská a pečovatelská zařízení (také např. hospice). Tato zařízení poskytují ne-nemocniční zdravotní služby po celý den. Jsou vhodné pro rehabilitaci pacientů, kteří nevyžadují hospitalizaci, poskytnou seniorům léky, zdravotnické pomůcky, ubytování a stravování. Zařízení by měla zahrnovat také zdravotní výchovu seniorů a jejich rodin a přípravu na péči v domácnosti. Pacienti nesou náklady na stravu a ubytování. Měsíční poplatek se odvíjí od závislosti pacienta na sociálních službách. Péče o pacienty závislé na cizí pomoci jsou hrazeny z veřejných prostředků. (Szatur-Jaworska, 2017)

**Pro získání sociální péče** je podstatné, že si osoba nedokáže péči poskytnout sama, ani ji nemůže získat v rámci rodiny, přičemž není stanoven jejich minimální věk. (Szatur-Jaworska, 2017)

## 6.4 Slovensko

Senioři na Slovensku mohou využívat dlouhodobou péči, či příspěvek na péči. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 85). Jsou příjemci starobního důchodu, (pro rok 2017 byl stanoven důchodový věk pro ženy i muže na 62 let a 76 dní) a případně jsou příjemci vdovského důchodu. Předčasný

důchod je na Slovensku definován jako samostatná dávka důchodového systému. (Zákon o sociálnom poistení, 2003) Senior může využívat zdravotní a sociální služby. Akutní zdravotnickou péči zajišťují všeobecné, fakultní, univerzitní a specializované nemocnice, kde je pacientům poskytována denní lékařská a ošetrovatelské péče, ubytování a strava. Dlouhodobou zdravotní péči zajišťují zdravotnická zařízení, jako jsou léčebná zařízení, oddělení dlouhodobě nemocných, domy s ošetrovatelskou péčí, agentury domácí ošetrovatelské péče (ADOS – agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti,) a hospice. (NPZ, 2008) Sociální služby jsou poskytovány v působnosti obce. Jedná se o pečovatelskou službu, denní stacionář, odlehčovací službu, zařízení pečovatelské služeb a zařízení pro seniory. Sociální služby jsou také poskytovány v působnosti VÚC (vyšší územní celek; samosprávný kraj): DSS a specializovaná zařízení. (NPZ, 2013)

Dům ošetrovatelské péče je zařízení ústavní zdravotní péče, ve kterém se *„pravidelně poskytuje zejména ošetrovatelská péče sestrami, léčebná rehabilitace, hlídání, ubytování a strava. Lékařská péče se poskytuje pouze v případě potřeby, v menší míře. Umísťují se sem senioři, kteří po propuštění z nemocnice ještě vyžadují zejména odborné ošetrování sestrami, léčebnou rehabilitaci, ale i hlídání, čili pomoc při úkonech sebeobsluhy.“* Senioři jsou sem umísťováni na doporučení nemocničního či ambulantního lékaře a délka pobytu je jeden měsíc. (NPZ, 2013)

Pokud chce senior po propuštění ze zařízení ústavní zdravotní péče zůstat v domácím prostředí, nebo nechce být hospitalizován, se může obrátit na ADOS-agenturu domácí ošetrovatelské péče. Její hlavní prací je poskytování komplexní ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Některé agentury poskytují i domácí léčebnou rehabilitaci nebo fyzioterapii. Avšak ta je určena především pro pacienty s chronickými onemocněními pohybového aparátu nebo pro pacienty po úrazech, operacích a cévních mozkových příhodách. (NPZ, 2013)

Pokud se senior nachází v posledních fázích života a neočekává se zlepšení zdravotního stavu, může být umístěn v hospici. Jedná se o ústavní zdravotnické zařízení poskytující paliativní péči, tzn. péči zaměřenou na zmírňování nepříjemných symptomů, jako je bolest, nevolnost atd. V hospici se kromě zdravotnických pracovníků pacientům věnuje i psycholog, sociální pracovník a podle přání i duchovní. Mobilní hospic poskytuje odbornou péči a podporu nevléčitelně nemocným, umírajícím a jejich rodinám v domácím prostředí. (NPZ, 2013)

Pro získání sociální služby je nutné podání žádosti a následné posouzení jeho závislosti na sociálních službách. Žádost je podávána obci (pro služby v působnosti obce) nebo na VÚC (pro služby v působnosti VÚC) podle místa trvalého pobytu seniora. Poté, co senior získá rozhodnutí o své odkázanosti na sociální služby, může si podat žádost o sociální službu, která mu je poskytnuta

v rozsahu podle stupně jeho závislosti. (NPZ, 2013) Poskytovateli sociální péče jsou různé organizace, a to jak veřejné, tak neveřejné (tzn. soukromé). Veřejný poskytovatel je samospráva. To znamená obec a právnická osoba zřízená nebo založená obcí. Neveřejnými poskytovateli jsou organizace zřízené buď soukromými právnickými osobami – např. Červeným křížem, katolickou charitou, nebo evangelickou diakonií a dalšími zakladateli. (NPZ, 2013)

## **7 Shrnutí teoretické části**

Teoretická část diplomové práce je věnována stárnutí populace v ČR. Nejprve poukazuje na demografický vývoj v ČR, který naznačuje prodlužování věku populace, především u seniorů. S tím souvisí hlavní termíny jako jsou stáří, stárnutí obyvatel, příprava na stáří a kvalita života ve stáří. Shrnuje současnou nabídku sociálních služeb pro zabezpečení seniorů v ČR, zabývá se sociální politikou státu. V závěru stručně popisuje i sociální zabezpečení okolních států ČR. Aktuální situaci stárnutí dokládá také četnými výzkumy a studii. Celosvětově se prodlužuje věk seniorů, což nás vede k zamyšlení, zda bude do budoucna stačit dnešní kapacita sociálních i sociálně pobytových institucí pro budoucí seniory. Představy, které máme o stárnutí a stárnoucích lidech, jsou často zastaralé a nerespektují fakt, že se již dnes jedná už o velmi heterogenní skupinu a do budoucna tento trend ještě posílí. Téma nabývá aktuálnosti v dnešní moderní společnosti, která v posledních desetiletích pozměnila společenské hodnoty, životní styl a částečně narušila linii tradic a kontinuitu s minulostí. Cílem celé práce je vytvořit strategický plán sociálních služeb s predikcí do roku 2050 a získat postoj střední generace k seniorům na Vysočině.



## PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část diplomové práce prezentuje průzkumné cíle a průzkumné otázky; metodiku výzkumu; analýzu a statistické vyhodnocení získaných dat.

Cíle práce:

1. Nastítnit demografický vývoj populace seniorů na Vysočině v čase
2. Kvantifikovat možnosti sociální péče o seniory v kraji Vysočina
3. Zjistit jaké potřeby bude mít senioři (dnešní střední generace) v roce 2050 +

Na základě stanovených cílů byly stanoveny průzkumné otázky:

**PO 1. Bude generace seniorů i nadále převažovat v kraji Vysočina nad dětskou generací?**

**PO 2. Jsou možnosti v péči o seniory kraje Vysočina dostačující pro budoucí seniorskou generaci?**

**PO 3. V jakých potřebách (oblastech) se bude lišit seniorská populace za 30 let od současné seniorské populace?**

Průzkumná práce bude dělena na tři části. Nejprve se bude věnovat analýze obyvatel na Vysočině a časovým řadám, jak bude stárnout populace seniorů s výhledem do roku 2050.

Druhá část je věnována skutečnému počtu sociálních zařízení, jejich kapacitě a potřebě navýšení kapacity především těch sociálních zařízení, které využívají především senioři v tomtéž kraji.

Třetí část bude vzhledem k širokému tématu práce probíhat formou anonymní ankety elektronickou cestou (i když jsem si vědoma všech úskalí zvolené metody, která představuje nejistou návratnost a nereprezentativnost vzorku, který nejde zobecňovat na celou populaci) Dané šetření mělo za cíl oslovit především skupinu střední generace a získat její obecnou představu o tom, jak se sebe sama vidí jako senior v roce 2050.

## 8 Metodologie průzkumného šetření

K získání potřebných dat k průzkumnému cíli **1. Nastítnit demografický vývoj populace seniorů na Vysočině v čase**-byla použita analýza demografických dat zveřejněná na stránkách Českého statistického úřadu ČR za období 2016-2018. Pro vypracování časových řad byly použity údaje ČSÚ ČR za kraj Vysočina za delší časové období (2006-2018). Byly to údaje jak z úmrtnostních tabulek, tak údaje o věkovém rozdělení obyvatelstva, kde výpočtem dnešních třicátníků, zjistíme jaká bude predikce nárůstu lidí starších 65+ do roku 2050. Data jsou rozdělena na muže a ženy pocházejících z kraje Vysočina.

Zdrojem informací k průzkumnému cíli **2. Kvantifikovat možnosti sociální péče o seniory v kraji Vysočina**-byly webové stránky sociálních pobytových zařízení, webové stránky ČSÚ ČR, MPSV a ČSÚ Jihlava, kde jsem zjišťovala počet sociálních pobytových zařízení v kraji Vysočina a jejich kapacitu za období let 2016-2018. Analýzu sociálních zařízení jsem prováděla v lednu až únoru 2018. Telefonicky jsem během března 2018 získala informace prostřednictvím sociálních pracovníků, jak dlouhá je čekací doba zájemců na pobyt v jejich zařízení a jestli mají nějaké vnitřní předpisy, které by upřednostnily přijetí klienta do sociálního zařízení.

Získání názorů populace k průzkumnému cíli **3. Zjistit jaké potřeby budou mít senioři (dnešní střední generace) v roce 2050 +-** byla technikou sběru dat zvolena anketa, viz příloha A. (i když jsem si vědoma všech úskalí zvolené metody, která představuje nejistou návratnost a nereprezentativnost vzorku, který nejde zobecňovat na celou populaci) Dané šetření mělo za cíl oslovit skupinu střední generace, proběhlo v březnu 2020 elektronickou cestou a bylo rozesláno 100 anket. Metoda byla anonymní. V úvodní části ankety byla uvedena informace o důvodu realizace šetření. Další část se skládala z otázek na identifikační údaje o respondentech (pohlaví, věk, vzdělání) a z otázek volných.

V grafech ankety jsou uvedeny hodnoty relativní četnosti v procentech, představují podíl absolutní a celkové četnosti a pro její výpočet byl použit vzorec relativní hodnota (%) = absolutní hodnota/celková četnost x 100.

Pro analýzu dat a zpracování do tabulek a grafů byl využit software Microsoft Excel a Microsoft Word a Statistika 12.

## 8.1 Zpracování dat

### 8.1.1 Časové řady

V předložené práci jsou analyzovaná získaná data, proto je vhodné využít metody sloužících pro analýzu časových řad. Mezi základní charakteristiky časových řad patří první diference, tempo růst, průměrné tempo růstu pro následující časové řady  $y_t$ , pro  $t = 1, 2, T$ .

První diference vyjadřují přírůstek hodnoty časové řady, tedy o kolik se změnila její hodnota v určitém okamžiku nebo období oproti určitému okamžiku nebo období, které bezprostředně předchází. Z výsledku prvních diferencí lze určit trend časové řady. Pokud tyto první diference kolísají kolem konstanty, je vhodné proložit data přímkou. První diference se vypočítá pomocí následujícího vzorce (Artl et al., 2009)

$${}_1d_{i(y)} = y_i - y_{i-1}, \text{ kde } i = 2, 3, T.$$

Průměr prvních diferencí vyjadřuje, o kolik se změnila průměrně hodnota časové řady za jednotkový časový interval a vypočítá se pomocí následujícího vzorce (Artl, a další, 2009):

$$\bar{\Delta} = \frac{y_T - y_1}{T - 1}.$$

Rychlost růstu či poklesu hodnot časové řady je charakterizována tzv. koeficienty růstu, označenými  $k_i(y)$ , které počítáme jako poměr dvou po sobě jdoucích hodnot časové řady. Koeficient růstu vyjadřuje, kolikrát se zvýšila hodnota časové řady v určitém okamžiku nebo období oproti určitému okamžiku nebo období, které bezprostředně předcházelo. Pokud tyto koeficienty růstu kolísají kolem konstanty, lze trend ve vývoji časové řady vyjádřit exponenciální funkcí. Koeficient růstu se vypočte pomocí vzorce (Artl, a další, 2009):

$$k_t(y) = \frac{y_t}{y_{t-1}} \text{ kde } t = 2, \dots, T.$$

Z koeficientů růstu určujeme průměrný koeficient růstu, označený  $k(y)$ , který vyjadřuje průměrnou změnu koeficientů růstu za jednotkový časový interval. Počítáme jej pomocí vzorce (Artl, a další, 2009):

$$\overline{k(y)} = \sqrt[T-1]{\frac{y_T}{y_1}}.$$

### 8.1.2 Popisné charakteristiky

Pro základní analýzu dat využíváme popisné statistiky. Základní veličinou, která charakterizuje vybraný soubor je aritmetický průměr, který se pro naměřené hodnoty  $x_1, x_2, \dots, x_n$ , kde  $n$  je počet pozorování značí  $\bar{x}$  a spočítá se

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}.$$

Další popisnou statistikou, která je důležitá pro vyhodnocení dat, a také pro výpočet testovacích kritérií jsou míry variability dat. První veličina je střední hodnota, která může být aritmetickým průměrem naměřených hodnot  $\bar{x}$ , pokud neznáme pravděpodobnosti, se kterou se vyskytují, pokud bychom tyto pravděpodobnosti znali, tak se spočítá jako vážený (výběrový) průměr pro náhodnou veličinu  $X$ . Směrodatná odchylka se používá k měření volatility. Jedná se zde o odchylku od střední hodnoty, která nám udává rozptyl daných hodnot. Pro hledání závislosti dvou veličin se využívá korelační koeficient. Jedním z korelačních koeficientů Pearsonův korelační, který je definován následovně pro náhodné veličiny  $X$  a  $Y$ :

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

Koeficient může nabývat hodnot od  $\langle -1, 1 \rangle$  a udává míru lineární vztahu mezi 2 veličinami. Pokud je kladný, tak obě veličiny rostou. Pokud je záporný, tak jedna veličina roste, druhá klesá. Pokud nelze najít korelaci, je jeho hodnota rovna 0. Tento koeficient předpokládá normální rozdělení dat. Koeficient se nemění, změní-li se pořadí naměřených hodnot. Korelační koeficient není zárukou vztahu mezi veličinami.

Další možností je využití jiného korelačního koeficientu, který je neparametrický a je robustní proti odlehlým hodnotám a odchylkám od normality. (Budíková et al., 2011) Tento korelační koeficient pracuje s pořadími pozorovaných hodnot. Neudává pouze lineární vztah mezi veličinami, ale popisuje, jak vztah veličin odpovídá monotónní funkci. Pro jeho výpočet je nutné definovat pořadí jednotlivých hodnot v rámci vzestupně uspořádaných hodnot, toto číslo je označeno jako  $x_{ri}$  a  $y_{ri}$  a dále potom průměry těchto hodnot  $\bar{x}_r$  a  $\bar{y}_r$ , jsou to průměrná pořadí hodnot  $x_{ri}$  a  $y_{ri}$  a dále ještě směrodatné odchylky  $s_{x_r}$  a  $s_{y_r}$ . Spearmanův korelační koeficient se pak dá spočítat následovně:

$$r_s = \frac{\sum_{i=1}^n x_{ri} y_{ri} - n \bar{x}_r \bar{y}_r}{(n-1)s_{x_r} s_{y_r}}$$

Nabývá hodnot od  $(-1,1)$ , pokud je hodnota kolem 0, znamená to, že pořadí hodnot jsou zpřeházená a není tudíž mezi nimi žádný vztah. Konstrukce  $100(1-\alpha)\%$  procentního intervalu spolehlivosti probíhá pro tento korelační koeficient obdobně jako pro Pearsonův a stejně tak testování hypotézy o existenci vztahu mezi veličinami, jsou zde pouze omezení týkající se velikosti vzorku, pro interval spolehlivosti je minimální počet pozorování 10, pro interval spolehlivosti 30. Tento koeficient má vyšší vypovídací hodnotu i pro menší soubory.

