

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Bakalářská práce

Alžběta Čajková

Hudební kultura a výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Geriatrická péče a zařízení pro seniory

Olomouc 2013

vedoucí práce: MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí práce a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 4. 4. 2013

.....

Podpis

Poděkování:

Ráda bych především poděkovala vedoucí bakalářské práce MUDr. Miladě Bezděkové, Ph.D. za její cenné rady, které mi poskytla v rámci konzultací, a které mi tím značně přispěly k dokončení bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat Domovu s pečovatelskou službou ve Velké nad Veličkou, zdravotním sestrám a pečovatelkám ze zdravotní a sociální péče Zdislavy z Veselí nad Moravou a v neposlední řadě seniorům z Velké nad Veličkou a okolních vesnic, kteří se podíleli na mém dotazníkovém šetření.

Výsledky z této bakalářské práce mohou sloužit seniorům k jejich nahlédnutí.

OBSAH:

1	CÍLE PRÁCE	7
1.1	Hlavní cíl.....	7
1.2	Dílčí cíle.....	7
2	PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ	8
2.1	Vymezení pojmů	8
2.2	Historie péče o seniory.....	10
2.3	Přínos geriatrického ošetrovatelství pro seniory v pobytových soc. zařízeních	11
2.4	Postavení seniorů ve společnosti.....	11
3	STÁRNUTÍ A INVOLUČNÍ ZMĚNY	13
3.1	Životní potřeby člověka	13
3.2	Periodizace stáří	14
3.2.1	Periody lidského života, charakteristika vybraných věkových období.....	14
3.3	Potřeby seniorů.....	15
3.4	Zdravotní stav seniora	17
3.5	Soběstačnost seniora	18
4	ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY	19
4.1	Zdravotní služby pro seniory	19
4.1.1	Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)	20
4.1.2	Hospicová péče	20
4.2	Sociální služby a péče pro seniory	21
4.2.1	Domovy důchodců	21
4.2.2	Domov pro seniory	21
4.2.3	Domovy – penziony pro důchodce	22
4.2.4	Domovy s pečovatelskou službou.....	22
4.2.5	Pečovatelská služba	22
4.2.6	Zařízení pro denní pobyt (domovinky).....	22
4.2.7	Osobní asistence	22
5	DOMÁCÍ PÉČE	24
5.1	Historie domácí péče.....	24
5.2	Vývoj domácí péče v České republice	25
5.3	Domácí péče v České republice	26
6	ZDRAVÍ, NEMOC, LÉČBA, SMRT	29
6.1	Zdraví, nemoc, léčba	29
6.2	Smrt.....	31

6.3	Nejčastěji se vyskytující nemoci seniorů	31
6.3.1	Demence	32
6.3.2	Alzheimerova nemoc	32
6.3.3	Parkinsonova nemoc	33
6.3.4	Mozková mrtvice	33
6.3.5	Inkontinence.....	34
6.3.6	Deprese	34
6.3.7	Nespavost (insomnie)	35
7	MATERIÁLY A METODIKA PRÁCE	36
7.1	Charakteristika souboru	36
7.2	Výzkumná metoda	37
7.3	Popis výzkumné metody	37
8	VÝSLEDKY A DISKUZE	38
	SOUHRN	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
	SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK.....	61
	SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ	62
	SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou bydlení a péčí, která je seniorům poskytována. Stáří je přirozenou fází lidského života. Lidé v dnešní době se dožívají stále vyššího věku a proto je potřeba zajistit jim co nejlepší a nejkvalitnější péči. Důležité je zajistit nejen základní potřeby života, ale také smysluplné trávení času, které zvyšuje kvalitu jejich života. Lékařská věda umožňuje léčit kvalitněji různá onemocnění a tím pádem umožní lidem dožít se vyššího věku, i proto seniorů přibývá. Je důležité se o ně důstojně postarat, ať v domácím prostředí, nebo ve zdravotních a sociálních zařízeních. Domácí péče umožňuje seniorům zůstat ve známém prostředí, jsou obklopeni věcmi, které mají rádi. V jiných zařízeních je jim poskytována celodenní lékařská a zdravotní péče.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretická a praktická část. V první kapitole jsou stanoveny cíle mé bakalářské práce, druhá kapitola čtenáře seznamuje se základními terminologickými pojmy. Třetí kapitola pojednává o stárnutí a involučních změnách, které seniora ve stáří doprovází. Ve čtvrté kapitole se zabýváme zdravotními a sociálními službami, které jsou seniorům poskytovány. Pátá kapitola pojednává o domácí péči, od jejího vývoje, až po rozdělení domácí péče, která je seniorům poskytována. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na celkové zdraví, léčbu a nemoci, které jsou projevem stáří.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na seniory ve věku od 62 let do 90 let. Dotazníkové šetření bylo prováděno v domácnostech i sociálních zařízeních na vesnicích a ve městě v oblasti Jižní Moravy. Součástí praktické části jsou vyhodnocené výsledky udány v grafech k přehledné orientaci vyhodnocených dat.

Cílem bakalářské práce je zjistit poskytovanou péči o seniory v domácím prostředí a ve zdravotních a sociálních zařízeních, do jaké míry se na pomoci podílí rodina seniora a jaké jsou nejdůležitější potřeby pro seniory. Zjišťování probíhalo pomocí dotazníkového šetření. Stáří se týká každého z nás, proto je potřeba dát seniorům to nejdůležitější v podobě hmotných, ale i nehmotných věcí, které jsou občas ty nejcennější.

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Hlavní cíl

Cílem práce bylo zjistit, jaká péče je seniorům poskytována v domácím, anebo sociálním zařízení, do jaké míry se na pomoci podílí rodina a ostatní příbuzní, jaké jsou nejdůležitější potřeby seniorů.

1.2 Dílčí cíle

- Zjistit místo pobytu a osamělost dotazovaných respondentů.
- Porovnat, zda-li je více dotazovaných seniorů pohyblivých anebo upoutaných na lůžko a jestli zvládnou užívat předepsané léky sami, nebo za pomoci jiné osoby.
- Zjistit, jaké služby dotazovaní respondenti nejvíce využívají, nebo jsou soběstační.

2 PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ

Tato kapitola pojednává o základních pojmech, které jsou spojeny se stářím, o péči seniorů od historie až po současnost a jaké je dnešní postavení seniorů ve společnosti.

2.1 Vymezení pojmů

Stáří

Přiblížení pojmu stáří se předpokládá určité dosažení věku. Není zcela zřejmé jaký rok, je pravým počátkem. Z demografického pohledu se u nás stanovuje za počátek stáří 65 let. U každého jedince je ale chronologické stáří zcela odlišné, jak podle psychologického, fyzického, tak i sociálního stavu. Stáří bývá charakterizováno jako období úpadku a ztrát. Stárnoucího člověka také doprovází výrazné změny, jako jsou odchod do důchodu, ztráta profesní role, stěhování, častá hospitalizace (Vážanský, 2010).

Stárnutí

Stárnutí nelze jednoduše definovat. Proces stárnutí je pro každého jedince, společnost, rodinu přirozeným jevem, který je ovlivněn životním prostředím (Jarošová, 2006). Stárnutí se týká psychologické, sociální, tak i biologické sféry, které se navzájem prolínají a ovlivňují. Tím vytváří obraz přirozeného stárnutí člověka (Pacovský, 1994).

Biologické stárnutí

Proces biologického stárnutí je u každého jedince individuální, je dán životním stylem a genetickými dispozicemi. Základem fyzických změn je zpomalený metabolismus, opotřebenost orgánů. U kosterních svalů klesá pružnost, mění se vzhled kůže, je tenká, svrstělá, suchá, vznikají vrásky. Patří sem také poruchy spánku, kdy jedinec má problémy s usínáním a probouzí se v časných ranních hodinách. Ve vysokém věku dochází nejčastěji k postižení sluchu či zraku.

Psychické stárnutí

Zahrnujeme zde změny psychiky, které se s vyšším věkem vyskytují častěji. U jedinců jsou časté pocity strachu, nejistoty, úzkosti. Může se měnit také pořadí cílů, potřeb a hodnot. U starých osob se projevuje nedůvěra k cizím lidem a někdy i nechť přizpůsobovat se něčemu novému. Změny také nastávají v oblasti citového života, kdy

jedinci hůře zvládají krizové situace a může to přejít až k depresím. Senioři očekávají porozumění a ohledy od okolí, jsou častěji citově zranitelnější (Jarošová, 2006).

Sociální stárnutí

K nejvýznamnějším nepříznivým sociálním aspektům seniorů můžeme zařadit generační osamělost, do které patří např. úmrtí partnera, zhoršený kontakt s přáteli, účastnění se kulturních akcí, změna ekonomické situace, strach ze stáří, nesoběstačnost. K pozitivním aspektům patří funkční rodina, citová pouta, nakládání s volným časem, do kterého senior může zahrnout své koníčky a zájmy (Malíková, 2001).

Geriatric

Do geriatric je zahrnuta problematika chorob, zdraví a kvalita života ve stáří (Kalvach, Onderková, 2006). Dochází ke geriatricizaci medicíny u stárnoucí populace. Znamená to, že senioři se vyskytují ve všech lékařských oborech stále ve větším zastoupení. Je potřeba, aby pracovníci v tomto oboru, měli co největší přehled, znalosti a vzdělání v oboru geriatric (Malíková, 2001).

Geriatrický pacient

Existuje mnoho definic pro označení geriatrického pacienta, doposud žádná nebyla plně ustálena. **V širším slova smyslu** se hovoří o starších nemocných seniorech, kde v hospodářsky vyspělých zemích je věk stanoven na 75 let, ale se zlepšováním funkčního a zdravotního stavu seniorů se věk často posouvá na 80 let. Nejnižší stanovený věk u pacientů začleněných do geriatrických programů, nebo pro ty, co jsou dlouhodobě nemocní obvykle je uveden věk 65 let.

V užším slova smyslu jsou začleněni senioři, kteří mají závažnější problém, kteří potřebují dlouhodobější pomoc, bez které by se sami neobešli a byli by zranitelnější. U každého jedince je to individuální, klíčem k pochopení geriatrického pacienta není věk, ale projevy a povaha.

V dnešní době se geriatrický pacient ztotožňuje především s ošetrovatelskou, sociální problematikou a s ústavní dlouhodobou péčí. Geriatric je úzce spjata s obory neurologie, ošetrovatelství a rehabilitace (Kalvach a kolektiv, 2008).

2.2 Historie péče o seniory

Péče o seniory se v průběhu staletí měnila. Dříve veškerá starost o stárnoucí osobu byla vztahována na rodinu, mnohdy převzala tento úkol i církev. Později se začínají rozvíjet charitativní péče, které mají být nápomocné starým a chudým lidem. Dále byly zakládány starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy, které se v průběhu dějin proměnily na domovy důchodců. Jejich organizaci zajišťovaly kláštery, později to byly městské a obecní rady. Byly určeny hlavně pro chudé, nemajetné a staré lidi. Plnilo to hlavně azylovou funkci (Jarošová, 2006). V antickém starověku byl nejslavnějším lékařem Hippokrates, který položil základy preventivní medicíny, jako první kladl velký důraz na pozorování lidského těla u nemocných, tak i zdravých. Jeho důležitým činem je základ Hippokratovy přísahy, která je pro lékaře aktuální dodnes (Nováková, 2008).

Zhruba ve 12. století u nás vznikaly špitály, které plnily spíše funkci sociální než léčebnou. Starým a chudým lidem zde byla poskytována strava, nocleh a odpočinek. Prvním zařízením pro dlouhodobý a trvalý pobyt byly středověké špitály. V 17. století jsou na našem území zakládány nemocnice, které už neměly azylový charakter, ale byly nahrazovány složkou léčebnou. Staří lidé museli být přestěhováni do starobinců nebo chudobinců.

Za vlády Josefa II. (1741-1790) se začala v Čechách rozvíjet péče o staré občany. Vznikla povinnost postarat se o chudé, handicapované poskytnout jim veškerou možnou péči, stravu. Ve městech a obcích byly budovány starobince a nemocnice pro chudé, péče byla na velmi nízké úrovni, byl zde omezený počet ošetrovatelek, které byly bez jakéhokoliv vzdělání a odborné přípravy.

Velký převrat nastal během první republiky, kdy veškerá správa spadala pod ministerstvo sociálních věcí. Pro staré lidi bylo poskytováno sociální zařízení, dále nově vznikaly dobročinné organizace a církve (Charita, Československý červený kříž, České srdce). Poté byla péče rozdělena na sociální a zdravotní.

Později vznikaly domovy s pečovatelskou službou, které byly určeny hlavně pro seniory ze špatně dostupných a vzdálených míst. V sedmdesátých letech nově vznikají léčebny pro dlouhodobě nemocné a v osmdesátých letech jsou to už geriatrické oddělení a ordinace. Po roce 1989 došlo k zařizování nových institucí, které byly určeny pro seniory, do kterých patří první hospicová péče a domácí ošetrovatelská péče (Jarošová, 2006).

2.3 Přínos geriatrického ošetřovatelství pro seniory v pobytových sociálních zařízeních

Zabezpečuje všestrannou péči o individuální potřeby nemocných v souladu s nejnovějšími zásadami a odbornými poznatky v péči o nemocné, v zájmu předcházení nepříznivým vlivům, které negativně působí na zdravotní a psychický stav nemocných, dodržuje ochranný léčebný režim. Provádí komplexní hygienickou péči u nemocných, s absolutním a relativním klidem na lůžku, zvýšenou péči věnuje prevenci proleženin. Provádí jednoduché rehabilitační výkony, zejména polohování nemocných, kondiční dechová cvičení. Zabezpečuje hygienickou a estetickou úpravu prostředí nemocných, dodržování léčebného režimu. Sledují fyziologické funkce a projevy nemocných, jejich duševní a celkový stav. Podporují spolupráci s rodinou při ošetřování a soběstačnosti (Malíková, 2001).

2.4 Postavení seniorů ve společnosti

Rozdíly se projevují v řadě věcí, ve kterých může hrát určitou roly člověk, který se liší esteticky nebo vizuálně, od kterého se odvíjí dynamika změn oblékání, určité i tlak médií. Změny u člověka jsou patrné i v psychice a názorech. Staří lidé v dnešní době mají větší možnosti a snadněji se dostávají k informacím, které jsou pro ně potřebné. U seniorů došlo k výrazným změnám ve vzdělání, učí se více cizím jazykům než dříve, které zároveň mohou zužitkovat v možnosti cestování.

Důležité také je, že se posunuje hranice střední délky života, příčin může být více. Určitě největší vliv na zdraví má kvalita zdravotní péče. Na druhé straně se ale zhoršila bezpečnost ve společnosti. Senioři jsou častějším objektem trestné činnosti. I když je dnešní doba jiná, stále důvěřují cizím lidem a velmi často na to doplácí.

Mezi pozitiva ve stáří můžeme jistě zahrnout volný čas, který může senior využít k rozvoji svých zájmů, četbě, péči o vnoučata. Má více času pro cestování, turistiku, procházky a výlety. Senior není vystaven stresu jako dříve, kdy musel myslet na to, jak zabezpečit dobře rodinu, sladit pracovní povinnosti s domácími.

K negativům u stárnoucích lidí může patřit pocit zbytečnosti, osamocení. Ze života seniorům začínají postupně odcházet blízcí a přátelé, senior pociťuje úbytek fyzických sil a zhoršování zdravotního stavu.

Častěji se setkáváme s tím, že si stárnoucí člověk pořizuje věrného přítele v podobě zvířete, nejčastěji jsou to psi nebo kočky. Zvíře může znamenat záruku

vhodnějšího životního stylu, u seniora posiluje stránku jak duševní, tak i tělesnou. Pro seniora hraje zvíře roli kamaráda, spojence, má tak ideální příležitost k dotykovým i verbálním vztahům (Vážanský, 2010).

3 STÁRNUTÍ A INVOLUČNÍ ZMĚNY

Z hlediska délky života existují lidé, kteří mají genetickou dispozici k dlouhému i krátkému životu. Významný podíl na tom nese dědičnost.

Dlouhověkost se nejčastěji udává jako věk 90 let a více, mnohé studie se zabývají dlouhověkostí až od 100 let a více. Jsou známi také kategorie extrémní dlouhověkosti, ve které se uvádí věk 110 let a více. Ve světě je uvedeno 80 takto starých lidí s převahou žen. Za nejvýše dožitý věk je považován kolem 125 let. Nejvýše dožitého věku se dožila Francouzka, která měla 122 let a 164, nejstarší žena u nás se dožila 112 let.

Aktuálně v ČR žije 27 000 dlouhověkých osob starších 90 let. Poměr žen k mužům je 4 : 1. Dlouhověkost je dána vlivem prostředí a genetickými faktory (Kalvach, Zadák a kolektiv, 2008).

3.1 Životní potřeby člověka

Základní biologická potřeba u člověka je nestrádat zimou, hladem, žízní, bolestí. Déle jsou to psychosociální potřeby (komunikace, poznávání, zažívat úspěch, mít soukromí, lásku). Pro seniora se stává hodně důležitým také naplňování mravního ideálu, sounáležitost. K hodně závažnému pochybení dochází ze strany pečujících osob k tomu, že plní jen funkci biologickou. Do té můžeme zahrnout nakrmení seniorů, zastlání v čistém lůžku. Stárnoucími lidem chybí komunikace s okolím, trpí depresi a ztrátou životní smysluplnosti. Kvalita života seniorů souvisí hlavně s naplňováním jejich životních potřeb (Kalvach, Onderková, 2006).

Důležitým faktorem u seniorů s přibývajícím věkem se stává vlastní pohyblivost. Od 55let přibližně 70% mužů a žen jsou částečně omezeni obtížemi v pohyblivosti či nemocí. Na druhou stranu každý pátý člověk nad 75 let necítí omezení. Pro stárnoucí jedince je důležitá chůze, procházky, návštěvy příbuzných, aby člověk nebyl sám. Velké rozdíly jsou mezi seniory žijících ve městech a na venkově. Ve městech mají starší lidé ve své blízkosti všechna důležitá zařízení, ke kterým se můžou dostat veřejnými prostředky, což je výhoda oproti seniorům na vesnicích. Jediným záporem pro seniory ve městech je strach z větší kriminality a pocitu nebezpečí. Pro seniory je ve stáří

důležité, aby se cítili bezpečně, proto si raději vybírají bydlení buď na okraji města, anebo na vesnicích, kde se cítí bezpečněji (Hoskovec, Šmolíková, Štikar, 2007).

3.2 Periodizace stáří

Průběh lidského života bývá různě periodizován a neexistuje žádná univerzální kategorie. Nejčastěji se využívá kalendářního věku, který může být nazýván i jako chronologický, nebo matriční. (Solárová, 2010). Udává přesný datum narození jedince, u kterého se již ve stáří nápadně projevují involuční změny. Z chronologického hlediska stárneme všichni stejně, ale u všech se známky stárnutí neprojevují stejně. Funkční věk nemusí být vždy v souladu s kalendářním. Medicína by se měla řídit hlavně věkem funkčním, ale doposud nebyly vypracovány přesné vyšetřovací metody (Pacovský, 1993).

Ve svém výzkumu jsem pracovala s konceptem J. Viwegha a P. Mühlpachr Rozdělení podle J. Viewegha: **60–75 let počáteční stáří**, **75–90 let pokročilé stáří**, nad **90 let krajní stáří**. V současnosti se nejvíce uplatňuje členění podle P. Mühlpachra: **65-74 let mladí senioři** (adaptují se na volný čas, seberealizaci), **75-84 let staří senioři** (typický průběh chorob, změna funkční zdatnosti), **85 let a více velmi staří senioři** (sledování zabezpečení a soběstačnosti). Ve většině členění se objevuje kritická perioda, která je věk kolem 75 let (Solárová, 2010).

3.2.1 Periody lidského života, charakteristika vybraných věkových období

Periody lidského života dělíme na čtyři etapy: první věk – mládí (získávání sociálních rolí a profesní příprava), druhý věk – produktivní dospělost (produktivita biologicko - ekonomicko - sociální), třetí věk – postproduktivní, stáří, čtvrtý věk – závislost (www.vira.cz).

