

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta  
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium  
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Zázemí a podpora u seniorů při náhlé změně soběstačnosti**

**2005/2006**

**Bc. Hana Matelová DiS**

**Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová**

**Poděkování:**

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní PhDr. Heleně Chloubové za cenné rady, pomoc a věnovaný čas při zpracování diplomové práce, dále bych chtěla poděkovat sociální pracovníci paní Zdeně Jonášové a celému kolektivu doléčovací a rehabilitační jednotky Nemocnice Pelhřimov za pomoc a ochotu při zpracovávání diplomové práce. Velké díky patří celé mé rodině za trpělivost a podporu v nejtěžších chvílích mého života.

**Obhajoba diplomové práce dne:** 13. 6. 2006

**Vedoucí práce:** PhDr. Helena Chloubová

**Jméno oponenta:** PhDr. P. PAULÍKOVÁ

**Hodnocení:** Práce byla obhájena.

**Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.**

**V Praze dne 25.dubna 2006**

*Bc. Hana Malíková*  
**podpis**

OBSAH	5
Seznam tabulek a grafů	7
Abstrakt v českém jazyce	9
Abstract in English language	11
<b>Teoretická část</b>	<b>13</b>
Úvod	13
1 Soběstačnost u starých lidí	16
1.1 Charakteristika a definování soběstačnosti	16
1.2 Příčiny změn soběstačnosti ve stáří	17
1.3 Změny v soběstačnosti ve stáří z pohledu ošetřovatelského	20
1.4 Hodnocení a měření soběstačnosti	23
1.4.1 Aktivity každodenního života	24
1.4.2 Výkonové testy	25
2 Kvalita života starého člověka	27
2.1 Změny potřeb ve stáří	28
2.2 Problematika rizikových gerontů	32
2.2.1 Problematika prodlužování věku seniorů	34
3 Podmínky pro socializaci seniorů	37
3.1 Bytové a bariérové podmínky	37
3.2 Kompenzační pomůcky pro seniory	40
4 Zázemí a pomoc ve vztahu k podpoře seniorů	42
4.1 Rodina a starý člověk	42
4.2 Existenciální zabezpečení ve stáří	44
4.2.1 Důchodové pojištění	44
4.2.2 Státní sociální podpora	45
4.2.3 Sociální pomoc seniorům	45
4.3 Zdravotní a sociální péče a podpora seniorů	47
4.3.1 Systém zdravotní péče	48
4.3.2 Sociální péče	53
4.3.3 Projekty pro seniory	55
4.4 Sociální služby a zdravotní péče města Pelhřimov a okolí pro seniory	57

<b>Empirická část</b>	59
5 Výzkum	59
5.1 Námět empirické části	59
5.2 Cíle práce a pracovní hypotézy	59
6 Metodika výzkumu	60
6.1 Volba výzkumných metod	60
6.2 Řízený rozhovor	60
6.3 Dotazník pro sociální pracovníci	61
6.4 Měření soběstačnosti	61
6.5 Hodnocení psychického stavu	62
6.6 Předvýzkum	63
6.7 Charakteristika výzkumného vzorku	63
6.8 Organizace a časový plán výzkumu	69
6.8.1 Organizace výzkumu	69
6.8.2 Časový plán diplomové práce	70
6.9 Způsob zpracování výsledků	70
7 Výsledky výzkumu a jejich interpretace	71
7.1 Zpracování výsledků k hypotéze I.	71
7.2 Zpracování výsledků k hypotéze II.	78
7.3 Zpracování výsledků k hypotéze III.	90
7.4 Zpracování výsledků k hypotéze IV.	94
7.5 Zpracování výsledků k hypotéze V.	97
8 Diskuse	100
8.1 Verifikace hypotézy I.	101
8.2 Verifikace hypotézy II.	102
8.3 Verifikace hypotézy III.	103
8.4 Verifikace hypotézy IV.	104
8.5 Verifikace hypotézy V.	104
9 Možnosti ovlivnění spokojenosti života seniorů s poruchou soběstačnosti	106
10 Závěr	107
11 Seznam použité literatury a pramenů	111
Přílohy - seznam příloh	

**Seznam tabulek a grafů v textu**

- Tabulka č. 1 Přehled zařízení ústavní sociální péče Pelhřimovska a okolí
- Tabulka č. 2 Přehled zařízení následné péče
- Tabulka č. 3 Charakteristika sledovaného souboru dle pohlaví a věku
- Graf č. 1 Vzdělání seniorů
- Graf č. 2 Nejčastější lékařské diagnózy jako důvod hospitalizace
- Tabulka č. 5 Rodinný stav sledovaného souboru dle pohlaví
- Graf č. 3 Počet dětí seniorů
- Graf č. 4 Míra soběstačnosti v ADL dle věku
- Graf č. 5 Míra soběstačnosti v IADL dle věku
- Graf č. 6 Hodnocení psychického stavu
- Graf č. 7 Míra soběstačnosti v ADL dle pohlaví
- Graf č. 8 Míra soběstačnosti v IADL dle pohlaví
- Tabulka č. 12 S kým jsem žil/a před hospitalizací – výpověď seniorů a sociální pracovníce
- Tabulka č. 13 S kým budou žít senioři po propuštění
- Graf č. 9 Kde senioři bydleli do hospitalizace (odpověď senioři) a kde budou bydlet po propuštění (odpověď sociální pracovníce)
- Graf č. 10 Vráťím se do svého domova – výpověď seniorů a sociální pracovníce
- Graf č. 11 Touha k návratu domů – odpověď seniorů
- Graf č. 12 Předpokládané spolužití po propuštění
- Tabulka č. 18 Kdo Vám nejvíce pomáhal před hospitalizací a kdo pomůže nyní
- Tabulka č. 19 Pomoc před hospitalizací a silný emoční vztah
- Graf č. 13 Informují se rodinní příslušníci na Váš zdravotní stav
- Graf č. 14 Četnost návštěv rodinných příslušníků u seniorů
- Graf č. 15 Je osoba, která se o Vás dosud starala zaměstnaná – výpověď seniorů a sociální pracovníce
- Graf č. 16 Je osoba, která se o Vás nyní bude starat zaměstnaná – výpověď seniorů a sociální pracovníce
- Graf č. 17 Potřeboval/a jsem pomoc před hospitalizací – výpověď seniorů a sociální pracovníce
- Graf č. 18 Budu potřebovat pomoc po propuštění – odpověď seniorů

Graf č. 19 Bude senior po propuštění potřebovat pomoc – odpověď sociální pracovníce

Tabulka č. 27 Potřeboval/a jsem pomoc před hospitalizací a budu potřebovat pomoc po propuštění

Tabulka č. 28 Před hospitalizací jsem využíval/a pomoc od a nyní po propuštění budu potřebovat pomoc od

Tabulka č. 29 Jak pomáhá senior rodině

Graf č. 20 Skupina nesoběstačných – závislých seniorů v rodinném vztahu

Graf č. 21 Skupina nesoběstačných – závislých – s kým žili před hospitalizací

Graf č. 22 Skupina nesoběstačných – závislých – s kým, popř. kde budou žít nyní

Graf č. 23 Skupina svobodných mužů – nesoběstačnost

Tabulka č. 34 Skupina svobodných mužů – s kým žili a jak budou žít nyní

Tabulka č. 35 Na mém bytě si nejvíce cením

Tabulka č. 36 Co nevyhovuje mému způsobu života v mém bytě

Graf č. 24 Kde jsem spal/a a kde budu spát nyní

Tabulka č. 38 Co je potřeba změnit v mém bytě, abych se tam mohl/a po propuštění vrátit

Graf č. 25 Používal/a jste kompenzační pomůcky

Tabulka č. 40 Kdo Vám poskytl informace o kompenzačních pomůckách

Graf č. 26 Budu potřebovat kompenzační pomůcky po propuštění

Graf č. 27 Kompenzační pomůcky potřebné k mobilitě

Graf č. 28 Využíváte služeb sociální péče – výpověď seniorů a sociální pracovníce

Tabulka č. 43 Vztah čeho se služby týkají a s kým senioři žijí

Graf č. 29 Máte podanou žádost do domova důchodců – výpověď seniorů a sociální pracovníce

Graf č. 30 Koho dalšího požádáte o pomoc po propuštění



**Abstrakt v českém jazyce**

**Název práce:** Zázemí a podpora u seniorů při náhlé změně soběstačnosti

**Příjmení jméno:** Bc. Matelová Hana

**Katedra:** Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova Praha

**Obor:** Učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

**Vedoucí práce:** PhDr. Helena Chloubová

**Počet stran:** 114

**Počet příloh:** 6

**Rok obhajoby:** 2006

**Klíčová slova:** senior, soběstačnost, kvalita života, sociální a zdravotní péče, rodinné zázemí

**Resumé:**

Diplomové práce se zabývá problematikou zázemí a podpory seniorů při náhlé změně soběstačnosti.

Práce je členěna na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je zaměřena na soběstačnost, kvalitu života, širší rodinné zázemí seniorů a na dostupnou zdravotní a sociální péči. Veškeré údaje jsem čerpala z české současné literatury a dalších zdrojů.

Stanovila jsem následující cíle a hypotézy:

Cíle práce:

Zjistit nejčastější důvody a změny v soběstačnosti seniorů.

Zjistit širší rodinné zázemí seniorů, kteří se vracející se změněnou soběstačností.

Zjistit bytové a bariérové podmínky vlastního prostředí a kompenzační pomůcky seniorů.

Zjistit možnosti sociálních služeb a pomoci seniorům s omezenou soběstačností.

Pracovní hypotézy:

- I. Domnívám se, že senioři s omezenou soběstačností chtějí i nadále žít ve svém vlastním prostředí.
- II. Domnívám se, že náhlá změna soběstačnosti seniorů ovlivní jejich širší rodinné zázemí.
- III. Domnívám se, že bytové a bariérové podmínky seniorů nejsou vyhovující vzhledem ke změně soběstačnosti.
- IV. Domnívám se, že senioři vlastní a mají možnost získat vhodné kompenzační pomůcky vzhledem ke změně soběstačnosti.
- V. Domnívám se, že senioři se změněnou soběstačností začnou více využívat sociálních služeb a pomoci od státních, dobrovolných a soukromých organizací.

Zvolila jsem čtyři výzkumné metody:

- polostandardizovaný rozhovor
- dotazník pro sociální pracovníci
- testy k měření soběstačnosti (ADL, IADL)
- Mini – Mental State Examination (MMSE)

Ve výzkumné části jsou zpracovány údaje, které potvrzují stanovené hypotézy. Senioři chtějí i nadále žít ve svém vlastním prostředí. Jsou si vědomi zhoršení zdravotního stavu, ale neuvažují o změně rodinného zázemí. Chtějí žít v jiných bytových podmínkách, ale nic by na svém bytě neměnili. O kompenzační pomůcky zájem mají a některé už vlastní. Sociálních služeb využívají a po propuštění požádají pečovatelskou službu a Český červený kříž o pomoc.

### **Abstract in English language**

**Fundamental words:** senior, self-sufficient, quality of life, social and medical care, family territory

#### **Resumé:**

My dissertation work concepts the problem between safe territory and seniors' support in sudden self-sufficiency change.

This work is divided into theoretical and research part. The theoretical part focuses on self-sufficiency, quality of life, wider family territory of seniors and availability to medical and social care. All dates I got from the czech contemporary literature and other sources.

I determined successive tasks and hypothesis.

Tasks of this work:

Find out the most frequent reasons and changes in self-sufficient of the seniors.

Find out the wider families conditions of the seniors, who return whit a change of the self-sufficient.

Find out living and barriers conditions of own enviroment and make up the helps for the seniors.

Find out the possibilities of the social services and to help the seniors whit a limited self-sufficient.

Working hypothesis:

I. I think, the seniors whit the limited sel sufficient want to live in their own enviroment.

II. I think, that a sudden change of the self-sufficient of the seniors influences their other families members.

III. I suppose, that barriers and living conditions aren't suitable with regard to changes of self-sufficient.

IV. I suppose, that the seniors have posibilites get suitable helps whit regard to change self-sufficient.

V. I think, the seniors with a change of the self-sufficient will begin to use more social services and the help from the state, a volunteer and private organizations.

I suggest from experimental methods:

- halfstandart interview
- questinnaire for a social worker
- the tests for measuring the self-sufficient (ADL, IADL)
- Mini – Mental State Examination (MMSE)

In the other research part we can find processed data, confirmed by determined hypothesis. Old people still want to live in their own world. They have worse health state on mind, but never try to leave family ground. Although they want to stay at different accomodation, they need to have the same home soroundings. They are interested in some compensated tools or already have some. They use social services and after release they push forward day dare and Czech red cross to help.

## TEORETICKÁ ČÁST

### Úvod

*„Stáří je smutné ne proto, že přestávají všechny radosti, ale proto, že přestává naděje.“*

Jean Paul

Významnou etapu života člověka v moderní společnosti představuje stáří. Období stáří tak v lidském životě nelze brát jako pouhý konec života. Naopak, seniorský věk dnes nabízí celou řadu možností, jak být i nadále součástí společnosti a prožívat každý den aktivně a smysluplně. Stále větší počty lidí se dožívají vysokého věku a tuto situaci často vnímáme jako problémovou. Staří lidé jsou označováni jako zátěž, která přispívá k vzniku sociálního napětí. Neuvědomujeme si, že populační stárnutí je vlastně výsledkem přístupu lidí k základním otázkám života. Neustále se snažíme o prodloužení života moderními prostředky medicíny i zdravým životním stylem. Usilujeme o zvyšování životní úrovně a máme jen tolik dětí, abychom kvalitně zabezpečili rodinu.

Stárnutí populace a péče o starší jedince je celosvětovým problémem, který je zvláště patrný v Evropě. V dnešní době se prodlužuje délka života a osoby starší 65 let tvoří v evropských průmyslově vyspělých zemích 12 až 16 procent. Potřebami péče o seniory a strategií rozvoje této péče se zabývala i 6. konference ministrů zdravotnictví evropských zemí, která se konala v květnu 1999 v Athénách pod heslem „Stárnutí ve 21. století – potřeba vyváženého přístupu ke zdravému stárnutí.“<sup>1</sup>

Z důvodů současného a budoucího populačního vývoje se otázka stárnutí a samo stáří stalo všestranně aktuálním tématem. Řeší se problematika důchodové reformy a objevuje se snaha připravit společnost na realitu příštích

---

<sup>1</sup> WEBER, P.: Cíle nového pojetí gerontologie. ZDN: Lékařské listy, 2000, č. 9, s.1

let a Ministerstvo práce a sociálních věcí vydává Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 v České republice.<sup>2</sup>

Vznik fungující sítě pro seniory, vytvoření vhodných zdravotních, sociálních i ekonomických podmínek je základní požadavek České gerontologické a geriatrické společnosti. Za klíčový je přitom považován systém podpory pečujících rodin.<sup>3</sup>

U starých lidí roste pravděpodobnost, že budou vzhledem ke svým zdravotním problémům závislí na pomoci druhých. Právě tyto problémy mění vztahy v rodině, k přátelům i okolí. Najednou je potřeba někoho, kdo bude pečovat o tělesné, psychické i sociální potřeby staršího nemocného, které by měly být vždy uspokojeny. Ne vždy tuto roli může zastávat rodinný příslušník, ale jsou i jiné možnosti jak pomoci starším lidem.<sup>4</sup>

Pracuji na doléčovací rehabilitační jednotce Nemocnice Pelhřimov od ledna roku 2003. Naše oddělení se skládá ze dvou ošetřujících jednotek s celkovým počtem 47 lůžek. Odbornou péči zajišťuje lékař s II. atestací, střední a nižší zdravotnický personál, sociální pracovníce a 2 až 4 fyzioterapeuti. Na oddělení jsou přijímáni po předběžné domluvě pacienti k doléčení a rehabilitaci převážně překladem z jiných oddělení. Sociální pracovníce navštěvuje kromě našeho i ostatní oddělení nemocnice a poskytuje nemocným i jejich blízkým informace o dalším řešení situace.

Není pochyb o tom, že člověku je nejlépe v rodině, ať už je zdravý či nemocný. Současná rodina má přes všechny změny, jimiž v minulosti prošla, nadále důležité místo ve vztahu ke svým starším příslušníkům. „*Rodina musí chtít, umět a moci.*“ Vedle rodiny se o staré lidi stará společnost. Vyspělost společnosti lze hodnotit především podle toho, do jaké míry se stará o staré lidi. O staré lidi bychom měli pečovat především na základě lidskosti a morálky.

V diplomové práci se chci zaměřit na zázemí seniorů a podporu státu a rodin seniorů při náhlé změně soběstačnosti. O pomoc jsem požádala seniory

---

<sup>2</sup> Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003- 2007 v České republice. Praha: MPSV ČR

<sup>3</sup> WEBER, P.: Cíle nového pojetí gerontologie. ZDN: Lékařské listy, 2000, č. 9, s.2

<sup>4</sup> TVAROH, F.: Všichni stárneme. Praha: Avicenum, 1983

hospitalizované na **doléčovací a rehabilitační jednotce Nemocnice Pelhřimov**, kde pracuji od ledna 2003. Na těchto odděleních je u pacientů nejvíce zřejmá náhlá změna soběstačnosti.

# 1 Soběstačnost u starých lidí

## 1.1 Charakteristika a definování soběstačnosti

Pod pojmem soběstačnost rozumíme míru samostatnosti nebo závislosti člověka při vykonávání denních aktivit.<sup>5</sup>

Soběstačnost je také schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost. Má složku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou. Soběstačnost vyjadřuje i schopnost samostatné existence v daném prostředí. Ve stáří klesá funkční potenciál a mění se potřeby člověka. Jestliže podmínky, ve kterých člověk žije, neodpovídají zdravotnímu stavu člověka a jeho funkčním možnostem, dochází k poruše homeostázy a člověk se stává nesoběstačným, vyžaduje pomoc okolí, rodiny nebo společnosti.<sup>6</sup>

Soběstačnost je také schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí. Je dána dvěma faktory:

- funkční zdatnosti organismu včetně potřebných dovedností a znalostí, které chybějí, např. nemocný se syndromem demence
- náročností prostředí

V úvahu je třeba brát vždy oba faktory. Velkou chybou by bylo považovat zdatnost organismu za záležitost zdravotnickou a náročnost prostředí za záležitost sociální. Náročnost konkrétního domácího prostředí daného člověka určuje zaměřenost a rozsah rehabilitace. Soběstačnost lze zachovat či obnovit často spíše úpravami prostředí než normalizací funkční zdatnosti nemocného. Mnozí senioři jsou přes své postižení plně soběstační v kvalitním bydlení vyšší kategorie, či dokonce v bezbariérovém prostředí, ale významně závislí v prostředí náročném. Soběstačností se podrobně zabývá část rehabilitace označovaná jako ergoterapie.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> TRACHTOVÁ, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVZP, 1999, s. 20

<sup>6</sup> ZAVÁZALOVÁ, H. a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 31

<sup>7</sup> KALVACH, Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 196



Disabilita vyjadřuje prevalenci funkčního postižení, je významným ukazatelem zdravotního stavu starých osob. Ukazuje vliv onemocnění na fyzickou, psychickou i sociální soběstačnost starého člověka.<sup>8</sup>

Definuje se jako neschopnost jedince vykonávat věku přiměřenou aktivitu.

Disabilita je ve stáří charakterizována:

- stoupající prevalencí s věkem
- zhoršováním s rostoucím věkem
- sdružováním defektů vedoucích k disabilitě
- vyšší prevalencí a rychlejším nástupem u žen
- hierarchií v poklesu funkčních schopností - ztráta funkcí umožňujících nezávislý život, tj. neschopnost vykonávat všední denní činnosti (obsaženo v testu IADL), při dalším poškození se přidávají problémy se zabezpečením sebeobsluhy (test ADL).

## 1.2 Příčiny změn soběstačnosti

Rozhodující determinantou seniora je **zdraví**, které významně ovlivňuje osobní i společenskou roli jedince v seniu.

Vymezení pojmu zdraví není snadné. Zvláště při pojetí, kdy zdraví je nepřítomnost nemoci. Některé definice zdraví:

- WHO (1948): Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouze nepřítomnosti nemoci či vady.
- WHO (1957): Zdraví je stav (kvalita) organismu, který vyjadřuje jeho adekvátní fungování za daných genetických podmínek a podmínek prostředí.
- Profesor Bureš, sociální lékařství (1960): Zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (požadavky) vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí.

<sup>8</sup> ZAVÁZALOVÁ, H. a kol: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 29

- Profesor Žáček, sociální lékařství (1974, 1991): Zdraví zahrnuje tělesnou a psychickou integritu, nenarušenost životních funkcí ani společenských rolí a adaptabilitu.
- Encyklopedia Britannica (2000): Zdraví je míra (rozsah) kontinuálních tělesných, emočních, mentálních a sociálních schopností individua vyrovnat se se svým prostředím.<sup>9</sup>

Stáří představuje období života, ve kterém by měl pokračovat všestranný a harmonický rozvoj lidské osobnosti. Většinou jsou lidé vyššího věku samostatní a zachovávají si dobrou psychickou kondici až do posledního období svého života. Stáří se však může stát skutečným neštěstím pro jednotlivce i rodinu. Závislost na péči druhé osoby přichází nejčastěji z důvodu onemocnění, které může být jak somatické, tak i psychické. Senior může také významně strádat ve sféře sociální. Pokud jsou starší jakýmkoliv způsobem handicapovaní a potřebují pomoc druhé osoby, je třeba, aby ji mohli aktivně využívat. Měli by zůstat co nejdéle v původním prostředí a být v kontaktu s ostatními generacemi.

Stáří není choroba, je spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních obtíží. Péče o starší osoby s četnými, navzájem se ovlivňujícími chorobami kladou značné nároky na diagnostické, analytické a syntetické znalosti a dovednosti lékaře, včetně jeho schopnosti jednat s lidmi. U seniorů se první příznaky somatických onemocnění mnohdy projevují ve sféře psychické.

Vzájemným působením stárnutí a choroby vznikají specifika chorob ve stáří. Zvláštnosti onemocnění ve stáří jsou:

- polymorbidita
- úzký vztah (vzájemná podmíněnost) zdravotní a sociální situace
- zvláštnosti klinického obrazu chorob ve stáří (mikrosymptomatologie, mono- nebo oligosymptomatologie, vzdálené příznaky, sklon k chronicitě a komplikacím).<sup>10</sup>

<sup>9</sup> KALVACH, Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 115

<sup>10</sup> WEBER, P.: Cíle nového pojetí gerontologie. ZN: Lékařské listy, 2000, č. 9, s. 2

1. **Polymorbidita, multimorbidita** – jde o souběžnou přítomnost více onemocnění u jednoho jedince buď bez příčinné souvislosti, nebo chorob navzájem se kauzálně podmiňujících.

2. **Vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace** – každá zdravotní změna stavu staršího člověka může velmi významně ovlivňovat jeho vztahy sociální. Změny v sociální sféře mohou naopak podmiňovat zhoršování zdravotního stavu (nemoc, úmrtí partnera, přestěhování, apod.).

3. **Zvláštnosti klinického obrazu chorob ve stáří** - pro klinický obraz onemocnění vyššího věku je typické, že je atypický. Mikrosymptomatologie – minimální příznaky přítomnosti choroby. Mono- nebo oligosymptomatologie – je přítomen jeden nebo několik málo z běžně se vyskytujících příznaků onemocnění. Vzdálené příznaky – v popředí klinického obrazu jsou příznaky, které odpovídají jinému orgánu než základní onemocnění. Sklon k chronicitě – ve stáří je významně vyšší tendence k protahovanému průběhu nemoci.

Ve vyšším věku je prevalence chronických nemocí již tak vysoká, že bez přítomnosti chronické nemoci či chronických příznaků je jen velmi malé procento seniorů. Ve věku 60 až 74 let trpí chronickou chorobou až 80% osob. To je někdy spojeno v seniu se zvýšeným rizikem úmrtí. Sklon ke komplikacím – jedna nemoc vyvolá druhou nebo jde o komplikaci, která nemá přímý vztah k základnímu onemocnění.

Mezi příčinami morbidit ve stáří zaujímají první místo choroby kardiovaskulárního systému podmíněné aterosklerózou (ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, angina pectoris, cévní mozkové příhody, ischemická choroba dolních končetin a další). Ve stáří jsou rovněž časté choroby pohybového ústrojí, smyslových orgánů, nádory, úrazy, choroby respirační, gastrointestinální a nemoci urogenitálního systému. Časté jsou i cukrovka a duševní a nervové choroby. Současně se somatickými potížemi se objevují i problémy psychické a sociální, které je potřeba řešit stejně naléhavě. Příznaky, které podstatně snižují kvalitu života (inkontinence, mobilita, chronická bolest,

pády, delirium aj.), si často vyžadají umístění seniora do trvalé ústavní péče.<sup>11</sup> Pouze 3% osob starších 60 let jsou zcela bez pomoci. Pro kvalitu každodenního života starého jedince není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň omezení, které nemoc přináší.

**Faktory ovlivňující soběstačnost:**

- chronické choroby a vady (onemocnění pohybového aparátu, smyslové poruchy, onemocnění kardiovaskulárního systému a neurologická a psychiatrická onemocnění, metabolické a endokrinní poruchy)
- choroby se zvýšenými nároky na ošetření, úpravu životosprávy, používání kompenzačních pomůcek
- všechny rizikové gerontologické faktory (vysoký věk, multimorbidita, osamělost, nízký příjem)
- špatné bytové podmínky (špatně vybavený byt, bez telefonu, ve vyšším patře bez výtahu, topení na tuhá paliva)
- ztížená dostupnost zdravotnických sociálních služeb
- nemožnost nebo neochota v poskytování pomoci ze strany rodiny
- časté hospitalizace<sup>12</sup>

### 1.3 Změny v soběstačnosti z pohledu ošetřovatelského

Podle Virginie Hendersonové (1966) je hlavním cílem ošetřovatelství udržet člověka maximálně soběstačného, nezávislého na svém okolí, aby byl schopen hodnotně žít. V situaci, kdy vlastní funkční potenciál nestačí, supluje úbytek soběstačnosti vhodnou ošetřovatelskou péčí sestry. Virginie Hendersonová popisuje 14 komponent (principů) ošetřovatelství, které definují sjednocující roli sestry, pomáhající člověku v situaci, kdy si tyto základní životní funkce a aktivity, které jsou pro něj a jeho životní spokojenost velmi důležité, nemůže zajistit sám:

<sup>11</sup> WEBER, P.: Cíle nového pojetí gerontologie. ZN: Lékařské listy, 2000, č. 9, s. 1 - 2

<sup>12</sup> ZAVÁZALOVÁ, H. a kol: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 32

- pomoc pacientovi s dýcháním
- pomoc při příjmu potravy
- pomoc při vyměšování
- pomoc při udržení žádoucí polohy při chůzi, vleže, vsedě
- pomoc při odpočinku a spánku
- pomoc používat vhodný oděv, pomoc při svlékání a oblékání
- pomoc při udržování tělesné teploty v normálním rozmezí
- pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana pokožky
- ochrana nemocného před nebezpečím z okolí
- pomoc při komunikaci, při vyjádření jeho pocitů a potřeb
- pomoc při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla
- pomoc při produkci (pracovní) činnosti
- pomoc v odpočinkových (zájmových) činnostech
- pomoc při učení

Jednotlivé principy se týkají základních ošetrovatelských činností.<sup>13</sup>

Porucha soběstačnosti a sebepečce je snížená schopnost vykonávat základní životní aktivity, způsobená porušenými motorickými nebo kognitivními funkcemi. Problém v oblasti soběstačnosti je v diagnózách NANDA zahrnut pod názvem „Poruchy soběstačnosti (1996) ve čtyřech životních aktivitách v oblasti hygieny, výživy, vyprazdňování a oblékání“. Tato diagnóza se týká člověka se sníženou nebo žádnou schopností provádět aktivity v jednotlivých oblastech péče o sebe sama.

Mezi související faktory patří:

- faktory patofyziologické (onemocnění pohybového, nervového systému, metabolické, endokrinní, smyslové poruchy a další)
- faktory spojené s léčbou (sádrové obvazy, dlahy, žilní katétry, permanentní močové cévky, chirurgické výkony a další)
- faktory osobní (imobilita, trauma, nefunkční nebo chybějící končetina, porucha vidění, kognitivní deficit a další)

<sup>13</sup> STAŇKOVÁ, M.: Teoretické modely ošetrovatelství. Praha: Nепublikovaný materiál, 2002, s. 5 - 6

- faktory vývojové (staří lidé) a další

Charakteristické znaky změn v soběstačnosti: u každé aktivity musí být přítomen alespoň jeden deficit:

- deficit v příjmu potravy (neschopnost nakrájet si jídlo, zaujmout vhodnou polohu k jídlu, dopravit si stravu do úst)
- neschopnost udržovat tělesnou hygienu (zahrnuje mytí celého těla, intimní hygienu, česání, čištění zubů)
- deficit v oblékání (snížená schopnost obléknout se, neschopnost zapnout knoflíky, zip, zavázat tkaničky, nedostatečná upravenost a další)
- deficit v oblasti vyprazdňování (neschopnost nebo neochota dojít si na toaletu nebo použít jí, neschopnost nebo neochota dodržovat správnou hygienu, spláchnout na toaletě a další)<sup>14</sup>

V roce 2001 vyšlo druhé, přepracované a rozšířené vydání ošetřovatelských diagnóz, navržených Severoamerickou asociací pro ošetřovatelskou diagnózu (NANDA). V tomto přepracovaném vydání se již nepoužívá pojem „Poruchy soběstačnosti“, nýbrž tato diagnóza zní „Péče o sebe sama nedostatečná (s upřesněním úrovně) při příjmu potravy, mytí, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování“. Jedná se o poruchu schopnosti najíst se, umýt se, provádět osobní hygienu, obléci a upravit se a pečovat o vyprazdňování (dočasnou, trvalou nebo progresivního charakteru).<sup>15</sup>

V roce 1971 vytvořila Dorothea Oremová teoretický model ošetřovatelství, založený na teorii deficitu sebepéče, kterou si funkčně soběstačný člověk provádí sám prostřednictvím vlastních činností a chování, jež vedou k dosažení zdraví a pohody.

<sup>14</sup> TRACHTOVÁ, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: IDVZP, 1999, s. 23 –24

<sup>15</sup> DOENGES, E. M.; MOORHOUSE, F. M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 2001, s. 221

Model sebeděže charakterizuje následovně:

*„Člověk má přirozenou schopnost o sebe pečovat, přispívat osobně ke svému zdraví a vytvářet pro sebe pocit dobré pohody. Tyto činnosti člověka jsou ovlivňovány jeho věkem, schopnostmi a společensko-kulturním prostředím. V případě neschopnosti sebeděže je nutný ošetrovatelský zásah.“*

Sebeděže chápe Oremová činnosti člověka prováděné v zájmu vlastní existence, v zájmu svého zdraví. Schopnost sebeděže je podmíněna věkem, pohlavím, zdravotním stavem, rodinou, způsobem života, systémem zdravotní péče. Dle Oremové je sebeděže zaměřena na 6 základních oblastí:

- dostatečný a pravidelný příjem potravy, vody a vzduchu
- uspokojivé funkce vylučování moči, stolice a potu
- rovnoměrné rozložení činnosti a odpočinku
- rovnováha mezi samotou a sociální interakcí
- rovnováha mezi bezpečím, jistotou a hrozcím nebezpečím
- „normální“ život, chování, bytí, existence a podpora<sup>16</sup>

#### 1.4 Hodnocení a měření soběstačnosti

Jedním ze základních cílů moderního ošetrovatelství je pomoc nemocnému zůstat soběstačný a být nezávislý na pomoci druhých lidí. Je důležité umět zjistit funkční schopnosti každého klienta a využít lidský potenciál k udržení a rozvoji soběstačnosti. Z hlediska soběstačnosti můžeme nemocné rozdělit do 4 skupin:

- nemocní zcela soběstační, nezávislí na pomoci sestry
- nemocní částečně soběstační, schopní sebeobsluhy i mimo lůžko, ale za vydatné pomoci okolí
- nemocní zcela či částečně soběstační, ale upoutaní na lůžko, vyžadující větší či menší pomoci sestry
- nemocní nesoběstační, upoutaní na lůžko, zcela závislí na práci

<sup>16</sup> STAŇKOVÁ, M.: Teoretické modely ošetrovatelství. Praha: Nепublikovaný materiál, 2002, s. 13 -14

ošetřovatelského personálu<sup>17</sup>

Při stanovování komplexní zdravotně sociální diagnózy je třeba:

- určit medicínskou diagnózu s použitím všech potřebných a dostupných vyšetřovacích metod
- změřit zachované schopnosti k sebeobsluze – test ADL
- změřit zachované schopnosti k běžným denním činnostem – test IADL
- orientačně posoudit psychické zdraví pomocí Mini Mental State Exam testu
- seznámit se s sociální situací starého člověka – ekonomická situace, byt a jeho bariéry a vybavení, kontakty s rodinou a její ochota s pomocí, dostupnost sociálních a zdravotnických služeb

Testy se kromě zdravotnické praxe využívají ve sféře sociální péče, zvláště při rozhodování o umístění do ústavního zařízení a výběru jeho typu.

Pouze správně stanovená diagnóza spojující medicínskou a sociální problematiku má význam pro kvalitní a adekvátní léčbu. Může oddálit pobyt v ústavním zařízení a udržet starého člověka v jeho navyklém, známém prostředí.<sup>18</sup>

#### 1.4.1 Aktivity každodenního života

Koncept hodnocení aktivit každodenního (všedního) života (ADL - activities of daily living) vychází z přesvědčení, že u pacientů se závažnou disabilitou není rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, ale rozhodující je funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. Často se hovoří o ucelené rehabilitaci, která posiluje nejen vlastní deficit, ale také podpůrné faktory tělesné a také vlivy psychosociální. Není zaměřena na poruchu, nýbrž na znevýhodnění, na tělesné a sociální fungování.