### 8.1.3 Testování hypotéz

Pokud pracujeme s daty je nutností využít testování hypotéz. Jedná se především o testy o základních charakteristikách souboru či testy o existenci normálního rozdělení, případně testy týkající se korelačních koeficientů a jejich existence. Obecný postup při testování hypotéz je následující:

- Formulace nulové hypotézy  $H_0$  a alternativní hypotézy  $H_1$ .
- Pak je spočítáno testové kritérium, označíme jej  $G$ . Je to náhodná veličina, mající určité rozdělení. Z charakteristik, určených z datového souboru, vypočteme její realizovanou hodnotu, označenou  $g$ .
- Ke zvolenému číslu  $\alpha$  (volí se buď 0,05 anebo 0,01), které se nazývá hladinou významnosti, určíme tzv. kritický obor  $W_\alpha$ , v němž se při platnosti hypotézy  $H_0$  realizuje nejvýše  $100 \alpha \%$  hodnot testového kritéria  $G$ .
- Podle toho, jak se realizuje testové kritérium  $G$  v kritickém oboru, přijmeme následující rozhodnutí:

a) když  $g \in W_\alpha$  pak zamítneme nulovou hypotézu na hladině významnosti  $100 \alpha \%$  a přijmeme alternativní hypotézu.

b) když  $g \notin W_\alpha$ , pak nulovou hypotézu přijmeme.

#### 8.1.4 Test hypotézy o korelačním koeficientu

Jelikož se u výpočtu korelačního koeficientu jedná o odhad, tak pro potvrzení vztahu je nutné testovat následující hypotézy. Pro test hypotézy o existenci korelačního koeficientu lze využít následujícího testu. Testuje se hypotéza  $H_0$ , že výběr pochází z dvourozměrného normálního rozdělení, v němž je korelační koeficient nulový. Za platnosti  $H_0: \rho = 0$ , testové kritérium je definováno následně:

$$t = r \cdot \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}}$$

kde  $n$  je počet dvojic  $(x_i, y_i)$ . Tato veličina má Studentovo rozložení s  $n-2$  stupni volnosti  $t(n-2)$ . Jestliže  $|t| > t_p(n-2)$ , zamítneme  $H_0$ .

#### 8.1.5 Test hypotézy o normalitě dat

To, zda mají data normální rozdělení, zjistíme nejprve pomocí vykreslení histogramu a dále pak výpočtem testového kritéria, kde se testuje hypotéza o normalitě rozdělení dat, například pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu s Lillieforsovou variantou, která zpřesňuje výsledky testu, která pracuje s odhady středních hodnot a směrodatných odchylek.

Z histogramu četností nelze jednoznačně usuzovat, zda vybraná data mají či nemají normální rozdělení. To lze potvrdit také pomocí statistiky  $d$  Kolmogorovova-Smirnova testu, kde testujeme na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  nulovou hypotézu  $H_0$ , která předpokládá, že data pocházejí z normálního rozdělení, alternativní hypotéza  $H_1$  neguje hypotézu  $H_0$  a předpokládá, že data pocházejí z jiného než normálního rozdělení. Výpočet testového kritéria  $d$  je dle vzorce:

$$D_n = \max \left\{ \left| F(x_{(i)}) - \frac{i-1}{n} \right|, \left| F(x_{(i)}) - \frac{i}{n} \right| \right\}, i = 1, 2, \dots, n.$$

A kritický obor je stanoven následovně:

$$W_\alpha = \{D: D > D_\alpha(n)\}.$$

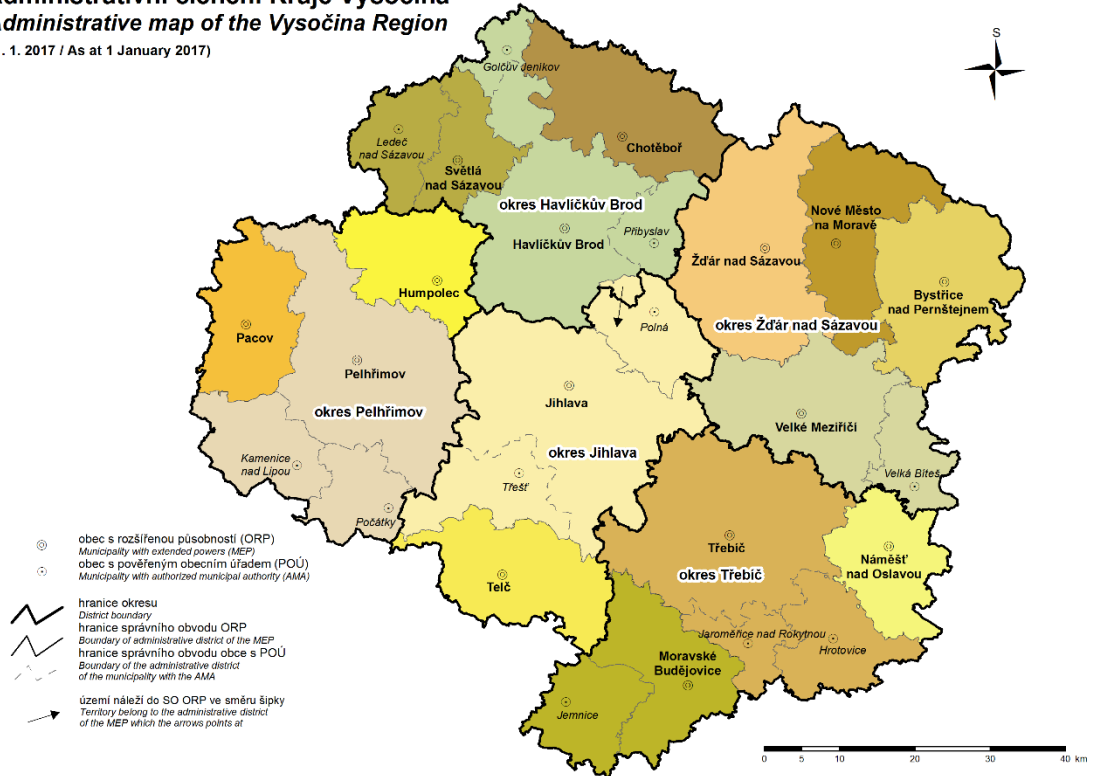
## 9 Analýza a prezentace dat

Průzkumné šetření bylo provedeno v kraji Vysočina.

**Kraj Vysočina** v rámci České republiky zaujímá centrální polohu. Sousedí s krajem Jihočeským, Středočeským, Pardubickým a Jihomoravským. Je pro něj charakteristická členitost území, vyšší nadmořská výška a řídké osídlení. Rozdrobená sídelní struktura přispívá v některých případech k vyliďňování menších obcí a odchodu mladých a kvalifikovaných obyvatel.

Kraj Vysočina vznikl původně pod názvem „Jihlavský kraj“ ke dni 1.1.2000 ústavním zákonem č. 347/1997 Sb., o vytvoření vyšších územních samosprávných celků a o změně ústavního zákona České národní rady č.1/1993 Sb., Ústava České republiky. Ústavním zákonem č.176/2001 Sb., byl ke dni 31.5.2001 změněn název kraje na „Vysočina“ a dle Ústavního zákona č.135/2011 Sb., změnil s účinností od 1.8.2011 se název vyššího územního samosprávného celku „Vysočina“ změnil na „Kraj Vysočina“. Kraj Vysočina je svou rozlohou 6 796 km<sup>2</sup> 5. největším krajem České republiky. Při reformě územní veřejné správy byla k 1. 1. 2003 ukončena činnost okresních úřadů a jejich působnost přenesena z části na krajský úřad a z části na nově zřízené obce s rozšířenou působností. Stále ovšem, i přes reformní opatření v posledních letech, existují instituce s okresní působností (okresní soudy, okresní správa sociálního zabezpečení, okresní státní zastupitelství) čili se zrušením okresních úřadů nepominula existence okresů.

**Administrativní členění Kraje Vysočina**  
**Administrative map of the Vysočina Region**  
 (1. 1. 2017 / As at 1 January 2017)



**Obrázek 2-** Administrativní členění Kraje Vysočina.  
 (Zdroj-CZSO, 2017)

Komentář k obrázku 2

Kraj Vysočina se od 1.1.2003 administrativně člení na 5 okresů (okres Jihlava, okres Třebíč, okres Žďár nad Sázavou, okres Havlíčkův Brod a okres Pelhřimov), 15 správních obvodů obcí s rozšířenou působností (ORP) a 26 obvodů pověřených obecních úřadů (POÚ), což můžeme vidět na obr. 3. Základní samosprávnou jednotkou jsou obce, kterých je v kraji 704 (stav od 1. ledna 2005). Pro osídlení v kraji je charakteristická značně rozdrobená sídelní struktura, vyznačující se velkým počtem malých obcí. Průměrná populační velikost obce je 723 obyvatel. Statut města má v současnosti 34 obcí kraje, což je v rámci České republiky vzhledem k velikosti regionu mírně podprůměrné.



## 9.1 Rozložení populace v Kraji Vysočina

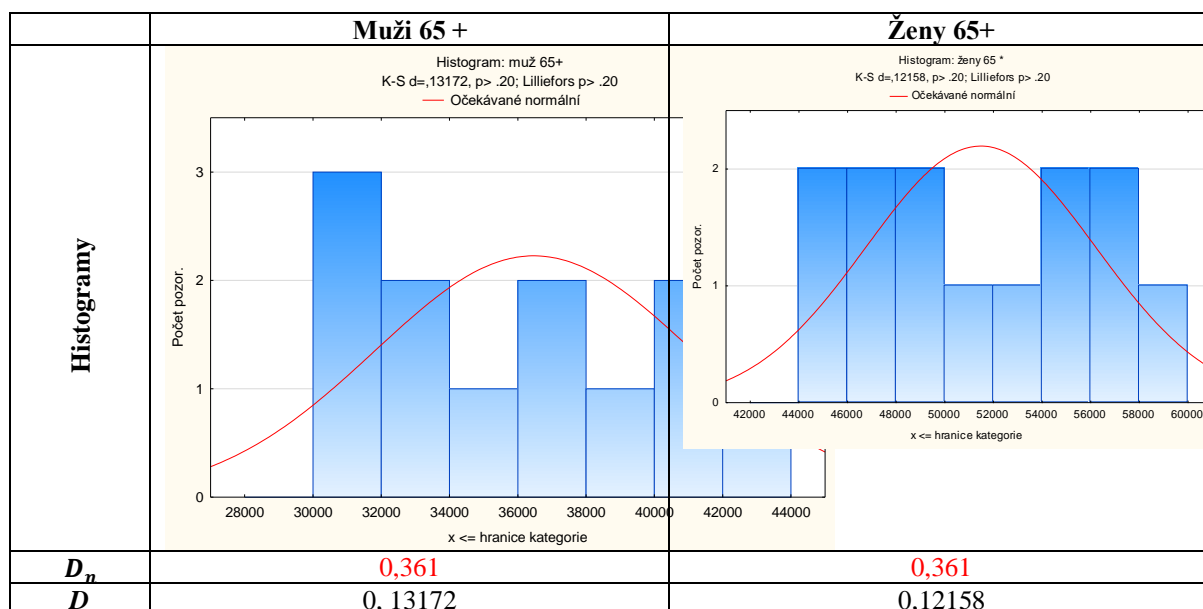
**Tabulka 4** – Složení obyvatelstva podle pohlaví a věku v Kraji Vysočina k 31.12. (ČSÚ, 2016-18)

Složení obyvatelstva podle pohlaví a věku v Kraji Vysočina k 31.12.	2016	2017	2018
<b>Celkem</b>	<b>508 952</b>	<b>508 916</b>	<b>509 274</b>
V tom: muži	252 695	252 711	253 061
Ženy	256 257	256 205	256 213
V tom ve věku:			
0-14	77 329	77 987	78 620
15-64	333 665	330 572	328 141
65 a více let	97 958	100 357	102 513
V tom ve věku (%):			
0-14	15,2	15,3	15,4
15-64	65,6	65	64,4
65 a více let	19,2	19,7	20,1
Průměrný věk obyvatel (k 31.12.)	42,3	42,6	42,2
Muži	41,0	41,2	41,4
Ženy	43,7	43,9	44,1
Index stáří 65+0/14	126,7	128,7	130,4
Muži	104,6	107,0	108,6
Ženy	149,8	151,4	153,3
Naděje dožití při narození u mužů	77,0	77,0	76,9
Naděje dožití při narození u žen	82,4	82,7	83,0

### Komentář k tabulce 4

Na území Kraje Vysočina žilo ke konci roku 2016 celkem 508 952 obyvatel. K 31.12.2017 to bylo 508 916 obyvatel. Snížení mezi dvěma roky je o 36 obyvatel. Od roku 2009 se na Vysočině

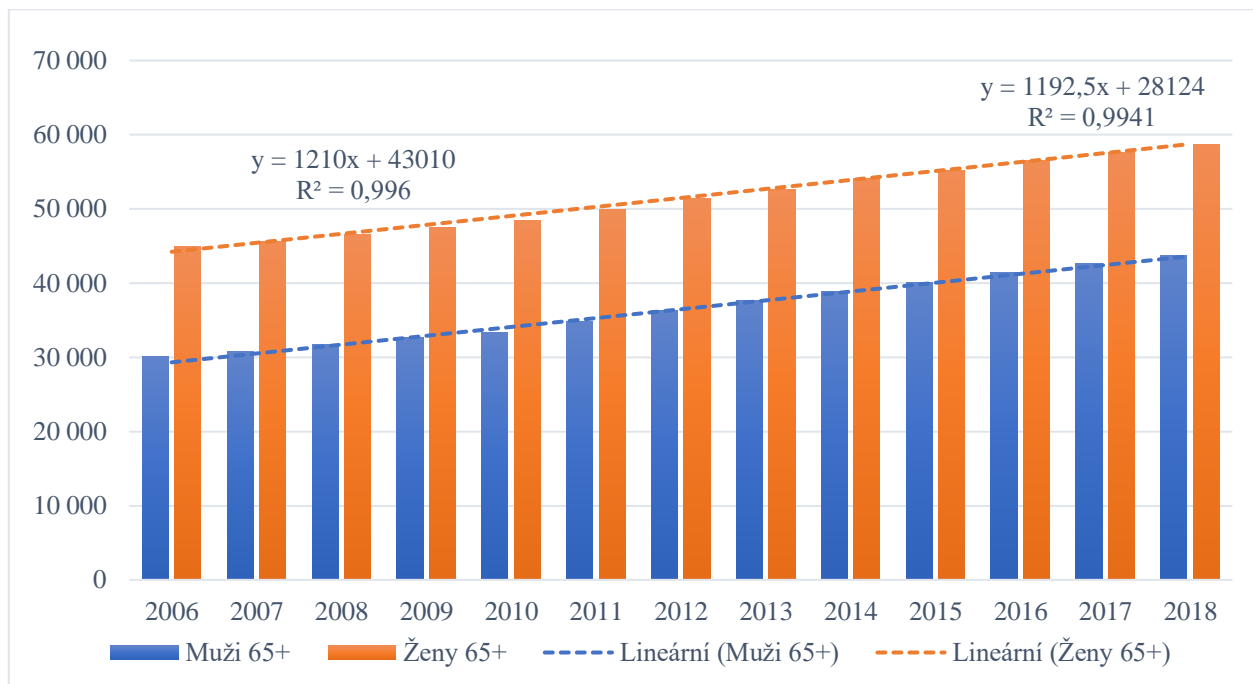
projevuje neustálý pokles počtu obyvatel v důsledku záporného migračního salda a v některých letech i negativního přirozeného přírůstku. V následující tabulce 4 je patrný celkový počet obyvatel v Kraji Vysočina od roku 2016 po rok 2018 celkem a z toho kolik je zastoupeno mužů a žen. Z pohledu věkové skladby obyvatelstva tvoří největší podíl osoby ve věku 15 až 64 let (65 %). Věková skupina do 14 let, tzn. dětská složka populace v delší časové řadě dlouhodobě klesá, resp. stagnuje a na konci roku 2016 tvořila 15 % z celkového počtu obyvatel, v absolutním vyjádření je to 77 329 dětí. Naproti tomu počet osob ve věku 65 a více let neustále roste a v roce 2007 poprvé převýšil dětskou složku (o 459 osob), v roce 2016 tento rozdíl v Kraji Vysočina činil již 20 629 osob a v roce 2018 je to 23 893 osob. Stárnutí populace dokládá i další ukazatel, **index stáří** (tabulka 4), který vyjadřuje kolik osob ve věku 65 a více let připadá na 100 dětí ve věku 0-14 let. V roce 2007 překročil na Vysočině hodnotu 100 a stále se zvyšuje. Koncem roku 2015 již na 100 dětí připadalo 124,2 osob ve věku 65 a více let (v celé ČR 120). U mužů dosahuje na Vysočině index stáří nižších hodnot – na 100 chlapců připadalo v roce 2015 124,2 osob a v roce 2017 už je to 128,7 osob. U žen je situace zcela opačná – na 100 děvčat připadá již 151,4 žen nad 65 let. **Průměrný věk** vzrostl u mužů z 41 let na 41,4. U žen z 43,7 na 44,1 let.