Člověk po padesátce pomalu začíná vnímat zlomovou etapu svého života, kdy dochází k úbytku jeho psychických i fyzických sil, i když si to kolikrát ani neuvědomuje. Začíná se těšit na konec pracovních povinností spojených s odchodem do důchodu a možností spousty stráveného času aktivitami, na které doposud neměl čas. Involuční změny se projevují, tělo stárne rychleji a to se může projevit na nespavosti nebo poruše spánku. Než si na všechny tyto změny člověk navykne a připustí si je, může na okolí působit smutkem, úzkostí a lítostí. V neposlední řadě se zhoršuje paměť,

postřeh a klesá tělesná výkonnost. Jedinec se obává ekonomické situace, která nastane po odchodu ze zaměstnání, poklesu svého životního standardu. Přípravuje se zvládat situace, které čelí neočekávaným změnám. U starších lidí je vyšší hladina porozumění, tolerance a shovívavosti.

Po šedesátce se involuční změny u seniorů mění ještě mnohem rychleji. Člověk má pocit méněcennosti, čelí více nemocem a špatně snáší změny. Díky patologicky urychlenému stáří se projevuje demence, ubývají rozumové schopnosti a s vyšším věkem se u seniorů projevují častější pocity smutku, deprese doprovázené bolestmi a úzkostí. Vznikají nepříjemné myšlenky ze ztráty životního partnera, odchodu dětí z domova a strachu z vážných chorob. O stárnoucím člověku se mnohdy říká, že je nejzodpovědnější osobou, nebo-li skutečnou autoritou pro svá vnoučata. Starší člověk je pro mladší populaci vzorem, neboť má mnoho zkušeností, vzpomínek a přináší cenné rady do života. Odchod jednoho partnera ze života je považováno jako osobní neštěstí.

Život po sedmdesátce se projevuje sníženou imunitou, omezenou hybností a výkonností, problémy se sluchem a zrakem. Důležitým aspektem pro seniory je jejich zájmová činnost, setkávání se s rodinou, vnoučaty, neboť stárnoucí a uzavřený člověk se bude cítit opuštěný a bude se více trápit svými nemocemi. Senioři si trvají na svém stereotypu, neradi něco mění, nebo se učí něčemu novému, jsou k sobě samému kritičtí (Vážanský, 2010).

3.3 Potřeby seniorů

Potřeba se u seniorů projevuje nedostatkem něčeho, co chybí a je především nutné to odstranit. Je to něco, co jedinec potřebuje pro svůj vývoj a život. V dnešním ošetrovatelství je kladen důraz na uspokojování potřeb jak nemocných, tak i zdravých jedinců v každém věku. Nejrozšířenější teorie, která je používána je teorie motivačního systému osobnosti, kterou vytvořil psycholog Maslow. Patří zde fyziologické potřeby, které vyjadřují potřebu organismu, ale nemusí mít psychickou odezvu je to např. (potřeba výživy, spánku, dýchání). Potřeba bezpečí se projevuje ve ztrátě pocitu životní jistoty, když člověk ekonomicky selže, nebo při jakémkoliv nebezpečí. Potřeba seberealizace se u seniorů projeví, když realizují své záměry, nebo nalézají smysl života.

Vznikající potřeby lidského života vznikají a jsou určovány různými činiteli. Během života se u lidí objevuje různé uspokojování vrozených potřeb a další významné

stránky života. Všechny tyto hodnoty mají u člověka vliv na aktivitu a motivační postoje. Ve stáří u seniorů dochází ke změně hodnotových potřeb. Senior se více fixuje na rodinu, potřebuje cítit sounáležitost a potřebu lásky ze strany svých nejbližších. Čím jsou lidé starší, tím více se cítí osaměle. Mají větší potřebu k fyziologickým potřebám, dožadují se větší pohody. Stárnoucí lidé se cítí mnohem více ohroženi jak onemocněním, tak i ovdověním, jsou odkázáni na pomoc druhých a potřebují cítit pocit bezpečí (Jarošová, 2006).

Funkční různorodost seniorů

Co se týká funkční zdatnosti u seniorů, tak u každého jedince se projevuje v jiné míře. Věkové kategorie seniorů mohou být rozdílné. Senior může být zdatný, nebo právě naopak může být upoután na lůžko. Záleží hodně na kvalitě života, funkčních vlastnostech každého jedince a může zde být zahrnuta také dědičnost. Z ošetrovatelského hlediska je určitě jedním z důležitých aspektů pomoc rekondičními a rehabilitačními postupy. Senioři jsou rozdělováni do kategorií. Za **zdatné seniory** jsou považováni ti, kteří si udržují dobrou zdatnost i bez ohledu na svůj věk, mohou vykonávat fyzicky náročnější práce. Dále jsou to **nezávislí senioři**, kteří nepotřebují pomoc od pečovatelské služby, sousedů, rodiny zvládají si sami vedení v domácnosti, nákupy. Tito lidé ale selhávají v kalamitních situacích, které pro ně přinášejí neobvyklou zátěž. Jsou to např. pooperační stavy, intenzivní pohybová rehabilitace. **Křehcí senioři** jsou už více ohroženi, nezvládají zátěžové situace, po pádu se sami nezvednou. Nezvládají každodenní činnosti – nákupy, chod domácnosti (Kalvach, Onderková, 2006). V běžných podmínkách hrozí zhoršení funkčního nebo zdravotního stavu. Často nezvládají vlastní sebeobsluhu a jsou odkázáni na ústavní dlouhodobou péči či na ošetrovatelskou péči. Senioři jsou v tomto případě většinou upoutáni na lůžko, nebo trpí pokročilou fází syndromu demence (Kalvach, 1997). Za **závislé seniory** jsou považováni ti, kteří už zcela nezvládají ani základní sebeobslužné potřeby. Vyžadují pomoc při oblékání, mytí, používání toalety, přesouvání z lůžka do křesla a zpět. **Zcela závislí senioři** jsou ti, kteří jsou dlouhodobě nebo trvale upoutáni na lůžko, mohou mít poruchy vědomí, tím pádem potřebují aktivní zajištění celkové péče. Je potřeba seniorům podávat pomocnou ruku, aby si svou funkční úroveň udržovali anebo dokonce pracovali i na zlepšení. Do neposlední řady je nutné zařadit **umírající seniory**, kteří mají specifické potřeby komplexní paliativní péče (Kalvach, Onderková, 2006).

3.4 Zdravotní stav seniora

Na zdravotní stav člověka působí mnoho faktorů. Z nejdůležitějších faktorů můžeme zařadit zdravotnictví, jeho služby a kvalitu. Dalším významným faktorem je určitě zaměstnání, životní styl člověka, prostředí, ve kterém žije, geografická poloha, kultura, bydlení a mnoho dalších.

Ve stáří je zdravotní stav člověka náchylnější na různé nemoci, jsou méně odolnější vůči stresovým a zátěžovým situacím, než v mladším věku. Onemocnění u člověka může urychlit proces stárnutí, znásobit projevy a určitě i snížit celkový úbytek sil. Specifická rizika ve stáří mohou být i nezvládnutí problémů s odchodem do důchodu, sociální izolaci, osamělost, problémy spojené se změnou nového prostředí. Seniori mohou být také ohroženi častými hospitalizacemi, rozvojem závislosti na jiné osobě (Jarošová, 2006).

Za rizikové geronty považujeme velmi staré lidi, kteří se nedokáží přizpůsobit změnám životních podmínek, jsou to většinou osoby nad 80 let, kteří mají minimální finanční zajištění, osoby žijící osaměle a izolování od okolí, osoby handicapované, nebo žijící společně v domácnosti s nesoběstačným partnerem. Těmto lidem by se měla věnovat větší péče a pozornost, i když o ni sami nežadají, protože by se jim mohl zdravotní stav ještě více zhoršit.

K hlavním zásadám péči o nemocné patří komplexnost péče, kde by ošetřující, ať už to rodina nebo zdravotní sestry neměli zapomínat na to, že senior nepotřebuje pouze lék, ale hlavně i péči zdravotní, psychickou, tak i sociální pomoc. Dále by měl nemocný geront spolupracovat na svém uzdravení, měl by mít program a stanovit si své reálné životní cíle a jak to půjde se snažit o svou větší soběstačnost. Seniorům, by měla být poskytnutá aktivní péče, i když si o ni nežadá, protože z jakéhokoliv důvodu nemůže, nebo nechce. Týká se to jak v ústavní, tak i domácí péči. V neposlední řadě, což je i vědecky dokázáno, by senior neměl být nucen opouštět navykklé prostředí domova. Na pomoci by se měla v první řadě podílet rodina, a když to není možné, tak náhradním řešením, ať už to trvalým nebo přechodným je ústavní péče (Pacovský, 1993).

3.5 Soběstačnost seniora

U seniorů se zvyšujícím se věkem, může často docházet k tomu, že člověk se není schopen sám o sebe postarat, jak na to byl dříve zvyklý. Potřebuje pomoc rodiny, nebo druhých osob, tudíž dojde ke ztrátě soběstačnosti.

Soběstačnost tedy znamená, že senior je sám schopen vykonávat běžné věci bez cizí pomoci. Soběstačnost je stanovena čtyřmi základními komponenty (fyzické, psychické, ekonomické a sociální). Při testování seniora je kladen důraz, aby byly použity všechny čtyři složky.

Podle pana Pacovského, který posuzuje seniory, vyplývá, že samostatný senior nemá žádná omezení a zvládá samostatně potřebné denní aktivity. Opačem samostatnosti nazýváme závislost.

Světová zdravotnická organizace udává tři stupně závislosti u člověka:

- **Lehká závislost**, kdy senior potřebuje jen kontrolu, nebo i občasnou výpomoc druhé osoby.
- **Závislost středního stupně**, nemocný potřebuje pomoc od jiné osoby v zajištění základních potřeb, kde pravidelný dohled musí být.
- **Úplná (těžká) závislost**, kdy si senior není schopen sám zajistit potřeby a potřebuje trvalý dohled.

Jestliže senior nezvládá aktivity denního života a uspokojování životních potřeb tak se stává nesoběstačným a je závislý na pomoci druhých. Se závislostí na jiné osobě se senior může cítit méněcenný, nepotřebný, má pocit samoty a strach. Seniorů se závislostí na jiné osobě přibývá a do budoucna to bude ještě více rozšířeným jevem (Jarošová, 2006).

4 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

Sociální služby seniorům napomáhají při řešení sociálních situací, snaží se zajišťovat jedincům veškerou možnou péči ať v domácím prostředí seniora kdy je mu nápomocna i rodina, nebo i v sociálních zařízeních, ve kterých se nachází celá škála služeb. Sociální služby plní celou řadu úkonů, senior může do zařízení docházet, nebo mu je nabídnuta komplexní péče včetně bydlení, ve kterém je pod stálým dohledem (Králová, Rážová, 2003). Zdravotní péči podle zákona č. 108 o sociálních službách mají všechna pobytová zařízení povinnost zajistit zdravotní péči, ale nejsou povinni zdravotní péči poskytovat. V pobytových zařízeních se na zdravotní péči podílí lékaři, fyzioterapeuti a všeobecné sestry. Zařízení poskytuje ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Z odborných lékařů zde také působí neurolog, psychiatr a stomatolog.

Je zde zahrnuta ošetrovatelská péče, která má plnit všechny biologické potřeby klienta (Malíková, 2001).

4.1 Zdravotní služby pro seniory

V českém zdravotnictví je primární péče redukována na jednotlivé poskytovatele, jako jsou praktičtí lékaři, stomatologové. Proto se více užívá termín komunitní péče.

Geriatrická ambulance se nachází při lůžkovém geriatrickém oddělení, kde jsou nabízeny služby seniorům jak ambulantním, tak hospitalizovaným. Cílem geriatrické ambulance je zajistit seniorům komplexní přístup k léčbě, která je spojena se stářím a stárnutím, diagnostikovat nemoci, které mohou být vázány na věk seniora.

Další možností léčby seniorů je geriatrické oddělení, které je akutním oddělením nemocničního typu. Zajišťuje specializovaný dohled pro seniory s akutním zhoršením stavu. Mezi hlavní cíl geriatrického oddělení patří rehabilitativní přístup. Snaží se o zlepšení zdravotního stavu seniora a jeho soběstačnosti. Délka pobytu je stanovena do 3 týdnů. Pro doléčovací a rehabilitační pobyt jsou senioři umísťováni do zařízení následné péče. Seniorům se zde dostává geriatrické rehabilitace, nácviku denních činností, logopedie. Cílem je, aby se u seniora projevila větší soběstačnost a schopnost návratu do nezávislého života.

Další možností může být ošetrovatelské oddělení, které může být krátkodobé, dlouhodobé, nebo trvalé. Je poskytována pacientům, kterým nestačí domácí péče tzn. tři ošetrovatelské návštěvy denně po třech hodinách. Seniorům jsou poskytovány základní

potřeby, rehabilitace, hygienický režim. Velký důraz je zde kladen na zvýšený dohled dementních pacientů a sledování psychického stavu. Je zde spolupráce se sociálními službami, rodinou a domácí péčí. Mezi zvláštní formu ošetrovatelského zařízení patří hospice.

Domácí péče je náhrada, nebo oddálení hospitalizace seniora. Je zde zahrnuta dostatečná spolupráce s rodinou, nebo sociálními službami. Péče je stanovena nejméně po 14 hodinů, do které jsou zahrnuty soboty i neděle. Práce je prováděna kvalifikovanou zdravotní sestrou, od které se dostává seniorům veškeré péče přes zdravotní pomůcky, až po hygienu a krmení. Mezi zřizovatele domácí péče jsou nejčastěji nestátní neziskové organizace a fyzické osoby.

V neposlední řadě je potřeba zmínit také geriatrické denní centrum, kde pobyt je stanoven na 6–12 hodin. Tato služba se může pravidelně opakovat a podle zařízení centra je pomoc vykonávána v denních, nebo nočních hodinách (Jarošová, 2006).

4.1.1 Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)

Léčebna pro dlouhodobě nemocné je zdravotnické zařízení, které je určeno pro pacienty při doléčovací a rehabilitační péči. Péče v LDN se týká převážně starších jedinců, které není možno z jakéhokoliv důvodu ošetřovat v domácím prostředí. Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou soukromé i státní, ale jsou také součástí nemocnic (Kodymová, Koláčková, Matoušek, 2010).

4.1.2 Hospicová péče

Hospicová péče je určena hlavně pro pacienty s onkologickým onemocněním, ale i pro pacienty s jinými druhy nevléčitelných onemocnění. Hospicová péče se poskytuje pacientům v domácím prostředí, tak i v lůžkových hospicových zařízeních. Hospicová péče se od LDN liší v tom, že se již nesnaží o vyléčení nevléčitelných nemocí, ale o to, aby pacient v konečné fázi života netrpěl bolestmi a byla mu poskytována veškerá možná péče. V zařízeních hospicové péče jsou možné návštěvy 24 hodin denně. Každý pacient má pro sebe svůj pokoj s postelí, kde jej může navštívit nejbližší rodina a i ta dostává od ošetrovatelského týmu péči, protože jsou v mnoha případech vystaveni silné psychické a fyzické zátěži z důvodu nevléčitelného onemocnění svého blízkého (www.osobniasistence.cz).

4.2 Sociální služby a péče pro seniory

Sociální péče poskytuje seniorům především sociální dávky a sociální služby. Je to určeno seniorům, kteří se nejsou sami o sebe schopni postarat, zabezpečit své základní životní potřeby. Může to být díky nepříznivému zdravotnímu stavu, nedostatku financí a důležitým ukazatelem může být i věk. Péče je poskytována především státními subjekty, které poskytují sociální dávky, ale také i nestátními subjekty, do kterých můžeme zařadit terénní péči (Jarošová, 2006, Králová, Rážová, 2003).

Sociální služby dále členíme podle místa na tři služby. První službou, je služba terénní, která je většinou poskytována v místě, kde jedinec žije. Nejčastěji jsou to služby, které poskytuje pečovatelská služba, nebo osobní asistence. Dále jsou to služby pobytové, kde senior pobývá dle určité doby, až už to denně, nebo celoročně. Jedná se hlavně o domovy pro lidi se zdravotním postižením a domovy pro seniory. V neposlední řadě jsou to ambulantní služby, jako jsou denní stacionáře a poradny, kam dochází člověk sám.

Mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb můžeme zařadit poskytování stravy, ubytování, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické poradenství. Seniorům je poskytována pomoc při chodu v domácnosti, zvládání péče o vlastní osobu a základních životních potřeb (Malíková, 2001).

4.2.1 Domovy důchodců

Domovy důchodců jsou určeny pro starší seniory, o které se vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu stavu není schopna postarat rodina, ani pečovatelská služba. Obyvatel si sám hradí peněžitou část ze svého důchodu. Mají zde možnost společenského a kulturního života. Seniorům je zde zajišťována celodenní péče jak lékařská, tak ošetřovatelská.

4.2.2 Domov pro seniory

Domovy pro seniory jsou určeny starým lidem, kteří nemají kde bydlet, nebo čekají na místo v zařízení ústavně sociální péče z jakéhokoliv důvodu. Pobyt může trvat jen jeden rok, během jednoho roku by si měl senior situaci vyřešit a hledat náhradní řešení. Domovy poskytují klientům péči o vlastní osobu, stravování, pomoc při hygieně.

4.2.3 Domovy – penziony pro důchodce

Domovy penziony pro důchodce jsou určeny pro stárnoucí občany, kteří dosáhli důchodového věku, nebo plně invalidního, ale přitom nejsou odkázáni na pomoc druhých. Jsou ubytováni v bezbariérových garsoniérách se základními službami, které si platí každý sám. Pokud se zdravotní stav seniora zhorší, může být dán do domova důchodců.

4.2.4 Domovy s pečovatelskou službou

Domovy s pečovatelskou službou jsou určeny pro občany vyššího věku, kteří jsou téměř zdraví. Jedná se o pronájem bytu pro jednotlivce či manželské dvojice, kteří nepotřebují zvláštní pomoc. V domovech s pečovatelskou službou jsou umísťovány většinou služby, jako je rehabilitace, manikúra, pedikúra a kadeřnictví.

4.2.5 Pečovatelská služba

Péče je poskytována v domácím prostředí klienta, které mu je důvěrně známé a na které je zvyklý. Služba je placená a je zde zahrnuta péče o domácnost, hygienu, stravování, doprovod na lékařské vyšetření. Je důležité podporovat klienta v udržování jeho sociálních vztahů a kontaktů se společenským prostředím. Poskytování pečovatelské služby je možno kombinovat s péčí jiného poskytovatele, nebo rodiny. Mezi nejčastější služby, které klienti využívají je osobní hygiena. Zřizovateli pečovatelské služby jsou nejčastěji obce, v menším zastoupení jsou to nestátní neziskové organizace.

4.2.6 Zařízení pro denní pobyt (domovinky)

Pod pečovatelskou službu spadají domovinky, které jsou přístupné seniorům pro denní pobyt, kteří potřebují určitou pomoc, jsou osamělí a klient si službu platí částečně, dle výšky jeho důchodu. Do služby je zahrnuta: organizovaná aktivita pro jedince, praní jeho osobního prádla, vycházky s doprovodem a rehabilitace.

4.2.7 Osobní asistence

Cílem osobní asistence je zajistit klientům pomoc, kterou sami nezvládnou díky závažnějšímu onemocnění, úrazu, nebo z jakéhokoliv jiného důvodu. Osobní asistent se snaží klienta podporovat, pomoci mu překonat jeho problémy spojené se stářím a snažit

se o to, aby zůstal co nejdéle soběstačný a nepotřeboval ústavní zaopatření. Důležité je respektovat a ctít potřeby seniorů. Cílem je snažit se co nejvíce zachovat zdraví seniorů a jejich schopnost žít klidný a kvalitní život. Mnoho seniorů není informováno, jaká v dnešní době existuje možná péče, tím pádem často volí klasické formy péče, i když pro ně mohou být nevyhovující. Rodina, příbuzní, známí by se měli podílet na co největší informovanosti seniorů o službách a doporučit jim vhodnou péči (Jarošová, 2006).