Původní index nezávislosti v každodenních aktivitách vytvořil v roce 1964 S. Katz a zkráceně je označován jako **Katz ADL**. Původní šestipoložkový

<sup>17</sup> STAŇKOVÁ, M.: České ošetřovatelství 6 – Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno: IDVPZ, 2001, s. 32 - 33

<sup>18</sup> ZAVÁZALOVÁ, H. a kol: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 32



index sjednocuje pohled na pacienta v úrovni sebeobsluhy. Bazální ADL se týká sebeobsluhy. Hodnotí se přemísťování, používání toalety, koupání, jezení, oblékání a kontinence. Alternativní Barthelův index zahrnuje navíc hodnocení chůze a stoupání do schodů. Některé testy se snaží rozlišovat mezi aktuálním a potenciálním výkonem, jiné posuzují aktuální změnu oproti dlouhodobé zvyklosti. Katz rozvinul svůj koncept zavedením pojmu instrumentální aktivity. Instrumentální IADL se týkají složitějších činností, které umožňují ve svém souhrnu nezávislou existenci, tedy plnou soběstačnost: nakupování, vaření, vedení domácnosti, používání dopravních prostředků, nakládání s penězi a telefonování.

#### 1.4.2 Výkonové testy

Výkonové testy se snaží charakterizovat schopnost organismu podávat určité výkony ve vztahu k disabilitě. Některé testy jsou orientovány na tělesné schopnosti, jiné na mentální schopnosti, některé jsou smíšené.

K nejpoužívanějším testům patří:

- test schopnosti vstát ze sedu na židli
- test rychlosti chůze
- hodnocení pohybové aktivity z hlediska chůze
- testy rovnováhy
- test tlaku na sternum
- POMA - hodnotí jak rovnováhu, tak chůzi
- testy síly svalového stisku
- test zdvižení a přenesení břemene
- dosah paže v sedu při natažených dolních končetinách
- hodnocení jemné motoriky i mentálních schopností při zamykání a odemykání
- test oblečení košile či blůzy
- test vaření čaje či polévky

- mentální testy - MMSE <sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> KALVACH, Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 196 - 200

## 2 Kvalita života starého člověka

Slovo **kvalita** je odvozeno od latinského *qualis*, a to zase od kořene *qui* - kdo (ve významu kdo to je, případně jaké to je). V češtině nás kořen slova kdo vede ke slovům typu kéž či kýžený, tj. žádoucí stav. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb. Pokud hovoříme o kvalitě života, máme na mysli kvalitu života lidí. O kvalitě života lidí je možno hovořit a mít na mysli různý rozsah pojmu člověk. Je možno hovořit o kvalitě života jednotlivce, dvojice lidí, skupiny lidí atd. Na kvalitu života je možno se ptát i tak, že si neklademe otázku jaké to bylo nebo momentálně je, ale jaké by to mělo být. Ptáme se po žádoucím stavu, po cíli snažení. Jedná se nám v tom případě o cíl, k němuž mají být naše snahy zaměřeny. Otázkou kvality života se zajímali lidé od pradávna – i když to, co mi dnes nazýváme kvalitou života nazývali poněkud odlišně.<sup>20</sup>

Kvalitou života se zpravidla rozumí:

- dosažení co největšího objemu statků a služeb, které mohou lidé potřebovat
- svoboda: možnost volného rozvoje a svobodného rozhodování pro každého člověka
- spravedlnost: zajištění stejných práv a povinností pro všechny
- jistota: zajištění sociálního zázemí, pocit bezpečnosti
- pokrok: tedy možnost neustálého pohybu vpřed.<sup>21</sup>

Kvalita života podmíněná zdravím – HRQOL (Health related quality of life) je pojem shrnující subjektivní a přitom kvalifikované měření jednak vnímání zdraví, jednak chodu životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře. Umožňuje zjišťovat a hodnotit potřebu sociálních intervencí u osob v remisi chronických nemocí a srovnat se široce sociálně chápavou zdravou populací.<sup>22</sup>

Pojmem kvalita života starého člověka se označuje individuální postoj ke stáří. Život každého je dán plněním a splněním svých životních hodnot a cílů.

<sup>20</sup> KŘIVOHLAVÝ, J.: Kvalita života. [www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c\\_kv\\_ziv.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kv_ziv.html)

<sup>21</sup> [www/maturita.plamicz.info/1%20zakladni%20pojmy.htm](http://www/maturita.plamicz.info/1%20zakladni%20pojmy.htm)

<sup>22</sup> Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“. Kontakt, 2001, s. 146 - 150

Obsah tohoto pojmu je samozřejmě podmíněn společenskými normami a hodnotami. Kvalita života ve vztahu ke zdraví je definována souborem kritérií používaných k hodnocení výsledku léčby.

*„Jsou egoističtí...nemají rádi změny...jsou zlí, pořád jsou smutní...“* Podobná slova slýcháme o starých lidech. Vyhovují však skutečně všichni starší lidé této představě? Mají snad nějakou zvláštní psychiku? Velmi často si to myslíme a hodí se nám to, protože se tím ujišťujeme! Tím, že připisujeme starým lidem specifické vlastnosti, se chceme hlavně ubezpečit, že nejsme jako oni. Současná psychologie se mimo jiné zajímá o způsob, jakým se člověk přizpůsobuje svému okolí a prostředí. Jeden z otců gerontopsychiatrie říká: *„Stárneme stejným způsobem, jakým jsme žili.“* Ztráty a velké životní zvraty však nejsou specifickým jevem stáří, protože každý jedinec během života získá zkušenost se ztrátou. Pro stáří je však charakteristické, že se ztráty a životní zvraty nahromadí a starší lidé se pak stávají slabší a zranitelnější. Jmenujme alespoň několik velkých životních změn:

- odchod do důchodu
- odchod dětí a narození vnoučat
- biologické a fyzické změny
- smrt partnera, blízkých lidí a vrstevníků
- změna bydlení, případně vstup do domova důchodců<sup>23</sup>

## 2.1 Změny potřeb ve stáří

Problematika potřeb je jednou ze základních otázek vztahu člověka k sobě, k životu a ke svému prostředí. Ale také naopak, kdy potřeby jsou výrazem nároků prostředí na člověka. Potřeby jsou základní motivační silou v chování člověka, pomáhají udržet rovnováhu nejen uvnitř organismu, ale i rovnováhu mezi člověkem a prostředím. Potřeby přispívají k adaptaci člověka na změny prostředí a naopak potřeby člověka prostředí mění.

<sup>23</sup> PICHAUD, G.; THAREANOVÁ: Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998, s. 26-27



Věkem, nemocí, náročnou životní situací může být porušena nejen vnitřní rovnováha organismu, ale i rovnováha s vnějším prostředím projevující se frustrací – neuspokojením mnoha potřeb člověka. Potřeby člověka chápeme jako stav člověka charakterizovaný napětím a dynamickou silou, vzniklou z nedostatku či přebytku a směřující znovu k obnovení životní rovnováhy – splnění přání a životních hodnot.

Pozornost zdravotníků a sociálních pracovníků bývá mnohem více zaměřena na tělesné potřeby člověka, na porušené tělesné zdraví a soběstačnost. S vysokým věkem u starého člověka nedochází jen k porušení biologické rovnováhy organismu, ale s věkem je narušena především psychosociální rovnováha a rovnováha s prostředím. Každý, kdo pečuje o starého člověka, by měl přistupovat k nemocnému komplexně. Mluvíme o holistickém (celostním) přístupu, zdůrazňující psychosomatickou jednotu a jedinečnost každého člověka. Holistický přístup, znamená, že člověk není jen souhrnem jednotlivých částí, ale porucha jedné části je poruchou celého systému.

Jedním z představitelů filozofie je americký humanistický psycholog Abraham Maslow, který vytvořil hierarchické uspořádání potřeb. Pro snadnější pochopení a vysvětlení používá PhDr. Helena Chloubová Dům životních potřeb, který vychází z Maslowovy filozofie. Dům životních potřeb musí mít „pevné základy – suterén“, které tvoří dobře fungující tělesné potřeby.<sup>24</sup>

Vysokým věkem a nemocí jsou jedna či více potřeb porušeny, čím více tělesných potřeb není saturováno, tím více je tělesný zdravotní stav starého člověka ohrožen. Frustrace tělesných potřeb se projeví nejprve tím, že subjektivně člověk cítí nepříjemné pocity (bolest, žízeň, hlad, pocity zimy, svědění atd.). Ze zkušeností a průzkumů víme, že staří lidé se na některé tělesné potřeby mnohem více soustředí a preferují je.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> CHLOUBOVÁ, H.: Změny potřeb ve stáří. Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení, roč. 1, č. 2, 2005, s. 22 - 23

<sup>25</sup> CHLOUBOVÁ, H.: Změny potřeb ve stáří. Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení, roč. 1, č. 2, 2005, s. 22 - 23

Psychosociální potřeby jsou mnohem složitější, protože vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializací. Jsou velmi individuální. Na jedné straně závisí na stavu jedince - na osobnostních, genetických, pohlavních a věkových předpokladech. Na druhé straně záleží na prostředí – přírodním, materiálním, sociálním a duchovním. Také záleží na rodině, výchově, vzdělání, kultuře, náboženství, politicko-mocenském uspořádání apod. Po saturaci tělesných potřeb se dostáváme do přízemí domu, kde se nacházejí psychosociální potřeby existenciální čili potřeby bezpečí a jistoty. Lze rozlišit tři stupně potřeby bezpečí:

- potřeba ekonomického zabezpečení
- potřeba fyzického bezpečí
- potřeba psychického bezpečí

Ve stáří dochází v úrovni existenciálních potřeb k frustraci – k poruchám zdraví, soběstačnosti, k vzniku sociálních a ekonomických nejistot, ke změnám a omezenému příjmu a zpracování podnětů a zkreslení informací, ke změnám nároků na bydlení, bezpečí a pomoci. Starý člověk daleko více potřebuje ke svému životu klid – mír, věřit a důvěřovat svému okolí, svému „Bohu“ a znát své prostředí, a proto se těžko přizpůsobují novému prostředí.

Na první místo staví starý člověk potřebu zdraví. Přibývá bolesti, utrpení, vzniká pocit strachu ze smrti až ohrožení, vzniká panika a stres. S přibývajícím věkem se také výrazně snižuje soběstačnost (člověk si nemůže sám plně saturovat své základní potřeby a nemůže úplně sám žít v rovnováze a nároky zevního prostředí). Objevují se pocity strachu, nemohoucnosti, slabosti, únavy, bezmoci až závislosti na kompenzačních pomůckách nebo na pomoci druhých lidí. Starý člověk ztrácí jistoty nejen pracovní, ekonomické, ale i sociální, ty pak mohou vést k sociální izolaci, s pocity osamělosti a smutku. U starého člověka dochází ke změnám příjmu informací a podnětů, člověk potřebuje více pomoci a péče, bezbariérových přístupů a pomůcek, pocit bezpečí a ochrany. Omezený příjem informací a podnětů vede k sociální izolaci, vznikají dezinformace o prostředí až dezorientace v reálném prostředí, pocity nepochopení. Zhoršuje se komunikace se starým člověkem a prohlubuje se jeho

izolace. Starý člověk se častěji fixuje na toho, kde se cítí v bezpečí, cítí pomoc a ochranu. Má svůj řád, svůj pořádek, svá pravidla, návyky a stereotypy a dlouho mu trvá, než se adaptuje na nová pravidla a řád.<sup>26</sup>

V prvním patře Domu životních potřeb se nacházejí potřeby sounáležitosti a lásky (tzv. sociální potřeby – láska, sounáležitost, důvěra, komunikace, rodina, přátelství, péče o druhé, identita a pozitivní vztah). Člověk nemůže být dlouho sám, potřebuje kontakt, komunikaci, být s druhými apod. Sociální potřeby zahrnují tyto druhy potřeb:

- potřeba informovanosti (mít informace o světě, ve kterém žije, vědět, co se děje, mít zprávy o blízkých lidech). Bez těchto informací je starý člověk odtržen od světa a stává se izolovaným.
- potřeba náležet k nějaké skupině (být členem nějaké skupiny – rodina, přátelé). Problém nastává při přestěhování do jiného města, při odchodu do ústavního zařízení. Pocit, že člověk již nepatří k žádné skupině, je bolestný a obtížně se s ním vyrovnává.
- potřeba lásky (mít někoho rád a přijímat tento cit od druhého)
- potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut (mít možnost s někým mluvit, rozmlouvat, vyjádřit svůj názor, sdělit své myšlenky a přání)

Následující patro tvoří potřeby uznání a sebeúcty, kam řadíme – sebeúctu, sebepojetí, úspěch a uznání, neudělat ostudu, intimita, poznání a pochopení, autonomie, moc a submisí. Potřeba autonomie ve smyslu být svobodný, být sám sobě zákonem, rozhodovat sám za sebe. Člověk může být fyzicky závislý a zároveň psychicky zcela autonomní. Potřeba uznání a vážnosti je součástí potřeby autonomie a sem řadíme i potřebu užitečnosti, potřebu někomu nebo něčemu sloužit.

*„Jsem stará a potřebuji být v závěru života užitečná. Stává se mi, že se z různých důvodů cítím zbytečná. Pro společnost nemám význam, protože už dlouho nemohu pracovat a vykonávat nějaké zaměstnání.... Mám pocit, že jsem břemenem pro společnost i pro rodinu.... Mé handicapy a nesamostatnost mě*

<sup>26</sup> CHLOUBOVÁ, H.: Psychosociální potřeby ve stáří. Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení, roč. 1, č. 3, 2005

*ochromují, a nemohu se tudíž jako dříve rodině odvděčit nějakou službou....  
Prosím Vás, vyslechněte mě a pochopte mé trápení, pomozte mi, abych se cítila  
ještě před smrtí užitečná.... Chtěla bych přispět svými zkušenostmi a  
dovednostmi, tak jako mi dělá radost, když mohu svým blízkým přispět něčím  
z toho, co vím a umím.... Takto bude mít můj život daleko od zoufalství a  
zachová si smysl až do konce, protože budu vědět, že jsem pro ostatní lidi  
užitečná nejen tím, co dělám, ale i tím, že jsem.“*

V podkroví Domu životních potřeb jsou potřeba seberealizace a rozvoje vlastní činnosti, kam řadíme – seberealizace, sebeaktualizace, hodnoty životní, tvůrčí potřeby, duchovní potřeby, kulturní potřeby, pracovní potřeby, estetické potřeby a různé zájmy. Staří lidé potřebují v životě uspokojovat všechny potřeby stejně jako každý z nás. Nejsou důležité jen fyziologické potřeby, ale také potřeby psychologické.<sup>27</sup>

## 2.2 Problematika rizikových gerontů

*„Jsem stará, dlouho žít nebudu, a tak si musím promyšleně připravovat a plánovat hezké chvíle. Můj zdravotní stav se zlepšovat nebude, tak holt musím překonat lenost. Potřebuji stále nějaké podněty zvenčí, potřebuji mít o něco starost, na něco se připravovat, mít povinnosti na něž stačím a z jejichž splnění mám radost a pocit uspokojení. Možná že i proto ženy žijí déle. A nejspokojenější jsou prý lidé, jejichž způsob života ve stáří se příliš neliší od způsobu, jakým žili ve středním věku. Vlastně stáří není špatná fáze života!“<sup>28</sup>*

Seniorská populace je velmi proměnlivá, vyvíjí se a vykazuje některé charakteristické rysy. To je dáno především:

- obecně platnou jedinečností vloh a osobnostních rysů, které se s věkem neztrácejí
- různou mírou rozvoje těchto vloh během mládí a středního věku

<sup>27</sup> PICHAUD, G.; THAREANOVÁ: Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998, s. 37 - 41

<sup>28</sup> ŠIKLOVÁ, J.: Deník staré paní. Praha: Kalich, 2003, s. 99- 100, 159



- interindividuální variabilitou involučních biologických dějů
- různou mírou chorobných změn
- událostmi dlouhého života, zkušenostmi a návyky, včetně vzdělání a profesní kariéry, způsobem života
- hodnotovým systémem, životním názorem
- různým sociálně ekonomickým zázemím bytových podmínek a rodinné situace

Senioři mají mnohé rysy společné, a přesto se velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých potřebách a nárocích. I přes existenci specifických problémů a potřeb seniorského věku jsou jednotliví senioři až do nejzazšího věku především „sami sebou“ a teprve pak „starými lidmi“.<sup>29</sup>

Za rizikové můžeme považovat ty staré lidi, kteří nejsou schopni se rychle a účinně přizpůsobit náhlým změnám životních podmínek nebo zdravotnímu stavu. Podle Světové zdravotnické organizace jsou rizikovými:

- staré osoby nad 80 let věku
- osaměle žijící
- staré ženy, osamělé a svobodné
- lidé umístění v ústavních zařízeních
- izolovaní staří lidé
- bezdětní
- lidé se závažnými chorobami a vadami
- páry, kde je partner vážně nemocen nebo handicapován
- lidé se špatným hmotným zabezpečením

Ke vzniku rizikové situace přispívají i některá období života starých lidí. Jedním takovým obdobím je odchod do důchodu – ztráta kontaktu s lidmi. Další závažná situace nastává při náhlém úmrtí životního partnera či blízkého příbuzného. Problém také nastává při návratu z ústavního léčení do vlastní domácnosti, nebo naopak při přemístění do zdravotní či sociální ústavní péče. Za velmi závažné je možné označit situaci, kdy se kumulují špatné zdravotní

---

<sup>29</sup> KALVACH, Z. a kol.: Úvod do gerontologie a geriatrie I. díl. Praha: Karolinum, 1997, s. 122

stav s vysokým věkem a osamělým způsobem života. Často dochází k neschopnosti postarat se odpovídajícím způsobem o sebe a vlastní domácnost. Vzniká různý stupeň závislosti na pomoci druhé osoby. Tito jedinci mají vyšší nároky na poskytování sociálních služeb a vyšší spotřebu zdravotnických služeb.<sup>30</sup>

### 2.2.1 Problematika prodlužování věku seniorů

Délka lidského života závisí na celé řadě faktorů. Velký vliv má genetická výbava a způsob života, který na rozdíl od genetické dispozice jde ovlivnit.<sup>31</sup>

Průměrná délka lidského života je statistický údaj získaný tím, že jsou sečteny roky, které prožili všichni zemřelí, a následně vyděleny jejich počtem. Střední délka života (očekávaná doba dožití) nás informuje o tom, kolika roků se s velkou pravděpodobností dožije právě narozené dítě. V roce 1960 byla v České republice střední délka života při narození pro muže 67,9 a pro ženy 73,4 let. O 30 let později byla střední délka života při narození pro muže 67,6 a pro ženy 75,4 let. K 31. prosinci 2003 byla střední délka života při narození pro muže 72,03 a pro ženy 78,51 let. Tohoto věku se nemusí dožít každý a stejně tak může být tento limit i překročen.<sup>32</sup> Ohledně určení hranice stáří však nepanuje jednoznačná shoda. Používán je kalendářní (chronologický, matriční) věk, který je odvozen z data narození. Velmi důležitý je skutečný (biologický, nebo také funkční) věk, který neodpovídá kalendářnímu věku. Někdo prostě „na svá léta nevypadá“.<sup>33</sup>

<sup>30</sup> ZAVÁZALOVÁ, H. a kol: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 36

<sup>31</sup> HAŠKOVCOVÁ, H.: České ošetřovatelství 10 – Manuálek sociální gerontologie. Brno: IDVPZ, 2002

<sup>32</sup> Zdravotnictví České republiky 2003 ve statistických údajích. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2004

<sup>33</sup> HAŠKOVCOVÁ, H.: České ošetřovatelství 10 – Manuálek sociální gerontologie. Brno: IDVPZ, 2002

Z pohledu lidí není věk jediným, a dokonce ani rozhodujícím faktorem pro označení člověka za starého. Senior si připadá starý, pokud není v dobrém zdravotním stavu, ztratí duševní svěžest a autonomii.<sup>34</sup>

Světová zdravotnická organizace klasifikuje vyšší věk do těchto kategorií:

45 až 59 let – střední (zralý) věk

60 až 74 let – vyšší věk (rané stáří)

75 až 89 let – stařecký věk (senium)

90 let a výše – dlouhověkost.<sup>35</sup>

Počet stárnoucích a starých lidí v populaci s sebou přináší na jedné straně radost, na straně druhé celospolečenský problém. Zhruba dvacet let již probíhá střet dvou pojetí seniorské problematiky: na jedné straně je stáří jako přítěž ekonomického růstu, na druhé straně je snaha integrovat funkčně zdatného a produktivního člověka.

Hlavní obecné problémy, které se stárnutím populace souvisejí:

- Přelidnění zeměkoule a obavy, že se lidský druh blíží ke krajní mezi svých potravinových a vodních zásob, dochází k vyčerpání dalších zdrojů, hromadění odpadu a ekologické devastaci. Počet obyvatel Země rychle stoupá a dle teoretických odhadů může planeta uživit asi 10 miliard lidí.
- Ohrožení ekonomického růstu vysokými náklady na sociální a zdravotní péči o seniory včetně starobních důchodů. Staří lidé spotřebovávají a uplatňují vyšší nároky na zdravotní a sociální péči. Je otázkou, zda by v zemích, kde se k prodlužování života lidí starších 75 let používají čím dál nákladnější metody a postupy, nemohly tyto zdroje využít lépe.
- Ohrožení finančního systému mobilizací úspor. Senioři mohou po odchodu do důchodu ukončit spoření a mohou dramaticky mobilizovat své úspory a realizovat odloženou spotřebu.
- Absolutní nezabezpečenost seniorů především rozvojových a hospodářsky slabých států. Hrozí vznik a nárůst skupiny seniorů žijících pod hranicí

<sup>34</sup> RABUŠIČ, L., VOHRALÍKOVÁ, S.: Čeští senioři včera, dnes a zítra. Praha: VÚPSV, 2004, s. 6, [http://www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti\\_seniori.pdf](http://www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti_seniori.pdf)

<sup>35</sup> HAŠKOVCOVÁ, H.: České ošetřovatelství 10 – Manuál sociální gerontologie. Brno: IDVPZ, 2002

životního minima a umírajících na okraji společnosti. Světové shromáždění o stáří ve Vídni v roce 1982 zdůraznilo právo na čistou vodu, přístřeší, potraviny, základní ošacení. Hrozbou pro nesoběstačné seniory je i rozpad tradiční rodinné či kmenové struktury společnosti.

- Nízká kvalita života ve stáří, segregace seniorů, jejich diskriminace a zneužívání představují významnou otázku kvality a smysluplného života ve stáří.
- Nepřiměřenost spektra společenských služeb pro potřeby seniorů. Příkladem je zdravotnictví, kdy v 19.století vznikla celá řada specializací, ale jen vzácně geriatrická.

Ve vztahu k seniorské problematice můžeme dát do protikladu dva extrémní názorové proudy: První předpokládá poměrně rychlé prodlužování střední délky lidského života s prodlužováním terminální fáze nesoběstačnosti a vysokou potřebou zdravotně-sociální péče. Druhý proud vychází z koncepce úspěšného stárnutí a zdravého stáří. Prodlužování střední délky života tak nemusí být spojeno s nemocemi a nesoběstačností. Do značné míry jde zdravotní stav ovlivnit prevencí.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> KALVACH, Z.: K potřebě nového pojetí seniorské problematiky v ČR. Praha: MPSV ČR, 2001, s. 10, <http://www.mpsv.cz/>

## 3 Podmínky pro socializaci seniorů

### 3.1 Bytové a bariérové podmínky

Kvalitní bydlení je jednou z prioritních potřeb každého člověka. Odpovídající bytové podmínky a příznivě působící prostředí jsou nezbytným předpokladem prospívání všech lidí. Oddaluje nebo zamezuje odchodu seniorů do objektů a zařízení, kde jsou odloučeni od rodin a ztrácejí dosavadní společenské kontakty. Bytové podmínky významným způsobem ovlivňují kvalitu života lidí všech věkových skupin ve všech zemích. Dobře vybavené obydlí je zvláště důležité pro staré lidi, neboť pro ně je ústředním místem jejich aktivity. Adaptace příbytků, poskytnutí praktických pomůcek pro každodenní život a odpovídajícím způsobem upravené vybavení domácnosti může usnadnit starým lidem s omezenou pohyblivostí či jinou disabilitou, aby nadále žili ve vlastním domově.

Příbytky starších lidí je třeba chápat jako něco víc, než střechu nad hlavou. Kromě fyzického hlediska je třeba patřičným způsobem přihlížet rovněž k psychologickému a sociálnímu významu obydlí. Aby se starší lidé vymanili ze závislosti, měla by národní opatření v oblasti bydlení sledovat následující:

- pomáhat starým lidem, aby žili ve svých domovech tak dlouho, jak jen je to možné.
- podporovat obnovu a rozvoj, a pokud je to přiměřené a proveditelné, i přestavbu a zlepšování příbytků a jejich úpravu tak, aby se usnadnilo starým lidem vcházení a vycházení
- vypracovat v rámci bytové politiky, která předpokládá smíšené financování státní i soukromé, realizovat i bytovou výstavbu pro starší lidi, která by odpovídala postavení a soběstačnosti seniorů s přihlédnutím k místním tradicím a zvykům
- koordinovat bytovou politiku s opatřeními týkajícími se komunitních služeb (sociálních, zdravotnických, kulturních, dopravních a dalších) a

pokud je to možné zabezpečit zvláště vhodnou polohu pro bydlení seniorů ve srovnání s byty určenými pro populaci jako celek

- vypracovat zvláštní strategii a uskutečnit opatření, která by umožnila starým lidem pohyb po okolí a chránila je před nebezpečím dopravního ruchu
- zvláštní pozornost by měla být věnována problémům prostředí a takovým úpravám životního prostředí, které by braly v úvahu funkční zdatnost seniorů, usnadňovaly mobilitu a komunikaci s využitím vhodných dopravních prostředků
- senioři by měli být zapojeni do bytové politiky a do programů pro starou populaci

V České republice žije příliš mnoho starých lidí v nevyhovujících podmínkách, aniž by bylo využito bezbariérových úprav, kompenzačních pomůcek, kuchyňských pomůcek. Informovanost o možných úpravách, souvisejících s jejich domácím prostředím, je obecně nízká.

Žádoucí bydlení seniorů by mohlo být charakterizováno jako:

- bezpečné
- přístupné (veřejná doprava, výtahy, nižší patra apod.)
- nenáročné (vybavenost, odstranění bariér, nákupy, služby apod.)
- neizolované (telefon, zástavba apod.)
- integrované (v kontaktu s příbuznými)
- důvěrně známé
- kultivované (úroveň okolí, vycházky, prostory k setkávám)
- přiměřeně nákladné (nájemné, ostatní platby)
- neškodlivé
- nestresující<sup>37</sup>

Senioři preferují zachování samostatného bydlení, v některých případech je však přesun do ústavního zařízení nevyhnutelný. V případě zhoršení soběstačnosti si chtějí senioři udržet soukromí a nezávislost, upřednostňují

<sup>37</sup> Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí. 2002, s. 26- 27, <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>

samostatné bydlení ve svém domě nebo v domě s pečovatelskou službou před společným bydlením s dětmi. I v budoucnu lze předpokládat, že většina seniorů bude schopna žít ve své vlastní domácnosti s využitím určité sociální pomoci.<sup>38</sup>

Změna prostředí je ve stáří závažný stresor. Adaptace je ztížená, probíhá delší dobu a je negativně pocíťována i při přestěhování do výhodnějších podmínek. Doba potřebná k adaptaci na nové prostředí závisí na :

- osobnosti
- zdravotním stavu
- úrovni mentálních schopností
- okolnostech přestěhování
- spokojenosti v novém bydlišti
- náročnosti nového bydliště apod.

Samotná institucionalizace přináší celou řadu rizik a zátěží:

- změnu prostředí s neznalostí nových prostor a nových lidí
- porušení mezilidských vazeb a dosavadní seberealizace
- ztrátu či ohrožení autonomie a soukromí (zahrnuje ztrátu svobodného rozhodování o sobě samém, podřízení režimu daného zařízení, omezení volnosti pohybu, sdílení prostoru a cizími osobami apod.)
- ztrátu či omezení kontaktů s vnějším světem a různé formy deprivace
- změnu sebehodnocení a životní perspektivy (dochází ke ztrátě identity, jedinec se mění v anonymního řádového chovance apod.)
- nevhodné jednání personálu, spolubydlících nebo spolupacientů

K významným nástrojům prevence negativních důsledků ústavní péče patří zájem o individuální lidské potřeby.<sup>39</sup>

<sup>38</sup> RABUŠIČ, L., VOHRALÍKOVÁ, S.: Čeští senioři včera, dnes a zítra. Praha: VÚPSV, 2004, s.67 - 69, [http://www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti\\_seniori.pdf](http://www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti_seniori.pdf)

<sup>39</sup> KALVACH, Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 495 - 497

### 3.2 Kompenzační pomůcky pro seniory

Každému se může stát, že bude upoután na lůžko, a pak teprve ocení, že existují pomůcky, které mu usnadní život. Jedná se o pomůcky, které kompenzují, tedy dorovnávají či nahrazují, pomáhají zlepšit různé funkce lidského těla, které jsou změněny v důsledku onemocnění. Řešení nám pomohou nalézt v prodejnách Zdravotnických potřeb. Některé pomůcky si musíme zakoupit, na jiné dostaneme poukaz od ošetřujícího či odborného lékaře. V některých městech republiky existují Centra technické pomoci, kde se dají vypůjčit mnohé věci. Součástí centra bývá i půjčovna rehabilitačních pomůcek. Informaci o tom, zda ve vašem bydlišti centrum existuje, poskytnou pracovníci sociálního odboru při městském či obecním úřadě. Je třeba počítat s tím, že se za zapůjčení platí.<sup>40</sup>

Jedno z mnoha dělení kompenzační pomůcek je:

- oporné pomůcky pro chůzi
- vybavení koupelen a toalet
- drobné pomůcky pro každodenní činnosti
- antidekubitní podložky

Oporné pomůcky pro chůzi:

- berle a hole
- chodítka

Drobné pomůcky pro každodenní činnosti:

- kuchyňské pomůcky speciální
- pomůcky sebeobslužné (při oblékání apod.)
- další (pracovní pomůcky, psaní, telefonování apod.)
- pomůcky pro práci s PC, protézy dolních končetin, podpurná soustava pro horní končetiny<sup>41</sup>

<sup>40</sup> VEJVODOVÁ, A.: Byt takřka bez bariér. Praha: Pohoda pojištěnce, podzim - zima 2005, s.

17

<sup>41</sup> [http://biomech.ftvs.cuni.cz/pbpk/kompendium/rhbengn/pomucky\\_kompenzacni.pdp](http://biomech.ftvs.cuni.cz/pbpk/kompendium/rhbengn/pomucky_kompenzacni.pdp)



Firma MEYRA byla založena v roce 1936 jako rodinná firma v malém westfálském městečku Vlotho panem Wilhelmem Meyerem. Za dobu své existence se vypracovala nejenom k evropské, ale i světové špičce ve svém oboru. Obchodní zastoupení v ČR získala MEYRA již v roce 1991 a výroba v Poděbradech byla zahájena v roce 1994. Firma nabízí tento sortiment:

- mechanické a elektrické rehabilitační vozíky
- kočárky a polohovací sedačky
- chodítka, hole, berle
- zvedací zařízení do vany
- toaletní židle, nástavce na WC
- vanové a sprchové sedačky
- polohovací lůžka
- rehabilitační prostředky pro sebeobsluhu a hygienu
- antidekubitní prostředky
- protiskluzové materiály<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> MEYRA ČR, spol. s r. o.: Vozíky a rehabilitační prostředky pro děti a dospělé. Leták

## 4 Zázemí a pomoc ve vztahu k podpoře seniorů

Stáří každého jednotlivce je vždy odlišné a neopakovatelné, odráží totiž individuální osudy lidí. O kvalitě stáří, o tom, jak budou lidé tuto životní etapu prožívat, se rozhoduje mnohem dříve, než lidé zestárnou. Stáří je odrazem celého života, projevují se v něm dlouhodobě působící faktory, které ovlivňují psychiku člověka, jeho zdravotní stav, vnější podmínky jeho života apod. Stáří není jen obdobím pasivního „dožívání“. Senioři se zapojují do společenského života, získávají nové rodinné role, udržují si své koníčky, zapojují se do nejrůznějších aktivit a sehrávají celou řadu dalších rolí.<sup>43</sup>

### 4.1 Rodina a starý člověk

Podle sociologického slovníku se **rodina definuje jako**: malá, primární, neformální skupina, která je tvořena lidmi spojenými příbuzenskými (manželskými, pokrevními) pouty a která plní funkci sexuální, ekonomickou, reprodukční a výchovnou, typické je pro ni intimní soužití ve společné domácnosti, její členové se řídí stálými vzory chování. Nukleární rodinu tvoří rodiče a děti.

