

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích



## **Vztah zdraví a soběstačnosti v seniorském věku**

Autor práce: Bc. Lukáš Herich, DiS.

Vedoucí diplomové práce: MUDr. Stanislav Vachek

Praha 2006

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně a v seznamu literatury uvedl veškeré použité prameny a použitou literaturu.

Beru na vědomí, že diplomová práce může být zveřejněna v elektronické knihovně FHS UK.

V Děčíně dne 24. září 2006

---

Lukáš Herich

## Obsah

Úvod.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1. Úvod do problematiky .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>1.1. Základní pojmy .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.1.1. Senior, seniorský věk, stáří .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.1.2. Gerontologie, geriatric .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.1.3. Soběstačnost.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.1.4. Zdraví.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>1.2. Demografický vývoj.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.1. Současný stav populace v ČR.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.2. Situace v minulosti.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.3. Současný stav.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.4. Možnosti demografického vývoje ..	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.5. Shrnutí.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>1.3. Přístup ke stáří a seniorskému věku .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3.1. Přístup MPSV .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3.2. Přístup ČSSD – volební program...	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3.3. Přístup ODS – Modrá šance.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3.4. Srovnání přístupů.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>1.4. Provázanost sociálního a zdravotního systému...</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>1.5. Důchodová reforma .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.5.1. Varianta ČSSD – systém pomyslných individuálních účtů ...	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.5.2. Varianta ODS.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.5.3. Varianta KDU-ČSL .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.5.4. Varianta KSČM .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.5.5. Srovnání .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2. Úroveň zdraví a soběstačnosti.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>2.1. Změny ve stáří a jejich dopad na jedince .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>2.2. Smyslové orgány .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.2.1. Zrak.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.2.2. Sluch .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.2.3. Ostatní smysly.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>2.3. Paměť, myšlení, učení.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>2.4. Mobilita.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>2.5. Další biologické změny .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>2.6. Adaptace .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>2.7. Soběstačnost .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.7.1. Definice soběstačnosti dle zákona o sociálních službách .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.7.2. Ukazatele péče o vlastní osobu a soběstačnosti..	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>2.8. Závislost .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>2.9. Subjektivní hodnocení zdraví a soběstačnosti a využití zdravotních služeb .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.9.1. Výzkumná studie ČSÚ.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.9.2. Výzkum ÚZIS.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

2.9.3.	Srovnání.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.9.4.	Využití zdravotních služeb .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.	Výzkum subjektivního hodnocení zdraví a soběstačnosti u seniorů.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.1.	Region výzkumu.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.2.	Popis výzkumu .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.2.1.	Definice výzkumného problému....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.2.2.	Cíl výzkumu.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.2.3.	Cílová populace .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.2.4.	Hypotézy a operacionalizace klíčových pojmů ..	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.2.5.	Technika výzkumu.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.2.6.	Oblast výzkumu – domov důchodců .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.2.7.	Prostředí výzkumu, časová náročnost.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.3.	Zkoumaný vzorek respondentů – základní údaje.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.4.	Výsledky výzkumu – získané data.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.4.1.	Demografické údaje – rozdělení ....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.4.2.	Subjektivní pocit zdraví .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.4.3.	Ukazatele péče o vlastní osobu a ukazatele soběstačnosti.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.4.4.	Spotřeba zdravotní péče.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.4.5.	Doba hospitalizace .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.4.6.	Přítomnost onemocnění, zdravotních problémů .	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.4.7.	Délka pobytu v Domově důchodců	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.4.8.	Vztah soběstačnosti a subjektivního pocitu zdraví .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.5.	Shrnutí výsledků výzkumu a srovnání výsledků s hypotézami .	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.5.1.	Shrnutí výsledků výzkumu .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.5.2.	Jednotlivé oblasti a výsledek v nich .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.5.3.	Srovnání výsledku výzkumu s hypotézami ..	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.5.4.	Srovnání výzkumu s předchozími celopopulačními výzkumy	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.	Závěrečná doporučení a opatření pro cílovou populaci .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1.	Vymezení cílové populace .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2.	Návrh opatření a doporučení pro cílovou skupinu...	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2.1.	Doporučení vzešlá z výzkumu v Domově důchodců.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2.2.	Opatření reagující na změny ve stáří .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Závěr	.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

Seznam literatury .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Přílohy .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Příloha 1    Projekt diplomové práce .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Příloha 2    Dotazník pro respondenty .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Příloha 3    Seznam tabulek .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Příloha 4    Seznam grafů .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## **ABSTRAKT**

Tato práce se zabývá vzájemným vztahem zdraví a soběstačnosti v seniorském věku.

Cílem práce je popsat vztah úrovně zdraví a soběstačnosti v seniorském věku a jejich vzájemnou podmíněnost.

Práce je strukturována do čtyř částí. První část obsahuje úvod do problematiky, demografický vývoj a přístupy ke stáří z pohledu jednotlivých politických stran a ministerstev. Druhá část popisuje změny ve stáří a vysvětluje pojmy soběstačnost a závislosti.

Obsahem třetí části je výzkum subjektivního pocitu zdraví a soběstačnosti u obyvatel Domova důchodců. Ve třetí části je popis a výsledky výzkumu subjektivního pocitu zdraví a soběstačnosti obyvatel Domova důchodců. V závěrečné části je pak návrh opatření pro cílovou populaci.

Výzkum v Domově důchodců potvrzuje vzájemný vztah soběstačnosti a zdraví. Se sníženým pocitem zdraví se zhoršuje soběstačnost jedince a zvyšuje závislost na cizích osobách.

Opatření shrnutá v závěru práce obsahují potřebu vyšší informovanosti o všech aspektech stáří, nutnost podpory a pomoci s adaptací na stav, který s sebou stáří přináší. Dále je třeba zvýšit snahu o co nejvyšší míru aktivizace seniorů s cílem maximálního udržení jejich soběstačnosti.

## **ABSTRACT**

This work is engaged in an interface of health and self-sufficiency in old age.

The objective of this work is describing the relation of health and self-sufficiency in old age and its interface.

The work has a four parts. The first part contains an introduction to problems, demographic progress, and accesses to old age by political parties and ministries. The next part describes changes in old age and the term self-sufficiency.

The content of the third part is research on subjective sense of health and self-sufficiency between the occupiers of the rest home. In the last part are drafts of measures for target population.

The research in the rest home confirms the interface between health and self-sufficiency. When a person has lowered sense of health, then he depends more on other people.

In conclusion of the work are summarized the drafts of measures for target population. There is a need of higher knowing about all aspect of the old age. The next is necessity of support and help with adaptation on the situation in the old age. Also it is necessary to increase the effort for the best actuate of old people with target to maximum maintenance of their self-sufficiency.

# Úvod

Plné zdraví jako stav psychické, fyzické a sociální pohody je přání každého člověka. Soběstačnost jako schopnost se o sebe postarat je jedna ze základních lidských potřeb. Ne každý člověk může být zcela soběstačný, protože je zdravotně či jinak omezen v úkonech, které by jindy bez problémů zvládal. Tak jako soběstačnost tak i zdraví nemá každý člověk takové, jaké by si přál. Vyšší omezení v oblasti zdraví i soběstačnosti je v seniorském věku.

Cílem práce je popsat vztah úrovně zdraví a soběstačnosti v seniorském věku a jejich vzájemnou podmíněnost. Na základě vysvětlení pojmu soběstačnost a na tom, jak s jejím omezením stoupá závislost na jiných osobách se snaží práce dojít k tomu, jak je vztah zdraví a soběstačnosti vzájemně podmíněn.

Obsahem první části bude uvedení do problematiky, vysvětlení základních pojmů. Důležitý je demografický faktor a pohled na situaci v populaci, především možné očekávání v demografickém vývoji s ohledem na nejstarší generaci v populaci. Různé politické strany nebo ministerstva mají ke zdraví a seniorskému věk různý přístup, jejich přehled a zhodnocení bude také součástí úvodní části, včetně návrhů řešení důchodové reformy.

Druhá část se bude zabývat hlavně popisem změn ve stáří a jejich dopadu na jedince, jak ovlivňují jednotlivé oblasti a jak je možné dá na tyto změny reagovat. Další část bude věnována pojmům soběstačnost a závislost na základě zákona o sociálních službách, který do této oblasti zavádí nové pojmy a který se připravoval více než deset let. Důležitou oblastí je subjektivní pocit zdraví a soběstačnosti, kterým se zabývaly mnohé výzkumy, jejich popis a výsledky jsou také součástí této části.

Třetí část, část praktická, se zabývá výzkumem subjektivního pocitu zdraví a soběstačnosti v Domově důchodců v severních Čechách. Její součástí je popis regionu a krátký přehled demografické situace, pak kompletní výzkum, který byl proveden v tomto Domově důchodců autorem této práce, včetně jeho vyhodnocení. Výzkum si kladl za cíl ověřit předem dané hypotézy týkající se soběstačnosti obyvatel Domova důchodců a jejich zdraví.

V závěrečné části je pak podán přehled opatření a návrhů pro cílovou skupinu seniorů i pro všechny generace a přehled zjištěných závěrů.



# 1. Úvod do problematiky

## 1.1. Základní pojmy

V první části této práce je potřeba představit základní pojmy z oblasti, která bude dále popisována a zkoumána. Základní pojmy se budou týkat problematiky zdraví a soběstačnosti u seniorů. Dále budou následovat demografické údaje, situace v ČR a ve světě. Podrobněji bude pospán vývoj v ČR v minulosti, aktuální stav i možné výhledy do budoucna. Na úvod stručně představím základní pojmy a jejich definici.

### 1.1.1. Senior, seniorský věk, stáří

Dle výkladu Slovníku cizích slov<sup>1</sup> je senior buď „starší nebo nejstarší člen nějaké společnosti“, nebo „starší ze dvou příbuzných stejného jména“. Jde tedy o osobu, která po dosažení určitého věku spadá do této kategorie. Důležité je rozdělení seniorů dle věku, kdy tito se již za seniory označují.

V současné době bývá za počátek stáří, seniorského věku považován věk mezi 60 až 65 rokem. Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) mluví o stáří, seniorském věku od 60 let výše.<sup>2</sup> Problematikou stáří se zabývá také Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí populace, který počítá s věkem 60 let a více, u nejstarších seniorů uvádí věk 80 let a výše, přičemž zdůrazňuje, že jde o „nejrychleji rostoucí skupinou v rámci populace starších osob“<sup>3</sup>. OSN řadí hranici stáří na 65 rok věku, podobně se tento věk vyskytuje i v Psychologii stárnutí<sup>4</sup>, zde je ale brán v potaz i věk 60 let. V knize Vybrané kapitoly z gerontologie<sup>5</sup> je taktéž počítáno s oběma hranicemi začátku stáří. Proto uvádím i zde uvedené dvě klasifikace stáří.

---

<sup>1</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. (2001): Akademický slovník cizích slov. Praha: Academia. Str.684

<sup>2</sup> podle WHO (2006): Ageing and life course. <http://www.who.int/ageing/en/>, kde je uvedeno: „In 2000, there were 600 million people **aged 60 and over**; there will be 1.2 billion by 2025 and 2 billion by 2050“

<sup>3</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. (2002): Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí populace. Madrid. Odst.7

<sup>4</sup> STUART-HAMILTON, I. (1999): Psychologie stárnutí. Praha: Portál. Str.20

<sup>5</sup> HOLMEROVÁ, I. JURÁŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. (2002): Vybrané kapitoly z gerontologie. b.m: Gema. str.18

Tab.1 Stáří podle věku

<b>60 – 74 let</b>	počínající stáří	<b>65 – 74 let</b>	mladí senioři
<b>75 – 89 let</b>	stáří	<b>75 – 84 let</b>	staří senioři
<b>90 let a více</b>	dlohověkost	<b>85 let a více</b>	velmi staří senioři

Stáří tedy začíná, dle různých klasifikací a dělení ve věku od 60 do 65 let, střední kategorie je od 75 let a rozdíl je také u začátku dlouhověkosti, který je kladen do věku 85-90 let.

Zde je důležité zdůraznit, že je rozdíl mezi seniory nejen v chronologickém věku, ale i v biologickém věku. Věk nemusí vždy přímo souviset s biologickým stářím, biologické stárnutí neprobíhá u všech lidí stejným tempem.<sup>6</sup> Biologický věk tedy „poukazuje na objektivní vztah fyzického vývoje či degenerace. Obecně je tento pojem užíván poměrně volně k vyjádření celkového stavu lidského organismu.“<sup>7</sup> Někteří lidé ve věku 60 let na tom mohou být zdravotně stejně jako lidé ve věku 75 let a naopak.

### 1.1.2. Gerontologie, geriatrie

Je nauka o stárnutí a stáří, která zkoumá člověka z hlediska biologického, demografického, sociálního, psychologického a dalších aspektů<sup>8</sup>. Vychází ze slova „geront“, což je odborné označení seniora. Slovo vychází z řeckého gerón, což je označení pro starého člověka. Gerontologie se dle Pacovského<sup>9</sup> dělí na teoretickou, populační a klinickou.

Teoretická se zabývá metodologií a tvoří základ oboru, čerpá i z jiných oborů (např. biologie, psychologie, lékařství).

Sociální gerontologie se zabývá hlavně vztahy mezi seniorem a společností a problematikou celé populace seniorů.

Klinická gerontologie se nazývá geriatrie. Je lékařským oborem, zabývajícím se onemocněními ve stáří, ale i jeho souvislostmi z pohledu veřejného

<sup>6</sup> HAYFLICK, L. (1997): Jak a proč stárneme. Praha: Columbus/Knižní klub. Str. 28-30

<sup>7</sup> STUART-HAMILTON, I. (1999): Psychologie stárnutí. Praha: Portál. Str.22

<sup>8</sup> HOLMEROVÁ, I. JURÁŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. (2002): Vybrané kapitoly z gerontologie. . b.m: Gema. Str.50

<sup>9</sup> PACOVSKÝ, V. (1994): Geriatrie. Praha: Scientia medica. Str.11

zdravotnictví<sup>10</sup>. Rozdělení dle Pacovského<sup>11</sup> je na individuální (komplexní problematika seniora jako jedince), všeobecnou (obecná platnost pohledu na seniora) a oborovou (každý lékařský obor v péči o seniory používá specializované oborové metody).

### 1.1.3. Soběstačnost

Jde o schopnost vykonávat bez cizí pomoci obvyklé činnosti. Dle Vybraných kapitol z Gerontologie jde o „schopnost uspokojovat přiměřené životní potřeby v konkrétních životních podmínkách prostřednictvím aktivit denního života“.<sup>12</sup>

Pojem soběstačnost vymezuje i zákon o sociálních službách<sup>13</sup>, který vymezuje 36 úkonů, které společně s úkony péče o vlastní osobu stanovují stupeň závislosti. Ten se určuje podle toho, u kolika úkonů potřebuje senior každodenní pomoc. Jedná se o formální vymezení, které slouží ke kvantifikaci postižení pro účely tohoto zákona.<sup>14</sup>

### 1.1.4. Zdraví

Zdraví není chápáno podle WHO jen jako nepřítomnost nemoci, ale také hlavně jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. Pro kvalitní život člověka, i seniora je základním předpokladem dobré zdraví.

Dle Pacovského<sup>15</sup> je senior chápán za zdravého také člověk, u kterého není přítomna zjevná choroba nebo obtěžující syndrom, považuje-li se sám za zdravého, vyvíjí-li přiměřené fyzické a sociální aktivity a je soběstačný. Snížená soběstačnost a tím i závislost na cizí pomoci komplikuje i aktivní účast na léčení (návštěvy lékaře, účast na prevenci, dodržení léčebných režimů) a tím i návrat k ideálnímu zdraví.

---

<sup>10</sup> HOLMEROVÁ, I. JURÁŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. (2002): Vybrané kapitoly z gerontologie. . b.m: Gema. Str.50

<sup>11</sup> PACOVSKÝ, V. (1994): Geriatrie. Praha: Scientia medica. Str.11

<sup>12</sup> HOLMEROVÁ, I. JURÁŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. (2002): Vybrané kapitoly z gerontologie. . b.m: Gema. Str.51

<sup>13</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb. ze dne 14.3.2006

<sup>14</sup> V kapitolách 2.7 a 2.8. další části bude blíže pojem soběstačnosti rozebrán a vysvětlen včetně jeho návaznosti na určování stupňů závislosti.

<sup>15</sup> PACOVSKÝ, V. (1994): Geriatrie. Praha: Scientia medica. Str.70

## 1.2. Demografický vývoj

V současné době hlavní nadnárodní organizace (WHO, OSN) upozorňují na fakt, že poroste průměrný věk obyvatel, předpokládají růst počtu obyvatel seniorského věku.

WHO ve svých statistikách uvádí počet lidí starších 60 let v roce 2000 v počtu 600 miliónů a předpokládá růst a to do roku 2025 na 1,2 miliardy a do roku 2050 až 2 miliardy, přičemž zdůrazňuje, že podíl žen a mužů je 2/1 ve prospěch žen. Dále předpokládá, že podíl lidí v seniorském věku vzroste celosvětově z 10 procent v roce 1998 na 15 procent v roce 2020. Nejrychleji rostoucí skupinu jsou pak senioři starší 80 let<sup>16</sup>. OSN se k závěrům WHO a Madridského akčního plánu přihlásila a přijala jej jako výzvu a označila ji jako „tichou demografickou revoluci“.<sup>17</sup>

Podobná situace je i v ČR, kde se také předpokládá růst počtu obyvatel starších 60 let a to v roce 2005 na 25%, v roce 2020 se předpokládá číslo mezi 26-28 % a v roce 2050 uvádí předpoklady 36-38%<sup>18</sup>.

### 1.2.1. Současný stav populace v ČR

Hlavním ústavem, který v ČR shromažďuje data o populaci je Český statistický úřad, který má kvantum informací na svých internetových stránkách. Mimo jiné je zde popsán také význam slova demografie: “Věda o obyvatelstvu se nazývá demografie (dříve též populacionistika, populační věda). Hlavním předmětem zkoumání demografie jsou populační (demografické) jevy a procesy, tj. jevy a procesy související se stavem a reprodukcí obyvatelstva, jak v užším, tak i v širším smyslu slova.”<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. (2002): Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí populace. Madrid. Odst.2 a 7.

<sup>17</sup> OSN (2002): Praha: Výzvy demografické revoluce. <http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=847>

<sup>18</sup> Tyto údaje předpokládají ve svých studiích jak Český statistický úřad, tak i např. autoři z Přírodovědecké fakulty Karlovy Univerzity. Popis demografických změn je obsahem další část.

