



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky

Bakalářská práce

Zdravotní a sociální péče o seniory v ČR

Vypracoval: Alice Hornátová
Vedoucí práce: MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA

České Budějovice 2016

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem Zdravotní a sociální péče o seniory v České republice je zaměřena na problematiku stáří a stárnutí. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů, jež jsou se stářím neodmyslitelně spjaty, jako například geriatricie, stárnutí populace, malnutrice, inkontinence moči a další, dále také nastiňuje specifika péče o geriatrického pacienta, výhody a nevýhody domácí péče o seniora a rovněž popisuje obsah sociálního zabezpečení ve stáří.

V praktické části jsou prezentovány výsledky kvantitativního výzkumu. Cílem práce bylo zjistit, zda jsou naplňovány sociální a zdravotní potřeby seniorů v domovech pro seniory. Vzhledem k cílové skupině byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření, jenž tvoří celkem 21 uzavřených i otevřených otázek, které se zaměřují zejména na spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, trávení volného času a celkovou spokojenost s chodem zařízení. Výzkumný soubor tvoří celkem 100 seniorů, žijících v domově pro seniory, kteří byli ochotni spolupracovat a kteří jsou plně mobilní, případně k pohybu potřebují kompenzační pomůcky, výzkumný soubor tedy není tvořen seniory trvale upoutanými na lůžku.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, senioři, domov pro seniory

Abstract

Bachelor work called Health and social care for the seniors in the Czech Republic is about problematic of old age and ageing. Theoretical part follows up the demarcation of basic concepts which inherently relate with old age for example geriatrics, ageing population, malnutrition, urinary incontinence and more. This part forshadows specific of care about geriatric patient, advantages and disadvantages of home care about senior and describes content of social security in old age.

In practical part are represented results of quantitative research. Object of this work was to find out if social and health needs are fulfill in senior houses. Due to object group was chosen quantitative research which had form of questionnaires where were overall 21 closed and opened questions. These questions are focus on satisfaction with provided nursing care, spending free time and total satisfaction with course of device. Exploratory set constitute 100 seniors whose living in the senior houses and whose were willing cooperate and are fully mobile or they need to move compensation aids. The exploratory set is not formed seniors whose are permanently bedridden.

Key words: old age, ageing, seniors, senior house

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2016

.....

Alice Hornátová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Rostislavovi Čevelovi za příkladné vedení mé bakalářské práce, jeho čas a cenné rady. Samozřejmě bych také ráda vyjádřila poděkování vedoucím sociálního úseku v domovech pro seniory za umožnění výzkumu.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 10 |
| 1 Vymezení pojmů | 11 |
| 1.1 Stáří a stárnutí | 11 |
| 1.2 Geriatrie..... | 11 |
| 1.3 Změny ve stáří..... | 12 |
| 1.4 Epidemiologie | 15 |
| 1.5 Stárnutí populace..... | 17 |
| 1.6 Postavení seniora ve společnosti..... | 18 |
| 2 Zdravotní péče o seniory | 19 |
| 2.1 Specifika péče o geriatrického pacienta | 19 |
| 2.2 Soběstačnost a potřeby seniorů | 25 |
| 2.3 Ústavní péče | 26 |
| 2.4 Domácí péče..... | 26 |
| 3 Sociální zabezpečení ve stáří..... | 28 |
| 3.1 Sociální pojištění | 28 |
| 3.2 Státní sociální podpora | 30 |
| 3.3 Sociální péče (pomoc)..... | 31 |
| 3.4 Sociální služby pro seniory | 34 |
| 4 Cíl práce a hypotézy | 38 |
| 5 Metodika výzkumu | 39 |
| 5.1 Použitá metoda a technika sběru dat | 39 |
| 5.2 Charakteristika výzkumného souboru..... | 40 |
| 5.3 Vlastní realizace výzkumu | 40 |
| 6 Výsledky | 42 |
| 6.1 Identifikační údaje..... | 42 |
| 6.2 Délka pobytu v domově pro seniory | 43 |
| 6.3 Zdravotní stav..... | 43 |

| | | |
|-----------|-------------------------------------|-----------|
| 6.4 | Volnočasové aktivity..... | 44 |
| 6.5 | Kvalita podávané stravy..... | 46 |
| 6.6 | Jste spokojen/a s personálem?..... | 47 |
| 7 | Diskuse..... | 48 |
| 8 | Závěr..... | 51 |
| 9 | Seznam použitých zdrojů..... | 52 |
| 10 | Přílohy..... | 57 |

Úvod

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala zejména z toho důvodu, že v rámci středoškolské praxe na nemocničních odděleních – zvláště na oddělení následné péče, jsem se setkala a pečovala o spoustu seniorů. Měla jsem tak možnost nahlédnout do problematiky zdravotní péče o seniory a již na střední škole jsem si uvědomovala, jak důležité je zejména ve stáří problémům předcházet a zajišťovat seniorům opravdu kvalitní péči, a že stejně tak důležité je být v práci se seniory trpělivý, ochotný a rovněž také oplývat sociálním cítěním.

Stárnutí v současné době již přestalo být předností několika šťastných, ale je dopřáno většině z nás. V současnosti se vlastního stáří, tedy 80 nebo dokonce 90 let, dožívá historicky největší počet osob a tento populační trend spolu s prodlužováním střední délky života je patrný i v České republice. Jelikož je ale stáří zatíženo vysokou nemocností, polymorbiditou, polypragmazií a zhoršováním fyzické zdatnosti a soběstačnosti seniora, přináší tyto demografické změny zátěž pro zdravotnictví a taktéž pro sociální a hospodářskou politiku státu.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část, která se ve své první části zabývá zejména vymezením pojmů, jako je stáří a stárnutí, geriatricie, ageismus a další. Samostatnou kapitolu jsem věnovala zdravotní péči o seniory, jelikož s přibývajícím věkem se spotřeba zdravotní péče výrazně zvyšuje. Nastínila jsem specifika péče o geriatrického pacienta, jeho potřeby a soběstačnost a věnovala jsem prostor také výhodám a nevýhodám domácí a ústavní péče. Další velkou kapitolu jsem vyhradila sociálnímu zabezpečení ve stáří. Poskytuje informace o sociálním pojištění, státní sociální podpoře, sociální péči a rovněž jsem uvedla sociální služby, které může senior v případě potřeby využít.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou naplňovány zdravotní a sociální potřeby seniorů v domovech pro seniory. Hypotéza stanovena – v domovech pro seniory jsou zajišťovány více zdravotní potřeby seniorů, než potřeby sociální.

1 Vymezení pojmů

1.1 Stáří a stárnutí

Dle Topinkové (2005, s. 1), stáří v dnešní době již nepředstavuje výsadu několika šťastlivců, ale dožívá se ho velmi početná skupina obyvatel. V odborné literatuře se nachází celá řada definic, jež vyjadřují, nebo se alespoň pokouší vyjádřit, podstatu stáří. Samotný pojem lze definovat mnoha způsoby, ale je-li řeč o stáří – séniu, hovoří se o posledních etapách ontogenetického vývoje (Kalvach a kol., 2004), a pokud bychom chtěli být konkrétní, z vývojového hlediska nastává od šedesátého roku života (Vágnerová, 2007, s. 299), ačkoli v jiných publikacích lze také nalézt začátek od 65. roku.

Stárnutí definuje Topinková (2005, s. 8) jako nevratný, univerzální, druhově specifický biologický proces, který postihuje s různorodým tempem všechny orgány, důsledkem čímž ztrácejí svojí funkční rezervu, a díky tomu se tak starý organismus hůře adaptuje na stále se měnící podmínky ve vnějším i vnitřním prostředí. Obdobně stárnutí definují i Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) a doplňují, že tento jev vrcholí v terminálním stádiu a smrti.

Dušek (2006, In Minibergerová a Dušek, s. 17) dle medicínského hlediska rozlišuje dva typy stárnutí, a to na fyziologický, jenž je normální součástí života a senioři s tímto typem stárnutí jsou označováni jako zdraví senioři, a dále stárnutí předčasné, kdy kalendářní věk (který je dán dnem narození), je nižší než věk funkční.

1.2 Geriatrie

Dle Topinkové (2005, s. 3) geriatrie jako samostatný lékařský obor v České republice působí teprve od roku 1982, a dodává, že tento obor stále není dostatečně včleněn do systému českého zdravotnictví. Jedná se o obor, jenž poskytuje specializovanou zdravotní péči seniorům, kteří právě pro svůj vysoký věk často vyžadují specifictější přístup.

Topinková (2005, s. 3) dále uvádí cíle geriatric:

- Zvýšit šance geriatrického pacienta uchovat si dobré zdraví pomocí včasného rozeznání akutních onemocnění a jejich léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob a uplatňovat metody primární i sekundární prevence,
- dosáhnout co nejvyšší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí, které je pro pacienta obvyklé,
- přispívat k udržení kvality života, především v oblasti zdraví seniora.

V literatuře je také často zmiňován tzv. geriatrický tým, v rámci něhož by měla probíhat úzká spolupráce. Podle Schulera a Oстера (2008, s. 122.) tento tým tvoří pacient, rodinní příslušníci, lékaři, ošetřující personál, psychologové, pracovníci duchovní péče, sociální pracovníci či terapeuti (čímž jsou myšleni např. ergoterapeuti, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti apod.). Pouze prostřednictvím vzájemné spolupráce členů tohoto týmu lze dosáhnout správné komplexní léčby u geriatrického pacienta (Schuler, Oster, 2008, s. 122).

1.3 Změny ve stáří

Stárnutí přináší mnohdy výrazné zhoršení v oblasti zdraví a psychiky, což je ale samozřejmě velmi individuální, a to, jaké změny a jaký bude jejich rozsah a závažnost, právě staří přinese, značně závisí na genetických dispozicích a na životním stylu, jehož se senior držel po celý život (Vágnerová, 2007, s. 311). Změny ale samozřejmě nenastávají jen v oblasti zdraví a psychiky, mnohé zásadní se odehrává rovněž v sociálním životě seniorů, jako například odchod do důchodu, smrt partnera a další.

Biologické změny

Podle Minibergerové (2006, s. 8) se u starých lidí objevují zejména změny v oblasti smyslového vnímání. Udává se, že až u 90% seniorů se vyskytují potíže se zrakem, a až u 30% osob po 60. roce lze pozorovat problémy ve sluchové percepci (Langmeier, Krejčířová, 2007, s. 204). Zhoršení zraku a sluchu s sebou přináší zvýšené

riziko úrazů, sníženou výkonnost, seniora omezuje v mnoha zájmových činnostech (čtení, poslech hudby apod.) a v neposlední řadě může poruchami zrakové a sluchové percepce dojít i k sociální izolaci (Minibergerová, Dušek, 2006, s 9).

Zrak a sluch ale nejsou jedinými smysly, jenž jsou ve stáří podrobeny výrazným změnám. Zhoršení lze pozorovat i v chuťových, čichových a hmatových schopnostech, dále také dochází k úbytku receptorů, které poskytují informace o poloze a pohybu těla, pocity tepla, chladu či tlaku (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 22).

Podobně jako ztráta či zhoršení zraku a sluchu může i porušené čichové vnímání značně ohrozit nejen kvalitu života, ale také může i ohrozit bezpečnost seniora. Podle Brothánkové a kol. (2012) jsou čichové poruchy ve stáří čtenější, a mohou být spojeny s onemocněními jako je Parkinsonova či Alzheimerova choroba.

Dalšími rysy stárnutí je dle Jarošové (2006) atrofie, která zasahuje všechny orgány a tkáně, včetně mozku, v němž je důležitá tkáň nahrazována tkání pojivovou, a například důsledkem atrofie meziobratlových plotének dochází ke zmenšení postavy. Dále ve stáří dochází ke snížení elasticity orgánů a tkání, což je způsobené úbytkem bílkoviny zvané kolagen, a tento úbytek může významně ovlivnit funkci plic či cévního systému, také dochází ke snížení pružnosti kosterních svalů, což vede ke snížení fyzické výkonnosti seniora (Jarošová, 2006, s. 22).