Rodina má i funkci zdroje kulturních a morálních zásad a hierarchie hodnot (spravedlnost, láska, přátelství, pravdomluvnost, nezištnost, přístup k povinnostem, k práci, citová výchova, zásady chování jedince ve společnosti). Plní i funkci zábavně společenskou, je společenským zázemím pro její členy. Staří lidé velmi oceňují dobře fungující rodinné vztahy a zázemí.<sup>44</sup>

Rodina jako základní společenská jednotka soužití prodělává v tomto století dramatické změny. Tradiční trojgenerační rodiny, kdy žili prarodiče, rodiče a děti v jednom domě a kdy jejich základní vztahy určovala ekonomická nutnost

<sup>43</sup> RABUŠIČ, L., VOHRALÍKOVÁ, S.: Čeští senioři včera, dnes a zítra. Praha: VÚPSV, 2004, s. 54, [http://www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti\\_seniori.pdf](http://www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti_seniori.pdf)

<sup>44</sup> ZAVÁZALOVÁ, H. a kol: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 50 - 51

spolužití, jsou nenávratně pryč. Jak tedy žijí dnešní rodiny? Rodina přestala plnit funkci základní ekonomické jednotky a jednotliví členové rodiny nemusejí dědit řemeslo svých dědů a otců. Jsou tedy svobodnější ve výběru povolání a rozhodující pro založení rodiny je především citová náklonnost. Rodiče žijí ve společné domácnosti pouze se svými dětmi, společný život je často založen na křehkých citových vztazích a vysoká rozvodovost se stává celoevropským fenoménem. Proměny v rodině zasáhly i starší a staré členy rodiny. Dnes odcházejí lidé do penze v době, kdy ještě zdaleka nejsou staří. Na začátku penzijního věku mají lidé relativně hodně sil i odvahy žít nadále svůj nezávislý život. Někteří setrvávají v zaměstnání, nebo se intenzivně věnují svým zálibám. Dobré vztahy mezi prarodiči a vnoučaty jsou zachovány, ale oddělením bydlení prarodičů a nukleární rodiny vzniká tzv. intimní život na dálku.<sup>45</sup>

Rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistotu, rozvíjí aktivity ve stáří. Rodinný stav osob vyššího věku je odrazem demografické situace a vývoje rodiny. Ve stáří znamená dobře fungující rodina záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné.

Důležité jsou možnosti, vůle, motivace a snaha rodiny pomoc poskytnout. Význam má i způsob bydlení, vzdálenost blízkých nebo příbuzných osob. Rozhodující je také společenské klima, morálka, etické normy, společenské i rodinné tradice, podpora legislativní i ekonomická. Velkou pomocí v realizaci péče o starého člověka v domácím prostředí jsou agentury domácí péče, střediska pečovatelské služby, domovinky, charitativní sdružení a další sociální aktivity v rámci komunity. Pomoc druhé osoby potřebuje občas asi 60% starých osob. Podle gerontologických šetření se o většinu starých lidí v případě nesoběstačnosti stará rodina. Rodina by měla poskytnout jen tu péči, kterou si starý člověk nemůže obstarat sám. Starý člověk by měl mít snahu zůstat co nejdéle soběstačný. Rodina musí splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného člena, z nich nejdůležitější jsou:

---

<sup>45</sup> HAŠKOVCOVÁ, H.: Starý člověk v rodině. Praha: Praktický lékař 80, 2000, č.1, s. 43 - 44

- **moci - mít podmínky** fyzické, sociální i psychické, bytové, časové, finanční, technické i jiné
- **chtít pečovat, mít dobrou vůli**, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny
- **umět pečovat**, vědět jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci

Problémy nastávají zejména v případech některých onemocnění (psychických, Alzheimerova choroba apod.) nebo handicapů, kdy musí být rodina proškolená pro řešení běžných denních, ale i krizových situací.<sup>46</sup>

## 4.2 Existenciální zabezpečení ve stáří

Podle Listiny základních práv a svobod mají občané právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří, při nezpůsobilosti k práci a při ztrátě živitele. Kdo se ocitne v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek. Ve stáří jsou v našich podmínkách zabezpečeni občané:

- důchodovým pojištěním
- státní sociální podporou
- sociální pomocí, sociální péčí

### 4.2.1 Důchodové pojištění

Převážná většina osob vyššího věku je zabezpečena starobním důchodem, popř. vdovským nebo vdoveckým. Výše starobního důchodu je dána dvěma položkami:

- základní výměra je pevnou částkou, stejnou pro všechny důchody
- procentní výměra, její výše je závislá na počtu let pojištění a výši příjmu

Nárok na starobní důchod má občan naší republiky, dosáhne-li důchodového věku a splnil podmínku 25 let pojištění (při dosažení 65 let věku

<sup>46</sup> ZAVÁZALOVÁ, H. a kol: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 47,53

stačí 15 let pojištění). Z důchodového pojištění jsou vypláceny částky pro bezmocnost. Rozlišujeme tři stupně bezmocnosti:

- osoba částečně bezmocná potřebuje dlouhodobě pomoc jiné osoby při některých nezbytných životních úkonech
- osoba převážně bezmocná potřebuje kromě pomoci jako u částečné bezmocnosti i pravidelnou pomoc při hlavních životních úkonech
- osoba úplně bezmocná je zpravidla odkázána k pobytu na lůžku, zcela pozbyla schopnost sebeobsluhy, potřebuje soustavné ošetřování a trvalou pomoc jiné osoby při všech životních úkonech

#### 4.2.2 Státní sociální podpora

Její výše je závislá na hodnotě **životního minima**, které je stanoveno zákonem. To zahrnuje částku k zajištění:

- výživy a ostatních osobních potřeb
- nákladů na domácnost podle počtu jejích osob

Zákon o státní sociální podpoře č. 117/1995 Sb. a jeho novely stanovují dávky závislé na příjmu rodiny (příspěvek na bydlení, příspěvek na dopravu a další) a dávky nezávislé na příjmu rodiny (dávky péstounské péče, porodné, pohřebné a další).

#### 4.2.3 Sociální pomoc seniorům

Obce a okresní úřady v součinnosti se zdravotnickými zařízeními vyhledávají těžce zdravotně postižené občany a staré občany žijící v nepříznivých podmínkách. Mohou jim poskytnout buď jednorázové peněžité a věcné částky nebo opakující se peněžité dávky. Jednorázové peněžité dávky jsou určeny těžce zdravotně postiženým občanům, kteří jsou sociálně potřební. Za sociálně potřebné jsou považováni ti, jejichž příjem je nižší než stanovené životní minimum. Jsou určeny:

- na úhradu mimořádných nutných nákladů, které nemohou uhradit ze svých běžných příjmů
- i těm, kteří jsou umístěni v ústavu sociální péče, psychiatrické léčebně nebo LDN, na úhradu závazků krátkodobé povahy, které nemohou uhradit ze svých prostředků

Věcné dávky jsou poskytovány k uspokojování běžných životních potřeb, které si občané pro svůj zdravotní stav, věk nebo osamělost nemohou zabezpečit sami.

**Jednorázové příspěvky:**

- příspěvek na úpravu bytu, který užívají k trvalému bydlení
- příspěvek na provoz motorového vozidla a na úhradu pojistného
- příspěvek na zakoupení, opravu a úpravu motorového vozidla
- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na rekreaci a lázeňskou péči
- příspěvek na topnou naftu a zakoupení topných těles a dalších spotřebičů
- příspěvek na zřízení a změnu připojení telefonní účastnické stanice

**Opakující se peněžité dávky:**

- příspěvek na zvýšené životní náklady (za zvýšené životní náklady se považují náklady na dietní stravování, zvýšené výdaje související s používáním složitých ortopedických kompenzačních nebo jiných pomůcek, pokud jsou používány trvale)
- příspěvek na provoz telefonní účastnické stanice
- příspěvek na úhradu za používání bezbariérového bytu a garáže
- příspěvek na péči o blízkou a jinou osobu
- příspěvek na společné stravování <sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> KALVACH, Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 467 - 470

### 4.3 Zdravotní a sociální péče a podpora seniorů

Zdravotní a sociální péči o starší občany nelze striktně oddělovat, protože zdravotní problémy často doprovázejí problémy sociální. Zdravotní péče má být kontinuální, aktivní, soustavná, diferencovaná a komplexní, s vysokým podílem sociální péče. Velmi důležité je, aby péče zdravotní a sociální byla dostupná pro osoby, kteří ji potřebují. Vždy by měli být respektovány konkrétní potřeby starého člověka, jeho individualita, důstojnost, právo na soukromí a autonomii.<sup>48</sup>

Jakékoliv služby a projekty pro seniory, mají-li být úspěšné a účelné, vyžadují důslednou individualizaci a respekt k heterogenitě seniorské populace. Zdravotnické služby by měly být včleněny do kontextu celospolečenských opatření reagujících na stárnutí populace. Obecný koncept nabízí Mezinárodní akční plán k problematice stárnutí přijatý Světovým shromážděním ve Vídni v roce 1982 a následně potvrzený v letech 1992 a především 2002 v Madridu. Z programu vychází i Zásady OSN pro seniory přijaté Valným shromážděním OSN v roce 1991. V 18 bodech je rozpracováno 5 zásad: **zabezpečení, důstojnost, nezávislost, seberealizace a participace**. Základními cíli jsou společenská integrace seniorů s odmítnutím projevů věkové segregace, mezigenerační solidarita a kvalita života ve stáří.

V zájmu nás všech i společnosti by měla zdravotně-sociální politika usilovat o aktivní ambiciózní seniorskou populaci, která si zachovává zodpovědnost za sebe a která se aktivně snaží udržet a zlepšit svůj zdravotně funkční stav, i o aktivní ovlivňování kompenzačních služeb, které jsou seniorům poskytovány.

V 80. letech 20. století byly na evropské úrovni diskutovány zásady přístupu k osobám s ohroženou či ztracenou soběstačností, tyto principy byly shrnuty do čtyř bodů:

- demedicinace – zvláště u chronických a dlouhodobě nemocných je třeba usilovat o kvalitní život, socializaci, zachování či obnovu sociální role, důstojnost, autonomii, seberealizaci participaci atd.

<sup>48</sup> ZAVÁZALOVÁ, H.a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 58

- deinstitucionalizace – těžiště služeb a péče by mělo spočívat v terénních komunitních službách, v integrované komunitní péči poskytované v domácím prostředí atd.
- desektorializace – je třeba prolomit bariéry mezi sektorem zdravotnickým a sociálním, mezi službami ústavními a ambulantními atd.
- deprofesionalizace – je nutné posilovat zlaičtění péče, spolupráci s rodinou, podporovat práci dobrovolníků i laických pečovatелů atd.<sup>49</sup>

#### 4.3.1 Systém zdravotní péče

Staří lidé jsou největší spotřebiteli zdravotní péče. Stárnutí populace a zhoršující se zdravotní stav zapříčiňují vysokou spotřebu zdravotní péče. Tyto skutečnosti znamenají zaměřit se na rozvoj kvalifikace zdravotnických pracovníků v geriatrické problematice jednotlivých medicínských oborů, tak aby odpovídala potřebám starých lidí. Často je nutné řešit zdravotní potíže seniorů zcela odlišně než u ostatní populace. Hovoří se o tzv. **geriatrizační medicíně**, Topinková tento pojem vysvětluje jako „zvyšující se podíl pacientů ve vyšším věku prakticky ve všech oborech medicíny.“

Lidé si myslí, že starý člověk a jeho zdravotní problémy patří výhradně do péče zdravotníků. Charakter péče o staré pacienty má jiný ráz, potřebují nejen péči odbornou, léčbu, ale i péči ošetrovatelskou. V odborných kruzích je tato práce považována za méně terapeuticky úspěšnou. Úspěch nelze často očekávat v návratu k plnému zdraví, ale často spočívá ve zmírnění utrpení a potíží nemocného.<sup>50</sup>

Cílem veškerých zdravotnických služeb pro seniory je co nejdříve zachování zdraví a soběstačnosti, integrace ve společnosti i při zhoršení zdravotního stavu, co nejdříve setrvání v rodinném a domácím prostředí. V období nemoci přiměřeně intenzivní a šetrné léčení a rehabilitace se zřetelem na potřeby

<sup>49</sup> KALVACH, Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 465 – 466

<sup>50</sup> ZAVÁZALOVÁ, H.a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s.58 - 60



seniorů. To předpokládá takový systém služeb, které budou flexibilní a vzájemně budou na sebe plynule navazovat i přes hranice resortů. Budou vytvářeny dle potřeb seniorů v dané komunitě, okrese či regionů. Na úrovni komunity (obcí, více obcí, městských částí apod.) je třeba vytvořit podmínky pro bydlení zdravých seniorů i těch, kteří mají určitá zdravotní omezení. Zajistit dostupnost občanských služeb seniorům, dostatek informací a snadný přístup k těmto službám tak, aby senioři nebyli v jejich využívání diskriminováni. Pro akutně či chronicky nemocné či méně soběstačné seniory zajistit systém služeb, který bude zahrnovat nejen péči lékaře, ale také integrovaný a vzájemně komunikující systém domácích služeb (pomoc a ošetrovatelská služba v domácnosti, rehabilitace, sociální práce, poskytování kompenzačních pomůcek, nouzové volání a signalizace, podpora pečujících rodin, osobní asistence) ev. tam, kde je to třeba denní centra pro seniory i možnost krátkodobého či dlouhodobého ošetřování mimo domácnost.

Na úrovni okresů je třeba zajistit takové služby, které přesahují možnosti obce. Jedná se zejména o instituce a specializované služby. Vzhledem k nárůstu procenta seniorů v naší populaci a zejména tzv. skupiny starých, kdy nemoci probíhají způsobem, který se podstatně liší od průběhu chorob ve středním věku a vyžaduje jiný přístup, který umožní zlepšení stavu a návrat soběstačnosti, je třeba zajistit specializované služby již na úrovni okresu. Úlohou zdravotnických zařízení (nemocnic, odborných léčebných ústavů) je zajistit včasné a přiměřené léčení a rehabilitaci. Jedná se o geriatrická oddělení nemocnic a geriatrická rehabilitační a doléčovací oddělení. Dále je na úrovni okresu účelné zřizovat specializované služby zaměřené na management ve stáří častých situací (demence, osteoporóza, stavy po CMP, rány, poruchy výživy...), a to nejen klasickou formou ambulancí a poraden, ale zejména takovým způsobem, aby tato pracoviště komunikovala s ostatními pracovníky v obcích, zajišťovala edukaci všech pracovníků a dále se flexibilně přizpůsobovala potřebám okresu. Pokud v okrese i přes zajištění výše uvedených služeb vznikne potřeba institucionální péče např. pro občany, kteří potřebují dlouhodobou převážně ošetrovatelskou péči, dlouhodobý pobyt se zvýšeným dohledem a komplexnějšími službami, je zodpovědností okresu, aby i tyto služby zajistil.

Na úrovni regionu je účelné zřizovat ty specializované zejména zdravotnické služby, zařízení a oddělení, jejichž rozsah, edukační, vědecká a další činnost přesahují působnost jednotlivých okresů. Úloha geriatric v tomto systému je dána již podílem občanů využívajících jednotlivé typy služeb a potřebou specifického přístupu, který tento obor nabízí nejen občanům samým, ale i ostatním.<sup>51</sup>

#### **Primární zdravotní péče**

Základ tvoří primární péče, která je poskytována praktickým lékařem pro dospělé. Ti by měli péči také koordinovat a sledovat její kontinuitu ve sféře zdravotnické a sociální. Praktický lékař stanovuje diagnózu, doporučuje léčbu a odbornou péči. Zná své nemocné dlouhou dobu, zná jejich zdravotní i sociální problémy. Praktický lékař může předejít vzniku nesoběstačnosti a závislosti i snížit spotřebu další specializované péče zdravotní i péče sociální. Lékař musí spolupracovat s rodinou, domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou, pracovníky komunity, charitou a jinými neziskovými organizacemi.

#### **Specializovaná ambulantní odborná péče**

Jedná se hlavně o obory vnitřní lékařství, urologie, oční, neurologie a dermatovenerologie.

#### **Domácí péče**

Domácí péče je od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní i sociální péče v České republice. Její rozsah a působnost je definována v platném znění právních norem upravujících poskytování zdravotní i sociální péče. Nárok na poskytování domácí péče má každý občan České republiky, jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí klienta rozhodne o poskytování domácí péče.<sup>52</sup>

Hlavní význam domácí zdravotní péče spočívá v náhradě hospitalizace na lůžkovém oddělení nebo péči, která jí alespoň oddálí. Předpokladem pro tuto

<sup>51</sup> Společnost přátelská k seniorům – služby pro každý věk.

<http://www.nemocnicebk.cz/informace/>

<sup>52</sup> MISCONIOVÁ, B.: Domácí péče. [www.avicena.cz/moduly.php3?id=206](http://www.avicena.cz/moduly.php3?id=206)

péči je dostupnost po nejméně 24 hodin denně včetně sobot a nedělí, dostatečná spolupráce s rodinou, sociálními službami nebo obojím. Tato péče předpokládá také specifické technické vybavení (signalizace, spojení, doprava, technické pomůcky k ošetřování). Obsahem této péče je kvalifikované ošetřovatelství prováděné v domácím prostředí. Cílem je zachování či zlepšení soběstačnosti, zlepšení či udržení kvality života, zmírnění příznaků. Je hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Nadstandardní služby jsou poskytovány za úhradu. Ošetřující lékař v nemocnici ji může indikovat na dobu 14 dní a dále ji potvrzuje praktický lékař. Délka není omezena. Může být prováděna nejvíce 3x denně po 1 hodině, v případě potřeby ji dále schvaluje revizní lékař příslušné pojišťovny nemocného. Domácí péče je zajišťována různými agenturami, státními, městskými, charitativními či soukromými.<sup>53</sup>

#### **Ústavní péče**

Nemocniční péče je bez ohledu na věk poskytována podle charakteru nemoci, tedy diferencovaně. Šetřením bylo zjištěno, že v průběhu jednoho roku bylo hospitalizováno 20% osob nad 60 let věku. Nejčastějšími příčinami hospitalizace byly nemoci kardiovaskulární, kožní, respirační a nádory.

Velkým problémem je nedostatek míst v zařízeních dlouhodobé péče. Stav pacienta často nedovoluje jeho propuštění do domácího prostředí, zůstává i nadále na akutním lůžku. Některá zdravotnická zařízení mají geriatrická oddělení nebo gerontopsychiatrická oddělení.

Dlouhodobá ústavní péče je charakterizována:

- chronicitou a pokročilým stupněm zdravotního postižení
- nesoběstačností a závislostí na péči druhé osoby
- multidisciplinárním přístupem
- zapojením dalších sektorů (komunita, služby)
- spoluprací zdravotníků a laiků

Cílem dlouhodobé péče je stabilizovat zdravotní stav nemocného, omezit následky onemocnění a ovlivnit kvalitu života. Snahou je zabezpečit péči v domácím prostředí formou terénní péče, omezit ústavní pobyt na minimum.

<sup>53</sup> TOŠNEROVÁ, T.: Příručka pečovatele. Praha: I. Interní klinika FNKV, 2002

Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou specializovaná lůžková zdravotnická zařízení, která slouží k léčení starých a dlouhodobě nemocných. Většinou se jedná o osoby nesoběstačné, převažují ovdovělé ženy. Po zdravotní stránce se vyznačují multimorbiditou a polypragmazií.<sup>54</sup>

#### **Nemocniční geriatrická péče**

Lékařská věda je v současnosti svědkem geriatrizace medicíny (výrazná převaha seniorů mezi všemi léčenými pacienty). To je podmíněno stárnutím populace a poklesem počtu mladších jedinců. Geriatrická medicína usiluje o co nejdější zachování přiměřené aktivity, odvrácení ztráty soběstačnosti a zlepšení prognózy onemocnění.<sup>55</sup>

Geriatrická nemocniční oddělení se poprvé objevila ve Velké Británii ve 40. letech 20. století. Oddělení vznikla reakcí na skutečnost, že mnoha geriatrickým pacientům byla poskytována pouze základní ošetrovatelská péče, bez zhodnocení funkčního potenciálu a bez pokusu o kauzální léčbu, rehabilitaci a obnovu soběstačnosti. Společné znaky nemocničních geriatrických oddělení jsou:

- oddělení jsou lůžková a umístěna v areálu nemocnic
- ošetrojící tým je koordinovaně multidisciplinární
- ke stylu práce patří interdisciplinární projednávání a společné hodnocení pacienta
- individualizovaný specifický režim a léčebně-rehabilitační i ošetrovatelský plán
- vyšetřování, léčení a rehabilitace se řídí stavem obtížemi a potřebami jednotlivých pacientů
- přijímání nemocných se děje překladem z jiných oddělení, přijetím z domácího prostředí nebo překladem z dlouhodobé ústavní péče
- propouštěcí proces je cílevědomě plánován již po přijetí<sup>56</sup>

<sup>54</sup> KALVACH, Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 471 - 472

<sup>55</sup> WEBER, P.: Cíle nového pojetí gerontologie. Praha: ZDN, Lékařské listy č.9, 2000, s. 2

<sup>56</sup> KALVACH, Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 477 - 478

### 4.3.2 Sociální péče

Sociální péče o staré občany se skládá ze soustavy hmotného zabezpečení důchody a dále z komplexu sociálních služeb. Základním předpokladem pro zmapování a zhodnocení sociálních služeb musí být jasné definování pojmu sociální služba. Jedním z využitých pramenů pro vymezení pojmu sociální služby jsou současné platné legislativní normy v dané oblasti, dalším zdrojem informací jsou výzkumné studie v oblasti sociálních služeb a definice a typologie sociálních služeb ze strany odboru sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí.

V sociálním systému České republiky jsou sociální služby začleněny do soustavy sociálního zabezpečení, jehož základní právní normou je zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. V současné době odpovědnost za zajištění sociálních služeb je v první řadě na státu. Kraje a obce též přispívají k rozvoji sociálních služeb, jak se uvádí v zákonech o krajích (č. 129/2000 Sb.) a o obcích (č. 128/2000 Sb.).<sup>57</sup>

Sociální služby jsou prostředky, jejichž pomocí zasahujeme do sociální situace člověka, který potřebuje pomoc. Soustava sociálních služeb a dávek zajišťuje starým občanům osobní spokojenost, hmotné zabezpečení atd. Sociální služby jsou seniorovi poskytovány především mimoústavní formou a umožňují tak starému jedinci žít v navyklém prostředí.

#### **Pečovatelská služba**

Žadatelem o zavedení pečovatelské služby je sám občan. Podnět k jejímu zavedení může dát i rodina, sociální pracovníce a zdravotníci. Ke zdravotnímu stavu žadatele se vyjadřuje ošetřující lékař, ten posuzuje míru soběstačnosti. Odbor sociálních věcí vydává rozhodnutí, včetně údaje, jak bude pečovatelská služba hrazena. Každý návrh je posuzován individuálně s přihlédnutím

<sup>57</sup> ČERVENKOVÁ, A.; FILIPOVÁ, M.: Zhodnocení informačních zdrojů a datové základny v oblasti sociálních služeb v České republice. Praha: VÚPSV, 2003, s. 4, <http://www.vupsv.cz/>

k potřebám a k sociální potřebnosti člověka. K zařízením pečovatelské služby patří prádelny, střediska osobní hygieny a dopravní služba. Pečovatelskou službu zajišťují obecní, městské a okresní úřady. Od roku 1990 mohou v pečovatelské službě působit i nestátní a charitativní organizace.

### **Domovinky**

Domovinky, denní či týdenní stacionáře, se zpravidla zřizují při domech-penzionech, domovech důchodců či při charitativních zařízeních. Jsou určeny pro pomoc rodinám, které pečují o starého člověka v domácím prostředí. Tuto péči nemohou zajistit v době vlastních pracovních povinností. Péče je poskytována celodenně v rozsahu stravování, dohled, kulturní a zájmová činnost atd. Pobyť v domovince hradí rodina.

### **Domovy důchodců**

Jsou plně ústavní zařízení, která se řídí stanoveným řádem. Občan je přijímán do domova důchodců na základě žádosti. Přijetí je možné pouze s písemným souhlasem klienta či jeho zákonného zástupce. Domovy důchodců tvoří asi 75% kapacity zařízení sociální péče určených pro dlouhodobou péči o seniory a mohou být zařízením státním, církevním či soukromým. Je určen k trvalému ubytování nejčastěji starých občanů, kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, která jim nemůže být zajištěna v jejich vlastním prostředí za pomoci rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými terénními službami sociální péče. Zdravotnická péče je zajištěna zdravotními sestrami a přes den i lékařem. V domovech si obyvatelé hradí pobyt a po zaplacení poplatků musí každému obyvatele zůstat 30% důchodu.

### **Domovy - penziony pro důchodce**

Jde o ústavní zařízení volnější ve srovnání s domovy důchodců. Jsou určeny pro občany, jejichž zdravotní stav a věk umožňuje vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách. Občané jsou přijímáni na základě žádosti. V domovech - penzionech pro důchodce se poskytuje ubytování a základní péče.

### **Domy s pečovatelskou službou**

Nejsou ústavní zařízení sociální péče. Představují formu individuálního bydlení starých lidí. Jejich zřizovateli jsou městské úřady. Obyvatelé obdrží dekry na malometrážní byty pro jednotlivce nebo dvojici a platí nájemné běžným způsobem. Součástí tohoto zařízení bývají střediska osobní hygieny, prádelna, jídelna, klub důchodců atd. V těchto zařízeních je poskytována pečovatelská služba.<sup>58</sup>

### 4.3.3 Projekty pro seniory

Projekty nabízí možnost našim zdravotně znevýhodněným spoluobčanům žít pokud možno plnohodnotný život v soukromém i pracovním prostředí.

Občanské sdružení Podané ruce, Projekt OsA FM nabízí služby pomocí osobní asistence. Osobní asistence je pomoc člověka osobě zdravotně znevýhodněné, a to dočasně i trvale. Osoby se zdravotním nebo sociálním problémem mohou být všech věkových kategorií (děti, dospělí v aktivním věku i senioři). Služba klientům je zajišťována 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Cílem projektu je zajistit asistenci místně, časově i finančně tak, aby byla přístupná všem klientům v rozsahu, v jakém ji pro svůj zdravotní problém potřebují.

Projekt Podpora rodinných pečujících vznikl v roce 2002. Zahrnuje prozkoumání (formou dotazníkového šetření) potřeb osob, které pečují o své blízké ve vyšším věku. Na základě potřeb pečujících je upravena dle možností pomoc těmto rodinným příslušníkům. Cílem je zmapovat potřeby rodinných pečujících a nahlédnout na potřeby seniorů z hlediska jejich blízkých. Projekt probíhá na území MČ Praha 7 a Praha 8.<sup>59</sup>

Český helsinský výbor spolupracoval v letech 1998 – 2005 na projektech, které byly zaměřeny na lidská práva seniorů a péči o seniory. Rok 1999 byl Organizací spojených národů vyhlášen „Rokem seniorů“. V průběhu let 1998 a 1999 vedla MUDr. Jarmila Stojanová průzkum situace lidských práv seniorů. Byla zpracována příručka určená pro laické pečovatele o seniory

<sup>58</sup> KALVACH, Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 470, 499

<sup>59</sup> Sborník kongresu IX. gerontologické dny Ostrava a Dny seniorů. Ostrava: 2005, s. 42, 46

s dlouhodobým psychickým nebo jiným zdravotním postižením: „Příručka pečovatele: Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?“. Autorem publikace je MUDr. Tamara Tošnerová. Byl vydán komplexně pojatý, preventivně informační průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele „Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině“. Vznikl projekt, který byl zaměřen na diskriminaci starší generace, její formy a na průzkum postojů a názorů na stáří. Toto téma a výsledky dotazníkových akcí byly zpracovány v publikaci „Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří“.<sup>60</sup>

Projekt Tísňová péče AREÍON je realizován od roku 1992, kdy byl v Praze sdružením ŽIVOT 90 zřízen dispečink a instalovány první terminální stanice. Tísňová péče AREÍON je komplexní sociální služba určená pro seniory a zdravotně postižené občany. Jedná se o nepřetržitou hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami, které jsou v důsledku snížení soběstačnosti v oblasti osobní péče vystaveni stálému, vysokému riziku ohrožení zdraví a života v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo schopností. Odborná pomoc je nepřetržitá 24 hodin a 7 dní v týdnu. Dalším projektem Občanského sdružení ŽIVOT 90 je Dům seniorů PORTUS v Praze, který zajišťuje humanitární služby pro seniory. Provozuje klubovny, poradny, dopravu pro zdravotně postižené seniory, informační služby a další činnosti. Dalším projektem Občanského sdružení ŽIVOT 90 je projekt nazvaný INTERNET PRO SENIORY. Tento projekt bude realizován na území celé České Republiky po dobu 1 a půl roku a byl odstartován 10. května 2005 v Praze. Senioři v jeho průběhu mohou navštívit speciální karavan, který je vybaven osobními počítači s přístupem na internet.<sup>61</sup>

Toto jsou ukázky jen některých projektů pro seniory, které probíhaly nebo probíhají v naší republice.

<sup>60</sup> [www.seniory.org/DesktopDefault.aspx?tabid=8](http://www.seniory.org/DesktopDefault.aspx?tabid=8)

<sup>61</sup> [www.mesec.cz/tiskove-zpravy/nadace-cs-podporuje-projekt-pro-seniory-vyznamenany-cenou-makropulos/](http://www.mesec.cz/tiskove-zpravy/nadace-cs-podporuje-projekt-pro-seniory-vyznamenany-cenou-makropulos/)



#### 4.4 Sociální služby a zdravotní péče města Pelhřimov a okolí o seniory

Hlavním cílem sociálních služeb je pomáhat klientům k samostatnosti a soběstačnosti a pomoci lidem, kteří jsou v sociálně nepříznivé situaci. Město Pelhřimov vydalo za podpory MPSV ČR v roce 2003 brožuru Sociální služby a komunitní plánování. Brožura obsahuje adresář poskytovatelů sociálních služeb a další údaje viz Příloha č. 1.<sup>62</sup> V brožuře nejsou zahrnuty údaje o domech s pečovatelskou službou. Město Pelhřimov má k dispozici celkem 4 domy s pečovatelskou službou a v okolí (do 20 kilometrů) se nachází ještě dům s pečovatelskou službou v Humpolci, Žirovnici, Pacově, Horní Cerekvi a Počátkách. Dům s pečovatelskou službou v Pelhřimově má celkem 4 bezbariérové byty, 37 garsonek, 11 bytů 1+1 a 2 domy po 10 bytech (některé byty jsou 2 kategorie, mají společnou toaletu). Dále má město Pelhřimov a okolí k dispozici 6 domovů důchodců a 1 dům pro seniory, který se nachází ve Lhotici u Želiva. V Pelhřimově, Pacově a Žirovnici je možno využít služeb domácí péče. Do budoucna se plánuje postavení domova důchodců v Pelhřimově.

**Tab. č. 1 Přehled zařízení ústavní sociální péče Pelhřimovska a okolí**

<b>Přehled zařízení ústavní sociální péče</b>	
<b>Domovy důchodců</b>	<b>Kapacita</b>
DD Humpolec Máchova a Lužická	203
Domov Blahoslavené Bronislavy Humpolec	31
DD Onšov	41
Pacov	56
DD Proceč Obořiště	68
DD Proseč u Pošné	69

Město Pelhřimov a okolí disponuje celkem 3 zdravotnickými zařízeními následné péče s celkovou kapacitou 242 míst. Do budoucna je v LDN Počátky plánováno ještě dalších 30 míst.

<sup>62</sup> Sociální služby a komunitní plánování. Pelhřimov: MěÚ Pelhřimov, 2003

**Tab. č. 2 Přehled zařízení následné péče**

<b>Přehled zařízení následné péče</b>	
<b>Název zařízení</b>	<b>Kapacita</b>
Doléčovací a rehabilitační jednotka Nemocnice Pelhřimov	47
Léčebna dlouhodobě nemocných Počátky	90
Léčebna dlouhodobě nemocných Humpolec	105

## EMPIRICKÁ ČÁST

### 5 Výzkum

#### 5.1 Námět empirické části

**Od ledna 2003 pracuji jako zdravotní sestra na doléčovací a rehabilitační jednotce Nemocnice Pelhřimov. Na toto oddělení jsou přijímáni po předběžné domluvě pacienti k doléčení a rehabilitaci převážně překladem z jiných oddělení. Převážnou část hospitalizovaných pacientů na této jednotce tvoří senioři, u kterých došlo vlivem onemocnění k náhlé či postupné změně soběstačnosti. Tyto aspekty mě vedly ke snaze zpracovat tuto problematiku v mé diplomové práci.**

#### 5.2 Cíle práce a pracovní hypotézy

Zjistit nejčastější důvody a změny v soběstačnosti seniorů.

Zjistit širší rodinné zázemí seniorů, kteří se vracejí se změněnou soběstačností.

Zjistit bytové a bariérové podmínky vlastního prostředí a kompenzační pomůcky seniorů.

Zjistit možnosti sociálních služeb a pomoci seniorům s omezenou soběstačností

**I.** Domnívám se, že senioři s omezenou soběstačností chtějí i nadále žít ve svém vlastním prostředí.

**II.** Domnívám se, že náhlá změna soběstačnosti seniorů ovlivní jejich širší rodinné zázemí.

**III.** Domnívám se že, bytové a bariérové podmínky seniorů nejsou vyhovující vzhledem ke změně soběstačnosti.

**IV.** Domnívám se, že senioři vlastní a mají možnost získat vhodné kompenzační pomůcky vzhledem ke změně soběstačnosti.

**V.** Domnívám se, že senioři se změněnou soběstačností začnou více využívat sociálních služeb a pomoci od státních, dobrovolných a soukromých organizací.

