

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA EKONOMICKO-SPRÁVNÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Marie Moudrá

Univerzita Pardubice  
Fakulta ekonomicko-správní

# **Socioekonomické aspekty kvality života seniorů**

Marie Moudrá

Bakalářská práce

2011

Univerzita Pardubice  
Fakulta ekonomicko-správní  
Akademický rok: 2010/2011

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie MOUDRÁ**  
Osobní číslo: **E08664**  
Studijní program: **B6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management podniku - Manažerská etika**  
Název tématu: **Socioekonomické aspekty kvality života seniorů**  
Zadávající katedra: **Ústav veřejné správy a práva**

### **Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :**

Kvalita života jako ukazatel ovlivňující strategické rozhodovací procesy regionálního managementu  
Komunitní plánování sociálních služeb v Pardubicích se zaměřením na manažerské aktivity organizací poskytujících služby seniorům  
Nákladnost zajištění různých druhů sociální péče o seniory  
Výzkum veřejného mínění - potřebnost pobytových či terénních služeb (ekonomicko-sociální studie)

Rozsah grafických prací: —  
Rozsah pracovní zprávy: cca 30 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:


- GIDDENS A. Sociologie. Praha: Argo, 1999. 1. vydání. ISBN 80-7203-124-4  
MATOUŠEK O. a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2008. 2.vydání. ISBN 978-80-7367-502-8  
Kol. autorů. Jak se stát dobrým manažerem v NNO. Praha: Athinganoi, ČCF, Tereza, 2003  
ŠULEŘ, O., KOŠTAN, P. Firemní strategie: plánování a realizace. Praha: Computer Press 2002. 1.vydání. ISBN 80-7226-657-8  
RAPLEY, M. Quality of Life Research: A Critical Introduction. London: SAGE, 2003. 286 p. ISBN 978-0-7619-5456-9

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jan Mandys**  
Ústav veřejné správy a práva

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2010**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2011**

  
doc. Ing. Renáta Myšková, Ph.D.  
děkanka

L.S.

  
doc. Ing. Marcela Kožená, Ph.D.  
vedoucí ústavu

V Pardubicích dne 18. června 2010

## **Prohlašuji:**

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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4. 5. 2011

Marie Moudrá

## ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou socioekonomických aspektů kvality života seniorů, její první část byla věnována teoretickým poznatkům týkajícím se kvality života a sociálním službám, které jsou seniorům poskytován. Část byla věnována komunitnímu plánování sociálních služeb a v souvislosti s tím také jejich kvalitě.

Poté, co bylo pomocí charakteristiky demografického vývoje v městě Pardubice poukázáno na to, že trend stárnutí populace se projevuje také v této lokalitě, mohla být pozornost věnována již samotnému empirickému průzkumu. V rámci nějž byly provedeny standardizované rozhovory na základě kombinace oficiálního dotazníku WHOQOL-OLD a dotazníku na spokojenost s místním společenstvím od Týmové iniciativy pro místní udržitelný rozvoj, o. s. Cílem tohoto empirického průzkumu bylo zjištění spokojenosti seniorů s místním společenstvím a popsání jejich spokojenosti s kvalitou vlastního života.

## KLÍČOVÁ SLOVA

senior, kvalita života, sociální služby, komunitní plánování

## TITLE

Socioeconomic aspects of quality of seniors' life

## ANNOTATION

This bachelor work deals with socioeconomic aspects of quality of seniors' life, the first part was devoted to the theoretical knowledge in the quality of life and social services that are provided to seniors. The part was devoted to community planning of social services and in connection with it, as well as their quality.

After pointing out that the aging trend is also evident in this area by demographic characteristics of development in the town of Pardubice, attention could be paid to empirical research. In which standardized interviews were carried out by a combination of formal questionnaire WHOQOL-OLD and questionnaire on satisfaction with the local community from the Team Initiative for Local Sustainable Development, c. a. The purpose of this empirical research was to determine seniors' satisfaction with the local community and describe their satisfaction with the quality of their lives.

## KEYWORDS

Senior, quality of life, social services, community planning

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu své bakalářské práce Mgr. Janu Mandysovi za trpělivé a odborné vedení. Mé poděkování patří také mé rodině, mému příteli, bývalé kolegyni Denise Šilhánové za pomoc při sběru dat, ochotným seniorům, kteří se spolupodíleli na výzkumném šetření, a zaměstnancům Domova pro seniory Dubina.

# Obsah

Úvod .....	10
1. Kvalita života .....	12
1. 1. Definice pojmu kvalita života.....	12
1. 2. Kvalita života jako ukazatel.....	13
1. 3. Metody měření kvality života.....	15
2. Sociální služby poskytované seniorům.....	19
2. 1. Definice sociální služby a právní úprava jejího poskytování .....	19
2. 2. Domovy pro seniory.....	21
2. 3. Domovy se zvláštním režimem.....	22
2. 4. Odlehčovací služby .....	23
2. 5. Denní stacionáře.....	23
2. 6. Týdenní stacionáře .....	24
2. 7. Pečovatelská služba.....	24
3. Komunitní plánování sociálních služeb.....	26
3. 1. Plánování sociálních služeb.....	26
3. 2. Sociálně demografická analýza .....	27
3. 3. Komunitní plánování sociálních služeb .....	28
3. 4. Demografický vývoj v Pardubickém kraji .....	32
3. 5. Komunitní plánování sociálních služeb v městě Pardubice .....	35
3. 6. Pracovní skupina seniorů.....	36
4. Kvalita sociálních služeb .....	38
4. 1. Standardy kvality sociálních služeb .....	38
5. Aktuální situace seniorů v městě Pardubice .....	44
5. 1. Věkové složení obyvatelstva města Pardubice v roce 2009.....	44
5. 2. Sociální služby poskytované seniorům na území města Pardubice	45
6. Metodologická východiska .....	47
6. 1. Cíle výzkumu.....	47
6. 2. Deskripce použitých metod .....	47



6. 3. Dotazník WHOQOL – OLD.....	48
6. 4. Dotazník TIMUR .....	49
6. 5. Časový plán .....	50
6. 6. Deskripce zkoumaného vzorku.....	50
7. Interpretace výsledků.....	52
7. 1. Spokojenost seniorů s místním společenstvím .....	52
7. 2. Fungování smyslů .....	55
7. 3. Nezávislost.....	56
7. 4. Naplnění .....	57
7. 5. Sociální zapojení.....	57
7. 6. Smrt a umírání .....	57
7. 7. Blízké vztahy .....	59
Závěr.....	60
Seznam použité literatury .....	62
Seznam obrázků .....	65
Seznam příloh .....	65

# Úvod

Stáří je nevyhnutelnou etapou lidského života, která je často považována za etapu spíše pasivního charakteru a je na ni nahlíženo poměrně negativně. Toto však není charakter pouze dnešní doby, s negativním postojem vůči starším lidem je možné se setkat v minulosti i v přítomnosti a zřejmě nebude zcela odbourán ani v budoucnosti. Faktem ale zůstává, že přestože jsou často podceňováni, mají nám lidé v seniorském věku stále mnoho co nabídnout. Není pro ně totiž charakteristické pouze velké množství zkušeností, laskavost a obětavost, ale obvykle také rozsáhlé vědomosti a mnohdy až překvapivá schopnost kreativního myšlení.

V dnešní době je zapotřebí reagovat na proces stárnutí populace, demografický vývoj, kdy se mění věková struktura obyvatelstva, počet osob starších 60 let se zvyšuje relativně rychleji než populace jako celek a zároveň se snižuje podíl osob mladších 15 let. Tento celosvětový trend si žádá změny nejen v oblasti zdravotnictví či sociální a penzijní politiky, ale také v oblasti managementu a to jak regionálního tak managementu malých a středních podniků. Senioři se totiž stávají stále větším a významnějším segmentem trhu, takže je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost jejich potřebám. Velké množství produktů a služeb může být uzpůsobeno, aby lépe vyhovovalo charakteristickým požadavkům této skupiny obyvatel. Lidé by měli mít nárok prožít podzim svého života spokojením a obklopením věcmi, které jim toto období usnadňují a zpříjemňují.

Toto je jeden z důvodů, proč jsem si vybrala jako téma této bakalářské práce právě socioekonomické aspekty kvality života seniorů a stanovila si za cíle **charakterizovat aktuální situaci seniorů v městě Pardubice, se zaměřením na jim poskytované sociální služby, a zjistit, jak senioři sami vnímají kvalitu svého života**. Dalším důvodem je můj osobní zájem.

Abyste mohla být charakterizována situace seniorů v městě Pardubice a jejich pohled na vlastní život, bylo nezbytné nejprve definovat samotný pojem kvalita života a

charakterizovat metody jejího měření. Kromě toho jsou v první části této práce rozebrány také pojmy jako sociální služba či komunitní plánování. Pozornost je věnována především druhům poskytovaných sociálních služeb a následně také jejich kvalitě.

Konkrétní sociální služby poskytované na území města Pardubic jsou uvedeny v druhé části této práce spolu s charakteristikou současného demografického vývoje na tomto území. Následuje již samotný empirický průzkum prováděný v prostorách Domova pro seniory Dubina Pardubice, který se zabývá spokojeností seniorů s místním společenstvím a jejich postojem ke kvalitě vlastního života. Pro tento průzkum bylo využito oficiálního dotazníku WHOQOL – OLD a dotazníku TIMUR. Výsledky průzkumu jsou zaznamenány v příloze 2, jejich interpretace je pak záležitostí sedmé kapitoly.

# 1. Kvalita života

Tato práce se zabývá socioekonomickými aspekty kvality života seniorů, je tedy zapotřebí si nejprve vymezit několik základních pojmů. Cílem této kapitoly je vymezit samotný pojem kvalita života a upozornit na několik nejznámějších metod jejího měření.

## 1. 1. Definice pojmu kvalita života

Jak zmiňuje Hnilicová, H. (2005) termín „kvalita života“ byl poprvé v historii použit v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. V té době se jednalo především o vliv státních dotací na kvalitu života chudších vrstev společnosti a na celkový vývoj státních financí. Později byl termín „kvalita života“ použit v projevu amerického prezidenta Johnsona, který prohlásil zlepšování kvality života za cíl své domácí politiky, čímž naznačil, že za ukazatel společenského blaha nepovažuje pouze kvantitu spotřebovaného zboží. V dnešní době je pojem kvalita života používán v lékařství, ekonomice, sociologii, psychologii i v mnoha dalších vědních oborech.

Definice kvality života vychází z Maslowovy hierarchie potřeb, podle níž jsou potřeby člověka seřazeny od nejnižších po nejvyšší do pomyslné pyramidy, přičemž platí, že alespoň částečné uspokojení níže položených potřeb je podmínkou pro vznik potřeb vyšší úrovně.

„Kvalita života je obvykle definována jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Je posuzována především podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, dostupnosti základních služeb jako je školství nebo zdravotnictví, mezilidských vztahů, volného času, pracovních podmínek a spokojenosti s pracovním zařazením, sociálního začlenění do společnosti, úrovně sociálních jistot, bezpečí a osobní svobody.“ (VŠE; 2011)

Kvalita života může být definována i z jiných úhlů pohledu. Z lékařského hlediska definuje kvalitu života Světová zdravotnická organizace jako „jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním,

sociální vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“ (Vaňurová, H., Mühlpachr, P.; 2005) Zdraví jedince není však ani v této definici chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav „úplné fyzické, psychické a sociální pohody“.

Oproti tomu podle Vysoké školy ekonomické (2011) splývá z hlediska environmentálního do jisté míry kvalita života s kvalitou životního prostředí a je často posuzována z hlediska kvality ovzduší, vod, půdy, dostatku zeleně apod.

Ze sociologického hlediska bývá kvalita života vymezena ve vztahu k životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu, slouží především k diferenciaci podmínek života od vlastního životního pocitu lidí.

Z psychologického hlediska je kvalita života často spojována s pojmem „well-being“, který se do češtiny překládá jako „osobní pohoda“ nebo jako „životní blaho“. Podle profesorky Huppertové, F. (2011) odkazuje „well-being“ na pozitivní a udržitelné vlastnosti, které umožňují jednotlivcům mít úspěch a dosahovat osobních vrcholů.

Lze konstatovat, že žádná z existujících definic nebyla doposud všeobecně akceptována, přesto je možné říci, jak poznamenává Hnilicová, H. (2005), že kvalita života je obecně chápána jako důsledek interakce sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních faktorů, které ovlivňují vývoj člověka jak na úrovni jednotlivce, tak na úrovni celých společností.

## **1. 2. Kvalita života jako ukazatel**

Kvalita života je jakožto ukazatel využívána odborníky z mnoha vědních oborů, včetně ekonomie. Snahy o její zachycení se v průběhu let vyvíjely podobně jako její definice od prvotního chápání kvality života jakožto materiálního zabezpečení až po moderní přístup, který se více zaměřuje na subjektivní stránku této problematiky. Jak naznačuje předchozí věta a jak upozorňuje Hnilicová, H. (2005), vědci na základě výzkumů zjistili, že pro stanovení skutečné kvality lidského života nestačí pouze měřitelné hodnoty, ale že je potřeba právě stanovení subjektivních indikátorů, které ukazují, jak svůj život hodnotí sami lidé. Kvalita života tudíž nemůže být závislá pouze na ekonomickém

růstu, jak se původně vědci domnívali. V podstatě je spíše chápána jako jakýsi protipól kvantitativních ekonomických ukazatelů.

Zachycení kvality života je tedy velmi problematické, neboť neexistuje ani jednotná definice, ani jednotný měřicí nástroj. Obvykle se vychází z porovnání objektivních a subjektivních ukazatelů, přičemž se jednotlivé faktory vymezují v závislosti na účelu výzkumu. Mezi objektivní ukazatele kvality života se podle Kučery, V. (2009) řadí například úroveň zdravotních služeb, kriminality, školství, bydlení či výše příjmů. Oproti tomu subjektivní stránka kvality života se podle Hnilicové, H. (2005) týká především lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem.

Zkoumané faktory ovlivňující kvalitu života jsou velmi individuální, snaží se totiž postihnout co nejlépe zájmy zkoumané skupiny obyvatelstva a liší se, jak již bylo zmíněno, podle účelu výzkumu.

Metody zkoumání kvality života se liší nejen podle účelu výzkumu, ale také podle oboru, který se výzkumem zabývá. Tato různorodost je dána odlišným pojetím definice kvality života v jednotlivých oborech. Podle Hnilicové, H. (2005) existují v zásadě tři přístupy ke zkoumání kvality života, jedná se o přístup psychologický, sociologický a medicínský.

Pro psychologii je při výzkumu kvality života podstatná snaha postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. Podle mnohých autorů se zmíněná subjektivní pohoda skládá z aktuální subjektivní pohody a habituální subjektivní pohody. Aktuální subjektivní pohoda je charakterizována právě prožívanými emocemi, náladami a tělesnými prožitky. Habituální subjektivní pohoda je podle Džuky, J. (1994) subjektivní pohodou, která je pro jedince typická a která je výsledkem emocionálních zkušeností, vztahuje se tedy k delšímu časovému období několika posledních týdnů či měsíců a k celému životu. Habituální subjektivní pohoda je tedy poměrně stabilní.

Jak zmiňuje Hnilicová, H. (2005), v poslední době je možné se ve výzkumu kvality života z psychologického hlediska setkat s trendem snahy zachytit kvalitu života v globálním měřítku a definovat tzv. „pilíře štěstí“. Někteří autoři definují zmíněné pilíře štěstí jako následující pozorované jevy:

- „fenomén kompetence – pocit, že něco umím, jsem s to dělat něco smysluplného a jsem v tomto směru aktivní
- fenomén autonomie – rozhoduji o svém vlastním životě, mám ho pod kontrolou
- fenomén nalomenosti – cítím se být svázan s jinými lidmi a toto všechno vyúsťuje v sebeúctu, to znamená, že si sám sebe vážím“ (Payne, J.; 2005, str. 210 - 211).

Sociologické hledisko, podle Hnilicové, H. (2005), zdůrazňuje oproti hledisku psychologickému atributy sociální úspěšnosti, mezi něž se řadí především sociální status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání a rodinný stav. Přestože i v sociologickém hledisku je kvalita života definována jako subjektivní životní pocit, sociologické výzkumy kvality života se zabývají především vztahem výše zmíněných atributů ke kvalitě života a také vlivem sociálních nebo sociálně-zdravotních programů na kvalitu života obyvatel určité oblasti.

Z medicínského hlediska je kvalita života chápána především v souvislosti s oblastí psychosomatického a fyzického zdraví, nejčastěji používaným termínem v této oblasti je anglické slovní spojení „health related quality of life“, do češtiny překládané jako kvalita života ovlivněná zdravím. Kromě klinických ukazatelů a objektivních informací o fyzickém a psychickém stavu pacientů se již specialisté ve zdravotnických střediscích zabývají i subjektivním postojem pacientů k jejich stavu a faktorům jako je například přítomnost bolesti nebo samostatnost.

Jak zmiňuje Hnilicová, H. (2005), kvalita života se stala důležitým ukazatelem především v oblasti péče o nevyлéčitelně tělesně nebo duševně nemocné, kde vedla k mnohým změnám v přístupu k těmto lidem.

### **1. 3. Metody měření kvality života**

Stejně jako existuje mnoho přístupů k pojetí kvality života, existuje i mnoho metod jejího měření. Metody měření kvality života mohou být z všeobecného hlediska rozděleny podle toho, kdo kvalitu života hodnotí. Podle Křivohlavého, J. (2002) mohou být metody měření kvality života rozděleny do tří skupin:

- metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba
- metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba
- metody smíšené, vzniklé kombinací předchozích typů

Metody, kdy kvalitu života hodnotí druhá osoba, jsou využívány především v lékařském prostředí. Jednou z těchto metod je Karnovskyho index, který je v angličtině označován jako „Performance status index“. Tento index stanovuje lékař a vyjadřuje jím své mínění o celkovém zdravotním stavu pacienta. Jak upozorňuje Křivohlavý, J. (2002), tato metoda není pouhým výčtem zdravotních problémů, nýbrž umožňuje celkový náhled na pacientův stav. Škála hodnocení Karnovskyho je vyjádřena v procentech, přičemž 100% vyjadřuje, že pacient je v normálním stavu a neprojevují se u něj žádné obtíže, oproti tomu 0% vyjadřuje, že je pacient již mrtev.