**Obrázek 3** Graf-Histogramy četností a výsledky testu normality. Zdroj-vlastní zpracování

### Komentář k obrázku 3

Pro dostupná data byl proveden test normality dat a sestrojen histogram, jak je znázorněno na obrázku 3, který prokázal, že data pocházejí z normálního rozdělení a je možné tedy testovat následující hypotézy a stanovit následující ukazatele.



**Obrázek 4** Graf-Počty obyvatel 2006–2018 65 +. Zdroj-ČSÚ, 2006-18

### Komentář k obrázku 4

Na grafu na obrázku 4 jsou znázorněny počty obyvatel 65+, přičemž je rozděleno, zda se jedná o muže nebo ženy. Na sestrojení grafu byla využita data z českého statistického úřadu.

**Tabulka 5** – Tempo růstu (ČSÚ, 2019)

Rok	Muži 65+	Ženy 65+	Tempo růstu Muži	Tempo růstu Ženy
2006	30 058	44 867		
2007	30 759	45 602	701	735
2008	31 702	46 564	943	962
2009	32 600	47 527	898	963
2010	33 372	48 486	772	959
2011	34 860	49 970	1 488	1 484
2012	36 331	51 380	1 471	1 410
2013	37 613	52 658	1 282	1 278
2014	38 874	54 050	1 261	1 392
2015	40 050	55 212	1 176	1 162
2016	41 437	56 521	1 387	1 309
2017	42 701	57 656	1 264	1 135
2018	43 772	58 741	1 071	1 085
Průměr	36 471	51 480	1 143	1 156

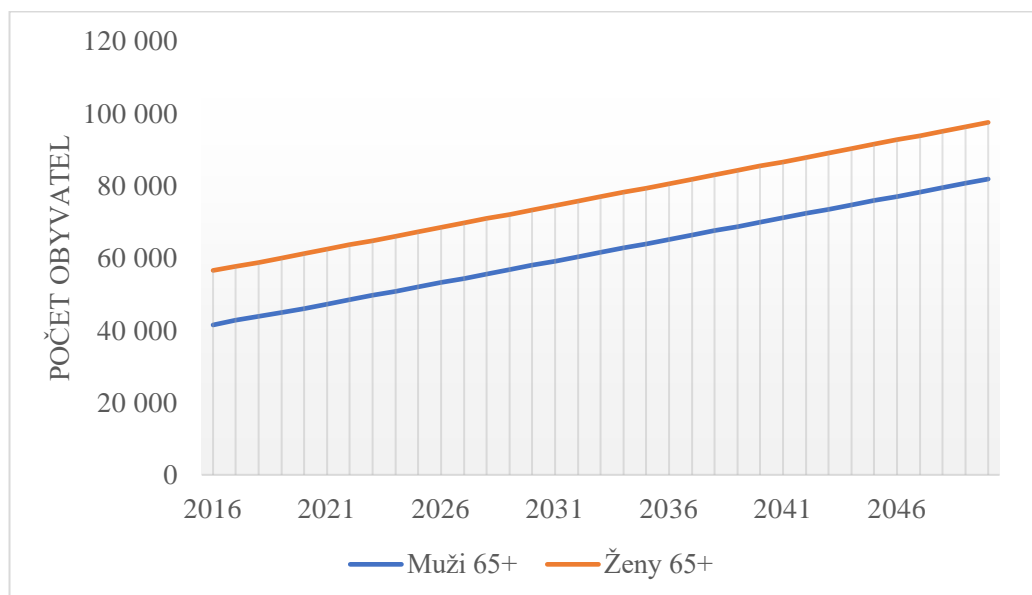
**Tabulka 6** – Popisná statistika (Zdroj-vlastní)

Popisná statistika	Muži 65+	Ženy 65+
Stř. hodnota	36 471,46154	51 479,53846
Chyba stř. hodnoty	1 291,90454	1 309,548849
Medián	36 331	51380
Směr. odchylka	4 658,028063	4721,645522
Rozptyl výběru	21 697 225,44	22 293 936,44
Rozdíl max-min	13 714	13 874
Minimum	30 058	44 867
Maximum	43 772	58 741
Počet	13	13

### Komentář k tabulce 5 a 6

Základní charakteristiky výše uvedených časových řad jsou následující. Průměrný koeficient růstu je roven 1,03 u mužů a 1,02 u žen, což udává, že časové řady rostou o velmi malé procento. To odpovídá i demografickému vývoji, kde se projevuje stárnutí obyvatelstva a pozvolný nárůst osob s věkem 65 +. Tento průběh bude ověřen také pomocí úmrtnostních tabulek v dalším postupu. Střední hodnota je vyšší u žen než u mužů, což znamená, že v průměru je ve společnosti v Kraji Vysočina více žen nad 65 let než mužů. Tempo růstu je v průměru vyšší také u žen než u mužů, to znamená, že žen nad 65 let přibývá rychleji než mužů. Popisné charakteristiky jsou uvedeny v tabulce 5 a 6.

Pokud se jedná o budoucí vývoj, je možné proložit vybraná data pro Muže 65+ a Ženy 65+ funkcí, která predikuje vývoj s určitou pravděpodobností, kterou stanoví koeficient korelace.



**Obrázek 5** Graf-Predikce vývoje počtu obyvatel 65+

#### Komentář k obrázku 5 a tabulce 7

Graf na obrázku 5 zobrazuje danou predikci, přičemž obě časové řady nejlépe aproximují přímkou, jejichž rovnice jsou znázorněny v grafu na obrázku 4 výše. Hodnota spolehlivosti, kterou udává koeficient korelace je 99,6 % u predikce vývoje Žen 65+ a 99,4 % u Mužů 65+ v tabulce 7.

**Tabulka 7** -Predikce vývoje počtu obyvatel 65+(Zdroj-vlastní)

Rok	Počet mužů 65 +	Počet žen 65 +
2016	41 437	56 521
2020	46 012	61 160
2025	51 974	67 210
2030	57 937	73 260
2035	63 899	79 310
2040	69 862	85 360
2045	75 824	91 410
2050	81 787	97 460

**Tabulka 8** – Test o existenci korelačního koeficientu (Zdroj-vlastní)

Testové kritérium	Hranice kritického oboru	
27,49488173	1,833	Zamítáme $H_0$ .
33,44031263	1,833	Zamítáme $H_0$ .

#### Komentář k tabulce 8

Je nutné provést také test o existenci korelačního koeficientu, aby bylo možné dle statistického hlediska souhlasit s jeho existencí. Po provedení testu lze potvrdit existenci korelačního koeficientu, jak je znázorněno v Tabulce 8.

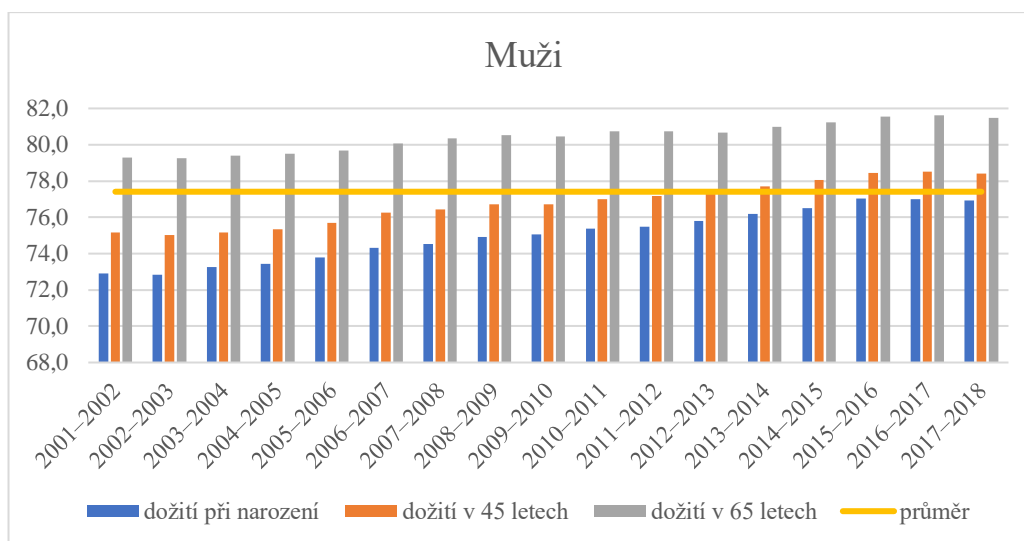
#### Komentář k tabulce 9 a k obrázku 6,7

Z údajů zveřejněných českým statistickým úřadem je možné zjistit, kolika let by se měli dožít v roce 2020, dnes 30letí obyvatelé. Vývoj zaznamenaný do roku 2018 je uveden v následující Tabulce 9. Lze pozorovat, že s nárůstem věku je také vyšší pravděpodobnost dožití, což dokládají také data zveřejněná za delší období, která lze vidět v následujících grafech. Dožití u žen je opět vyšší než u mužů stejného věku, jak lze sledovat z průměrného dožití za sledované období. Pokud bychom chtěli předpovídat budoucí vývoj, tak je nutné data proložit polynomicou funkcí. U 30letých obyvatel lze předpokládat z dostupných dat, že se dožijí 77,42 u mužů a 83,06 u žen.

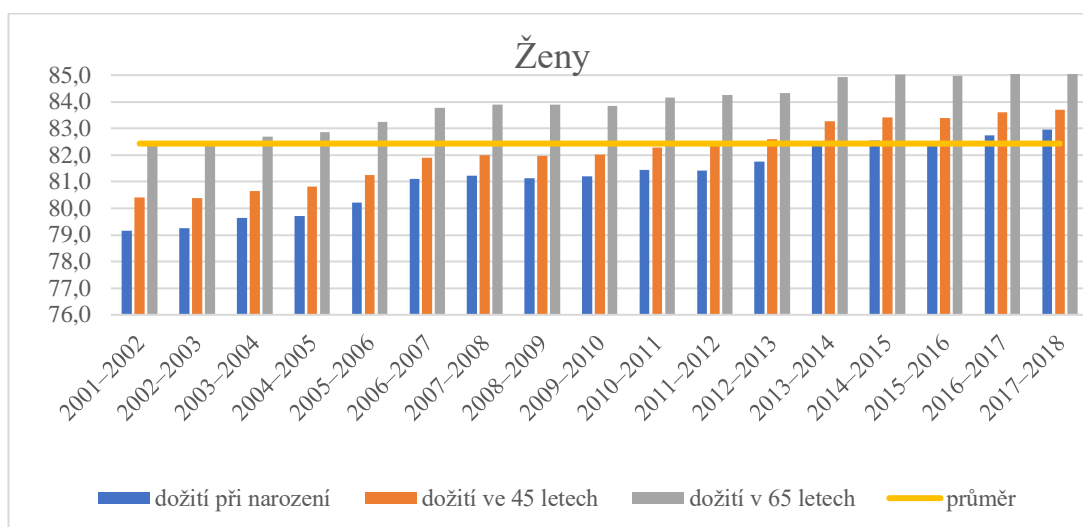
Pokud porovnáme průměrné hodnoty dožití, tak u mužů všech věkových kategorií dostáváme hodnotu 77,4 roků a u žen 82,4 roků. Lze pozorovat, že od roku 2014 jsou hodnoty dožití u 45 a 65letých mužů nad celkovou průměrnou hodnotou. U žen je tento trend už v roce 2013 nad průměrem i pro nově narozené ženy.

**Tabulka 9** – Dožití 30letých (ČSÚ, 2013-18)

Rok	Věk	Muži	Ženy	Dožití muž	Dožití žena
2013-2014	24	52,80	58,85	76,80	82,85
2014-2015	25	52,17	57,97	77,17	82,97
2015-2016	26	51,72	56,91	77,72	82,91
2016-2017	27	50,77	56,21	77,77	83,21
2017-2018	28	49,65	55,38	77,65	83,38
Průměr		51,42	57,06	77,42	83,06



**Obrázek 6** Graf-Muži dožití. (ČSÚ, 2001-18)

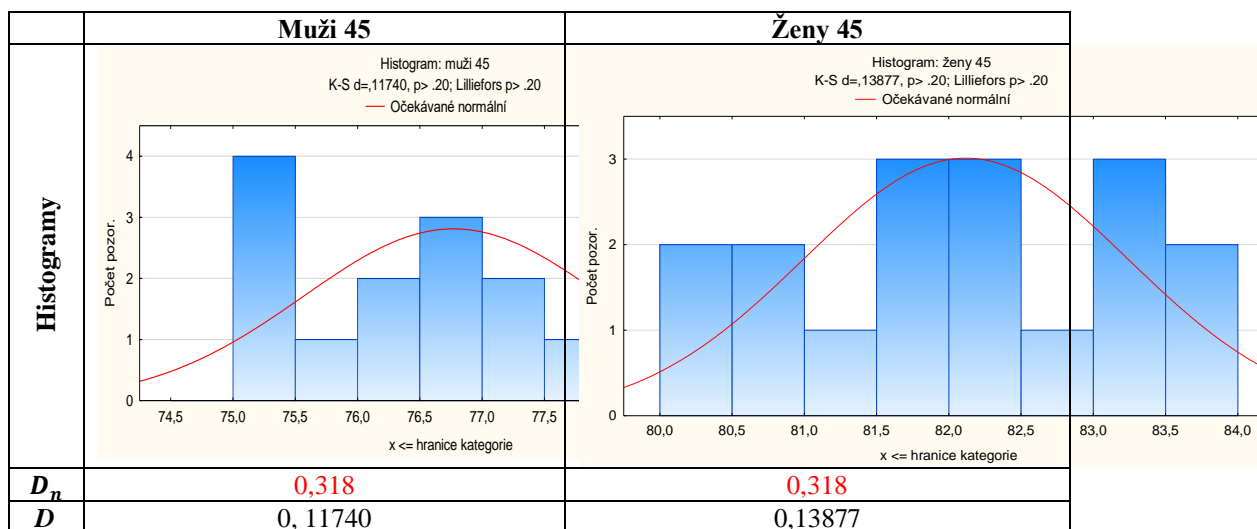


**Obrázek 7** Graf-Ženy dožití. (ČSÚ, 2001-18)

Pokud bychom chtěli predikovat vývoj v dožití dnes 30letých, tak není dostatečný počet pozorování zveřejněných českým statistickým úřadem, jelikož jsou pouze data od roku 2013–2018. Pokud porovnáme odchylku od průměru u jednotlivých věkových skupin, tak nejbližší průměrné délce dožití je u žen i mužů dožití v 45 letech za sledované období 2001–2018.

### Komentář k tabulce 8

Predikce budoucího vývoje je tedy možná dle této časové řady pro obě pohlaví. Po ověření, zda data pochází z normálního rozdělení, což znázorňuje následující graf na obrázku 8, lze provést predikci budoucího vývoje.



**Obrázek 8** Graf-Predikce budoucího vývoje. (Zdroj-vlastní)

### Komentář k tabulce 10 a obrázku 9

Pro proložení hodnot u žen 45 let je vhodné využít opět regresní přímky, přičemž rovnice je  $y = -358,897 + 0,219 \cdot \text{rok}$  a hodnota spolehlivosti, kterou udává korelační koeficient 96,86 %.

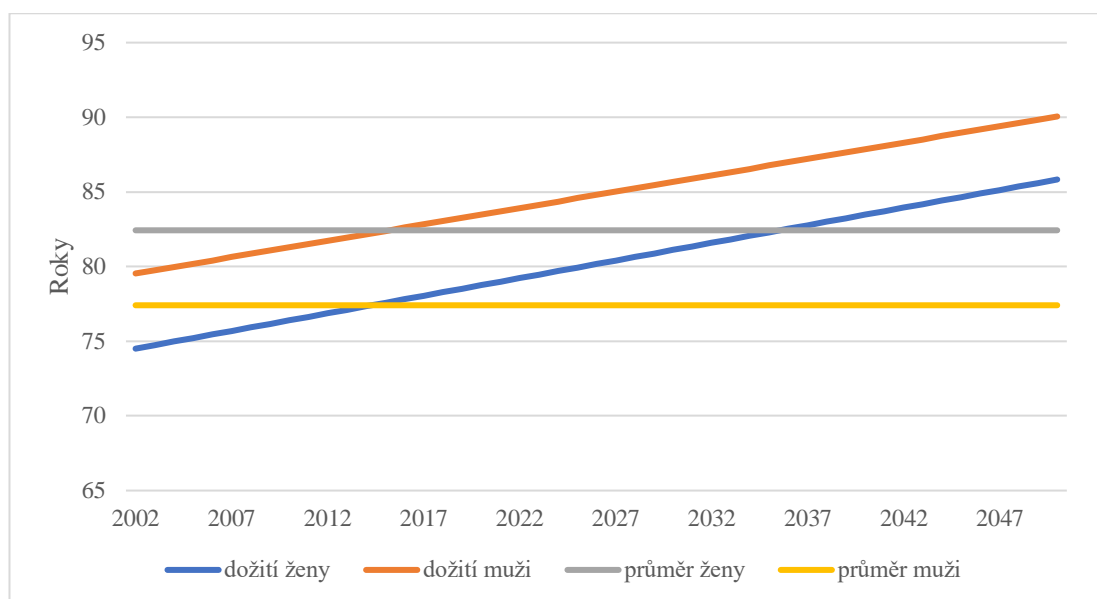
Pro proložení hodnot u mužů 45 let je vhodné využít opět regresní přímky, přičemž rovnice je  $y = -397,687 + 0,236 \cdot \text{rok}$  a hodnota spolehlivosti, kterou udává korelační koeficient 97,84 %.