<sup>19</sup> ČSÚ (2005): Praha: Obyvatelstvo (demografie). [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo\\_\(demografie\)\\_%3C!\\_lide\\_%3E](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_(demografie)_%3C!_lide_%3E)

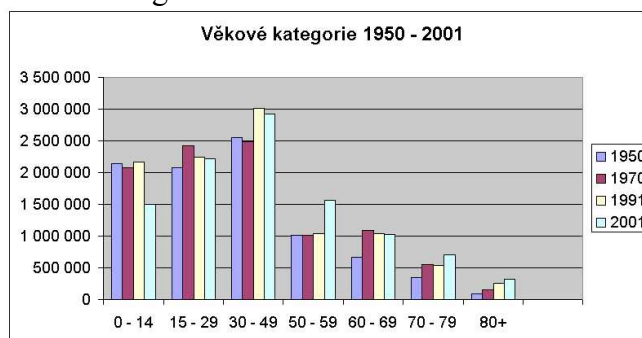
## 1.2.2. Situace v minulosti

Nejlépe dokládají vývoj demografické struktury tzv. demografické stromy<sup>20</sup>:

Graf 1-4 Demografické stromy 1946 - 2003<sup>21</sup>



Graf 5 Věkové kategorie<sup>22</sup>



Z uvedených grafů vidíme jasný posun v kategorii 60 a více let a v posledních letech i zřetelný nárůst populace starší 70 let. Evidentní je také pokles věkové kategorie do 14 let.

<sup>20</sup> Jde o model věkové struktury a je možné jej rozdělit na 3 druhy: **progressivní** – v populaci je zastoupeno hodně mladých lidí a málo seniorů, **stacionární** – převažuje střední věk nad mladšími lidmi a seniory, **regresivní** – v populaci je zastoupeno hodně seniorů a málo mladých lidí.

<sup>21</sup> ČSÚ (2006): Praha: Stromy života 1946 - 2003  
[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy\\_zivota\\_1946\\_2003](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy_zivota_1946_2003)

<sup>22</sup> ČSÚ (2001): Praha: Sčítání lidu: <http://www.czso.cz/sldb/sldb.nsf/i/home>

### 1.2.3. Současný stav

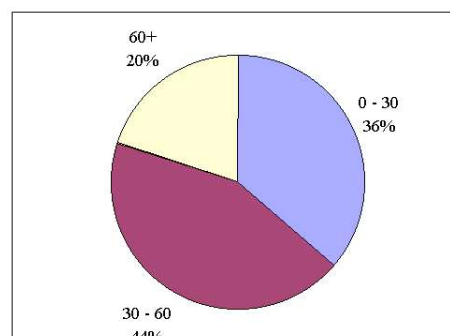
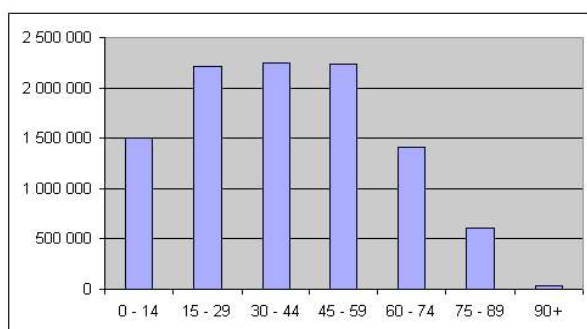
Dle ČSÚ měla ČR k 31.3.2006 celkem **10 259 017** obyvatel<sup>23</sup>.

Stav obyvatel ke dni 31.12.2005 a jeho rozdělení do kategorií je v následující tabulce a grafu:<sup>24</sup>

Tab.2 Stav obyvatel

Věk	10 251 079	
0 - 14	1 501 331	14,65%
15 - 29	2 215 372	21,61%
30 - 44	2 245 976	21,91%
45 - 59	2 234 020	21,79%
60 - 74	1 409 698	13,75%
75 - 89	611 175	5,96%
90+	33 507	0,33%
0 - 30	3 716 703	36,26%
30 - 60	4 479 996	43,70%
60+	2 054 380	20,04%

Graf 6,7 Stav obyvatel



Pětina lidí je v současné době starších 60 let, tedy patří do kategorie seniorského věku. Více než třetina lidí je mladších 30 let.

<sup>23</sup> ČSÚ (2006): Praha: Rychlé informace:

<http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby06220606.doc>

<sup>24</sup> ČSÚ (2006): Praha: Věkové složení obyvatelstva ČR

[http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/kapitola/4003-06-v\\_roce\\_2005-25n](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/kapitola/4003-06-v_roce_2005-25n)

## 1.2.4. Možnosti demografického vývoje

V současné době je v ČR předpoklad růstu obyvatel starší věkové kategorie, což dokládají studie ČSÚ, Karlovy University, tímto budoucím vývojem se zabývá i MPSV.

ČSÚ předpokládá vývoj počtu obyvatelstva směrem k stále většímu zastoupení seniorské kategorie. Dokresluje to pomocí demografických stromů.

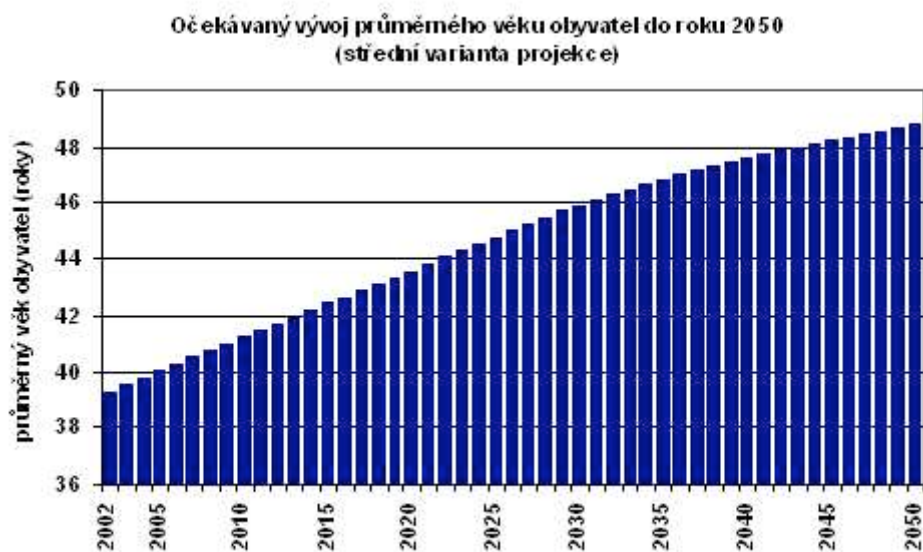
Graf 8-10 Demografické stromy 2020 – 2050<sup>25</sup>



Zde vidíme posun základny stromu z středu nahoru až k věku 60 let a výše, což znamená nárůst populace ve starší věkové kategorii oproti mladší. Podle tohoto scénáře jde o regresivní demografický strom. I další podklady ČSÚ předpokládají nárůst počtu obyvatel seniorského věku.

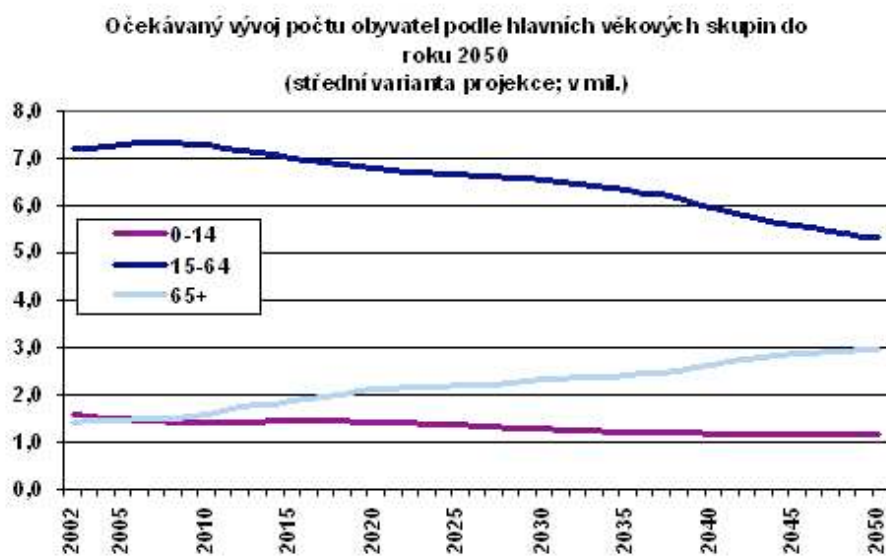
<sup>25</sup> ČSÚ (2006): Praha: Stromy života do roku 2050: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy\\_zivota\\_do\\_roku\\_2050](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy_zivota_do_roku_2050)

Graf 11 Očekávaný vývoj průměrného věku<sup>26</sup>



Tento graf zpracovaný taktéž ČSÚ ukazuje předpoklad růstu průměrného věku obyvatelstva do roku 2050, který má stoupnout z 38 až na 47.

Graf 12 Očekávaný vývoj počtu obyvatel<sup>27</sup>



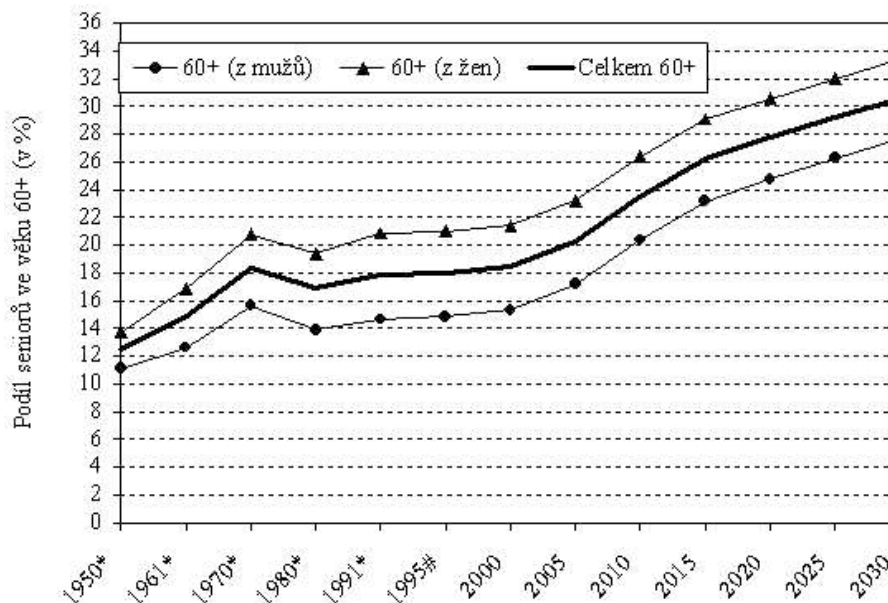
V očekávaném vývoji počtu obyvatel podle hlavních věkových kategorií je zřetelné rozevírání nůžek mezi nejmladší a nejstarší věkovou kategorií obyvatel.

<sup>26</sup> ČSÚ (2006): Praha: Grafy projekce obyvatelstva do roku 2050: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/grafy\\_projekce\\_obyvatelstva\\_do\\_roku\\_2050](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/grafy_projekce_obyvatelstva_do_roku_2050)

<sup>27</sup> ČSÚ (2006): Praha: Grafy projekce obyvatelstva do roku 2050: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany\\_vyvoj\\_poctu\\_obyvatel\\_podle\\_hlavnich\\_vekovyh\\_skupin\\_do\\_roku\\_2050](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany_vyvoj_poctu_obyvatel_podle_hlavnich_vekovyh_skupin_do_roku_2050)



Graf 13 Podíl seniorů ve věku 60+<sup>28</sup>



ČSÚ i MPSV tedy předpokládají nárůst počtu obyvatel ve vyšší věkové kategorii a jejich předpoklad potvrzují i další studie. Mezi ně patří studie Čeští senioři včera dnes a zítra<sup>29</sup>, kde se předpokládá nárůst obyvatel ve věkové kategorii nad 60 let v roce 2020 na 26%, v roce 2030 na 30% a v roce 2050 na 38,5%. Zásadně se dle této studie bude měnit i složení uvnitř populace seniorské kategorie.

Pohyb je patrný i v následující tabulce:

Tab.3 Předpoklad vývoje věkové kategorie 60+<sup>30</sup>

Věk / rok	2002	2030	2050
60 – 69	48 %	42,9 %	37,6 %
70 – 84	46,9 %	47,9 %	48,8 %
85+	5,1 %	9,2 %	13,6 %

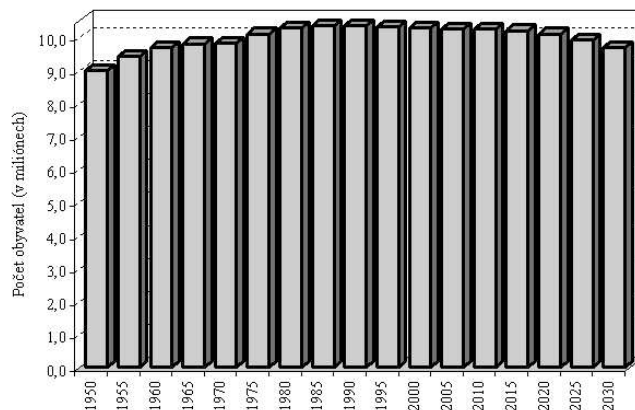
<sup>28</sup> MPSV (2002): Praha: Národní programu přípravy na stárnutí 2003 – 2007. Usnesení vlády č.485 ze dne 15.května 2002. <http://www.mpsv.cz/cs/1055>

<sup>29</sup> VOHRALÍKOVÁ, L. RABUŠIC, L. (2004): Čeští senioři včera dnes a zítra, Brno: Výzkumné centrum Brno VÚPSV, str.19

<sup>30</sup> ČSÚ (2004): Praha: Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050. <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/4020-03>

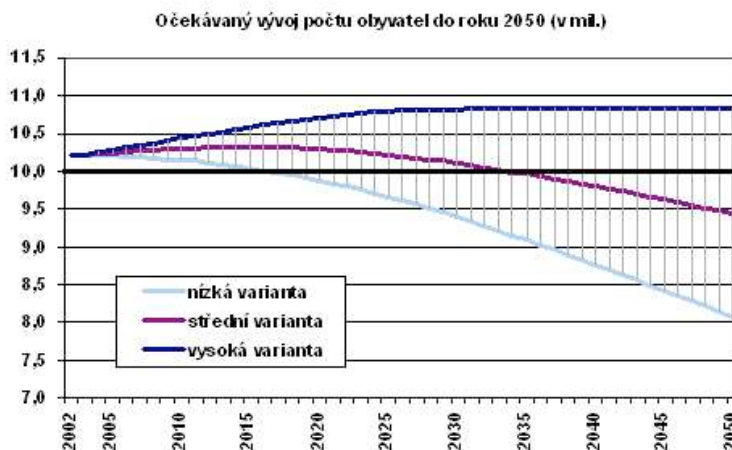
V dokumentu MPSV nazvaném Národní program na přípravu stárnutí<sup>31</sup> je předpoklad poklesu počtu obyvatel do roku 2030 a nárůstu obyvatel ve věku 60 a více.

Graf 14 Počet obyvatel



S tímto grafem, který ukazuje předpoklad vývoje podle MPSV koresponduje i další údaj ČSÚ, který počítá s třemi možnými variantami vývoje počtu obyvatel v ČR, přičemž nízká varianta počítá s 8.000.000 a vysoká s necelými 11.000.000 obyvatel:

Graf 15 Očekávaný vývoj počtu obyvatel<sup>32</sup>



Obě organizace počítají spíše se střední variantou vývoje a předpokladem poklesu obyvatel na počet zhruba 9,5 miliónů a s nárůstem obyvatel starších 60 let i jejich zvyšujícího se poměr v příštích letech.

<sup>31</sup> Národní programu přípravy na stárnutí 2003 – 2007 : Usnesení vlády ČR ze dne 15.května 2002 č. 485. <http://www.mpsv.cz/cs/1055>

<sup>32</sup> ČSÚ (2006): Praha: Grafy projekce obyvatelstva do roku 2050: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/grafy\\_projekce\\_obyvatelstva\\_do\\_roku\\_2050](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/grafy_projekce_obyvatelstva_do_roku_2050)

Prognóza vývoje počtu obyvatel zpracovaná autory z Přírodovědecké fakulty University Karlovy nastiňuje demografický vývoj až do roku 2150. Nepředpokládá dramatickou změnu v počtu obyvatel, ale podle této prognózy dochází k zásadní demografické transformaci, kdy se objevuje nová silná populace seniorů, která získává prostor oproti skupině dětí (0-19) a populace v reprodukčním věku (20-44). Tento trend nazývají „zrod“ generace seniorů.

Tab.4 Předpoklad vývoje změn v demografické struktuře

Věk / Rok	1950	1990	2020	2035	2065	2150
0 – 18	31 %	30 %	20 %	19 %	19 %	19 %
19 – 44	37 %	36 %	32 %	28 %	27 %	26 %
45 – 59	19 %	17 %	21 %	21 %	18 %	16 %
60+	13 %	17 %	27 %	32 %	36 %	39 %

Dle všech variant je zřejmé, že bude narůstat počet osob starších 60 let oproti osobám mladšího věku. Růst by měl být takový, že ze současných 20% (rok 2005) poroste do roku 2020 toto poměrné zastoupení v populaci na 26-28 %, v roce 2030 to bude 30 % a v roce 2050 – 2065 mezi 36 – 38%.

Z uvedeného vyplývá, že se dá předpokládat růst nejvyšší věkové kategorie. Předpoklad vychází i z historického sledování, kdy od roku 1950 do roku 1990 narostlo poměrné zastoupení obyvatel v seniorském věku z 13 % na 17 % a v současné době je to 20 %.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> BURCIN, B. KUČERA, T. (2003): Perspektivy populačního vývoje České republiky 2003 až 2065. Karlova univerzita, Přírodovědecká fakulta, BURCIN, B. KUČERA, T. (2004): Projekce vývoje obyvatelstva České republiky na období 2066 – 2150. Karlova univerzita, Přírodovědecká fakulta

### 1.2.5. Shrnutí

Všechny uvedené prognózy a údaje počítají se zásadní proměnou demografické struktury v následujících letech. Jsou tři varianty vývoje počtu obyvatel a to od 9,5 miliónů do 11 miliónů v roce 2050.