5 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče je poskytována zejména pacientům na doporučení ošetřujícího lékaře, kterým domácí péče umožňuje setrvat v přirozeném domácím prostředí. V průběhu uzdravování to má velmi kladný stav na jeho psychiku, kde může být zachován dále jeho životní styl, na který byl senior zvyklý. Ve vyspělých zemích je domácí péče jeden z nejrychleji se rozšiřujících sektorů, které zdravotnictví může seniorům nabídnout. Domácí péče bývá nejčastěji zahrnuta odborná zdravotní péče, laická pomoc, nebo také sociální péče a pomoc, záleží na stavu každého pacienta a jeho sociálním prostředí.

Cílem domácí péče je pacientům zajistit co nejvyšší kvalitu, dostupnost a efektivitu zdravotní péče. Poskytovatelé samostatně vykonávají domácí péči nařízenou ošetřujícím lékařem a dále spolupracují s orgány státní správy a dalšími subjekty, jak ve sféře sociální, tak i zdravotnické. Měla by být u seniorů zachována i nadále kvalita jejich života, snažit se zachovat soběstačnost seniora co v nejvyšší možné míře v běžných denních činnostech a v neposlední řadě se snažit o negativní vliv onemocnění na jeho celkový zdravotní stav a duševní stav seniora a celé jeho rodiny.

Součástí zdravotní péče jsou rehabilitační péče, psychoterapeutické péče poskytované dalšími pracovníky ze zdravotní sféry (Jarošová, 2006).

5.1 Historie domácí péče

Domácí péče existuje již řadu let, první zmínky jsou známy od 12. století, kdy byly služby poskytovány prostřednictvím řeholních řádů. Nejvíce se domácí péče začala rozvíjet od konce 13. století, kdy byla zakázána služba ve špitálech členkám církevního řádu. Řeholnice poté vykonávaly službu u nemocných v jejich domovech, kdy nad nimi dohlížel farář. V 15. století tuto práci vykonávaly Diakonky, které byly speciálně školeny a staraly se o nemocné. Po několik dalších století se o nemocné starali v lazaretech, špitálech a později v nemocnicích.

V roce 1919 vznikl nově Československý červený kříž (ČSČK), který byl především pro staré a nemocné pacienty, kteří neměli dostatek finančních prostředků. Československý červený kříž se inspiroval hlavně americkými zdravotníky a tím u nás docházelo k většímu rozvoji v oblasti domácí péče. I když se u nás více rozvíjela domácí péče, nastal další problém a tím byl nedostatek sester, který byl i hlavním vlivem hospodářské krize, kdy byla i vyšší nemocnost. V té době byla u pacientů hlavně

prováděna preventivní péče, která zahrnovala stravování, oblečení a zajišťovala hygienu. Vyústění společenskoekonomických problémů mělo za příčinu větší zdravotní problémy, kdy vzrostla tuberkulóza, nemoci krevních destiček a nejvíce se u nemocných pacientů projevovaly poruchy výživy.

V roce 1921 v meziválečném období vznikl nově název Spolek diplomovaných sester, ve kterém se probírala problematika nemocí, a byly řešeny další otázky ke vzdělávání sester. Sestry, které dříve pracovaly, v domácí péči v rámci Československého červeného kříže už začínaly pracovat i jako geriatrické sestry v rámci geriatrických zařízení (Jarošová, 2006).

5.2 Vývoj domácí péče v České republice

Ve zdravotní péči v České republice nastává hlavní a zásadní zlom po roce 1989, kdy nově vznikají reformy zdravotnictví, financování zdravotnictví, kde hned po prvních měsících změn jsou vytvořeny tzv. střediska ošetrovatelské péče.

Důležitým aspektem se stal v roce 1991 mezinárodní kongres ve Strasburgu, kde byla legalizována domácí péče a dostala název jako zvláštní forma domácí péče, která byla financována zvláště Českou katolickou charitou.

První nově vzniklou agenturou byla založena domácí péče v Pardubicích, kterou financovala zdejší nemocnice. Největší rozvoj agentur domácí péče nastal v roce 1992, které byly hlavně na území Jihomoravského a Východočeského kraje. Ve větší míře rozšiřovala své pole působnosti domácí péče Česká katolická charita, ale i další nově vznikající agentury.

V roce 1993 nastává ještě větší rozmach agentur domácí péče. Informace se mezi lidmi začínaly více šířit prostřednictvím médií, tisku a to díky nově vznikajícím zdravotním pojišťovnám a povinnému zdravotnímu pojištění u nás. V té době bylo denně ošetřováno 19,9 klientů na jednu agenturu a začínalo se věnovat také pacientům všech věkových kategorií, kteří potřebovali postoperační péči.

V roce 1994 bylo evidováno 353 agentur domácí péče, vznikal také nově model hospicové péče. V dalších letech nebyl nárůst agentur domácí péče nijak výrazný od počtu v předchozích letech. Domácí péče je méně nákladnější na finanční prostředky, než-li hospitalizace klienta v nemocničním prostředí (Jarošová, 2006).

5.3 Domácí péče v České republice

V české republice má na domácí péči nárok každý občan věkové kategorie. Většinou se mluví o pacientech, kteří by bez domácí péče museli být hospitalizováni. Vývoj domácí péče byl prvně pro klienty méně důvěřivým prvkem domácí péče, později ale domácí péče zaznamenala respekt klientů vůči lékaři a pracovníkům agentur. Domácí péče se tak zařadila mezi plnohodnotné formy domácí péče, bez které bychom se v dnešní době neobešli (www.dumlekaru.cz).

Domácí zdravotní péče zajišťuje klientům paliativní hospicovou péči a pokračuje v péči, která pacientům byla poskytována v ústavech sociální péče. U všech pacientů je vedena ošetrovatelská dokumentace, do které se zaznamenává zdravotní stav pacienta a další plán péče, kterou bude klient potřebovat. Domácí péče je nepřetržitá, klienti většinou potřebují pomoc druhé osoby, proto je domácí péče dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce. V domácí péči existují čtyři druhy návštěv, které se liší časově a to: 15 minut, 30 minut, 45 minut a 60 minut, záleží na zdravotním stavu pacienta, u kterého je zdravotní péče poskytována, rozsah denních návštěv je stanoven maximálně na tři denně. Od ošetřujícího lékaře je péče stanovena u každého pacienta individuálně. Může se jednat o základní zdravotní a sociální péči, do které je zahrnuta prevence dekubitů, zajištění osobní hygieny, příjem tekutin a stravy. Dále to může být péče odborná zdravotní a sociální, do které patří sledování vitálních funkcí u pacientů, převazy, rehabilitační péče a injekční aplikace (Jarošová, 2006).

Sociální péče v domácí péči je poskytována především pečovatelskou službou, kdy klienti nejsou schopni si obstarat své životní potřeby, nebo různé práce v domácnosti. Pečovatelská služba je využívána pacienty tehdy, pokud se o ně nemůže rodina z jakéhokoliv důvodu postarat a zajistit veškerou péči. Pečovatelská služba u pacientů provádí úkony, jako jsou pomoc při osobní hygieně, pedikúra, manikúra, donáška léků a další práce spojené s udržením chodu domácnosti. Pokud jedinec je schopen a nepotřebuje zvláštní pomoc, nadstandardní péči pečovatelské služby jako je manikúra, pedikúra a služby kadeřníka si musí za určitou úhradu zaplatit sám.

Zřizovateli agentur domácí péče v České republice jsou charitativní a humanitní organizace, sestrami a lékaři, státní samosprávou a dalšími subjekty, které jsou registrovány u prověřeného státního úřadu. Úřad dohlíží na kvalitu domácí péče,

etických aspektech a dalšího vzdělávání členů agentur, aby byla zajištěna veškerá kvalita kompletní domácí péče (www.dumlekaru.cz).

V České republice existuje pět základních forem domácí péče, do které patří:

- **Dlouhodobá domácí péče**, která je poskytována pacientům, kteří potřebují pomoc v rozsahu několika měsíců, nebo dokonce i několik let. Bývají to pacienti většinou s roztroušenou sklerózou, po mozkové mrtvici, komplikovanější cukrovkou, s částečným nebo úplným ochrnutím aj (Jarošová, 2006). Ve většině případů těchto služeb, které lidé využívají, se jedná o pacienty vyššího věku. Pacienti využívající tyto služby mají zdravotní stav stabilizovaný, ale jejich zdravotní stav není až natolik uspokojivý, aby byli soběstační, tudíž potřebují pomoc jak sociální, tak zdravotní (www.starnout-je-normalni.cz).
- **Akutní domácí péče** je určena pro pacienty s akutním krátkodobým onemocněním, pro které to může být jako náhrada hospitalizace v nemocničním prostředí, anebo pro pacienty, kteří nevyžadují již hospitalizační péči. Tato forma péče není dlouhodobá, jedná se spíše o několik dní péče maximálně týdny. Bývá poskytována hlavně klientům v poúrazovém nebo pooperačním stavu (Jarošová, 2006). Poúrazová péče se rozumí taková, kdy u nemocného nehrozí závažnější komplikace. Jedná se o formu péče při polohování, léčbě bolesti, dodržování pitného a hygienického režimu, ošetření ran a poranění a je u klienta následně prováděna rehabilitace. Pracovníci agentur využívají speciálních pomůcek, díky nimž může pacient setrvat v domácím prostředí. V pooperační péči je pro pacienta mnohdy lepší zůstat v domácím prostředí, než-li nemocničním, kde může nastat riziko dalších nákaz. Vysoká odbornost kvalifikovaných rehabilitačních pracovníků a sester, i když je pacient v domácím prostředí se tedy může vyrovnat péči v nemocničním prostředí (www.starnout-je-normalni.cz).
- **Preventivní domácí péče** se provádí u pacientů na doporučení ošetřujícího lékaře, kdy sledování a kontrola pacientů je v časovém rozmezí stanovena na základě celkového stavu jedince v časovém rozmezí týdne, nebo měsíce. U pacientů se kontrolují jeho fyziologické funkce a hlavní aspekt je kladen na

celkový stav pacienta, případné změny jsou ihned nahlášeny ošetřujícímu lékaři (Jarošová, 2006).

- **Domácí hospicová péče** je určena pro pacienty, kterým lékař stanoví prognózu, kde je předpokládaná délka života menší než šest měsíců. Hlavním z úkolů domácí péče je poskytnout pacientům odbornou péči, zmírnit jeho utrpení a bolest. Netýká se to jen nemocného pacienta, ale i jeho rodiny, kdy je potřeba celková emocionální podpora.
- **Jednorázová domácí péče** je z pravidla prováděna zdravotními sestrami. Jedná se o odbornou jednorázovou pomoc, do které je zahrnut odběr biologického materiálu, nebo aplikace injekce. Pacient je navštíven v domácím prostředí zdravotní sestrou, kdy se tato forma péče využívá jen např. z časových důvodů, kdy pacient nestíhá ordinační hodiny ošetřujícího lékaře (Jarošová, 2006).

6 ZDRAVÍ, NEMOC, LÉČBA, SMRT

6.1 Zdraví, nemoc, léčba

Zdravější lidé bývají většinou ti, kteří jsou spokojeni sami se sebou, se svými vztahy a se svou prací. Nešťastný a nemocný člověk, by se měl setkávat spíše se šťastnými lidmi, kteří na něj budou přenášet veškerou svou pozitivní energii, než-li ten, který hovoří jen o svých nemocech a depresích. Již ve starověku terapeuti uzdravovali nemocné. Pokud nemocný sám s nemocí bojoval a nemoc nějakým způsobem vstřebal, tím pádem se dokázal většinou i uzdravit, což platí v mnoha případech i dnes.

Pokud se snažíme měnit svůj život k lepšímu, pak zůstáváme déle zdraví, toto pozitivum nám může vydržet i do pokročilého věku. V mnoha případech stáří nepřináší nemoc, ale nemoc přináší stáří. Udává se, že pokud pacient při závažnějším onemocnění dosáhl úplného uzdravení, tak se dokázal odklonit od negativního myšlení, které přešlo spíše k pozitivnímu (Novotný, 2009).

Každý člověk se narodí s geny, které mohou být vrozené, dědičné, které jsou pro člověka nevyhnutelné, nebo jiné, které se dále rozvíjí na základě vnějších faktorů. Pokud člověk onemocní, tak nám tělo dává najevo, že s námi není něco v pořádku, z toho důvodu bychom se měli snažit nemoci porozumět a respektovat ji. Člověk, který nemoci ihned podlehne, vidí všechno negativně, tak se u něj později začnou projevovat i další příznaky, které vedou k narušení osobnosti. Nemoci mohou být způsobeny i negativními zážitky z minulosti, které jsou nejčastěji uváděny, jako ztráta blízkého člověka nebo emoční otřesy, které člověka v minulosti postihly. Důležitým faktorem, jak nemoci předcházet je dostatek pohybu a pohybových aktivit, z jídla se snažit vynechat cukr a jíst dostatek zeleniny. Pro mnoho lidí je závažnější nemoc již předem prohraná bitva, kde prohra je konec všeho, ale není tomu tak. Někdy naopak nemoc může být vyléčena a člověk si začne uvědomovat a vážit věci, jako nikdy před tím. Začne svět vidět jinýma očima.

Za své zdraví si odpovídá každý člověk sám. Záleží jen na člověku, který onemocní, do jaké míry se bude o nemoci informovat a jaké bude hledat nejvhodnější prvky k pomoci při léčení. Člověk by si neměl říkat jen, že něco musí nebo by měl, ale musí tam být to slovo chtít. To je pro člověka důležité a jen ten chtíč jej posune zase o kousek dál (Růžička, Sosík, 2011).

V ošetrovatelství se klade důraz na čtyři nejdůležitější potřeby pacientů. Do první kategorie se řadí potřeby biologické, do kterých patří všechno, co potřebuje nemocné tělo. Každý člověk potřebuje přijímat potravu co nejpřirozenějším možným způsobem, bez využití umělé výživy. O většině biologických potřeb se domníváme, že může být postaráno nejlépe v nemocničním prostředí, ale není tomu tak, pro mnoho pacientů jsou podmínky v domácím prostředí výhodnější, jelikož mají lepší podmínky pro nerušený spánek. Další potřebou, která je pro nemocného velmi důležitá, je potřeba sociální. Člověk žijící izolovaně od ostatních může trpět depresí, proto je pro nemocné a stárnoucí lidi důležitý kontakt s lidmi a nejlépe se svou rodinou a nejbližšími. Potřeba psychologická je pro mnoho nemocných a stárnoucích seniorů tím nejdůležitějším aspektem. Člověk by měl být plně informován o svém zdravotním stavu. Mnoho nejbližších nemocného si myslí, že je pro něj lepší toho vědět méně a ne všechno, než aby znal úplnou pravdu. Naopak pro nemocného je to velkým zklamáním, když mu někdo z nejbližších zalže o jeho skutečném zdravotním stavu. V mnoha případech si člověk neuvědomuje, že kromě slovní komunikace za nás mluví naše mimika, gesta, postoj a pohyby, které nemocný vypozeruje. V neposlední řadě je pro stárnoucího člověka potřeba spirituální, která bývá uvědomována i nevěřícími lidmi, kteří se začínají zabývat otázkami svého vlastního smyslu života. Stárnoucí lidé potřebují vědět, že jejich život měl a má až do poslední chvíle smysl života, což je pro ně mnohdy hodně důležitým aspektem (Svatošová, 2012).

Nemocí v dnešní době přibývá více a ve větším rozmístění, než tomu bylo v minulosti. Medicína se stále zdokonaluje a je vkládáno více financí k preventivním programům, terapii a ke klinickým a laboratorním účelům. Průměrná délka života se sice prodlužuje, ale mnoho lidí už je umísťováno v hospicích, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, nebo jsou závislí na pomoci pečovatелů, tudíž není zjevné, že i v dnešní době moderní medicíny a vymožeností by nemocných a nemocí ubývalo. Mnoho lidí se stáří obává, protože je spojováno většinou se závažnějším onemocněním, které jej může postihnout. Stáří může mít i své kladné stránky, ale člověk musí být v přiměřeně dobré kondici jak psychické, tak i fyzické. U každého člověka je to ale individuální.

Člověk, který onemocní vážnou nemocí, se nebojí jen smrti, ale také bolesti, která se může stupňovat většinou k horšímu. Proto mnoho lidí umírá dobrovolně, než aby se podrobilo nedobrovolné bolesti. Jak se uvádí mezi lidmi, že bolest posiluje silné a ničí slabé (Novotný, 2003).

6.2 Smrt

Smrti se bojí nejvíce mladší generace, protože má mnoho let života ještě před sebou. Staršími lidmi je přirozená smrt smířlivěji chápána a vyhlížena, neboť se většina domnívá, že se dostanou tam, kde byli před tím, než se narodili. Pro mnoho seniorů ve více pokročilém věku je umírání podstatou štěstí, jelikož dosáhli v životě všeho, po čem toužili a co si splnili. V mládí si vybudovali kariéru, založili rodiny a žili plnohodnotným životem. Ve vysokém věku je pro mnoho lidí přirozená smrt vysvobozením ze svého životního koloběhu.

Opakem přirozené smrti je smrt předčasná, kdy pro mnohé se smrt stává nouzovým únikem. Předčasná smrt může mnohdy působit jako nehoda nebo náhoda, protože člověk prahl silně po životě, dával najevo, jak silně touží po životě, ale přitom si život vzal z nevyjasněných důvodů (Novotný, 2003).

6.3 Nejčastěji se vyskytující nemoci seniorů

Geriatrické syndromy

Ve vyšším věku u seniorů v pobytových zařízeních jsou velmi často přítomny geriatrické syndromy, (viz. tabulka 1). Jestliže na ně není kladen větší důraz, může dojít k celkovému zhoršení stavu seniora. Při správné léčbě a diagnostice může dojít ke zlepšení, většinou ale vyžadují dlouhodobou ústavní léčbu. Vyskytující se v oblasti sociální, psychické a somatické (Malíková, 2001).

Tabulka 1. Přehled geriatrických syndromů (Topinková, 2005)

Somatické	Psychické	Sociální
-poruchy chůze a pohybu -závratě, pády, úrazy -dekubity -poruchy příjmu potravy -inkontinence moči	-demence -deprese -poruchy chování -poruchy adaptace	-ztráta soběstačnosti -sociální izolace -týrání a zneužívání -závislost na pomoci druhých -dysfunkce rodiny

Ve stáří se musíme potýkat se změnami, které stáří doprovázejí. Člověk se stává méně soběstačným a je více odkázán na pomoc druhých. Změny mohou ovlivňovat psychiku seniora, jeho chování a kvalitu jeho života. Mezi nejčastější nemoci, které se

u seniorů vyskytují, to mohou být deprese, poruchy spánku, demence, Alzheimerova, Parkinsonova nemoc, mozková mrtvice a inkontinence (Jarošová, 2006).

6.3.1 Demence

S pojmem demence se v naší populaci setkáváme čím dál tím častěji, hlavně ve spojitosti se seniory. Problém se projevuje již v komunikaci se seniorem, ale také v jeho učení a běžných základních činnostech, které doposud bez jakéhokoliv problému zvládal a provozoval (Jarošová, 2006).

Pacienti s demencí mohou trpět také poruchou spánku, může se projevit psychomotorický neklid, ale také mají sklony a tendence k útekům z domova. Pacientům by neměli být nucené věci, které sami nechtějí, měl by být dodržen vlastní rytmus, na jaký byl pacient zvyklý, než se u něj projevila demence. Lidem s demencí bývá obvykle špatně rozumět a nejsou schopni zvládat větší zátěžové situace. Nemocnice pro ně není dobrým prostředkem k pomoci v léčbě. Právě naopak, by měl být pacientu umožněn pobyt v domácím prostředí a s lidmi, kteří mu jsou důvěrně známí. Setkáváme se s pacienty, kteří jsou tišší, schovávají se do ústraní, odmítají potravu a nepijí, ale i s pacienty, kteří naopak jsou agresivní, křičí a v nejhorším případě utíkají z domova. Těmto lidem by se mělo trpělivě naslouchat, dát jim dostatek času, snažit se je zaměstnat obvyklými pracemi v menších dávkách, na které byl doposud zvyklý a vytvořit pro něj klidné prostředí (Oster, Schuler, 2010).

