

# Stáří a kvalita života v současné společnosti

Bc. Šárka Černá

---

Diplomová práce  
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Institut mezioborových studií  
akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Šárka Černá**  
Osobní číslo: **H138156**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Stáří a kvalita života v současné společnosti**

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na změnu kvality života seniorů v důsledku onemocnění;
- na sociální rizika následků onemocnění u seniorů;
- na možnosti sociální pedagogiky při nápravě tohoto stavu.

Součástí práce bude empirické šetření zaměřené na seniory hospitalizované ve zdravotnickém zařízení nemocničního typu, na zjištění následků jejich onemocnění ve vztahu ke kvalitě života a na možnosti nápravy v případě zjištění negativních skutečností. Šetření bude prováděno v rámci kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaného rozhovoru a analýzou dokumentace jednotlivých případů. Cílem práce bude zjistit možné souvislosti onemocnění seniorů se změnou kvality jejich života a formulovat doporučení pro sociálně pedagogické působení v této oblasti.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- DVOŘÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada Publishing a.s., 2012.**
- FERENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2000.**
- HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.**
- JOBÁNKOVÁ, M. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002.**
- KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing a.s., 2008.**
- POKORNÁ, A. Ošetřovatelství v geriatrici. Hodnotící nástroje. Praha: Grada Publishing a.s., 2013.**
- SCHULER, M. a P. OSTER. Geriatrie od A do Z. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010.**
- VAĐUROVÁ, H. a P. MÜHLPACHR. Kvalita života. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2005.**
- VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000.**
- WEBER, P. Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000.**
- Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.**

Vedoucí diplomové práce:

**doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.**

Institut mezioborových studií

Datum zadání diplomové práce:

**4. listopadu 2014**

Termín odevzdání diplomové práce:

**31. března 2015**

V Brně dne 4. listopadu 2014



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.

děkanka



doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
ředitel ústavu


### **Prohlašuji, že**

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

### **Prohlašuji,**

- že jsem na diplomové práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 22.9.2014

  
.....  
podpis diplomanta



## **ABSTRAKT**

Tématem práce je stáří a kvalita života v současné společnosti. Téma seniorů je v současné době aktuálně diskutováno. V této oblasti má své uplatnění i sociální pedagogika. Teoretická část práce je zaměřena na stáří a proces stárnutí. Jsou popsány změny v oblasti biologické, psychické a sociální, které proces stárnutí provází a pohled na stáří v historii a současnosti. Práce zahrnuje také oblast rodiny a mezigeneračního soužití. Pozornost je věnována rovněž tématu kvality života se zaměřením na specifickou skupinu seniorů a popisuje současné možnosti zdravotních a sociálních služeb a péče a podpory ve vztahu ke starým lidem. Praktická část obsahuje poznatky získané za použití kvalitativní výzkumné strategie. Přináší informace ze získaných poznatků a doporučení pro sociálně pedagogické působení v této oblasti.

Klíčová slova:

Stárnutí, senior, kvalita života, autonomie, soběstačnost, důstojnost, péče, podpora.

## **ABSTRACT**

The topic of my work is the old age and the quality of life in contemporary society. The topic of seniors has been discussed currently a lot. In this field social pedagogy has its application as well. The theoretical part of this work is focused on the old age and the process of growing old. The changes in the biological, psychological and social field which accompany the process of growing old and point of view of old age in history and in the present are described. Work includes the sphere of family and coexistence among generations as well. Attention is also paid to the topic of quality of life with focus on a specific group of seniors and it is describing contemporary possibilities of health and social service, care and support in relationship to old people. The practical part includes knowledge gained using qualitative research strategy. It brings information from gained knowledge and recommendation for social and pedagogical work in this field.

Keywords:

Growing old, senior, quality of life, autonomy, self-sufficiency, dignity, care, support.

Děkuji vedoucímu práce doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, PhD. za pomoc a podporu při zpracování diplomové práce.

Děkuji náměstkyni pro nelékařské zdravotnické pracovníky FN Brno za její ochotu a vstřícnost, vrchní sestře Kliniky interní, geriatrické a praktického lékařství FN Brno, pracovnícím Sociálně zdravotního oddělení FN Brno, svým blízkým za podporu a svým rodičům také za trpělivost.

Motto:

*„Starajíce se o štěstí jiných, nacházíme své vlastní.“*

Platón

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ .....</b>	<b>11</b>
1.1 ZMĚNY VE STÁŘÍ .....	16
1.2 TĚLESNÉ PROJEVY STÁŘÍ .....	17
1.3 PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	21
1.4 ZMĚNY V SOCIÁLNÍ OBLASTI VE STÁŘÍ.....	25
1.5 POHLED NA STÁŘÍ V HISTORII A SOUČASNOSTI.....	28
<b>2 SENIOR A RODINA.....</b>	<b>33</b>
2.1 FUNKCE RODINY.....	34
2.2 POHLED NA RODINU HISTORICKY A V SOUČASNOSTI.....	35
2.3 MEZIGENERAČNÍ SOUŽITÍ .....	39
<b>3 KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ DIMENZE .....</b>	<b>41</b>
3.1 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ.....	44
3.2 ZDRAVOTNÍ SLUŽBY A SENIOŘI .....	46
3.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY A SENIOŘI .....	50
3.4 PÉČE A PODPORA SENIORŮ .....	55
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>61</b>
<b>4 STÁŘÍ A KVALITA ŽIVOTA V SOUČASNÉ SPOLEČNOSTI.....</b>	<b>62</b>
4.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM .....	62
4.2 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	63
4.3 METODY A TECHNIKY VÝZKUMU .....	64
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	65
<b>5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....</b>	<b>66</b>
5.1 DATA Z ROZHOVORŮ S PERSONÁLEM.....	66
5.2 DATA Z PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ.....	71
5.3 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....	90
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>98</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>102</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>108</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>109</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>110</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>111</b>

## ÚVOD

V práci se chceme zabývat v současné době velmi aktuálním tématem života seniorů. Toto téma jsem vybrala, protože se jako zdravotnický pracovník se seniorskou populací setkávám. Dalším motivem a zároveň výzvou bylo, že moji rodiče se nyní nacházejí v seniorském věku a chtěla jsem proniknout do problematiky, která se jich bezprostředně týká a mě, jako rodinného příslušníka rovněž. V neposlední řadě se tématu věnujeme také proto, že tato oblast je úzce spjata s oborem sociální pedagogika.

Senioři jsou v současné společnosti aktuálně diskutovanou společenskou skupinou. Lidský věk se prodlužuje a populace stárne. Prodlužuje se fáze života v postproduktivním věku. V dnešní době se běžně v životě setkají čtyři generace. Senioři jsou sice heterogenní skupinou z hlediska jejich věku, genetické výbavy, vzdělání, životních podmínek, ekonomické situace, životního stylu, osobnostních rysů, zdravotního stavu, zkušeností, hodnotového systému, názorů, potřeb a zájmů, ale některé charakteristiky mají společné. S věkem dochází obecně k zákonitým involučním změnám biologickým, fyzickým, psychickým a ke změnám sociálním. S těmito změnami je nutné se vyrovnat a přijímat je. Záleží na osobnosti jednotlivce, jakým způsobem je schopen se se změnou kvality svého života vyrovnat. V důsledku snížení imunity a poklesu funkcí tělesných orgánů dochází ke zvýšenému výskytu nemocí. Pokud si onemocnění vyžádá hospitalizaci, je vždy otázkou, zda se senior vrátí ke svému životnímu standardu nebo se stane závislým na pomoci druhých. Tím může dojít k rapidní změně kvality jeho života.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se skládá ze tří stěžejních kapitol. V první kapitole jsou uvedeny poznatky problematiky procesu stárání a stárnutí, jsou popsány změny, které stárání a stárnutí provází v oblasti biologické a fyzické, psychické a sociální. Zmíněn je rovněž aspekt spirituální. Část kapitoly je věnována pohledu na stárání v historii a současnosti. Druhá kapitola popisuje oblast rodiny a mezigeneračního soužití. Rodina je prvotní jednotkou, kde se vytváří přístup ke světu a společnosti a také ovlivňuje přístup ke starým občanům. Třetí kapitola je zaměřena na dosavadní teoretické poznatky a zkušenosti v oblasti kvality života, na vymezení a dimenze kvality života se zaměřením na kvalitu života specifické společenské skupiny seniorů. Popisuje zdravotní a sociální služby v našich současných podmínkách ve vztahu k seniorům a jejich legislativní rámec. Zabývám se v ní možnostmi péče a podpory seniorů. Péče a podpora má napomáhat k autonomii seniorů, jejich soběstačnosti,



společenskému uplatnění a bránit jejich sociálnímu vyloučení. Zde má své místo sociální pedagogika. Kraus charakterizuje sociální pedagogiku v širším pojetí, uvádí: „*Sociální pedagogika pojednává o tom, jak optimalizovat a usměrňovat životní situace a procesy a to s akcentem na vnitřní potenciál jedince a jeho individualitu. Centrálním tématem, který prolíná celým obsahem oboru, je rozvoj sociální kreativity a aktivizace sil každého vychovávaného. Současně k základnímu obsahu patří rozvíjení životního způsobu, tj. jeho kultivace a optimalizace s ohledem na individuální předpoklady jedince a minimalizaci rozporů mezi ním a společenskými podmínkami*“ (Kraus, 2008, s. 45). Výchovu lze chápat i jako aktivizaci sil.

V praktické části jsou uvedeny poznatky získané použitím kvalitativní výzkumné strategie. Vychází z jednotlivých případů starých lidí, hospitalizovaných v zařízení nemocničního typu. Sleduje jejich příběhy, zaměřuje se na zdravotní stav, charakteristiku rodinného prostředí a jejich osud po propuštění z nemocnice. V získaných poznatcích jsou sledovány změny, které museli absolvovat a které se odráží v jejich kvalitě života. Cenné obecnější informace a zkušenosti o problematice péče o seniory a organizaci a provozu kliniky, kde jsou tito lidé hospitalizováni, poskytla vrchní sestra Kliniky interní, geriatrické a praktického lékařství nemocnice a o činnosti Sociálně zdravotního oddělení pracovnice tohoto oddělení.

Oblastí zkoumání je kvalita života. Zaměřuji se na možná opatření, jak podpořit přijatelnou kvalitu života seniorů po hospitalizaci, jaké jsou možnosti pomoci, péče a podpory k udržení jejich autonomie, soběstačnosti a tím návratu do jejich domácího prostředí. Dalším úkolem je formulovat doporučení pro sociálně pedagogické působení v této oblasti. Cílem práce je také informovat. Informovanost je důležitým podnětem k zamyšlení.

Stárnutí se nevyhne žádný člověk. Z obecného hlediska lze předpokládat, že staří jednou budeme všichni. Proto je celospolečensky potřebné tomuto tématu věnovat pozornost na všech souvisejících úrovních, získávat nové poznatky, aktuálně reagovat na změny a včas se adekvátně připravit na budoucí vývoj.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Život je dar, který dostal každý z nás (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 11). Proces stárnutí vedoucí ke stáří je zákonitým, přirozeným, fyziologickým procesem týkajícím se každého živého tvora (Jarošová, 2006, s. 5). Je poslední ontogenetickou přirozenou etapou vývoje života člověka. Je záležitostí individuální i společenskou (Pacovský, 1990, s. 11). Na proces stárnutí lze nahlížet z různých hledisek. Z individuálního pohledu je třeba nazírat tento proces biodromálně, celospolečensky je třeba tuto problematiku pojmout komplexně. Na stárnoucí a starou populaci se z hlediska postavení ve společenském životě zaměřuje sociologie, věda o zákonech vývoje a struktury společnosti. V užším smyslu ji vnímá demografie, vědní disciplína zabývající se aspekty souvisejícími s reprodukcí populace lidstva (Jilčík, Zapletal, 2008, s. 8, 52). Fyziologickým biologickým stárnutím organismu se zabývá gerontologie. Jednou z jejích součástí je geriatric, medicínský obor zaměřený na nemoci ve stáří, gerontologická psychologie na psychiku stárnoucího organismu, úzkou souvislost se stářím a stárnutím má ekonomie a další obory (Křivohlavý, 2002, s. 136).

Během procesu stárnutí dochází v jednotlivých orgánech těla na všech úrovních k určitým degenerativním, morfologickým a funkčním změnám. Nastupují u každého jednotlivce v určité oblasti v různou dobu a postupují nestejnou rychlostí. Existují rozmanité teorie objasňující proces stárnutí. Lze je řadit do dvou skupin. Jedny staví na předpokladu, že proces stárnutí je podmíněn genetickými faktory, např. teorie genetických hodin a druhé zastávají názor, že děje v organismu spojené se stárnutím probíhají náhodně a s věkem dochází k poruchám na buňkách. K nim patří např. teorie opotřebení, teorie překřížení, teorie omylů a katastrof (Weber, 2000, s. 13, 14).

Postupně dochází k biologickým změnám na různých typech buněk např. nervových, kostních, svalových, oběhových, trávicích, dýchacích, tukových, kožních, mízních a imunitních, vylučovacích a reprodukčních, na buňkách soustavy žláz s vnitřní sekrecí. Organismus nemá schopnost tyto změny opravovat. Právě tato neschopnost organismu změny opravovat se považuje za příčinu stárnutí. Člověk se narodí s určitým buněčným kapitálem. Buňky mají schopnost obnovy, přesto se tento kapitál postupně začíná zmenšovat už po dovršení třiceti let věku, výrazněji pak po padesátém roce života. Na regeneraci buněk má vliv životní způsob člověka. Například v důsledku kouření,

obezity, vlivu alkoholu při nadměrném užívání, je narušena schopnost regenerace buněk a tím dochází k jejich zániku.

Na potenciální dlouhověkosti se podílí jednak vnitřní faktory, k nimž patří faktory genetické a také faktory vnějšího prostředí a životního stylu. Proces stárnutí je procesem nevratným. Charakter jeho průběhu je velkou měrou předurčen právě životním stylem, životními situacemi, kterými v životě jednatel projde, způsobem zvládání situací a mírou odolnosti vůči stresu. Ukazatelem vlivu vnějších i vnitřních faktorů je kvalita života konkrétního jedince (Říčan, 2004, s. 331). Mezi důležitá doporučení v souvislosti se zdravým životním stylem je již zmíněné nekouřit, alkohol požívat střídavě, udržovat si optimální hmotnost a vyvarovat se obezity, pestře, hodnotně a pravidelně se stravovat v klidném prostředí a beze spěchu, pěstovat tělesnou a duševní hygienu, v každém věku dbát na pravidelný pohyb v souladu s fyzickými možnostmi, dostatečně a klidně spát, udržovat zdravé kontakty s lidmi, pěstovat své zájmy a záliby, optimisticky se stavět k životním situacím a k životu samotnému, radovat se a smát se, neboť smích je kořením života (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 13, 34, 35). Zdravá výživa a fyzická a psychická aktivita jsou nejlepšími předpoklady pro vitalitu a revitalizaci organismu (Buttlar, 1995, s. 169). Zdravý styl spočívá v dobrovolném chování v určitých životních situacích. Je založený na individuálním výběru z možností. Ten je ovlivněn rodinnými zvyklostmi, kulturními tradicemi a socioekonomickou situací. Souvisí s věkem, pohlavím, dosaženým stupněm vzdělání, se zaměstnáním, které člověk vykonává, s jeho postoji a hodnotovou orientací (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 35).

Pojem zdraví je charakterizován různě. Společné znaky definic tvoří zaměření na zdraví, jako na životní hodnotu, v protikladu k nemoci a kladou důraz na osobní zodpovědnost každého jednotlivce. Zdraví je pojímáno jako hodnota, která zahrnuje aspekty fyzické, psychické, sociální i duchovní, hodnota důležitá pro uskutečňování životních cílů a úzce spjatá s kvalitou života. Definice si všímají nejen individuální roviny, ale i společenské podmíněnosti zdraví. Dvě roviny, ve kterých se přednostně pohybují různé teorie zdraví, jsou zdraví jako cíl a zdraví jako prostředek k dosažení cílů. Podle Světové zdravotnické organizace je zdraví definováno takto: „*Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neúživosti*“ (Křivohlavý, 2003, s. 33, 37, 39). Křivohlavý považuje zdraví za „*celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení jiných lidí*“

(2003, s. 33, 37, 39, 40). Význam zdraví můžeme posuzovat z hlediska objektivního, souvisejícího s fungováním společnosti, ekonomiky a z hlediska subjektivního, týkajícího se konkrétního člověka. Jde o jeho přesvědčení, proč je pro něho zdraví důležité. Na zdravotní stav mají vliv faktory biologické, psychologické, sociální a environmentální. Jsou ve vzájemných interakcích a vliv mohou mít jak pozitivní, tak negativní. K vyššímu věku lze řadit, kromě termínů zdraví a nemoc, termín nezdaví. Souvisí s pocitem člověka, kdy se necítí dobře a lékařem není zaznamenán patologický stav (Haškovcová, 2010, s. 21). Pojmy stáří a nemoc nejsou totožné (Weber, 2000, s. 15). Ve vyšším věku má zdravotní stav vliv na všechny stránky života a počet zdravých lidí se snižuje. Za zdravého považujeme takového starého člověka, který není zjevně nemocný, je soběstačný a je spokojený s kvalitou svého života (Pacovský, 1990, s. 61). Nejde pouze o to, přidat léta životu, přidat zdraví, ale i přidat život létům (Říčan, 2004, s. 331).

Člověka jako individualitu charakterizuje věk. Zvyšující se věk není nemoc, ale přirozená součást života jedince. Nese sebou změny na tělesných orgánech a funkcích. Organismus se snaží je brzdit a vyrovnávat se s jejich následky. U člověka jako individua posuzujeme věk chronologický a věk funkční.

Chronologický, kalendářní věk, je vymezen datem narození jedince. V České republice používáme klasifikaci dle WHO, která rozlišuje věkové kategorie s pravidelným intervalem patnácti let. Věk 45 – 59 let je označen jako střední, věkové rozpětí 60 – 74 let je rané stáří, 75 – 89 let je nazýváno vlastním stářím a období nad 90 let věku dlouhověkostí. Existuje rovněž členění, kde je věk 65 – 74 označován jako mladé stáří, 75 – 84 jako stáří a lidé ve věku nad 85 let jako velmi staří. Tento věk je kritickým ontogenetickým mezníkem (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 78, 161). V medicínské praxi je za starého považován člověk nad 75 let.

Funkční věk je označením pro biologické, psychologické a sociální fungování organismu a nemusí odpovídat věku kalendářnímu. Jedná se o funkční stav organismu, který lze ve své komplexnosti objektivně změřit pouze velmi obtížně (Pacovský, 1990, s. 16, 115).

Proces stárnutí probíhá u každého člověka už od okamžiku narození a u každého probíhá individuálně. Člověk v obdobích, kterými zákonitě prochází, nestárne stejně rychle. V některých obdobích stárne rychleji, v jiných pomaleji. Hranice, kdy lze z hlediska změn v organismu stáří vymezit jako skutečné stáří, je věk 75 let (Haškovcová,

2010, s. 20). Ve stárnoucím organismu dochází ke změnám anatomickým, s nimi jsou spojeny změny funkční, kvalitativní i kvantitativní (Pacovský, 1990, s. 34, 35).

Vágnerová rozděluje období stáří na dvě etapy. Věk 50 – 60 let nazývá obdobím starší dospělosti a věk nad 75 let označuje jako období pravého stáří. Mezníkem je podle ní věk 50 let, kdy člověk začíná pociťovat na svém těle tělesné projevy stárnutí, více si uvědomuje své postavení v životě, zamýšlí se nad budoucností, nad hodnotami, což v důsledku registrovaného úbytku kompetencí mnohdy vede k obavám a přehodnocení žebříčku hodnot. V období počínajícím padesátkou mění člověk postoj ke světu, k jiným lidem, sobě samému a svým projevům vůči okolí. Začíná si vážit vybudovaných jistot a nalézat v nich potěšení (Vágnerová, 2007, s. 229-236).

Důležitý pohled vyjadřuje pojem sociální stáří, jehož členění vyplývá z kombinace sociálních změn nebo splněním určitého kritéria. Jedná se o sociální periodizaci života, která člení lidský život do čtyř období. Do období prvního věku, které je označováno jako předproduktivní, spadá dětství a mládí. Charakteristikou je růst, vzdělávání, příprava na profesi, nabývání znalostí a zkušeností. Druhý věk je věkem produktivním. Patří sem období dospělosti, kde hlavní náplní je práce a založení rodiny. Třetí věk, věk postproduktivní, je spojován s ukončením profesní dráhy a penzionováním. Poslední, čtvrtý věk, je označením tzv. fáze závislosti. Toto označení je považováno za nevhodné, odporující konceptu zdravého stárnutí (Mühlpachr, 2009, s. 20, 21). Jinou periodizaci přináší Bromley. Věk 56 – 65 let nazývá předdůchodový, 65 – 70 let věkem uvolňování aktivit, 70 – 75 let označuje jako stáří a věk nad 75 let nazývá věkem senility (Křivohlavý, 2002, s. 137). Význam periodizace spočívá v umožnění orientačního odhadu potřeb, rizik a nároků osob určitého věku vůči společnosti.

V demografii je, i přes rozdíly mezi penzijními systémy různých států, považován za hranici stáří věk 65 let. Seniorskou populaci nelze z hlediska věku objektivně vymezit. Za mezník je bráno ukončení profesní kariéry a odchod do penze a pracuje se s uvedenou věkovou hranicí. Demografické stárnutí znamená proces změny struktury obyvatelstva podle věku tak, že dochází k nárůstu podílu seniorů ve společnosti a zároveň snížení podílu dětí ve věku pod 15 let ([http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku=&artclID=824&](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=824&)).

Z praktického hlediska se v poslední době vžilo, právě pro obtížnost stanovit zřetelně přechod mezi jednotlivými obdobími stárnutí, označení 50 plus, 60 plus, 70 plus a dále. Jako nejvhodnější výraz pro označení seniorů se jeví výraz starší občan (Haškovcová,

2010, s. 20, 21). Stáří bylo dříve označováno výrazem „vysušení organismu“. Důvodem bylo, že starý organismus obsahuje méně vody, než mladý. Výraz má hanlivý, degradující nádech a dnes již používán není (Künzel, 1990, s. 43).

Německý psycholog židovského původu Erikson popsal, na rozdíl od jiných autorů, ve své teorii vývojové změny, z nepatologického hlediska, v průběhu celého života jedince. Zohledňuje tedy i etapu stárnutí a stáří. Jeho teorie rozděluje vývojové období do 8 stádií. Záleží, jakým způsobem projde jedinec jednotlivými stádii a jak se mu v nich daří řešit krize. Od toho se odvíjí jeho vývoj v následujících stádiích. K věku 26 – 64 let řadí do protipólu generativitu a stagnaci, dvě vlastnosti, které toto období charakterizují. Generativita v pozitivním smyslu, stagnace v negativním. Základní ctností je pak péče, prospěšnost, zapojení se do společnosti, tvorba hodnot. Významnými vývojovými momenty jsou práce a rodičovství, kreativní činnost a důležitými vztahy sdílená domácnost. Pokud není toto dlouhé období dobře zvládnuto, projeví se neschopností jedince být prospěšný druhým a jeho stagnací. Věk nad 65 let je podle Eriksona ve znamení integrity ega oproti zoufalství. Základní ctností je moudrost. Významným momentem jsou úvahy o životě. V ideálním případě zaujímá člověk ke svému životu pozitivní postoj, vnímá ho jako smysluplný, významné jsou vztahy. Opačný případ se projevuje nespokojeností, pocitem nenaplněnosti života a zoufalstvím, že už nelze znovu a lépe začít (Doňková, Novotný, 2010, s. 27).

Věda o stárnutí a stáří nese název gerontologie. Pochází z řeckého gerón, což znamená starý člověk. Logos je nauka. Pojem jako první použil Methchnikoff počátkem 20. století (Sýkorová, 2007, s. 19). Jedná se o integrovaný vědní obor, který má interdisciplinární charakter. Dělíme ho do tří hlavních oblastí. *Gerontologie teoretická* tvoří teoretický rámec. Přináší poznatky o procesu stárnutí a stáří, jeho mechanismech a je základem pro praxi. Její součástí je experimentální gerontologie. *Gerontologie klinická* se zabývá stárnoucím jednotlivcem z hlediska zdraví a nemoci. Zvláštností stáří ve zdraví i v nemoci se věnuje obecně i oborově medicínský obor geriatric. Zaměřuje se na prevenci, diagnostiku onemocnění, která jsou často ve stádiu chronicity, léčbu, rehabilitaci a ošetrovatelskou péči. Způsob práce je specifický, specifický je i geriatrický režim. Na vzájemné vztahy staré populace a společnosti jako celku se zaměřuje *gerontologie sociální*. Stáří a stárnutí pojímá jako sociální kategorie a na seniory pohlíží z hlediska věkové sociální skupiny (Weber, 2000, s. 10, 12). Sýkorová chápe ztotožnění sociální gerontologie a gerontosociologie, tj. aplikované sociologické disciplíny, jako synonyma,



což není náhodné. Většina gerontosociologických teorií má sociologický základ (Sýkorová, 2007, s. 19). Všechny uvedené oblasti jsou zdrojem pro výzkum a získávání nových poznatků.