Ve všech variantách i předpokladech počtu obyvatel se předpokládá a demografické změny to dokazují, nárůst generace seniorů oproti ostatním generacím. MPSV předpokládá v roce 2030 30 % populace starší 60 let, Výzkumná studie „Čeští senioři včera, dnes a zítra“ až 38,5% v roce 2050 a odhad vypracovaný Přírodovědnou fakultou předpokládá v roce 2065 tento počet na 36%. Tato změna je zřejmá vzhledem ke stále se zvyšujícímu věku dožití, lepšímu životnímu stylu i lepší zdravotní a sociální péči a na druhé straně nižší porodnost.

Nárůst generace seniorů je demografická změna, která sebou nese i různé dopady pro celou společnost. Jednak jde ekonomické dopady, které budou zřejmé v oblasti výplat důchodů, výdajů na zdravotnictví. Změní se struktura onemocnění, s tím i systém zdravotní a sociální péče a dojde ke změně struktury sociálních a zdravotních služeb. Dopad bude i v oblasti trhu práce, kde budou senioři velkou skupinou. Více se do popředí bude dostávat etické otázky jako ageismus nebo euthanasie.

Na tento trend je potřeba se připravovat a s tím počítá MPSV, i ČSU a upozorňují na něj i další organizace ve svých studiích. Změna přístupu ke stáří a seniorskému věku se odráží ve strategických dokumentech a v připravované a projednávané reformě důchodového systému. V další části práce jsou možnosti a teze o nichž v současné době uvažují jednotlivé politické síly v ČR.

## 1.3. Přístup ke stáří a seniorskému věku

### 1.3.1. Přístup MPSV<sup>34</sup>

Přístup ke stáří a seniorskému věku v současné době v ČR reprezentuje již zmiňovaný Národní program přípravy na stárnutí<sup>35</sup> pro léta 2003 – 2007. Vychází z tří dokumentů a to: „Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí“ z roku 1982, přijatý Valným shromážděním OSN v roce 1982, "Zásady OSN pro seniory" z roku 1991 a ze závěrů II. světového shromáždění o stárnutí v Madridu.

Hlavním cílem je vytvoření příznivého celospolečenského klimatu a podmínek pro řešení problematiky stárnutí a seniorů a docílení změny postojů a přístupů na všech úrovních, vedoucích k dosažení "společnosti pro všechny generace". Tento program také „respektuje jak mezinárodní priority, tak specifické potřeby populace v ČR“.<sup>36</sup>

Teze celého programu spočívají v zapojení všech generací do problematiky stárnutí, ať už generaci mladšího a středního věku, hlavně se však zaměřuje na seniorskou generaci. Podrobně jsou rozepsány oblasti Etických principů, Přírozeného sociálního prostředí, Pracovních aktivit, Hmotného zabezpečení, Zdravého životního stylu a kvality života, Zdravotní péče, Komplexních sociálních služeb, Společenských aktivit, Vzdělávání a Bydlení. U všech oblastí je specifikován cíl a opatření. Otázkou je, jakou formou se tento plán naplní, jestli bude pokračovat, nebo bude případně změněn.

V cílech jednotlivých oblastí se klade důraz na očekávaný nárůst počtu seniorů, potřeba změn systémů (např. zdravotní péče), větší aktivizace a zapojení seniorů, ale i ostatních generací.

---

<sup>34</sup> U návrhu MPSV jde o dlouhodobý program, vycházející z vládního uskupení v r.2002 (tedy ČSSD, později koalice ČSSD, KDU-ČSL a US), u návrhu ODS jde o návrh z roku 2005. Je pravděpodobná nějaká změna v souvislosti s volbami, ovšem důležité jsou základní programy a návrhy jednotlivých stran.

<sup>35</sup> Národní programu přípravy na stárnutí 2003 – 2007 : Usnesení vlády ČR ze dne 15.května 2002 č. 485. <http://www.mpsv.cz/cs/1055>

<sup>36</sup> Národní programu přípravy na stárnutí 2003 – 2007 : Usnesení vlády ČR ze dne 15.května 2002 č. 485.

### **1.3.2. Přístup ČSSD – volební program**

Přestože ČSSD jako vládní strana garantuje výše zmíněný program, má nové teze a návrhy obsaženy ve svém volebním programu. Hlavní tezí je podpora seniorů v jejich domácím prostředí, ať už jejich rodinou nebo různými asistenčními službami, přičemž zásah dalších subjektů požaduje jen tehdy, když rodina v péči selhává.

Dalším bodem je potřeba pozitivního vztahu k seniorům, je podpora jejich účasti na sociálních, ekonomických, kulturních a dobrovolných aktivitách a usilování o větší informovanost o problematice stárnutí, stáří a mezigenerační solidarity.<sup>37</sup>

### **1.3.3. Přístup ODS – Modrá šance**

Přístup a návrhy ODS směřují dle Modré šance k úctě k seniorům a vychází jim vstříc ve snaze znovu se zapojit do aktivního života. Hlavní tezí je heslo, že „stárnutí společnosti je výzvou k prodloužení aktivního života.“ Snaží se ve svých návrzích hlavně odstranit předsudky, které předpokládají představu společnosti, že většina lidí nad 65 let je trápěna nemocemi, jsou odkázáni na ústavní péči a jejich duševní schopnosti klesají. Dále se snaží odstranit vžitou představu, „že většina starších lidí je společensky izolovaných nebo žije osaměle a že je to pro většinu lidí nad 65 let vážný problém“ a proti tomu klade důraz na to, že jen 4% seniorů jsou extrémně izolovaných.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. (2006): Jistoty a prosperita. Praha: ČSSD, str.19

<sup>38</sup> PÁRALOVÁ, A. (2004): Modrá šance pro svobodu volby v sociálním systému – Cesta k lidské důstojnosti. Praha: ODS, str.39- 40

#### **1.3.4. Srovnání přístupů**

Základními body problematiky seniorů ve všech třech návrzích jsou

- potřeba jejich aktivizace, zapojení do aktivit jim přiměřených
- větší informovanost o stáří, seniorském věku u všech generací (u MPSV a ČSSD hlavně na bázi informací, ODS na bázi odstraňování předsudků)
- podpora seniorů v domácím prostředí namísto ústavní péče.

V těchto bodech se jednotlivé koncepce shodují, což dává naději na vytvoření pozitivního programu i konkrétních opatření pro seniory, které by mohly pomoci hlavně k jejich aktivizaci, podpoře a pomoci.

## 1.4. Provázanost sociálního a zdravotního systému

Přestože jsou zdravotní a sociální systémy v ČR od sebe resortně odděleny, existuje ve skutečnosti jejich těsná návaznost a provázanost. U seniorů je tato provázanost ještě zřetelnější, zvláště u lidí, kteří pobývají v zařízeních buď sociální péče, nebo ve zdravotnických zařízeních. V obou typech zařízení se jim poskytuje podobná péče, mají jen jiný název. Jiné jsou v nich i podmínky a složení personálu. Ideálním stavem by bylo, aby v ČR byl zaveden systém sociálně-zdravotnických služeb a v obou typech zařízení byla poskytována podobná služba.

V Domovech důchodců je např. poskytována hlavně sociální péče, zdravotní péče funguje na bázi návštěv lékaře, pracují zde zdravotní sestry, ale v menší míře. Naopak je to v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde je zřejmá převaha zdravotnického personálu, ale k dispozici je i sociální pracovník.

Na lokálních úrovních již funguje jistá provázanost, například mnohé agentury domácí péče, home-care, nebo pečovatelská a ošetrovatelská služba poskytují oba druhy služby v jedné návštěvě klienta (tedy současně např. pomoc s úklidem i aplikaci injekce, příp. drobné ošetření).

Dalším problémem je úhrada této péče, protože z veřejného zdravotního pojištění není možné hradit sociální služby, přestože mnohdy nelze mezi nimi rozeznat hranici.

Na úrovni krajů se často hovoří o potřebě provázanosti obou systémů, ale koncepce se zatím vůbec nevytvářejí, nebo se jen obtížně rodí.

Na celostátní úrovni se o propojení obou druhů péče neuvažuje, koncepce nesměřují tímto směrem tak, aby se seniorům dostalo komplexní zdravotně-sociální péče.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> srov. např. MERHAUTOVÁ, I. (2004): Mezinárodní konference sester z domovů důchodců a ústavů sociální péče: Příspěvek. [http://osz.cmkos.cz/CZ/Z\\_tisku/Bulletin/12\\_2004/15.html](http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/12_2004/15.html), Dům ošetrovatelské péče Dolní Rychnov (2006): Úvod: Naše vize. <http://www.dop-hc.cz/>



## 1.5. Důchodová reforma

Problém stárnutí populace vedl MPSV k tomu, aby ustanovila Expertní skupinu a Výkonný tým pro přípravu důchodové reformy. Tohoto setkávání se účastnili v letech 2004 – 2005 všechny politické strany zastoupené v tehdejší sněmovně.<sup>40</sup> Z různých variant jednotlivých stran jsou dispozici jejich přehled a hlavní teze. Všechny návrhy reforem počítají se začátkem v roce 2007. V současné době sice situace vypadá na posun v začátku, nicméně představení a obecná informace o jednotlivých uvažovaných variantách a jejich možnému průniku je důležitá. Návrhy nejsou ještě konečné a mohou být upravovány. U této reformy záleží na shodě převládajících politických sil a na aktuálním politickém rozložení při začátku reformy.

---

<sup>40</sup> MPSV (2005): Praha: Důchodová Reforma. <http://www.mpsv.cz/cs/2231>

### **1.5.1. Varianta ČSSD – systém pomyslných individuálních účtů**

Základní principy: Důchodové zabezpečení bude i nadále založeno na průběžném financování. Vytvoří se systém pomyslných individuálních účtů v centrální databázi, na kterých má každý přehled o svých vlastních odvodech na důchodové zabezpečení. Dojde k automatickému přizpůsobení demografickému vývoji.

Pojistná sazba: Činí 21% hrubé mzdy, která se monitoruje na tzv. individuálních účtech. Celková pojistná sazba důchodového systému činí 28%. Od roku 2010 to bude 22,6% a celková pojistná sazba důchodového systému bude ve výši 29,6%.

Statutární věková hranice: Věk odchodu do důchodu se postupně zvyšuje na 65 let pro muže i ženy, přičemž je zachováno zvýhodnění pro ženy podle počtu vychovaných dětí.

Do roku 2040 je občanům garantován minimální důchod ve výši 1,2 násobku životního minima jednočlenné domácnosti. Od roku 2040 se garantovaný minimální důchod snižuje na 1,1 násobek životního minima.

### **1.5.2. Varianta ODS**

Základní principy: Stát bude zajišťovat rovný důchod - stejný pro všechny - ve výši 20% průměrné mzdy. Sníží se povinné platby do průběžného systému. Klesne váha státního důchodového zabezpečení a zvýší se tak prostor pro soukromé zabezpečení.

Všichni postupně přecházejí na rovný důchod.

(I) Lidé narození 1945 a starší odejdou do starobního důchodu a budou pobírat důchod plně podle pravidel stávajícího systému. Pro tyto ročníky zůstává v platnosti, až do jejich odchodu do důchodu, pojistná sazba ve výši 28 %.

(II) Lidé narození v letech 1946 – 1974, na něž se vztahují pravidla částečně obou systémů.

(III) Lidé narození v roce 1975 a mladší již pobírají 100% rovný důchod.

Pojistná sazba: Celková pojistná sazba je od roku 2007 pro celou populaci ve

výši 20 %.

Statutární věková hranice: Zvyšuje se stávajícím tempem až na hranici 65 let pro muže i (všechny) ženy. V čase dochází ke sjednocení všech věkových hranic a následně k jejich dalšímu zvyšování, na konci horizontu projekce (v roce 2100) dosahuje 71 let pro muže i ženy.

Nárok na výplatu důchodu vzniká všem občanům České republiky, kteří dosáhli statutárního důchodového věku. To prakticky znemožňuje předčasný odchod do důchodu.

### **1.5.3. Varianta KDU-ČSL**

Základní principy: Založit důchodové zabezpečení na více-zdrojovém financování. Umožnit občanům dobrovolné částečné vystoupení ze státního penzijního systému formou přesměrování části svých odvodů do soukromých systémů zabezpečení se na stáří.

Statutární věková hranice: Bude zvýšena na 65 let pro muže a bezdětné ženy. U žen s dětmi zůstane zachována redukce věkové hranice podle počtu dětí.

Pojistná sazba: Na důchodové zabezpečení činí 28 % hrubé mzdy, z čehož je na starobní důchody určeno 20 % hrubé mzdy a na nestarobní důchody 8 % hrubé mzdy. Výše pojistné sazby, která je po vyvázání odváděna do fondového pilíře, se liší pro různé generace:

Pro nově příchozí na trh práce může být celková pojistná sazba na důchodové zabezpečení rozdělena na tři složky, pokud se budou chtít částečně vystoupit ze státního penzijního systému: 12 % hrubé mzdy směřuje do státního důchodového pilíře, 8 % hrubé mzdy do fondového pilíře a 8 % hrubé mzdy na nestarobní důchody.

Pro ostatní může být celková pojistná sazba na důchodové zabezpečení, pokud budou chtít částečně vystoupit ze státního penzijního systému 30 % a obsahuje tři složky: 12 % hrubé mzdy směřuje do státního důchodového pilíře, 10 % hrubé mzdy do fondového pilíře a 8 % hrubé mzdy na nestarobní důchody.

Státní pilíř: Příjmy státního důchodového pilíře budou dále posíleny o příjmy plynoucí ze zvýšení nepřímých daní. Snížená sazba DPH bude zvýšena z 5 % na 8

% a výtěžek bude použit na posílení příjmů důchodového systému.

#### **1.5.4. Varianta KSČM**

Státní pilíř: Zachování současného stavu důchodového systému. Od roku 2012 je příspěvek na státní politiku zaměstnanosti (1,6%) převeden do systému důchodového zabezpečení, čímž se zvyšuje sazba důchodového pojištění na 29,6%.

Příjmy důchodového systému jsou od roku 2007 posíleny o platbu státu ve výši zrušeného příspěvku na penzijní připojištění.

V roce 2040 se zvyšuje pojistná sazba důchodového systému na 32,6%. V roce 2060 dojde k dalšímu zvýšení pojistné sazby na 33,5% .

Od roku 2015 je pro OSVČ zavedena plná platba na sociální pojištění, kdy budou osoby samostatně výdělečně činná měsíčně odvádět minimální pojistné ve výši 29,6 % z průměrné mzdy.

Statutární věková hranice: Od roku 2030 růst věkové hranice pro odchod do důchodu pro muže i ženy (bez ohledu na počet dětí) bude o 4 měsíce za kalendářní rok, až dosáhne 65 let.

### 1.5.5. Srovnání

Jedinou společnou věcí všech návrhů je věk odchodu do starobního důchodu, který je stanoven na 65 let a to postupným zvyšováním. Návrh KDU-ČSL a ČSSD počítá s dřívějším odchodem pro ženy, které vychovaly děti.

Zásadní rozdíl je ve výši odvodu pojistného. ODS na jedné straně navrhuje jeho snížení na 20%, KDU-ČSL ho chce nechat na současných 28% s tím, že si s částí může občan disponovat sám, ČSSD a KSČM jej hodlají navýšit na 29,6%, KSČM až na 33,5 % v budoucnosti.

Pokud jde o možnosti příspěvků do penzijních fondů, zde je také zřetelný rozdíl. U ODS není zmíněn, je ponecháno na občanu, jak naloží s daňovou úsporou, KDU-ČSL navrhuje aby část mohla být dána do soukromého fondu, část na původní stav, obě strany se shodly na 20% nutných odvodů do současného systému. U dalších dvou stran není možnost výběru, KSČM jde ještě dál tím, že chce zrušit příspěvky na penzijní připojištění a ty převést do systému důchodů.

ODS a KDU-ČSL tedy navrhují vyšší volnost a možnost výběru, kam vložit peníze, ČSSD a KSČM chce nechat vše v současném stavu a všechny důchody platit z celého balíku. Všechny strany umožňují soukromé penzijní fondy, jen KSČM chce odebrat občanům v nich spořicí jakoukoli podporu.

## 2. Úroveň zdraví a soběstačnosti

### 2.1. Změny ve stáří a jejich dopad na jedince

Seniorský věk je typický nejen věkovou hranicí, ale i specifickými změnami ve fyziologické i duševní oblasti. Stárnutí je dáno souběhem několika faktorů, ať už genetických, nebo vlivem prostředí, které působí na člověka během celého života.<sup>41</sup> V kapitolách z geriatry je uvedeno, že i ve stáří je normálním stavem stav dobré fyzické i duševní pohody a s tím související schopnost vést plný, kvalitní a nezávislý život. Na druhou stranu se zde uvádí, že „právě stáří je období, kdy některé nemoci a poruchy přicházejí častěji a také lidé vyššího věku jsou častěji klienty zdravotních a sociálních služeb“<sup>42</sup>. V Psychologii stárnutí je stáří vedeno jako závěrečná fáze lidského života, kterou je třeba posuzovat jako součást kontinuální proměny<sup>43</sup>.

Mění se tedy nejen věk, ale i jednotlivé „části“ lidského jedince. Jde nejen o smyslové orgány, ale např. nervový systém, adaptace aj. Popis jednotlivých změn je tématem této kapitoly.

### 2.2. Smyslové orgány

Změny v oblasti smyslových orgánů nejsou pouze záležitostí stáří, ale týkají se celého života. Jejich úpadek začíná v rané dospělosti, ovšem ve stáří je vyšší.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> PACOVSKÝ, V. (1994): Geriatrie. Praha: Scientia medica. Str.22

<sup>42</sup> HOLMEROVÁ, I. JURÁŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. (2002): Vybrané kapitoly z gerontologie. . b.m: Gema. str. 15,16

<sup>43</sup> STUART-HAMILTON, I. (1999): Psychologie stárnutí. Praha: Portál. Str. 18

<sup>44</sup> volně podle STUART-HAMILTON, I. (1999): Psychologie stárnutí. Praha: Portál Str. 27-35, HOLMEROVÁ, I. JURÁŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. (2002): Vybrané kapitoly z gerontologie. b.m: Gema s.16-17 a PACOVSKÝ, V. (1994): Geriatrie. Praha: Scientia medica.str. 22-25

### **2.2.1. Zrak**

Poruchy, nebo nemoci očí se neobjevují jen v seniorském věku, jsou ale častější. Problémy se zrakem se samozřejmě projevují před příchodem stáří, ovšem ve věku 65 - 74 let je lidí s vážným zrakovým handicapem 7% a ve věku nad 75 let je to již 16%.

