

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní péče

Bakalářská práce

Lucie Rýznarová

Péče o seniory v ústavním zařízení, zajištění

bio-psycho-sociální pohody ve staří

Olomouc 2012

Vedoucí práce: MUDr. Kateřina Kikalová, PhD.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu bibliografie.

Ve Zborově dne 17.3.2012

Lucie Rýznarová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce paní MUDr. Kateřině Kikalové, PhD., za odborné vedení, cenné připomínky, trpělivost a čas, který mi věnovala při konzultacích během vypracování mé bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala své rodině za jejich velkou podporu a porozumění během celého studia.

OBSAH

OBSAH	4
Úvod	6
1 Cíle a úkoly práce	7
1.1 Dílčí cíle	7
2 Souhrn teoretických poznatků	8
2.1 Stáří	8
2.1.1 Stáří a jeho definice.....	8
2.1.2 Členění stáří.....	9
2.1.3 Chronologický věk a biologický věk.....	10
2.1.3.1 Chronologický věk.....	10
2.1.3.2 Biologický věk.....	10
2.1.4 Antropologické metody používané k určení biologického věku.....	11
2.1.5 Gerontologie a geriatric.....	11
2.1.5.1 Vymezení oboru geriatric podle Přehnal.....	12
2.1.6 Příčiny stárnutí.....	12
2.1.7 Délka života.....	13
2.2 Fyziologické změny stáří	14
2.2.1 Biologická stránka stáří.....	14
2.2.1.1 Pohybový aparát.....	14
2.2.1.2 Kardiopulmonální systém.....	14
2.2.1.3 Trávicí systém.....	14
2.2.1.4 Změny reprodukčního a vylučovacího systému.....	15
2.2.1.5 Změny na kůži.....	15
2.2.1.6 Nervový systém.....	15
2.2.1.7 Změny na smyslových orgánech.....	15
2.2.2 Psychická stránka stáří.....	16
2.2.3 Sociální stránka stáří.....	16
2.2.3.1 Stáří jako sociální událost.....	16
2.2.3.2 Ageismus.....	17
2.2.3.3 Pozitivní sociální aspekty stáří.....	18
2.3 Stáří a nemoc	18
2.3.1 Přehled nejčastějších onemocnění ve stáří.....	19
2.3.1.1 Syndrom demence.....	20
2.3.2 Prevence onemocnění ve stáří.....	20
2.4 Důchodový věk	21
2.4.1 Příprava na stáří.....	21
2.4.1.1 Typy reakce na stáří.....	21
2.4.2 Volnočasové aktivity v důchodovém věku.....	22
2.4.3 Charakteristika vzdělávacích institucí zaměřených na seniory.....	22
2.5 Péče o seniory	23
2.5.1 Z historie péče o seniory.....	23
2.5.2 Možnosti poskytování péče seniorům.....	24
2.5.3 Sociální služby pro seniory.....	25
2.5.4 Senior v ústavní péči.....	26
2.5.4.1 Rizika spojená s ústavní péčí.....	27
2.5.4.2 Důstojnost v ústavní péči.....	27
2.5.5 Domácí péče.....	28
2.5.5.1 Domácí rodinná péče.....	28

2.5.5.2 Domácí profesioální péče	29
3 Metodika práce	31
3.1. Výzkumné předpoklady.....	32
3.2. Výzkumné otázky	32
4 Výsledky a diskuze.....	33
5 Závěr.....	36
Souhrn	38
Summary	38
Referenční seznam.....	39
Bibliografie	39
Zákonné normy	40
Internetové zdroje	40
Seznam použitých zkratk.....	41
Seznam použitých tabulek	41
Seznam použitých grafů.....	41
Seznam použitých obrázků.....	41
Seznam příloh	42

Úvod

Stáří je často nazýváno podzimem života. Jde ale o podzim prosluněný, hýřící barvami nebo ponurý a sychravý čas, přinášející deprese s pocity úzkosti a beznaděje? Je pravděpodobné, že na tuto otázku bude jinak odpovídat mladý člověk, mající život před sebou, dospělý nacházející se na vrcholu své životní a profesní dráhy i člověk s dlouholetou životní zkušeností, pro něhož je stáří každodenní skutečností.

Motivem k napsání této práce zabývající se málo populárním, ale velmi aktuálním tématem stáří, je má osobní zkušenost. Vychází ze vzpomínek na prarodiče, studentských brigád a dobrovolnické činnosti v zařízeních pro seniory a konečně i zkušenosti obětavé, několikaleté péče mé tchyně, která starala o „starou bábinku“. Ta se mimochodem dožila, díky této péči, úctyhodných a především spokojených 99 let v domácím prostředí a v kruhu svých nejbližších.

Výdobytky moderní doby umožňují léčbu dříve smrtelných chorob, díky dostatku potravin a jejich dostupnosti nehrozí nám středoevropanům smrt hladem a skutečnost pokojného dožití, je všeobecně vnímáno jako realita. Současné výzkumy v oblasti demografického vývoje přináší informace o rostoucím počtu starých lidí, objevují se zprávy o narůstajícím mezigeneračním napětí projevující se tzv. ageismem. Na jedné straně je zdůrazňováno přidat kvalitu létům, na straně druhé je stáří prezentováno reklamními upoutávkami na inkontinenční pomůcky. Jaká jsou tedy životní možnosti současného seniora? Co je pokojné stáří? To jsou další otázky, na které není snadné, alespoň z mého pohledu, dát jednoznačnou odpověď.

Naše představa stáří je do značné míry ovlivněna zkušeností, kterou si každý utváří ve své rodině od útlého věku. Dítě může být svědkem láskyplné péče o své prarodiče, stejně jako neochotného obstarávání. Lidé s takto odlišnou zkušeností, budou mít v dospělosti velmi pravděpodobně jinou představu o tom co stáří přináší. Samozřejmě je proces socializace celoživotní a člověk je neustále ovlivňován řadou vnějších vlivů. Velkým dílem je i vlastní životní zkušeností na jejímž základě můžeme své postoje a názory měnit a přehodnocovat.

Prostřednictvím své práce bych se chtěla pokusit najít odpověď na výše uvedené otázky, přiblížit čtenáři komplexně problematiku stáří, seznámit ho s trendy v péči o seniory, porovnat výhody a nevýhody péče v domácím prostředí a ústavním zařízení. Především bych však chtěla vzbudit zájem o danou problematiku a přispět něco málo k pozitivnímu pohledu na stáří.

1 Cíle a úkoly práce

Hlavním cílem mé bakalářské práce, je vytvořit ucelený obraz procesu stárnutí, shrnutím významných aspektů stáří z oblasti biologické, psychologické a sociální. Současně bych chtěla porovnat současné možnosti péče o seniory společně s jejich přednostmi i negativy.

1.1 Dílčí cíle

Jako dílčí cíl jsem si zvolila zmapování situace úrovně vzájemné spolupráce mezi žadateli o umístění do domovu pro seniory, jejich rodinnými příslušníky a sociálními pracovníky, coby zástupci daných zařízení na úrovni Olomouckého kraje.

2 Souhrn teoretických poznatků

2.1 Stáří

2.1.1 Stáří a jeho definice

Téměř každý z autorů zabývajících se stářím přináší jeho vlastní definici, vzhledem k úhlu pohledu, ze kterého k němu přistupuje. Setkáváme se tedy s definicemi zdůrazňujícími stránku biologickou, jiné zohledňují psychologické aspekty stáří, zajímavý je i pohled filozofický. Společným základem všech uvedených charakteristik, je zdůraznění involučních změn, jako pokles výkonnosti, kognitivních funkcí, celkové chátrání organismu. Poněkud optimističtější pohled přináší přístup filozofický doktora Jana Sokola, který popisuje stáří jako přirozenou součást lidského života a současně nutnost přípravy na okamžik smrti.

„Stárnutí lze definovat jako progresivní nepříznivou ztrátu schopností adaptace, způsobující zvýšenou zranitelnost, sníženou vitalitu a zhoršení životního očekávání.“
(Rokyta, 2008)

„Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická.“
(Topinková, Neuwirth, 1995)

„Je to proces opotřebením, ve kterém se sčítají změny, k nimž dochází během celého života organismu. Tyto změny nastávají ve všech úrovních: tělesné (vnější vzhled, konstituce), psychické, funkční a biochemické.“
(Vigué, 2006)

„Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je přirozený a biologicky zákonitý proces, během kterého se snižují adaptační schopnosti a ubývají funkční rezervy organismu. Probíhá již od početí, ale za skutečné projevy stárnutí považujeme až pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti.“
(Kalvach et al., 2004)

„Lidský život může skončit v každém okamžiku, třeba násilím nebo nehodou. Naopak stáří a „vyhasínání“ je přirozená, i když těžká část života, kterou se teprve uzavře a stane celkem. Proto se jen zemřelým staví pomníky. Je to ovšem období, kdy je člověk odkázán na pomoc druhých, podobně jako v dětství - ovšem s tím velkým rozdílem, že se od něho už neočekávají žádné výkony. Péče o umírající je splátka dluhu a nikomu se tedy nemůže „vyplatit“.

Starý a umírající člověk nepotřebuje jen jídlo a lékaře, ale potřebuje i prostředí, podmínky a podporu, aby se mohl smířit se smrtí, se sebou, s druhými a s Bohem. Na každé neusmířené smrti je totiž cosi hrozivého, jako kdyby byla násilná. Pokusem o dodatečné „smíření“ je pohřeb a hrob, proto bylo odmítnutí pohřbu ve starých společnostech ten nejstrašnější trest, trest „až za hrob“.

Když ovšem Platon říká, že filosofie je „učit se umírat“, nebo Heidegger, že život je „život k smrti“, přehánějí věc na druhou stranu. Jako kdyby jim stín smrti už předem zastínil život. Jenže se smrtí se může smířit jen ten, kdo předtím žil. Křesťan by měl mít se smrtí menší problém, protože ví, že je v Božích rukou a nic se mu nemůže stát; může být ovšem v podobném pokušení věnovat se umírání místo životu.“

(Prof. PhDr. Jan Sokol, filosof, děkan Fakulty humanitních studií UK, 2005)

2.1.2 Členění stáří

Je důležité zmínit, že současný postoj ke stáří, vymezuje toto období nikoli jako jednolité, kdy se na jeho počátku člověk stane starým a takovým zůstane až do okamžiku své smrti. Naopak je stáří obdobím velice variabilním, jehož podoba je výsledkem celoživotního působení řady faktorů jak vnějších, tak vnitřních. Samozřejmě s přibývajícími léty lidský organismus podléhá stále více involučním změnám, ale to jakým způsobem se tyto změny projeví a kdy k nim dojde, je do značné míry v lidské moci. Z výše uvedeného lze vyvodit, že stáří tedy nepřichází ze dne na den, přesto jsou vzhledem k chronologickému věku vytvořena různá členění, která toto období dělí nejčastěji na čtyři kategorie. Jako příklad uvádím členění podle Haškovcové (2010, s. 20):

- 45 – 59 let střední, nebo též zralý věk
- 60 – 74 let vyšší věk nebo ranné stáří
- 75 – 89 let stařecký věk, neboli senium, vlastní stáří
- 90 let a výše dlouhověkost

2.1.3 Chronologický věk a biologický věk

Vzájemný vztah věku chronologického a biologického věku k procesu stárnutí je v odborné literatuře charakterizován takto:

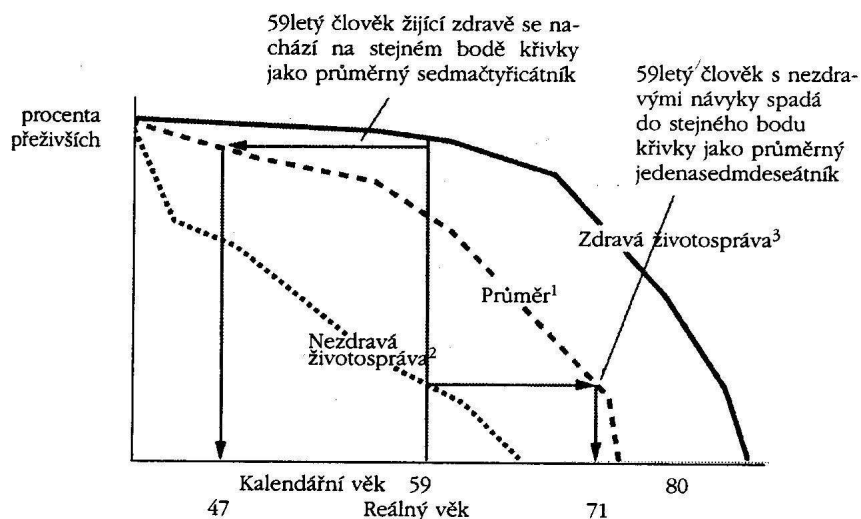
„Růst biologického věku ve vztahu k věku chronologickému má u dospělého člověka za následek snížení vitality a rezistence organismu. Často bývá v anglické literatuře používán termín „physical fitness age“ (věk fyzické zdatnosti). Znamená v podstatě kondici jedince. Čím je tato hodnota nižší, tím je jedinec kondičně lepší. Neznamená to však, že i biologický věk bude nižší. Doposud není zcela jasné, které fyzické změny mohou nejlépe ohodnotit tempo stárnutí. Na rozdíl od změn v dětském věku nemá stárnutí přesně definovatelné úseky. Je to spíše proces kontinuální, bez jasných počátečních a konečných podob jednotlivých znaků.“ (Křiváková, 2006)

2.1.3.1 Chronologický věk

Chronologický nebo také kalendářní věk vyjadřuje, kolik dní, měsíců a let uplynulo od okamžiku narození člověka.

2.1.3.2 Biologický věk

U dospělých vyjadřuje, zda stupeň „opotřebení“ organismu odpovídá kalendářnímu věku jedince tj. v jaké kondici se jedinec nachází. Biologický věk se stanovuje na základě hodnocení různých oblastí, s cílem co nejlépe popsat aktuální stav organismu. Hodnocení jednotlivých vybraných oblastí je matematicky zpracováno a výsledek vyjádřen číslem. Příkladem může být srovnání 59letý s nevhodnými návyky, u něhož výsledek hodnocení nebude odpovídat hodnocení stejně starého člověka preferujícího dodržování zásad zdravého životního stylu (Obrázek 1). Z hlediska období stáří, ale i celého lidského života, je tedy určení biologického věku daleko podstatnější a vypovídající informací.