Pro stáří jsou normální hodnoty funkcí specifické a rozdíly jsou oproti mladému organismu i v projevech chorobných stavů. Proto je vyčleněn obor gerontologie. Je to postaveno na podobném principu, jako když medicína odlišuje dětskou populaci od dospělých. Obor dětské medicíny se nazývá pediatrie (Pacovský, 1990, s. 11, 34). Gerontologie a geriatrie patří k nejmladším oborům, které se vyčlenily z medicíny dospělého věku. Úkolem lékařů je prohlubovat péči o zdraví, osobně pečovat o každého pacienta, předkládat mu doporučení jak o zdraví pečovat, jak ho posilovat a udržovat. Důležitá je prevence, včetně preventivních prohlídek, která v geriatrii znamená zachovat autonomii a soběstačnost a snažit se o co nejmenší pokles kvality života (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 77, 79).

## **1.1 Změny ve stáří**

Proces stárnutí ovlivňují faktory s biologickým podkladem, tvoří jej genetické dispozice, ale i vlastnosti osobnosti, a faktory vnějšího prostředí, ty mají psychosociální podklad. Vlivy tělesné, psychické a sociální jdou ruku v ruce, působí společně a navzájem se prolínají. S genetickými dispozicemi úzce souvisí riziko stagnace a onemocnění. Tempo stárnutí je individuálně specifické. Stárnutí je fyziologický proces, onemocnění je proces patologický. Typickým projevem stáří je zvýšení nemocnosti. Na kvalitu života starého člověka nemá vliv přítomnost nemoci, či nemocí, ale stupeň postižení a omezení, které sebou přináší. Somatické onemocnění vždy ovlivní také psychické funkce. V této, případně v emoční oblasti, se somatické onemocnění projeví nejdříve. Každý člověk má v určitém věku, v určitých oblastech, určité a různou měrou individuálně specifické kompetence (Vágnerová, 2007, s. 242, 243, 247, 315, 402).

Zdraví, obzvláště u seniorů, má souvislost s funkcí a výkonností těla, schopností zvládat úkoly, s rozumovou a psychickou výkonností, se schopností komunikovat. Vliv mají také ekonomické podmínky, aktivita a podílení se na společenském životě, otázky spirituálního rázu, zahrnující problematiku smyslu života, umírání a smrti (Schuler, 2010, s. 326).

Změny, které nastávají, se týkají složení organismu tj. tkání, tělesného tuku a řízení organismu, zahrnující pohybový aparát, nervový systém, oběhový, respirační, vylučovací, trávicí, imunitní systém, metabolismus, endokrinní systém, atrofii kůže, sníženou vitalitu tkání, zhoršení funkcí smyslů (Mühlpachr, 2009, s. 23, 24, 25). Proces stárnutí mění nejen funkce organismu, ale i vzhled. I tato změna je individuální, každý jedinec stárne svým tempem. Vzhled ovlivňuje sociální status člověka a způsob přístupu jeho k sobě samému a okolí vůči němu (Vágnerová, 2007, s. 306). Změny v duševní činnosti souvisí biologicky s úbytkem mozkových funkcí, ale také s uvědomováním si a reakcí na změny vlastního vzhledu, se zkracováním životní perspektivy a vnímáním dalších společenských aspektů. Člověk vlivem změn začíná upřednostňovat přesnost před rychlostí. Hůře změny snáší (Mühlpachr, 2009, s. 25, 26).

V České republice není v současné době vytvořen žádný obecně modelující vzor pro stárnutí a jeho zvládání. Je nutné, aby každý své stárnutí racionálně hodnotil, vyrovnával se postupně se změnami, které jsou hlavně negativního rázu a problémy a úbytek kompetencí v různých oblastech aktivně řešil. Postoj k vlastnímu stárnutí, ale i k nemoci nejen ve stáří, je subjektivní záležitostí a způsoby zvládání vlastního stárnutí jsou různé (Vágnerová, 2007, s. 306).

Hlavním cílem zdravého stárnutí je zachování autonomie. Její ztráta je považována za největší ohrožení ve stáří. Můžeme ji chápat z mnoha perspektiv. Z perspektivy filosofické v kontextu svobody a rovnoprávnosti, psychologické, z hlediska kvality osobnosti jako součást subjektivního stavu fyzické a psychické pohody, a sociologické, spojené se svobodou, socializací, se sociálním jednáním. Komplexně pojem vyjadřuje relativní samostatnost jednotlivce vůči jeho sociálnímu okolí. Jde o schopnost a možnost žít život podle vlastních představ ve „svém“ prostředí se zajištěným soukromím, rozhodovat o svém životě a mít ho pod kontrolou. Autonomie má souvislost s potřebami. Obsahuje vztah k sobě a k druhým lidem. V užším smyslu se týká i řízení vlastních aktivit. Souvisí se soběstačností fyzickou a finanční (Sýkorová, 2007, s. 12, 74, 75, 77, 90, 91).

## **1.2 Tělesné projevy stáří**

V důsledku procesu stárnutí dochází k fyziologickým změnám, které mohou vyústit v patologické následky. Každý orgán těla ztrácí s narůstajícím věkem na funkčnosti, což se projevuje zpomalením, oslabením, úbytkem funkcí. Se stářím souvisí řada fyziologických procesů, které se mohou stát příčinou nemoci. V důsledku změn

způsobených stárnutím a chorobami vznikají specifika nemocí ve stáří. U starých osob často dojde k výskytu více chorob současně. Hovoříme o polymorbiditě (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 41). Příznaky určité choroby se mohou ve stáří lišit od příznaků stejné choroby u mladého člověka. Jsou atypické. Onemocnění mají sklon ke chronicitě a komplikacím. Zdravotní stav může významně ovlivnit sociální vztahy pacienta a změny v sociálních vztazích mohou zhoršit zdravotní stav. V medicíně zavedl Isaacs v roce 1975 termín *velké geriatrické syndromy*, které jsou ve vysokém věku typické a zhoršují kvalitu života. Mezi ně jsou řazeny imobilita, instabilita, inkontinence a intelektové poruchy (Weber, 2000, s. 17, 18, 36). Dá se předpokládat, že zvládnutí průběhu choroby může být u starší osoby nelehké. Stejně léky mohou mít ve starém organismu odlišný účinek, včetně vedlejších účinků. Při polymorbiditě je nutné podávání více léků současně. O to více musí zvažovat ošetřující lékař možné vedlejší účinky. Pacienta musí řádně poučit a účinně s ním komunikovat (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 145). Za významnou zásadu v geriatrické medicíně je považována rehabilitace. S ohledem na funkční poruchu a postižení stimuluje nemocného k aktivitě. Hlavní snahou je obnovení a udržení soběstačnosti seniora (Schuler, Oster, 2010, s. 258).

Stárnutím dochází k oslabení imunity. Organismus je náchylnější k nemocem. Pokud onemocní, má nemoc horší průběh a mnohdy také netypický průběh. Prevencí je vyhýbat se infikovaným objektům, dodržovat správnou životosprávu a nechat se očkovat (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 78, 119). Existují tvrzení, že na imunitní systém má vliv pozitivní postoj k životu. Byly prováděny pokusy, které prokázaly, že smích způsobil vzestup bílých krvinek podílejících se na obraně organismu proti infekcím (Buttler, 1995, s. 137).

V oblasti pohybového aparátu dochází rovněž ke změnám. V těle, ve tkáních a orgánech, se začínají hromadit tuky, které nahrazují tkáň svalovou a pojivovou. Svaly atrofují, tělo ztrácí na pružnosti, síle a vytrvalosti. V důsledku toho dochází ke změnám tělesných proporcí již od středního věku. Může se projevit třes horních končetin, chůze pomalu ztrácí na jistotě, zhoršuje se stabilita a hrozí riziko pádů. Pozitivní vliv má aktivita a pohyb, mohou proces zpomalit. Pro předcházení pádům je doporučováno používat při chůzi hůl (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 78, 79). V kostech dochází k úbytku minerálních látek, kloubní chrupavky se postupně opotřebovávají. Dochází k omezení pohyblivosti, změnám v držení těla, k řídnutí kostí. Kostra se s věkem scvrkává, tělo se jakoby přesouvá směrem k zemi ve směru gravitace a získává zhrbený vzhled. Změny

lze zmírnit již zmíněným pohybem a racionálním složením stravy. Nemoci pohybového aparátu jsou příčinou snížení fyzické výkonnosti (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 15, 131).

Změnami je poznamenána oběhová soustava. Srdeční sval ztrácí na své výkonnosti, cévní systém na pružnosti. Od toho se odvíjí změny krevního tlaku, který bývá ve vyšším věku zvýšený. Srdce starého člověka se po namáhavějším výkonu déle zotavuje. Na cévách dochází ke sklerotickým změnám. Častý je výskyt cévních mozkových příhod. Rizikovými faktory, kterých je třeba se vyvarovat, jsou obezita, kouření, nadměrný přísun tuků a soli v potravě, požívání alkoholických nápojů (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 79, 81).

Funkce dýchací soustavy je snížena, hrudník klesá, plicní kapacita se s věkem snižuje až na polovinu, plíce ztrácejí na pružnosti. Tím klesá objem vdechovaného vzduchu a vznikají problémy s dýcháním (Buttlar, 1995, s. 13). Mezi choroby, které se ve stáří často v této oblasti vyskytují, patří chronická obstrukční plicní nemoc s častými chronickými bronchitidami a záněty plic způsobené infekčními agens. Důležitá je včasná diagnostika onemocnění a nasazení adekvátní léčby (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 93).

Trávicí soustava je stárnutím ovlivněna méně. Potíže se týkají hlavně přijetí potravy v dutině ústní, kde dochází ke ztrátě zubů a snížení žvýkací schopnosti čelistí. S věkem dochází ke snížení tvorby trávicích šťáv, potrava je hůře vstřebávána, snižuje se pohyblivost střev. Atrofují játra a tím klesá jejich detoxikační funkce. Z organismu se déle odbourávají škodliviny. To vše může způsobit různé zdravotní komplikace. Obecně je doporučován dostatečný přísun tekutin, kvalitní, zdravá, vyvážená strava a stravování v menších, častěji konzumovaných porcích, podle zásad správné životosprávy (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 97).

S věkem postupně atrofuje vylučovací systém tj. ledviny i močový měchýř. Redukuje se počet ledvinných buněk, které zbavují krev toxických látek. Snižuje se kapacita močového měchýře. To má za následek častější nutkání k močení. Funkce močového měchýře je narušena a může docházet k nechtěnému úniku moči (Buttlar, 1995, s. 13, 17). Pro dobrou funkci močového ústrojí je doporučován dostatečný přívod tekutin a procvičování oblasti pánevního dna (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 104).

Změny se projevují rovněž na pohlavních orgánech. Ženy prochází obdobím klimakteria a menopauzou, která jasně vymezuje konec reprodukčního období. Andropauza u mužů jasné vymezení věkem nemá. Dochází u nich ke zmenšení pohlavních

orgánů a poklesu sexuálního výkonu (Vágnerová, 2007, s. 242). Následkem jsou u obou pohlaví nepříznivé tělesné, ale i psychické projevy (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 15). Sexuální aktivita zůstává zachována a je individuální záležitostí (Buttlar, 1995, s. 16). Frekvence pohlavních styků a uspokojení z nich je pocitově různorodé. Sex přestává být chápán jako oblast výkonu a potvrzení osobních kvalit jedince (Vágnerová, 2000, s. 406). S věkem se vlivem hormonálních změn zmenšují rozdíly mezi muži a ženami např. ve tvaru těla, rysech obličeje, ale také v citové oblasti. U mužů se projevují ženské povahové rysy a u žen mužské. Muži nejsou tak výbojní a agresivní, ženy se naopak stávají průbojnější, dominantnější (Říčan, 2004, s. 327).

Největší riziko pro stárnoucí organismus znamená nervová soustava a to v důsledku stárnutí centrálního i periferního nervového systému. Funkce stárnoucího mozku je komplexnější, mozek při řešení problému zapojuje obě hemisféry. Změny ve struktuře a funkci mozku se mohou projevit i v psychické oblasti. Míra změn je úměrná úbytku mozkových buněk. Souvislost má také zhoršený průtok krve cévami. Nejčastějším psychiatrickým onemocněním ve stáří je demence (Vágnerová, 2007, s. 316, 317, 321).

Stárnutím mozku dochází k poklesu sensorických schopností. U chuti je snížena rozlišovací schopnost, zrak není ostrý, čich méně citlivý, u sluchu je typická stařecká nedoslýchavost, která má vliv na orientaci a sociální interakce. Staří lidé potřebují na vše delší čas. Tyto projevy je možné zmírnit pomocí kompenzačních pomůcek. Záleží na postoji jednotlivce, jak je schopen se se svou situací vyrovnat. Mnozí volí sociální izolaci. Tím vzniká bludný kruh. Prostředí chudé na podněty má negativní vliv a prohlubuje stagnaci (Vágnerová, 2007, s. 316, 317, 321). Snížena je taktilní citlivost, což může vést k poranění kůže. Je zaznamenán pokles motorických schopností. Vlivem atrofie a nižší hmotnosti vnitřních orgánů, atrofie svalů, řidnutí kostní hmoty, ale také úbytku kognitivních zdrojů, např. pozornosti, je snížena motorická a senzomotorická koordinace a hrozí riziko pádů (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 18, 121, 125).

K oslabení funkcí dochází u endokrinního systému, kam patří hypofýza, štítná žláza, příštítná tělíska, nadledvinky, Langerhansovy ostrůvky slinivky břišní, pohlavní žlázy (Künzel, 1990, s. 309). Projevem oslabení funkcí je snížená produkce hormonů do buněk. Nejvíce je stárnutím ovlivněna činnost štítné žlázy a slinivky břišní, která má souvislost s cukrovkou (diabetem). Ta je ve stáří častým onemocněním (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 110). Jako průvodní jev se u ní někdy objevuje deprese (Vágnerová, 2007, s. 406).

Změny zaznamenáváme na kůži. Proces stárnutí způsobuje úbytek vody v ní, její ztenčení a postupnou ztrátu pružnosti. Kůže hrubne, stává se vrásčitou a méně odolnou vůči onemocnění. Kolem padesátého roku věku ochabuje kůže ve tvářích, svěšují se. S každou desítkou let se snižuje množství pigmentu, který kůži chrání před slunečním zářením. Proto je potřeba ji více chránit, aby nedošlo ke zhoubnému procesu. Okolo sedmdesátého roku věku se objevují stařecké skvrny. Stav kůže a vlasů je viditelným ukazatelem stárnutí organismu (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 110, 136). Začíná být viditelný už po dvacátém roce života (Buttlar, 1995, s. 12).

Následkem změn metabolismu jsou problémy s regulací tělesné teploty. Proto mají staří lidé zhoršenou adaptaci na změnu teplot a obvykle jsou zimomřiví (Křivohlavý, 2002, s. 139).

Starý organismus reaguje citlivěji na proměny počasí např. bolestí hlavy, kloubů. Se stárnutím obecně přibývá bolesti akutního i chronického rázu a může mít charakter fyzický a psychický. S věkem narůstá důvodů k bolesti. Bolest umí současná medicína vyhodnocovat podle stupňů a léčit. Existují i centra, jejichž náplní je léčba bolesti (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 55, 146). Měřením bolesti se zabývá obor dolorimetrie, která používá metody fyziologické a psychologické (Křivohlavý, 2002, s. 85).

### **1.3 Psychické změny ve stáří**

Psychické změny a s nimi stagnace kognitivních funkcí nejsou u všech stárnoucích lidí stejné. Ve stáří podléhají vlivu genetických dispozic, úrovni zdravotního stavu, úrovni schopností a dovedností, včetně schopnosti akceptovat změny. Vliv mají také osobnostní vlastnosti, úroveň dosaženého vzdělání, životní styl spojený s tvořivou pracovní činností, rodinné zázemí a různé další vnější okolnosti. Každý člověk má specifickou životní zkušenost (Vágnerová, 2007, s. 248).

Příčinou změn jsou vlivy biologické, související se změnami centrálního nervového systému, způsobující celkové zpomalení organismu a vlivy psychosociální, z nichž má vliv hlavně osamělost a ztráta pocitu vlastní významnosti. V oblasti kognitivních procesů, u pozornosti, paměti, hlavně krátkodobé a u myšlení, klesá výkon celkově. Kvalita pozornosti bývá považována za důležitý ukazatel celkového fungování kognitivních funkcí. Zhoršení paměti může mít souvislost se somatickým onemocněním např. zvýšenou hladinou inzulínu, postižením CNS. V souvislosti se zhoršením paměti se prodlužuje doba

potřebná k učení, zvyšuje se chybovost. Záleží na vlastní individuální zkušenosti s učením a na postoji k němu v průběhu života. Trénink pomáhá určitou měrou udržovat a kompenzovat úbytek výkonu, flexibility a zpomalení tempa (Vágnerová, 2007, s. 320).

Změny na mozku a jeho cévním zásobování mohou způsobit zpomalení psychických funkcí a narušit jejich integritu. To má vliv na rozumové schopnosti. Dochází k poklesu fluidní inteligence, která je vrozenou kapacitou. S ní souvisí úroveň zpracování nových informací. Následkem poklesu je obtížnější adaptace na nové situace a prostředí, méně otevřenosti k novým zkušenostem. Některé kognitivní dovednosti se ale v průběhu času zautomatizují, proto v pozdější fázi fungují relativně dobře. Krystalická inteligence je vázána na kulturu, ve které člověk žije. Její součástí jsou nabyté znalosti, zkušenosti a schopnosti. Nijak zásadně se nemění, naopak se může na počátku změn způsobených stárnutím zlepšovat. Pro optimální fungování v běžném životě je potřebná praktická inteligence, vázaná na každodenní opakování činností a adaptovaná inteligence, spojená se schopností přizpůsobovat se životním situacím a změnám. V pozdním stáří dochází k celkovému úbytku v uvažování, ke zhoršení časového odhadu (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 55). V oblasti rychlosti reakcí, flexibility a kreativity dochází ke zhoršení obecně. Člověk má tendenci k dogmatismu a stereotypům (Vágnerová, 2007, s. 330, 408).

Uvedenými změnami souvisejícími hlavně s percepcí a pamětí je zasažena řeč. I zde jsou mezi jednotlivci individuální rozdíly. V obsahu řeči obecně nejsou patrné výraznější změny. Prodlužuje se doba odpovědi při komunikaci, starý člověk potřebuje více času na zpracování otázky a formulaci své slovní reakce. V pozdním stáří byl v některých případech zaznamenán sklon k nutkavému mluvení. Situaci komplikuje nedoslýchavost (Křivohlavý, 2002, s. 141). Postupně se tak může člověk dostat do pozice pasivního příjemce (Vágnerová, 2007, s. 416, 417).

Emocionalita se ve stáří naopak projevuje zralostí v tom smyslu, že se stabilizuje v oblasti emočně přijatelného ladění, ve schopnosti své emoce ovládat a v porozumění vlastním emocím. Snahou je udržet si pozitivní pocity. To souvisí se schopností sladit emoční a racionální přístup k situacím. Emoční reakce jednotlivců se liší v kvalitě, flexibilitě, frekvenci a intenzitě. Změny jsou podmíněny biologicky např. úbytkem pohlavních hormonů, psychicky a sociálně. Pokud je člověk zdravý, žije v dobrých vztazích a nemá finanční problémy, může být v emoční pohodě. Ke zhoršení emoční regulace dochází až v pozdních stádiích stáří. Ve stáří člověk reaguje citlivěji na vnější podněty. Právě pocit pohody je ukazatelem emočního ladění, které zahrnuje životní



spokojenost a převahu pozitivních nebo negativních emocí. Souvislost má, jakým způsobem se konkrétní člověk dokáže vyrovnat se zátěží a ztrátami např. blízkých lidí a přijetím sebe sama ve stárnoucí podobě. Vlivem změn na CNS může ve stáří dojít, v souvislosti se změnami ostatních psychických funkcí a vlivem určitých sociálních situací, k proměně v emoční rovině. Emocionalita je svým způsobem nastavena rovněž typem temperamentu osobnosti a proměny emocí mohou být ve stáří spojeny s některými osobnostními vlastnostmi (Vágnerová, 2007, s. 255, 257, 234, 337, 410). Může dojít k posunu osobnosti v základních rysech: emocionální stabilita – labilita, svědomitost – nesvědomitost, přívětivost – nevraživost, kulturnost – nekulturnost, extroverze – introverze. Většinou je projevem snižená emoční stabilita a zároveň zvýšená svědomitost a přívětivost. Problémy mívá starý člověk při rozpoznání emocí druhých lidí (Doňková, Novotný, 2010, s. 136).

Útlum probíhá v oblasti aktivní vůle. Ta souvisí s rozhodováním, dochází k posunu motivace. Pasivní vůle, projevující se stálostí a vytrvalostí, se umocňuje. S procesem stárnutí a změnami, které ho ve všech oblastech provází, dochází i ke změně obsahu a priorit biologických i psychických potřeb. Dochází ke snížení potřeby stimulace, starší člověk preferuje stereotypy. Na důležitosti nabývají mezilidské vztahy a udržení osobní pohody. Potřeba sociálního kontaktu je naplňována směřováním kontaktů na známé lidi, charakteristická je generační solidarita. Nebezpečím je sociální izolace a osamělost. Někdy se starý člověk izoluje sám, svévolně, v důsledku svých komunikačních problémů. Potřeba jistoty a bezpečí se stává pro starého člověka prvotní, mnohdy se musí smířit se závislostí na druhých. S tím souvisí potřeba intimity. Není spjata s erotičností, ale blízkostí. Potřeba seberealizace je individuální. Důležité je zachování schopnosti a možnosti seberozhodování, autonomie a pocitu užitečnosti. Na významu nabývá potřeba otevřené budoucnosti a naděje. V rámci jejího uspokojení je nutné změnit pohled na smysl vlastního života. Priorita potřeb se postupně mění podle fyzického a psychického stavu jedince (Vágnerová, 2007, s. 344, 347).

Postoj k vlastním změnám, způsobených objektivními i subjektivními příčinami, může být realistický, s jejich uvědoměním si a akceptací, nebo nepřiměřený. Projevem je buď popírání změn, nebo naopak nadměrná sebekritičnost, spojená s pesimismem a rezignací. Způsob zvládnutí změn, kognitivní resilience, se projevuje ve výběru a použití adaptačních strategií. Úspěšnější bývají lidé, kteří měli, a v rámci možností mají, aktivní, optimistický přístup k životu. Emoční resilience znamená schopnost adaptace na zátěžové

situace. Napomáhají jí pozitivní osobnostní vlastnosti, úroveň zachovaných schopností osobnosti a kvalita její sociální sítě. Pozitivní ladění a vlastnosti mohou předejít apatii a rezignaci, která je častou reakcí na stresující situace (Vágnerová, 2007, s. 332, 342).

Nespavost a spavost je další problém, který provází stárnutí. Spánek je důležitý pro odpočinek a nezbytný pro udržení fyzické a duševní rovnováhy. Člověk stráví spánkem průměrně jednu třetinu života. Život bez spánku by nebyl možný (Künzel, 1990, s. 357). Jedinec postižený nespavostí hůře usíná, v noci se často budí, po vyspání nemá pocit odpočinku a usíná během dne. Z medicínského hlediska je třeba u takto postižených lidí rozlišovat, zda poruchy spánku jsou fyziologickým projevem stárnutí organismu nebo se jedná o poruchu spánku, kterou je potřeba léčit pomocí medikamentů. Prevence spočívá ve spánkové hygieně. Mezi důležité zásady patří aktivita přes den, uléhat až při pocitu ospalosti, do tiché, zatemněné místnosti s optimální teplotou pro spánek, dále krátce před spaním nejíst, nepít kávu, ke spánku uléhat v pravidelnou dobu, spát dostatečně dlouho a další skutečnosti (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 62, 151).

Ve stáří lze dojít, přístupem nadhledu a komplexního uvažování, k moudrosti. Pojem moudrost, jejíž součástí je emoční moudrost, spojovaná se stářím, vyjadřuje kvalitativně vyšší úroveň k úrovni vzdělání, znalostí a životních zkušeností člověka. Je nejvyšší úrovní rozumového, emočního a morálního přístupu ke zvládnutí životních problémů. Pouze někteří lidé jsou schopni moudrého, s pozitivním laděním a nadhledem spojeného, přístupu k životu. Známkou moudrosti je také přizpůsobení kritérií hodnocení sebe sama a svého směřování svým aktuálním možnostem (Vágnerová, 2007, s. 254).

