

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní péče



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. HELENA MICHENKOVÁ

Pedagogika – sociální práce

Zdravotní péče o seniory v domácím prostředí

Olomouc 2014

vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 30. 3. 2014

Bc. Helena Michenková

Poděkování

Děkuji PhDr. et Mgr. Jitce Tomanové Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a připomínek k práci.

Chci poděkovat Profesoru PhDr. Miroslavu Chráskovi, CSc. za osobní konzultaci a cenné rady k empirické části diplomové práce, děkuji respondentům za vstřícnost a ochotu při spolupráci, dále děkuji za podporu své rodině a kolegům.

OBSAH

Úvod	5
1 Hlavní cíl práce a dílčí úkoly	6
2 Teoretické poznatky	8
2.1 Stáří	8
2.2 Historie domácí péče	10
2.3 Příspěvek na péči	13
2.3.1 Podmínky nároku na příspěvek na péči	12
2.3.2 Výše příspěvku	15
2.3.3 Řízení o příspěvku na péči	15
2.4 Nejčastější nemoci a poranění seniorů.....	16
2.4.1 Poranění pohybového aparátu	17
2.4.2 Onemocnění centrálního nervového systému	19
2.5 Problematika a prevence vzniku dekubitů.....	22
2.6 Výživa seniorů	24
2.6.1 Pitný režim	26
2.6.2 Vitamíny	28
2.7 Možnosti předcházení syndromu vyhoření.....	30
2.7.1 Duševní hygiena.....	30
2.7.2 Relaxační techniky.....	33
2.7.3 Obecné rady pro pečující	34
2.7.4 AVS přístroj - psychowalkman	36
2.7.5 Čínská metoda Feng Shui	37
3 Metodika práce	40
3.1 Metody a techniky výzkumu.....	40
3.2 Příprava na výzkum	41

3.3	Administrace dotazníků	41
3.4	Dělení metod	42
3.5	Výzkumné otázky a výzkumné hypotézy	44
4	Výsledky a diskuse	46
4.1	Výsledky dotazníkového šetření	46
4.2	Výsledky získané vyhodnocením odpovědí respondentů	46
4.3	Vztahová analýza výsledků dotazníkového šetření	64
Závěr		84
Souhrn, Summary		87
Referenční seznam		89
Přílohy		93
Anotace		

ÚVOD

Motivem pro vypracování diplomové práce je téma „Zdravotní péče o seniora v domácím prostředí“. Zabývat se problematikou péče o nemocné seniory v rodinném prostředí je aktuálním tématem dnešní doby, vzhledem k demografickému vývoji obyvatelstva, kdy neustále narůstá počet seniorů. Většina seniorů je v dobré kondici, mohou žít ve svém domácím prostředí a věnovat svým zájmům. Vznikají situace, kdy vlivem nemoci, věkem či nepříznivou sociální situací potřebují pomoc a péči jiné fyzické osoby.

Téma práce jsem si vybrala a motivovala se zejména v domácím prostředí, kde jsem nabrala zkušenosti s péčí o své blízké prarodiče. Vykonávám práci sociálního pracovníka a v této problematice bych se chtěla podívat na situaci z komplexního pohledu zvenčí i na jiné rodiny a porovnat nelehkou úlohu a problematiku rodin, kteří zdravotně pečují o seniora v domácím prostředí.

Senioři patří mezi jednu z nejrizikovějších skupin obyvatel. Být pečující osobou pro druhého člověka je velmi náročný úkol.

Podle Michalíka (2010) je péče o člověka, který je na této péči závislý, jednou z nejtěžších zkoušek, které moderní doba před člověka může postavit. *„Lidé touží po zážitcích, vzrušení, hledají rozptýlení a náplň volného času. Mají ho tolik jako žádná generace před nimi. Výsledkem je téměř absolutní rozpad vícegeneračních rodin. I vztahy mezi nejbližšími příbuznými jsou poznamenány nedostatkem času. Ten se stal zaklínadlem současnosti. Jestli si někdo může stýskat na nedostatek času, žádné nebo jen omezené chvíle volna, jestli je někdo, kdo nepotřebuje adrenalinové sporty prostě proto, že jeho život je náročnější než sebevíce bláznivé aktivity, potom jsou to právě pečující osoby“* (Michalík, 2010. s. 7).

1 CÍL PRÁCE A DÍLČÍ ÚKOLY

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit současnou úroveň zdravotní péče o seniora v domácím prostředí. Všichni si uvědomujeme, že by mělo být cílem naší společnosti, aby i ve stáří zůstali senioři, pokud možno, co nejdéle ve svém přirozeném prostředí, doma v rodině, obklopeni svými blízkými.

Z hlavního cíle vycházejí dílčí úkoly.

DÍLČÍ ÚKOLY:

1. Zjistit nejčastější příčinu – nemoc, která uvádí v nesoběstačnost seniora v domácím prostředí (položka 1 v dotazníku).
2. Zjistit úroveň, podmínky a motiv zdravotní péče v přirozeném prostředí (položky 2, 3, 4, 5, 10, 13 a 15).
3. Zjistit demografické údaje o pečujících osobách (položka 11, 12 a 14).
4. Zjistit jakou prevencí se pečující osoby chrání před vyčerpáním a syndromem vyhoření (položka 8).
5. Zjistit náročnost a psychické vyčerpání pečujících osob při zdravotní péči o seniora v domácím prostředí (položky 6, 7 a 9 v dotazníku).

VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY:

Hypotéza H1:

Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s typem onemocnění seniora. Tuto hypotézu bylo třeba ověřit pro všechny typy onemocnění, z nichž respondenti vybírali (dílčí položky 1a až 1i):

- **H1a:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „po operaci páteře“.
- **H1b:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „lehká mozková příhoda“.
- **H1c:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí

s onemocněním „infarkt“.

- **H1d:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „rakovina“.
- **H1e:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „po zlomenině krčku“.
- **H1f:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „Parkinsonova nemoc“.
- **H1g:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „Alzheimerova choroba“.
- **H1h:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „stařecká demence“.
- **H1i:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „amputace končetiny“.

Hypotéza 2:

Ženy mají jinou motivaci k poskytování péče o seniory než muži. Tuto hypotézu bylo třeba ověřit pro všechny typy motivace, z nichž respondenti vybírali (dílní položky 3a až 3e):

- **H2a:** Motivace na základě „blízkosti milované osoby“ je častější u žen než u mužů.
- **H2b:** Motivace na základě „rodinné tradice“ se vyskytuje častěji u mužů než u žen.
- **H2c:** Finanční motivace se vyskytuje častěji u mužů než u žen.
- **H2d:** Motivace na základě „lítosti“ je častější u žen než u mužů.
- **H2e:** Motivace na základě „radosti pečovat“ je častější u žen než u mužů.

Hypotéza 3:

Ženy mají zdravotní vzdělání (kurzy) častěji než muži.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

V následujícím textu je diplomová práce zaměřena všeobecnými, odbornými i teoretickými poznatky z oblasti zdravotní péče o seniora v domácím prostředí.

2.1 Stáří

Podle Haškovcové (2010, s. 9) každý stárne, i ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří. Existuje odklon od osobní problematiky stáří, a proto se zvyšuje propast mezi mládím a stářím. *„Člověk moderní doby prostě nechce vidět, nechce slyšet, nechce být starý. Nechce být starý fakticky, ale ani si nepřeje, aby se o stáří mluvilo. Tento ochranný postoj likviduje šance poprat se s problematikou stáří a vnitřně ji zpracovat“.*

Stáří podle Kroutilové (2011) je období od 60 let. Jedná se o dobu ztráty mnoha rolí a snižování kompetencí, které byly do tohoto věku součástí identity člověka. Stáří dělíme na tři fáze (dle Světové zdravotnické organizace):

- rané stáří – od 60 let do 74 let,
- vlastní stáří od 75 let do 89 let,
- dlouhověkost – od 90 let.

V současné době je tendence odsouvat hranici stáří k 65 roku v souvislosti s odchodem člověka do důchodu. Základní demografické charakteristiky a stárnutí populace podle Topinkové (2005) viz příloha č. 2. Člověk ve stáří žije ve vzpomínkách, hodnotí uplynulý život a více či méně úspěšně se vyrovnává s faktem blížící se smrti. Neexistují typické vlastnosti starého člověka, dochází k zvýraznění vlastností, které člověk měl dříve. Často se u starých lidí podle Kroutilové (2011) setkáváme s:

- komplexem neužitečnosti a sníženým sebehodnocením,
- menší adaptabilitou (schopností přizpůsobit se),
- trváním na návycích a stereotypch,

- přecitlivělostí,
- uchováním si dříve osvojených znalostí a způsobů uvažování.

Podle Grofové (2011) je aktivní stárnutí spojeno s pozitivním přístupem k životu, ochotou se dále vzdělávat, ochotou se orientovat v nových informačních a komunikačních technologiích, které člověku umožňují zůstat v kontaktu s přáteli a příbuznými.

Průběh stáří se podle Kroutilové (2011) odvíjí zejména od zdravotního stavu a sociálních okolností. Tyto faktory jsou do značné míry výsledkem dosavadního způsobu života a působení vrozených dispozic. Tělesné stárnutí postihuje celý organismus, projevuje se:

- omezením hybnosti, výkonu a výdrže,
- snížením imunity,
- zhoršením paměti a myšlení,
- zhoršením funkcí smyslových orgánů,
- kumulací chorob (multimorbidita).

„Omezení pohyblivosti a zhoršení zraku a sluchu může mít za následek ztrátu sociálních kontaktů, izolovanost, nečinnost. Pasivní a nečinný člověk se pak cítí opuštěný, svoji pozornost obrací k vlastní osobě a soustředí se převážně na své problémy, což může být důvodem depresí.

Roste význam partnera, který se stává zdrojem bezpečí, sounáležitosti a sdílení života. Nemoc partnera nebo jeho smrt jsou významnými stresory. Mezi důležité úkoly stáří patří přijetí konečnosti života.

Smrt je ukončením životního cyklu člověka. O smrti se často nemluví, je k ní zaujímán záporný postoj, který plyne jednak ze strachu ze smrti, ale také ze strachu z umírání, které může být dlouhé a bolestné. V poslední době dochází k odtabuizování tohoto tématu“ (Kroutilová a kol., 2011, s. 25 a 26).

2.2 Historie domácí péče

„Domácí péče je humánní holistická péče poskytovaná lidské bytosti v jejím vlastním sociálním prostředí.“

„V domácí péči jsi v první řadě člověkem, teprve potom klientem, nebo profesionálem.,“ (www.domaci-pece.info).

Matoušek (2007) uvádí, jak péče o staré a přestárlé prošla dlouhým vývojem. O sociálním zaopatření můžeme hovořit již ve středověku a to ze strany církve. Zajišťovalo se především přístřeší základní strava, zdravotní péče v klášterech a později farnostech. Až do novověku převažovala snaha k sociálnímu vyloučení osob bez majetku, žebráků, tuláků a duševně nemocných.

Dříve patřilo k samozřejmým morálním povinnostem každé rodiny postarat se o své seniory, jak to uvádí Burešová a kol. (2009, s. 7), že „*péče o seniory byla v minulosti plně v kompetenci a zodpovědnosti rodin*“. Každý člověk se také na stáří připravoval po celý svůj aktivní život, protože se snažil být na toto období materiálně zajištěný a otázku bydlení v té době plně řešilo soužití několika generací. Výhodou bylo to, že děti měly vzor péče o seniory po celý svůj život na očích a mohly tak plynule samy navázat na tento vztah v případě jejich rodičů. Samotná úroveň této péče však závisela na tom, zda se jednalo o rodinu funkční, nebo dysfunkční, v níž často staří lidé žili ve velice nedůstojných podmínkách. Díky soucitu s těmito lidmi však začala postupně vznikat za přispění bohatých lidí charitativní forma péče ale i pomoci, a to byl hlavní důvod k pozdějšímu zakládání starobinců, chudobinců a špitálů.

Podle Misconiové (2012) Svatá Anežka Přemyslovna, dcera českého krále Přemysla Otakara I, zakládá v roce 1223 Laické bratrstvo špitální, z kterého vznikl řád Křížovníků s červenou hvězdou, který například za vlády Karla IV.(1316-1378) spravoval v českých zemích šedesát špitálů. Za vlády Marie Terezie (1740-1780)

v době osvíceneckého absolutismu, došlo ke zlepšení péče o poddané v sociální sféře, staví se různé útulky, zakládají se spolky pro ochranu a pomoc potřebným. V domácí péči se začíná propojovat jak charitativní, tak i odborná stránka. V době Národního obrození podle autorky část intelektuálů – například Karolina Světlá, Eliška Krásnohorská se snaží podporovat sociální i odbornou péči pro všechny obyvatele bez rozdílu. Roku 1874 je založena z jejich iniciativy první ošetrovatelská škola. Jsou zřizovány různé spolky, pořádány dobročinné akce na podporu sociálně slabých. V roce 1919 za významné pomoci Alice Masarykové založen Československý červený kříž. V období první republiky „vysoké náklady“ na ošetřování v nemocnicích a snaha zlepšit úroveň zdravotnictví daly vznik myšlenky „odborné ošetrovatelské pomoci v domácnosti“. Domácí péče je i symbolem návratu naší společnosti k tradicím našich předků.

Haškovcová (2010, s. 285) konstatuje, že každý člověk je rád doma. Senior není výjimkou. I on by chtěl a měl by co nejdéle zůstat ve svém domě či bytě, tam, kde prožil své lásky i svá zklamání, své životní úspěchy i prohry. *„Tam, kde zapustil kořeny a kde ho těší pohled na každou obyčejnou věc, tam, kde vzpomínky žijí proto, že jsou tam předměty, které je evokují. Tam, kde může, sám nebo se svým partnerem, žít běžné a krásné dny bez strádání se svými prostými nadějemi, malými radostmi i při jistých obtížích, které s sebou stáří přináší“.*

Domácí péčí se podle Michalíka (2010) označuje zpravidla velmi rozsáhlý systém, který zahrnuje rozmanité množství okolností, jevů a situací. V průběhu let se termín domácí péče používal pro označení péče poskytované blízkými osobami, a to nejvíce péče, kterou bychom mohli označit péčí sociální, tak později se objevilo i chápání pojmu domácí péče jako péče zdravotní – poskytovaná v domácím prostředí. Nejčastěji jde o kombinaci obou termínů. Péčí sociální – pomoc, podpora, asistence, pečovatelská v kombinaci s prvky zdravotní péče – ošetřování, doléčování nemocí, inhalace, prevence, léčba dekubitů apod.

Michalík (2010, s. 12) se rozepisuje o tom, že je domácí péče bezpochyby výhodnější pro osobu, o níž je pečováno. Existují jakékoli situace a okamžiky, kdy se umístění člověka závislého na péči do rezidenčního (pobytového) zařízení jeví jako lepší řešení, jsou tyto situace v menšině. *„I při velké míře tolerance k činnosti registrovaných poskytovatelů sociálních služeb v České republice můžeme*

konstatovat: není v současné době v ČR zařízení, které by svou úrovní bylo na vyšším stupni respektování potřeb člověka závislého na péči, než je tomu ve fungující rodině, která má dostatek sil, možností a ochoty tuto péči poskytovat“. Domácí péče je pro člověka výhodnější, přínosnější a příjemnější. Je to o potřebách člověka, o kterého pečujeme. *„Mezi obecné nevýhody můžeme řadit zpravidla nižší materiálovou a technickou vybavenost, která je pro domácí péči typická“.* A pečující člověk je v domácí péči na vše sám. Může a musí se v určitých chvílích obrátit na další odborníky, ovšem břímě odpovědnosti za rozhodnutí tady a teď z něj nikdo nesejme.

„Vzpomínám si na rozhovor s jednou paní, která si velmi pochvalovala, když její maminku odvezli do nemocnice. Podotýkám, že na jednotku intenzivní péče. Podivil jsem se takovému projevu radosti, paní mne však vyvedla z omylu. Pravila: Já jsem samozřejmě do nemocnice jela taky. Celé to prostředí tam, lůžko, přístroje, monitory, to všechno by mě za jiných okolností zneklidnilo a vystrašilo. Ted' jsem tam stála, dívala se na maminku a uznávám, že pro někoho možná překvapivě – jsem pocítila úlevu. Ano – bála jsem se o ni. Ale zároveň jsem věděla, že ted' už nemusím, že ted' už se musí starat někdo jiný. Zkrátka až později mi došlo, že v tu chvíli jsem podvědomě cítila, že už nemám odpovědnost. Strach, obavu, péči, to vše jsem měla dále. Ale spadlo ze mě břímě odpovědnosti, které na mě leželo po celou dobu péče“ (Michalík, 2010, s. 14). Především je nutno si uvědomit, že převzetí péče o určitého člověka, ať je to nemocný senior nebo dítě je obrovský závazek a úkol.

2.3 Příspěvek na péči

Podle Kroutilové (2011) k podpoře osob, nejen seniorů v nepříznivé sociální situaci využíváme také příspěvku na péči. Představuje účelovou sociální dávku, určenou k zajištění sociálních služeb, které uživatel podle stupně závislosti nezbytně potřebuje. Tento příspěvek je mu vyplácen přímo a rozhoduje o přiznání krajská pobočka Úřadu práce, její kontaktní pracoviště na základě posudku Okresní správy sociálního zabezpečení Lékařské posudkové služby.

Podle zákona o sociálních službách je „Příspěvek na péči“ určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat buď osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžko a zdravotnické zařízení hospicového typu.

Právní úprava

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

2.3.1 Podmínky nároku na příspěvek na péči

Nárok na příspěvek podle vyhlášky 505/2006 Sb. má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Tyto stupně závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat. Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon

fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let). Bližší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb.

Žadatel o příspěvek musí zejména – podle Michalíka (2010, s. 42):

- podrobit se lékařskému vyšetření zdravotního stavu, předložit lékařské nálezy ošetřujících lékařů, byly-li vydány, doložit další údaje potřebné pro vypracování posudku,
- podrobit se sociálnímu šetření,
- plnit ohlašovací povinnost – např. do osmi dnů kontaktnímu pracovišti Úřadu práce ČR, u něhož se o příspěvek žádá, všechny změny, k nimž došlo již v průběhu posuzování žádosti, a to i v době přerušení řízení,
- využívat příspěvek k zajištění potřebné pomoci.

Příjemce příspěvku musí zejména – podle Michalíka (2010):

- písemně ohlásit příslušnému kontaktnímu pracovišti Úřadu práce ČR do osmi dnů změny ve skutečnostech rozhodných pro nárok na příspěvek, jeho výši či výplatu,
- na výzvu tohoto kontaktního pracoviště Úřadu práce ČR v této lhůtě osvědčit skutečnosti rozhodné pro nárok na příspěvek,
- využívat příspěvek na zajištění potřebné pomoci – opět příslušnou osobou blízkou, jinou fyzickou nebo registrovaným poskytovatelem sociální služby a nově i speciálním zařízením hospicového typu.

2.3.2 Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku na péči pro osoby **do 18 let** věku činí za kalendářní měsíc – dle vyhlášky 505/2006 Sb.:

- 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 6 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku na péči pro osoby **starší 18 let** činí za kalendářní měsíc

- 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

2.3.3 Řízení o příspěvku na péči

Řízení o přiznání příspěvku na péči podle zákona o sociálních službách se zahajuje na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném ministerstvem (žádosti jsou k dispozici na kontaktních pracovištích krajských poboček Úřadu práce nebo na Integrovaném portálu Ministerstva práce a sociálních věcí v sekci Elektronické formuláře. Žádost se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce. Příslušnost se určuje dle místa trvalého pobytu žadatele o příspěvek.

Krajská pobočka Úřadu práce, kontaktní pracoviště Úřadu práce České republiky – sociální pracovník provádí pro účely rozhodování o příspěvku nejprve sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Následně krajská pobočka Úřadu práce zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti

osoby. Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka Úřadu práce, kontaktní pracoviště Úřadu práce ČR vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává či nikoliv. Proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat. Odvolání se podává k úřadu, který napadené rozhodnutí vydal, o odvolání pak rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí (www.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek).

2.4 Nejčastější nemoci a poranění seniorů

Nejčastější choroby vyššího věku podle Topinkové (2005):

- nemoci oběhové soustavy,
- nemoci pohybového aparátu,
- metabolická onemocnění,
- nemoci trávicí a dýchací soustavy.

Hlavní příčiny úmrtí seniorů podle Bydžovského (2010):

- nemoci oběhové soustavy,
- nemoci dýchací soustavy,
- onkologická onemocnění (novotvary),
- úrazy (zlomeniny, pády, úrazy vzniklé následkem dopravní nehody),
- psychiatrické onemocnění.

Stáří a nemoci jsou podle Haškovcové (2010, s. 248) pokládány za synonyma. Je to nesprávné, protože nemoci postihují lidi všech věkových kategorií. Seniorům však hrozí příchod vážných nemocí častěji, což je důvod, proč se bojí stáří. „*Mít strach je přirozené. Strach z nemoci je někdy dokonce hrozivější než nemoc sama a strach z bolesti bývá větší než bolest sama. Naše doba odmítá, jako žádná před ní, důrazně a proklamativně bolest, nemoc, žal*“.

2.4.1 Poranění pohybového aparátu

Benešová (2003) uvádí, že k těžkým úrazům seniorů patří zejména fraktury (zlomeniny) dlouhých kostí. Příčinou je snížená pohyblivost a obratnost starých lidí, zhoršená orientace a nepozornost, v neposlední řadě též zvýšená lomivost stařeckých kostí. Včasné a správné ošetření zlomeniny kosti znehybněním, sníží nebezpečí poškození okolních tkání kostěnými úlomky a zároveň omezí bolestivost poraněné končetiny. Sníží se tím také nebezpečí nasátí tukové tkáně z otevřené dřevňové dutiny kosti do žilního systému a její embolizace do plic. Zásady úspěšné první pomoci se liší dle typu a lokalizace zlomeniny (Benešová a kol., 2003).

Zlomeniny dělíme na:

- **uzavřené,**
- **otevřené.**

Otevřená zlomenina je stav, kdy v místě zlomeniny je rána. Není podmínkou, aby z rány čnely úlomky kostí. Otevřené zlomeniny se ošetřují stejně jako uzavřené, jen před znehybněním se rána sterilně obváže. Dle polohy kostních úlomků se dále otevřené zlomeniny dělí na zlomeniny bez posunu úlomků (bez dislokace) a s posunutím úlomků (dislokované). Z hlediska poskytované první pomoci nemá dislokace zásadní význam, neboť nepřírozené polohy končetin nikdy nenapravujeme. Jediným způsobem ošetření zlomenin, ale i poranění kloubů v rámci první pomoci je znehybnění. U zlomenin kostí dále platí, že je nezbytné znehybnit kloub nad a pod zlomeninou. Dlaha musí být vždy měkce podložena v místě, kde přiléhá ke kloubu.