Ověření existence korelačních koeficientů je znázorněno v následující Tabulce 10.

**Tabulka 10** – Test o existenci korelačního koeficientu (Zdroj-vlastní)

Testové kritérium	Hranice kritického oboru	
27,49488173	1,753	Zamítáme $H_0$ .
33,44031263	1,753	Zamítáme $H_0$ .





**Obrázek 9** - Graf vývoje dožití mužů a žen. Zdroj-ČSÚ

### Výzkumná otázka

**Bude i nadále převažovat vzrůst seniorské populace (obyvatelé 65 +) na Vysočině nad dětskou populací (0-14 let)?**

H0: Seniorská populace nebude převažovat nad dětskou populací.

HA: Seniorská populace bude nad dětskou populací stále stoupat.

### Komentář k obrázku 10 a tabulce 11

V následující grafu na obrázku 10 je zobrazen současný stav. V tabulce 11 potom predikce budoucího vývoje do roku 2050.

### Komentář k tabulce 12, 13

Pro zodpovězení výzkumné otázky je nutné provést test, kde je porovnáno, zda střední hodnota vývoje časové řady seniorů je vyšší než střední hodnota vývoje časové řady dětí. K tomu je nutné určit, zda mají data obou časových řad stejné nebo rozdílné rozptyly. Bude postupováno dle následujících testů.

### 9.1.1 Testy o středních hodnotách dvou základních souborů

Pro testování se používá statistika  $T_1$  nebo  $T_2$ .  $T_1$  se volí tehdy, pokud považujeme rozptyly  $s_1^2$  a  $s_2^2$  za aspoň přibližně stejné. Statistika  $T_2$  se používá, pokud rozptyly považujeme za rozdílné.

$$T_1 = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}} \text{ pak } t_p^* = t_p(n_1 + n_2 - 2)$$

$$T_2 = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S_1^2/n_1 + S_2^2/n_2}} \text{ pak } t_p^* = \frac{s_1^2/n_1 \cdot t_p(n_1 - 1) + s_2^2/n_2 \cdot t_p(n_2 - 1)}{s_1^2/n_1 + s_2^2/n_2}$$

$H_0$	$H_1$	Kritický obor $W_\alpha$
$\mu_1 \leq \mu_2$	$\mu_1 > \mu_2$	$\{t: t \geq t_{1-\alpha}^*\}$
$\mu_1 = \mu_2$	$\mu_1 \neq \mu_2$	$\{t:  t  \geq t_{1-\alpha/2}^*\}$
$\mu_1 \geq \mu_2$	$\mu_1 < \mu_2$	$\{t: t \leq -t_{1-\alpha}^*\}$

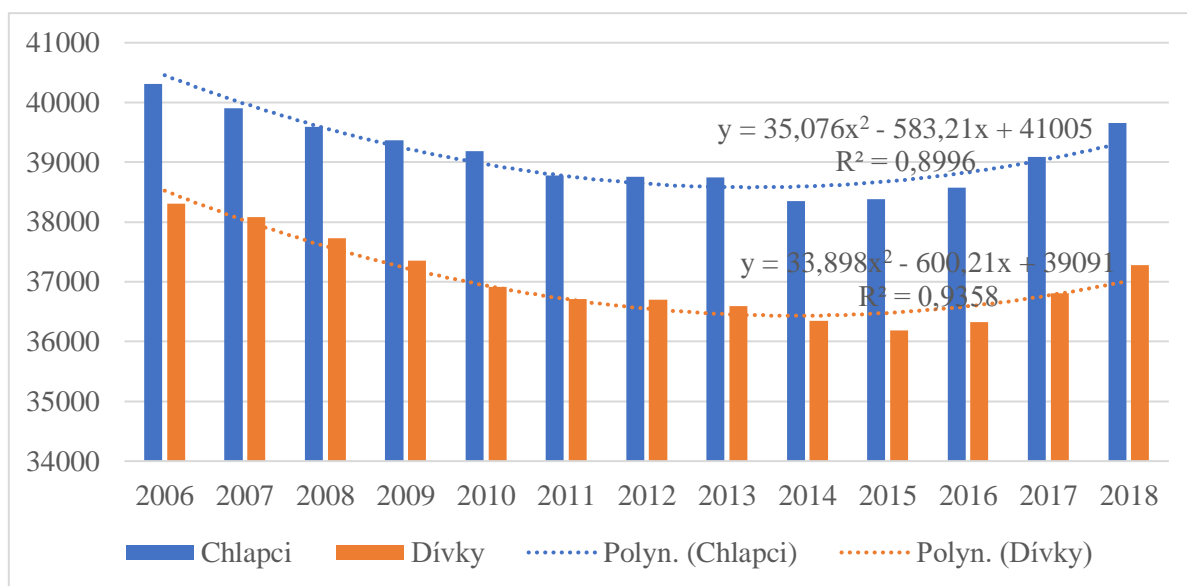
### 9.1.2 Testy o rozptylech dvou základních souborů

Pro testování vztahu rozptylů se používá statistika

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2}$$

mající Fisherovo-Snedecorovo rozdělení o  $n_1 - 1$  a  $n_2 - 1$  stupních volnosti.

$H_0$	$H_1$	Kritický obor $W_\alpha$
$\sigma_1^2 \leq \sigma_2^2$	$\sigma_1^2 > \sigma_2^2$	$\left\{ F = \frac{S_1^2}{S_2^2} : F \geq F_{1-\alpha}(n_1 - 1, n_2 - 1) \right\}$
$\sigma_1^2 = \sigma_2^2$	$\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$	$\left\{ F = \frac{S_1^2}{S_2^2} : F \leq F_{\alpha/2}(n_1 - 1, n_2 - 1); \right. \\ \left. F \geq F_{1-\alpha/2}(n_1 - 1, n_2 - 1) \right\}$
$\sigma_1^2 \geq \sigma_2^2$	$\sigma_1^2 < \sigma_2^2$	$\left\{ F = \frac{S_1^2}{S_2^2} : F \leq F_\alpha(n_1 - 1, n_2 - 1) \right\}$



**Obrázek 10** Graf – Současný stav populace chlapci/ dívky. Zdroj: ČSÚ, 2018

**Tabulka 11** – Predikce budoucího vývoje do roku 2050 (Zdroj-vlastní)

Rok	Počet mužů 65 +	Počet žen 65 +	Dívky	Chlapci	Průměr senioři	Průměr děti
2016	41 437	56 521	36 328	38 579	48 979	37 454
2020	46 012	61 160	37 715	40 149	53 586	38 932
2025	51 974	67 210	40 646	43 371	59 592	42 009
2030	57 937	73 260	45 272	48 347	65 599	46 810
2035	63 899	79 310	51 593	55 077	71 605	53 335
2040	69 862	85 360	59 609	63 561	77 611	61 585
2045	75 824	91 410	69 319	73 798	83 617	71 559
2050	81 787	97 460	80 725	85 789	89 624	83 257

**Tabulka 12-** Dvouvýběrový F-test pro rozptyl (Zdroj-vlastní)

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl		
	<i>Děti</i>	<i>Senioři</i>
Stř. hodnota	54037,41429	69215,37143
Rozptyl	198530080,6	150979481,4
Pozorování	35	35
Rozdíl	34	34
F	1,314947427	
P(F<=f) (1)	0,214420243	
F krit (1)	1,772066477	

Z výše uvedených hodnot vyplývá, že oba soubory mají stejné rozptyly, jelikož p-value je vyšší než 0,05, přesně 0,214. Lze tedy využít Testové kritérium T1 pro test o shodnosti středních hodnot.

**Tabulka 13-** Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů (Zdroj-vlastní)

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Děti</i>	<i>Senioři</i>
Stř. hodnota	54037,41429	69215,37143
Rozptyl	198530080,6	150979481,4
Pozorování	35	35
Společný rozptyl	174754781	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	68	
t Stat	-4,803057805	
P(T<=t) (1)	4,47875E-06	
t krit (1)	1,667572281	
P(T<=t) (2)	8,95751E-06	
t krit (2)	1,995468931	

Jelikož testujeme oboustrannou hypotézu, tak je pro nás důležitá hodnota  $P(T \leq t)$  (2) která je menší než hladina významnosti 0,05. Lze tedy stanovit, že střední hodnoty obou souborů se nerovnájí a průměrný počet dětí a seniorů se liší. Průměrný počet dětí je 54 037 a seniorů 69 215. **HO se tedy zamítá a potvrzuje se HA.**

## 9.2 SOCIÁLNÍ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY V KRAJI VYSOČINA

Možností využití sociálních služeb pro seniory na Vysočině je v současné době několik. Jako základní služba je vnímána **pečovatelská služba**, která poskytuje terénní nebo ambulantní služby klientům v jejich vlastním prostředí. Této možnosti využívá v současné době největší počet osob, je to 4 634 (ČSÚ, 2018). Tato služba je doplněna také **osobní asistencí**, jejíž možnosti využívá 417 klientů. (ČSÚ, 2018) U osob vystavených stálému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností, zaujímá významné místo **sociální služba tísňové péče** (ČSÚ, 2017), této možnosti využilo 162 osob. (ČSÚ, 2018)

Mezi další služby pro seniory na Vysočině patří **centra denních služeb** (CDS), využívá jich 128 klientů a **denní stacionáře**, které využívá 699 osob (ČSÚ, 2018). Zákon této službě definuje víceméně stejné úkony. Tyto lidé standardně setrvávají ve svých domácnostech a do CDS dojíždějí nebo jsou dopravováni. Zde tráví průběh dne, a pak jsou dopravováni zpět domů. Tato služba má pracovní dobu přes den. Jestliže senioři uvažují o pobytové formě s možnou dopomocí, pak využívají **domy s pečovatelskou službou** (dále jen DPS), tzv. byty zvláštního určení, do kterého nelze přihlašovat další osoby. Zřizovatelem bytů jsou obecní či městské úřady a jde tedy o nájemní malometrážní byty. Pronájem bytu v domě s DPS je podmíněn zdravotně-sociální situací žadatele, která vyžaduje potřebu pečovatelské služby. Domy s pečovatelskou službou jsou neregistrované, protože dle zákona se nejedná o sociální službu a povinnost registrace se na ně nevztahuje.

Novým typem sociálního bydlení pro seniory jsou komunitní domy, které podporují sdílenou péči a podporu rodiny. Týdenní stacionáře nabízejí možnost pobytu seniorů od pondělí do pátku a na víkendy se vrací ke své rodině. Poskytují ubytování, stravu a aktivity, kterých se senior může účastnit. **Týdenní stacionáře** využívají (podobně jako **odlehčovací služby**-jichž využilo 685 klientů), (ČSÚ, 2018) rodiny, které pečují o seniora v jeho domácnosti, kdy tato péče je náročná. A právě služba týdenního stacionáře může ulevit pečujícím osobám a umožní postarat se o jejich blízké po celých 24 hodin denně.

Mezi nejvíce využívané pobytové služby sociální péče pro seniory patří **domovy pro seniory**. Svědčí o tom jednak jejich největší početnost a kapacitní objem a nejvyšší výdaje. Cíleným úsilím jednotlivých poskytovatelů je téměř stoprocentní obsazenost lůžek. Počty zařízení v čase s meziročními výkyvy narůstají, jejich **kapacita mírně klesá** důsledkem zkvalitnění služeb a změnou struktury pokojů. Mění se podíl vícelůžkových pokojů, a naopak dochází k navýšení spíše jednolůžkových a dvoulůžkových pokojů. Součástí mnoha domovů pro seniory jsou také **domovy se zvláštním režimem**, které poskytují sociální péči klientům trpícím Alzheimerovou chorobou či jinou formou demence, dále osobám se závislostí na alkoholu či jejími následky nebo například pacientům s psychiatrickým onemocněním ve stabilizovaném stavu. Domovy se zvláštním režimem fungují podobně jako domovy pro seniory. Rozdíl je především v tom, že jsou přizpůsobeny specifickým potřebám klientů. Tím je myšleno především uzpůsobení pohybu klientů v domově, pro jejich bezpečnost.

### Komentář k tabulce 14

V tabulce 14 pro lepší přehlednost můžeme vidět, kolik se nachází v současné době vybraných **pobytových zařízení pro seniory na Vysočině** a jaká je **kapacita** těchto zařízení.

**Tabulka 14** Přehled institucí poskytující sociální péči na Vysočině (ČSÚ, 2016-18)

Sociální služby poskytované ve vybraných zařízeních (k 31.12.) na Vysočině	2016	2017	2018
Domovy pro seniory	24	24	24
Lůžka	2 132	2085	2 005
Domovy se zvláštním režimem	19	20	21
Lůžka	760	817	897
Chráněná bydlení	12	12	12
Lůžka	183	186	186
Týdenní stacionáře	2	2	2
Lůžka	40	40	40

Vzhledem k neustále narůstající demografické křivce, jsem zjišťovala, jak dlouhá je **čekací doba** přijmutí klienta do instituce. **Na rychlosti přijmutí** klienta do **pobytového** zařízení sociální péče má většina sociálních zařízení pořadník. Rozhodující je datum podání žádosti, trvalé bydliště v kraji či regionu, zdravotní stav a sociální situace v rodině a pobírání příspěvku na péči. Každý klient je ještě hodnocen individuálně dle vnitřního bodového systému, který se dělí na několik stupňů naléhavosti. Čekací doba přijmutí do sociálního zařízení je ovlivněna mnoha faktory, přesto většina zařízení uvádí čekací dobu **v řádů měsíců až 1-2 roků**.

Počty neuspokojených žádostí o přijetí do domova pro seniory dlouhodobě stoupají, (možno dohledat v tabulce 15 níže) avšak lze předpokládat, že počet podaných žádostí neznamená počet skutečných žadatelů o místo. Důvodem je především možnost podat si více žádostí do několika zařízení najednou, zároveň také nedochází k okamžitému vyškrtnutí žádosti, která není aktuální (např. z důvodu úmrtí žadatele).

### Komentář k tabulce 15

Vzhledem k dlouhým čekacím dobám na umístění je také řada žádostí podávána v době, kdy žadatel službu reálně ještě nepotřebuje, ale kvůli obavám z budoucího zhoršení svého zdravotního stavu se chce takto na několik let dopředu pojistit. Někteří žadatelé rovněž nesplňují nárok na poskytnutí sociální péče (nemají přiznaný příspěvek na péči), jiní se podáním žádosti snaží pouze vyřešit svou bytovou situaci. Čekací doba přijmutí klienta do domovů

se zvláštním režimem se nijak neliší od čekací doby do domovů seniorů. Počet těchto klientů se také zvyšuje, než bylo předpokládáno.

**Tabulka 15** – Neuspokojené žádosti o poskytnutí sociální služby v kraji Vysočina (ČSÚ, 2019)

Neuspokojené žádosti o poskytnutí sociální služby v zařízeních:	2016	2017	2018
Domovy pro seniory	3 808	3 197	3 515
Domovy se zvláštním režimem	1 337	1 274	1 565
Chráněné bydlení	25	50	78

V Kraji Vysočina se nenachází lůžkový **hospic**.<sup>1</sup> Suplují ho tedy různá zařízení, která poskytují paliativní péči. V současné době se v Kraji Vysočina nachází 8 poskytovatelů **paliativní péče**.<sup>2</sup> **Obecnou paliativní péči** ve vlastním prostředí pacienta zajišťuje registrující praktický lékař nebo ambulantní specialisté (pokud se jedná o pacienty v závěrečné fázi života) ve spolupráci s poskytovateli domácí péče. Péče je poskytována nepřetržitě 24hodinovou telefonickou i návštěvní dostupností zdravotní sestry. Rozsah dostupnosti lékaře se u jednotlivých poskytovatelů liší. Od března 2017 poskytuje 24hodinovou dostupnost lékaře i sestry jediný poskytovatel paliativní péče a to Oblastní charita Třebíč. V oblasti sociálních služeb je poskytována domácí paliativní péče pod registrovanou sociální službou „**odlehčovací služba**“. V každém okresním městě je zastoupen alespoň jeden poskytovatel, který **definuje pokrytí terénní službou v rámci celého okresu**.