Obrázek 1. Změna reálného věku vlivem způsobu života (Roizen a Stephensonová, 2000)

2.1.4 Antropologické metody používané k určení biologického věku

- růstový věk
- zubní věk
- skeletální věk
- vývinový nebo také věk (sexuální)
- predikční věk
- psychomotorická vyspělost
- proporcionální věk

2.1.5 Gerontologie a geriatrie

Gerontologie je obecně charakterizována jako nauku o stárnutí a stáří. Z pohledu gerontologie je problematika stáří zkoumána celistvě, s ohledem na biologické, demografické, sociální a jiné aspekty. Haškovcová (2010) uvádí členění gerontologie na oblast sociální, experimentální a klinické gerontologie (geriatrie). Experimentální gerontologie se zaměřuje na biologickou a psychologickou podmíněnost procesu stárnutí, s cílem využít získané informace k jeho oddálení či zpomalení. Sociální gerontologie pracuje s faktory působící v rámci společnosti na stárnutí s cílem podporovat a udržet samostatnost a soběstačnost seniorů. Geriatrie je charakterizována jako lékařský obor zaměřený na poskytování specializované zdravotní péče nemocným vyšší věkové kategorie, na základě specifických odlišností vzhledem k věku seniorů. Jedná se zejména o současný výskyt několika onemocnění současně tzv. komorbidita, jejich atypický průběh, chronický charakter onemocnění a častý rozvoj komplikací.

2.1.5.1 Vymezení oboru geriatricke podle Přehnalá (2001)

1. Geriatricke je samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru;
2. Cílem geriatricke je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů a cílevědomě rozvíjet koncepci úspěšného stárnutí.
3. Předmětem zájmu geriatricke je stárnoucí a starý člověk ve zdraví a především v nemoci.
4. Geriatricke aktivně usiluje o týmovou spolupráci včetně vytváření stálých geriatricke týmů s odborníky v ošetrovatelství, fyzioterapii, ergoterapii, sociální práci, eventuálně dalších souvisejících nelékařských oborech. Úzce spolupracuje i s ostatními lékařskými obory, přičemž nenahrazuje činnost ostatních klinických oborů, ale integruje jejich poznatky.
5. Geriatricke se ujímá především těch starších nemocných s dominujícími nespecifickými příznaky nad příznaky oborovými.
6. Zprostředkovává a zpracovává pro českou společnost a její zdravotnický systém zahraniční zkušenosti a doporučení týkající se zdravotní a zdravotně sociální péče o seniory a otázkami její kvality. Dále se soustřeďuje na primární prevenci v rámci konceptu úspěšného stárnutí, která je zaměřena na střední a mladší věkovou kategorii.

2.1.6 Příčiny stárnutí

Jak už jsem výše uvedla, je postup procesu stárnutí individuální charakteristikou každého jedince, na němž se v různé míře podílí vnější a vnitřní faktory působící ve smyslu pozitivním nebo negativním. Pro ilustraci uvádím členění podle Machové (1994), která rozděluje příčiny stárnutí na zevní a vnitřní.

Vnitřní příčiny

- Dědičnost.
- Poruchy metabolismu vedoucí k ukládání škodlivých látek do buněk, především nervových.
- Poruchy vzájemného působení mezi jednotlivými částmi regulačního systému.

Zevní příčiny

- Nedostatečně podnětné prostředí, nedostatek sociálních kontaktů, stresová zátěž, nedodržování zásad zdravého životního stylu.
- Náhlé změny životního rytmu a zažitých stereotypů.
- Vliv životního prostředí, chemické a fyzikální faktory (UV záření, pesticidy, kvalita pitné vody atp.)

Hamilton (1994) shrnuje teorie zaměřené na příčinu fyzického úpadku, na teorie opotřebenosti, kdy je za důvod fyzického stárnutí považováno postupné opotřebávání jednotlivých částí těla. Oproti tomu stojí tzv. buněčné teorie, preferující jako příčinu fyzického úpadku, působení toxických látek a odpadních produktů metabolismu na buňky.

2.1.7 Délka života

Machová (1994) uvádí, že se maximální délka života pohybuje kolem 115 let. Kalvach (2008) připisuje maximální délce života 125 let. Podle údajů Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ), k 31.12.2010 žije na našem území 883 osob ve věkové kategorii 100+. V kategorii dlouhověkých tedy 90+ je to 11087 občanů. Podle údajů webových stránek obce Dívčí Hrad u Bruntálu a Wikipedia, je ke dni 27. 11. 2011 nejstarší obyvatelkou ČR paní Evangelia Čarasová z obce Dívčí Hrad u Bruntálu, která 15. února letošního roku oslavila 107. narozeniny. Kalvach (2008) i další zdroje se shodují, že historicky nejstarším člověkem planety je M. Calmentová z Francie, která zemřela 4. 8. 1997 a dožila se tak 122 let a 164 dní. Bezsporně významným faktorem ovlivňující dlouhověkost je pohlaví. Pro zajímavost z údajů prezentovaných ČSÚ je k 31. 12. 2010 věkové kategorii 90+ 24 834 žen a 7388 mužů.

2.1.8 Střední délka života

Střední délka života je údaj, který vyjadřuje, kolika let se jedinec narozený v určitém roce, má naděje dožít. Knausová (2008) charakterizuje střední délku života, jako odhad počtu let, kterých se novorozenec může dožít, nedojde-li ke změně věkově specifické úmrtnosti. Jedná se o věkově specifickou úmrtnost v době jeho narození a po celou dobu života.

Z údajů ČSÚ činila střední délka života u osob mužského pohlaví narozených v roce 2010 74,37 let a u žen narozených v tomtéž roce 80,6 let. V letech 1993–2010 dochází stále k pozvolnému prodlužování střední délky života (Tabulka 1).

Naděje dožití při narození		1993	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
muži	roky	69,2	69,7	71,6	72,1	72,1	72,0	72,5	72,9	73,4	73,7	74,0	74,2
ženy	roky	76,4	76,6	78,3	78,4	78,5	78,5	79,0	79,1	79,7	79,9	80,1	80,1

Tabulka 1. Zpracováno podle údajů ČSÚ.

2.2 Fyziologické změny stáří

2.2.1 Biologická stránka stáří

Zahrnuje fyziologické změny organismu, které jsou individuální tj. neprobíhají u každého jedince stejně, jsou podmíněny geneticky a ovlivněny vnějšími faktory (životní styl, úroveň zdravotní péče, podnební podmínky apod.). Podle Kalvacha (2008) dochází k poklesu adaptačních schopností organismu a úbytku jeho funkčních rezerv. Funkční rezervou organismu se rozumí nadbytečná funkční kapacita jednotlivých orgánů. Tyto za normálních okolností pracují pod hranicí svých maximálních možností, což do značné míry ovlivňuje i vnímání úbytku funkční kapacity, který se může projevit v důsledku zátěžové situace jakou je například nemoc, stres, psychické hnutí atp.

2.2.1.1 Pohybový aparát

Celkově dochází ke změně tělesné konstituce a mění se tělesné proporce. Příčinou je ztenčování meziobratlových plotének, postupné ubývání kostní a svalové hmoty. Úbytek svalové hmoty společně s poklesem rychlosti šíření nervových vzruchů, vede jednak k snížení výkonu seniorů a současně zvyšuje riziko nebezpečných úrazů ve vyšším věku. V literatuře se dále uvádí, že ve srovnání s poklesem funkce kosterního svalstva, si hladká svalovina útrobních orgánů, ponechává svoji funkci až do vysokého věku.

2.2.1.2 Kardiopulmonální systém

a. Srdce a cévní systém

Srdeční sval funguje na principu pumpy, která svou prací zajišťuje cirkulaci krve v cévním systému. Ve stáří dochází k poklesu výkonnosti srdečního svalu a snižuje se množství přečerpané krve. Celkový pokles prokrvení důležitých orgánů se samozřejmě promítá do celkového stavu jedince. V cévním systému dochází k snížení pružnosti a ztenčování stěny cév.

b. Plíce

Dochází k poklesu vitální kapacity plic, jejíž hodnota je jedním z indikátorů fyzické zdatnosti jedince. Objevuje se dušnost a náchylnost k častějším zánětům dýchacích cest.

2.2.1.3 Trávící systém

Snižuje se produkce trávicích šťáv. Pokles svalové síly v oblasti břicha a pánve způsobuje celkové zpomalení procesu zpracování potravy tj. rozmělnění, vstřebávání živin a vyprazdňování.

2.2.1.4 Změny reprodukčního a vylučovacího systému

a. Vylučovací systém

U ledvin dochází k poklesu filtrační a koncentrační funkce, jejíž příčinou je zhoršení glomerulární filtrace a resorpční funkce tubulů. Častým problémem, vznikajícím v důsledku oslabení svalstva malé pánve a poklesu napětí svěračů kolem močové trubice, je močová inkontinence. Klevelandová D., Dlabalová I. (2008) ve své publikaci uvádějí, že problém s únikem moči trápí 15–30% lidí ve věku nad 60 let.

b. Reprodukční systém

Změna produkce pohlavních hormonů se u žen projevuje menopauzou tj. ukončením menstruačního cyklu. V současnosti se stále častěji hovoří o tzv. andropauze, která je obdobou menopauzy u mužů a souvisí se změnou hladiny testosteronu. Oslabení svalstva v oblasti malé pánve u žen zvyšuje riziko prolapsu dělohy. U mužů se často objevuje zbytnění prostaty, provázené častým nucením k močení, a karcinom prostaty.

2.2.1.5 Změny na kůži

K výrazným projevům procesu stárnutí patří změny na kůži. Kůže se ztenčuje a klesá množství podkožního tuku. Dále dochází k poklesu hydratace a snižuje se odolnost kůže vůči chemickým a fyzikálním vlivům. Na kůži vznikají tzv. stařecké skvrny, vlivem lokálního ukládání kožního barviva. Skvrny světlé barvy se naopak objevují v místech, kde pigment chybí. Za nejvýraznější projev stárnutí jsou samozřejmě považovány vrásky, šedivé vlasy a u mužů jejich výrazné řídnutí.

2.2.1.6 Nervový systém

Změny nervového systému jsou spojeny s nerovnoměrným úbytkem neuronů. Dále dochází k ukládání lipofuscinu, pigmentu hnědé barvy, který je také označován jako „pigment stáří“ a vzniká z lipidů. Dochází k jeho ukládání v játrech, svalové tkáni a především v neuronech, kde jeho hromadění způsobuje změny vedení vzruchů. Jak uvádí Klevelandová, Dlabalová (2008) v 80 letech je snížení rychlosti vedení vzruchů až 15%. Hlavním rizikem takového ukládání je tvorba tzv. senilních plaků, jejichž přítomnost může vést k rozvoji stařecké demence.

2.2.1.7 Změny na smyslových orgánech

K involučním změnám dochází i u jednotlivých smyslových orgánů. Dochází k poklesu množství receptorů podléjících se na zprostředkování vjemů zrakových, sluchových, čichových, chuťových, hmatových, dále vjemů pro teplo, chlad nebo bolest a

dalších. Zhoršené vnímání se projevuje například poruchou rovnováhy a s ní spojeným rizikem pádů.

2.2.2 Psychická stránka stáří

Vedle změn postihujících biologickou stránku lidského organismu, dochází k transformaci i v oblasti psychické. Je třeba poznamenat, že není-li příčina vyvolávající patologii organického původu, tak změny přinášející fyziologické staří jsou pozvolné a nedochází v lidské psychice k výrazným přeměnám. Jarošová (2006, s. 24–28) charakterizuje změny probíhající v oblasti psychiky a intelektových schopností seniorů:

- Poklesem poznávacích funkcí, snížení výkonu paměti v oblasti zapamatování, uchování a vybavení informací, dále sníženou schopností koncentrace, vnímání a rozpoznání zvukových a zrakových podnětů.
- Zhoršením řečových funkcí v oblasti pojmenovávání předmětů a porozumění mluvené řeči.
- Snížením výkonnosti rozumových funkcí.
- Oslabením citové stability, poklesem citového prožívání, výkyvy nálad, ambivalentními postoji a častými změny požadavků.
- Změnami povahových vlastností z pozitivních do neutrálních i velmi negativních, nebo úplně opačně.
- Prohloubením povahových vlastností a osobnostních rysů s převahou těch negativních.
- Úplnou nebo částečnou ztrátou zájmů seniora nebo naopak zájmem o nové zájmové činnosti a poznání v závislosti na životní situaci seniora.
- Změnami v životních hodnotách s orientací na rodinné zázemí, zdraví nebo duchovní hodnoty.
- Změnami v oblasti potřeb a pořadí jejich uspokojování, které se vážou na změnu životních hodnot.
- Hodnocením svého dosavadního života.
- Poklesem schopnosti přijímat změny a řešit náročné situace.

2.2.3 Sociální stránka stáří

2.2.3.1 Stáří jako sociální událost

Současným trendem je popisovat jedince jako bio-psycho-sociální jednotu, kdy se jednotlivé stránky vzájemně ovlivňují, prolínají a jejich vzájemná souhra je důležitou

podmínkou pozitivního životního postoje. Člověk je tvor společenský a jeho přirozenou potřebou je být neustále v interakci se svým okolím.

Stáří je období přinášející do života člověka specifické situace, které nemusí být vždy snadné, nicméně je nezbytné se s nimi vyrovnat. Zprávy o tom, jak je tato skutečnost významná a o jaké situace či problémy jde, jsou čas od času prezentovány v rozhlasových, televizních pořadech nebo novinách (Příloha 3). Malíková (2011, s. 22) ve své publikaci řadí mezi negativní sociální aspekty stáří především:

- *odchod do důchodu – často jej hůře zvládají muži, kteří nemají zájmy, koníčky a jakákoliv jiné než pracovní aktivity.*
- *omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech.*
- *Změna ekonomické situace seniorů – zhoršení finančního zabezpečení, limitace výší penze atd.*
- *Generační osamělost – úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby.*
- *Zhoršená možnost kontaktů s přáteli a jinými osobami, zhoršení participace na dříve vykonávaných oblíbených činnostech.*
- *Sociální izolace (z mnoha příčin) – omezení rodinných kontaktů, úbytek přátel nemoci či úmrtí.*
- *Strach z osamělosti a nesoběstačnosti.*
- *Fyzická závislost – z důvodu nemoci pohybového nebo smyslového omezení apod.*
- *Nutná, ale nevyhovující změna životního stylu.*
- *Strach ze stáří, samoty, nesoběstačnosti.*
- *Vliv ageismu.*
- *Stěhování.*

2.2.3.2 Ageismus

Malíková (2011) zařazuje mezi negativní sociální aspekty stáří problém ageismu. Ten je obecně charakterizován jako diskriminace na základě věku. Otázkou ageismu se zabývá řada současných autorů věnující se problematice stárnutí. Klevetová (2008) popisuje v knize „Motivační prvky při práci se seniory“ příčinu tohoto diskriminujícího postoje. Příčinu vidí jako výsledek negativního působení medií, současného ideálu mládeže a všeobecné zaměřenosti populace na výkon, vlastní prosperitu a finanční zajištění.