Nepodložená dlaha může způsobit otlaky a proleženiny, v horším případě i pohmoždění nervů a následnou obrnu (Horných a kol., 2007).

Podle Benešové (2003) je pro seniory bezpečnost ve vlastním domově s každým přibývajícím rokem života významnější. Domov je nejčastější místo úrazu ve stáří, hlavně proto, že senioři tráví nejvíce času doma a také proto, že neradi mění své navyké způsoby chování a známé prostředí podle toho, jak se mění jejich zdravotní stav a jejich potřeby s přibývajícími roky. Některá domácí rizika jsou dána technickým stavem domova, jiná vznikají jako důsledek nesprávného chování. V bytech a domech, kde žijí senioři, je možné udělat řadu zásahů, které nejsou finančně příliš náročné a které usnadní užívání bytu a omezí riziko úrazu. Tyto úpravy nelze chápat jako výraz nemohoucnosti seniora, ale jako podporu jeho soběstačnosti ve vlastní domácnosti s minimem cizí pomoci (Benešová a kol., 2003).

ISCHIAS

Ischias je podle Appla (2000, s. 254) „*útlak míšního nervu, který vede k bolestem zad vystřelujícím do končetin*“. Ischias je důsledkem částečného vyhřeznutí meziobratlové ploténky. Ploténku tvoří měkké gelovité jádro obklopené tuhým vazivovým prstencem. U křížové oblasti je riziko vyhřeznutí ploténky vyšší než jinde. U starších lidí mohou tyto příznaky vyvolat kostěné výrůstky po stranách obratlů vzniklé v důsledku degenerativního postižení meziobratlových kloubů, které mohou nervové kořeny tlačit a dráždit. Ischias začíná náhlou akutní silnou bolestí v dolní části zad. Bolest se zhoršuje při kašli, natažení či ohnutí zad. Vystřeluje dolů do stehů a do lýtek a může dosahovat až do chodidel. Objevuje se slabost svalů ohýbajících koleno nebo nemožnost zvednout špičku nohy. Léčení probíhá neurologickým vyšetřením, chirurgickým zákrokem a zároveň léky proti bolesti. Dále pomáhá rehabilitační a fyzikální léčba. Alternativní léčba je vhodná akupunktura, jóga, vyrovnávání čaker, dále metoda Hellerové, která zmírňuje příznaky tím, že uspořádá postavení celého těla s ohledem na gravitaci. Alexandrova technika vede k uvolnění nadměrně stažených svalů, k uvolnění kloubů a páteře.

2.4.2 Onemocnění centrálního nervového systému

U kvalitativních poruch vědomí uvádí Bydžovský (2008) – porušení vnímání, myšlení, paměť, poruchy jednání aj. Řadíme mezi ně mráкотný stav – své činnosti si neuvědomujeme, delirium – blouznění, amence – lehčí porucha jednání, myšlení, nálady (stařecká amence), stupor – stav strnulosti (abnormální reakce na velmi silný stres).

Nejčastější příčinou poruchy vědomí u starých lidí, trvající delší dobu jsou mozkové cévní příhody většinou ischemické (nedokrvení), méně často hemoragické (krvácení). V případě hemoragické příčiny poruchy vědomí jsou patrné ložiskové příznaky – hemiparéza (ochrnutí poloviny těla), afázie (porucha řeči), porucha zraku. U starších lidí k nim dochází z relativně plného zdraví. Mezi krátkodobé poruchy vědomí řadí Bydžovský (2008) mezi ně kolaps, mdlobu a synkopu, jde o krátkodobou spontánně se upravující poruchu vědomí, většinou spojenou s pádem, v mnohých případech způsobenou poruchou prokrvení a okysličení mozku.

CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Definice:

Cévní mozková příhoda je „náhle vzniklá mozková porucha většinou ložiskového, někdy i globálního charakteru, která je způsobena poruchou cerebrální (mozkové) cirkulace v důsledku ischemie (nedokrvení) nebo hemoragie (krvácení). Představuje akutní neodkladný stav vyžadující vyšetření a hospitalizaci“ (Topinková, 2005, s. 150).

PŘÍČINY :

Mozková ischemie (zhruba v 80 %), je způsobena náhlou poruchou prokrvení v cévním povodí odpovídající oblasti mozku. Je typická pro starší, dehydratované, nebývá zvracení, teplota a tepová frekvence normální.

Hemoragická (krvácivá) cévní mozková příhoda (ve zbývajících 20 %), je způsobená krvácením do mozku, jeho okolí nebo do prostorů jeho obalů. Je typická

spíše pro střední věk a lidi s vysokým krevním tlakem. Dochází k ní po námaze, doprovázená zvracením a poruchou vědomí (Bydžovský, 2008).

Obecné zásady pro dopomoc a manipulaci – podle Kolébalové (2010):

Když je postižena celá polovina těla, jedná se o cévní mozkovou příhodu. Postižení je většinou levostranné nebo pravostranné. Končetiny mohou být plegické, tzn. zcela nehybné nebo paretické tzn. hybné s omezením nebo velmi malou svalovou silou a špatně fungujícím nervovým zásobením svalů. Může docházet i k tzv. afázii, která vzniká postižením řečového centra v mozku. Je to vážná porucha se schopností komunikace. Jsou postiženy kognitivní (poznávací) funkce. Při manipulaci s osobou po cévní mozkové příhodě musíme mít na paměti, která strana těla je postižená a dopomáháme vždy za zdravou polovinou těla. Končetiny na postižené straně jsou lehce zranitelné, bolestivé, někdy úplně bez citlivosti a síly. Upravíme nemocnému prostředí kolem lůžka. Postižená osoba by měla vstávat vždy přes postiženou stranu. Chceme, aby se zapojil mozek i postižené končetiny do zvedání. Musíme ho přimět k tomu, aby zapojil postiženou horní končetinu do běžných denních činností, jako je pití, česání, umývání, aby si přidržel pečivo pro namazání nebo přidržel hrnek pro nalití čaje. Osoba po cévní mozkové příhodě by měla cvičit půl hodiny až hodinu denně. Začínáme cvičit vždy od kořenových kloubů ramen a kyčelních kloubů. Cviky se provádí pomalu a plynule, u postižených končetin cvičíme do stavu mírné bolesti. I když končetiny zůstávají bez pohybu, je důležité provádět s nimi pasivní cvičení a udržovat rozsah pohybu v kloubech dle možností postiženého.

Dále Kolébalová (2010) uvádí, že při péči o nemocného člena rodiny je třeba provést řadu úprav v domácím prostředí. Provést změny tak, aby prostředí domu či bytu bylo pro všechny příjemné, bezpečné a uzpůsobené pro ošetřovanou osobu. Změny provádíme podle rozsahu postižení a věku ošetřované osoby. Povrch podlahové krytiny by měl být neklouzavý a dobře udržovatelný. Není vhodný koberec s vysokým vlasem kvůli riziku pádu. Koupelnu a toaletu vybavíme madly, pořídíme protiskluzové podložky do vany či do sprchového koutu. Na vanu lze dát sedátko nebo přímo sedačku. U pacienta upoutaného na lůžko je vhodné pořídit polohovatelné lůžko, nejlépe s bočnicemi. Lůžko zpřístupníme tak, aby byl přístup z obou boků postele, kvůli snadnému manipulování s ošetřovaným.

ALZHEIMEROVA NEMOC

Podle Emmerové (1997) je Alzheimerova nemoc předčasné stárnutí. Tento raný nástup „stáří“ je také znám jako presenilní demence. Její příznaky jsou podobné senilní (stařecké) demenci. Alzheimerova choroba vede k rozpadu nervových vláken, nervových buněk a ke změně látkové činnosti mozku v důsledku ukládání patologických proteinů. Objeví se ve středním věku nebo i dříve. Pacientův intelekt, osobnost a tělesný stav chátrají podobným způsobem jako při normálním procesu stárnutí. Pacient je zmatený a zapomnětlivý, neschopný jasně myslet a udržet konverzaci. Ztrácí smysl pro čas, často se toulá po nocích a jeho pohyby jsou strnulé a nekoordinované. Nakonec je upoután na lůžko a trpí inkontinencí. Příčinou je ztráta nervových buněk v mozku, jehož objem se zmenšuje. Současná léčba Alzheimerovy choroby vede ke zpomalování postupu nemoci a zaměřuje se na zlepšení metabolismu mozku, hormonální terapii a podávání látek s protizánětlivým i antioxidačním efektem. Alternativní léčbou se průběh Alzheimerovy nemoci zvrátit nedá. Bylinkářství může pomoci zmírnit její příznaky podáváním přípravků z jinanu dvoulaločného anebo je doporučen rozmarýn lékařský, který má podporovat krevní oběh a mít povzbuzující účinky na nervový systém. Jeho účinek se však pravděpodobně omezí na tlumení příznaků a zpomalení postupu nemoci. Podporu poskytuje masáž, když se kombinuje s aromaterapií. Ajurvěda nabízí olejové zábaly hlavy.

PARKINSONOVA NEMOC

Apple (2000, s. 83) uvádí o Parkinsonově nemoci následující, je to *„degenerativní porucha mozku, která vyvolává třes končetin, svalovou ztuhlost a znesnadňuje pohyb“*. U pacientů s Parkinsonovou nemocí nastává z důvodů doposud neznámých, neobvykle rychlý úbytek specializovaných mozkových buněk. Tyto buňky tvoří chemickou látku zvanou dopamin, která se účastní řízení svalové činnosti. Dopamin je jedním z mnoha nervových přenašečů chemických látek, jejichž prostřednictvím spolu nervové buňky navzájem komunikují. Je to nemoc především starých lidí, postihuje asi 2 % osob starších 80 let.

Podle Appla (2000) první příznaky nemoci se často přehlédnou, neboť se obvykle připisují stárnutí. Patří k nim úbytek pohyblivosti, spavost, zpomalená řeč a slabý třes rukou. Zjevnější je nemoc, když typický klidový třes rukou, kdy se palec tře o ukazováček nebo prostředník. Při chůzi je trup ztuhlý ve strnulém předklonu a paže rigidně visí po stranách těla. S postupující nemocí se pacient stává nepohyblivým a jeho tvář nabývá ztuhlého, maskovitého vzhledu. Má problémy s nastartováním pohybu. Často trpí depresemi a zácpou. Zajímavostí je, že se zmenšuje rukopis a působí stěsnaně. Parkinsonova nemoc sama o sobě demenci nezpůsobuje, mysl zůstává nedotčena.

LÉČBA:

Používají se léky na tvorbu dopaminu v mozku. Léčbu doprovázejí nežádoucí účinky, k nimž patří žaludeční nevolnost, zmatenost a nízký krevní tlak. Při léčbě se využívají rehabilitace a pracovní terapie. V úvahu přichází i provedení mozkové operace, při níž se přeruší některé nervové dráhy, aby se zmírnily poruchy hybnosti. Existuje také možnost implantovat do mozku nervové buňky odebrané z lidského plodu, které by nahradily zaniklé vlastní buňky a produkovaly by v dostatečném množství potřebný dopamin. O této léčbě se pořád diskutuje, je naděje do budoucna na vyléčení (Apple, 2000).

S ohledem na rozsah práce nebudou další nemoci zmíněny.

2.5 Problematika a prevence vzniku dekubitů

Dekubity neboli proleženiny, jsou způsobené tlakovým poškozením tkáně, a v odborných publikacích jsou definovány různě. Mikula a Millerová (2008, s. 9) toto poškození kůže a tkáně definují tak, že: „*Jsou to rány vyvolané tlakem. Velikost dekubitu je dána vzájemným působením intenzity tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem nemocného a zevními podmínkami.*“ Následkem těchto faktorů vznikají výše zmíněné dekubity, viz příloha č. 3. Nováková (2008) se zmiňuje o původu slova dekubit, a uvádí, že je odvozen od latinského slova decumbere, což v překladu znamená, lehnout si, položit se. Proto se tento výraz začal používat pro

místní odumření tkáně, která vzniká působením tlaku na tkáň oproti podložce převážně u imobilních klientů upoutaných na lůžko, bez ohledu na věk, či pohlaví.

Podle Novákové (2008) je prevence vzniku dekubitů rozsáhlý proces, do kterého spadá mnoho oblastí, jako např. soběstačnost seniora, výživa, pitný režim, zmírnění tlaku, péče o kůži, péče o lůžko, ale i motivace. Nováková (2008) dále popisuje a uvádí příčinu vzniku dekubitů v dlouhodobém působení tlaku na měkké tkáň mezi kostí a tvrdou podložkou. Za další problém při vzniku proleženiny, považuje nesprávnou manipulaci s klientem na lůžku, kdy dochází ke smýkání tkáně proti podložce, tzv. střížná síla. Toto způsobuje nedostatečné prokrvování tkáně, což má za následek, nedostatečné vyživování pokožky a svalů. Důsledkem toho je, že pokožce a svalům chybí potřebné množství kyslíku a rovněž nejsou z této oblasti dostatečně odváděny odpadní produkty látkové výměny. Tyto patologické změny způsobují postupné odumírání tkáně. Vznikem dekubitů jsou nejvíce ohroženy osoby, se sníženou mobilitou, které trpí podvýživou nebo nadváhou, mají zhoršený tělesný a zdravotní stav, trpí chudokrevností, či pooperačním stavem. Senioři, kteří bývají velmi často postiženi těmito komplikacemi, bývají tímto onemocněním zasaženi nejvíce. Nováková (2008) dále uvádí, že na vzniku dekubitů se podílejí kromě vnitřních faktorů i faktory vnější. Těmito faktory mohou být např. účinky některých léků, neodborný způsob manipulace s klientem, nesprávná úprava lůžka, nízká kvalita práce pečovatele, či jeho nezodpovědnost, anebo nedůsledné dodržování osobní hygieny.

Proto nejúčinnější léčbou dekubitů je podle Novákové (2008) jejich prevence. Je důležité, aby měli pečovatelé odpovídající vědomosti i dovednosti a byli podrobně s touto problematikou seznámeni. Neméně důležité je také to, aby získané odborné znalosti uměli použít při práci s imobilním klientem tak, aby v co nejvyšší míře mohli eliminovat vznik poškození tkáně, nebo neodbornou manipulací ke vzniku proleženiny nepřispěli.

Predilekční místa vzniku

Predilekčních míst vzniku, neboli nejčastějších míst vzniku proleženin na lidském těle, je několik, a záleží na tom, v jaké poloze se klient nachází. Topinková a Neuwirth (1995) popisují nejčastější místa výskytu:

- Při poloze na zádech, kde jsou tlakem nejvíce zatěžována místa kosti patní, dále křížová krajina, trn 7. krčního obratle, klouby loketní, hřbety lopatek a kost týlní.
- Při poloze na boku bývají postiženy palce u nohou, kotníky, kyčelní klouby, ramenní klouby, kost spánková a ucho.

Polohu na břiše nezmiňují, protože se v pečovatelské péči příliš nepoužívá pro její náročnost pro pečující osobu při polohování seniora a nemalou roli hraje i nepohodlí pečované osoby v této poloze.

Mezi příčinu vzniku proleženin – podle Šimurkové a kol. (1985) patří:

- Mechanický tlak působící dlouhodobě na jedno místo. Jeho vliv může být zvyšován nevhodnými matracemi, shrnutým ložním nebo osobním prádlem, špatně podloženým gumovým kolem nebo jinými pomůckami pro úpravu polohy, špatně přiloženým sádrovým obvazem, tvrdými drobty jídla nebo sádry pod nemocným.
- Vlhkost a nečistota – zejména u inkontinentních nemocných vedou k maceraci (rozmačení) kůže. Z močoviny se v moči uvolňuje amoniak, jehož účinkem vznikají dekubity až o 60 % častěji než u pacientů, kteří inkontinentní nejsou.
- Místní poruchy krevního oběhu – aterosklerotické zúžení tepen, Burgerova nemoc apod.

2.6 Výživa seniorů

Podle Gallerové (2013) je výživa seniorů obor, který se zabývá dietními požadavky starších lidí. Po padesátém roce věku dochází ke snížení metabolismu a naše těla se mění. Tyto změny vyžadují snížení kalorických hodnot v potravě. Stárnutí způsobuje snížení hmotnosti a ve tkáních se zvyšuje tělesný tuk. Komplikace související se stářím – zažívací potíže, ústní zubní problémy a konzumace potravin spojená s léky. Další faktory, které navozují seniorům komplikace jsou osamělost, deprese, ekonomické problémy, nedostatek kuchařské dovednosti a neznalost nutričních znalostí. Jí příliš mnoho potravin, které svým zpracováním postrádají vyvážené nutriční hodnoty. Senior ve svém domácím prostředí snadno podlehne svým starým stravovacím návykům. Správná výživa

zvyšuje obranyschopnost organismu, přispívá k rychlejšímu uzdravování, hojení a soběstačnosti seniora.

Astl (2009) uvádí ohledně výživy takové poznatky, že to co pijeme a jíme, slouží jako pohonná látka organismu, aby mohl člověk denně vykonávat veškerou fyzickou i psychickou činnost, včetně činnosti srdce, činnosti smyslů, dýchání atd. Ovoce a zelenina (nejlépe sezonní) poskytují organismu jedinečné pohonné látky plné nezbytných živin. Jiné potraviny naopak dodávají organismu látky nedostatečné kvality obsahující nežádoucí chemické přísady, např. polotovary, rychlé občerstvení. Autor dále radí, abychom vybírali menší porce a jedli častěji. Jíme-li velké porce, nadměrně tím zatěžujeme zažívací ústrojí. Velmi důležité je pečlivé žvýkání potravin. Jíme-li rychle nebo ve stresu, dochází k narušení vstřebávání živin a trávicího procesu.

Správné stravovací návyky – podle Astla (2009, s. 13-14):

- Nevynechávejte snídani. Je to nejdůležitější jídlo dne.
- Jezte během dne pravidelně 4-6 malých jídel.
- Vypijte denně 6-8 sklenic vody, které vám pomohou udržet správnou hydrataci.
- Vyhýbejte se potravinám s obsahem cukru, bílé mouky, soli a nasycených mastných kyselin.
- Denně snězte pět čerstvých kusů zeleniny a tři kusy ovoce.
- Jezte týdně asi 3-4 porce mořského rybího masa.
- Vybírejte si celozrnné potraviny s vysokým obsahem vlákniny, které nebyly předem zpracovávány.
- Nejezte pozdě večer nebo v noci.
- Vybírejte si kvalitní nízkotučné maso a drůbež.
- Jezte pouze ve stavu klidu, pečlivě žvýkejte a nespěchejte.

Podle Grofové (2011) se celková potřeba energie u seniorů odhaduje na 30-35 kcal na kilogram tělesné hmotnosti za den. Je třeba zohlednit pohybovou aktivitu,

která může potřebu ještě zvýšit. Víme, že pokles bazálního metabolismu je asi 20 % oproti mladým jedincům. Ve vyšším věku dochází postupně k poklesu trénovanosti, ochabují některé svaly a klesá celková fyzická výkonnost. Je třeba začít více chůze po rovině, do schodů anebo chůze s hůlkami – nordic walking (severská chůze).

Na výživě a trávení se tedy podílí – podle Astla (2009, s. 17):

- složení stravy,
- příprava stravy,
- požívání stravy – správné stravovací návyky,
- činnost trávicího traktu – zažívání,
- psychický a fyzický stav organismu.

2.6.1 Pitný režim

Lidský organismus je složen z 60 % - 65 % z vody. Voda je potřebná pro činnost všech tělesných funkcí, protože každá buňka, tkáň, orgán a systém pracují v tekutém prostředí (Barták, Vondruška, 2001).

Pitný režim má v životním stylu seniorů velmi důležité postavení. Jedním největších problémů s přibývajícím věkem je nepocit'ování žízně. Nedostatek tekutin v organismu způsobuje závažné metabolické změny a často člověk trpící nedostatkem tekutin končí v nemocnici, může dojít i k poruchám vědomí. Je proto nutné sledovat vypité množství tekutin. Správným dodržováním pitného režimu zabezpečujeme nejenom přísun vody do organismu, ale i potřebné množství minerálních látek, které jsou často nedostatečně zastoupené ve stravě. Zdroje, které vodu dodávají do těla, jsou tekutiny, jídlo a metabolický proces (Dostálová, Turek, 1996).

Nedostatek tekutin v organismu způsobuje podle Kalvacha (2008) jeho odvodnění (dehydrataci). Ze všech buněk nejdříve tento stav vnímá mozek. Mezi nejvíce

ohroženou skupinu lidí odvodněním patří senioři, kojenci, sportovci a lidé pracující v horkém prostředí. Starší lidé mají oslabený pocit žízně.

Podle Havlíka (2006) je dehydratace stav, při kterém nastává nadměrný úbytek tekutin, a to převážně mimobuněčných. Projevy tohoto stavu jsou pozorovatelné, když objem tekutin v těle poklesne asi o 6 %.

„Voda tvoří asi 20 % kostní tkáň, 30 % tkáň tukové a 75 % tkání ostatních. Vzhledem k tomu, že podíl tuku s věkem stoupá, obsah celkové tělesné vody klesá. Ze stejného důvodu je nižší obsah celkové tělesné vody v těle žen oproti mužům a obézních lidí oproti štíhlým. U štíhlých mužů středního věku tvoří celkovou tělesnou vodu asi 65 % jejich hmotnosti, zatímco u obézních žen starších 65 let méně než 45 %“ (Kalvach a kol., 2008, s. 278 – 279).

Ledviny jsou podle Havlíka (2006) hlavní orgán, který řídí vodní hospodářství v těle. U dospělého člověka je průměrná ztráta vody 2,5 litru. Největší množství vody odchází z těla ledvinami.

Jakmile dochází ke ztrátám vody z těla, dochází také k úbytkům minerálních látek. Spolu s potem odchází hlavně sodík, močí se vylučuje převážně draslík. S průjmem nebo zvracením se ztráta vody ještě zvyšuje, a to až na 1,5 – 5 litrů (Havlík, 2006).

Podle Čermáka a kol. (2002) by měl celkový příjem vody u starších lidí dosahovat nejméně 2,5 litru denně. Započítává se sem i voda, která přichází do organismu s různými látkami, ať už ve formě nápojů nebo v potravinách (polévky, ovoce, zelenina). Za optimální hodnotu pitného režimu můžeme považovat hodnotu 1,5 litru až 2 litry vypitých tekutin denně. Do této hodnoty náleží pouze nápoje. Zbylých 0,5 litru doplňují potraviny s vyšším obsahem vody, jako jsou ovoce a zelenina. Vhodné je střídat různé druhy tekutin – vodu, bylinné čaje, džus i minerální vodu.