Dalším, poměrně častým problémem, je například porucha polykání, neboli dysfagie, která se vyskytuje naprosto ve všech věkových obdobích, avšak u seniorů je prevalence mnohem vyšší (Petržílková a kol., 2012).

Psychické změny

V průběhu stáří dochází i ke změnám psychických funkcí, zejména funkcí kognitivních, u nichž dochází k celkovému zpomalení. Konkrétní příčiny těchto změn nejsou vždy přesně známy, může se jednat o změny způsobené biologickými vlivy, jiné mohou být podmíněny psychosociálně nebo je to důsledek jejich vzájemného působení, a mnohdy může být velmi těžké rozlišit, zda jsou tyto změny pouhým projevem stárnutí, anebo se již jedná o příznaky chorobných procesů, jejichž výskyt je ve stáří mnohem pravděpodobnější (Vágnerová, 2007, s. 315).

Změny mohou být velmi patrné např. v případě paměti, postižena bývá zejména paměť krátkodobá, takže si starý člověk hůře uchovává nové události (Minibergrová, Dušek, 2006, s. 6), naopak informace uložené v dlouhodobé paměti mohou být uloženy velmi dlouho, ale můžou být obsahově a emočně zkresleny (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204), jelikož staří lidé mají potíže s vybavováním informací, vybavování je pomalé a nepřesné (Vágnerová, 2007, s. 324).

Dle Vágnerové (2007) v průběhu stárnutí také klesá schopnost zaměřit se a koncentrovat na potřebné informace a současně vyloučit informace nepotřebné a přenášet a rozdělovat pozornost podle toho, jak to situace vyžaduje. Jedním z důvodů proč tomu tak je, je skutečnost, že starší lidé se dříve unaví a potřebují delší čas k regeneraci, což pozornost a její koncentraci značně omezuje (Štikař, Hoskovec, Šmolíková, 2007, s. 62).

Ve stáří dochází také k významným emočním změnám. S ohledem na působení psychických, sociálních a somatických faktorů má vývoj emočního prožívání ve stáří různý průběh, a tyto faktory se nejenom sčítají, ale také jsou v interakci. Způsob prožívání určitých emocí, ať už pozitivních či negativních, je do jisté míry dán typem temperamentu, avšak ve stáří může dojít ke změně i v této oblasti (Vágnerová, 2007, s. 334). Vágnerová (2007) dále také uvádí, že ve stáří dochází ke dvěma, napohled protichůdným změnám: *„na jedné straně jde o celkové zklidnění, zmírnění a zpomalení, které se neprojevuje jenom v emočním prožívání, ale i v jiných oblastech psychiky (...). Na druhé straně se zvyšuje dráždivost, citlivost na určité podněty nebo na jejich kumulaci, narůstá citová labilita a snižuje se odolnost k zátěži, což se může projevat obtížemi ve zvládnání takových situací“*.

Sociální změny

Dle Vágnerové (2007, s. 306) je stáří *„dobou ztrát mnoha rolí a úpadku různých kompetencí, které byly do této doby nezpochybnitelnou součástí identity. Nyní mohou zůstat zachovány jen v symbolické podobě, ve formě vzpomínek“*. Taková situace nastává například při odchodu do důchodu. Odchod do důchodu je pro seniora velice významnou událostí, se kterou se vyrovnávají delší dobu. Ať již bylo jeho zaměstnání

uspokojivé či nikoliv, změna statutu ze zaměstnance na důchodce není snadná, adaptace na novou roli v životě se neodehraje ze dne na den a pro některé může představovat ztrátu smyslu života, jelikož například najednou neví co si počít s volným časem. Důchod může také některým evokovat definitivní přiřazení ke skupině starých lidí a více než kdykoliv předtím si uvědomovat blízkost smrti, což pro ně může být značně stresující (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 10).

Daleko těžší než odchod do důchodu je však ztráta partnera. I když se jedná ve stáří o poměrně pravděpodobnou událost, lidé na ni nejsou pochopitelně nikdy připraveni a zejména staří lidé se se smrtí partnera velmi obtížně vyrovnávají (Vágnerová, 2007, s. 376).

1.4 Epidemiologie

Kvalita života seniora je velmi úzce spjata s jeho zdravotním stavem, a právě ve stáří lze pozorovat ve srovnání s ostatními věkovými skupinami prudký vzestup nemocnosti (Jarošová, 2006, s. 34). Podle Topinkové (2005) jsou ve vyšším věku jako nejčastější choroby považovány kardiovaskulární choroby, zahrnující všechny formy ischemické choroby srdeční, hypertenzi a ikty, na druhém místě jsou nemoci pohybového aparátu, jako například osteoporóza a artróza, třetím nejčastějším onemocněním jsou onemocnění metabolická – zejména diabetes mellitus a jako čtvrtá nejčastější onemocnění jsou považována gastrointestinální a respirační onemocnění.

Nemocnost

Populace seniorů je charakteristická vyšší nemocností, zejména se jedná o onemocnění chronická a degenerativní, zdravotní problémy narůstají plynule s věkem, přičemž ženy uvádí větší počet zdravotních potíží než muži (Topinková, 2005, s. 5). Dle Šídla (2013) je nemocnost v České republice srovnatelná s ostatními zeměmi Evropské unie a co se týče skupiny onemocnění, největší zastoupení mají v Česku kardiovaskulární choroby a zhoubné novotvary, z čehož je zřejmé, že tato onemocnění úzce souvisí s životním stylem.

Úmrtnost

S přibývajícím věkem značně přibývá věkově specifická úmrtnost a dle Topinkové (2005) se v současnosti více než 75 % úmrtí vztahuje na věkové skupiny nad 65 let. Topinková (2005) dále uvádí hlavní příčiny úmrtnosti ve vyšším věku, což jsou:

- kardiovaskulární onemocnění (ischemická choroba srdeční, cévní onemocnění mozku)
- infekční onemocnění (pneumonie),
- malignity (bronchogenní, kolorektální karcinom),
- úrazy (dopravní nehody, pády)
- demence.

Průběh nemoci ve stáří

Průběh nemoci u geriatrického pacienta se vyznačuje mnoha specifiky, mnohdy je pro vysoký počet různých symptomů velmi obtížné stanovit přesnou diagnózu, proto je důležité, aby ošetřující lékař dbal také na subjektivní zdravotní stav pacienta, jelikož vnímání vlastního zdraví pacientem se může lišit od hodnocení lékaře (Tress a kol., 2008, s. 336).

Velmi typickým jevem ve stáří bývá polymorbidita. Tento pojem označuje současný výskyt několika různých, obvykle chronických chorob, a průběh těchto chorob může být zjevný, či skrytý (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 18). Jednou či více chronickými onemocněními trpí až 90 % osob nad 75 let (Topinková, 2005, s. 8).

Mimo polymorbidity se choroby ve stáří vyznačují především těmito znaky:

- mikrosymptomatologie, kdy příznaky nemoci jsou vyjádřeny minimálně, v některých případech může být průběh nemoci zcela bez příznaků,
- monosymptomatologie či oligosymptomatologie – nemoc se projevuje pouze jedním nebo jen několika příznaky z obvyklé škály příznaků,
- nespecifické příznaky, jimiž jsou například únava, nechutenství, úbytek hmotnosti, tzv. nespecifické zhoršení stavu a další,
- symptomy druhotného postižení se objevují ve chvíli, kdy na patologický stav reaguje jiný orgán, než který byl postižen,

- řetězení příznaků označuje řetězení chorob, kdy jedno onemocnění vyvolává druhé,
- atypické lékové reakce, může se jednat o zvýšený či nedostatečný účinek podaného léku, nebo neočekávanými a nežádoucími účinky,
- prudké zhoršení stavu, které je vyvolané malou funkční rezervou orgánů, což způsobuje zvýšené riziko úmrtí,
- vysoký invalidizující potenciál nemocí – ve vysokém věku je daleko větší pravděpodobnost ztráty soběstačnosti,
- sociální rozměr nemoci – zejména vlivem invalidizujících a chronických nemocí, které působí jako chronický stresor a mohou znesnadnit přizpůsobování vnějším podmínkám (Topinková, 2005, s. 8 – 9).

Stařecká křehkost

Stařecká křehkost (anglicky označovaná jako frailty) označuje snížení homeostatických rezerv, které se projevuje omezením pohyblivosti, způsobeným změnami v pojivových tkáních, dále změnami ve struktuře kostí vlivem osteoporózy a osteomalacií, úbytkem svalové hmoty (sarkopenie) či změnami v kardiovaskulárním systému (Pokorná a kol., 2013, s. 80).

1.5 Stárnutí populace

„Z demografického hlediska je stárnutí populace procesem, v jehož průběhu se postupně mění věková struktura obyvatelstva určité geografické jednotky tak, že se zvyšuje podíl osob starších šedesáti nebo šedesáti pěti let a snižuje se podíl osob mladších patnácti let“ (Jarošová, 2006, s. 15 - 16). Ve srovnání se západoevropskými zeměmi nastoupilo stárnutí populace v České republice s určitým zpožděním, a v současnosti se věková struktura obyvatel nachází v evropském průměru, ačkoli je nyní historicky nejstarší (Sýkorová, 2007, s. 40). I přesto ale česká populace stárne poměrně rychle a již nyní počet osob nad 65 let převyšuje dětskou složku populace (Krhutová, 2013, s. 12) a předpokládá se, že tento jev bude v následujících letech nabývat na

intenzitě, což bude způsobené zejména posunem populačně silných ročníků (lidé narození v poválečném období a v 70. letech) do seniorského věku (Šídlo, 2013, s. 291).

Fakt, že se lidé ve vyspělých státech dožívají vysokého věku, lze považovat jako pozitivní, senioři se v současnosti těší mnohem lepšího zdravotního stavu než před padesáti lety, na druhé straně ale dochází k poklesu objemu pracovní síly, způsobeným klesající úrovní porodnosti nebo nemocností osob ve vyšším věku. Právě stárnutí seniorské složky bude velmi pravděpodobně vyžadovat vyšší objem zdravotnických a sociálních služeb, a více než kdy předtím bude také potřebná specificky zaměřená péče (Šídlo, 2013, s. 291).

1.6 Postavení seniora ve společnosti

Vnímání stáří a seniorů je v současné době spíše negativní, mnohdy až přímo diskriminující a je zatížené mýty a stereotypy. Současná společnost staré lidi a vše spojené se stářím příliš paušalizuje, seniorům již nepřipisují žádný společenský význam a v některých případech je považuje jako přítěž, kterou mají tendenci izolovat (Sýkorová, 2007, s. 49 – 51).

Z tohoto postoje vychází tzv. ageismus. Tento pojem nemá přesný český ekvivalent, ageismus lze definovat jako „*postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří*“ (Vágnerová, 2007, s. 308).

Dle Tošnerové (2002) zdroje ageismu lze nalézt například ve strachu ze smrti, ve společnostech podporovaném důrazu na mládí a krásu, či v neproduktivitě – stáří lidé po odchodu do důchodu již nejsou vnímáni jako ekonomicky produktivní ale naopak jako finanční zátěž pro jejich okolí.

2 Zdravotní péče o seniory

Jedním z mnoha již delší dobu společností přijatých stereotypů o stáří je určitě názor, že stáří a nemoc jsou slova souznačná. Samozřejmě tomu není pravda, ačkoliv ve stáří počet zdravotních obtíží a potřeba ambulantní či jiné péče vzrůstá (Špatenková, Sýkorová in Sýkorová, Chytil, 2004, s. 174).