Další metodou, kdy kvalitu života hodnotí druhá osoba, je Index kvality života pacienta, označovaný zkratkou ILF. Jak zmiňuje Křivohlavý, J. (2002), oproti výše zmíněnému Karnovskyho indexu je ILF založen na slovně formulovaných kritériích týkajících se mimo jiné pacientovy sebeobslužnosti, sociální opory pacienta, zvládnání těžkostí spojených s nemocí, bolesti pacienta a jeho celkového emocionálního stavu.

Na tento systém navázal Spitzer W. O. (Spitzer et al., 1981) svým systémem kritérií kvality pacientova života, který dosud patří k nejpoužívanějším na světě. Mezi kritéria kvality pacientova života zařazená do systému Spitzera W. O. patří podle Křivohlavého, J. (2002) pracovní schopnost pacienta, fyzická nezávislost pacienta na cizí pomoci, jeho finanční situace, způsob trávení volného času, bolesti pacienta, nepohodlí, nálada, vědomí pacienta o následcích jeho nemoci, komunikace pacienta s okolím, vztah pacienta s jeho rodinou a přáteli.

„Způsob hodnocení kvality života druhými lidmi – ať obecně, či podle určitých kritérií (artifrárně) – vykazoval vzdor všem dobrým snahám někdy až dosti značné rozdíly v tom, jak kvalitu svého života hodnotil sám pacient. To bylo podnětem pro hledání jiných cest k hodnocení a zaznamenávání často až výrazně se měnící kvality života. Cestou, která



se zde objevila, bylo měření kvality života tak, jak je subjektivně hodnocena tím, koho se osobně týká.“ (Křivohlavý, J.; 2002, str. 168)

Metody měření kvality života, při nichž kvalitu hodnotí druhá osoba, mají nesporné výhody například v tom, že jsou založeny na modelu „obecného pacienta“ a umožňují tak, jak podotýká Křivohlavý, J. (2002), porovnávání pacientů různých oddělení a v různých stádiích nemoci. Jejich velkým nedostatkem je, jak upozorňují Patrick, D. L. a Erickson, J. (1993), že nezohledňují názor samotného pacienta, pro nějž mohou být prioritní zcela odlišné dimenze života, nežli předpokládají lékaři.

Jednou z nejrozšířenějších metod měření kvality života, kdy hodnotitelem je sama daná osoba, je metoda SEIQoL. Toto označení je zkratkou anglického slovního spojení „Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life“, které překládáme jako Systém individuálního hodnocení kvality života. Křivohlavý, J. (2002) poukazuje na to, že tento systém neklade předem žádná kritéria a nestanovuje, co je správné a co ne. Vychází z osobního pojetí definice kvality života pacientem a z pacientova vlastního systému hodnot. V rámci metody SEIQoL dostane každý respondent za úkol uvést pět podnětů, životních cílů či zaměření, které jsou pro něj osobně nejdůležitější. Nejčastěji uváděnými důležitými aspekty života jsou podle Křivohlavého, J. (2002) zdraví, rodina, práce, víra, finance a vzdělání. Podněty, které respondent v dané situaci uvede jako podstatné, se mohou během života měnit. Součástí této metody bývá interview s dotazovanou osobou, které má napomoci určit, které podněty jsou v daném okamžiku „kriticky závažné“. Pomocí analýzy respondentova názoru a jeho přesvědčení se určuje také relativní důležitost jednotlivých podnětů. Některé životní aspekty jsou uváděny podstatně častěji staršími lidmi, patří mezi ně například zmíněná víra, aktivity ve volném čase, životní podmínky a sociální činnosti, přesto platí, že důraz kladený na hodnoty jako je rodina, zdraví a nezávislost se s narůstajícím věkem téměř nemění.

Výsledky metody SEIQoL potvrzují, že hodnocení kvality života je skutečně individuální záležitostí. Důkazem může být například fakt, který uvádí Křivohlavý, J. (2002), že pouze dva lidé z dvačtyřiceti respondentů uvedli stejnou pětici nejdůležitějších podnětů.

Z předchozích odstavců vyplývá, že metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba, dokážou zachytit tuto individuálnost lépe než metody, při nichž je hodnotitelem druhá osoba. Existují však ještě metody, které jsou kombinací obou výše zmiňovaných. Mezi takovéto smíšené metody zjišťování kvality života patří například metoda označovaná zkratkou MANSA, je to akronym anglického slovního spojení „Manchester Short Assessment of Quality of Life“, které překládáme jako Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. Podle Křivohlavého, J. (2002) respondent při této metodě hodnotí nejen svou celkovou spokojenost se životem, ale vyjadřuje se také k několika předem stanoveným dimenzím života, jako je zdravotní stav, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, bezpečnostní situace, právní stav, životní prostředí, víra, účast na aktivitách volného času, finanční situace a zaměstnání, případně škola.

V rámci metody MANSA bývá vypracovávána Škála životního uspokojení, často označovaná anglickým výrazem „Life Satisfaction Scale“ nebo zkratkou LSS. Pomocí Škály životního uspokojení se měří každá z výše uvedených dimenzí života, jejím základem je vizuální stupnice tvořená vodorovnou osou o sedmi stupních. Každý stupeň odpovídá jisté spokojenosti respondenta s uvedenou dimenzí, přičemž podle Křivohlavého, J. (2002) je minimum definováno jako „nemůže to být již horší“ a maximum jako „nemůže to být již lepší“.

Metody zmiňované v této kapitole nejsou určeny pouze pro použití ve zdravotnictví, především poslední jmenovaná metoda MANSA je často využívána k výzkumu kvality života občanů, její výsledky bývají podkladem pro rozhodování například v oblasti sociální a zdravotní politiky v regionu.

## **2. Sociální služby poskytované seniorům**

Jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, kvalita života není ukazatelem důležitým pouze pro medicínskou oblast. Je často využívána jako faktor manažerského rozhodování v oblasti sociálních služeb a to především na regionální úrovni. Tato kapitola se zabývá definicí sociálních služeb, jejich právní úpravou a specifickými znaky jednotlivých sociálních služeb poskytovaných seniorům na území České republiky.

### **2. 1. Definice sociální služby a právní úprava jejího poskytování**

K podmínkám poskytování sociálních služeb se váže hned několik právních předpisů. Základní rámec k zajištění potřebné podpory a pomoci zajišťuje zákon o sociálních službách z roku 2006, v platném znění. Poskytování sociálních služeb se samozřejmě řídí také Listinou základních práv a svobod, zákonem o sociálním zabezpečení, zákonem o pomoci v hmotné nouzi, zákonem o životním a existenčním minimu a vyhláškami upravujícími tyto zákony.

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je sociální služba definována jako činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení<sup>1</sup> podle tohoto zákona. Jak naznačuje již předchozí věta, sociální služby jsou poskytovány osobám společensky znevýhodněným za účelem zlepšit kvalitu jejich života, začlenit je do společnosti a poskytnout jim důstojné podmínky k životu odpovídajícímu současné úrovni rozvoje společnosti. Jak ale upozorňuje Matoušek, O. (2007), sociální služby jsou tu nejen proto, aby zajišťovaly podporu a pomoc lidem v nepříznivé sociální situaci, ale také proto, aby chránily společnost před riziky, jejichž nositeli mohou tito lidé být.

V předchozím odstavci byl zmíněn pojem nepříznivá sociální situace, zřejmě by bylo na místě vysvětlit, co pod tímto pojmem, užitým i v zákonu o sociálních službách, míníme. Nepříznivá sociální situace je v §3, písm. b) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definována jako „oslabení nebo ztráta schopností z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se

---

<sup>1</sup> Sociální vyloučení můžeme definovat jako „vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace“ (Kocmanová, H.; 2008, str. 6).

společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných vážných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.“ Jak upozorňuje Kocmanová, H. (2008), neexistuje měřítko, podle něž by se dalo určit, zda se osoba nachází v nepříznivé sociální situaci, důvody vedoucí k této situaci mohou být u každého člověka odlišné. Šveřepa, M. (2006) poznamenává, že sociální služba by měla na osobu, které je poskytována působit aktivně a motivovat ji k činnostem, které neprodlužují ani nezhoršují onu nepříznivou sociální situaci, v níž se daná osoba nachází, přičemž rozsahem a formou pomoci musí sociální služba zachovávat lidskou důstojnost.

Mezi sociální služby řadíme nejen samotné služby sociální péče, ale také sociální poradenství a služby sociální prevence. Sociální poradenství je službou bezplatnou a jak konstatuje Kocmanová, H. (2008), je nedílnou a povinnou součástí všech druhů sociálních služeb a všichni poskytovatelé těchto služeb jsou povinni sociální poradenství zajistit, nelze jej ale zaměňovat s činností informačních center.

Služby sociální prevence se snaží zabránit sociálnímu vyloučení lidí, kteří jsou tím ohroženi, ať již z důvodu nepříznivé sociální situace, životních návyků a způsobu života vedoucímu ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícímu prostředí či ohrožením práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby.

Služby sociální péče zabezpečují osobám v nepříznivé sociální situaci základní životní potřeby, napomáhají jim zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem služeb sociální péče je umožnit osobám v nepříznivé sociální situaci zapojení do běžného života v nejvyšší možné míře, a pokud toto není možné, zajistit těmto osobám důstojné prostředí a zacházení.

Zákon o sociálních službách definuje podle formy poskytování tři druhy sociálních služeb – služby pobytové, služby ambulantní a služby terénní. Mezi služby pobytové se řadí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Řadíme mezi ně především domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a týdenní stacionáře. Službami ambulantními se míní služby, za kterými osoby, jimž jsou poskytovány, dochází, případně jsou doprovázeny či dopravovány jinými osobami. Touto formou jsou poskytovány služby denních stacionářů, dle zákona tak mohou být poskytovány také

odlehčovací a pečovatelské služby. Za terénní služby jsou považovány služby poskytované lidem v jejich přirozeném sociálním prostředí. Tato forma je charakteristická především pro poskytování odlehčovacích a pečovatelských služeb. Ubytování není součástí ani ambulantní ani terénní služby.

Poskytovateli těchto služeb mohou být podle §6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, územní samosprávné celky, jimi zřizované právnické osoby, jiné právnické osoby, fyzické osoby, ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu, pakliže splňují podmínky stanovené tímto zákonem. Od roku 1989 se na zřizování a provozování sociálních služeb významným způsobem podílejí i církve.

## **2. 2. Domovy pro seniory**

Domovy pro seniory jsou podle §49 zákona o sociálních službách pobytovými zařízeními, která poskytují své služby osobám, jejichž soběstačnost je snížena především z důvodu věku. Cílem těchto pobytových zařízení je poskytovat seniorům, kteří vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, ošetrovatelské, zdravotní a sociální služby, přičemž se snaží o co největší zachování běžného způsobu života, na nějž byly tyto osoby zvyklé.

Do této kategorie sociálních služeb řadí legislativa České republiky podle Matouška, O. (2007) tři typy pobytových služeb, které až do roku 2006 existovaly samostatně, jednalo se o domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a penziony pro důchodce. Domovy důchodců poskytovaly seniorům plné zaopatření – ubytování, stravu, úklid, praní a žehlení prádla, základní zdravotnickou a ošetrovatelskou péči. Kromě toho nabízely seniorům denní skupinové programy. Domovy s pečovatelskou službou poskytovaly uživatelům byty, v nichž byli v pronájmu a měli ve všední dny na objednání dostupné základní služby jako například pomoc s vedením domácnosti, ošetrovatelskou péči, pomoc při osobní hygieně nebo doprovod při cestách na úřady či k lékaři. Penziony pro důchodce byly určeny soběstačným uživatelům, jimž byl poskytnut nájemní byt, přičemž si mohli objednat některé služby jako například nákup, praní či žehlení prádla či pomoc při úklidu domácnosti. Roku 2006 sjednotila česká legislativa tyto typy služeb do jediné služby domova pro seniory.

Mezi základní služby poskytované v domovech pro seniory patří pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně, případně poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

V rámci této služby je seniorům poskytováno nejen ubytování a strava, ale také sociálně terapeutické činnosti, a aktivizační činnosti, s nimiž obvykle úzce souvisí zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím. Sociálně terapeutické činnosti se zaměřují na posilování sociálních dovedností potřebných v každodenním životě. Aktivizačními činnostmi jsou volnočasové aktivity připravované pracovníky domova. Uživatelé se tak mohou i nadále věnovat svým zájmům v rozsahu, který odpovídá jejich zdravotnímu stavu. Často zařazovanými aktivitami jsou například ruční práce, besedy, promítání filmů, některé sportovní aktivity, poslech hudby či zpěv, ale také cvičení paměti.

Úkolem zaměstnanců domova pro seniory je také zajišťovat svým klientům pomoc při obstarávání osobních záležitostí i při uplatňování jejich práv a oprávněných zájmů.

### **2. 3. Domovy se zvláštním režimem**

Domovy se zvláštním režimem jsou podle §50 zákona o sociálních službách určeny osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu chronického duševního onemocnění či závislosti na návykových látkách, osobám trpícím schizofrenií, Alzheimerovou demencí nebo jinými druhy demencí. Tito lidé vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Podobně jako u domovů pro seniory se jedná o celoroční pobytová zařízení, která se snaží poskytnout svým klientům důstojné podmínky pro život a zároveň pobyt v prostředí, které pokud možno odpovídá jejich domácímu prostředí. Celodenní aktivity jsou opět přizpůsobovány požadavkům klientů a zahrnují v sobě kromě jiného aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Podobně jako u domovů pro seniory, patří i u domovů se zvláštním režimem mezi základní činnosti dané zákonem o sociálních službách nejen poskytování ubytování a stravy, ale také pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

## **2. 4. Odlehčovací služby**

Oproti oběma službám zmiňovaným v předchozích odstavcích, odlehčovací služba je v §44 zákona o sociálních službách definována jako služba, která může být poskytována jak formou pobytové služby, tak formou služby ambulantní nebo terénní služby. Tato služba je určena pro osoby, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, ale péči o jejich osobu vykonává jiná fyzická osoba v jejich přirozeném sociálním prostředí. Odlehčovací služba zajišťuje pro tuto fyzickou osobu nezbytný odpočinek a na čas přebírá její povinnosti, případně jejich část, může být poskytována v určité dny nebo hodiny v domácnostech nebo zařízeních s dlouhodobým pobytem a může být poskytována opakovaně.

Základními činnostmi poskytovanými touto službou jsou podle §44 zákona o sociálních službách pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy případně pomoc při jejím zajištění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, při uplatňování práv a oprávněných zájmů, dále pak výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Pakliže je odlehčovací služba poskytována formou pobytové služby, poskytuje samozřejmě také ubytování. Délku pobytu pak obvykle určuje pečující osoba podle toho, jak dlouhý potřebuje odpočinek, běžně se jedná o jeden až čtyři týdny. Po ukončení této služby se osoba, jíž byla poskytována, navrácí zpět do svého přirozeného sociálního prostředí.

## **2. 5. Denní stacionáře**

Denní stacionáře jsou službou poskytovanou v ambulantní formě. Jejich klienty jsou podle §46 zákona o sociálních službách opět osoby, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku, zdravotního postižení či chronického duševního onemocnění. Tyto osoby opět vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Denní stacionáře jsou často využívány seniory, kteří se cítí osamoceni, případně nemají dostatek příležitostí ke kontaktům se společenským prostředím.

Činnosti poskytované touto službou jsou v podstatě shodné s činnostmi poskytovanými v domovech pro seniory, významným rozdílem ale je, že denní stacionáře neposkytují ubytovací služby. Uživatelé těchto zařízení do nich pravidelně dochází, případně jsou do nich doprovázeni či dopravováni jinou osobou. Klienti jsou obvykle v péči své rodiny a do stacionáře docházejí v době, kdy je rodina v zaměstnání, je jim tak umožněn pobyt v domácím prostředí a zároveň možnost širšího sociálního kontaktu.

## **2. 6. Týdenní stacionáře**

Týdenní stacionáře poskytují podobně jako domovy pro seniory služby pobytového typu osobám, jejichž soběstačnost je snížena z některých z výše jmenovaných důvodů a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Oproti domovům pro seniory pobývají klienti v týdenních stacionářích obvykle od pondělí do pátku, přičemž se na víkend vrací domů, případně do domácnosti blízké osoby, ve většině stacionářů je však možnost pobytu i přes víkend.

Kromě ubytovacích služeb a poskytování stravy se týdenní stacionáře, podobně jako domovy pro seniory a denní stacionáře, zaměřují především na zajištění sociálně terapeutických a aktivizačních činností. Mezi aktivizační činnosti poskytované týdenním stacionářem je obvykle zařazeno trénování paměti, velmi často pak také činnosti jako je vaření, malování, práce na zahrádce, společenské hry, muzikoterapie, cvičení a vycházky. Oblíbenými aktivitami jsou také mezigenerační setkání a různé besedy.

## **2. 7. Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba je podle §40 zákona o sociálních službách sociální službou, která může být poskytována v terénní nebo ambulantní formě. Tato služba je využívána nejen osobami, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, ale často také rodinami s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Podle vyhlášky č. 505/2006 Sb, je v rámci této sociální služby zajišťována pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a při osobní hygieně, dále poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. V České republice je tato služba



většinou zřizována obcemi a spíše výjimečně i nestátními neziskovými organizacemi. V praxi spočívá nejčastěji v dovážce jídla a obstarávání domácnosti.

Zhruba stejný rozsah služeb, který je poskytován v rámci pečovatelské služby, je poskytován některými nestátními organizacemi jako služba osobní asistence.

Podle Matouška, O. (2007) chybí v systému služeb pro seniory tzv. depistáž neboli cílené vyhledávání starých lidí ohrožených sociálním vyloučením, které před rokem 1989 zajišťovaly specializované geriatrické sestry.

### **3. Komunitní plánování sociálních služeb**

Aby mohly být sociální služby, ať již služby určené seniorům či jiným klientům, poskytovány v co nejlepší kvalitě a aby mohla být jejich nabídka co nejlépe přizpůsobena potřebám klientů, je nezbytné zabývat se jejich plánováním. Několik následujících kapitol je tedy zaměřeno na plánování sociálních služeb a s ním související postupy zkoumání aktuální potřeby těchto služeb.