2.6.2 Vitamíny

Slovo vitamín pochází ze slova VITA = život. Vitamíny jsou podle Grofové (2011) látky nezbytné pro život. Vitamíny se rozdělují podle rozpustnosti na vitamíny rozpustné ve vodě a na vitamíny rozpustné v tucích. V metabolismu fungují jako katalyzátory chemických reakcí. Dalším cenným účinkem vitamínů je antioxidační působení, to je likvidace volných kyslíkových radikálů, které v organismu vznikají. Pokud je jejich tvorba nadměrná, mohou vést k poškození tkání nebo udržování chorobných stavů.

Podle Astla (2009) je potřeba přizpůsobit konzumaci vitamínů dle individuální potřeby. Potřeba vitamínů a minerálů, nebo ostatních živin je rozdílná u dětí, u mužů, u žen, u těhotných žen nebo u nemocných seniorů. U nemocných je individuální potřeba těchto látek i mnohonásobně vyšší než v doporučených dávkách.

Kotulán (2009) doporučuje, aby denní složení stravy pro seniory bylo následující:

- **Vitamíny** jsou důležité a ve stáří mírně stoupá potřeba organismu na vitamíny skupiny B, snižuje se schopnost syntetizovat vitamin D v kůži po slunění, jelikož se senioři méně vystavují slunci, mají tohoto vitaminu často nedostatek. Denně by ho měli přijmout asi 10 µg. Dalším z důležitých vitamínů je vitamin E, kterého by mělo být v denní stravě seniora asi 12 mg.
- **Vápník** je potřeba přibližně 1,5 gramu, protože v pozdějším věku roste potřeba organismu na jeho příjem, ale schopnost vstřebávat jej z potravy klesá.
- **Vláknina** je velmi prospěšná a často opomíjená součást stravy. Pro seniory je velmi důležitá, vzhledem ke snížené činnosti trávicí trubice. Podporuje vylučování a správnou peristaltiku střev, což u imobilních klientů bývá častým problémem.
- **Bílkoviny** by neměly přesáhnout 1,0 gram na kilogram tělesné hmotnosti. Toto množství je optimální, jelikož vyšší příjem bílkovin zpomaluje odbourávání svalových a kosterních bílkovin, které se s věkem zvyšuje.

- **Minerální látky** bývají často opomíjené, právě ve stáří je důležité pro dobrou funkci kůže mít dostatečný přísun zinku, který je i výborným antioxidantem a podporuje hojení ran. Minerální látky spolu s vitamíny jsou nepostradatelné pro správnou přeměnu základních živin, jako jsou bílkoviny, cukry a tuky.

BYLINNÁ LÉČBA

Bylinná léčba neboli fytoterapie je podle Pruthi (2011) vůbec nejstarší formou lékařství, podle průzkumu dnes sahá po bylinkách rostlinných doplňcích stravy až 80 % dospělé populace vyspělých zemí. Některé účinky léčivých rostlin jsou zcela prokazatelné a osvědčené, jiné jsou dosud zahaleny tajemstvím a mechanismus jejich působení není zcela objasněn. Bylinné lékařství využívá v terapii rostlinný materiál z celého světa a přitom zužitkovává jak k prevenci, tak k léčbě rozmanitých neduhů a onemocnění všechny části rostliny, od kořeně a oddenek přes stonky a listy až po poupata, květy a semena.

Bylina je podle Duka (2006) rostlina s nedřevnatějícím stonkem, jejíž nadzemní část vždy na konci sezony, před zimou odumře. Rozumně užívaná přírodní léčiva jsou bezpečnější než tradiční léky, protože léčivé látky v nich nejsou tak koncentrované a vedlejší účinky bývají slabší.

Rady pro ty, kteří užívají rostlinná léčiva:

- zjistěte si diagnózu,
- dávejte pozor na vedlejší účinky,
- sledujte pozorně alergické reakce,
- mějte na pozoru před vzájemným působením léčiv,
- komunikujte.

Příliš mnoho lidí poslouchá lékaře i bylinkáře, většinou v tom problém není, například když vám lékař dá prášky na spaní a léčitel doporučí před spaním horkou koupel se směsí esenciálních olejů. Vážnější varianta je, když lékař na deprese předepíše IMAO a váš léčitel doporučí užívat třezalku, která je také inhibitorem MAO. Můžete nakonec užívat příliš velké dávky. Abyste se tomuto problému vyhnuli, musíte jak svému lékaři, tak léčiteli říkat o všech lécích, které berete (Duke, 2006).

2.7 Možnosti předcházení syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření obecně dle Maroona (2012, s. 16) je psychologický a sociální pojem. Vyskytuje se u pomáhajících profesí. Je způsoben emocionálním, fyzickým a intelektuálním vyčerpáním způsobený neustálou mentální zátěží. *„Jejich vyčerpání se projevuje jako chronická únava, náchylnost k nemocem, nespokojenost a pocit selhání, bezmoc a beznaděj a silící odpor ke své práci a k životu všeobecně“*. Syndrom vyhoření je bolestná zkušenost, ale pokud se včas rozpozná, dá se mu vyhnout či omezit škody. Tato zkušenost může být pro pečující osoby prvním krokem k tomu, aby začal vnímat sám sebe, učinil důležité změny ve svém životě a posílil svou osobnost.

Křivohlavý (1998) uvádí následující okolnosti vzniku syndromu vyhoření:

- stres a přetížení,
- frustrace,
- negativní vztahy mezi lidmi,
- přílišná emocionální zátěž,
- vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce.

Důsledky vyhoření podle Rushe (2003) jsou následující:

- ztráta smyslu života,
- pocit osamocení v dnešním světě,
- pocit, že je všechno beznadějně,
- ztráta pozitivního vnímání sebe,
- pocit zášti a hořkosti.

Typické znaky syndromu vyhoření podle Freudenbergera – Maroon (2012, s. 32):

- Vyčerpání.
- Odcizení a izolace.
- Prázdnota a cynismus.
- Netrpělivost a vznětlivost.
- Dojem mimořádných schopností.
- Nedůvěra.
- Paranoia.
- Ztráta cílevědomosti.
- Psychosomatické jevy a jejich psychické a fyzické projevy.
- Deprese s množstvím aspektů.

Deprese a vyhoření jsou dva rozdílné jevy. I přes společné znaky, jako je bezmoc, nespokojenost, beznaděj, se emocionální vyhoření od deprese liší. Deprese je klinický pojem, vyhoření psychosociální. Vyhoření je depresemi často provázeno, avšak nejsou trvalé a nezasáhnou všechny oblasti života. Depresivní fáze vyhoření jsou obvykle dočasné, ohraničené oblasti života, postižení s vážnými příznaky většinou reaguje v krátké léčebné době pozitivně (Maroon, 2012).

Syndrom vyhoření je v dnešní době poměrně aktuální téma. Autoři se ve většině možností předcházení syndromu vyhoření shodují. Prevence by měla být zaměřena jak na fyzickou stránku, tak i na duševní. Prevence syndromu i následná řešení v péči o seniora v domácím prostředí a s psychohygienou úzce souvisí.

2.7.1 Duševní hygiena

Duševní hygiena zahrnuje praktické záležitosti našeho života se zaměřením na uchování si fyzického a duševního zdraví. Má určitou souvislost s hygienou, která je lékařským oborem zaměřeným na problematiku prevence a profylaxe. Zahrnuje všechny poznatky a procedury, které nám umožňují uchovat si fyzické zdraví. Hledisko vyhýbání se nepříznivým vlivům se ostatně zpočátku prosazovalo i v nejstarších filozofických koncepcích. V jejich rámci se postupně vytvářela prehistorie vzniku duševní hygieny a svým způsobem i řízení osobního rozvoje (Bedrnová, 2009).

Při ošetřování člena rodiny v domácím prostředí je podle Kolébalové (2011, s. 11) důležité vědět, jak s nemocným seniorem zacházet, jak ho uchopit, jak mu správně dopomoci. Důležité je vědět, jak při těchto úkonech ochránit sami sebe, jak si neublížit a nezpůsobit si poranění. *„Myslete na to, že jste zde pro ošetřovanou osobu, ale také na to, že žijete dál svůj vlastní život. Proto je důležité zachovat si své zdraví!“*.

Michalík (2010) konstatuje, že na domácí péči se nikdo dopředu nepřipravuje. Málokdo z nás, dokud není vystaven této situaci tj. nutnosti zajistit péči o svého blízkého, netráví svůj čas rozjímáním o tom, co bude až... Součástí lidské povahy je, že si nechce dopředu připustit možnost vážných problémů.

Péče o duševní hygienu pečovatelů – dle Krivohlavého (2012, s. 97-98):

- Buď k sobě mírná/ý, vlídná/ý a laskavá/ý.
- Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sebe sama, a nikdy ne druhého člověka.
- Najdi si své útočiště, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty v případě naléhavé potřeby uklidnění.
- Uvědom si, že je zcela přirozené stát tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky.

- Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokud možno jinak.
- Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma druhy naříkání: mezi tím, které zhoršuje již těžkou situaci a tím, které bolest a utrpení tiší.
- Doma v klidu se soustřeď na něco pěkného a dobrého.
- Snaž se sebe samotnou neustále povzbuzovat a posilovat.
- Radujte se, smějte se – často a rádi – a hrejte si.

2.7.2 Relaxační techniky

Relaxace je podle Křivohlavého (2012) termín, který u nás zdomácněl. Je to stav kdy se v lidském těle uvolňuje svalové a psychické napětí. Existuje nepřeberné množství různých způsobů relaxace. Relaxace je součástí psychohygieny. Pomáhá nabrat nové síly, zregenerovat tělo a duši, získat odstup od aktuálních problémů, a proto by se měla stát běžnou součástí našeho života. Při relaxaci dělá člověk obvykle činnost, která ho baví, nebo je mu příjemná. Zbavuje se tak stresu a únavy. Díky relaxaci tak lze předcházet mnoha zdravotním potížím a problémům. Relaxace je základem nebo nezbytným doplňkem terapie mnoha psychických nemocí a poruch – od neuróz až po psychotická onemocnění a závislosti. Při správně prováděné relaxaci dochází k uvolnění stresu z buněk, které pak mohou přijímat dostatečné množství potřebného kyslíku, vody a jiných důležitých živin, mohou se přirozeně regenerovat.

- důležité je mít vytvořený prostor určený na relaxaci,
- druhým stejně důležitým bodem je pravidelný čas, který bude určený pouze pro relaxaci (důležitá je pravidelnost),
- neméně důležité jsou i vhodné podpůrné prostředky (aroma lampa, hudba apod.),
- poslední složkou je správně vybraná relaxační metoda.

Rush (2003) doporučuje lidem, kteří se cítí vyhořelí, aby měli zájem o vlastní zdraví, naučili se hospodařit s energií, měli by si odpočinout, načerpat nové síly. Měli by posílit fyzickou stránku (odstranit fyzické vyčerpání), a to odpočinkem a dovolenou.

Podle Chovancové a kol. (2012) lze relaxovat podle různých technik, nejznámější jsou autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, práce s dechem a techniky koncentrační. Další techniky – asertivita, péče o záda, životospráva, vizualizace pro uvolnění.

Zjistíme-li, že se dostáváme do psychického napětí – do stresového stavu, zkusme, jak radí Křivohlavý (2012) chvíli přerušit to, co děláme, zavřít oči, hluboce vydechnout a pak se pomalu zase hluboce nadechnout. Tento způsob dýchání můžeme opakovat několikrát po sobě (až pětkrát).

2.7.3 Obecná doporučení pro pečující:

- snižte příliš vysoké nároky, přijměte skutečnost, že člověk je nedokonalý a chybující,
- nepropadejte syndromu pomocníka, vyhněte se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí, pohybujte se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem, nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno, čím více budete ostatním pomáhat, tím více budou bezmocní,
- naučte se říkat NE, nenechávejte se přetěžovat, řekněte ne, pokud budete cítit, že je toho na Vás nakládáno příliš, myslete někdy také na sebe,
- stanovte si priority, nemusíte být všude a vždy, nevyplývejte svou energii na nesčetné aktivity, soustřeďte se na činnost, které si vyberte jako podstatné,
- dobrý plán ušetří polovinu času, zacházejte rozumně se svým časem, rozdělte si rovnoměrně práci, větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které budete schopni zvládnout, snažte se vyhnout odkládání práce,
- dělejte přestávky, uvědomte si, že Vaše zásoba energie je omezená, nežeňte se z jedné činnosti do druhé,
- vyjadřujte otevřeně své pocity, pokud se Vás cokoliv dotkne, dejte to najevo, udělejte to tak, abyste sami necitlivě nezasáhli druhého,
- hledejte emocionální podporu, sdělená bolest, poloviční bolest, najděte si „vrbu“, důvěrníka, kterému můžete otevřeně vyličit svoje problémy,

- hledejte věcnou podporu, všechny problémy nemůžete vyřešit sami, není nutné lámat si se vším hlavu sám, pohovořte si s příbuznými, vyhledejte pomoc odborníka v sociální oblasti, lékaře, pečovatelku či psychologa, požádejte je o radu a o návrhy na řešení,
- vyvarujte se negativního myšlení, jakmile zabřednete do hloubání a sebelítosti, řekněte si „stop“, položte si otázku „co je na mně dobrého?“, radujte se z toho, co umíte a dokážete, užívejte také pozitivních stránek života, vychutnávejte vše, co podle Vás má v životě hodnotu,
- předcházejte komunikačním problémům, práci si dobře připravte, sdělte druhým hned na začátku svá očekávání a cíle, vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům i výhrůžkám,
- v kritických okamžicích zachovejte rozvahu, v konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání, uvědomte si Vás manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu, konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí nebo humorem,
- následná konstruktivní analýza, projděte si zpětně kritické situace, analyzujte svoje chování, navrhnete alternativy řešení (Chovancová a kol., 2012, s. 31).

BOLEST

je vjem, ale také nepříjemná emoce. Podle Cungi (2005) jsme téměř všichni trpěli v životě nějakou bolestí: svalovými křečemi, velkou bolestí zubů, bolestmi hlavy, bolestmi břicha, bolestí spojenou s chirurgickým zákrokem nebo zlomenou nohou. Téměř všichni víme, jak velké může takové utrpení být!

Obvykle velmi účinná metoda pro zklidnění bolesti: v první fázi se soustředíte na oblast bolesti, topograficky ji podrobně prozkoumejte, kde začíná, kde končí, prozkoumejte její vlastnost, zda je teplá, bodavá, vystřelující, ostrá, zda je přesně ohraničená a jaká její struktura. Jednoduché a dobré pozorování ji obvykle trochu změní. V druhé fázi se uvolněte metodou klidu. Ve třetí fázi se znovu soustředíte na pocit bolesti ve vás a znovu relaxujte, pak zkuste zvýšit pocit bolesti tím, že soustředíte pozornost na nejnepříjemnější oblasti. Po chvíli zjistíte, že nemůžete zvyšovat tento pocit nad jistý práh a že se bolest změní ve snesitelnější. Jednoduchá expozice zvýšené bolesti při relaxaci umožňuje bolest lépe ovládat, ta se pak stává méně zdrcující. Když tímto způsobem bolest prozkoumáte, vaše ovládání zlepši a vy budete schopni řídit změny, například rozlišovat bolest od ostatních pocitů, jako je

teplo, napětí, později pak podpořit tyto pocity i tak, že dojde k modifikaci nepříjemných vjemů ve vjem snesitelnější. A konečně při větším tréninku je rovněž možné oddělit bolest a utrpení jako při metodách hypnózy a trápit se tak méně a přitom bolest vnímat lépe.

2.7.4 AVS přístroj – psychowalkman

Předností psychowalkmanu je podle Cimického (2013, s. 8) navození hlubokého psychického a fyzického uvolnění, a to během velmi krátké doby. *„Hluboké relaxační stavy navozené AVS přístrojem člověk není schopen běžně dosáhnout. Jeden třicetiminutový relaxační program má podobný účinek jako několik hodin až dní běžného odpočinku. Proto je podle odborníků AVS technologie v současnosti nejúčinnější relaxační metoda na světě“*. Podle MUDr. Jana Cimického, CSc. (viz příloha č. 3) je tahle metoda využívána především lidmi, kteří jsou přepracováni v důsledku hektického života a vyčerpali své energetické rezervy. Lidé trpí chronickým vyčerpáním a únavou, nespavostí a poruchami imunity. Tahle metoda není doporučena lidem s epilepsií, protože u nich může blikající světlo spustit záchvat. Optimální by bylo používat relaxační program preventivně, než k vyčerpání vůbec dojde.

Okamžité účinky – po použití jediného relaxačního programu:

- okamžitá úleva od únavy,
- odstranění stresové smyčky, bloků stresu, úzkosti a negativních pocitů,
- vnitřní klid mysli, vyrovnanost, nadhled,
- uvolnění svalstva,
- sníží vyšší krevní tlak,
- zvýší hladiny většiny endorfinů a serotoninu,
- sníží hladinu melatoninu,
- zmírní fyziologickou bolest – zuby, svaly, hlava, bolest páteře (časopis 21. století, s. 9).

2.7.5 Čínská metoda Feng Shui

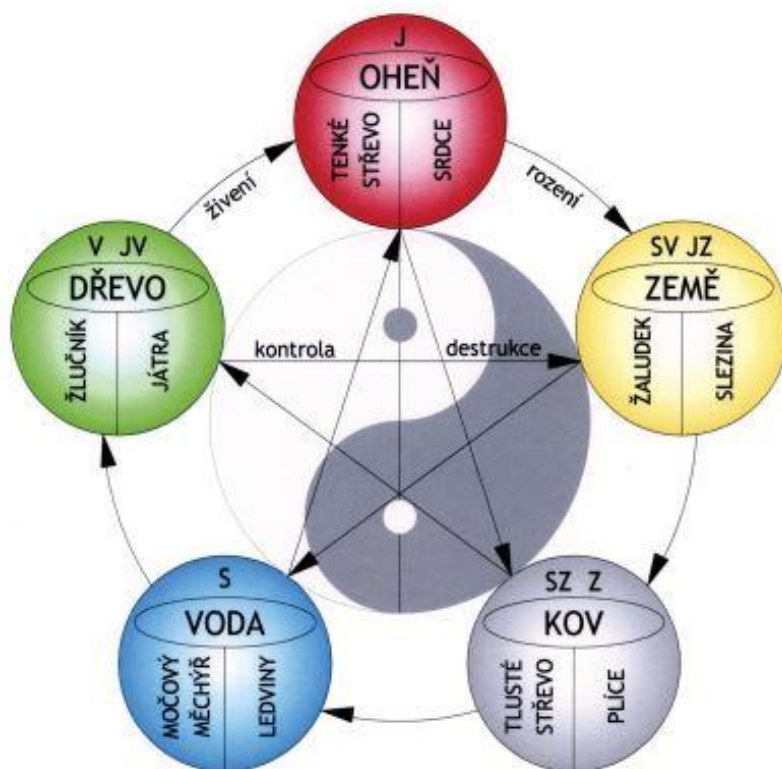


Obrázek 1. Symboly Jina a Jangu – monáda (www.bombastus.cz)

Feng Shui je staré čínské umění, které podle Skulilové (2012) poskytuje lidem již tisíce let návody a principy, jak být zdravý ztvárnit své okolní hmotné prostředí, aby působilo harmonicky pro šťastný, zdravý a úspěšný život. Podle Feng Shui je prostor, který nás obklopuje, považován za naši druhou kůži. Naše místnosti, domy i zahrady se podle učení feng shui podílejí na tom, jak se nám daří, zda jsme v životě spokojeni a dosahujeme-li svých cílů. Osobní štěstí, zdraví, úspěšnost a bohatství tak mohou být spoluvytvářeny správně a vyváženě pojatými interiéry či exteriéry, v nichž pobýváme. Na obrázku 1 jsou vyznačeny symboly Jin a Jang. Vlastnost Jin znamená podle Browna (2011) pomalejší, rozptýlenější a chladnější. Vlastnost Jang je rychlejší, koncentrovanější a teplejší. Jsou to doplňující se a současně protichůdné formy, které umožňují spojit se se vším okolo sebe. Tímto způsobem se můžete rozhodnout, co je třeba udělat, abyste se dostali zpět do rovnováhy. Třeba Jin je víc odpočinek než práce. Zároveň Jang je víc odpočinek než spánek. Dají se aplikovat na strukturální věci jako je příbytek, potrava nebo tělo člověka. Hledají rovnováhu. Podle Browna (2011) se vše přesouvá od jang k jin nebo opačně. Například nějaká osoba může být jang – podrážděná, frustrovaná, ctižádostivá, ale časem se může stát jin – uvolněnou, klidnou a mírnou. Pravdivý je i opak. Někdo, kdo je jin – deprimovaný, apatický a tichý se může změnit na jang – aktivního, dynamického a rychlého. Je důležitější vědět, kam jdete, než se obávat toho, kde momentálně jste.

Feng Shui je podle mnoha učenců fascinující nauka, která nás učí, jak lépe porozumět vlivu vnějšího prostředí na náš organismus, na naši náladu, zdraví, životy. Kdo z nás by si nepřál změnit svůj život k lepšímu, být zdravější, vitálnější, úspěšnější ve svém podnikání, být plný energie a nápadů, žít život plný lásky a dostatku. Feng Shui je nauka o tom, jak lehce toho všeho lze dosáhnout, když

pochopíme základní principy a budeme je ve svém životě aplikovat. Pravá podstata všeho je zkrátka jednoduchá a to, co je schopno přežít tisíce let až do dnešní doby, a stále je to aktuální, je zkrátka osvědčené a funkční!



Obrázek 2. Pět elementů

Podle těchto 5-ti elementů, podporujeme, oslabujeme nebo kontrolujeme energie v domě, ale také v těle. Podle Feng Shui a jeho 5-ti elementů vznikla „Tradiční čínská medicína“ (www.fengshui.cz).

Pět prvků určuje podle Browna (2011), jak se energie navzájem ovlivňují dohromady, tvoří model, v němž se mohou posilovat, utlumovat nebo navzájem ničit v běžném životě. Voda posiluje dřevo, dřevo posiluje oheň, oheň posiluje země, země posiluje kov, kov posiluje vodu a voda posiluje dřevo. Přehnané množství ohně se utlumí, použijete-li méně dřeva a více země, nedostatek energie ohně se napraví, když přidáte dřevo a uberete zemi. Pokud je jednoho z pěti prvků zásadní nedostatek,

předchozí energie může tu následující zničit. Pokud ohnivá energie úplně chybí, pak energie dřevěné může zničit zemní energii.