Porucha vidění na blízko v důsledku horší akomodace, jinak též vetchozrakost, presbyopie, je nejčastější příčina zhoršeného zraku u seniorů. Zhoršuje se hlavně schopnost zaostření na různé předměty, především však na blízko. Odhady uvádějí až 75% seniorů, kteří potřebují brýle. Další změna je ve vnímání intenzity světla, kdy senioři často vidí pouze intenzivnější světlo, pak se zhoršuje i schopnost přizpůsobení se oka na vidění za šera. S tím se zhoršuje i schopnost oka znovu rychle vidět normálně po oslnění. Tyto dva aspekty zhoršené akomodace mají vliv např. na schopnost seniorů řídit v noci automobil. Senioři také vidí v jiných odstínech, respektive v nažloutlejších. Taktéž je u seniorů potřeba delší doba na zpracování zrakových podnětů a delší čas pro jejich přesnou identifikaci.

Výraznou změnou je pak zmenšení zorného pole a zhoršení periferního vidění, tzv. zúžení zorného pole, které již lze vysledovat ve středním věku, ale výrazněji se projevuje u seniorů nad 75 let.

Omezení v oblasti zraku u seniorů vyžaduje delší časovou prodlevu na zpracovávání zrakových podnětů, na přizpůsobení oka změnám vnějších podmínek. Je potřeba vnímat ohrožení ve formě pádů, uvědomovat si zhoršenou orientaci a s tím věnovat okolí větší pozornost. Pokud nejde o vážnější zrakové onemocnění, nebo nevidomost, dají se tyto poruchy kompenzovat brýlemi nebo lupou. Důležitá je taky pravidelná péče o zrak a kontroly u specialistů

### **2.2.2. Sluch**

U odborníku se setkáme se slovem presbyakuze, což znamená stařecký sluch, neboli nedoslýchavost vyššího věku. Slabší sluch ve věku 70-80 let má 32 % lidí oproti skupině 20-30 let, kdy jde o 1,6%. Jedna z příčin zhoršování sluchu ve stáří je v důsledku artrózy tvrdnutí ucha, což má vliv na přenos zvuku. Zmenšuje se i počet nervových vláken sluchového nervu. Důsledek zhoršení



sluchu vede ke stranění se společností, může mít za následek depresivní stavy. Důležité je včasné vyhledání pomoci a kompenzace ztráty sluchu, ať již naslouchadly nebo zesilovači.

### **2.2.3. Ostatní smysly**

Další smysly neovlivňují lidský život tak výraznou měrou jako zrak a sluch, ovšem i u nich jsou zřetelné změny.

U seniorů je také sníženo chuťové vnímání, celkově je oslabena citlivost chuti. Není ale zřejmé u kterých ze čtyř základních chuťových typů je pokles zřejmý. Tvrdí se zhoršení buď u slané a hořké, jinde je u hořké předpoklad jejího zvýšeného vnímání. Shoda panuje u sladké a kyselé, kdy se nepozoruje změna v rozpoznání.

Čich slábne hlavně u nemocných seniorů, u zdravých je snížení schopnosti čichu méně výrazné, ovšem tak jako u dalších smyslů se s věkem snižuje.

U hmatu je zřejmé, že dochází také ke snížení citlivosti, protože hmatová čidla jsou uložena v kůži. Seniori mají vyšší hmatový práh citlivosti, je potřeba větší stimulace kůže. Mírně klesá i citlivost k teplotě předmětů.

U ostatních smyslů tedy vesměs klesá citlivost, je proto třeba u seniorů na toto pamatovat, hlavně s tím v každodenním životě počítat a věnovat zvýšenou pozornost okolnostem, kdy jsou tyto smysly potřeba.

## **2.3. Paměť, myšlení, učení**

I u těchto systémů dochází ke změnám. U paměti se zhoršuje s věkem hlavně krátkodobá paměť, dlouhodobá se oproti tomu více dostává do popředí (např. se hůře udržují nové poznatky, ovšem ty staré se více ožívají). Zhruba mezi 50. – 60. rokem se mírně zhoršuje vizuální paměť, po 70 roku jde o zhoršení výraznější.

Myšlení seniorů může být pomalejší, je přítomná stařecká zapomnětlivost. Jde o přirozený proces stárnutí nervového systému. Součástí seniorského věku však není demence, ta je vždy důsledkem onemocnění postihujících mozkovou tkáň. Většina účastníků logických testů starších 70 let v nich neobstála jako mladší lidé, ale nebylo to u všech lidí této kategorie. Celkově slábne pružnost a pohotovost myšlení, postupně dochází k převaze stereotypního myšlení.

U učení klesá schopnost naučit se z mluveného projevu, oproti písemnému textu, senioři se dopouštějí více chyb při řešení úloh zaměřených na verbální učení.

## 2.4. Mobilita

V seniorském věku klesá v důsledku úbytku svalové a kostní hmoty mobilita a hybnost. Snížení kostní hmoty má za následek vyšší lomivost kostí, je zřejmá nižší ochranná funkce svalového aparátu, dochází k častějším zlomeninám.

Postava se mění, zvyšuje se obsah tuku v těle člověka z důvodu poklesu tělesné vody. Je pozorovatelné rozšiřování trupu a mírné ztenčování končetin. Od věku 65 a výše klesá síla svalů, fyzický výkon seniorů se zhoršuje, klesá síla úchopu. Ve věku nad 65 let narůstá frekvence pádů, u osob žijících doma je to cca. 25-35 %, u jedné třetiny jde o pády opakované. Vyšší je také výskyt zavrátí

Je potřeba vyšší opatrnosti, trpělivosti. Při změně životního stylu každodenním vhodným cvičením, sportováním lze dokonce zlepšovat fyzický výkon i s narůstajícím věkem.

## 2.5. Další biologické změny

V seniorském věku dochází i k dalším změnám v biologické oblasti. Jde o snížení pružnost cév a snížení průtoku krve důležitými orgány a omezení schopnosti regulace. Na rozvádění krve je potřeba více energie.

Snížená je funkce ledvin, hlavně jejich filtrační a koncentrační schopnost, což je jeden z důvodů vyšší citlivosti seniorů na změny vnitřního prostředí a výraznějších vedlejších účinků na některé léky. Zhoršuje se dýchání, dýchací soustava dokáže zajistit menší přívod kyslíku než dříve.

Ke zmírnění těchto přirozených jevů může dopomoci pravidelné cvičení, vhodná strava a aktivita seniora.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> volně podle STUART-HAMILTON, I. (1999): Psychologie stárnutí. Praha: Portál Str. 27-35, HOLMEROVÁ, I. JURÁŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. (2002): Vybrané kapitoly z gerontologie. b.m: Gema s.16-17 a PACOVSKÝ, V. (1994): Geriatrie. Praha: Scientia medica.str. 22-25

## 2.6. Adaptace

U seniorů se z věkem snižuje schopnost přizpůsobení, adaptace, nejen ve smyslové oblasti. Senioři hůře a delší dobu reagují na změny, které nastávají ve vnitřním i vnějším prostředí. Zhoršená adaptace se projevuje ve snížené době reakce na podněty, stávají se více nepřesné. U seniorů ve věku okolo 70 let a více se zhoršuje připravenost reakce na řídké a nepředvídatelné podněty. Celkově je zpomaleno psychomotorické tempo, často lze vidět u seniorů delší doba trvání řešení zátěžových situací a složitějších jednání.

Sníženou adaptaci lze vhodně kompenzovat zvýšenou opatrností, zpomalením tempa, využitím životních zkušeností. Vliv na adaptaci má i životní zkušenost, větší míru adaptace ve stáří mají lidé, kteří se již v mladším věku naučili této schopnosti a naopak. Aby byla adaptace úspěšná, je potřebná snaha o stálou aktivizaci, ale i postupné omezování aktivit. Toto omezování ale nemá být na úkor celkové aktivity, aby nedocházelo k uzavírání se seniora před okolím, ale aby senior byl co nejdéle, jak je to možné, aktivní.<sup>46</sup>

## 2.7. Soběstačnost

Pro posouzení závislosti seniora na jiných osobách se užívá pojem soběstačnost. Jde o „schopnost uspokojovat přiměřené životní potřeby v konkrétních životních podmínkách prostřednictvím aktivit denního života“. Jsou to aktivity, které se měří pomocí různých testů, např. test základních aktivit denního života, kde spadá najedení, napití, oblékání osobní hygiena, koupání, kontinence moči, použití WC, chůze po schodech, přesun z lůžka na židli nebo vozík a chůze po rovině. Testů pro posouzení soběstačnosti je však více, v jiném testu se sledují instrumentální aktivity denního života - jízda dopravním prostředkem, nákup potravin, vaření, jednoduché domácí práce, praní prádla, telefonování, užití léku, odesílání peněz na poště či zacházení s kartou<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> volně podle STUART-HAMILTON, I. (1999): Psychologie stárnutí. Praha: Portál Str. 27-35, HOLMEROVÁ, I. JURÁŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. (2002): Vybrané kapitoly z gerontologie. b.m: Gema s.16-17 a PACOVSKÝ, V. (1994): Geriatrie. Praha: Scientia medica.str. 22-25

<sup>47</sup> HOLMEROVÁ, I. JURÁŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. (2002): Vybrané kapitoly z gerontologie. . b.m: Gema. str.51

V ČR začne od 1.1.2007 platit nový zákon o sociálních službách<sup>48</sup>, který má přímo v sobě obsaženou také definici soběstačnosti, spolu ji pak používá s pojmem péče o vlastní osobu, přičemž oba tyto pojmy jsou důležité pro stanovení stupně závislosti. Jsou sice v tomto zákonu rozděleny, ovšem jednotlivé úkony<sup>49</sup> v obou kategoriích se ve výše zmíněných testech prolínají<sup>50</sup>. Zákon není apriori jen pro osoby seniorského věku, je určen pro celou sféru sociální služby, do které patří i senioři.

### **2.7.1. Definice soběstačnosti dle zákona o sociálních službách**

Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem je nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost.<sup>51</sup>

Osoba, která má výše zmíněný dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav a potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti má nárok na příspěvek na péči.<sup>52</sup>

---

<sup>48</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb.

<sup>49</sup> Zákon o sociálních službách užívá slovo úkony, v jiné literatuře jde o pojem aktivity, ve skutečnosti jde o jiná pojmenování shodného obsahu.

<sup>50</sup> Rozdělení na soběstačnost a péči o vlastní osobu je patrné ve všech ustanoveních tohoto zákona

<sup>51</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb., §3

<sup>52</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb., §7

## 2.7.2. Ukazatele péče o vlastní osobu a soběstačnosti

Jde o výpis 36 úkonů, které se hodnotí při posuzování péče o vlastní osobu a soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti:<sup>53</sup>

### 1. Péče o vlastní osobu:

- příprava stravy,
- podávání, porcování stravy,
- přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- mytí těla,
- koupání nebo sprchování,
- péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- stání, schopnost vydržet stát,
- přemísťování předmětů denní potřeby,
- chůze po rovině,
- chůze po schodech nahoru a dolů,
- výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- orientace v přirozeném prostředí,
- provedení si jednoduchého ošetření,
- dodržování léčebného režimu.

---

<sup>53</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb., §9

## 2. Soběstačnost:

- orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- obstarávání osobních záležitostí,
- uspořádání času, plánování života,
- zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- mytí nádobí,
- běžný úklid v domácnosti,
- péče o prádlo,
- přepírání drobného prádla,
- péče o lůžko,
- obsluha běžných domácích spotřebičů,
- manipulace s kohouty a vypínači,
- manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Pro stanovení míry soběstačnosti daného jedince se vychází z těchto úkonů, jsou definovány pravomoci v této oblasti: „Obecní úřad obce s rozšířenou působností provádí pro účely rozhodování o příspěvku sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Sociální šetření provádí sociální pracovník“.<sup>54</sup>

Toto šetření určí, jak je který člověk soběstačný a jakou má míru závislosti.

---

<sup>54</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb., §25

## 2.8. Závislost

Při stanovování míry závislosti jsou zavedeny 4 možné stupně závislosti takto:<sup>55</sup>

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Poté podle stanovené míry závislosti na cizí osobě se určuje výše příspěvku na kalendářní měsíc pro tuto osobu. Základní změna je, že již nejsou příspěvky vypláceny pečujícím, ale přímo lidem, kteří jsou nějakým způsobem závislí na jiné osobě.

Výše příspěvku pro osoby od 18 let věku činí za kalendářní měsíc<sup>56</sup>

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

---

<sup>55</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb., §8

<sup>56</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb., §11,odst.2

Lidem, kteří jsou na základě tohoto zákona závislí na cizí pomoci je k dispozici řada služeb, které mají za základní činnost při poskytování sociálních služeb nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění.<sup>57</sup>

„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“.<sup>58</sup> Tato část je průlomová v tom, že sám právní rámec předpokládá aktivizaci seniorů a zapojování do běžných aktivit namísto jejich segregace a uzavírání od ostatní společnosti, přičemž klade důraz na soběstačnost jedince.

V další části zákona jsou stanoveny druhy služeb, které jsou poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost. Jde o osobní asistenci, pečovatelskou službu, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, Domovy pro seniory nebo sociální rehabilitace.<sup>59</sup>

Pro seniory, kteří se stali nějakou formou závislí na cizí péči jde hlavně o:

- osobní asistenci, což je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.
- pečovatelskou službu, což je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.
- centrum denních služeb, kde se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

---

<sup>57</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb., §35

<sup>58</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb., §38

<sup>59</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb., §39,40,45-47,49



- denní a týdenní stacionáře, kde se poskytují ambulantní nebo pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- Domov pro seniory, kde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Všechny tyto služby se nejprve snaží o pomoc lidem v jejich domácím, přirozeném prostředí tak, aby v něm mohli zůstat co nejdéle, jak je to možné. Jedná se o úkony, které napomáhají seniorům v pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, u Domovů pak i poskytnutí ubytování.

Tyto služby poskytují sociální, zdravotničtí nebo pedagogičtí pracovníci, kteří mají stanovené kvalifikační požadavky. Jejich práce spočívá v přímé obslužné péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů.<sup>60</sup>

Nejde zde tedy jen o péči a její pasivní přijetí, ale taky o aktivizaci seniorů, pomoc ve znovuzískávání soběstačnosti a pomoc při zprostředkování kontaktů se společenským prostředím. Je důležité, aby těmito službami seniorům nebyla jen poskytována péče, ale aby oni sami byli jimi aktivizováni a aby se jejich soběstačnost zvyšovala a v rámci možnosti i omezovala závislost na cizích osobách.

---

<sup>60</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb., §115,116

## 2.9. Subjektivní hodnocení zdraví a soběstačnosti a využití zdravotních služeb

V ČR i v cizině se za poslední roky provedlo několik výzkumů, které monitorovali subjektivní hodnocení zdraví a soběstačnosti. Z těchto výzkumů vychází i praktická část této práce a celý její výzkum, proto je potřeba se o nich zmínit.

Výzkum subjektivního hodnocení zdravotního stavu v České republice provedl v roce 2001 ČSÚ v průzkumu Sociální situace domácnosti. Několik výzkumu prováděl ústav zdravotnických informací statistiky České republiky. V roce 1999 to bylo šetření o zdravotním stavu obyvatel, v roce šlo o Celopopulační studii o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice (Ústav zdravotnických informací a statistiky – dále jen ÚZIS).<sup>61</sup>

### 2.9.1. Výzkumná studie ČSÚ

Tato studie se týkala populace ČR starší 16 let. Hodnocení zdravotního stavu se provádělo na škále: velmi dobrý, dobrý, přijatelný, špatný a velmi špatný. Ve věkové kategorii 60 – 69 a 70+ bylo dle této studie 22,8 % obyvatel. Výsledky studie jsou v následující tabulce:<sup>62</sup>

Tab.5 Zdravotní stav – studie ČSÚ

Zdravotní stav	60 - 69	70+
velmi dobrý	2,15 %	1,07 %
dobrý	23,75 %	11,82 %
přijatelný	53,99 %	49,42 %
špatný	16,53 %	29,05 %
velmi špatný	3,57 %	8,65 %

<sup>61</sup> ÚZIS ČR (2000): Praha: Šetření o zdravotním stavu obyvatel ČR. (HIS ČR 1999) Subjektivně vnímané zdraví. ÚZIS ČR (2003): Praha: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace. (HIS ČR 2002) Subjektivně vnímané zdraví. (IX.díl)

[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search\\_name=his%20cr&region=100&kind=21&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=his%20cr&region=100&kind=21&mnu_id=6200)

<sup>62</sup> ČSÚ (2001): Praha: Sociální situace domácností. <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/3007-03>

Je zde zřetelný nárůst související s věkem, kdy u nižší věkové kategorie má většina obyvatel dobrý nebo přijatelný zdravotní stav, zatímco u kategorie nad 70 let jde o posun k přijatelnému až špatnému zdravotnímu stavu.

## 2.9.2. Výzkum ÚZIS

Výzkum v roce 1999 a 2002, který provedl ÚZIS se ptal na subjektivní hodnocení ve škále velmi dobře, dobře, docela dobře, špatně a velmi špatně. V následujících tabulkách je uvedeno hodnocení zdraví respondenty v obou výzkumech.

Tab.6 Zdravotní stav v roce 1999 – ÚZIS

<b>Zdravotní stav</b>		<b>65 – 74</b>	<b>75+</b>
<b>velmi dobrý</b>	<i>muži</i>	1,64	0,00
	ženy	<b>2,31</b>	<b>4,12</b>
<b>dobrý</b>	<i>muži</i>	38,52	29,31
	ženy	<b>22,31</b>	<b>18,56</b>
<b>docela dobrý</b>	<i>muži</i>	41,80	39,66
	ženy	<b>52,31</b>	<b>35,05</b>
<b>špatný</b>	<i>muži</i>	14,75	29,31
	ženy	<b>20,77</b>	<b>38,14</b>
<b>velmi špatný</b>	<i>muži</i>	3,28	1,72
	ženy	<b>2,31</b>	<b>4,12</b>

V kategorii 65-74 let převládá pocit zdravotního stavu „dobrý, u mužů převládá větší míra hodnocení dobře, ženy mají poměr dobrý a špatný na stejné úrovni. Ve druhé kategorii je také nejvíc hodnocení dobře, u žen už výrazně převládá pocit špatný, muži se hodnotí dobře a špatně na stejné úrovni. Ženy se cítí celkově hůře v obou věkových kategoriích.