Ve starším věku je vhodné přijmout některá preventivní opatření. Rozhodně by neměla být opomíjena fyzická aktivita, jelikož má prokazatelně pozitivní vliv na metabolismus, funkci svalů a také na kardiovaskulární systém (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 28). Senior by si měl osvojit vhodné stravovací návyky, nekouřit, udržovat si přiměřenou hmotnost, aktivně se podílet na prevenci úrazů např. používáním helmy při jízdě na kole, bezpečnostních pásů ve vozidle, pravidelně kontrolovat ověření způsobilosti k řízení vozu, snížení rizik v domácnosti atd. (Topinková, 2005, s. 21).

2.1 Specifika péče o geriatrického pacienta

Některé zdravotní komplikace lze ve stáří očekávat s větší pravděpodobností, proto by měl lékař, ošetřující personál a samozřejmě také rodina v určitých oblastech dbát zvýšené pozornosti, jelikož zanedbání zdravotního problému může vygradovat v další, a mnohdy i závažnější potíže (Zavázalová a kol, 2001, s. 58).

Dehydratace

Proces stárnutí doprovází mnoho jevů, jedním z nich je například zvyšování podílu tuku v organismu, tuk přechází z periferie do viscerální oblasti, což má za následek mimo jiné snížení množství tekutin v organismu a hrozí tak porucha vodního hospodářství v těle (Stránský, 2015, s. 186).

Dehydratace představuje u geriatrických pacientů poměrně častý problém. Děje se tomu tak proto, že je ve stáří značně snížen pocit žízně a při dehydrataci staří lidé nepocítíují adekvátní potřebu tekutin a vypijí toho tedy podstatně méně, než ve skutečnosti organismus vyžaduje (Stránský, tamtéž).

Mezi příznaky dehydratace patří suchá kůže a sliznice, snížený turgor, závrať, ortostatické kolapsové stavy (při vzpřímení těla), apatie, tachykardie, tachypnoe, hypotenze a další (Schuler, Oster, 2010, s. 66).

Důsledkem dehydratace můžou senioři působit značně zmateně, což může ukazovat na zcela jiný zdravotní problém, proto je nutné, aby lékař, jenž provádí diferenciální diagnostiku dehydrataci vyloučil jako první (Tress a kol., 2008, s. 337).

Dle Schulera a Oстера (2010) lze vyrovnání deficitu tekutin provést perorálně (ústy), enterálně (aplikace do trávicího traktu sondou) či parenterálně (aplikace mimo zažívací trakt, např. injekčně).

Jelikož je podíl tělesné tekutiny u starších osob menší, jsou na její ztrátu velmi citliví a je tedy více než žádoucí dehydrataci přecházet (Kalvach a kol., 2004, s. 326). To lze realizovat například častým pobízením k příjmu tekutin, vedením záznamů o skutečně požitém množství tekutin a vést záznamy o diuréze (množství vyloučené moči), je-li to možné (Kalvach a kol., 2008, s. 284).

Malnutrice

Dle Kalvacha (2004) je malnutrice „*patologický stav způsobený nedostatkem živin*“, a ve srovnání s mladším věkem ve stáří vzniká výrazně častěji, jelikož s vyšším věkem dochází ke změnám ve složení těla a to je více náchylné ke zdravotním komplikacím.

Malnutrice je pozorována u 19-80 % hospitalizovaných pacientů a 30 % případů se vyvine teprve až v nemocnici, je tak jedním z nejčastějších problémů, se kterým se lékař setkává (Kalvach a kol., 2004, s. 301).

Dle Topinkové (2005) lze podle charakteru poruchy malnutrici rozlišit na:

- proteino-energetickou, která je vyvolána nedostatečným celkovým kalorickým příjmem,
- proteinovou malnutrici, která nastává v případě, kdy celkový energetický příjem je sice dostatečný, ale strava postrádá bílkoviny,
- karenci, která souvisí s nedostatečným příjmem jen některých látek (vitamínů, stopových prvků),

- a na kachexii, což je zvláštním druh malnutrice, jež se vyskytuje obvykle současně při jiném závažném onemocnění.

Faktorů, které se podílejí na vzniku malnutrice, je celá řada. Změny v příjmu potravy dle Stránského (2015) může ovlivnit například snížená chuť k jídlu a rychlý pocit sytosti, jež se u starých osob vyskytují velmi často, rovněž je snížené vnímání pro chů a chuť, dochází ke změně produkce slin, je také snížena schopnost regenerace chuťových pohárků, jež postihuje i osoby se zubní náhradou, špatný stav chrupu, který je u seniorů poměrně častý, značně omezuje schopnost mechanicky rozmělnit potravu v ústech. Určitý význam můžou rovněž mít poruchy či onemocnění gastrointestinálního traktu nebo snížený defekační reflex zvyšující riziko zácpy, divertikulózy (forma kýly) a divertikulitidy (zánět střeva), či již zmíněná polymorbidita, jelikož obvykle vyžaduje příjem většího množství farmak, které ale můžou způsobit ztrátu chuti, sucho v ústech, nevolnost nebo změny smyslového vnímání potravy.

Určitým způsobem může podpořit vznik malnutrice též omezení pohyblivosti, které přináší kromě jiných funkčních dopadů ztížení nákupu, přípravy a konzumace čerstvých potravin, dále také různé psychické změny jako třeba zapomnětlivost, demence, mohou přípravu plnohodnotné stravy značně ovlivnit a konečně i různé sociální problémy počínaje osamělostí a konče nedostatkem finančních prostředků jsou také důležitými faktory ovlivňujícími vznik malnutrice (Stránský, 2015, s.187).

Dopady malnutrice mohou být vážné. Malnutrice se podílí na rozvoji hypomobility, svalové slabosti, instability s pády, únavy, snížené výkonnosti, významně může komplikovat průběh chorob, narušit hojení ran a celkově přispívá k vyšší morbiditě, a může vést až ke smrti (Kalvach a kol., 2008, s. 161).

Inkontinence moči

Mezinárodní společnost pro inkontinenci (International Continence Society, ICS) definuje inkontinenci moči jako „stav nedobrovolného úniku moči, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém“ (Hanuš in Kalvach a kol., 2004, s. 246). Jedná se o poměrně častý, kvalitu života značně omezující

problém geriatrických pacientů. Udává se, že po 65. roce věku trpí inkontinencí moči až 20 % žen a 2-5 % mužů, ve věku nad 80 let je to až polovina žen a třetina mužů (Topinková, 2005, s. 34)

Z geriatrického hlediska je inkontinence vnímána jako dílčí symptom, kdy je považována jako příznak poruchy dolních močových cest, anebo jako multikauzální geriatrický syndrom, ukazatel špatné prognózy, snížené kvality života a zvýšené ošetrovatelské zátěže (Kalvach, 2008, s. 215).

Mezinárodní společnost pro inkontinenci rozlišuje několik typů inkontinence:

- urgentní inkontinence označuje únik moči, jemuž předcházela naléhavá potřeba močit. Množství uniknuté moči může kolísat od několika kapek až do několika stovek mililitrů (Topinková, 2005, s. 35),
- reflexní inkontinence nastává při vyřazení centrální kontroly mikce, jehož vlivem dochází k reflexnímu vyprázdnění měchýře po jeho naplnění, přičemž pacient si naplnění či vyprázdnění měchýře neuvědomuje a nedokáže tedy ovlivnit (Topinková, 2005, s. 35),
- paradoxní ischurie (neboli inkontinence z přetékání) je nevědomý únik moči při přeplněném močovém měchýři (Hanus in Kalvach a kol., 2004, s. 248),
- stresová inkontinence je charakteristická únikem moči při zvýšení nitrobršního tlaku bez současné kontrakce detruzoru (sval v močovém měchýři podílejícím se na jeho vyprázdnění), a podle závažnosti se rozlišují tři stupně:
 - o 1. stupeň – moč uniká jen po kapkách při kašli smíchu, atd.,
 - o 2. stupeň – moč uniká při podstatně mírnějším nitrobršním tlaku, např. při běhu, chůzi,
 - o 3. stupeň – moč uniká i v klidu a permanentně (Kalvach a kol., 2008, s. 220).

Příčin, které inkontinenci způsobují, je mnoho. Roli můžou hrát například věkem podmíněné změny funkce močových cest, onemocnění urogenitálního traktu (infekce

močových cest, nádory, záněty měchýře, atrofické změny v postmenopauze, benigní hyperplazie prostaty, porucha funkce pánevního dna a další), nebo také celková onemocnění jako je diabetes mellitus, Parkinsonova choroba či demence, mohou ke vzniku inkontinence přispět, a v neposlední řadě můžou mít význam poruchy mobility, zručnosti, a různé zevní vlivy, např. schopnost dojít včas na toaletu, nástavce či madla na WC atd. (Topinková, 2005, s. 34).

Terapie nedobrovolného úniku moči může probíhat několika způsoby a odvíjí se od příčiny inkontinence. V případě známé příčiny je léčba orientována na odstranění konkrétní příčiny, v ostatních případech probíhá léčba příznaků, například prostřednictvím absorpčních pomůcek a sběrných systémů (vločky, pleny, plenkové kalhotky, močové katétry a sběrné sáčky), či posilováním svaloviny pánevního dna (tzv. Kegelovy cviky), nebo přistoupením k farmakům či chirurgickému zákroku (Topinková, 2005, s. 40).

Dekubity

Topinková (2005, s. 28) definuje dekubitální vřed jako „*ischemické poškození tkáně vzniklé protahovaným působením tlaku*“. Zasahuje kůži, podkoží i hlubší struktury. Výskyt dekubitů je indikátorem kvality ošetrovatelské péče o daného pacienta, avšak podle mínění expertů je v některých případech nevyhnutelný (Kalvach a kol., 2008, s. 201).

Dekubity jsou dalším častým ošetrovatelským problémem, proto by se u rizikových pacientů (tj. dlouhodobě ležících) měla dodržovat preventivní opatření, jelikož proleženina za určitých podmínek může vzniknout již během jednoho dne (Kalvach a kol., 2004, s. 233) a nejenže může významně negativně ovlivnit celkovou prognózu pacienta, ale léčba dekubitů je rovněž časově i finančně náročná (Wojnarová, Jarošová, 2011, s. 397).

Za hlavní příčiny vzniku proleženin se považuje působení tlaku, zejména na predilekčních místech (sakraální oblast, paty, kotníky, oblast nad sedací kostí), tření, stříhové síly (při posouvání kožních vrstev vůči sobě navzájem), vlhkost a macerace kůže (Topinková, 2005, s. 28).

Dále se hovoří také o podpůrných faktorech při vzniku dekubitů, jimiž jsou např. věk, kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí, vliv tlumivých psychofarmak a omezovacích pomůcek (kurtování), ochrnutí končetin, zapaření a macerace (zejména při inkontinenci), neupravené lůžko, malnutrice s vychudnutím podkožního tuku i svaloviny, obezita (zvyšuje riziko intertriga – opruzenin) a další (Kalvach a kol., 2008, s. 202).

Podle poškození tkáně se rozlišují čtyři stupně dekubitu. Ještě před vznikem dekubitu se objevuje tzv. predekubitální, časná fáze - hyperemie, zarudnutí, které při stlačení bledne a u něhož je vysoká pravděpodobnost časného zahojení (Kalvach a kol., 2004, s. 235). Poté následuje první stupeň, u kterého již zarudnutí kůže přetrvává, často doprovázené poškozením podkožních vrstev a pacient v místě poškození zaznamenává pálení, svědění (Topinková, 2005, s. 29). Druhý stupeň je pro pacienta nejbolestivější a je charakteristický výskytem puchýře či povrchové ulcerace, společně s typickými znaky zánětu – zčervenání, zteplání, bolest a zduření. V této fázi dochází již k nekróze podkožního tuku (Kalvach, 2008, s. 203). Ve třetím stupni dochází k nekróze kůže v celém rozsahu zasahující i podkoží kromě fascie (vazivový obal svalu), a pro geriatrického pacienta je obvykle tato fáze již bezbolestná (Kalvach a kol., 2004, s. 235). Ve čtvrtém stupni nekróza zasahuje kromě kůže a podkoží i fascie, sval, kost i šlachy (Topinková, 2004, s. 29.).