Pomocí Feng Shui lze podle Skuliové (2012) zharmonizovat tyto životní oblasti:

- vztahy v rodině i na pracovišti,
- upevnit zdraví,
- posílení partnerského vztahu,
- posílení vztahu s dětmi, nalezení vhodného partnera, početí dítěte,
- podpořit kariéru, hojnost, úspěch, společenské uznání,
- meditace atd.

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Metody a techniky výzkumu

Vzhledem k tématu diplomové práce „Zdravotní péče o seniora v domácím prostředí“ jsme se rozhodli provést dotazníkové šetření, které by mělo charakter kvantitativně orientovaného výzkumu.

„Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“ (Chráska, 2007, s. 163). Výhodou této metody je vysoký počet oslovených respondentů.

Nevýhodou této metody je nemožnost ověřit si správnost získaných odpovědí. Dotazník je nejčastěji využívanou technikou sběru dat. V našem dotazníku je celkem 15 položek, které jsou uzavřeného resp. polouzavřeného typu. Vzhledem k zaneprázdněnosti respondentů, kteří v domácím prostředí pečují o nemocné seniory, bylo dotazníkové šetření časově velice náročné. Bylo připraveno 135 dotazníků pro pečující osoby, z nichž některé pečují a žijí ve společné domácnosti, v přirozeném prostředí seniora. Dotazníky se distribuovaly a vyplňovaly s pečujícími osobami v období měsíce října 2013 až ledna 2014. Dotazníková metoda umožňuje proniknout do skupiny pečujících osob, získat důvěru a více informací, které by při neosobním kontaktu mohly být opomenuty. Dotazníky se s respondenty vyplňovaly s většinou osobně. Část dotazníků byla distribuována elektronicky a část prostřednictvím dalších osob. Byla využita i metoda pozorování pečující osoby při kontaktu s nemocným seniorem v jeho přirozeném prostředí. Každý z dotázaných respondentů byl seznámen s dotazníkem (příloha 1.), s jeho účelem a dalším zpracováním. Zároveň byly pečující osoby informovány o tom, že se jedná o anonymní dotazník a nemusí se podepisovat. Otázky v dotazníkovém šetření jsou pokládány tak, aby respondenti, většinou starší pečující osoby, otázce rozuměli a nemuseli dlouho nad otázkami váhat nebo jim nerozumět.

3.2. Příprava na výzkum

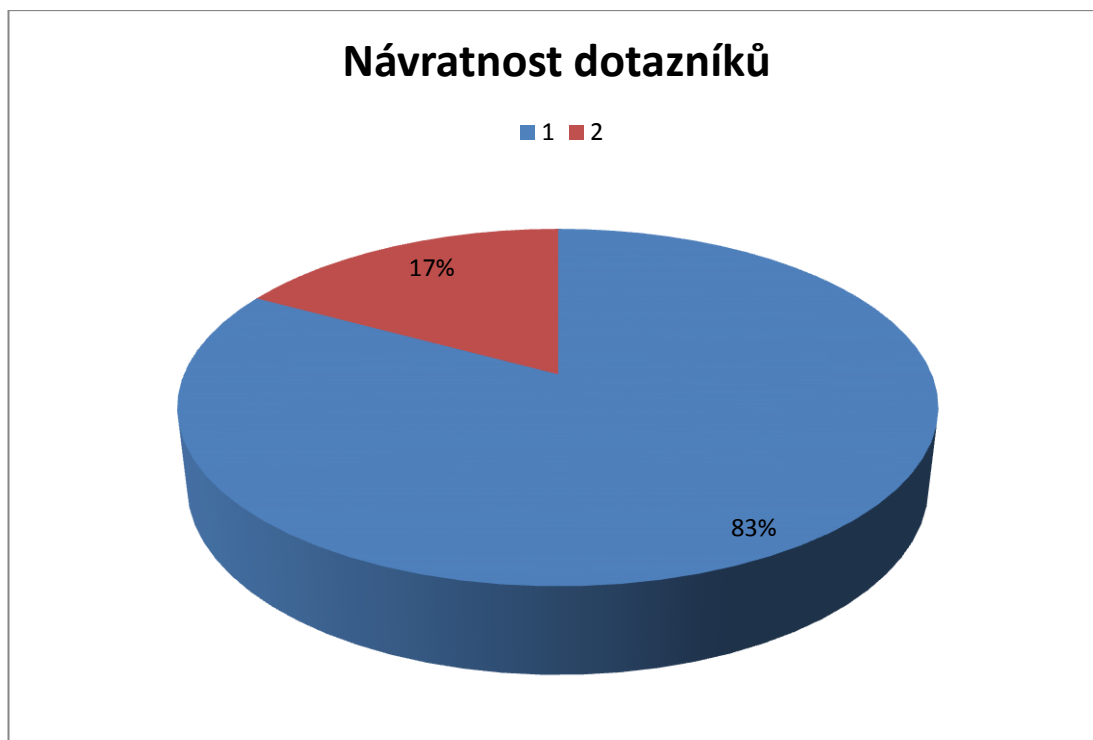
Před začátkem samotného výzkumu byl proveden orientační předvýzkum na malém vzorku (n=17) respondentů v domácím prostředí seniora. Bylo zjištěno, že i přes zaneprázdněnost a vyčerpanost respondentů v péči o nemocného seniora, otázkám rozumí a umí odpovědět bez dlouhého váhání, lze tudíž z dotazníku získat cenné informace k dílčím cílům šetření. Dotazníky respondenti vrátili správně vyplněné a bez připomínek.

Charakteristika respondentů:

Cílovou skupinou respondentů byli pečující osoby, které se celodenně, denně nebo některé dny v týdnu starají zdravotně o nemocného seniora v jeho domácím prostředí. Respondenti – pečující osoby pobírají příspěvek na péči na seniora ve III. nebo IV. stupni postižení, dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Vybráno bylo 135 respondentů – pečujících osob z okresu Hodonín, které v domácím prostředí pečují o nemocného seniora. Návratnost zpět byla od 112 respondentů. Většina respondentů byla v příbuzenském stavu s nemocným seniorem. Věkové skupiny respondentů byly v tomto dotazníku tvořeny následujícím způsobem: 20-35 let, 36-50 let, nad 51 let. Nejvíce dotázaných (asi 63 %) tvoří věkovou kategorii nad 51 let. Mezi respondenty bylo celkem 25 % mužů a 75 % žen.

3.3 Administrace dotazníků

Celkem bylo distribuováno 135 dotazníků do 135 rodin, kde respondenti zdravotně pečují o nemocného seniora v domácím prostředí. Návratnost byla 112 dotazníků, tj. asi 83 %.



Graf 1. Návratnost dotazníků

- 1 vrácené dotazníky - 82,96 %
- 2 nevrácené dotazníky - 17,04 %

3.4 Dělení metod

KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Podle Hendla (2008) kvantitativní přístupy k výzkumu v sociálních vědách napodobují metodologii přírodních věd. Dá se předpokládat, že lidské chování můžeme do jisté míry předpovídat a měřit. Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků a pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem explodovat je, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných.

Statistické testy významnosti

Chráska (2007, s. 70) uvádí statistické testy významnosti jako postupy (procedury), pomocí nichž ověřujeme, zda mezi proměnnými existuje vztah – závislost, souvislost, rozdíl. *„Na základě testů významnosti rozhodujeme, zda mezi jevy je statisticky významný vztah. Jestliže tedy konstatujeme, že určitý výsledek šetření je statisticky významný (signifikantní), znamená to, že je velmi nepravděpodobné, že by byl způsoben pouhou náhodou. Rozhodování ve statistických testech významnosti má vždy pravděpodobnostní charakter (nikdy si nejsme svým rozhodnutím beze zbytku jisti). Pravděpodobnost (riziko), že neoprávněně odmítneme nulovou hypotézu (a tudíž nesprávně přijmeme alternativní hypotézu), se nazývá hladina významnosti (signifikance)“.*

Test dobré shody chí-kvadrát

„U této kategorie testů významnosti se ověřuje, zda četnosti, které byly získány měřením v pedagogické realitě, se odlišují od teoretických četností, které odpovídají dané nulové hypotéze“ (Chráska, 2007, s. 71).

Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku

Tohoto testu významnosti se dle Chrásky (2007) dá využít v případech, kdy rozhodujeme, zda existuje souvislost (závislost) mezi dvěma jevy, které byly zachyceny pomocí nominálního nebo ordinálního měření. Tato situace je častá např. při zpracovávání výsledků dotazníkových šetření.

Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku

Podle Chrásky (2007, s. 82) je test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku zvláštním případem kontingenční tabulky se dvěma řádky a dvěma sloupci. *„Použití čtyřpolní tabulky přichází v úvahu v případech, kdy proměnné (jevy), mezi nimiž máme ověřovat vztah, mohou nabývat pouze dvou alternativních kvalit“.*

3.5 Výzkumné otázky a výzkumné hypotézy

Cílem výzkumného šetření bylo nalezení odpovědí na řadu důležitých otázek z oblasti zdravotní péče o seniory a postižení některých důležitých vztahů mezi zjištěnými skutečnostmi (jevy).

Nejdůležitější výzkumné otázky:

- Co je nejčastější příčinou nesoběstačnosti seniora?
- Jaké jsou motivy péče o seniory?
- Jak velký pracovní úvazek péče o seniora vyžaduje?
- Jaké zdravotní vzdělání mají osoby, které o seniory pečují?
- Jak náročná je péče o seniora v domácím prostředí?
- Co je v péči o seniora nejnáročnější?
- Jaká je prevence pečující osoby před vyčerpáním a syndromem vyhoření?
- Jaké jsou bytové podmínky seniorů?
- Jaká je úroveň péče o seniory?

Výzkumné hypotézy:

Byly formulovány 3 základní hypotézy. Dvě z těchto hypotéz byly ověřovány pomocí několika dalších, dílčích hypotéz.

Hypotéza H1:

Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s typem onemocnění seniora. Tuto hypotézu bylo třeba ověřit pro všechny typy onemocnění, z nichž respondenti vybírali (dílní položky 1a až 1i):

- **H1a:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „po operaci páteře“.
- **H1b:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „lehká mozková příhoda“.
- **H1c:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „infarkt“.

- **H1d:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „rakovina“.
- **H1e:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „po zlomenině krčku“.
- **H1f:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „Parkinsonova nemoc“.
- **H1g:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „Alzheimerova choroba“.
- **H1h:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „stařecká demence“.
- **H1i:** Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s onemocněním „amputace končetiny“.

Hypotéza 2:

Ženy mají jinou motivaci k poskytování péče o seniory než muži. Tuto hypotézu bylo třeba ověřit pro všechny typy motivace, z nichž respondenti vybírali (dílčí položky 3a až 3e):

- **H2a:** Motivace na základě „blízkosti milované osoby“ je častější u žen než u mužů.
- **H2b:** Motivace na základě „rodinné tradice“ se vyskytuje častěji u mužů než u žen.
- **H2c:** Finanční motivace se vyskytuje častěji u mužů než u žen.
- **H2d:** Motivace na základě „lítosti“ je častější u žen než u mužů.
- **H2e:** Motivace na základě „radosti pečovat“ je častější u žen než u mužů.

Hypotéza 3: Ženy mají zdravotní vzdělání (kurzy) častěji než muži.

4 VÝSLEDKY A DISKUSE

4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Data získaná v dotazníkovém šetření byla zpracována ve dvou krocích. Nejdříve byly (v rámci tzv. třídění 1. stupně) vyhodnocovány jednotlivé položky dotazníku. Výsledkem těchto analýz byly tabulky četností pro jednotlivé položky v dotazníku, které byly pro názornost doplněny grafy (histogramy četností).

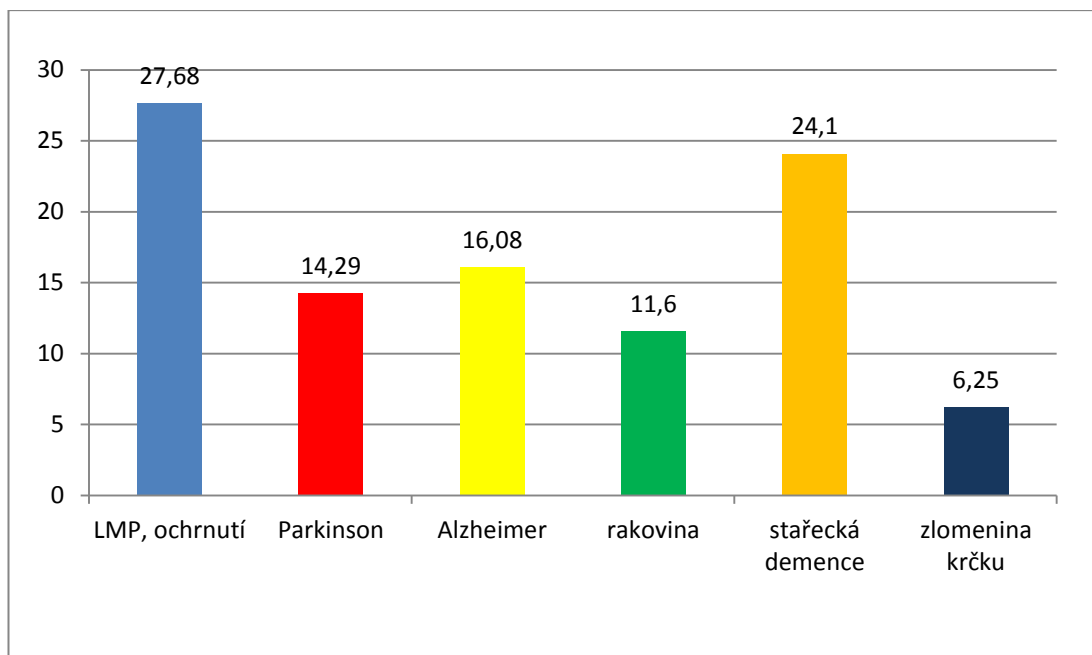
Druhým krokem při zpracování výsledků bylo provedení vztahové analýzy (v rámci tzv. třídění 2. stupně). Výsledkem třídění 2. stupně bylo sestavení kontingenčních tabulek (čtyřpolních tabulek), které vyjadřují vztahy mezi informacemi získanými ve vybraných položkách dotazníku. Kontingenční tabulky umožnily ověřit platnost vyslovených hypotéz.

4.2 Výsledky získané vyhodnocením odpovědí respondentů v jednotlivých položkách dotazníku

Otázka č. 1 Jaká je příčina – nemoc seniora, který je nesoběstačný a potřebuje zdravotní péči o svou osobu v domácím prostředí?

Tabulka 1. Nejčastější příčina nesoběstačnosti seniorů

Příčina	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lehká mozková příhoda	31	27,68
Parkinson	16	14,29
Alzheimer	18	16,08
Rakovina	13	11,60
Stařecká demence	27	24,10
Zlomenina krčku	7	6,25
CELKEM	112	100 %



Graf 2. Nejčastější příčina nesoběstačnosti seniorů (%)

Komentář:

V uvedené tabulce 1. a grafu 2. je uvedeno 6 nejčastějších příčin nesoběstačnosti, které jsou seřazeny podle četnosti výskytu. Z tabulky i grafu je patrné, že respondenti uvádějí jako hlavní příčinu nesoběstačnosti nemocného seniora v domácím prostředí: lehká mozková příhoda a následné ochrnutí 31 lidí (27,68 %), Parkinson 16 lidí (14,29 %), Alzheimer 18 lidí (16,08 %), rakovina 13 lidí (11,60 %) a stařeckou demenci 27 lidí (24,10 %) a zlomeninou stehenního krčku 7 lidí (6,25 %).

Pomocí testu dobré shody chí-kvadrát jsme ověřovali, zda se jednotlivé příčiny nesoběstačnosti seniorů vyskytují stejně často a nebo zda se některé příčiny vyskytují výrazně častěji.

V tabulce 2. jsou ve sloupci „Pozorovaná četnost“ zapsány četnosti výskytu jednotlivých příčin nesoběstačnosti.

Diskuse:

Topinková a Neuwirth (1995) uvádějí jako nejčastější příčinu snížené soběstačnosti či nesoběstačnosti onemocnění kloubní, kostní a svalová. Na dalších místech zmiňují onemocnění kardiovaskulární a onemocnění neurologická včetně cévních mozkových příhod. Snížení soběstačnosti je podle Topinkové a Neuwirtha dále způsobeno úrazy, senzorickými poruchami a psychiatrickými onemocněními. Zdůrazňují také významnou odlišnost výše jmenovaných chorob v jejich

invalidizujícím potenciálu. Zpravidla má na snížení schopnosti sebepečce větší vliv cévní mozková příhoda než kardiovaskulární onemocnění. Položka dotazníku č. 1 nabízela respondentům možnost vybrat invalidizující onemocnění z nabídky odpovědí nebo možnost volné odpovědi. Výsledky provedeného výzkumného šetření do jisté míry korelují s příčinami nesoběstačnosti uváděnými Topinkovou a Neuwirthem (1995). Pečující osoby uvedli jako nejčastější příčinu snížené soběstačnosti cévní mozkovou příhodu a následné ochrnutí. Ta je podle autorů až druhou nejčastější příčinou, třetí nejčastější příčinou byla psychická onemocnění mezi něž byly zahrnuti i senioři trpící stařeckou demencí. Ta je u našeho výzkumu na druhém místě. Na základě výsledků výzkumu bylo vyhodnoceno onemocnění, které v oblasti soběstačnosti oslovené respondenty nejvíce invalidizuje. Tímto onemocněním byla právě cévní mozková příhoda. Jedinci postižení cévní mozkovou příhodou tvořili největší podíl respondentů závislých na pomoci jiných osob (dle testu ADL).

Tabulka 2. Příčiny vzniku nesoběstačnosti seniorů

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P - O)²	<u>(P - O)²</u> O
LMP, ochrnutí	31	18,666	12,333	152,127	8,149
rakovina	13	18,666	-5,666	32,103	1,719
Parkinson	16	18,666	-2,666	7,107	0,380
Alzheimer	18	18,666	-0,666	0,444	0,023
Stařecká demence	27	18,666	8,333	69,455	3,720
Zlomenina krčku	7	18,666	11,666	136,095	7,291
	Σ 112	Σ 112			Σ 21,282

Princip testu dobré shody chí-kvadrát

Byly formulovány statistické hypotézy (nulová a alternativní hypotéza):

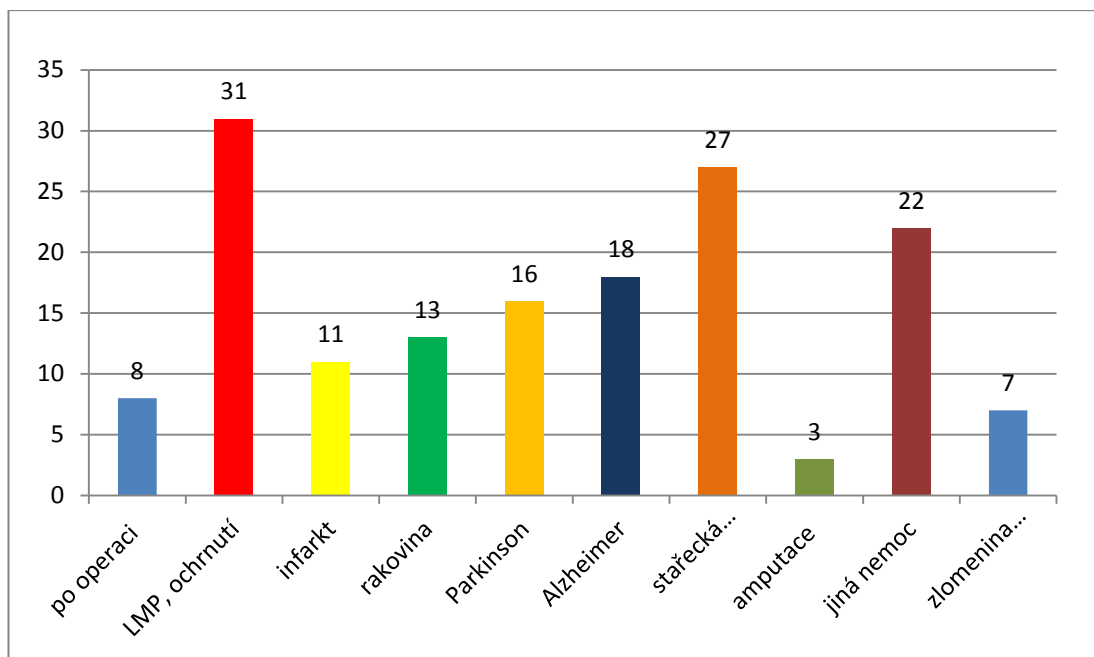
H_0 : Příčiny nesoběstačnosti seniorů se vyskytují stejně často.

H_A : Mezi četnostmi výskytu jednotlivých příčin nesoběstačnosti jsou rozdíly.

Byly vypočítány očekávané četnosti a vypočítáno testové kritérium

$$\chi^2 = 21,282$$

Kritická hodnota chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a 5 stupňů volnosti je $\chi^2_{0,05}(5) = 11,070$ (Chráška, 2007, s. 248). Vypočítaná hodnota je větší než hodnota kritická a proto odmítáme nulovou hypotézu. Mezi příčinami vzniku nesoběstačnosti seniorů jsou statisticky významné rozdíly. Nejčastější příčinou nesoběstačnosti seniorů je lehká mozková příhoda a následné ochrnutí.



Graf 3. Příčiny nesoběstačnosti (n)

Komentář:

Je zřejmé, že nejvíce seniorů v domácí péči trápí onemocnění po lehké mozkové příhodě a následné ochrnutí - 31 lidí. Schopnost pohybu je omezena, ztížena soběstačnost a je nezbytná zdravotní péče od pečujících osob. Druhou nejpočetnější kategorií zdravotních potíží je stařecká demence u 27 osob, třetí nejpočetnější jinou těžkou nemocí, kterou uvedli respondenti je u 22 seniorů – porucha zraku, sluchu, komunikace. Další závažnou nemocí je Alzheimer u 18 osob, dále následuje nemoc Parkinson u 16 osob. Dále uvádí v nesoběstačnost seniora rakovina u 13 osob, infarkt u 11 osob, nesoběstačnost po vážných operacích páteře u 8 osob, po zlomenině stehenního krčku 7 osob a amputace končetin u 3 osob. Tato onemocnění bývají častou příčinou úmrtí ve starším věku.