Smrt je základním tématem, které k životu každého člověka bezprostředně patří. Je tématem nejen medicíny a biodromální psychologie, zabývají se jím např. filosofové, umělci. Je oblastí, kterou je každý člověk individuálně nucen se v průběhu svého života zabývat. Je přirozenou součástí vývoje člověka. V každé etapě svého života má na ni člověk jiný náhled a musí se vyrovnávat s myšlenkou své konečnosti. Starší lidé nemívají strach ze smrti jako takové, ale z umírání, které chápou v kontextu bolesti, délky trvání utrpení a bezmocnosti (Vágnerová, 2000, s. 498). Smrt znamená nevratné ukončení životních funkcí, ztrátu identity. Nikdo z nás neví, kdy, kde a jaký bude jeho konec (Řičan, 2004, s. 363, 366). Smrt vzniká v důsledku zjevných příčin např. nemoci, nehody apod. Existují také tzv. němá úmrtí, vzniklá po selhání určité orgánové soustavy v těle. Ta jsou spojována se stařeckou sešlostí. Vědecky nebylo prokázáno, že by smrtí individuální život nevyhasl (Künzel, 1990, s. 357). Smrt blízkých provází silná citová reakce a přirozeným

projevem pozůstalého je zármutek. Stárnutí přináší mimo jiné horší schopnost vyrovnat se ztrátami blízkých, přestože některé ztráty např. velmi starých nebo těžce nemocných lidí lze předpokládat (Vágnerová, 2007, s. 293).

#### 1.4 Změny v sociální oblasti ve stáří

Sociální oblast zahrnuje vztah člověka k sobě samému, k jiným lidem a ke společnosti jako celku. Souvisí s ní změny sociálních rolí v průběhu života, na nichž se podílí vlivy biologické a sociální (Doňková, Novotný, 2010, s. 140).

Stárnutí lze také nazvat procesem desocializace. Velkým mezníkem je odchod do starobního důchodu, který je objektivní příčinou snížení nároků na člověka a zásadně mění způsob jeho života. Izoluje ho částečně od společenského dění a připomene mu jeho stárnutí. Starobní důchod je společensky vykonstruovanou institucí, kde kritériem je věk. Existují různé způsoby odchodu do důchodu, např. dobrovolný, vynucený, a také různé postoje a způsoby zvládání této situace. Dochází ke změně sociálního statusu, tím i prestiže, změně sociálních kontaktů a ekonomické situace. Pohled na věc je genderově podmíněn, větší ztráta je přisuzována mužům. Ženy zažívají degradaci již před odchodem do důchodu a to zaznamenáním ztráty atraktivity. Člověk, důchodce, musí hledat nové sebepojetí, nové hodnoty, uplatnění. Nejvíce negativně postihne ty jedince, pro které byla jejich profesní role prioritou. Postoj k profesi ovlivňuje mimo jiné generační zkušenost a dané sociálně ekonomické podmínky. Dnešní doba je charakteristická rychlým tempem, změnami na profesní a pracovní dráze, soupeřením, nedostatkem pracovních míst, rizikem ztráty zaměstnání. Česká společnost proti tomuto druhu stresu, souvisejícímu s ukončením profesní role, nemá obranné mechanismy. Pro jeho zvládání nebyl vytvořen žádný model a lidé tedy mnohdy nevědí, jak reagovat (Vágnerová, 2007, s. 350, 366).

S postupným stárnutím stále více seniorů udržuje vztahy pouze s rodinou a pohybuje se na úzkém teritoriu s omezenými sociálními kontakty svých vrstevníků a lidí v sousedství. V manželském svazku nebo partnerství zpravidla dochází ke stabilizaci. Nápomocna tomu je pravděpodobně i eliminace genderových rozdílů, ke které v procesu stárnutí dochází. Soužití bývá méně emotivní, snižují se počty konfliktů, partneři zaujímají strategii kompromisu. Uvědomují si své sociální zázemí, roli potenciálního nemohoucího a pečujícího a tím je posílena partnerská solidarita. To samozřejmě nemá obecnou platnost. Mění se vztah ke stárnoucím dětem a rostoucím vnukům. Jsou pomyslnou spojkou mezi seniorem a společností a některý senior má možnost se mezi nimi realizovat. Společníkem

v izolaci starých lidí jsou často pouze telefon, rádio, televize apod. (Vágnerová, 2007, s. 263, 350).

V České republice je zakotveno vědomí povinnosti střední generace, postarat se o své staré rodiče. Mezi seniory, vrstevníky, existuje generační solidarita. Navzájem si poskytují citovou, kognitivní a v případě potřeby a možností i reálnou pomoc. Pokud se vyskytne nemoc nebo jiné okolnosti způsobí, že se senior ocitne ve fázi závislosti, může následně dospět do fáze trvalé závislosti. Dochází ke změně teritoria a s ním spojeného sociálního okolí. Tímto prostředím je např. nemocnice, léčebna pro dlouhodobě nemocné, domov pro seniory apod., kde senior musí respektovat daná pravidla. Je to obrovský zásah do jeho života a v mnohých případech v důsledku nemoci již nevratný (Vágnerová, 2007, s. 263, 350, 373, 388, 392).

Stárnutí souvisí s úpadkem kompetencí, změnou společenských rolí, statusu, prestiže. Sebepojetí starších lidí se pod vlivem celkových změn mění. Změny jsou u každého člověka v každé etapě jeho stárnutí individuální. Častým projevem je egocentrismus (Doňková, Novotný, 2010, s. 140). Dochází i ke změnám potřeb a hodnotové orientace. Obecně je důležité, a pro starého člověka obzvlášť, uspokojení potřeby sounáležitosti, někam patřit, to znamená příslušnost ke konkrétním lidem, určité sociální skupině, k místu, kde bydlí a žije. Senioři obecně obtížněji navazují nové vztahy. Ve vztazích hledají především stabilitu a spolehlivost a uspokojení potřeby blízkosti (Vágnerová, 2007, s. 308, 309, 340). Na významu nabývají potřeby spirituální. Úzce souvisí s hledáním smyslu života, zamyšlením nad vlastním životem a se změnou v chápání hodnot. Člověk potřebuje vědět, že jeho bytí má do poslední chvíle smysl. Spiritualita má význam v tom, že naplňuje volný čas seniora, pomáhá mu zachovat pocit důstojnosti a to i v době, kdy je zcela závislý na něčí péči a vyrovnává se s otázkou vlastní smrtelnosti (Svatošová, 2012, s. 23).

V důsledku zhoršení kognitivních funkcí mohou mít staří lidé problémy s komunikací. Komunikují pomalu, často opakují svá sdělení, mívají potíže s porozuměním textu, mění obsah komunikace podle toho, co považují pro sebe za důležité. Rizikem s tím spojeným je již zmíněná sociální izolace (Vágnerová, 2007, s. 354).

Vztah seniorů k sociálním normám je konzervativní. Preferují stereotypy a lpí na zažitých pravidlech, protože jsou pro ně srozumitelné. Přesto se dostávají do situací

podmíněných biologicky i sociálně, kdy jsou nuceni řešit změny, např. člověk se dostane do role pacienta v nemocnici, ovdoví apod. (Vágnerová, 2007, s. 355).

Z hlediska kvality života a s ní spojeného pocitu spokojenosti a udržení přijatelného životního stylu souvisí zachování autonomie a soběstačnosti, sociálních kontaktů a vztahů a udržení si významu své osoby. Zdraví je v tomto případě víc než nepřítomnost nemoci. Je také o soběstačnosti a uspokojujícím pocitu svobody. Nejčastější zátěžové situace postihující seniory jsou nemoc, úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu jeho osoby a ztráta jistoty soukromí (Vágnerová, 2007, s. 399, 400).

Mezi psychosociální faktory způsobující stagnaci patří sociokulturní vlivy, kterými prošla konkrétní generace lidí, postoj společnosti vůči starým lidem a jejich životní styl. Na celkovou stagnaci má velký vliv prostředí chudé na podněty např. v sociální izolaci, při hospitalizaci v nemocničním zařízení apod. (Vágnerová, 2007, s. 248, 317, 327).

Každý jedinec se vyrovnává se stářím individuálně. Existují určité typologie strategií. Bromley rozlišuje strategii konstruktivnosti, ta je ideálním optimistickým modelem adaptace na stáří, strategii pohodlí s tendencí závislosti na okolí, obranný přístup, kdy si senior zakládá na své soběstačnosti, nepřátelskou strategii s hostilními projevy vůči okolí a strategii sebenenávisti (Doňková, Novotný, 2010, s. 133). Sýkorová popisuje strategii „*mladé stáří*“ vycházející ze subjektivního pocitu mladosti a potřeby spojeného s aktivní činností. Přístup „*vyrovnané stáří*“ je takový, kdy je vlastní stárnutí přijímáno s moudrostí a jeho akceptací. Je aktivní strategií, úměrnou věku a možnostem. Jeho typem je „*věřící stáří*“ související s žitím podle Desatera. Strategie „*ambivalentní stáří*“ je založena na aktivitách přiměřených stářím změněným možnostem s tím, že za hlavní člověk považuje samotné bytí a žití. Jedná se o negativní přístup smířování se se skutečnostmi, které nelze změnit. Další strategií je „*popírání stáří*“, neakceptující probíhající změny. Člověk se považuje za stále potřebného, schopného pomáhat druhým, dává jim to najevo a očekává od nich uznání. „*Vážně nemocné imobilní stáří*“ je přístup, kdy se senior identifikuje s nemohoucími, i když nemohoucí není a zdůrazňuje svému okolí význam a důležitost svých zbylých aktivit. Obtíže stárnoucího organismu nebagatelizuje, nezveličuje, ani neironizuje. Přístup „*zvládnání čtvrtého věku*“ je o přijetí se jako starého a nemocného. Člověk zůstává v pasivitě, stereotypu režimu dne a vyžaduje pozornost (Sýkorová, 2007, s. 224, 225).

## 1.5 Pohled na stáří v historii a současnosti

Každá společenská skupina i věková kategorie lidí se vyvíjí s vývojem společnosti, ve které žije, v konkrétních podmínkách určité společnosti a její kultury. Stáří a stárnutí je jedním z celosvětových problémů lidstva. Je záležitostí individuální i společenskou (Mühlpachr, 2009, s. 30, 31). Stárnutí na úrovni individuální je přirozeným procesem, kterým prochází každý jednatel specificky na úrovni biologické, psychologické, sociální a spirituální. Měl by si být vědom odpovědnosti za vlastní život, s tímto vědomím k němu přistupovat a v rámci možností jím zodpovědně procházet. Stáří a stárnutí populační souvisí s demografickými procesy, především s poklesem úmrtnosti, poklesem porodnosti a migrací obyvatelstva (Čevela aj., 2014, s. 19, 20).

Demografická proměna, kterou společnost v současné době globálně prochází a bude procházet, má a bude mít vliv na všechny stránky života jednotlivců, komunit, národů a v mezinárodním rozsahu. Změny zasahují různé oblasti společenského života, oblast sociální, ekonomickou, politickou, kulturní, psychologickou i duchovní (<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>). S ekonomikou je spojeno především v záležitosti tvorby národního důchodu a zajištění potřeb lidí v postproduktivním věku. Zvláštní pozornost je věnována otázce financování důchodů a věku odchodu do penze. Problematické je, že dochází k oslabení sociální soudržnosti mezi mladými a starými populacemi (Sýkorová, 2007, s. 43, 44). Vyšší náklady jsou, a lze je i nadále očekávat, v sociálně zdravotní sféře, v důsledku vyšší nemocnosti starých osob, které je třeba zajistit nejen po zdravotní, ale vzhledem k proměnám společnosti stále více i po sociální stránce. Ruku v ruce s tím jdou problémy v psychosociální oblasti. Zahrnují zabezpečení práv a potřeb starých lidí, jejich osobní problémy specifického rázu, jejich postavení v rodině a ve společnosti, otázky kvality života (Pacovský, 1990, s. 25).

*„Demografie je nauka o obyvatelstvu, o jeho počtu, struktuře, rozmístění, reprodukci a růstu, studuje zákonitosti vývoje populace“* (Pacovský, 1990, s. 21). Demografie stárnutí a stáří je úzce spojena s gerontologií. Je využívána k popisu společnosti. Ve spojení s problematikou stáří se týká organizování a realizace péče o staré občany. Mezi nejdůležitější demograficky sledované aspekty patří změny počtu a věkové struktury obyvatel, oblast jejich vzdělanosti a kvalifikace, proměny rodiny z hlediska počtu členů a její funkce, migrace obyvatel mezi městem a venkovem. Nejvíce používaným ukazatelem demografického stáří je podíl starých osob k celkovému počtu obyvatel

na určitém teritoriu. Pro prognózy budoucího vývoje, související např. se zajištěním zdravotní a sociální péče, s udržení jejich financování a financování důchodového systému, je důležité sledovat také dynamiku stárnutí populace v určitém časovém období, přesuny ve vnitřní struktuře věkové skupiny nad 60 let a geografické rozdíly ve věkové struktuře obyvatel. Z hlediska zabezpečení starých žen, jejichž počet roste, je monitorován rovněž index feminity. Sledování vztahů mezi rozlohou určitého území a počtem obyvatel, který je označován jako hustota obyvatel, má propojení k zabezpečení starých osob adekvátními typy služeb v této lokalitě (Pacovský, 1990, s. 21 - 24). Sociální služby jsou v současné době v České republice legislativně ukotveny Zákonem č. 108/2006 o sociálních službách. Zákon řeší podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci a dotýká se také seniorské populace. Jsou jím stanoveny základní druhy a formy sociálních služeb, podmínky pro vydání oprávnění služby poskytovat, předpoklady pro výkon všech typů služeb. Jsou zde řešeny otázky inspekce služeb, výkonu veřejné správy a podmínky pro poskytování příspěvku na péči ([http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)). Vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění, popisuje provádění některých ustanovení Zákona o sociálních službách ([http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v\\_505\\_2006\\_novela.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006_novela.pdf)).

K pojmům stáří a stárnutí se váže označení průměrná délka života. V různých historických obdobích byla různá. V současné době zaznamenáváme nejvyšší průměrnou délku života. Tento pojem je ale zavádějící. Průměrnou délku života zjistíme součtem roků, které dohromady prožili příslušníci stanovené generace a ten vydělíme počtem příslušníků (Haškovcová, 2010, s. 22).

Pojem střední délka života znamená očekávanou dobu dožití a je významným demografickým ukazatelem. Je pojímána genderově, mezi muži a ženami jsou rozdíly. Má souvislost s životní úrovní a životním způsobem (Mühlpachr, 2009, s. 30, 31). Do roku 1989 střední délka života stagnovala. Posléze docházelo postupně ke vzestupu. V roce 2000, jak uvádí Weber, byla střední délka života při narození u mužů 71,1 a u žen 78,1 let. Má i nadále vzrůstající tendenci. V České republice, stejně jako v ostatních zemích EU, dochází ke stárnutí populace vyššího věku. Stará populace se obecně vyznačuje vyšším výskytem nemocí, které mohou vést k omezení až ztrátě autonomie, samostatného rozhodování a fyzické a finanční nesoběstačnosti jednotlivce. Na to je nutné se ve společnosti připravit (Weber, 2000, s. 26).



V současné společnosti zaznamenáváme dříve nemyslitelný jev, kdy žijí v rámci rodiny čtyři generace osob. V důsledku negativních faktorů, ke kterým patří např. namáhavá fyzická práce, nedostatečné hygienické podmínky, chudoba, nižší úroveň lékařské péče, se lidé v minulosti vysokého věku dožívali sporadicky. Děti často umíraly v kojeneckém věku, vyskytovaly se epidemie infekčních chorob, které byly příčinou smrti mnoha různě starých lidí, lidé umírali na choroby, které dnes již lékařská věda umí léčit a vyléčit, úbytek lidstva způsobily války (Haškovcová, 2010, s. 33).

Život všech lidí byl vždy v rámci věkové kategorie ovlivněn společenskými a kulturními událostmi, které prožívali. Nejvíce celospolečenských změn absolvovali v našich českých podmínkách dnešní staří lidé. Narodili se do kapitalismu, zažili válečné období, období socialismu, ve středním věku sovětskou okupaci, společenskou transformaci po roce 1989, nyní globální kapitalismus v rámci Evropské Unie (Vágnerová, 2007, s. 237). Významným obdobím bylo období vzdělanostního posunu a změn v přístupu žen ke vzdělání a faktické, nejen formální, zrovnoprávnění žen. Pokrokem v rozvoji technologií byla televize, později počítač a Internet, který poskytoval nové možnosti a vedl a vede, u seniorů ne však obecně, ke změně životního stylu. Dochází k růstu životní úrovně a kvality života (Sak, Kolesárová, 2012, s. 83, 104, 127). Lidé, dnes ve věku kolem padesáti let, zažili zásadní společenskou proměnu v oblasti jejich profesního společenského uplatnění. Do manželství vstupovali ve věku kolem dvaceti let, přibližně v tomto věku měli své první dítě. Svobodných žen s dětmi bylo velmi málo, méně bylo i rozvodů a nesezdaných soužití. Jejich děti navštěvovaly velmi brzy předškolní zařízení, nejen mateřské školy, ale i jesle. Prarodiče byli relativně mladí, zaměstnaní. Úroveň dosaženého vzdělání byla, hlavně u žen, nižší. Ve věku kolem padesáti let se oni sami nyní stávají prarodiči. V České republice je tradicí svým dětem pomáhat, hlavně finančně, pokud je to v silách a možnostech rodičů. Někteří pomáhají mladým přímo při výchově jejich dětí, protože v dnešní době je nedostatek pracovních míst a sehnat práci obzvláště ve věku nad padesát let je obtížné. Nacházejí se ve fázi tzv. sendvičového efektu, kdy z jedné strany působí potřeby jejich dětí a z druhé strany potřeby jejich starých rodičů (Vágnerová, 2007, s. 237, 238). Dnešní mladí lidé zakládají rodiny v pozdějším věku, žijí spíše v partnerských, než v manželských svazcích, mají menší počet dětí. Mladí lidé, zvláště ženy, často upřednostňují vzdělání a profesní kariéru před založením rodiny. Jsou již v mládí nuceni zabývat se otázkou zabezpečení se na vlastní stáří. Pokles zaznamenáváme v místně mezigeneračním společném soužití. Společné bydlení více

generací rodiny v jednom obydlí se vyskytuje vzácně. Mezigenerační uspořádání v současné době nezahrnuje pouze rodinné vazby, ale i vztahy partnerské a např. vztahy při porozvodové změně. Vzhledem k emocionální, geografické a interakční rozrůzněnosti vztahů, k otázkám zaměstnanosti a ekonomického zajištění, hrozí nebezpečí snížení možnosti a snahy příbuzenské vzájemné pomoci v době, kdy lze očekávat, že podporu a pomoc bude potřebovat stále více starých lidí (Sýkorová, 2007, s. 45, 46).

Společenský postoj ke starým lidem byl v různých epochách a společenských podmínkách rozdílný. I v průběhu svého života pojímá a hodnotí jedinec stáří nestejně, podle toho, v jakém období vývoje se zrovna nachází. Postoj vychází z variability potřeb. Mezi faktory, které ovlivňují pojetí stáří, patří skutečný věk jednotlivců, jejich množstevní zastoupení v celkové populaci, pohled na rodinu, jako důležitou jednotku ve společnosti, ekonomická úroveň konkrétní společnosti a cena života. Ta je jiná v období válečném oproti období míru, který vytváří předpoklady pro kvalitní život všech lidí bez ohledu na věk (Haškovcová, 2010, s. 34).

V dřívějších dobách bylo stáří obecně spojováno s moudrostí a úctou. Jen málokdo se dožil vysokého věku a jako starý byl pojímán již člověk ve věku padesáti let. Stáří bylo vzácné a znamenalo zdroj předávání cenných zkušeností. V současné společnosti je postoj ke starým lidem spíše negativní. Úcta ke stáří mizí. Stáří je odmítáno a starý člověk je chápán jako nepřínosná degradující bytost. Jeho zkušenosti a kompetence ztrácejí na významu. Senior je pomalý, překáží a je mu to dáváno najevo. Hodnoty dnešní společnosti jsou spatřovány v kompetencích daných biologicky, souvisejících s mládím. Např. výkon a mladistvý vzhled nabývají významu normy. Co se s ní neslučuje, je bráno jako podřadné. Média vše prezentují a tím podporují. K označení takto nastavených společenských hodnot je používán aktuální výraz ageismus. Age znamená věk. Pojem je používán v angloamerické odborné literatuře (Haškovcová, 2010, s. 34, 36, 37, 41). U nás je vysvětlován obecným postojem ke stáří jako nekompetentnímu. Ve vyhrocené podobě může vést až k odporu ke starým lidem. Je to diskriminující postoj. Příčinou mohou být společenské změny např. individualismus, proměny rodiny v oblasti sociálních rolí a vazeb, stárnutí populace, obava z vlastního stáří (Vágnerová, 2007, s. 308, 309). Negativní postoj nastiňuje nepřímo také politika zdůrazňováním penzijní reformy. Společnost pak vnímá stárnoucí populaci jako ekonomickou přítěž. V médiích je stáří prezentováno jako období plné strastí. Měl by být také prezentován celoživotní přínos seniorů pro společnost a jejich zásluhy. Potřebná je hlavně změna negativního postoje

ze strany mladých lidí vůči seniorům. Je třeba myslet také na to, že: „Podle toho, jaké vytváří společnost podmínky pro rozvoj mysli a vědomí člověka, lze hodnotit kvalitu společnosti. Hodnotu každé společnosti určuje dosažená úroveň mysli a vědomí člověka“ (Sak, 2012, Kolesárová, s. 17). Pozitivní je, že pro populaci starších lidí vychází časopisy např. Generace, Senior revue, Třetí věk, Doba seniorů. Existují také na problematiku seniorské populace zaměřené portály na Internetu. Ty však mladší lidé většinou nesledují (Haškovcová, 2010, s. 36, 49). „Stáří je období, kdy by měl člověk sklízet plody své práce a užívat si zaslouženého odpočinku“ a ne být pojímán jako společenská finanční přítěž (Sak, Kolesárová, 2012, s. 162).

Vzhledem k očekávanému vývoji je úkolem společnosti se na změny připravit komplexně, koordinovaně a individuálně cíleně. Je třeba zohlednit potřeby, zájmy, smysluplnost a kvalitu života starých lidí jako jednotlivců a řešit sociálně ekonomické dopady stárnutí populace. Zaměřit se na sociální smír a hospodářský rozvoj (Mühlpachr, 2009, s. 16). Celosvětově tyto otázky zmiňuje dokument OSN Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002. Hlavním cílem je napomáhat kompetentním politikům v problematice zajišťování stárnutí obyvatel v bezpečí jejich země při zachování lidské důstojnosti. Plán zahrnuje rámcové a konkrétní cíle pro zlepšení ekonomických a sociálních podmínek starých lidí (<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>).

V ČR byla MPSV vypracována Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017. Je zaměřena na komplexní přístup k otázkám stárnutí populace s dlouhodobým výhledem. Součástí je výzkum, který je zpětnou vazbou opatření a předpokladem dalšího rozvoje. Klíčovou otázkou je kvalita života ve stáří, která odráží úroveň vyspělosti státu. Prioritami strategie jsou celoživotní učení, zaměstnávání starších lidí a seniorů, jejich společenské uplatnění, posílení mezigeneračního soužití, zajištění kvalitního životního prostředí, podpora zdravého stárnutí a zajištění péče o seniory ([http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/NAP\\_2013-2017\\_070114.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/NAP_2013-2017_070114.pdf)).

Díleč, velmi důležitou oblastí je podpora zdraví. Mezníkem a impulzem pro řešení této otázky byla v roce 1986 první mezinárodní konference v Ottawě. Zdraví zde bylo probíráno v kontextu životního stylu a zdravého prostředí. Cílem bylo aktivizovat všechny zainteresované, tj. vlády, ministerstva, veřejnou zprávu, rodiny, jednotlivce a propojit výchovné a realizační aktivity pro podporu zdraví. Tím došlo k odstartování řešení a nasměrování dalšího vývoje. Podpora zdraví je oblastí, na kterou musí být v současné době rovněž zaměřena pozornost (Čevela aj., 2014, s. 86, 87).

## 2 SENIOR A RODINA

Rodina je základní společenskou jednotkou každé společnosti, ať už nabývá jakýchkoliv podob. Definice pro vysvětlení pojmu rodina je velké množství. Jejich společným základem je, že se jedná o svazek osob spojených manželstvím nebo pokrevním příbuzenstvím (Haškovcová, 2010, s. 53). Rodina vzniká proto, aby byla zabezpečena péče o děti. Mít děti a partnera je stále základní lidskou hodnotou. Rodina je nejvýznamnější socializační jednotkou, umožňuje člověku včlenit se a žít v jeho společenských podmínkách a kultuře. Zároveň se vytváří základ společenské kultury. Rodina je propojením generací. Výchovným prostředím formuje vývoj dítěte, učí ho sociálním dovednostem, vztahu k hodnotám, určuje vzorce chování, učí sociálním rolím, uspokojuje potřeby všech svých členů. K tomu, aby z dítěte vyrostl kvalitní, zdravý jedinec, je třeba ze strany rodičů respektovat potřeby společnosti, mít zájem o pozitivní osud svého dítěte, být mu k dispozici a dát mu bezpečné zázemí a podporu (Matoušek, 2003, s. 9). Rodina dítěti poskytuje z hlediska emocí, hodnot, tradic a zvyklostí, postojů, přesvědčení a životního stylu, předlohu pro způsob života, kterou dospělé dítě později uplatní ve vlastní rodině. Je pro ně sociální identitou a předurčuje jeho společenský status. Formuje ho po stránce fyzické, psychické, emocionální a sociální. V rodině vznikají nejpřirozenější vztahy na bázi lásky, sounáležitosti, spolupráce a solidarity (Laca, 2013c, s. 7, 11, 15, 17). Je důležitou jednotkou pro člověka v každém věku. Každý z nás potřebuje mít oporu. Je nenahraditelná nejen v každodenních situacích. Na významu nabývá obzvláště v případech těžkostí, které mohou nastat např. v důsledku nemoci a také v souvislosti se stářím (Matoušek, 2003, s. 9, 10).