## 6 Metodika výzkumu

### 6.1 Volba výzkumných metod

K zjištění stanovených cílů a hypotéz jsem zvolila čtyři výzkumné metody:

- polostandardizovaný rozhovor
- dotazník pro sociální pracovníci
- testy k měření soběstačnosti : Barthelův test základních všedních činností (ADL) a Test instrumentálních všedních činností (IADL)
- Mini – Mental State Examination (MMSE): zkrácený Mini – Mental test

### 6.2 Řízený rozhovor

Polostandardizovaný rozhovor tvořil hlavní metodu ke zjištění důležitých informací o seniorech. Rozhovoru jsem dala přednost, protože se jednalo o staré lidi, kteří dotazník těžko vyplňují (nerozumí nebo neumí napsat po CMP či jiných chorobách, je s nimi těžká domluva, často jsou dementní). Chtěla jsem zjistit skutečný stav subjektivní i objektivní stránky změněné soběstačnosti a její dopad na kvalitu života seniorů. Rozhovor obsahoval celkem 38 položek:

**Položky č. 1 - 6** byly identifikační otázky a zjišťovaly základní údaje o seniorech (pohlaví, věk, vzdělání, důvod hospitalizace, rodinný stav a počet dětí).

**Položky 7 - 25** byly otázky zaměřené na rodinné zázemí.

**Položky 26 - 31** byly otázky týkající se bytových a bariérových podmínek vlastního prostředí seniorů.

**Položky 32 - 34** byly otázky zaměřené na kompenzační pomůcky.

**Položky 35 - 38** byly otázky týkající se využívání sociálních služeb.

Otázky č. 7 - 10, 14 - 27, 31 - 35, 37 - 38 v řízeném rozhovoru byly tvořeny nabízenou škálou odpovědí. Otázky č. 11 - 13, 28 - 30, 36 byly otázky s volnými odpověďmi. Navíc u otázek č. 9, 10, 14, 18, 20, 22, 25 - 27, 33 - 35, 37 a 38 mohl senior odpovědět vlastními slovy mimo nabízenou škálu odpovědí. Veškeré otázky byly vybrány tak, aby odpovídaly stanoveným cílům a hypotézám viz příloha č. 2.

Postupovala jsem podle předem připravených, přesně formulovaných otázek. U každé otázky jsem dotazovanému nabídla možnosti odpovědí. Při kladení otázek zkoumané osobě jsem důsledně dodržovala nejen jejich znění, ale i jejich pořadí, časový plán a hlasovou intonaci. Prováděný rozhovor bych hodnotila jako individuální, zaměřený na rodinné zázemí seniorů, bytové a bariérové podmínky seniorů, kompenzační pomůcky a dostupnost a využívání sociálních služeb v místě bydliště a nejbližším okolí.

### 6.3 Dotazník pro sociální pracovníci

Dotazník pro sociální pracovníci obsahoval celkem 19 položek viz příloha č. 3. Cílem dotazníku pro sociální pracovníci bylo srovnání údajů získaných u seniora a pohled sociální pracovníce (náhled nemocného na danou situaci a pohled sociální pracovníce s objektivnější znalostí sociálního zázemí), protože si uvědomuji určitou idealizaci nebo bagatelizaci seniorů o svém sociálním prostředí.

Jednalo se o otázky, které byly součástí řízeného rozhovoru. Pouze otázka č. 8 týkající se informovanosti rodinných příslušníků o zdravotním stavu seniora, nebyla součástí řízeného rozhovoru, protože na tuto otázku neznali seniori odpověď. Sociální pracovníce vyplňovala dotazník u každého seniora, s kterým jsem uskutečnila řízený rozhovor k získání informací.

### 6.4 Měření soběstačnosti

Ke zjištění úrovně soběstačnosti u sledovaných seniorů jsem zvolila testy: Barthelův testu základních všedních činností (ADL) a Test instrumentálních všedních činností (IADL) viz příloha č. 4 a příloha č. 5. Oba tyto testy jsou nejčastěji používány ve zdravotnických zařízeních ke sledování soběstačnosti u seniorů a používají se také v našem zařízení.

Barthelův test základních všedních činností obsahuje celkem 10 položek. Dle těchto položek hodnotí zdravotnický personál stupeň soběstačnosti u seniorů. Jedná se o tyto úkony: najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena,

kontinence stolice, kontinence moči, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině a chůze po schodech. Činnosti jsou hodnoceny od 0 do 15 bodů.

**Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:**

0 – 40 bodů: vysoká závislost

45 – 60 bodů: závislost středního stupně

65 – 95 bodů: lehká závislost

100 bodů: nezávislý

Test instrumentálních všedních činností obsahuje celkem 8 položek, týkajících se těchto úkonů: telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků a finance. Činnosti jsou opět ohodnoceny od 0 do 10 bodů.

**Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:**

0 – 40 bodů: závislý v IADL

45 – 75 bodů: částečně závislý v IADL

80 bodů: nezávislý v IADL

## 6.5 Hodnocení psychického stavu

Veškeré údaje jsem doplnila zjištěním psychického stavu seniorů pomocí Mini – Mental testu (MMSE) ve zkrácené podobě viz příloha č.6. Při ošetřování nemocného nestačí znát pouze somatické problémy, důležité pro sestru jsou také informace o psychice seniora. Sestra potřebuje vědět, jakého člověka má před sebou, jak reaguje, co ho trápí, jak kvalitní jsou jeho psychické procesy, do jaké míry je schopen komunikovat. K tomuto účelu je určen a nejběžněji se používá právě zkrácený mentální bodovací test. Test obsahuje celkem 9 otázek ,na které senior odpovídá. Jedná se o tyto otázky a úkoly:

1. věk
2. kolik je asi hodin
3. adresu
4. současný rok
5. kde je hospitalizován
6. datum narození

7. jméno současného prezidenta
8. poznání alespoň dvou osob
9. odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce v roce od prosince do ledna

Test slouží k ošetřovatelskému zhodnocení. Za každou správnou odpověď má nemocný 1 bod. Nedosáhne-li ani 7 bodů, jedná se o zmatenost.

## 6.6 Předvýzkum

**V průběhu měsíce prosince 2005 jsem na doléčovací rehabilitační jednotce Nemocnice Pelhřimov uskutečnila pilotní studii v rámci své diplomové práce.** Vypracované otázky řízeného rozhovoru jsem položila čtyřem seniorům, kteří byli hospitalizováni na našem oddělení. Předvýzkum prokázal, které otázky řízeného rozhovoru je nutné předělat, upravit nebo přesunout do dotazníku pro sociální pracovníci. K otázkám řízeného rozhovoru jsem přidala položku č. 3 (vzdělání seniorů), položku č. 6 (kolik máte dětí), položku č. 25 (jak pomáhá senior sám rodině), do otázek o architektonických bariérách jsem přidala položku telefon, umístění lůžka na spaní, počet schodů, patro ve kterém senior bydlí a upravila jsem otázky na zjištění kompenzačních pomůcek. Z řízeného rozhovoru jsem přesunula otázku „ Informují se rodinní příslušníci na zdravotní stav seniora“ do dotazníku pro sociální pracovníci. Žádný dotazovaný mi totiž nebyl schopen odpovědět, protože to nevěděl.

## 6.7 Charakteristika výzkumného vzorku

Celkem jsem se seniory vyplnila 62 dotazníků formou polostandardizovaného rozhovoru. Toto množství mi vyplnila i sociální pracovníce našeho oddělení, s kterou jsem po celou dobu výzkumu spolupracovala. Součástí výzkumu bylo u každého seniora zhodnotit jeho psychický stav pomocí zkráceného mentálního testu a změření soběstačnosti pomocí Barthelova testu základních všedních činností a testu instrumentálních všedních činností.

### Kritéria výběru vzorku

#### I. Věk a pohlaví

Výzkum jsem prováděla u seniorů (mužů a žen) nad 60 let věku, u kterých došlo vlivem onemocnění k náhlé změně soběstačnosti a kteří byli hospitalizováni na **doléčovací a rehabilitační jednotce Nemocnice Pelhřimov** v prosinci roku 2005 a lednu roku 2006. Pro svůj výzkum jsem si populaci seniorů rozdělila dle pohlaví a věku. Kategorii věk jsem rozdělila do skupin podle klasifikace Světové zdravotnické organizace:

1. rané stáří - 60 až 74 let
2. senium - 75 až 89 let
3. dlouhověkost - 90 a více let

Průměrný věk seniorů žen – 80 let.

Průměrný věk seniorů mužů – 77,5 let.

Průměrný věk všech seniorů – 79 let.

**Tab. č. 3 Charakteristika sledovaného souboru dle pohlaví a věku**

Pohlaví	Věk (roky)						Celkem	Průměrný věk
	60 - 74		75 - 89		90 a více			
	$n_i$	%	$n_i$	%	$n_i$	%		
<b>Ženy</b>	8	22,86	23	65,71	4	11,43	<b>35</b>	<b>80,06</b>
<b>Muži</b>	10	37,04	15	55,55	2	7,41	<b>27</b>	<b>77,44</b>
<b>Celkem</b>	<b>18</b>	<b>29,03</b>	<b>38</b>	<b>61,29</b>	<b>6</b>	<b>9,68</b>	<b>62</b>	<b>78,92</b>

Pozn.  $n_i$ ...představuje rozsah souboru

$n_i$ ... vyjadřuje absolutní četnost

Z tabulky vyplývá, že největší zastoupení mají ženy i muži ve věku od 75 do 89 let (23 žen a 15 mužů).

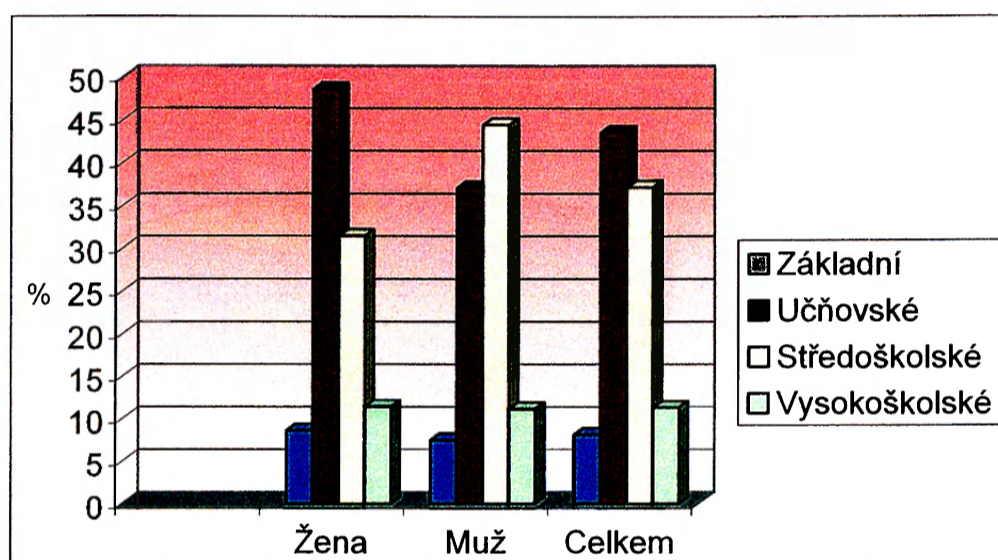


## II. Vzdelání a důvod hospitalizace

Dalším zvoleným kritériem bylo vzdělání a důvod hospitalizace, které pouze doplňovali některé hypotézy.

Ve výzkumném vzorku jsou nejvíce zastoupeny ženy s učňovským vzděláním 48,57% a nejméně ženy se základním 8,57%. U mužů převažuje vzdělání středoškolské 44,44%. Nejméně je u mužů zastoupeno vzdělání základní 7,41%. V celém souboru seniorů je nejvíce zastoupeno vzdělání středoškolské 43,54% a nejméně je zastoupeno vzdělání základní 8,06% viz graf č.1 a příloha tab. č. 4.

**Graf č. 1 Vzdelání seniorů**



Dalším zvoleným kritériem byl důvod hospitalizace na doléčovací a rehabilitační jednotce Nemocnice Pelhřimov.

**Nejčastější důvody hospitalizace – medicínská diagnóza viz graf č. 2:**

**Zlomenina krčku stehenní kosti - 16 seniorů (25,81%)**

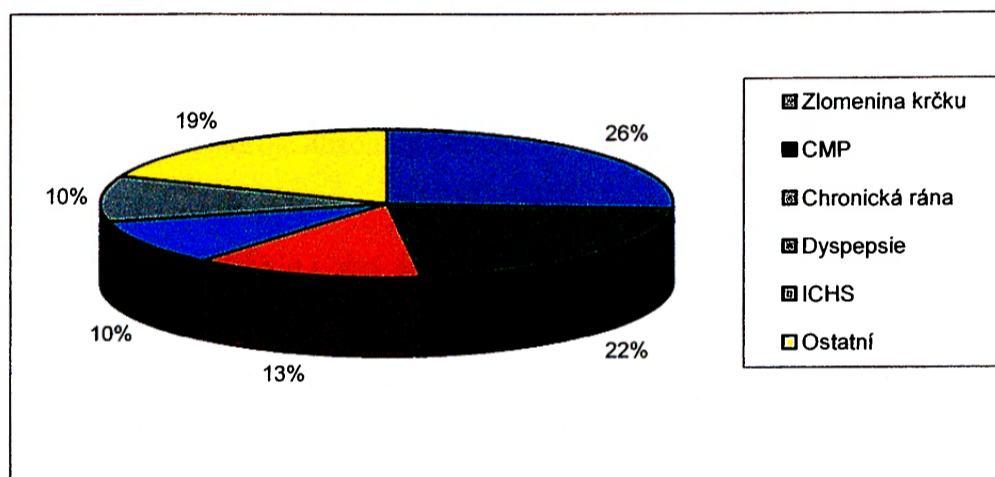
**Cévní mozková příhoda - 14 seniorů (22,58%)**

**Chronická rána (bércový vřed, dekubitus, nekróza) - 8 seniorů (12,9%)**

**Dyspepsie - 6 seniorů (9,68%)**

**Onemocnění srdce (ICHS, stavy po infarktu srdce) - 6 seniorů (9,86%)**

**Graf č. 2 Nejčastější lékařské diagnózy jako důvod hospitalizace**



### III. Rodinný stav a počet dětí

Mezi zvolená kritéria jsem zařadila rodinný stav. Největší zastoupení ve vzorku tvoří ženy vdovy 22 (62,86%) a ženy vdané 10 (28,57%). U mužů jsou nejvíce zastoupeni ženatí 9 (33,33%), následují svobodní muži 8 (29,63%) a muži vdovci 8 (29,63%) viz tab. č. 5.

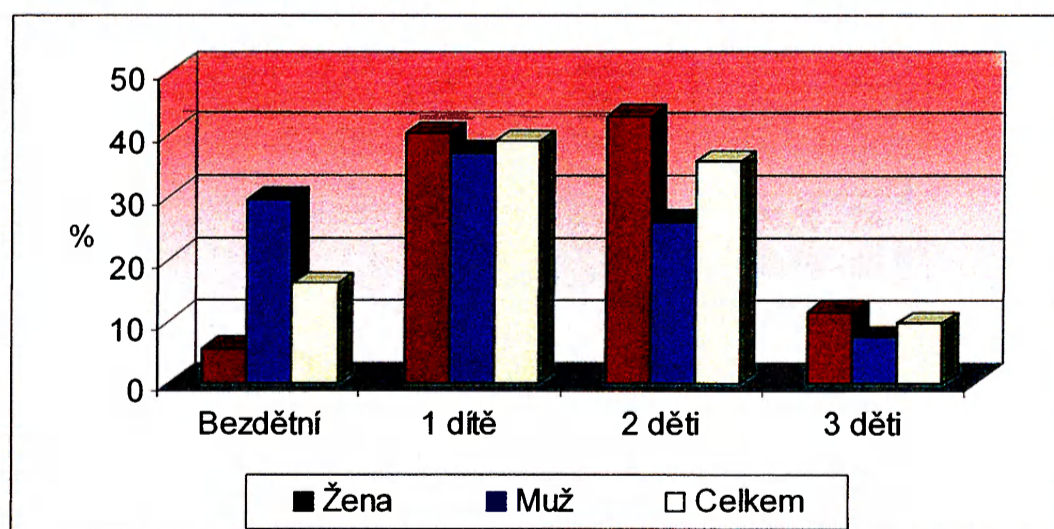
**Tab. č. 5 Rodinný stav sledovaného souboru dle pohlaví**

Pohlaví	Rodinný stav							
	Svobodná/ý		Vdaná/ženatý		Vdova/vdovec		Rozvedená/ý	
	$n_i$	%	$n_i$	%	$n_i$	%	$n_i$	%
Žena	0	0	10	28,57	22	<b>62,86</b>	3	8,57
Muž	8	<b>29,63</b>	9	33,33	8	29,63	2	7,41
<b>Celkem</b>	<b>8</b>	<b>12,9</b>	<b>19</b>	<b>30,65</b>	<b>30</b>	<b>48,39</b>	<b>5</b>	<b>8,06</b>

Pozn.  $n_i$  ... vyjadřuje absolutní četnost

Další kritérium bylo počet dětí z prvního popř. druhého manželství. U žen jsou nejvíce zastoupeny ženy, které přivedly na svět dvě děti 14 žen (40,0 %) a ženy, které porodily jedno dítě 13 žen (37,14%). V souboru mužů je 8 mužů (29,63%) bezdětných a 8 mužů (29,63%) má jednoho potomka viz graf č.3 a příloha tab. č. 6.

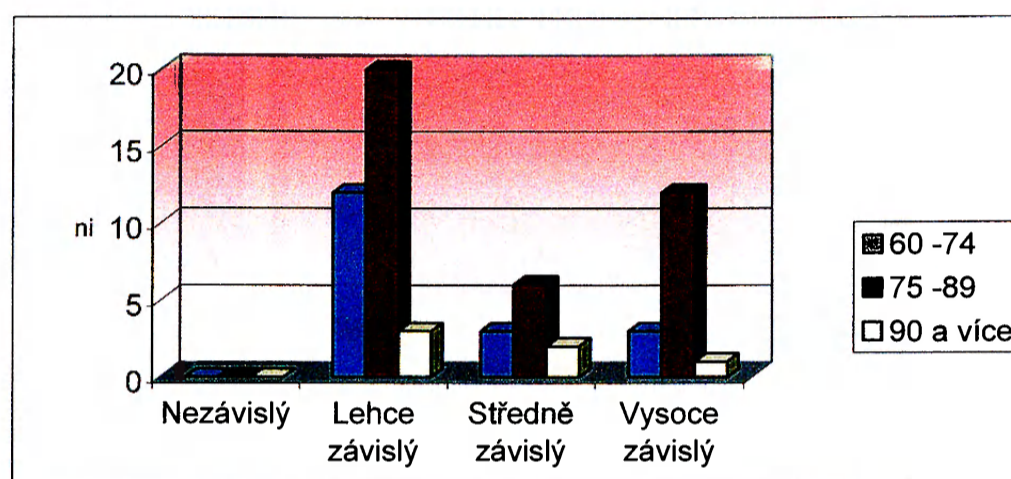
**Graf č. 3 Počet dětí seniorů**



#### IV. Míra soběstačnosti dle věku a hodnocení psychického stavu

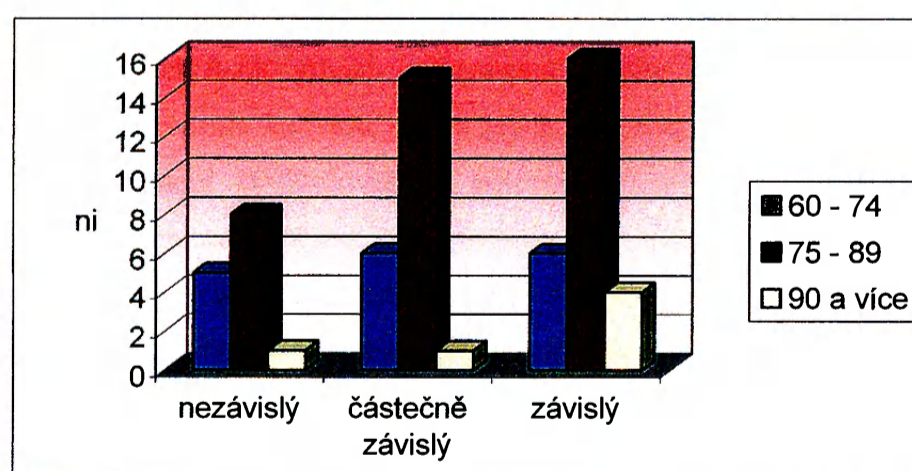
Při rozdělení pracovní skupiny dle věku je v Barthelově testu základních všedních činností v každé skupině nejvíce zastoupen věk 75 až 89 let. V této věkové hranici je 20 seniorů lehce závislých a 12 seniorů vysoce závislých viz graf č. 4 a příloha tab. č. 7. To odpovídá skutečnosti, že nejvíce seniorů je v této věkové hranici.

**Graf č. 4 Míra soběstačnosti v ADL dle věku**



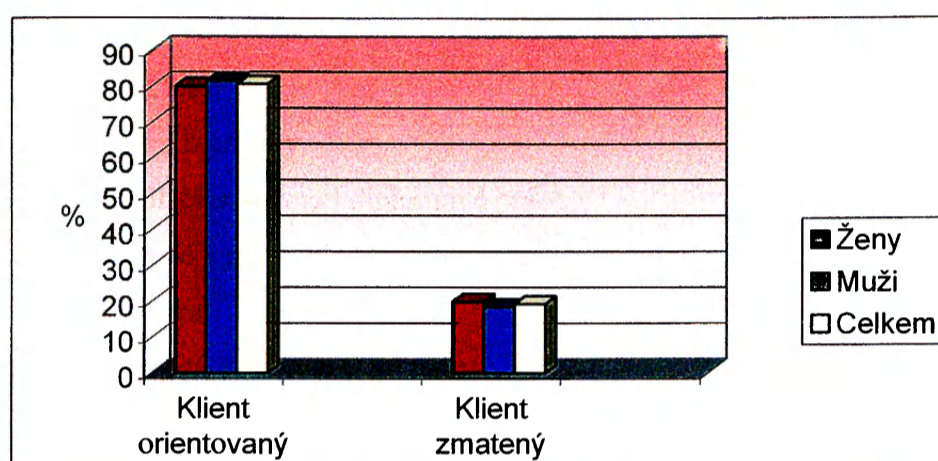
V testu instrumentálních všedních činností je opět nejvíce zastoupena věková hranice 75 až 89 let. Ve všech věkových kategoriích převažují seniori závislí v IADL (celkem 26 seniorů) viz graf č. 5 a příloha tab. č. 8.

**Graf č. 5 Míra soběstačnosti v IADL dle věku**



Kromě zjištění míry soběstačnosti u každého seniora, byl hodnocen také psychický stav nemocného pomocí zkráceného mentálního bodovacího testu. Celkem 50 seniorů (80,65%) bylo plně orientovaných místem, časem, osobou i prostorem. Pouze u 12 seniorů (19,35%) byla zjištěna a hodnocena zmatenost viz graf č. 6 a příloha tab. č. 9.

**Graf č. 6 Hodnocení psychického stavu**



## 6.8 Organizace a časový plán výzkumu

### 6.8.1 Organizace výzkumu

Vlastní výzkum byl zahájen dle časového plánu 20.12.2005 a ukončen 15.1. 2006. Výběr seniorů byl namátkový, realizovaný na **doléčovací rehabilitační jednotce Nemocnice Pelhřimov**. Cílovou skupinu tvořili senioři ve věku nad 60 let, u kterých došlo vlivem onemocnění k náhlé změně soběstačnosti. Seniory jsem navštěvovala individuálně na jejich pokojích, a tak jsem mohla jednotlivé otázky pomocí strukturovaného polostandardizovaného rozhovoru zpracovat s každým seniorem osobně. Tato metoda se mi velice osvědčila, jelikož se jednalo o staré seniory nad 75 let a samostatné vyplňování by většině z nich jistě činilo potíže. Na každý polostandardizovaný rozhovor se seniorem jsem si určila přesně 20 minut a tohoto časového rozpisu jsem se řídila.

### 6.8.2 Časový plán diplomové práce

Pracovala jsem již podruhé na diplomové práci se stejným zaměřením, ale s jinými cíli a hypotézami a s daleko větším úsilím pod vedením PhDr. Heleny Chloubové. Na teoretické části diplomové práce jsem pracovala s novou vedoucí práce PhDr. Helenou Chloubovou půl roku. Dle pokynů vedoucí práce jsem vyhledala dostupné teoretické prameny týkající se tématu. Dále jsem postupovala takto:

#### **Rok 2005**

červenec až září

- studium literatury
- konzultace s vedoucí diplomové práce
- stanovení a rozpracování cílů a hypotéz práce

říjen až listopad

- zpracování výsledků z literatury
- příprava dotazníku

prosinec

- předvýzkum
- vlastní výzkum

#### **Rok 2006**

leden až únor

- výzkum
- zpracování dat a výsledků šetření
- konzultace získaných dat s vedoucí diplomové práce
- zpracování závěrů výzkumu

březen až duben

- konzultace závěrů výzkumu s vedoucí práce
- zpracování a ukončení diplomové práce

### 6.9 Způsob zpracování výsledků

Všechny získané informace byly zpracovány počítačovou technikou v programu Microsoft Word. Výsledky tabulek a grafů byly zpracovány pomocí výpočetní techniky v programu Microsoft Excel. Byly sestavené přehledové tabulky a grafy, které byly seřazeny podle jednotlivých hypotéz.

## 7 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

### 7.1 Zpracování výsledků k hypotéze I.

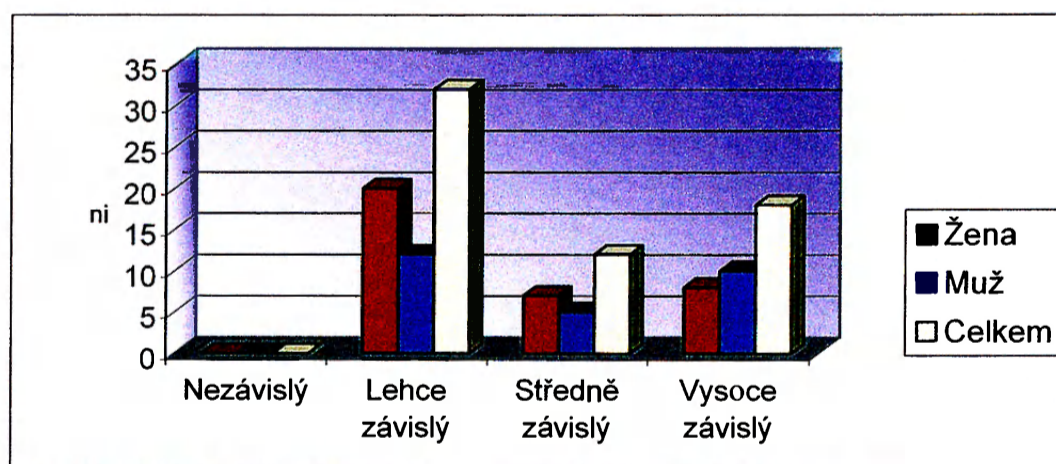
*„Domnívám se, že senioři s omezenou soběstačností chtějí i nadále žít ve svém vlastním prostředí.“*

K této hypotéze byly sledovány následující údaje:

**Míra soběstačnosti seniorů** - pomoci Barthelova testu základních všedních činností (ADL) a testu instrumentálních všedních činností (IADL). Míra soběstačnosti byla posuzována u seniorů dle pohlaví.

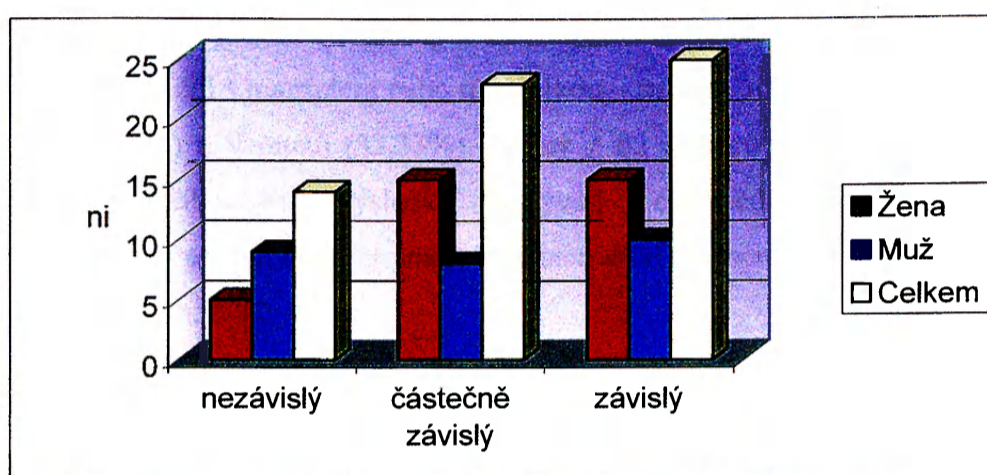
Z Barthelova testu základních všedních činností, kdy byli senioři rozděleni dle pohlaví, vyplynulo, že z celkového počtu 62 seniorů převažuje 32 seniorů lehce závislých (20 žen a 12 mužů) a 18 seniorů je vysoce závislých (8 žen a 10 mužů) viz graf č. 7 a příloha tab. č. 10.

**Graf č. 7 Míra soběstačnosti v ADL dle pohlaví**



Z výsledku testu instrumentálních všedních činností, kdy byli senioři rozděleni dle pohlaví, je patrné, že z celkového počtu 62 seniorů je převážná většina závislá (15 žen a 10 mužů) nebo alespoň částečně závislá (15 žen a 8 mužů) viz graf č. 8 a příloha tab. č. 11.

**Graf č. 8 Míra soběstačnosti v IADL dle pohlaví**





S kým seniori žili před hospitalizací a s kým budou žít po propuštění z doléčovací rehabilitační jednotky, kdy byli srovnány výpovědi od seniorů a odpovědi od sociální pracovnice.

#### S kým seniori žili před hospitalizací.

Největší procento seniorů tvoří ženy a muži, kteří žijí sami – celkem 40,32% (25), z toho je 15 žen (42,86%) a 10 mužů (37,04%). Velké procento tvoří i seniori, kteří žijí s manželem nebo manželkou – celkem 30,65% (19), z toho je 10 žen (28,57%) a 9 mužů (33,33%). Žádný z 62 seniorů nežije s někým jiným, s jiným nepřibuzným. Výsledky vyplývají z odpovědí seniorů při řízeném rozhovoru, odpovědi sociální pracovnice jsou shodné a nerozcházejí se s výpovědi seniorů viz tab. č. 12.

**Tab. č. 12 S kým jsem žil/a před hospitalizací – výpověď seniorů a sociální pracovnice**

S kým jsem žil/a před hospitalizací						
	Žena		Muž		Celkem	
	$n_i$	%	$n_i$	%	$n_i$	%
Sám/a	15	42,86	10	37,04	<b>25</b>	<b>40,32</b>
S manželem/manželkou	10	28,57	9	33,33	<b>19</b>	<b>30,65</b>
S dcerou/synem	7	20	3	11,11	<b>10</b>	<b>16,13</b>
S vnukem/vnučkou	3	8,57	1	3,7	<b>4</b>	<b>6,45</b>
S druhem/družkou	0	0	2	7,41	<b>2</b>	<b>3,23</b>
S jiným příbuzným	0	0	2	7,41	<b>2</b>	<b>3,23</b>
S někým jiným	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>

Pozn.  $n_i$  ... vyjadřuje absolutní četnost

**S kým budou žít senioři po propuštění – výpověď seniorů a sociální pracovníce.**

Jako v předchozích výpovědích i zde udává 19 seniorů (30,65%), že žije s manželem nebo s manželkou. 15 seniorů (24,19%) je přesvědčeno, že se po propuštění vrátí domů a bude žít i nadále samo. Již 6 seniorů (9,68%) ví, že se nevrátí tam, kde žili před hospitalizací, ale bude žít s někým jiným a někde jinde. Sociální pracovníce upřesnila s kým budou žít senioři po propuštění z doléčovací rehabilitační jednotky a kam půjdou. V následující tabulce je patrné, že pouze 8 seniorů (12,9%) bude po propuštění žít samo. Počet seniorů, kteří budou po propuštění žít a manželem nebo manželkou je stejný (29,03%). Narůstá počet seniorů, kteří se již nevrátí do svého domova, ale budou žít s někým jiným – celkem 20 (32,3%) viz tab. č. 13.

**Tab. č. 13 S kým budou žít senioři po propuštění**

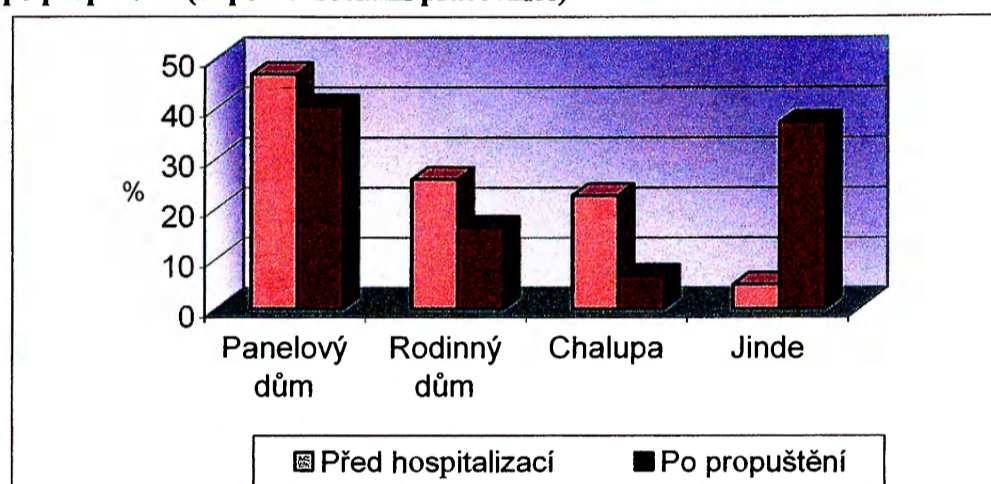
<b>S kým budou žít senioři po propuštění</b>		
<b>Odpovědi</b>	Senioři	Sociální pracovníce
	%	%
S manželem/manželkou	<b>30,65</b>	<b>29,03</b>
Sám/a	<b>24,19</b>	<b>12,9</b>
S dcerou/synem	<b>22,58</b>	16,13
S vnukem/vnučkou	6,45	3,23
S druhem/družkou	3,23	3,23
S jiným příbuzným	3,23	3,23
S někým jiným	9,68	<b>32,3</b>

**Kde senioři bydleli před hospitalizací a kde budou bydlet po propuštění.**

**Odpověď senioři:** Skoro polovina seniorů bydlela před hospitalizací v panelovém domě (celkem 47%), jinde bydlelo pouze 5% seniorů.