Demence u seniorů má pozvolný nenápadný začátek, ale nemoc může trvat roky. Jedinec si často neuvědomuje ztrátu své paměti a lékař ve většině případů stanovuje negativní psychiatrickou anamnézu. Lidem se mění nálady den ode dne, nespolupracují, jsou emočně nestálí, dezorientovaní a zmatení (Pidram, 2010).

6.3.2 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc postihuje v největším zastoupení ženy, jelikož se dožívají stále vyššího věku, než muži. Alzheimerova nemoc je závažnější onemocnění mozku, kdy zanikají mozkové buňky a ubývá mozkové hmoty. Nemoc se u jedinců vyskytuje převážně kolem 65 let, ale přibývá případů, kdy nemoc propuká už kolem 50 let (Novotný, 2009). Velký nápor je kladen na rodinu a příbuzné nemocného. Ze zdravého, inteligentního člověka se stává člověk, který nepoznává své blízké, selhává a přestává se orientovat v čase. Ztrácí krátkodobou a později i dlouhodobou paměť. Nemoc

propuká pomaleji, ale velmi zřetelně. Nemocný trpí poruchami řeči, pozornosti a nezvládá svou vlastní sebeobsluhu (Novotný, 2003).

6.3.3 Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc je onemocnění nervové soustavy, kdy dochází k poruše hybnosti. Hlavním příznakem této nemoci je třes a svalová ztuhlost, která se objevuje hlavně na končetinách, kdy se při aktivním pohybu třes zmírňuje. U nemocného se pohyb zpomaluje, je to zřejmé na mimice obličeje, tiché monotónní řeči a zpomaleném mrkání. V mnoha případech se může stát, že nemocný najednou strne a přestane se na chvíli hýbat, bez jakéhokoliv zjevného důvodu.

Lidé s Parkinsonovou nemocí se musí více soustředit na pohyby, které dříve vykonávaly automaticky. Je pro ně obtížnější oblékání, strava a hygiena. V pokročilejším stádiu nemoci je chůze u nemocných nejistá, kroky mají menší a zpomalenější. Při této nemoci dochází ke ztrátě výrazu ve tváři, u nemocného je patrný nepřítomný výraz ve tváři, mimické svalstvo již tak dobře nefunguje. U mnoha pacientů se objevuje častější nucené močení (Solárová, 2010).

6.3.4 Mozková mrtvice

Nemoc, která je většinou související s vysokým krevním tlakem a cholesterolem, který zanáší a zužuje cévy. Vyskytuje se u mužů i žen nad 70 let, kdy lehčí forma nemoci se může projevit v poruchách řeči, hybnosti, zraku a koordinace. U někoho nastane smrt velmi rychle, u člověka, který mrtvici přežije, může dojít k ochrnutí jedné poloviny těla. Nemocný se učí znova mluvit, chodit a hýbat končetinami. Mozková mrtvice může přijít náhle, že člověk poté přehodnotí své priority a život. Najednou se z něj stává invalida a ze začátku je odkázán na pomoc druhých (Novotný, 2003).

Aby člověk předešel mozkové mrtvici, měl by dbát na pravidelnou prevenci u svého praktického lékaře, který by měl pacientovi častěji měřit jeho krevní tlak. Pacient – kuřák, by měl s kouřením přestat a zda-li konzumuje alkohol, tak jej konzumovat v menším množství, Mezi prevenci se udává také pohyb a pravidelné cvičení, které by měl pacient denně dodržovat, v rámci jeho možností (www.celostnimediceina.cz).

6.3.5 Inkontinence

Inkontinence je pro seniory velmi závažným psychosociálním problémem, který ovlivňuje kvalitu jejich života. Je to velmi častý problém, který se vyskytuje ve vyšším věku a ve větším zastoupení u žen. Mnoho pacientů nevyhledá odbornou pomoc a při tomto onemocnění hrají důležitou roli také psychosociální aspekty. Senior se často za tuto nemoc stydí, nemoc může u pacientů způsobovat hygienické a společenské problémy.

U geriatrických pacientů se rozlišuje inkontinence na tři druhy. Prvním druhem je inkontinence stolice, druhý inkontinence moči a třetí druh se udává inkontinence smíšená. U mužů se inkontinence objevuje především po operaci prostaty a ve věku nad 65 let trpící demencí (Kalvach a kolektiv, 2008).

Inkontinence se dělí na urgentní inkontinenci, kde se u pacientů objevuje nekontrolovatelná ztráta moči, kterou pacient, kterou pacient není schopen udržet. Hodně často je urgentní inkontinence spojována s pacienty s demencí nebo s Parkinsonovým syndromem.

Inkontinence stresová se vyskytuje u pacientů, kteří mají ochablější svalstvo pánevního dna, jedná se o menší únik množství moče, která může být zapříčiněna kašlem, smíchem, nebo kýchnutím. Pro pacienty trpící inkontinencí existuje celá řada pomůcek. Mohou to být vložky s fixačními kalhotkami, nebo inkontinenční slipy, které se vyrábějí v různých velikostech a absorpčních síle, která je pro pacienta nejvíce vhodná, Dále to mohou být absorpční pomůcky, které chrání lůžko pacienta, toaletní křeslo, nebo je také použit vhodný oděv, který se pacientům bude dobře zapínat a rozepínat (Oster, Schuler, 2010).

6.3.6 Deprese

Deprese je závažná choroba nejen pro nemocné, ale také pro rodiny a blízké nemocného. U starších pacientů trpících depresí dochází ke zhoršení zdravotního stavu, pacienti navštěvují častěji svého lékaře. Depresivní pacient nedává moc často najevo své pocity, bývá spíše uzavřený sám do sebe. Ve vyšším věku může depresím předcházet ztráta dlouholetého partnera, omezení aktivit a zájmů, na které byl senior dříve zvyklý (Pidram, 2010).

Deprese u seniorů vedou ke změně chování a nálad, kdy se nemocný může cítit méněcenní, může trpět pocitem viny, smutkem, úzkostí. Tyto stavy se mohou u seniora

projevovat v poruše spánku, pacient může začít hubnout, dost často to může zajít až k sebevraždě, jestliže se pacient s pocity nikomu nesvěří (Jarošová, 2006).

Výskyt deprese se udává na 15 % u seniorů žijících v domácím prostředí, 30 % u pacientů žijících v sociálních institucích, 36 – 46 % u pacientů, kteří jsou v nemocničním prostředí. Antidepresiva by měla být nemocným podávána v co nejmenších dávkách a pokud by nedocházelo ke zlepšení a bylo by potřeba dávky navyšovat, tak jen pouze pozvolně. Velmi důležitá je pro nemocného také psychoterapie a pomoc od svých blízkých a rodiny (Kubešová, 2009).

6.3.7 Nespavost (insomnie)

Nespavost může být spojována s depresí, kdy se nemocnému zhoršuje jeho zdravotní stav a celková kvalita jeho života. Jestliže pacient používá jakákoliv hypnotika, může dojít ke zhoršení jeho paměti, pozornosti, ale také k úrazům.

Porucha spánku může mít 3 podoby, mezi které patří porucha usínání, přerušované usínání a časté ranní probouzení (Kubešová, 2009). Chronická nespavost se vyskytuje u 30 % seniorů, kteří trpí nespavostí 3 a vícekrát týdně. Nespavost je zapříčiněna tím, že senior v noci bdí a přes den spává. Dříve byl jedinec zvyklý na větší fyzickou aktivitu, než je možno ve stáří. Při poruše spánku může docházet k častější úzkosti a depresím. Spánek je u seniorů velmi důležitým prvkem ke zlepšení zdravotního stavu (Pidram, 2010).

Hlavní příčiny, které vedou k nespavosti, jsou bolest, kašel, nucení k vyprazdňování a u stárnoucích lidí to může být příčinou Alzheimerovi choroby. Zda-li senior nespí více jak dva dny, může to vést k jeho podrážděnosti, zmatenosti, bludům a nesrozumitelnému vyjadřování (Nováková, 2008).

7 MATERIÁLY A METODIKA PRÁCE

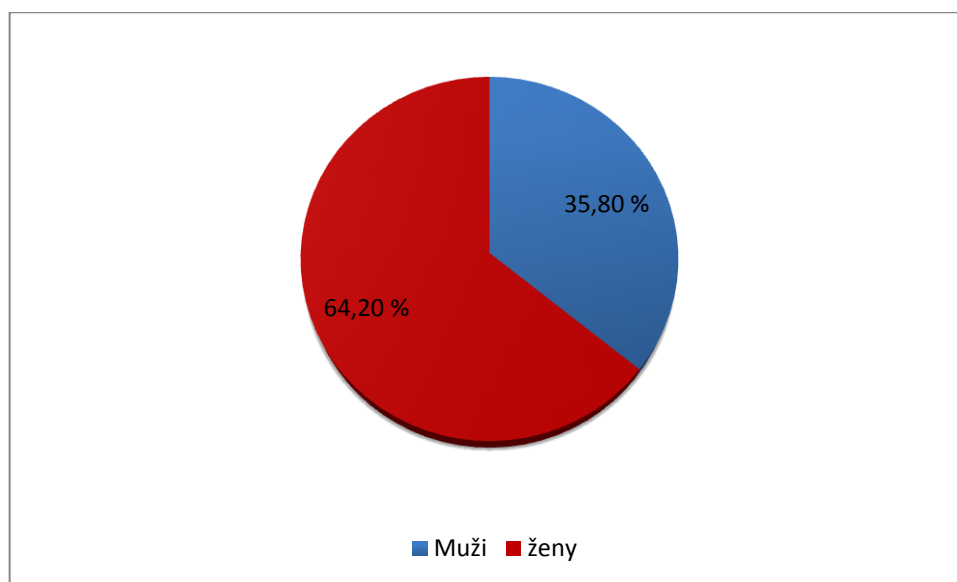
Praktická část práce obsahuje charakteristiku zkoumaného vzorku, popis výzkumné metody a vlastní zpracování souboru seniorů v domácím prostředí a sociálním zařízení. Zúčastněným seniorům bylo ve věku od 62 let do 90 let. Dotazníkové šetření bylo prováděno na vesnicích i městě v oblasti Jižní Moravy.

7.1 Charakteristika souboru

Dotazníkové šetření proběhlo v měsících březen, duben, roku 2012. Výzkumu se zúčastnilo celkem 100 respondentů z oblasti Jižní Moravy. S dotazníky jsem oslovila a také byly distribuovány seniorům v jejich domácnostech a sociálním zařízení.

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 100. Zpět se jich vrátilo 95. Návratnost dotazníků byla tedy (95 %).

Graf 1 zobrazuje rozdělení respondentů z hlediska pohlaví. Celkový počet respondentů byl 95, z nichž se dotazníkového šetření zúčastnilo 34 mužů (35,8 %) a 61 žen (64,2 %).



Graf 1. Rozdělení respondentů podle pohlaví

7.2 Výzkumná metoda

Pro práci byla použita metoda anonymního dotazníku (viz příloha 1). Dotazník byl distribuován respondentům osobním předáním, ale také i pomocí zdravotních sester a pečovatelek v sociálním zařízení.

Otázky v dotazníkovém šetření se týkaly péče, která je seniorům poskytována, kým je péče poskytována a zda-li rodina spolupracuje se seniorem, nebo je odkázán na pomoc druhých. V úvodu dotazníku byl zjišťován věk a pohlaví jedince pro pozdější vyhodnocení otázek.

V dotazníku byly použity převážně uzavřené (strukturované) otázky, ale pro volnou odpověď byla několikrát použita i položka polouzavřená, kde byla nabídnuta volba „jiná odpověď“.

Cílem dotazníku bylo zjistit, jaká péče je seniorům poskytována v domácím anebo sociálním zařízení, do jaké míry se podílí na pomoci rodina a jakou potřebu považuje senior za nejdůležitější v určitém věkovém rozpětí.

7.3 Popis výzkumné metody

Po shromáždění dotazníků proběhla kontrola údajů. Dále byly jednotlivé složky dotazníku rozděleny do znaků zkoumaného souboru respondentů.

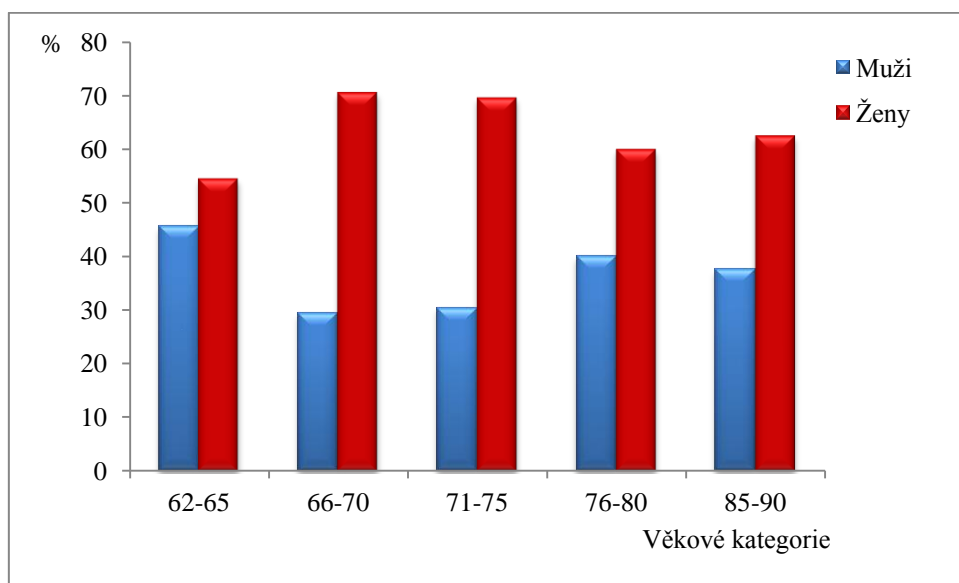
Mezi dalšími kroky bylo provedeno třídění odpovědí dle kategorií. Výsledkem třídění bylo zpracování výsledků do grafů k jednotlivým položkám pomocí PC a programu Excel 2007.

8 VÝSLEDKY A DISKUZE

V této kapitole se zaměříme na analýzu údajů získaných z dotazníkového šetření, které bylo prováděno u seniorů v domácím a sociálním zařízení ve věkovém rozmezí od 62-90 let. První otázka dotazníku se týkala pohlaví seniorů, jak bylo vidět na grafu 1.

Otázka č. 2 – Věkové rozmezí seniorů

Druhá otázka v dotazníku se týkala věku respondentů, kteří zodpovídali dotazník, graf 2. Ve věkové kategorii 62-65 let bylo celkem 11 seniorů (11,7 %), z toho 5 mužů (45,5 %) a 6 žen (54,5 %). V kategorii 66-70 let bylo 17 seniorů (17,9 %), 5 mužů (29,4 %) a 12 žen (70,6 %). Do věkové kategorie 71-75 let bylo zařazeno 23 seniorů (24,2 %), z toho bylo 7 mužů (30,4 %) a 16 žen (69,6 %). Ve věkovém rozmezí 76-80 let bylo 20 seniorů (21 %), z toho 8 mužů (40 %) a 12 žen (60 %). V poslední kategorii 81-90 let bylo 24 seniorů (25,2 %), kde bylo 9 mužů (37,5 %) a 15 žen (62,5 %).

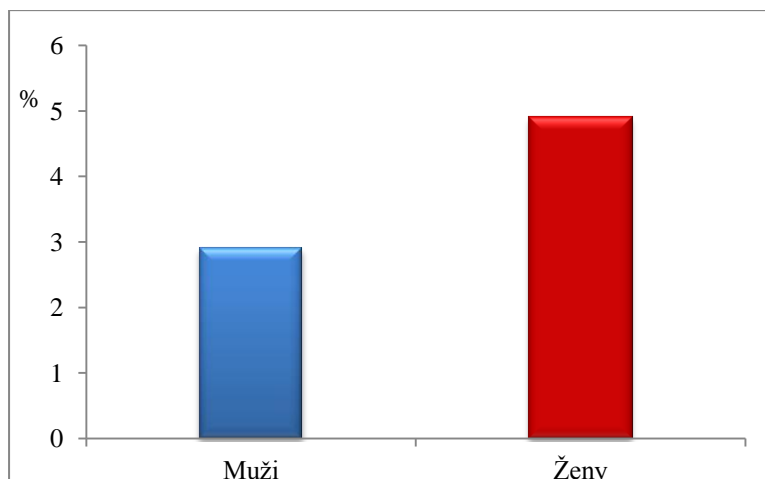


Graf 2. Věkové rozdělení seniorů

Otázka č. 3 - Výsledky osamělosti seniorů

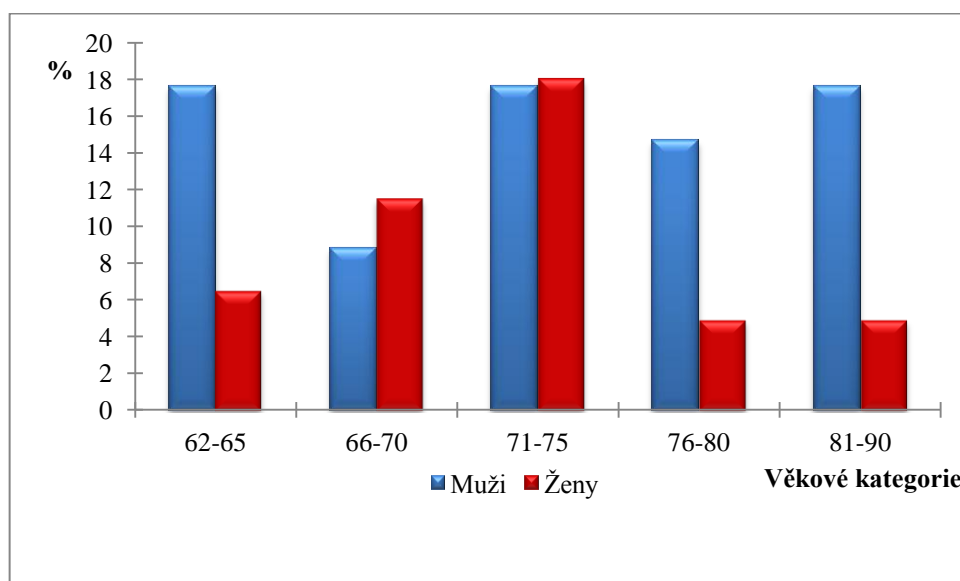
Ve třetí otázce v dotazníku byla zjišťována osamělost seniorů. Respondenti odpovídali, zda žijí sami, s rodinou anebo jsou bezdětní.

Ze 34 dotazovaných mužů 1 muž (2,9 %) odpověděl, že je bezdětný a z 61 žen jen 3 ženy (4,9 %) jsou bezdětné, viz graf 3.