2.3.2.3 Pozitivní sociální aspekty stáří

Vedle negativních aspektů, je třeba zmínit i pozitivní stránky stáří. Malíková (2011) jako pozitiva uvádí především:

- Možnost uspokojování vlastních potřeb.
- Plánování a efektivní využití volného času podle vlastních představ, ať už jde o zájmovou činnost, koníčky, občasnou výpomoc blízkým nebo dobrovolnickou činnost atd.
- Budování dobrých rodinných vztahů a pevných citových pout.

Je nepřehlédnutelné, že negativa nad pozitivy převažují, alespoň ve světle zde prezentovaných zdrojů. Nicméně to, jak je skutečnost stáří vnímána, je především dáno osobním postojem každého člověka. Krásný příklad pozitivního vztahu ke stáří, je postoj herečky Květy Fialové. V interview pro deník Právo reagovala na otázku novináře, co říká svým vrstevníkům při besedách jichž se účastní, slovy: *„Baby, je tu někdo 29. ročník? Kolikrát se ruka nezvedne. Když si stěžujou, že jsou staré, říkám, že teď jen staré nebo mrtvé. A že každá vteřina je dar. Svět neexistuje, jde jen o to, jak jej přijmete vy. Ale lidi si myslí, že jim to štěstí někdo dá. Že se něco stane. Já říkám, čím hůř, tím líp. Když se z toho nepříjemného vyhrabete, jste zase o kus dál.“*

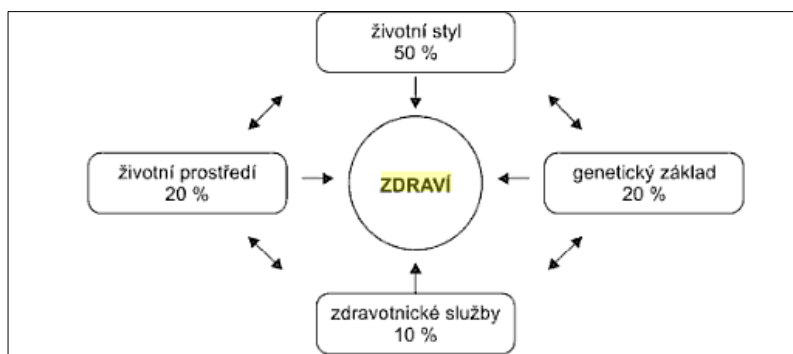
Individuální postoj ke stáří je tedy ovlivněn jak životní zkušeností, kulturou, společenským klimatem, ale i dlouhodobou přípravou na tuto neodvratitelnou skutečnost viz níže.

2.3 Stáří a nemoc

„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Takto zní definice, kterou roku 1948 formulovala Světová zdravotnická organizace (WHO). Vedle ní stojí definice nemoci, například Machová (2009) ji charakterizuje takto: *„Nemoc, je porucha adaptace člověka, nedostatečnost nebo selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí.“*

Stáří a nemoc, dva pojmy, které jsou často vyslovovány jedním dechem. Jak už bylo výše uvedeno, stáří přináší mnoho změn ve všech oblastech lidského bytí. Nemoc, charakterizovaná jako porucha zdraví, je však výsledkem působení vnějších a vnitřních faktorů, tzv. determinantů zdraví (Obrázek 2), na organismus jedince, nikoli přirozená součást involučního procesu. Skutečností ale zůstává, že působí-li na jedince negativní faktory v podobě nezdravého životního stylu, znečištění životního prostředí atp.

dlouhodobě, stoupá také riziko vzniku onemocnění nebo jeho postoupení do chronického stádia.



Obrázek 2. determinanty zdraví (Machová, 2009)

2.3.1 Přehled nejčastějších onemocnění ve stáří

Topinková (2006) In Malíková (2011) rozlišuje čtyři nejproblematictější oblasti spojované s obtížemi v seniorském věku tj. pohybový aparát, vylučovací systém, gastrointestinální trakt, kardiovaskulární systém (Tabulka 2).

POSTIŽENÁ OBLAST	ONEMOCNĚNÍ
- pohybový aparát	- Osteoporóza
- vylučovací systém	- Inkontinence
- gastrointestinální trakt	- Diabetes mellitus - zažívací potíže (poruchy polykání, nevolnost, zvracení, zácpa, průjem) - žaludeční vředy
- kardiovaskulární systém	- vysoký krevní tlak, infarkt, myokardu, angina pectoris - cévní mozková příhoda onemocnění tepen a žil dolních končetin

Tabulka 2. Přehled nejčastějších onemocnění ve stáří (Malíková, 2011)

Jako další uvádí autorka tyto skutečnosti vyplývající ze statistických údajů pro r. 2006: „3/4 osob starších 65 let trpí onemocněními srdce a cév, polovina má zvýšený

krevní tlak, 37 % ischemickou chorobu srdeční. Každý pátý senior trpí zažívacími potížemi, 16 % seniorů má cukrovku, 15 % jich trpí onemocněními psychiatrické povahy a celých 42 % seniorů má závažné postižení kloubů nebo kostí. Jen čtyři procenta seniorů jsou bez chronických onemocnění.“

2.3.1.1 Syndrom demence

Odděleně jsem se zaměřila na problematiku demence, která je specifickým onemocněním postihujícím především seniorskou skupinu a její charakteristickou vlastností je s věkem stoupající incidence. Jak uvádí odborná literatura, je příčinou demence organické poškození centrálního nervového systému, projevující se poruchou poznávacích funkcí (myšlení, paměť, pozornost, kritické uvažování), orientace (časové, prostorové, sociální), komunikačních schopností (řeč, psaní, čtení). Dále se objevují poruchy v citové oblasti, změny chování a postupně dochází k celkovému úpadku osobnosti.

Podle Kalvacha (2008), vyplývá ze statistických údajů ČR, že výskyt onemocnění na našem území, bez ohledu zda se jedinec nachází v prvním nebo čtvrtém stádiu, je asi 80 000 - 100 000 lidí trpících demencí. Vágnerová (2008) uvádí k průběhu onemocnění, že *úpadek jednotlivých psychických funkcí probíhá v různém tempu, v závislosti na příčině. Průběh onemocnění je vždy individuálně specifický, i když jde o stejnou diagnózu vzhledem k odlišným vlastnostem každého jedince. V průběhu choroby dochází k degeneraci osobnosti různého stupně a některé demence, resp. Jejich příčiny, např. neurodegenerace a Alzheimerovy choroby, představují základní příčinu smrti* (Kalvach et al, 2008).

Výrazně problematická je sociální stránka onemocnění demencí. Dementní člověk s narušenou psychikou, se vzdaluje svému okolí, což má za následek omezení společenských kontaktů. Postupná progrese onemocnění se promítá do zvyšující se náročnosti péče a zatížení rodiny. Rodina je také skupinou, která se často nachází v první linii pečujících. Jak už bylo uvedeno, onemocnění vyžaduje specifickou a náročnou péči. Ta by měla být kvalitně uplatňována v zdravotně-sociálních zařízeních, zaměřených na tento typ uživatelů.

2.3.2 Prevence onemocnění ve stáří

Vzhledem k demografickému vývoji ukazujícímu na narůstající počtu seniorů, prodlužování střední délky života, dále odsouvání odchodu do penze ve stále vyšším věku, vystupuje do popředí stále více ekonomická stránka zdravotní péče v podobě zvyšujících

nákladů. Současným trendem v péči o zdraví, je zdůrazňování individuální odpovědnosti jedince, přičemž pozornost je věnována především primární prevenci, která je součástí dlouhodobé přípravy na stáří viz. níže.

2.4 Důchodový věk

2.4.1 Příprava na stáří

Stáří je sociální událost předvídatelná a neodvratitelná. Nezbytnou je tedy přiměřená příprava na toto období. Pokud vyjdeme z výše uvedených sociálních aspektů podle Jarošové, jsou klíčovými oblastmi přípravy kvalitativní i kvantitativní uspokojení potřeb (Příloha 3), vyplnění volného času, ekonomické zajištění a kvalitní rodinné vazby. Haškovcová (2010) ve své knize „*Fenomén stáří*“ také zdůrazňuje nutnost přípravy na stáří, kterou dělí na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou. Zatím co dlouhodobá příprava je zde popisována jako celoživotní budování „*pozitivního obrazu stáří*“. Střednědobá a krátkodobá příprava jsou již konkrétně časově vymezeny. Střednědobá v horizontu deseti a krátkodobá tří až pěti let, před plánovaným odchodem do důchodu.

Podle autorky zahrnuje střednědobá příprava na stáří postupné nahrazování životního programu zaměřeného na ekonomickou aktivitu novým programem, zacíleným na utužování rodinných vazeb, přátelství a preferování zásad zdravého životního stylu. V rámci krátkodobé přípravy, pak autorka doporučuje například výměnu bytu za menší nebo jeho úpravu vzhledem k individuálním potřebám budoucího seniora, pamatovat na dostatečné finanční zajištění.

2.4.1.1 Typy reakce na stáří podle Haškovcové (2010)

Autorka upozorňuje na různé možnosti přístupu ke stáří, které již roku 1966 formuloval D. B. Bromley. Jednotlivé strategie nám mohou přiblížit a pochopit odlišnosti v chování seniorů v přístupu ke stáří a potažmo přijetí reality statusu důchodce:

- 1. *strategie konstruktivnosti***
- 2. *strategie závislosti***
- 3. *strategie obranného postoje***
- 4. *strategie nepřátelství***
- 5. *strategie sebenenávisti***

Jako nejvýhodnější se jeví strategie konstruktivního přístupu. Ta je charakteristická reálným pohledem na vlastní situaci, soustředěním se na utužování rodinných a přátelských

vztahů a celkově aktivní přístup k životu. Poměrně oblíbenou, je podle autorky, strategie závislosti. Ta spočívající spíše v pasivním přístupu a poměrně snadným přijetím odchodu do penze. Člověk s pasivním postojem často spoléhá na své okolí, jak po stránce citové, tak i po stránce hmotného zajištění.

2.4.2 Volnočasové aktivity v důchodovém věku

Jak už bylo výše uvedeno, je důležitou součástí přípravy na stáří strategický plán. Strategie přípravy člověka na důchodové období, má zajistit plynulou adaptaci na novou a dosud nezažitou skutečnost. Součástí kvalitního plánu by měly, mimo jiné, být i vhodné volnočasové aktivity. Tyto aktivity by se měly odvíjet od zájmům konkrétního člověka, jeho individuálních možností, schopností a samozřejmě zdravotnímu stavu. Haškovcová (2010) zdůrazňuje, že předností aktivit pro seniory by měl být strukturovaný program, nikoli nahodilost.

Možnosti seniorů na vyplnění volného času se v současnosti stále zlepšují. Jsou zakládány kluby seniorů, realizovány zájmové aktivizační programy pro seniory v centrech sociálních služeb nebo domovech pro seniory. Další možností je vzdělávání v rámci Univerzit třetího věku, jejichž studijní program je přizpůsoben zájmům a potřebám této cílové skupiny.

Co se týče aktivit pro seniorskou skupinu, je stále problematickou otázkou dostupnosti. Převážná část aktivit je totiž koncentrovaná do větších měst. Dalším problémem je přístup seniorů k informacím o těchto aktivitách. Je třeba brát i v úvahu jejich zájem podílet se na těchto aktivitách.

2.4.3 Charakteristika vzdělávacích institucí zaměřených na seniory

Univerzity třetího věku (U3V)

- Univerzity třetího věku jsou součástí programu celoživotního vzdělávání vysokých škol.
- Cílovou skupinou jsou senioři ale i invalidní důchodci.
- Smyslem realizace programů U3V, je cílové skupině poskytovat aktuální informace z oblasti vědecké, kulturní, umělecké, umožnit seniorům přizpůsobit se změnám ve společnosti, pochopit mladou generaci a podpořit mezigenerační komunikaci.
- V současnosti je vzdělávání formou U3V realizováno v rámci vysokých škol především v krajských městech např. Univerzita Palackého Olomouc, Univerzita Karlova v Praze, Masarykova univerzita v Brně, Západočeská univerzita v Plzni a další.

- Novou možností je projekt Virtuální Univerzity třetího věku, jehož cílem je umožnit přístup ke vzdělávacím aktivitám seniorům, kteří například vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo regionální nedostupnosti, nemohou fyzicky Univerzitu navštěvovat.

Akademie třetího věku

- Akademie třetího věku jsou další variantou vzdělávání pro seniory, tentokrát realizovanou mimo univerzitní půdu a odlišný systém organizace studia.
- Náplní studia jsou besedy se známými a zajímavými osobnostmi, přednášky na různá aktuální témata např. zdravý životní styl.
- Organizátory programů Akademie třetího věku jsou různé instituce Český červený kříž, Charita, školská zařízení, knihovny atp.

Kluby aktivního stáří

- Kluby aktivního stáří jsou obdobou Akademií třetího věku.
- Často jsou realizovány pod záštitou Center sociálních služeb, knihoven a jiných organizací.
- Hlavním smyslem je sociální kontakt cílové skupiny.
- Součástí programu jsou mimo vzdělávání také činnosti jako cvičení, vaření, ruční práce atp.

Univerzita volného času

- Univerzita volného času je obdobou U3V a jejím cílem je také systematické vzdělávání. Liší se pouze v cílovou skupinou, kterou nejsou pouze senioři, ale všichni se zájmem o vzdělání maminky na mateřské dovolené, nezaměstnaní atd.

2.5 Péče o seniory

2.5.1 Z historie péče o seniory

Jen krátce bych se ráda zmínila o historii péče o seniory. Skutečnost je taková, že senioři v dřívějších dobách byli pravděpodobně odkázáni na péči v rodině. Jak uvádí Haškovcová (2010), nešlo v žádném případě o péči jak ji známe ze známého románu B. Němcové „Babička“. Nicméně ti, kteří z nějakého důvodu svoji rodinu neměli, byli odsouzeni k potulce a žebrotě, nezřídka umírali ve špíně, hladem nebo zimou. Autorka dále uvádí, že získání alespoň materiálního minima, bylo otázkou vývoje několika předešlých století. Současně poukazuje na skutečnost, že ani v 21. století není pomoc seniorům v různých koutech světa dostupná stejně.