#### **3. 1. Plánování sociálních služeb**

Plánování sociálních služeb se zaměřuje především na horizont blízké budoucnosti, přičemž pro plánování na delší období se užívá spíše speciálního termínu prognózování. Potřeba plánování sociálních služeb přímo souvisí s reformou veřejné správy, která byla provedena v roce 2002. Do tohoto roku bylo zajišťování sociálních služeb otázkou okresních úřadů nebo, po roce 1989, neziskových organizací.

Působnost neziskových organizací byla do roku 2002 obvykle pouze lokální, nebylo tedy zapotřebí plánovat jejich dlouhodobý rozvoj ani analyzovat jejich potřebnost. Regulace sociálních služeb ze strany státu byla mizivá. Financování sociálních služeb probíhalo formou dotací, které byly poskytovány již existujícím organizacím. Nestátní subjekty byly státem taktéž podporovány, ale jak upozorňuje Matoušek, O. (2007), neexistovala ani koncepce jednotného rozvoje, ani evidence sociálních služeb poskytovaných těmito subjekty.

S reformou veřejné správy přešla odpovědnost za sociální služby z části na kraje a z části na obce. Jak zmiňuje Matoušek, O. (2007), kraje i obce se náhle musely zabývat otázkou, kolik a jakých sociálních služeb je na jejich území potřeba. Jedním z důležitých faktorů ovlivňujících toto rozhodování se stal fakt, kolik takovýchto služeb jsou kraje a obce schopny financovat. Financování je velkým problémem i nestátních organizací, jimž jsou dotace poskytovány v nepředpověditelné výši a pouze na roční provoz, čímž je v podstatě znemožněno dlouhodobé plánování. Další důležitou otázkou, která vyvstává v souvislosti s plánováním sociálních služeb, je, na jaké úrovni má být služba zřizována. Žádoucí je, aby byly služby dostupné i občanům, kteří nemají vlastní dopravní prostředek,

přesto by bylo na druhou stranu neekonomické zřizovat v malých městech služby, které využívají převážně obyvatelé větších obcí.

Aby bylo možné přistoupit k plánování sociálních služeb, je nezbytné nejdříve analyzovat aktuální stav a potřebu sociálních služeb v regionu. Při plánování sociálních služeb se totiž vychází zejména z porovnání existující nabídky sociálních služeb se zjištěnými potřebami potencionálních uživatelů. Jak zmiňuje Ministerstvo práce a sociálních věcí, výsledek tohoto srovnání je jedním z klíčových faktorů pro stanovení priorit v oblasti plánování sociálních služeb.

### **3. 2. Sociálně demografická analýza**

Odhadnout aktuální potřebu sociálních služeb a předpovídat potřebu budoucí umožňuje do jisté míry tzv. sociálně demografická analýza. Metodika sociodemografické analýzy vybavenosti územních celků službami sociální péče byla vypracována, dle Matouška, O. (2003), v polovině devadesátých let sdružením pro podporu rozvoje teorie a praxe sociální politiky Socioklub. Ve stejném roce byla pracovníky společnosti PERSONNEL, s. r. o., vypracována metodika pro sociální analýzu služeb sociální intervence v území.

Podle Matouška, O. (2007) se sociálně demografická analýza opírá o tzv. normativy. Jedním z typů normativů je normativ odhadující velikost cílové skupiny ve vztahu k celé populaci, dalším typem je normativ doporučující vybavenost územní jednotky sociálními službami v závislosti na počtu obyvatel. Byl vytvořen na základě předchozího normativu s ohledem na předpokládané trendy v demografickém vývoji a ve vývoji sociálních služeb. Třetí typ normativu spočívá v distribuci sociálních služeb podle správního dělení státu.

Aby bylo uspořádání sociálních služeb optimální, mělo by se opírat o výše uvedené normativy a zároveň vycházet ze sociální analýzy obce či regionu. Sociální analýza se zabývá sběrem informací, jako je věkové složení obyvatel, prognóza jejich vývoje podle věkových kategorií, zaměstnanost včetně odvětvové struktury, věková struktura zaměstnaných, příjmy rodin, sociální příjmy a mnohými dalšími. Tyto ukazatele jsou pak v rámci sociální analýzy porovnávány celorepublikovými, případně celoevropskými, hodnotami.

Informace získávané v rámci sociálně demografické analýzy mohou být rozděleny na informace statistické a informace sociologické. Informace statistické, které jsou mnohdy nazývány „tvrdými informacemi“, jsou podle Matouška, O. (2003) údaje o populaci, které jsou sociální služby určeny. Oproti tomu informace sociologické, často nazývané „měkké informace“, jsou informacemi o očekáváních a postojích této populace, patří mezi ně také informace o motivaci chování zmíněné populace.

Přestože je sociálně demografická analýza bezesporu poměrně rychlou metodou, která poskytuje podložený odhad sociálních služeb, podle Matouška, O. (2007), může být založena na podkladech, které už nemusí být přesné. Některé vstupní údaje ze statistik mohou být málo spolehlivé. Tento fakt by pak znemožnil efektivní plánování služeb, je tedy zapotřebí prověřovat statistické údaje daty z více zdrojů. Sociálně demografická analýza krom toho není schopná předvídat externí faktory, jako jsou změny v legislativě upravující strukturu služeb nebo ekonomické změny vyvolané globálními vlivy, například rychlý vzestup nebo propad regionu související s globální ekonomikou.

Matoušek, O. (2007) také upozorňuje na to, že u některých cílových skupin jsou regionální rozdíly natolik veliké, že se sociálně demografická analýza nemůže opírat o normativy vztahující velikost cílové skupiny k populaci. Jako příklady lze uvést situaci prostitutek na západě území České republiky nebo situaci bezdomovců ve velkých městech.

### **3. 3. Komunitní plánování sociálních služeb**

Pojem komunitní plánování se skládá ze dvou pojmů – komunita a plánování. Pojmem komunita se podle Matouška, O. (2007) míní lidské společenství, jehož příslušníky vzájemně spojuje určitá spřízněnost a vzájemná spolupráce. Podle Buchty, M. a Siegla, M. (2004) je plánování jednou z manažerských funkcí, přispívá k dosažení stanovených záměrů a cílů, vztahuje se na veškeré aktivity a umožňuje efektivní provádění činností. Komunitní plánování by v sobě tedy mělo snoubit manažerský přístup charakteristický pro obchodní sféru a přístup psychologický či sociologický, který je uplatňován při práci s komunitou či skupinou. Podle Komunitního plánování sociálních služeb (2011) ale není komunitní plánování pouze metodou plánování, ale také způsobem uvažování o lidech a jejich problémech.

Komunitní plánování sociálních služeb, jakožto způsob rozhodování o podobě sociálních služeb, pomáhali v České republice zavádět britští experti od poloviny devadesátých let 20. století. Jak ale upozorňuje Matoušek, O. (2007) je zapotřebí rozlišovat komunitní plánování sociálních služeb, v anglosaské literatuře často označované jako sociální plánování, a komunitní rozvoj. „Při podpoře komunitního rozvoje se sociální pracovník napojuje na existující neformální „sousedské“ nebo zájmové skupiny (ženy, příslušníky etnické menšiny, bezdomovce apod.) a pomáhá jim prosazovat jejich cíle“ (Matoušek, O.; 2007, str. 113). Výše zmiňované skupiny jsou v podstatě soběstačné a sociální pracovník jim napomáhá definovat přiměřené cíle a postupy, případně je obhájcem jejich zájmů vůči jiným subjektům.

Oproti tomu základem komunitního plánování sociálních služeb je, jak zmiňuje Ministerstvo práce a sociálních věcí (2005), spolupráce mezi zadavateli, uživateli a poskytovateli sociálních služeb.<sup>2</sup> Tato spolupráce by měla být základem při vytváření plánu sociálních služeb, při vyjednávání o jejich budoucí podobě i při realizaci konkrétních kroků. Jejím cílem je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb.

Podle Matouška, O. (2007) je komunitní plánování postupem, který má zmapovat místní potřeby sociálních služeb a porovnat je s místními zdroji. Místními zdroji se myslí nejen organizace poskytující sociální služby, ale veřejné finanční prostředky, které jsou na tyto služby již vynakládány nebo by mohly být vynaloženy v budoucnu. Zdroji jsou míněni také občané, kteří jsou ochotni a schopni přispět svým kapitálem nebo svou prací k rozvoji sociálních služeb, a projekty nebo finanční fondy určené pro rozvoj těchto služeb.

Charakteristickým znakem komunitního plánování je podle Ministerstva práce a sociálních věcí (2005) důraz kladený na zapojení všech, kterých se zpracovaná oblast týká, do procesu plánování, dále důraz na dialog a vyjednávání. Mělo by být dosaženo výsledku, který bude přijat a podporován většinou účastníků plánování. Komunitní plánování sociálních služeb zvyšuje podíl občanů na procesu rozhodování o způsobu poskytování sociálních služeb. Zároveň také umožňuje obcím sdružovat již existující zdroje sociálních služeb a zvyšovat efektivitu jejich využití.

---

<sup>2</sup> Zadavateli sociálních služeb jsou obce a kraje, jejich uživateli jsou klienti a jejich poskytovateli jsou jednotlivé organizace.

Výsledkem komunitního plánování by měl být, podle Ministerstva práce a sociálních věcí, systém sociálních služeb na místní úrovni, odpovídající zjištěným místním potřebám a reagující na lokální specifika. Tento systém by měl zajišťovat, aby byly finanční prostředky vynakládané na sociální služby využívány co možná nejefektivněji.

Proces komunitního plánování může být rozdělen do šesti fází. Podle Matouška, O. (2007) mohou být pojmenovány jako – příprava, vytvoření řídicí struktury, definování problémů a potřeb, návrh rozvoje sociálních služeb, formulace strategie rozvoje sociálních služeb a závěrečná fáze - provádění plánů.

V rámci první fáze komunitního plánování sociálních služeb – přípravy, jsou zformovány prvotní pracovní skupiny, určí se, koho je třeba do přípravy komunitního plánování zapojit a je vytvořen plán pro získání politické podpory ze strany obce či kraje.

Během druhé fáze je hlavním úkolem vytvořit organizační a řídicí strukturu pro zpracování komunitního plánu a stanovení pravidel jednání řídicí struktury. Organizační struktura je jedním z výstupů procesu komunitního plánování, umožňuje naplňovat komunitní plán a reagovat na změny v sociální oblasti, které se týká.

V rámci třetí fáze jsou definovány cíle, zájmy a potřeby všech účastníků komunitního plánování. Dále je v této fázi provedena analýza potřeb, dochází ke zhodnocení existujících zdrojů i silných a slabých stránek existujícího systému sociálních služeb.

Čtvrtá fáze, návrh rozvoje sociálních služeb, je věnována formulaci hodnot, které tvoří základ komunitního plánování a budou při jeho následném naplňování respektovány, dále formulaci cílů a priorit, pojmenování překážek, které lze očekávat, vypracování přehledu regionálních i „nadregionálních“ zdrojů a dosažení souhlasu většiny účastníků.

Předposlední, pátá fáze, se zabývá samotnou formulací plánu a časových horizontů. Kromě konečné verze komunitního plánu, je zpracováván také systém sledování jeho realizace. Komunitní plán je výstupem procesu komunitního plánování, určuje směr rozvoje sociální oblasti v regionu, je předložen k diskusi veřejnosti a následně ke schválení zastupitelstvu.

V rámci fáze provádění plánu dochází k samotné realizaci plánu. Veřejnost je o postupu této realizace informována. Průběžně jsou vyhledávání a zapojování noví partneři. Dochází také k případným revizím výchozího plánu a k formulaci alternativ.

Jak již bylo zmíněno, komunitní plánování je založeno především na spolupráci. Umožňuje účast na plánování širokému okruhu zainteresovaných subjektů a, jak zmiňuje Matoušek, O. (2007), pokud je jejich spolupráce skutečně dobrá, měl by výsledný plán reagovat na aktuální sociální problémy a navrhnout realistické kroky k jejich řešení.

Volbu cílů a prostředků, jak dosáhnout řešení aktuálních sociálních problémů ovlivňují podle Centra komunitní práce Ústí nad Labem (2011) hodnoty, které si komunita sama formuluje a které by měly být chápány jako koncepce žádoucího stavu. Takovými hodnotami mohou být například:

- „umožnit lidem život ve vlastním domově s péčí a podporou, a to tam, kde si sami zvolí
- zajistit dostupnost služby a možnost volby
- zvýšit poskytování péče tak, aby se vyhovělo novým, doposud neřešeným požadavkům a potřebám lidí
- uskutečnit posun ve vyváženosti péče směrem od péče institucionální k péči komunitní
- zlepšit kvalitu poskytovaných služeb
- zajistit integraci všech sociálních služeb a programů včetně zdravotní péče bez rozdílu zřizovatele služby“ (Centrum komunitní práce Ústí nad Labem; 2011, str. 12)

Při komunitním plánování však vyvstává také několik problémů, na něž upozorňuje Matoušek, O. (2007). Zadavatelé sociálních služeb obvykle mají jiné priority než ostatní účastníci komunitního plánování, často vystupují autoritářsky, odvolávají se na to, že za realizaci komunitního plánu nesou politickou zodpovědnost. Hlavním zájmem poskytovatelů je rozvoj vlastních služeb, mohou se tedy stavět proti plánu, který by dobře reagoval na potřeby cílové skupiny, ale zároveň by ohrozil jejich existenci. Uživatelé se

oproti tomu mohou cítit příliš slabí proti převaze zadavatelů a poskytovatelů, často pak obtížně formulují a prosazují vlastní potřeby.

Při komunitním plánování je obtížné zaručit reprezentativnost názorů těch, kteří se tohoto plánování zúčastní ve vztahu k názorům těch, které zastupují.

### **3. 4. Demografický vývoj v Pardubickém kraji**

Podobně jako ve zbytku světa, i v Pardubickém kraji se projevuje trend stárnutí populace. Trend populačního stárnutí lze dokumentovat pomocí průměrného věku žijících osob a věkového mediánu nebo pomocí poměrových ukazatelů jako je index stáří a index ekonomického zatížení.

Průměrný věk obyvatel Pardubického kraje se podle údajů Českého statistického úřadu zvýšil od roku 1995 do roku 2004 o 2,6 roku z 37 let na 39,6 roku, přičemž u mužů se jedná o nárůst z původních 35,4 roku na 38 let a u žen z původních 38,5 roku na 41 let.

Během let 1995 až 2004 se zvýšila také hodnota věkového mediánu. Tento ukazatel je roven věku, kterého dosáhla právě polovina populace. Jeho hodnota se stále udržuje pod hodnotou průměrného věku, ale v souvislosti s populačním stárnutím se očekává, že se mu v budoucnu vyrovná nebo jej dokonce překročí. Současná hodnota věkového mediánu pro obyvatele pardubického kraje činí 38,3 roky, pro muže 36,5 roku a pro ženy 40,2 roku.

Jedním z často užívaných poměrových ukazatelů je index stáří, ten vyjadřuje počet osob pětadesátiletých a starších na 100 dětí do 14 let. I tento index dosahuje v Pardubickém kraji podle Českého statistického úřadu (2006) stále vyšších hodnot. Tento fakt je důsledkem nejen nárůstu počtu obyvatel starších pětadesáti let, ale také poklesu počtu dětí mladších čtrnácti let. Hodnota indexu stáří vzrostla od roku 1995 do roku 2004 ze 70,3 na 92,2. Na tomto růstu mají větší podíl ženy, u nichž vzrostl index stáří oproti původním 88 o celých 27,6 jednotek až na hodnotu 115,6, zatímco u mužů vzrostl tento index pouze o 16,9 jednotek z původních 53,4 na 70,4. U žen dosahuje index stáří již od roku 1999 hodnot přesahujících jedno sto, což znamená, že v populaci žen Pardubického kraje se již obrátil poměr mezi nejstarší a nejmladší generací, přičemž nyní je nejstarší generace tou početnější.

Oproti indexu stáří, index ekonomického zatížení podle Českého statistického úřadu (2006) mezi lety 1995 a 2004 poklesl ze 47,3 na 42,8. Tento index vyjadřuje počet dětí do



čtrnácti let a osob pětadesátiletých a starších na 100 osob ve věku 15 až 64 let. Jeho hodnota ale neklesla pouze z důvodu mírného nárůstu počtu obyvatel v produktivním věku, ale především díky trvalému poklesu počtu dětí v populaci, které jsou mladší čtrnácti let. Ekonomická zátěž žen činí 46,6 a je tedy o celých 7,6 jednotek vyšší než ekonomická zátěž mužů, která činí 39,0 jednotek. Tento fakt je způsoben především převahou žen mezi osobami ve věku nad pětadesát let.

Při srovnání statistických údajů s údaji pro celou Českou republiku, je možné poukázat na to, že v roce 2004 byl v Pardubickém kraji zaznamenán průměrný věk o 0,2 nižší než průměrný věk populace České republiky a index stáří byl o 1,8 bodu nižší nežli celorepubliková hodnota. Populace Pardubického kraje má větší zastoupení dětí ve věku do čtrnácti let nežli je republikový průměr. Podíl osob v kraji ve věku nad pětadesát let překročil průměr České republiky o 0,3 procentního bodu. Podíl obyvatel v produktivním věku 15 až 64 let je v porovnání s celorepublikovou hodnotou mírně podprůměrný. V porovnání s ostatními kraji může být Pardubický kraj označen za průměrný.

Ve věkové struktuře obyvatelstva Pardubického kraje se podle Českého statistického úřadu projevují jisté územní rozdíly související nejen s rozdílnou intenzitou plodnosti, úmrtnosti a migrace, ale také s charakterem osídlení daného území a historickými okolnostmi. Relativně nižší úbytek dětí do čtrnácti let byl v Pardubickém kraji oproti republikovému průměru zaznamenán především díky okresům Svitavy a Ústí nad Orlicí, které mohou být zařazeny mezi území s dlouhodobě vyšší plodností. Oproti tomu přírůstek obyvatelstva v produktivním věku byl brzděn především populací okresu Pardubice, tento okres přispěl také největší měrou k růstu počtu obyvatel v nejvyšší věkové skupině. V rámci celého kraje je u Pardubického okresu zaznamenán nejrychlejší nárůst indexu stáří, jeho hodnota v pardubickém správním obvodu překračuje již od roku 2001 hranici jednoho sta, přičemž na konci roku 2004 připadalo v na 100 dětí ve věku do čtrnácti let již 112 pětadesátiletých a starších osob.