**Odpověď sociální pracovnice:** Po propuštění bude situace jiná, celkem 37% seniorů bude bydlet jinde než před hospitalizací (Domov důchodců, LDN, Dům s Pečovatelskou službou), pouze 6% seniorů se vrátí do své chalupy viz graf č. 9 a příloha tab. č. 14.

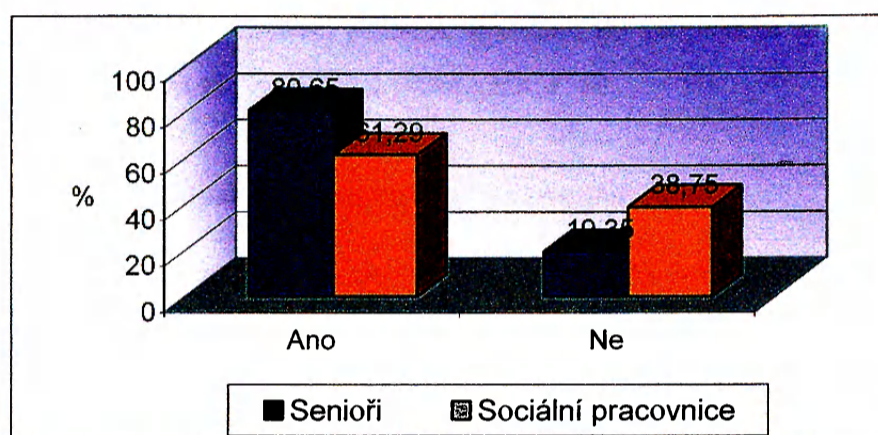
**Graf č. 9 Kde senioři bydleli do hospitalizace (odpověď senioři) a kde budou bydlet po propuštění (odpověď sociální pracovnice)**



### Vrátí se senioři po propuštění z nemocnice do svého domova.

Tyto výsledky byly také srovnávány z pohledu seniora a sociální pracovníce. V této a již i v předchozích odpovědích je patrná jistá bagatelizace svého stavu a idealizace sociálních stavů. 50 seniorů (80,65%) udává, že se vrátí do svého domova, ale sociální pracovníce upřesnila, že do svého domova se vrátí pouze 38 seniorů (61,29%) viz graf č. 10 a příloha tab. č. 15.

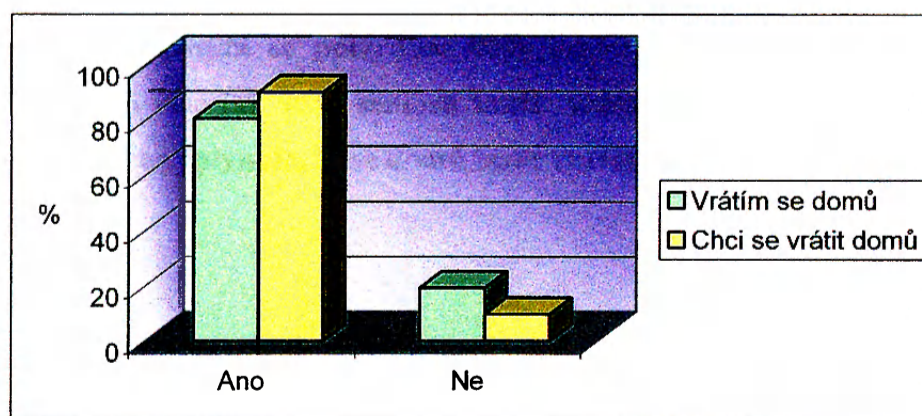
**Graf č. 10 Vrátím se do svého domova – výpověď seniorů a sociální pracovníce**



### Chce se senior vůbec vrátit tam kde žil?

Více jak 90% seniorů se chce vrátit tam, kde dosud žili - domů. Výpověď sociální pracovníce je podobná jako v předchozí otázce, neboť ví, že 40% seniorů (celkem 24 seniorů) se již domů nevrátí viz příloha tab. č. 14. Pokud je srovnán vztah k návratu domů u seniorů, tak více jak 90% seniorů se chce vrátit domů. Tato odpověď seniorů vypovídá o tom, co si senioři opravdu přejí. Při odpovědi na otázku: „Vrátím se po propuštění domů“ vypovědělo 81% seniorů, že se vrátí domů, což není pravda viz graf č. 11 a příloha tab. č. 16.

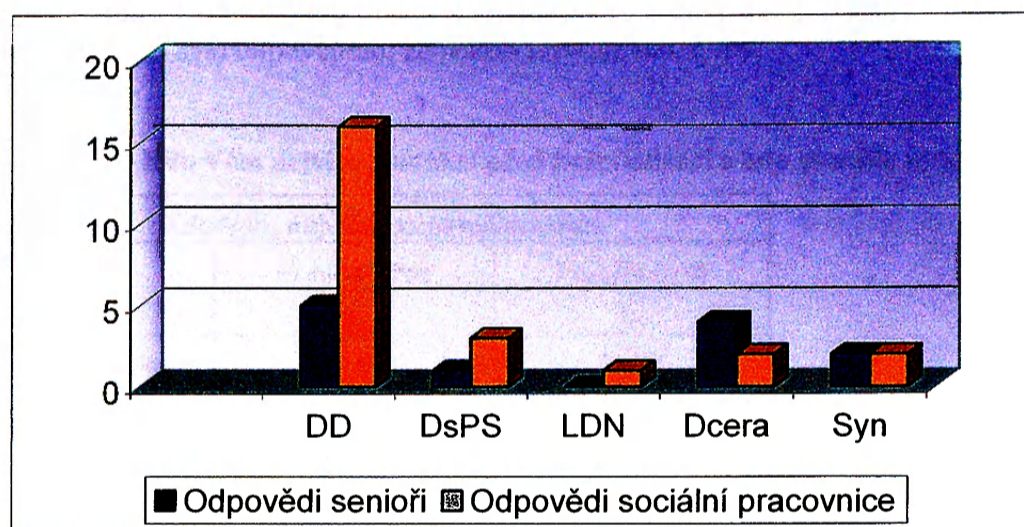
**Graf č. 11 Touha k návratu domů – odpověď seniorů**



### Kam tedy půjdu po propuštění ?

Podle výpovědi sociální pracovnice půjde 16 seniorů (25,8%) do Domova důchodců, 3 senioři odejdou do Domu s pečovatelskou službou a 3 senioři se budou stěhovat od své dcery nebo syna k jinému dítěti. Celkem 24 seniorů (38,71%) bude odcházet po propuštění někam jinam než do svého domova. Senioři odpovídali trochu jinak. Pouze 5 seniorů přiznalo, že půjdou do Domova důchodců a 4 senioři prý budou odcházet ke své dceři nebo synovi. Celkem 12 seniorů (19,35%) udává, že bude odcházet po propuštění někam jinam než do svého domova viz graf č.12 a příloha tab. č. 17.

Graf č. 12 Předpokládané spolužití po propuštění



Pozn. DD – Domov důchodců

DsPS – Dům s Pečovatelskou službou

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

**Tato hypotéza se potvrdila. 80% seniorů tvrdí, že se vrátí do svého domova a více jak 90% seniorů touží vrátit se domů. Z výpovědi sociální pracovnice vyplynulo, že se domů bude vracet pouze 60% seniorů.**

## 7.2 Zpracování výsledků k hypotéze II.

*„Domnívám se, že náhlá změna soběstačnosti seniorů ovlivní jejich širší rodinné zázemí.“*

K této hypotéze byly sledovány následující údaje:

**Kdo z rodiny Vám dosud nejvíce pomáhal a kdo si myslíte, že Vám pomůže nejvíce nyní.**

Na otázku „Kdo z rodiny mi dosud nejvíce pomáhal“ odpověděli senioři, že nejvíce pomáhal manžel, manželka a dcera. V odpovědi na otázku „Kdo Vám nejvíce pomůže nyní“ odpovídali senioři, že manžel, manželka a dcera, ale už 10 seniorů (16,13%) odpovědělo, že někdo jiný viz tab. č. 18.

**Tab. č. 18 Kdo Vám nejvíce pomáhal před hospitalizací a kdo pomůže nyní**

<b>Kdo Vám nejvíce pomáhal/pomůže</b>		
	<b>Pomoc před</b>	<b>Pomoc nyní</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Manžel/ka	<b>30,65</b>	<b>29,03</b>
Dcera	<b>24,19</b>	<b>20,97</b>
Syn/snacha	17,74	14,52
Sestra	11,29	8,06
Bratr	6,45	4,84
Vnučka	6,45	3,23
Družka	3,23	3,23
Někdo jiný	0	<b>16,13</b>

Pozn. Někdo jiný (sousedé, zdravotní sestra, přátelé, pečovatelská služba)

### Ke komu z rodiny máte nejbližší vztah.

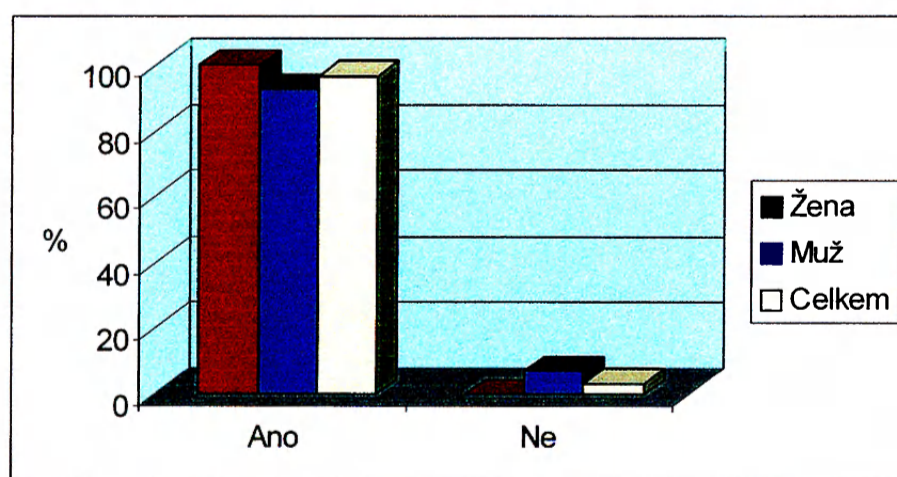
Nejbližší vztah, dle výpovědi, mají senioři k manželce a manželovi (30,65%), na druhém místě se nejčastěji objevil blízký vztah k dceři (24,19%) ve srovnání s pomocí před hospitalizací viz tab. č. 19.

Tab. č. 19 Pomoc před hospitalizací a silný emoční vztah

Kdo Vám pomáhal a vztah k němu		
	Pomoc před	Emoční vztah
	%	%
Manžel/ka	30,65	30,65
Dcera	24,19	24,19
Syn/snacha	17,74	17,74
Sestra	11,29	11,29
Bratr	6,45	6,45
Vnučka	6,45	6,45
Družka	3,23	3,23
Někdo jiný	0	0

Na otázku „Informují se rodinní příslušníci na zdravotní stav svého blízkého“ odpovídala sociální pracovnice. 97% rodinných příslušníků má zájem a informuje se na zdravotní stav svého blízkého viz graf č. 13 a příloha tab. č. 20.

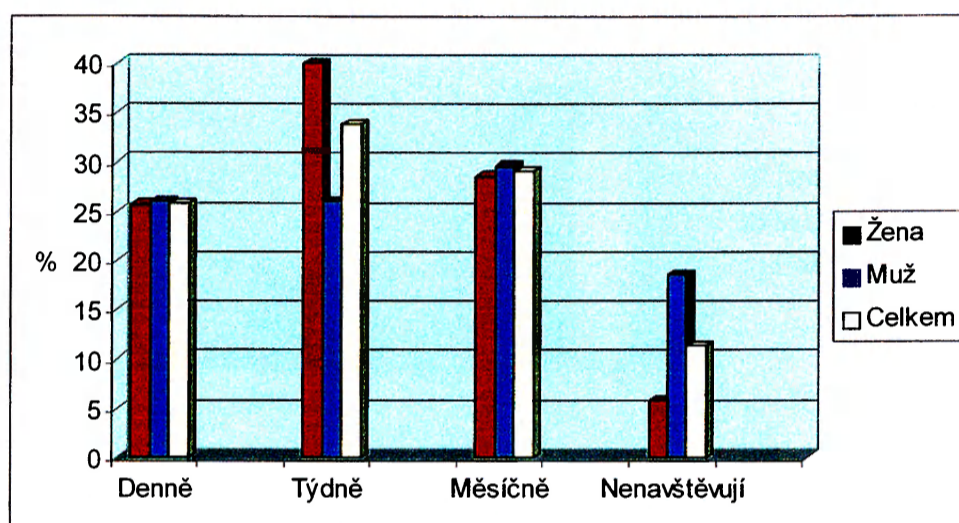
Graf č. 13 Informují se rodinní příslušníci na Váš zdravotní stav



**Jak často Vás navštěvují rodinní příslušníci, kdo Vás navštěvuje nejvíce?**

Nejčastěji navštěvují rodinní příslušníci své blízké týdně (celkem 21 – 33,87%). Celkem 18 seniorů (29,03%) je navštěvováno od rodinných příslušníků pouze měsíčně a 7 seniorů nenavštěvují rodinní příslušníci, ale sousedé viz graf č. 14 a příloha tab. č. 21. Nejčastější návštěvou u seniorů v nemocnici jsou manžel/ka (celkem 30,65%) a dcera (24,19%).

**Graf č. 14 Četnost návštěv rodinných příslušníků u seniorů**

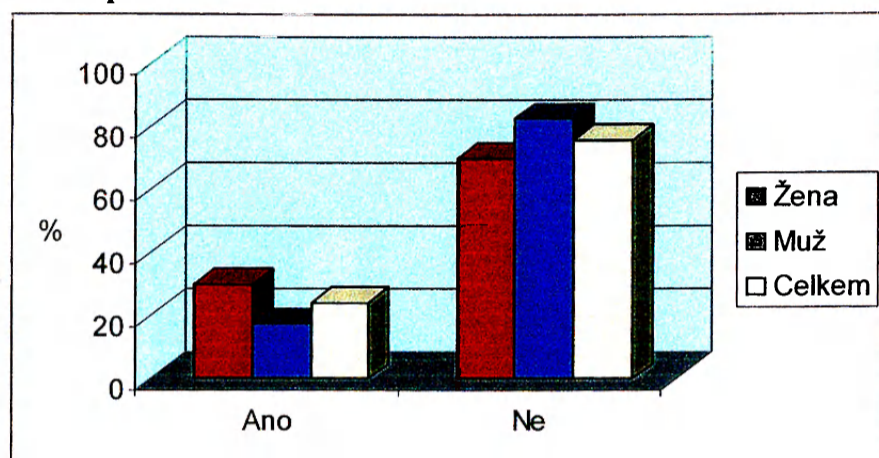




**Je osoba, která se o Vás dosud starala, zaměstnaná a zůstane tato osoba zaměstnaná i po Vašem propuštění z nemocnice.**

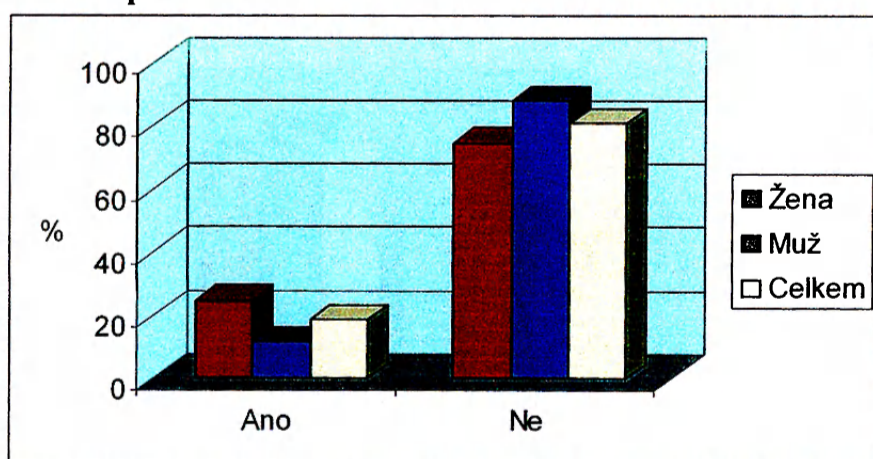
Na tuto otázku odpovídali seniory i sociální pracovníci a odpovědi byli stejné. Celkem 28 osob (75,68%) z 37, které se starají o své blízké již nejsou zaměstnání viz graf č. 15 a příloha tab. č. 22.

**Graf č. 15 Je osoba, která se o Vás dosud starala, zaměstnaná – výpověď seniorů a sociální pracovníci**



V odpovědi na otázku „Je osoba, která se o Vás nyní bude starat, zaměstnaná“, odpovídala opět sociální pracovníci i seniory. Odpovědi byli hodně podobné jako v předchozí otázce. Celkem 30 (81,1%) rodinných příslušníků, kteří se starají o svého blízkého je již nezaměstnaných viz graf č. 16 a příloha tab. č. 23.

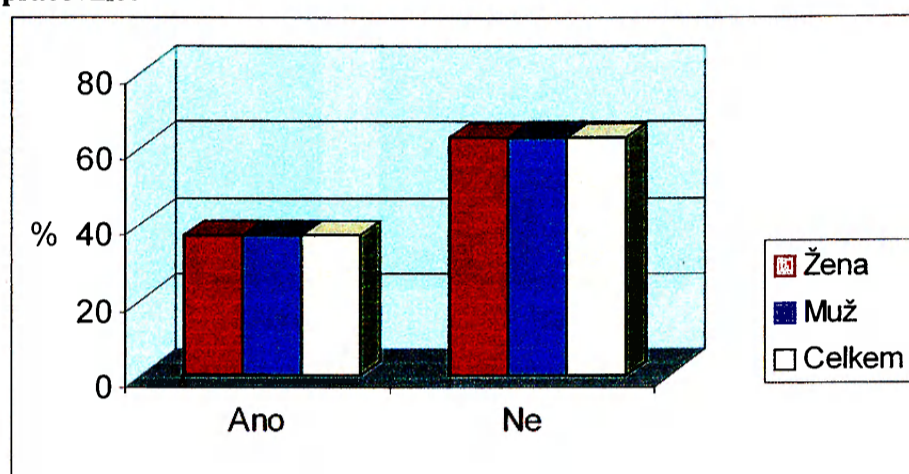
**Graf č. 16 Je osoba, která se o Vás nyní bude starat, zaměstnaná - výpověď seniorů a sociální pracovníci**



### Potřeboval/a jste před hospitalizací pomoc.

Na tuto otázku odpovídala sociální pracovníce i seniori – odpovědi byli shodné a jsou zaznamenány v grafu. Celkem 62,90% (39 seniorů) nepotřebovalo před hospitalizací pomoc. Pomoc využívalo pouze 23 seniorů ( 37,10%) viz graf č. 17 a příloha tab. č. 24.

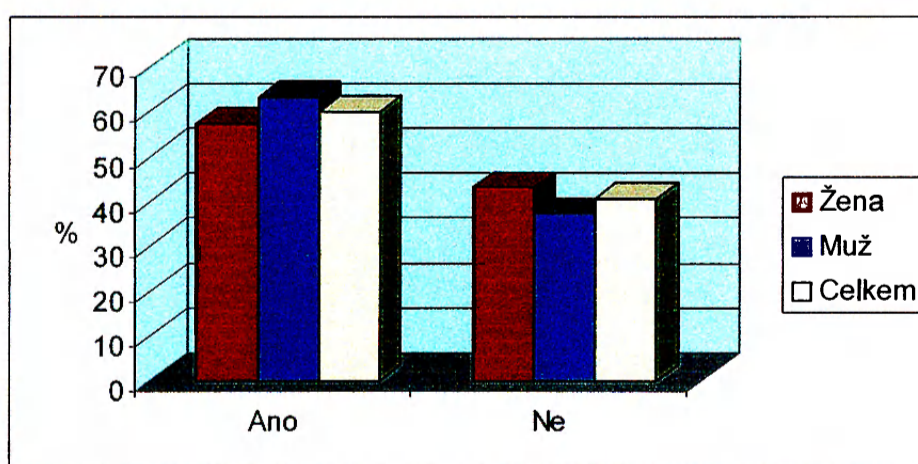
**Graf č. 17 Potřeboval/a jsem pomoc před hospitalizací – výpověď seniorů a sociální pracovníce**



### Budete pomoc potřebovat po propuštění.

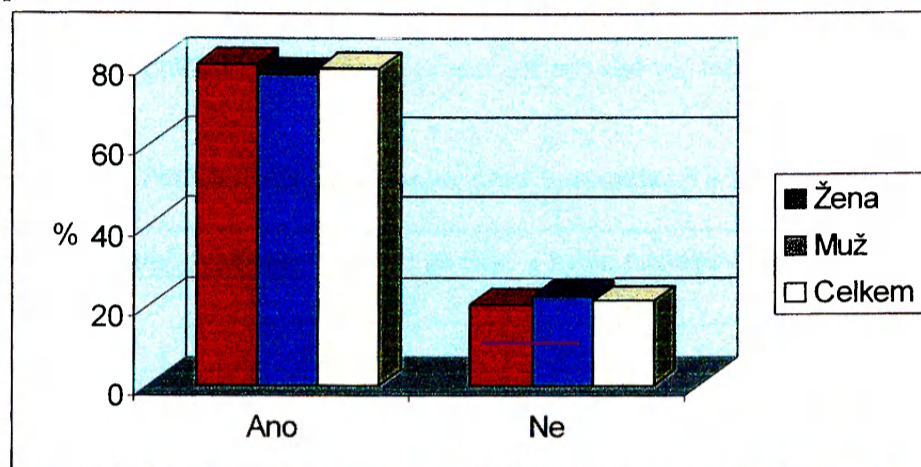
Celkem 25 seniorů (40,32%) se domnívá, že po propuštění nebude potřebovat pomoc od nikoho a vše zvládne udělat a obstarat. Skoro 60% seniorů je přesvědčeno o opaku viz graf č. 18 a příloha tab. č. 25

**Graf č. 18 Budu potřebovat pomoc po propuštění – odpověď seniorů**



Sociální pracovníce vidí situaci jinak. Z výsledků vyplynulo, že 80% seniorů bude po propuštění potřebovat pomoc rodinného příslušníka nebo někoho jiného viz graf č. 19 a příloha tab. č. 26. V této otázce je patrná bagatelizace ze strany seniora.

**Graf č. 19 Bude senior po propuštění potřebovat pomoc – odpověď sociální pracovníce**



Z následující tabulky je patrné, v jakých činnostech potřebovali senioři pomoc do hospitalizace, od koho tuto pomoc potřebovali a v jakých činnostech budou potřebovat pomoc po propuštění a jak často tuto pomoc využívali (denně, týdně, občas). Velkým problémem pro seniory je vaření, nakupování, hygienická péče a vzhledem k zimním měsícům odklizení sněhu. Po propuštění budou senioři potřebovat pomoc s hygienickou péčí, nakupováním, domácími pracemi, vařením a pomocí při pohybu viz tab. č. 27.

**Tab. č. 27 Potřeboval/a jsem pomoc před hospitalizací a budu potřebovat pomoc po propuštění**

Potřeboval/a jsem dosud pomoc a budu potřebovat pomoc nyní						
	Denně		Týdně		Občas	
	Před	Po	Před	Po	Před	Po
S hygienickou péčí	0	0	8	19	4	13
S nakupováním	2	5	9	12	2	7
Při dopravě	0	0	6	10	10	15
S domácími pracemi	0	0	5	13	8	10
S vařením	8	26	3	7	6	0
S přípravou léků	0	17	0	10	2	0
Při pohybu	0	17	0	0	5	7
S topením	1	6	0	0	3	0
Se zvířectvem	0	2	5	6	5	0
Se zahrádkou	0	0	0	4	8	5
Se sněhem	6	8	3	7	4	0
S dřevem	2	4	3	0	5	0

Dosud využívali senioři převážně pomoc od dcery nebo syna, manžela/ky, pečovatelské služby a 9 seniorů využívá občas pomoc od sousedů. Po propuštění budou senioři více využívat pomoc od manžela/ky, dcery/syna a někoho jiného viz tab. č. 28.

**Tab. č. 28 Před hospitalizací jsem využíval/a pomoc od a nyní po propuštění budu potřebovat pomoc od**

Dosud jsem využíval/a pomoc od a nyní budu potřebovat pomoc od						
	Denně		Týdně		Občas	
	Před	Po	Před	Po	Před	Po
Manžela/ky	0	<b>10</b>	4	2	8	0
Dcery/syna	3	8	6	<b>14</b>	6	0
Vnoučat	2	2	2	0	0	0
Příbuzných	0	1	2	2	2	0
Sousedů	0	0	5	5	9	0
Přátel	0	1	0	1	2	0
Pečovatelské služby	5	<b>8</b>	6	3	0	0
Domácí péče	0	0	2	<b>5</b>	0	0
Charity	0	0	0	0	0	0
Někoho jiného	0	<b>17</b>	0	2	0	0

#### Jak pomáháte rodině vy sám.

Z tabulky je patrné, ve kterých činnostech senior nejvíce pomáhá rodinným příslušníkům viz tab. č. 29.

**Tab. č. 29 Jak pomáhá senior rodině**

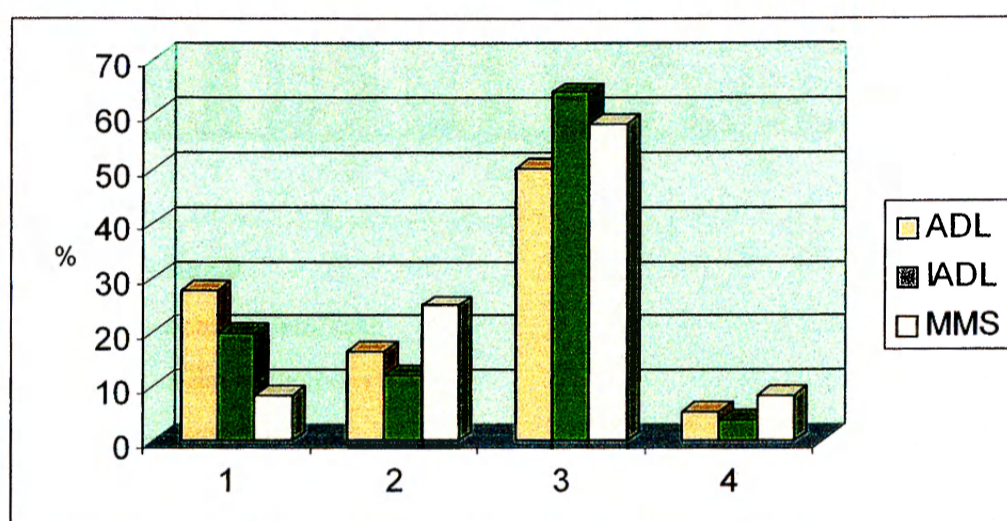
Jak pomáhám rodině			
Činnosti	Žena	Muž	Celkem
	%	%	%
Hlídám vnoučata, pravnoučata	<b>28,57</b>	25,93	<b>27,42</b>
Starám se o zvířectvo	8,57	<b>29,63</b>	<b>17,74</b>
Pomáhám se zahrádkou	8,57	22,22	<b>14,52</b>
Pomáhám s topením	0	<b>29,63</b>	<b>12,9</b>
Nepomáhám rodině	14,29	11,11	<b>12,9</b>
Pomáhám s vařením	11,43	7,41	<b>9,68</b>
Šiji a pletu	<b>17,14</b>	0	<b>9,68</b>
Pomáhám s dřevem	0	18,52	<b>8,06</b>
Odklízím sníh	0	7,41	<b>3,23</b>
Pomáhám s domácností	5,71	0	<b>3,23</b>
Nakupuji	0	3,7	<b>1,61</b>

K hypotéze II. jsem zařadila vzorek nesoběstačných - závislých seniorů v ADL (celkem 18), IADL (celkem 25) a dle hodnocení psychického stavu zmatené seniory (celkem 12). Srovnávala jsem rodinný stav, s kým seniory žili do hospitalizace a s kým popř. kde budou žít po propuštění.

#### Skupina nesoběstačných – závislých seniorů v rodinném vztahu

Největší zastoupení mají seniory podle rodinného stavu ve skupině vdova/vdovec (závislí v ADL 50%, závislí v IADL 64% a zmatení 58,33%) viz graf č. 20 a příloha tab. č. 30.

Graf č. 20 Skupina nesoběstačných – závislých seniorů v rodinném vztahu



Pozn.....1 – svobodný/á

2 – vdaná/ženatý

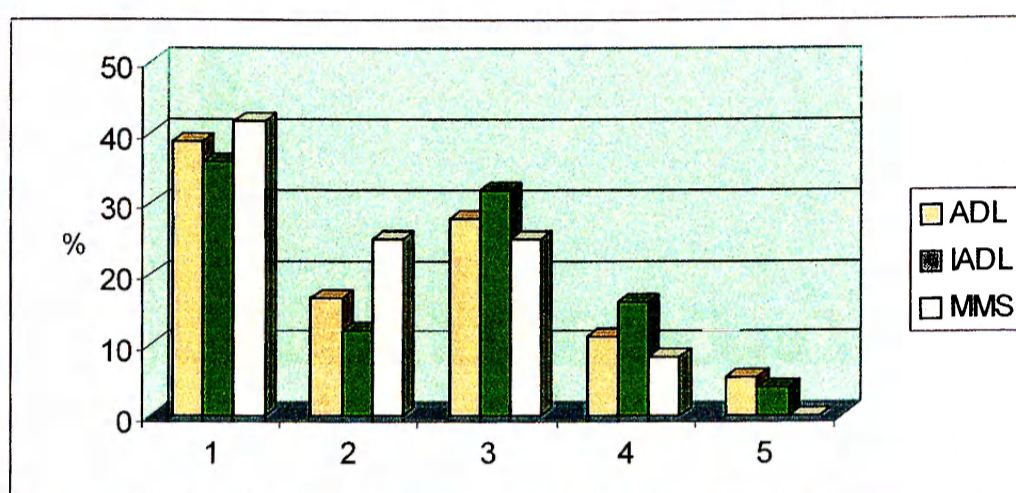
3 – vdova/vdovec

4 – rozvedený/á

### S kým žili nesoběstační - závislí seniori do hospitalizace.

Skoro 40% seniorů v této skupině žije samo (závislí v ADL 38,83%, závislí v IADL 36% a zmatení 41,67%) nebo u dcery popř. syna viz graf č. 21 a příloha tab. č. 31.

Graf č. 21 Skupina nesoběstačných - závislých – s kým žili před hospitalizací



Pozn.....1 – sám/a

2 – s manželem/kou

3 - s dcerou/synem

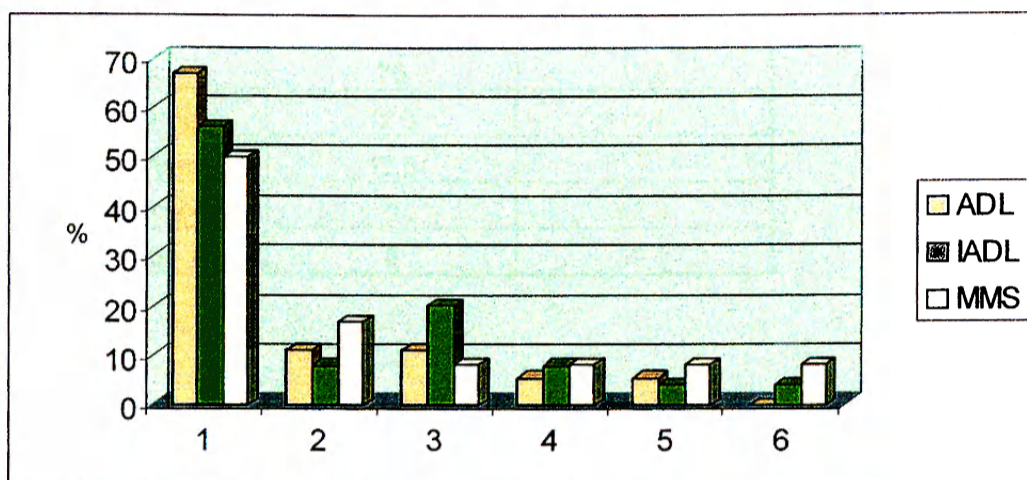
4 – s vnučkou

5 – s bratrem

**S kým popř. kde budou žít nesoběstační – závislí senioři po propuštění.**

Více jak polovina seniorů odchází do domova důchodců viz graf č. 22 a příloha tab. č. 32.