Diskuse:

S ohledem demografické predikce lze předpokládat, že bude v budoucnu přibývat výskyt onemocnění typických pro vyšší věk, mezi které patří neuro-degenerativní onemocnění, především pak Alzheimerova choroba, stařecká demence a Parkinson choroba. Dle kvalifikovaného odhadu Alzheimer Europe a zdravotní péči, který s sebou může přinést i vyšší nároky na udržitelné fungování obou systémů. Na tuto situaci je nutné se připravit a realizovat kroky vedoucí k zefektivnění poskytování sociální a zdravotní péče.

Demografické stárnutí přináší prodloužení jak střední délky života, tak i střední délky života Alzheimers Disease International je předpokládán nárůst počtu osob onemocněním demencí z 88 000 tisíc v roce 2000 na 227 000 v roce 2050.

(www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_ns.pdf).

Otázka č. 2 – Jste dobrovolně pečující osoba?

Tabulka 3. Dobrovolně pečující osoba

Dobrovolně pečující osoba	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	111	99,11
NE	1	0,89
Celkem	112	100 %

Komentář:

Respondenti – pečující osoby dle tabulky 3. na otázku „Jste dobrovolně pečující osoba?“ odpověděli prakticky shodně 111 osob (99,11 %), že jsou dobrovolně pečujícími osobami v péči o nemocného seniora v domácím prostředí. Jeden respondent (0,89 %) uvedl, že není dobrovolně pečující. Většina dobrovolně pečujících respondentů jsou osoby blízké a tudíž je pro ně péče o nemocného seniora v domácím prostředí samozřejmostí.

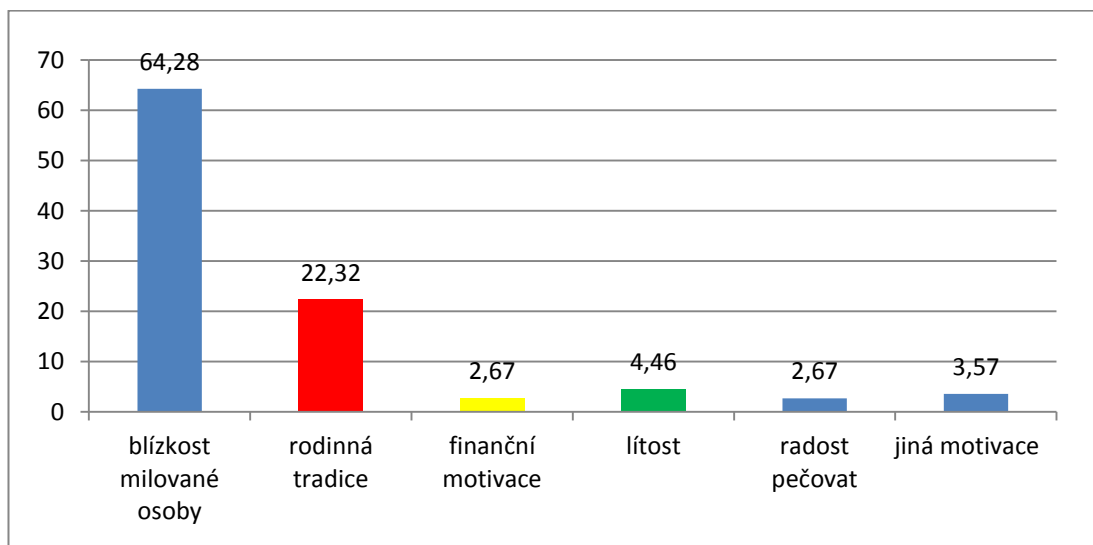
Diskuse:

S nárůstem stárnutí populace vyvstává potřeba komplexní péče o starého člověka. Díky rychlému stárnutí české populace mají zdravotně – sociální potřeby narůstající tendenci. Současně dochází k nárůstu zdravotní domácí péče. Na Hodonínsku vzrostl nárůst domácí péče v roce 2013 s porovnáním od roku 2011 asi o 10 %. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, pomáhá pečujícím osobám k příspěvku na péči pro nemocného nesoběstačného seniora v domácí péči (www.noviny_mpsv.cz).

Otázka č. 3 Jakou máte motivaci k poskytování péče o seniora?

Tabulka 4. Motivace k poskytování péče o seniora

Motivace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
blízkost milované osoby	72	64,28
rodinná tradice	25	22,32
finanční motivace	3	2,67
lítost	5	4,46
radost pečovat	3	2,67
jiná motivace	4	3,57
Celkem	112	100 %



Graf 4. Motivace k poskytování péče o seniora (%)

Tabulka 4 a graf 4. nám ukazují relativní (%) a absolutní četnost (n) odpovědí u respondentů. Většina respondentů jsou rodinní příslušníci, proto se ukázala absolutní četnost 72 osob, kteří pečují kvůli blízkosti milované osoby (64,28 %), dále následuje rodinná tradice u 25 pečujících osob (22,32 %), lítost u 5 osob (4,46 %), jiný motiv u 4 osob (3,57 %), finanční motivace u 3 osob (2,67 %) a radost pečovat u 3 osob (2,67 %).

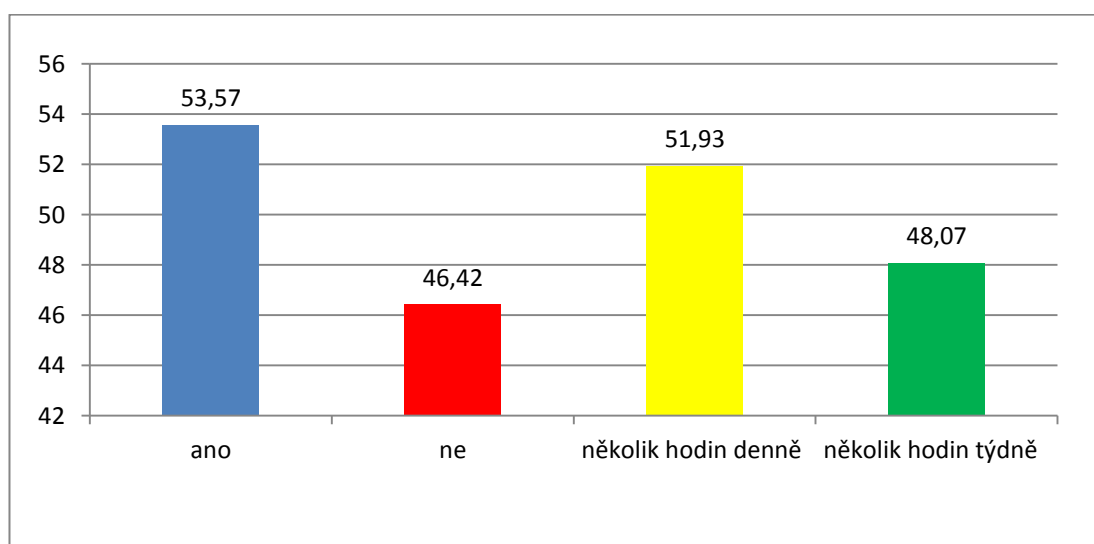
Otázka č. 4 Pečujete o seniora na plný úvazek?

Tabulka 5. Úvazek celodenní péče o seniora

Úvazek celodenní	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	60	53,57
NE	52	46,43
Celkem respondentů	112	100 %

Tabulka 6. Úvazek hodinový

Úvazek hodinový	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
několik hodin denně	27	51,93
několik hodin týdně	25	48,07
Celkem respondentů	52	100 %



Graf 5. Úvazek na péči o seniora (%)

Z tabulky 5. je patrné, že 60 osob (53,57 %) pečuje o nemocného seniora v domácím prostředí na celý úvazek, tzn. denně i v noci. Jde tedy o blízké osoby,

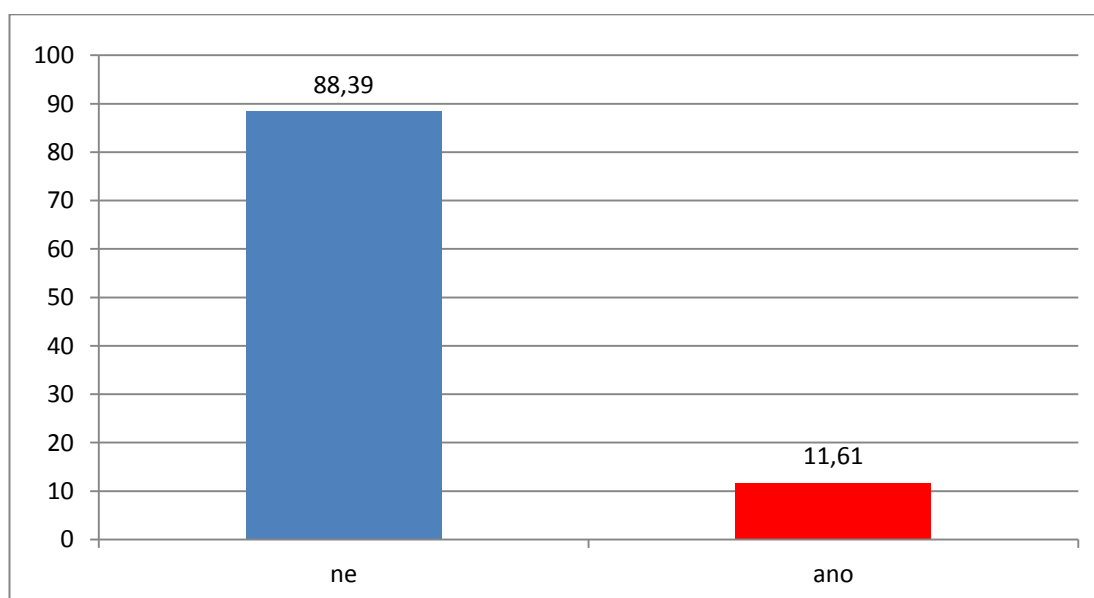
kteří bydlí s nemocným seniorem ve společné domácnosti. Dalších 52 pečujících osob nepečuje o nemocného seniora na plný úvazek (46,43 %).

U 52 respondentů, kteří nepečují na plný úvazek v tabulce 6. je znázorněno 27 osob (51,93 %), kteří pečují několik hodin denně a 25 respondentů (48,07 %) pečuje o nemocného seniora několik hodin týdně. To ukazuje na pečující osoby, které chodí do práce anebo nebydlí ve společné domácnosti s nemocným seniorem.

Otázka č. 5 Máte nějaké zdravotní vzdělání, kurz, bývalou práci ve zdravotnictví?

Tabulka 7. Zdravotní vzdělání

Zdravotní vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
NE – žádné	99	88,39
ANO - mám	13	11,61
Celkem	112	100 %



Graf 6. Zdravotní vzdělání (%)

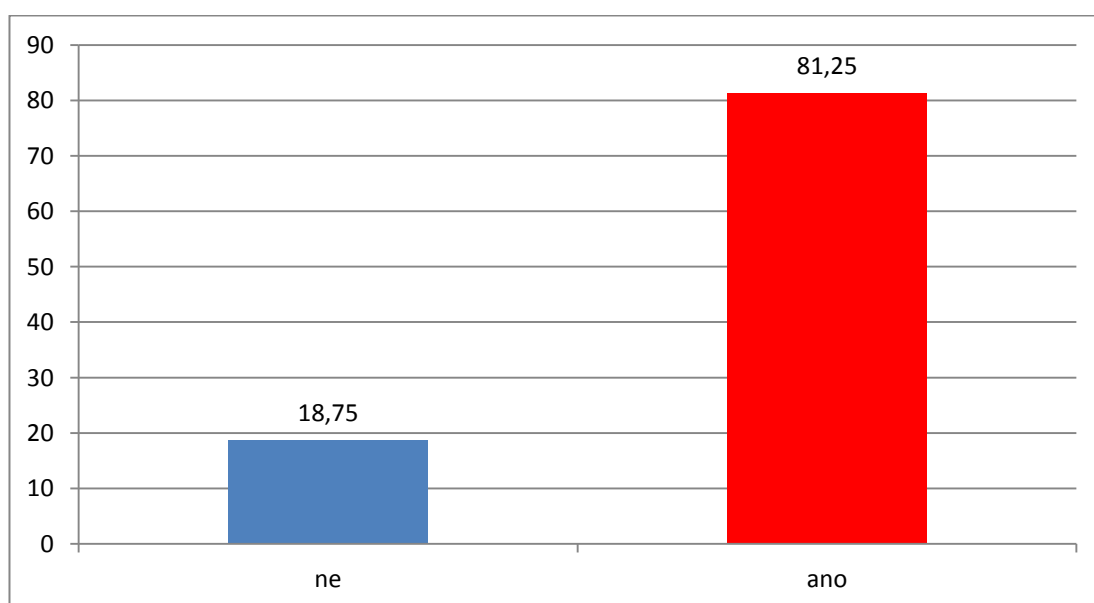
Z tabulky 7. a grafu 6. je zřejmé, že většina pečujících osob 99 (88,39 %) nemá žádné zdravotní vzdělání, kurz nebo školení ve zdravotnictví a přesto pečuje o osobu

blízkou bez patřičného vzdělání. Pouze 13 respondentů (11,61 %) má zdravotní kurz, vzdělání nebo bývalou práci ve zdravotnictví. Tady je z průzkumu patrné, že většina pečujících osob se nebojí zapojit do zdravotního ošetřování a péči o nemohoucího blízkého seniora v domácím prostředí.

Otázka č. 6 Je péče o seniora v domácím prostředí pro Vás náročná?

Tabulka 8. Náročnost domácí péče

Náročnost domácí péče	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
NE – není náročná	21	18,75
ANO – je náročná	91	81,25
Celkem	112	100 %



Graf 7. Náročnost domácí péče (%)

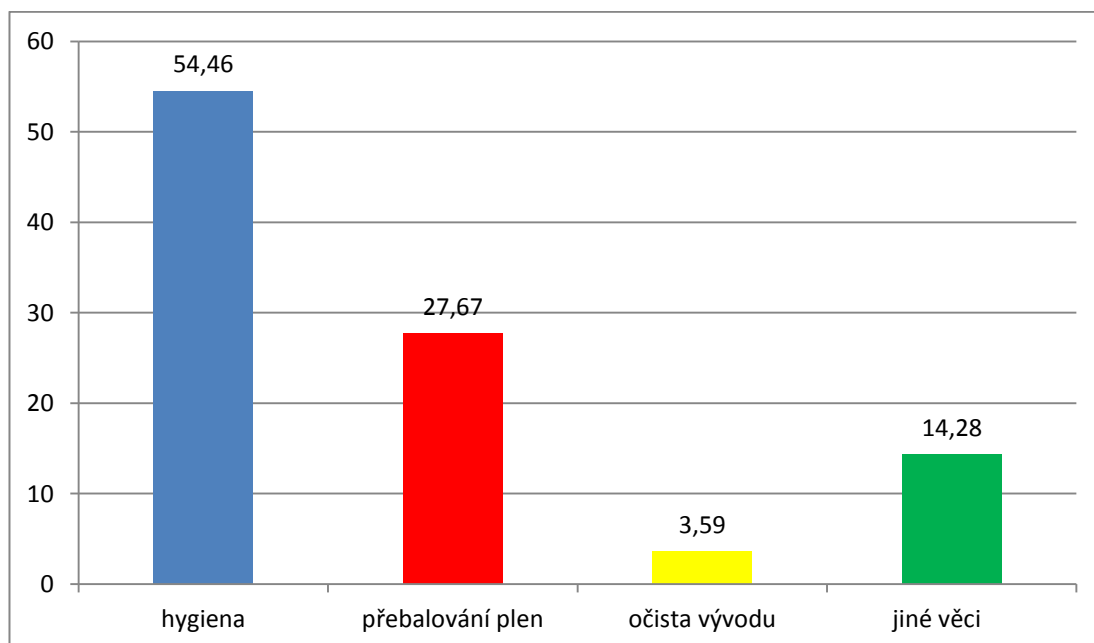
Z tabulky 8. a grafu 7. vyplývá, že pro absolutní většinu respondentů 91 (tj. asi 81 %) je zdravotní péče o seniora v domácím prostředí náročná. Starost o nesoběstačného seniora je velmi zavazující, časově, fyzicky i psychicky náročná záležitost. Pouze u 21 respondentů (19 %) je zdravotní domácí péče nenáročná.

Zde se v průzkumu ukázalo, že i přesto, že je zdravotní domácí péče náročná, přesto ji pečující osoby zvládají a dělají pro nesoběstačného seniora oporu a zázemí, kterou tolik potřebují k zvládnutí nemoci.

Otázka č. 7 Co je pro Vás nejnáročnější na péči?

Tabulka 9. Náročnost úkonů

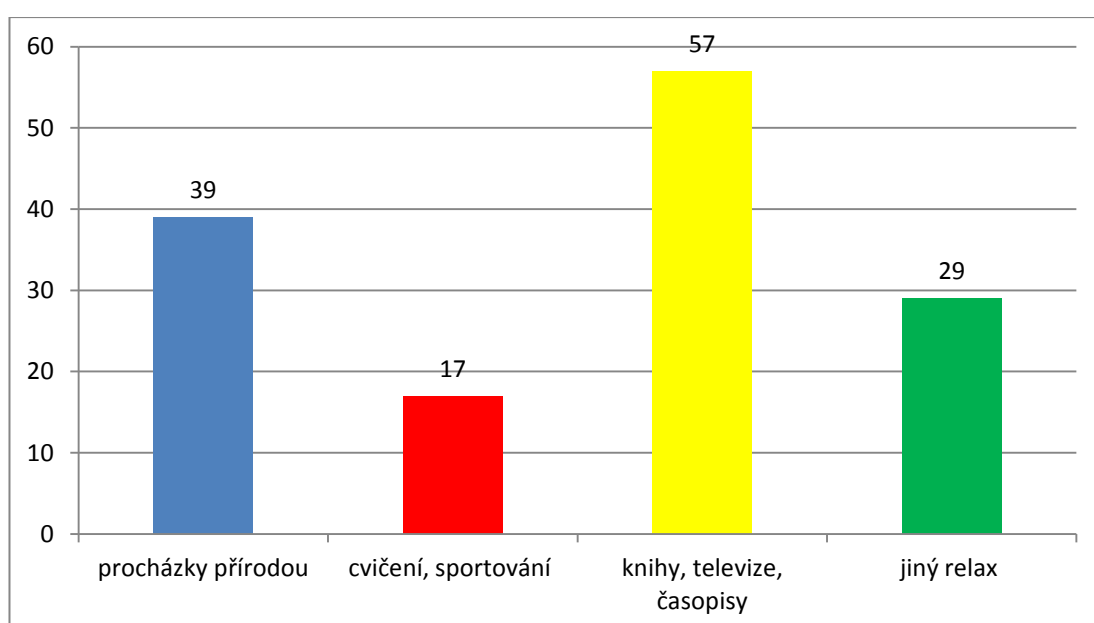
Co je nejnáročnější na péči o seniora	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
hygiena	61	54,46
přebalování plen	31	27,67
očista vývodu	4	3,59
jiné věci	16	14,28
Celkem	112	100 %



Graf 8. Náročnost úkonů (%)

Další výsledky četností z tabulky 9. a grafu 8. nám ukazují, jak je zdravotní péče o seniora v domácím prostředí náročná. Podle 112 respondentů je nejnáročnější na této práci – hygiena uvádí 61 pečujících osob (54,46 %), pak přebalování plen u 31 osob (27,67 %), dále jiné věci kolem seniora 16 osob (14,28 %). U 4 respondentů (3,59 %) je nejnáročnější očista vývodů (stomíí).

Otázka č. 8 Jakou pro sebe děláte prevenci před vyčerpáním a následným syndromem vyhoření z péče o seniora?



Graf 9. Prevence před vyčerpáním (n)

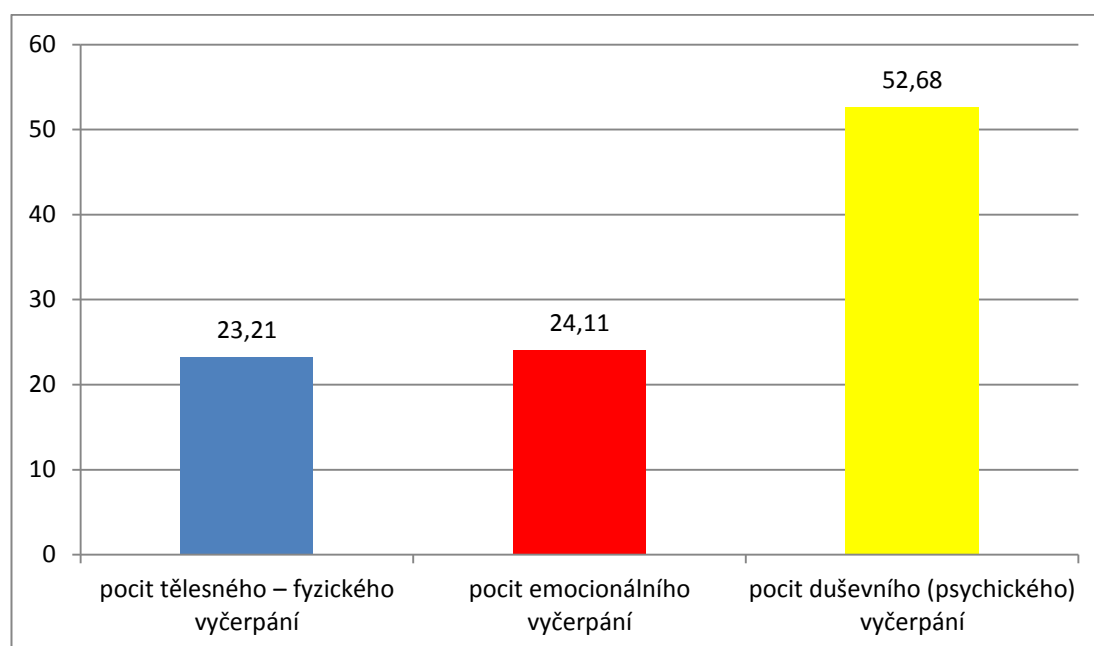
U otázky jak plyne z grafu 9. „Jakou pro sebe děláte prevenci před vyčerpáním a následným syndromem vyhoření“ byla možnost zvolení více možných variant odpovědí na prevenci. Nejčastější odpověď respondentů byla: 57 respondentů ze 112, se relaxuje čtením knih, časopisů, sledováním televize. Dále 39 respondentů uvádí relaxaci procházkou v přírodě. Jako jinou relaxaci uvádí 29 respondentů, že je pro ně jiná relaxace hlídání vnoučat, samota, zahrádka, sauna, ruční práce, informace na počítači, procházka se psem, starání se o domácí zvířectvo, rodina, přátelé, společnost, chodit na masáž, meditace, sbírání hub v lese. Dalších 17 respondentů uvádí jako odreagování od starostí cvičení, sportování. Do toho někteří zahrnují jógu,

jízdu na kole, turistiku. Výsledky ukazují, že se pečující osoby patřičně chrání před syndromem vyhoření z domácí zdravotní péče o nesoběstačného seniora.