Podobná situace je charakteristická také pro správní obvod Přelouč, charakteristický vysokým zastoupením velmi malých obcí, pro něž je typická velmi nepříznivá skladba obyvatelstva. Díky špatné dopravní obslužnosti a omezenému okruhu základních služeb provází tyto obce také migrační úbytek a průměrný věk obyvatel tak ještě více narůstá.

Ještě v první polovině devadesátých let 20. století patřil mezi nejvyšší v rámci kraje také index stáří v Holickém regionu, ten ale v posledních letech zaznamenal značně specifický vývoj. Rozvoj bytové výstavby a s tím související migrační přírůstek zde zpomalil trend populačního stárnutí, přičemž průměrný věk 39,5 let odpovídá krajskému průměru a v roce 2004 zde připadalo na 100 dětí ve věku do čtrnácti let 90 osob pětadesátiletých a starších.

Průměrný věk obyvatel se dlouhodobě udržuje na nejnižších hodnotách v králickém správním obvodu, kde v roce 2004 činil 37,9 roku. Tento správní obvod jako jediný v kraji ještě nepřekročil hranici průměrného věku 38 let. Na Králicku se dlouhodobě udržuje nejnižší index stáří v celém kraji, v roce 2004 připadalo na 100 dětí ve věku do čtrnácti let 71,4 osob pětadesátiletých a starších. Pro Králický správní obvod je charakteristická velmi vysoká porodnost, v letech 1991 až 2004 zde byl dokonce nejvyšší poměr narozených dětí na tisíc obyvatel v celém kraji. Oproti tomu ale Králicko vyniká nejvyšší úmrtností v kraji a není příliš atraktivní omezenými možnostmi pracovního uplatnění.

Podobná situace je charakteristická také pro Lanškrounsko, Moravskotřebovsko a Svitavsko, i v těchto regionech byla na konci roku 2004 zaznamenána nižší ekonomická zátěž obyvatelstva nežli ve zbylém území kraje. Tento fakt lze dát do souvislosti s historickými okolnostmi, jedná se o oblasti, které byly po skončení druhé světové války vysídleny a následně obydleny. Díky této rychlé migrační výměně jsou tato území charakteristická spíše mladší věkovou strukturou.

Jestliže východní část Pardubického kraje může být charakterizována nižším věkovým průměrem, v západní části, v již zmíněném okrese Pardubice a v okrese Chrudim je situace v podstatě opačná.

V okrese Chrudim je zaznamenán druhý nejvyšší průměrný věk v kraji, v roce 2004 se jedná o 39,5 roku, čímž se chrudimský okres, co se týče průměrného věku, řadí hned za okres Pardubice. Hodnota indexu stáří v chrudimském okrese dosahuje také poměrně vysokých hodnot. Na sto osob v produktivním věku připadalo v roce 2004 43,7 dětí do čtrnácti let a osob pětadesátiletých a starších.

### **3. 5. Komunitní plánování sociálních služeb v městě Pardubice**

Komunitní plánování sociálních služeb je v městě Pardubice realizováno na základě projektu financovaného ze zdrojů Evropské unie. Projekt „Komunitní plánování sociálních služeb v Pardubicích“ byl zpracován v průběhu roku 2005 a zahájen 1. června 2006.

Na základě konference, která proběhla v říjnu roku 2006 a na kterou byli pozváni zástupci neziskových organizací působících ve sféře sociálních služeb města Pardubice, bylo vytvořeno pět pracovních skupin a koordinační skupina, jejímž úkolem je řídit celý proces plánování.

Jak zmiňuje Magistrát města Pardubic (2011) pracovními skupinami vzniklými podle cílových uživatelů služeb jsou Osoby se zdravotním postižením, Cizinci, národnostní a etnické menšiny, Osoby v obtížné životní situaci a společensky nepřizpůsobení, Senioři a Rodiny s dětmi a mládež. Tyto pracovní skupiny se věnují definování cílové skupiny uživatelů, snaží se určit klíčové oblasti, jimiž je potřeba se zabývat, definovat cíle komunitního plánování a opatření vedoucí k jejich naplnění. Ve fázi provádění komunitního plánu je úkolem těchto pracovních skupin realizovat kroky, které vedou k naplnění komunitního plánu.

Výše zmíněná koordinační skupina, jejímž úkolem je řídit proces plánování, má dvě hlavní úlohy – úlohu řídicí a koordinační. Odpovídá za určení společných cílů komunitního plánování i za konečnou podobu komunitního plánu, s tím souvisí fakt, že koordinační skupina zajišťuje komunikaci mezi pracovními skupinami a městem, mezi pracovními skupinami navzájem i komunikaci pracovních skupin s dalšími subjekty a veřejností.

Podle komunitního plánu města Pardubice pro období let 2008 – 2011 probíhal od února 2007 do května téhož roku sběr informací. V rámci této části přípravné fáze komunitního plánování proběhla sociodemografická analýza města, dále byl uskutečněn Průzkum potřeb uživatelů sociálních služeb a Analýza poskytovatelů sociálních služeb v Pardubicích. Pomocí SWOT analýzy<sup>3</sup> byla vyhodnocena situace ve sféře sociálních služeb v rámci jednotlivých pracovních skupin.

---

<sup>3</sup> SWOT analýza je metodou strategické analýzy, jejíž pomocí lze definovat nejen silné a slabé stránky daného tématu, ale také příležitosti a hrozby.

Komunitní plán byl schválen dne 11. března 2008 a stal se součástí strategického plánu města Pardubice v oblasti rozvoje sociálních služeb. Komunitní plán sociálních a souvisejících služeb města Pardubic se skládá ze dvou částí – z části textové a části cílů a opatření. V textové části jsou uvedeny informace důležité pro tvorbu a realizaci komunitního plánu, jedná se mimo jiné o demografické a statistické údaje. V části cílů a opatření jsou definovány cíle a opatření určená jednotlivými pracovními skupinami a koordinační skupinou, jsou zde také rozebrány způsoby jejich naplnění, předpokládané náklady na jejich realizaci a zdroje financování. Součástí jsou také popisy pracovních skupin.

### **3. 6. Pracovní skupina senioři**

Jednou z pracovních skupin vzniklou v rámci projektu „Komunitní plánování sociálních služeb v Pardubicích“ jsou také senioři.

Podle komunitního plánu města Pardubice pro období 2008-2011 jsou cílovou skupinou potencionálních uživatelů, na kterou se tato pracovní skupina zaměřuje, osoby, které dosáhly věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, jedná se o seniory pobývajících na území působnosti města Pardubic, zdravotně postižené seniory, osoby starší 80 let, osoby důchodového věku pečující o osobu blízkou, osoby bez zázemí s nízkým starobním důchodem pohybujícím se na hranici životního minima, osamocené seniory a seniory bez přístřeší nebo ohrožené ztrátou přístřeší.

Na základě SWOT analýzy určila, a následně publikovala v komunitním plánu, pracovní skupina Senioři jako silné stránky oblasti sociálních služeb, která je v jejich kompetencích především:

- dobrou dostupnost služeb, možnost výběru služby
- linku bezpečí pro seniory
- propojenost sociálních služeb a zdravotní služby
- dostatek klubů seniorů
- dobře zpracované informace o službách pro seniory

Oproti tomu tato skupina považuje za slabé stránky v oblasti sociálních služeb poskytovaných seniorům:

- nedostatek lůžek v domech pro seniory

- nerovné podmínky přidělování dotací u zavedených poskytovatelů
- nedostatek financí pro poskytovatele služeb
- neexistenci služby vyhledávající seniory ohrožené sociálním vyloučením
- neexistenci 24 hodinové služby pro seniory

Pomocí SWOT analýzy byly také identifikovány příležitosti naskytující se této oblasti sociálních služeb, patří mezi ně:

- Dům pokojného stáří
- finance z Evropské unie
- změna dotační politiky směrem k sociální oblasti
- větší zapojení médií do procesu informování o sociálních službách
- systematické navštěvování osamělých seniorů a mapování jejich potřeb
- informovanost obvodních lékařů o službách

V oblasti sociálních služeb poskytovaných seniorům existují také určité hrozby. Pracovní skupina Senioři určila ve SWOT analýze jako nejvýznamnější tyto:

- nedostatek peněz
- nedostatek sociálního citění, schází úcta ke stáří
- likvidace zdravého konkurenčního prostředí
- výchova dětí – v rodině, ve školách
- zaměření lidí na jiné oblasti (sport, komerce)
- zvyšující se počet seniorů

Na základě SWOT analýzy si pracovní skupina stanovila několik cílů a opatření, které by měly vést k jejich naplnění. Stanovené cíle se týkají nejen péče o osobu, ale také zajištění aktivní náplně volného času seniorů, poradenství, dopravy, vybavenosti domů se zvláštním určením a dostupnosti Seniorcentra.

## **4. Kvalita sociálních služeb**

S komunitním plánováním sociálních služeb souvisí také kvalita těchto služeb. V současném pojetí sociálních služeb, nejen v České republice, je vyzdvihován fakt, že při poskytování služeb musí být dbáno na dodržování lidských práv. Důraz je kladen na to, aby sociální služby skutečně směřovaly k podpoře setrvání člověka v přirozeném prostředí a k rozvoji jeho přirozených sociálních vazeb.

### **4. 1. Standardy kvality sociálních služeb**

Aby mohly být poskytovány dobré a účinné sociální služby, které tuto funkci plní, bylo definováno několik standardů jejich poskytování. V těchto standardech jsou definovány požadavky na kvalitu služeb, napomáhají poskytovatelům služeb ve snaze poskytovat služby, které podporují občanské a osobní uplatnění klientů a napomáhají jim v prožití plnohodnotného, důstojného a svobodného života.

Standardy daly jasný rámec kvalitě sociálních služeb, přesto existuje mnoho cest k jejich naplňování, které poskytují prostor pro hledání optimálních a jedinečných způsobů poskytování sociálních služeb.

„Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007., Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. (MPSV; 2006)“

Tato příloha obsahuje patnáct tematických okruhů, pro každý z těchto okruhů jsou definována jistá kritéria a to kritéria zásadní i méně zásadní. Pro poskytovatele i vnější hodnotitele jejich služeb je důležitá měřitelnost těchto kritérií. Vnějšími hodnotiteli služeb mohou být jak klienti a jejich blízcí, tak poskytovatelé finančních prostředků, kterým není lhostejné, jak budou tyto prostředky využity. Standardy jsou formulovány obecně, protože se týkají všech sociálních služeb, pro lepší orientaci jsou číslovány a rozděleny do tří základních částí.

- procedurální standardy
- personální standardy
- provozní standardy

Jako nejdůležitější jsou podle Pikoly, P. (2010) chápány procedurální standardy, ty stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Upravují jednání se zájemcem o služby i postup, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám klienta.

Personální standardy se věnují pracovníkům, kteří službu zajišťují. Kvalita služby je totiž závislá na jejich dovednostech a vzdělání, také na způsobech, jakými jsou vedeni a podporováni a na podmínkách, které pro práci s klienty mají.

Provozní standardy se podobně jako standardy procedurální soustředí na samotný proces poskytování sociální služby. Na rozdíl od procedurálních standardů se standardy provozní soustředí na prostory, v nichž jsou služby poskytovány, dostupnost těchto služeb, jejich ekonomické zajištění a rozvoj jejich kvality.

První standard se nazývá „Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb“. Podle kritérií tohoto standardu by měl mít každý poskytovatel sociálních služeb písemně definované a zveřejněné poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena. Poslání je shrnutím toho, proč organizace existuje, kam směřuje, čeho a jak chce dosáhnout, je základem pro určování krátkodobých i dlouhodobých cílů organizace. Cíl organizace je výsledkem toho, co organizace dělá nebo chce dělat, je to tedy určitý stav, který musí být v souladu s posláním organizace. Organizace musí také definovat cílovou skupinu uživatelů – tak zvaný okruh osob, pro něž je služba určena. Co se týče způsobu poskytování sociálních služeb, musí poskytovatelé vytvořit takové podmínky, aby jejich klienti mohli uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé situace. Řádný průběh poskytování sociální služby by měly zajistit písemně zpracované pracovní postupy.

Druhý standard se nazývá „Ochrana práv osob“. Jak již bylo zmíněno, při poskytování služeb musí být dbáno na dodržování lidských práv a svobod. Pravidla předcházející situacím, v nichž by mohlo dojít k porušování základních lidských práv a svobod v souvislosti s poskytováním sociální služby, musí být zpracována písemně. Písemně musí být také vymezeny situace, při nichž by mohlo dojít ke střetu zájmů poskytovatele se zájmy klienta, a pravidla řešení takových situací.

Třetím standardem je jednání se zájemcem o sociální službu. Poskytovatel sociální služby má písemně stanovená pravidla, podle nichž postupuje, pokud se zájemcem

projednává jeho požadavky, očekávání a osobní cíle. Písemnou formu mají i pravidla týkající se samotného informování zájemců o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby.

Čtvrtý standard upravuje smlouvu o poskytování sociální služby, pravidla pro uzavírání této smlouvy musí mít písemnou podobu. Poskytovatel musí postupovat tak, aby klient rozuměl obsahu a účelu smlouvy. Rozsah a průběh poskytování služby by měl být sjednán s ohledem na osobní cíl, možnosti, schopnosti a přání klienta.

Pátý standard se týká individuálního plánování průběhu sociální služby. Pravidla pro činnost individuálního plánování musí být taktéž zpracována v písemné formě. Průběh poskytování služby musí být naplánován společně s klientem, s nímž by měl být také průběžně hodnocen.

Šestý standard upravuje pravidla zpracování dokumentace o poskytování sociální služby. Pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, jimž je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace musí být zpracována písemně. Pokud to vyžaduje charakter sociální služby nebo pokud to vyžaduje sám klient, je tato dokumentace anonymní.

Sedmý standard upravuje podávání stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby. Stížnost mohou uživatelé samozřejmě podat aniž by tím byli jakkoli ohroženi, přesto není podávání a vyřizování stížností v České republice upraveno obecně závazným právním předpisem, za tímto účelem jsou v organizacích stanovována a uplatňována vnitřní pravidla, s kterými jsou seznámeni jak zaměstnanci, tak klienti. Tato pravidla musí mít písemnou formu, měla by být snadno dostupná a dobře zveřejněná. Postup stížnosti by měl být jednoduchý na pochopení, transparentní, sledovatelný a kontrolovatelný. Pro kvalitu sociálních služeb jsou stížnosti velmi důležitým zdrojem informací o spokojenosti či nespokojenosti klientů. Právě ze stížností obvykle vychází prvotní impulsy pro zlepšení kvality služeb.

Osmý standard vystupuje v této příloze pod názvem „Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje“, jeho účelem je, aby poskytovatelé sociálních služeb podporovali své klienty ve využívání běžných veřejných služeb a vlastních přirozených sítí jako je rodina či přátelé. Nesnaží se nahradit běžně dostupné veřejné



služby a naopak se snaží předejít návyku klienta na sociální službu. Jak upozorňuje Pikola, P. (2010), u některých sociálních služeb vychází podpora socializačních procesů přímo ze samé podstaty služby, jiné, především zařízení pobytového charakteru, mohou naopak přispívat k izolaci uživatelů od okolní komunity a proto je zapotřebí jim v tomto ohledu věnovat zvláštní pozornost.

Devátý standard se týká personálního a organizačního zajištění sociální služby. Struktura, počet pracovních míst i kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců musí být písemně stanoveny, měly být přiměřené druhu sociální služby a odpovídat potřebám uživatelů. Právě osoby, které sociální službu přímo poskytují, jsou základním předpokladem kvalitních služeb, je tedy zapotřebí věnovat jim velkou pozornost, zajistit dobrý výběr pracovníků, jejich zaškolení i další vzdělávání a postarat se jim o dobré pracovní podmínky. U náročných služeb může být nezbytné také zajištění průběžné odborné pomoci od nezávislých odborníků.

Profesnímu rozvoji zaměstnanců se věnuje desátý standard. Poskytovatel sociálních služeb zajišťuje profesní rozvoj svých pracovníků. Práce v sociálních službách je velmi náročná na vzdělávání pracovníků, potřeby klientů se každodenně mění a tak je zapotřebí měnit také přístupy a formy pomoci. Jedním z kritérií, které ale není označeno za zásadní, je dáno, že by poskytovatel sociálních služeb měl mít písemně zpracovaný postup pro hodnocení zaměstnanců i program jejich dalšího vzdělávání.

Jedenácté kritérium se zabývá místní a časovou dostupností poskytované sociální služby, ta by měla odpovídat cílům a charakteru služby a potřebám okruhu osob, jimž je poskytována. Možnost službu co nejpohodlněji užívat se značně odráží na hodnocení kvality služby jejími klienty.

Informovanost o poskytované službě je otázkou, kterou se zabývá dvanáctý standard. Poskytovatel sociální služby by měl zpřístupňovat veřejnosti informace týkající se poslání, cílů, principů a cílové skupiny uživatelů sociální služby, ty by měly usnadňovat zájemcům i ostatním subjektům orientaci mezi nabízenými službami. Podle Pikoly, P. (2010) je dobrá informovanost o službě také základním předpokladem pro její dobrou dostupnost a transparentnost. Správným způsobem poskytnuté informace mohou napomoci nejen klientům, ale také samotnému poskytovateli, například při získávání sponzorů.

Třináctý standard se věnuje prostředí a podmínkám, v nichž jsou sociální služby poskytovány. Poskytovatel musí zajistit takové materiální, technické a hygienické podmínky, které odpovídají kapacitě a druhu sociální služby i potřebám uživatelů. Jak upozorňuje Pikola, P. (2010), liší se požadavky na prostředí například mezi terénními, odlehčovacími či pobytovými službami, rozdílné jsou také podmínky sociálních služeb poskytovaných seniorům, dospělým, mladistvým či dětem. Nabídka určitého zázemí je také přímo podstatou některých typů kontaktních a nízkoprahových sociálních služeb.

Tématem čtrnáctého standardu jsou nouzové a havarijní situace, na něž by měli být připraveni pracovníci i uživatelé. Těmito situace mohou být ohroženy důležité prvky kvality sociálních služeb jako je spolehlivost či bezpečí, měly by být tedy správně a rychle řešeny.