**Graf č. 22 Skupina nesoběstačných - závislých – s kým, popř. kde budou žít nyní**



Pozn.....1 – Domov důchodců

4 – s vnučkou

2 – s manželem/kou

5 – Léčebna dlouhodobě nemocných

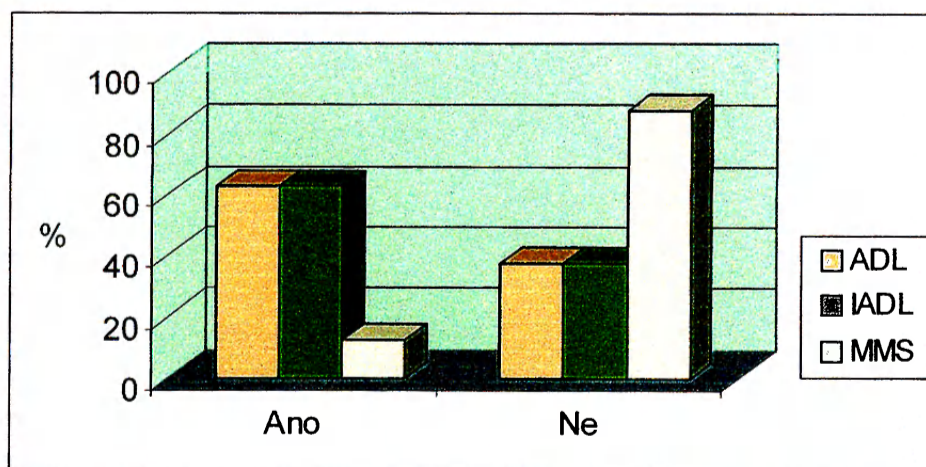
3 – s dcerou/synem

6 – Dům s Pečovatelskou službou

**Ze vzorku seniorů jsem do této hypotézy zařadila i vzorek svobodných mužů (celkem 8).**

Hodnotila jsem s kým svobodní senioři žili, s kým popř. kde budou žít po propuštění a závislost v ADL, IADL a MMS. Více jak polovina seniorů je závislá v ADL a IADL (62,5%). Stav zmatenosti u seniorů prokázán nebyl viz graf č. 23 a příloha tab. č. 33.

**Graf č. 23 Skupina svobodných mužů – nesoběstačnost**





**S kým skupina svobodných mužů - jak žili před hospitalizací a jak budou žít po propuštění viz tab. č. 34.**

**Tab. č. 34 Skupina svobodných mužů – s kým žili a jak budou žít nyní**

<b>Svobodní muži - jak žili dosud a budou žít nyní</b>		
	<b>Dosud</b>	<b>Nyní</b>
Sám	<b>75</b>	12,5
Se sestrou	12,5	12,5
S bratrem	12,5	0
Domov důchodců	0	<b>62,5</b>
DsPS	0	12,5

Tato II. hypotéza se potvrdila. Seniori budou po propuštění potřebovat častěji pomoc než před hospitalizací, pomoc budou využívat nejen od rodinných příslušníků, ale 20% seniorů bude po propuštění využívat pomoc od někoho jiného. Z výsledku grafu č. 15 a č. 16 je patrné, že se zvýšil počet seniorů, kteří pomoc budou potřebovat. V této hypotéze byla více rozebrána skupina seniorů nesoběstačných – závislých v ADL, IADL a zmatení. Dále byla podrobněji rozpracována skupina svobodných mužů. I zde je patrné potvrzení hypotézy.

## 7.3 Zpracování výsledků k hypotéze III.

*„Domnívám se, že bytové a bariérové podmínky seniorů nejsou vyhovující vzhledem ke změněné soběstačnosti.“*

K této hypotéze byly sledovány následující údaje:

**Na svém bytě si nejvíce cením.**

V následující tabulce je patrné, co popř. čeho si seniori nejvíce cení na svém bytě. Polovina seniorů udává ústřední/plynové topení, třetina blízké vzdálenosti rodiny a možnosti vlastnit a mít po ruce mobilní telefon, televizi a mít v panelovém domě výtah viz tab. č. 35.

**Tab. č. 35 Na mém bytě si nejvíce cením**

Na mém bytě si nejvíce cením			
	Žena	Muž	Celkem
	%	%	%
Ústřední/plynové topení	51,43	48,15	<b>50</b>
Blízkosti rodiny	34,29	22,22	<b>29,03</b>
Mobilní telefon	22,86	29,63	<b>25,81</b>
Televize	22,86	22,22	22,58
Výtah	22,86	22,22	22,58
Blízkosti přátel	17,14	22,22	19,35
Sprcha v koupelně	17,14	14,81	16,13
Balkón	17,14	14,81	16,13
Madla	17,14	14,81	16,13
Pevná linky - telefon	11,43	14,81	12,9

**Co nevyhovuje mému způsobu života v mém bytě – před hospitalizací a po propuštění.**

V další otázce odpovídali senioři, co nevyhovovalo jejich způsobu života v bytě před hospitalizací a co si myslí, že jim nebude vyhovovat po propuštění. Nejvíce vadila seniorům před hospitalizací vana a velikost koupelny. Myslí si, že po propuštění jim budou nejvíce vadit schody (33,33%) a s tím související patro, ve kterém bydlí a přístup na toaletu viz tab. č. 36.

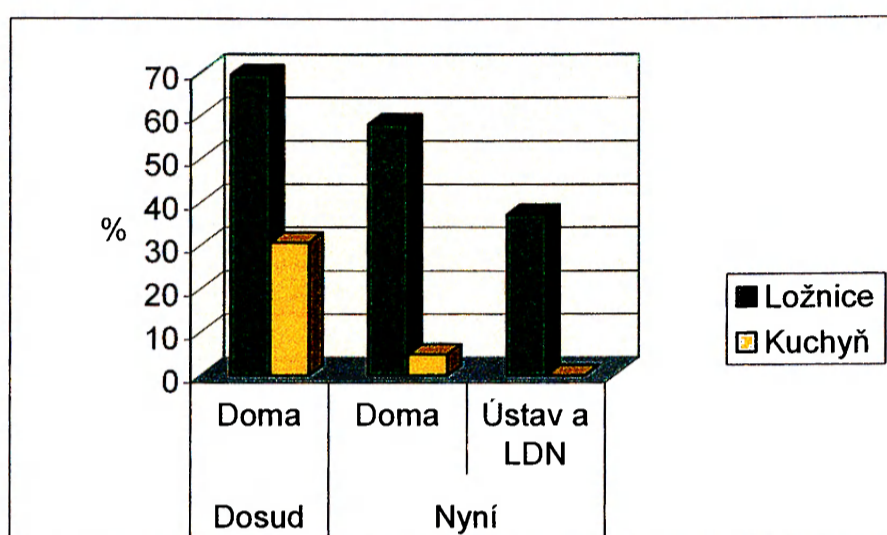
**Tab. č. 36 Co nevyhovuje mému způsobu života v mém bytě**

<b>Co nevyhovovalo dosud v mém bytě, co nyní a co je potřeba změnit</b>			
	<b>Před hospitalizací</b>	<b>Po propuštění</b>	<b>Chci změnit</b>
	%	%	%
Nic	0	0	<b>41,03</b>
Schody	8,06	<b>33,33</b>	<b>33,33</b>
Přístup na toaletu	9,68	<b>25,64</b>	<b>25,64</b>
Patro kde bydlím	<b>12,9</b>	<b>20,51</b>	<b>20,51</b>
Podlahy/koberce	0	15,38	15,38
Vana	<b>17,74</b>	15,38	15,38
Velikost toalety	6,45	15,38	15,38
Prahy mezi pokoji	0	15,58	15,38
Velikost koupelny	<b>14,52</b>	10,26	10,26
Kamna na tuhá paliva	9,68	7,69	7,69

**Ve které místnosti jste do hospitalizace spal/a a ve které místnosti budete spát po propuštění.**

Převážná většina seniorů spala před hospitalizací v ložnici (69,35%) a tam také hodlají spát po propuštění viz graf č. 24 a příloha tab. č. 37.

**Graf č. 24 Kde jsem spal/a a kde budu spát nyní**



**Co je potřeba změnit v mém bytě, abych se tam mohl/a vrátit po propuštění.**

41% seniorů by na svém způsobu bydlení nic neměnilo. Třetina seniorů uvedla schody a patro, ve kterém bydlí. 26% seniorů by chtělo změnit přístup na toaletu viz tab. č. 38.

**Tab. č. 38 Co je potřeba změnit v mém bytě, abych se tam mohl/a po propuštění vrátit**

<b>Co je potřeba změnit v mém bytě</b>			
	<b>Žena</b>	<b>Muž</b>	<b>Celkem</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Nic	36,36	47,06	<b>41,03</b>
Schody	40,91	23,53	<b>33,33</b>
Přístup na toaletu	27,27	23,53	<b>25,64</b>
Patro kde bydlím	18,18	23,53	<b>20,51</b>
Podlahy/koberce	18,18	11,76	15,38
Vana	18,18	11,76	15,38
Velikost toalety	18,18	11,76	15,38
Prahy mezi pokoji	18,18	11,76	15,38
Velikost koupelny	13,64	5,88	10,26
Kamna na tuhá paliva	4,55	11,76	7,69

**Z výsledků otázek k III. hypotéze došlo k částečnému potvrzení hypotézy. V odpovědích jsou patrné bariéry a nevyhovující podmínky, které by chtěli seniori změnit, ale dochází k bagatelizaci a idealizaci ze strany seniorů, protože 40% seniorů by na svém bytě neměnilo nic.**

#### 7.4 Zpracování výsledků k hypotéze IV.

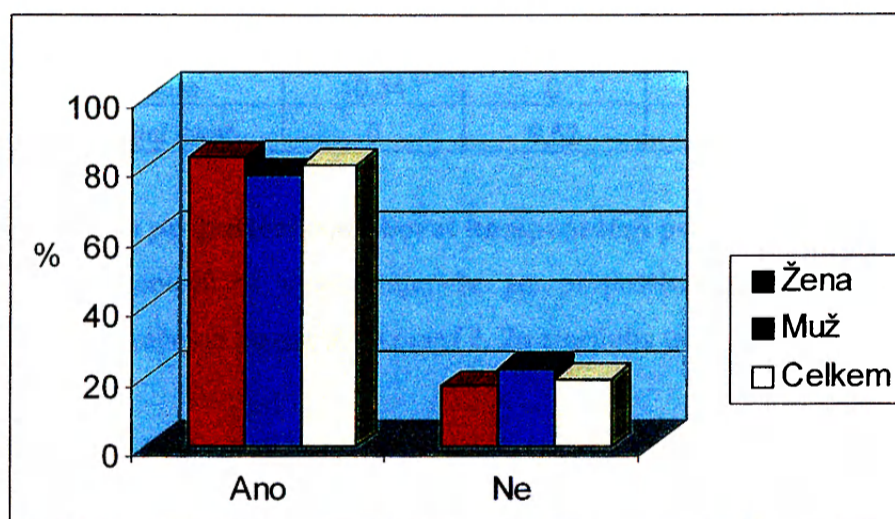
*„Domnívám se, že senioři vlastní a mají možnost získat vhodné kompenzační pomůcky vzhledem ke změně soběstačnosti.“*

K této hypotéze byly sledovány následující údaje:

**Používal/a jsem před hospitalizací kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadlo, hůlku, francouzské hole, nástavec na WC, berle, chodítko, madla, vozík apod.).**

80% seniorů, jedná se o staré seniory nad 75 let, potřebovalo již před hospitalizací některou z kompenzačních pomůcek viz graf č. 25 a příloha tab. 39.

**Graf č. 25 Používal/a jste kompenzační pomůcky**



**Kdo Vám poskytl informace o těchto pomůckách.**

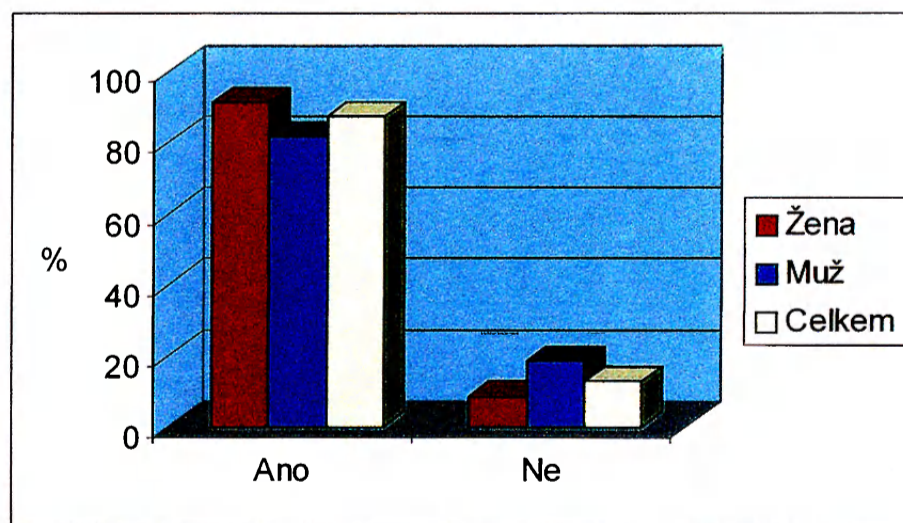
Z následující tabulky je zřejmé, že nejčastěji poskytl informace o kompenzačních pomůckách odborný lékař – specialista (44%), následuje praktický lékař a přátelé seniorů viz tab. č. 40.

**Tab. č. 40 Kdo Vám poskytl informace o kompenzačních pomůckách**

Kdo Vám poskytl informace o pomůckách			
	Žena	Muž	Celkem
	%	%	%
Odborný lékař	34,48	57,14	<b>44</b>
Praktický lékař	27,59	28,57	<b>28</b>
Přátelé	13,79	28,57	<b>20</b>
Sociální pracovnice	13,79	19,05	<b>16</b>
Zdravotnický personál	10,34	9,52	10
Rehabilitační pracovník	6,9	14,29	10
Rodina	10,34	9,52	10
Literatura	10,34	0	6
Ošetřující lékař	0	9,52	4

**Budete po propuštění potřebovat kompenzační pomůcky a které.**

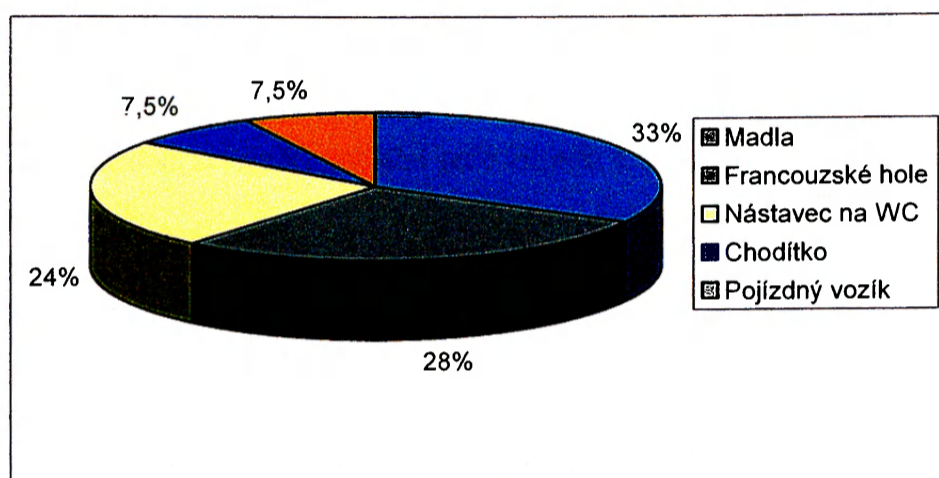
90% seniorů si uvědomuje, že po propuštění bude potřebovat některou z kompenzačních pomůcek viz graf č. 26 a příloha tab. č. 41.

**Graf. č. 26 Budu potřebovat kompenzační pomůcky po propuštění**

Jaké kompenzační pomůcky bude senior potřebovat k mobilitě viz graf č. 27:

- madla (33,33%)
- francouzské hole (27,77%)
- nástavec na toaletu (24,07%)
- chodítko (7,41%)
- pojízdný vozík (7,41%)

**Graf. č. 27 Kompenzační pomůcky potřebné k mobilitě**



**IV. hypotéza také potvrdila. Kompenzační pomůcky senioři vlastní, informace jim poskytl převážně odborný a praktický lékař a více jak 91% seniorů si je uvědomuje, že bude kompenzační pomůcky potřebovat i nadále.**



### 7.5 Zpracování výsledků k hypotéze V.

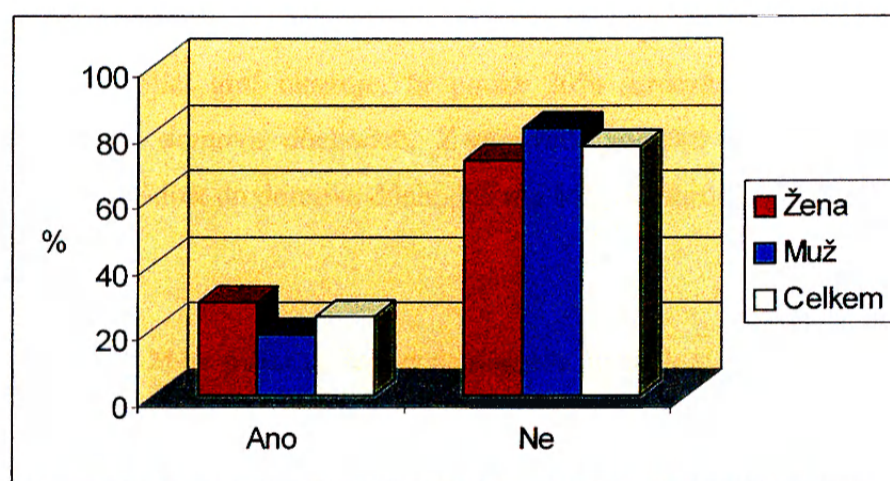
*„Domnívám se, že senioři se změněnou soběstačností začnou více využívat sociálních služeb a pomoci od státních, dobrovolnických a soukromých organizací.“*

K této hypotéze byly sledovány následující údaje:

#### **Využíváte služeb sociální péče.**

Na tuto otázku odpovídali senioři i sociální pracovníci. Výpovědi seniorů i sociální pracovníci byli shodné. Čtvrtina (25%) seniorů přiznala, že využívala před hospitalizací služeb sociální péče viz graf č. 28 a příloha tab. č. 42.

**Graf. č. 28 Využíváte služeb sociální péče – výpověď seniorů a sociální pracovníci**



#### **Čeho se tyto služby týkají.**

Senioři i sociální pracovníci uvedli, že využívají tyto služby sociální péče:

- doprava (60%)
- donáška obědů (40%)
- nákupy (33,33%)
- úklid domácnosti (33,33%)
- hygienická péče (26,66%)
- rehabilitace v rámci domácí péče (26,66%)
- ošetřování defektu v rámci domácí péče (20%)

V následující tabulce je vyjádřen vztah činností, které senioři využívají a s kým žijí viz tab. č. 43.

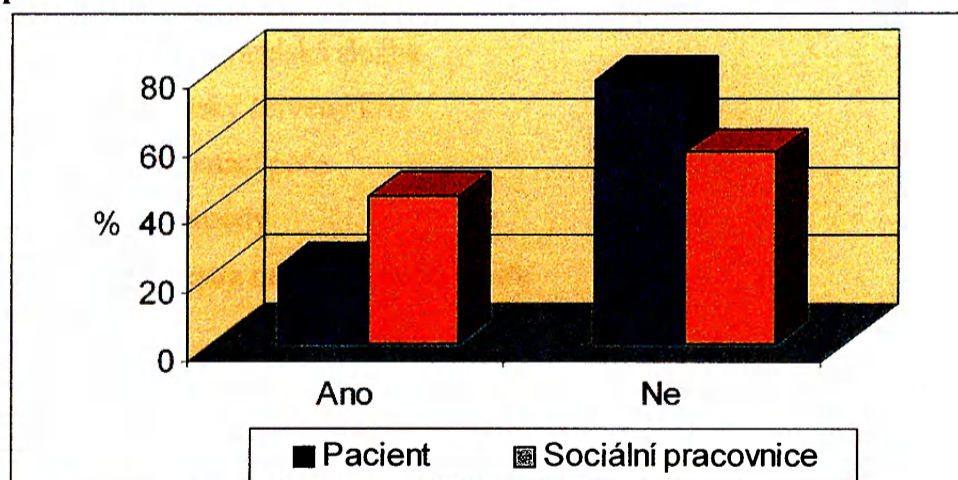
**Tab. č. 43 Vztah čeho se služby týkají a s kým senioři žijí**

Čeho se tyto služby týkají			
Činnosti	S kým žijí		
	Sám/a	S bratrem	S dcerou
Doprava	8	1	0
Donáška obědů	5	1	0
Nákup	5	0	0
Pomoc při úklidu	5	0	0
Hygienická péče	4	0	0
Rehabilitace	4	0	0
Péče o defekt	2	0	1

**Máte podanou žádost do domova důchodců a jak dlouho.**

Následující graf ukazuje, že pouze 20% seniorů přiznalo, že má podanou žádost do domova důchodců. Z výpovědi sociální pracovníce je zřejmé, že podanou žádost do domova důchodců má 40% seniorů viz graf č. 29 a příloha tab. č. 44 .

**Graf. č. 29 Máte podanou žádost do domova důchodců – výpověď seniorů a sociální pracovníce**

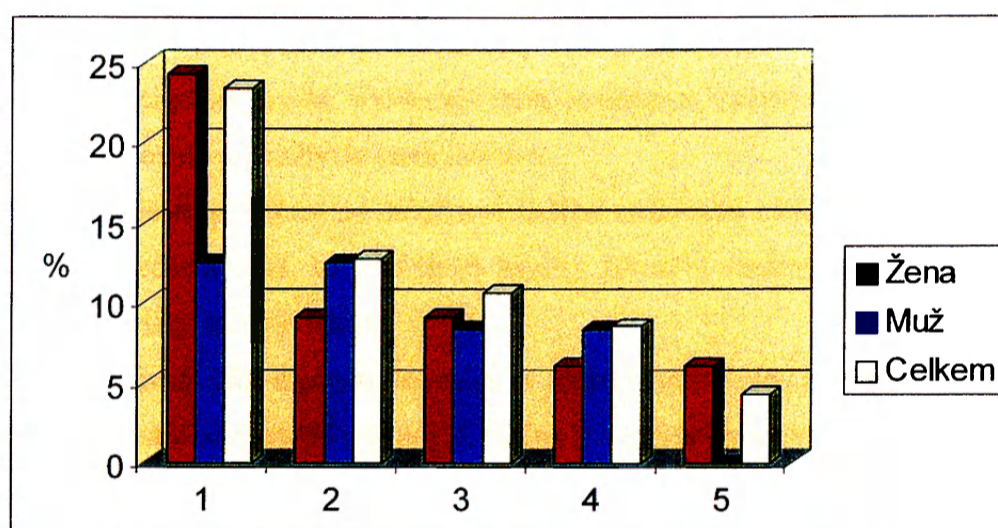


Na otázku jak dlouho máte podanou žádost do domova důchodců odpověděli někteří senioři, že nevědí, jiní jeden až dva měsíce. Sociální pracovnice upřesnila, že podané žádosti do domova důchodců mají senioři většinou od jednoho do třech měsíců.

**Koho dalšího mimo rodiny požádáte o pomoc po propuštění, na koho se obrátíte.**

Skoro 25% seniorů požádá po propuštění o pomoc pečovatelskou službu, pak následuje pomoc od Českého červeného kříže viz graf č. 30 a příloha tab. č. 45.

**Graf. č. 30 Koho dalšího požádáte o pomoc po propuštění**



Pozn.....1 - Pečovatelská služba

2 - Český červený kříž

3 - Domácí péče

4 - Sousedy

5 – Sestra od praktického lékaře

**I tato V. hypotéza se potvrdila, senioři chtějí po propuštění více využívat služeb sociální péče a pomoci.**

## 8 Diskuse

Již podruhé jsem pracovala na diplomové práci se stejným zaměřením s názvem „Zázemí a podpora u seniorů při náhlé změně soběstačnosti“. K tomuto tématu mám velice blízko, protože pracuji na oddělení, kde převažuje skladba pacientů seniorů. V předchozí diplomové práci jsem teoretickou část neutřídila, soustředila jsem se pouze na rodinné zázemí seniorů, sociální a zdravotní péči a zapomněla jsem na důležité věci pro seniora, jako je soběstačnost, kvalita života starého člověka. Čerpala jsem z minima dostupné literatury a opomněla jsem nejnovější knihu „Geriatric a gerontologie od Z. Kalvacha a kol. z roku 2004“.

Nyní jsem se do práce pustila s daleko větším úsilím pod vedením nové vedoucí práce PhDr. Heleny Chloubové. Věděla jsem, co chci prokázat a jinak jsem k práci přistupovala. Vyhledala jsem dostupnou literaturu, se kterou se mi dobře pracovalo a používala jsem internet.

Chtěla jsem poukázat na důležitost širšího rodinného zázemí seniorů, které je často nedostačující, na důležitost kvality života u seniorů, jejich žebříček hodnot a snahu o nezávislost.

**Výzkumná část diplomové práce je zaměřená na tato zjištění:**

- 1. Zjistit nejčastější důvody a změny v soběstačnosti seniorů.**
- 2. Zjistit širší rodinné zázemí seniorů, kteří se vracejí se změněnou soběstačností.**
- 3. Zjistit bytové a bariérové podmínky vlastního prostředí a kompenzační pomůcky seniorů.**
- 4. Zjistit možnosti sociálních služeb a pomoci seniorům s omezenou soběstačností.**

Šetření probíhalo na oddělení, kde pracuji, na **doléčovací a rehabilitační jednotce Nemocnice Pelhřimov**. Ke sběru dat jsem nyní použila čtyři výzkumné metody:

- řízený rozhovor
- dotazník pro sociální pracovníci

- testy k měření soběstačnosti: Barthelův test základních všedních činností a Test instrumentálních všedních činností
- Mini – Mental State Examination (MMSE)

Všechny výzkumné metody měly svůj význam a důležitost pro potvrzení hypotéz. V průběhu výzkumu nenastal žádný velký problém, připravené otázky potvrdily již to, co je zřejmé, že náhlá změna soběstačnosti u seniorů změní od základu jejich dosavadní život.

V předchozí práci jsem použila pouze nedostačující a nekvalitní dotazník pro seniory, kdy získané údaje často nepotvrdily hypotézy.

### 8.1 Verifikace hypotézy I.

**Hypotéza I. předpokládala, že senioři s omezenou soběstačností chtějí i nadále žít ve svém vlastním prostředí.**

***Cíl: Zjistit nejčastější důvody a změny v soběstačnosti seniorů.***

**Hypotéza I. byla zcela potvrzena.**

K náhlé změně soběstačnosti došlo u sledovaného souboru nejčastěji vlivem zlomeniny krčku stehenní kosti a cévní mozkové příhody. Ve stáří vznikají specifika chorob a mezi příčiny morbidit patří na prvním místě choroby kardiovaskulárního systému a úrazy. Výzkum jako takový probíhal v zimních měsících, kdy je velké riziko pádu u seniorů. V otázkách s kým a kde bude senior žít je zřejmá bagatelizace a idealizace ze strany seniorů, kteří se i přes změnu soběstačnosti chtějí vrátit zpět do svého domova. Přibývá seniorů, kteří budou po propuštění žít s někým jiným a do svého domova se již nevrátí. Senioři si však nechtějí přiznat, že se nemohou vrátit domů, ale počítají, že půjdou k dceři nebo synovi. Skutečnost je taková, že pouze 60% seniorů se vrátí tam, kde žili před hospitalizací.

Převážná většina seniorů (celkem 32) je dle hodnocení míry soběstačnosti v ADL lehce závislá, z hodnocení míry soběstačnosti v IADL vyplynulo, že celkem 25 seniorů je vysoce závislých. Test ADL se týká pouze základních všedních činností a v testu IADL jsou složitější úkony, které umožňují

nezávislou existenci (nakupování, vaření, vedení domácnosti apod.). Senioři se snaží zůstat samostatní a zachovat si dobrou psychickou kondici, ale klesá funkční potenciál a mění se potřeby seniora. Pak stačí upoutání na lůžko vlivem onemocnění, změna prostředí, změna hodnotového systému a návrat k nezávislosti seniora je nemožný.

## 8.2 Verifikace hypotézy II.

**Hypotéza II. předpokládala, že náhlá změna soběstačnosti seniorů ovlivní jejich širší rodinné zázemí.**

***Cíl: Zjistit širší rodinné zázemí seniorů, kteří se vracejí se změněnou soběstačností.***

**Hypotéza II. byla potvrzena.**

U této hypotézy je sledována celá řada údajů a jedním z nejdůležitějších je rodinný stav respondentů. Podle světové zdravotnické organizace jsou rizikovými osobami nad 80 let věku, osaměle žijící, staré ženy (vdovy), bezdětní atd. Polovina seniorů je již vdovcem nebo vdovou a poměrně velkou skupinu, s kterou je dále pracováno tvoří svobodní muži. V evropských zemích je mezi seniory nad 60 let 12 – 17% vdovců, ale 37 – 51% vdov. Ve vzorku respondentů je dokonce 63% vdov a pouze 30% vdovců.

Seniorům do hospitalizace pomáhaly hlavně osoby jim nejbližší – manžel/ka a dcera. Po propuštění bude některým seniorům pomáhat někdo jiný (přátelé, zdravotní sestry, sousedé, pečovatelská služba apod.).

V následujících několika otázkách opět došlo k bagatelizaci ze strany seniorů. Před hospitalizací nepotřebovalo 63% seniorů pomoc, nyní se 40% seniorů domnívá, že pomoc potřebovat stále nebude. Více než dvě třetiny seniorů pomoc po propuštění potřebovat bude. Jedná se hlavně o tyto úkony: hygienická péče, pomoc s dopravou, s vařením, s přípravou léků a při pohybu.

Na druhou stranu se senior snaží rodinným příslušníkům nějak pomoci, hlídá vnoučata, popř. pravnoučata, stará se o zvířectvo a někteří senioři nepomáhají rodině vůbec.

K této hypotéze je zařazen a zpracován vzorek nesoběstačných – závislých v ADL, IADL, zmatení a skupina svobodných mužů. Skupinu nesoběstačných tvoří většinou vdovy/vdovci, žili převážně sami a odcházejí do domova důchodců. Zde rodina neplní svou funkci a péči o nesoběstačného seniora nezvládá, nebo zvládat nechce. U svobodných mužů je situace obdobná, žili převážně sami, jsou bezdětní, nemá se o ně kdo postarat, kromě sourozenců, a tak odcházejí do domova důchodců.

### 8.3 Verifikace hypotézy III.

**Hypotéza III. předpokládá, že bytové a bariérové podmínky seniorů nejsou vyhovující.**

***Cíl: Zjistit bytové a bariérové podmínky vlastního prostředí a kompenzační pomůcky seniorů.***

**Hypotéza III. byla částečně potvrzena.**

I v těchto odpovědích je zřejmá idealizace a bagatelizace ze strany seniorů. Seniori si na svém bytě cení ústřední a plynové topení, které saturuje potřebu tepla, a blízkosti rodiny, která pro ně samotné představuje bezpečí a jistotu. Nepostradatelnou věcí umožňující okamžité a mnohdy i jediné spojení s rodinou se pro seniory stává mobilní telefon, s kterým mnohdy neumějí zacházet. Možná by stálo za to zjistit, zda pro seniory není v dnešní době zatěžující cena topení při délce zimy a nutnosti topení. Je zřejmé, že si při pořizování bydlení seniori neuvědomili, že zestárnou a změní se jejich mobilita. Před hospitalizací nejvíce seniorům vadily bariéry ztěžující jejich pohyb v hygienických prostorách (funkční uspořádání a velikost koupelny, vana). Po propuštění se seniori nejvíce obávají pohybových bariér – přístupu na toaletu, schodů, nepřítomnosti výtahu v patrovém domě. Ačkoliv se seniori obávají pohybových bariér, 41% z nich nechce ve svém bytě měnit vůbec nic.

#### 8.4 Verifikace hypotézy IV.

**Hypotéza IV. předpokládá, že senioři vlastní a mají možnost získat vhodné kompenzační pomůcky vzhledem ke změně soběstačnosti .**

***Cíl: Zjistit bytové a bariérové podmínky vlastního prostředí a kompenzační pomůcky seniorů.***

**Hypotéza IV. byla potvrzena.**

80% seniorů vlastní kompenzační pomůcky, ale často se jedná o pomůcky, které potřebuje každý starý člověk (brýle, naslouchadlo, hůlka), informace o těchto pomůckách jim nejčastěji poskytl jejich odborný či praktický lékař. Tato otázka měla být položena konkrétně a měly být sledovány jednotlivé kompenzační pomůcky. Po propuštění si 90% seniorů uvědomilo, že bude potřebovat i jiné kompenzační pomůcky, než doposud užívalo, a to především pomůcky k usnadnění pohybu (madla, francouzské hole, nástavec na toaletu, chodítko, pojízdný vozík).

#### 8.5 Verifikace hypotézy V.

**Hypotéza V. předpokládá, že senioři se změněnou soběstačností začnou více využívat sociálních služeb a pomoci od státních, dobrovolných a soukromých organizací.**

***Cíl: Zjistit možnosti sociálních služeb a pomoci seniorům s omezenou soběstačností.***

**Hypotéza V. byla také potvrzena.**

Senioři využívali převážně služby sociální péče poskytované pečovatelskou službou a dopravní zdravotní službou Českého červeného kříže a domácí péči. Dopravní zdravotní služba Českého červeného kříže zajišťuje dopravu. Pečovatelská služba donášku obědů, nákupy, hygienickou péči a úklid domácnosti. Domácí péče rehabilitaci a ošetřování defektů. Od jiných organizací zatím nejsou senioři zvyklí využívat pomoc. Nevím, zda je to nevědomostí seniorů nebo špatnou propagací sociálních služeb a komunitního



plánování na Pelhřimovsku a v okolí. V roce 2003 sice město Pelhřimov vydalo brožuru „Sociální služby a komunitní plánování“, ale mají k ní přístup opravdu všichni senioři a jsou s ní seznámeni? Sociální pracovnice u 40% seniorů potvrdila, že mají podanou žádost do domova důchodců, ale plná polovina z nich to nepřipouští. Nepamatují si to, nebo vytlačili do podvědomí skutečnost, se kterou se nechtějí smířit?