Jsou různé možnosti prevence a léčby a vzhledem k tomu, že v ČR doposud nebyly zpracovány národní doporučené postupy při péči o dekubity, každé zdravotnické zařízení používá vlastní postupy a strategie, avšak většina postupů je v zásadě stejná (Wojnarová, Jarošová, 2011, s. 397). Jedná se například o pravidelné polohování pacientů, jenž jsou upoutáni na lůžko, a to nejméně po dvou hodinách, dále užívání pomůcek snižující tlak na predilekční místa (podložky z ovčího rouna, chrániče pat a loktů, či speciální antidekubitální matrace), u ležících pacientů by také měla být zvýšená péče o riziková místa – omezení vlhkosti, pečlivá hygiena, ochrana kůže pleťovým krémem a další (Topinková, 2005, s. 30).

Gerontofarmakologie

S přibývajícím věkem roste i spotřeba léků, v ČR senioři tvoří 14 % populace, ale spotřebují až 35 % léků (Topinková, 2005, s. 13). Užívání léků s sebou vždy nese určitá rizika v podobě vedlejších účinků, ve stáří je ale rizik mnohem více, jelikož dochází k různým věkově podmíněným tělesným změnám, důsledkem čehož dochází například ke zpomalení nástupu účinku léčiv, opoždění jejich biologické dostupnosti či jejich nahromadění v krvi a tkáních (Topinková, 2005, s. 14). Z těchto a pochopitelně i celé řady dalších důvodů je mnoho geriatrických pacientů léčeno nevhodně – např. špatně zvolenými léky, v nesprávných dávkách a kombinacích (Květina in Kalvach a kol., 2004, s. 366).

Farmakoterapie ve stáří často upravuje klinický obraz chorob, průběh chorob může být atypický a nepříznačný a může zakrýt skutečné příznaky jiných nemocí, proto by senior měl užívat pouze léky, které jsou pro něj nezbytně nutné (Kalvach a kol., 2008, s. 305). Je důležité brát v potaz fakt, že farmakoterapie je pouze součástí vhodného přístupu, ale rozhodně není jedinou možností v péči o seniora (Venglářová, 2007, s. 44).

2.2 Soběstačnost a potřeby seniorů

Soběstačnost je tvořena fyzickou, sociální a hmotnou složkou a je-li některá z těchto složek narušena, hovoří se o tzv. dysaptibilitě, jejíž výskyt je ve stáří, zejména v tom vlastním či středním (tedy od 75. roku a výše), poměrně pravděpodobný (Zavázalová, 2001, s. 31). Důsledkem narušené soběstačnosti je starý člověk pro uspokojení svých každodenních potřeb odkázán na pomoc jiné osoby a je tak výrazně snížena kvalita jeho života (Čevela a kol., 2012, s. 33).

Potřeby člověka se rozlišují na potřeby fyziologické, psychické a sociální a v souvislosti s těmito potřebami se hovoří o tzv. bio-psycho-sociální interakci, jelikož všechny tyto potřeby se navzájem ovlivňují a není-li dlouhodobě uspokojována některá z oblastí potřeb, jsou tím negativně ovlivněny i další oblasti (Motlová, 2007, s. 345). Biologickými potřebami jsou míněny potřeba nasycení a ukojení žízně, vyměšování,

fyzické aktivity, osobní hygieny, spánku a odpočinku a další. Mezi psychosociální potřeby patří potřeba jistoty a bezpečí, ekonomického zabezpečení, vzájemnosti, lásky, zážemí, autonomie, komunikace a k nim jsou řazeny také potřeby kulturní a spirituální (Motlová, 2007, s. 345).

2.3 Ústavní péče

Nastane-li situace, kdy senior pro svůj zdravotní stav již není schopen o sebe sám pečovat, nabízí se několik řešení tohoto problému. Je-li klinický stav seniora stabilizovaný, domácí prostředí umožňuje poskytování ošetrovatelské péče a v blízkosti bydliště seniora se nachází příslušné zdravotní a sociální služby, je možné například využít služby domácí péče (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 60). Zdravotní stav seniora ale využití domácí péče často nepřipouští a je tedy nutná hospitalizace. Jelikož ale po nástupu do dlouhodobé ústavní péče (oddělení následné péče, domov pro seniory) hrozí vznik tzv. geriatrického hospitalizmu, který se projevuje například rozvojem imobilizačního syndromu - soubor negativních důsledků a projevů dlouhodobého omezení pohybové aktivity (Kalvach a kol., s. 194), a také vzhledem k nedostatku míst v zařízeních dlouhodobé péče, by měla být hospitalizace opodstatněná (Zavázalová, 2001, s. 63).

2.4 Domácí péče

Ministerstvo zdravotnictví ve svém Věstníku (2004, částka 12, s. 15) definuje domácí péči jako „zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetrojícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí“ a tato péče je zaměřena na „udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti“

Vřelé rodinné prostředí pozitivně působí na duševní a fyzické zdraví seniora, což je významné v prevenci depresí, které mohou zdravotní stav zhoršovat (Pacáková, Trusínová, 2012, s. 465), dokonce se u seniorů, kteří žijí ve fungující rodině, pozoruje vyšší ukazatele spokojenosti, nižší ukazatele nemocnosti a nižší úmrtnost (Matoušek, 2003). Skopalová (2010, s. 67) uvádí, že umírající člověk by měl mít možnost vybrat si mezi hospitalizací a péčí v prostředí domova, lze ale úspěšně předpokládat, že vyšší procento seniorů si zvolí právě domácí péči, jelikož ta přináší bezesporu více kladů než záporů. Ne vždy je ale možné domácí péči o nemožícího seniora realizovat, jelikož samotná péče je fyzicky a psychicky náročná a často není v silách rodiny péči o seniora zajistit, případně chybí vhodné rodinné zázemí (Pacáková, Trusínová, 2012, s. 466). V takovém případě může rodina případně sám senior využít péče (hrazené z prostředků zdravotního pojištění) poskytované různými agenturami (státní, městské, charitativní, nebo soukromé) které zajišťují akutní péči o pacienty místo hospitalizace, péči po propuštění z nemocnice či dlouhodobou péči o chronicky nemocné (Zavázalová, 2001, s. 62).

Podle tvrzení lékařů a sester největší výhoda v domácí péči spočívá ve známém prostředí pro seniora, dále také domácí péče umožňuje lepší spolupráci s rodinou i se seniorem, je zde lepší možnost posoudit zdravotní, psychický a sociální stav klienta, a je také reálné rychlejší uzdravení klienta (Tóthová a kol., 2011, s. 133). Nevýhody v péči o seniora v domácím prostředí vidí lékaři se sestrami ve vzdálenosti bydliště seniora od zdravotnického zařízení, v nedodržování léčebného režimu seniorem či v nedostatku pomůcek pro péči, nevýhodami jsou rovněž také časová nedostupnost a nemožnost zajištění kvalitní odborné péče (Tóthová a kol., 2011, s. 134). Domácí péče bývá preferována také pro nižší finanční náročnost (Formánková, 2010, s. 315).

3 Sociální zabezpečení ve stáří

Sociální zabezpečení lze definovat jako soubor institucí, zařízení a opatření, jejichž prostřednictvím se uskutečňuje předcházení, zmírňování a odstraňování sociálních událostí občana, v užším pojetí ho můžeme chápat jako důchodové zabezpečení a sociální služby, v širším pojetí lze do sociálního zabezpečení zahrnout zabezpečení při dočasné pracovní neschopnosti způsobené nemocí či úrazem, zabezpečení při invaliditě a ve stáří, státní sociální podporu, sociální pomoc, sociální služby, rovněž i zabezpečení v nezaměstnanosti (Čevela a kol., 2012, s. 144). Sociální zabezpečení tedy poskytuje pomoc lidem v případě nemoci, nezaměstnanosti, zdravotního poškození a invalidity, pracovního úrazu a nemoci z povolání, stáří, těhotenství a mateřství, rodičovství či úmrtí živitele (Kahoun a kol., 2009, s. 27).

V rámci transformace systému sociálního zabezpečení na systém sociální ochrany obyvatelstva byly v České republice vytvořeny tři pilíře, které se od sebe liší zejména tím, jakou řeší sociální situaci a jakým způsobem jsou dávky v jednotlivých systémech financovány a jakým způsobem jsou organizačně zajišťovány, a sice systém sociálního pojištění, systém státní sociální podpory a systém sociální pomoci (Čevela a kol., 2012, s. 145).

3.1 Sociální pojištění

Sociální pojištění je povinný finanční systém, prostřednictvím něhož se člověk sám (případně někdo jiný jej) povinně zajišťuje pro případ budoucí sociální události tak, že odkládá část své osobní spotřeby, řeší krátkodobé (nemoc, mateřství, nezaměstnanost) a dlouhodobé (stáří, invalidita, ovdovění) situace, na které se může občan předem připravit – pojistit, formou odložení své dnešní spotřeby (Kahoun a kol., s. 27, 88).

Důchodové pojištění

Prostřednictvím základního důchodového pojištění je poskytován důchod starobní, invalidní, vdovský a vdovecký a sirotčí (Čevela a kol., 2012, s. 149).

Od ledna 2013 mohli lidé v rámci důchodové reformy vstoupit do tzv. II. pilíře důchodového systému, ve kterém by měli možnost dobrovolného fondového penzijního spoření v podobě vyvedení 3 % sociálního pojištění na soukromé individuální účty vedené u penzijních společností, přičemž by museli dodatečně odvádět i 2 % ze základu pro výpočet odvodu na sociální pojištění (Čevela a kol., 2014, s. 201). Avšak v lednu 2016 byl zahájen proces ukončení II. pilíře, do kterého nelze již od července 2015 vstoupit, a zůstává tzv. doplňkové penzijní spoření, které představuje jediný systém individuálního spoření na stáří (Ministerstvo financí ČR, 2016).

- Starobní důchod

Jestliže občan České republiky dosáhl důchodového věku a získal potřebnou dobu pojištění, má nárok na přiznání starobního důchodu, přičemž věk pro odchod do důchodu je rozdílný pro muže a ženy, u žen navíc závisí mimo jiné na počtu vychovaných dětí (Čevela a kol., 2012, s. 150).

Podle podmínek vzniku se rozlišují dva typy starobního důchodu, a to řádný starobní důchod, na který má občan nárok při splnění podmínek zmíněných výše, a předčasný starobní důchod, o který si občan může požádat i před dosažením důchodového věku, za což ale bude sankcionován v podobě snížení procentní výměry důchodu (Kahoun a kol., 2009, s. 233).

Nemocenské pojištění

Systém nemocenského pojištění je určený pro ekonomicky činné osoby, které zabezpečuje peněžitými dávkami v případech tzv. krátkodobých sociálních událostí, jimiž jsou například dočasná pracovní neschopnost pro nemoc, úraz či karanténu, ošetřování člena rodiny, těhotenství a mateřství či péče o dítě (Čevela a kol., 2012, s. 153). Nemocenské pojištění zahrnuje povinné nemocenské pojištění zaměstnanců a dobrovolné nemocenské pojištění osob samostatně výdělečně činných a zahraničních

zaměstnanců (Kahoun a kol., 2009, s. 109). Ze systému nemocenského pojištění jsou vypláceny tyto dávky – nemocenské, ošetrovné, peněžitá pomoc v mateřství a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství (Krebs a kol., 2007, s. 242).

3.2 Státní sociální podpora

Státní sociální podpora představuje svébytný ucelený systém peněžitých dávek, které jsou určeny k podpoře osob v obtížné sociální situaci, zejména nízkopříjmových rodin s nezaopatřenými dětmi (Kahoun a kol., 2009, s. 288). V současnosti systém poskytuje celkem pět dávek, jimiž jsou přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, příspěvek na bydlení, porodné a pohřebné (MPSV, 2015). Některé z dávek se vyplácí v závislosti na příjmu osoby, a z tohoto hlediska je lze dělit na dávky testované, tedy dávky, u nichž se pro zjištění nároku sleduje příjem osoby, respektive osob s ní společně posuzovaných, a dávky netestované, u nichž se výše příjmu nesleduje (Kahoun a kol., 2009, s. 288).