Právě kvalitě poskytované sociální služby je věnován celý patnáctý standard, jehož oficiální název je „Zvyšování kvality sociální služby“. Na to, aby byla kvalita poskytovaných sociálních služeb postupně zvyšována, dohlíží vedení organizace, která tyto služby poskytuje, přičemž do hodnocení kvality poskytované služby zapojuje nejen klienty, ale také pracovníky. Podle Pikoly, P. (2010) může být kvalitní služba definována jako ta, která co nejlépe využívá dostupných zdrojů, aby dosáhla co nejlepších výsledků pro své klienty. Pikola, P. (2010) uvádí pět kroků vhodných pro zajištění dobré kvality služeb domova pro seniory, po zobecnění se může proces zvyšování kvality poskytované služby skládat například z těchto kroků:

- zjištění požadavků cílové skupiny
- návrh toho, jak bude poskytovaná služba vypadat
- samotné poskytování služby
- hodnocení poskytované služby
- zavedení změn na základě získaných zkušeností

K problematice standardů kvality sociálních služeb vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí již v roce 2002 průvodce „Zavádění standardů kvality sociálních služeb“. Tento materiál by měl sloužit poskytovatelům sociálních služeb při zavádění standardů do

praxe, obsahuje vysvětlení málo srozumitelných částí obecných standardů, návod, jak postupovat při zvyšování kvality, jak poznat zda služba splňuje stanovená kritéria a příklady nejčastějších chyb. Podle Pikoly, P. (2010) bylo při sestavování této publikace využito především praktických zkušeností poskytovatelů sociálních služeb, kteří se na tvorbě a zavádění standardů kvality sociálních služeb u nás podíleli.

Jedním z novějších průvodců vztahujících se k této problematice je publikace Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele, jenž je výstupem z tematických diskusních setkání odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb. Tuto publikaci vydalo v říjnu roku 2008 Ministerstvo práce a sociálních věcí v rámci projektu „Vzdělávání v zavádění standardů kvality sociálních služeb“.

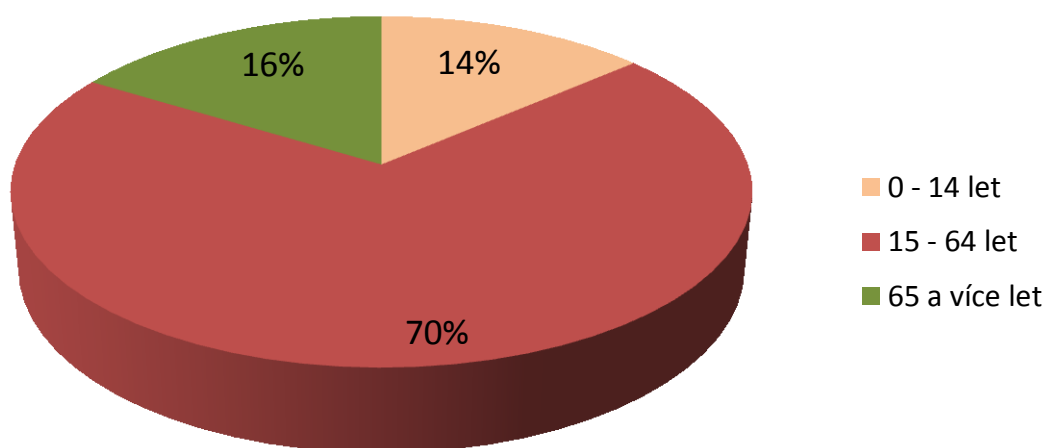
## 5. Aktuální situace seniorů v městě Pardubice

Následující kapitola poukazuje na fakt, že stárnutí populace je aktuálním problémem v Pardubickém regionu a především v samotném okresu Pardubice. Tento problém ovšem není zanedbáván, na což bylo poukázáno již v kapitole věnované komunitnímu plánování, a tak jsou v městě Pardubice sociální služby poskytovány seniorům prostřednictvím organizace Sociální služby města Pardubic, jí je věnována druhá podkapitola.

### 5. 1. Věkové složení obyvatelstva města Pardubice v roce 2009

Podle údajů Českého statistického úřadu (2010) žilo k datu 31.12.2009 na území Pardubického kraje 516 329 obyvatel, z čehož 167 481 obyvatel připadalo okres Pardubice.

Pro znázornění věkového složení města Pardubice v roce 2009 slouží následující graf.



**Obr.1: Věkové rozložení obyvatel města Pardubice**

*Zdroj: Český statistický úřad : Pardubický kraj [online]. 1.5.2010 [cit. 2011-04-19]. Věkové složení obyvatelstva Pardubického kraje v roce 2009 . Dostupné z WWW:*

*<[http://www.pardubice.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/vekove\\_slozeni\\_obyvatelstva\\_pardubickeho\\_kraje\\_v\\_roce\\_2009](http://www.pardubice.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/vekove_slozeni_obyvatelstva_pardubickeho_kraje_v_roce_2009)>.*

Podle Českého statistického úřadu (2010) se okres Pardubice řadí s 13,7 % zastoupením dětí do patnácti let mezi osm okresů České republiky s nejnižším zastoupením dětské složky v populaci. Zároveň je okres Pardubice také jedním z devíti okresů s nejvyšším podílem obyvatel ve věku 65 a více let. Tato fakta se projevují také na již zmíněných ukazatelích index stáří, index ekonomického zatížení a průměrný věk.

V roce 2009 činil index stáří v okrese Pardubice 118,4 osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0 – 14 let, přičemž hodnota tohoto indexu pro celý Pardubický kraj byla 106,2 osob.

Podle Českého statistického úřadu (2010) je podobně jako index stáří i hodnota průměrného věku v okrese Pardubice vyšší než hodnota průměrného věku obyvatel celého Pardubického kraje. Celkový průměrný věk obyvatel Pardubického kraje je roven 40,6 let a u okresu Pardubice odpovídá tento ukazatel 41,2 letům.

Index ekonomického zatížení je, oproti krajskému údaji 43,0 dětí ve věku 0 - 14 let a osob ve věku 65 a více let na 100 osob ve věku 15 - 64 let, nepatrně nižší a odpovídá 42,8 dětem ve věku 0 – 14 let a osobám ve věku 65 a více let na 100 osob v produktivním věku.

## **5. 2. Sociální služby poskytované seniorům na území města Pardubice**

Sociální služby jsou seniorům v Pardubicích poskytovány prostřednictvím již zmíněné organizace Sociální služby města Pardubic. Podle Sociálních služeb města Pardubic (2011) byla tato organizace zřízena současně s účinností zákona o sociálních službách dne 1.1.2007 Statutárním městem Pardubice za účelem zajištění služeb sociální péče pro občany města Pardubic a okolí.

Jednou z poboček této organizace je Domov pro seniory U Kostelíčka Pardubice. Toto zařízení poskytuje svým uživatelům nejen pobytové služby Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem, ale také Odlehčovací službu určenou uživatelům, kteří doposud žijí v přirozeném domácím prostředí.

Další pobočkou provozovanou Sociálními službami města Pardubice je Domov pro seniory Dubina Pardubice. Tato pobytová služba poskytuje sociální, ošetrovatelské a zdravotní služby seniorům, kteří potřebují pravidelnou podporu při zvládání běžných

denních činností. Cílovou skupinou jsou „senioři od 65 let se sníženou pohyblivostí, sníženou schopností sebeobsluhy či zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc, která jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny, pečovatelskou službou ani jinými službami sociální péče.“

Jednou z organizačních složek příspěvkové organizace Sociální služby města Pardubic je také Denní stacionář Slunečnice Pardubice, ten se nachází v objektu bývalých jeslí na sídlišti Dukla. Nespornou výhodou tohoto zařízení je, že svým klientům umožňuje pobyt v klidném prostředí a zároveň snadný přístup do centra města. Cílovou skupinou, na niž se Denní stacionář Slunečnice Pardubice zaměřuje, jsou uživatelé s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od devíti do pětapadesáti let, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu zdravotního postižení a kteří vyžadují pravidelnou pomoc a poskytování ambulantních sociálních služeb.

Na území města Pardubic funguje také Pečovatelská služba Pardubice, která se zaměřuje na poskytování pomoci a podpory občanům, kteří se ocitli v nepříznivé situaci a nebyli by schopni žít bez pomoci ve svém domácím prostředí. Cílovou skupinou této terénní služby jsou nejen senioři, ale také osoby se zdravotním postižením a rodiny s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Součástí pečovatelské služby je také Linka sociální pomoci.

## **6. Metodologická východiska**

Celá tato práce je věnována socioekonomickým aspektům kvality života seniorů, tato kapitola se již zabývá její empirickou částí věnovanou pohledu seniorů na jejich vlastní život a na prostředí, ve kterém žijí.

### **6. 1. Cíle výzkumu**

Cílem empirické části této bakalářské práce je provést průzkum kvality života a spokojenosti seniorů využívajících pobytové služby Domova pro seniory Dubina Pardubice.

Jak již bylo zmíněno v první kapitole věnované kvalitě života, může být pojem kvalita života pojat mnoha způsoby. Jedním z nástrojů, které mohou být použity pro měření kvality života, jsou indikátory udržitelného rozvoje. Podle organizace Týmová iniciativa pro místní udržitelný rozvoj, o. s. reflektují správně zvolené indikátory udržitelného rozvoje nejdůležitější jevy kvality života na lokální úrovni.

Jedním z cílů empirického průzkumu, který je součástí této práce, bylo tedy pomocí jednoho z těchto indikátorů zjistit, jak jsou senioři ve vybraném pobytovém zařízení spokojeni s místním společenstvím.

Kvalita života ale může být definována i z jiného úhlu pohledu než pouze jako spokojenost s místním společenstvím. Jako další cíl tohoto empirického průzkumu bylo tedy stanoveno popsat kvalitu života těchto seniorů pomocí dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku.

### **6. 2. Deskripce použitých metod**

Vzhledem k charakteru zkoumaného vzorku, jímž byli senioři využívající pobytových služeb Domova pro seniory Dubina Pardubice, bylo pro tento empirický průzkum využito metody strukturovaných rozhovorů. Podkladem pro tyto rozhovory byla kombinace dotazníku vztahujícího se k indikátoru Spokojenosti s místním společenstvím a oficiální české verze dotazníku WHOQOL-OLD.

Výhodou dotazníkové metody je především relativně krátký čas potřebný pro vyhodnocení jejích výsledků. Velkou nevýhodou často bývá nedbalé vyplnění dotazníků, tento aspekt ovlivňující výsledky empirického průzkumu by měl být odstraněn právě

využitím metody standardizovaných rozhovorů. Podle Pauknerové, D. (2006) obsahuje standardizovaný rozhovor přesně formulované otázky, ty jsou každému respondentovi předkládány ve stejném znění, pořadí a pokud možno i za srovnatelných vnějších a vnitřních podmínek. Nevýhodou rozhovoru jako diagnostické či výzkumné metody je značná časová náročnost.

Data získaná prostřednictvím standardizovaných rozhovorů byla vyhodnocována pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Podle Dragomirecké E. a Prajsové, J. (2009) by bylo vhodnější využít pro vyhodnocování dotazníku WHOQOL-OLD statistický program SPSS. Pro nedostatečné softwarové vybavení byl ale nakonec použit výše zmiňovaný Microsoft Office Excel 2007.

### **6. 3. Dotazník WHOQOL – OLD**

Dotazník WHOQOL – OLD byl podle Dragomirecké, E. a Prajsové, J. (2009) vytvořen pracovní skupinou WHOQOL z podnětu Světové zdravotnické organizace začátkem 90. let. Tato pracovní skupina tedy navázala na již vytvořený dotazník WHOQOL<sup>4</sup> pro obecnou populaci a vytvořila dotazník kvality života určený přímo pro populaci seniorů. Tento dotazník splňuje podmínky validity i reliability.

Česká verze dotazníku WHOQOL – OLD vznikla přeložením této anglické verze. V rámci empirického průzkumu, který je součástí této bakalářské práce, bylo využito konečné 24položkové verze. Jak zmiňuje Dragomirecká, E. a Prajsová, J. (2009), tento dotazník pokrývá šest, pro osoby vyššího věku důležitých, oblastí. Jedná se o:

- fungování smyslů
- nezávislost
- naplnění
- sociální zapojení
- blízké vztahy
- postoj k smrti

---

<sup>4</sup> World Health Organization Quality of Life Assessment



„Každá z těchto oblastí obsahuje čtyři položky, které se hodnotí na pětibodových Likertových škálách vyjadřujících intenzitu, kapacitu nebo spokojenost.“ (Dragomirecká, E. a Prajsová, J.; 2009)

Pro možnost použití dotazníku WHOQOL-OLD k nekomerčním účelům tohoto empirického průzkumu bylo nezbytné kontaktovat Psychiatrické centrum Praha s žádostí o registraci v českém WHOQOL centru.

#### **6. 4. Dotazník TIMUR**

V rámci empirického průzkumu bylo využito také dotazníku na indikátor A1 ze sady indikátorů ECI/TIMUR.

Indikátory ECI/TIMUR jsou již dlouhodobě využívány na místní úrovni České republiky. Podle Týmové iniciativy pro místní udržitelný rozvoj, o. s. (2010) vznikly tyto indikátory uzpůsobením indikátorů ze sady Společných evropských indikátorů pro podmínky České republiky. Sadu indikátorů ECI/TIMUR tvoří:

- indikátor A1- Spokojenost občanů s místním společenstvím
- indikátor A2-Místní příspěvek ke globálním změnám klimatu
- indikátor A3-Mobilita a místní přeprava cestujících
- indikátor A4-Dostupnost místních veřejných prostranství a služeb
- indikátor A5-Kvalita místního ovzduší
- indikátor B6-Cesty dětí do školy a zpět
- indikátor B7-Nezaměstnanost
- indikátor B8-Zatížení životního prostředí hlukem
- indikátor B9-Udržitelné využívání půdy
- indikátor B10-Ekologická stopa města

Výše zmíněný vybraný indikátor A1 – Spokojenost s místním společenstvím si neklade žádný konkrétní cíl, důvodem pro jeho zavedení je podle Týmové iniciativy pro místní udržitelný rozvoj, o. s. (2010) povědomí, že kvalita života občanů a jejich spokojenost s místem kde žijí je jedním z důležitých prvků udržitelnosti. Tento indikátor se

věnuje aspektům, které se týkají mimo jiné bezpečného a cenově přijatelného bydlení, dostupnosti základních sociálních služeb, zajímavé a uspokojivé práce, kvalitního životního prostředí a možnosti zúčastnit se místního plánování a rozhodování.

Tento dotazník splňuje podmínky validity i reliability a je k dispozici na webových stránkách organizace Týmová iniciativa pro místní udržitelný rozvoj, o. s.

## **6. 5. Časový plán**

Na doporučení garanta práce Mgr. Jana Mandyse bylo za účelem provedení průzkum kvality života a spokojenosti seniorů začátkem března 2011 kontaktováno vedení Domova pro seniory Dubina Pardubice. Současná vedoucí DPS Dubina Pardubice Mgr. Monika Kopecká vyhověla žádosti o spolupráci a dne 4. dubna 2011 bylo po krátké konzultaci nad dotazníkem zahájeno dotazování. Sběr dat probíhal do 14. dubna 2011.

Celkem bylo osloveno 40 seniorů, z nichž nikdo neodmítl účast na tomto empirickém průzkumu. S 37mi respondenty byly uskutečněny standardizované rozhovory a třem respondentům byly poskytnuty dotazníky k samostatnému vyplnění z důvodu jejich časového vytížení. Návratnost dotazníku byla tedy 100%ní, u dvou respondentů byla však z osobních důvodů provedena pouze část standardizovaného rozhovoru.

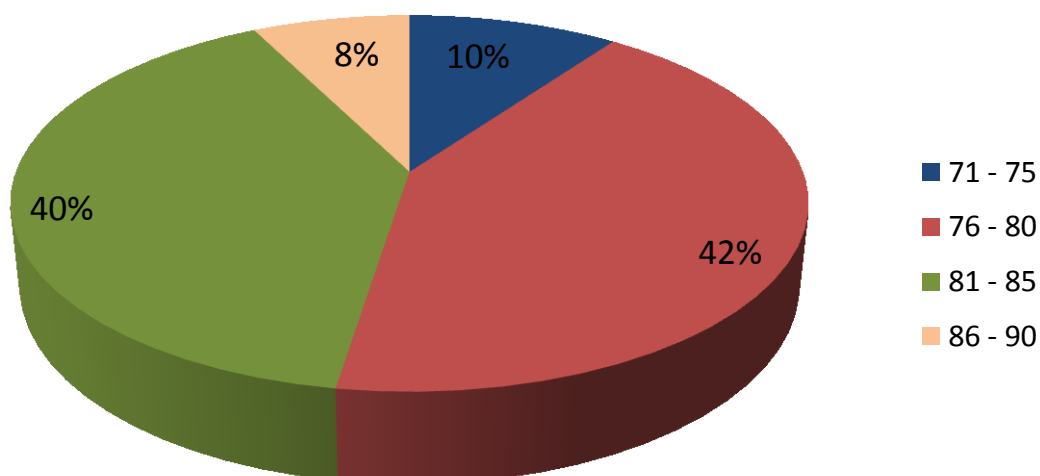
Po zkonzultování samotného zpracování dat s Mgr. Janem Mandyssem, probíhalo jejich zpracování až do dne 28. dubna 2011, kdy byl tento empirický průzkum uzavřen.

Dotazníky byly vyhodnocovány dle věku respondentů, přičemž byli senioři rozděleni do čtyř kategorií: 71-75 let, 76-80 let, 81-85 let, 86-90 let.

## **6. 6. Deskripce zkoumaného vzorku**

Dotazování se zúčastnilo 40 seniorů využívajících pobytové služby Domova pro seniory Dubina Pardubice. Co se týče pohlaví, mezi respondenty výrazně převažovaly ženy. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 32 žen a pouze 8 mužů, ženy tedy tvořily 80% respondentů.

Věk dotazovaných se pohyboval v rozmezí 71 až 90 let, přičemž nejpočetněji byla zastoupena skupina seniorů ve věku 76 až 80 let. Věkové kategorie 71 až 75 let a 86 až 90 let byly zastoupeny pouze ženami. Na obr. 2 je znázorněno procentuelní zastoupení věkových skupin respondentů v průzkumu.