## 9 Možnosti ovlivnění spokojenosti života seniorů s poruchou soběstačnosti

Stárnutí a stáří je provázeno zhoršováním zdravotního stavu s významnou multimorbiditou a s tím související postupnou nebo náhlou ztrátou soběstačnosti, vznikem závislosti na pomoci druhé osoby. Prognózy ukazují, že v naší populaci přibývají počty osob nad 60 let. V nejbližší době se podíl seniorů bude zvyšovat, ze současných 18% na 20% celkové populace. Důvody jsou zcela zřejmé – nízká porodnost, pokroky medicíny, zvyšování hranice průměrné délky života a zlepšování životních podmínek. Problematika stárnutí a stáří se stává aktuálním problémem celé společnosti.

### **Opatření přispívající k ovlivnění spokojenosti ve stáří:**

- prevence vzniku nesoběstačnosti a závislosti, popř. oddálení do vyššího věku
- posílení pomoci rodinám pečujícím o starého člověka a podání dostupných informací o možnostech zlepšení kvality života seniorů
- dostupnost, adekvátnost, komplexnost a provázanost sítě zdravotnických a sociálních služeb
- zajištění dobrého ekonomického zázemí starým lidem
- vytvoření podmínek k aktivnímu prožití stáří
- vytvoření vhodné společenské atmosféry preferující zajištění péče o staré osoby
- soustředit se na kvalitu života a psychosociální aspekty života seniorů
- preferovat terénní, resp. ambulantní služby před ústavní péčí
- motivovat rodinu k činnostem spojeným s péčí o seniora a zdůraznit dobrovolnické aktivity
- zdůraznit přínos sdělovacích prostředků pro seniory (vzdělávání, překonání pocitu osamělosti, informovanost a začlenění do společnosti apod.)

- možnost vytvoření různých seniorských hnutí a sdružení (hlavně na regionálních úrovních)
- zdůraznit snahu o vyvarování se faktorům snižujícím kvalitu života seniorů (ztrátu životní perspektivy a smysluplnosti, ztrátu soukromí, osamělost, ztrátu soběstačnosti)
- přistupovat k jedinci holisticky, respektovat ho jako jedinečnou bio-psycho-sociální jednotku

## 10 Závěr

V diplomové práci „**Zázemí a podpora u seniorů při náhlé změně soběstačnosti**“ jsem zjistila následující odpovědi na zvolené cíle.

**I. Jedním z cílů bylo zjistit nejčastější důvody a změny v soběstačnosti seniorů. Domnívala jsem se, že seniori s omezenou soběstačností chtějí i nadále žít ve svém vlastním prostředí.** Z mého výzkumu vyplynulo, že nejčastějšími důvody změny soběstačnosti u seniorů jsou: zlomenina krčku stehenní kosti a cévní mozková příhoda. Polovina ze 62 seniorů se vlivem onemocnění stala lehce závislá v ADL, avšak u 18 seniorů se míra soběstačnosti změnila na vysokou závislost. Z testu IADL vyplynulo, že 25 seniorů je v důsledku svého onemocnění závislých. Před hospitalizací žilo 40% seniorů samostatně, ale po propuštění jich 32% bude odcházet jinam než do svého původního domova. Více jak 90% seniorů se chce vrátit do svého domova i přes změny v soběstačnosti. 50 seniorů se domnívá, že se po propuštění vrátí do svého původního domova, ale sociální pracovnice potvrdila, že zpět se vrátí pouze 38 seniorů. Ostatní, kteří se nevrátí domů odejdou většinou do domova důchodců.

**II. Dalším cílem bylo zjistit širší rodinné zázemí seniorů, kteří se vracejí se změněnou soběstačností. Předpokládala jsem, že náhlá změna soběstačnosti seniorů ovlivní jejich širší rodinné zázemí.** Z mého výzkumu jsem zjistila, že nejčastěji před hospitalizací pomáhal/a manžel/ka či dcera. Po propuštění bude situace obdobná, ale 16% seniorů bude pomáhat někdo jiný. 63% seniorů nevyužívalo před hospitalizací pomoc od ostatních, nebo vyžívali jen minimálně, 40% seniorů se domnívá, že pomoc potřebovat nebudou, ale z výsledků sociální pracovnice je zřejmé, že pomoc bude potřebovat 80% seniorů. Ve specifické skupině nesoběstačných – závislých v ADL, IADL, MMSE z výsledků vyplynulo, že tito nesoběstační – závislí jsou převážně vdovci, vdovy a svobodní. Dosud žili sami, ale nyní budou odcházet do

domova důchodců. Ve skupině svobodných mužů byla více jak polovina nesoběstačných – závislých v ADL a IADL, ti žili dosud sami, ale nyní budou bydlet v domově důchodců.

**III. Snažila jsem se zjistit, jaké jsou bytové a bariérové podmínky vlastního prostředí seniorů. Domnívala jsem se, že bytové a bariérové podmínky seniorů nejsou vyhovující vzhledem ke změně soběstačnosti.** Polovina seniorů si na svém bytě cení ústřední a plynové topení, blízkost rodiny a možnost vlastnit mobilní telefon. Doposud jim nevyhovovaly bariéry ztěžující jejich pohyb v hygienických prostorách, nyní se do popředí dostává obava z pohybových bariér – přístupu na toaletu, schodů, nepřítomnosti výtahu v patrovém domě. Ačkoliv se senioři obávají pohybových bariér, 41% z nich nechce ve svém bytě měnit vůbec nic.

**IV. Pokusila jsem se zjistit, jaké kompenzační pomůcky senioři využívají. Usuzovala jsem, že senioři vlastní a mají možnost získat vhodné kompenzační pomůcky vzhledem ke změně své soběstačnosti.** 80% seniorů již některou z kompenzačních pomůcek využívalo před hospitalizací. Informace o kompenzačních pomůckách jim poskytl odborný či praktický lékař. Většina seniorů (90%) se domnívá, že po propuštění bude potřebovat kompenzační pomůcky, jedná se především o pomůcky potřebné k mobilitě.

**V. Posledním cílem mého výzkumu bylo zjistit možnosti sociálních služeb a jiné pomoci seniorům s omezenou soběstačností. Předpokládala jsem, že senioři se změněnou soběstačností začnou více využívat sociálních služeb a pomoci od státních, dobrovolných a soukromých organizací.** Čtvrtina seniorů přiznala, že již před hospitalizací využívala pomoc služeb sociální péče, převážně se jednalo o dopravu, donášku obědů, nákupů a úklidu domácnosti. 20% seniorů potvrdilo, že má podanou žádost do domova důchodců, ale z výpovědi sociální pracovnice je zřejmé, že žádost má podanou 40% seniorů. Po propuštění požádají senioři o pomoc nejčastěji pečovatelskou službu a Český červený kříž.

**Výzkum diplomové práce na téma „Zázemí a podpora u seniorů při náhlé změně soběstačnosti“ probíhal na doléčovací a rehabilitační jednotce Nemocnice Pelhřimov. K ověření cílů a hypotéz, které jsem si stanovila, jsem použila 4 výzkumné metody. Konečným výsledkem mého výzkumu bylo potvrzení všech stanovených hypotéz.**

## 11 Seznam použité literatury a pramenů

1. **ARJO** Průvodce pro architekty a projektanty. Pečovatelská zařízení pro starší osoby. 2005, s. 166, ISBN 91-975276-0-2.
2. **ARNOLDOVÁ, A.:** Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení. Praha: Karolinum, 2004, s. 375, ISBN 80-246-0728-X.
3. **ARNOLDOVÁ, A.:** Vybrané kapitoly ze sociálních právních předpisů pro řídicí pracovníky ÚSP a DD. Liberec: Technická Univerzita, 2004, s. 107, ISBN 80-7083-811-6.
4. **ARNOLDOVÁ, A.:** Vybrané kapitoly ze sociálních právních předpisů pro řídicí pracovníky ÚSP a DD. Liberec: Technická Univerzita, 2004, s. 106, ISBN 80-7083-811-3.
5. **ČERVENKOVÁ, A.; FILIPOVÁ, M.:** Zhodnocení informačních zdrojů a datové základny v oblasti sociálních služeb v České republice. Praha: VÚPSV, 2003, s. 38, <http://www.vupsv.cz/>, publikace – výzkumné práce
6. **ČMEJRKOVÁ, S.; DANEŠ, F.:** Jak napsat odborný text. Praha: Leda, 1999, s. 255, ISBN 80-85927-69-1.
7. **ČSOB** podporuje projekt INTERNET PRO SENIORY.  
[www.mesec.cz/tiskove-zpravy/nadace-cs-podporuje-projekt-pro-seniory-vyznamenav-cenou-makropulos/](http://www.mesec.cz/tiskove-zpravy/nadace-cs-podporuje-projekt-pro-seniory-vyznamenav-cenou-makropulos/)
8. **DOENGES, E. M.; MOORHOUSE, F. M.:** Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 2001, s. 568, ISBN 80-247-0242-8.
9. **GERYLOVÁ, A.; HOLČÍK, J.:** Úvod do statistiky. Brno: Masarykova Univerzita, 2000, s.30, ISBN 80-210-2301-5.
10. **HAMILTON-STUART, I.:** Psychologie stárnutí. Praha: Portál, 1999, s. 320  
ISBN 80-7178-274-2.
11. **HAŠKOVCOVÁ, H.:** České ošetřovatelství 10 - Manuálek sociální gerontologie. Brno: IDV PZ, 2002, s. 72, ISBN 80-7013-363-5.
12. **HAŠKOVCOVÁ, H.:** Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990, s. 416, ISBN 80-7038-158-2.
13. **HAŠKOVCOVÁ, H.:** Starý člověk v rodině. Praha: Praktický lékař 80, 2000, č. 1, s.43 - 44, ISSN 0032-6739.

14. **HEŘMANOVÁ, H.; PACOVSKÝ, V.:** Gerontologie. Praha: Avicenum, 1981, s.304
15. **CHLOUBOVÁ, H.:** Psychosociální potřeby ve stáří. Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení, roč. 1, č. 3, 2005
16. **CHLOUBOVÁ, H.:** Změny potřeb ve stáří. Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení, roč. 1, č. 2, s. 22 - 23, 2005
17. **JANZEN, W.:** Dlouhodobá péče o staré osoby – úloha rodiny. Sestra, roč.14, č.11, 2004, Komunitní péče, s. 44 – 45, ISSN 1210-0404.
18. **KALVACH, Z.:** Dvojitá tvář seniorské medicíny, dvojitá zodpovědnost zdravotníků. Sestra, roč. 9, č. 8, 1999, Tématický sešit 40, s. 1- 3, ISSN 1210-0404.
19. **KALVACH, Z.:** a kol.: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 864, ISBN 80-247-0548-6.
20. **KALVACH, Z.:** K potřebě nového pojetí seniorské problematiky v ČR. Praha: MPSV ČR, 2001, s. 10, [http:// www.mpsv.cz/cs/1072](http://www.mpsv.cz/cs/1072)
21. **KALVACH, Z.:** a kol.: Úvod do gerontologie a geriatrie I. díl. Praha: Karolinum, 1997, s.193, ISBN 382-82-97.
22. **KOZIEROVÁ, B.;** ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R.: Ošetrovatel'stvo 1, 2. Martin: Osveta, 1995, s. 1450, ISBN 80-217-0528-0.
23. **KŘIVOHLAVÝ, J.:** Kvalita života. [www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c\\_kv\\_ziv.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kv_ziv.html)
24. **KŘIVOHLAVÝ, J.:** Psychologie nemoci. Praha: Portál, 2002, s. 200, ISBN 80-247-0179-0.
25. **Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí.** 2002,s. 34, s. 26 – 27, <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>
26. **MASTILIAKOVÁ, D.:** Holistické přístupy v péči o zdraví. Brno: IDV PZ, 1999, s. 164, ISBN 80-7013-277-9.
27. **MEYRA ČR,** spol. s. r. o.: Vozíky a rehabilitační prostředky pro děti a dospělé. [www.mevra.cz](http://www.mevra.cz)
28. **MISCONIOVÁ, B.:** Domácí péče. [www.avicena.cz/modulv.php3?id=206](http://www.avicena.cz/modulv.php3?id=206)



29. **MIŠOVIČ, J.:** V hlavní roli otázka. Praha: 2001, s. 67, ISBN 80-238-6500-5.
30. **MÜHLPACHR, P.:** Gerontopedagogika. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 201, ISBN 80-210-3345-2.
31. **Národní program přípravy na stárnutí** na období let 2003 - 2007 v České republice. Praha: MPSV ČR, 2003, <http://www.mpsv.cz/cs/1057>
32. **NEUWIRTH, J.; TOPINKOVÁ, E.:** Geriatrie pro praktického lékaře. Praha: Grada - Avicenum, 1995, s. 299, ISBN 80-7169-099-6.
33. **NEUWIRTH, J.:** Ošetřovatelství II. Praha: Avicenum, 1989, s. 226, ISBN 08-034-89.
34. **NEUWIRTH, J.:** Klinická propedeutika pro posluchače oboru Ošetřovatelství – pedagogika. Praha: SPN, 1988, s. 167, ISBN 17-223-87.
35. **PACOVSKÝ, V.:** O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990, s. 136, ISBN 80-201-8076-8.
36. **PAVLÍKOVÁ, S.:** Modely ošetřovatelství v kostce. Praha: Grada, 2006, s.152, ISBN 80-247-1211-3.
37. **PICHAUD, G.; THAREANOVÁ:** Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998, s. 156, ISBN 80- 7178-184-3.
38. **PLACHETA, :** Jak psát diplomové práce. Brno: Masarykova Univerzita, 2000, s. 30
39. **Projekty Českého helsinského výboru zaměřené na seniory.**  
[www.semory.org/DesktopDefault.aspx?tabid=8](http://www.semory.org/DesktopDefault.aspx?tabid=8)
40. **Propouštění pacientů vyššího věku z nemocnic.** Praha: 3. LF UK Ústav lékařské etiky, 2002, s. 50
41. **RABUŠIČ, L.:** Česká společnost a senioři. Brno: Masarykova Univerzita, 1997, s. 189, ISBN 80-952-98-02/58.
42. **RABUŠIČ, L.:** Česká společnost stárne. Brno: Masarykova Univerzita, 1995, s. 192, ISBN 80-210-1155-6.
43. **RABUŠIČ, L.:** O postavě seniorů v České republice: nemoc, osamělost a chudob? Olomouc: Palackého Univerzita, 1999, s. 17 - 30, ISBN 80-244-0007-3.

44. **RABUŠIČ, L.:** Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. [http://www.vups.cz/Rabusic-seniori\\_a\\_soc\\_opat.pdf](http://www.vups.cz/Rabusic-seniori_a_soc_opat.pdf).
45. **RABUŠIČ, L.; VOHRALÍKOVÁ, L.:** Čeští senioři včera, dnes a zítra. Brno: VÚPSV, 2004, s. 90  
[http:// www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti\\_seniori.pdf](http://www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti_seniori.pdf), publikace – výzkumné práce
46. **Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“(HQOL).** Kontakt, 2001, s. 146 - 150
47. **Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“(HQOL).** Závislost a my, 2002, s. 23 - 27, ISSN 1213- 8584.
48. **Sborník kongresu IX. gerontologické dny Ostrava a Dny seniorů.** Ostrava: 2005, s. 42, 46
49. **SINGLY, F.:** Sociologie současné rodiny. Praha: Portál, 1999, s.128, ISBN 80-71782-49-1.
50. **Sociální služby a komunitní plánování.Pelhřimov:** MěÚ Pelhřimov, 2003, s.33
51. **Společnost přátelská k seniorům – služby pro každý věk.** Stránka pro seniory, <http://www.nemocnicebk.cz/informace/>
52. **STAŇKOVÁ, M.:** České ošetřovatelství 6 - Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi.Brno: IDV PZ, 2001, s. 55, ISBN 80-7013-323-6.
53. **STAŇKOVÁ, M.:** Teoretické modely ošetřovatelství. Praha: Nepublikovaný materiál, 2002, s. 31
54. **STAŇKOVÁ, M.:** Základy teorie ošetřovatelství. Praha: Karolinum, 1996, s. 196, ISBN 80-7184-243-5.
55. **ŠIKLOVÁ, J.:** Deník staré paní. Praha: Kalich, 2003, s. 176, ISBN 80-7017-865-5.
56. **TÓTHOVÁ, V.:** Uspokojování potřeb – nezbytný prvek ovlivňující kvalitu života seniorů. Ošetřovatelství, sv. 4, č. 3 - 4, 2002, s. 87 – 90, ISSN 1212-723X.
57. **TOŠNEROVÁ, T.:** Příručka pečovatele. Praha: I. Interní klinika FN KV, 2002, s. 63, ISBN 80-238-8541-3.
58. **TVAROH, F.:** Všichni stárneme. Praha: Avicenum, 1983, s. 252

59. **TRACHTOVÁ, E.:** Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDV PZ, 1999, s. 186, ISBN 80-7013-285-X.
60. **VÁLKOVÁ, M.:** Uspokojování potřeb bezpečí a jistoty u nemocných. Ošetrovatelství, sv. 2, č. 3 - 4, 2000, ISSN 1212-723X.
61. **VEJVODOVÁ, A.:** Byt takřka bez bariér. Praha: Pohoda pojištěnce, podzim- zima 2005, s. 17
62. **VESELÁ, J.:** Sociální služby a jejich poptávka. Praha: VÚPSV, 2001, s. 22, <http://www.vupsv.cz>, publikace – výzkumné práce
63. **WEBER, P.:** Cíle nového pojetí gerontologie. Zdravotnické noviny: Příloha Lékařské listy, č. 9, 2000, s. 1 - 2, ISSN 1214-7664.
64. **ZAVÁZALOVÁ, H.;** a kol.: Možnosti ovlivnění spokojenosti života osob vyššího věku. Plzeňský lékařský Sborník, Suppl. 72, 1999, s. 189 - 191, ISSN 0551-1038.
65. **ZAVÁZALOVÁ, H.;** a kol. : Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 97, ISBN 80-246-0326-8.
66. **ZAVÁZALOVÁ, H.;**a kol.: Zdravotní stav a spotřeba zdravotní péče u osob nad 80 let věku. Bratislava: Geriatria, č. 1- 2, 1999, s. 22- 27, ISSN 1335-1850.
67. **ZDRAVÍ 21** - zdraví do 21. Století. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001, s.147, ISBN 80-85047-49-5.
68. **Zdravotnictví České republiky 2003** ve statistických údajích. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2004, s. 84, ISBN 80-7280-385-9.
69. **ZVONÍČKOVÁ, M.;** **SVOBODOVÁ, H.;** **TRČKOVÁ, M.:** Miss Virginia Avelen Hendersonová. Praha: Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 1, 2005, s. 25 – 26, ISSN 1801-1349.

## Přílohy – seznam příloh

### Seznam příloh

Příloha č. 1: Sociální služby a komunitní plánování

Příloha č. 2: Struktura řízeného rozhovoru pro pacienty

Příloha č. 3: Dotazník pro sociální pracovníci

Příloha č. 4: Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Příloha č. 5: Test instrumentálních všedních (IADL)

Příloha č. 6: Mini - mental test (MMSE)

### Seznam tabulek

Tabulka č. 4: Vzdělání seniorů

Tabulka č. 6: Počet dětí seniorů

Tabulka č. 7: Míra soběstačnosti v ADL dle věku

Tabulka č. 8: Míra soběstačnosti v IADL dle věku

Tabulka č. 9: Hodnocení psychického stavu

Tabulka č. 10: Míra soběstačnosti v ADL dle pohlaví

Tabulka č. 11: Míra soběstačnosti v IADL dle pohlaví

Tabulka č. 14a: Kde senioři bydleli před hospitalizací – odpověď senioři

Tabulka č. 14b: Kde senioři budou bydlet po propuštění – odpověď sociální pracovníce

Tabulka č. 15: Vráťím se do svého domova

Tabulka č. 16: Touha k návratu domů - senioři

Tabulka č. 17: Předpokládané spolužití po propuštění

Tabulka č. 20: Informují se rodinní příslušníci na Váš zdravotní stav

Tabulka č. 21: Častost návštěv rodinných příslušníků u seniorů

Tabulka č. 22: Je osoba, která se o Vás dosud starala zaměstnaná – odpověď senioři i sociální pracovníce

Tabulka č. 23: Je osoba, která se o Vás nyní bude starat zaměstnaná - odpověď senioři i sociální pracovníce

Tabulka č. 24: Potřeboval jste pomoc před hospitalizací - odpověď senioři i sociální pracovníce

- Tabulka č. 25: Budu potřebovat pomoc po propuštění - odpověď senioři
- Tabulka č. 26: Budou senioři potřebovat pomoc po propuštění - odpověď sociální pracovnice
- Tabulka č. 30: Skupina nesoběstačných – závislých seniorů v rodinném vztahu
- Tabulka č. 31: S kým žili nesoběstační – závislí senioři do hospitalizace
- Tabulka č. 32: Skupina nesoběstačných – závislých seniorů – s kým popř. kde budou žít nyní
- Tabulka č. 33: Skupina svobodných mužů - nesoběstačnost
- Tabulka č. 37: Kde jsem spal/a do hospitalizace a kde budu spát nyní
- Tabulka č. 39: Používal/a jste kompenzační pomůcky
- Tabulka č. 41: Budu potřebovat kompenzační pomůcky po propuštění
- Tabulka č. 42: Využíváte služeb sociální péče - odpověď senioři i sociální pracovnice
- Tabulka č. 44: Máte podanou žádost do Domova důchodců - odpověď senioři i sociální pracovnice
- Tabulka č. 45: Koho dalšího po propuštění požádáte o pomoc

**Veškeré výsledky v tabulkách jsou uvedeny v % ,mimo tabulek číslo 7, 8, 10, 11 a 16, kde jsou výsledky uvedeny v absolutních četnostech.**

**Tab. č. 4 Vzdělání seniorů**

Vzdělání seniorů			
	Žena	Muž	Celkem
Základní	8,57	7,41	8,06
Učňovské	48,57	37,04	<b>43,54</b>
Středoškolské	31,43	44,44	<b>37,1</b>
Vysokoškolské	11,43	11,11	11,3

**Tab. č. 6 Počet dětí seniorů**

Počet dětí seniorů			
	Žena	Muž	Celkem
Bezdětní	5,71	<b>29,63</b>	16,13
1 dítě	40	37,04	<b>38,71</b>
2 děti	42,86	25,92	<b>35,48</b>
3 děti	11,43	7,41	9,68

**Tab. č. 7 Míra soběstačnosti v ADL dle věku**

Barthelův test základních všedních činností				
Věk (roky)	Nezávislý	Lehce závislý	Středně závislý	Vysoce závislý
60 - 74	0	12	3	3
75 - 89	0	<b>20</b>	6	<b>12</b>
90 a více	0	3	2	1

**Tab. č. 8 Míra soběstačnosti v IADL dle věku**

Test instrumentálních všedních činností			
Věk (roky)	nezávislý	částečně závislý	závislý
60 - 74	5	6	6
75 - 89	8	<b>15</b>	<b>16</b>
90 a více	1	1	4

**Tab. č. 9 Hodnocení psychického stavu**

Hodnocení psychického stavu		
Pohlaví	Klient orientovaný	Klient zmatený
	%	%
Ženy	80	20
Muži	81,48	18,52
<b>Celkem</b>	<b>80,65</b>	<b>19,35</b>

**Tab. č. 10 Míra soběstačnosti v ADL dle pohlaví**

<b>Barthelův test základních všedních činností</b>				
<b>Pohlaví</b>	<b>Nezávislý</b>	<b>Lehce závislý</b>	<b>Středně závislý</b>	<b>Vysoce závislý</b>
Žena	0	20	7	8
Muž	0	12	5	10
<b>Celkem</b>	0	32	12	18

**Tab. č. 11 Míra soběstačnosti v IADL dle pohlaví**

<b>Test instrumentálních všedních činností</b>			
<b>Pohlaví</b>	<b>nezávislý</b>	<b>částečně závislý</b>	<b>závislý</b>
Žena	5	15	15
Muž	9	8	10
<b>Celkem</b>	14	23	25

**Tab. č. 14a Kde senioři bydleli před hospitalizací – odpověď senioři**

<b>Kde jsem bydlel/a před hospitalizací - senioři</b>			
	<b>Žena</b>	<b>Muž</b>	<b>Celkem</b>
Rodinný dům	28,57	22,22	25,81
Panelový dům	45,71	48,15	46,77
Chalupa	20	25,93	22,58
Jinde	5,71	3,7	4,84

**Tab. č. 14b Kde senioři budou bydlet po propuštění – odpověď sociální pracovníce**

<b>Kde budu bydlet po propuštění – sociální pracovníce</b>			
	<b>Žena</b>	<b>Muž</b>	<b>Celkem</b>
Rodinný dům	22,86	7,41	16,13
Panelový dům	37,14	44,44	40,32
Chalupa	2,86	11,11	6,45
Jinde	37,14	37,04	37,1

**Tab. č. 15 Vráťím se do svého domova**

<b>Vráťím se do svého domova</b>		
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Senioři	80,65	19,35
Sociální pracovníce	61,29	38,75

**Tab. č. 16 Touha k návratu domů**

Touha k návratu domů - senioři		
	Ano	Ne
Vrátím se domů	<b>80,65</b>	19,35
Chci se vrátit domů	<b>90,32</b>	9,68

**Tab. č. 17 Předpokládané spolužití po propuštění**

Předpokládané spolužití po propuštění						
Odpovědi	DD	DsPS	LDN	K dceři	K synovi	Celkem
Odpovědi senioři	5	1	0	4	2	<b>12</b>
Odpovědi sociální pracovníce	16	3	1	2	2	<b>24</b>

**Tab. č. 20 Informují se rodinní příslušníci na Váš zdravotní stav**

Informují se rodinní příslušníci			
	Žena	Muž	Celkem
Ano	100	92,59	<b>96,77</b>
Ne	0	7,41	<b>3,23</b>

**Tab. č. 21 Častost návštěv rodinných příslušníků u seniorů**

Navštěvují Vás rodinní příslušníci								
Pohlaví	Denně		Týdně		Měsíčně		Nenavštěvují mne	
	n <sub>i</sub>	%	n <sub>i</sub>	%	n <sub>i</sub>	%	n <sub>i</sub>	%
Žena	9	25,71	14	40	10	28,57	2	5,71
Muž	7	25,93	7	25,93	8	29,63	5	18,52
<b>Celkem</b>	<b>16</b>	<b>25,81</b>	<b>21</b>	<b>33,87</b>	<b>18</b>	<b>29,03</b>	<b>7</b>	<b>11,29</b>

**Tab. č. 22 Je osoba, která se o Vás dosud starala zaměstnaná – odpověď senioři i sociální pracovníce**

Je osoba, která se o Vás dosud starala zaměstnaná			
	Žena	Muž	Celkem
Ano	30	17,65	<b>24,32</b>
Ne	70	82,35	<b>75,68</b>



**Tab. č. 23 Je osoba, která se o Vás nyní bude starat zaměstnaná - odpověď seniři i sociální pracovníce**

<b>Je osoba, která se o Vás nyní bude starat zaměstnaná</b>			
	<b>Žena</b>	<b>Muž</b>	<b>Celkem</b>
<b>Ano</b>	25	11,76	<b>18,9</b>
<b>Ne</b>	75	88,24	<b>81,1</b>

**Tab. č. 24 Potřeboval jste pomoc před hospitalizací - odpověď seniři i sociální pracovníce**

<b>Potřeboval jsem pomoc před hospitalizací</b>			
	<b>Žena</b>	<b>Muž</b>	<b>Celkem</b>
<b>Ano</b>	37,14	37,04	<b>37,1</b>
<b>Ne</b>	62,86	62,96	<b>62,9</b>

**Tab. č. 25 Budu potřebovat pomoc po propuštění - odpověď seniři**

<b>Budu potřebovat pomoc po propuštění</b>			
	<b>Žena</b>	<b>Muž</b>	<b>Celkem</b>
<b>Ano</b>	57,17	62,96	<b>59,68</b>
<b>Ne</b>	42,86	37,04	<b>40,32</b>

**Tab. č. 26 Bude klient potřebovat pomoc po propuštění - odpověď sociální pracovníce**

<b>Bude klient potřebovat pomoc</b>			
	<b>Žena</b>	<b>Muž</b>	<b>Celkem</b>
<b>Ano</b>	80	77,77	<b>79,03</b>
<b>Ne</b>	20	22,22	<b>20,97</b>

**Tab. č. 30 Skupina nesoběstačných – závislých seniorů v rodinném vztahu**

<b>Skupina nesoběstačných - rodinný stav</b>			
	<b>ADL</b>	<b>IADL</b>	<b>MMS</b>
Svobodný/á	27,8	20	8,33
Vdaná/ženatý	16,7	12	25
Vdova/vdovec	50	64	58,33
Rozvedený/á	5,5	4	8,33

**Tab. č. 31 S kým žili nesoběstační – závislí seniori do hospitalizace**

<b>Nesoběstační - s kým žili před hospitalizací</b>			
	<b>ADL</b>	<b>IADL</b>	<b>MMS</b>
Sám	<b>38,9</b>	<b>36</b>	<b>41,67</b>
S manželem/kou	16,7	12	25
S dcerou/synem	<b>27,8</b>	<b>32</b>	<b>25</b>
S vnučkou	11,1	16	8,33
S bratrem	5,5	4	0

**Tab. č. 32 Skupina nesoběstačných – závislých seniorů – s kým popř. kde budou žít nyní**

<b>Nesoběstační - s kým popř. kde budou žít nyní</b>			
	<b>ADL</b>	<b>IADL</b>	<b>MMS</b>
Domov důchodců	<b>66,7</b>	<b>56</b>	<b>50</b>
S manželem/kou	11,1	8	<b>16,7</b>
S dcerou/synem	11,1	<b>20</b>	8,3
S vnučkou	5,5	8	8,3
LDN	5,5	4	8,3
DsPS	0	4	8,3

**Tab. č. 33 Skupina svobodných mužů - nesoběstačnost**

<b>Skupina svobodní muži - nesoběstačnost</b>			
	<b>ADL</b>	<b>IADL</b>	<b>MMS</b>
Ano	<b>62,5</b>	<b>62,5</b>	12,5
Ne	37,5	37,5	87,5

**Tab. č. 37 Kde jsem spal/a do hospitalizace a kde budu spát nyní**

<b>Kde spím a kde budu spát nyní</b>			
	<b>Dosud</b>	<b>Nyní</b>	
	Doma	Doma	Ústav a LDN
Ložnice	69,35	58,06	37,1
Kuchyň	30,65	4,84	0

**Tab. č. 39 Používal/a jste kompenzační pomůcky**

<b>Používal/a jste kompenzační pomůcky</b>			
	Žena	Muž	<b>Celkem</b>
<b>Ano</b>	82,86	77,77	<b>80,65</b>
<b>Ne</b>	17,14	22,22	<b>19,35</b>

**Tab. č. 41 Budu potřebovat kompenzační pomůcky po propuštění**

<b>Budu potřebovat kompenzační pomůcky</b>			
	Žena	Muž	<b>Celkem</b>
<b>Ano</b>	91,43	81,48	<b>87,1</b>
<b>Ne</b>	8,57	18,52	<b>12,9</b>

**Tab. č. 42 Využíváte služeb sociální péče - odpověď seniři i sociální pracovníce**

<b>Využíváte služeb sociální péče</b>			
	Žena	Muž	<b>Celkem</b>
<b>Ano</b>	28,52	18,52	<b>24,19</b>
<b>Ne</b>	71,43	81,48	<b>75,81</b>

**Tab. č. 44 Máte podanou žádost do Domova důchodců - odpověď seniři i sociální pracovníce**

<b>Máte podanou žádost do domova důchodců</b>		
	Seniři	Sociální pracovníce
<b>Ano</b>	22,58	<b>43,55</b>
<b>Ne</b>	<b>77,42</b>	56,45

**Tab. č. 45 Koho dalšího po propuštění požádáte o pomoc**

<b>Koho dalšího mimo rodiny požádáte o pomoc</b>			
	Žena	Muž	<b>Celkem</b>
Pečovatelská služba	24,24	12,5	<b>23,4</b>
Český červený kříž	9,09	12,5	<b>12,77</b>
Domácí péče	9,09	8,33	<b>10,64</b>
Sousedy	6,06	8,33	<b>8,51</b>
Sestru od prakt. lékaře	6,06	0	<b>4,26</b>

**Příloha č. 1**

Sociální služby a komunitní plánování

# **SOCIÁLNÍ SLUŽBY A KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ**

Adresář poskytovatelů

Vyšlo za podpory MPSV ČR

MěÚ Pelhřimov  
2003

**Název organizace:** Centrum pro zdravotně postižené Kraj Vysočina  
**Organizační forma:** Svaz právnických osob  
**IČO:** 26 59 47 06  
**Bankovní spojení:** 179133355/0300, ČSOB, a.s. Pelhřimov, specifický symbol 0613  
**Statutární zástupce:** Alena Pytlíková, Oldřich Čankovic  
**Adresa organizace:** Vrchlického 57, 586 47 Jihlava  
**Telefon/fax:** 567 303 685  
**E-mail:** szdpr@volny.cz

**Charakteristika organizace:**

Organizace je kontaktním místem pro občany se zdravotním postižením a jejich sociální okoli, pro právníké osoby zabývající se činností ve péči o občany s tělesným, intelektuálním a poraďenským postižením, zprostředkovatel pomoci při řešení obtížné sociální situace formou spolupráce a kooperace s příslušnými úřady a jinými subjekty v daném regionu. Organizace obhajuje práva občánů se zdravotním postižením. Centrum pro zdravotně postižené kraj Vysočina má dlešované pracoviště v Pelhřimově.