Otázka č. 9 Který aspekt je pro Vás v péči o seniora nejnáročnější?

Tabulka 10. Aspekt náročnosti

Nejnáročnější aspekt	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
pocit fyzického vyčerpání	26	23,21
emocionálního vyčerpání	27	24,11
pocit duševního vyčerpání	59	52,68
Celkem	112	100 %



Graf 10. Aspekt náročnosti (%)

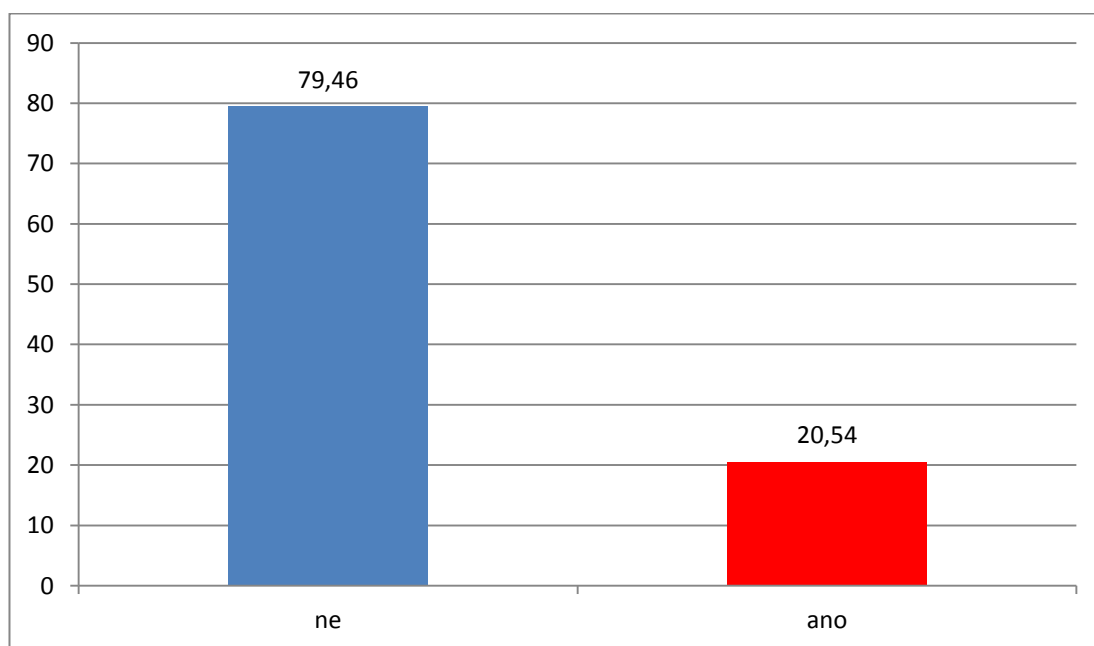
U položky 9. v dotazníku na otázku „Který aspekt je pro Vás v péči o seniora nejnáročnější“ znázorněná v tabulce 10. a grafu 10., odpovědělo 112 respondentů na otázku tak, že je nejvíc trápí pocit duševního vyčerpání z domácí péče o seniora a to

59 osob (52,68 %), dále 27 osob (24,11 %) uvedlo pocit emocionální vyčerpání a 26 pečujících osob (23,21 %) má pocit fyzického vyčerpání.

Otázka č. 10 Uvažovali jste někdy o umístění nesoběstačného seniora do Ústavu sociální služby?

Tabulka 11. Úvaha o umístění nesoběstačného seniora

Umístění seniora do ústavu	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
NE	89	79,46
ANO	23	20,54
celkem	112	100 %



Graf 11. Úvaha o umístění nesoběstačného seniora (%)

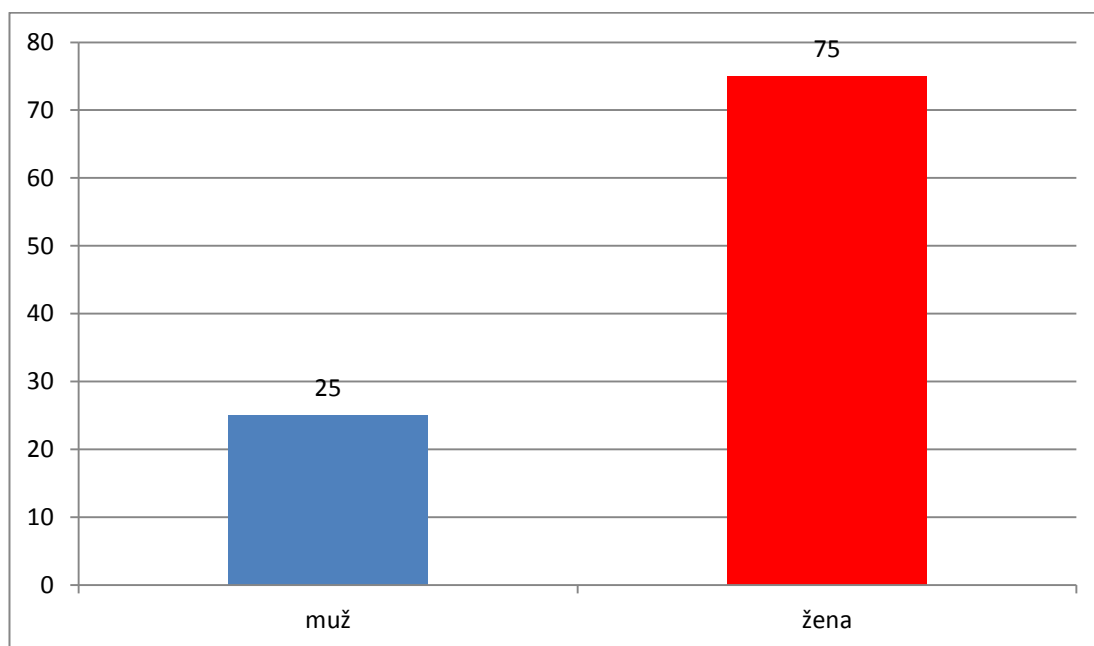
Z celkového počtu 112 respondentů uvedlo v tabulce 11. a grafu 11. 89 respondentů (79,46 %), že by nemocného nesoběstačného seniora neumístili do Ústavu sociální péče. Hlavním důvodem byla blízkost milované osoby, rodinná tradice a radost pečovat o blízkého člověka. 23 respondentů (20,54 %) uvedlo, že

uvažovali o umístění nesoběstačného seniora o Ústavu sociální péče, ale neudělali to. Dále mají svého nemocného seniora v přirozeném prostředí domova. Úvaha o umístění byla v tom, že pečující osoby se cítí psychicky vyčerpaný z péče, je na ně valena tíha zodpovědnosti, vyšší věk a nezvládání různých zdravotních úkonů kolem nesoběstačného nemocného seniora.

Otázka č. 11 Pohlaví pečující osoby

Tabulka 12. Pohlaví pečující osoby

Pohlaví pečující osoby	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	28	25
Žena	84	75
Celkem	112	100 %



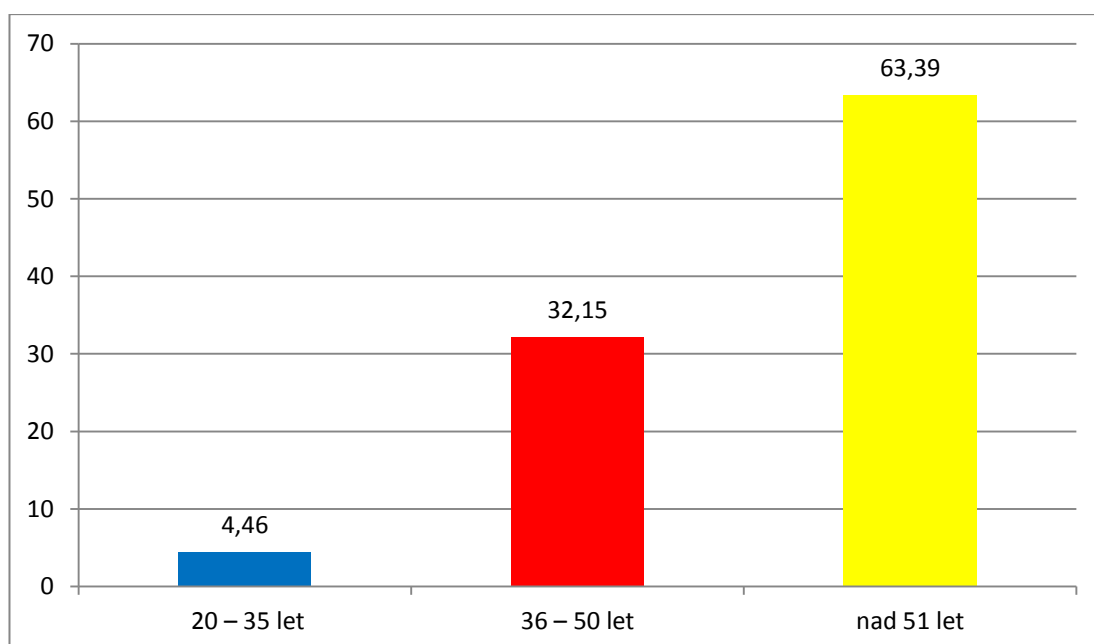
Graf 12. Pohlaví pečující osoby (%)

Z tabulky 12. i grafu 12. lze jasně vyčíst, že nejvíce v domácím prostředí zdravotně pečují o nemocného seniora ženy. Ze 112 respondentů je 84 žen (75 %). Mužů je 28 respondentů (25 %), kteří v domácím prostředí pečují o seniora.

Otázka č. 12 Věk pečující osoby

Tabulka 13. Věk pečující osoby

Věk pečující osoby	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
20 – 35 let	5	4,46
36 – 50 let	36	32,15
Nad 51 let	71	63,39
Celkem	112	100 %



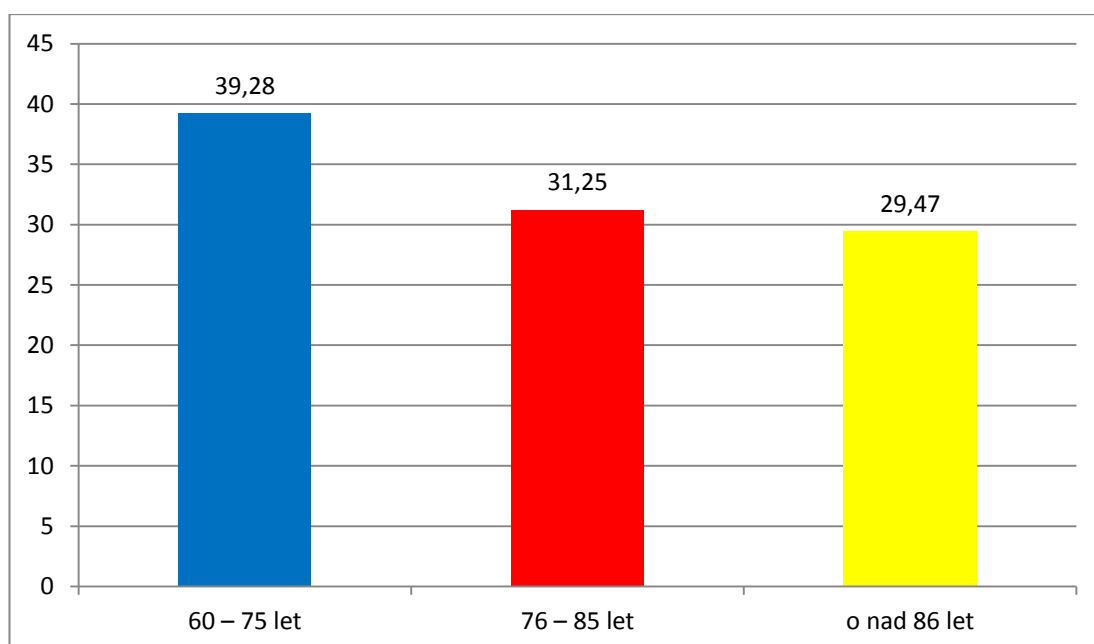
Graf 13. Věk pečující osoby (%)

Z celkového počtu 112 respondentů, kteří v domácím prostředí pečují o nesoběstačného seniora, znázorněno v tabulce 13. a v grafu 13. je 5 respondentů (4,46 %) ve věku 20 až 35 let, 36 respondentů (32,15 %) ve věku 36 – 50 let, 71 respondentů (63,39 %) ve věku nad 51 let. Z grafu i tabulky je zřejmé, že ošetřující nesoběstačného seniora v domácím prostředí jsou nejvíc hlavně osoby nad 51 let – středního a staršího věku.

Otázka č. 13 Jaký je věk seniora?

Tabulka 14. Věk seniora

Věk seniora	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
60 – 75 let	44	39,28
76 – 85 let	35	31,25
nad 86 let	33	29,47
Celkem	112	100 %



Graf 14. Věk seniora (%)

Komentář:

Z dotazníkového šetření je zřejmé – tabulka 14. a graf 14., že nesoběstačných seniorů v domácí péči je zhruba stejně ve všech zvolených věkových kategoriích. Ve věkové kategorii 60-75 let je to 44 seniorů (39,28 %), ve věku 76-85 let je to 35 seniorů (31,25 %) a nad 86 let je to 33 nesoběstačných seniorů (29,47 %).

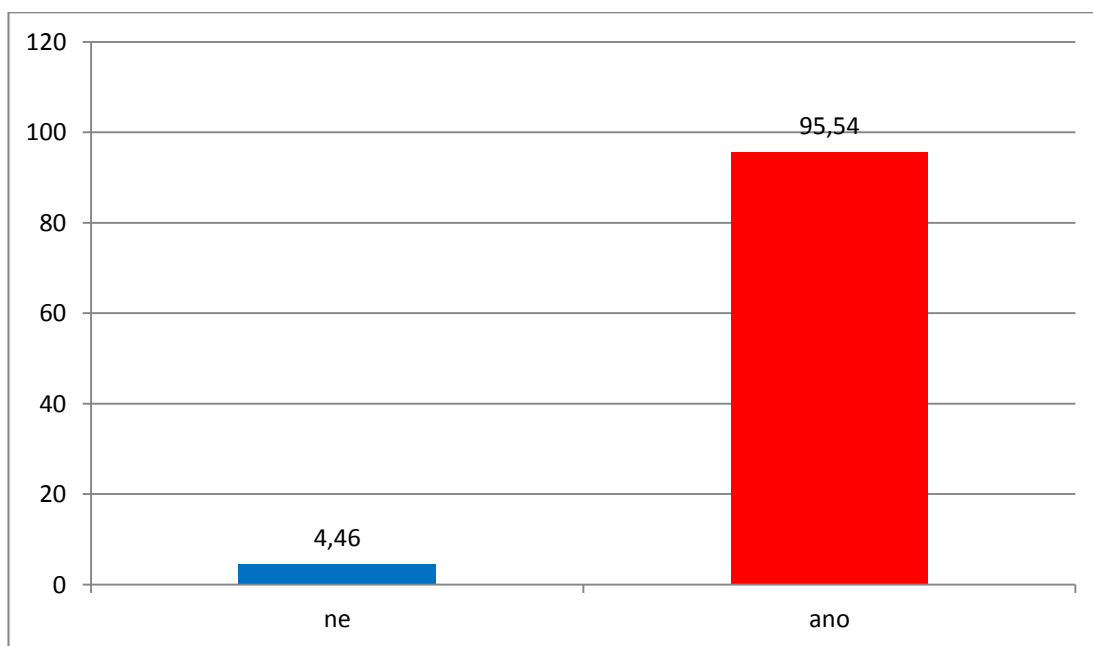
Diskuse:

Z demografických predikcí vyplývá, že zvláště výrazně je předpokládán nárůst počtu osob v nejstarších věkových skupinách, tj. ve věku 85 a více let, který by se měl zvýšit podle střední varianty projekce do roku 2066 na 7,5 násobek. Právě u této věkové skupiny starších občanů lze předvídat zvýšené požadavky na sociální a zdravotní péči (www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_ns.pdf).

Otázka č. 14 Jste rodinný příslušník?

Tabulka 15. Rodinní příslušníci pečující o seniory

Rodinný příslušník	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
NE	5	4,46
ANO	107	95,54
Celkem	112	100 %



Graf 15. Rodinní příslušníci pečující o seniory (%)

Komentář:

Výsledky z položky 14. dotazníkového šetření ukázaly, znázorněno v tabulce 15. a grafu 15., že nejvíc o seniora v domácím prostředí zdravotně pečují rodinní příslušníci. Z celkového počtu 112 respondentů je 107 osob (95,54 %) rodinní příslušníci a pouze 5 osob (4,46 %) jsou pečující osoby cizí.

Diskuse:

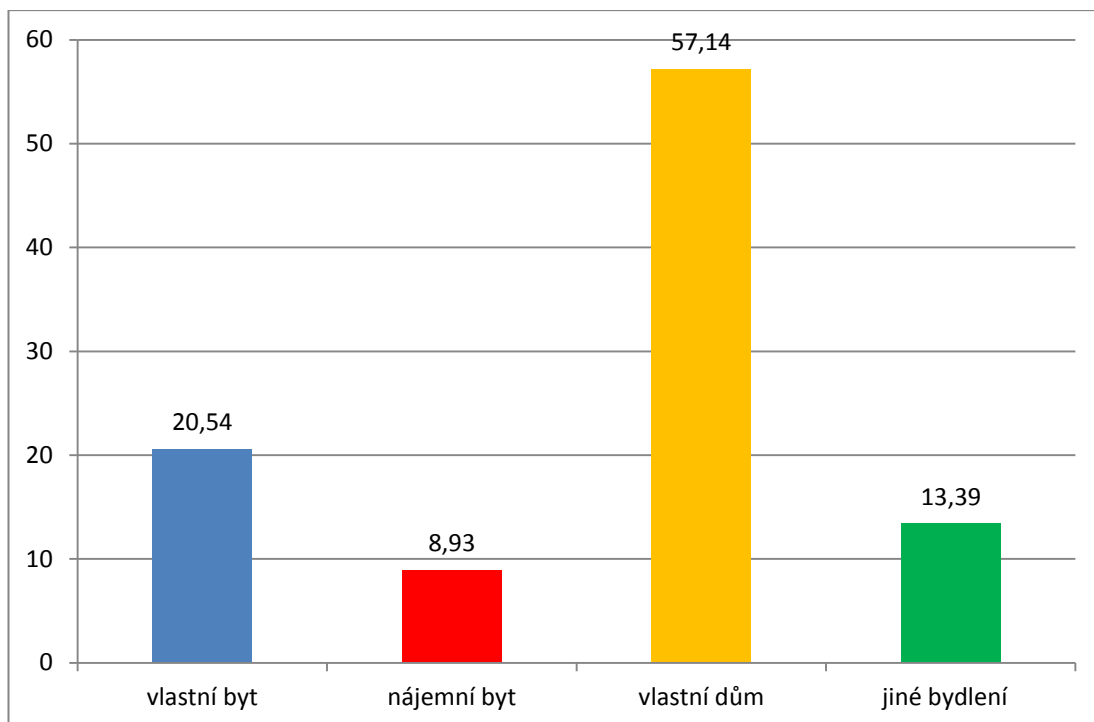
Demografické stárnutí přináší prodloužení jak střední délky života, tak i střední délky života ve zdraví. Přesto musíme očekávat, že určitý podíl seniorů v pokročilém věku v důsledku s multi-morbidit a křehkosti bude potřebovat podporu a péči. Politiky podporující aktivní stárnutí musí pod sebe zahrnout i politiky poskytující podporu a péči o křehčí seniory. Péče o seniory musí nabízet co nejširší škálu služeb, odpovídající rozdílným potřebám a životním situacím starších osob. Součástí péče o seniory musí být i podpora rodiny a zapojení rodiny do poskytovaných služeb. Rodinní příslušníci pečující o seniory musí dostat maximální podporu ve formě vzdělávání, možnosti opětovného začlenění na trhu práce, psychologického poradenství a dostupné nabídky odlehčovacích služeb. Zároveň nesmí být finančně znevýhodňováni oproti těm, kteří pro své rodině využili službu nabízenou či financovanou státem, která je vždy dražší.

(www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_ns.pdf)

Otázka č. 15 Bydlení seniora

Tabulka 16. Bydlení seniora

Bydlení seniora	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
vlastní byt	23	20,54
nájemní byt	10	8,93
vlastní dům	64	57,14
jiné bydlení	15	13,39
Celkem	112	100 %



Graf 16. Bydlení seniora (%)

Tady průzkum ukázal, viz. výše tabulka 16. a graf 16., jak jsou na tom senioři s vlastním bydlením. Ze 112 respondentů, kteří odpovídali na otázku „Bydlení seniora“ má vlastní dům 64 seniorů (57,14 %), vlastní byt 23 osob (20,54 %), nájemní byt 10 osob (8,93 %) a jiné bydlení 15 osob (13,39 %). Zde je patrné, že pro seniory je velmi důležité bydlet ve vlastním bydlení i v případě své nesoběstačnosti.

Zdroj grafů a tabulek: vlastní konstrukce na základě výsledků dotazníkového šetření.

4.3 Vztahová analýza výsledků dotazníkového šetření

V rámci vztahové analýzy jsme ověřovali platnost formulovaných hypotéz, tzn. že jsme ověřovali, zda jsou mezi vybranými vlastnostmi statisticky významné vztahy.

Ověřování H1:

Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s typem onemocnění seniora.

Hypotézu H1 jsme ověřovali pomocí dat, která jsme získali prostřednictvím položky 1 (onemocnění seniora) a položky 10 (výskyt úvah o umístění seniora do ústavní péče). Hypotézu bylo třeba ověřit u všech typů onemocnění, z nichž respondenti vybírali (dílní položky 1a až 1i).

K ověřování závislosti mezi oběma sledovanými jevy byl použit test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Ověřování jsme realizovali pro každou příčinu nesoběstačnosti (onemocnění) seniora samostatně. Statistická analýza byla provedena pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, výpočet byl realizován pomocí programu Microsoft EXCEL.