**Specializované ambulance paliativní péče** zajišťují ambulantní péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče. Obvyklá je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními domácí péče a specializované paliativní péče.

#### Komentář k tabulce 16

**Specializovanou paliativní péči** prostřednictvím multidisciplinárního týmu poskytuje oddělení (stanice) paliativní péče v Nemocnici Jihlava, příspěvkové organizaci. Lůžka **následné péče** jsou vyčleněna ve všech nemocnicích v kraji. Ostatní nemocnice nedisponují paliativními odděleními, a proto přebírají tyto pacienty v každé z nemocnic oddělení

<sup>1</sup> **Hospic** je zdravotnicko-sociální zařízení, které slouží k péči o nevléčitelně a těžce nemocné osoby

<sup>2</sup> **Paliativní léčba** znamená celkovou péči o nemocné, kteří se dostali do takového stádia, které se již nedá léčit. Podílí se na ní lékaři, sestry, sociální pracovníci a také kaplani. Paliativní medicína tedy zajišťuje především důstojnost poslední fáze života člověka.

**dlouhodobě nemocných**, svými vyčleněnými lůžky. V následující tabulce 16 je uveden aktuální stav paliativní péče v nemocnicích zřizované krajem. V kraji Vysočina se nemocnice následné péče jako samostatné zařízení nenachází.

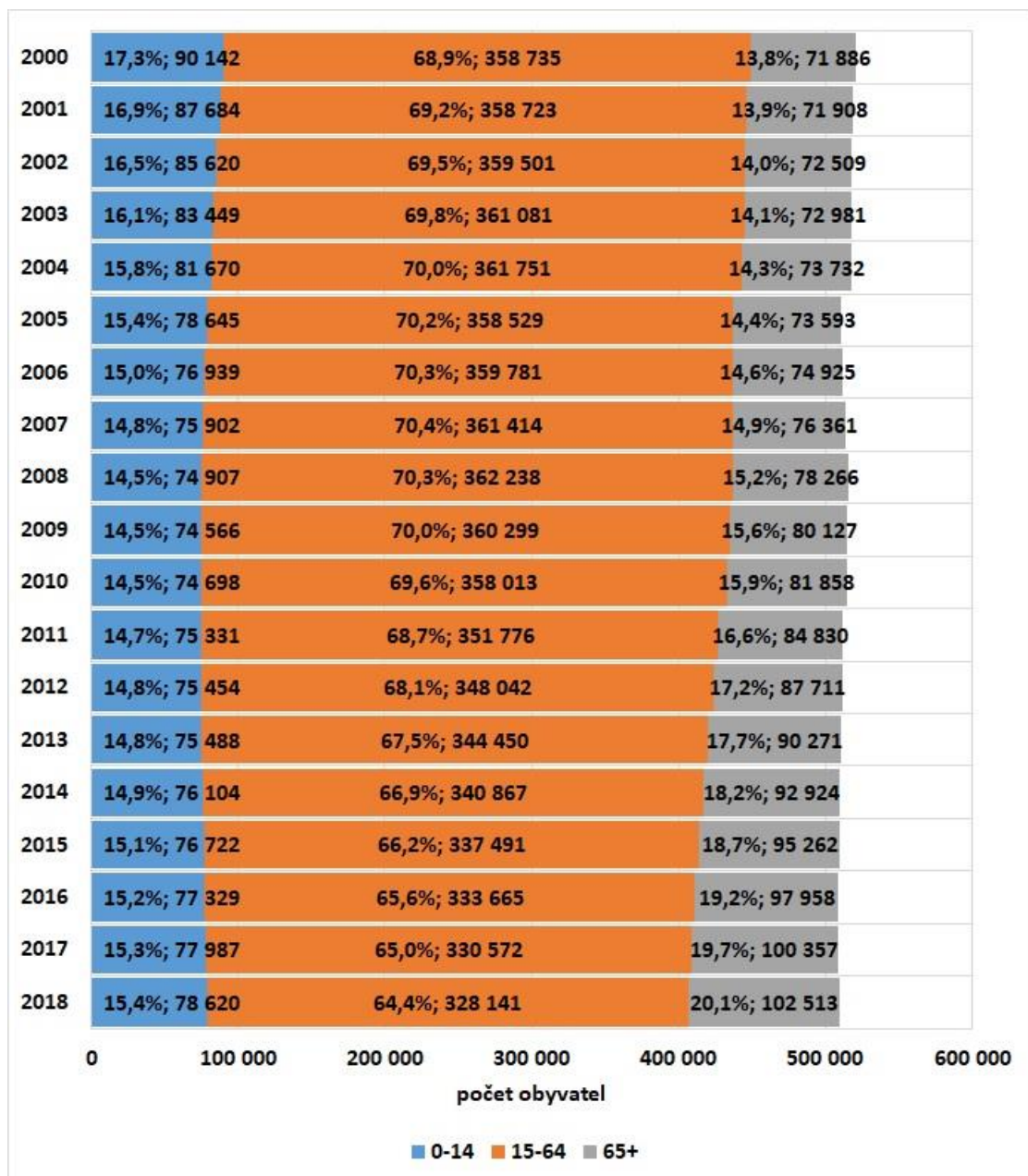
**Tabulka 16** Paliativní péče v nemocnicích zřizované krajem (zdroj-vlastní)

Nemocnice	Počet lůžek	Poznámka	Spolupracující poskytovatel sociálních služeb	Ambulance paliativní medicíny
Jihlava	15	Smlouva s pojišťovnou na 10 lůžek		NE
Havlíčkův Brod	2	Rodinný pokoj pro poskytování paliativní péče	Oblastní charita Havlíčkův Brod	ANO
Pelhřimov	1	Rodinný pokoj pro poskytování paliativní péče	Oblastní charita Pelhřimov	ANO
Třebíč	0	Buduje se nemocniční konziliární tým, příprava lůžkové paliativní péče		NE/zajištěna v rámci spolupráce s Mobilním hospicem sv. Zdislavy
Nové Město na Moravě	2	Rodinný pokoj pro poskytování paliativní péče	Domácí hospic Vysočina, o.p.s.	ANO

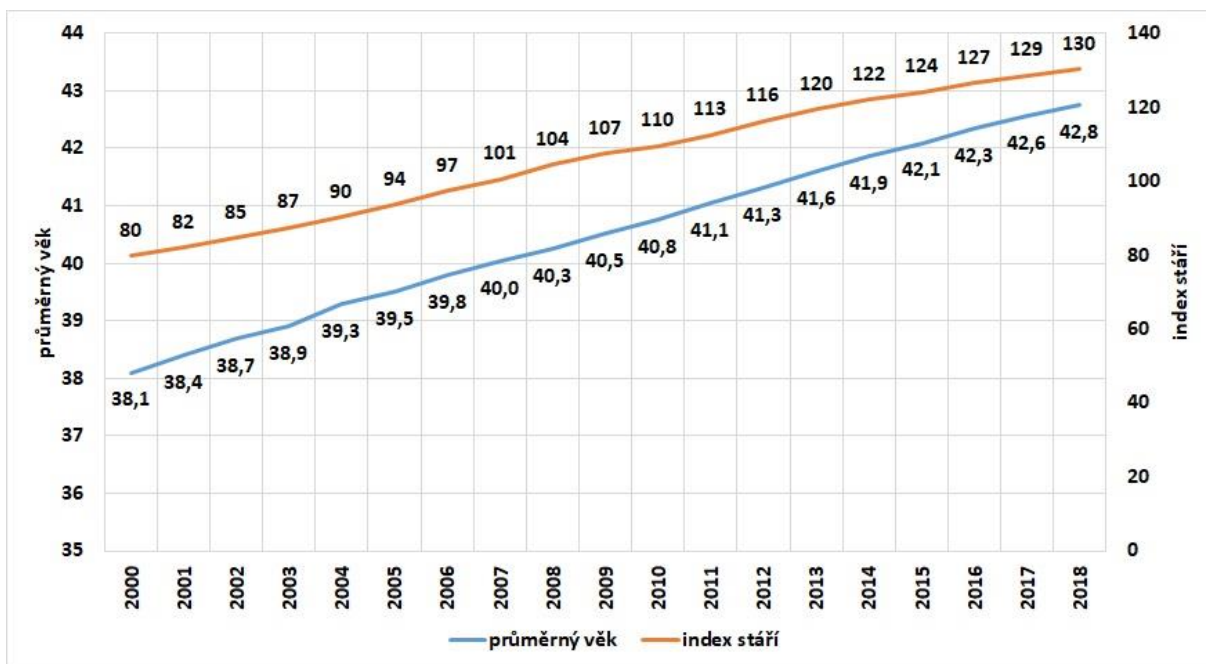
#### Komentář k obrázkům 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17

Potřeba kapacit sociálních služeb se odvíjí od věkové struktury obyvatel. Vzhledem k tomu, že se v kraji Vysočina postupně zvyšuje počet obyvatel 65+ (v roce 2000 13,8 %, za deset let 15,9 % a v roce 2018 už 20,1 %), což je patrné z grafu na obrázcích 11-16 níže (který máme za posledních 18 let), stoupá i počet neuspokojených žádostí o pobytové sociální služby.

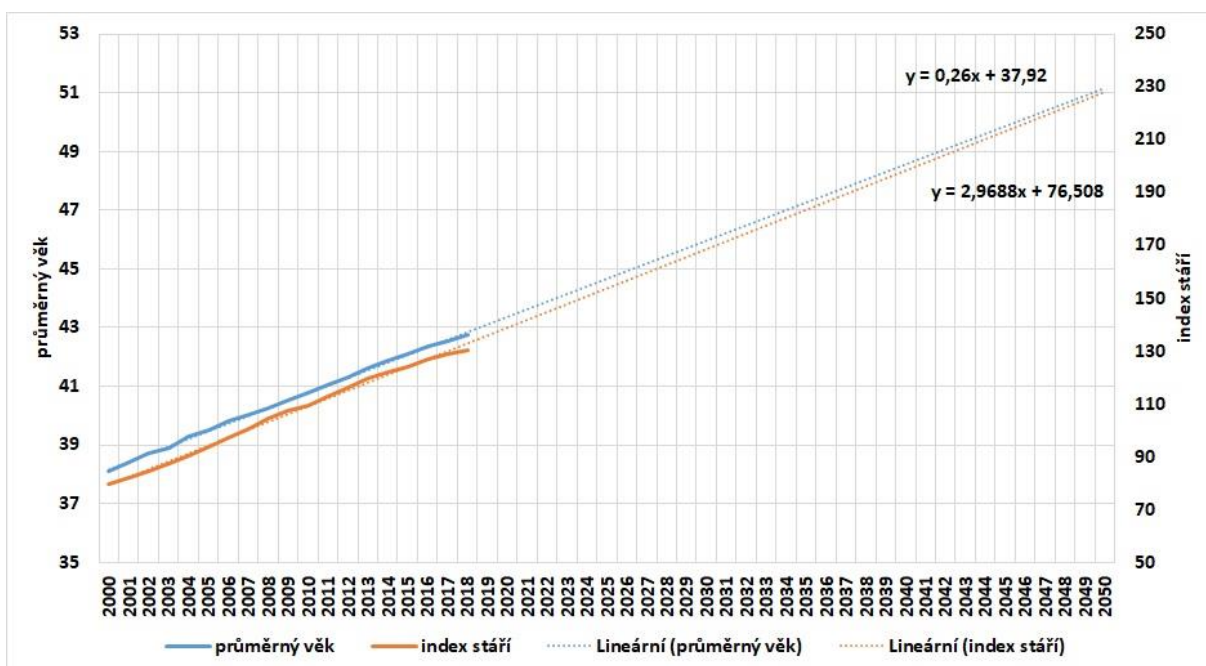




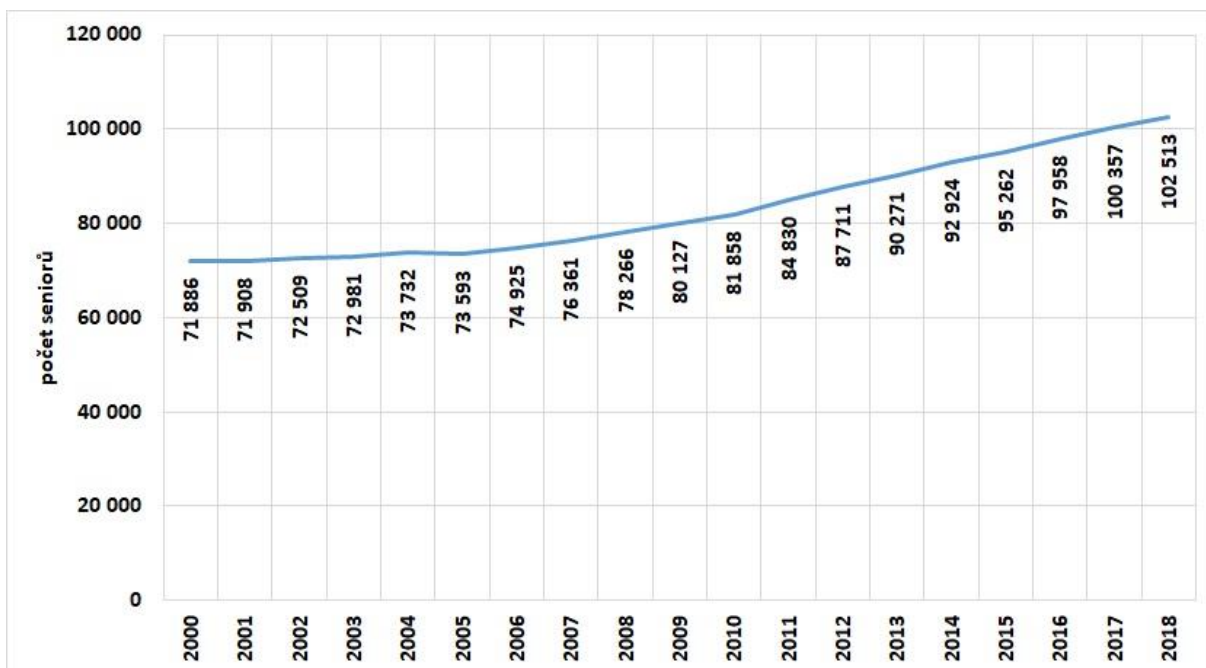
Obrázek 11 Graf-Dlouhodobý vývoj počtu obyvatel v Kraji Vysočina. (ČSÚ, 2018)



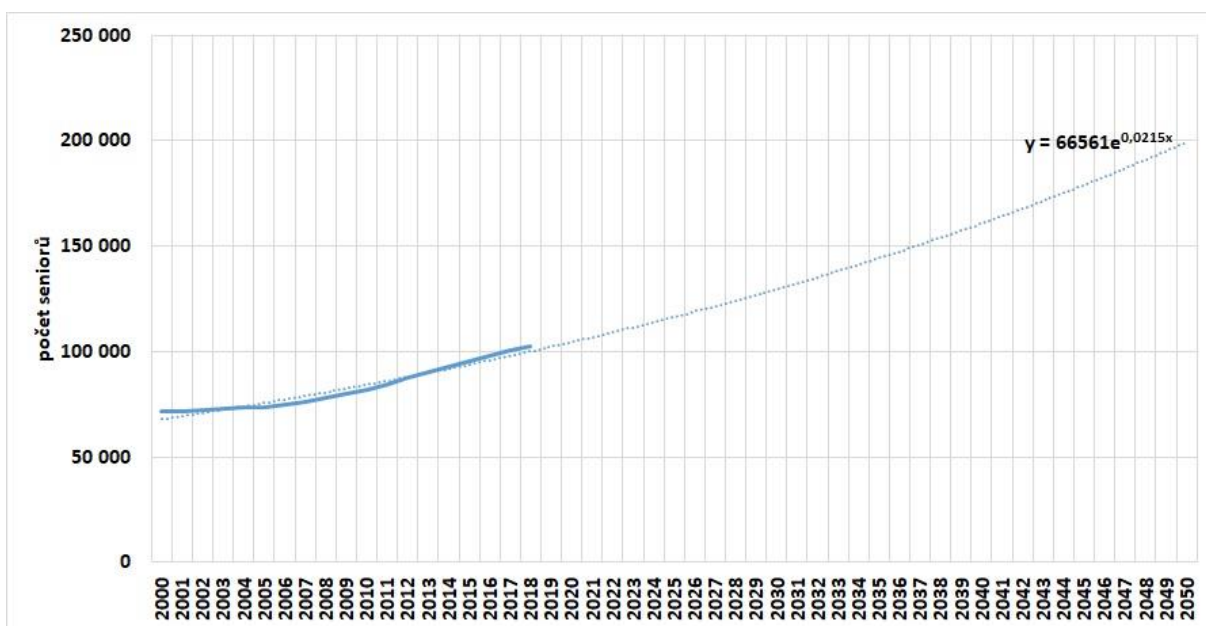
Obrázek 12 Graf-Dlouhodobý vývoj průměrného věku a indexu stáří u obyvatel Kraje Vysočina. (ČSÚ, 2018)