Rodina provází člověka celým životem. Nejen jednotlivci, ale i rodina jako celek, prochází určitými vývojovými cykly. Základními prvky jsou volba partnera, případně sňatek, založení rodiny, výchova dětí a péče o stárnoucí rodiče. Dítě postupně dospívá a ze vztahu závislosti na rodičích přechází do fáze nezávislosti (Laca, 2013c, s. 15). Zakládá vlastní rodinu. V nově vzniklém životě dochází k propojení dvou rodinných tradic, protože otec i matka dítěte mají specifický genetický základ, žili v konkrétním prostředí a byli určitým způsobem vychováni. Dítě se chová podle rodičovského vzoru, který mu v ideálním případě vytvářejí oba rodiče. Působí také vzory a tradice, které mu poskytují sourozenci, širší rodina a její sociální síť a to minimálně do doby, než začnou působit vrstevníci, prostředí školní instituce a další. Projde postupně zákonitým vývojem až k dospělosti. Dospělým se člověk stává nejen plnoletostí, ale i zodpovědností. V naší

kultuře je zdůrazňován vliv rodičů a výchovy na utváření osobnosti dítěte z hlediska jeho charakteru, postojů, chování a jednání (Matoušek, 2003, s. 57, 64). Výchova je spjata se všemi oblastmi života, včetně postoje a přístupu ke stáří a seniorům.

Z hlediska socializace je pro vývoj lidského jedince rodina nenahraditelná. Zdravé prostředí rodiny formuje autentickou osobnost, která dokáže plodně žít a prožít svůj život ke svému prospěchu a zároveň být přínosem pro společnost. Pokud rodina nedokáže plnit své funkce a poslání, způsobuje problémy svým členům i společnosti (Laca, 2013c, s. 12). Výchovou jsou utvářeny také postoje, tvořeny hodnoty a poskytovány vzorce chování, které souvisí s postojem ke starým členům rodiny, ke stáří a starým lidem obecně. Důležité je, zda a jak dokáže být rodina oporou svým stárnoucím členům, kteří potřebují pomoc. Na dítě také působí postoj společnosti ke stáří, který je v dnešní době negativní. V současných rodinách dochází ke snížení počtu členů. Nastal posun ve funkcích rodiny. Zde tkví základní problém pro spokojený život starých lidí v období stáří (Pacovský, 1990, s. 21). Senior patří v rodině k nejstarší generaci. Většina seniorů dala základ další generaci, dalšímu pokračování rodu, svým přístupem, příkladem, stylem výchovy, svou péčí. Pokud senior potřebuje péči, pomoc a podporu ve stáří, měla by mu ji poskytnout v rámci možností především rodina.

## 2.1 Funkce rodiny

Na rodinu lze nahlížet z mnoha aspektů. Všechny mají význam při celkovém hodnocení funkcí rodiny. Mezi demograficko psychologické faktory patří struktura rodiny, věk rodičů a věk dětí, vliv prarodičů, míra stability vztahů v rodině zahrnující vztahy mezi rodiči, rodiči a dětmi a dětmi mezi sebou. Mezi materiálně ekonomické ukazatele řadíme profesi rodičů, jejich zaměstnanost, charakter a kvalitu bydlení, vybavení společné domácnosti, finanční situaci, spotřebu rodiny jako celku a spotřebu jednotlivých členů v souvislosti s životním stylem, také míru využívání technických prostředků v domácnosti. Do kulturně výchovné oblasti patří vzdělání rodičů, životní styl související se způsobem využívání volného času, výchovný styl rodičů, jejich hodnotová orientace, postoje, např. k lidem, vzdělání, práci, zdraví, kultuře, přírodě (Kraus, 2008, s. 86).

Rodina plní nezastupitelné funkce. Reprodukční funkce rodiny je významná pro jednotlivce i společnost. Tuto funkci rodina plní vždy. Podstatou je vytvoření reprodukční základny. Dnes je tato funkce poznamenána trendem, kdy je dítě z hlediska rodičů, kteří mají nižší příjmy, vnímáno jako přepych a u rodičů movitějších jako překážka

seberealizace a profesního růstu. Ženy odkládají své mateřství do pozdějšího věku (Kraus, 2008, s. 81). Sociálně ekonomická funkce rodiny spočívá v materiálním zabezpečení. Souvisí s uspokojením hmotných potřeb, s výživou, ošacením, bydlením, vzděláním, způsobem trávení volného času (Laca, 2013c, s. 24). V dnešní době má rovněž jiný rozměr. V důsledku nezaměstnanosti a zvyšujících se nákladů na živobytí se rodiny dostávají do hmotné nouze. Dochází tím k jejich sociální diferenciaci. Obsahem ochranné funkce je zabezpečení biologických, hygienických a zdravotních potřeb (Kraus, 2008, s. 82). Rodina poskytuje svým členům bezpečí a péči a to nejen dětem, ale všem členům, včetně nemocných a starých (Laca, 2013c, s. 24). I zde došlo k posunu. Dříve tuto funkci plnil částečně stát, nyní je kladen důraz na rodinu. Další z funkcí, socializačně výchovná, patří mezi nejdůležitější. Spočívá především v předávání norem, hodnot a jazyka. Úroveň komunikace v rodině patří mezi prioritní faktory. Každá rodina má určitou atmosféru, styl výchovy a každý jednotlivec, včetně dítěte, se zde nachází v určitém postavení. Socializačně výchovná funkce doznala změn v tom smyslu, že rodiče jsou více časově zaneprázdnění a méně se dětem věnují. Spoléhají při výchově na profesionály, hlavně ve školách. Nedostatkem času, ale i zájmu rodičů, jsou narušeny rovněž funkce rekreační a relaxační. Mezi lidmi obecně vážně komunikace, v rodině ubývá společně trávených chvil. Jednotliví členové se stále více zaměřují na individuální zájmy. Degradaci z důvodu zaneprázdnění nebo nezájmu rodičů, narušení jejich vztahů vedoucích k rozvodovosti, zaznamenáváme i ve funkci emocionální. Ta souvisí s poskytnutím citového zázemí. Příčiny změn lze také spatřovat v odlišném postavení ženy v rodině, poklesu autority otců a dvoukariérovosti rodičů (Kraus, 2008, s. 83).

Rodina jako instituce prošla historickým vývojem. Tradiční pojetí rodiny v dnešní době ztrácí na platnosti a funkce rodiny nejsou mnohdy plněny dostatečně (Kraus, 2008, s. 79). Autoři Trapková a Chvála nazývají rodinu sociální dělohou. Je relativně uzavřeným teritoriem pro zrání, vývoj a výchovu dětí. Každá rodina je samostatná jednotka s určitým ohraničeným prostorem a různou mírou uzavřenosti vůči okolí. Rodiče by měli své děti vychovávat s laskavou pevností a být si vědomi významu a hlavně důsledků svého výchovného působení (Trapková, Chvála, 2004, s. 12, 57, 63).

## **2.2 Pohled na rodinu historicky a v současnosti**

Vývoj rodiny je předurčen společenským vývojem. Vliv mají demografické aspekty, jako porodnost, sňatečnost, rozvodovost, změny ve vzdělávacím systému a na trhu práce,

včetně délky setrvání na trhu práce a následně na penzi, ekonomický růst vytvářející společenský standard a zároveň určující zařazení rodiny i jednotlivce do určité sociální vrstvy, technologický rozvoj a sociální pokrok, emancipace žen, liberalizace společnosti, vliv sociálního státu na hodnoty člověka (Laca, 2013c, s. 151, 152, 153). Různé etapy vývoje lidské společnosti přináší změny celospolečenské a v důsledku nich změny základní jednotky, rodiny. Prochází jimi všechny rodiny bez rozdílu sociálních vrstev.

Tradiční společnost, jejíž trvání je datováno do počátku průmyslové revoluce v 19. století, byla zemědělská, vesnická a maloměstská. Rodiny v období tradiční společnosti byly vícegenerační, rozšířené. Základním kapitálem byl kapitál ekonomický. Rodina byla samostatnou výrobní jednotkou a byla vázána k půdě a majetku. Majetek se předával z generace na generaci. Manželský svazek byl posvátným. Životního partnera svým dětem vybírali rodiče bez možnosti svobodné volby jejich dospělých dětí. Role v rámci rodiny byly založeny na hierarchii. Autoritu v rodině představoval otec, výchova měla prvky autoritativnosti. Rodina neplnila funkci emocionální. Děti a senioři, jako závislí členové rodiny, byli rodinou tolerováni. Děti znamenaly perspektivní členy a seniorům byl splácen dluh za výživu a výchovu. Senior se aktivně podílel na zajištění obživy podle svých možností. Pokud starý člověk onemocněl, většinou brzy umřel. Lékařská věda byla na nízké úrovni. Zajištění péče o starého člověka bylo jednodušší, rodina žila pohromadě v jednom místě. Děti přebíraly vzory chování a jednání vůči prarodičům. Život probíhal v určitých rituálech, včetně smrti starých lidí. Rituály byly chápány jako dané. Velký vliv na společnost a tím i na rodinu mělo náboženství (Možný, 2008, s. 21, 22, 23).

Moderní společnost vznikla v důsledku průmyslové revoluce. Je charakterizována dělbou práce, industrializací, urbanizací. Dochází ke změnám ve společenské struktuře a životním stylu. Rodina, jako jednotka, se zužuje, základem se stává rodina nukleární, založená na legitimním svazku manželském. Velké typy rodin přestávají být funkční. Kapitál, který rodina vytváří je nejen ekonomický, ale i sociální a kulturní. Rodina ztrácí vázanost zodpovědnosti k majetku rodu. Je spotřební jednotkou. Do popředí se dostává citová stránka, poskytuje bezpečí. Určité role v rámci rodiny má žena, určité muž a oba mají rovnocenné postavení. Výchova nabírá rázu demokratičnosti. Slábne vliv církve a náboženství. Po II. světové válce byla společnost společností hojnosti a obecným vzorem byl životní styl středních tříd (Možný, 2008, s. 21, 22, 23).

Moderní společnost postupně v 60. až 70. letech 20. století přechází v postmoderní a v ní, ovlivněné dalšími změnami, žijeme dosud. Znakem této společnosti, charakterizované jako postmoderní, je rozvoj technologií, včetně informačních, masmédií, kulturní pluralita, svoboda a rovnoprávnost a změny hodnot a norem (Laca, 2013c, s. 5). V polovině 20. století došlo k uvolnění sexu a možnosti regulace početí dětí. Následkem byl pokles porodnosti a posun v reprodukční funkci rodiny. Na změnu dalších tradičních funkcí rodiny měla vliv postupující dělba práce a vznik institucí. Školy převzaly oblast vzdělávání dětí a částečně i výchovu. Zařízení nemocničního typu a sociální zařízení začaly zabezpečovat péči o nemocné, postižené a staré příslušníky rodin. To znamená, že některé funkce za rodinu převzal stát. Došlo k proměně rolí členů v rodině. Otec již není samotným živitelem. Očekává se od něho podíl na domácích pracích a výchově dětí (Sak, Kolesárová, 2012, s. 112, 114). Společnost je zaměřena na konzum a zábavu. Životní styl se posouvá od duchovního k materiálnímu. Vlivem již zmíněného rozvoje technologií došlo také ke změnám povahy práce. Právě to bylo příležitostí pro ženy a jejich profesní uplatnění. Podíl na pracovní angažovanosti žen měla emancipace, ale také nutnost ekonomicky zabezpečit rodinu. Dochází ke stěhování lidí za prací do měst a oddělení otce od rodiny kvůli výdělků (Možný, 2008, s. 21, 22, 23). V 60. letech odcházeli lidé do penze v dřívějším věku než dnes. Byli aktivní, vypomáhali svým dětem s výchovou vnoučat, věnovali se zálibám, koníčkům. Rodiny měly relativně shodnou materiální úroveň a hospodařily šetrně. O své staré rodiče se v případě potřeby většinou starali členové střední generace rodiny sami. Umístit svého rodiče do domova důchodců bylo považováno za morální selhání (Haškovcová, 2010, s. 64).

Po roce 1989 dochází u nás k politickým změnám, které uvolnily možnost pro uskutečnění osobních cílů hlavně z hlediska studia, cestování a podnikání. V devadesátých letech minulého století dochází ke zpomalení tempa ekonomiky a s tím spojené nezaměstnanosti. Do popředí se dostávají, v souvislosti se sociálním státem, otázky udržitelného vývoje. Autorita rodičů v rodinách začíná být individualizovaná a slábne. Slábne i mezigenerační přenos hodnot a výchovné působení v rodině. Výchova se jeví jako přežitek. Značný vliv na rodinu mají, z hlediska socializace dětí, životního stylu a utváření hodnot, masmédiá. Děti se dostávají do větší hodnotové závislosti na médiích než na rodičích. V současné době registrujeme absenci výchovného vzoru a neuznávání autorit společností. Lidé spolu méně komunikují tváří v tvář. Dochází k emotivní zchudlosti, člověk se stává více egocentrický. Doba má rychlé tempo, přináší



mnoho změn a lidé je nestačí vnitřně zpracovat. Společnost je ve stádiu trvalého ekonomického růstu, trh zdůrazňuje zvyšování životní úrovně, což souvisí se stále vyšší spotřebou, vysokou ekonomickou náročností a potřebou žen na trhu práce. Práce přestává být uznávanou hodnotou a oblastí seberealizace. Rodina je spíše individualizovaná, jde o únik před přetechnizovaným světem. Klesá význam sousedských vztahů. Individualizované jsou také role rodičů. Jako důvod se jeví individualizace společnosti a trend trhu, aby se každý byl schopen sám zabezpečit. Individualizace přeměňuje i lásku mezi páry. Láska jako hodnota oslabuje, mnohdy je pouze výrazem sexuálního uspokojení. Tato přeměna ovlivňuje rodinu a vztahy mezi lidmi obecně. Rodiny jsou si také více vzdáleny z hlediska socioekonomické úrovně, více se jich nachází v nižších příjmových pásmech (Možný, 2008, s. 21, 22, 23, 275, 236, 240). Jádrem rodiny se stále častěji stává vztah na bázi matka–dítě, ne dítě a rodičovský pár. Přibývá domácností neúplných a rodin jednočlenných. Zaznamenáváme pokles sňatečnosti, mnoho mladých lidí žije v nelegitimních svazcích. Pokud vstoupí lidé ve svazek manželský, dochází k tomu v pozdějším věku (Bakošová, 2008, s. 93). Do rodiny se rodí méně dětí a ženy odkládají své mateřství. Dítě přestává být naplněním života. Vyskytuje se vysoká rozvodovost, časté opakování sňatků a střídání partnerů. Někteří jedinci volí dobrovolnou bezdětnost. Děti jsou ve vztahu k rodičům uvolněnější. Dřívější generace dětí rodičům dokonce vykaly (Možný, 2008, s. 261). Patologie rodinného prostředí je v současné době aktuálním problémem, protože výchova dětí probíhá patologicky (Laca, 2013c, s. 7).

V dnešní společnosti zaznamenáváme pokles porodnosti, nárůst střední délky života a nárůst počtu starých seniorů. Lidé různého věku žijí sami. Mění se hodnoty. Základní hodnoty, např. zdraví, zůstávají, klesá význam takových hodnot, jako je participace, altruismus, životní prostředí, smysluplná tvůrčí práce, skromnost, spolupráce, odpovědnost. Zaznamenáváme pokles morálky. Prosazuje se trend individuálního uspokojení a svobodného života bez závazků. Je sklon k hédonismu a konzumerismu, k alibismu. Oceňováno je to, co přináší zisk bez ohledu na etiku nebo sociální aspekty. Stále méně rodin je schopno se postarat o své členy, obzvláště staré členy a předává je institucím (Sak, Kolesárová, 2012, s. 110-114).

### 2.3 Mezigenerační soužití

*„Vezmi na sebe odpovědnost za život rodiče svého, dělej mu společnost, uspokojuj jej a tiš jeho úzkost a strach ze smrti. Plň jeho představy o tvém životě, neboť rodiče (Bůh není) ti dali život, a tak vznikl dluh, který jim musíš splatit starostí o ně....To, co oni nedostali od svých rodičů, tvých prarodičů, musíš ty jim doplnit“ (Trapková, Chvála, 2004, s. 188).*

Charakteristika rodiny, která zahrnuje rodiče, jejich děti a prarodiče, je stabilní ve všech epochách lidského vývoje a ve všech společnostech současnosti. V naší společnosti je typické, v dnešní době, spojení nukleární rodiny zahrnující rodiče a děti s rodinou ženy. Rodina je institucí, která společně bydlí a společně hospodaří. Základem zdravě funkční rodiny je spojení mezi mužem a ženou. Péči o malé děti obvykle zaopatřuje žena a muž zajišťuje ekonomickou stránku. Odrostlé děti, dokud nezaloží vlastní rodinu, se na obživě, pokud jsou výdělečně činné, v ideálním případě podílejí také. V moderních a postmoderních společnostech lidé očekávali, že se do zaopatření dětí, nemocných a starých členů rodiny zaangažuje stát. U nás je typická rodina se zaměstnanou ženou, protože z jednoho příjmu není většina rodičů schopna rodinu zaopatřit. Muži mají obvykle vyšší pracovní angažovanost, vyšší příjmy a tím pádem méně času na rodinu. Žena je přetížena, musí zvládat zaměstnání, péči o domácnost a děti a od muže očekává pomoc. Na výchovu dětí zbývá málo času a přetíženost ženy může vést ke konfliktům. Zastupitelnost matky a otce v domácnosti je nyní lepší, než v dřívějších dobách, přesto větší podíl zůstává na ženě. Žena je pečovatelkou svých dětí a později i pečovatelkou o staré rodiče. Dnešní moderní člověk z pracovních důvodů, spojených s ekonomickými, své děti brzy svěruje školním institucím a podobný osud často potkává i staré členy rodiny. Pozice starých lidí v naší společnosti, která preferuje kult mládí, jeho přednosti a zaměřenost na výkon, není dobrá. V rámci rodiny je senior partnerem, pomocníkem, pokud mu to jeho stav a situace dovolí. Stáří sebou přináší komplikace a snadno se člověk může stát závislý na něčí péči (Matoušek, 2003, s. 10, 12, 40, 41, 72, 91).

Manželství, případně partnerství seniorů, prochází v průběhu jejich společného života vývojem. V důsledku stárnutí získává novou vztahovou dynamiku. Děti dospívají, dosahují určitého vzdělání, profesního uplatnění, navazují vztahy, samy si hledají a volí životní partnery. Pohled rodičů na partnery svých dětí může být negativní. V současné době se buď děti snaží brzy osamostatnit, nebo využívají moderní tzv. „mama hotely.“ Někteří mladí tím oddalují zodpovědnost za svůj život. Stárnoucí rodiče, tj. děti dnešních seniorů,

mají tendenci mladým pomáhat nejen finančně, ale i přímou péčí o vnuky a mladí to od nich samozřejmě očekávají (Vágnerová, 2007, s. 266, 277, 278).

Většina seniorů upřednostňuje samostatné bydlení a to i v případě, když nežijí v páru. Výhodou je, že mohou žít nezávisle svůj život. Rodinou je ale životní styl seniora vždy ovlivněn (Sak, Kolesárová, 2012, s. 110). Problém může nastat, když senior potřebuje pomoc a podporu. Jeho děti, patřící ke střední generaci, jsou pracovně vytížení a navíc se snaží pomáhat svým dětem, vnukům seniorů, kteří mnohdy mají již také děti. Příslušníci střední generace se dostávají do situace, kdy není v jejich silách a možnostech všechny požadavky a tlak zvládnout. Velká vzdálenost mezi bydlištěm střední generace, také mladé generace tj. vnuků seniora, od seniora, se vyskytuje poměrně často a je rovněž komplikací v případě potřeby pomoci (Haškovcová, 2010, s. 78).

Příslušníci střední generace, děti seniorů, by si, přes všechny překážky, které se jim leží v cestě v případě nutnosti zajištění péče o své staré rodiče, měli být vědomi, že svým přístupem ke svým starým rodičům poskytují svým dospělým dětem vzor a lze očekávat, že se stejně budou chovat jednou jejich děti k nim, až budou staří (Sak, Kolesárová, 2012, s. 110).

### 3 KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ DIMENZE

*“Kvalita života člověka určuje kvalitu jeho smrti.”*

Elisabeth Kübler-Ross

Problematika kvality života je v současné době preferovaným tématem. Příčinou, proč je aktuální, je ekonomický růst, rozvoj vědy a techniky a zároveň jejich dopad, který přináší ohrožení zdraví a existence celého lidstva. Koncept kvality života je součástí všech vědních oborů. Zahrnuje ho např. politologie, ekonomie, sociologie, psychologie, pedagogika, medicína, ošetrovatelství. V medicíně je snaha poskytovat léčbu co nejefektivněji k celkové spokojenosti pacientů i personálu. Sociologie zdůrazňuje provázanost QOL s životním stylem a potřebami, environmentální pohled ji přímo spojuje s prostředím. Významné je v současnosti upřednostňování duchovních otázek před dnešním konzumním způsobem života. Kvalita života je tedy multidimenzionální. Nemá jednotný teoretický základ, není jednotně definována. Je subjektivního charakteru a vyvíjí se (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 5, 8, 146). Jedná se v podstatě o vnitřní subjektivní postoj jednotlivce ke svému životu, o jeho představy, cíle, zájmy a očekávání, o to, do jaké míry se mu daří je realizovat v rámci svého životního stylu. Součástí je srovnávání se s ostatními lidmi. Postoj člověka je ovlivněn jeho fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, možnostmi rozvoje a sociálními vztahy. Na kvalitu života každého z nás působí také vnější podmínky, politické, ekonomické, kulturní, životního prostředí, výchovně vzdělávací, pracovní, to znamená podmínky společnosti, ve které žijeme. Velkou roli hraje tedy také postoj jedince k těmto objektivním skutečnostem. Postoj je vyjádřením jeho volby. Svou kvalitu života si člověk nejvíc uvědomí, když dojde k zásadní změně např. při odchodu do starobního důchodu, vlivem onemocnění apod. (Laca, 2013b, s. 29, 31).

S tématem kvality života úzce souvisí vzdělání, edukace. Účelem je inspirovat rozkvet lidstva. Čím je člověk vzdělanější, informovanější, tím více o skutečnostech přemýšlí, více si uvědomuje hodnoty, má více motivace ke kvalitnímu prožití života. Lze tedy říci, že vzdělání může být faktorem, který působí na zvýšení kvality života (Mc Gettrick, 2010, s. 21, 22)

Podle Vymětala souvisí kvalita života se schopností, jak dokáže jedinec využít možnosti ve svém životě (Dvořáčková, 2012, s. 69). Člověk se v průběhu života učí žít pozitivně a prožívat pokud možno kladně každou jeho etapu. Postoj k jednotlivým

událostem v životě je na bázi rezignace nebo boj. Člověk by měl bojovat. Být si vědom vlivu psychiky na fyzickou stránku. S tímto vědomím pak přistupovat k zátěžovým situacím a využívat strategie ke zvládnání stresu, tvořit a vytvořit si sociální oporu. To mu umožní přijmout také vlastní stárnutí a pomůže udržet, případně zvýšit, kvalitu jeho života i v tomto období. Je to jedna z cest, jak lze dojít k moudrosti stáří. Pak je možné i na smrt pohlížet v rámci života, protože i smrt i životu patří (Křivohlavý, 2002, s. 150, 154).

Život můžeme hodnotit ze dvou aspektů. Kvantita je vlastně délka života a vyjadřujeme ji věkem. Kvalitu pojmáme jako hodnotu. Lidé se jí zabývali od dávných dob. Přemýšleli nad ní a jejich myšlení je vedlo k posunům, jak kvalitu života zlepšit. V polovině 20. století se tato problematika dostala do popředí ve spojení se životem nemocných a starých lidí, u nichž dochází k zásadním změnám v této oblasti. Kvalita života je spojena nejen s medicínou, ale i s psychologickými, sociálně psychologickými otázkami a problematikou sociální péče z hlediska kvality života. Nejde tedy pouze o fyzickou stránku (Křivohlavý, 2002, s. 162).