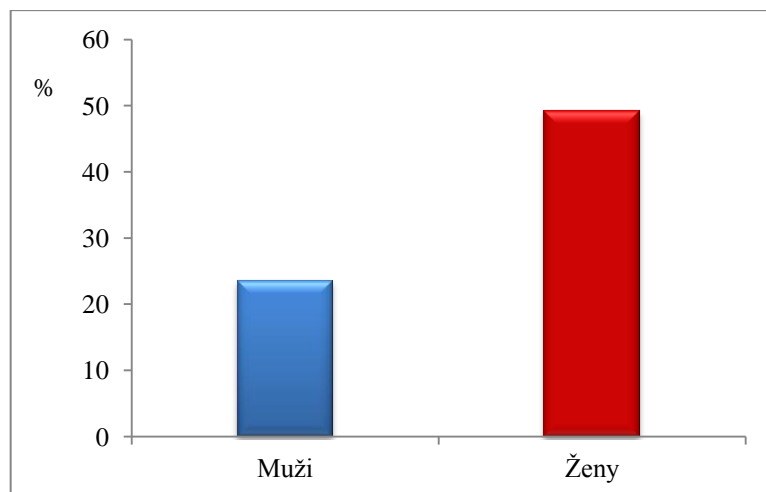
Graf 3. Senioři bezdětní

Graf 4 zobrazuje, že seniorů žijících s rodinou ve věkových kategoriích 62-65 je 6 mužů (17,6 %), 4 ženy (6,5 %), ve věku 66-70let jsou 3 muži (8,8 %), 7 žen (11,5 %), dále ve věku 71-75let je 6 mužů (17,6 %), 11 žen (18 %), věková kategorie 76-80let je 5 mužů (14,7 %), 3 ženy (4,9 %) a v poslední kategorii 81-90let 6 mužů (17,6 %) a 3 ženy (4,9 %). Celkově žije s rodinou (76,3 %) mužů a (45,8 %) žen.



Graf 4. Senioři žijící s rodinou

Žen, které bydlí samy je 30 (49,2 %), většina žije již sama, z důvodu častého úmrtí partnera, graf 5. Žijí buď to v domácím prostředí, kdy využívají pomoc rodiny, sociálních služeb anebo žijí v sociálním zařízení. Mužů, kteří žijí sami je 8 (23,5 %).

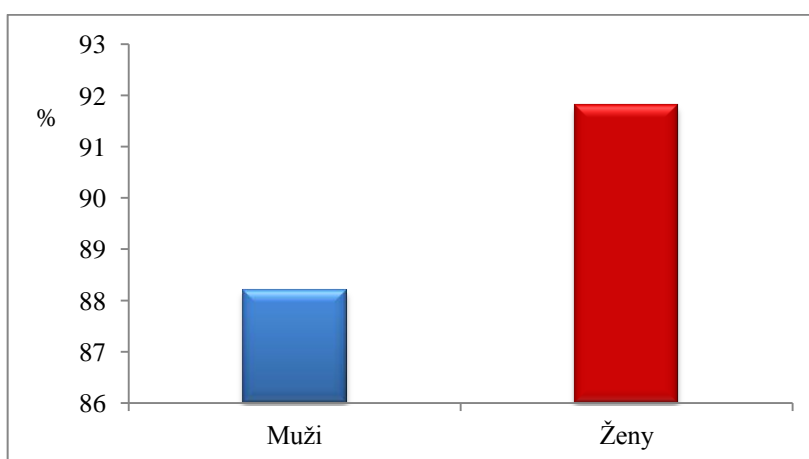


Graf 5. Senior bydlí sám/sama

Z celkového vyhodnocení je zřejmé, že z 95 respondentů jich 53 (55,8 %) bydlí s rodinou, 38 (40 %) žijící sami a jen 1 muž (1 %) a 3 ženy (3,2 %) jsou bezdětní.

Otázka č. 4 - Vyhodnocení výsledků spolupráce rodiny a seniora

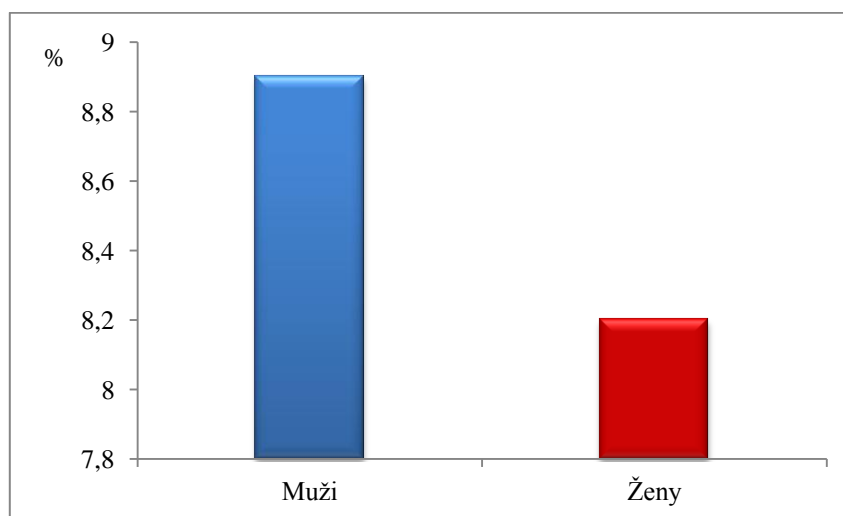
I když senioři žijí sami v domácnosti, jde zde vidět pravidelná spolupráce s nejbližší rodinou, kdy se na ni senioři mohou spolehnout a kde je pro ně důležitá hlavně citová podpora a láska. Z 95 respondentů jich 86 (90,5 %) má pravidelnou spolupráci s rodinou, graf 6. Z toho je 30 mužů (88,2 %) a 56 žen (91,8 %).



Graf 6. Pravidelná spolupráce rodiny a seniora

Jenom jeden muž (2,9 %) ve věku 76-80 let ze všech 95 dotazovaných seniorů odpověděl, že se s rodinou nestýká vůbec.

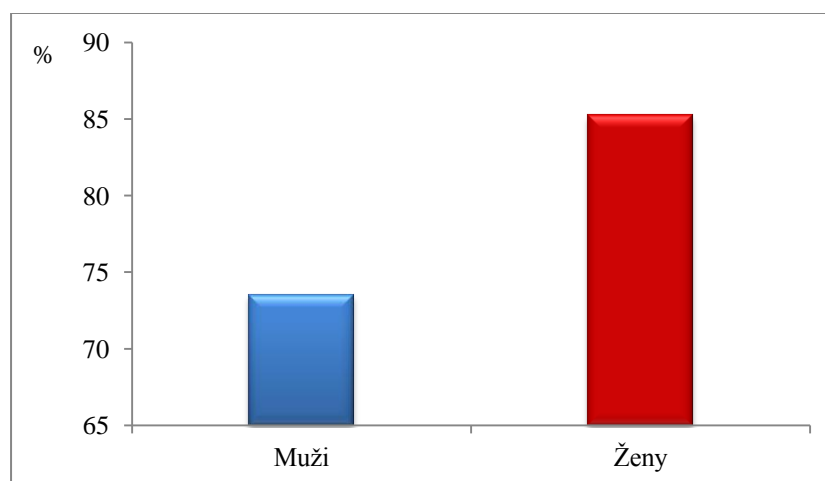
Pět žen (8,2 %) a tři muži (8,9 %) mají s rodinou nepravidelnou spolupráci, ať už to díky vzdálenosti bydliště anebo rodinných neshod, jak je zřejmé z grafu 7.



Graf 7. Nepravidelná spolupráce rodiny a seniora

Otázka č. 5 - Výsledky týkající se zdravotního stavu u seniorů

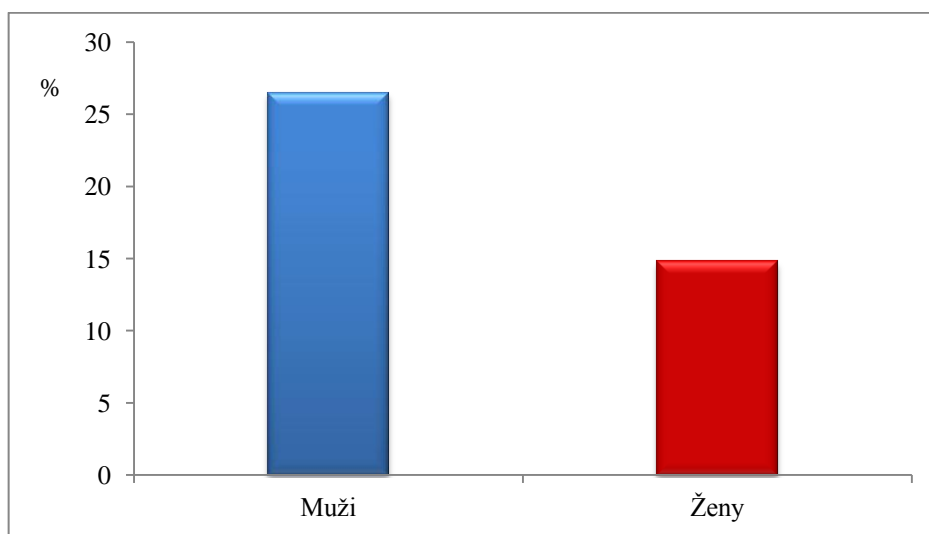
Z grafu 8 můžeme vidět, že 77 (81 %) dotazovaných respondentů je pohyblivých, z toho 25 mužů (73,5 %) a 52 žen (85,2 %). Je to i díky pravidelným prohlídkám u lékařů, zdravějšímu životnímu stylu a v neposlední řadě i pohybem, který je pro člověka velmi důležitý.



Graf 8. Senior pohyblivý/á

S přibývajícím věkem narůstá u seniorů pohybové omezení, které vede k upoutání na lůžko u 18 dotazovaných respondentů (19 %), jak můžeme vidět na grafu 9. Na lůžko je upoutáno 9 mužů (26,5 %) a 9 žen (14,8 %). Díky kvalitnější

zdravotní péči, vymoženostem, které nám dnešní doba nabízí se starší občané a hlavně ženy dožívají stále vyššího věku.

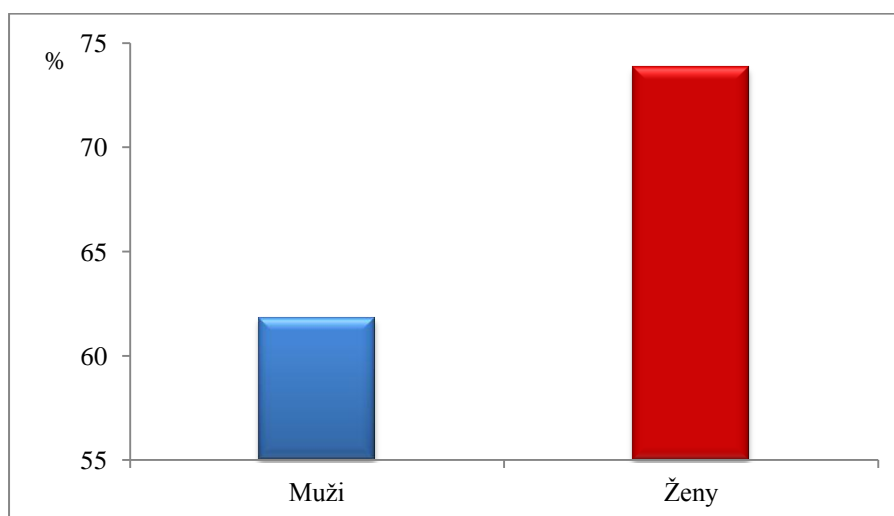


Graf 9. Senior upoután na lůžko

Ze všech seniorů, kteří se zúčastnili mého dotazníkového šetření vyplývá, že (81 %) seniorů je pohyblivých a (19 %) upoutaných na lůžko.

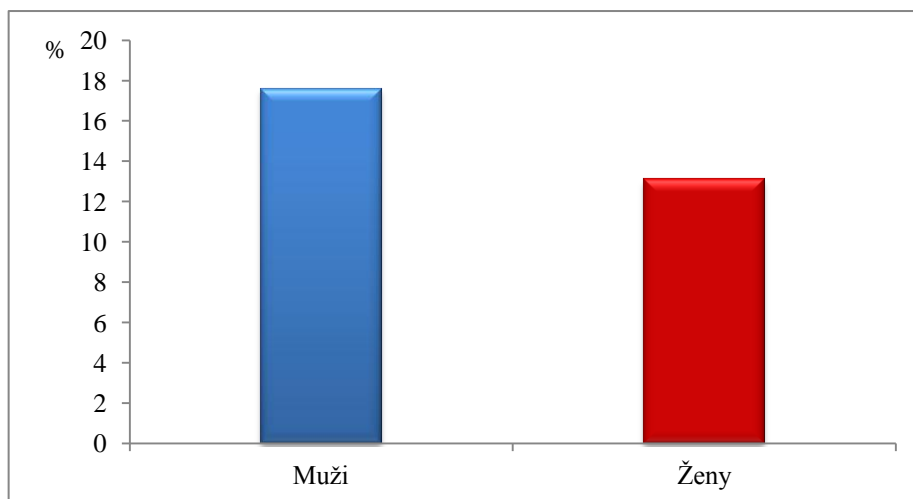
Otázka č. 6 - Vyhodnocení výsledků schopnosti užívání léků u seniorů

Největší zastoupení mají senioři, kteří jsou schopni užívat léky sami a pravidelně, z 95 dotazovaných jich to zvládá 66 (69,5 %), jak můžeme vidět z grafu 10. Z toho je 45 žen (73,8 %) a 21 mužů (61,8 %).



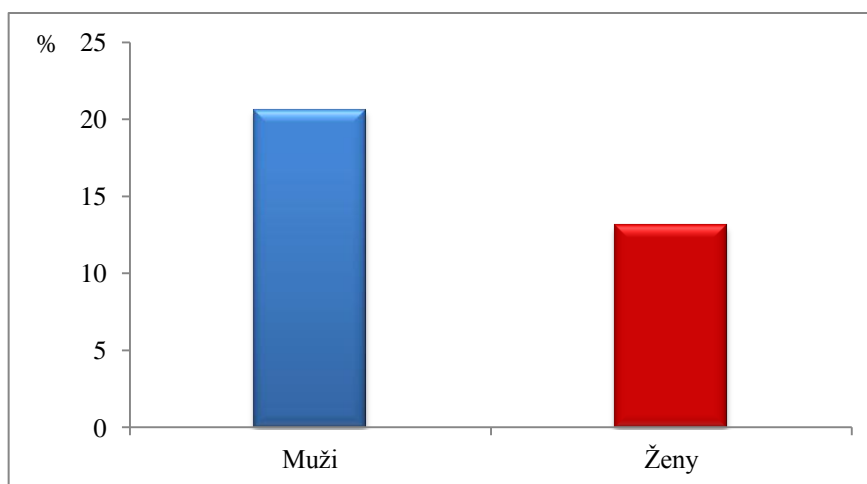
Graf 10. Senior užívající léky sám

S přibývajícím věkem roste počet seniorů, kdy senior sice zvládá brát léky sám, ale jsou mu připraveny nejčastěji někým z rodinných příslušníků, nebo pečovatelkami, které na pacienta pravidelně dohlížejí, jak je patrné z grafu 11. Pomoc, při podávání léků potřebuje 14 dotazovaných respondentů (14,7 %), z toho je 6 mužů (17,6%) a 8 žen (13,1 %).



Graf 11. Senior užívající léky sám za pomoci přípravy léků

Seniorů, kterým musí být léky podávány jinou osobou je 15 (15,8 %), z toho 7 mužů (20,6 %) a 8 žen (13,1 %) není moc výrazný rozdíl, jak můžeme vidět na grafu 11, který můžeme porovnat s grafem 12.

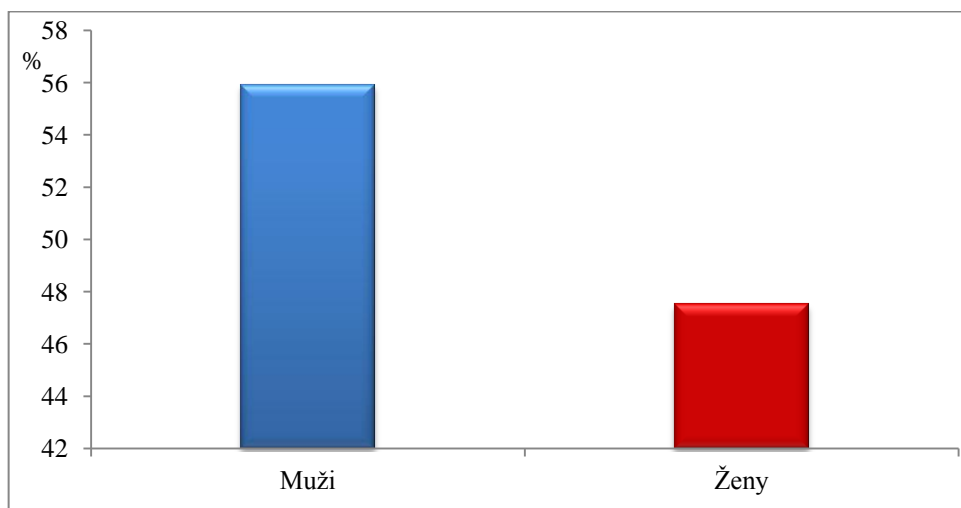


Graf 12. Léky podávány jinou osobou

Ze všech tří grafů vyplývá, že seniorů, kteří zvládají brát léky sami je nejvyšší zastoupení (69,5 %), za pomoci přípravy léků je (14,7 %) a kdy léky musí být podávány jinou osobou je (15,8 %) seniorů.

Otázka č. 7 - Nejčastěji využívaná péče, která je seniorům poskytována

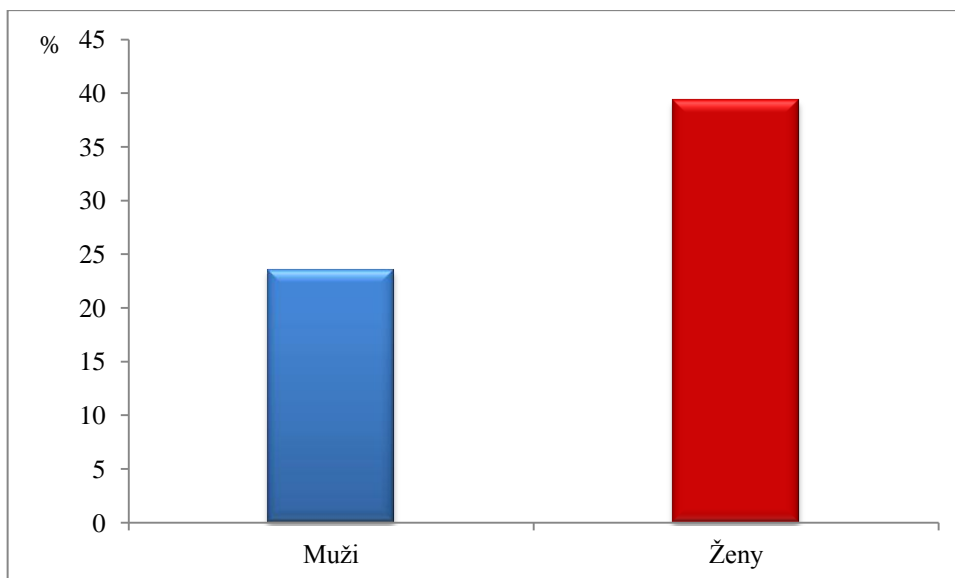
Ze všech 95 respondentů, kteří zodpověděli dotazník, vyplynulo, že 48 (50,5 %) dotazovaných seniorů péči nepotřebuje a zvládají se o sebe postarat sami, z toho 19 mužů (55,9 %) a 29 žen (47,5 %), viz. graf 13.



Graf 13. Péči si zajišťuje senior sám

Jenom 3 ženy (5 %) z 61 žen využily „jiné odpovědi“, kde zahrnuly, že potřebují péči příbuzných, dcery anebo Charity, které se o ně postarají a zajistí jim veškerou možnou péči, kterou si nejsou schopni sami zvládnout. Ženy, které takto odpovídaly, jsou ve věku 66-80 let.

Další větší zastoupení seniorů a to 32 (33,7 %) z celkových odpovědí 95 je odpověď, že potřebují péči pečovatelské služby, jak je znázorněno v grafu 14. Ošetřovatelky a zdravotní sestry k seniorům pravidelně přijíždí do jejich domovů anebo přichází přímo do sociálního zařízení, kde je jim poskytována pravidelná strava, péče o vlastní osobu, hygienu a případné podávání léků. Tuto službu využívá 8 mužů (23,5 %) a 24 žen (39,3 %).