Postup ověřování vztahu podrobně popíšeme pouze u prvního typu onemocnění (po operaci páteře), v ostatních případech jsme postupovali stejným způsobem a proto uvedeme jen výsledky analýz.

ad H1a - Ověření vztahu mezi úvahami o umístění seniora do ústavu a onemocněním seniora „po operaci páteře“.

Test nezávislosti chí-kvadrát začíná formulováním statistických hypotéz (nulová a alternativní hypotéza).

H_0 : Mezi úvahami o umístění seniora do ústavu sociální péče a onemocněním „po operaci páteře“ není souvislost.

H_A : Úvahy o umístění seniora do ústavu sociální ovlivňuje to, zda senior je a nebo

není po operaci páteře.

Kromě zjištěných (pozorovaných) četností byly vypočítány tzv. *očekávané četnosti*. Z pozorovaných a očekávaných četností potom byla vypočítána hodnota testového kritéria chí-kvadrát. Vypočítanou hodnotu tohoto kritéria nebylo třeba srovnávat s kritickou hodnotou (pro 1 stupeň volnosti zvolenou hladinu významnosti 0,05) protože použitý statistický program automaticky vypočítává tzv. *signifikanci p*. Signifikance je pravděpodobnost nesprávného odmítnutí nulové hypotézy. O statisticky významné vztahy se jedná tehdy, pokud vypočítaná hodnota signifikance p je menší než 0,05.

Tabulka 17. Kontingenční tabulky pol. 10 vs. 1a

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.10 vs. pol.1a				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
po operaci	ne	21	82	103
páteře	ano	2	7	9
Σ		23	89	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.10 vs. pol.1a				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
po operaci	ne	21,1517	81,8481	103,00
páteře	ano	1,84821	7,15179	9,0000
Σ		23,00000	89,00000	112,00

Pearsonův chí-kvadrát: 0,017058, sv=1, signifikance $p=0,896088$

V daném případě je vypočítaná hodnota signifikance větší než 0,05, nemůžeme tedy odmítnout nulovou hypotézu a můžeme konstatovat, že *nebyl prokázán statisticky významný vztah* mezi danými jevy.

ad H1b - Ověření vztahu mezi úvahami o umístění seniora do ústavu a onemocněním seniora „lehká mozková příhoda“.

Tabulka 18. Kontingenční tabulky pol. 10 vs. 1b

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.10 vs. pol.1b				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
lehká mozková příhoda	ne	17	64	81
	ano	6	25	31
Σ		23	89	112

Kontingenční tabulka Očekávané četnosti pol.10 vs. pol.1b				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
lehká mozková příhoda	ne	16,63393	64,36607	81,0000
	ano	6,36607	24,63393	31,0000
Σ		23,00000	89,00000	112,0000

Pearsonův chí-kvadrát: 0,036629, sv=1, signifikance p=0,848223

Nebyl prokázán statisticky významný vztah.

ad H1c - Ověření vztahu mezi úvahami o umístění seniora do ústavu a onemocněním seniora „infarkt“.

Tabulka 19. Kontingenční tabulky pol. 10 vs. 1c

Kontingenční tabulka Pozorované četnosti pol.10 vs. pol.1c				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
infarkt	ne	23	77	100
	ano	0	12	12
Σ		23	89	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.10 vs. pol.1c				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
infarkt	ne	20,5357	79,4642	100,000
	ano	2,46429	9,53571	12,0000
Σ		23,0000	89,0000	112,0000

Pearsonův chí-kvadrát: 3,47326, sv=1, signifikance p=0,62368

Nebyl prokázán statisticky významný vztah.

ad H1d - Ověření vztahu mezi úvahami o umístění seniora do ústavu a onemocněním seniora „rakovina“.

Tabulka 20. Kontingenční tabulky pol. 10 vs. 1d

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.10 vs. pol.1d				
		Uvažoval		Σ
		ano	ne	
rakovina	ne	22	77	99
	ano	1	12	13
Σ		23	89	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.10 vs. pol.1d				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
rakovina	ne	20,3303	78,66964	99,0000
	ano	2,66964	10,33036	13,0000
Σ		23,00000	89,00000	112,000

Pearsonův chí-kvadrát: 1,48664, sv=1, signifikance p=0,222739

Nebyl prokázán statisticky významný vztah.

ad H1e - Ověření vztahu mezi úvahami o umístění seniora do ústavu a onemocněním seniora „po zlomenině krčku“.

Tabulka 21. Kontingenční tabulky pol. 10 vs. 1e

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.10 vs. pol.1e				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
zlomenina krčku	ne	21	84	105
	ano	2	5	7
Σ		23	89	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.10 vs. pol.1e				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
zlomenina krčku	ne	21,5625	83,4375	105,000
	ano	1,43750	5,56250	7,0000
Σ		23,0000	89,0000	112,000

Pearsonův chí-kvadrát: 0,295457, sv=1, signifikance p=0,586745

Nebyl prokázán statisticky významný vztah.

ad H1f - Ověření vztahu mezi úvahami o umístění seniora do ústavu a onemocněním seniora „Parkinsonova nemoc“.

Tabulka 22. Kontingenční tabulky pol. 10 vs. 1f

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.10 vs. pol.1f				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
Parkinsonova nemoc	ne	16	80	96
	ano	7	9	16
Σ		23	89	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.10 vs. pol.1f				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
Parkinsonova nemoc	ne	19,7142857	76,2857143	96
	ano	3,28571429	12,7142857	16
Σ		23	89	112

Pearsonův chí-kvadrát: 6,16447, sv=1, signifikance **p=0,013034**

Byl prokázán statisticky významný vztah mezi úvahami o umístění seniora do ústavu sociálních služeb a výskytem onemocnění „Parkinsonova nemoc“. Osoby, které pečují o seniora, který trpí Parkinsonovou nemocí, uvažují relativně častěji než ostatní pečující osoby o jeho umístění do ústavu sociálních služeb.

ad H1g - Ověření vztahu mezi úvahami o umístění seniora do ústavu a onemocněním seniora „Alzheimerova choroba“.

Tabulka 23. Kontingenční tabulky pol. 10 vs. 1g

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.10 vs. pol.1g				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
Alzheimerova choroba	ne	20	74	94
	ano	3	15	18
Σ		23	89	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.10 vs. pol.1g				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
Alzheimerova choroba	ne	19,30357	74,69643	94,0000
	ano	3,69643	14,30357	18,0000
Σ		23,00000	89,00000	112,000

Pearsonův chí-kvadrát: 0,196738, sv=1, p=0,657367

Nebyl prokázán statisticky významný vztah.

ad H1h - Ověření vztahu mezi úvahami o umístění seniora do ústavu a onemocněním seniora „stařecká demence“

Tabulka 24. Kontingenční tabulky pol. 10 vs. 1h

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.10 vs. pol.1h				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
stařecká demence	ne	17	67	84
	ano	6	22	28
Σ		23	89	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.10 vs. pol.1h				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
stařecká demence	ne	17,25000	66,75000	84,0000
	ano	5,75000	22,25000	28,0000
Σ		23,00000	89,00000	112,0000

Pearsonův chí-kvadrát: 0,018238, sv=1, p=0,892574

Nebyl prokázán statisticky významný vztah.

ad H1i - Ověření vztahu mezi úvahami o umístění seniora do ústavu a onemocněním seniora „amputace končetiny“.

Tabulka 25. Kontingenční tabulky pol. 10 vs. 1i

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.10 vs. pol.1i				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
amputace končetiny	ne	23	86	109
	ano	0	3	3
Σ		23	89	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.10 vs. pol.1i				
		uvažoval		Σ
		ano	ne	
amputace končetiny	ne	22,3839	86,6160	109,00
	ano	0,61607	2,38393	3,0000
Σ		23,0000	89,0000	112,00

Pearsonův chí-kvadrát: 0,796619, sv=1, signifikance p=0,372106

Nebyl prokázán statisticky významný vztah.

Závěr ověřování hypotézy H1:

Shrneme-li výsledky ověřování dílčích hypotéz, zjišťujeme, že statisticky významný vztah byl prokázán pouze u jednoho druhu onemocnění a to u Parkinsonovy nemoci. Osoby, které pečují o seniora, který trpí Parkinsonovou

nemocí, uvádějí relativně častěji (ve srovnání s ostatními pečujícími osobami), že uvažují o umístění seniora do ústavu sociálních služeb.

Hypotézu 1 tedy můžeme přijmout pouze pro tento konkrétní typ onemocnění seniorů, u ostatních nemocí hypotéza prokázána nebyla.

Ověřování H2:

Ženy mají jinou motivaci k poskytování péče o seniory než muži.

Hypotézu H2 jsme ověřovali pomocí dat, která jsme získali prostřednictvím položky 3 (motivace k poskytování péče o seniora) a položky 11 (pohlaví pečující osoby). Hypotéza byla ověřována pro všechny typy motivace, z nichž respondenti vybírali.

Ke statistické analýze byl použit test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, výpočet byl realizován pomocí programu Microsoft EXCEL.

Ad H2a – Ověření vztahu mezi pohlavím pečující osoby a její motivací k poskytování péče „blízkost milované osoby“.

Tabulka 26. Kontingenční tabulky pol. 11 vs. 3a

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.11 vs. pol.3a				
		blízkost		Σ
		ne	ano	
Pohlaví	muž	11	17	28
	žena	29	55	84
Σ		40	72	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.11 vs. pol.3a				
		blízkost		Σ
		ne	ano	
Pohlaví	muž	10,00000	18,00000	28,0000
	žena	30,00000	54,00000	84,0000
Σ		40,00000	72,00000	112,0000

Pearsonův chí-kvadrát: 0,207407, sv=1, signifikance p=0,648807

Nebyl prokázán statisticky významný vztah.

Ad H2b – Ověření vztahu mezi pohlavím pečující osoby a její motivací k poskytování péče „rodinná tradice“.

Tabulka 27. Kontingenční tabulky pol. 11 vs. 3b

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.11 vs. pol.3b				
		tradice		Σ
		ne	ano	
pohlaví	muž	22	6	28
	žena	65	19	84
Σ		87	25	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.11 vs. pol.3b				
		tradice		Σ
		ne	ano	
pohlaví	muž	21,75000	6,25000	28,0000
	žena	65,25000	18,75000	84,0000
Σ		87,00000	25,00000	112,0000

Pearsonův chí-kvadrát: 0,017165, sv=1, signifikance p=0,895764

Nebyl prokázán statisticky významný vztah.

ad H2c – Ověření vztahu mezi pohlavím pečující osoby a její motivací k poskytování péče „finanční motivace“.

Tabulka 28. Kontingenční tabulky pol. 11 vs. 3c

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.11 vs. pol.3c				
		finanční		Σ
		ne	ano	
pohlaví	muž	28	0	28
	žena	81	3	84
Σ		109	3	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.11 vs. pol.3c				
		finanční		Σ
		ne	ano	
Pohlaví	muž	27,2500	0,750000	28,0000
	žena	81,7500	2,250000	84,0000
Σ		109,0000	3,000000	112,0000

Pearsonův chí-kvadrát: 1,02752, sv=1, signifikance p=0,310741

Nebyl prokázán statisticky významný vztah.

Ad H2d – Ověření vztahu mezi pohlavím pečující osoby a její motivací k poskytování péče „lítost“.

Tabulka 29. Kontingenční tabulky pol. 11 vs. 3d

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.11 vs. pol.3d				
		lítost		Σ
		ne	ano	
pohlaví	muž	22	6	28
	žena	82	2	84
Σ		104	8	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.11 vs. pol.3d				
		lítost		Σ
		ne	ano	
pohlaví	muž	26,00	2,00	28,00
	žena	78,00	6,00	84,00
Σ		104,00	8,00	112,00

Chí-kvadrát = 11,48718; sv = 3; signifikance **p = 0,009364**

Byl prokázán *statisticky významný vztah* mezi pohlavím respondentů a motivací „lítost“. Muži uvádějí relativně častěji než ženy, že jejich motivací je lítost (pozorovaná četnost mužů, kteří uvádějí, že jejich motivací je „lítost“ je větší než četnost očekávaná).

Poznámka k interpretaci: Relativní četnost výběru motivace typu „lítost“ je u mužů $6:28=0,21$ (21%), u žen relativní četnost výběru tohoto typu motivace je $2:84=0,024$ (2,4%).

Ad H2e – Ověření vztahu mezi pohlavím pečující osoby a její motivací k poskytování péče „radost pečovat“.

Tabulka 30. Kontingenční tabulky pol. 11 vs. 3e

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.11 vs. pol.3e				
		radost pečovat		Σ
		ne	ano	
pohlaví	muž	27	1	28
	žena	82	2	84
Σ		109	3	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.11 vs. pol.3e				
		radost pečovat		Σ
		Ne	ANO	
pohlaví	muž	27,2500	0,750000	28,0000
	žena	81,7500	2,250000	84,0000
Σ		109,000	3,000000	112,000

Pearsonův chí-kvadrát: 0,114169, sv=1, signifikance p=0,735447

Nebyl prokázán statisticky významný vztah.

Závěr ověřování hypotézy H2:

Shrneme-li výsledky ověřování hypotézy H2 pro všechny typy motivace, můžeme konstatovat, že hypotéza se potvrdila pouze v případě motivace typu „lítost“. U mužů se motivace „lítost“ objevuje relativně častěji než u žen.

Ověřování H3:

Ženy mají zdravotní vzdělání (kurzy) častěji než muži.

Hypotézu H3 jsme ověřovali pomocí dat, která jsme získali prostřednictvím položky 5 (zdravotní vzdělání pečující osoby, kurz) a položky 11 (pohlaví pečující osoby).

K ověřování platnosti hypotézy jsme použili opět test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Ze získaných dat v položce 11 a položce 5 byla sestavena následující čtyřpolní tabulka.

Tabulka 31. Kontingenční tabulky pol. 11 vs. 5

Kontingenční tabulka pozorované četnosti pol.11 vs. pol.5				
		Zdravotní vzdělání		Σ
		ano	ne	
pohlaví	muž	0	28	28
	žena	13	71	84
Σ		13	99	112

Kontingenční tabulka očekávané četnosti pol.11 vs. pol.5				
Zdravotní vzdělání				
		ano	ne	Σ
Pohlaví	muž	3,25000	24,75000	28,0000
	žena	9,75000	74,25000	84,0000
Σ		13,0000	99,00000	112,0000

Pearsonův chí-kvadrát: 4,90236, sv=1, signifikance **p=0,026820**

Závěr ověřování hypotézy H3:

Byl prokázán *statisticky významný vztah* mezi pohlavím respondentů a jejich zdravotním vzděláním. Ženy mají zdravotní vzdělání častěji než muži, pozorovaná četnost žen, uvádějících zdravotní vzdělání je větší než pozorovaná četnost mužů se zdravotním vzděláním.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit současnou úroveň zdravotní péče o seniora v domácím prostředí. Bylo stanoveno pět dílčích úkolů a tři výzkumné hypotézy. Výzkum byl velmi časově náročný, neboť se dotazníkové šetření provádělo s pečujícími osobami přímo u nesoběstačného seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. Přes všechno úsilí a aktivitu na šetřeních se naplnily dílčí úkoly i hypotézy, které přinesly nová fakta a potvrdily se známé poznatky.

Pro vypracování teoretické části diplomové práce byla využita technika studia a analýzy odborné literatury a internetových zdrojů. Při zpracování empirické části byl použit kvantitativní výzkum a to techniky dotazníkového šetření a přímé pozorování zdravotní péče v rodině.

Z výsledku empirického šetření vyplynula najevo známá skutečnost o náročnosti zdravotní péče o nesoběstačného seniora v domácím prostředí.

Prvním dílčím úkolem bylo zjistit nejčastější příčinu – nemoc, která uvádí v nesoběstačnost seniora v domácím prostředí. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nejčastější příčinou, která uvádí seniora v nesoběstačnost je lehká mozková příhoda a následné ochrnutí (27,68 %), druhou nejčastější příčinou je stařecká demence (24,10 %), třetí příčinou je Alzheimerova choroba (16,08 %).

Druhým dílčím úkolem bylo zjistit úroveň, podmínky a motiv zdravotní péče v přirozeném prostředí. Výsledky dotazníkového šetření potvrdily, že se o seniora v domácím prostředí starají dobrovolně pečující osoby (99,11 %) hlavně blízké osoby (95,54 %), které jako motiv k poskytování zdravotní péče uvedly blízkost milované osoby (64,28 %), rodinnou tradici (22,32 %), lítost (4,46 %), radost pečovat a finanční motivace shodně (2,67 %). Jako jinou motivaci (3,57 %) uvádí pečující osoby rodinnou situaci anebo být příkladem pro své děti. Zajímavým výsledkem průzkumu se dále ukazuje, jak je pro seniory velmi důležité bydlet ve vlastním bydlení i v případě své nesoběstačnosti. Vlastní rodinný dům má (57,14 %) seniorů, vlastní byt má (20,54 %) seniorů, nájemní byt (8,93 %) a jiné bydlení (13,39 %) nesoběstačných seniorů.

Třetím dílčím úkolem bylo zjistit demografické údaje o pečujících osobách. Z výsledků lze jasně vyčíst, že nejvíce v domácím prostředí zdravotně pečují o nemocného seniora ženy (75 %). Ze 112 dotazovaných respondentů je 28 mužů (25 %), kteří v domácím prostředí pečují o seniora. Dále bylo zjištěno, že ve věku 20-35 let pečuje o nemohoucího seniora (4,46 %) pečujících osob, ve věku 36-50 let (32,15 %) a nad 51 let věku pečuje o seniora (63,39 %) respondentů.

Čtvrtým dílčím úkolem bylo zjistit jakou prevencí pečující osoby chrání sebe před vyčerpáním a syndromem vyhoření. Byla možnost zvolení více možných variant odpovědí na prevenci. Ze 112 oslovených respondentů 57 relaxuje čtením knih, čtením časopisů, sledováním televize. Dále 39 pečujících osob relaxuje procházkou v přírodě. Jako jinou relaxaci uvádí 29 respondentů. Jedná se např. o hlídání vnoučat, užívání si samoty, zahradničení, návštěva sauny, ruční práce, informace na počítači, procházka se psem, starost o domácí zvířectvo. Někteří dotazovaní respondenti uvádí jako jinou relaxaci meditování, sbírání hub v lese. Dalších 17 respondentů uvádí jako odreagování se od starostí provozování sportu. Do toho někteří zahrnují jógu, jízdu na kole, turistiku.

Pátým dílčím úkolem bylo zjistit náročnost a psychické vyčerpání pečujících osob při zdravotní péči o seniora v domácím prostředí. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce náročnou činností pro pečující osoby je všeobecně poskytování hygieny (54,46 %). Další náročnou činností je přebalování plen (27,67 %), jiné věci (14,28 %) a očista vývodu (3,59 %) u nesoběstačných seniorů. U odpovědi jiné věci pečující osoby nejčastěji uvádějí, že je těžká manipulace se seniory, polohování na lůžku. Dále léčení a převazování dekubitů, hlídání na chodítku, seniorova agresivita, seniorova deprese, stres, návštěvy u lékařů, přejíždění s nimi po vyšetřeních, neustálá starost o jejich osobu. Některé pečující osoby si stěžují na vyhovění seniorově požadavkům, podávání různých věcí přímo do rukou. U některých seniorů je velmi špatná s nimi komunikace, ztrácejí smysl pro realitu, mají narušenou psychiku a trpí ztrátou paměti. Dále je u některých respondentů náročné chystat dietní stravu, následné krmení seniora, nepřetržitá starost, nejistota, co jim den přichystá a z toho vyčerpání plynoucí únava. Další zkoumanou položkou bylo zjistit z dotazníkového šetření, který aspekt je v péči o seniora nejnáročnější. Nejvíce dotazovaných pečujících osoby uvedlo, že je nejnáročnější pro ně pocit duševního vyčerpání

(52,68 %), pocit emocionálního vyčerpání (24,11 %) a pocitem fyzického vyčerpání uvedlo (23,21 %) respondentů.

Hypotéza H1 – Úvahy pečujících osob o umístění seniora do ústavní péče souvisejí s typem onemocnění seniora. Tuto hypotézu bylo třeba ověřit pro všechny typy onemocnění, z nichž respondenti vybírali.

Shrneme-li výsledky ověřování dílčích hypotéz, zjišťujeme, že statisticky významný vztah byl prokázán pouze u jednoho druhu onemocnění a to u Parkinsonovy nemoci. Osoby, které pečují o seniora, který trpí Parkinsonovou nemocí, uvádějí relativně častěji (ve srovnání s ostatními pečujícími osobami), že uvažují o umístění seniora do ústavu sociálních služeb. Hypotézu 1 tedy můžeme přijmout pouze pro tento konkrétní typ onemocnění seniorů, u ostatních nemocí hypotéza prokázána nebyla.

Hypotéza H2 – Ženy mají jinou motivaci k poskytování péče o seniory než muži. Tuto hypotézu bylo třeba ověřit pro všechny typy motivace, z nichž respondenti vybírali.

Shrneme-li výsledky ověřování hypotézy H2 pro všechny typy motivace, můžeme konstatovat, že hypotéza se potvrdila pouze v případě motivace typu „lítost“. U mužů se motivace „lítost“ objevuje relativně častěji než u žen.

Hypotéza H3 – Ženy mají zdravotní vzdělání (kurzy) častěji než muži.

Byl prokázán *statisticky významný vztah* mezi pohlavím respondentů a jejich zdravotním vzděláním. Ženy mají zdravotní vzdělání častěji než muži, pozorovaná četnost žen, uvádějících zdravotní vzdělání je větší než pozorovaná četnost mužů se zdravotním vzděláním.

Diplomová práce může být přínosem v praxi z teoretické i praktické části pro širší veřejnost, nejen pro pečující osoby, zajišťující zdravotní péči o nesoběstačného seniora v domácím prostředí. Informace, které jsou zde uvedeny, mohou být přínosem i pro samotné nesoběstačné seniory.

Bylo by vhodné, aby se o domácí péči hovořilo a také psalo v odborných publikacích a knihách, kterých je stále nedostatek v této oblasti.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá pečujícími osobami, které v domácím prostředí pečují o nesoběstačného seniora. Teoretická část práce se věnuje pojmům stáří, historie domácí péče, příspěvek na péči. V další části jsou uvedeny nejčastější nemoci a poranění seniorů, problematika a prevence vzniku dekubitů, výživa seniorů, kde je popsán správný pitný režim a význam vitamínů. Dále jsou v diplomové práci uvedeny možnosti předcházení syndromu vyhoření, kde jsou stručně popsány různé relaxační techniky.