Sledovat tento vývoj by bylo velmi zajímavé, jak se poskytování péče rozvíjelo od středověkých špitálů v 14.–15. st., klášterních nemocnic, farních chudinských institutů, přes poskytování chudinských dávek v 18. století, přiznání domovského práva v roce 1863, k zavedení pojišťovacího systému v 19. století a výstavbu moderních pečovatelských zařízení pro seniory jako např. Masarykovy domovy, až po současnost s pestrá nabídkou různých služeb, moderním systémem důchodového pojištění a „sociální záchranou sítí“. Velice čtivě je tento historický vývoj popsán v knize „*Fenomén stáří*“ paní prof. Heleny Haškovcové, kterou můžu všem čtenářům se zájmem o téma staří doporučit .

2.5.2 Možnosti poskytování péče seniorům

V současnosti se setkáváme s poměrně širokou nabídkou služeb seniorům, které jsou výsledkem změn, které přinesl rok 1989. Malíková (2011, s. 29) popisuje situaci před rokem 1989 takto:

„Nebyla možnost volby. Pokud se o skutečně nesoběstačného seniora nemohla postarat rodina, zbývala jediná možnost – ústavní péče. Do doby než bylo možné seniora umístit, se často situace řešila opakovanými dlouhodobými v nemocnici na oddělení LDN... Poslední léta svého života tito seniori trávili většinou ve vícelůžkových pokojích, aby jich v zařízení mohlo být umístěno co nejvíce. Vzdálené společné sociální zařízení na patře, bez sociálního zázemí na pokoji neumožňovalo většině imobilních je navštěvovat, a tak se při vyprazdňování na lůžku stávali zbytečně brzy inkontinentními... lidský přístup byl otázkou individuálního postoje každého pracovníka ...“

Z výše uvedeného vyplývá, že situace u nás nebyla pro seniory nijak přívětivá. Nové trendy v oblasti poskytování péče, které byly již dříve formulovány ve světě, bylo třeba upravit pro naše podmínky a uvést do praxe. Principy, ze kterých se vycházelo byly formulovány již v 80. letech 20. století a zahrnovaly podle Haškovcové (2010) tyto procesy:

Deinstitucionalizaci – omezení ústavní péče a podpora péče v přirozeném prostředí, doma v rodině, v komunitě.

Demedicinalizaci – rozvoj ambulantní zdravotní i sociální péče, upřednostňování kvality života nad kvantitou.

Deprofesionalizaci – podpora rodinné péče a dobrovolné laické péče s profesionálním řízením.

Deresotizaci – upřesňuje potřebu všeobecné celospolečenské propojenosti ve smyslu zájmu o potřeby seniorů.

Snahu o zákonné naplnění výše uvedených principů, přinesl **zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách**, ve znění pozdějších předpisů.

2.5.3 Sociální služby pro seniory

Sociální služby podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, slouží uživatelům k zabezpečení jejich základních životních potřeb, pokud je není možné zajistit jinou osobou. Zákon tyto služby dále člení podle cílových skupin jimž jsou určeny. Pro zákon o sociálních službách jsou cílovou skupinou zdravotně znevýhodnění, jedinci ohrožení sociálním vyloučením, rodiny s dětmi, drogově závislí, senioři atd. Zákon rozlišuje tři typy poskytovaných služeb, jde o poskytování sociálního poradenství základního nebo odborného, sociální péči a služby sociální prevence. Služby definované zákonem mohou být podle místa jejich realizace provozovány ve formě terénní, ambulantní nebo pobytové.

Terénní služby jsou podle zákona o sociálních službách poskytované v přirozeném prostředí uživatele. Mezi terénní služby sociální péče pro seniory můžeme zařadit osobní asistenci, pečovatelskou službu, průvodcovské a předčitatelské služby nebo odlehčovací služby, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením;

Ambulantní služby jsou podle zákona o sociálních službách služby, za nimiž uživatel dochází do zařízení zajišťujícího danou službu. Mezi ambulantní služby pro seniory řadíme pečovatelskou službu, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby a denní stacionáře;

Pobytové služby jsou podle zákona o sociálních službách poskytované v zařízeních zajišťujících celodenní nebo celoroční pobyt pro své uživatele. Zástupci Pobytových služeb pro seniory jsou odlehčovací služby, týdenní stacionáře, Domovy pro seniory, Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů upravuje podle Malíkové (2011):

- podmínky poskytování služeb sociální péče seniorům.
- kdo je zřizovatel a jakým způsobem je financováno poskytování sociálních služeb seniorům.
- kdo je oprávněn k poskytování sociálních služeb seniorům.
- jaké služby jsou seniorům k dispozici.

- určení stupně závislosti u seniorů, výši příspěvků na péči podle stupně závislosti a podmínky a postupy, jejichž splnění opravňuje přiznání příspěvku.
- pravidla určující jakým způsobem má být s příspěvkem na péči nakládáno.
- povinnosti poskytovatele sociálních služeb cílové skupině seniorů (registrace, sociální standardy, vypracovaná vnitřní pravidla pro pracovníky a pro klienty atd.).
- určuje postupy v projednání žádosti o přijetí, podmínky smlouvy o poskytování sociální služby mezi uživatelem služby a jejím poskytovatelem.
- rozsah povinných základních činností pro terénní, ambulantní a pobytové sociální služby určené seniorům.
- Způsob zajištění kontrolní činnosti, zaměřené na zjišťování úrovně kvality poskytované sociální služby seniorům.
- požadavky na personál podílející se na zajištění odborné péče.
- požadavky na vzdělávání pracovníků, kteří se podílejí na poskytování sociální služby seniorům.

Mimo zařízení sociálních služeb zajišťujících pobytové služby seniorům dlouhodobého charakteru jako domovy pro seniory, poskytují seniorům dlouhodobou péči i lůžková oddělení nemocnic, geriatrická oddělení, léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) nebo hospice spadajících do resortu zdravotnictví.

2.5.4 Senior v ústavní péči

Ústavní péče je podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, pobytovou službou poskytovanou v rámci služeb sociální péče. Hlavním smyslem poskytování ústavní péče, je zajistit uspokojování základních životních potřeb uživatelů, nejsou-li schopni saturovat tyto potřeby sami bez pomoci druhé osoby. Současně jejich celkový stav po stránce zdravotní, psychické a sociální, neumožňuje poskytování služby formou ambulantní nebo terénní v přirozeném sociálním prostředí.

Přesto, že je jedním z principů modernizace v oblasti péče její deinstitucionalizace, tedy omezení ústavní péče jen pro situace, kdy je toto opatření nezbytně nutné. Uvedla bych pro zajímavost, že z údajů registru sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí, bylo počátkem roku 2012 na území ČR registrováno 487 domovů pro seniory a 207 domovů se zvláštním režimem. Přičemž z níže uvedené citace Svobodové (2008) a vybraných údajů zpracovaných ČSÚ v Příloze 5 vyplývá, že reálná potřeba rezidenčních zařízení bude do budoucna spíše stoupat.

„Pokud si uvědomíme, že kapacita domovů pro seniory je téměř zcela naplněna a mnohá z těchto zařízení mají dlouhé seznamy čekatelů na umístění, je možné konstatovat, že tento stav je z celorepublikového pohledu v tomto směru zcela neuspokojivý. Měla-li by ovšem situace setrvat i do budoucna alespoň na úrovni stavu dnešního, bylo by nutné zvýšit kapacity ústavních zařízení do roku 2030 přinejmenším o 21 245 míst a do roku 2050 celkem o 37 487 míst oproti současnosti. Na rostoucí počet obyvatel seniorského věku a jejich potřeby by však měly reagovat rovněž služby terénní či ambulantní, tj. zejména pečovatelská služba a zařízení pro denní a vícedenní pobyt (tzv. stacionáře). Tyto služby podporují život v přirozeném prostředí, doplňují pomoc ze strany rodiny a oddalují či zcela zamezují případnému umístění nesoběstačného seniora v některém z uvedených typů pobytových zařízení (a mohou tak snižovat počty potenciálních uchazečů o umístění v rezidenčních zařízeních). Pro optimální zajištění služeb osobám seniorského věku je tedy třeba rozšiřovat nabídku i kapacity nejen pobytových zařízení, ale především terénních a ambulantních služeb, které budou dostatečně reflektovat aktuální individuální potřeby seniorů a zároveň umožňovat seniorům a jejich rodinám co největší možnost volby.“
Svobodová (2008)

2.5.4.1 Rizika spojená s ústavní péčí

Dlouhodobý pobyt v zařízeních ústavní péče, ať jsou cílovou skupinou děti a mládež, zdravotně či mentálně postižení, s sebou nese určitá rizika, která jsou důsledkem člověku nepřírodných ústavních podmínek a výsledkem jejich dlouhodobého působení. Matoušek (1999) považuje za obecná rizika vázaná na dlouhodobý pobyt v ústavní péči hospitalismus, ponorkovou nemoc, stereotypní prostředí a ztrátu soukromí. Vzájemné působení těchto negativních vlivů, může být příčinou psychického poškození, které se projevuje fixací projevů hospitalismu tj. ztrátou zájmu o sebe a své okolí, vývojovou regresí nebo hledáním náhradních možností sebeuspokojení v podobě jídla, nadměrného spánku atp.

2.5.4.2 Důstojnost v ústavní péči

Zajímavým a aktuálním tématem v oblasti péče a poskytování sociálních i zdravotních služeb seniorům, je téma lidské důstojnosti. V současnosti je velmi kladen důraz na individualitu jednotlivce a to ve všech sférách lidského působení. Další významné proměnné jsou pak podpora a rozvoj osobnosti, sebeurčení a zájmů. Tyto potřeby jsou

vedle základních životních potřeb tj. jídla, spánku, tepla jsou pokládány za důležitou součást komplexního přístupu k člověku.

Priorita zachování lidské důstojnosti, ale i prevence výše zmiňovaných rizik, je nedílnou součástí různých dokumentů majících oporu buď přímo v zákoně, nebo jsou formulovány jako právně nezávazná doporučení. K problematice péče o seniory se v obecné rovině vztahují např. Listina základních práv a svobod, Práva hospitalizovaných osob, Etický kodex sester, Charta základních práv EU, Charta práv umírajících, Ústavní zákon č. 2/1993, zákon, Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník, Zákon č. 40/2000 Sb., občanský zákoník, Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ale i standardy kvality sociálních služeb, které jsou součástí Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Specificky zaměřené dokumenty na seniorskou skupinu jsou Práva seniorů nebo Evropská charta pacientů seniorů. Podle orientace na potřeby vztahující se k určitému onemocnění, např. Charta principů pro péči o člověka s demencí a jeho pečujícího atp.

Aby bylo možné zajistit člověku patřičnou důstojnost, je ho třeba vnímat komplexně. Ústavní péče v současnosti nabízí seniorům široké spektrum volnočasových aktivit i vysoký standart péče a může se zdát, že jsou všechny potřeby dostatečně naplněny. Součástí celistvého přístupu k člověku je nejen dostatečné uspokojení jednotlivých potřeb. Je také třeba znát jeho minulost, respektovat přítomnost a pracovat na budoucnosti. Jakým způsobem je tento princip uplatňován komentuje průzkumné šetření v následující kapitole.

2.5.5 Domácí péče

Jak už bylo stručně u vedeno v části věnované historii péče o seniory, je z dlouhodobého hlediska za základní instituci poskytující pečující zázemí pokládána rodina. Současným trendem majícím své kořeny v 80. letech 20. století, vycházejícím z principu deinstitucionalizace, je orientace na podporu a rozvoj v oblasti péče poskytované v přirozeném sociálním prostředí jedince. Podle toho, kým je péče zajišťována můžeme rozlišovat domácí rodinnou péči a domácí péči poskytovanou profesionály. Zvláštní formou je tzv. respitní péče, která umožňuje odpočinek dlouhodobě pečující osobě, dočasným převzetím péče. Respitní péče je realizována buď přímo v domácím prostředí nebo pobytových zařízeních poskytujících tento typ služby.

2.5.5.1 Domácí rodinná péče

Rodina, coby základní stavební a funkční jednotka společnosti, se jak v historickém sledu, tak v současnosti vyvíjí a zaznamenává změny i ve svých základních funkcích. Ve

v vztahu k jednotlivým členům rodinného společenství plní obecně rodina funkci **reprodukční, materiální, výchovnou a emocionální**. Emocionální funkce je realizována prostřednictvím vyjadřování vzájemné rodinné podpory a emocionálních vazeb, které mezi členy působí. Tato funkce se také promítá do pomoci poskytované členům rodinného společenství, kteří ji potřebují z nejrůznějších důvodů. Významným projevem rodinné solidarity je péče o své nemohoucí.

V rámci poskytování rodinné péče seniorům rozlišuje Jeřábek (2005) tři stupně nebo také úrovně v nichž se rodina uplatňuje. Prvním stupněm je **podpůrná péče**, zahrnující opravy v domácnosti, pochůzky případně finanční výpomoc. Ve druhém stupni je uplatňována tzv. **neosobní péče**, související s obstaráním domácnosti. Třetí a podle slov autora nejnáročnější stupeň je **osobní péče**, spočívající v zajištění základních životních potřeb seniora. Osobní péče je jednak velice časově náročná, celodenního a celoročního charakteru, kladoucí na pečujícího vysoké psychické, fyzické i sociální nároky.

2.5.5.2 Domácí profesioální péče

Jak uvádí internetové stránky Národního centra domácí péče České republiky (NCDP ČR), je poskytování profesionální domácí péče nedílnou součástí moderního systému již od roku 1990, v oblasti zdravotní i sociální. Profesionální domácí péče podléhá zákonným normám a nárok na ni může uplatnit každý na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře. Dále je na výše zmíněných internetových stránkách stručně popsán hlavní princip poskytování tohoto typu péče:

„Posláním domácí péče je zajistit v rámci primární péče ve vlastním sociálním prostředí klienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, který je dle aktuálních podmínek, poznatků vědy a výzkumu možný tak, aby k hospitalizaci klienta nebo jeho umístění do ústavu sociální péče docházelo jen když je to nezbytně nutné.“
(Misconiová)

Profesionální domácí péče je součástí systému péče primární, která se soustřeďuje na podporu a ochranu zdraví. Ta je realizována prostřednictvím péče, léčby, ošetřování a rehabilitace, poskytovaných v přirozeném prostředí potřebného nebo jeho nejbližším okolí. Seznam poskytovatelů sociálních služeb v ČR je uveden v Příloze 7.