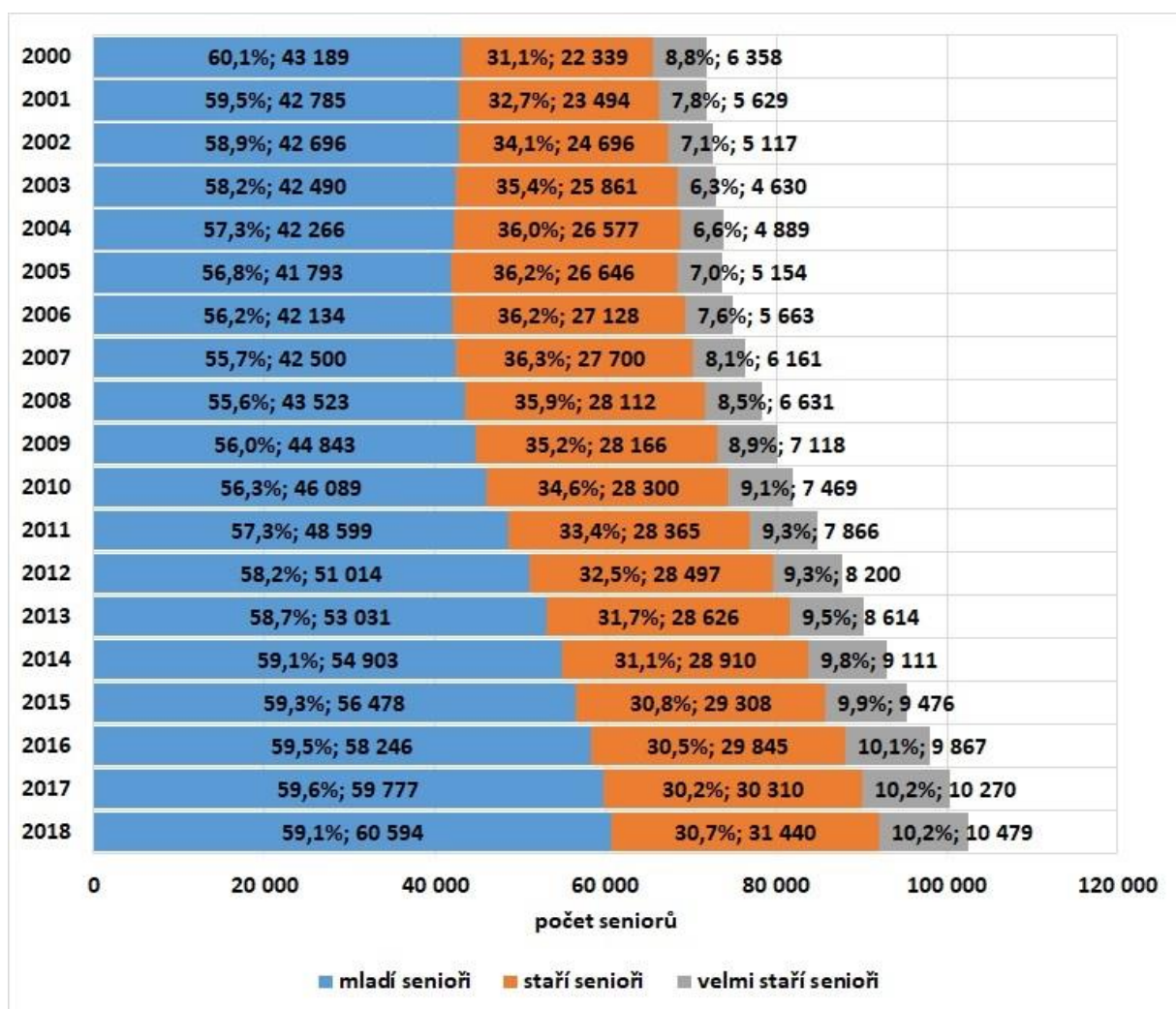
Obrázek 13 Graf-Dlouhodobý odhad průměrného věku a indexu stáří obyvatel Kraje Vysočina. (ČSÚ, 2018)



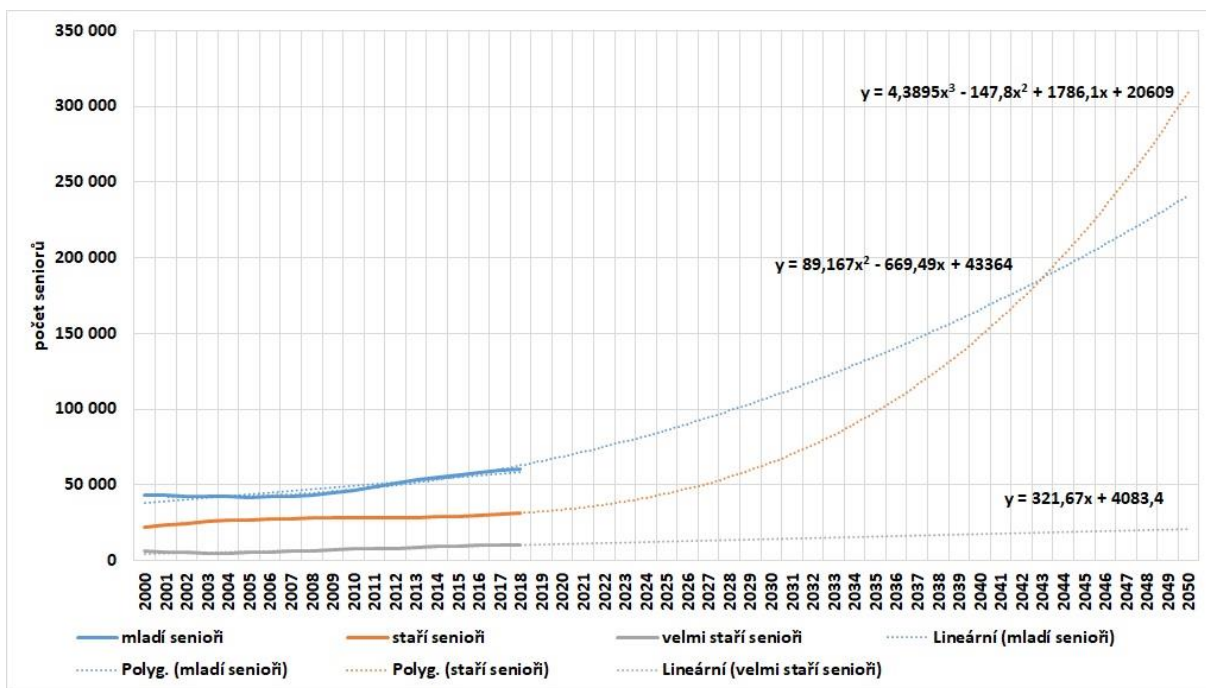
Obrázek 14 Graf-Dlouhodobý vývoj počtu seniorů v Kraji Vysočina. (ČSÚ, 2018)



Obrázek 15 Graf-Dlouhodobý odhad počtu seniorů v Kraji Vysočina. Zdroj-ČSÚ, 2018



Obrázek 16 Graf-Dlouhodobý vývoj počtu seniorů v Kraji Vysočina členěný do věkových skupin. (ČSÚ, 208)



**Obrázek 17** Graf-Dlouhodobý odhad počtu seniorů v kraji Vysočina členěný do věkových skupin. (ČSÚ, 2018)

### Komentář k tabulce 17

Po odhadu seniorů, který je k dispozici za posledních 18 let, jsem vyčíslila procentuální pokrytí seniorů sociálními službami v letech 2016-2018 a z těchto údajů jsem vypočítala průměr. Možno dohledat v tabulce 17.

**Tabulka 17** Pokrytí sociálních služeb seniory (ČSÚ, 2016-2018)

Procentuální pokrytí sociálních služeb seniory 2016-2018 v kraji Vysočina					
	2016	2017	2018	průměr	2050
Domovy pro seniory	0,02 %	0,02 %	0,02 %	0,02 %	47,88
Lůžka	2,18 %	2,08 %	1,96 %	2,07 %	4 139,92
Domovy se zvláštním režimem	0,02 %	0,02 %	0,02 %	0,02 %	39,87
Lůžka	0,78 %	0,81 %	0,88 %	0,82 %	1 643,30
Chráněná bydlení	0,01 %	0,01 %	0,01 %	0,01 %	23,94
Lůžka	0,19 %	0,19 %	0,18 %	0,18 %	369,06
Týdenní stacionáře	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	3,99
Lůžka	0,04 %	0,04 %	0,04 %	0,04 %	79,81

### Komentář k tabulce 18

Za předpokladu, že bude dodrženo stejné schéma jako v těchto letech, lze na základě tohoto procenta vyčíslit z počtu seniorů (tabulka 18) i odhad počtu sociálních služeb. Tzn., že počet seniorů v roce 2018 byl 102 513 a odhad v roce 2050 jich bude 200 000 tisíc, tj. dvojnásobek. Znamená to, že i potřeba kapacit sociálních služeb by měla být dvojnásobná. Ovšem zákon o sociálních službách nám neudává přesně určenou kapacitu zařízení. O tom, zda bude nové sociální zařízení nebo rozšíření již zařazeného sociálního zařízení zařazeno do Krajské sítě sociálních služeb nebo zda dostane dotace od státu na jeho výstavbu, rozhoduje o jeho potřebnosti zastupitelstvo kraje.

**Tabulka 18** Počet seniorů v kraji Vysočina 2016-2018 (ČSÚ,2016-2018)

Počet seniorů v kraji Vysočina 2016-2018	2016	2017	2018	2050
Mladí senioři	58 246	59 777	60 594	250 000
Staří senioři	29 845	30 310	31 440	300 000
Velmi staří senioři	9 867	10 270	10 479	25 000
Počet seniorů celkem	97 958	100 357	102 513	200 000

Vedení Kraje Vysočina se snaží na zvyšující se dožití svých občanů reagovat plánováním investičních akcí a projektů dle svého střednědobého plánu. Chce pokračovat v transformaci domovů pro klienty s mentálním a kombinovaným postižením, doplnit síť ambulantních sociálních služeb pro osoby v domácí péči. V letech 2016-2018 byly otevřeny v Kraji Vysočina tři nové komunitní domy, a to ve Velkém Beranově, Žirovnici a Novém Městě na Moravě. V roce 2018 se mělo otevřít IGF Alzheimer-centrum v Třebíči. Do provozu se dostalo až v listopadu roku 2019. Toto zařízení patří mezi největší a nejmodernější centra tohoto druhu v Kraji Vysočina. Zařízení o kapacitě 125 lůžek provozuje soukromý subjekt. Nabízí svým klientům širokou škálu služeb včetně nadstandardní péče, 4 odlehčovací lůžka a denní stacionář. Na konci roku 2019 byl zahájen provoz v nové přístavbě Domova pro seniory v Havlíčkově Brodě pro 109 klientů a Humpolci. V příštím roce má být ještě zahájena výstavba nového zařízení v areálu jihlavské nemocnice s kapacitou zhruba 138 lůžek. V případě lůžkových kapacit, které se týkají domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem pro lidi s jednotlivými typy demence, přišla komise Kraje Vysočina s jasným doporučením. Není třeba

projednávat žádné další žádosti o stavbu nových domovů. Všechny schválené kapacity, pokud budou zprovozněny, vydrží v Kraji Vysočina až do roku 2030. Kraj Vysočina eviduje na 50 žádostí sociálních zařízení, které požádaly o vstup do krajské sítě sociálních služeb. (Krčál, 2019)

V roce 2016 bylo dokončeno pokrytí sítě Family a Senior Pointů ve všech okresních městech kraje, přičemž bylo dojednáno spolufinancování provozu kontaktních míst z rozpočtu měst, kde jsou tato poradenská a informační centra zřízena. Veškeré služby Family a Senior Pointů jsou poskytovány občanům bezplatně. Kraj Vysočina finančně podporuje provoz těchto zařízení.

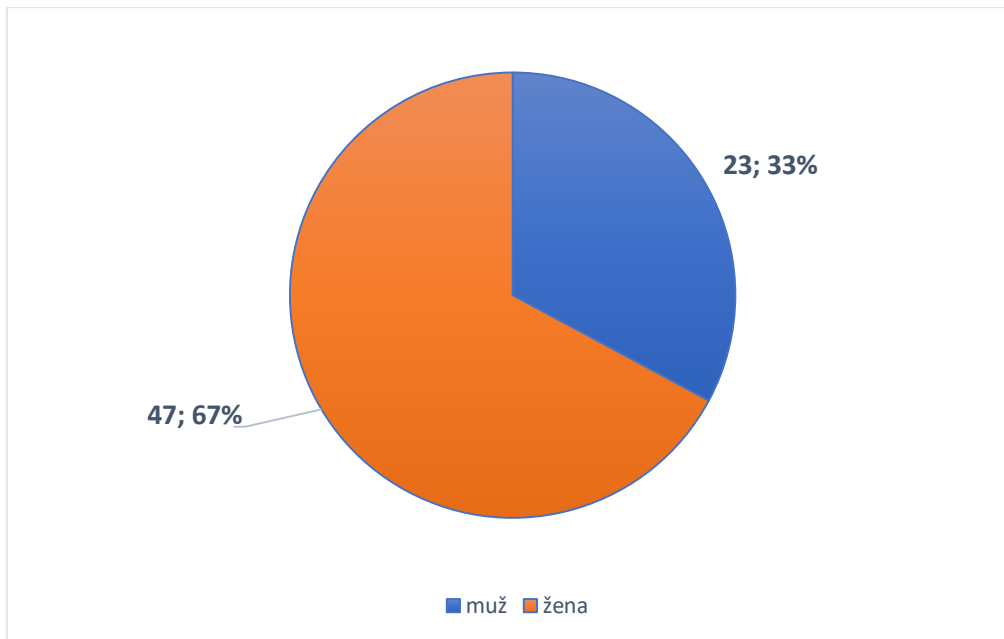
Již od roku 2011 probíhá spolupráce Kraje Vysočina s Vysokou školou polytechnickou Jihlava. U3V je organizována na těchto místech regionu: Domov pro seniory Velké Meziříčí, Domov pro seniory Pelhřimov, Domov pro seniory Havlíčkův Brod, Střední škola obchodu a služeb Žďár nad Sázavou a Domov pro seniory Třebíč, Koutkova-Kubešova. Univerzita třetího věku představuje jednu z možností kvalitního naplnění volného času seniorů. Zpřístupňuje seniorům vhodnou formou nové poznatky, vědomosti a dovednosti, které mohou využívat nejen pro svůj osobní rozvoj. Významnou roli sehrává také možnost sociálního kontaktu s podobně smýšlejícími a věkově blízkými lidmi, navazování nových přátelství, překonávání pocitu osamělosti, izolovanosti či nepotřebnosti, vědomé zpomalování procesu stárnutí a udržování psychické svěžesti.

### 9.3 ANALÝZA A PREZENTACE DAT ANKETY

Formou anonymní ankety jsem chtěla získat názor střední populace s následující výzkumnou otázkou:

**Jak se sama střední generace připravuje na seniorský věk?**

**Pohlaví?**



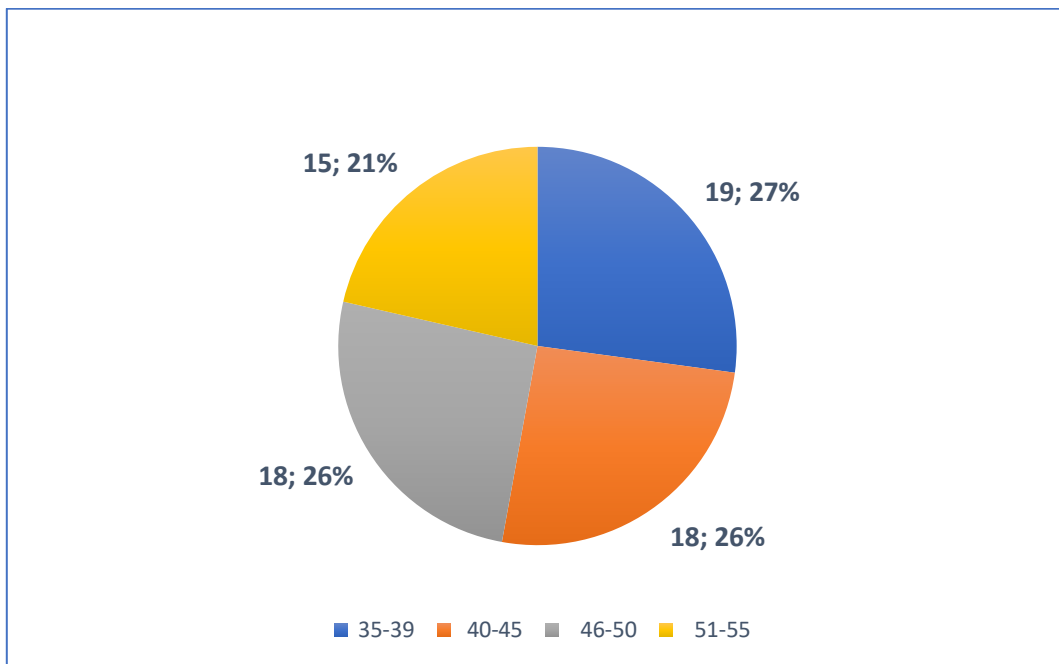
**Obrázek 18 Graf-Rozdělení muž, žena. Zdroj-vlastní**

#### Komentář k obrázku 18

Z grafu vyplývá, že anketního šetření se zúčastnilo 33 % (n=23) mužů a 67 % (n=47) žen.