Empirická část diplomové práce se věnuje kvantitativnímu výzkumu, který se zabýval otázkami pro pečující osoby, které zdravotně pečují o nemohoucího seniora v domácím prostředí. Náročným dotazníkovým šetřením přímo v domácím prostředí se zjišťovala od pečujících osob současná úroveň domácí péče o seniora a zároveň se analyzovaly dílčí úkoly s testováním hypotéz kolem zdravotní péče o nemohoucího seniora v domácím prostředí.

Výzkumem se dospělo k těmto nejdůležitějším výsledkům: nejčastější nemocí, která uvede v nesoběstačnost seniora je cévní mozková příhoda a následné ochrnutí (27,68 %). Motivem pro dobrovolně pečující osoby (99,11 %) je především blízkost milované osoby (64,28 %). V domácím prostředí zdravotně pečují více ženy (75 %). Jako nejvíce náročnou činnost pro respondenty je poskytování hygieny u nesoběstačných seniorů (54,46 %). Který aspekt je v péči o seniora nejnáročnější, odpovědělo (52,68 %) pečujících osob, že je pro ně nejnáročnější pocit duševního vyčerpání. Z hypotéz se ověřila skutečnost, že osoby, které trpí Parkinsonovou nemocí, tak více pečující osoby uvažují o umístění seniora do ústavu sociálních služeb. U druhé hypotézy se potvrdila motivace „lítost“, která se potvrzuje více u mužů než u žen. U třetí hypotézy se potvrdilo, že ženy mají častěji zdravotní vzdělání než muži.

Znalost problémů pečujících osob a nesoběstačných seniorů může pomoci přispět z tohoto výzkumu diplomové práce do budoucna zkušeností a poznatků, nejen budoucím pečujícím osobám, seniorům, ale i zdravotním institucím, sociálním službám a úřadům.

SUMMARY

This thesis deals with the social workers that in-home care infirm a senior. The theoretical part deals with the concepts of age, history of home care, care allowance. The next section describes the most common diseases and injury to the elderly, problems and prevention of pressure sores, elderly nutrition, which describes the correct drinking regime and the importance of vitamins. Furthermore, in this thesis include the possibility of preventing burnout, which are briefly described various relaxation techniques.

The empirical part of the thesis deals with the quantitative research that addresses issues of caring for people who care about health and impotent seniors at home. Questionnaire survey examined the current level of home care for the elderly and also detect sub-tasks and hypotheses about health care the impotent seniors at home.

Research to arrive at these most important results: the most common diseases that puts the self-sufficient seniors stroke and subsequent paralysis (27.68 %). The motive for volunteer caregivers (99.11 %) is mainly the proximity of a loved one (64.28 %). In home health care more women (75%) . The most challenging activities for respondents is providing hygiene for senior citizens (54.46 %). Which aspect is in the care of the elderly people the hardest, responded (52.68 %) of carers, that is for them demanding the mental exhaustion. The hypothesis was verified by the fact that people who suffer from Parkinson's disease , and most caregivers are considering placing an elderly person in a nursing services. For the second hypothesis was confirmed motivation "regret " that confirms more in men than in women. The third hypothesis was confirmed that women are more likely than men to medical education .

Knowing the problems of caregivers and senior citizens can help contribute to this research thesis in the future experience and knowledge , not just future for carers , seniors, and health institutions , social services and authorities.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. *Alzheimer Europe* [online]. 2013, last updated: Wednesday 05 August 2013. 5.8.2013. Ongoing research.

Dostupné z: <<http://www.alzheimereurope.org/index.php/EN/Dementia/Alzheimer-s-disease/What-kind-of-research-has-been-carried-out>>.

2. APPLE, M. 2000. *The Hamlyn Encyclopedia of Family Health*. Octopus Publishing Group Limited: Rebo Productions cz., s.r.o., 384 s. ISBN 80-7234-136-7.

3. ASTL, J. a kol. 2009. *Jak jíst a udržet si zdraví anebo Vyvážený zdravý životní styl pro každý den*. Praha: Maxdorf. 328 s. ISBN 978-80-7345-175-2.

4. BARTÁK, K.; V. VONDRUŠKA. 2001. *Výživou ke zdraví*. 1. vyd. Hradec Králové: Ústav tělovýchovného lékařství FN a LFUK, 36 s. ISBN 80-238-7552-3.

5. BENEŠOVÁ, V. a kol. 2003. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vydání Praha: Centrum úrazové prevence UK2 a FN Motol. 84 s. ISBN 80-239-2104-5.

6. BOMBASTUS – *léčivá síla přírody – Feng Shui*, obrázek č. 1 – symboly Jing a Jang, obrázek č. 2 – Pět elementů. [online]. 2013 [cit.2013-11-05].

Dostupné na: www.bombastus.cz/Feng-Shui.

7. BROWN, S. (2011). *Feng – Shui od A do Z*. Praha: Metafora, s.r.o., 400 s. ISBN 978-80-7359-323-0.

8. BUREŠOVÁ, A., L. ŘEZÁČOVÁ, Z. STEHLÍKOVÁ. 2009. *Sociálně zdravotní péče o seniory*. Závěrečná zpráva ke kurzu Problémy české společnosti a veřejná politika, Praha: Karlova Univerzita Praha.

9. BYDŽOVSKÝ, J. 2011. *Předlékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Grada, 117 s. ISBN 978-80-247-2334-1.

10. CIMICKÝ, J. 2013. *21. století*. AVS přístroj – Galaxy – psychowalkman, č. 11, ročník 2013, s. 8-9.

Dostupné na: [www.Neurotechnology Research Corp./Harvard University, USA](http://www.NeurotechnologyResearchCorp.com)

11. CUNGI, CH. 2005. *Relaxace v každodenním životě*. Praha: Portál s.r.o., 159 s. ISBN 80-7178-948-8.

12. ČÍŽKOVÁ a kol. 1999. Olomouc. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: 175 s. ISBN 80-7067-953-0.
13. ČERMÁK, B., a kol. 2002. *Výživa člověka*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, zemědělská fakulta, 224 s. ISBN 80-70405-76-7.
14. DISMAN, M. 2005. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
15. DOSTÁLOVÁ, J., B. TUREK. 1996. *Výživa ve stáří*. Praha: Ústav zemědělských a potravinářských informací. 56 s. ISBN 80-85120-54-2.
16. DUKE, J. A. 2006. *The Green Pharmacy*. Printed and bound in Germany by GGP Media GmbH, Pössneck. Praha: Parsons, Walton, Press. 576 s. ISBN 80-86880-23-0.
17. EMMEROVÁ, J. a kol. 1997. *Rodinná encyklopedie alternativní medicíny*. Praha: Readers Digest Výběr. 400 s. ISBN 80-902069-3-X.
18. GALLEROVÁ, V. 2013. *Výživa v nemoci. Péče o seniory*. [online]. 2013 [cit. 30.11.2013]. Dostupné z: www.vyzivavnemoci.cz.
19. GROFOVÁ, Z. K. 2011. *Dieta pro vyšší věk*. Praha: Forsapi 167 s. ISBN 978-80-87250-11-2.
20. HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
21. HAMILTON, I. S. 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 80-7178-274-2.
22. HAVLÍK, B. 2006. *Pijeme zdravě?* Praha: Sdružení českých spotřebitelů, 32 s. ISBN 80-239-7677-X.
23. HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum*. Praha. Portál. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
24. HORNYCH, J. a kol. 2007. *Dobrovolná sestra*. 2. vydání Praha: Český červený kříž. 330 s. bez ISBN.
25. CHOVANCOVÁ, P. a kol. 2012. *Vybrané otázky péče o osobu blízkou*. Olomouc – CARITAS, 51 s. ISBN 978-80-87623-00-8.
26. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

27. KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
28. KEPRTOVÁ, I. 2006. *Decubitus – chyba v ošetřování: bakalářská práce*. Brno: Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. 82 s., 32 l. příloha vedoucí bakalářské práce Pinkavová Hana.
29. KOLÉBALOVÁ, J., J. KRATOCHVÍLOVÁ. 2010. *Rehabilitujeme doma*. Brno: Moravskoslezský kruh. 95 s. ISBN 978-80-254-7334-4.
30. KOTULÁN, J. 2009. *Zdravotní nauky pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita. 258 s. ISBN 978-80-210-3844-8.
31. KROUTILOVÁ, NOVÁKOVÁ a kol. 2011. *Pečovatelsví II*. Triton: Praha 10. 134 s. ISBN 978-80-7387-531-2.
32. KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada – Avicentrum. 129 s. ISBN 80-7169-5551-3.
33. KŘIVOHLAVÝ, J. 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
34. MAROON, I. 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál. 135 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
35. MATOUŠEK, O. a kol. 2007. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
36. MICHALÍK, J. 2010. *Malý právní průvodce pečujícími*. Brno: Moravskoslezský kruh. 127 s. ISBN 978-80-254-7333-7.
37. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2013. *Zdravotně postižení. Příspěvek na péči*. [online]. 27.11.2013.
Dostupné z: www.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek - portál Ministerstva práce a sociálních věcí.
38. MISCONIOVÁ, B. *Národní centrum domácí péče České republiky. Historie domácí péče* [online] 27.11.2013.
Dostupné z: www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece.
39. MIKULA, J. a N. MÜLLEROVÁ. 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada Publishing. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

40. *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období 2013 – 2017* [online]. 2014 [cit. 2014-4-3].

Dostupné z: www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_ns.pdf.

41. NOVÁKOVÁ, R. 2008. *Pečovatelsví I*. Praha: Nakladatelství Triton. 119 s. ISBN 978-80-7387-085-0.

42. PRUTHI, S. 2011. *Encyklopedie zdravé ženy*. Praha: Readers Digest Výběr s.r.o. 320 s. ISBN 978-80-7406-159-2.

43. RUSH, M. 2003. *Syndrom vyhoření*. 1. vydání, Praha: Návrat domů. 129 s. ISBN 80-7255-074-8.

44. SKULILOVÁ, L. 2012 *Šťastný domov pomocí FENG ŠUEJ na míru pro české prostředí* Frýdek Místek: Nakladatelství Alpress. 160 s. první vydání ISBN 978-80-7362-986-1.

45. STRAUSS, S. J. CORBINOVÁ. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu* Brno: Albert. 202 s. ISBN 80-85834-60-X.

46. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

47. TOPINKOVÁ, E. a J. NEURWIRTH. 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing. 299 s. ISBN 80-7169-099-6.

48. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách* [online]. 4. ledna 2014.

Dostupné z : <https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf>.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Základní demografické charakteristiky české populace

Příloha č. 3 Klinický obraz změn po použití AVS přístroje

Příloha č. 1: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás tímto dotazníkem oslovit a požádat o spolupráci při tvorbě diplomové práce na téma “Zdravotní péče o seniory v domácím prostředí”. Jmenuji se Helena Michenková a jsem studentkou navazujícího magisterského oboru Pedagogika – sociální práce.

Výzkumné šetření je nedílnou součástí praktické části diplomové práce a já Vás prosím o zodpovězení následujících otázek. Dotazník je anonymní a veškeré získané údaje jsou považovány za důvěrné a budou použity pouze pro účely této práce. Vámi zvolenou odpověď prosím zakroužkujte, případně uveďte odpověď slovy na připravenou linku. Předem děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný tomuto dotazníku.

1. Jaká je příčina – nemoc seniora, který je nesoběstačný a potřebuje zdravotní péči o svou osobu v domácím prostředí?

- ☐ po operaci páteře
- ☐ lehká mozková příhoda, ochrnutí
- ☐ infarkt
- ☐ rakovina - čeho
- ☐ po zlomenině krčku
- ☐ Parkinsonova nemoc
- ☐ Alzheimerova choroba
- ☐ stařecká demence
- ☐ amputace končetiny
- ☐ jiná nemoc

2. Jste dobrovolně pečující osoba?

- ☐ ano
- ☐ ne

3. Jakou máte motivaci k poskytování péče o seniora?

- ☐ blízkost milované osoby
- ☐ rodinná tradice
- ☐ finanční motivace
- ☐ lítost
- ☐ radost pečovat
- ☐ jiná motivace

4. Pečujete o seniora na plný úvazek?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ několik hodin denně – kolik
- ☐ několik hodin týdně - kolik

5. Máte nějaké zdravotní vzdělání, kurz, bývalou práci ve zdravotnictví?

- ☐ ne
- ☐ ano - jaké

6. Je péče o seniora v domácím prostředí pro Vás náročná?

- ☐ ne
- ☐ ano

7. Co je pro Vás nejnáročnější na péči?

- ☐ hygiena
- ☐ přebalování plen
- ☐ očištění vývodu
- ☐ jiné věci

8. Jakou pro sebe děláte prevenci před vyčerpáním a následným syndromem vyhoření z péče o seniora?

- ☐ procházky přírodou
- ☐ cvičení, sportování – jaké
- ☐ knihy, televize, časopisy
- ☐ jiný relax – jaký

9. Který aspekt je pro Vás v péči o seniora nejnáročnější?

- ☐ pocit tělesného – fyzického vyčerpání
- ☐ pocit emocionálního vyčerpání
- ☐ pocit duševního (psychického) vyčerpání

10. Uvažovali jste někdy o umístění nesoběstačného seniora do Ústavu sociální služby?

- ☐ ne - neuvažovali
- ☐ ano – uvažovali – důvod

11. Pohlaví pečující osoby

- ☐ muž
- ☐ žena

12. Věk pečující osoby

- ☐ 20 – 35 let
- ☐ 36 – 50 let
- ☐ nad 51 let

13. Jaký je věk seniora?

- ☐ 60 – 75 let
- ☐ 76 – 85 let
- ☐ nad 86 let

14. Jste rodinný příslušník?

- ☐ ne
- ☐ ano - jaký

15. Bydlení seniora

- ☐ vlastní byt
- ☐ nájemní byt
- ☐ vlastní dům
- ☐ jiné bydlení - uveďte jaké

Příloha č. 2

Základní demografické charakteristiky české populace:

- Trvale klesající porodnost a snižující se úmrtnost ve všech věkových skupinách.
- Prodlužování střední délky života.
- Zvyšování absolutního počtu starých lidí i jejich procentuální zastoupení v populaci (Tabulka 1.).
- Trend populačního stárnutí bude v ČR i ve světě dále pokračovat (Topinková, 2005).

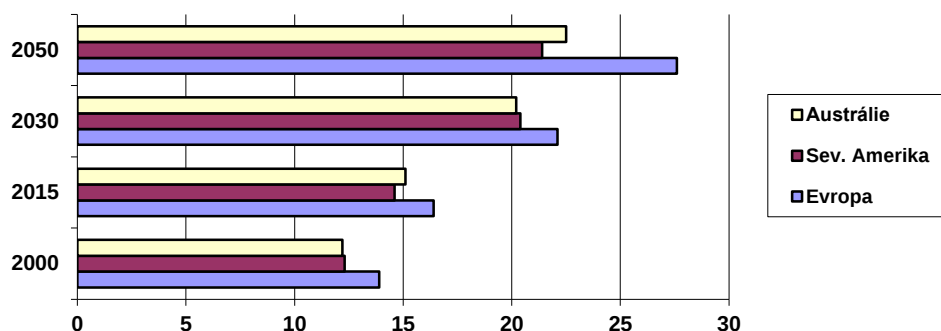
Tabulka 1. Demografické stárnutí populace ČR v historickém vývoji a prognóze

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
Zastoupení osob nad 65 let.	8,3 %	12,9 %	13,9 %	23,1 %	32,7 %
Zastoupení osob nad 80 let.	1,0 %	1,7 %	2,5 %	5,3 %	9,5 %
Index stárí.*	51,7	82,3	111,8	243,0	296,1

*Index stárí je počet osob nad 65 let na 100 osob ve věku 0-14 let (Topinková, 2005)

Během druhé poloviny 20. století se podstatně prohloubilo populační stárnutí obyvatelstva Evropy, kterou zde uvažujeme v jejím politickém vymezení daném členstvím zemí v Radě Evropy, tj. včetně Turecka a Zakavkazských zemí. Dále se uváděná data týkají 41 členských zemí a dvou nečlenských (Jugoslávie a Běloruska). Pro tři zbývající malé členské státy (Andorra, Lichtenštejnsko a San Marino) populační projekce OSN nejsou k dispozici. Absolutní počet seniorů starších 65 let se více než zdvojnásobil ze 46 mil. v roce 1950 na 112 mil. v roce 2000 a jejich podíl v celkové populaci se zvýšil z 8 % na 14 %. V následujících padesáti letech bude stárnutí obyvatelstva dominantním demografickým procesem

Evropy. Evropa je v současnosti demograficky nejstarším regionem světa a podle populačních prognóz OSN (revize z roku 2000, střední varianta) si tuto pozici udrží i nadále. Zejména po roce 2030 se její prvenství ještě podstatně zvýrazní (Mašková, 2010).



Graf 1. Stárnutí obyvatelstva ve věku 65 a více let vyspělých regionů světa (v %), 2000-2050.

Zdroj: www.demografie.info

V Evropě jsou na jedné straně země, jejichž věková struktura je ještě velmi mladá s podílem seniorů pod 6 %. Na druhé straně „nejstarší“ země je Itálie s podílem osob starších 65 let vyšším než 18 %, následovaná Řeckem a Švédskem. Do roku 2015 budou rychle stárnout především ty evropské země, ve kterých je stárnutí již podstatněji rozvinuto, a některé další, kde intenzita plodnosti i úmrtnosti v posledních letech podstatně poklesla. K těmto zemím se řadí také Česká republika.

V období 2015-2030 bude intenzivní stárnutí probíhat již ve všech evropských zemích. Kromě efektu nízké úrovně plodnosti a rostoucí naděje dožití bude v řadě zemí ovlivňovat nárůst podílu seniorů i přesun početně silných poválečných ročníků přes hranici 65 let. Po roce 2030 se začnou plně projevovat důsledky rozdílů současných i očekávaných úrovní plodnosti a úmrtnosti. Zatímco v zemích severní a západní Evropy lze podle projekcí OSN očekávat mírné zpomalení procesu stárnutí, v ostatních zemích se bude podíl seniorů výrazně zvyšovat. V demograficky nejstarších evropských zemích jižní a střední Evropy bude podíl seniorů dosahovat více než 30 % z celkového počtu obyvatelstva. Česká republika s téměř 33 % osob ve věku nad 65 let bude podle prognózy zaujímat šestou pozici v Evropě. (Mašková, 2010)

Příloha č. 3

Klinický obraz změn po použití AVS přístroje

Pozitivní změny na organismus jsou výrazné a komplexní. Klinický obraz změn po prvním a jediném 30 minutovém použití AVS přístroje (model Brainwave Synchronizer) Při cílové hladině vědomí 10Hz (Hertz za sekundu) - střední alfa.

Fyziologický nález	Před	Po použití	Rozdíl v %
Elektrická aktivita mozku nabuzení kortexu	20,1 Hz	10,2 Hz	pokles 100 %
Srdeční tep	74.6 t/m	67,8t/m	pokles 9 %
Krevní tlak	112/68	108/66	pokles 4 %
Stupeň okysličení arteriální krve	objektivně v normě	+17 %	nárůst 17 %
Neurohormonální nález			
1. Melatonin	objektivně v normě	-8 %	pokles 8 %
2. Beta Endorfin		+23 %	nárůst 23 %
3. Serotonin		+23 %	nárůst 23 %
4. Norepinefrin		+13 %	nárůst 13 %
Psychologický nález			
1. Test IQ - Wechsler verbal score	102,0 bodů	108,0 bodů	nárůst 6 %
2. Stav úzkosti (STAI)	36,3 bodů	24,3 bodů	pokles 23 %
3. Test psychických rezerv (CRI)	177,3 bodů	190,0 bodů	nárůst 7 %

Průměrné hodnoty ze skupiny 100 osob (53 žen a 47 mužů ve věku 21-56 let) bez jakéhokoli klinického patologického nálezu. Zdroj: WAAT (World association for AVS technology). Původní pramen: Neurotechnology Research Corp./Harvard University, USA, Shealy Unstitute + Mindworks International, Miami, USA, 1993 - 1995.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Helena Michenková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotvědy
Vedoucí práce:	PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Zdravotní péče o seniory v domácím prostředí.
Název v angličtině:	Health care for the elderly at home.
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá úrovní zdravotní péče v domácím prostředí, kde dotazovaní respondenti pečují o nesoběstačného seniora. Teoretická část práce se věnuje pojmům stáří, historie domácí péče, příspěvek na péči. V další části jsou uvedeny nejčastější nemoci a poranění seniorů, problematika a prevence vzniku dekubitů, výživa seniorů, kde je popsán správný pitný režim a význam vitamínů. Dále jsou v diplomové práci uvedeny možnosti předcházení syndromu vyhoření, kde jsou stručně popsány různé relaxační techniky. Empirická část diplomové práce se věnuje kvantitativnímu výzkumu, který se zabývá otázkami pro pečující osoby, které zdravotně pečují o nemohoucího seniora v domácím prostředí. Dotazníkovým šetřením se zjišťovala současná úroveň domácí péče o seniora a zároveň se zjistily dílčí úkoly a hypotézy kolem zdravotní péče o nemohoucího seniora v domácím prostředí. Výzkumem se potvrdily známé fakta a poznatky, které mohou přispět do budoucna dalším pečujícím osobám a široké veřejnosti.
Klíčová slova:	Senior, zdraví, péče, stáří, prevence, duševní hygiena, relaxace, rodina, příspěvek na péči, domov, přátelé, nesoběstačnost, syndrom vyhoření, pečující osoba
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the social workers that in-home care for senior nesoběstačného. The theoretical part deals with the concepts of age, history of home care, care allowance. The next section describes the most common diseases and injuries of the elderly, problems and prevention of pressure sores, elderly nutrition, which describes the correct drinking regime and the importance of vitamins. Furthermore, in this thesis include the possibility of preventing burnout, which are briefly described various relaxation techniques. The empirical part of the thesis deals with the quantitative

	research that addresses issues of caring for people who care about health and impotent seniors at home. Questionnaire survey examined the current level of home care for the elderly and also detect sub-tasks and hypotheses about health care impotent seniors at home. Research has confirmed the known facts and insights that may help in the future to other carem.
Klíčová slova v angličtině:	senior, health, care, age, preventiv, menetal hygiene, relaxation, family, contribution on care, home, friends, no self sufficient, burnout syndrome, take care person
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1) Dotazník Příloha č. 2) Základní demografické charakteristiky české populace Příloha č. 3) Klinický obraz změn po použití AVS přístroje
Rozsah práce:	98 stran
Jazyk práce:	Český