Příspěvek na bydlení

Příspěvek na bydlení je dávkou opakující se a nárok na ní má osoba, jež je vlastníkem nebo nájemníkem bytu, a která je v bytě přihlášená k trvalému pobytu, a její náklady na bydlení přesahují částku vypočtenou jako součin rozhodného příjmu v rodině a koeficientu 0,30 (na území Prahy koeficient činí 0,35) a zároveň součin rozhodného příjmu v rodině a koeficientu 0,35 (případně 0,35) není vyšší než částka tzv. normativních nákladů (Krebs a kol., 2007, s. 302). Normativními náklady na bydlení se rozumí reálné náklady oprávněné osoby vzniklé provozem a užíváním bytu – u bytů nájemních se jedná o částku nájemného dle smlouvy o nájmu, u družstevních bytů a bytů ve vlastnictví to jsou tzv. srovnatelné náklady (obvykle zahrnují povinné platby do společného fondu), které zákon stanoví paušálně a které se odvíjí podle počtu osob v rodině, a dále také u všech bytů (nájemních, družstevních i ve vlastnictví) náklady spojené s provozem, tedy náklady za plyn, elektřinu, vodné a stočné, odvoz odpadu, centrální vytápění a pevná paliva (Kahoun a kol., 2009, s. 303).

3.3 Sociální péče (pomoc)

Sociální pomoc je určena k zajištění základních životních potřeb osob v situaci absolutního nedostatku hmotných prostředků a v těch sociálních situacích, kdy osoby nejsou schopny samy ani s pomocí vlastní rodiny zabezpečovat svoje základní životní potřeby. Systém sociální pomoci řeší tedy situace, kdy jsou ohrožena práva občana, nachází se v hmotné nouzi, či je v sociální nouzi a není schopen zabezpečit svoje potřeby anebo mu tyto situace hrozí (Krebs a kol., 2007, s. 267).

Dávky sociální péče lze rozdělit do tří základních skupin, a to na dávky pro osoby zdravotně postižené, dávky systému hmotné nouze a příspěvek na péči. Dále je lze dělit také z hlediska doby poskytování na dávky jednorázové nebo opakující se, nebo z hlediska formy na dávky peněžité nebo věcné (naturální), případně z hlediska nárokovosti na dávky obligatorní nebo fakultativní (Kahoun a kol., 2009, s. 331).

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči byl do sociálního systému zařazen s účinností od 1.1. 2007 na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Formánková, 2010, s. 315) a nahradil tak dvě dávky zrušené k 1. lednu 2007 – příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu a zvýšení důchodu pro bezmocnost (Kahoun a kol., 2009, s. 349). Příspěvek je určen výhradně na výdaje spojené se zabezpečením pomoci a podpory osobě, která je závislá na pomoci jiné osoby (Formánková, 2010, s. 315), může tedy sloužit jako úhrada za péči zajištěnou osobou blízkou, asistentem sociální péče nebo poskytovatelem sociální služby, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb, ale také to může být dětský domov či speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu (Zákon č. 108/2006 Sb., část druhá).

Výše příspěvku je pevně stanovena zákonem a vzhledem k míře závislosti osoby na pomoci jiné osoby je odstupňována do čtyř úrovní (Krebs, 2007, s. 277). Pro osoby starší 18 let činí výše příspěvku pro I. stupeň (lehká závislost) 800 Kč, pro II. stupeň

4000 Kč, pro III. stupeň 8000 Kč a jedná-li se o IV. stupeň, výše příspěvku činí 12 000 Kč (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 76).

Výzkum ukázal (na základě analýzy dat ze spisové dokumentace Městského úřadu Písek), že příjemci příspěvku v I. a II. stupni využívají nejčastěji jako poskytovatele pomoci některého z rodinných příslušníků či jinou fyzickou osobu, příjemci příspěvku ve III. a IV. stupni využívají mnohem více registrovaných sociálních služeb (Formánková, 2010, s. 320)

Dávky pro těžce zdravotně postižené

- Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu je určen osobě, která je starší 1 roku a která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče (zákon č. 329/2011 Sb., hlava II.). Výše příspěvku za kalendářní měsíc činí 400 Kč (Čevela a kol., 2012, s. 155).

- Příspěvek na zvláštní pomůcku

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku vzniká osobě, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové či zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok) a nárok na příspěvek určený na pořízení motorového vozidla má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku (Čevela a kol., 2012, s. 155). Zvláštní pomůcka umožňuje osobě sebeobsahu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím a při tom se

přihlíží i k dalším pomůckám, zdravotnickým prostředkům, úpravám a předmětům, které osoba využívá ve svém sociálním prostředí (zákon č. 329/2011 Sb., hlava III.).

Dávky pomoci v hmotné nouzi

Dávky ze systému pomoci v hmotné nouzi upravuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, dále také zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška č. 389/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi (MPSV, 2015).

- Příspěvek na živobytí

Příspěvek na živobytí se vyplácí v případě, že se osoba, případně společně posuzované osoby, nachází ve stavu hmotné nouze, a nemůže si příjem zvýšit vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu nebo z jiných vážných objektivních důvodů vlastním přičiněním (Krebs a kol., 2007, s. 279). Jedná se o dávku opakující se a poskytuje se v peněžní či věcné formě (Kahoun, a kol., 2009, s. 343).

- Doplatek na bydlení

Ke vzniku nároku na doplatek na bydlení (stejně tak i na příspěvek na bydlení) je nutné nejprve získání nároku na příspěvek na živobytí. Opět se jedná o opakující se dávku a poskytuje se v peněžité formě (Kahoun a kol., 2009, s. 344). Účelem doplatku na bydlení je pomoci osobám v hmotné nouzi pokrýt odůvodněné náklady na bydlení v těch případech, kdy jejich příjem po úhradě nákladů spojených s bydlením nestačí k úhradě jejich živobytí (Krebs a kol., 2007, s. 280)

- Mimořádná okamžitá pomoc

Mimořádná okamžitá pomoc je jednorázovou dávkou a řeší situace, kdy se osoba nachází v hmotné nouzi, jelikož nemá dostatečné prostředky k zabezpečení nezbytných životních podmínek, případně nemá prostředky k úhradě nezbytných jednorázových výdajů a osobě hrozí např. vážná újma na zdraví či jí postihla mimořádná událost (Krebs a kol., 2007, s. 281).

3.4 Sociální služby pro seniory

Sociální služby jsou služby určené osobám, jejichž soběstačnost a schopnost postarat se o sebe a svou domácnost je z nějakého důvodu snížena nebo úplně znemožněna (Kahoun a kol., 2009, s. 354). Jsou tedy určené zejména rodinám s dětmi, osobám těžce zdravotně postiženým, seniorům a osobám společensky nepřizpůsobeným (Kozlová, 2005, s. 18). Rozlišují se tři základní druhy sociálních služeb a to jsou sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence a jsou poskytovány ve třech základních formách, jimiž jsou pobytové služby, ambulantní služby a terénní služby (Kahoun a kol., 2009, s. 354).

Osobní asistence

Jedná se o terénní službu poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (zákon č. 108/2006 Sb., díl 3). Služba je poskytována bez časového omezení v přirozeném sociálním prostředí osoby při činnostech, které osoba potřebuje (Čevela a kol., 2012, s. 157). V rámci služby jsou poskytovány vyjmenované úkony, jako například dovoz obědů, nákupů, pomoc s při hygieně atd.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba určená osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, poskytuje se ve vymezeném čase v domácnostech osob nebo v zařízeních sociálních služeb (Čevela a kol., 2012, s. 157). V rámci služby jsou poskytovány

Tísňová péče

Zřejmě většina seniorů chce zůstat ve svém domově nejdéle jak je to možné, ale

pobytem ve svém vlastním domově ve vysokém věku a zejména u osamocených seniorů vzniká obava, že si nedokážou vlastními silami přivolat pomoc ve chvíli, kdy je nutná, a právě proto vznikla sociální služba tísňová péče. Jedná se o terénní distanční službu, jejímž účelem je snížení zdravotních a sociálních rizik starých nebo zdravotně postižených lidí a umožnit jim tak žít v jejich vlastním sociálním prostředí (Valko, 2008, s. 25).

Průvodcovské a předčitatelské služby

Jsou terénní nebo ambulantní služby, které se poskytují osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace a umožňují jim vyřídit si osobně vlastní záležitosti (Čevela a kol., 2012 s. 157).

Odlehčovací služby

Jedná se o terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, jenž mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a u kterých je jinak péče zajišťována v jejich přirozeném prostředí (Čevela a kol., 2012, s. 157). Hlavním cílem této služby je umožnit fyzické osobě, která pečuje o seniora v domácnosti, nezbytný odpočinek (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 63).

Centra denních služeb

Zařízení sociálních služeb, v němž se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení či osobám s chronickým duševním onemocněním a jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (zákon č. 108/2006 Sb., díl 3)

Denní a týdenní stacionáře

Zajišťují ambulantní a pobytové služby osobám, jenž mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení nebo osobám trpícím chronickým duševním

onemocněním a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Čevela a kol., 2012, s. 157).

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou určeny osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména kvůli vysokému věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Čevela a kol., 2012, s. 158). Služba zajišťuje zejména poskytování ubytování, stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a další (zákon č. 108/2006 Sb., díl 3).

Domovy se zvláštním režimem

Jedná se o zařízení, v nichž je při poskytování pobytových sociálních služeb režim upraven dle specifických potřeb osob se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou či jinou demencí, a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (zákon č. 108/2006 Sb., díl 3)

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Jsou to pobytové sociální služby poskytované osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale jejich zdravotní stav jim neumožňuje z důvodu snížené soběstačnosti péči o vlastní osobu a nemůžou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim bude zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou, případně dokud jim nebude zajištěno poskytování terénních či ambulantních služeb, nebo pobytové služby v zařízeních sociálních služeb (Čevela a kol., 2012, s. 158).

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Jedná se o ambulantní, případně terénní služby určené osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením, které jsou ohroženy sociálním vyloučením, prostřednictvím zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

sociálně terapeutických činností a také pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb., díl 3).

4 Cíl práce a hypotézy

Cílem této výzkumné části je zjistit, zda jsou naplňovány zdravotní a sociální potřeby seniorů v domovech důchodců.

Pro průzkumnou část jsem stanovila následující hypotézu:

H: V domovech důchodců jsou naplňovány více zdravotní potřeby seniorů, nežli potřeby sociální.

5 Metodika výzkumu

5.1 Použitá metoda a technika sběru dat

V mé bakalářské práci jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu za užití dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje 21 uzavřených i otevřených otázek. Získaná data jsem zpracovala do grafů (grafické znázornění výsledků jsem použila pouze u otázek, které to vyžadovaly).

Podstatou kvantitativního výzkumu je testování hypotéz o skupinách a následná analýza je prováděná na kumulovaných datech o dané skupině (Disman, 2000, s. 126). Pro kvantitativní výzkum je charakteristický postup, kdy se nejprve formálně vyjádří určité obecné tvrzení, které má potenciál vysvětlit vztahy v reálném světě, tedy teorie, poté se provede dedukce a za předpokladu, že teorie platí, lze očekávat, že nalezneme vztah mezi minimálně dvěma proměnnými X a Y – hypotézu, poté uvažujeme definici, co potřebujeme zjistit, abychom pozorovali X a Y – operační (operacionalizovaná) definice, následně se provádí měření, testování stanovené hypotézy a provádí se verifikace – vztáhnutí výsledku zpět k teorii (Hendl, 2005, s.46).