S oblastí zdraví je kvalita života těsně spojena. Každé vážnější onemocnění ohrožuje kvalitu života, někdy i život samotný. Zdraví je hodnota společensky i individuálně obecně upřednostňovaná. Zdraví lidé zastávají názor, že žít život kvalitně lze pouze, pokud je člověk zdravý. Je zastáván také názor, že kvalita života a zdraví jsou slova stejného významu. Kdyby se toto tvrzení zakládalo na pravdě, znamenalo by to, že v nemoci a ve stáří, které je zdravotními potížemi charakteristické, by nebylo možné žít kvalitně. Kvalita života bývá definována také jako osobní pohoda, je o tom cítit se dobře. Proto je potřeba pro tento pocit vyvinout úsilí, třeba i za nepříznivých okolností, které přináší stáří a nemoc (Haškovcová, 2010, s. 254, 258).

Kvalitu života lze posuzovat v několika rovinách. Na makro úrovni jde o hodnotu života z hlediska velkých společenských celků. Stává se tak součástí základních politických myšlenek. Souvisí s problematikou života jako takového a je spojena s otázkami smyslu života (Křivohlavý, 2002, s. 162). Kvalita života společnosti má úzkou souvislost s kvalitou života jednotlivých rodin a jednotlivců (Laca, 2013b, s. 5). Mezo úroveň je zaměřena na kvalitu života v malých sociálních skupinách např. nemocnici, v domě s pečovatelskou službou, ale i ve škole, v určitém pracovním prostředí. Týká se sociálního klimatu, vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot a uspokojování potřeb na této úrovni. Další hodnocení může být zaměřeno na jednotlivce, na osobní, personální úroveň. Souvisí se subjektivním hodnocením kvality vlastního života, zamyšlením se nad ním. Specifický

postoj pak vychází z hodnotového žebříčku konkrétního člověka, z jeho očekávání, priorit, představ, nadějí a je jeho motivací. Další z úrovní je fyzická, zaměřená na fyzickou existenci. Je soustředěna na pozorovatelné chování druhých lidí. To lze měřit a srovnávat. Je dílčí součástí v hodnocení celkové kvality života (Křivohlavý, 2002, s. 163, 164).

Při měření kvality života musí být jasné, jaký je účel, cíl, ke kterému směřujeme. Podle toho jsou použity prostředky. Např. v medicíně může jít o zachování života jako takového nebo zachování vlastního řízení života nebo o výsledek určitého léčebného postupu apod. (Křivohlavý, 2002, s. 163, 164).

Kvalita, jakost, je v posledních desetiletích aktuálním pojmem, na který je brán zřetel také v oblasti služeb. Je spojována s postavením organizací na trhu, jejich vývojem a úspěchem v podnikání. Cílem je zmapování všech procesů, poskytování kvalitních služeb a neustálé zlepšování. Kvalita je posuzována z hlediska klienta, profesionálů a řízení. Systém řízení kvality je zaváděn i v oblasti zdravotnictví, které zajišťuje péči o nemocné lidi a má souvislost s nejdůležitější hodnotou lidského života, zdravím, které předurčuje a úzce souvisí s kvalitou života (Madar, 2004, s. 13, 33). Kontrola kvality je uzákoněna v sociálních službách. Úroveň kvality poskytovaných služeb se následně odrazí v kvalitě života klientů.

Na kvalitu života můžeme pohlížet ze dvou základních pohledů, objektivního a subjektivního. Obě dimenze poskytují jiné údaje a obě jsou důležité pro celkové hodnocení. Objektivní hledisko je zaměřeno na objektivní měření otázek zahrnujících ekonomické, sociální, environmentální a zdravotní podmínky života, to znamená podmínky pro dobrý život. Zahrnuty jsou materiální zabezpečení, sociální podmínky, sociální status a fyzické zdraví. Jde o obecné podmínky dobrého života. Toto hodnocení používala v praxi např. medicína pro nasměrování léčby a péče (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 20). Subjektivní hledisko můžeme rozčlenit na aspekt obecného hodnocení spokojenosti se svým životem a hodnocení spokojenosti v jednotlivých jeho oblastech. Odvíjí se od subjektivního pohledu konkrétního jedince na své postavení ve společnosti, od jeho hodnot, zájmů a cílů, ke kterým směřuje a od jeho očekávání (Dvořáčková, 2012, s. 69). Jedná se o subjektivní prožití dobrého života konkrétním jednotlivcem (Laca, 2013b, s. 30).

Pro posuzování kvality života člověka nám slouží roviny duchovní, duševní a rovina tělesná. Jde o posouzení vztahu konkrétního člověka ke světu a sobě samému, také

o zjištění, čemu přikládá hodnotu a význam a co je pro něho motivací. Rovina duchovní zahrnuje otázky samotného smyslu života. Z hlediska jednotlivce je tato otázka spojena s jeho svědomím a vůlí uplatňovat hodnoty ve světě. Duševní sféra je o štěstí. Obsahuje radost ze života, úspěch, zdařilé konání, pocit zdaru a slasti. Tělesná oblast souvisí s výkonností a zdatností, fyzickým zvládnutím nároků, také s přežitím. Pokud nastane nemoc, dostane se člověk do rukou terapeuta. Kvalita péče, úspěšnost léčby a tím i zlepšení kvality života nemocného je spojena s oboustrannou iniciativou a aktivitou lékaře i pacienta. Význam má jejich vzájemný vztah a komunikace. Pacient musí mít k lékaři důvěru, být v rámci možností aktivním článkem, lékař by mu měl dát prostor ke komunikaci. To následně vede ke spokojenosti pacienta i zdravotnického personálu (Payne, 2005, s. 71, 166, 167, 191).

V současné době se odborníci shodují na tom, kvalita života je kategorií se subjektivním prožitkovým obsahem. Přesto jsou stanovena kritéria pro vnější hodnocení. Existují dotazníky „*Index Quality of life (IQL)*“, které obsahují šest oblastí, tvořící z hlediska kvality života obecný základ. Těmito oblastmi jsou přijetí sebe sama, pozitivní vztahy s blízkými a pečujícími lidmi, autonomie, zvládnutí svého životního prostoru a bezpečí v něm, ujasněnost a víra ve smysl života a aktivita, rozvoj a zdokonalování sebe sama (Haškovcová, 2010, s. 254, 255).

Ke zjištění kvality života můžeme použít dva přístupy. Jedním z nich je přístup empirický. Prostřednictvím něho se získané poznatky snažíme zobecnit pomocí matematických metod. Druhým přístupem je přístup filosofický, který vychází z předpokladu kvality života jako hodnoty, o kterou člověk usiluje (Payne, 2005, s. 11, 12).

Metody, kterými zjišťujeme kvalitu života, se liší podle toho, kdo je provádí, na co jsou zaměřeny a jaký sledují cíl. Hodnotit může člověk sám, druhý člověk nebo oba. Kvalitu života můžeme zjišťovat u běžné populace, také u specifických skupin populace, které mají určité společné charakteristiky např. osob s postižením, adolescentů, seniorů, terminálně nemocných a umírajících apod. Metod a nástrojů měření kvality života existuje celá řada (Křivohlavý, 2002, s. 173).

### **3.1 Kvalita života seniorů**

V současné době narůstá zájem o kvalitu života seniorů. Souvisí to demografickými změnami populace a očekávaným nárůstem seniorů, hlavně starých seniorů, v populaci.

Proto je nutné na tuto otázku zaměřit pozornost (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 108). Je třeba usilovat a vytvářet podmínky pro to, aby byl život člověka nejen dlouhý, ale i kvalitní v každé situaci a podmínkách (Haškovcová, 2012, s. 7). Pro seniory, jako specifickou skupinu, je kromě samostatnosti, mobility a schopnosti podílet se na společenském životě, související s jejich zdravotním stavem, kromě ekonomického zabezpečení a bydlení, důležitá, a to v rovině interpersonální, také jejich sociální síť, v rovině organizací dostupnost a zajištění kvalitní zdravotní a sociální péče, na úrovni komunity pak informovanost, dostupné služby, kvalitní doprava a komunikace, dostatek volnočasových a vzdělávacích aktivit a na úrovni tvorby politiky pozitivní postoj k jejich populační skupině (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 116, 117, 118).

Při nemoci a přijetí seniora do zdravotnického zařízení existují pro objektivizaci posouzení stavu nemocného seniora hodnotící nástroje ve formě testů. Provádí se v klinické praxi, v péči komunitní, v dalších institucích. Adekvátní hodnocení stavu pacienta, jeho schopností a omezení tvoří základ pro individuální plán péče a pomoci. Sestra a ostatní NLZP jsou ve zdravotnickém zařízení s nemocným v každodenním kontaktu. Právě sestra je důležitým zdrojem informací o něm. Znalost stavu pacienta pomáhá zaměřit péči na problém, nastavit motivační program podle individuálního stavu pacienta a podle toho uzpůsobit další preventivní a léčebné intervence. Hodnocení slouží také k posouzení péče. Důležité je předání si zjištěných údajů v rámci týmu. Provádí se souhrnné hodnocení za propojení fyzického stavu s psychosociální složkou. Celkové hodnocení pak zahrnuje osobnost geriatrického pacienta se zaměřením na jeho životní situaci, jeho subjektivní kvalitu života a priority, na jeho nemoc z hlediska závažnosti a negativního funkčního vlivu na mobilitu, sebezpečí a soběstačnost, jejíž hodnocení má být vždy vztaženo k určitému prostředí. Zahrnuje také stav výživy a hydratace, duševní zdraví, aktuální psychický stav a související sociální otázky týkající se jeho sociálních rolí, vztahů a potřeb. Pro screeningové hodnocení kognitivních funkcí je v našem prostředí v praxi využíván např. Folsteinův test, pro hodnocení soběstačnosti Bartelové test základních všedních činností, pro zjištění funkčního hodnocení sebezpečí test podle M. Gordonové apod. Existují a jsou používány také specifické testy zaměřené na velké geriatrické syndromy. Tím jsou myšleny typické a časté příznaky u geriatrických pacientů, imobilita, instabilita, inkontinence, poruchy intelektu a iatrogenie, tj. poškození zdraví vlivem léčebného zásahu např. z důvodu polyfarmakoterapie. Specifickou oblastí u nemocných



lidí obecně je měření bolesti, která může zahrnovat nejen oblast fyzickou, ale i psychickou, sociální a spirituální (Pokorná, 2013, s. 7, 8, 9, 10, 15, 29, 75, 87, 105).

Snahy národních, regionálních i komunálních politik jsou zaměřeny na zvyšování kvality života seniorů. Ústředními tématy této oblasti jsou materiální zabezpečení, kvalita bydlení, rodinná situace, možnost vzdělávání, rozvoj sociálních kontaktů, životní styl, zdravotní stav, soběstačnost a dostupnost a možnosti zdravotních a sociálních služeb v případě potřeby. Požadavky na kvalitu života ve společnosti obecně rostou. Otázkou je spojitost mezi narůstajícími potřebami a možnostmi společnosti je uspokojit. Z koncepčních materiálů vyplývá, že snahou, nejen rezortu zdravotnictví, pro zajištění kvality života starých lidí a zároveň udržitelnost systému je, aby senior byl schopen žít ve své domácnosti, za pomoci rodiny, s využitím zdravotní péče a profesionální sociální péče a pomoci (Kopecká, 2003, s. 71, 74).

### 3.2 Zdravotní služby a senioři

Zdravotní služby pro nemocné lidi jsou zajišťovány zdravotnickými zařízeními prostřednictvím zdravotnických pracovníků. Ti tvoří multidisciplinární tým složený z lékařů, NLZP, psychologů a dalších odborníků (Matoušek, 2007, s. 100). Podporu udržitelného počtu zdravotnických pracovníků, jejich migraci, uplatnění v rámci Evropy a zajištění jejich odborné přípravy v souvislosti se stárnutím populace nejen v ČR, ale celé Evropě, řeší Zelená kniha o pracovnících ve zdravotnictví v Evropě (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:CS:PDF>).

V některých nemocnicích pracují kromě zdravotnických pracovníků také zdravotně sociální pracovníci a sociální pracovníci. Jejich hlavní náplní zde jsou otázky podmínek týkajících se bydlení, financí, vztahů a péče o pacienta, který toho zajištění po hospitalizaci potřebuje. Jejich náplní práce je také adekvátní informovanost (Matoušek, 2007, s. 101). Poskytováním preventivní, diagnosticko terapeutické a ošetrovatelské péče lidem ve věku nad 65 let se zabývá obor geriatrické ošetrovatelství. Přístup k nemocnému je individuální a součástí je zabývat se rovněž jeho sociálními a ekonomickými podmínkami. Výsledek práce je zaměřen nejen na léčení nemocí, často nevléčitelných, ale na spokojený a kvalitní život pacienta (Mašlaňová, 2012, s. 78).

Existují různé druhy a formy zdravotní péče. Jsou zakotveny v Zákoně o zdravotních službách. *Ambulantní péče* je zajišťována nemocným, kteří jsou schopni se k lékaři

dopřít a nemusí být v důsledku onemocnění hospitalizován v nemocničním zařízení. Na péči o staré osoby jsou specializovány geriatrické ambulance. *Akutní péče* znamená naléhavou, bezprostřední péči poskytovanou v případě akutních problémů pacientovi záchrannou službou v terénu. Je zpravidla péčí přednemocniční. *Lůžková péče* je péče, která je poskytována za hospitalizace pacienta. Je dělena na resuscitační, intermediální, intenzivní a standardní. Pokud je akutní zdravotní nebezpečí zvládnuto a pacient i nadále potřebuje lékařskou a ošetrovatelskou péči, je umístěn do péče následné a dlouhodobé. *Následná péče* má za cíl zotavit pacienta tak, aby se mohl vrátit do svého domácího prostředí. Při tom je důležitá, a zlepšení stavu napomáhá, léčebně *rehabilitační péče* (Haškovcová, 2012, s. 101, 130, 131). *Re-* je předpona označující opakování, pojem *habilitace* znamená dosažení, ve spojení pak je to znovudosažení. Ze zdravotnického hlediska se jedná o systém léčebných postupů za účelem, aby nemocný znovu nabyl své fyzické a psychické schopnosti a vrátil se do běžného života. Důležitá pro pacienta při řešení jeho specifických problémů je spolupráce a komunikace mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky (Benešová, 2008, s. 20). *Dlouhodobá péče* je péčí o nemocného časově v měsících, letech, kdy nelze očekávat markantní zlepšení jeho zdravotního stavu, ale je snahou u něho udržet určitou kvalitu života, případně ji zlepšit. Dlouhodobou péčí zajišťují profesionálové, za jejich pomoci i rodina. Jedná se o trvalou, nepřetržitou péči. Pečujícími rodinnými příslušníky napomáhá *respitní*, to znamená *úlevová péče*. Je to péče pro pečující. Existuje v různých formách, také formou dočasného umístění nemocného v instituci. Tato péče není hrazená zdravotní pojišťovnou (Haškovcová, 2012, s. 130, 131, 143). *“Respitní péče je služba (pomoc) rodinnému příslušníkovi pečujícímu o nemocnou osobu nebo seniora prováděná (dočasně) v domácnosti nebo v určitém zařízení“* (Klimeš, 2010. S. 633). *Ústavní péče* je péče zajišťovaná institucí. Jsou zde zakotvena určitá pravidla. Život je v důsledku toho určitým způsobem omezen, ale předvídatelnější, než v běžném sociálním prostředí. Je také nastavena určitá hierarchie společenských pozic. Ústavních zařízení je celá řada a mají specifický účel a poslání. Nejčastěji se člověk setká s ústavním zařízením, kterým je nemocnice. Pobyt zde si nevolí, je sem odeslán ošetřujícím lékařem a je nucen se přizpůsobit prostředí i přesto, že již sama nemoc ohrožuje kvalitu jeho života. Dnešním trendem je, pokud je to z hlediska stavu klienta možné, zachovat domácí prostředí (Matoušek, 1995, s. 19, 24, 34, 66). Kvalita života bývá definována také jako osobní pohoda. Proto je potřeba zajistit péči tak, aby byla zohledněna kvalita života také u těžce nemocných a umírajících lidí. Léčba skončit může, ale péče být

zajištěna musí. Při péči je třeba zohlednit individualitu pacienta. První klinikou pro nemocné seniory, která u nás pracovala, byla Klinika nemocí stáří v Praze, založená Rudolfem Eislem. Je považován za otce oboru klinická gerontologie (Haškovcová, 2010, s. 257, 259).

Po propuštění seniora z nemocnice nastávají z pohledu zajištění péče o něho různé situace, odvíjející se od jeho celkového stavu. Buď se dostává do péče ústavní nebo je schopen být v domácím prostředí a má rodinu s možností se o něho postarat nebo rodinu, jejíž členové pracují, ale v rámci možností se angažují. Další situace, která může nastat, je, že senior je osamělý a nemá nikoho, kdo by se o něho staral. Zde je potřeba zapojení institutu domácí péče a sociálních služeb, které by za rodinu měly převzít roli fyzické a psychické podpory. Problematické bývá dohodnout, jaké služby senior využije. Každý z nich vnímá po svém potřebnost určité služby a má specifické finanční možnosti. Podle toho volí. Důležitá je spolupráce zdravotnických a sociálních pracovníků. Mají společný cíl. Pomoci seniorovi vyřešit nejednoduchou situaci, spojenou s propuštěním z nemocnice (Holická, 2013, s. 20, 21, 22).

*Léčebny pro dlouhodobě nemocné* jsou specializovaná zdravotnická zařízení, provozovaná v působnosti MZ. Jsou sem umísťováni pacienti z nemocničních zařízení, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou zdravotnickou péči. Jedná se převážně o staré lidi, mnohdy ve stavu, kdy jejich sociální problém je závažnější než zdravotní. Těchto zařízení je v ČR obecně nedostatek (Matoušek, 207, s. 10, 90). Dnes jsou LDN řazeny do systému následné péče, mají i ošetrovatelská lůžka. Pobyt zde je limitován třemi měsíci. Existují také ošetrovatelská zařízení, kde délka pobytu časově limitována není. *Hospic* je zdravotnické zařízení, které poskytuje péči umírajícím a pomoc jejich rodinám. Obor, který se zabývá umíráním a smrtí, se nazývá thanatologie. Paliativní medicína a *paliativní péče* je pomoc umírajícím za účelem především zmírnit bolest, zajistit do poslední chvíle důstojnou kvalitu života a poskytnout útěchu jim a jejich blízkým. Je zároveň péčí respitní (Haškovcová, 2012, s. 70, 88, 111, 113, 127, 128). Hospicová péče je péče poskytovaná všem nemocným, bez rozdílu věku, v terminálním stádiu onemocnění, u kterých je předpokládána délka života kratší než šest měsíců. Časový interval je stanovený pro odlišení od jiných forem následné péče. Je to sloučená forma zdravotnické, psychologické, sociální a duchovní péče, vycházející z úcty k životu a k lidské bytosti. Může být uskutečňována v domácím prostředí, jak laicky, tak profesionálně. V případě, že nemocný nemá příbuzné, je poskytována ambulantně, ve stacionářích poskytujících

paliativní péči, také za hospitalizace. Některá nemocniční zařízení mají samostatná oddělení pro paliativní péči a některá mobilní hospicové týmy. Ambulantní forma je doplňkovou péčí. Je zaměřena hlavně na poradenské služby a psychickou a spirituální podporu. Pro pacienty je k dispozici pouze, pokud jsou částečně mobilní. V lůžkových zařízeních hospicového typu nejsou tak striktní pravidla, která je nutné dodržovat, jako v jiných typech zdravotnických zařízení. Je zde neomezená možnost pobytu příbuzných, kteří se mohou se na péči podílet. Péče probíhá kontinuálně a zahrnuje všechny potřeby pacienta i jeho blízkých. Je zaměřena přednostně na ně, ne na onemocnění. To již vyléčit nelze. Cílem je zlepšit v rámci stavu a možností kvalitu života se zachováním důstojnosti nemocného. Pacient nesmí trpět bolestí a neměl by umírat osamocený (Laca, 2013b, s. 140, 165). Uplatňován je mezioborový přístup. Hospicové týmy pracují zpravidla ve složení lékař, sestra, sociální pracovník, duchovní, psycholog, dobrovolníci a laici. Cíl mají společný. Sociální pracovníci se podílejí na sestavení individuálních plánů péče, koordinují práci dobrovolníků (Matoušek, 2007, s. 90). Dobrovolníci jsou lidé různého věku, kteří se ve svém volném čase věnují nemocným a osamělým, nejen seniorům. Neočekávají a nedostávají za tuto činnost odměnu. Mohou pracovat v ústavním zařízení i v domácím prostředí. Jejich činnost může být jednorázová, ale i dlouhodobá. Z hlediska obsahu spočívá v terénu např. v doprovodu seniora k lékaři, na procházku, v pomoci s nákupem, v trávení vzájemných chvil, ale také v odlehčovací službě rodině. Před přijetím dobrovolníka do týmu je nezbytné ověřit jeho schopnosti a možnosti, stanovit pravidla a náplň činnosti. Senior k němu musí získat důvěru. Činnost dobrovolníka by měla být pravidelně kontrolována. Součástí by měla být zpětná vazba od seniora (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 163, 164, 165). Jednou z forem paliativní péče je *domácí hospicová péče* (Haškovcová, 2012, s. 70). V našem prostředí je provozována od roku 2001. Jedná se o péči o nevléčitelně nemocné, umírající lidi, v terminálním stádiu onemocnění. Umírající zůstává v domácím prostředí a pracovníci domácího hospice poskytují paliativní péči a pomoc rodině při důstojném odchodu nemocného. Paliativní péče se tím dostává do domovů potřebných. V našich podmínkách zatím pomoc rodině v případě úmrtí klienta není zcela obvyklou záležitostí (Matoušek, 2007, s. 90).

Zdravotnickou péči potřebným v domácím prostředí zajišťují agentury domácí péče. *Domácí péče*, home care, je formou zdravotní péče, která je poskytována klientům, bez ohledu na věk, v jejich domově. V České republice byla zavedena v roce 1990. Převážnou většinu klientely tvoří staří lidé. V rámci domácí péče jsou zajišťovány zdravotnické

služby. Výkony jsou hrazeny především zdravotní pojišťovnou klienta. Odbornou organizací, která domácí péči zastřešuje, je Asociace domácí péče v ČR. Domácí péče je odborná péče pro klienty, kteří by museli být bez zajištění domácí péče hospitalizováni. Jejich zdravotní stav už je natolik dobrý, že mohou být propuštěni z nemocničního zařízení domů, ale poskytování další zdravotní péče je ještě nezbytné. Výhodou je příznivý vliv domácího prostředí na klienta a tím zlepšení jeho kvality života. Odpadají zde rizika spojená s odlidštěnější ústavní péčí např. omezující prostředí, ztráta soukromí, dezorientace v novém prostředí, oslabení známých sociálních vazeb, sociální kontakt s neznámými lidmi apod. (Matoušek, 1995, s. 73). Nezanedbatelná je také úspora finančních prostředků v systému zdravotnictví (Mühlpachr, 2006, s. 65). Většina agentur domácí péče poskytuje ošetrovatelskou péči a ne péči komplexní, to je zdravotní a sociální. U nás jsou profesionály vykonávajícími domácí péči hlavně zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci jsou zde výjimkou. Důvodem jsou finanční otázky (Matoušek, 2007, s. 91, 101).

### 3.3 Sociální služby a senioři

Cílem sociálních služeb, zaměřených na seniory, je mimo jiné zlepšit kvalitu života. Sociální péče je definována jako pomoc jedincům, kteří se ocitli ve složité životní situaci a nejsou schopni ji zvládnout sami. Probíhá na základě individuálního plánu, kde jsou vytyčeny cíle, kterých má klient v rámci svých fyzických a psychických možností dosáhnout. Ty je potřeba sladit s možnostmi poskytovatele služeb. Vypracován je také plán rizik, proto, aby se eliminovala rizika, kdy senior může ublížit vzhledem ke svému stavu sobě a druhým (Haškovcová, 2012, s. 93). Existuje určitá typologie sociálních služeb podle cílových skupin a jednou z nich jsou právě staří lidé (Matoušek, 2007, s. 89).