**Druh služby: Poradenství**

**Charakteristika služby:**

Sociálně-právní poradenství, poradenství při výběru a možnostech získání vhodné kompenzační pomůcky, doporučení zvyšhodněných pevných telefonních stanic pro občany se zdravotním postižením, pomoc při výběru speciálně vybaveného koncového zařízení u telefonních stanic, odkaz na další sociální služby, pomoc při jednání s úřady, zprostředkování tiskovin pro občany se zdravotním postižením, informace o přístupnosti budov veřejného charakteru.

**Druh služby: Prodej kompenzačních pomůcek**

**Charakteristika služby:**

Prodej drobných kompenzačních pomůcek.

**Kontaktní osoba:** Helena Nováková, mob.: 608 427 324

**Adresa poskytovatele:** Pražská 1655, 393 01 Pelhřimov

**Telefon, e-mail:** 565 324 806, cszp.pe@quic.cz

**Cílová skupina:** senioři, osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby s duševním onemocněním a jejich sociální okoli

**Provozni doba:**

8:00–12:00 út a út

8:00–12:00 13:00–17:00 po a st

**Úřada za poskytované služby:** Služby jsou poskytovány bezplatně.

**Základní podmínky pro poskytnutí služby:** příslušnosti k cílové skupině

**Název organizace:** Communio Pelhřimov – sociálně pastorační a jinorodní středisko Starokatolické církve v ČR  
**Organizační forma:** Humanitární organizace církve  
**IČO:** 70 80 57 92  
**Bankovní spojení:** 164147244/0300, ČSOB, a.s. Tabor  
**Statutární zástupce:** ThMgr. Dušan Hejbal, biskup  
**Adresa organizace:** Třída Legií – Kulturní dům Máj, 393 01 Pelhřimov  
**Telefon/fax:** 606 821 437  
**E-mail:** zywczok@volny.cz

**Charakteristika organizace:**

Starokatolická církev v ČR poskytuje různé druhy sociálních služeb pro širokou veřejnost od roku 1990. Konkrétními realizátory jsou její správní jednotky – farnosti s volenými orgány.

Středisko COMMUNIO Pelhřimov působí v regionu v oblasti psychologického, právního a jiného poradenství. Dále organizuje různé informativní a kinbové akce pro seniory. Všechny služby jsou poskytovány bezplatně všem lidem bez ohledu na náboženského předsvědčení, rasy a pohlaví.

**Druh služby: Poradenství, krizová pomoc**

**Charakteristika služby:**

V našem středisku zajišťujeme poradenství v oblasti psychologické a klinické. Vše je anonymní a individuální, při osobním kontaktu s klientem. Jedná se o souhlasu klienta spolupracujeme s právníky, lékaři a psychologem, popř. klienta delegujeme na odborné pracoviště.

Poradenství pro těhotné matky, cvičení a jejich příprava na přijetí potomka a péče o něj. *V současné době je tato služba částečně omezena (pracovnice je na mateřské dovolené).*

**Cílová skupina:** osoby v nepříznivé sociální situaci, těhotné ženy

**Druh služby: Organizace mimočasových aktivit**

**Charakteristika služby:**

**Kroužky pro děti – taneční, modelářský.** Jsou určeny pro děti a mládež ve školním věku. Vedoucí kroužků proagují menší počet dětí ve skupince pro získání větší efektivity a individuálního přístupu. Obtížnost úkolu je volena podle věku a schopnosti dítěte. Děti jsou vedeny k pečlivosti, důkladnosti a pořádku při vykonávání všech činností. Motivacími aktivitami jsou pro děti výstavy, vystoupení a v případě modelářského kroužku studování dějin jednotlivých modelů (hrady, zámky, významné budovy).

**Besedy a klubové akce pro seniory** – tyto akce zajišťujeme formou vzájemného setkávání seniorů při různých významných osobních výročích a svátcích. Prohlíejí také přednášky na odborná témata a problémy.

**Výuka jazyka** – v našem středu provádíme také výuku latinského jazyka zvláště pro mládež připravující se k dalšímu studiu a nemající možnost placené lektorské přípravy. Při vyučování používáme běžné pedagogické metody a přihlížíme k individuálním schopnostem klienta.

**Cilová skupina: děti do 18 let, mládež do 26 let, rizikové skupiny dětí a mládeže, senioři**

**Kontaktní osoba:** Mgr. Grzegorz Zywczoek

**Adresa poskytovatele:** Trída Legii, Kulturní dům Máj, prostory ICM, 393 01 Pelhřimov

**Telefon, e-mail:** 606 821 437, zywczoek@volny.cz

**Provozní doba:** poradna pro dyslektiky a kineziologie 15:00–17:00 út  
modelářský kroužek 14:00–16:30 st  
ostatní dle individuální domluvy

**Úhrada za poskytnuté služby:** Služby jsou poskytovány bezplatně

**Základní podmínky pro poskytnutí služby:** sociální neuze klienta; ochota klienta přijmout nabízenou pomoc a spolupracovat se sociálním pracovníkem

**Název organizace:** Farní charita Kamenice nad Lipou  
**Organizační forma:** Humanitární organizace církve  
**IČO:** 49 02 68 52  
**Bankovní spojení:** 170318142/0300, ČSOB, a.s. pobočka Kamenice nad Lipou  
**Statutární zástupce:** Jan Šimák, ředitel  
**Adresa organizace:** Husovo nám. 94, 394 70 Kamenice nad Lipou  
**Telefon/fax:** 565 434 426, 605 875 553  
**E-mail:** charita.kamenice@attas.cz

**Charakteristika organizace:**

Církevní právnická osoba. Charitativní organizace, jejíž hlavní činností je poskytování pečovatelské služby – péče o seniory.

**Druh služby:** Pečovatelská služba

**Charakteristika služby:**

Pečovatelská služba Farní charity v Kamenici nad Lipou poskytuje komplex služeb na odborné úrovni, který má umožnit lidem žít běžný život ve vlastním přirozeném

prostředí bez neúměrného zasahování do soukromí a zapojit se do společenského života mládeže a komunity. Poskytujeme individuální služby dle přání, potřeb a cílů našich klientů a podporujeme je v co nejvyšší míře soběstačností.

Služby jsou určeny pro seniory a občany s tělesným postižením, kteří si z věkových, zdravotních či jiných důvodů nejsou schopni zajistit své životní potřeby. Komplex služeb je zaměřen zejména na osobní hygienu, pomoc při vedení domácnosti, zajištění stravování, aktivizační služby, pomoc při prosazování práv a zájmů uživatelů.

**Kontaktní osoba:** Jan Šimák

**Adresa poskytovatele:** Husovo nám. 94, 394 70 Kamenice nad Lipou

**Telefon e-mail:** 565 434 426, 605 875 553, charita.kamenice@attas.cz

**Cilová skupina:** senioři, osoby s tělesným postižením

**Provozní doba:** 7:00–20:00 ve všední dny, o víkendech a svátcích dle požadavků klientů

**Úhrada za poskytnuté služby:** Dle ceníku.

**Základní podmínky pro poskytnutí služby:** příslušnost k cílové skupině

**Název organizace:** Farní charita Pelhřimov  
**Organizační forma:** Církevní právnická osoba, humanitární organizace církve  
**IČO:** 47 22 45 41  
**Bankovní spojení:** 107046957/0300 ČSOB, a.s. pobočka Pelhřimov  
**Statutární zástupce:** Bc. Barbara Litomiská, ředitel  
**Adresa organizace:** Solní 1814, 393 01 Pelhřimov  
**Telefon/fax:** 565 322 539, 565 327 110  
**E-mail:** charita@pelhrim.cz

**Charakteristika organizace:**

Farní charita je nestátní neziskovou organizací římskokatolické církve, která se snaží svým působením pomáhat všem lidem (bez rozdílu rasy či náboženského vyznání a politického přesvědčení) podle zásad uvedených v Základní listině práv a svobod. Předmětem činnosti Farní charity Pelhřimov je poskytování sociálních služeb a dalších služeb humanitárního charakteru, zřízení a provozování zařízení poskytujících sociální služby na Pelhřimovsku a doplnujících spektrum služeb poskytovaných v regionu.

V roce 2004 rozšířimé nabídku poskytovaných služeb o službu osobní asistence.

### **Druh služby: Pečovatelská služba**

#### ***Charakteristika služby:***

Charitní pečovatelská služba je určena lidem, kteří z věkových, zdravotních či jiných důvodů již nejsou schopni bez pomoci okolí zajistit své životní potřeby v domácím prostředí. Je to komplex služeb, jehož cílem je umožnit lidem žít ve svém vlastním přirozeném prostředí a nepřetrhávat tak přirozené sítě vztahů mezi rodinou a okolím. Snahou je zachování důstojnosti a co nejvyšší kvality života příjemců služeb pokud možno co nejdéle dobu, ideálně až do konce života.

Od listopadu probíhá realizace projektu *Mohu zůstat doma, kde se cítím dobře* financovaného z prostředků EU, který je zaměřen na poskytování pečovatelské služby ve venkovských oblastech.

#### ***Kontaktní osoba: Helena Vaverková***

***Adresa poskytovatele: Solní 1814, 393 01 Pelhřimov***

***Náměstí Prof. Bechyňe 79, 394 21 Hořepník***

***Tel./fax, e-mail: 565 322 539, 565 327 110, 721 143 339, charita@pelhrim.cz***

***Cílová skupina: senioři, osoby s tělesným postižením, osoby s duševním onemocněním, oživatelé venkova***

***Provozní doba: 8:00–16:00 po – pá, v případě potřeby individuální úprava včetně sobot, nedělí a svátků, dle domluvy s klientem***

***Úhrada za poskytované služby: podle vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb. nebo ceníku schváleného písemným obecním úřadem***

***Základní podmínky pro poskytnutí služby:***

***potřebnost klienta, souhlas klienta s poskytovanou službou, při těžkém zdravotním stavu klienta spolupráce s rodinou, schválení obecního úřadu, sociálního odboru, eventuálně sociální komise***

### **Druh služby: Poradenství – Občanská poradna**

#### ***Charakteristika služby:***

Poskytnutí pomoci prostřednictvím nezávislého poradenství těm, kteří se dostali do složité životní situace a nejsou schopni v důsledku snižené soběstačnosti ji sami řešit. Cílem je nabídnout možnosti řešení a pomoc a tím aktivizovat klienta při řešení jeho situace a jeho začleňování zpět do společnosti tak, aby byl schopen vlastními silami vyřešit životní situaci nebo problém a běžným způsobem využívat ve společnosti zdroje systému služeb jakými jsou vzdělání, služby zaměstnanosti, sociální péče, státní sociální podpora i neformální přirozené zdroje (rodina, přátelé aj.)

Obsahem činnosti poradny je nabídka komplexu služeb, kde uživatelé získají otevřené přijetí, informace o svých právech, o možnostech poradny; jsou jim nabídnuty různé možnosti řešení jejich obtížné situace. Zároveň je respektována zásada, že klient je expertem na svůj problém a přichází do poradny a žádá „pomoz mi využít mých možností“ nebo „pomoz mi rozšířit mé možnosti“. Pomoc je realizována

prostřednictvím poskytování informací a poradenství, zprostředkováním informací o právech a povinnostech a oprávněných zájmech, aktivní pomoci při vyjednávání, zastupování a doprovázení.

#### ***Kontaktní osoba: Martina Kábelová***

***Adresa poskytovatele: Solní 1814, 393 01 Pelhřimov***

***Telefon, e-mail: 565 327 110, poradna@pelhrim.cz***

***Cílová skupina: osoby v nepříznivé sociální situaci, osoby v krizi, bez příští, osoby hledající informace a pomoc při prosazování svých oprávněných zájmů a práv, senioři***

***Provozní doba: 9:00–12:00 po, st, pá***

***9:00–12:00 13:00–16:00 úi, čt***

***Úhrada za poskytované služby: Služby jsou poskytovány bezplatně.***

***Úhrada za poskytované služby: Služby jsou poskytovány bezplatně.***

***Základní podmínky pro poskytnutí služby:***

***osobní (telefonický, písemný, popř. jinou osobou zprostředkovaný kontakt, nepříznivá situace klienta, popř. snaha získat radu, informaci, jednorázovou pomoc (čáacení, potraviny apod.)***

### **Druh služby: Středisko vzájemné pomoci**

#### ***Charakteristika služby:***

Služba je určena pro občany v obtížné situaci, kdy prostřednictvím této služby mají možnost získat bezplatně ošacení, v omezené míře i nábytek a příležitostně i cetero potřebiče, které bezplatně přijímáme od dárců. Přebytky ošacení se odvázejí do sčítacího Diakonice Blouňov – Úpice. Činnost střediska je plně zabezpečována dobrovolníky.

#### ***Kontaktní osoba: Maria Blazková***

***Adresa poskytovatele: Pražská 1655, 393 01 Pelhřimov (suterén „modrého pavilonu“)***

***E-mail: charita@pelhrim.cz***

***Cílová skupina: osoby v nepříznivé sociální situaci, bezdomovci***

***Provozní doba: 15:00–17:00 čt***

***Úhrada za poskytované služby: Služby jsou poskytovány bezplatně.***

***Základní podmínky pro poskytnutí služby: potřebnost klienta***



**Kontaktní osoba:** Antonín Holáček  
**Adresa poskytovatele, telefon:** Pražská 1655, 393 01 Pelhřimov, 565 492 541  
**Cílová skupina:** osoby s tělesným postižením  
**Kapacita zařízení:** 450 klientů/rok, 920 kontaktů/rok  
**Provozní doba:** 9:00–12:00 13:00–16:00 po a st  
**Úhrada za poskytované služby:** rekondiční pobyty – příspěvek klienta cca 200 Kč/den  
**Základní podmínky pro poskytnutí služby:**  
Pro rekondiční pobyty: průkaz ZTP nebo ZTP/P, porč. doporučení pobytů lékařem, samostatnosti v základních úkonech (oblékání, hygiena, přijímání potravy), popř. přítomnost průvodce  
**Poradna:** bez podmínek

**Název organizace:** Úřad oblastního spolku Českého červeného kříže  
**Organizační forma:** občanské sdružení (humanitární organizace)  
**IČO:** 00 42 58 85  
**Bankovní spojení:** 13509-834/0600, GE Capital Bank, a.s. Pelhřimov  
**Statutární zástupce:** MUDr. Vladimír Kalina, předseda Oblastního spolku  
**ČČK Pelhřimov**  
**Adresa organizace:** Tábořská 1813, 393 01 Pelhřimov  
**Telefon/fax:** 565 326 043  
**E-mail:** cek.pe@tiscali.cz

**Charakteristika organizace:**

Organizace se zabývá pomocí občanům v nouzi. Jednou z jejích činností je provozování dobrovolné pečovatelské služby a zajišťování humanitární pomoci potřebným občanům.

**Druh služby:** Krizová pomoc

**Charakteristika služby:** Pomoc osobám v nouzi – výdej ošacení, obuvi, domácích potřeb apod.

**Cílová skupina:** osoby v nepříznivé sociální situaci

**Druh služby:** Dobrovolná pečovatelská služba

**Charakteristika služby:** Péče dobrovolných pečovatelů o potřebné osoby

**Cílová skupina:** senioři, osoby s tělesným postižením

**Druh služby:** Činnost mládeže Českého červeného kříže – HELP TRANS (Pomoc v pohybu)

**Charakteristika služby:** Zajišťování nákupu, úklidu, doprovod, donáška léků, čtení tisku, knih apod.  
**Cílová skupina:** senioři, osoby s tělesným postižením  
**Druh služby:** Dopravní zdravotní služba ČČK  
**Charakteristika služby:** Zajišťování převozu pacientů do ordinací praktických a odborných lékařů, převozy do lázní, převozy starých osob do DsPS ke koupání.  
**Cílová skupina:** všechny věkové kategorie  
**Tato služba není bezplatná, provádíme ji na základě příkazu k převozu pacienta, který vystavuje lékař a nelze si ji hrát klient sám.**  
**Úřad oblastního spolku Českého červeného kříže poskytuje i další zde nespecifikované služby pro široké spektrum občanů.**

**Kontaktní osoba:** Zuzana Hrkalová  
**Adresa poskytovatele:** Tábořská 1813, 393 01 Pelhřimov,  
**Telefon, e-mail:** 565 326 043, cek.pe@tiscali.cz  
**Provozní doba:** 7:00–15:00 po – út, 7:00–12:00 pá  
**Úhrada za poskytované služby:** Služby jsou, kromě převozů klientů sanitními vozy, poskytovány bezplatně.  
**Základní podmínky pro poskytnutí služby:** Služby jsou poskytovány všem potřebným občanům na jejich žádost, bez rozdílu věku, národnosti, rasy a náboženství.

**Název organizace:** Nemocnice Pelhřimov  
**Organizační forma:** říšpěčková organizace  
**IČO:** 00 51 19 51  
**Bankovní spojení:** 174401202-834/0600, GE Capital Bank, a.s. Pelhřimov  
**Statutární zástupce:** Ing. Favel Hrála  
**Adresa organizace:** Slovanského bratrství 710, 393 38 Pelhřimov  
**Telefon/fax:** 565 355 111  
**E-mail:** hospital@hospital-pe.cz  
**www stránky:** www.hospital-pe.cz/kontakt.php

**Charakteristika organizace:**

Nemocnice Pelhřimov je příspěvkovou organizací, zřizovatelem je Kraj Vysočina.

**Samostatným oddělením nemocnice je DOSANKA, jejíž činnost spočívá v poskytování komplexní ošetrovatelské péče v domácím prostředí kvalifikovanými pracovníky.**

**Druh služby: Komplexní domácí ošetrovatelská zdravotní péče**

**Charakteristika služby:**

**a) Domácní hospitalizace**

Navazuje na hospitalizaci skutečnou po propuštění z nemocnice. Pacienta navštěvuje zdravotní sestra v jeho prostředí (domově). Péče zahrnuje zejména léčbu bolesti, polohování, zajištění dietního, hygienického a pitného režimu, odborné ošetření ran a poranění a průběžnou rehabilitaci. Tato služba je poskytována max. po dobu 14 dní, v případě potřeby na ni navazuje *běžná i dlouhodobá péče*.

**b) Běžná i dlouhodobá péče**

Služba je poskytována pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou zdravotní péči, např. pacienti s proleženinami, diabetici, pacienti po cévních mozkových příhodách, pacienti s plicním, metabolickým, neurologickým nebo onkologickým onemocněním. Provádějí se i odběry biologického materiálu.

**Druh služby: Pěčovatelská služba**

**Charakteristika služby: Na žádost pacienta je DOSANKA schopna poskytnout pečovatelskou službu. Je vždy hrazena pacientem.**

**Kontaktní osoba: Jindřiška Ondráčková, mobil: 602 936 982**

**Mirka Hypšová, mobil: 602 941 160**

**Adresa poskytovatele, telefon: Slovanského bratrství 710, 393 38 Pelhřimov, 565 355 568**

**Cílová skupina: všechny věkové kategorie pacientů, kteří potřebují zdravotnickou péči, ale nepotřebují hospitalizaci**

**Provozní doba: nepřetržitá**

**Uhrada za poskytování služby: Pacient si hraří vyžádanou nadstandardní péči.**

**Základní podmínky pro poskytnutí služby:**

**Ordinace lékařem ve stanoveném rozsahu a trvání.**

**Za určených podmínek je hrazena ze zdravotního pojištění až do rozsahu 3 hodin denně.**

**Péče pežádovaná pacientem není hrazena ze zdravotního pojištění a pacient si ji hraří sám.**

<p><b>Název organizace: Občanské sdružení Opus, sdružení pro pomoc těžce nemocným a nemožným</b></p> <p><b>Organizační forma: Občanské sdružení</b></p> <p><b>IČO: 49 05 66 71</b></p> <p><b>Bankovní spojení: 19-3872350247/0100, KB, a.s. Kamenice nad Lipou</b></p> <p><b>Statutární zástupce: Ivana Švarcová</b></p> <p><b>Adresa organizace: Jirova 723, 394 70 Kamenice nad Lipou</b></p> <p><b>Telefon/fax: 565 432 301</b></p>
--

**Charakteristika organizace:**

**Občanské sdružení poskytuje domácí péči lidem těžce nemocným a nemožným v oblasti Kamenicka a Černovicka.**

**Druh služby: Domácní ošetrovatelská péče**

**Charakteristika služby: Úkony ošetrovatelské péče jsou prováděny v klientově prostředí (doma), péče musí být ordinována lékařem a je hrazena ze zdravotního pojištění.**

**Kontaktní osoba: Ivana Švarcová, 9. května 440, Kamenice nad Lipou**

**Adresa poskytovatele, telefon mobil: Jirova 723, 394 70 Kamenice nad Lipou, 565 434 553, 721 975 592**

**Cílová skupina: osoby těžce nemocné a nemožní**

**Provozní doba: 6:30–15:30 po–pá, v případě potřeby i udi víduální domova s klientem**

**Uhrada za poskytování služby: Služby jsou poskytovány bezplatně, hrazeny ze zdravotního pojištění.**

**Základní podmínky pro poskytnutí služby: indikace ošetřujícím lékařem**

## **Příloha č. 2**

### Struktura řízeného rozhovoru pro pacienty

Jmenuji se Hana Matelová a jsem studentkou navazujícího magisterského programu Učitelství odborných předmětů pro střední školy. Pracuji na doléčovací rehabilitační jednotce a v rámci závěrečné diplomové práce se na Vás obracím s prosbou o pomoc při vyplnění těchto dokumentů. Výsledky Vašich odpovědí budou použity k studijním a pracovním účelům.

Pelhřimov listopad 2005

Předem děkuji za spolupráci

Bc. Hana Matelová

#### **Zaškrtněte nebo dopište následující údaje:**

##### **1. Pohlaví:**

- žena
- muž

##### **2. Věk:**

##### **3. Jaké je Vaše vzdělání:**

##### **4. Jaký je důvod Vaší hospitalizace:**

##### **5. Rodinný stav:**

- svobodná (ý)
- vdaná (ženatý)
- vdova (vdovec)
- rozvedená (ý)

##### **6. Kolik máte dětí:**

- z prvního manželství:
- z druhého manželství:

##### **7. S kým jsem žil/a před hospitalizací:**

- sám (a)
- s manželem (kou)
- s rodinnými příslušníky - dcera /syn - z prvního manželství  
- z druhého manželství  
- vnouče
- s družkou (druhem)
- jiný příbuzný
- někdo jiný

**8. S kým budu žít po propuštění:**

- sám (a)
- s manželem (kou)
- s rodinnými příslušníky - dcera /syn - z prvního manželství  
- z druhého manželství  
- vnouče
- s družkou (druhem)
- jiný příbuzný
- s někým jiným

**9. Kde jsem bydlela před hospitalizací:**

- v rodinném domě
- v panelovém domě
- v chalupě
- jinde **Kde:**

**10. Kde budete bydlela po propuštění:**

- v rodinném domě
- v panelovém domě
- v chalupě
- jinde **Kde:**

**11. Ke komu z rodiny máte nejbližší vztah:**

**12. Kdo Vám z rodiny dosud nejvíce pomáhal:**

**13. Kdo si myslíte, že Vám z rodiny nejvíce pomůže nyní:**

**14. Navštěvují Vás rodinní příslušníci:**

- denně
- týdně
- měsíčně
- nenavštěvují mne **Kdo Vás navštěvuje nejvíce:**

**15. Je osoba, která se o Vás dosud starala zaměstnána:**

- ano
- ne

**16. Je osoba, která se o Vás nyní bude starat zaměstnána:**

- ano
- ne

**17. Vráťte se po propuštění do svého domova:**

- ano
- ne

**18. Pokud Ne, kam půjdete po propuštění:**

- do domácnosti někoho z rodiny – **koho:**
- do domu s pečovatelskou službou
- do domova důchodců
- do léčebny dlouhodobě nemocných
- jinam – **kam:**

**19. Před hospitalizací jsem potřeboval pomoc:**

- ano
- ne

**20. Pokud ANO s čím a jak často:**

	denně	týdně	občas
s hygienickou péčí			
s nakupováním			
s dopravou			
s domácími pracemi			
s vařením			
s přípravou léků			
při pohybu			

**Jinak, jak:**

**21. Po propuštění budu potřebovat pomoc:**

- ano
- ne

**22. Pokud ANO s čím a jak často:**

	denně	týdně	občas
s hygienickou péčí			
s nakupováním			
s dopravou			
s domácími pracemi			
s vařením			
s přípravou léků			
při pohybu			

**Jinak, jak :**

**23. Dosud do hospitalizace jste využívali pomoc od:**

	denně	týdně	občas
Manžela/ky			
Děti			
Vnoučat			
Příbuzných			
Sousedů			
Přátel			
Pečovatelské služby			
Domácí péče			
Charity			
Někoho jiného			

**24. Nyní po propuštění budu potřebovat pomoc od:**

	denně	týdně	občas
Manžela/ky			
Děti			
Vnoučat			
Pravnoučat			
Příbuzných			
Sousedů			
Přátel			
Pečovatelské služby			
Domácí péče			
Charity			
Někoho jiného			

**25. Jak pomáháte vy sám rodině:**

- vařím
- nakupuji
- starám se o zahradu
- hlídám vnoučata
- topím
- starám se o domácnost
- dělám něco jiného Co:
- rodině nepomáhám

**Architektonické bariéry**

**26. Na mém bytě si nejvíce cením:**

- uspořádání pokojů
- ústředního/plynového topení
- sprchy v koupelně
- vzdálenosti záchodu

- nástavce na toaletu
- vzdálenosti zdravotního střediska
- vzdálenosti nákupního střediska
- výtahu
- balkónu
- blízkosti rodiny
- telefon - pevná linka
  - mobilní telefon
- blízkosti přátel
- umístění lůžka na spaní
- televize
- madla
- jiné:

**27. Co nevyhovuje mému způsobu života v mém bytě:**

**Před hospitalizací**

- špatné osvětlení
- podlahy/koberce
- prahy mezi místnostmi
- koupelna - madla
  - vana
  - velikost koupelny
  - umístění koupelny
  - něco jiného:
- kuchyň - velikost kuchyně
  - umístění kuchyně
  - něco jiného:
- toaleta - umístění toalety
  - velikost
  - madla
  - přístup na toaletu
- topení - kamna na tuhá paliva
  - umístění topení
  - jiné:
- přístup do bytu - schody      kolik schodů:

ve kterém bydlíte patře:

jiné

**Po propuštění**

špatné osvětlení

podlahy/koberce

prahy mezi místnostmi

koupelna - madla

- vana

- velikost koupelny

- umístění koupelny

- něco jiného:

kuchyň - velikost kuchyně

- umístění kuchyně

- něco jiného:

toaleta - umístění toalety

- velikost

- madla

- přístup na toaletu

topení - kamna na tuhá paliva

- umístění topení

- jiné:

přístup do bytu – schody kolik schodů:

ve kterém bydlíte patře:

jiné

**28. V které místnosti jste do hospitalizace spal/a:**

**29. V které místnosti budete spát po propuštění:**

**30. Co je potřeba změnit v mém bytě, abych se tam mohl/a vrátit po propuštění:**

**31. Chci se vrátit tam kde žiji:**

ano

ne



**32. Používal/a jste před hospitalizací kompenzační pomůcky (madla, berle, nástavec na toaletu, hůlku, brýle, apod.)**

- ano
- ne

**33. Kdo Vám poskytl informace o těchto pomůckách:**

- praktický lékař
- ošetřující lékař
- odborný lékař (specialista)
- sociální pracovnice
- střední zdravotnický personál
- rehabilitační pracovník
- literatura
- rodina
- přátelé
- někdo jiný – kdo:

**34. Po propuštění budete potřebovat kompenzační pomůcky:**

- ano                   **Které:**
- ne

**35. Využíváte služeb sociální péče:**

- ano                   **Jakých:**
- ne

**36. Čeho se tyto služby týkají:**

**37. Máte podanou žádost do domova důchodců:**

- ano                   **Jak dlouho:**
- ne

**38. Koho dalšího mimo rodiny požádáte o pomoc po propuštění, na koho se obrátíte:**

- domácí péči
- charitu
- sestru od praktického lékaře
- dobrovolníky
- sousedy
- přátele
- pečovatelskou službu
- někoho jiného:

### Příloha č. 3

#### Dotazník pro sociální pracovníci

Jmenuji se Hana Matelová a jsem studentkou navazujícího magisterského programu Učitelství odborných předmětů pro střední školy. Pracuji na doléčovací rehabilitační jednotce a v rámci závěrečné diplomové práce se na Vás obracím s prosbou o pomoc při vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky odpovědí budou použity k studijním a pracovním účelům.

Pelhřimov listopad 2005

Předem děkuji za spolupráci

Bc. Hana Matelová

#### Zaškrtněte nebo dopište následující údaje:

##### 1. Pohlaví:

- žena
- muž

##### 2. Rodinný stav:

- svobodná (ý)
- vdaná (ženatý)
- vdova (vdovec)
- rozvedená (ý)

##### 3. Kolik má senior dětí:

- z prvního manželství:
- z druhého manželství:

##### 4. S kým žil senior před hospitalizací:

- sám (a)
- s manželem (kou)
- s rodinnými příslušníky - dcera /syn - z prvního manželství  
- z druhého manželství
- vnouče
- s družkou (druhem)
- jiný příbuzný
- s někým jiným

##### 5. S kým bude žít po propuštění:

- sám (a)
- s manželem (kou)
- s rodinnými příslušníky - dcera /syn - z prvního manželství  
- z druhého manželství
- vnouče
- s družkou (druhem)
- jiný příbuzný
- s někým jiným

**6. Kde bydlel senior před hospitalizací:**

- v rodinném domě
- v panelovém domě
- na chalupě
- jinde **Kde:**

**7. Kde bude bydlet po propuštění:**

- v rodinném domě
- v panelovém domě
- na chalupě
- jinde **Kde:**

**8. Informují se rodinní příslušníci na zdravotní stav seniora:**

- ano **Kdo:**
- ne

**9. Je osoba, která se o seniora dosud starala zaměstnána:**

- ano
- ne

**10. Je osoba, která se o klienta nyní bude starat zaměstnána:**

- ano
- ne

**11. Vráti se senior po propuštění do svého domova:**

- ano
- ne

**12. Pokud Ne, kam půjde senior po propuštění:**

- do domácnosti někoho z rodiny – **koho:**
- do domu s pečovatelskou službou
- do domova důchodců
- do léčebny dlouhodobě nemocných
- jinam – **kam:**

**13. Před hospitalizací potřeboval senior pomoc:**

- ano
- ne

**14. Pokud ANO s čím a jak často:**

	denně	týdně	občas
S hygienickou péčí			
S nakupováním			
Při dopravě			
S domácími pracemi			
S vařením			
S přípravou léků			
Při pohybu			

**Jinak, jak:**

**15. Po propuštění bud senior potřebovat pomoc:**

- ano
- ne

**16. Pokud ANO s čím a jak často:**

	denně	týdně	občas
S hygienickou péčí			
S nakupováním			
Při dopravě			
S domácími pracemi			
S vařením			
S přípravou léků			
Při pohybu			

**Jinak, jak:**

**17. Využívá senior služeb sociální péče:**

- ano                      **Jakých:**
- ne

**18. Čeho se tyto služby týkají:**

**19. Má senior podanou žádost do domova důchodců:**

- ano                      **Jak dlouho:**
- ne

**Příloha č. 4**

Barthelův test základních všedních činností

**Barthelův test základních všedních činností  
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta: .....

Datum narození pacienta (věk): .....

	činnost	provedení činnosti	bodové skóre*
1.	příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

**Hodnocení stupně závislosti:\*\***

<b>ADL 4</b>	0 – 40 bodů	vysoce závislý
<b>ADL 3</b>	45 – 60 bodů	závislost středního stupně
<b>ADL 2</b>	65 – 95 bodů	lehká závislost
<b>ADL 1</b>	96 – 100 bodů	nezávislý

\* zaškrtněte jednu z možností

\*\* zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

**Příloha č. 5**

Test instrumentálních všedních činností

Tab. 3. Test instrumentálních všedních činností IADL

Činnost	Hodnocení	Bodové skóre
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže použít telefon	0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech: 0 - 40 bodů: závislý v IADL 45 - 75 bodů: částečně závislý v IADL 80 bodů: nezávislý v IADL		

Podle: Lawton, M. P., Brody, E. M.: Gerontologist, 9, 1969, s. 179-185.  
Lawton, M. P.: Psychopharm. Bull., 24, 1988, s. 609-614.



## **Příloha č. 6**

Mini - mental test (MMSE)

Zjistěte u seniora otázkami a úkoly:

1. věk
2. kolik je asi hodin
3. adresu
4. současný rok
5. kde je hospitalizován
6. poznání alespoň dvou osob
7. datum narození
8. jméno současného presidenta
9. odečítat zpět od 20 do 1 nebo měsíce pozpátku

Za každou správnou odpověď 1 bod, nedosáhne-li ani 7 bodů, jedná se o zmatenost.

## **Seznam zkratk**

ADL: Barthelův test základních všedních činností

IADL: Test instrumentálních všedních činností

MMSE : Mini – Menta State Examinationl

DD: Domov důchodců

LDN: Léčebna dlouhodobě nemocných

DsPS: Dům s Pečovatelskou službou

CMP: Cévní mozková příhoda

ICHS: Ischemická choroba srdeční