**Obr. 2: Věkové rozložení respondentů**

*Zdroj: Vlastní empirický průzkum*

V rámci sociálně – demografických dat bylo zjištěno, že polovina respondentů má střední vzdělání bez maturity. Pouze jeden respondent dosáhl vyššího odborného vzdělání a tři respondenti absolvovali vysokou školu. Osm respondentů mělo základní vzdělání a stejný počet respondentů dokončil střední školu s maturitou.

Zajímavé je porovnání vzdělání dotazovaných mužů a žen. Žádná dotazovaná žena nedosáhla vysokoškolského vzdělání a pouze jedna vyššího odborného, zatímco žádný dotazovaný muž neměl pouze základní vzdělání.

Přestože mezi respondenty převažovaly osoby, jimž jejich životní partner již zemřel, bylo zde také velké procentuelní zastoupení osob, které doposud žijí v manželství. Jednalo se o 40% respondentů. Pouze čtyři respondenti byli rozvedeni.

Dále byli respondenti roztrženi do kategorií podle výše příjmu. Plat většiny respondentů se pohyboval v rozmezí 10 000 Kč až 14 999 Kč, 32,5% seniorů mělo příjem mezi 6 000 Kč a 9 999 Kč. Pouze jeden respondent měl příjmy vyšší než 15 000 Kč. Tři respondenti uvedli, že výši svého příjmu neznají.

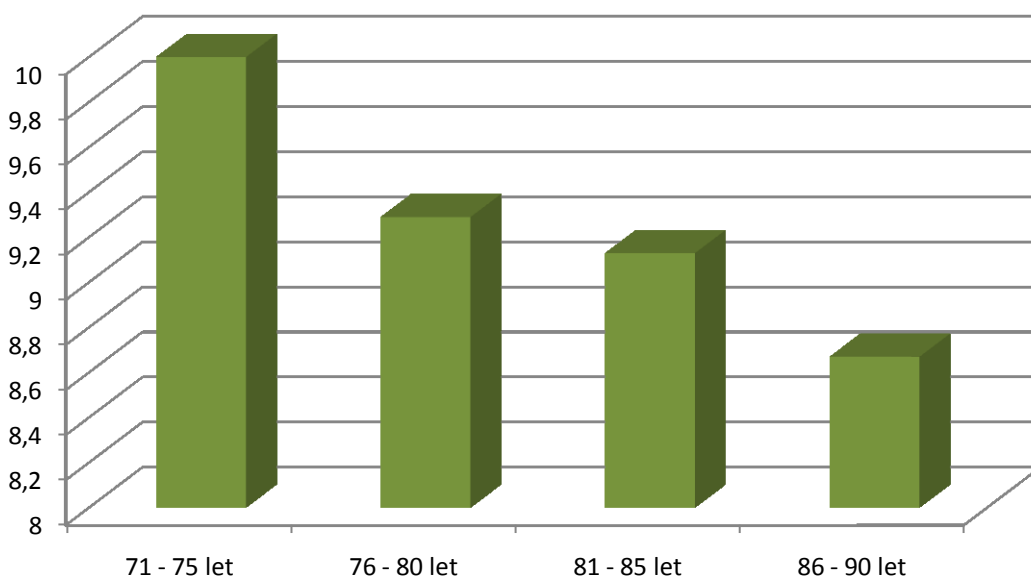
## 7. Interpretace výsledků

V následující kapitole jsou rozebrány výsledky empirického průzkumu, jenž byl popsán v kapitole předchozí. Závěry plynoucí z nashromážděných dat jsou pro názornost doplněny grafy. Tabulky zachycující odpovědi na všechny otázky jsou součástí přílohy 2.

### 7. 1. Spokojenost seniorů s místním společenstvím

Dotazník Spokojenost občanů s místním společenstvím může být rozdělen na tři části. Do první části jsou pak zařazeny otázky na všeobecnou, celkovou, spokojenost – otázky 1.a a 1.b. Druhá část může být charakterizována jako hodnocení jednotlivých aspektů každého posuzovaného rysu celkové spokojenosti, jedná se o otázky č. 2 až č. 7. Třetí část je zaměřena na hodnocení jednotlivých aspektů každého posuzovaného rysu, přičemž je stanoveno i pořadí těchto aspektů podle důležitosti, která je jim respondenty přisuzována. Třetí část je tvořena podotázkami k otázce č. 7.

Jak již bylo zmíněno, v první části se respondenti vyjadřovali k celkové spokojenosti s obcí, ve které žijí. Mezi odpověďmi výrazně převažovala možnost „velmi spokojen“ a průměrná úroveň spokojenosti určené na stupnici 0 až 10 činila 9,25 bodů.



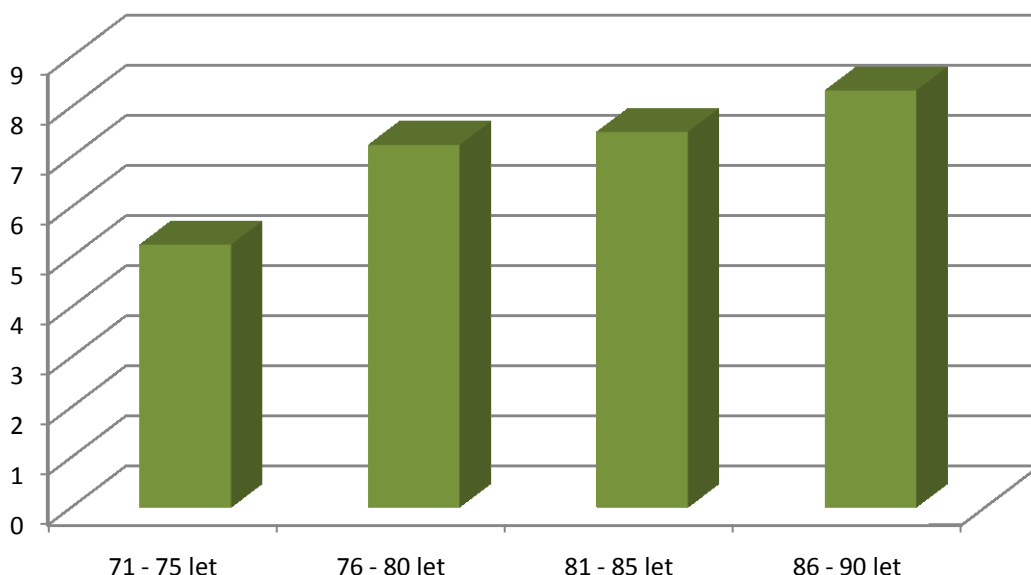
**Obr. 3: Úroveň spokojenosti respondentů podle otázky 1. b**

*Zdroj: Vlastní empirický průzkum*

Dle odpovědí respondentů je možné zpozorovat, že senioři vyšších věkových kategorií jsou s danou obcí spokojeni méně nežli senioři mladší. Průměrné hodnoty, které byly obci přiřazeny jednotlivými věkovými kategoriemi, je možné znázornit diagramem na Obr. 3.

Podobně jako spokojenost s obcí, klesala u respondentů s vyšším věkem také spokojenost s možností provozovat své záliby a koníčky a spokojenost s možnostmi zaměstnání. Jak uvedli sami respondenti, možnost zaměstnání hodnotili převážně podle zkušeností svých příbuzných a přátel méně pak podle dřívějších zkušeností.

V podstatě opačný trend je možné vysledovat u otázky týkající se spokojenosti s mezilidskými vztahy v obci. Senioři z věkové kategorie 86 – 90 let jsou s mezilidskými vztahy výrazně spokojenější nežli senioři mezi 71 – 75 lety, což je vidět na Obr. 4.



**Obr. 4: Spokojenost respondentů s mezilidskými vztahy podle otázky č. 2**

*Zdroj: Vlastní empirický průzkum*

Mladší senioři si často stěžovali na chování mládeže, která podle nich nemá dostatečnou úctu ke stáří a vykazuje velkou agresivitu jak proti nim samotným tak proti okolnímu prostředí, které demoluje.

Dotazovaní senioři byli velmi spokojeni se základními veřejnými službami a část z nich sama upozornila na vysokou spokojenost se službami sociálními.

V třetí části dotazníku na Spokojenost občanů s místním společenstvím měli senioři nejprve seřadit oblasti, jichž se dotazník týkal podle důležitosti od nejdůležitější k nejméně důležité. Jako nejdůležitější položka byly 27mi seniory označeny mezilidské vztahy. Za druhou nejdůležitější položku mohou být považovány základní veřejné služby následované kvalitou životního prostředí. Za nejméně důležitou položku byla seniory označena možnost účastnit se lokálního plánování.

Respondenti se měli dále vyjádřit k jednotlivým aspektům oblastí, jimž v předchozí otázce přiřazovali pořadí, a určit dva pro ně nejdůležitější aspekty. Podrobné výsledky jsou uvedeny v tabulce 2 přílohy 2.

Hodnocení všech oblastí nabývalo hodnot vyšších než pět, kromě bezpečnosti ve městě a oblasti týkající se možností zaměstnání. Nejnižší průměrnou hodnotou 2,43 bodů ohodnotili respondenti bezpečnost chůze v noci po veřejných prostranstvích, podobně nízká průměrná hodnota 2,80 bodů připadá i na bezpečnost chůze v noci po hlavních ulicích. Za nejdůležitější aspekt bezpečnosti v obci označili dotazovaní senioři ale možnost nechat přes noc otevřené okno, tu hodnotili co do bezpečnosti 7,18ti body.

Velmi vysokého ohodnocení dosáhly oblasti týkající se dostupnosti veřejných služeb a kvality sportovišť a kulturních zařízení. Z kulturních zařízení byla nejlépe hodnocena, 9,62 body, kvalita knihoven ve městě. Knihovny byly také označeny za nejdůležitější aspekt kvality sportovišť a kulturních zařízení, co do důležitosti byly následovány nabídkou divadel a kin.

Dostupnost základních služeb byla hodnocena u téměř všech aspektů více než devíti body, jen nabídka veřejných škol dosáhla pouhých 8,64 bodů. Za nejdůležitější základní služby byly dotazovanými seniory považovány dostupnost praktických lékařů a dostupnost nemocnice.

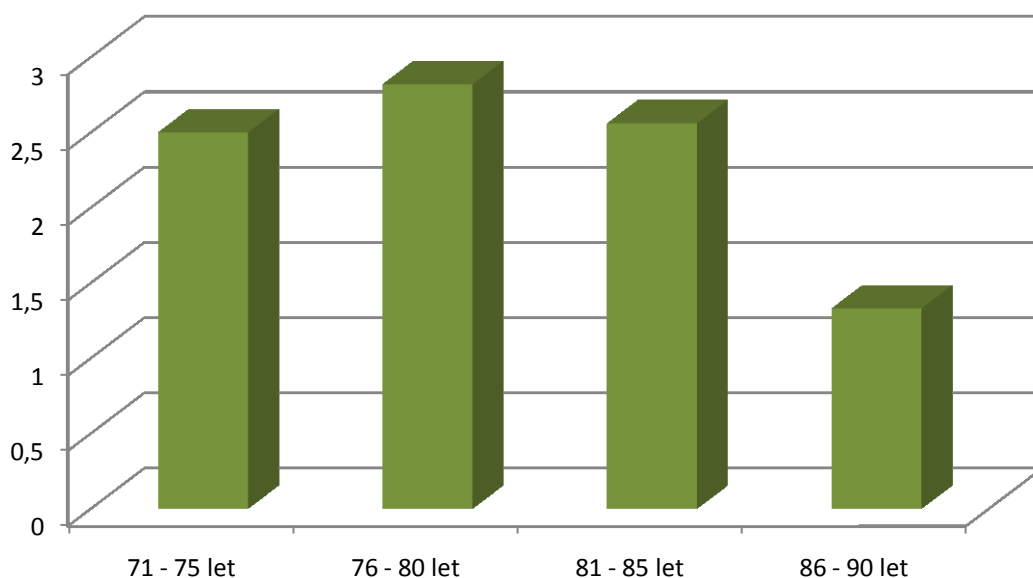
Aspekty týkající se efektivity možností zapojení do rozhodování v obci byly hodnoceny jen 50% respondentů, ostatní obvykle uvedli, že se o tuto problematiku nezajímají nebo o ní nemají dostatečný přehled. Nejmenší počet respondentů, pouze tři, se vyjádřili k problematice podpory nových podnikatelských záměrů.

Dotazovaní senioři se odmítli vyjádřit k důležitosti aspektů možnosti zaměstnání a zapojení do rozhodování obce z důvodu nedostatečného přehledu o této problematice.

## 7. 2. Fungování smyslů

Čtyři otázky týkající se fungování smyslů jsou již součástí oficiálního dotazníku WHOQOL – OLD. Senioři hodnotili fungování svých smyslů převážně, v 32,5% případů jako „hodně“ vyhovující, pouze dva respondenti označili fungování svých smyslů za vůbec nevyhovující.

Za zajímavé může být považován fakt, že respondenti starší 86 let nemají tak intenzivní pocit, že zhoršení jejich smyslů ovlivňuje jejich každodenní život, jako senioři mladší. Porovnání vyjadřuje Obr. 5.



**Obr. 5: Vliv zhoršení smyslů na každodenní život respondentů**

*Zdroj: Vlastní empirický průzkum*

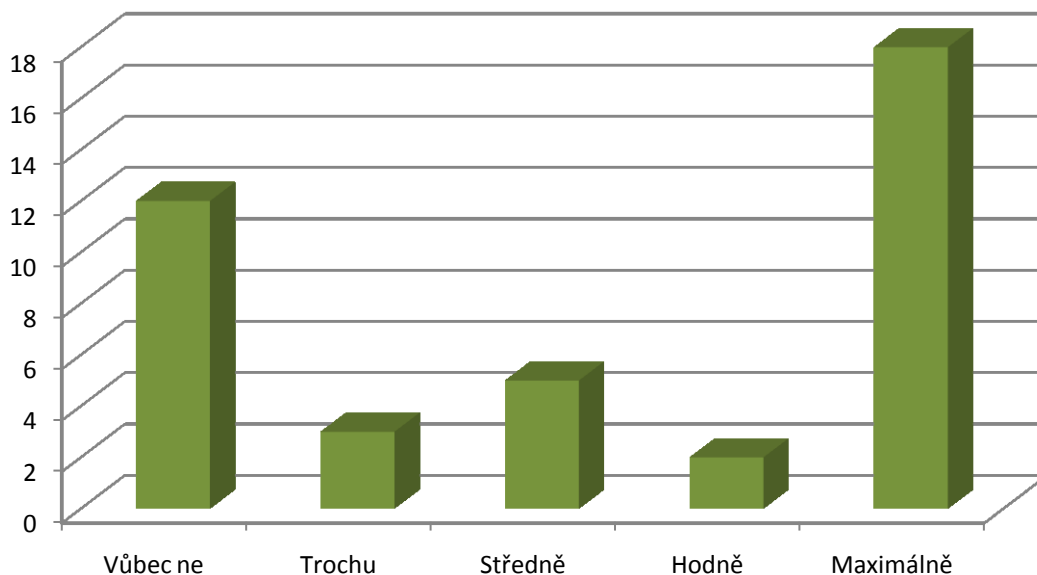
Co se týče vlivu zhoršení smyslů na komunikaci s ostatními lidmi, nepocítují tento vliv dotazovaní senioři téměř vůbec, přiřadili tedy otázce F 25.4 průměrnou hodnotu 1,78 bodů. Oproti tomu značně pocítují vliv zhoršení těchto smyslů na jejich schopnost zapojit se do různých činností, otázku F 25.3 ohodnotili průměrnou hodnotou 2,80 bodů.

### 7. 3. Nezávislost

Svou nezávislost hodnotí dotazovaní senioři průměrným hrubým skórem 3,54 bodů, přičemž nejvíc nezávislí se cítí respondenti starší 86 let, jejichž hrubý skór pro tuto doménu odpovídá hodnotě 4,50 bodů.

Nejhůře hodnocenou položkou spadající do této domény je možnost věnovat se věcem, které by respondenti rádi dělali. Z rozhovorů vyplynulo, že mezi respondenty jsou bohatě zastoupeni bývalí sportovci, kteří se v současné době nemohou těmto zájmům věnovat v takové míře, jak by si přáli.

Průměrná hodnota vychází po zaokrouhlení u otázky F 26.2 týkající se rozhodování o budoucnosti, jedná se o 3,28 bodů. Tento fakt je způsoben poněkud zvláštním extrémem v hodnocení, který je znázorněn na obr. 6 diagramem absolutních četností odpovědí na tuto otázku.



**Obr. 6: Rozhodování o budoucnosti – absolutní četnosti**

*Zdroj: Vlastní empirický průzkum*

Během standardizovaných rozhovorů bylo vyzorováno, že výše zmíněný extrém je způsoben existencí dvou přístupů dotazovaných respondentů k této otázce.



Část respondentů, která následně odpověděla variantu „vůbec ne“, odpovídala s úsměvem poněkud filozoficky, že o tom, kdy zemřou, nerozhodují a tím pádem nerozhodují o své budoucnosti. Část respondentů, která následně odpověděla variantu „maximálně“, pohlížela na otázku spíše z hlediska závislosti jejich budoucnosti na rozhodnutí jiné osoby.

#### **7. 4. Naplnění**

Průměrné hrubé skóre domény „naplnění“ je 3,29 bodů, přičemž nejvyšší bodové ohodnocení z této domény, 4,08 bodů, bylo přiřazeno míře spokojenosti s tím, čeho respondenti v životě již dosáhli. Celkem 57,5% dotazovaných seniorů určilo této položce maximální hodnotu 5 bodů.

Naopak nejnižšího bodového ohodnocení nabyla otázka F 27.3 týkající se spokojenosti s možností v životě ještě něčeho dosáhnout, 45% respondentů ohodnotilo tuto položku minimální hodnotou jednoho bodu.