Tab.7 Zdravotní stav v roce 2002 – ÚZIS

Zdravotní stav		65 – 74	75+
<b>velmi dobrý</b>	<i>muži</i>	2,8	5,4
	ženy	<b>1,3</b>	<b>0,0</b>
<b>dobrý</b>	<i>muži</i>	37,6	26,8
	ženy	<b>24,2</b>	<b>14,5</b>
<b>docela dobrý</b>	<i>muži</i>	48,6	39,3
	ženy	<b>57,0</b>	<b>45,5</b>
<b>špatný</b>	<i>muži</i>	10,1	23,2
	ženy	<b>14,1</b>	<b>30,9</b>
<b>velmi špatný</b>	<i>muži</i>	0,9	5,4
	ženy	<b>3,4</b>	<b>9,1</b>

I v roce 2002 zůstává hodnota zdraví v kategorii 65 – 74 let jako docela dobré nejvyšší počet lidí, ženy se cítí dobře více než špatně, muži také, ale výrazněji. Ve druhé věkové kategorii je taktéž nejčastější hodnocení zdraví jako docela dobré, u mužů pak mírně převládá dobré nad špatným, ženy hodnotí své zdraví výrazněji špatně.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> ÚZIS ČR (2000): Praha: Šetření o zdravotním stavu obyvatel ČR. (HIS ČR 1999) Subjektivně vnímané zdraví. ÚZIS ČR (2003): Praha: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace. (HIS ČR 2002) Subjektivně vnímané zdraví. (IX.díl)  
[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search\\_name=his%20cr&region=100&kind=21&nu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=his%20cr&region=100&kind=21&nu_id=6200)

### 2.9.3. Srovnání

Studie probíhaly v letech 1999, 2001 a 2002, je možné trochu vysledovat posun v hodnocení v období 4 let. Menší nesoulad je ve věkových kategoriích, kdy studie ČSÚ má kategorie 60 – 69 a 70+ a studie ÚZIS 65 – 74 a 75+. Ve srovnání je u mužů a žen uveden průměr z obojího pohlaví, aby bylo srovnání relativně jednodušší. Srovnání je provedeno jen u nejčastěji uváděných hodnocení. U jednotlivých skupin je přijato označení ze studie ČSÚ, tedy zdravotní stav dobrý, přijatelný a špatný.

Tab.8 srovnání výzkumů ČSÚ a ÚZIS

	UZIS 1999	ČSÚ 2001	ÚZIS 2002
	65 - 74	60 - 69	65 - 74
dobry	33,5	24,0	31,5
prijatelny	40,0	54,0	44,0
sapatny	17,0	16,0	16,5
	75+	70+	75+
dobry	20,5	12,0	19,5
prijatelny	43,5	49,0	51,5
sapatny	29,5	29,0	22,5

V nižší věkové kategorii je vidět mírný pokles úrovně zdraví z dobrého do přijatelného v průběhu sledovaného období, největší je poměr právě u přijatelného, kde jde o 40 až 54 %. Špatný zdravotní stav hodnotí tato věková kategorie shodně na úrovni 16-17 %.

Rozdíl je evidentní v druhé věkové kategorii, kde je taktéž zřetelný nárůst přijatelného hodnocení zdraví, ale směrem od špatného.

Dá se říci že u starší věkové kategorie se subjektivně hodnocené zdraví vylepšilo, zatímco u nižší kategorie se mírně zhoršilo. V celkovém průměru se ale hodnocení v průběhu let posouvá směrem k horšímu zdraví, nicméně zhruba polovina populace se cítí dobře.

#### 2.9.4. Využití zdravotních služeb

Studie ČSÚ z roku 2001 sledovala na stejném vzorku populace i využití zdravotních služeb, respektive návštěvnost lékařů a hospitalizace. Otázkou ve studii bylo: Počet návštěv lékařů v posledních 12 měsících (a to praktických lékařů, zubních lékařů a ostatních specialistů) a pobyt v nemocnici v posledních 12 měsících (doba hospitalizace). Spotřeba zdravotní péče se dále sledovala na délce hospitalizace.<sup>64</sup> Podobnou studii má i ÚZIS, ale ten ji nerozdělil podle věkových kategorií, proto ji zde neuvádím.

Tab.9 Spotřeba zdravotní péče ČSÚ

Věk	60 – 69	70+
Praktický lékař	6,40	8,51
Zubní lékař	1,68	1,07
Ostatní specialisté	3,55	3,90
Hospitalizace na obyvatele	3,44	6,07
Hospitalizace na hospitalizovaného	19,28	23,56

Ze studie je zřejmé, že u praktického lékaře dochází k nárůstům návštěv v souvislosti s věkem, mírný nárůst je u specialistů, naopak pokles je evidentní u zubních lékařů. Vyšší je i hospitalizace na obyvatele, ale i na hospitalizovaného u starší věkové kategorie.

V zahraničí se pro subjektivní hodnocení zdraví používají podobné škály jako v ČR, tedy Very good, good, Fair, Bad a Very bad. Podobné výzkumy subjektivního pocitu zdraví a spotřeby zdravotní péče provádí např. Kanadský statistický úřad nebo U.S. Department of health and human services.

Ve výzkumu, který bude dále popsán, je užíváno pro hodnocení zdraví tato převažující škála, bude zkoumána i spotřeba zdravotní péče.

---

<sup>64</sup> ČSÚ (2001): Praha: Sociální situace domácností. <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/3007-03>

### 3. Výzkum subjektivního hodnocení zdraví a soběstačnosti u seniorů.

V této části, praktické části – bude nejdříve popsán region, kde byl uskutečněn výzkum. Poté bude definován výzkum, jeho cíl, cílová skupina a hypotézy. Dále bude popsána oblast výzkumu a vzorek respondentů. Následně budou analyzovány a vyhodnoceny získané daty u cílové populace a jejich srovnání s hypotézami. Poslední částí bude shrnutí výsledků a jeho srovnání s hypotézami.

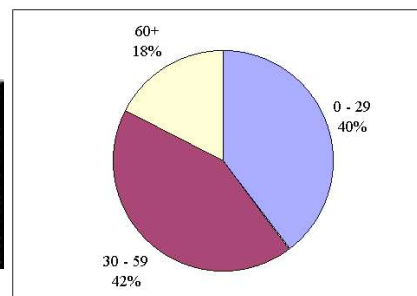
#### 3.1. Region výzkumu

Region, kde se byl uskutečněn výzkum je oblast, která má 52506 obyvatel. Jde o větší město s přilehlými částmi, kde je všude dostupná pravidelná autobusová doprava.

Graf 16 Věková struktura

Tab.10 Věková struktura<sup>65</sup>

Věk	52506	
0 - 29	20819	39,65%
30 - 59	22448	42,75%
60+	9239	17,60%



Věková struktura je podobná celorepublikové, v současné době je nižší u populace nad 60 let, kde je v ČR 20%, je zde více obyvatel do 30 let, v ČR jde o 36%. V Domovech důchodců a v Domovech s pečovatelskou službou je v současné době umístěno 551 obyvatel, čekatelů je v současné době 379. Celkem jde o 930 osob z celkem 9239 věku nad 60 let, což činí v daném regionu 10% z tohoto počtu.

<sup>65</sup> ČSÚ (2001): Praha: Sčítání lidu: <http://www.czso.cz/sldb/sldb.nsf/i/home>

## **3.2. Popis výzkumu**

### **3.2.1. Definice výzkumného problému**

Výzkum, který je součástí diplomové práce, zkoumal oblast týkající se života seniorů, žijících trvale v Domově důchodců v severních Čechách.

Ve výzkumu se zkoumá :

- subjektivní pocit zdraví seniorů
- pocit soběstačnosti a péče o vlastní osobu
- návštěvnost lékařů
- demografické údaje (věk, pohlaví)

Výše zmíněné oblasti již budou zkoumány i proto, aby mohl být výzkum později použit i v dalších podobných zařízeních. Tento výzkum je pilotním a reprezentuje jedno z mnoha podobných zařízení v ČR.

### **3.2.2. Cíl výzkumu**

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se lidé umístění v Domově důchodců cítí soběstační a umí pečovat o svou osobu a zjištění subjektivního pocitu jejich celkového zdravotního stavu.

Díličními cíli byly:

- zjištění některých demografických faktorů (pohlaví, věk, doba pobytu v Domově důchodců
- návštěvnost lékařů a doba hospitalizace v nemocnici
- přítomnost nemocí a zdravotních problémů



### 3.2.3. Cílová populace

Cílovou populací výzkumu jsou

- senioři, žijící v Domově důchodců

Domov důchodců má kapacitu 92 osob, výzkum by měl postihnout všechny obyvatele Domova. Výjimkou budou osoby s diagnózou demencí, od kterých nebylo možno získat validní data. Senioři jsou rozdělení na tři oddělení, z nichž jedno je mužské a dvě ženské.

### 3.2.4. Hypotézy a operacionalizace klíčových pojmů

- Subjektivní pocit zdraví souvisí s omezením soběstačnosti, s počtem návštěv lékaře.

Předpokladem této hypotézy je, že při větší návštěvnosti lékaře, příp. pobytu v nemocnici se zhoršuje i subjektivní pocit zdraví jedince.

- Zdravotní a celkový stav člověka, nebyl takový, aby muselo být umístění do Domova důchodců nutností.

Tato hypotéza se bude ověřovat na 36 úkonech soběstačnosti a péče o vlastní osobu<sup>66</sup>, jak se obyvatelé Domova důchodců cítí a jak zvládají jednotlivé úkony, které jsou určující pro posouzení soběstačnosti.

- Je předpoklad, že u lidí, umístěných v Domově důchodců je větší počet lidí se střední nebo těžkou závislostí (tj. ti, kteří potřebují pomoc u více než poloviny úkonů denní potřeby)

U této hypotézy se předpokládá zjištění stupně závislosti obyvatel Domova důchodců, jejich rozdělení do skupin. Předpokladem je závislost vyšší, protože při menší závislosti je možné pro seniora umístění v Domově s pečovatelskou službou, nebo docházení pečovatelské služby k němu domů, do jeho přirozeného prostředí.

---

<sup>66</sup> Viz část Soběstačnost, kap. 2.7.

### **Klíčovými pojmy výzkumu byly:**

#### 1. Ukazatele péče o vlastní osobu a ukazatele soběstačnosti

Jde o výpis 36 úkonů, vycházející ze zákona o sociálních službách.<sup>67</sup> Jsou to úkony, které se hodnotí při posuzování péče o vlastní osobu a soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti. Všechny 36 úkonů je podstatných pro stanovení 4 stupňů závislosti, ve výzkumu je každý úkon samostatná podotázka tohoto klíčového pojmu. Ve výzkumu bylo formou uzavřených otázek zjišťováno, zda respondent, obyvatel Domova důchodců tyto úkony sám zvládá, nebo pro ně potřebuje pomoc. Úkony, které nezvládá sám se sčítají a jejich výsledný součet byl pak stanovením stupně závislosti.

Poté byli respondenti zařazeni do konkrétního stupně závislosti, a to buď:

a) stupeň I (lehká závislost),

kdy respondent z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

b) stupeň II (středně těžká závislost),

kdy respondent z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

c) stupeň III (těžká závislost),

kdy respondent z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

d) stupni IV (úplná závislost),

kdy respondent z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

---

<sup>67</sup> Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb., §9

## 2. Návštěvnost lékařů

U respondentů bylo zjišťováno kolikrát v posledních 12 měsících navštívili lékaře, a to:

- praktického
- zubního
- ostatní specialisty

U většiny respondentů šlo o to, že lékař spíše navštěvoval je, do Domova důchodců docházel praktický lékař. K ostatním lékařům jsou obyvatelé domova dováženi dle potřeby, případně také navštěvováni lékařem v Domově důchodců.

## 3. Doba hospitalizace

Respondentům byl položen dotaz, zda byli v posledních 12 měsících hospitalizováni a v případě, že ano, zjišťoval se počet dní hospitalizace v posledních 12 měsících.

## 4. Přítomnost onemocnění, zdravotních problémů

V této oblasti byla zjišťována přítomnost těchto zdravotních omezení, příp. nemocí:

- hypertenze
- diabetes
- vážnější problémy s očima
- astma
- nespavost
- onemocnění nohou

## 5. Délka pobytu v domově důchodců

Tato oblast sleduje v letech délku pobytu respondenta v Domovech důchodců a je zde především pro stanovení, jak dlouho jsou v průměru lidé v současné domě v Domově důchodců, jaké procento respondentů je zde

dlouhodobě a kolik lidí jen krátce. Souvisí to i s věkem respondentů, který se taktéž ve výzkumu sleduje.

### **3.2.5. Technika výzkumu**

Nástrojem výzkumu je anonymní dotazníková akce, kdy každý z dotazníků obsahuje celkem 8 otázek, přičemž 8. otázka je podrobně rozdělena na jednotlivé podotázky, zjišťující soběstačnost a péči o vlastní osobu ve všech 36 úkonech.<sup>68</sup> Tímto nástrojem se zjistí demografické údaje v domově důchodců, doba pobytu v něm, subjektivní pocit zdraví a soběstačnosti a využívání lékařské péče (včetně hospitalizace v nemocnici)

Dotazníky byly vyplňovány přímo s respondenty v Domově důchodců. Tazatel s každým probíral všechny otázky a odpovědi sám zaznamenával. Anonymita spočívala v tom, že se jména respondentů již dotázaných psala na zvláštní papír jen pro kontrolu, na samotné dotazníky se neuvádělo jméno respondenta.

---

<sup>68</sup> v příloze 2 je uveden celý dotazník.

### 3.2.6. Oblast výzkumu – domov důchodců

Oblastí výzkumu se stal Domov důchodců v severních Čechách s kapacitou 92 lůžek<sup>69</sup>, ze kterých bylo ke dnu výzkumu obsazeno 85 lůžek. Zbylých 7 lůžek bylo buď před umístěním nového obyvatele, příp. krátce po smrti, nebo šlo o delší hospitalizaci. Základní údaje o počtu zkoumaných osob a kapacitě daného domova jsou v následující tabulce. Domov důchodců je umístěn v jedné budově, kde je všech 92 lůžek. Budova je rozdělena na 3 oddělení, z toho dvě ženské a jedno mužské.

Tab.11 Kapacita domova důchodců a zkoumaný vzorek

Celkem kapacita:	92 lůžek
<b>Obsazeno</b>	<b>85</b>
Volných míst	15
<b>Zkoumáno</b>	<b>70 (82,35 %)</b>
Lidí s demencí	15

Na umístění do něj čekají ještě další osoby, některé další jsou umístěny v různých domovech důchodců, které se nacházejí v okolních vesnicích.

Tab.12 Obsazení a žádosti o umístění do domova důchodců

Kapacita domova důchodců	92 osob
Okolní domovy důchodců (11 lokalit)	112 osob
Čekatelů	129 osob
Celkem osob v Domově důchodců za předpokladu dostatku lůžek	333 osob

Z uvedené tabulky vyplývá nedostatek lůžek v domovech důchodců v dané oblasti, soudě podle zájmu o umístění. Nicméně výzkum zkoumal hlavně

<sup>69</sup> Do kapacity Domova důchodců je ještě počítáno detašované pracoviště mimo hlavní objekt ve vzdálenosti cca. 5 km od tohoto Domova důchodců, kde je umístěno 20 osob, většinou imobilních. Hlavní objekt má proto kapacitu 100 osob.

soběstačnost osob v domově důchodců umístěných a tedy i možnosti případného využití jiného typu zařízení, než je Domov důchodců. Může jít například o Domov s pečovatelskou službou, příp. penzion pro důchodce, nebo částečná péče o seniory v jejich domácnostech. Pro ilustraci uvádím ještě současnou kapacitu a poptávku po bytech s pečovatelskou službou ve stejném městě. Jde o 4 domy s pečovatelskou službou.

Tab.13 Počet osob a čekatelů v DPS

Počet bytů	295
Počet obyvatel	347
Čekatelů	250

Tab.14 Počet osob v Domově důchodců a Domově s pečovatelskou službou a počet čekatelů<sup>70</sup>

Celkem osob v Domově důchodců a v Domově s pečovatelskou službou	439
Okolní Domovy důchodců	112
<b>Celkem</b>	<b>551</b>
Čekatelů	379
Terénní služby <sup>71</sup>	350
<b>Celkem vše</b>	<b>1280</b>
Obyvatel v regionu	52506

<sup>70</sup> Okolní Domovy důchodců – jde o obyvatele daného regionu, města, žijící v současné době jiném Domově důchodců z důvodu nedostatečné kapacity.

<sup>71</sup> V daném regionu jde o cca.6 terénních služeb, některé ve spojení se stacionární denní péči.

### **3.2.7. Prostředí výzkumu, časová náročnost**

Výzkum byl prováděn v prostředí Domova důchodců. Bylo zvoleno vhodné časové období pro samotný výzkum, a to bylo v soboty dopoledne od 8:30 do 11:30, kdy neprobíhají pravidelné procedury, návštěvy lékařů apod. Většina respondentů se zdržuje v tomto čase v Domově, nebo v jeho okolí. Práce s jedním respondentem zabrala zhruba 12 minut, což znamenalo 5 respondentů za hodinu. Celkem proběhl výzkum ve čtyřech po sobě jdoucích sobotách na přelomu května a června roku 2006.

V první řadě došlo k dohodě s vedoucím Domova důchodců, který o celém výzkumu informoval své zaměstnance, kteří byli na výzkum připraveni. Zaměstnanci přijali výzkumníka otevřeně, nenaskytl se závažnější problém. Respondenti se výzkumu zúčastnili ochotně, šlo pro ně o vybočení z rutiny a společenský kontakt.

### 3.3. Zkoumaný vzorek respondentů – základní údaje

Výzkum byl proveden v Domově důchodců s kapacitou 92 lůžek, ke dni výzkumu bylo obsazeno 85 lůžek. Z výzkumu byly vyloučeni lidé s demencí, od kterých nebylo možno získat relevantní odpovědi. Celkem šlo o 15 osob. U těchto osob je nejvyšší míra závislosti na cizí pomoci, spadají do 4 stupně závislosti. Ovšem subjektivní pocit zdraví by byl zkreslen nereálným vnímáním světa.

Základní údaje, bez bližšího rozlišení, které bude provedeno v další části jsou v následující tabulce:

Tab.15 Základní údaje o vzorku respondentů

Zkoumáno respondentů	70
Ženy	51 (73 %)
- ve věku	57 – 94
Muži	19 (27 %)
- ve věku	52 – 92

Tab.16 Údaje o všech obyvatelích Domova důchodců

Celkem obyvatel	85
Ženy	60 (70,6 %)
Muži	25 (29,4 %)



### 3.4. Výsledky výzkumu – získané data

#### 3.4.1. Demografické údaje – rozdělení

Respondenti byli tázáni přímo na věk a až následně proběhlo rozdělení na věkové kategorie. Jejich přehled je uveden v tabulce.