Mezi výhody kvantitativního výzkumu Hendl (2005, s. 49) řadí možnost testování a validizaci teorií, výzkum lze zobecnit na populaci, výzkumník může konstruovat situace tak, že eliminuje působení rušivých proměnných a prokázat vztah příčina-účinek, sběr dat je relativně rychlý a přímočarý, výzkum poskytuje přesná numerická data, je užitečný při zkoumání velkých skupin a v neposlední řadě umožňuje relativně rychlou analýzu dat. Jako nevýhodu vnímá mimo jiné například to, že kategorie a teorie použité výzkumníkem nemusejí odpovídat lokálním zvláštnostem, výzkumník může opominout fenomény, jelikož se soustřeďuje pouze na určitou teorii a její testování a ne na rozvoj teorie, rovněž je také omezen reduktivním způsobem získávání dat, dále také získaná znalost může být příliš abstraktní a obecná pro přímou aplikaci v místních podmínkách.

Dle Dismana (2000, s. 141) představuje dotazník vysoce efektivní techniku, která dokáže postihnout veliký počet jedinců při relativně malých nákladech a umožňuje

poměrně snadno a v krátkém čase získat informace od velkého počtu jedinců, nevýhodou dotazníku ale je, že respondenti můžou některé otázky přeskočit, nebo je možné že otázky zodpověděl např. jiný člen rodiny nebo dokonce celá rodina a návratnost dotazníků může být celkem nízká.

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Cílovou skupinou mého výzkumu představovali senioři, kteří žijí v domově pro seniory. Vzhledem k tomu, že žijí v Českých Budějovicích, rozhodla jsem se pro dva domovy pro seniory právě v tomto městě. Pro účely bakalářské práce jsem shledala jako postačující počet 95 respondentů. Vzorek, který je tvořen 60 ženami a 35 muži, obsahuje výhradně seniory, kteří žijí v domově pro seniory, jenž byli samozřejmě svolní k dotazníkovému šetření, a kteří jsou plně mobilní nebo k pohybu vyžadují kompenzační pomůcky, ve vzorku jsou tedy i senioři, kteří jsou mobilní pomocí invalidního vozíku, jelikož jsem usoudila, že tento fakt výsledek dotazníku nijak neovlivní. Výzkumný soubor tedy není tvořen žádným seniorem, jenž je trvale upoután na lůžku pro těžký zdravotní stav, jelikož takovýto respondent, vzhledem k charakteru otázek v dotazníku, není do mého výzkumu vhodný a odpovědi na některé otázky by mohly být zásadním způsobem zkreslené právě tím trvalým pobytem na lůžku.

5.3 Vlastní realizace výzkumu

Dotazníkové šetření jsem realizovala v dubnu letošního roku na základě předchozí domluvy s vedoucími sociálního úseku v mnou navštívených zařízeních. Téměř všechny dotazníky jsem sebrala osobně, jelikož poměrně velké procento seniorů mělo zrakové postižení různé povahy, a drobné písmo na dotaznících pro ně bylo hůře čitelné, a tak bylo často potřeba otázky předčítat a následně zanést odpovědi do záznamového archu. Někteří senioři měli také problém s pochopením významu některých otázek, takže jsem byla nápomocná i v těchto situacích, a blíže jsem vysvětlila, na co přesně se v té které otázce dotazují.

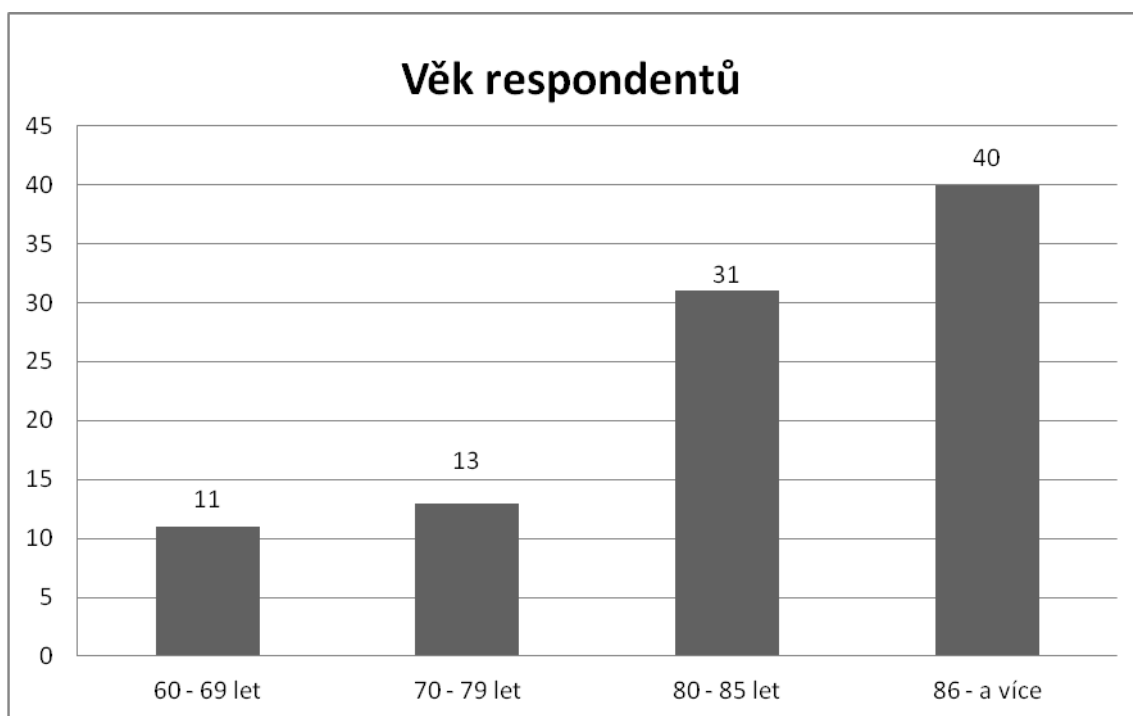
Sbírání dotazníků mi zabralo mnohem více času, než jsem přepokládala, jelikož většina seniorů byla ráda za někoho „nového“, a tak nebylo výjimkou, že jsem dotazník vyplňovala i 20 minut.

6 Výsledky

6.1 Identifikační údaje

Výzkumu se celkem z 95 seniorů účastnilo 60 žen (tj. 63,16 %) a mužů 35 (tj. 36,84 %).

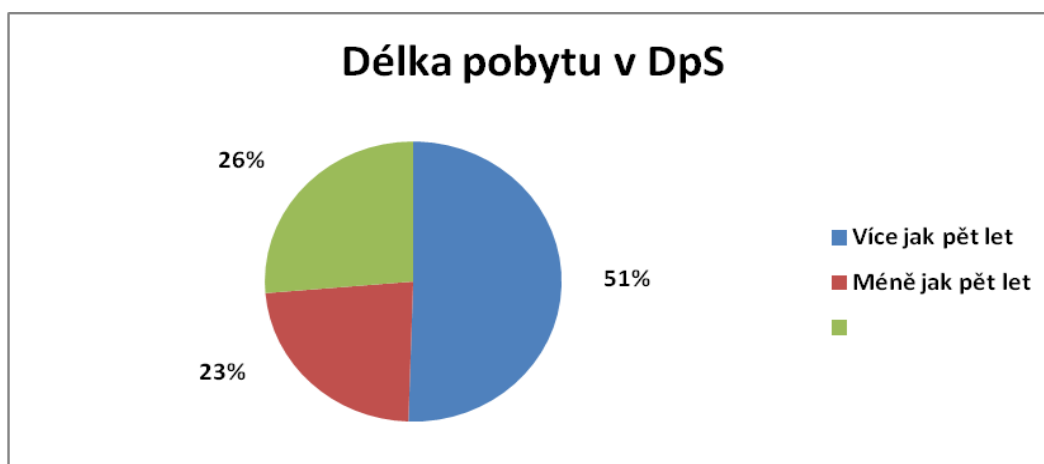
Na následujícím grafu jsou znázorněny věkové skupiny respondentů. Pro věkovou skupinu 60 – 69 let odpovědělo 11 seniorů (tj. 12 %), 70 – 79 let zvolilo 13 seniorů (tj. 14%), 80 – 85 let odpovědělo 31 seniorů (tj. 33 %) a 86 a více let zvolilo 40 seniorů (tj. 42%).



Graf č. 1. Zdroj: vlastní výzkum

6.2 Délka pobytu v domově pro seniory

V následujícím grafu je znázorněna přibližná délka pobytu seniorů v zařízení. Více jak pět let v domově pro seniory pobývá 48 (tj. 51 %) respondentů, méně jak pět v zařízení žije 22 (tj. 23 %) seniorů a krátce zde pobývá 25 (tj. 26%) seniorů.



Graf č. 2. Zdroj: vlastní výzkum

6.3 Zdravotní stav

Na otázku, jak senioři hodnotí svůj zdravotní stav, odpověděla většina respondentů jako průměrný, konkrétně 71 (75 %) seniorů, 16% (15) seniorů vnímá své zdraví jako špatné a pouze 9 % (9) seniorů hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý.

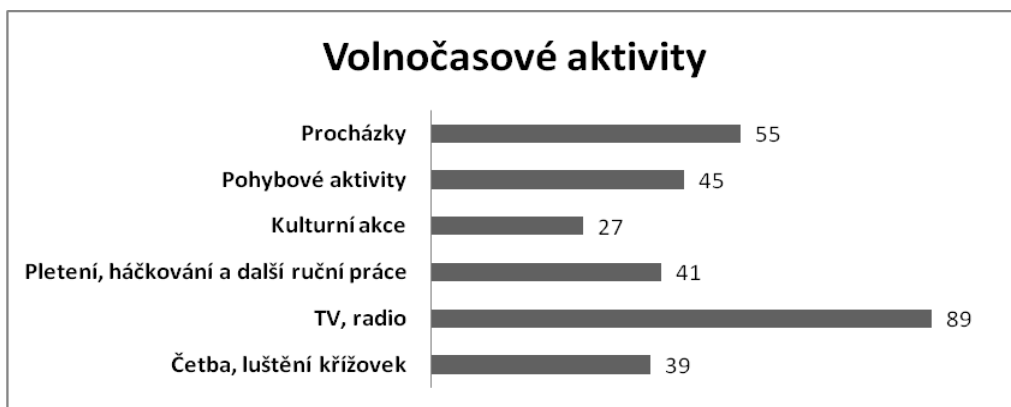


Graf č. 3. Zdroj: vlastní výzkum

6.4 Volnočasové aktivity

Další otázka se vztahovala k volnočasovým aktivitám. Tato otázka byla otevřená, senioři mohli tedy napsat cokoliv, přesto ale odpovědi nebyly příliš různorodé a většinou se opakovaly. Z odpovědí jsem vybrala ty nejvíce frekventované a výsledek znázornila v grafu.

Z 95 dotázaných seniorů většina sleduje televizi či poslouchá rádio (89, tj. 94 %), 55 (tj. 58 %) seniorů chodí na procházky, 45 (tj. 47 %) dotázaných respondentů se věnuje pohybovým aktivitám, 41 (tj. 43 %) tráví volný čas pletením a dalšími ručními pracemi, 39 (41 %) dotázaných si rádi čtou či luští křížovky a 27 (tj. 28 %) z dotázaných navštěvují kulturní akce.



Graf č. 4. Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5 znázorňuje odpovědi na otázku, zda mají senioři možnost věnovat se svým zálibám. 65% dotázaných odpovědělo ano, 35 % pouze částečně.