#### **7. 5. Sociální zapojení**

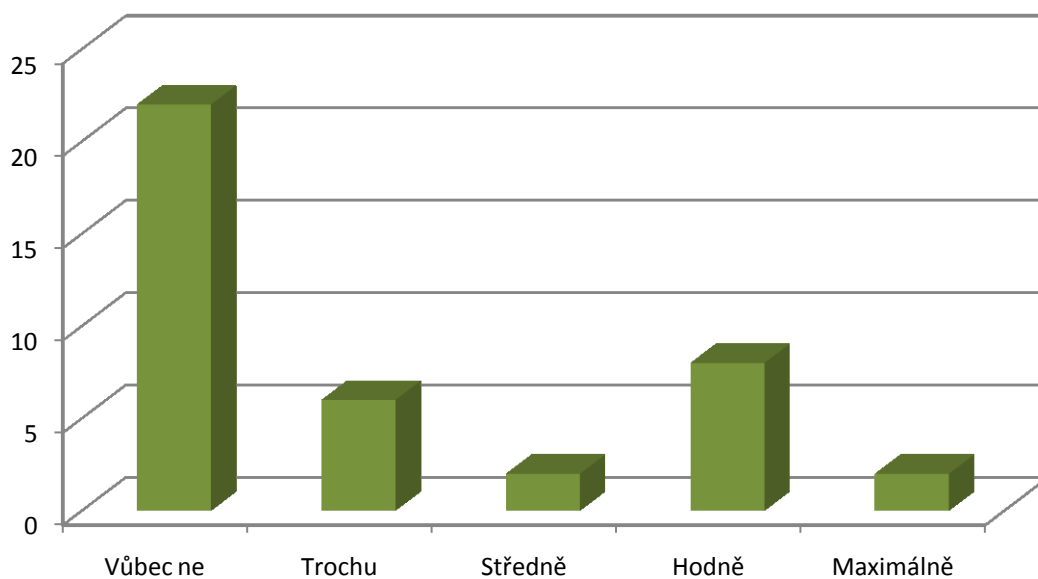
K možnosti sociálního zapojení se respondenti vyjadřovali prostřednictvím čtyř otázek týkajících se spokojenosti s trávením volného času, spokojenosti s vlastní aktivností, s možností zapojení do společenského dění a s dostatkem každodenních činností.

Průměrný hrubý skór přiřazený této doméně činí 3,24 bodů. Nejlépe byla seniory hodnocena otázka F 28.1 týkající se spokojenosti s trávením volného času, 40% respondentů se cítí maximálně spokojeno s tím, jak tráví svůj volný čas, často však dodávali, že jsou spokojeni v rámci možností. 25% respondentů se k této otázce staví neutrálně a ohodnotilo ji třemi body.

#### **7. 6. Smrt a umírání**

Tato doména je věnována znepokojení ze způsobu smrti, strachu z umírání, obavám z bolesti při umírání a ze ztráty kontroly v souvislosti s umíráním.

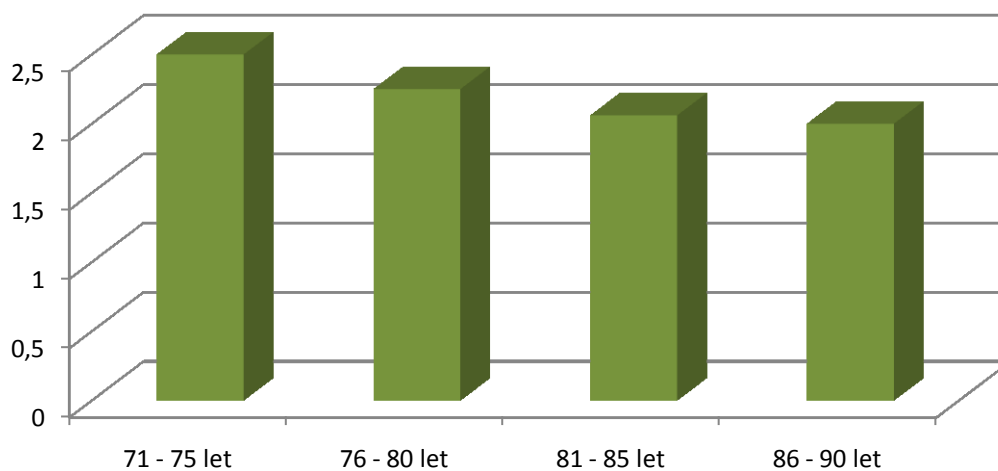
Překvapivou skutečností může být, že 55% respondentů se vůbec neznepokojuje tím, jak zemře a tak ohodnotilo otázku F 29.2 hodnotou 1 bod. Jak je vidět na obr. 7, pouze dva respondenti se znepokojují tím, jak zemřou natolik, že přiřadili této otázce hodnotu 5 bodů.



**Obr. 7: Znepokojení respondentů z toho, jak zemřou – absolutní četnosti**

*Zdroj: Vlastní empirický průzkum*

Zajímavá je také skutečnost, že u otázky F 29.4, která se zabývá přímo strachem z umírání, odpovídali senioři ve věkové kategorii 86 až 90 let častěji, že se vůbec nebojí umírání, nežli senioři nižších věkových kategorií. Průměrné hodnoty přiřazené této položce v jednotlivých věkových kategoriích jsou znázorněny na obr. 8.



**Obr. 8: Obavy respondentů z umírání – absolutní četnosti**

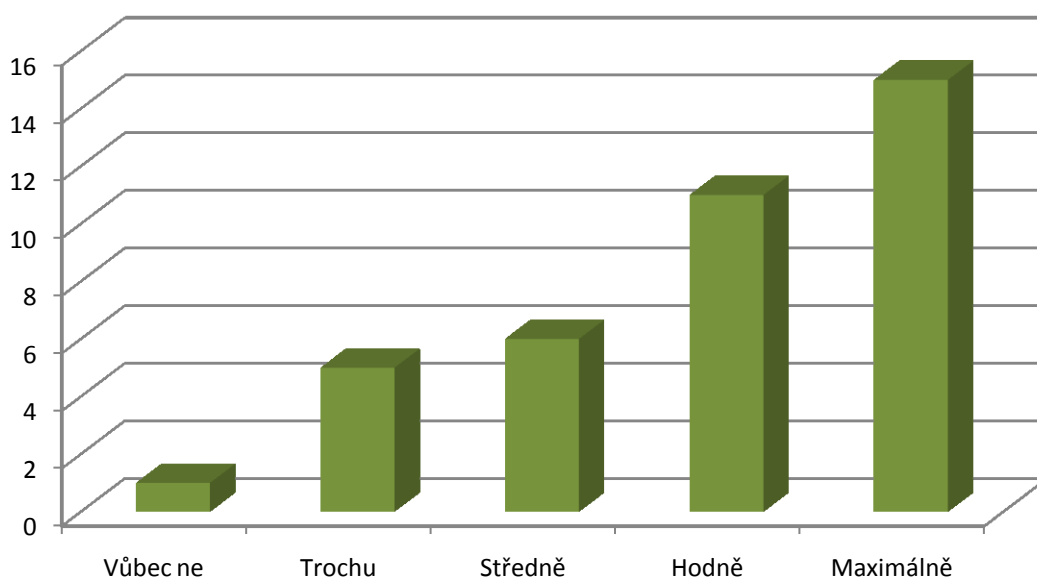
*Zdroj: Vlastní empirický průzkum*

## 7. 7. Blízké vztahy

Kromě domény týkající se smrti a umírání obsahuje dotazník WHOQOL – OLD také zdánlivě pozitivnější doménu blízkých vztahů. Tyto otázky ale činily respondentům větší potíže nežli otázky týkající se strachu ze smrti.

Většina z nich, především respondenti, kteří již přišli o svého životního partnera, se zarazila při otázce F30.3, která se ptá po množství lásky v respondentově životě. Po menším zaváhání však respondenti odpovídali poměrně pozitivně, tato otázka dosáhla průměrného skóre 3,89 bodů. Jako velmi blízké osoby pak viděli obvykle své děti a vnoučata, kteří jim ve většině případů projevují svou lásku velmi intenzivně.

Necelá polovina respondentů, konkrétně 40%, žije ve svazku manželském, 50% těchto seniorů odpovědělo na otázku týkající se množství lásky v životě maximálním počtem 5 bodů, 25% má pocit, že v jejich životě je „hodně“ lásky. Absolutní četnosti odpovědí na tuto otázku jsou zachyceny na obr. 9, dva respondenti na tuto otázku z osobních důvodů neodpověděli.



**Obr. 9: Množství lásky v životě respondentů – absolutní četnosti**

*Zdroj: Vlastní empirický průzkum*

## Závěr

V rámci snahy charakterizovat co nejlépe aktuální situaci seniorů v městě Pardubice, byla část této práce věnována teoretickým poznatkům týkajícím se nejen kvality života, ale především sociálním službám, které jsou seniorům poskytovány, a jejich právní úpravě. Část byla věnována také samotnému komunitnímu plánování sociálních služeb a v souvislosti s tím také jejich kvalitě.

Poté, co bylo pomocí charakteristiky demografického vývoje v městě Pardubice v rámci páté kapitoly poukázáno na to, že trend stárnutí populace se projevuje také v této lokalitě, mohla být pozornost věnována již samotnému empirickému průzkumu.

Empirický průzkum byl zaměřen na uživatele pobytových služeb Domova pro seniory Dubina Pardubice, jeho cílem bylo na jedné straně zjistit, jak jsou dotazovaní senioři spokojeni s místním společenstvím, na straně druhé si tento empirický průzkum kladl za cíl charakterizovat kvalitu života těchto seniorů z hlediska Světové zdravotnické organizace. Pro naplnění těchto dvou cílů byla zvolena metoda standardizovaných rozhovorů, pro něž byla jako podkladový materiál využita kombinace oficiálního dotazníku WHOQOL-OLD a dotazníku na spokojenost s místním společenstvím od Týmové iniciativy pro místní udržitelný rozvoj, o. s.

Z výše zmíněných standardizovaných rozhovorů vyplynulo, že převážná část dotazovaných seniorů je velmi spokojena s městem Pardubice jako městem, ve kterém žije. Velmi dobře byly ohodnoceny především veřejné služby a kvalita okolního životního prostředí. Respondenti vyjádřili mírnou nespokojenost jednak s možnostmi provozovat své záliby a koníčky a jednak s možností účastnit se místního plánování v městě Pardubice. S mezilidskými vztahy a možností zaměstnání v městě Pardubice byli senioři spíše spokojeni, přičemž právě spokojenost s mezilidskými vztahy označili za nejdůležitější aspekt hodnocení spokojenosti s obcí.

Z hodnocení dotazníku WHOQOL – OLD vyplývá, že většina seniorů hodnotí velmi kladně svou úroveň nezávislosti a také se domnívá, že zhoršení smyslů nijak výrazně

neovlivňuje jejich každodenní život. Co se týče pocitů naplnění, cítí respondenti značné uspokojení z toho, čeho již v životě dosáhli, ale například s možnostmi v životě ještě něčeho dosáhnout spokojeni nejsou a věci, na které se mohou těšit, hodnotí spíše jako průměrné. Za lehce podprůměrnou označili také spokojenost s tím, nakolik jsou aktivní. Pozitivněji vyzněly otázky na znepokojení ze způsobu smrti a strach z umírání, kdy se 55% respondentů dle svých slov vůbec neznepokojuje tím, jak zemře. Doména blízkých vztahů vzbuzovala v respondentech sice větší rozpaky než otázky na smrt, ale nakonec byla hodnocena také velmi pozitivně. Většina seniorů vyjádřila názor, že přátelství je jednou z nejdůležitějších věcí v životě. Respondenti se také většinou shodli na tom, že v jejich životě je hodně lásky, přestože tím byli často míněni nejbližší rodinní příslušníci jako děti a vnoučata, velká část respondentů dle svých slov žije doposud ve šťastném manželství.

Během provádění empirického průzkumu jsem se setkala s velice vřelým přijetím jak od personálu Domova pro seniory Dubina Pardubice tak od samotných respondentů. Samotné dotazování probíhalo obvykle ve velmi příjemné a pozitivně laděné atmosféře a nikdo z oslovených účast na průzkumu neodmítl.

Vzhledem k tomu, že se lidé dožívají stále vyššího věku, považuji tematiku socioekonomických aspektů kvality života seniorů za velmi aktuální téma. Z aktivity, kterou město Pardubice vynakládá na zajištění kvalitních sociálních služeb a ze samotných výroků respondentů, kteří tyto služby hodnotili velmi pozitivně, soudím, že město Pardubice tuto problematiku skutečně nepodceňuje. Oblast, která však zřejmě je a do budoucna by mohla být ještě problematičtější je přístup mládeže k osobám vyššího věku. Především mladší respondenti často hovořili o negativních zkušenostech s mladými lidmi a jejich zvyšující se agresivitě jak proti samotným seniorům, tak proti obecnému okolí. Domnívám se, že v této problematice by mohlo být prospěšné zavedení brigádnických prací v této oblasti sociálních služeb, mládež by si tak mohla osvojit respekt a uznání, které seniorům bezpochyby náleží.

## Seznam použité literatury

- [1] BUCHTA, M., SIEGL, M. *Základy managementu*. 2. vydání. Pardubice:Univerzita Pardubice, 2004. 155 s. ISBN 80-7194-540-4.
- [2] CENTRUM KOMUNITNÍ PRÁCE ÚSTÍ NAD LABEM. *Deset základních kroků v procesu komunitního plánování a příprava prostředí pro pořízení komunitního plánu – krok č.1* [online] 2011 [cit. 2011-05-01] Dostupné na WWW: <[http://www.komunitniplanovani.com/dokumenty/metodika\\_1.pdf](http://www.komunitniplanovani.com/dokumenty/metodika_1.pdf)>.
- [3] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD : *Pardubický kraj* [online]. 13.3.2006 [cit. 2011-03-30]. Demografický vývoj Pardubického kraje v letech 1991 až 2004 . Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/xednicniplan.nsf/kapitola/13-5303-05--0100>>.
- [4] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD : *Pardubický kraj* [online]. 1.5.2010 [cit. 2011-04-19]. Věkové složení obyvatelstva Pardubického kraje v roce 2009 . Dostupné na WWW: <[http://www.pardubice.czso.cz/xednicniplan.nsf/i/vekove\\_slozeni\\_obyvatelstva\\_pardubického\\_kraje\\_v\\_roce\\_2009](http://www.pardubice.czso.cz/xednicniplan.nsf/i/vekove_slozeni_obyvatelstva_pardubického_kraje_v_roce_2009)>.
- [5] DEMOGRAFICKÉ INFORMAČNÍ CENTRUM. *Demografie* [online]. c 2004 - 2009 [cit. 2011-04-28]. Stárnutí. Dostupné na WWW: <[http://www.demografie.info/?cz\\_literatura=>](http://www.demografie.info/?cz_literatura=>)>.
- [6] DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. WHOQOL-OLD. Praha: Psychiatrické centrum; 2009. 72. s. ISBN 978-80-87142-05-9
- [7] DŽUKA, J. Subjektívna pohoda u slovenskej a rakúskej mládeže. In *ČS psychol.* 1994/3, 38:193-205
- [8] HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON, s.r.o., 2005, s. 205 – 216. ISBN 80-7254-657-0
- [9] HUPPERTOVÁ, F. *The well-being institute*. [cit. 2011-01-05]. Dostupné na WWW: <<http://www.cambridgewellbeing.org/>>
- [10] KOČMANOVÁ, H. Právní předpisy ve vztahu k poskytování sociálních služeb. In *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů*, JU ZSF Č. Budějovice, 2008, s. 5 – 18. ISBN 978-80-7394-090-4.
- [11] KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Metodiky pro plánování sociálních služeb* [online] 2011 [cit. 2011-05-01] Dostupné na WWW: <[http://www.kpss.cz/index.php?art=publish&art\\_id=2&article=111](http://www.kpss.cz/index.php?art=publish&art_id=2&article=111)>.

- [12] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [13] KUČERA, V., *Kvalita městského prostředí a pocit spokojenosti lidí*. 2009. [cit. 2011-01-16]. Dostupné na WWW: <[http://web.natur.cuni.cz/ksgrrsek/urrlab/user/documents/petra//Komunity\\_2009/anotace\\_Pacione.pdf](http://web.natur.cuni.cz/ksgrrsek/urrlab/user/documents/petra//Komunity_2009/anotace_Pacione.pdf)>.
- [14] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [15] MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [16] MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- [17] MĚSTO PARDUBICE. *Komunitní plán rozvoje sociálních a souvisejících služeb města Pardubic na období 2008 - 2011* [online] 2011. [cit. 2011-03-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.mesto-pardubice.cz/urad/radnice/magistrat/odbory-magistratu/oks/komunitni-planovani/komunitni-plan.pdf>>
- [18] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Komunitní plánování – věc veřejná*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. nakladatelství Jan, 2002. s. 16. ISBN 80-86552-30-6.
- [19] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Standardy kvality sociálních služeb*. [online]. 2006 [cit. 2011-03-30]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5963>>.
- [20] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Standardy kvality sociálních služeb-výkladový sborník pro poskytovatele*. [online]. 2008 [cit. 2011-04-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5963>>.
- [21] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Základní informace o komunitním plánování sociálních služeb*. [online]. 2005 [cit. 2011-03-30]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/858>>.
- [22] PATRICK, D. L., ERICKSON, J. *Assessing healthrelated quality of life for clinical decision-making*. In: *Quality of Life Assessment: Key Issues for the 1990* (p. 11-64). Eds. R. Walker a R. M. Rosser. London, Kluwer Academic Press.
- [23] PAUKNEROVÁ, D. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 2., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha : Grada, 2006. 254 s. ISBN 80-247-1706-9(brož.).