Novým trendem, který se v současnosti začíná formovat, je tzv. komunitní péče. Cílem tohoto systému, je uspořádat veškeré služby (zdravotní, sociální, vzdělávací atp.) tak, aby člověk mohl být plnohodnotně a co možná nejdéle součástí své komunity. Komunita je širší pojem než přirozené prostředí jedince a existuje řada jejích definic. Hartl

(1997) In Matoušek (2008, s. 253) ji charakterizuje takto: „*Komunita je místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.*“

Pozitiva a negativa domácí péče

Budeme-li vycházet z dostupných údajů a statistik, zjistíme, že domácí péče je nejen současnou vizí, ale reálnou a preferovanou praxí. Dokladem může být například skutečnost, kterou uvádí Haškovcová (2010, s. 294) „*v České republice žije 105 tisíc lidí trpících demencí a „jen“ 25 tisíc z nich je v ústavní péči.*“ Z toho vyplývá, jak autorka dále sama uvádí, že zbylým 80 tisícům je poskytována péče v domácím prostředí.

Hodnocení negativ a pozitiv poskytování domácí péče, vychází z velikosti nároků na péči ze strany ošetřované a individuálních možností strany pečující. Jako obecná pozitiva domácí péče uvádí Bartoňová (2005):

- respektování integrity jedince
- pozitivní vliv na psychiku
- neustálou přítomnost blízkých osob
- omezení rizika nosokomiálních nákaz vznikajících v souvislosti s pobytem nemocničním zařízením.

Negativa domácí péče jsou důsledkem záporných osobních postojů k domácí péči. Dále reálných možností pečovatele uspokojovat potřeby uživatele. A nakonec míra dostupnosti terénních a ambulantních služeb.

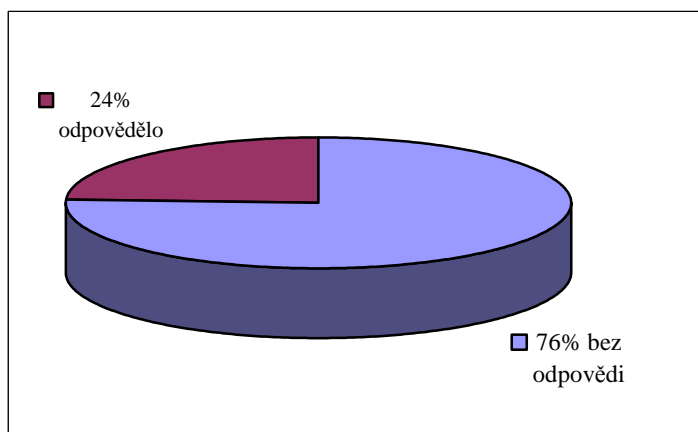
3 Metodika práce

V rámci výzkumné práce jsem si zvolila kvalitativní výzkum ve formě průzkumného šetření. Zaměřila jsem se na pobytová zařízení pro seniory poskytující své služby v rámci Olomouckého kraje. Z registru sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí, který je součástí jeho webových stránek, jsem získala kontakty na konkrétní zařízení, registrovaných k 1.1.2011. Průzkumné šetření probíhalo v období duben až červen 2011, kdy jsem opakovaně prostřednictvím emailové pošty obesílala sociální pracovníky vybraných zařízení. Součástí dopisu vytvořeného pro účel šetření bylo pět otevřených otázek, ke kterým se mohli dotazovaní vyjádřit. Celý dopis společně s vloženými otázkami je uveden v Příloze 1. Součástí dopisu byl dotazník zaměřený na zjištění návyků a způsobu života dotazovaných (Příloha 2).

Cílem šetření bylo ověřit užívání tohoto typu dotazníků, úroveň spolupráce při poskytování informací ze strany uchazečů, jejich rodinných příslušníků a využitelnost získaných informací při další práci. V rámci přípravy šetření jsem si určila výzkumné předpoklady, na jejichž základě jsem pak formulovala otázky pro průzkum. Aby byly odpovědi autentické, nejsou vyjádření účastníků šetření v práci citována, což jim bylo výslovně přislíbeno. Jejich reakce jsou ale zpracovány v celkovém přehledu. Nesetkala jsem se s žádnou vyloženě negativní reakcí. Naopak bych ráda zmínila příjemnou zkušenost. Kdy mi jedna z dotazovaných dokonce nabídla pomoc. Mimo odpověď, se semnou podělila o své cenné zkušenosti z praxe.

Z celkového počtu 33 oslovených zařízení, jsem i po opakovaném odeslání emailových dopisů, získala pouze 8 odpovědí (Graf 1). Nízká četnost odpovědí byla patrně způsobena neosobním kontaktem s pracovníky konkrétních zařízení. Doporučuji pro podobná průzkumná šetření použít osobní kontakt se skupinou respondentů.

Pro zpracování textové části práce jsem použila Microsoft Word 2000. Tabulky byly vytvořeny v programu Microsoft Excel 2000. Při citování jsem použila citační normu ČSN ISO 690:2011.



Graf 1. Počet účastníků průzkumného šetření

3.1. Výzkumné předpoklady

- I. Domnívám se, že využívání dotazníků zaměřených k získání individuálních informací o uživateli není běžnou praxí.
- II. Kvalitativní výtěžnost dotazníků je malá.
- III. Přínos informací pro další práci s uživatelem je nízký.
- IV. Pokud zařízení dotazníky zaměřené na získání osobnostních vlastností nepoužívají, sociální pracovníci by je uvítali.

3.2. Výzkumné otázky

1. Využíváte obdobných dotazníků (Příloha 2) při přijetí uchazeče do vašeho zařízení?
2. Vyplňuje-li dotazník uživatel, souhlasí odpovědi se skutečností?
3. Vyplňují-li dotazník rodinní příslušníci, souhlasí odpovědi se skutečností?
4. Jsou pro vás z hlediska následné péče a spolupráce s uživatelem získané informace přínosem?
5. Pokud obdobného dotazníku (Příloha 2) nevyužíváte, domníváte se, že by pro vás byl přínosem?

4 Výsledky a diskuze

	Zařízení č. 1	Zařízení č. 2	Zařízení č. 3	Zařízení č. 4	Zařízení č. 5	Zařízení č. 6	Zařízení č. 7	Zařízení č. 8
1. Využíváte obdobných dotazníků při přijetí uchazeče do vašeho zařízení (Příloha 2)?	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
2. Vyplňuje-li dotazník uživatel, souhlasí odpovědi se skutečností?	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	bez odpovědi
3. Vyplňují-li dotazník rodinní příslušníci, souhlasí odpovědi se skutečností?	spíše ne	spíše ne	spíše ne	spíše ne	spíše ne	spíše ne	spíše ne	bez odpovědi
4. Jsou pro vás z hlediska následné péče a spolupráce s uživatelem získané informace přínosem?	spíše ano	spíše ano	spíše ano	spíše ano	spíše ano	spíše ano	spíše ano	spíše ano
5. Pokud obdobného dotazníku (Příloha 2) nevyužíváte, domníváte se, že by pro vás byl přínosem?	bez odpovědi	bez odpovědi	bez odpovědi	bez odpovědi	bez odpovědi	bez odpovědi	bez odpovědi	bez odpovědi

Tabulka 3. Statistické zpracování odpovědí průzkumného šetření

Prostřednictvím své bakalářské práce jsem se snažila vytvořit ucelený přehled období stáří. Významnou otázkou tohoto období je uspokojení potřeb a s tím spojená úroveň péče. Zaměřila jsem se na dotazníky užívané v domovech pro seniory a zjišťovala, zda jsou jejich součástí informace o dosavadních návycích a způsobu života uživatele před vstupem do zařízení. Dále na úroveň spolupráce při dotazníkovém šetření mezi sociálním pracovníkem, uživatelem nebo jeho rodinnými příslušníky. Informace pro teoretickou část práce jsem čerpala z uvedené literatury a internetových zdrojů. Ve výzkumné části práce jsem zpracovávala informace z průzkumného šetření, které mi poskytli zástupci zařízení pro seniory.

Oslovení respondenti byli úzkou cílovou skupinou. Jednalo se o sociální pracovníky domovů pro seniory Olomouckého kraje. Celkem jsem tedy oslovila 33 zástupců těchto zařízení.

K statistickému zpracování jsem použila odpovědi, které jsem získala prostřednictvím emailového dopisu, jehož součástí bylo 5 otázek, vztahujících se k cílům průzkumného šetření. Ačkoli zpětná vazba oslovených zařízení byla velmi nízká viz Graf 1, vyvodila jsem ze získaných odpovědí níže uvedené skutečnosti.

K otázce č.1 uvedlo sedm z osmi respondentů, že používají dotazníky při přijetí nebo v rámci individuálního plánování s uživatelem. Jednalo se ale o dotazníky zaměřené na získání informací z oblasti sebek péče, zdravotních nebo dietních omezení. Informace k osobnostním vlastnostem uživatele nejsou součástí používaných dotazníků v žádném zařízení. V jednom zařízení jsou informace zjišťovány prostřednictvím vstupního rozhovoru s otevřenými otázkami, přesto osobnostní vlastnosti nejsou zjišťovány.

Ze získaných odpovědí k otázce č. 2 a č. 3 vyplývá, že informace poskytované zejména rodinnými příslušníky často neodpovídají skutečnosti. Jeden z dotazovaných zmiňoval, jak je někdy obtížné rodinné příslušníky pro spolupráci vůbec získat. Současně ale většina respondentů uvádí, že informace uváděné samotným žadatelem/uživatelé, se ve většině případů se skutečností shodují. Jeden ze zúčastněných respondentů se k této otázce nevyjádřil.

Z odpovědí k otázce č. 4, zaměřené na výtěžnost informací pro další práci s uživatelem vyplynula následující skutečnost. Všechna zařízení, která dotazníky používají nebo zjišťují informace vstupním rozhovorem, s nimi i dále pracují v rámci individuálního plánování s uživatelem. Buď dojde k potvrzení nebo vyvrácení získaných informací.

Zajímavým výsledkem z hlediska průzkumného šetření byla skutečnost, že jsem na otázku č. 5 nedostala žádnou odpověď.

Podle mého názoru, je velká škoda, že se dotazníky nepoužívají ve většině zařízení. Pokud jsou otázky směřovány především na biologickou stránku, těžko lze mluvit o komplexním vnímání člověka. Z vlastní zkušenosti vím, že starý člověk na mnoha věcech lpí. Jen z velkými obtížemi snáší změny. Pokud je vystaven situacím, kterým nerozumí nebo jsou nepříjemné, vzpomíná na chvíle kdy mu bylo dobře. Zpravidla to bývají vzpomínky na dětství, domov, školu nebo první lásku. Předměty, které jsou připomínkou těchto chvil, pak opatruje s ještě větší ostražitostí.

Porozumění pro seniory jsem získala díky vícegenerační soužití. Každý den mám možnost vidět stáří před sebou, vím co znamená stárnout v praxi. Pokud se vrátím k pobytu starého člověka v domově pro seniory. Porozumění zde není samozřejmostí. Je výsledkem profesionálního přístupu každého pracovníka a budování vztahu mezi ním a uživatelem. Dotazník s informacemi o dosavadních návycích, životě a zájmech, nemůže zajistit, aby se starý člověk cítil mimo svůj domov stejně dobře. Mohla by se ale zlepšit spolupráce lidí, kteří společně tráví určitý čas. Jedni jako uživatelé, druzí jako zaměstnanci. Získané informace by vedly k většímu pochopení z jedné strany a porozumění ze strany druhé.

Zajímavý výsledek by možná přinesl stejný průzkum, realizovaný v rámci celé České republiky. Díky osobnímu kontaktu s respondenty, by bylo možné získat dostatek materiálu pro studii nebo diplomovou práci. Výsledek pak posloužil například pro MPSV k vypracování dotazníku s celoplošným využitím.

5 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem: „Péče o seniory v ústavním zařízení, zajištění bio-psycho-sociální pohody ve staří“. Práci jsem rozdělila do dvou částí, první část je teoretická a druhá je zaměřená na výzkum (empirická). V teoretické části jsem snažila shrnout jednotlivé aspekty procesu stárnutí a informovat o současných možnostech péče o seniory s jejich pozitivy i negativy. V empirické části jsem vyhodnocovala výsledky z průzkumného šetření. Cílem šetření bylo ověřit používání dotazníků mapujících dosavadní návyky a způsobu života, úroveň spolupráce uživatelů, jejich rodinných příslušníků a využitelnost získaných informací.

V bakalářské práci jsem si stanovila 4 výzkumné předpoklady, které jsem se snažila na základě výsledků šetření objasnit.

I. Domnívám se, že využívání dotazníků zaměřených k získání individuálních informací o uživateli není běžnou praxí.

Z odpovědí získaných v průzkumném šetření vyplynulo, že používané dotazníky jsou zaměřené spíše na samostatnost uživatele v uspokojování fyziologických potřeb, zdravotní stav a příjmy žadatele atp. Došlo tedy k potvrzení tohoto výzkumného předpokladu.

II. Kvalitativní výtěžnost dotazníků je malá.

Z odpovědí získaných v průzkumném šetření vyplynulo, že se kvalita informací odvíjí od skutečnosti kdo je dotazovaným. Zda je jím sám uživatel nebo jeho rodinný příslušník. Získané informace jsou dále ověřovány v průběhu samotného pobytu uživatele. Zda je tedy kvalitativní výtěžnost dotazníků malá se z obecného hlediska nepotvrdilo. Je ale třeba zohlednit skutečnost, s jakými dotazníky je v zařízeních pracováno.

III. Přínos informací pro další práci s uživatelem je nízký.

Jak už bylo uvedeno výše, získané informace jsou dále ověřovány v průběhu pobytu uživatele v konkrétním zařízení. Pro zahájení individuálního plánování s uživatelem jsou vstupní informace nezbytné. Je ale pravděpodobné, že se změna sociálního prostředí promítne i do celkového stavu uživatele. Příkladem může zhoršení zdravotního stavu nebo odmítavý postoj rodinných příslušníků, kteří dříve spolupracovali atp.

IV. Pokud zařízení dotazníky zaměřené na získání osobnostních vlastností nepoužívají, sociální pracovníci by je uvítali.

Tento výzkumný předpoklad se nepotvrdil. Žádné ze zařízení zúčastněných v průzkumném šetření, se k otázce přínosu dotazníků zaměřených na zjištění dosavadních návyků a způsobu života nevyjádřilo.

Souhrn

Bakalářská práce se zabývá vytvořením uceleného přehledu jednotlivých oblastí procesu stárnutí, současných možností péče o seniory a jejich porovnání vzhledem k potřebám seniorské skupiny. V jednotlivých kapitolách teoretické části práce jsou postupně prezentovány poznatky fyziologických změn ve stáří, spojitosti stáří a nemoci, definice pojmu důchodový věk, formulovány výhody a nevýhody domácí a ústavní péče. Praktická část je zaměřena na rozbor informací získaných průzkumným šetřením a ověření stanovených předpokladů. Průzkumné šetření bylo zaměřeno na využívání vstupních dotazníků v domovech pro seniory Olomouckého kraje.