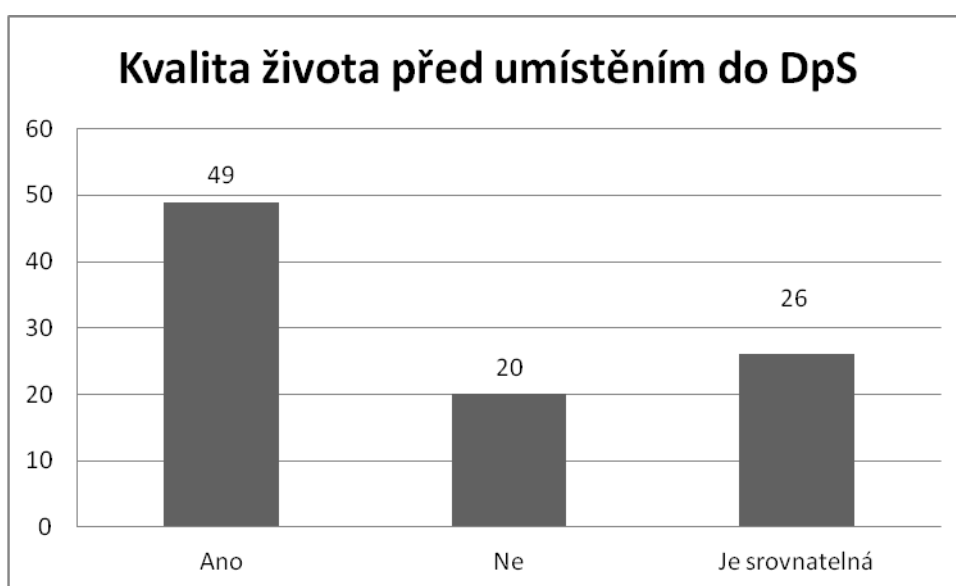


Graf č. 5. Zdroj: vlastní výzkum

6.4 Kvalita života před umístěním do domova pro seniory

Následující graf znázorňuje odpovědi na otázku, zda si senioři myslí, že kvalita jejich života byla před umístěním do domova pro seniory lepší než nyní.

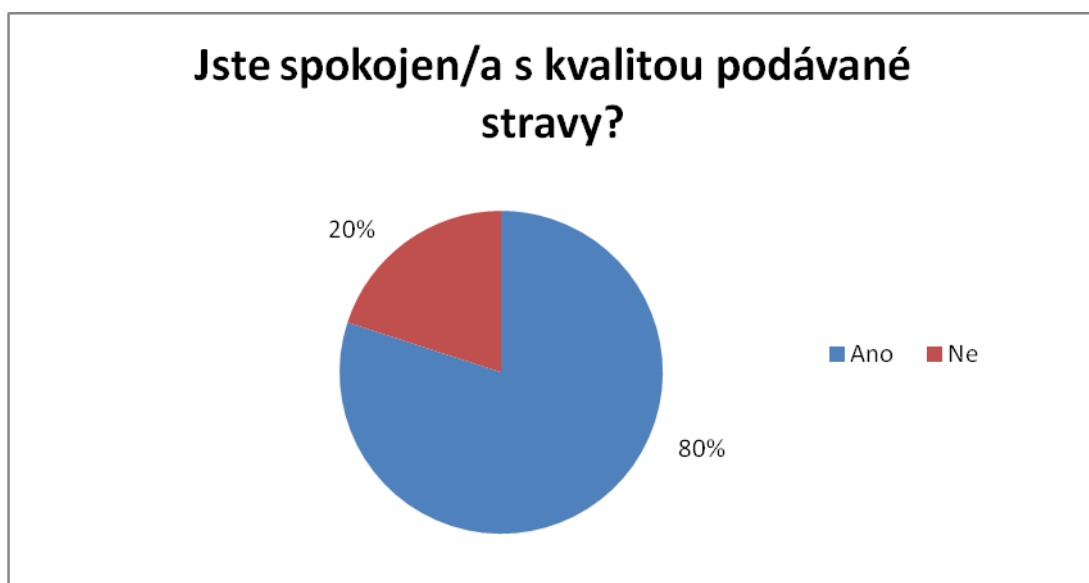
49 (tj. 52 %) dotázaných si myslí, že kvalita jejich života byla lepší, 20 respondentů (tj. 20 %) si myslí, že ne, a 26 dotázaných (tj. 27 %) odpovědělo, že kvalita jejich života byla srovnatelná.



Graf č. 6. Zdroj: vlastní výzkum

6.5 Kvalita podávané stravy

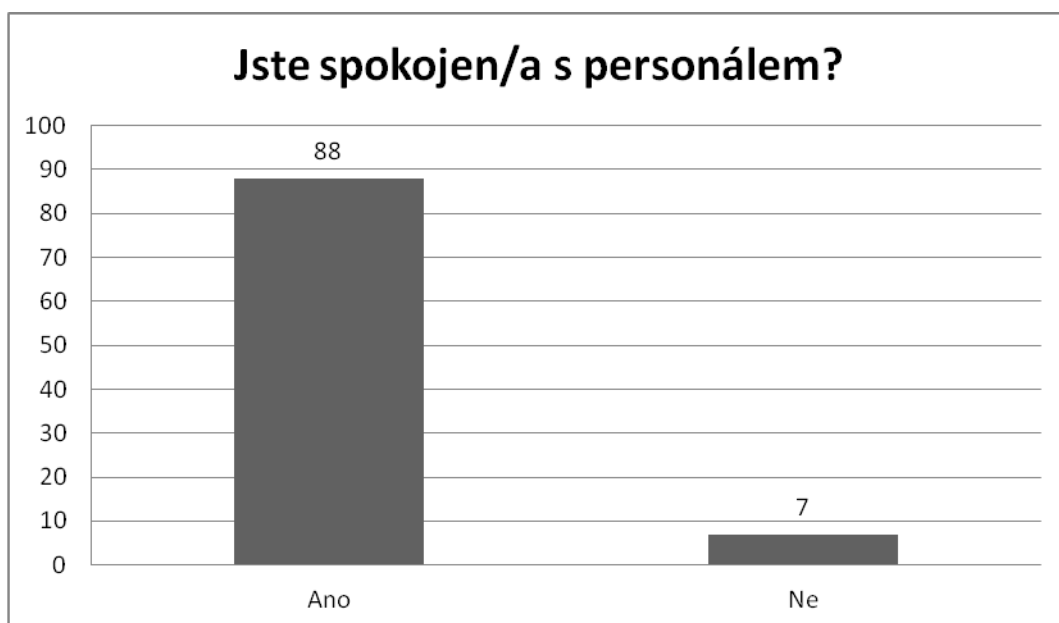
Tématem další otázky je kvalita podávané stravy. Většina, tedy 76 respondentů (tj. 80 %) je s kvalitou stravy v domově pro seniory spokojená. Pouze 19 dotázaných (tj. 20 %), s kvalitou spokojená není.



Graf č. 7. Zdroj: vlastní výzkum

6.6 Jste spokojen/a s personálem?

Další otázka ukazuje spokojenost seniorů s personálem domova pro seniory. Spokojenost s personálem vyjádřilo 88 respondentů (tj. 93 %), 7 dotázaných (7%) spokojených s personálem není.



Graf č. 7. Zdroj: vlastní výzkum

7 Diskuse

V této bakalářské práci jsem se snažila zjistit, zda jsou naplňovány zdravotní a sociální potřeby seniorů v domovech pro seniory. Na začátku výzkumu jsem vyvodila hypotézu, že v domovech pro seniory jsou zajišťovány zejména zdravotní potřeby seniorů, než potřeby sociální.

V první otázce jsem se respondentů tázala na pohlaví. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 60 žen a 35 mužů. Z výsledku je patrné, že v mnou navštívených zařízeních se nachází více žen než mužů. To ukazuje na vyšší úmrtnost mužů, díky níž je ve starší populaci větší zastoupení žen. Dle Topinkové se věku 65 let dožívá 88 % žen a 75 % mužů (Topinková, 2005, s. 4).

Dále jsem se zabývala věkovým rozložením respondentů v domovech pro seniory. Věkovou kategorii 60-69 let zvolilo z 95 dotázaných 11 seniorů (12 %), ve věku 70-79 let bylo 13 seniorů (14 %), ve věku 80-85 let 31 seniorů (33 %) a 86 a více let zvolilo 40 seniorů (42 %). Nutno podotknout, že ti, kteří zaškrtnuli 86 a více let by potřebovali další kategorii, a to 95 a výše. Byla jsem překvapená, jak velké zastoupení měli devadesátníci. Vyšší zastoupení seniorů ve věkové kategorii 80 a výše podporuje tvrzení Kalvacha a kol. (2008), že ve stáří dochází k postupnému úbytku potenciálu zdraví s poklesem zdatnosti (výkonnosti, fungování, soběstačnosti), což se s přibývajícím věkem prohlubuje a zvyšuje se tak závislost na pomoci druhých.

Další otázka se vztahovala ke zdravotnímu stavu seniorů. Jedná se o poměrně subjektivní otázku, jelikož odpověď na ní se může značně řídit tím, jaký pohled na svět senior má, případně jaké a v jakém rozsahu je zdravotní postižení seniora. 71 (75 %) seniorů vnímá svůj zdravotní stav jako průměrný, 15 seniorů (16%) vnímá své zdraví jako špatné a 9 seniorů (9 %) svůj zdravotní stav hodnotí jako dobrý. Zajímavé je, že poměrně velká část seniorů, kteří byli imobilní nebo téměř imobilní (vyžadují k pohybu invalidní vozík) vnímá svůj zdravotní stav jako průměrný nebo dobrý, ačkoli je tímto jejich kvalita života pochopitelně značně snížena, a naopak pouze tři senioři, jenž odpověděli na hodnocení zdravotního stavu jako špatný, jsou odkázáni na invalidní vozík. Z toho lze vyvodit, že vnímání vlastního zdraví je ovlivněno různými faktory.

Dále jsem se zabývala náplní volného času seniorů v domově důchodců. Z 95 dotázaných seniorů většina sleduje televizi či poslouchá rádio (89, tj. 94 %), 55 (tj. 58 %) seniorů chodí na procházky, 45 (tj. 47 %) dotázaných respondentů se věnuje pohybovým aktivitám, 41 (tj. 43 %) tráví volný čas pletením a dalšími ručními pracemi, 39 (41 %) dotázaných si rádi čtou či luští křížovky a 27 (tj. 28 %) z dotázaných navštěvují kulturní akce. Tyto volnočasové aktivity jsem rozdělila do dvou skupin – na činnosti spíše aktivní (vyžadující větší zapojení seniora), jimiž mám na mysli procházky, pohybové aktivity a kulturní akce, a činnosti pasivní, což jsou sledování TV, poslech rádia, četba a ruční práce. U těchto dvou skupin jsem následně sledovala zdravotní stav respondentů. Respondenti, kteří v předešlé otázce týkající se jejich zdravotního stavu, odpověděli dobrý či průměrný, volili spíše aktivní činnosti (konkrétně tak odpovědělo 64 respondentů), a všichni senioři, kteří své zdraví vnímají jako špatné, tráví svůj čas spíše pasivními aktivitami. Dále jsem se také zajímala, zda mají dotázaní možnost věnovat se svým zálibám. 65% dotázaných odpovědělo ano, 35 % pouze částečně. Pouze částečně odpovídali zejména ti senioři, kteří mají horší zdravotní stav. Z toho jsem usoudila, že trávení volného času seniorů ovlivňuje zejména jejich zdravotní stav, ne nabídka volnočasových aktivit, které domov předkládá.

Dále jsem se v rámci dotazníkového šetření respondentů ptala, zda si myslí, že kvalita jejich života byla před umístěním do domova seniorů lepší než nyní. Může se zdát, že tato otázka je zbytečná a všichni senioři odpověděli, že ano. Ale není tomu tak. 49 (tj. 52 %) dotázaných si myslí, že kvalita jejich života byla lepší, 20 respondentů (tj. 20 %) si myslí, že ne, a 26 dotázaných (tj. 27 %) odpovědělo, že kvalita jejich života byla srovnatelná. Značná část seniorů do zařízení přecházela například z nemocničního oddělení následné péče, kde je samozřejmě naprosto jiný režim než v domově důchodců. Důležitým faktem je také to, že senioři přišli do domova pro seniory na podkladě zhoršeného zdravotního stavu, jenž jim snižoval soběstačnost a tak je pro ně pobyt v zařízení lepší než v domácím prostředí. U seniorů, kteří tedy takto odpověděli, lze předpokládat, že jsou s poskytovanou péčí v zařízení spokojeni.