Tab.17 Demografické údaje (věk, pohlaví)<sup>72</sup>

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
50-59	3	15,79%	1	1,96%	4	5,71%
60-69	1	5,26%	5	9,80%	6	8,57%
70-79	6	31,58%	11	21,57%	17	24,29%
80-89	8	42,11%	30	58,82%	38	54,29%
90-xx	1	5,26%	4	7,84%	5	7,14%
Celkový součet	19	100,00%	51	100,00%	70	100,00%

Ze získaných dat je zřejmé, že nejpočetnější skupinou ve zkoumaném vzorku je kategorie ve věku 80 - 89 let a to více než 50%. U mužů je vyšší podíl i kategorii 70 – 79 let, což je dáno delší dobou dožití u žen. Celkem obě kategorie zaujímají v daném vzorku 75,85 %, tedy  $\frac{3}{4}$  respondentů.

---

<sup>72</sup> v procentech je uváděno číslo vždy k danému pohlaví, u žen z počtu 51, u mužů z počtu 19.

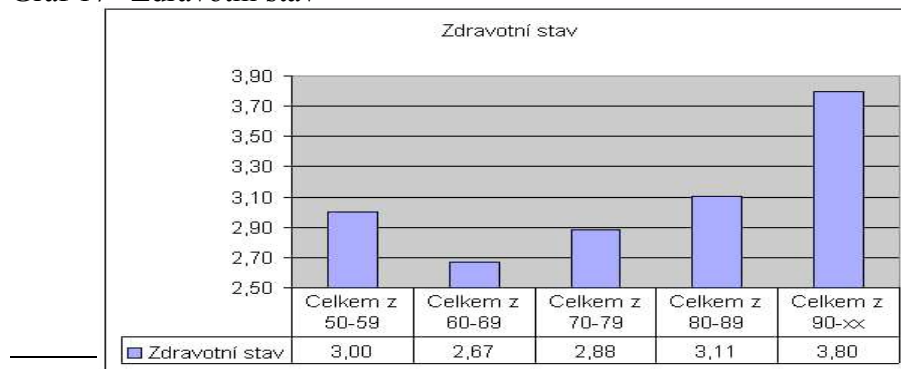
### 3.4.2. Subjektivní pocit zdraví

Tab.18 Subjektivní pocit zdraví<sup>73</sup>

Věk	Pohlaví	1	2	3	4	Průměr
50-59	muž			3		
	žena			1		
<b>Celkem z 50-59</b>				<b>4</b>		<b>3,00</b>
60-69	muž			1		
	žena	1	1	2	1	
<b>Celkem z 60-69</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2,67</b>
70-79	muž		2	4		
	žena		2	7	2	
<b>Celkem z 70-79</b>			<b>4</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>2,88</b>
80-89	muž		2	4	2	
	žena		6	14	10	
<b>Celkem z 80-89</b>			<b>8</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>3,11</b>
90-xx	muž				1	
	žena			1	3	
<b>Celkem z 90-xx</b>				<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3,80</b>
<b>Celkem muži</b>		<b>0</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>2,95</b>
		<b>0,00%</b>	<b>21,05%</b>	<b>63,16%</b>	<b>15,79%</b>	
<b>Celkem ženy</b>		<b>1</b>	<b>9</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>3,10</b>
		<b>1,96%</b>	<b>17,65%</b>	<b>49,02%</b>	<b>31,37%</b>	
<b>Celkem</b>		<b>1</b>	<b>13</b>	<b>37</b>	<b>19</b>	<b>3,06</b>
		<b>1,43%</b>	<b>18,57%</b>	<b>52,86%</b>	<b>27,14%</b>	

Dle této tabulky je zřejmé, že nejvíce respondentů považuje svůj zdravotní stav za přiměřený, skoro třetina jej vnímá jako špatný. Je vidět rozdíl mezi ženami a muži, kdy muži ve větší míře považují svůj zdravotní stav za přijatelný a dobrý (celkem přes 84 %), zatímco ženy spíše přiměřený až špatný (celkem 80 %). Je vidět i zhoršující se tendence s přibývajícím se věkem, jak dokládá i přiložený graf. V průměru se cítí respondenti přiměřeně, muži o něco lépe než ženy.

Graf 17 Zdravotní stav



<sup>73</sup> Respondentům byla položena otázka, jak hodnotí celkově svůj zdravotní stav. Škála byla na úrovni 1 – 5, odpovídající pojmem 1 – velmi dobrý, 2 – dobrý, 3 – přijatelný, 4 – špatný, 5 – velmi špatný. V tabulce jsou uvedeny pouze 4 stupně, protože žádný z respondentů nehodnotil své zdraví jako velmi špatné.

### 3.4.3. Ukazatele péče o vlastní osobu a ukazatele soběstačnosti

Tab.19 Závislost podle pohlaví

Závislost	Pohlaví	Věk	Celkem	
	<b>Muži</b>		<b>8</b>	<b>42,11%</b>
	<b>Ženy</b>		<b>13</b>	<b>25,49%</b>
<b>Stupeň 0</b>			<b>21</b>	<b>30,00%</b>
	<b>Muži</b>		<b>7</b>	<b>36,84%</b>
	<b>Ženy</b>		<b>18</b>	<b>35,29%</b>
<b>Stupeň 1</b>			<b>25</b>	<b>35,71%</b>
	<b>Muži</b>		<b>4</b>	<b>21,05%</b>
	<b>Ženy</b>		<b>18</b>	<b>35,29%</b>
<b>Stupeň 2</b>			<b>22</b>	<b>31,43%</b>
	<b>Ženy</b>		<b>2</b>	<b>3,92%</b>
<b>Stupeň 3</b>			<b>2</b>	<b>3,92%</b>
Celkový součet			70	100,00%

Respondentům bylo předloženo, příp. vysvětleno všech 36 úkonů soběstačnosti a péče o vlastní osobu. Byl předkládán jeden po druhém, přičemž podstatné bylo, zda respondent úkon zvládá sám, nebo se neobejde bez cizí pomoci<sup>74</sup>.

Dle subjektivního hodnocení podle zmíněných 36 ukazatelů bylo zjištěno, že většina obyvatel je ve skupině v první, či druhé skupině závislosti (tj. lehká, nebo středně těžká), celkem jde o 66 % respondentů, přičemž u žen je závislost rozdělena rovnoměrně ve stupni 1 a 2, u mužů je ve stupni 2 závislost nižší.

Necelá třetina respondentů (30%, tj.21 osob), potřebuje pomoc při max. 12 úkonech, nepatří do skupiny závislých osob. Z nich je 6 osob na hraně tohoto rozlišení, protože úkonů, ve kterých potřebují pomoc je 12.

Jde o subjektivní pocit, míru soběstačnosti v jednotlivých činnostech lidé určovali sami. Některé z činností (např. praní a vaření jídla) nemohli ovlivnit, protože je v Domově důchodců zajišťován ošetřujícím personálem.

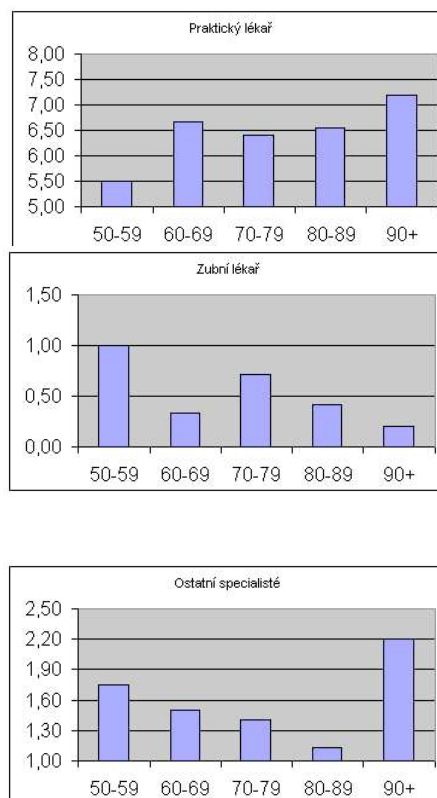
<sup>74</sup> Stupně v tabulce - **st.0** - pomoc nebo dohled při méně než 12 úkonech, **st.1** lehká závislost, každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech, **st.2** střední závislost, každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech, **st.3** těžká závislost, každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech, **st.4** těžká závislost, každodenní pomoc nebo dohled při více než 36 úkonech.

### 3.4.4. Spotřeba zdravotní péče

Tab.20 Návštěvnost lékařů

Věk	Data	Celkem
50-59	Praktický lékař	5,50
	Zubní lékař	1,33
	Ostatní specialisté	3,50
60-69	Praktický lékař	6,67
	Zubní lékař	1,00
	Ostatní specialisté	3,00
70-79	Praktický lékař	6,41
	Zubní lékař	1,33
	Ostatní specialisté	2,00
80-89	Praktický lékař	6,55
	Zubní lékař	1,33
	Ostatní specialisté	2,39
90-xx	Praktický lékař	7,20
	Zubní lékař	1,00
	Ostatní specialisté	2,75
Celkem Praktický lékař		6,51
Celkem Zubní lékař		1,30
Celkem Ostatní specialisté		2,41

Graf 18 – 20 Návštěvnost



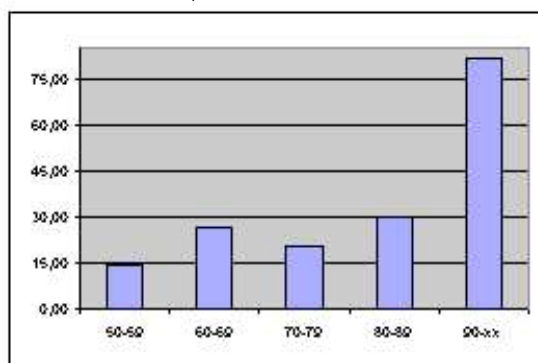
Z této tabulky a grafu je zřejmé, že u praktického lékaře je spotřeba péče v průměru 6,51 návštěv v minulých 12 měsících. Nejnížší je návštěvnost lékaře u kategorie 50-59 let (5,50) pak stoupá o jednu návštěvu ročně a u kategorie 90 a výš jde již o návštěvnost 7,20, což je nejvyšší. Tato kategorie také nejvíce využívá návštěv specialistů. S rostoucím věkem klesá návštěvnost zubního lékaře.

### 3.4.5. Doba hospitalizace

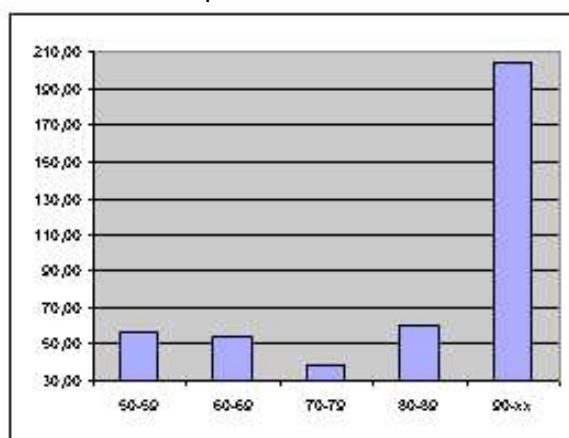
Tab.21 Doba hospitalizace

Věk	Počet dnů na	
	obyvatele	hospitalizovaného
50-59	14,00	56,00
60-69	26,83	53,67
70-79	20,18	38,11
80-89	30,21	60,42
90-xx	81,40	203,50
Celkový součet	30,21	62,21

Graf 21 Hospitalizace na obyvatele



Graf 22 Hospitalizace na hospitalizovaného



Doba hospitalizace u obyvatel Domova důchodců je minimálně 14 dnů, v posledních 12 měsících, přičemž mimo kategorii 70-79 let je vyšší v průměru než 25 dní. Při přepočtu na hospitalizovaného se toto číslo zvyšuje až k údaji 50 dní na hospitalizovaného.<sup>75</sup>

<sup>75</sup> Doba hospitalizace na hospitalizovaného se získala při propočtu doby jen z lidí, kteří byli hospitalizováni, tzn. v souboru nebylo počítáno s respondenty, kteří ve sledovaném období nebyli hospitalizováni.

### 3.4.6. Přítomnost onemocnění, zdravotních problémů

Tab.22 Přítomnost zdravotních problémů<sup>76</sup>

Nemoc	50-59		60-69		70-79		80-89		90-xx		Celkem	
Hypertenze	1	25,0%	1	16,7%	4	23,5%	8	21,1%	0	0,0%	14	20,00%
Astma	0	0,0%	1	16,7%	4	23,5%	10	26,3%	2	40,0%	17	24,29%
Nespavost	0	0,0%	1	16,7%	4	23,5%	9	23,7%	2	40,0%	16	22,86%
Diabetes	2	50,0%	1	16,7%	8	47,1%	14	36,8%	2	40,0%	27	38,57%
Oči	1	25,0%	0	0,0%	12	70,6%	16	42,1%	4	80,0%	33	47,14%
Nohy	1	25,0%	3	50,0%	11	64,7%	24	63,2%	3	60,0%	42	60,00%
Celkem	4	100,00%	6	100,0%	17	100,0%	38	100,0%	5	100,0%	70	100,00%

Každý z respondentů byl dotázán, zda má v některé ze šesti oblastí zdravotní problém.<sup>77</sup> Nejvíce omezení je zřejmé u věkové kategorie od 70 let, kde přesahuje 60% z respondentů, v celkovém součtu je podobný stav. Každé ze zdravotních omezení má minimálně pětina respondentů. Zhruba 21 %, respektive 15 respondentů nemá žádné s uvedených zdravotních problémů.

### 3.4.7. Délka pobytu v Domově důchodců

Tab.23,24 Délka pobytu v domově důchodců

Doba pobytu	
Věk	Průměr / let
50-59	21,50
60-69	9,33
70-79	6,79
80-89	4,03
90-xx	2,32
<b>Celkový průměr</b>	<b>6,03</b>

Doba pobytu		
Do 1.roku	9	12,9%
1 - 2 roky	20	28,6%
2 - 4 roky	10	14,3%
4 - 6 let	12	17,1%
6 - 10 let	11	15,7%
nad 10 let	8	11,4%

Průměrně jsou v současné době lidé v Domově důchodců 6 let. Nejdelší průměr je v kategorii 50-59 let, který je dán tím, že v Domov důchodců byl v minulosti ústav sociální péče, někteří z obyvatel jsou v něm proto delší dobu. Nejvíce obyvatel je v Domově důchodců mezi 1-2 lety, necelá třetina. Většina

<sup>76</sup> Absolutní čísla u věku znamenají, kolik lidí z dané věkové kategorie má přítomnost konkrétního zdravotního problému. Procenta znamenají o kolik respondentů z dané věkové kategorie procentuálně jde.

<sup>77</sup> U kolonky Oči a Nohy byl myšlen závažnější zdravotní problém, výraznější omezení vidění a výraznější omezení pohybu, které způsobuje problém v běžném životě a je denně pocíťován

obyvatel je v Domově důchodců do 6 let (62 obyvatel – 88,6 %).

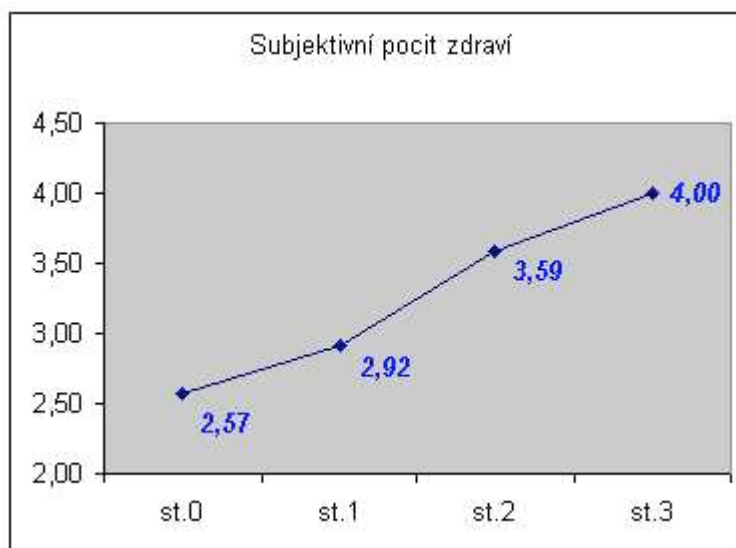
### 3.4.8. Vztah soběstačnosti a subjektivního pocitu zdraví

Výzkum zkoumal mimo výše zmíněné oblasti i vztah soběstačnosti a subjektivního pocitu zdraví. V následující tabulce je tento vztah blíže popsán.

Tab.25 Vztah zdraví a závislosti

Závislost	st.0	st.1	st.2	st.3	Průměr
Subjektivní pocit zdraví	2,57	2,92	3,59	4,00	3,06

Graf 23 Vztah zdraví a závislosti



Z uvedené tabulky a grafu jasně vyplývá, že pokud se člověk cítí zdravotně hůř, klesá i jeho soběstačnost. Tyto údaje byly zjištěny na základě 36 úkonů, které podle zákona o sociálních službách zkoumají míru závislosti. U zkoumaného vzorku respondentů je zjištěno, že čím je jejich subjektivní pocit zdraví horší, tím vyšší je jejich závislost. U osob ve 2.stupni závislosti (střední závislost) je subjektivní pocit zdraví dokonce hodnocen jako špatný. Zároveň stoupá i počet úkonů, u kterých osoby vyžadují pomoc.

## **3.5. Shrnutí výsledků výzkumu a srovnání výsledků s hypotézami**

### **3.5.1. Shrnutí výsledků výzkumu**

Výzkum, který byl proveden v Domově důchodců v severních Čechách na celkem 70 respondentech z 85 obyvatel Domova důchodců<sup>78</sup> si kladl za cíl zjistit situaci u obyvatel Domova důchodců především v oblastech:

- subjektivního pocit zdraví
- soběstačnosti a péče o vlastní osobu
- návštěvnosti lékařů a doby hospitalizace
- přítomnosti onemocnění
- demografických údajů (věk, pohlaví, doba pobytu v Domově důchodců)

---

<sup>78</sup> Zbylých 15 obyvatel bylo z výzkumu vyřazeno z důvodu jejich diagnózy demence



### **3.5.2. Jednotlivé oblasti a výsledek v nich**

#### **Subjektivní pocit zdraví**

Subjektivní pocit zdraví v Domově důchodců je v průměru na přijatelném stupni, tedy 3,06 z bodové škály 1-5. Nejlépe se cítí obyvatelé věku 60-69 (2,67), pak pocit zdraví klesá až na 3,80 u kategorie 90+. U mužů je pak vidět celkově lepší pocit zdraví, a to 2,95, u žen jde o 3,10.