Summary

This thesis deals with the creation of a comprehensive overview of individual areas of the aging process, current care options for seniors and their comparison due to the needs of the senior group. In the individual chapters of the theoretical part of the thesis evidence of physiological changes in old age, old age and associated diseases, the definition of pensionable age are presented, advantages and disadvantages of home and institutional care are formulated. The practical part is focused on analyzing the information obtained by reconnaissance survey and verify the set of assumptions. Exploratory investigation was focused on the use of questionnaires input for the elderly in the Olomouc region.

Referenční seznam

Bibliografie

BARTOŇOVÁ, Jitka. *Modely rodinné péče o starého člověka*. In *In: Studie CESES, 2005, roč. 3, č. 11, s. 28-41*. Dostupné z: <http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1.pdf>.

BARVÍKOVÁ, Jana. *Rodinná péče a profesionální péče*. In *In: Rodinná péče o staré lidi*. 1. vydání. Praha: CESES, 2005, s. 58-70. Dostupné z: <http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1.pdf>.

GRUSS, Peter. *Perspektivy stárnutí: s pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1.vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-605-6.

HAMILTON, Ian Stuart. *Psychologie stárnutí*. 1.vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN: 80-7178-274-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. podstatně přepracované a doplněné vydání. Praha: Brain team, 2010. ISBN: 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. 1.vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN: 80-7262-034-7

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1.vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7367-040-2.

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-2490-4.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN: 8024721699.

KNAUSOVÁ, Ivana. *Základy demografie II*. 1.vydání. Olomouc: UP, 2008. ISBN: 978-80-244-2173-5.

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

MACHOVÁ, Jitka, Dagmar KUBÁTOVÁ a kol. *Výchova ke zdraví*. 1.vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-2715-8.

PICHAUD, Clément, Abigail KOZLÍKOVÁ a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN: 80-7178-184-3.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1.vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3271-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-414-4.

VIQUÉ, Jordi a kol. *Zdraví pro třetí věk*. 1.vydání. Čestlice: Rebo, 2006. ISBN: 8072345362.

Zákonné normy

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Ústavní zákon 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., Listina základních práv a svobod.

Internetové zdroje

KŘIVÁKOVÁ, Marcela. Biologický věk - celkový stav organismu. *Sestra*. Mladá fronta 2.1.2006 [15.2.2012]. str.55. In: *Zdravotnické noviny*. ISSN 1214-7664 Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/biologicky-vek-celkovy-stav-organismu-273178>.

SVOBODOVÁ, Kamila. Analýza: Dostupnost institucionální péče o seniory z reg. pohledu In: *Demografické informační centrum*. *Demografie*. 15.09.2008. [15.2.2012]. ISSN 1801-2914. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=569.

Seznam použitých zkratk

atd.	a tak dále
atp.	a tak podobně
č.	číslo
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
obr.	obrázek
s.	strana
Sb.	sbírka
Tab.	tabulka
tj.	to je(st)
tzv.	takzvané
UV	ultrafialové
U3V	Univerzita třetího věku
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam použitých tabulek

Tab. 1 - Naděje dožití při narození

Tab. 2 - Přehled nejčastějších onemocnění ve stáří

Tab. 3 - Statistické zpracování odpovědí průzkumného šetření

Seznam použitých grafů

Graf 1 - Počet účastníků průzkumného šetření

Seznam použitých obrázků

Obr. 1. - Změna reálného věku vlivem způsobu života

Obr. 2. - determinanty zdraví

Seznam příloh

Příloha 1 – Dopis.

Příloha 2 - Příloha dopisu.

Příloha 3 - Maslowova pyramida lidských potřeb.

Příloha 4 - Lidé očekávají, že ve stáří se o ně bude starat stát.

- Polovina seniorů je v domově zbytečně.
- Jaké mají senioři podmínky ve svém domácím prostředí?

Příloha 5 - Složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, zastoupení osob ve věku 80 a více let (v %) a index stáří v krajích ČR v roce 2006.

- Vybrané charakteristiky potencionální dostupnosti institucionální péče o seniory v krajích ČR v roce 2006.
- Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České republiky v letech 2006 a 2050.
- Očekávaný vývoj věkového průměru obyvatel do roku 2066 (střední varianta projekce; k 1.1).

Příloha 6 - Seznam domovů pro seniory Olomouckého kraje.

Příloha 7 - Seznam poskytovatelů domácí péče Olomouckého kraje.

Příloha 1

K rukám sociálního pracovníka/pracovnice

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Rýznarová a jsem studentkou 2. ročníku v oboru Sociálně zdravotní práce UP v Olomouci. V současnosti sbírám podklady pro svoji bakalářskou práci. Téma práce „Senior v ústavní péči, zajištění bio-psycho-sociální pohody ve stáří“. Protože nemám praktické zkušenosti v sociální oblasti se zaměřením na péči o seniory, dosud jsem pracovala jako dětská sestra, chtěla bych vás tímto poprosit o pomoc.

Při své krátké stáži v pobytovém zařízení pro seniory jsem zjistila, že informace poskytované rodinnými příslušníky neodpovídají skutečnosti, což pracovníkům v daném zařízení komplikuje náročnou práci. Chtěla bych zjistit, zda je tato problematika obecná.

Ráda bych vás porosila o následující informace:

Využíváte obdobných dotazníků při přijetí uchazeče do Vašeho zařízení?

Vyplňuje-li dotazník uživatel, odpovídají odpovědi skutečnosti?

Vyplňují-li dotazník rodinní příslušníci, odpovídají odpovědi skutečnosti?

Jsou pro vás z hlediska následné péče a spolupráce s uživatelem získané informace přínosem?

Pokud obdobného dotazníku nevyužíváte, domníváte se, že by pro vás byl přínosem?

Ujišťuji vás, že vaše odpovědi nebudou citovány.

Předem děkuji za Vaši odpověď a přeji mnoho úspěchů pracovních i osobních.

S pozdravem a přáním pěkného dne Lucie Rýznarová

Příloha 2

Vážení příbuzní,

rádi bychom vás požádali a o spolupráci při plánování individuální ošetrovatelské péče pro vašeho blízkého. Ve stáří má člověk již hluboce zakořeněné návyky a jeho onemocnění mnohdy již nedovolí, aby se naučil něčemu novému. Snažíme se poskytovat péči, která vychází z dosavadních návyků a způsobu života, abychom podporovali ty činnosti, které jsou pro člověka oblíbené a které přispívají nejenom k jeho spokojenosti, ale i vzájemné spolupráci. Každý náš nemocný má svou osobní sestru, která plánuje denní ošetrovatelské činnosti.

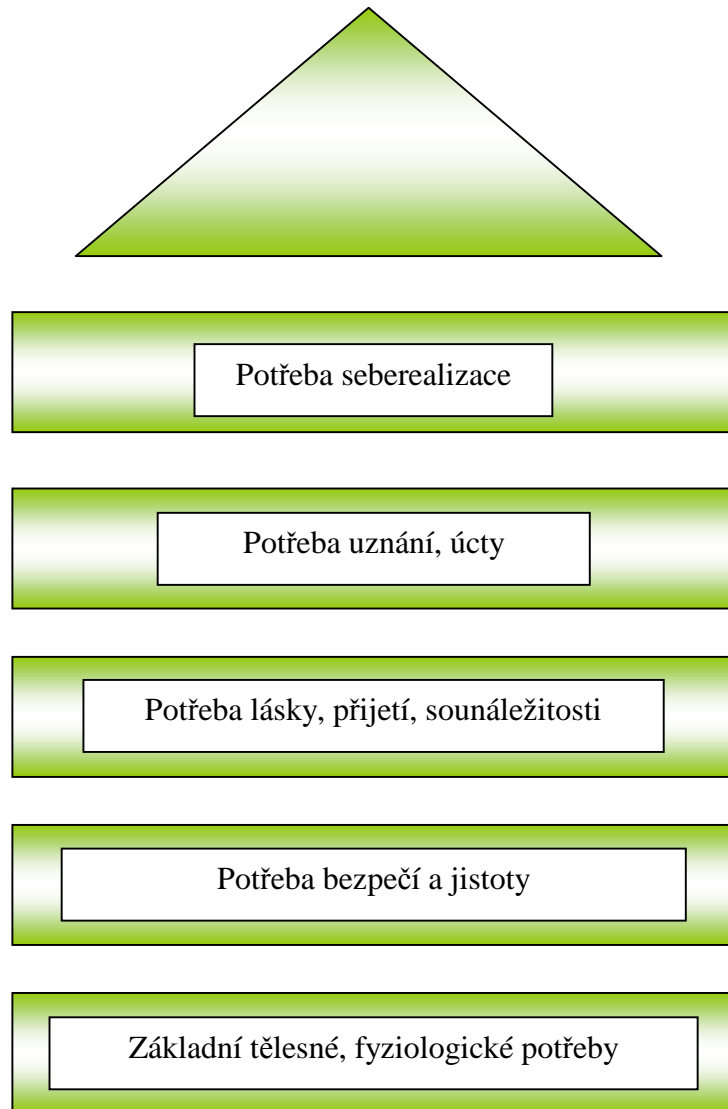
Kolektiv sester Geriatrické kliniky děkuje za vaši a přispění vyplněním těchto otázek.

Je pravák nebo levák?
Významná osoba v jeho životě.
Jaké byly jeho oblíbené činnosti?
Životní povolání a vztah k práci.
Má oblíbenou knihu?
Má oblíbenou hudbu?
Má oblíbenou barvu?
Jaké je jeho oblíbené jídlo a nápoj?
Má vztah k výtvarnému umění?
Znáte něco jiného, co mu přináší potěšení?
Z čeho mýval obvykle největší radost?
Jakým způsobem odpočíval?
Měl nějaký oblíbený předmět?
Přetrvávají nevyřešená životní traumata?
Je zvyklý dodržovat nějaké rituály související s vírou?
Co považujete za důležité, abychom ještě o vašem blízkém věděli?

Zdroj: Dlabalová (2010)

Příloha 3

MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB



Zdroj: (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Příloha 4

Lidé očekávají, že ve stáří se o ně bude starat stát

Lidé v České republice očekávají, že se o ně stát v důchodu postará. Na důchod se v České republice s ohledem na finanční zajištění aktivně připravuje pouze polovina osob v předdůchodovém věku.



Česko patří mezi země, kde lidé v důchodu nepočítají s finanční podporou od svých dětí. Značná část populace v předdůchodovém věku navíc očekává blížíící se penzi bez jasného a promyšleného finančního plánu, s nedostatečnými úsporami a v nájemním bytě.

Životní náklady v důchodu přitom představují podle finančních poradců 70–75 % nákladů ekonomicky aktivních lidí. Průměrná penze dosahuje ale zhruba jen 41 procent průměrných příjmů, průměrný důchod byl koncem loňského roku 10 123 korun.

Životní náklady se rok od roku neúprosně zvyšují. Sjednocení sazeb DPH, které tvoří součást navrhované penzijní reformy, podstatně a skokově zvýší ceny. Rok od roku roste i nájemné a ceny energií, vody.

Poradci proto radí – prvním krokem k spokojené penzi je vlastní bydlení, které zabrání, aby vám z penze ukusoval rok od roku větší krajíc majitel bytu.

V rizikových bytech ale podle studie Finanční příprava na život v důchodu, kterou vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, žije 19 procent lidí v předdůchodovém věku.

Průměrná výše úspor podle příjmu a doby do odchodu do důchodu

Příjem	1–2 roky	3–4 roky	5–6let	7–8let	9–10 let
do 12 000	198 000	112 000	136 000	145 000	97 000
12–18 000	323 000	133 000	112 000	280 000	188 000
18 000 a více	370 000	312 000	417 000	685 000	309 000

Zdroj: Finanční příprava na život v důchodu, VUPSV

Co znamená příprava na důchod

Lidé v předdůchodovém věku přitom podle studie již nyní počítají, že v penzi budou více platit za léky, zdravotní péči a za potraviny. Počítají i s rostoucími náklady na bydlení (ceny energií, voda, palivo. Úbytek příjmů hodlají kompenzovat odbouráním výdajů za vzdělávání, volný čas, dovolené, odívání, bytové vybavení, počítače, mobily.

Lidé, kteří se na důchod finančně nepřipravují, uvádějí, že se tak chovají proto, že jim nezůstávají volné finanční prostředky, finančně podporují svoje děti nebo se spoléhají na státní penze z průběžného systému.

Průměrná výše vyplácených důchodů (v Kč)

rok	průměrná výše penze
2000	6292
2002	6833
2004	7270
2006	8187
2008	9638
2010	10 123

Zdroj: ČSSZ

Příprava na období života s důchodem představuje podle expertů zajištění dostatečné finanční rezervy, dále vlastního bydlení, rekonstrukce bytu, ale i zajištění zdravého životního stylu a hledání možného pracovního uplatnění v penzijním věku

Práce zvýší příjmy

Pracovat po odchodu do důchodu v řádném termínu plánuje 57 procent mužů a 47 procent žen. Většinou proto, že příjem v důchodu nebude podle jejich očekávání stačit. Pracovat i po naplnění penzijního věku chtějí především vysokoškoláci a středoškoláci, méně lidé se základním vzděláním. Protože pracují především fyzicky, s prací více než v polovině případů nepočítají.

Důchodci očekávají, že budou pobírat penzi zhruba 18 let, uvádí studie VUPSV. Ženy očekávaly, že budou penzi pobírat kolem 18 let, muži kolem 17 let, přičemž podle statistik mají naději na dožití ženy v šedesáti dalších 22,6 roku a muži ve věku 63 let 16,5 roku.

Jiří Vavroň, Právo, 19.2.2011

Polovina seniorů je v domovech zbytečně

Jen každý druhý obyvatel domovů pro seniory potřebuje každodenní péči. Ostatní se do "domovů důchodců" uchýlili z jiných důvodů - cítí se osamělí, chtějí pomoci dětem s bydlením, nechtějí být na obtíž nebo se jim bydlení v ústavu zdá pohodlnější, píše Aktuálně.cz.

Údaje vyplynuly z průzkumu Život v domovech pro seniory 2007, jehož vypracování zadala ministryně pro lidská práva Džamila Stehlíková.

Podle ní je tu prostor pro pečovatelské služby a další aktivity, které by staršímu člověku umožnily zachovat si stávající způsob života. Za možná pohodlnější "institucionalizovaný" život v domově totiž platí například ztrátou soukromí.