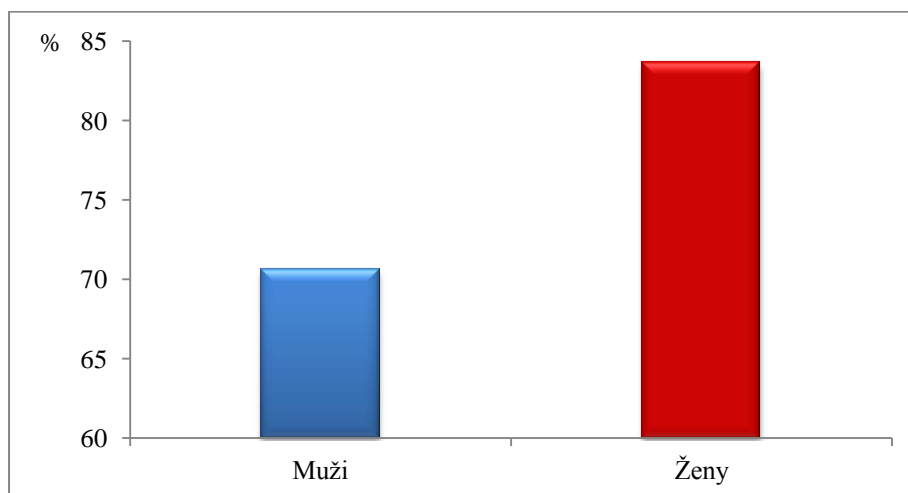


Graf 14. Péči zajišťuje pečovatelská služba

Respondenti využívali i volné odpovědi, kde nejčastěji vyplňovali, že se o ně mimo zmiňovaných služeb stará rodina, rodinní příslušníci jako dcery, synové a vnuci. Mnoho ze seniorů zaškrtovalo i více odpovědí.

Otázka č. 8 - Vyhodnocení odpovědí, do jaké míry seniorům pomáhá jejich rodina

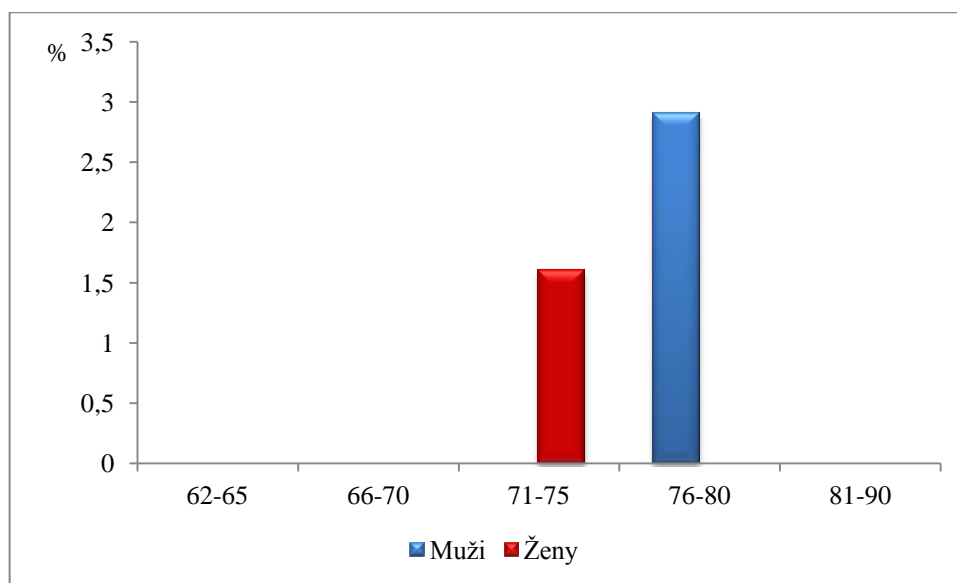
V osmé otázce v dotazníku jsem zjišťovala, do jaké míry seniorům pomáhá jejich rodina. Jak můžeme vidět na grafu 15, tak 75 respondentů (79 %) z 95 odpovídalo, že jim rodina pomáhá. Tuto otázku zodpovědělo 24 mužů (70,6 %) a 51 žen (83,6 %). Starší člověk potřebuje pomoc a hlavně lásku svých nejbližších, kdy se s rodinou může podělit o všechny dojmy a kdy rodině senior není jen na obtíž, jak se někteří seniori domnívají.



Graf 15. Rodina seniorům pomáhá

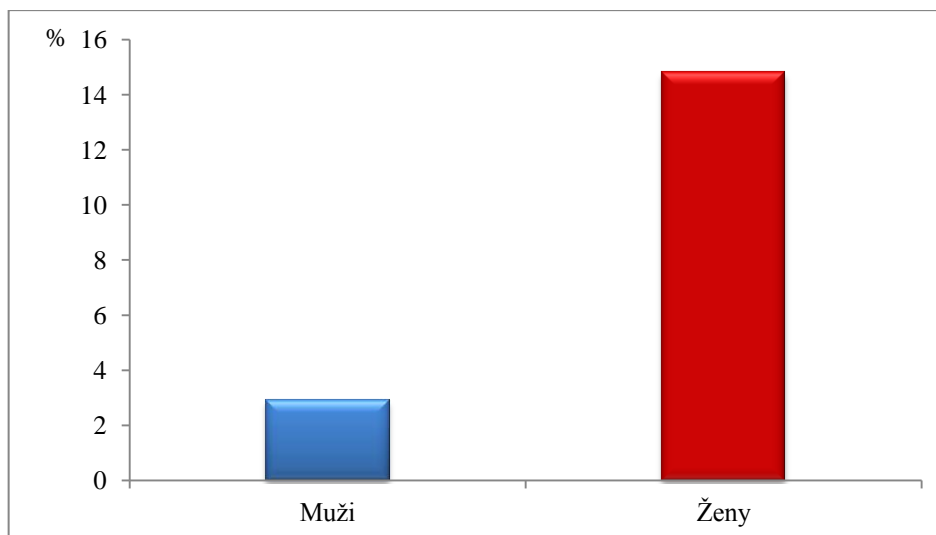
Jenom 3 muži (8,8 %) ve věku 76-90 let odpověděli, že se o ně rodina nestará z důvodu, že se vůbec nestýkají anebo dotyčný pán neměl v minulosti žádnou rodinu.

Jeden muž (2,9 %) a jedna žena (1,6 %) odpověděli, že jim rodina pomáhá jen výjimečně, jak vidíme z grafu 16.



Graf 16. Rodina seniorům pomáhá výjimečně

Zaznamenaných odpovědí, kdy senioři odpovídali, že se rodina o ně stará jen občas bylo 10 (10,5 %), z toho 9 žen (14,8 %) a 1 muž (2,9 %), graf 17. Nejčastěji udaný důvod, kdy jsem s nimi dotazník vyplňovala osobně byl ten, že rodina je od seniora bydlištěm vzdálena.



Graf 17. Rodina seniorům pomáhá občas

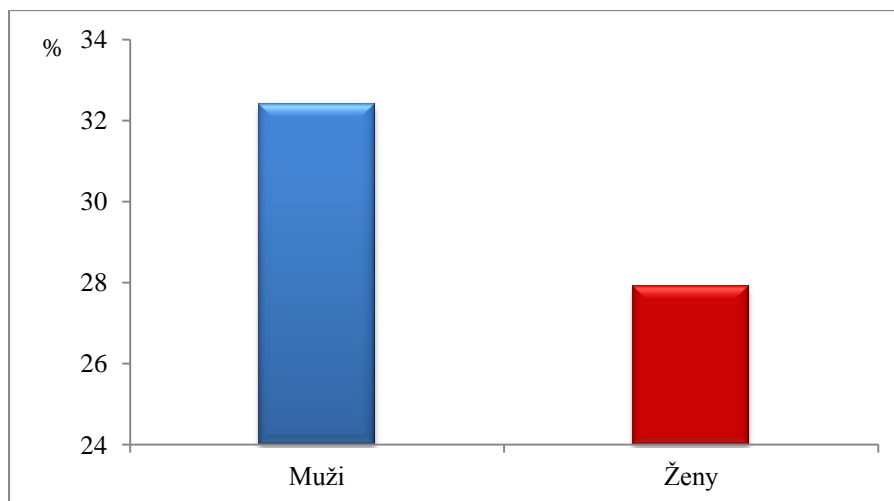
Otázka č. 9 – Jaké je spolužití rodiny a seniorů

Na devátou otázku odpovídalo 41 seniorů (43,2 %), že žijí sami, 32 manželů/partnerů (33,7 %) žije v domácnosti bez dětí a 22 respondentů (23,1 %) uvedlo jiný typ, nejčastější odpověď byla s dětmi a jejich rodinami.

Otázka č. 10 – Jaké služby senior nejčastěji využívá

V desáté otázce jsem zjišťovala, jaké služby senioři nejčastěji využívají, bez kterých by se neobešli. Respondenti využívali více odpovědí.

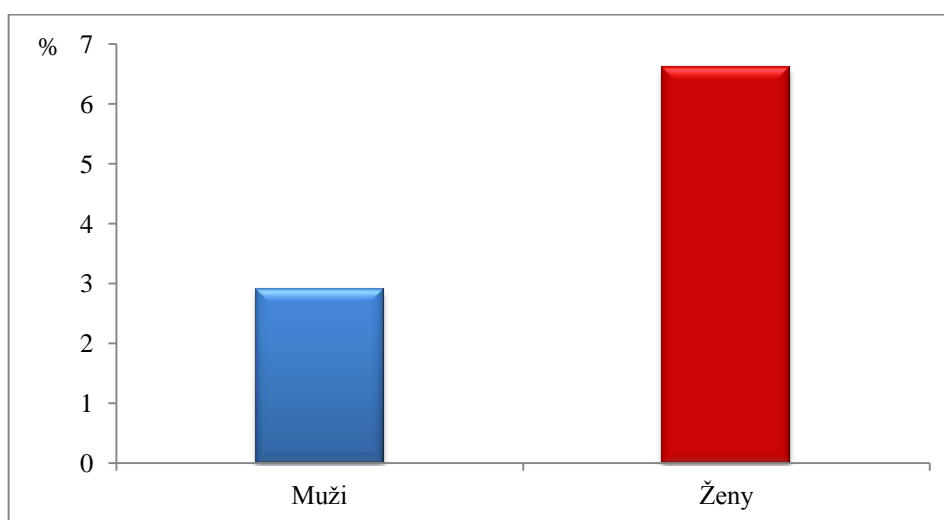
Na otázku, že žádnou službu nevyužívají, odpovědělo celkem 28 seniorů (29,5 %), graf 18. Žen, které nevyužívají žádnou službu, je 17 (27,9 %) a 11 mužů (32,4 %).



Graf 18. Senioři nevyužívají žádnou službu

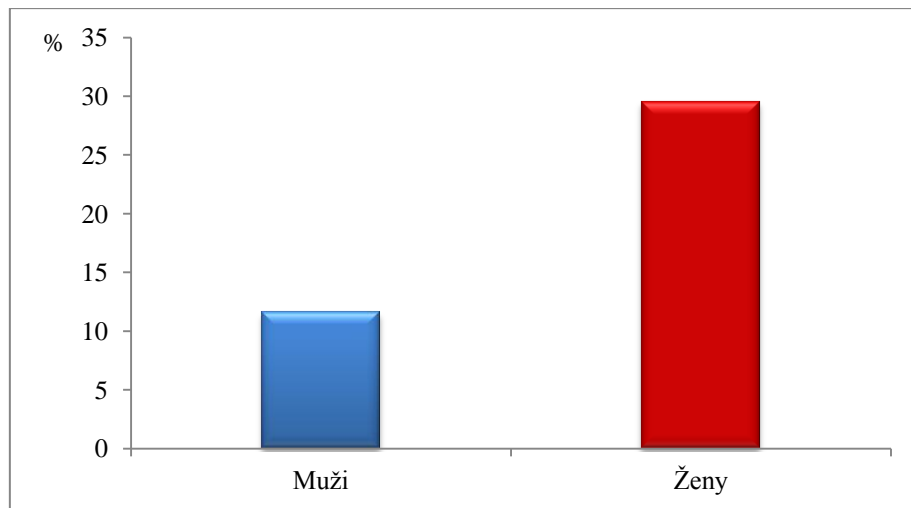
Denní stacionář využívají jen 3 ženy (3,2 %) z celkového počtu 95 mužů a žen.

Osobní asistenci využívá jenom 1 muž (2,9 %) a 4 ženy (6,6 %), jak můžeme vidět na grafu 19.



Graf 19. Senioři využívající službu osobní asistence

Pečovatelskou službu využívá z celkového počtu 95 respondentů 28 žen (29,5 %) a 11 mužů (11,6 %), graf 20.



Graf 20. Senioři využívající pomoc pečovatelské služby

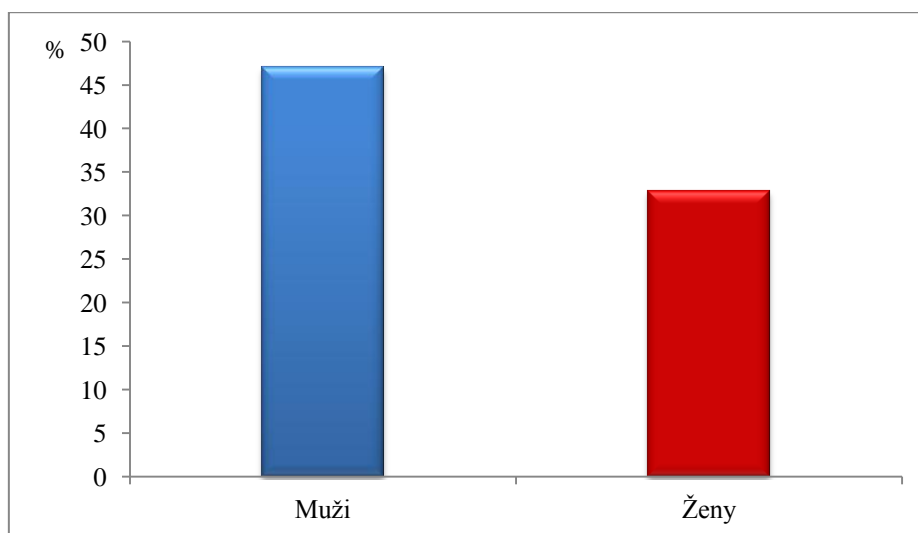
Respondenti měli možnost použít také jinou odpověď, ve které nejčastěji udávali, že využívají službu domácí péče Charity a Zdislavy, která je zde v našem okolí poskytována a obě sídlí ve městě Veselí nad Moravou. Nejčastěji byla zmiňována pomoc při hygieně, rehabilitace a ošetrovatelská služba, kterou seniorům poskytují pečovatelky, nebo zdravotní sestry, které jsou u této zmíněné domácí péče zaměstnány.

Další důležitou a nezbytnou součástí, kterou senioři v dnešní době hojně využívají je půjčování kompenzačních pomůcek, které jsou jim zapůjčovány právě od zmíněné Charity, nebo Zdislavy.

Kompenzační pomůcky jsou určeny, pro všechny skupiny věkové kategorie, ale nejvíce je využívají lidé ve stáří, kterým jsou pomůcky velmi nápomocné. Kompenzačních pomůcek existuje celá řada a je již na pacientovi, kterou si zvolí, záleží na délce, materiálu a dokonce i barevném provedení. Kompenzační pomůcky jsou určeny pro pacienty žijící ve své domácnosti, tak i pro pacienty ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Do kompenzačních pomůcek pro staré a nemohoucí pacienty patří: chodítka, skládací hole, francouzské berle, podpažní berle, ortopedické vozíky, sedátka do vany, WC křesla a polohovací postele.

Pro obtížně pohyblivé klienty v domácnosti, jsou nutné úpravy obytného prostoru tak, aby se byl schopen sám, nebo i za pomoci se po domácnosti pohybovat. Je potřeba odstranit všechny možné překážky jako jsou různé přípojné kabely, prahy. Pro pacienta na vozíku je potřeba dát veškerá zařízení do jeho patřičné výšky. Pokud se u jedince vyskytuje schodiště, je důležitá nájezdová rampa (Nováková, 2008). (Viz. Příloha 2).

Půjčování kompenzačních pomůcek využívá celkem 35 respondentů (36,8 %), jak si můžeme všimnout na grafu 21, z toho 16 mužů (47 %) a 20 žen (32,8 %). Za pomůcky si senior platí dle platného ceníku, který má každá domácí péče stanovena. Respondenti jsou za tuto službu velmi rádi, že je jim poskytována.

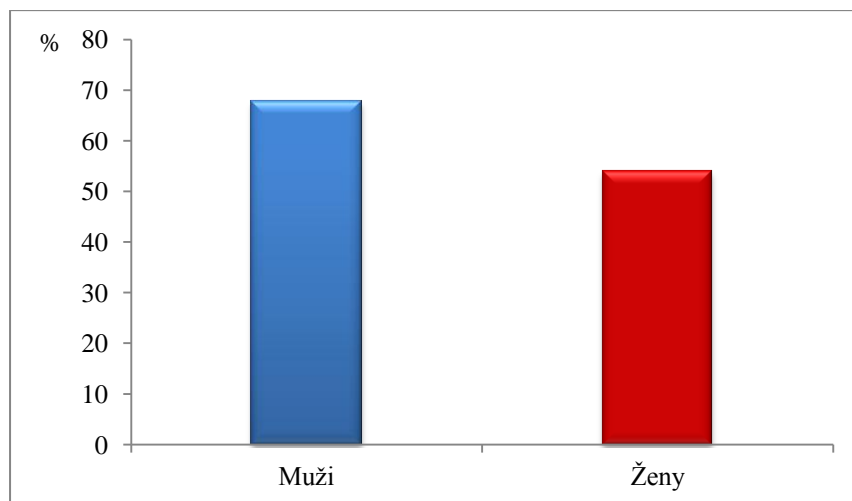


Graf 21. Senior využívající službu kompenzačních pomůcek

Otázka č. 11 - Potřeby, které jsou pro seniory nejdůležitější

V jedenácté otázce jsem u seniorů zjišťovala, jaká je pro ně nejdůležitější potřeba, bez které by se neobešli anebo naopak by chtěli kvalitu potřeb zlepšit, což bylo i hlavním z cílů mé bakalářské práce.

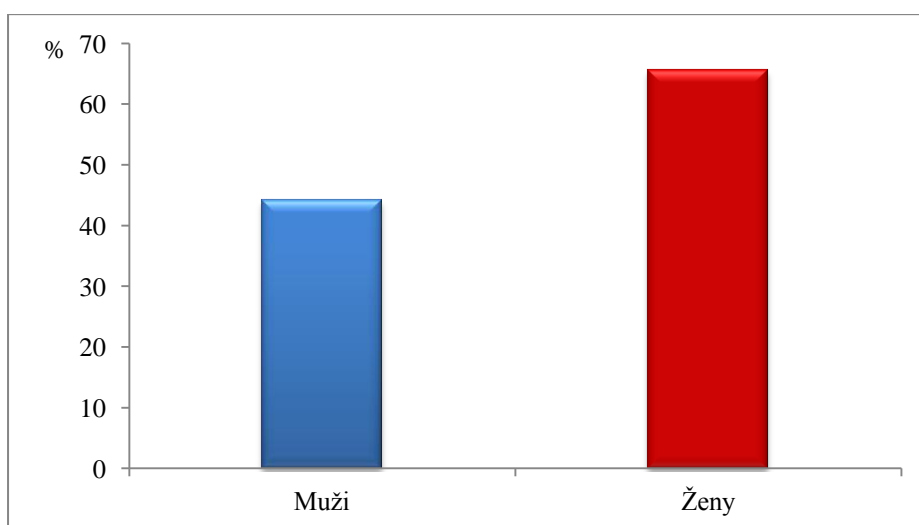
Celkem 56 seniorů (58,9 %) dalo za potřebu, že je pro ně nejdůležitější stravování, což je jedním z nejdůležitějších faktorů, který vede k lepšímu zdravotnímu stavu a celkové fyzické kondice, zda-li dodržují zdravější životní styl, graf 22. Z toho je 33 žen (54 %) a 23 mužů (67,7 %).