## Jaký je váš věk?

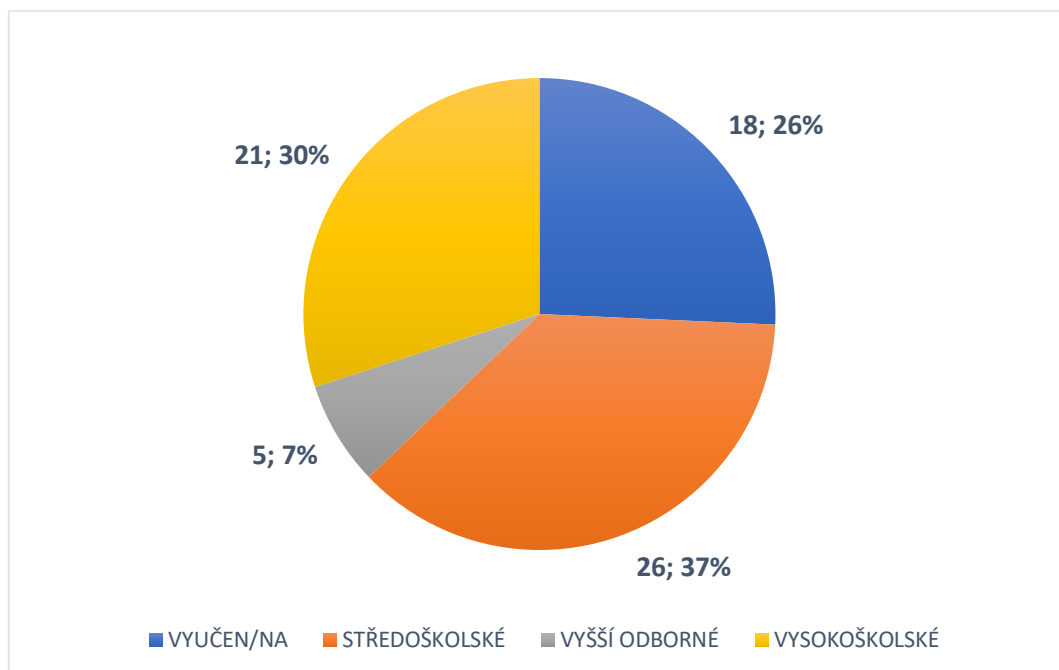


**Obrázek 19** Graf-Zobrazení věku respondentů. Zdroj-vlastní

### Komentář k obrázku 19

Nejvíce se zúčastnilo šetření 27 % (n=19) respondentů ve věkové hranici 35-39 let.

### Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?



**Obrázek 20** Graf-Nejvyšší dosažené vzdělání. Zdroj-vlastní

#### Komentář k obrázku 20

Šetření se zúčastnilo nejvíce středoškoláků 37 % (n=26) a vysokoškoláků 30 % (n=21).

### **Jak se vy osobně připravujete na období, kdy budete senior (např. úprava bytu, spoření)**

Nejčtenější kombinací odpovědí respondentů bylo spoření a investice do nemovitostí (n=41). Další nejčtenější odpovědí (n=17) respondentů odpovědělo, že se zatím nepřipravuje vůbec, ale zároveň tak odpovídala nejnižší věková kategorie 35–39 roků převážně ženy. Třetí nejčtenější odpovědí (n=9) respondentů, kteří se podílí na úpravě domu nebo bytu.

### **Jaká je vaše představa o způsobu života, jaký budete chtít vést v seniorském věku?**

Nejčtenější odpovědí (n=31) respondentů si představuje svůj způsob života v seniorském věku spojený s životem s rodinou a vnoučaty, (n=12) respondentů chce cestovat, věnovat se zálibám a koníčkům. O svůj zdravotní stav, aby byli schopni se věnovat čemu chtějí se obává (n=6) respondentů. (n=4) respondentů neví, jestli bude mít dostatečné finance na uspokojení svých potřeb.

### **V čem si myslíte, že se za 20-30 let budete lišit od současných seniorů?**

Jednoznačně se respondenti budou odlišovat v používání sociálních sítí, na tom se shodlo nejvíce respondentů (n=12), převážně mužů s VŠ vzděláním, (n=11) respondentů si myslí, že se dožijí vyššího věku a zároveň (n=11) respondentů se domnívá, že se sice dožije vyššího věku, ale s podstatně horším zdravotním stavem. S pozdějším odchodem do důchodu počítá (n=10) respondentů převážně vyučených. Lepší znalost cizích jazyků zvolilo (n=8) respondentů, (n=7) respondentů si myslí, že se v budoucnu od současných seniorů lišit nebudou.

## 9 DISKUZE

Předložená práce je teoreticko průzkumná. Teoretická část popisuje problematiku stáří a stárnutí a možnosti sociálních zařízení v ČR pro tuto cílovou skupinu.

Část průzkumná se věnuje demografii na Vysočině během nastávajících 30 let, udává současné kapacitní možnosti sociálních zařízení v tomtéž kraji a prezentuje názor střední populace, jaká bude za 30 let jako senior.

Další část práce bude věnována jednotlivým výzkumným cílům a jejím vysvětlení.

### **Výzkumný cíl č. 1. Nastítnit demografický vývoj populace seniorů na Vysočině v následujících 30 letech**

V předložené práci jsou analyzovaná získaná data, proto je vhodné využít metody sloužících pro analýzu časových řad. Mezi základní charakteristiky časových řad patří první diference, tempo růst, průměrné tempo růstu pro následující časové řady Průměrný koeficient růstu je roven 1,03 u mužů a 1,02 u žen, což udává, že **časové řady rostou o velmi malé procento**. To odpovídá i demografickému vývoji, kde se **projevuje stárnutí obyvatelstva** a pozvolný **nárůst osob s věkem 65 +**, obdobný nárůst generace seniorů můžeme vidět i v okolních státech EU na obrázku 1 (str. 13). I Kalvach (2008) tvrdí, že rostou pomalu mladší věkové skupiny vlivem menší plodnosti a porodnosti a přibývá více starší populace, u které klesá úmrtnost, zejména ve starším věku. Dle Juraškové (2014) je důvodem nižší úmrtnosti pravděpodobně zdravější životní styl, ekonomické podmínky, stále se rozšiřující možnosti současné medicíny i její superspecializace. Tento průběh byl ověřen také pomocí úmrtnostních tabulek v dalším postupu. Střední hodnota je vyšší u žen než u mužů, což znamená, že v průměru je ve společnosti v Kraji Vysočina **více žen** nad 65 let než **mužů**. Tempo růstu je v průměru vyšší také u žen než u mužů, to znamená, že žen nad 65 let přibývá rychleji než mužů. Dále byly použity testy Dvouvýběrový F-test pro rozptyl a Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů, kde hodnota  $P(T \leq t)$  (2) je menší než hladina významnosti 0,05. Lze tedy stanovit, že střední hodnoty obou souborů se nerovnají a průměrný počet dětí a seniorů se liší, tento nárůst seniorů vůči dětem můžeme pozorovat i v tabulce 11, po pětiletém období. Délka života od počátku 20. století stoupla do současnosti o třicet let. Prodloužení života je důsledkem změn ve všech oblastech života společnosti. Nejde pouze o prodloužení života, ale také o proměnu stáří, kvality života ve stáří a proměnu starých lidí jako jedinců i staré generace. Tyto změny se zpětně budou promítat i do společnosti. Nejde tedy pouze o to, že ve společnosti budou žít starší lidé než

v minulosti a jejich podíl bude vyšší, nýbrž změní se charakter společnosti, která se stane ze současné stárnoucí společnosti v dlouhodobou společnost. S tímto tvrzením souhlasí jen 25 % respondentů ve výzkumu Saka a Kolesárové (2008) „Názory a postoje české populace k seniorům“. Ovšem převažující část respondentů 37 % si myslí, že k takovým změnám nedojde.

## **Výzkumný cíl č.2 Kvantifikovat možnosti sociální péče o seniory v kraji Vysočina**

V Kraji Vysočina je poměrně hustá síť poskytování sociálních služeb pro seniory, přesto v některých regionech není zcela pokryta. Potřeba kapacit sociálních služeb se odvíjí od věkové struktury obyvatel 65+, a ta se v Kraji Vysočina postupně zvyšuje (v roce 2000 13,8 %, za deset let 15,9 % a v roce 2018 už to bylo 20,1 %), což můžeme vidět na grafech 11-16, přibývá také mnoho neuspokojených žádostí o sociální službu, viz tabulka 15. V tabulce 14 můžeme sledovat současnou kapacitu pobytových zařízení a v tabulce 17 vidíme již odhad kapacit, jaký by měl být v roce 2050 za předpokladu, že bude dodrženo stejné schéma jako v těchto letech. Poptávka je hlavně po pobytových sociálních službách, která se neustále zvyšuje. Pro srovnání byla použita DP P. Jiráskova (2012) s názvem Stárnutí populace a její vliv na budoucí potřeby kapacit vybraných zařízení sociální péče (na příkladu Kraje Vysočina) z Palackého Univerzity v Olomouci. Autor použil tehdy dostupná data Krajského úřadu Kraje Vysočina k 31.10.2010, vytvořil si podle prognózy Kraje Vysočina vlastní prognózy do roku 2030 pro správní obvody obcí s rozšířenou působností a na výsledné hodnoty uplatňoval výpočty doporučených normativů, aby stanovil potřebnou kapacitu zařízení pro seniory ve správních obvodech Kraje Vysočina. Už tehdy byla kapacita domů pro seniory naplněna. V Kraji Vysočina se nacházelo 24 domovů pro seniory s celkovou kapacitou 2 063 míst. Dle jeho prognóz by se do roku 2030 měla kapacita pobytových zařízení zvýšit o 1 375 míst, aby byla dostačující. Čekací doba na pobyt v sociálním zařízení se oproti stávajícímu stavu nijak nezměnila.

Cílem Kraje Vysočina, kromě zabezpečení pobytových sociálních služeb, je především podpora terénních sociálních služeb, jako je pečovatelská služba (terénní nebo ambulantní), osobní asistence. Z ambulantních služeb významné místo v péči o tuto cílovou skupinu zaujímají denní stacionáře / centra denních služeb, tyto služby jsou v současné době poskytovány např. v Havlíčkově Brodě, Ledči nad Sázavou, Jihlavě, Třebíči, Žďáru nad Sázavou, Pelhřimově, Světlé nad Sázavou, Lukách nad Jihlavou, Humpolci a v Brtnici. Klienti často využívají i odlehčovací službu, která je regionálně rozmístěna ve všech okresech. Z opatření, která jsou uvedena ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na roky 2016–2018,

schváleném dne 21. 6. 2016, je akcentováno optimalizování sítě pečovatelské služby jako služby základní – rozšíření služby do území, které není službou pokryto, a zároveň odstranění duplicit v poskytování služby v jednom území a dále optimalizování časové dostupnosti této sociální služby. Dále je jako opatření uvedeno optimalizování sítě poskytovatelů služeb osobní asistence, center denních služeb a denních stacionářů a jako další opatření je zmíněna podpora rozšíření kapacit domovů se zvláštním režimem v územích s nedostatečným zabezpečením této služby. (CZSO, 2016-18)

### **Výzkumný cíl č. 3 Zjistit jaké potřeby budou mít senioři (dnešní střední generace)**

#### **za 30 let**

Zjistit jaké potřeby bude mít dnešní střední generace, až bude sama v roli seniorů bylo cílem ankety. Odpovídaly převážně ženy 57 % a menší množství mužů 33 %. Ve věkové hranici 35-39 let se zúčastnilo nejvíce respondentů  $n=20$ . Šetření se nejvíce zúčastnilo středoškoláků 37 % a 30 % vysokoškoláků. 6 % s vyučením a 7 % s vyšším odborným vzděláním. Největší počet respondentů  $n=41$  (z toho 25 žen a 16 mužů) uvedlo, že se na období, kdy budou sami senioři připravují tak, že v současné době spoří nebo investují do nemovitostí. Další nejčetnější skupinou bylo  $n=17$  respondentů, kteří se na seniorský věk zatím nijak nepřipravují – zároveň je to nejmladší věková kategorie 35-39. Třetí nejčetnější odpověď bylo  $n=9$ , kteří se podílí na úpravě domu nebo bytu. Způsob života, jaký povedou v seniorském věku má  $n=31$  respondentů spojený s rodinou, vnoučaty. Druhou nejčetnější odpověď 17 % respondentů se chce v období vnoučatům, koníčků, kultuře. Obavy o své zdraví v důchodovém věku má  $n=6$  respondentů a  $n$  respondenti neví, zda budou mít dostatek financí k uspokojení svých potřeb. A jak si myslí, že se budou odlišovat od současných seniorů? Největší shoda  $n=12$  je v používání sociálních sítí, převážně u mužů s VŠ vzděláním. Dožití vyššího věku uvádí  $n=11$  a zároveň  $n=11$  se sice dožije vyššího věku, ale myslí si, že s podstatně horším zdravím. S delším setrváním v pracovním procesu počítá  $n=10$  respondentů. O tom, že se respondenti nebudou od svých předchůdců v ničem odlišovat je přesvědčeno  $n=7$ .

V porovnání s mladšími generacemi je na tom generace seniorů svým způsobem nejlépe. Největší podíl jejich generace má úspory a nemá dluhy. Čím větší část svého života generace prožila v polistopadovém režimu, tím je její finanční situace horší. Současná generace seniorů je poslední generací gramotné kultury a první generací, která mění kvalitu svého stáří a životního stylu ve stáří pomocí počítače, internetu a mobilu. Tato generace byla součástí mezigenerační propasti, která byla nejen propastí mezi generacemi, ale také propastí mezi

věkem gramotné kultury a kyberkultury. Tato generace také tuto propast překonávala. Ze současných seniorů ve věku šedesát až sedmdesát let již ke 40 % využívá počítač a internet. Současná generace seniorů je mimořádná tím, že v sobě slučuje aktivity gramotné kultury i kyberkultury. Je první i poslední generací, která ještě čte a její vzdělanost je také výsledkem celoživotní četby a již je i součástí kyberkultury. Život a životní styl seniorů je bohatý a v řadě směrů jsou senioři aktivnější než mladší generace. Generace seniorů je velice diferencovaná, vždyť mezi věkem šedesát a sto je stejně velký věkový rozdíl jako mezi novorozencem a čtyřicátníkem anebo mezi dvacátníkem a šedesátníkem. Z toho vyplývá rozdíl ve zdravotním stavu i diferenciaci života a (Sak, Kolesárová, 2012, s. 164-165).

## 11 ZÁVĚR

Jedním z cílů diplomové práce bylo nastínit demografii v Kraji Vysočina v čase 30 let. Zdravotní stav obyvatel se lepší a s tím se prodlužuje i šance dožít se vyššího věku. Což je doloženo již výše. Jenom za posledních dvacet let se naděje dožití u mužů zvýšila o 5,7 roků a u žen o 4,5 roku. A tento vývoj dle uvedené predikce bude následovat i v dalších letech. Bude se totiž zvyšovat podíl lidí v důchodovém věku.

Změna věkového složení společnosti přinese i nárůst závislého obyvatelstva na sociálním systému, potažmo na sociálních službách, což byl druhý cíl této práce. Kapacity současných domovů pro seniory jsou naplněné a čekací doby jsou zpravidla několik let. Zdaleka přesahují průměrnou dobu dvou let, jak uvádějí shodně všechna pobytová zařízení. Srovnáním s prací P. Jirásk (2012) se v této oblasti kapacit sociálních zařízení, dlouhých čekacích lhůt na pobyt v sociálním zařízení v rozmezí 8 let moc nezměnilo.