Domovy jsou přitom přeplněné. I když každoročně vznikají nová místa, zároveň roste i počet odmítnutých žadatelů.

Autoři výzkumu oslovili 516 seniorů v šestnácti domovech po celé republice. Celkem jich v Česku žije v domovech asi padesát tisíc.

Úroveň péče je v nich podle tohoto výzkumu lepší, než odborníci očekávali. Problémy ale jsou. Šest procent oslovených uvedlo, že v domově zažilo špatné zacházení ze strany personálu nebo konflikty se spolubydlíci.

Dvě procenta si nemohou s návštěvou nikdy promluvit o samotě. Třináct procent má možnost soukromého rozhovoru s blízkým člověkem jenom někdy.

"Možnost svěřit se někomu v soukromí je často podmínkou, aby se na problémy třeba s chováním personálu vůbec přišlo," říká předseda sdružení seniorů Život 90 Jan Lorman.

Podle Lormana by se měly domovy snažit nechat svým klientům možnost rozhodovat se v denních drobnostech. "Třeba možnost vybrat si spolubydlíčího nebo se odstěhovat od někoho, s kým si nerozumím, je velmi důležitá."

Seniorům často vadí, že musejí dělat "na povel" činnosti, o kterých si lidé rozhodují sami - ať je to jídlo nebo hygiena. "Chtěla bych aby snídaně byla až v devět hodin. Je nás tady takových víc, které bychom si rády přispaly, ale bojíme se o to říct," popisovala svou zkušenosti jedna z oslovených obyvatelek domova pro seniory.

Právě senioři, kteří mají pocit, že svobodu rozhodování ztratili, si v průzkumu častěji stěžovali na špatné zacházení, konflikty se spolubydlíci, nedostatek soukromí i třeba špatné jídlo.

Odborníci přitom připomínají britskou studii, která dokázala, že právě možnost rozhodovat o běžných věcech v denním režimu prodlužuje život až o několik let.

Zdroj: Aktuálně.cz, [link: <http://aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek.phtml?id=523675>] 11. 3. 2008

Jaké mají senioři podmínky ve svém domácím prostředí?

Průzkum nazvaný
Bydlení seniorů
realizovala Diakonie ČCE
v loňském roce za
přispění Ministerstva pro
místní rozvoj; zkoumala v
něm, jak se starým lidem
žije v domácím prostředí.
Jaké nedostatky průzkum
prokázal a co mohou oni
sami a jejich blízcí udělat
pro zlepšení situace?
Budou při šíření osvěty v
budoucnu hrát
významnou úlohu
kombinované sociální
služby?



V ČR nyní žije asi 1,8 milionu osob starších 60 let, z toho přibližně 40 000 jich bydlí v domovech pro seniory nebo v jiných sociálních zařízeních. [link: <http://socialnirevue.cz/item/polovina-senioru-je-v-domovech-zbytecne>]

Naprostá většina tedy přebývá ve "vlastním", případně v nájmu či v podnájmu. Diakonie realizovala svůj průzkum v 600 domácnostech lidí nad 65 let věku.

Výsledky ukázaly, že **dvě třetiny bytů, které obývají senioři, neposkytují bezpečné podmínky** v případě, že dojde ke snížení jejich smyslových nebo pohybových schopností.

Rozmanité překážky

Významný problém většiny domácností představují rozmanité překážky, jako jsou **prahy nebo nedostatečně široké dveře**.

Pouhých 28 % bytů seniorů bylo vybaveno bezbariérovými koupelnami.

Málo se využívají též protiskluzové úpravy podlah či neklouzavé předložky, sedátko do vany nebo do sprchy je podle průzkumu v domácnostech spíše vzácností.

Nemělo by se zapomínat také na to, aby židle, stoly či postele neměly ostré hrany. Zatímco v obývacích pokojích tato pravidla nábytek u převážné většiny respondentů splňoval, v ložnicích šlo už jen o zhruba 50 % případů.

Instalace madel do bytů odráží do jisté míry charakter postižení jejich obyvatel, nicméně celková vybavenost jimi je nízká (madly disponuje každá 3. vana, každé 4. - 5. WC a každý 6. - 7. sprchový kout).

72 % seniorů vlastní mobilní telefon

72 % seniorů vlastní mobilní telefon, 57 % pak pevnou telefonní linku. **Internet využívá 16 % domácností**, ve velkoměstech k němu má přístup dokonce téměř čtvrtina seniorů (24 %).

Pouze jedna pětina starých lidí má ovšem např. označené tísňové linky tak, aby je měli v případě nouze ihned na očích.

Jen 4 % respondentů vlastní terminál pro tísňové volání, minimum (2 - 3 %) domácností je vybaveno prostorovými čidly pro signalizaci kouře, úniku plynu nebo pro detekci nežádoucího pohybu.

Včasná příprava na stáří

Demografický vývoj ukazuje, že v roce 2050 budou senioři tvořit skoro třetinu všech obyvatel. [\[link: http://socialnirevue.cz/item/cesko-vymira-zachranit-to-muze-jen-migrace\]](http://socialnirevue.cz/item/cesko-vymira-zachranit-to-muze-jen-migrace)

Na to, kde a jak budeme ve vyšším věku bydlet, bychom měli myslet dříve, než nám zhoršující se fyzická kondice a nízké příjmy zabrání zařídit si domácnost podle svých potřeb.

Dnešní čtyřicátníci nebo padesátníci se ještě moc nezamýšlejí nad tím, že za pár let to budou právě oni, kdo se zařadí do této věkové skupiny.

Projekt Diakonie měl proto nejen informovat širokou veřejnost o podmínkách, v nichž žijí současní senioři, ale také upozornit na včasnou přípravu na stáří. [\[link: http://socialnirevue.cz/item/perspektivy-starnuti\]](http://socialnirevue.cz/item/perspektivy-starnuti)

Na to, kde a jak budeme ve vyšším věku bydlet, bychom totiž měli zajisté myslet dříve, než nám zhoršující se fyzická kondice a nízké příjmy zabrání zařídit si domácnost podle svých potřeb.

Jak zlepšit informovanost o správném bydlení seniorů?

Při náhlém zhoršení zdravotního stavu může zatím poskytnout podporu systém terénních sociálních služeb, [\[link: http://socialnirevue.cz/item/socialni-sluzby\]](http://socialnirevue.cz/item/socialni-sluzby) který nyní využívá zhruba 130 000 obyvatel ČR.

Kromě toho si Diakonie klade otázku, jak zvýšit informovanost starých lidí o vytvoření správného prostředí pro bydlení.

Bezplatné poradenství pro úpravu bytů zatím není dostupné širší veřejnosti, nabídky komerčních firem zase bývají pro seniory často nepřehledné a stát do této problematiky zasahovat nemůže.

Diakonie by proto ráda zahájila dialog nad tím, jak by spolu jednotlivé rezorty mohly spolupracovat, aby vznikl ucelený systém informační či materiální podpory - forma kombinované sociální služby.

Tématiku má veřejnosti zatím pomoci přiblížit **dokumentární film O bydlení seniorů** a stejnojmenná informační brožura, jež patří mezi výstupy realizovaného průzkumu.

Zdroj: Český rozhlas [link: http://www.rozhlas.cz/odpovednaspolecnost/lide/_zprava/698257]

09:35:46 - 24.02.10 - ms - Zkrátka - 6642x

Article URL: <http://socialnirevue.cz/item/jake-maji-seniori-podminky-ve-svem-domacim-prostredi>

Příloha 5

Složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, zastoupení osob ve věku 80 a více let (v %) a index stáří v krajích ČR v roce 2006

Kraj	0-14	15-59	60+	80+	index stáří
Hl. m. Praha	12,2	65,2	22,5	4,0	184,3
Středočeský	14,9	64,9	20,2	3,1	135,7
Jihočeský	14,7	65,3	20,0	3,1	135,6
Plzeňský	14,2	64,7	21,1	3,1	148,2
Karlovarský	15,0	66,3	18,6	2,5	124,0
Ústecký	15,6	65,9	18,5	2,7	118,8
Liberecký	15,2	65,7	19,1	3,1	126,4
Královéhradecký	14,7	64,2	21,2	3,4	144,1
Pardubický	15,1	64,5	20,4	3,2	135,1
Vysočina	15,2	64,6	20,2	3,1	132,6
Jihomoravský	14,3	64,7	21,0	3,5	146,9
Olomoucký	14,6	65,3	20,2	3,2	138,1
Zlínský	14,5	65,0	20,5	3,2	141,2
Moravskoslezský	14,9	65,7	19,4	2,8	130,4
Celkem ČR	14,5	65,1	20,3	3,2	140,1

Pozn.: index stáří - počet osob ve věku 60 a více let na 100 dětí ve věku 0-14 let

Zdroj: ČSÚ

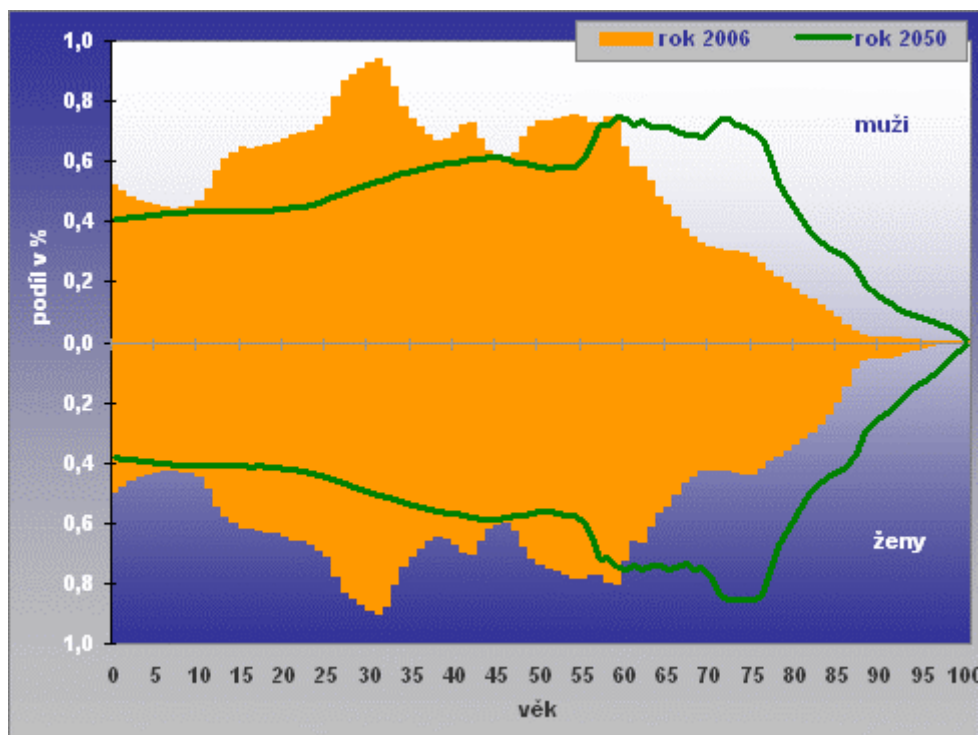
Vybrané charakteristiky potencionální dostupnosti institucionální péče o seniory v krajích ČR v roce 2006

Kraj	kapacita DD+DP	počet obyvatel		počet osob na 1 místo v DD, resp. DP	
		60+	80+	60+	80+
Hl. m. Praha	3 654	266 852	47 920	73,0	13,1
Středočeský	5 092	235 610	36 308	46,3	7,1
Jihočeský	2 971	125 658	19 368	42,3	6,5
Plzeňský	2 056	116 582	17 208	56,7	8,4
Karlovarský	1 583	56 761	7 718	35,9	4,9
Ústecký	5 736	152 384	21 951	26,6	3,8
Liberecký	1 661	82 307	13 186	49,6	7,9
Královéhradecký	2 913	116 155	18 731	39,9	6,4
Pardubický	2 649	103 517	16 001	39,1	6,0
Vysočina	2 262	103 088	15 989	45,6	7,1
Jihomoravský	5 509	237 391	39 451	43,1	7,2
Olomoucký	3 657	128 873	20 661	35,2	5,6
Zlínský	3 836	120 732	18 598	31,5	4,8
Moravskoslezský	6 521	242 307	35 388	37,2	5,4
Celkem ČR	50 100	2 088 217	328 478	41,7	6,6

Pozn.: DD – domov důchodců; DP – domov-penzion pro důchodce

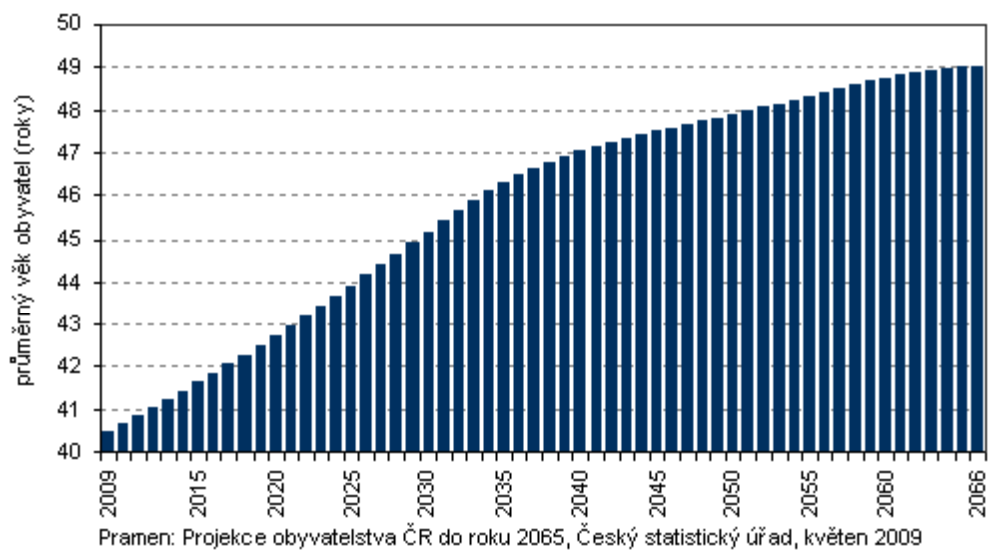
Zdroj: ČSÚ

Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České republiky v letech 2006 a 2050



Zdroj: ČSÚ

Očekávaný vývoj věkového průměru obyvatel do roku 2066 (střední varianta projekce; k 1.1)