#### **Pocit soběstačnosti a péče o vlastní osobu**

U 36 úkonů, které určují dle zákona o sociálních službách míru závislosti bylo zjišťováno, zda je respondenti zvládají sami, nebo s nimi potřebují pomoci jiné osoby.

Ve výzkumu byli po zodpovězení otázek rozděleni respondenti do 4 stupňů závislosti, přičemž 30% patří do skupiny bez závislosti, 35 % z respondentů byli zařazeni do prvního stupně závislosti, 31% do druhého a 4% do stupně třetího.

#### **Návštěvnost lékařů, doba hospitalizace (spotřeba zdravotní péče)**

Bylo zjištěno, že návštěvnost praktických lékařů mírně stoupá z věkem, v průměru šlo o 6,51 návštěv za posledních 12 měsíců. Návštěvy zubařů naopak s věkem klesají, v průměru jde o 0,5 za posledních 12 měsíců. Návštěvy specialistů jsou využívány v průměru 1,34 za posledních 12 měsíců, přičemž mírně s věkem klesají, jen respondenti v kategorii 90+ ji využívají nejvíc.

V kategorii hospitalizace na obyvatele byla průměrná počet hospitalizace v nemocnici 30,21 dní za posledních 12 měsíců, nejvyšší v nejvyšší věkové kategorii a to 81,4 dnů, nejméně v kategorii 50 – 59 let. V přepočtu na hospitalizovaného je doba hospitalizace již 62,21 dní v průměru, nejméně v kategorii 70-79 let.

#### **Přítomnost onemocnění, zdravotních problémů**

V této části výzkumu bylo zjištěno, že každý ze sledovaných zdravotních problémů se týká minimálně 1/5 obyvatel Domova důchodců. 21 % nemá žádné výraznější zdravotní potíže.

U hypertenze šlo v průměru o 20% obyvatel, rovnoměrně rozloženo ve

všech věkových kategoriích, mimo věku 90+.

Astmatem trpí 24 % respondentů, nejvíce (40%) v kategorii 90+, toto omezení nemá nikdo ve věkové kategorii 50 – 59 let.

Nespavostí trpí 23 % obyvatel, opět nejvíce v kategorii 90+ a nikdo ve věku 50 – 59 let.

Diabetes (cukrovka) je u 38% respondentů, zde ji trpí polovina z nejmladší kategorie obyvatel (50 – 59).

Vážnější problémy s očima má 47% respondentů, neuvádí je nikdo z věkové kategorie 60 – 69 let, nejvyšší míru, celkem 80 % mají respondenti ve věku 90+.

Výraznější zdravotní problémy s nohama má 60% respondentů.

### **Demografické údaje**

Nejvíce obyvatel v Domově důchodců je ve věku 80 – 89 let a to 54,29%, následuje kategorie 70 – 79 let s 24,29 % obyvatel, ostatní kategorie mají celkem zbylých 21,42 %. Žen je výrazně více v kategorii 80 – 89 let (58 % oproti 42 % u mužů), přičemž muži mají vyšší podíl v kategorii 70 – 79 let (31 ku 21 %).

Průměrná doba pobytu v Domově důchodců je aktuálně 6,03 let, nejvyšší je v kategorii 50 – 59 let a se vzrůstajícím věkem doba klesá.<sup>79</sup> Nejvíce obyvatel je v Domově důchodců mezi 1 – 4 roky, celkem 54 %, zhruba třetina obyvatel je v Domově důchodců mezi 1 – 2 roky.

---

<sup>79</sup> Tato skutečnost který je dána i tím, že v Domově důchodců byl v minulosti ústav sociální péče, někteří z obyvatel jsou v něm proto delší dobu.

### 3.5.3. Srovnání výsledku výzkumu s hypotézami

- Subjektivní pocit zdraví souvisí s omezením soběstačnosti, s počtem návštěv lékaře.

Předpokladem této hypotézy je, že při větší návštěvnosti lékaře, příp. pobytu v nemocnici se zhoršuje i subjektivní pocit zdraví jedince.

Výsledek výzkumu:

Tato hypotéza se v daném výzkumu potvrdila, protože spokojenost se subjektivním pocitem zdraví byla horší, pokud se respondent ocitl ve vyšším stupni závislosti. Potvrdilo se, že pokud se člověk cítí méně soběstačný, klesá i jeho pozitivně vnímaný pocit zdraví.

- Zdravotní a celkový stav člověka, nebyl takový, aby muselo být umístění do Domova důchodců nutností.

Tato hypotéza byla ověřována na 36 úkonech soběstačnosti a péče o vlastní osobu, jak se obyvatelé Domova důchodců cítí a jak zvládají jednotlivé úkony, které jsou určující pro posouzení soběstačnosti.

Výsledek výzkumu:

Ve výzkumu bylo zjištěno, že většina obyvatel Domova důchodců je ve skupině závislosti I a II. Oproti hypotéze která předpokládala většinu obyvatel ve stupni II a III (střední nebo těžká závislost) se většina respondentů pohybuje v lehké, nebo střední závislosti (st. I a II).<sup>80</sup>

---

<sup>80</sup> Z obyvatel Domova důchodců byli z výzkumu byly vyloučeni lidé s demencí, od kterých nebylo možno získat relevantní odpovědi. U těchto osob je nejvyšší míra závislosti na cizí pomoci, spadají tedy do 4 stupně závislosti. Ovšem subjektivní pocit zdraví by mohl být zkreslen nereálným vnímáním světa.

- Je předpoklad, že u lidí, umístěných v Domově důchodců je větší počet lidí se střední nebo těžkou závislostí (tj. ti, kteří potřebují pomoc u více než poloviny úkonů denní potřeby)

U této hypotézy se předpokládá zjištění stupně závislosti obyvatel Domova důchodců, jejich rozdělení do skupin. Předpoklad je závislost vyšší, protože při menší závislosti je možné pro seniora umístění v Domově s pečovatelskou službou, nebo docházení pečovatelské služby k němu domů, do jeho přirozeného prostředí.

#### Výsledek výzkumu

Výzkum dospěl ke zjištění, že 30 % respondentů potřebuje pomoc při max. 12 úkonech, což je dle zákona o sociálních službách osoba bez závislosti na cizích osobách.

Dalších 36 % respondentů potřebuje pomoc při max. 18 úkonech, řadí se do lehké závislosti. Dá se předpokládat, že těchto 66% respondentů nemusí být nutně umístěno v Domově důchodců, ale vhodnější by pro ně mohl být buď dům s pečovatelskou službou, pension pro seniory, případně domácí prostředí s docházením pečovatelské nebo asistenční služby.

### 3.5.4. Srovnání výzkumu s předchozími celopopulačními výzkumy

#### Subjektivní pocit zdraví

Tab.26 Subjektivní pocit zdraví dle ÚZIS a ČSÚ

	ÚZIS 1999	ČSÚ 2001	ÚZIS 2002
	65 - 74	60 - 69	65 - 74
dobrý	33,5	24,0	31,5
příjemný	40,0	54,0	44,0
špatný	17,0	16,0	16,5
	75+	70+	75+
dobrý	20,5	12,0	19,5
příjemný	43,5	49,0	51,5
špatný	29,5	29,0	22,5

Tab.27 Subjektivní pocit zdraví Domov důchodců

	65-74	75+		60 - 69	70+
dobrý	27,27%	19,23%	dobrý	16,67%	20,00%
příjemný	54,55%	48,08%	příjemný	50,00%	50,00%
špatný	9,09%	32,69%	špatný	16,67%	30,00%

Zde vidíme, že i v populaci Domova důchodců je nejvyšší poměr seniorů, kteří hodnotí své zdraví jako příjemné. V Domově důchodců jde nejvíce o kategorii 70+ (příp. 75+), evidentní je zhoršování zdravotního stavu s věkem, které je zřetelné i ve studiích ČSÚ a ÚZIS.

Tab.28 Využití zdravotních služeb v Domově důchodců

	<b>60 – 69</b>	<b>70 +</b>
Praktický lékař	6,67	6,41
Zubní lékař	0,33	0,48
Ostatní specialisté	1,50	1,30
Hospitalizace na obyvatele	26,83	31,63

Tab.29 Využití zdravotních služeb dle ČSÚ

	<b>60 - 69</b>	<b>70+</b>
Praktický lékař	6,40	8,51
Zubní lékař	1,68	1,07
Ostatní specialisté	3,55	3,90
Hospitalizace na obyvatele	3,44	6,07

Co se týče využití zdravotních služeb, spotřeby zdravotní péče, je v Domově důchodců nižší spotřeba péče u specialistů, u zubních lékařů i u praktických lékařů, ne však o výrazný rozdíl. V kategorii 60 – 69 let je využití praktického lékaře v Domově důchodců dokonce vyšší. Výrazný je rozdíl mezi dobou hospitalizace, která je v Domově důchodců několikanásobně vyšší než ve výzkumech ČSÚ a ÚZIS.

## **4. Závěrečná doporučení a opatření pro cílovou populaci**

### **4.1. Vymezení cílové populace**

Cílovou populací, pro kterou budou nyní navržena opatření a doporučení jsou senioři ve věku 60-65 let a výše, kterých je v současné demografické situaci v ČR 20% z celkové populace, v propočtu na obyvatele něco přes 2 milióny. Tento stav se dle předpokladu bude zvyšovat, proto bude tato skupina v celkové populaci pravděpodobně v budoucnu zastoupena větší mírou<sup>81</sup>.

Nejedná se jen o lidi, kteří jsou umístěni do zařízení sociální a zdravotní péče, u kterých byl proveden výzkum jejich stavu (zdravotního, stav soběstačnosti) Cílová populace jsou i senioři, kteří nějak využívají některou ze služeb domácí péče (např. home-care, pečovatelskou službu), nebo ti, kteří nevyužívají žádnou z těchto služeb ale věkem do této kategorie spadají. I u těchto osob jde o potenciální možnost budoucího vyššího využití sociálních a zdravotních služeb s ohledem na reálnou možnost zhoršujícího se zdravotního stavu v souvislosti s věkem.

### **4.2. Návrh opatření a doporučení pro cílovou skupinu**

Návrh opatření vychází ze zjištěných informací. První z nich je zvyšující se počet seniorů v populaci, nejen historicky, ale i tento pravděpodobný předpoklad do budoucna. Další zjištěné informace se týkají vyšší spotřeby zdravotní péče u seniorů, hlavně hospitalizace v nemocnici.

Současná reakce ze strany politické reprezentace je postupné zvyšování věku odchodu do důchodu až na 65 let a zapojení všech generací do této problematiky, ať již v předvolebních programech, nebo v materiálech ministerstev.

Velký vliv na jedince, seniora, mají změny jeho zdravotního stavu, týkající se smyslových orgánů, hlavně zraku a sluchu, paměti, myšlení a učení, mobility a samozřejmě adaptace a soběstačnosti.

---

<sup>81</sup> Demografické údaje a budoucí předpoklady v části 1.2. demografický vývoj.

#### 4.2.1. Doporučení vzešlá z výzkumu v Domově důchodců

Z výzkumu, který byl proveden v Domově důchodců vyplynulo, že lidé v něm nejsou všichni závislí na jiné osobě tak, aby museli být umístěni do zařízení vyžadující trvalou péči. Ze čtyř stupňů závislosti nebyl ani jeden ze zkoumaných respondentů zařazen do 4 stupně<sup>82</sup>, ostatní byli rozděleni takto: 30% patří do skupiny, kde nejsou závislí, 35 % z respondentů byli zařazeni do 1.stupně závislosti, 31 % do druhého a 4 % do stupně třetího.

Pro některé z obyvatel by bylo vhodné, aby místo Domova důchodců mohli být umístěni buď v Domově s pečovatelskou službou, v pensionu pro seniory, nebo ve vlastním bydlení.

Více má být kladen důraz na podporu soběstačnosti a výběr druhu služeb, které člověk umístěn v takovém zařízení, potřebuje. V Domově důchodců není např. možnost samostatného vaření, praní prádla a tuto činnost by mnozí senioři zvládli, je jim však odepřena.

Také účast na společenských aktivitách by zde měla být vyšší, jsou možnosti výletů, kulturních aktivit přednášek. Zařízení Domova důchodců dává méně prostoru pro svobodnou volbu služeb a nabídky. Ideální by bylo, aby tato zařízení šla směrem k zvyšování soběstačnosti a samostatnosti klientů, samozřejmě s ohledem na jejich aktuální zdraví. Hlavně by umístění do podobného zařízení nemělo být pro jednice trvalé, ale mělo by být kdykoli upravitelné.

#### 4.2.2. Opatření reagující na změny ve stáří

Základním opatřením a doporučením je **informovanost**. Ta by se měla týkat jak seniorů, tak lidí v preseniorském věku (cca. 45 – 59 let), kteří by měli být informováni o možných změnách ve stáří a být na ně připraveni.

U seniorů by mělo dojít také k informování a diskusi o změnách, které nastaly a radám, jak na ně reagovat. Možná je samozřejmě reakce apatie, uzavření se do sebe, čímž může dojít k postupnému zhoršování se zdravotního stavu a soběstačnosti, a s tím souvisejícího vyššího čerpání zdravotní a sociální péče.

---

<sup>82</sup> Zde je potřeba připomenout že z výzkumu byly vyloučeni lidé s demencí, od kterých nebylo možno získat relevantní odpovědi. U těchto osob je nejvyšší míra závislosti na cizí pomoci, spadají tedy do 4 stupně závislosti. Ovšem subjektivní pocit zdraví by byl zkreslen nereálným vnímáním světa.



Pokud by nastal tento stav, do budoucna by kapacity péče nemohly pojmout jejich požadavek, nastala by závažná krize celého systému.

Reálné opatření a doporučení je **pomoc s adaptací** na změnu podmínek. U generace, která je v preseniorském věku je třeba zvýšit informovanost a předpřiravenosti na tyto změny směřující k jejich lepšímu přijetí. Senioři u nichž nastávají změny ve vyšší míře a kteří na ně nebyli přepraveni, je možnost pomoci, např. pravidelnou návštěvou specializovaných lékařů (v případě problému se zrakem, sluchem, mobilitou). Vhodná je možnost návštěvy denních center pro seniory, kde vyškolený personál odborně poradí jak na změny reagovat a jak je přijímat. Další z možností je využití agentur domácí péče, ať již home-care či pečovatelská služby. Tyto zařízení nejen vypomůžou při nárazových problémech, způsobených krátkodobou zdravotní indispozicí, ale i při trvalých změnách.

Oblasti, která je pro seniory velmi důležitá je **aktivizace**. Je to protipól rezignace, apatie, týká se znovuzapojení seniorů do běžného života. Může jít o situaci, kdy senior po odchodu do důchodu ztratil pracovní rytmus a neumí se orientovat v nové situaci. Některé organizace s tím u svých odcházejících seniorů počítají a své bývalé zaměstnance pravidelně zvou na různé akce tak, aby se oni necítili odloučení. Centra denních služeb, agentury domácí péče aj. mohou s aktivizací pomoci tak, že v jejich zařízeních se mohou senioři potkávat a navazovat nové sociální kontakty, nebo při návštěvách v domácnosti mohou poskytnout informace svým klientům o možnostech aktivního trávení času.

Aktivizace je vhodná i pro seniory, kteří dlouhou dobu byli hospitalizováni, případně nemocní doma a ztratili přirozené sociální kontakty.

Dalším možným aktivizačním prostředkem je rozvíjení paměti, učení a myšlení, které je možné např. díky universitě třetího věku, nebo různým projektům neziskových organizací. Jako příklad uvádím internetovou kavárnu pro seniory, která je určena pro lidi od 50 let a slouží starším lidem k osvojení si práce s počítačem a internetem, doplnění si znalosti při této práci, ale i k navázání nových sociálních kontaktů. Další možnosti jsou různé výlety a akce pro seniory pořádané kluby důchodců.

Důležitá je ovšem propagace celého procesu, aby se o různých možných aktivitách dozvěděli ti, jimž jsou určeni.

Celý proces aktivizace má vést hlavně k tomu, aby senioři mohli zůstat doma ve svém přirozeném prostředí. V případě nárazového zhoršení zdravotního stavu a

soběstačnosti (nemoc, úraz) by měla být poskytována seniorům pomoc také v domácím prostředí. V případě hospitalizace by pak měla celá péče být po ukončení hospitalizace směřována opět do domácího prostředí s možností využití dalších návazných sociálních a zdravotních služeb a další aktivizaci. V případě kdy se senior nemůže v domácím prostředí o sebe postarat, je vhodný Domov s pečovatelskou službou, příp. pension, kde bude senior využívat jen takové služby, které opravdu nezvládá.

Dalším opatřením a doporučením je **vzájemná pomoc** seniorů. Ne všichni senioři po odchodu do důchodu ztrácejí pracovní návyky a zkušenosti a mohou pomoci ostatním seniorům např. s drobnými opravami. Bývalý elektrikář může opravit jinému senioru televizi, pračku, on sám se stále cítí potřebný, žije aktivně a má to pozitivní vliv na jeho zdraví i soběstačnost. Škála vzájemné pomoci může být větší, např. vzájemné učení se práce s počítačem, úklid v domácnosti aj.

Do všech zmíněných opatření a doporučení je potřeba zapojit také ostatní generace, aby vzájemná informovanost a povědomí o jiné generaci bylo větší. Tím se může zvýšit i tolerance jedněch k druhým a předejít konfliktům v budoucnu, kdy bude seniorů v ČR pravděpodobně poměrně více než nyní.

## Závěr

Soběstačnost jako schopnost se o sebe postarat je jedna ze základních lidských potřeb. Plné zdraví stav psychické, fyzické a sociální pohody je zase přání každého člověka.

S omezením soběstačnosti se zhoršuje i subjektivní pocit vnímání zdraví jedince. Častější omezení v oblasti zdraví a soběstačnosti je v seniorském věku. Cílem této práce bylo vysvětlit co to je soběstačnost a jak s jejím omezením stoupá závislost na jiných osobách a jak se soběstačnost a zdraví navzájem podmiňují.

V první části šlo o uvedení do problematiky a vysvětlení základních pojmů. Následoval demografický pohled na situaci v populaci, hlavně možná očekávání v demografickém vývoji s ohledem na nejstarší generaci v populaci. S tím souvisí i přehled návrhů a programů různých politických stran a ministerstev na zdraví a seniorský věk, jejich přehled a zhodnocení, včetně pohledů na důchodovou reformu.