Graf 22. Stravování, jedna z nejdůležitějších potřeb seniorů

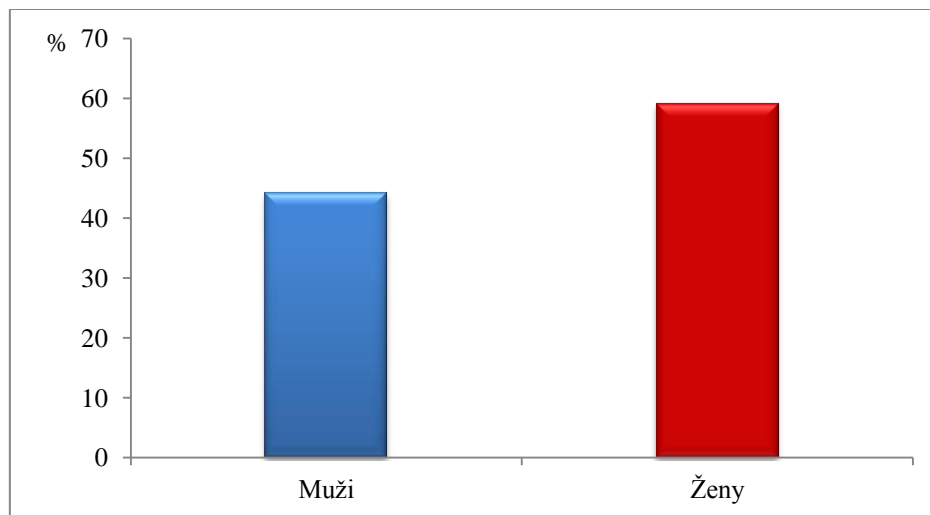
Druhou nejvíce zaškrtnutou potřebou u respondentů byla hned po stravování bezpečnost, na kterou odpovídalo 55 seniorů (57,9 %). Jak můžeme vidět na grafu 23 je hlavně pro 40 žen (65,6 %) a 15 mužů (44,1 %) důležitá bezpečnost v každém věku.

Každý senior vychází ze svého domu, záleží už ale individuálně, jak často a jak který senior opouští svůj domov. Záleží také na jeho zdravotním stavu a dopravních prostředcích, které mu jsou k dispozici, ale také na tom, jak se ve svém městě/vesnici cítí bezpečně. Ženy v jakémkoliv věku mají větší strach než muži. Ženy se bojí přepadení, mají strach se vyskytovat někde sami ve tmě. Nejvíce strachu a nejistoty pociťují senioři ve větších městech, než-li na vesnicích (Hoskovec, Šmolíková, Štikař, 2007).



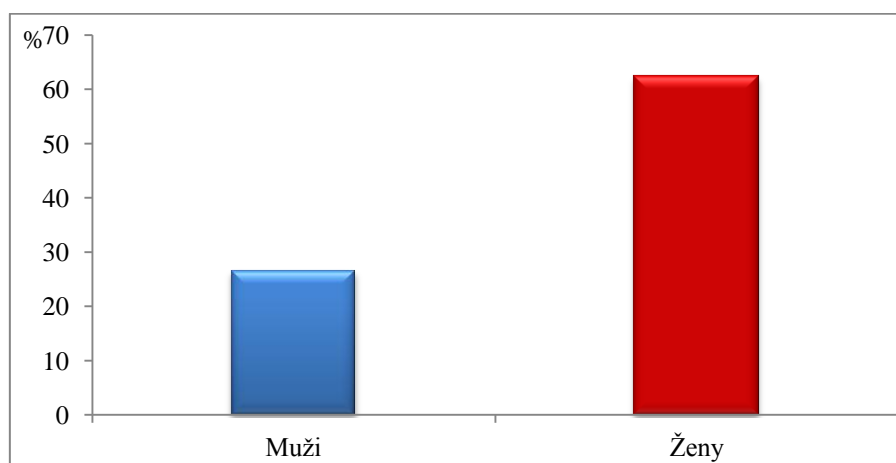
Graf 23. Bezpečnost, jak ji vnímají senioři

Za třetí nejvíce označené potřeby, které jsou pro seniory důležité bych zařadila grafy 24, 25, 26, kdy informovanost je pro ženy všech věkových kategorií si vcelku rovna, není zde vidět nějaký znatelný rozdíl. Pro 36 žen (59 %) a 15 mužů (44,1 %) je důležitá informovanost, graf 24.



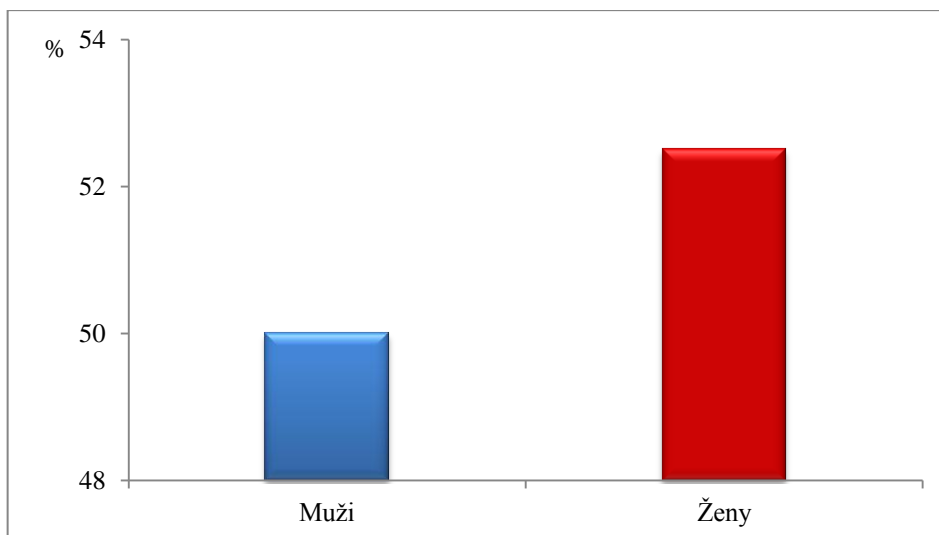
Graf 24. Informovanost seniorů

Citová podpora, byla pro ženy hned na druhém místě po bezpečnosti, kdy nejvyšší zastoupení je u 38 žen (62,3 %), kdy potřebují cítit podporu a lásku od svých nejbližších. Naopak muži kolonku s citovou podporou označili nejméně ze všech kolonek, co se týkala jedenácté otázky. Jenom pro 9 mužů (26,5 %) je důležitá citová podpora, graf 25.



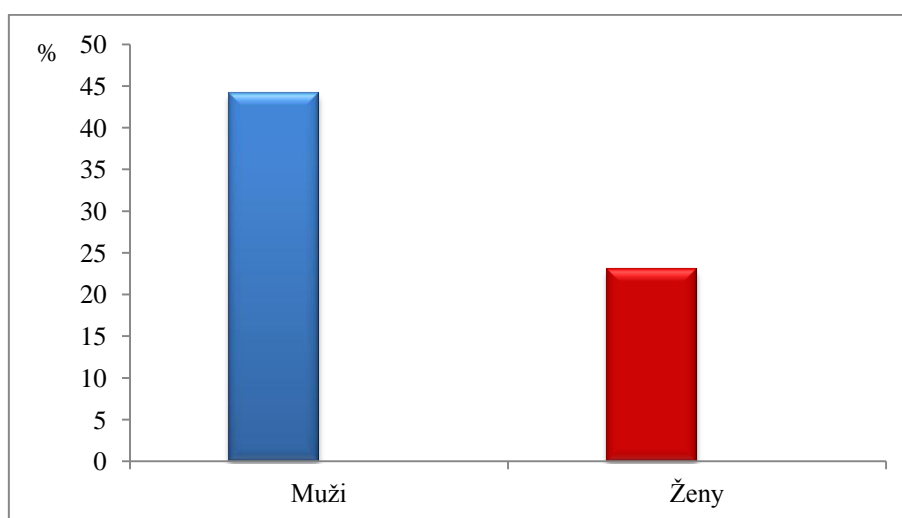
Graf 25. Citová podpora seniorům

Péče o vlastní osobu je důležitá pro 32 žen (52,5 %), i pro 17 mužů (50 %), kdy potřebují dostatek kvalitní péče, viz. graf 26.



Graf 26. Péče o vlastní osobu

Na náplň volného času, která je pro ně důležitou potřebou, naopak odpovídalo 15 mužů (44,1 %) a 14 žen (23 %), graf 27.

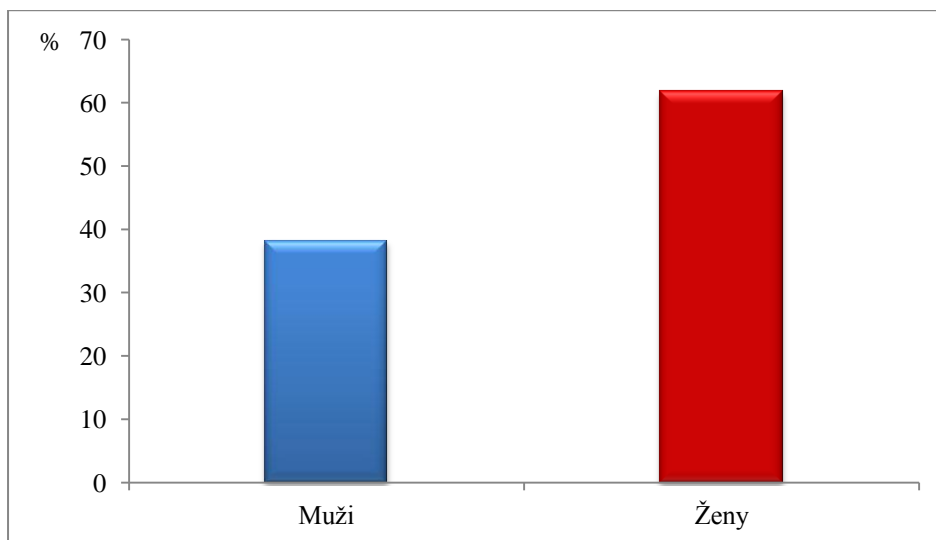


Graf 27. Potřeba náplně volného času seniorů

Respondenti vyplňovali více odpovědí, kdy jako „jiné“ odpovědi uváděli, že je pro ně důležitou potřebou mimo zmiňované také kontakt s rodinou, praní prádla a setkávání se s přáteli.

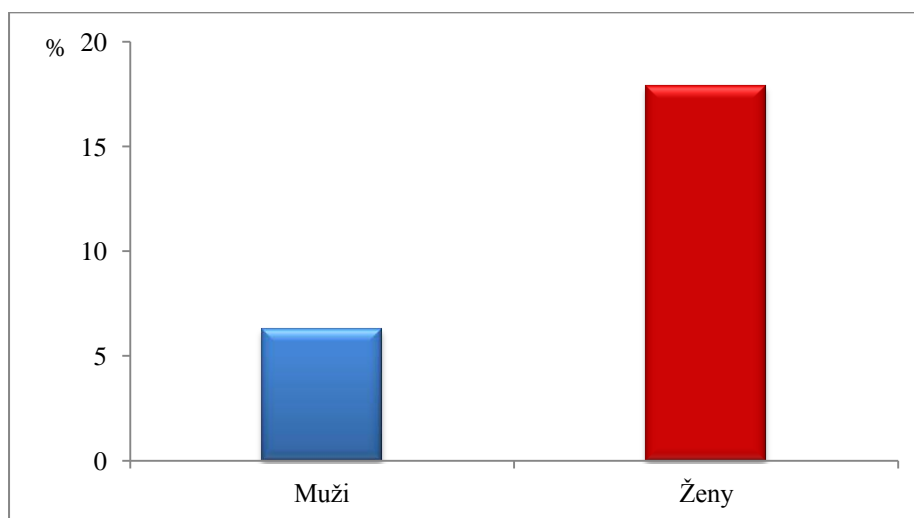
Otázka č. 12 - Místo pobytu seniorů

Ze všech 95 respondentů jich 68 (71,6 %) bydlí ve vlastním domě nebo bytě, jak můžeme vidět z grafu 28. Z toho 42 odpovědí je od žen (61,8 %). Mužů odpovídalo celkem 26 (38,2 %), že bydlí ve vlastním domě/bytě.



Graf 28. Bydlení ve vlastním domě/bytě

Na grafu 29 si můžeme všimnout, že nejvyšší zastoupení respondentů, kteří bydlí v domově s pečovatelskou službou, jsou ženy. Mého dotazníkového šetření se celkově zúčastnilo 17 žen (17,9 %), které bydlí na domově s pečovatelskou službou a jenom 6 mužů (6,3 %).



Graf 29. Bydlení v domově s pečovatelskou službou

Zbylí 4 respondenti (4,2 %) a z toho 2 ženy (2,1 %) a 2 muži (2,1 %), kteří využili „jinou“ odpověď bydlí v nájemním, činžovním domě.

ZÁVĚR

Výzkumného šetření bylo provedeno pomocí anonymních dotazníků u seniorů ve věku od 62-90 let. Výzkumu se zúčastnilo celkem 95 respondentů, z toho 61 žen (64,2 %) a 34 mužů (35,8 %). Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry spolupracuje rodina se seniorem. Pravidelně s rodinou spolupracuje 86 seniorů (90,5 %) z 95 dotazovaných, je zde vidět, že se rodina o své blízké i ve stáří pěkně stará. Jenom jeden muž (2,9 %) s rodinou nespolečně vůbec. Osm seniorů (8,4 %) s rodinou spolupracuje nepravidelně z důvodu vzdálenosti bydlištěm anebo rodinných neshod, jak někteří senioři uváděli. S výsledkem, zda-li rodina seniorům pomáhá jsem spokojená, jelikož 75 respondentů (79 %) z 95 odpovědělo, že ano.

Nejčastěji využívaná péče, která je seniorům poskytována mi od 48 dotazovaných respondentů (50,5 %) vyšla, že si péči zajišťují sami a s pomocí rodinných příslušníků a nejbližších. Pečovatelskou službu využívá 32 seniorů (33,7 %), kdy se o ně rodina nezvládá, nebo nestihá postarat a senioři už to sami nezvládnou. Mezi nejčastěji označenou potřebu, která je pro 56 seniorů (58,9 %) nejdůležitější patří stravování, hned na druhém místě byla potřeba bezpečnosti u 55 seniorů (57,9 %), aby se cítili respondenti v bezpečí. Tuto otázku označilo 40 žen (65,6 %). Překvapily mě hodnoty u grafu 28, kdy citová podpora byla muži nejméně označována. U této otázky si respondenti mohli vybírat z více odpovědí, ale citová podpora byla pro 9 mužů (26,5 %) na posledním místě. Pro seniory je také důležitý také kontakt s lidmi, pokud se jim nedostává, senior se uzavírá sám do sebe a to mu k uzdravení moc nepomáhá, někdy právě naopak.

Dnešní populace se dožívá stále vyššího věku, lidé dříve brzy umírali na různé nemoci, které dnes již dokážeme vyléčit, díky kvalitní péči, která je nás poskytována. Lidí důchodového věku přibývá, a proto je potřeba se o ně postarat, ať už to rodina, nebo jiná sociální péče. Seniorům by mělo být zajištěno kvalitní stáří a měli bychom se o ně postarat až do poslední chvíle jejich života. I my jednou zestárneme.

SOUHRN

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá základními pojmy, které jsou spojovány se stářím, historií, která byla dříve seniorům poskytována a jak se měnila až do současnosti. Stárnutí se týká každého z nás, proto je potřeba vědět, že nastává řada involučních změn, které se s věkem postupně mění. V teoretické části se také dočteme o zdravotních a sociálních službách, které nám dnešní doba nabízí. Bakalářská práce také seznamuje s nejčastějšími nemocemi, které se ve stáří mohou vyskytnout. V praktické části je pozornost věnována na vyhodnocené výsledky, které byly pomocí dotazníkového šetření prováděny u seniorů v domácím a sociálním zařízení.

Tato bakalářská práce měla za cíl u seniorů zjistit, do jaké míry rodina pomáhá seniorům, jakou péči stárnoucí lidé nejčastěji využívají jak v domácím, tak i sociálním zařízení a jaké jsou nejdůležitější potřeby, které lidé ve stáří pokládají za důležité.

SUMMARY

In theoretical part of this thesis is main focus on the basic concepts that are associated with old age, a history which was previously provided to seniors and the way it has been changed to the present. Aging affects all of us, so it is important to know that this is a series of involucional changes that are gradually changing by age. In the theoretical part we can also find informations about health and social services that we can get in these days. Bachelor thesis also introduces the most common diseases that may occur in old age. The practical part is focused on the evaluated results, which were carried out using a questionnaire survey of seniors in the domestic and social facilities.

This thesis aimed to find out about family help to seniors, what kind of care old people used the most in both domestic and sanitary facilities and what are the most important needs that people in old age regard as an important.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. HOSKOVEC, J., J. ŠMOLÍKOVÁ a J. ŠTIKAR. 2007. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum. 135 s. ISBN 978-80-246-1339-0.
2. JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
3. KALVACH, Z. 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7174-366-0.
4. KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ. 2006. *Stáří - Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha 5: Galén. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
5. KALVACH, Z., Z. ZADÁK a kolektiv. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha 7: Grada Publishing. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
6. KODYMOVÁ, P., M. KOLÁČKOVÁ a O. MATOUŠEK. 2010. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
7. KRÁLOVÁ, J. a E. RÁŽOVÁ. 2003. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Ostrava: ANAG. 303 s. 2. Vydání. ISBN 80-7263-168-3.
8. KUBEŠOVÁ, H. 2009. *Akutní stavy v geriatrii*. Praha: GALÉN. 233 s. ISBN 978-80-7262-620-5.
9. MALÍKOVÁ, E. 2001. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha 7: Grada Publishing. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
10. NOVÁKOVÁ, R. 2008. *Pečovatelsví I*. Praha 10: TRITON. 119 s. ISBN 978-80-7387-085-0.
11. NOVOTNÝ, P. 2009. *Filozofie nemocí (Uzdravování psychickými prostředky)*. Liberec: DIALOG. 336 s. ISBN 978-80-86761-99-2.
12. NOVOTNÝ, P. 2003. *Proč jsme nemocní*. Liberec: Dialog. 336 s. ISBN 80-86761-06-1.
13. OSTER, P. a M. SCHULER. 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
14. PACOVSKÝ, V. 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.

15. PACOVSKÝ, V. 1993. *Vnitřní lékařství*. Praha 1: Avicenum. 343 s. ISBN 80-217-0558-2.
16. PIDRAM, V. 2010. *Deprese seniorů*. Praha: MAXDORF. 56 s. ISBN 978-80-7345-218-6.
17. RŮŽIČKA, R. a R. SOSÍK. 2011. *Zdraví není náhoda*. Olomouc: Václav Lukeš – Poznání. 164 s. ISBN 978-80-87419-10-6.
18. SOLÁROVÁ, K. 2010. *Analýza speciálně pedagogických a speciálně andragogických přístupů k terapii osob s neurotickým onemocněním v seniorském věku*. Brno: Masarykova univerzita. 238 s. ISBN 978-80-210-5287-1.
19. SVATOŠOVÁ, M. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
20. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
21. VÁŽANSKÝ, M. 2010. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno: Mendelova univerzita. 200 s. ISBN 978-80-7392-130-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. *Dům lékařů a.s.* [online]. 2011. [cit. 2013-02-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.dumlekaru.cz/home-care-domaci-pece/>>.
2. *Informační server o zdraví z pohledu celostní, přírodní, alternativní medicíny*. [online]. Vivantis 2004. [cit. 2013-01-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.celostnimedica.cz/co-je-mozkova-mrtvice.htm>>.
3. OPATRNÝ, A. *Slovo 'stáří' zní skoro jako nadávka* [online]. Text úvodní přednášky ze Setkání křesťanských zdravotníků 2009 na téma: Péče o člověka na jeho životní cestě – stáří jako šance a úkol, které proběhlo v Praze v kostele svatého Karla Boromejského 16.5.2009 [cit. 2012-11-15]. Dostupné z WWW: <http://www.vira.cz/index1.php?sel_id=908>.
4. *Osobní asistence-informační portál* [online]. 2009. [cit. 2012-12-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>>.
5. *Stárnout je normální-projekt centra na podporu zdraví*. [online]. Stránky vytvořila Infotea, centrum Gema, 2010. [cit. 2013-02-24]. Dostupné z WWW:

<<http://www.starnout-je-normalni.cz/index.php/geriatrie-a-gerontologie/31-obecne/46-vymezeni-dlouhodobě-pee>>.