V prvopočátcích měla sociální péče charitativní dobročinný charakter. Nyní jsou zřizovateli z resortního hlediska MPSV, kraje a obce. Zřizovatel je zodpovědný za práci poskytovatele. Kvalitu péče garantuje stát. Po roce 1989 mohou být zřizovateli a zároveň poskytovateli služeb také nestátní neziskové organizace. V současné době mohou mít právní formu občanského sdružení, obecně prospěšné společnosti a církevní právnické osoby. Nadace jsou také nestátním zařízením. Nemohou sociální služby poskytovat, ale mohou je financovat. Nestátní organizace, poskytující sociální služby, jsou v odborné literatuře uváděny pod pojmem agentury. Poskytovateli mohou být také fyzické osoby. Zákon o sociálních službách sociální služby vyjmenovává, neřeší však otázky dostupnosti

služeb a jejich kapacity. Sociální služby pracují na principu nákupu služeb (Matoušek, 2007, s. 12, 14, 50). Problémem je, že osamělí staří lidé touží po blízkosti a emocionálním vztahu. Každý člověk touží po vzájemnosti, obzvláště v zátěžových situacích. Dnešní rychlé tempo dává obecně malý časový prostor pro sdílení radostí a starostí. Není v silách a možnostech profesionálů nahradit láskyplné blízké vztahy. Tyto kategorie také nelze vyčíslit penězi. Jsou o individuálním lidském přístupu. Profesionálové by se ale měli umět orientovat ve vnitřním světě seniora. Ucelená koncepce sociální péče stanovená není. V jednotlivých místech naší republiky existují rozdíly v dostupnosti, kvalitě a ceně poskytovaných sociálních služeb (Haškovcová, 2012, s. 31, 34, 54, 134). Klient má sice možnost volby, ale mnohdy mu služba není dostupná místně ani finančně a nemůže si v jednom místě vybrat z většího počtu srovnatelných služeb. Problematická je otázka dostupnosti sociálních služeb hlavně v malých obcích s mnoha starými lidmi. Měly by být zajištěny především v komunitní formě, je to pro seniory po všech stránkách dostupnější. Dotace na služby od státu ani kraje zaručeny nejsou. Obecným cílem je, aby regionální rozdíly v úrovni poskytování sociálních služeb byly co nejmenší a aby služby byly lidem finančně i fyzicky dostupné (Matoušek, 2007, s. 51, 63, 107). Pro účely mapování situace a konzultace z hlediska celospolečenských potřeb byla vytvořena Bílá kniha o sociálních službách, formulovaná MPSV ČR. Poskytuje rovněž doporučení pro všechny zúčastněné strany zaměřené na budoucnost v oblasti sociálních služeb ([http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)).

Podle stupně závislosti na pomoci druhých existují různé možnosti péče, pomoci a podpory seniorů. Z hlediska obsahu sem patří časově neomezená péče po telefonu, pomoc se sebeobsluhou, stravováním a domácími pracemi za pomoci osobní asistence, sociální rehabilitace, pomoc s komunikací a se sociálními vztahy prostřednictvím sociálně aktivizačních služeb, s finanční a právní oblastí, s mobilitou prostřednictvím průvodcovských a předčitatelských služeb, poradenství, pomoc pečujícím osobám formou odlehčovacích služeb, center denních služeb a denních a týdenních stacionářů apod. (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 154). Některé obecní úřady a neziskové organizace poskytují starým lidem služby tísňového volání, které mohou využít v případě, že mají problém, se kterým si nevědí rady. Pracují také svépomocné skupiny pro rodiny, které pečují o seniory, kluby důchodců a jídelny pro seniory. Jsou provozovány mezigenerační programy organizované nestátními organizacemi např. ve školách (Matoušek, 2007, s. 69, 91, 92).

Z hlediska místa, kde je služba poskytována, jsou poskytovány služby terénní, ambulantní a pobytové. Služby terénní jsou služby prováděné u uživatele služby. Služby, kam uživatel dochází nebo je dopravován a jejichž součástí není ubytování, jsou služby ambulantní. Služby pobytové jsou poskytovány uživatelům ubytovaným v určitém zařízení (Mühlpachr, 2006, s. 63, 64). Sem se člověk dostává v případě, že mu jeho stav již neumožňuje žít sám ve své domácnosti a pomoc rodiny není dostatečná nebo úplně chybí. Tato alternativa by měla být pečlivě zvážena. Důležitá je informovanost o dostupných terénních službách a posouzení, zda by člověk situaci nezvládl ve svém domácím prostředí. Pomoc by měla být adekvátní individuálním potřebám (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 9, 10). Zákon o sociálních službách stanovuje služby poskytované bezplatně např. sociální poradenství (poskytované formou osobní konzultace nebo písemnou za dodržení principů nezávislosti, nestrannosti a diskrétnosti), krizová pomoc, následná péče, aktivizační služby také pro seniory, sociální rehabilitace a další. Zákonem je rovněž stanoveno, které služby jsou poskytovány za úhradu, přičemž je určena její maximální výše. U služeb asistenčních jsou za úhradu poskytovány např. osobní asistence, pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, služby poskytované v denních centrech a stacionářích. Pobytové služby poskytované za úhradu jsou např. služby v týdenních stacionářích, domovech pro seniory, v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Vždy je hrazen rozsah služeb zakotvený ve smlouvě mezi poskytovatelem a klientem. Stát poskytuje poskytovatelům sociálních služeb zapsaným v registru dotace prostřednictvím rozpočtu kraje (Matoušek, 2007, s. 43, 50, 106).

Pečovatelská služba je nejběžnější pomocí, která umožňuje starému člověku žít v jeho domácím prostředí. Může tak žít způsobem, na který je zvyklý. Začala u nás působit už v době socialismu (Matoušek, 2007, s. 174). Pracovníci pečovatelské služby zabezpečují nejen specifické služby nezbytné k fungování konkrétního jedince, ale jsou jeho spojením s okolím, spoluutváří denní režim seniora, navozují v něm pocit potřebnosti a psychologickou oporu už tím, že pečují. Jedná se o výkon sociální péče plně nebo částečně hrazený klientem, kde základem je strava a pomoc v domácnosti (Vágnerová, 2000, s. 495). Cílem je zajistit klientovi odpovídající kvalitu života. Náročná je nejen na flexibilitu pracovníků pečovatelské služby.

Služby, se kterými se do budoucna počítá, jsou komunitní centra. Nabízí řadu programů. Zde si mohou staří lidé domlouvat a uskutečňovat z nabízených programů aktivity, které jim individuálně vyhovují (Matoušek, 2007, s. 174). Každá obec, region,

by měla mít zpracovaný svůj komunitní plán ambulantních a terénních služeb pro občany, kteří to potřebují. Komunitní péče je méně finančně náročná než péče v instituci a pro klienta je přijatelnější, protože může setrvat doma (Haškovcová, 2012, s. 106, 160).

Po roce 1989 jsou zřizovány denní centra pro seniory, dříve pojmenovaná jako domovinky. Jsou to zařízení sociálního typu, kde senioři tráví čas přes den. Zajišťují dovoz a rozvoz klientů. Náplní jsou aktivizační programy, také pomoc se stravováním, hygienou, poskytují rehabilitaci apod. Fungují také jako odlehčující služby pro pečující rodinné příslušníky (Matoušek, 2007, s. 89).

Do roku 2006 poskytovaly starým lidem služby domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy – penziony pro seniory (Matoušek, 2007, s. 89). Nyní jsou to domovy pro seniory, domovy penziony, domy pro seniory a domy s pečovatelskou službou. Jedná se o rezidenční typ sociálních služeb. Rezidenční v tomto smyslu znamená kvalitní bydlení pro staré osoby. *Domovy pro seniory* poskytují jako základ ubytování, stravu, pomoc při zvládání běžných úkonů sebeobsluhy, včetně hygieny, pomoc s orientací a mobilitou, osobními záležitostmi, se zprostředkováním sociálního kontaktu a aktivizaci k činnosti. Otázkou je finanční náročnost, to znamená, zda jsou senioři schopni tento způsob bydlení a služeb financovat. Problém také nastává, pokud senior potřebuje zdravotní péči. V domovech pro seniory pracuje omezený počet všeobecných sester. *Domovy penziony* poskytují ubytování seniorům a nabízí určité služby, z nichž si klient podle potřeby vybírá a poskytované sociální služby hradí. *Domy pro seniory* pak jsou zařízením pro soběstačné seniory. Domovy penziony a domy pro seniory poskytují klientům dostatek autonomie. Nezajišťují stálé zdravotnické služby. Zdravotní péče je organizována tak, jako by senior žil v domácím prostředí. Je buď schopen se dostavit do ambulance praktického lékaře, nebo je volána záchranná služba. Další možností je poskytnutí zdravotnické pomoci formou domácí péče. *Domy s pečovatelskou službou* umožňují samostatné bydlení lidem, kteří již nejsou plně soběstační, a je pro ně nezbytné využívat určité služby realizované pečovatelskou službou. Jsou zde zajištěny i zdravotní služby, které vykonávají všeobecné sestry. Existují také *domovy se zvláštním režimem* pro lidi, tedy i staré lidi, s duševním onemocněním (Haškovcová, 2012, s. 73, 74, 144). Ideálním případem poskytování služeb je v první řadě nejbližšími lidmi, na druhém místě službami v místě bydliště, a pokud nelze, tak v rámci regionu (Matoušek, 2007, s. 17).

Volnočasové aktivity jsou společenské, kulturní a sportovní činnosti, které lidé provozují ve volném čase. Pro seniory mají obzvlášť velký význam. Aktivita má obecně



celkový pozitivní vliv na organismus. Důležité je volnočasové aktivity nabízet nejen v sociálně zaměřených institucích, ale i zdravým seniorům žijícím v rámci komunity doma. Zainteresovány jsou na tom také občanská sdružení, která nejsou součástí systému zdravotnických a sociálních služeb garantovaných státem. V komunitách a pobytových zařízeních jsou pořádány např. kulturní pořady (Haškovcová, 2012, s. 160, 170). Evropským parlamentem a Radou byl rok 2012 vyhlášen rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity. Mezigenerační solidarita je aktuálně důležitá, protože v současné době dochází ke společenskému, ekonomickému i citovému vzdalování a tím odcizování generací. Přispět může i kvalitě života seniorů v tom, že by si nepřipadali nepotřební. V médiích jsou zdůrazňovány hlavně výdaje, které jsou seniorům vypláceny na penzi, ale nehovoří se o tom, že tito lidé celý život pracovali a platili daně, proto by si zasloužili finančně zajištěné stáří. Nepříznivý vliv má také to, že se lidé v rámci svého bydliště málo znají. Dřívější rituály např. formou křtů a pohřbů ubývají. Pomoci zvrátit situaci by mohla rodinná, školní a mimoškolní výchova dětí a mládeže a v jejich dalším životě osobní nebo elektronické setkávání se seniory, svépomocné skupiny, výchovné akce. To by mohlo být vodítkem, aby mladší přijali zodpovědnost za péči o staré lidi. Obohacení by to přineslo nejen seniorům, ale i mladým. Získali by živé informace o dobách minulých (Haškovcová, 2012, s. 7, 12, 19, 117).

*Ergoterapie* (v řečtině je ergon dílo a therapeia léčení) je obor z oblasti zdravotnictví, jehož náplní je aktivita. Vyčlenila se z fyzioterapie. Zaměřuje se na hodnocení a podporu soběstačnosti člověka a je součástí rehabilitace. Používá metody zaměřené na hrubou a jemnou motoriku, koordinaci pohybů a psychickou výkonnost (Haškovcová, 2012, s. 79, 80). Terapeutickým prostředkem je především smysluplná činnost zohledňující funkční stav a podmínky prostředí potřebného jedince. V pobytových zařízeních by měly být činnosti plánovány tak, aby bylo poskytováno co nejvíc vhodně kombinovaných různých podnětů např. k vykonávání ručních prací pouštět hudbu a zapalovat vonné svíčky, které patří do oblasti aromaterapie. Do terapeutických aktivit řadíme přístupy používající umělecké výrazové prostředky. Jedná se o aktivity hudební, dramatické, literární, výtvarné a pohybové. *Muzikoterapie* spočívá v léčení hudbou. Může být uskutečňována formou poslechu až po aktivní činnosti např. zpěv, pohyb při hudbě, tvorba hudby. Probíhá individuálně, párově nebo skupinově. S ní souvisí taneční terapie, která je pohybovou aktivitou. *Pohybové aktivity* můžeme dělit na léčebnou tělesnou výchovu, sem patří relaxační a kondiční cvičení a dechová gymnastika, na zdravotní tělesnou výchovu,

ta zahrnuje speciální aktivity zaměřené na lidi s různým zdravotním postižením, na habituální pohybovou aktivitu obsahující všechny pohybové činnosti vykonávané v běžném životě, včetně rekreačních, a na rekreační sport např. plavání, cyklistiku, lyžování apod. *Arteterapie* je terapeutická činnost, která využívá výtvarné umění k vlastnímu vyjádření a komunikaci. K sebepoznání, chápání mezilidským vztahů a také vlastnímu vyjádření, je používána *dramaterapie*. Využívá dramatických postupů prostřednictvím her a provádí ji dramaterapeut. Mezi další aktivity patří *reminiscenční*, to je *vzpomínková terapie* a trénování paměti. *Zooterapie* je terapie za pomoci zvířat. Může mít formu aktivity, terapie, vzdělávání a krizové intervence k odbourávání stresu a zlepšení psychického stavu. Dělí se podle toho, jaký druh zvířete je využíván. U nás je často provozována canisterapie, to je terapie prostřednictvím psů, felinoterapie, používající kočky a hipoterapie, za pomoci koní. Volnočasové aktivity obecně mají celkový pozitivní dopad na člověka. Stárnutí by mělo být aktivní, to znamená nezávislé, soběstačné, důstojné, seberealizující se a účastné na životě společnosti. Náplň činnosti by měla být smysluplná, prováděná dobrovolně, měla by vést k úspěchu a být společensky žádoucí (Holcerová, Dvořáčková, 2013, s. 23, 37, 38, 40, 42, 45, 52, 54, 56, 64, 85).

### 3.4 Péče a podpora seniorů

*„Lidé pochybují o tom, co říkáte, ale uvěří tomu, co děláte.“*

K. Světlá

Péče a podpora seniorů spadá do oblasti sociální práce. Jedná se o prosociálně zaměřené aktivity ve prospěch jednotlivce a tím i celé společnosti z hlediska ochrany a pomoci potřebných, ale zahrnuje i ochranu společnosti před jedinci, kteří by mohli společnost ohrožovat. Členit ji lze podle obsahu činnosti, charakteru a příjemce. Senioři patří do skupiny osob potřebujících ochranu (Mühlpachr, 2006, s. 63, 64).

Starý člověk usiluje o to být nezávislý. Změny, které stárnutí organismu přináší, ho k závislosti mohou přivést. Závislost můžeme rozlišit na fyzickou, která souvisí s běžnými, každodenními nezbytnými aktivitami, psychickou, která vzniká v důsledku zhoršení psychiky s následkem ztráty kontroly svého jednání a ekonomickou, kdy není člověk schopen si po ekonomické stránce sám zajistit základní potřeby, mezi které patří strava, bydlení, ošacení, léky aj. (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 153).

Při péči o starého člověka obecně je nutné respektovat jeho důstojnost a soukromí, naslouchat a přistupovat k němu lidsky, optimisticky a s vědomím, že i on ve svém životě pracoval a pečoval, motivovat ho k péči o svou osobu a aktivitám v rámci jeho možností, zajistit mu potřebné prostředí, pomůcky a podporu ke zlepšení kvality jeho života. Být mu oporou, projevovat zájem o jeho osobu a dávat mu pocit, že je stále plnohodnotným členem rodiny a společnosti (Dientsbier, Procházková, 2011, s. 154). Profesionální péče by měla být odborná, dobře a bezpečně organizovaná, empatická. Důležité z hlediska kvality života klienta je, obzvláště v zařízeních pobytového typu, uspokojovat nejen jeho biologické, psychologické a sociální potřeby, ale i potřeby duchovní. Religiozita a spiritualita bývá pro seniory významná nejen z hlediska smyslu života. Obohacuje a napomáhá chápání a zvládnutí těžkostí, se kterými se musí vyrovnávat. Základem je zjistit jeho chápání spirituality, jeho individuální duchovní potřeby a adekvátní služby zajistit (Laca, 2013a, s. 179, 186).

Zdravotnická péče je zaměřena na jedince, kteří jsou postiženi průběhem a důsledky nemoci a s tím související zátěžovou situací, která zhoršuje kvalitu jejich života. Zde je základem porozumět člověku, obzvláště starému člověku, projevit mu účast, blízkost. Rozpoznat změny, které v něm probíhají. V případě psychického nesouladu uskutečnit pomáhající, podpůrný, rozhovor. Ten by měl probíhat na bázi partnerské spolupráce, se zájmem a ohleduplností. Cílem je poskytnutí opory a porozumění, průchod vyventilování pocitů nemocného a jeho porozumění situaci, získání důvěry a zlepšení spolupráce (Jobánková, 2002, s. 53, 191).

Velmi důležitá je vždy komunikace, její způsob. Měl by odpovídat věku, schopnostem, aktuálnímu stavu příjemce a jeho rytmu. Význam má nejen formální a obsahová stránka verbální komunikace a paralingvistika tj. sdělování svrchními tóny řeči. Důležitá je také neverbální komunikace, kam spadá mimika, proxemika, optika, posturologie, kinetika, gestikulace a oční kontakt. Také jednání, chování, činy člověka a umění naslouchat, hrají významnou roli (Křivohlavý, 1988, s. 34-87, 112, 177). Lidé v pomáhajících profesích by měli být vyškoleni komunikačním dovednostem. Měli by si být vědomi významu, který komunikace má a důsledků, které může v pozitivním i negativním smyslu způsobit v sociálních situacích. Měli by si být vědomi hlediska lidskosti. V tomto smyslu nestačí znát principy a ovládat techniky komunikace, používat je a klást důraz na obsah, ale soustředit se na smysl komunikace a vzájemné porozumění. Na základě takového přístupu nedochází k odlidštění péče o člověka ani v sociálních, ani

ve zdravotních službách (Haškovcová, 2012, s. 20). Zdravotníci se téměř denně setkávají s nemocnými a také umírajícími lidmi a zabývají se otázkou jaký přístup zvolit. Bylo vysledováno, že umírající, pokud mají možnost se vyjádřit, si většinou nepřejí být v okamžiku smrti opuštěni. Zde už se většinou nejedná o verbální komunikaci, ale o neverbální projevy, o naslouchání nebo pouhou přítomnost. I na to musí zdravotníci brát zřetel (Křivohlavý, 2002, s. 159).

U nás, v českém prostředí, je péče, pomoc a podpora poskytována prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb. Zdravotní služby se řídí Zákonem č. 372/2011 sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon upravuje zdravotní služby a jejich formy, stanovuje podmínky jejich poskytování, práva a povinnosti všech zainteresovaných, vymezuje způsob vedení zdravotnické dokumentace, řeší národní zdravotnický informační systém a hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických služeb a také kontrolní činnost (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372/print>). Sociální služby v širším smyslu jsou v kompetenci více rezortů a jsou řízeny mnoha právními normami např. již zmíněná oblast zdravotnictví. V užším smyslu je oblast sociálních služeb v ČR řízená MPSV. Zahrnuje sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Právní rámec poskytuje Zákon o sociálních službách (Matoušek, 2007, s. 9, 10). *Sociální poradenství základní* znamená, že poskytovatelé sociálních služeb mají povinnost radu poskytnout vždy a komukoliv. *Poradenství odborné* je zaměřené na určitou cílovou skupinu. *Služby sociální péče* mají pomoci lidem při fyzické a psychické soběstačnosti. Lidem, závislým na péči druhých, může být poskytnut příspěvek na péči. Jeho výše je posuzována podle individuální schopnosti potřebného zvládat základní činnosti sebeobsluhy. *Služby sociální prevence* jsou zaměřené na prevenci sociálně negativních jevů. Formy sociálních služeb mohou být terénní, ambulantní nebo pobytové a mohou být z důvodu efektivity kombinovány (Muselíková aj., 2012, s. 108, 109, 123). Pro orientaci a informovanost existuje registr poskytovatelů sociálních služeb, jednak celkový pro Českou republiku a také územní. Např. adresář sociálních služeb v Jihomoravském kraji lze vyhledat na internetu na odkazu: [http://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/adresar\\_ss\\_jmk\\_2011.pdf](http://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/adresar_ss_jmk_2011.pdf).

Při péči o seniora je často nutná jak zdravotní, tak sociální péče. Oba druhy péče jsou v současné době organizačně odděleny, jsou řízeny každá ministerstvem pro konkrétní oblast a nejsou funkčně propojeny. V našich podmínkách se setkáváme v praxi s problematickými situacemi, kdy pacienti, které nelze propustit z nemocničního zařízení,

mnohdy hlavně ze sociálních důvodů, musejí být ponecháni na finančně náročných lůžkách, protože není možnost je umístit do LDN na ošetrovatelská nebo sociální lůžka. Pro tyto situace je mezinárodně užívaný pojem bedblocking (Haškovcová, 2012, s. 57, 173). Spolupráce mezi pracovníky zdravotnickými a v sociálních službách se týká jak pobytových zařízení, tak zajištění péče o potřebného v jeho domácnosti. Pozitivní je, že o problematických situacích z praxe existuje povědomí a je snaha je na různých úrovních řešit. Příkladem snahy o řešení může být konference, která se uskutečnila 21. 6. 2012 za účasti zástupců Katedry ošetrovatelství LF Masarykovy univerzity Brno a Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR v prostorách Masarykovy univerzity v Brně. Hlavním tématem byl koncept dlouhodobé péče o seniory. Konference se zúčastnily mimo jiné zástupkyně MPSV, které hovořily o připravovaném zákoně o dlouhodobé péči. Důležitý byl zájem účastníků, v problematice v praxi zainteresovaných, diskutovat a připomínkovat tyto otázky (Macková, 2012, s. 39, 40). I to je jedna z cest, jak situaci posunout k příznivému řešení, které vzhledem ke vzrůstajícímu počtu starých lidí bude nezbytné.

U obou druhů péče je nutný, pro celkové zajištění kvalitních služeb, monitoring procesů a kvalifikovaný, zaškolený a dále se vzdělávající personál. Žádoucí je v pomáhajících profesích supervize. Pojem supervize znamená dozor, kontrolu (Klimeš, 2010, s. 718). Obecně je potřeba, aby supervize probíhala na všech úrovních, na úrovni jednotlivce, týmu, oddělení a organizace jako celku a aby byly zahrnuty všechny procesy. Supervize může mít formu výukovou, výcvikovou, řídicí a poradenskou. Vždy je potřebná i autosupervize pomocí sebezpozorování při práci a sebehodnocení (Hawkins, Shohet, 2004, s. 18, 34, 40, 41, 62, 153). Vyhláška MPSV č.505/2006 Sb. k Zákonu o sociálních službách zahrnuje kromě způsobu hodnocení schopnosti potřebného jedince zvládat základní životní potřeby, výčtu základních úkonů u jednotlivých druhů sociálních služeb, stanovení maximální výše úhrad za služby, stanovení kvalifikačních předpokladů a oprávnění pracovníků k výkonu sociálních služeb, také standardy kvality sociálních služeb, způsob hodnocení kvality služeb a podmínky poskytnutí informací o výsledcích provedené inspekce. Standardy kvality slouží jako nástroj kontroly k posuzování kvality služeb inspektory kvality, k orientaci uživatelů a poskytovatelům jako námět ke zlepšení. Základními oblastmi hodnocení je kvalita prostředí, personálu, péče a řízení (Matoušek, 2007, s. 125). V rámci kvality sociálních služeb je posuzována spokojenost klienta, reakce na jeho potřeby, odborná úroveň poskytované péče, adekvátní a bezpečné prostředí, cenové

podmínky a dostupnost a návaznost péče (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 11). Standardy jsou rozděleny na procedurální, personální a provozní. Povinnost provádět kontrolu procesů za účelem zvýšení kvality poskytovaných služeb má nejen inspekce, ale také samotný poskytovatel sociálních služeb ([http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v505\\_2006\\_novela.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v505_2006_novela.pdf)). Výsledky hodnocení jsou důležité pro subjekty, které se podílejí na financování a rozhodují o existenci poskytovatele. Jsou také významnou zpětnou vazbou poskytovatelům, jejich vodítkem k aktualizaci služeb. Finanční spoluúčast klienta posiluje udržitelnost dalšího vývoje z hlediska veřejných výdajů, má vliv na volbu, kterou službu potřebuje využívat a je motivací k jeho zodpovědnému přístupu (Matoušek, 2007, s. 157, 174).

Podíl na rozvoji zdravotních a sociálních služeb mají specifické odborné společnosti např. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, Česká gerontologická a geriatrická společnost, Česká alzheimerovská společnost, Česká asociace pečovatelských služeb, Česká asociace sester, Asociace domácí péče a další. Jsou vydávány odborné časopisy, zástupci se setkávají na odborných akcích, sdělují si poznatky a předávají zkušenosti, diskutují problematická témata. I to je způsob ke zlepšení služeb (Haškovcová, 2012, s. 55, 70).

Další důležitou otázkou je depistáž a dispenzarizace. Depistáž, z hlediska starých lidí, znamená aktivní vyhledávání hlavně osamělých seniorů, kteří pomoc potřebují, ale nežadají o ni. Dispenzarizace je pojem pro dlouhodobé sledování nemocných osob žijících doma. O zdravotní dispenzarizaci se stará praktický lékař, ale o těch seniorech, kteří žijí v sociálně nuzných podmínkách a pomoc nevyhledají, často není povědomí. Je potřeba pomáhat v obou sférách, zdravotní i sociální. Existuje pojem sociální smrt. Může ji prožívat senior, který žije sám a svou samotu těžce pociťuje. Je třeba jí předcházet. Dbát na alespoň omezenou sociální síť seniora třeba i ve formě zúžené na telefonický kontakt nebo dopisování. V dřívějších dobách bylo povinné vyhledávat a sledovat rizikové seniory. Rizikovým seniorem je starý člověk ve věku nad 80 let, žijící sám, ekonomicky nezajištěný, sám ve vysokém věku pečující o svého starého partnera. Tuto činnost dříve prováděly okrskové, později geriatrické sestry. Každý obvodní lékař měl k dispozici zdravotní sestru a pro dva lékaře dohromady pracovala geriatrická sestra, která ošetřovala seniory v jejich domácnosti podle pokynů lékaře. Geriatrické sestry získaly odbornost v geriatrii na základě geriatrického kurzu. Po roce 1989, v souvislosti s privatizací, funkce geriatrická sestra zanikla. Nově vznikl systém domácí péče, která je zaměřená na všechny

věkové skupiny potřebných. Specializace v geriatrici není požadována. Dnes také nemá nikdo povinnost depistáže starých, ohrožených lidí. V podstatě je to na sousedech. Pokud zaznamená kdokoliv rizikového seniora ve svém okolí, měl by tuto skutečnost hlásit příslušnému sociálnímu pracovníku nebo praktickému lékaři (Haškovcová, 2010, s. 68, 148, 155, 253).