Kraj se podílí na poskytování sociálních služeb prostřednictvím investic do výstavby nových objektů, modernizace, rekonstrukce a zkvalitnění prostředí, kde se sociální služby poskytují a nastavením různorodosti poskytování sociálních služeb. Strategie Kraje Vysočina je v sociálních službách podporovat terénní a ambulantní služby, které pomáhají udržet člověka co nejdéle v jeho přirozeném prostředí a zároveň zajišťují potřebnou kvalitu sociálních služeb taktéž v domácím prostředí klienta a zajistit tyto služby v méně dostupné oblasti.

Novým typem sociálního bydlení pro seniory je komunitní bydlení. Takové bydlení zde není dlouho, ale z prvních zkušeností se ukazuje, že je smysluplné a účelné. Přispívá k prodloužení soběstačnosti a nezávislosti seniorů. Umožňuje rozvoj komunitního způsobu života na principu sousedské výpomoci, podpory rodiny, přátel a jejich blízkosti a současně také služeb, které jsou v rámci obce dostupné. Nabízí důstojný a podpůrný typ sociálního bydlení pro stárnutí v místě. Osobně se domnívám, že vybudování takového sociálního bydlení i na vesnici by mělo svůj význam a přínos, hlavně v dnešní době, kdy se snižuje možnost a ochota se o stárnoucího člena v rodině starat.

Poslední část PD byla zaměřena na průzkum populace, který byl proveden formou anonymní ankety. Jejím cílem bylo oslovit dnešní střední generaci, v jakých potřebách se bude lišit od současné generace za 30 let. Anketa byla vzhledem k epidemiologické situaci rozeslána elektronicky. Jsem si vědoma všech úskalí zvolené metody, která představuje nejistou návratnost a nereprezentativnost vzorku, který nejde zobecňovat na celou populaci.



Životní styl střední generace za 30 let se od dnešních seniorů bude asi značně lišit vlivem sociálních sítí, možností cestování a vyšším vzděláním.

Nemyslím, že by se mi do této práce vešla celá problematika stárnutí a současně navazující pokrytí sociálních služeb vůči zvyšující se populaci 65+ v Kraji Vysočina, ale pro praxi by mohla sloužit prognóza na základě analýzy věkové struktury a neuspokojených žádostí, jejichž počet neustále roste.

## Seznam literatury

ARTL, Josef a Markéta ARTLOVÁ. *Ekonomické časové řady*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-86946-85-6.

BALOGOVÁ, Beáta. *Seniori v spektre súčasného sveta*. Prešov: Akcent print, 2009. ISBN 978-80-89295-19-7.

BUDÍKOVÁ M., KRÁLOVÁ M., MAROŠ B. *Průvodce základními statistickými metodami*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3243-5.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4739-014.

DOMOV PRO SENIORY HAVLÍČKŮV BROD. [online]. 2018 [2019-01-15]  
Dostupné z <https://www.ddhb.cz/domov-pro-seniory-husova>

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

HÁTLOVÁ B. et. al. *Osobnost a aktivní životní styl seniorů ve věku 65-75 let. Psychologie a její kontexty* [online]. 2017, 8(1): s. 41-53. [cit. 2018-02-02]. ISSN 1805-9023. Dostupné z: [https://psychkont.osu.cz/fulltext/2017/2017\\_1\\_4\\_Hatlova-V.pdf](https://psychkont.osu.cz/fulltext/2017/2017_1_4_Hatlova-V.pdf)

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. přepr. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

HOLMEROVÁ I. et.al. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta, 2014.

ISBN 978-80-204-3119-6.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*.

Praha: Grada, 2013. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

JIRÁSEK, Petr. *Stárnutí populace a její vliv na budoucí potřeby kapacit vybranných zařízení sociální péče (na příkladu Kraje Vysočina)*. Olomouc 2012. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Katedra geografie.

JURAŠKOVÁ, Božena. *Senior a zdraví*. In: HOLMEROVÁ, I. et. al. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3119-6.

KALVACH, Z., et.al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*.

In: DVOŘÁČKOVÁ Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*.

Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MPSV ČR. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Analýza financování sociálních služeb*. 2019. 94 s. ISBN nevedeno.

MPSV ČR. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Slovník sociálního zabezpečení*. 1.vyd. 2015. 130 s. ISBN 978-80-7421-114-0.

MPSV ČR. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.

*ÚZ sociální zabezpečení*. Ostrava: Sagit, 2017. ISBN 978-80-7488-252-4.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. In: DVOŘÁČKOVÁ Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012.

ISBN 978-80-247-4138-3.

ONDRUŠKOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. 272 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. In: DVOŘÁČKOVÁ Dagmar.

*Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory.* Praha: Grada, 2012.

ISBN 978-80-247-4138-3.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří.* Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.

RAŠKA, Jan. Kde bydlí němečtí seniori. 2011 <https://www.i60.cz/clanek/detail/44/kde-bydli-nemecti-seniori>

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří seniorů.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.

TOMCZYK, Łukasz, KLIMCZUK, Andrzej. *Aging in the social space.* 2015. 144 s. ISBN 83-943-0250-5.

TOMEŠ, I. et. al. *Sociální souvislosti aktivního stáří.* 1. vyd, Praha: Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3612-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie.* Praha: Portál, 2000. 458 s. ISBN 80-7178-308-0.

VENCÁLEK, Ladislav. *Jak to chodí u sousedů. Pečuj doma.* Brno: Diakonie ČCE, 2015, 2, s. 2. E 18957.

VĚRTELÁŘ, P. et. al. *Komunitní dům seniorů 2016-2018.* Brno: Ústav územního rozvoje, 2019, 85 s. ISBN 978-80-87318-90-4.

VOSTATEK, J. et. al. *Financování a nákladovost sociálních služeb.* Tábor: APSS ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6.

WIJA, Petr, BAREŠ, Pavel a Jan ŽOFKA. *Atlas dlouhodobé péče ČR.* Institut pro sociální politiku a výzkum. Praha: 2019. 102 s. ISBN 978-80-907662-1-1.

WIJA, Petr, BAREŠ, Pavel a Jan ŽOFKA. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Institut pro sociální politiku a výzkum. Praha: 2019. 243 s. ISBN 978-80-907662-2-8.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1

ŽUMÁROVÁ, Monika a Beáta BALOGOVÁ. *Volný čas seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-9542-8. (e Pub)

#### **Elektronické zdroje:**

ANKETA SENIOR. Dostupné z <https://my.surveo.com/>

ANTOŠOVÁ, V. et. al. *Analýza kvality života seniorů v České republice*. Brno. s. 74. [online]. 2016 [cit. 2019-01-29] Dostupné z <https://www.mpsv.cz/files/clanky/32821/Kvalita-zivota-senioru-finalni-verze.pdf>

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2009, částka 61, s. 2902-2916. ISSN 1211-1244. Dostupné z <https://www.mvcr.cz/soubor/sb061-09-pdf.aspx>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 20. dubna 2016 o zdravotních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2016, částka 58, s. 2634-2641. ISSN 1211-1244. Dostupné z <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id>.

ČESKO. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 29.11.2006 kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění 387/2017 Sb. platné od 1.1.2018.

In: Sbíрка zákonů České republiky. 2006, částka 164, s. 2658. ISSN 1211-1244. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

ČSÚ ČR. *Důchody a důchodci v Kraji Vysočina 2019*. [online]. 2019 [cit. 2020-02-09]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/xj/duchody-a-duchodci-v-kraji-vysocina-v-roce-2019>

ČSÚ ČR. Český statistický úřad České republiky. Počet míst v zařízeních sociálních služeb. [online]. 2020 [cit. 2020-02-12]. Dostupné z <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vyhledavani&katalog=all&vyhltext=po%C4%8Det%20m%C3%ADst%20v%20za%C5%99%C3%ADzen%C3%ADch%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEeb>

ČSÚ ČR. Český statistický úřad České republiky. *Statistická ročenka kraje Vysočina*. [online]. 2018 [cit. 2018-02-11]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/4-obyvatelstvo-b23ggtde6q>

ČSÚ ČR. Český statistický úřad České republiky. Ženy a muži v Kraji Vysočina. [online]. 2019 [cit. 2019-10-11]. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/90863831/33023419a1.pdf/6c4ea6b8-44b5-4ee4-b14e-964facbfc91e?version=1.3>

ČSÚ ČR. Český statistický úřad České republiky. Zařízení sociálních služeb. [online]. 2019 [cit. 2019-10-10]. Dostupné z <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-vyhledavani&vyhltext=za%C5%99%C3%ADzen%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb&bkvt=emHFmcOtemVuw60gc29jacOhbG7DrWNoIHnsdcW-ZWI.&katalog=all&pvo=SZB07>

DAHLLIN-IVANOFF, S., EKLUND, K., WILHELMSON, K. *et al.* For whom is a health-promoting intervention effective? Predictive factors for performing activities of daily living independently. *BMC Geriatr* **16**, 171. 2016 [online]. [cit. 2018-03-16]. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0345-8>

DEMOGRAFIE. Měsíčník Českého statistického úřadu. [online]. 2017, 4(6) [cit.

2020-03-03]. ISSN 1804-7149. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/46203820/Simkova-Langhamrova>

HOSPIC. [online]. 2019 [cit. 2019-12-15]. Dostupné z <https://cs.wikipedia.org/wiki/Hospic>

IGF ALZEIMER CENTRUM TŘEBÍČ. [online]. 2019 [cit. 2019-12-15]. Dostupné z <https://www.igfalzheimercentrum.cz>

Jak se žije seniorům v ČR? [online]. 27.11.2017 [cit. 2019-01-30]. Dostupné z <http://www.rscr.cz/2017/11/jak-se-zije-senioru-v-cr/>

KAUFMANOVÁ, Petra. *Pohled seniorů na pečovatelskou službu. Sociální práce* [online]. 2004, 2.: s. 95-105 [cit. 2018-03-10]. ISSN 1213-624. Dostupné z: [www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf](http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf)

KRAJ VYSOČINA. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na roky 2016-2020*. [online]. 2018 [2018-11-04]. Dostupné z [m.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450008&id\\_dokumenty](http://m.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty)

KRAJ VYSOČINA. *Výroční zpráva*. [online]. 2018 [cit. 2019-01-06]. ISBN 978-80-87521-37-3. Dostupné z <https://www.kr-vysocina.cz/vyrocní-zpravy/ds-300319/p1=4073>

MPSV ČR. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Sociální služby*. [online]. 2019 [cit. 2019-01-30]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-sluzby-1#sszp>

Paliativní péče v ČR. [online]. 2020 [cit. 2020-02-10]. Dostupné z <https://paliativni-pece.cz/>

RADA SENIORŮ. *Kvalita života českých seniorů* [online]. 3.10.2014 [cit. 2019-01-30] Dostupné z <http://www.rscr.cz/2014/10/rada-senioru-usporadala-konferenci-na-tema-kvalita-zivota-ceskych-senioru/>

RADA VLÁDY PRO SENIORY ČR. [online]. 2006. [cit. 2018-03-05]. Dostupné z <http://www.rscr.cz/?s=rada+vlady+pro+seniory>

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Názory a postoje české populace k seniorům*. [online]. 2008 [cit. 2019-02-25]. Dostupné z [http://blistry.cz/files/2009/07/24/4\\_kvantitativni\\_vyzkum\\_populace\\_fin\\_2008.pdf](http://blistry.cz/files/2009/07/24/4_kvantitativni_vyzkum_populace_fin_2008.pdf)

SLOVENSKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 448/2008 Zb. ze dne z 30. října 2008. *Zákon o sociálních službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov*. Dostupné z <https://www.zbierka-zakonov.sk/?s=448%2F2008>

SLOVENSKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 461/2003 Zb. ze dne 30. října 2003. *Zákon O sociálnom poistení*. Dostupné z <https://www.zbierka-zakonov.sk/?s=Z%C3%A1kon+o+soci%C3%A1lnom+poisten%C3%AD+%C4%8D.+461%2F2003+Z.+z.%2C+>

Sociálna poisťovna. Starobný dôchodok. [online]. [cit. 2019-01-30] Dostupné z: <http://www.socpoist.sk/starobny-dochodok/1286> s

Starostlivosť o seniorov – ošetrovatelstvo [online]. [cit. 2019-02-10] Dostupné z [https://www.npz.sk/sites/npz/Stranky/NpzArticles/2013\\_06/Starostlivosť\\_o\\_seniorov\\_%E2%80%93\\_osetrovatelstvo.aspx?did=1](https://www.npz.sk/sites/npz/Stranky/NpzArticles/2013_06/Starostlivosť_o_seniorov_%E2%80%93_osetrovatelstvo.aspx?did=1)

System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce [online]. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z <https://polityka.zaczyn.org/system-wsparcia-spoecznego-osob-starszych-w-polsce/>

SZATUR-JAWORSKA. Dlouhodobá péče v Polsku. [online]. [cit. 2019-01-30]. Dostupné z <http://pecujeme.eracr.cz/wp-content/uploads/2014/05/Dlouhodob%C3%A1-p%C3%A9%C4%8De-v-Polsku.pdf>

TALARSKA, D., TOBIS, S., KOTKOWIAK, M., STRUGALA, M.,



STANISLAVSKA, J. a K., WIECZOROWSKA. *Determinants of Quality of Life and the Need for Support for the Elderly with Good Physical and Mental Functioning*. *Med Sci Monit*. 24. 2018 [online]. [cit. 2018-04-01] ISSN 1604-1613. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5870108/>

ÚP ČR. Úřad práce České republiky. *Příspěvek na péči*. [online]. 2019 [cit. 2019-02-04]. Dostupné z <https://www.uradprace.cz/socialni-sluzby>

Vaše práva v oblasti sociálního zajištění v Polsku Str. 27.[online]. 2012 [cit. 2019-01-30] Dostupné z Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení v Polsku. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Poland\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Poland_cs.pdf)

VIDOVIČOVÁ, Lucie a Marcela PETROVÁ-KAFKOVÁ. *Aktivita seniorů ve velkých městech: zdraví, prostor a subjektivní kvalita života* [online]. 2012 [cit.2019-01-30]. Dostupné z [http://sreview.soc.cas.cz/uploads/90dbb8d743d6938ef9b7702d6b2e1d49f2d6184e\\_12-5-08Vidovicova14.indd.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/90dbb8d743d6938ef9b7702d6b2e1d49f2d6184e_12-5-08Vidovicova14.indd.pdf)

VIDOVIČOVÁ, Lucie. Většinová společnost se neumí vžít do potřeb seniorů. *Magazín M: měsíčník masarykovy univerzity*. [online]. 2017 [cit. 2018-02-25] ISSN 2571-4198. Dostupné z <https://www.em.muni.cz/veda-a-vyzkum/9746-vetsinova-spolecnost-se-neumi-vzit-do-potreb-senioru>

VÝROČNÍ ZPRÁVA Domova pro seniory Velké Meziříčí. [online]. 2018 [cit. 2018-10-25]. Dostupné z <http://www.domovvm.cz/fik.php?nid=6845397>

WILHELMSON, K., FRITZELL, E., EKLUND, K. a S., DAHLLIN-IVANOFF. Life Satisfaction and Frailty Among Older Adults. *Health Psychology Research*. 1(3), e.32. 2013. ISSN 2420-8124. Dostupné z <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e32>

Zařízení v Kraji Vysočina – kontakty na služby sociální péče. [online]. 2019 [cit. 2019-02-10]. Dostupné z <https://www.kr-vysocina.cz/zpet-na-zarizeni-v-kraji-vysocina-kontakty-na-sluzby-socialni-pece/ds-300057>

## Příloha A

### ANKETA

Jmenuji se Věra Bláhová. Jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích, ošetrovatelské péče v interních oborech. Za účelem své diplomové práce „Vize senior roku 2050“, Vás chci požádat o vyplnění anonymní ankety, pokud je **Váš věk mezi 35-50 roky**.

Případné dotazy a připomínky směřujte na můj e-mail: verabl@post.cz

Děkuji za spolupráci Věra Bláhová

#### 1. JSTE:

- a) muž
- b) žena

#### 2. VÁŠ VĚK JE:

- a) 35-39
- b) 40-45
- c) 46-50
- d) 51-55

#### 3. VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ JE:

- a) základní bez vyučení
- b) vyučen/na
- c) středoškolské
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

#### 4. JAK VY SE OSOBNĚ PŘIPRAVUJETE NA OBDOBÍ, KDY BUDETE SENIOR? (např.

úprava bytu, spoření apod.)

.....

5. JAKÁ JE VAŠE PŘEDSTAVA O ZPŮSOBU ŽIVOTA, JAKÝ BUDETE  
CHTÍT VÉST

V SENIORSKÉM VĚKU?

.....

6. V ČEM SI MYSLÍTE, ŽE SE ZA 20-30 LET BUDETE LIŠIT VY OD  
SOUČASNÝCH

SENIORŮ?

.....