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 Přehled geriatrických syndromů (Topinková, 2005)	31
---	-----------

SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1. Rozdělení respondentů podle pohlaví	36
Graf 2. Věkové rozdělení seniorů	38
Graf 3. Senioři bezdětní	39
Graf 4. Senioři žijící s rodinou.....	39
Graf 5. Senior bydlí sám/sama.....	40
Graf 6. Pravidelná spolupráce rodiny a seniora	40
Graf 7. Nepravidelná spolupráce rodiny a seniora	41
Graf 8. Senior pohyblivý/á.....	41
Graf 9. Senior upoután na lůžko	42
Graf 10. Senior užívající léky sám.....	42
Graf 11. Senior užívající léky sám za pomoci přípravy léků.....	43
Graf 12. Léky podávány jinou osobou.....	43
Graf 13. Péči si zajišťuje senior sám	44
Graf 14. Péči zajišťuje pečovatelská služba	45
Graf 15. Rodina seniorům pomáhá	45
Graf 16. Rodina seniorům pomáhá výjimečně	46
Graf 17. Rodina seniorům pomáhá občas	47
Graf 18. Senioři nevyužívají žádnou službu	48
Graf 19. Senioři využívající službu osobní asistence	48
Graf 20. Senioři využívající pomoc pečovatelské služby.....	49
Graf 21. Senior využívající službu kompenzačních pomůcek.....	50
Graf 22. Stravování, jedna z nejdůležitějších potřeb seniorů	51
Graf 23. Bezpečnost, jak ji vnímají senioři	51
Graf 24. Informovanost seniorů.....	52
Graf 25. Citová podpora seniorům	52
Graf 26. Péče o vlastní osobu	53
Graf 27. Potřeba náplně volného času seniorů	53
Graf 28. Bydlení ve vlastním domě/bytě	54
Graf 29. Bydlení v domově s pečovatelskou službou.....	54

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Dotazník
Příloha 2	Kompenzační pomůcky pro seniory
Příloha 3	Ceník služeb
Příloha 4	Propagační letáky domácí péče Zdislavy
Příloha 5	Prospekt z přednášky o Alzheimerově chorobě

Příloha 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Alžběta Čajková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Hudební kultura a Výchova ke zdraví na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Výsledky dotazníku budou použity jako podklad pro mou bakalářskou práci. Informace jsou anonymní.

Děkuji za Váš čas.

1. Pohlaví : Žena
Muž

2. Věk:

3. Osamělost: bydlím sám/a
bydlím s rodinou
bezdětný/á

4. Spolupráce s rodinou: pravidelná
nepravidelná
žádná

5. Zdravotní stav: pohyblivý/á
na lůžku

6. Léky užívám: sám/a
sám/a, jsou-li připraveny
léky musí být podávány jinou osobou

7. Péči zajišťuje: pečovatelská služba
jiná služba – jaká?

.....
příbuzní, známí – kdo?

.....
sám/a

8. Pomáhá Vám vaše rodina: ano
ne
občas
vyjímečně
rodinu nemám

9. Jaké je spolužití Vaší rodiny: sám/a
manželé/partneři žijící v domácnosti bez dětí
jiný typ/uveďte

.....

10. Jaké služby využíváte: pečovatelská služba (různé druhy služeb – dovoz oběda, úklid..)
- osobní asistence (služba pomáhající člověku zvládnout péči)
- denní stacionář (služba pro občany ke zkvalitnění života ve stáří)
- půjčování kompenzačních pomůcek
- žádnou
- jiná odpověď/uveďte
-

11. Označte 2 – 4 potřeby, které jsou pro Vás nejdůležitější:

- Informovanost
- Stravování
- Péče o vlastní osobu
- Bezpečnost
- Citová podpora
- Náplň volného času
- Jiné/uveďte
-

12. Místo pobytu: vlastní dům /byť
- Dům s pečovatelskou službou
- Jiná/uveďte
-



Zdislava Veselí, o.p.s.

Sídlo: Veselí nad Moravou, Masarykova 118

Zapůjčujeme tyto

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:



Vysoká berle podpažní
2,-Kč/den



Čtyřbodová hole
4,-Kč/den



Francouzská hole
2,-Kč/den



Chodítko normální
4,-Kč/den



Chodítko normální
4,-Kč/den



Chodítko čtyřkolové skládací
7,-Kč/den



Mechanický invalidní vozík
10,-Kč/den



WC křeslo klozetové pojízdné
7,-Kč/den



WC křeslo klozetové
4,-Kč/den



WC křeslo klozetové
4,-Kč/den

- c) Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:
0314 Dovoz nebo donáška jídla ve všední den - **12,-Kč za jeden oběd**
0314.1 Dovoz nebo donáška jídla ve svátky a dny pracovního klidu - **17,-Kč za jeden oběd**
- 0301** Pomoc při přípravě jídla a pití **15min. za 25,-Kč**
30min. za 50,-Kč
45min. za 75,-Kč
60min. za 100,-Kč
- 0313** Příprava a podání jídla a pití **15min. za 25,-Kč**
30min. za 50,-Kč
45min. za 75,-Kč
60min. za 100,-Kč
- d) Pomoc při zajištění chodu domácnosti:
- 0508** Běžný úklid a údržba domácnosti **15min. za 25,-Kč**
30min. za 50,-Kč
45min. za 75,-Kč
60min. za 100,-Kč
- 0509** Údržba domácích spotřebičů **15min. za 25,-Kč**
30min. za 50,-Kč
45min. za 75,-Kč
60min. za 100,-Kč
- 0502** Pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti , například sezónního úklidu, úklidu po malování **15min. za 25,-Kč**
30min. za 50,-Kč
45min. za 75,-Kč
60min. za 100,-Kč
- 0510** Donáška vody **15min. za 25,-Kč**
30min. za 50,-Kč
45min. za 75,-Kč
60min. za 100,-Kč

0511 Topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení
15min. za 25,-Kč
30min. za 50,-Kč
45min. za 75,-Kč
60min. za 100,-Kč

0507 Běžné nákupy a pochůzky
15min. za 25,-Kč
30min. za 50,-Kč
45min. za 75,-Kč
60min. za 100,-Kč

0512 Velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti -
15min. za 25,-Kč
30min. za 50,-Kč
45min. za 75,-Kč
60min. za 100,-Kč

0513 Praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy
50,-Kč za 1kg prádla

0514 Praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy
50,-Kč za 1kg prádla

e) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

0805 Doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět
15min. za 25,-Kč
30min. za 50,-Kč
45min. za 75,-Kč
60min. za 100,-Kč

0808 Doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět
15min. za 25,-Kč
30min. za 50,-Kč
45min. za 75,-Kč
60min. za 100,-Kč

CENÍK FAKULTATIVNÍCH ČINNOSTÍ OD 1.5.2009
Pečovatelská služba Charita Veselí n. Mor.

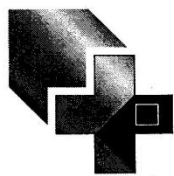
0113	Pomoc s péčí o vlasy – stříhání	70,-Kč za výkon
0117	Holení	80,-Kč za 15min.
0115	Pedikúra (maximální délka - 75 min.)	270,-Kč za výkon
0116	Masáž celková (maximální délka – 90 min.)	260,-Kč za výkon
0116.1	Masáž zad a šíje (maximální délka – 60 min.)	190,-Kč za výkon
0116.2	Masáž šíje (maximální délka – 30 min.)	140,-Kč za výkon
0116.3	Masáž nohou, rukou (maximální délka – 30 min.)	140,-Kč za výkon
0111	Cesta za poplatek – vozem pečovatelské služby	8,-Kč za jeden km
0111.1	Čas pracovníka strávený při odvozu a montáži pomůcek	40,-Kč za 15min.
0118	Dohled nad nemocným dospělým občanem, nebo dítětem v době od 6.00- 22.00 hod.	15min. za 35,-Kč 30min. za 70,-Kč 45min. za 105,-Kč 60min. za 140,-Kč
0120	Dohled nad dodržováním léčebného režimu	15min. za 45,-Kč 30min. za 90,-Kč 45min. za 135,-Kč 60min. za 180,-Kč
0122	Odvoz do kostela (platí jen pro uživatele Veselí nad Moravou)	20,-Kč za cestu

Aktualizace: 1.5.2009
Autor změny: Štípská Marie

Tento ceník je platný i pro střediska Lipov a Velká nad Veličkou

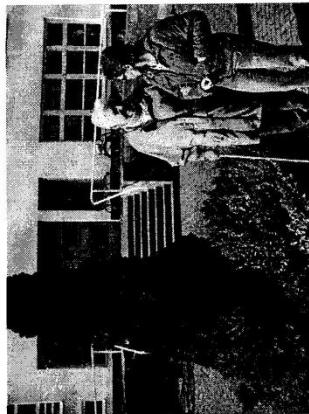
Zpracovala: Štípská Marie

Příloha 4 Propagační letáky domácí péče Zdislavy



Zdislava Veselí, o.p.s.

Osobní asistence



Kontakty

Zdislava Veselí, o.p.s.
Masarykova 118
Veselí nad Moravou, PSČ 698 01

IČO: 269 81 751
Email: marie.zdislava@tiscali.cz
Číslo účtu: 1388287339/0800

Ředitel:
Marie Tomečková
Tel./fax: + 420 518 323 187
Mobil: + 420 604 963 088
E-mail: marie.zdislava@tiscali.cz

Osobní asistence
Dům pečovatelských služeb
Za Poštou 110
Veselí nad Moravou 698 01
Tel.: + 420 518 322 429
Mobil: + 420 731 314 580

poskytujeme

- pečovatelská služba
- osobní asistence
- denní stacionář

zapíjíjeme

- kompenzační a rehabilitační pomůcky

Naše motto

Nikdo není na světě jen

sám pro sebe,

je zde také pro všechny ostatní.

Sv. Řehoř Nazíánský

CO JE NAŠÍM POSLÁNÍM?

Posláním je asistovat seniorům, zdravotně postiženým nebo dlouhodobě nemocným v péči o sebe a svoji domácnost v jejich přirozeném prostředí v úkonech, které si nemohou zabezpečit sami. Snažíme se o vytváření podmínek pro zachování jejich důstojného života, udržení kontaktu s rodinou a začlenění do společenského a kulturního života dle jejich možností a zájmů.

Tuto službu poskytujeme ve Veselí nad Moravou a okolních obcích, ve Velké nad Veličkou a okolních obcích a ve Strážnici a okolních obcích.



CO JE NAŠÍM CÍLEM?

1. Vytvářet klientovi možnosti a příležitosti, aby mohl zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí a tím oddálit nutnost pobytového řešení jeho situace.
2. Podporovat uživatele, prostřednictvím osobního asistenta, v překonávání problémů spojených se stářím, chronickou nemocí či postižením při péči o svoji osobu a domácnost tak, aby zůstal co nejdéle soběstačný ve svém přirozeném prostředí.
3. Podporovat klienty v rozvoji, případně udržení schopnosti a dovednosti a tím jim vytvářet podmínky pro důstojný život.
4. Vytváření podmínek pro účast na kulturních a společenských akcích dle jejich možností a zájmů.

KOMU JE OSOBNÍ ASISTENCE URČENA?

Služba je určena seniorům, chronicky nemocným a zdravotně postiženým se sníženou soběstačností, kteří potřebují částečnou nebo úplnou podporu při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a domácnost i při udržení kontaktů se svoji rodinou i širším okolím.

KOMU OSOBNÍ ASISTENCE NENÍ URČENA?

- plně soběstačným osobám a osobám, jež nejsou seniory, nebo chronicky nemocní ani zdravotně postižení, jejichž situace nevyžaduje pomoc jiné osoby,
- osobám do 26 let věku včetně,
- osobám jejichž zdravotní stav by ohrožoval zdraví a život zaměstnanců organizace (např. osobám s přenosným infekčním onemocněním, osobám s agresivním chováním apod.),
- osobám závislým na alkoholu a jiných návykových látkách,
- sluchově postiženým s úplnou ztrátou sluchu, zrakově postiženým s úplnou ztrátou zraku, nebo těžce mentálně postiženým.



DOMÁCÍ PÉČE

"ZDISLAVA"

SVOU PÉČI VÁM NABÍZÍ

DENNÍ STACIONÁŘ

ZDISLAVA VESELÍ, O.P.S.

CO TO JE ?

**DENNÍ POBYT PRO SENIORY
A DOSPĚLÉ S POSTIŽENÍM, KTERÍ
POTŘEBUJÍ ZVÝŠENOU PÉČI V DOBĚ
KDY O NĚ NEMOHOU PEČOVAT
NEJBLIŽŠÍ OSOBY**

DENNÍ STACIONÁŘ

Veselí nad Moravou

Za poštou 110

tel.: 518 322 429

mob.: 604 963 088





**OSOBNĚ SE MŮŽETE DOMLUVIT
denně od 7.00 - 9.00 , 13.00 - 15.00**

CO POBYT NABÍZÍ:

Denní pobyt - program respektující individuální psychické a fyzické možnosti

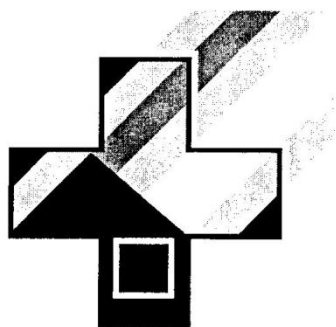
SAMOZŘEJMOSTÍ JE ZÁKLADNÍ PROGRAM

**Ošetřovatelská rehabilitace
Aktivizační program**

-  **Ergoterapie** - nácvik sebeobsluhy
- léčba prací
-  **Výukový** - opakování a upevňování poznatků
-  **Nepravidelné akce** - návštěvy, výstavy, vycházky
-  **Klubová činnost** - posezení při čaji, kávě,
- četba, diskuse,
- společenské hry

OSTATNÍ SLUŽBY JE MOŽNÉ ŘEŠIT DOHODOU.

DENNÍ STACIONÁŘ
Veselí nad Moravou



*Máte staré rodiče?
Jsou nemocní?
Trápí nemoc i Vás?
Není nikdo, kdo by se o ně,
či o Vás postaral?*

SVOU PÉČI VÁM NABÍZÍ KAŽDODENNĚ
SO + NE I O SVÁTCÍCH

DOMÁCÍ PÉČE " ZDISLAVA "

**Veselí nad Moravou
Masarykova 118**

tel.: 518 323 187

mob.: 604 963 088

Osobně se můžete domluvit
denně od 9.00 do 10.00 hod.

DOMÁCÍ PÉČE " ZDISLAVA "

vám nabízí

ODBORNOU PÉČÍ:

- převazy po úrazech a operacích
- podávání léků ve všech formách, včetně injekcí
- odběry krve a ostatního biol. materiálu
- další výkony požadované ošetřujícím lékařem

**VÝKONY ORDINOVANÉ LÉKAŘEM JSOU
HRAZENY ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI**

SOCIÁLNÍ POMOC:

- donáška obědů
- donáška nákupů a léků
- běžné úkony os. hygieny
- práce spojené s údržbou domácnosti

PŮJČENÍ REHABILITAČNÍCH POMŮCEK:

Na nezbytně nutnou dobu zapůjčíme nemocniční lůžka, postelové podpěrky, hrazdy k polohování pacientů, WC křesla, sedačky do vany.

Příloha 5 Prospekt z přednášky o Alzheimerově chorobě



Česká alzheimerovská společnost
- na pomoc občanům postiženým demencí
Czech Alzheimer Society
Gerontologické centrum, Šimůnkova 1600
182 00 Praha 8 – Kobylisy, tel. +420 2 86 88 36 76
+ 420 2 83 88 03 46, fax. +420 2 86 88 27 88
e-mail: Petr.Veleta@gerontocentrum.cz

JEDNÁ SE O ALZHEIMEROVU CHOROBU? DESET PŘÍZNAKU, KTERÉ BY VÁS MĚLY VAROVAT

- 1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkony**
Zapomínat občas pracovní úkoly, jména kolegů nebo telefonní čísla spolupracovníků a vzpomenout si na ně později je normální. Lidé trpící duševní chorobou jako je například Alzheimerova nemoc však zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později.
- 2. Problémy s vykonáváním běžných činností**
Hodně vytižení lidé jsou občas roztržiti, takže někdy nechají dušenou mrkev stát v hrnci na sporáku a vzpomenou si na ni, až když už je po jídle. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou například připraví jídlo a nejen, že ho zapomenou dát na stůl, zapomenou i na to, že ho vůbec udělali.
- 3. Problémy s řečí**
Každý má někdy problém najít správné slovo, ale člověk s Alzheimerovou chorobou zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje nesprávnými, a jeho věty pak nedávají smysl.
- 4. Časová a místní dezorientace**
Každý může zapomenout, jaký je den a kam vlastně jede, je to normální. Ale lidé s Alzheimerovou nemocí se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů.
- 5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek**
Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s Alzheimerovou nemocí úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou.
- 6. Problémy s abstraktním myšlením**
Bilancování šekové knížky může někoho vyvést z míry, když je trochu komplikovanější než jindy. Člověk s Alzheimerovou nemocí může úplně zapomenout, co ta čísla znamenají, co s nimi má dělat.
- 7. Zakládání věcí na nesprávné místo**
Každý někdy někde založí peněženku nebo klíče. Člověk s Alzheimerovou nemocí dává věci na zcela nesmyslná místa: žehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.
- 8. Změny v náladě nebo chování**
Každý má někdy špatnou náladu. Člověk s Alzheimerovou nemocí podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč či podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá zjevný důvod.
- 9. Změny osobnosti**
Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem. Ale člověk s Alzheimerovou nemocí se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezřívavým nebo ustrašeným.
- 10. Ztráta iniciativy**
Když je člověk někdy znechucen domácími pracemi, zaměstnáním apod., je to normální. Většinou se chuť do práce opět dostaví. Člověk s Alzheimerovou nemocí může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustále podněty, aby se do něčeho zapojil.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Alžběta Čajková
Katedra:	Antropologie a zdravotvědy
Vedoucí práce:	MUDr. Milada Bezděková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Geriatrická péče a zařízení pro seniory
Název v angličtině:	Geriatric Care and Facilities for the Elderly
Anotace práce:	Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje základní pojmy týkající se stáří, historii péče o seniory, involuční změny spojené se stářím, rozdělení zdravotních a sociálních služeb a nejčastější nemoci ve stáří. Praktická část informuje o výsledcích výzkumného šetření, které bylo prováděno na seniorech v oblasti Jižní Moravy.
Klíčová slova:	Senior, jedinec, geriatric, geriatrická péče, domácí péče, sociální péče, nemocný.
Anotace v angličtině:	The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes the basic concepts related to old age, history of care for the elderly, involuational changes associated with old age, the distribution of health and social services and the most common diseases in the old age. Practical part informs about the results of the survey, which was conducted on the elderly in South Moravia area.
Klíčová slova v angličtině:	Senior, individual, geriatrics, geriatric care, home care, social care, sick person
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Dotazník Příloha 2 Kompenzační pomůcky Příloha 3 Ceník služeb Charity Příloha 4 Propagační letáky Zdislavy

	Příloha 5 Prospekt z přednášky o Alzheimerově chorobě
Rozsah práce:	63
Jazyk práce:	CZ