Problematické a v současnosti aktuální je násilí páchané na seniorech. Zaznamenáváme nárůst. Násilí probíhá jednak v rámci rodinných nebo partnerských vztahů, to je ve vztazích, kde by měla být základem vzájemná důvěra, ale hrozí také z vnějšího sociálního prostředí. Může nabývat forem fyzické, psychické, sociální a ekonomické. Problémem násilí v domácím prostředí je, že probíhá skrytě. Ze strany profesionálů je potřeba zaměřit se i na tuto problematiku a klást seniorům ke zjištění stavu rafinovaným způsobem cílené otázky. Senioři se mohou snadno stát obětí trestné činnosti, protože mnohdy žijí sami, trpí nemocemi, mají sníženou možnost pohybu, bývají důvěřiví, mají omezenou schopnost rozpoznat nebezpečí a bránit se. Roli hraje i nevšímavost společnosti (Mühlpachr, 2011, s. 87). Terénních služeb zaměřených na týrané a zanedbávané seniory není dostatek (Matoušek, 2007, s. 92).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 4 STÁŘÍ A KVALITA ŽIVOTA V SOUČASNÉ SPOLEČNOSTI

Téma práce jsem zvolila proto, že je v současné době problematika seniorů velmi aktuální a diskutovaná. Lidský věk se prodlužuje, obzvláště v postproduktivním věku a populace stárne, což má, také ve vztahu k budoucnosti, celospolečenský dopad v různých oblastech. Dalším důvodem je, že pracuji ve zdravotnictví, kde se s nemocnými seniory při své práci setkávám a také to, že studuji obor sociální pedagogika, která má k danému tématu rovněž úzký vztah. Obecným rámcem a jedním ze startovacích motivů mé práce byla a je snaha pomoci druhým. Teoretická část je zpracována pomocí obsahové a srovnávací analýzy dostupných odborných materiálů na dané téma. V praktické části práce sleduji jednotlivé případy seniorů hospitalizovaných v důsledku onemocnění ve zdravotnickém zařízení nemocničního typu. Zaměřuji se na jejich zdravotní stav, rodinné prostředí, na jejich osud po propuštění z nemocnice. Sleduji možné souvislosti změny kvality života s onemocněním u zkoumaného vzorku seniorů, pozornost soustředuji rovněž na sociální rizika následků nemoci. Pokud si onemocnění vyžádá hospitalizaci, je vždy otázkou, zda se senior vrátí ke svému životnímu standardu a do svého prostředí, či nikoliv. Může dojít až k situaci, kdy se po propuštění z nemocnice stane závislým na některé z forem péče a podpory. Cílem práce je prostřednictvím kvalitativní výzkumné strategie tuto oblast zkoumat, hledat možnosti řešení v případě zjištění negativních skutečností a formulovat doporučení pro sociálně pedagogické působení.

### 4.1 Kvalitativní výzkum

Při výzkumu jsem použila, vzhledem k charakteru práce, kvalitativní výzkumnou strategii. Maňák formuluje kvalitativní výzkum jako různé techniky, které jsou používány ke zkoumání jevů, kde je pro výsledek prioritou jejich podrobná analýza a ne kvantifikace zjištěných dat pro statistickou reprezentativnost (In Skutil, 2011, s. 69). „*Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů*“ (Kutnohorská, 2008, s. 65). Pracuje se s malým počtem respondentů, případ je sledován do hloubky. Snahou je směřovat k zachycení co nejvíce možných intervenujících faktorů. Z metod, které jsou používány v rámci kvalitativního výzkumu, jsem aplikovala formu polostrukturovaného rozhovoru, který jsem vedla s personálem zdravotnického zařízení, kde byli v době výzkumu senioři hospitalizováni a formu

případových studií, kazuistik, jednotlivých případů hospitalizovaných seniorů. „*Svým způsobem představují případové studie specifický typ vzorkových pohledů, kde se velikost vzorku rovná jedné osobě*“ (Ferenčík, 2000, s. 132). V rámci jedné případové studie se jedná o intenzivní výzkum, dlouhodoběji zaměřený na konkrétní vybranou osobu, který má vést k porozumění vývoje případu. „*Data o tomto vývoji získává výzkumník bezprostředně (přímým kontaktem, rozhovory se zkoumaným člověkem), ale i zprostředkovaně: rozborem a studiem dokumentů, rozhovory s osobami, které jsou nebo byly v přímém kontaktu s „terčovou“ osobou*“ (Ferenčík, 2000, s. 133). Další částí práce je analýza a interpretace získaných údajů, ze kterých je vyvozen závěr. „*Analýza dat znamená také v případových studiích zpracování empirických dat takovým způsobem, abychom byli schopni nalézt odpovědi na položené výzkumné otázky. Analýza a interpretování dat je proto úzce provázáno jak s tématem, tak s cíli celého šetření*“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 108, 109). Výzkumný vzorek byl vybrán prostřednictvím záměrného výběru. „*Záměrný výběr je potřebný proto, aby vybrané osoby byly vhodné, tj. aby měly potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí. Jen tak mohou podat bohatý a pravdivý obraz o něm*“ (Gavora, 2000, s. 144). Při své práci zohledňuji etický aspekt. Etické principy pro výzkumnou práci s lidmi byly přijaty ve 20. století Americkou psychologickou asociací a zabývají se dvěma hlavními okruhy problémů. Jedním z nich je respekt ke zkoumaným osobám, druhým je informovanost těchto osob o probíhajícím výzkumu (Ferenčík, 2000, s. 62). Se zřetelem na dodržení platné legislativy a zmíněných etických principů, neuvádím ve své práci pravá jména seniorů, kteří byli předmětem výzkumu, ale jména smyšlená. Jednotlivými zkoumanými účastníky byl udělen souhlas, jehož vzor uvádím v příloze.

## 4.2 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Empirickým šetřením chci posoudit důsledky onemocnění seniorů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení nemocničního typu ve vztahu k jejich kvalitě života a hledat možnosti nápravy v případě zjištění negativních skutečností včetně možností oboru sociální pedagogika.

Na začátku mapujícího výzkumu jsem stanovila výzkumné otázky, které měly být vodítkem při orientaci v problematice. Cílem bylo zjistit, zda jsou platné a získat další poznatky.

*Výzkumné otázky:*

1. Jsou rozdíly ve fyzickém a psychickém stavu seniora před hospitalizací v nemocničním zařízení a po ní?
2. Došlo při hospitalizaci ke změně v soběstačnosti seniora?
3. Vrací se senior po hospitalizaci do původního prostředí?

Parciální cíle jsou zaměřeny na osobnosti seniorů, jejich zdravotní stav a životní styl a na charakteristiky jejich rodinného prostředí. Pozornost je soustředěna na skutečnost, zda dochází po hospitalizaci v nemocnici u seniorů ke změně v soběstačnosti, na jejich osud po propuštění z nemocnice a na to, zda dochází ke změně jejich kvality života.

### **4.3 Metody a techniky výzkumu**

Empirické šetření bylo provedeno v rámci kvalitativního výzkumu analýzou zdravotnické a sociální dokumentace jednotlivých případů seniorů hospitalizovaných v době šetření na Klinice interní, geriatry a praktického lékařství FN Brno a metodou polostrukturovaného rozhovoru s nelékařskými pracovníky, kteří je v tomto období měli na starost. Rozhovory byly realizovány formou otevřených otázek. Otázky použité při polostrukturovaném rozhovoru jsou uvedeny v příloze č. II. Prostřednictvím rozhovoru s vrchní sestrou Kliniky interní, geriatry a praktického lékařství jsem zjišťovala informace o organizaci kliniky, chodu jednotlivých útvarů kliniky, organizaci práce a jejích specifik vzhledem k osobám seniorů. Další rozhovor jsem vedla s pracovnící Sociálně zdravotního oddělení FN Brno, která má sektorově přidělenou Klinikou interní, geriatry a praktického lékařství z hlediska sociální pomoci. Tématem rozhovoru byl rovněž aspekt organizace práce vzhledem k osobám hospitalizovaných seniorů. V obou případech jsem se snažila získat poznatky z praxe, zkušenosti a názory k dané problematice. Rozhovory probíhaly opakovaně a individuálně v pracovních nelékařských zdravotnických pracovníc.

#### 4.4 Výzkumný vzorek

Předmětem výzkumu praktické části byli senioři, hospitalizovaní v době výzkumu v nemocničním zařízení a ošetřující personál z řad nelékařských zdravotnických pracovníků, který je měl v péči. Počet seniorů, u kterých bylo prováděno empirické šetření, bylo 11 osob, z řad nelékařského zdravotnického personálu 2 osoby, z nichž je jedna zaměřená prioritně na oblast zdravotnické péče a druhá na oblast péče sociální.

Respondent	Pohlaví	Věk	Bydlení	Osoba blízká	Soběstačnost	Propuštěn (a)
1. Marie	žena	86	sama	dcera, vnučka	částečná	domů
2. Božena	žena	90	u dcery	dcera	nesoběstačná	do LDN
3. Anna	žena	82	sama	neteř	soběstačná	domů
4. Jana	žena	67	kamarád syna u ní	bratranec	částečná	domů
5. Blanka	žena	87	sama	vnuk	částečná	do LDN
6. Vlasta	žena	89	sama	sousedka	částečná	do LDN
7. Josef	muž	70	sám	dcera	částečná	do LDN
8. Karel	muž	89	sám	dcera	nesoběstačný	do LDN
9. Jan	muž	86	sám	soused	nesoběstačný	do LDN
10. Vojtěch	muž	76	s pečovatelkou	kamarád	částečná	domů
11. Jaromír	muž	84	sám	vnučka	částečná	do LDN

**TI:** Tabulka č. 1: Výzkumný vzorek

## 5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Výzkum jsem prováděla v souladu se stanoveným časovým harmonogramem na Klinice interní, geriatry a praktického lékařství FN Brno a Sociálně zdravotním oddělení FN Brno. Provádět rozhovory s hospitalizovanými seniory nebylo možné. V rámci dodržení legislativy a etických principů byl poskytnut souhlas jak nemocničního zařízení, tak jednotlivých zkoumaných osob. Vzor souhlasu zkoumaných osob uvádím v příloze I.

Informace o organizaci a provozu Kliniky interní, geriatry a praktického lékařství poskytla vrchní sestra, o činnosti Sociálně zdravotního oddělení jedna ze zdravotně sociálních pracovnic tohoto oddělení, která má sektorově v kompetenci klienty hospitalizované na KIGOPL se zaměřením na oblast sociální péče. Odpovědi na otázky doplnila její vedoucí a její kolegyně.

Informace o hospitalizovaných seniorech jsem získala ze studia dokumentace jednotlivých případů. Ze zjištěných skutečností jsem vyvodila závěry k jednotlivým výzkumným otázkám a závěr. Z důvodu ochrany údajů neuvádím pravá jména seniorů, kteří byli předmětem výzkumu, ale jména smyšlená. Zabývala jsem se případy celkem jedenácti seniorů, z tohoto počtu šesti ženami a pěti muži.

### 5.1 Data z rozhovorů s personálem

*Informace z rozhovoru z vrchní sestrou Kliniky interní, geriatry a praktického lékařství:*

KIGOPL je certifikovaným pracovištěm a v rámci FN Brno pracovištěm akreditovaným, zaměřeným na bezpečnost klientů, návštěvníků i personálu. Klinika je rozdělena na lůžkovou a ambulantní část. Lůžková část sestává ze tří lůžkových oddělení s lůžky akutními geriatrickými a standardními interními. Hospitalizace zde je charakterem akutní, interní. Ambulantní část zahrnuje příjmovou ambulanci kliniky s nepřetržitým provozem a specializovanou geriatrickou ambulanci, která je interní ambulancí pro seniory a je zaměřena především preventivně. Klinika je zároveň základnou pro výuku studentů medicíny a poskytuje praxi studentům zdravotnických škol a bakalářského studia vysokých škol. O pacienty zde pečují především lékaři a nelékařský zdravotnický personál. Z lékařů je to v první řadě ošetřující lékař, dále vedoucí lékař a o službách službu konající lékař. Z řad nelékařského zdravotnického personálu jsou to všeobecné sestry, pomocný zdravotnický personál, dle potřeby externě docházejí fyzioterapeuti a sociální pracovníci.

V rozhovoru s vrchní sestrou jsme se zaměřily na péči poskytovanou NLZP. NLZP poskytují ošetrovatelskou péči s cílem uspokojovat potřeby pacienta po stránce tělesné, duševní, sociální a duchovní. Ošetrovatelský proces při péči o pacienty obsahuje stanovení ošetrovatelské anamnézy, ošetrovatelských diagnóz, je zhotovován plán ošetrovatelské péče a hodnocení. Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracují systémem skupinové péče. Skupinová péče znamená, že veškerou ošetrovatelskou péči o určitý počet pacientů na určitém počtu pokojů má na starost konkrétní tým sester, které se střídají ve směnách. Pokoje jsou dvou a třílůžkové a jsou vybaveny signalizačním zařízením. Tým NLZP KIGOPL tvoří všeobecné sestry, diplomované všeobecné sestry, sestry specialistky, zdravotní asistenti a sanitáři. Odborná způsobilost jednotlivých kategorií je stanovena Zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Jejich počet se na jednotlivých odděleních v rámci kliniky řídí systemizací pracovních míst v souladu s požadavky zdravotních pojišťoven. Každá kategorie NLZP má specifické kompetence a konkrétní činnost pracovníků se odvíjí od jejich pracovní náplně.

Pro správně prováděnou, efektivní a bezpečnou práci je důležitá dokumentace. Z hlediska dokumentace jsou u každého pacienta zjišťovány a zaznamenány potřebné údaje. Součástí záznamů je mimo jiné ošetrovatelská anamnéza a stanovené testy. Z testů které jsou prováděny u každého pacienta je to Barthelův test (ADL), což je test aktivit denního života a test mentálních funkcí (MMS). Oba tyto testy nejsou v kompetenci sestry, ale lékaře, a jsou aplikovány jak při přijetí, tak při propouštění pacienta. Sestra v rámci ošetrovatelské anamnézy zjišťuje a provádí záznam o nemocném do sesterské dokumentace. Údaje zahrnují hodnocení nemocného z hlediska tělesné soběstačnosti, psychického stavu, spánku, smyslového vnímání, stravy a příjmu tekutin, vyprazdňování, bolesti a stavu kůže. Pro orientační zjištění fyzického a psychického stavu, činnosti, pohyblivosti a inkontinence, sestra pravidelně provádí test podle Nortonové, jehož záměrem je hodnotit u pacienta riziko proleženin. Výživový stav nemocného zjišťuje prostřednictvím nutričního dekurzu a aplikuje škálu pro stanovení rizika pádu, pro objasnění stavu pacienta v této oblasti. Další skutečnosti jsou zjišťovány podle individuálního a aktuálního stavu nemocného a s tím souvisejících potřeb např. v případě

bolestí apod. Pro každého pacienta je vyhotoven individuální plán ošetrovatelské péče, který je součástí sesterské dokumentace.

Při své práci se NLZP řídí standardními ošetrovatelskými postupy, vypracovanými pro potřeby organizace jako celku a systémem ošetrovatelských diagnóz, což znamená, že se při práci řídí postupem stanoveným pro určitou konkrétní diagnózu. Ze Zákona č. 96/2004 Sb. vyplývá povinnost vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Sestry se při dalším vzdělávání zaměřují, kromě vzdělávacích akcí vztahujících se přímo k jejich specializaci, mimo jiné také na komunikační dovednosti. Senioři jsou specifickou skupinou nejen z hlediska komunikace. V poslední době nabývá při komplexní péči o pacienty obecně, i o seniory, na významu oblast bazální stimulace. Jedná se o stimulační techniky, které podporují vnímání, pohyb a komunikaci. Smyslem je zohlednit individuální zvyklosti pacienta a hlavní snahou je přiblížit mu co nejvíce domov. Také v této oblasti se NLZP vzdělávají.

Práce v lůžkové části kliniky probíhá za dodržování ochranného léčebného režimu, činnosti jsou hlavně diagnostické, léčebné a rehabilitační. Tým je multidisciplinární. Chod jednotlivých oddělení kliniky se řídí domácím řádem, který je v souladu s právy pacientů. Domácí řád obsahuje informace k denním činnostem. Sem patří ranní buzení, vizity, stravování, podávání léků, možnosti spojené s oblečením, informace o návštěvách, možnosti vycházek mimo oddělení, informovanosti o zdravotním stavu, možnosti sledovat televizi, informace o hygieně, uložení cenností, doplňkových službách, možnosti vznesení připomínek a další. Časový harmonogram zahrnuje časy, ve kterých jsou vykonávány jednotlivé činnosti. Jedná se o buzení pacientů, hygienu, úpravu lůžek, odběry biologického materiálu, léčebné, vyšetřovací a ošetrovatelské úkony, režim stravování, lékařské vizity, časy plnění ordinací lékařů, vyšetření pacientů, podávání léků, měření teplot, tlaku, pulsu, příjem a propouštění pacientů, návštěvy pacientů, také odpolední a noční klid. Tento denní časový harmonogram je rozvrhem práce personálu a zajišťuje orientaci a informovanost pacientů. Na klinice je k dispozici příručka pro hospitalizované pacienty Průvodce pacienta od A do Z KIGOPL. Mottem Průvodce KIGOPL je citát Jana Wericha: „*Neříkej, že nemůžeš, když nechceš. Protože přijdou velmi brzy dny, kdy to bude daleko horší. Budeš pro změnu chtít a pak už nebudeš moci.*“ Tato příručka obsahuje již zmíněný domácí řád, časový harmonogram a další potřebné informace o skladbě kliniky a jejím poslání, procesu propuštění z nemocnice, rady z hlediska bezpečí, informaci o možnosti spirituální péče a další. Součástí jsou práva a povinnosti pacienta. Dostupná

na jednotlivých odděleních kliniky je také publikace pojednávající o nemocech, které se ve stáří nejčastěji vyskytují.

Celý tým KIGOPL usiluje o zachování a posílení soběstačnosti nemocných, aby nemuseli být závislí na pomoci druhých lidí a mohli se vrátit do svého původního, domácího prostředí. Cílem je poskytnout kvalitní a bezpečnou lékařskou a ošetrovatelskou péči se snahou o navrácení a upevnění zdraví, to vše s úctou k pacientovi a zachování důstojnosti. Všichni se zaměřují na zlepšení kvality života svých pacientů, usilují o jejich maximální spokojenost. Vycházejí z tvrzení, že stáří a chorobu nelze ztotožňovat.

Úzce a pravidelně spolupracují s pracovníky Rehabilitačního oddělení, Sociálně zdravotního oddělení a Oddělení domácí péče. V případě, kdy je pacient po zlepšení nebo alespoň stabilizaci jeho zdravotního stavu propuštěn domů, informují pacienta nebo jeho blízké o existenci a službách Oddělení domácí péče. Pokud je potřeba řešit sociální problémy, překlad pacienta k pokračování léčby, rehabilitaci dlouhodobějšího charakteru, je zapojeno Sociálně zdravotní oddělení. Spolupráce se SZO se uskutečňuje prostřednictvím schůzek probíhajících pravidelně, ve stanovených intervalech. Schůzek se účastní pracovnice SZO, zástupce lékařů, vrchní sestra, staniční sestry KIGOPL. Společně aktuálně konzultují jednotlivé případy hospitalizovaných osob. Sledují mimo jiné hledisko soběstačnosti a možnosti návratu pacienta do domácího prostředí. V případě problémů řeší případ pracovnice SZO. V akutním případě se zapojuje do problému bezprostředně, obratem, nečeká na termín schůzky. Největším problémem nejen z pracovního, ale i z hluboce lidského hlediska, je těžce, nevléčitelně nemocný, nesoběstačný, osamělý senior, bez sociálního zázemí rodiny či jiných blízkých.

*Informace z rozhovoru s pracovnící Sociálně zdravotního oddělení FN Brno, která má sektorově přidělenou Klinikou interní, geriatric a praktického lékařství:*

Sociálně zdravotní oddělení FN Brno je pracovištěm v rámci nemocničního zařízení, které je zaměřeno především na poskytování sociálního poradenství hospitalizovaným pacientům, případně jejich blízkým. Poradenství se týká pacientů hospitalizovaných na některém z oddělení nemocničního zařízení, kteří se vlivem svého zdravotního stavu z určitých důvodů, např. v důsledku ztráty soběstačnosti, ocitnou v nepříznivé sociální situaci, kterou nejsou schopni řešit a zvládnout vlastními silami a nejsou toho schopni ani jejich blízcí. Do této kategorie nemocných často spadají i senioři. Jednotliví pracovníci



oddělení mají v rámci nemocnice sektorově rozdělena oddělení s tím, že je udržována vzájemná zastupitelnost. Rozhovor byl veden s jednou ze zdravotně sociálních pracovník tohoto oddělení, která má sektorově v péči pacienty hospitalizované na KIGOPL. Odpovědi na otázky doplnila její vedoucí a její kolegyně. Pracovnice spadají do kategorie nelékařských zdravotnických pracovníků. Odborná způsobilost pro výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka, kterými ony jsou, je dána Zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Jejich vzdělání je v souladu se zákonem a mají způsobilost pro výkon sociální práce ve zdravotnictví. Provádějí činnosti v rámci preventivní, diagnostické a sociálně rehabilitační péče ve svém oboru.

Obecně je v případě akutního problému zdravotně sociální pracovníce kontaktována příslušným oddělením, kde se pacient s problémem nachází nebo se o jeho problému dozví na pravidelné schůzce (např. u geriatrických pacientů). Provede sociální diagnostiku. Zjišťuje sociální anamnézu, která je základem pro identifikaci a způsob řešení sociálního problému. Zaměřuje se na údaje, které jsou důležité pro řešení. Sociální anamnéza obsahuje všechny nezbytné potřebné informace o pacientovi a charakteru jeho problému. Pracovnice zjišťuje také rodinnou anamnézu a diagnózu, které vedla k dané situaci. Vše probíhá v souladu s platnou legislativou, Zákonem na ochranu osobních údajů a za dodržení základních etických principů. Informace získává podle situace buď od samotného pacienta, od jeho rodinných příslušníků, od zdravotnického personálu, v jehož péči pacient je a z pacientovy zdravotnické dokumentace. Stanovuje plán sociální pomoci podle možností pacienta, jeho rodiny, blízkých a institucí zajišťujících zdravotní a sociální péči po ukončení akutní hospitalizace pacienta. Zároveň motivuje pacienta a jeho blízké ke spolupráci. Při zajišťování následné péče vychází z pacientova svobodného přání a přihlíží při tom k jeho aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu. Vypracovává zdravotně sociální kartu, ve které jsou zaneseny veškeré skutečnosti související s případem, včetně řešení. Tyto karty předává příslušnému oddělení, odkud byl pacient propuštěn. Karty jsou zakládány do jeho zdravotnické dokumentace. Pro informovanost a evidenci existuje elektronická podoba nabídky následné péče, obsahující výčet zařízení, která následnou péči potřebným pacientům propuštěným z FN Brno zajišťují, název

služby, kterou nabízí, místo, kde se nachází, kontakty, indikační kritéria pro přijetí, také příslušný formulář žádosti o umístění.

Cílem Sociálně zdravotního oddělení je co nejvíce uspokojit životní potřeby pacientů s ohledem na jejich zdravotní stav a sociální situaci.

Největším problémem je, a tím se z hlediska seniorů ztotožňuje pracovnice SZO s vrchní sestrou KIGOPL, těžce nemocný, nesoběstačný, osamělý člověk bez sociálního zázemí rodiny či jiných blízkých. Za problém považuje také nespolupracujícího pacienta nebo jeho rodinu a blízké. Po všech stránkách problematické se v praxi jeví umístění klienta do následné péče, protože je nedostatek zařízení poskytujících tyto služby a nedostatek následných lůžek v nich.

Z rozhovorů s vrchní sestrou KIGOPL a pracovníci SZO vyplynuly cenné informace ohledně organizace a provozu. Poskytly informace o prostředí, ve kterém byli zkoumaní seniori přechodně umístěni. Díky vstřícnému přístupu kvalifikovaného personálu a dostupné dokumentaci jsou adekvátně informováni pacienti i jejich blízcí, což vytváří srozumitelný řád a kladně přispívá k průhlednosti prostředí a procesů a napomáhá tlumit obavy a nejistotu pacientů.