Zajímala jsem se také o kvalitu a množství podávané stravy. Většina, tedy 76 respondentů (tj. 80 %) je s kvalitou stravy v domově pro seniory spokojená. Pouze 19

dotázaných (tj. 20 %), s kvalitou spokojená není. Je nutné samozřejmě brát v potaz různé chuťové preference, každému pochopitelně chutná něco jiného, jelikož ale naprostá většina je s jídlem spokojená, lze vyvodit, že kvalita stravy je v pořádku. Co se týče množství stravy, všichni respondenti odpověděli, že jim poskytované množství stačí, mnozí si i mimo dotazník postěžovali, že naopak jídla dostávají pokaždé příliš a téměř nikdy celou porci nedojí.

Podstatnou otázkou určitě je, zda jsou klienti zařízení spokojeni s personálem. Spokojenost s personálem vyjádřilo 88 respondentů (tj. 93 %), 7 dotázaných (7%) spokojených s personálem není. 88 respondentů z 95 je jistě uspokojivý výsledek. U těch seniorů, kteří jsou s personálem nespokojeni, jsem se zaměřila na délku pobytu v zařízení, jelikož jsem předpokládala, že tito senioři budou v domově důchodců žít delší dobu. Tento předpoklad se ale nepotvrdil, délka pobytu byla různá. Ani zdravotní stav v tomto ohledu nesehrál žádnou roli.

V dotazníku se dále nachází otázky, na které jsou jedině kladné odpovědi. Jedná se o otázky týkající se kvality ošetrovatelské péče, nebo zda mají respondenti zajištěn dostatečný klid na spánek a odpočinek, anebo zda mají možnost si s někým z personálu popovídat o svých problémech či zda jim někdo pomáhá s vyřizováním osobních záležitostí.

Otázku, zda by respondenti rádi něco změnili, zlepšili či zda něco chybí, téměř všichni vynechali. 12 respondentů uvedlo, že by uvítali větší počet zaměstnanců, a 3 respondenti by rádi větší zastoupení mužů – ošetrovatelů. Ačkoli se jedná o statisticky nevýznamný údaj, s tímto tvrzením se ztotožňuji, dle mého názoru jsou muži v ošetrovatelském týmu opravdu potřeba, a to z mnoha důvodů, zejména jsou po fyzické stránce rozhodně více přizpůsobeni k polohování ležících pacientů než ženy.

Na základě získaných odpovědí docházím k závěru, že zdravotní a sociální potřeby seniorů v zařízeních, v nichž jsem dělala výzkum, jsou zajišťovány dostatečně a kvalitně. Hypotéza, že v domovech pro seniory jsou zajišťovány více zdravotní potřeby než potřeby sociální, se tedy nepotvrdila.

8 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou naplňovány zdravotní a sociální potřeby seniorů v domovech pro seniory. Pro výzkum jsem stanovila hypotézu, že v domovech pro seniory jsou naplňovány zejména potřeby zdravotní, než potřeby sociální.

Zvolila jsem kvantitativní výzkum za užití dotazníkového šetření. Výzkumný soubor je tvořen 95 seniory – 60 ženami a 35 muži, kteří jsou klienty domova pro seniory, měli zájem účastnit se mého výzkumu a tito senioři jsou plně mobilní nebo k pohybu vyžadují kompenzační pomůcky (invalidní vozík, hůl, atd.), výzkumný soubor tedy není tvořen seniory, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko pro těžký zdravotní stav.

Výsledky výzkumu ukazují na to, že senioři jsou v domově důchodců spokojeni, a péče jim poskytovaná nemá žádné nedostatky.

Jelikož jsem nepozorovala žádné výrazné nedostatky jak ve zdravotnické oblasti, tak i v oblasti sociální, nemůžu tak potvrdit hypotézu, že v domovech pro seniory jsou zajišťovány zejména zdravotní potřeby seniorů.

9 Seznam použitých zdrojů

1. BROTHÁNKOVÁ Pavlína, Zuzana KOSTKOVÁ, Jan VODIČKA a Arnošt PELLANT. Vliv věku na čich a na hodnocení libosti pachů. *Kontakt* [online]. 2012, č. 2, s. 152-158 [Cit. 2016-2-15]. ISSN 1804-7122. Dostupný z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2012>.
2. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>.
3. ČESKO. Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_329_2011.pdf.
4. ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
5. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
6. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.
7. FORMÁNKOVÁ Petra. Využívání příspěvku na péči o seniory k zajištění potřebné pomoci ze systému sociálních služeb. *Kontakt* [online]. 2010, č. 3, s. 315-324 [Cit. 2016-4-21]. ISSN 1212-4117. Dostupný z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3~2010/602-vyuzivani-prispevku-na-peci-o-seniory-k-zajisteni-potrebne-pomoci-ze-systemu-socialnich-sluzeb>.
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
9. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

10. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
11. KAHOUN, Vilém. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-346-2.
12. KALVACH, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P., a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
13. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
14. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
15. KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.
16. KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 4., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1.
17. KRHUTOVÁ, Lenka (ed.). *Privatizace v sociálních službách pro seniory*. Vyd. 1. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert, 2013. ISBN 978-80-7326-231-0.
18. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
19. MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-19-9.
20. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
21. MOTLOVÁ, Lenka. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt* [online] 2007, č. 2, s. 343 – 352 [Cit. 2016-4-15].

- ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2-2007/481-autonomie-nezavislost-a-uspokojovani-potreb-osob-vyssiho-veku>.
22. PACÁKOVÁ Hana, Romana Trusinová. Citová solidarita při péči o seniory. *Kontakt* [online]. 2012, č. 4, s. 464 – 474 [Cit. 2016-3-19]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2012/976-citova-solidarita-pri-peci-o-seniory>
23. PETRŽÍLKOVÁ Kateřina, MANDYSOVÁ Petra, ŠKVRŇÁKOVÁ Jana, EHLER Edvard. Subjektivní hodnocení polykací funkce u seniorů: využití zahraničního nástroje EAT-10. *Kontakt* [online]. 2012, č. 3, s. 261-268 [Cit. 2016-3-10]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3~2012/895-subjektivni-hodnoceni-polykaci-funkce-u-senioru-vyuziti-zahranicniho-nastroje-eat-10>
24. POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
25. Pomoc v hmotné nouzi. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-04-24]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5>.
26. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
27. SKOPALOVÁ, Jitka. O smrti a umírání. *Sociální práce/Sociálna práca* [online]. 2010, č. 2, s. 64 – 70 [Cit. 2016-4-18]. ISSN 1213-6204. Dostupný z: <http://www.socialni prace.cz/index.php?sekce=2&ukol=1&id=39#stop>
28. Soukromý sektor: Penzijní služby a systémy. *Ministerstvo financí České republiky* [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/soukromy-sektor/penzijni-sluzby-a-systemy/duchodova-reforma/zakladni-informace>.
29. Státní sociální podpora. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-04-24]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2#dsp>.

30. STRÁNSKÝ, Miroslav. Výživa ve stáří. *Kontakt* [online]. 2015, č. 3, s. 185 – 193 [Cit. 2016-3-17]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3~2015/1168-vyziva-ve-stari>
31. SÝKOROVÁ, Dana a Oldřich CHYTIL (eds.). *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Vyd. 1. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.
32. SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.
33. ŠÍDLO Luděk. Obyvatelstvo České republiky na počátku nového tisíciletí. *Kontakt* [online]. 2013, č. 3, s. 289-304 [Cit. 2016-2-25]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3~2013/1070-obyvatelstvo-ceske-republiky-na-pocatku-noveho-tisicileti>.
34. ŠTIKAR, Jiří, Jiří HOSKOVEC a Jana ŠMOLÍKOVÁ. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1339-0.
35. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
36. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9506-0.
37. TÓTHOVÁ Valérie, Věra VEISOVÁ, Sylva BÁRTLOVÁ. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt* [online]. 2011, č. 2, s. 129 – 137 [Cit. 2016-4-19]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2011/674-nazory-lekaru-a-vseobecnych-sester-na-vyhody-a-nevyhody-pece-o-seniory-v-domacim-prostredi>
38. TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.
39. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

40. VALKO, Augustín. Tísňová péče Areion pro seniory a zdravotně postižené – zkušenosti s poskytováním této sociální služby. *Kontakt* [online]. 2008, no.1 supplement [Cit. 2016-4-23]. ISSN 1212-4117. Dostupný z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1supplement-2008/700-tisnova-pece-areion-pro-seniory-a-zdravotne-postizene-%E2%80%93-zkusenosti-s-poskytovanim-teto-socialni-sluzby>.
41. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
42. Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky, 2004, částka 12.
Dostupný z:
http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3651_1778_11.html.
43. WOJNAROVÁ D., Darja JAROŠOVÁ. Analýza vybraných doporučených postupů a standardů péče o dekubity. *Kontakt* [online]. 2011, č. 4, s. 396 – 403 [Cit. 2016-3-29]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2011/949-analyza-vybranych-klinicky-doporucenych-postupu-a-standardu-pece-o-dekubity>.
44. ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

10 Přílohy

Příloha 1.: Dotazník

Zdravotní a sociální potřeby seniorů v domovech pro seniory

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentka 4. ročníku oboru Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku zkoumajícího kvalitu poskytované péče v domovech pro seniory. Dotazník je naprosto anonymní a výsledky šetření budou použity pouze pro účely výzkumu k mé bakalářské práci.

Vždy zakroužkujte jen jednu odpověď, v případě otevřených otázek lze uvést odpovědi více.

Předem Vám moc děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Alice Hornátová

- 1) Pohlaví
 - a) Muž
 - b) žena

- 2) Věk
 - a) 60-69 let
 - b) 70-79 let
 - c) 80-85 let
 - d) 86 a více let

- 3) Jak dlouho žijete v domově důchodců?
 - a) Více jak pět let
 - b) méně jak pět let
 - c) jsem zde krátce

- 4) Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?
 - a) Dobrý
 - b) průměrný
 - c) špatný

- 5) Jak trávíte volný čas?

- 6) Přejde Vám nabídka volnočasových aktivit ve vašem zařízení dostačující?
 - a) Ano
 - b) ne

- 7) Pokud ne, jaké aktivity byste navrhoval/a?

- 8) Máte možnost věnovat se svým zálibám?
 - a) Ano
 - b) ne
 - c) pouze částečně

- 9) Máte zajištěn kontakt s okolím a rodinou?
a) Ano b) ne
- 10) Myslíte si, že kvalita Vašeho života byla před umístěním do domova seniorů lepší než nyní?
a) Ano b) ne c) je srovnatelná
- 11) Máte možnost si s někým z personálu popovídat, svěřit své problémy?
a) Ano b) ne
- 12) Pomáhá Vám někdo s administrativními a jinými osobními záležitostmi?
a) Ano b) ne
- 13) Máte zajištěné adekvátní podmínky pro spánek či odpočinek?
a) Ano b) ne
- 14) Jste spokojen/a s poskytovanou ošetrovatelskou a zdravotní péčí?
a) Ano b) ne
- 15) Dochází do vašeho zařízení lékař?
a) Ano b) ne
- 16) Jste spokojen/a s kvalitou podávané stravy?
a) Ano b) ne
- 17) Vyhovuje Vám množství stravy?
a) Ano b) ne
- 18) Jste spokojen/a s personálem?
a) Ano b) ne
- 19) Přejde Vám vybavení vašeho pokoje postačující?
a) Ano b) ne
- 20) Napadá Vás něco, co zde chybí nebo by bylo potřeba zlepšit?
a) Ano b) ne
- 21) Pokud ano, tak co?