- [24] PAYNE, J. A KOL.: *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha, TRITON, s.r.o., 2005, ISBN 80-7254-657-0
- [25] PIKOLA, P., ŘÍHA, M. *Služby sociální péče v domovech pro seniory*. Praha: Námořní akademie České republiky s.r.o., 2010. 0s. ISBN 978-80-87103-29-6.
- [26] SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA PARDUBIC. *Sociální služby města Pardubic*. [cit. 2011-04-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.ssmpe.cz/>>
- [27] SPITZER, W. O., DOBSON, A. J., HALL, J., CHESTERMAN, E., LEVI, J., SHEPHERD, R., BATISTA, R. N., CATSCHLOVE, B. R. Measuring the quality of life of cancer patients. In *Journal of Chronic Diseases* 1981, 34, p. 585-597
- [28] ŠVEŘEPA, M. *Sociální služby*. 2006 [cit. 2011-01-16]. Dostupné na WWW: <<http://socialnirevue.cz/item/socialni-sluzby/category/socialni-prace>>.
- [29] TÝMOVÁ INICIATIVA PRO MÍSTNÍ UDRŽITELNÝ ROZVOJ, O.S. *Metodické listy ECI*. [online]. 2010 [cit. 2011-04-21]. Dostupné na WWW: <<http://www.timur.cz/25-dokumenty-ke-stazeni/27-metodicke-listy-eci-3.html>>
- [30] ÚZ č. 811 - Sociální zabezpečení 2011. Ostrava: Sagit, 2011. 288 s. ISBN 978-80-7208-830-0.
- [31] VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: MU 2005, ISBN 80-210-3754-7
- [32] VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ. *Koncepce kvality života*. [cit. 2011-01-05]. Dostupné na WWW: <<http://holas.xf.cz/vse/5HP400.doc>>



## Seznam obrázků

Obr. 1: Věkové rozložení obyvatel města Pardubice .....	44
Obr. 2: Věkové rozložení respondentů .....	51
Obr. 3: Úroveň spokojenosti respondentů podle otázky 1. b.....	52
Obr. 4: Spokojenost respondentů s mezilidskými vztahy podle otázky č. 2 .....	53
Obr. 5: Vliv zhoršení smyslů na každodenní život respondentů.....	55
Obr. 6: Rozhodování o budoucnosti – absolutní četnosti .....	56
Obr. 7: Znepokojení respondentů z toho, jak zemřou – absolutní četnosti .....	58
Obr. 8: Obavy respondentů z umírání – absolutní četnosti .....	58
Obr. 9: Množství lásky v životě respondentů – absolutní četnosti .....	59

## Seznam příloh

### Příloha č. 1: Dotazník

### Příloha č. 2: Výsledky empirického průzkumu

Tabulka 1: Spokojenost seniorů s místním společenstvím

Tabulka 2: Spokojenost seniorů s místním společenstvím - podotázky k otázce č. 7

Tabulka 3: Hodnocení pořadí podotázek otázky č. 7

Tabulka 4: Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-OLD

Tabulka 5: Průměrné hrubé skóry dotazníku WHOQOL-OLD

Příloha č. 1: **Dotazník**

Vážená paní, Vážený pane,

žádám Vás o vyplnění dotazníku, který se pokouší zmapovat socioekonomické faktory života seniorů. Studuji třetí ročník bakalářského programu Management podniku na Univerzitě Pardubice. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce, je zcela anonymní a slouží pouze pro studijní účely.

Pokud není uvedeno jinak, označujte, prosím, jen jednu odpověď. V závěru dotazníku je prostor pro Vaše případné vyjádření.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

Marie Moudrá

# Spokojenost seniorů s místním společenstvím

---

## 1. a) Jak jste spokojen(a) s vaší obcí, jako s místem, kde žijete a pracujete?

(Vyberte prosím pouze jednu možnost)

1. velmi spokojen
2. mírně spokojen
3. mírně nespokojen
4. velmi nespokojen

## 1. b) Vyjádřete úroveň vaší spokojenosti na procentní stupnici (0 velice nízká, 10 velmi vysoká)

Procentní skóre: \_\_\_\_\_

*Prosím přiřaďte ke každé otázce procentní skóre (podobně jako v předchozí otázce 0 velice nízká spokojenost, 10 velmi vysoká)*

2) Jak jste spokojen s mezilidskými vztahy ve vaší obci? \_\_\_\_\_

3) Jak jste spokojen s možnostmi provozovat své záliby a koníčky? \_\_\_\_\_

4) Jak jste spokojen se základními veřejnými službami (zdravotní a sociální služby, školy, veřejná doprava, atd.)? \_\_\_\_\_

5) Jak jste spokojen s kvalitou okolního životního prostředí? \_\_\_\_\_

6) Jak jste spokojen s možnostmi zaměstnání ve vašem městě? \_\_\_\_\_

7) Jak jste spokojen s možnostmi účastnit se místního plánování, rozhodování či kulatých stolů? \_\_\_\_\_

*Nyní prosím seřaďte dané oblasti/položky v závislosti na vašem osobním hodnocení důležitosti (1 = nejvíce důležitý, 6 = nejméně důležitý)*

### Pořadí

- \_\_\_\_\_ mezilidské vztahy
- \_\_\_\_\_ možnost praktikovat vaše zájmy a záliby
- \_\_\_\_\_ základní veřejné služby
- \_\_\_\_\_ kvalita okolního životního prostředí
- \_\_\_\_\_ možnost zaměstnání
- \_\_\_\_\_ možnost účastnit se lokálního plánování

Přiřaďte prosím hodnocení na škále mezi 0 (nejméně) a 10 (nejvíce) každé položce v seznamu otázky a):

**a) Jak časté je ve vašem sousedství:**

- \_\_\_\_\_ Mluvit se sousedy?
- \_\_\_\_\_ Mluvit s lidmi, které potkáte v obchodech?
- \_\_\_\_\_ Zastavit se a hovořit s přáteli, které potkáte na ulici?
- \_\_\_\_\_ Setkávat se na místech k tomu určených (hospody, kostel, sociální centra, parky)?

Nyní prosím označte – podle vašeho osobního hodnocení – dvě nejdůležitější položky z daného výčtu (1 = nejdůležitější, 2 druhý nejdůležitější)

- 1.....
- 2.....

Nyní prosím zopakujte totéž pro otázky b) až g) tak, že do druhého sloupce (\*) napíšete číslice 1 a 2 pro nejdůležitější a druhou nejdůležitější alternativu

**b) Jak bezpečné je podle vás:**

- \_\_\_\_\_ Být přes den doma s nezamknutými dveřmi? .....
- \_\_\_\_\_ Nechat přes noc otevřené okno? .....
- \_\_\_\_\_ Chodit v noci po hlavních ulicích? .....
- \_\_\_\_\_ Chodit v noci po veřejných prostranstvích? .....

(\*)

**c) Zhodnoťte prosím kvalitu následujících služeb:**

- \_\_\_\_\_ Sportovní zařízení .....
- \_\_\_\_\_ Divadla a kina .....
- \_\_\_\_\_ Muzea a výstavní síně .....
- \_\_\_\_\_ Kulturní domy .....
- \_\_\_\_\_ Knihovny .....

**d) Jak dostupné jsou následující základní služby**

- \_\_\_\_\_ Praktičtí lékaři .....
- \_\_\_\_\_ Nemocnice .....
- \_\_\_\_\_ Sociální služby .....
- \_\_\_\_\_ Sociální bydlení .....
- \_\_\_\_\_ Policie .....
- \_\_\_\_\_ Veřejné školy .....
- \_\_\_\_\_ Veřejná doprava .....

**e) Zhodnoťte kvalitu následujících položek:**

- \_\_\_\_\_ Veřejné parky a zahrady, zeleň obecně .....
- \_\_\_\_\_ Zastavěné prostory .....
- \_\_\_\_\_ Odvoz odpadů a čištění ulic .....
- \_\_\_\_\_ Kvalita ovzduší .....

\_\_\_\_\_ Hlučnost v noci .....  
\_\_\_\_\_ Hlučnost ve dne .....

**f) Jaký je váš názor na následující možnosti:**

\_\_\_\_\_ Možnost odborné rekvalifikace .....  
\_\_\_\_\_ Podpora novým podnikatelským záměrům .....  
\_\_\_\_\_ Úroveň nezaměstnanosti ve vaší obci .....  
\_\_\_\_\_ Distribuce bohatství ve vaší obci .....  
\_\_\_\_\_ Reinvestice příjmů obce v místě .....

**g) Zhodnoťte prosím efektivitu následujících možností zapojení do rozhodování ve vaší obci:**

\_\_\_\_\_ Podílet se na místním plánovacím procesu (příprava ÚP apod.) .....  
\_\_\_\_\_ Stát se členem místní nevládní organizace .....  
\_\_\_\_\_ Podávat přímé žádosti/dotazy na místní úřad .....  
\_\_\_\_\_ Účast v komunálních volbách/referendech .....  
\_\_\_\_\_ Organizovat/účastnit se na místních demonstracích .....

## Dotazník kvality života WHOQOL-OLD – česká verze

---

### Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte různé stránky kvality svého života, a zaměřuje se na oblasti, které mohou být pro Vás jako staršího člověka, důležité.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím tu odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte při tom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se na Váš život za **poslední dva týdny**.

Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

### Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry jste si během posledních dvou týdnů dělal/a starosti s budoucností. Pokud jste se „hodně“ obával/a budoucností, zakroužkoval/a byste číslo 4; pokud jste se „vůbec“ neobával/a budoucností,

zakroužkoval/a byste číslo 1. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkujeme Vám za spolupráci

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci, jako např. svobodu rozhodovat o svých záležitostech a o svém životě. Pokud jste měl/a tyto pocity v maximální míře, zakroužkujte číslo vedle slova „maximálně“. Pokud jste tyto pocity vůbec neměl/a, zakroužkujete číslo vedle výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „maximálně“, měl/a byste zakroužkovat jedno z čísel ležících mezi nimi. Otázky se týkají posledních dvou týdnů.

1. (F25.1) Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

2. (F25.3) Do jaké míry ovlivňuje ztráta, například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu, Vaši schopnost zapojit se do různých činností?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

3. (F26.1) Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

4. (F26.2) Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

5. (F26.4) Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

6. (F29.2) Znepokojujete se tím, jak zemřete?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

7. (F29.3) Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

9. (F29.5) Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. chodit ven tak, jak byste rád/a. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „maximálně“. Pokud jste je vůbec nemohl/a provádět, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete naznačit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „maximálně“, zakroužkujete jedno z čísel, které leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

10. (F25.4) Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

11. (F26.3) Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

12. (F27.3) Jste spokojen/a se svými možnostmi v životě něčeho dosáhnout?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

13. (F27.4) Myslíte si, že se Vám v životě dostává uznání, které si zasloužíte?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

14. (F28.4) Myslíte si, že máte každý den dostatek činností?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech. Např. se svou účastí ve společenském životě nebo s tím, co jste v životě dosáhl/a. Rozhodněte se, jak jste spokojený/á nebo nespokojený/á s každou oblastí svého života a zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak se cítíte. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

15. (F27.5) Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

16. (F28.1) Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj volný čas?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

17. (F28.2) Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

18. (F28.7) Jste spokojen/a s možnostmi svého zapojení do společenského (místního) dění?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

19. (F27.1) Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

20. (F25.2) Jak byste hodnotil/a to, jak Vám slouží smysly (například sluch, zrak, chuť, čich nebo hmat)?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Následující otázky se týkají Vašich **velmi blízkých (intimních) vztahů**, které máte. Uvažujte, prosím, o těchto otázkách ve vztahu ke svému partnerovi nebo jinému blízkému člověku, se kterým sdílíte blízkost více než s kýmkoli jiným ve svém životě.



21. (F30.2) Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

22. (F30.3) Kolik je ve Vašem životě lásky?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

23. (F30.4) Máte příležitost někoho milovat?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

24. (F30.7) Máte příležitost být někým milován/a?

Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

***Chcete k dotazníku něco dodat?***

Děkujeme Vám za spolupráci

# Sociálně – demografická data

---

## 1. Vzdělání respondenta

1. Základní
2. Střední bez maturity
3. Střední s maturitou
4. Vyšší odborné
5. Vysokoškolské

## 2. Rodinný stav respondenta

1. Svobodný/á
2. Ženatý/vdaná
3. S druhem/družkou
4. Rozvedený/á
5. Vdovec/vdova

## 3. Věk respondenta

1. Do 60 let
2. 61 – 65 let
3. 66 – 70 let
4. 71 – 75 let
5. 76 – 80 let
6. 81 – 85 let
7. 86 – 90 let
8. Více než 91 let

## 4. Příjem respondenta

1. Do 5 999 Kč
2. 6 000 – 9 999 Kč
3. 10 000 – 14 999 Kč
4. 15 000 Kč – 19 999 Kč
5. Více než 20 000 Kč

## 5. Pohlaví respondenta

1. Muž
2. Žena

Příloha č. 2: **Výsledky empirického průzkumu**

Tabulka 1: Spokojenost seniorů s místním společenstvím

Číslo otázky	Věk seniorů				Celkem
	71 – 75 let	76 – 80 let	81 – 85 let	86 – 90 let	
1. a	1	1,24	1,38	1,67	1,3
1. b	10	9,29	9,13	8,67	9,25
2	5,25	7,24	7,5	8,33	7,23
3	9,5	7,65	6,81	5,33	4,2
4	10	9,12	8,25	10	8,93
5	7,25	7,59	9,19	8,67	8,28
6	7,75	6,41	6	5,67	6,37
7	5,5	3,94	5,36	7,67	4,89

Tabulka 2: Spokojenost seniorů s místním společenstvím - podotázky k otázce č. 7

Číslo otázky	Věk seniorů				Celkem
	71 – 75 let	76 – 80 let	81 – 85 let	86 – 90 let	
7. a	9,75	8,71	8,19	9,00	8,63
	5,25	6,18	6,13	4,00	5,90
	7,75	7,47	7,81	7,67	7,65
	4,00	7,53	5,25	6,33	6,18
7. b	4,25	6,53	4,94	6,00	5,63
	8,25	7,59	5,94	10,00	7,18
	2,00	3,18	2,94	1,00	2,80
	1,75	2,47	2,75	1,33	2,43
7. c	8,50	9,19	8,80	9,67	9,00
	9,50	9,69	9,33	10,00	9,55
	9,50	9,56	9,07	10,00	9,39
	9,50	9,69	8,87	9,67	9,34

	10,00	9,71	9,40	9,67	9,62
7. d	10,00	9,59	9,63	10,00	9,68
	10,00	9,82	9,75	10,00	9,83
	10,00	9,71	9,75	10,00	9,78
	10,00	9,47	9,75	9,67	9,65
	10,00	9,59	9,38	6,33	9,30
	10,00	9,44	7,56	8,33	8,64
	10,00	9,53	9,13	9,67	9,43
	7. e	9,00	8,47	8,93	9,67
8,00		8,94	9,67	9,33	9,15
6,25		7,59	7,87	7,33	7,54
7,25		5,47	5,93	7,33	5,97
10,00		6,76	9,80	9,33	8,46
10,00		7,41	9,47	9,33	8,62
7. f	7,50	8,50	6,33	-	7,29
	-	3,00	3,00		3,00
	5,00	3,60	2,67	2,50	3,38
	-	4,00	6,00	4,00	5,00
	-	-	-	-	-
7. g	3,75	3,43	2,43	8,00	3,60
	3,00	6,33	4,60	-	4,80
	9,50	8,33	7,50	9,33	8,47
	10,00	10,00	9,43	9,00	9,71
	8,67	9,75	9,17	9,00	9,21

Tabulka 3: Hodnocení pořadí podotázek otázky č. 7

Číslo otázky	Počet hodnocení						Σ	Pořadí
	1	2	3	4	5	6		
7.	27	5	1	7	0	0	68	1
	1	5	2	1	27	4	180	5
	5	22	4	8	1	0	98	2
	6	8	18	7	1	0	109	3
	1	0	15	17	6	1	150	4
	0	0	0	0	5	35	235	6
7. a	19	11	-	-	-	-	41	2
	0	0	-	-	-	-	0	4
	16	16	-	-	-	-	48	1
	5	13	-	-	-	-	31	3
7. b	12	11	-	-	-	-	34	2
	19	14	-	-	-	-	47	1
	7	9	-	-	-	-	25	3
	0	4	-	-	-	-	8	4
7. c	10	8	-	-	-	-	26	3
	7	12	-	-	-	-	31	2
	7	2	-	-	-	-	11	5
	0	6	-	-	-	-	12	4
	16	12	-	-	-	-	40	1
7. d	11	14	-	-	-	-	39	1
	21	5	-	-	-	-	31	2
	5	8	-	-	-	-	21	3
	0	0	-	-	-	-	0	7
	0	4	-	-	-	-	8	5

	3	8	-	-	-	-	19	4
	0	1	-	-	-	-	2	6
7. e	13	9	-	-	-	-	31	1
	2	7	-	-	-	-	16	5
	5	11	-	-	-	-	27	2
	7	6	-	-	-	-	19	4
	12	6	-	-	-	-	24	3
	0	0	-	-	-	-	0	6

Tabulka 4: Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-OLD

Doména	Číslo otázky	Věk seniorů				Celkem
		71 – 75 let	76 – 80 let	81 – 85 let	86 – 90 let	
Fungování smyslů	F 25.1	2,50	2,82	2,56	1,33	2,58
	F 25.3	2,50	2,59	3,19	2,33	2,80
	F 25.4	1,75	1,71	1,94	1,33	1,78
	F 25.2	4,00	3,47	3,50	3,50	3,54
Nezávislost	F 26.1	5,00	3,71	4,00	5,00	4,05
	F 26.2	4,25	3,18	2,81	5,00	3,28
	F 26.4	4,50	3,71	4,00	5,00	3,97
	F 26.3	1,75	3,13	2,81	3,00	2,84
Naplnění	F 27.3	2,00	2,50	2,00	2,00	2,21
	F 27.4	4,00	3,63	3,73	4,50	3,76
	F 27.5	3,50	3,71	4,69	3,50	4,08
	F 27.1	3,00	3,24	3,00	3,50	3,13
Sociální zapojení	F 28.4	3,75	3,59	3,25	3,50	3,46
	F 28.1	3,50	3,59	3,38	4,00	3,51
	F 28.2	3,50	3,35	2,44	3,00	2,97
	F 28.7	3,50	2,94	2,94	3,50	3,03

Smrt a umírání	F 29.2	2,25	1,94	2,19	1,67	2,05
	F 29.3	2,25	2,25	2,00	1,67	2,10
	F 29.4	2,50	2,25	2,06	2,00	2,18
	F 29.5	2,75	2,69	2,38	1,67	2,49
Blízké vztahy	F 30.2	4,75	4,41	4,56	5,00	4,54
	F 30.3	3,75	4,13	3,63	4,50	3,89
	F 30.4	3,25	4,13	3,38	4,00	3,71
	F 30.7	3,25	4,19	3,56	2,50	3,74

Tabulka 5: Průměrné hrubé skóry dotazníku WHOQOL-OLD

Doména	Věk seniorů				Celkem
	71 – 75 let	76 – 80 let	81 – 85 let	86 – 90 let	
Fungování smyslů	2,69	2,65	2,80	2,13	2,67
Nezávislost	3,88	3,43	3,41	4,50	3,54
Naplnění	3,13	3,27	3,36	3,38	3,29
Sociální zapojení	3,56	3,37	3,00	3,50	3,24
Smrt a umírání	2,44	2,28	2,16	1,75	2,20
Blízké vztahy	3,75	4,21	3,78	4,00	3,97