Druhá část se zabývala popisem změn ve stáří a jejich dopadu na jedince, jak ovlivňují jednotlivé oblasti a jak se dá na tyto změny reagovat. Pokračovala bližším vysvětlením pojmu soběstačnosti a závislosti na základě zákona o sociálních službách, který vstupuje v platnost 1.1.2007. Důležitou oblastí je taktéž subjektivní pocit zdraví a soběstačnosti, kterým se zabývaly mnohé výzkumy, a jejichž popis byl součástí této části.

Třetí část, část praktická, se zabývala výzkumem subjektivního pocitu zdraví a soběstačnosti v Domově důchodců v severních Čechách. Její součástí byl popis regionu a krátký přehled demografické situace, pak kompletní výzkum, který byl proveden v tomto Domově důchodců autorem této práce, včetně jeho vyhodnocení. Výzkum si kladl za cíl ověřit předem dané hypotézy týkající se soběstačnosti obyvatel Domova důchodců a jejich subjektivního pocitu zdraví.

V závěrečné části je pak podán přehled opatření a návrhů pro cílovou skupinu seniorů i pro všechny generace a přehled zjištěných závěrů.

Závěrečná doporučení se týkala vyšší potřeby informovanosti o všech aspektech stáří nejen pro seniory, ale pro všechny generace, nutnosti podpory a pomoci s adaptací na stav, který sebou stáří přináší. Dále je přínosná i podpora

vzájemné pomoci seniorů při nejrůznějších činnostech a je třeba zvýšit míru aktivizace seniorů k udržení maximální soběstačnosti.

## Seznam literatury

- BURCIN, B. KUČERA, T. (2003): Perspektivy populačního vývoje České republiky 2003 až 2065. Karlova univerzita, Přírodovědecká fakulta
- BURCIN, B. KUČERA, T. (2004): Projekce vývoje obyvatelstva České republiky na období 2066 – 2150. Karlova univerzita, Přírodovědecká fakulta
- ČSÚ (2001): Praha: Sociální situace domácností.  
<http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/3007-03>
- ČSÚ (2001): Praha: Sčítání lidu: <http://www.czso.cz/slodb/slodb.nsf/i/home>
- ČSÚ (2004): Praha: Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050.  
<http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/4020-03>
- ČSÚ (2005): Praha: Obyvatelstvo (demografie).  
[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo\\_\(demografie\)\\_%3C!\\_lide\\_%3E](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_(demografie)_%3C!_lide_%3E)
- ČSU (2006): Praha: Rychlé informace.  
<http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby06220606.doc>
- ČSÚ (2006): Praha: Stromy života 1946 - 2003  
[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy\\_zivota\\_1946\\_2003](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy_zivota_1946_2003)
- ČSU (2006): Praha: Stromy života do roku 2050:  
[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy\\_zivota\\_do\\_roku\\_2050](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy_zivota_do_roku_2050)
- ČSÚ (2006): Praha: Věkové složení obyvatelstva ČR  
[http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/kapitola/4003-06-v\\_roce\\_2005-25n](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/kapitola/4003-06-v_roce_2005-25n)
- DŮM OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DOLNÍ RYCHNOV (2006): Úvod: Naše vize. <http://www.dop-hc.cz/>
- HAYFLICK, L. (1997): Jak a proč stárneme. Praha: Columbus/Knižní klub. ISBN 80-7176-536-8
- HOLMEROVÁ, I. JURÁŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. (2002): Vybrané kapitoly z gerontologie. b.m: Gema
- KOLEKTIV AUTORŮ. (2001): Akademický slovník cizích slov. Praha: Academia. ISBN 80-200-0607-9
- KOLEKTIV AUTORŮ. (2002): Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí populace. Madrid
- KOLEKTIV AUTORŮ. (2006): Jistoty a prosperita. Praha: ČSSD

- MERHAUTOVÁ, I. (2004): Mezinárodní konference sester z domovů důchodců a ústavů sociální péče: Příspěvek. [http://osz.cmkos.cz/CZ/Z\\_tisku/Bulletin/12\\_2004/15.html](http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/12_2004/15.html)
- MPSV (2002): Praha: Národní programu přípravy na stárnutí 2003 – 2007. Usnesení vlády č.485 ze dne 15.května 2002 . <http://www.mpsv.cz/cs/1055>
- MPSV (2005): Praha: Důchodová Reforma. <http://www.mpsv.cz/cs/2231>
- OSN (2002): Praha: Výzvy demografické revoluce. <http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=847>
- PACOVSKÝ, V. (1994): Geriatrie. Praha: Scientia medica. ISBN 80-85526-32-8
- PÁRALOVÁ, A. (2004): Modrá šance pro svobodu volby v sociálním systému – Cesta k lidské důstojnosti. Praha: ODS
- STUART-HAMILTON, I. (1999): Psychologie stárnutí. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2
- ÚZIS ČR (2000): Praha: Šetření o zdravotním stavu obyvatel ČR. (HIS ČR 1999) Subjektivně vnímané zdraví. [http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search\\_name=his%20cr&region=100&kind=21&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=his%20cr&region=100&kind=21&mnu_id=6200)
- ÚZIS ČR (2003): Praha: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace. (HIS ČR 2002) Subjektivně vnímané zdraví. (IX.díl)
- VOHRALÍKOVÁ, L. RABUŠIC, L. (2004): Čeští senioři včera dnes a zítra, Brno: Výzkumné centrum Brno VÚPSV
- WHO (2006): Ageing and life course. <http://www.who.int/ageing/en/>
- Zákon parlamentu ČR o sociálních službách č.108/2006 sb. ze dne 14.3.2006

# Přílohy

## Seznam příloh

- 1) Projekt diplomové práce
- 2) Dotazník pro respondenty v Domově důchodců
- 3) Seznam tabulek
- 4) Seznam grafů

## **Příloha 1 Projekt diplomové práce**

**Jméno:** Lukáš Herich

**Osobní číslo, imatrikulační ročník:** 9543, 2003

### **Předběžný název připravované DP:**

**Vzájemná provázanost a podmíněnost úrovně soběstačnosti a zdraví v seniorském věku.**

#### **1. Formulace a vstupní diskuse problému**

Cílem diplomové práce je pochycení a ověření měřitelnosti nejdůležitějších faktorů, které se podílejí na vzájemné podmíněnosti zdraví a soběstačnosti v seniorském věku. Výchozí situace diplomové práce je vymezení problému a jeho základních pojmů a jejich vztahu k tématu diplomové práce. Jsou to tyto:

**Soběstačnost** - schopnost vykonávat bez cizí pomoci obvyklé činnosti.

**Zdraví** - snížená soběstačnost a závislost na cizí pomoci komplikuje aktivní účast na léčení (včetně depresí a ztráty zájmu o život) – návštěvy lékaře, účast na prevenci, dodržování léčebných režimů (především užívání předepsaných léků).

**Stárnutí populace** - především v nejvyšších věkových kategoriích, které jsou ztrátou soběstačnosti a zdraví nejvíce postiženy.

**Problémy se zdravotní péčí** - úroveň péče o seniory je u nás (střední délka života v 65 letech) výrazně horší než v okolních vyspělých státech. Velké rozdíly v péči a v dosahovaných výsledcích jsou i mezi jednotlivými regiony ČR – Ústecký kraj je v mnoha parametrech nejhorší.

**Rozdělení sociální a zdravotní péče** - navzdory vzájemné provázanosti sociální a zdravotní péče jsou tyto segmenty oddělené a málo spolupracují. Není dostatečně provázána primární a sekundární péče. Spolupráce s neformální péčí (péče o osoby v domácnosti) je na minimální úrovni, přestože kapacita neformální péče se na celkové péči podílí mimořádně významným podílem.

Ve studii zpracované ČSÚ (Sociální situace domácností - údaje za osoby 16leté a starší - v roce 2001) bylo zjišťováno *subjektivní vnímání zdraví* ve škále velmi dobrý, dobrý, přijatelný, špatný a velmi špatný a *subjektivní posouzení*



***přítomnosti a závažnosti trvalého zdravotního problému*** ve škále nemá trvalý zdravotní problém, má trvalý zdravotní problém, který nečiní potíže, má trvalý zdravotní problém, který do jisté míry postiženého omezuje a má zdravotní problém, který postiženého velmi omezuje. Data jsou opublikována v členění dle věku, pohlaví, velikostí obce, ekonomické aktivity a představují cca 100 různých třídících kombinací.

Ze studie vyplývá a je to zároveň i hypotéza, na kterou má diplomová práce odpovědět, že subjektivní hodnocení snížené úrovně zdraví a výskyt zdravotního problémů narůstá s věkem. U 70 a víceletých je zdravotní stav špatný u 38% populace a 70% má zdravotní problém, který způsobuje omezení. Subjektivní hodnocení úrovně zdraví a výskyt zdravotního problému spolu velmi úzce souvisí ve všech sledovaných kategoriích.

Další hypotéza, vyplývající z výsledků nedávno zveřejněné studie Kanadského statistického úřadu Healthy Aging vyplývá, že na postupné snižování úrovně zdraví u populace občanů ve středním věku (45 až 64) a seniorů (65 a více let), kteří byli na počátku sledování hodnoceni jako zdraví mají vliv zejména následující okolnosti:

**Přítomnost chronických onemocnění** – přítomnost některých chronických onemocnění a stavů však významně snižují šanci na udržení dobrého zdraví.

**Návštěva lékaře** – skutečnost, že občané ve středním věku nenavštívili v průběhu roku předcházejícímu zařazení do studie neměla vliv na udržení dobrého zdraví. Naopak u seniorů tato skutečnost významně naději na udržení dobrého zdraví snížila. Občané ve středním věku i senioři, kteří absolvovali minimálně 3 návštěvy u lékaře v období 12 měsíců před zařazením do studie měli významně sníženou naději na udržení dobrého zdraví.

**Vzdělání** – Čím vyšší dosažené vzdělání, tím větší šance na udržení dobrého zdraví. Lidé s vyšším vzděláním jsou si více vědomi rizik, snázejí si osvojují zdravější životní styl a umí efektivněji využívat zdravotní péče.

**Ekonomická situace** – příslušnost k vyšší příjmové kategorii výrazně zvyšuje naději na zachování dobrého zdraví u občanů ve středním věku, u seniorů však již tento faktor není podstatný. Nízko příjmové skupiny mají menší šanci dožít se seniorského věku ve zdraví a ti, kteří se dožijí mohou mít větší přirozené dispozice k zachování zdraví.

**Životní styl** – kouření, konzumace alkoholu, pohyb a nadváha – nemá

prokazatelný vliv na zachování zdraví u občanů ve středním věku, ale má významný vliv u seniorů. Neprokázaný vliv u občanů ve středním věku je způsobený pravděpodobně kumulativním efektem a potřebou „dostatečné“ doby expozice k zachycení negativního dopadu.

**Stres** – nízká úroveň stresu zvyšuje šanci na zachování dobrého zdraví u občanů ve středním věku. U seniorů je to naopak – nízká úroveň stresu je spojena s menší šanci na udržení dobrého zdraví.

**Pozitivní přístup k životu** – má u populace seniorů šanci na zachování dobrého zdraví výrazně zvyšuje pocit sounáležitosti, nalezení smyslu života a možnost mít život pod kontrolou.

## 2. Pracovní postupy

Na základě zpracování literatury, různých výzkumů v oblasti tématu diplomové práce se předpokládá, že bude potvrzená hypotéza vzájemná provázanost a podmíněnost úrovně soběstačnosti a zdraví v seniorském věku, což je i cílem diplomové práce. K tomu bude potřeba sběru dat z oblasti péče o seniory, porovnávání různých dosavadních výsledků k této oblasti tak, aby se dospělo k očekávanému výstupu. Tím je mít soubor v praxi použitelných indikátorů, které postihují vzájemnou podmíněnost zdraví a soběstačnosti a umožňují sledování problému a účinnosti intervencí. Návrh intervencí a kvantifikace zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů.

## 3. Předběžná bibliografie k tématu

Holmerová, Iva. *Strategie služeb pro seniory – přepracované vydání*. Praha: studijní texty FHS UK, 2001. 6 s.

Konference ministrů zdravotnictví Rady Evropy. *Stárnutí ve 21. století: potřeba vyváženého přístupu ke zdravému stárnutí - pracovní materiál a závěry*. Přel. Dr.I.Holmerová. Athény, 1999. 8s.

Králová, Jarmila; Rázová, Eva. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: ANAG, 2001. ISBN 80-7263-083-0

Národní nadace pro gerontologii a Ministerstvo práce a sociálních věcí,

*Charta práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby.*  
přel. Dr.Iva Holmerová, 1999. Francie, 1996. 7s.

Pichaud, Clément; Thareauová, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi.* Přel.  
A.Kozlíková. Praha: Portál, 1998. 156s. ISBN 80-7178-184-3

Průša, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb.* Praha: Aspi, 2003. 152s.  
ISBN 80-86395-69-3

Rheinwaldová, Eva. *Novodobá péče o seniory.* 1.vyd. Praha: Grada 1999.  
88s. ISBN 80-7169-828-8

Stolin, Martin. *Špatné zacházení se seniory,* Praha: Policie České republiky  
2004. 23s.

Vohralíková, L.;Rabušic L. *Čeští seniori včera, dnes a zítra.* Brno: VÚPSV  
2004, 90s.

<http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/3007-03>

<http://www.statcan.ca/english/research/82-618-MIE/82-618-MIE2005004.htm>

Vedoucí diplomové práce: MUDr.Stanislav Vachek

Místopřísežně prohlašuji, že vedoucí práce s projektem diplomové práce  
souhlasí

Datum: 17.5.2005 Podpis: Lukáš Herich

## **Příloha 2 Dotazník pro respondenty**

### Demografické otázky

- 1) Jste  
- muž - žena
- 2) Váš věk
- 3) Jak dlouho jste celkem v DD (i různých) ?

### Otázky, týkající se zdraví a soběstačnosti

- 4) Jak byste zhodnotil / a váš zdravotní stav?  
- výborný - velmi dobrý -dobrý - špatný - velmi špatný
- 5) Kolikrát jste v poslední roce navštívil / a lékaře? (počet)
  - praktického lékaře
  - zubního lékaře
  - ostatní lékaře
- 6) Byl /a jste v posledním roce hospitalizován/a (pokud ano, uveďte počet dní), příp. kolikrát
- 7) Máte některý z následujících zdravotních problémů:
  - hypertenze
  - astma
  - brontichida
  - nespavost
  - diabetes

8) Cítíte se soběstačný / á, nezávislý / á (potřebujete pomoc při následujících úkonech?)

1.příprava stravy, podávání	
2.porcování stravy	
3.přijímání stravy, dodržování pitného režimu,	
4.obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),	
5.vaření, ohřívání jednoduchého jídla,	
6.mytí těla,	
7.koupání nebo sprchování,	
8.péče o ústa, vlasy, nehty, holení,	
9.výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,	
10.vstávání z lužka, uléhání, změna poloh,	
11.sezení, schopnost vydržet v poloze v sede,	
12.stání, schopnost vydržet stát,	
13.přemísťování předmětů denní potřeby,	
14.chůze po rovině,	
15.chůze po schodech nahoru a dolů,	
16.orientace v přirozeném prostředí,	
17.výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,	
18.oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,	
19.mytí nádobí,	
20.běžný úklid v domácnosti,	
21.péče o prádlo,	
22.přepírání drobného prádla,	
23.péče o lužko,	
24.obsluha běžných domácích spotřebičů,	
25.manipulace s kohouty a vypínači,	
26.manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,	
27.udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,	
28.další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.	
29.komunikace slovní, písemná, neverbální,	
30.orientace vůči osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,	
31.nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,	
32.obstarávání osobních záležitostí,	
33.uspořádání času, plánování života,	
34.zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,	
35.dodržování léčebného režimu.	
36.provedení si jednoduchého ošetření,	

### **Příloha 3 Seznam tabulek**

Tab.1 Stáří podle věku .....	3
Tab.2 Stav obyvatel .....	7
Tab.3 Předpoklad vývoje věkové kategorie 60+ .....	10
Tab.4 Předpoklad vývoje změn v demografické struktuře .....	12
Tab.5 Zdravotní stav – studie ČSÚ .....	35
Tab.6 Zdravotní stav v roce 1999 – ÚZIS .....	36
Tab.7 Zdravotní stav v roce 2002 – ÚZIS .....	37
Tab.8 srovnání výzkumů ČSÚ a ÚZIS .....	38
Tab.9 Spotřeba zdravotní péče ČSÚ .....	39
Tab.10 Věková struktura .....	40
Tab.11 Kapacita domova důchodců a zkoumaný vzorek .....	46
Tab.12 Obsazení a žádosti o umístění do domova důchodců .....	46
Tab.13 Počet osob a čekatelů v DPS .....	47
Tab.14 Počet osob v Domově důchodců a Domově s pečovatelskou službou a počet čekatelů .....	47
Tab.15 Základní údaje o vzorku respondentů .....	49
Tab.16 Údaje o všech obyvatelích Domova důchodců .....	49
Tab.17 Demografické údaje (věk, pohlaví) .....	50
Tab.18 Subjektivní pocit zdraví .....	51
Tab.19 Závislost podle pohlaví .....	52
Tab.20 Návštěvnost lékařů .....	53
Tab.21 Doba hospitalizace .....	54
Tab.22 Přítomnost zdravotních problémů .....	55
Tab.23,24 Délka pobytu v domově důchodců .....	55
Tab.25 Vztah zdraví a závislosti .....	56
Tab.26 Subjektivní pocit zdraví dle ÚZIS a ČSÚ .....	62
Tab.27 Subjektivní pocit zdraví Domov důchodců .....	62
Tab.28 Využití zdravotních služeb v Domově důchodců .....	63
Tab.29 Využití zdravotních služeb dle ČSÚ .....	63

#### **Příloha 4 Seznam grafů**

Graf 1-4	Demografické stromy 1946 - 2003 .....	6
Graf 5	Věkové kategorie .....	6
Graf 6,7	Stav obyvatel .....	7
Graf 8-10	Demografické stromy 2020 – 2050 .....	8
Graf 11	Očekávaný vývoj průměrného věku .....	9
Graf 12	Očekávaný vývoj počtu obyvatel.....	9
Graf 13	Podíl seniorů ve věku 60+ .....	10
Graf 14	Počet obyvatel.....	11
Graf 15	Očekávaný vývoj počtu obyvatel.....	11
Graf 16	Věková struktura .....	40
Graf 17	Zdravotní stav .....	51
Graf 18 – 20	Návštěvnost lékařů.....	53
Graf 21	Hospitalizace na obyvatele .....	54
Graf 22	Hospitalizace na hospitalizovaného.....	54
Graf 23	Vztah zdraví a závislosti.....	56