Zdroj: ČSÚ

Příloha 6

Seznam domovů pro seniory Olomouckého kraje

1. **Centrum Dominika Kokory, příspěvková organizace**
(Kokory 54, 751 05 Kokory)
www.dominikakokory.cz
2. **Centrum sociálních služeb Prostějov, příspěvková organizace**
(Lidická 1454/86, Prostějov, 796 01, Prostějov 1)
<http://www.csspv.cz>
3. **Česká katolická charita Charitní domov Svatý Kopeček**
(nám. Sadové 152/39, Svatý Kopeček, 779 00 Olomouc 9)
www.ckch.cz
4. **Diakonie ČCE - středisko v Sobotíně**
(Petrov nad Desnou 203, 788 16 Petrov nad Desnou)
Diakonie ČCE - Středisko v Sobotíně
(Sobotín 127, 788 16 Petrov nad Desnou)
www.diakoniecce-sobotin.cz
5. **Domov Alfreda Skeneho Pavlovice u Přerova, příspěvková organizace**
(Pavlovice u Přerova 95, 751 12 Pavlovice u Přerova)
<http://daspavlovice.cz>
6. **Domov důchodců**
(Hornická 579, Zlaté Hory, 793 76 Zlaté Hory v Jeseníkách)
<http://zlatehory.cz>
7. **Domov důchodců Červenka, příspěvková organizace**
(Opletalova 1148/10, 784 01 Litovel)
Domov důchodců Červenka, příspěvková organizace
(Nádražní 105, Červenka, 784 01 Litovel)
<http://www.ddcer.cz>
8. **Domov důchodců Hrubá Voda, příspěvková organizace**
(Hrubá Voda 11, 783 61 Hlubočky 1)
<http://www.ddhrubavoda.cz>
9. **Domov důchodců Jesenec, příspěvková organizace**
(Jesenec 1, 798 53 Jesenec)
telefon 582 396 890
10. **Domov důchodců Kobylá nad Vidnavkou, příspěvková organizace**
(Kobylá nad Vidnavkou 153, 790 65 Žulová)
telefon 584 437 261
11. **Domov důchodců Libina, příspěvková organizace**
(Libina 540, 788 05 Libina)
telefon 583 233 203
12. **Domov pro seniory**
(Nerudova 1666/70, Prostějov, 796 01 Prostějov 1)
<http://domovpv.cz>
13. **Domov důchodců Štítý, příspěvková organizace**
(Na Pilníku 222, 789 91 Štítý)
telefon 583440192
14. **Domov důchodců Šumperk, příspěvková organizace**
(U sanatoria 2631/25, Šumperk, 787 01 Šumperk 1)
<http://ddspk.cz>
15. **Domov Na zámečku Rokytnice, příspěvková organizace**
(Rokytnice 1, 751 04 Rokytnice u Přerova)
www.domovrokytnice.cz

16. **Domov pro seniory a pečovatelská služba Mohelnice, příspěvková organizace**
(Medkova 419/1, 789 85 Mohelnice)
<http://www.mu-mohelnice.cz/domovy-duchodcu/>
17. **Domov pro seniory Javorník, příspěvková organizace**
(Školní 104, Javorník, 790 70 Javorník u Jeseníku)
<http://www.domovduchodcu.jesenicko.com>
18. **Domov pro seniory Kostelec na Hané, příspěvková organizace**
(M. Ulického 882, 798 41 Kostelec na Hané)
<http://ddkostelecnh.eu>
19. **Domov pro seniory Lumírov**
(Ludmírov 2, 798 55 Hvozd u Prostějova)
<http://volny.cz/ddludmírov>
20. **Domov pro seniory Radkova Lhota, příspěvková organizace**
(Radkova Lhota 16, 751 14 Dřevohostice)
<http://domovrl.cz>
21. **Domov pro seniory Soběsuky, příspěvková organizace**
(Soběsuky 95, 798 03 Plumlov)
telefon 582 394 025
22. **Domov pro seniory Tovačov, příspěvková organizace**
(Nádražní 94, Tovačov I-Město, 751 01Tovačov)
www.dstovacov.cz
23. **Domov seniorů Hranice, příspěvková organizace**
(Jungmannova 1805, Hranice I-Město, 753 01 Hranice 1)
<http://mesto-hranice.cz>
24. **Domov seniorů POHODA Chválkovice, příspěvková organizace**
(Švabinského 403/3, Chválkovice, 779 00 Olomouc 9)
<http://www.ddol.cz>
25. **Domov u rybníka Víceměřice, příspěvková organizace**
(Víceměřice 32, 798 26 Nezamyslice u Prostějova)
<http://domovurybnika.cz>
26. **Dům pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice**
(Týnecká 10, 783 53 Velká Bystřice)
<http://svanna.velkabystrice.cz>
27. **Dům pro seniory Uničov s.r.o.**
(Dolní Sukolom 1106, 783 91 Uničov 1)
www.domov-unicov.cz
28. **Dům seniorů FRANTIŠEK Náměšť na Hané, příspěvková organizace**
(Komenského 291, 783 44 Náměšť na Hané)
telefon 585 952 146
29. **Domov pokojného stáří sv. Františka Javorník**
(Lidická 89, Javorník, 790 70 Javorník u Jeseníku)
<http://www.javornik.charita.cz>
30. **Domov pokojného stáří sv. Hedviky Vidnava**
(Mírové náměstí 66, 790 55 Vidnava)
telefon 584 435 136
31. **Dům pokojného stáří Bohuslavice**
(Bohuslavice 9, 798 56 Bohuslavice u Konice)
<http://www.charitakonice.cz>
32. **Dům S.M. Stanislavy Ernstové**
(Městys Bílá Voda 81, 790 69 Bílá Voda u Javorníka)
www.ruzenec.cz
33. **Domov pro seniory**
(Kabelíkova 3217/14a, Přerov I-Město, 750 02 Přerov 2)
www.ssmp.cz

34. Ošetrovatelský domov

(Na valech 1120/14, Šternberk, 785 01 Šternberk 1)
www.socialnisluzby.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV.

Příloha 7

Seznam poskytovatelů domácí péče Olomouckého kraje

- 1. Centrum sociálních služeb Kojetín, příspěvková organizace**
(náměstí Dr. E. Beneše 3, Kojetín I-Město, 752 01 Kojetín)
www.kojetin.cz/css/
- 2. Pečovatelská služba**
(Bratří Čapků 662, Uničov, 783 91 Uničov 1)
www.cssunicov.cz
- 3. Domov sv. Norberta**
(nám. Sadové 152/39, Svatý Kopeček, 779 00 Olomouc 9)
<http://premonstratky.cz>
- 4. Diakonie ČCE - středisko v Sobotíně**
(Petrov nad Desnou 203, 788 16 Petrov nad Desnou)
www.diakoniecce-sobotin.cz
- 5. Domov důchodců**
(Hornická 579, Zlaté Hory, 793 76 Zlaté Hory v Jeseníkách)
<http://zlatehory.cz>
- 6. Domov pro seniory a pečovatelská služba Mohelnice, příspěvková organizace**
(Medkova 419/1, 789 85 Mohelnice)
<http://www.mu.mohelnice.cz/domovy-duchodcu/>
- 7. Domov seniorů Hranice, příspěvková organizace - Pečovatelská služba**
(Tovačovského 2000, Hranice I-Město, 753 01 Hranice 1)
telefon 581602230
- 8. Charitní pečovatelská služba středisko Lipník nad Bečvou**
(28. října 36/7, Lipník nad Bečvou I-Město, 751 31 Lipník nad Bečvou)
www.lipnik.caritas.cz
- 9. Charitní pečovatelská služba středisko Hranice**
(Purgešova 1399, Hranice I-Město, 753 01 Hranice 1)
www.charita-hranice.cz
- 10. Charitní pečovatelská služba**
(Lidická 89, Javorník, 790 70 Javorník u Jeseníku)
www.javornik.charita.cz
- 11. Charitní pečovatelská služba Konice**
(Zahradní 690, 798 52 Konice)
<http://www.charitakonice.cz>
- 12. Pečovatelská služba**
(Peškova 484/1, Povel, 779 00 Olomouc 9)
www.olomouc.charita.cz
- 13. Pečovatelská služba**
(Polišenského 4380/1, Prostějov, 796 01 Prostějov 1)
<http://www.prostejov.caritas.cz>
- 14. Charitní pečovatelská služba Litovel**
(Vítězná 1129/2a, 784 01 Litovel)
www.sternberk.caritas.cz
- 15. Charitní pečovatelská služba Uničov**
(Šternberská 497, Uničov, 783 91 Uničov 1)
www.sternberk.caritas.cz
- 16. Charitní pečovatelská služba Šternberk**
(Opavská 1385/13, Šternberk, 785 01 Šternberk 1)
www.sternberk.caritas.cz

- 17. Charita Šumperk**
(Žerotínova 359/12, Šumperk, 787 01 Šumperk 1)
<http://www.sumperk.charita.cz>
- 18. Charita Zábřeh**
Charita Zábřeh- Charitní pečovatelská služba (náměstí Míru 57, 789 91 Štítý)
Charita Zábřeh- Charitní pečovatelská služba (Tovární 501, 789 69 Postřelmov)
Charita Zábřeh - Charitní pečovatelská služba (Zámecká 19/11, 789 85 Mohelnice)
Charita Zábřeh - Charitní pečovatelská služba (Žižkova 7/15, 789 01 Zábřeh)
www.charitazabreh.cz
- 19. Město Moravský Beroun**
(náměstí 9. května 4, 793 05 Moravský Beroun)
www.morberoun.cz
- 20. Dům s pečovatelskou službou**
(Tovární 136, 751 03 Brodek u Přerova)
telefon 581741529
- 21. Dům s pečovatelskou službou**
(J. V. Choráze 309, 753 66 Hustopeče nad Bečvou)
telefon 581626111
- 22. Pečovatelská služba o.s. AMANS**
(Brodecká 79, 783 75 Dub nad Moravou)
telefon 585964570
- 23. Obec Česká Ves - Dům s pečovatelskou službou**
(Jánského 76, 790 81 Česká Ves)
telefon 584 428 403
- 24. Charitní pečovatelská služba**
(Šířava 1295/27, Přerov I-Město, 750 02 Přerov 2)
www.prerov.caritas.cz
- 25. POMADOL s. r. o.**
(Dobnerova 718/26, Nová Ulice, 779 00 Olomouc 9)
<http://www.pomadol.cz>
- 26. PONTIS Šumperk o.p.s.**
Dům s pečovatelskou službou Markéta a Středisko osobní hygieny
(Bohdíkovská 2336/24, Šumperk, 787 01 Šumperk 1)
Dům s pečovatelskou službou Tereza
(Gagarinova 2376/11, Šumperk, 787 01 Šumperk 1)
Dům s pečovatelskou službou Alžběta
(Temenická 2924/35, Šumperk, 787 01 Šumperk 1)
<http://www.pontis.cz>
- 27. Sociální služby Lipník nad Bečvou, příspěvková organizace**
(Souhradní 1393, Lipník nad Bečvou I-Město, 751 31 Lipník nad Bečvou)
<http://socialnisluzby.com>
- 28. Sociální služby města Přerova, p.o.**
Dům s pečovatelskou službou II. (Na hrázi 2255/32, Přerov I-Město, 750 02 Přerov 2)
Dům s pečovatelskou službou I. (Trávník 748/1, Přerov I-Město, 750 02 Přerov 2)
Dům s pečovatelskou službou II. (Fügnerova 2293/1, Přerov I-Město, 750 02 Přerov 2)
Dům s pečovatelskou službou V. (U Žebračky 576/18, Přerov I-Město, 750 02 Přerov 2)
Dům s pečovatelskou službou IV. (Jižní čtvrť I 2472/25, Přerov I-Město, 750 02 Přerov 2)
Dům s pečovatelskou službou II. (U Strhance 2190/13, Přerov I-Město, 750 02 Přerov 2)
Dům s pečovatelskou službou III. (Tyršova 404/68, Přerov II-Předmostí, 751 24 Přerov 4)
www.ssmc.cz
- 29. Sociální služby pro seniory Olomouc, příspěvková organizace**
(Zikova 618/14, Nové Sady, 779 00 Olomouc 9)
www.sluzbyproseniory.cz

- 30. Sociální služby Prostějov, příspěvková organizace**
(Pod Kosářem 276/27, Prostějov, 796 01 Prostějov 1)
<http://www.sospv.cz>
- 31. Sociální služby Šternberk, p. o. - pečovatelská služba**
(Komenského 388/40, Šternberk, 785 01 Šternberk 1)
<http://www.socialnisluzby.cz>
- 32. Sociální služby Šumperk - pečovatelská služba**
(Kozinova 22/4, Šumperk, 787 01 Šumperk 1)
www.socsluzby.ic.cz
- 33. SOUŽITÍ 2005, o.p.s.**
(Na Bukovci 1, Mikulovice, 790 84 Mikulovice u Jeseníku 1)
www.souziti2005.webnode.cz
- 34. Středisko pečovatelské služby Jeseník, příspěvková organizace**
(Otakara Březiny 1370/2c, Jeseník, 790 01 Jeseník 1)
www.pecovatelskajesenik.wbs.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lucie Rýznarová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní péče
Vedoucí práce:	MUDr. Kateřina Kikalová, PhD.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Péče o seniory v ústavním zařízení, zajištění bio-psycho-sociální pohody ve staří
Název v angličtině:	The care of seniors at institutional facilities to ensure them the bio-psycho and social well-being in the old-age
Anotace práce:	Bakalářská práce "Péče o seniory v ústavním zařízení, zajištění bio-psycho-sociální pohody ve staří" je zaměřena na shrnutí informací vztahujících se k problematice stárnutí a staří. V úvodní části jsou vysvětleny obecné pojmy. Průzkum v rámci státních i nestátních domovů pro seniory v Olomouckém kraji, zjišťuje charakter používaných vstupních dotazníků v konkrétních zařízeních. Dílčím cílem průzkumu, je úroveň spolupráce mezi uživateli, jejich rodinnými příslušníky a konkrétním zařízením.
Klíčová slova:	staří, fyziologické aspekty, péče o seniory, ústavní sociální péče, domácí péče
Anotace v angličtině:	Thesis "Caring for the elderly in institutional facilities, provision of bio-psycho-social well-being in old age" is intended to summarize the information relating to the issue of aging and old age. In the introductory section the general concepts are explained. Survey carried out in the state and private homes for the elderly at the Olomouc region is focused to the character of the input questionnaires in the particular device. A partial object of this study was the level of the cooperation between users, their families and the particular device.
Klíčová slova v angličtině:	old age, physiologic aspects, older people care, long-term care facilities, home care
Přílohy vázané v práci:	Ilustrace, Grafy, Tabulky
Rozsah práce:	42 s. (60 760 znaků)
Jazyk práce:	CZ