## **5.2 Data z případových studií**

Údaje byly získány ze zdravotnické a sociální dokumentace jednotlivých případů seniorů hospitalizovaných v době šetření na Klinice interní, geriatrické a praktického lékařství. Zabývala jsem se případy celkem jedenácti seniorů. Vybrána byla obě pohlaví, šest žen a pět mužů. Z důvodu ochrany údajů neuvádím ve své práci pravá jména seniorů, kteří byli předmětem výzkumu, ale jména smyšlená.

### *Případová studie č. 1*

Jméno: Marie

Věk: 86 let

Bydliště, bydlení: velkoměsto, bydlí sama

Rodinný stav: vdova

Nejbližší osoby: dcera, vnučka

Dosažené vzdělání: střední

Zaměstnání: starobní důchodce

Důvod hospitalizace: problémy se srdeční činností, dušnost

Pořadí hospitalizace ve sledovaném nemocničním zařízení: pátá

Délka aktuální hospitalizace na KIGOPL: 15 dnů

Přítomnost polymorbidity: 8 diagnóz

Léčba: podáváno více léků současně

Soběstačnost: částečně soběstačná

Po hospitalizaci propuštěna: domů

Paní Marie byla na KIGOPL, oddělení A, přijata v důsledku bolesti na hrudi, dušnosti, nevolnosti a celkové slabosti, točení hlavy a otoků dolních končetin. Problémy se srdeční činností a dušností měla již delší dobu. Léčila se u svého praktického lékaře, brala předepsané léky. Její stav se akutně zhoršil. V rodinné anamnéze se vyskytuje u více příbuzných cévní mozková příhoda. V důsledku závratí a pádu, který má v osobní anamnéze, je nejistá při chůzi. Je částečně soběstačná, pomoc potřebuje mírnou, při chůzi, hygieně, jídle a oblékání. Stěžuje si na bolest kyčlí. Kůži má suchou, trpí otoky. Diabetes u ní nebyl diagnostikován. Po stránce stravování není problém. S přijímáním tekutin je to horší. Má snížený pocit žízně, je potřeba ji kontrolovat. Pití alkoholu a kouření u ní bylo negováno. Trpí občasnou močovou inkontinencí, v průběhu hospitalizace byl zaznamenán i případ inkontinence stolice. Dekubity nemá. Je klidná, s personálem spolupracuje, psychický stav je bez patologie. Její smyslové vnímání odpovídá věku, komunikace s ní je dobrá. Spánek má pravidelný, klidný. Barthelův test aktivit denního života, provedený při přijetí byl vyhodnocen s celkovým závěrem lehká závislost. U hodnocených aktivit týkajících se samostatnosti jídla a pití, oblékání, koupání, osobní hygieny, použití WC a přesunu lůžko – židle potřebovala paní Marie po dobu hospitalizace pouze občasnou pomoc. Při propuštění byl v těchto bodech zaznamenán výsledek samostatně. Chůze po rovině a schodech byla s občasnou pomocí v obou případech. Inkontinence moči byla při přijetí i propuštění vyhodnocena jako občasná, stolice byla v pořádku. Výsledek testu mentálních funkcí MMS, v rámci něhož je vyhodnocována orientace, zapamatování údajů, pozornost a počítání, paměť, řeč, schopnost opakování údaje, vykonání úkonů podle pokynů, čtení a znázornění porozumění obsahu, psaní a také motorická aktivita byl

při přijetí i propuštění v normě. Test podle Nortonové byl prováděn v průběhu hospitalizace opakovaně za účelem zjištění ohrožení rizikem vzniku proleženin. Zde byl orientačně zaznamenáván fyzický stav, psychický stav, činnost, pohyblivost a inkontinence s výsledkem, že u paní Marie toto ohrožení není. Celkovým výsledkem škály pro stanovení rizika pádu, bylo riziko pádu. Pád měla paní Marie zaznamenán i v anamnéze. Byla seznámena s preventivními standardními opatřeními. Dostala na ruku identifikační náramek s příslušným barevným značením, při vstávání a opouštění lůžka měla přivolat ošetřující personál. Byla jí nastavena vyhovující výška lůžka, na dosah jí bylo instalováno tlačítko signalizace a umístěny osobní věci. Bylo zkontrolováno a udržováno okolí lůžka, aby se zde nevyskytovaly překážky, na noc byla ponechána tlumeně rozsvícená světla. Během 15 dnů hospitalizace byla paní Marie залéčena, stabilizována a schopna samostatné chůze. Po propuštění byla sanitním vozem převezena domů a předána do péče praktického lékaře. Jako opatření byla doporučena aktivizace, dopomoc a zajištění dohledu.

Z dokumentace SZO:

O nemocnou maminku se před hospitalizací starala dcera. Paní Marie bydlí sama a dcera a vnučka ji před hospitalizací pravidelně navštěvovaly. Paní Marie je soběstačná částečně, vyžaduje dohled a kontrolu. Od roku 2011 má podánu žádost o umístění do domova pro seniory. Pobírá příspěvek na péči. Nyní dcera péči o ni již zvládá obtížně. Zdravotně sociální pracovnice probírala s dcerou paní Marie alternativy.

### *Případová studie č. 2*

Jméno: Božena

Věk: 90 let

Bydliště, bydlení: malá obec, bydlí u dcery

Rodinný stav: vdova

Nejbližší osoby: dcera

Dosažené vzdělání: neuvedeno

Zaměstnání: starobní důchodce

Důvod hospitalizace: bronchopneumonie, městnavé selhání srdce

Pořadí hospitalizace ve sledovaném nemocničním zařízení: čtvrtá

Délka aktuální hospitalizace na KIGOPL: 19 dnů

Přítomnost polymorbidity: 10 diagnóz

Léčba: podáváno více léků současně

Soběstačnost: nesoběstačná

Po hospitalizaci propuštěna: do LDN

Paní Božena byla hospitalizována na KIGOPL, oddělení B, pro vysoké horečky, ztížené dýchání, apatii, nepřijímání tekutin a jídla a celkové zhoršení stavu. Této hospitalizaci předcházela hospitalizace ve stejném nemocničním zařízení, v důsledku rehabilitace po zlomenině krčku stehenní kosti, trvající 9 dnů. Následně byla umístěna k rehabilitaci do LDN. Odsud si ji dcera vzala domů s tím, že je nutná plná ošetrovatelská péče, ošetřování inkontinence hygienickými pomůckami, ošetřování dekubitů a pravidelné kontroly srdečních oběhových parametrů. Paní Božena je imobilní, dlouhodobě ležící osobou. Doma pak došlo ke zhoršení stavu, byla převezena vozem rychlé záchranné služby na KIGOPL a znovu hospitalizována. Trpí ischemickou chorobou srdeční, hypertenzí, problémy s gastrointestinálním traktem, byla u ní také diagnostikována demence a výskyt dekubitů. Diabetes diagnostikován nebyl. Z dokumentace vyplývá, že je paní Božena neorientovaná, spolupráce s ní je omezená. S lékařem ohledně jejího stavu komunikuje dcera. Nutriční stav je dobrý. V sesterské dokumentaci je zaznamenána nesoběstačnost, inkontinence, dezorientovanost místem, časem i osobou, nepravidelný, ale klidný spánek, smyslové vnímání přiměřené věku a stavu pacientky, suchá kůže s dekubity, riziko vzniku dehydratace a bolest celého těla. Z Barthelova testu ADL vyplývá, že se při přijetí nenají a nenapije samostatně, při propuštění s pomocí. Stejný výsledek byl zaznamenán u oblékání. Osobní hygienu, použití WC a samostatné koupání neprovede ani při přijetí, ani po propuštění. Je inkontinentní z hlediska močení, z hlediska stolice občas. Přesun lůžko – židle při přijetí neprovede, při propuštění s dopomocí. Chůzi po rovině ani schodech neprovede, pohyb je možný pouze na vozíku. Výsledek celkového vyhodnocení závislosti v základních všedních činnostech je v pásmu vysoce závislá při přijetí i propuštění. Dle MMS je úroveň kognitivních schopností v pásmu těžké demence. Časoprostorovou orientaci má výrazně narušenu. Demence u ní byla diagnostikována již dříve a byla doporučena psychiatrická péče. Z opakovaně prováděného testu dle Nortonové vyplývá, že je paní Božena silně ohrožena výskytem proleženin. Celkovým výsledkem

škály pro stanovení rizika pádu, bylo riziko pádu. Pád měla paní Božena zaznamenán v anamnéze. Hrozba pádu vyplývá ze zmatenosti a tím nedostatečného vnímání rizik, z poruchy chůze, závratí. V souvislosti s tím byla provedena standardní opatření. Po залéčení, kompenzaci a stabilizaci stavu byla převezena sanitním vozem do LDN.

Z dokumentace SZO:

O pacientku se stará dcera. V důsledku úrazu byla po propuštění z nemocnice umístěna v LDN za účelem rehabilitace. Odsud ji vzala dcera domů. Zde došlo k akutnímu zhoršení stavu. Pacientka byla opět odvezena do nemocnice a hospitalizována na KIGOPL. Po propuštění byla znovu převezena sanitním vozem do LDN, kde budou její situaci dále řešit. Příspěvek na péči nepobírá.

### *Případová studie č. 3*

Jméno: Anna

Věk: 82 let

Bydliště, bydlení: velkoměsto, bydlí sama

Rodinný stav: svobodná, bezdětná

Nejbližší osoby: neteř

Dosažené vzdělání: střední

Zaměstnání: starobní důchodce

Důvod hospitalizace: infekce močových cest

Pořadí hospitalizace ve sledovaném nemocničním zařízení: první

Délka aktuální hospitalizace na KIGOPL: 17 dnů

Přítomnost polymorbidity: 4 diagnózy

Léčba: podáváno více léků současně

Soběstačnost: soběstačná

Po hospitalizaci propuštěna: domů

Paní Anna byla převezena vozem rychlé záchranné služby do nemocnice pro zmatenost. Pustila si doma plyn, zapoměla zapálit hořák. Sousedé se obávají o její zdraví, k této

situaci došlo opakovaně. Vyšetřením byla diagnostikována infekce močového ústrojí. Diabetes zjištěn nebyl. Paní Marie byla hospitalizována na KIGOPL, oddělení C. Žije sama, děti nemá. Dochází za ní neteř. Je soběstačná, ale zapomnětlivá. Z dřívějšíka má diagnostikovanou lehkou kognitivní poruchu smíšené etiologie. Nutričně je v norně, byla zaznamenána a řešena dehydratace. Je nekuřačka, alkohol nepije. Celkově je orientovaná částečně, místem a osobou, ne časem. S lékařem a ostatním personálem spolupracuje. Podle neteře se u ní projevuje již delší dobu zapomínání. Ze sesterské dokumentace vyplývá občasná pomoc při chůzi, hygieně, oblékání. Samostatně se nají a napije. Pacientka se jevila jako klidná, s pravidelným klidným spánkem. Smyslové vnímání měla odpovídající věku, kůži suchou, subjektivně byla bez bolesti. Barthelův test pro hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech měl celkový závěr lehká závislost na horní hranici směrem k nezávislosti. Oblékání, koupání, osobní hygienu, použití WC, přesun z lůžka na židli, chůzi po rovině i po schodech, jak vyplývá z testu, zvládá s občasnou pomocí. Po propuštění pak samostatně. Kontinence stolice zaznamenána nebyla, v případě kontinence moči byla pacientka vyhodnocena v obou případech jako občas inkontinentní. Výsledek testu MMS potvrdil lehkou poruchu mentálních funkcí. Při opakovaném provedení bodového hodnocení podle Nortonové, zaměřeného na riziko proleženin, nebylo toto riziko ani v jednom případě zaznamenáno. Rovněž riziko pádu nebylo po vyhodnocení škály pro stanovení rizika pádu stanoveno. V rámci hospitalizace bylo provedeno psychiatrické konzilium. Paní Anna samu sebe hodnotí jako soběstačnou, zvládá nákupy, vaření, úklid, procházky. Je domluvena s neteří, že se o ni v případě potřeby v rámci svých možností postará. Zatím k takové situaci nedošlo. Je spokojená, udržuje kontakt se svými kamarádkami. Má nedůvěru k cizím lidem, nikoho cizího by do bytu nepustila. Působí bezproblémově. Akutní psychiatrická léčba po dobu hospitalizace nebyla předepsána. Vzhledem k mentálnímu deficitu bylo lékařem doporučeno situaci konzultovat s rodinou, provést šetření v místě bydliště, případně situaci řešit prostřednictvím následné sociální péče cestou praktického lékaře. Byla doporučena kontrola v psychiatrické ambulanci v místě podle sektoru. V dokumentaci je záznam o nutnosti řešení sociální situace. Paní Anna se chce vrátit domů, odmítá LDN. Neteř se o ni starat nemůže, žije v jiné obci. Paní Anna je po zalečení propuštěna domů. Je objednána do geriatrické ambulance k došetření kognitivního deficitu. Neteř je poučena, že je nutný dohled. V případě zhoršení stavu bude nutné sociální řešení.

Z dokumentace SZO:

Pracovnice SZO jednala osobně s pacientkou. Pacientka připouští, že mohla nechat puštěný plyn. Chce se vrátit domů. Domov pro seniory zásadně odmítá. Další jednání proběhlo s neteří. Neteř za tetou dojíždí, postoj své tety zná a bude se o ni nadále starat. Pracovníci SZO bylo doporučeno zavedení pečovatelské služby, především dovážení obědů. Neteř rozhodla, že nechá tetě odpojit plyn a pořídí jí malý elektrický vaříč. Není však doporučován ani vaříč. Nejvhodnější navrhanou alternativou je dovážení obědů pečovatelskou službou a ohřev za pomoci mikrovlnné trouby, kterou paní Anna vlastní. Neteři byly, mimo jiné, poskytnuty informace o možnostech další péče, o podmínkách řešení umístěním tety v domově pro seniory, pokud by došlo ke zhoršení stavu, také alternativa domova pro seniory se zvláštním režimem. Byly jí předány seznamy těchto zařízení, informace o nejbližší pečovatelské službě v místě bydliště tety a také informace o možnosti pobírat příspěvek na péči.

#### *Případová studie č. 4*

Jméno: Jana

Věk: 67 let

Bydliště, bydlení: velkoměsto, bydlí s pečovatelem, kamarádem syna

Rodinný stav: rozvedená

Nejbližší osoby: bratranec

Dosažené vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: dříve invalidní důchodce, nyní starobní důchodce

Důvod hospitalizace: recidiva fibrilace srdečních síní

Pořadí hospitalizace ve sledovaném nemocničním zařízení: šestá

Délka aktuální hospitalizace na KIGOPL: 5 dnů

Přítomnost polymorbidity: 18 diagnóz

Léčba: podáváno více léků současně

Soběstačnost: částečně soběstačná



Po hospitalizaci propuštěna: domů

Paní Jana byla již dříve hospitalizována na KIGOPL, oddělení B, v důsledku infekce močových cest, která měla za následek zhoršení jejího celkového stavu. Po té byla přeložena do LDN. Odsud se vrátila domů. V anamnéze má záznam, kdy byla praktickým lékařem odeslána do psychiatrické léčebny pro abúzus hypnotik a rizikové chování související s kouřením. Subjektivně popírá, že by byla nebezpečná sobě a okolí. Z hlavních život ohrožujících nemocí je v anamnéze uvedeno onemocnění srdce. Jsou zde evidovány pády, až desetkrát za rok spadne. Prodělala více zlomenin různých částí těla. Trpí osteoporózou. Diabetes u ní prokázán nebyl. Je kuřačka, alkohol neguje. Nutričně je v normě. Před nynější hospitalizací na KIGOPL C byla asi týden imobilní. Byla přivezena vozem rychlé záchranné služby pro zhoršení dušnosti. Jestli brala předepsané léky, si nevzpomíná. Dušnost nastoupila při sporu s pečovatelem. S lékařem i ostatním personálem spolupracuje. V sesterské dokumentaci je zaznamenáno, že paní Jana je částečně soběstačná při chůzi a hygieně, je klidná, s pravidelným spánkem, kůži má suchou, defektů, smyslové vnímání dobré. Je evidována bolest ramene a upozornění na nedostatečné vnímání rizik ze strany pacientky. Barthelův test aktivit denního života ji vyhodnotil jako lehce závislou, stejně při přijetí, jako při propuštění. Soběstačná je z hlediska jídla, pití, oblékání. Při osobní hygieně a koupání potřebuje občasnou pomoc. Je občasně močově inkontinentní, v případě stolice je plně kontinentní. Problém má s mobilitou. S malou pomocí se přesune z lůžka na židli, chůzi po rovině zvládne s pomocí, po schodech neprovede. Vyhodnocení testu mentálních funkcí MMS bylo při propuštění rovněž stejné jako při přijetí. Vyhodnocena byla lehká kognitivní porucha. Hodnocení podle Nortonové sděluje, že pacientka není ohrožena výskytem proleženin. Pomocí škály pro stanovení rizika pádu u ní bylo riziko potvrzeno a byla provedena standardní opatření. Vzhledem k bolesti ramene, u ní bylo opakovaně, po dobu hospitalizace, prováděno hodnocení bolesti pomocí grafického záznamu formou pravitka bolesti a na výsledky bylo odpovídajícím způsobem medikamentózně reagováno. Po léčbě a stabilizaci stavu byla propuštěna na své přání domů.

Z dokumentace SZO:

Pacientka má velmi složitou sociální situaci. Řeší ji již delší čas. Původně se synem probírali možnost využití služeb pečovatelské služby. Syn před několika lety spáchal sebevraždu. Po určitou dobu vzhledem ke svému zdravotnímu stavu pobývala v LDN. V současné době žije s pečovatelem, kamarádem svého syna. Má pocit, že ji využívá

z finančního hlediska a chce se jí zbavit. Poskytuje jí pouze nezbytnou pomoc, mají spolu konflikty. Sama se vyjadřuje, že jeho péče je pro ni velmi drahá. Bratranec, kterého udává jako osobu blízkou, žije daleko od jejího bydliště. Má zažádáno o umístění v domově pro seniory, do nástupu sem si přeje zůstat doma. Do LDN nechce, byla zde nespokojena. Umístění do domova pro seniory je urgováno a jsou jí vysvětleny další možnosti péče. Informace o pobírání příspěvku na péči není uvedena.

*Případová studie č. 5*

Jméno: Blanka

Věk: 87 let

Bydliště, bydlení: velkoměsto, bydlí sama

Rodinný stav: vdova

Nejbližší osoby: vnuk, pečuje pečovatelka

Dosažené vzdělání: neuvedeno

Zaměstnání: starobní důchodce

Důvod hospitalizace: mdloba, zhroucení, srdeční kolaps

Pořadí hospitalizace ve sledovaném nemocničním zařízení: druhá

Délka aktuální hospitalizace na KIGOPL: 8 dnů

Přítomnost polymorbidity: 10 diagnóz

Léčba: podáváno více léků současně

Soběstačnost: částečně soběstačná

Po hospitalizaci propuštěna: do LDN

Paní Blanka byla přeložena na KIGOPL, oddělení A, z chirurgie, kde byla hospitalizována pro akutní problém se žlučníkem. Poté byla propuštěna domů. Hned následující den byla přijata na KIGOPL A pro slabost a pád. Již lékař příjmové ambulance při rozhodnutí o rehospitalizaci doporučil následné přeložení pacientky do LDN, se kterým paní Blanka souhlasila. Příbuzní jí slíbili, že za ní přijedou (bydlí v jiném městě), ale nedostavili se. Paní Blanka trpí opakovanými pády, upadla i v ordinaci praktické lékařky. Neudrží se

na nohou. K chůzi používá hole. Je také postižena téměř úplnou hluchotou, která oboustranně omezuje komunikaci. Nelze se s ní domluvit. Lékaři čerpají informace hlavně z dokumentace pacientky. V evidenci osobních věcí pacienta jsou uvedeny francouzské hole a sluchadlo. Místem, osobou i časem je orientovaná. Se zdravotnickým personálem spolupracuje v rámci možností. Mezi chorobami, které u ní byly na základě zdravotního stavu diagnostikovány, je uvedena také ischemická choroba srdeční a hypertenze. Diabetes zjištěn nebyl. Nutričně je v normě, na základě nutričního dekurzu byla přidělena příslušná stravovací dieta. Ze sesterské dokumentace vyplývá, že je paní Blanka soběstačná částečně a to při chůzi a hygieně. Po psychické stránce byla vyhodnocena jako klidná, spánek má pravidelný. Z hlediska smyslového vnímání je zaznamenána porucha sluchu. Kůži má bledou, suchou. Trpí občasnou inkontinencí moči, ne stolice. Bolestmi netrpí. Barthelův test aktivit denního života ji vyhodnotil, stejně jako vyplývá ze sesterské dokumentace, jako částečně závislou. Tento závěr byl stejný při přijetí i při propuštění. Soběstačná je z hlediska jídla, pití, oblékání. Při osobní hygieně a koupání potřebuje občasnou pomoc. Zaznamenána je močová inkontinence, v případě stolice je plně kontinentní. Problém má s mobilitou. S dopomocí se přemístí z lůžka na židli, chůzi po rovině uskuteční s pomocí, chůzi po schodech nezvládá. Závěr testu mentálních funkcí MMS byl při propuštění stejný jako při přijetí. Základní problémem je porucha sluchu. Z opakovaně prováděného hodnocení podle Nortonové vyplývá, že pacientka může být ohrožena výskytem proleženin. Provedená škála pro stanovení rizika pádu potvrdila riziko pádu a byla provedena standardní opatření. Po kompenzaci a stabilizaci stavu byla paní Blanka převezena do LDN.

Z dokumentace SZO:

Paní Blanka žije sama, dochází za ní pečovatelka. Pobírá příspěvek na péči. Vnuk, kterého udává jako blízkou osobu, žije přes 80 km od jejího bydliště. Paní Blanka má dlouhodobě podanou žádost o umístění do domova pro seniory a sama i vnuk ji opakovaně urgují. Řešení situace se jeví schůdné pouze urgentním umístěním pacientky po propuštění z nemocnice do LDN. Odtud by měla nastoupit do domova pro seniory. Ze strany SZO byly podniknuty příslušné kroky.

*Případová studie č. 6*

Jméno: Vlasta

Věk: 89 let

Bydliště, bydlení: velkoměsto, bydlí sama

Rodinný stav: vdova, bezdětná

Nejbližší osoby: sousedka

Dosažené vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: starobní důchodce

Důvod hospitalizace: bolest na hrudi, problém s dýcháním

Pořadí hospitalizace ve sledovaném nemocničním zařízení: první

Délka aktuální hospitalizace na KIGOPL: 8 dnů

Přítomnost polymorbidity: 6 diagnóz

Léčba: podáváno více léků současně

Soběstačnost: částečně soběstačná

Po hospitalizaci propuštěna: do LDN

Paní Vlasta byla přivezena do nemocnice vozem rychlé záchranné služby pro bolest na hrudi, ztížené dýchání, zhoršení mobility a celkového stavu. Byla hospitalizována na KIGOPL, oddělení A. V anamnéze má uvedenu, mimo jiné, zhoršenou mobilitu, pohybuje se pomocí chodítka. Dále je zde záznam o riziku pádu, městnavém srdečním selhání a hypertenzi. Diabetes diagnostikován nebyl. Nutričně je v normě, bez rizika podvýživy a dehydratace. Je nekuřačka a alkohol nepožívá. Je orientovaná, dezorientovaná byla pouze nějakou dobu při přijetí. S personálem spolupracuje a komunikuje. Podle sesterské dokumentace je soběstačná částečně, pomoc potřebuje při chůzi, hygieně a při oblékání. Jeví se klidná, spánek má pravidelný. Trpí občasnou inkontinencí moči, se stolicí problém není. Její smyslové vnímání odpovídá věku. Kůži má suchou, bolest nebyla registrována. Barthelův test aktivit denního života byl celkově vyhodnocen se závěrem lehká závislost a to při přijetí i při propuštění. Je zde shodně se sesterskou dokumentací zaznamenána dopomoc při hygieně a oblékání, pití a jídlo zvládá sama. Přesun lůžko – židle uskutečňuje s občasnou pomocí. Největší problém je s chůzí, sama

neprovede ani chůzi po rovině. Pohybuje se pomocí chodítka. WC zvládá bez pomoci. Inkontinence moči byla zaznamenána jako občasná, v případě stolice je plně kontinentní. Test mentálních funkcí MMS měl rovněž shodný výsledek vyhodnocení při přijetí i propuštění. Z počtu dosažených bodů byla vyhodnocena lehká porucha. Podle testu Nortonové není pacientka ohrožena výskytem proleženin. Ze škály pro stanovení rizika pádu vyplývá ohrožení, případy pádu má uvedeny v anamnéze. Stejně jako všichni takto ohrožení pacienti, byla seznámena se standardními preventivními opatřeními. Byla identifikována náramkem s příslušným barevným značením na ruce, při vstávání a opouštění lůžka měla přivolat ošetřující personál. Byla jí nastavena vyhovující výška lůžka, na dosah jí bylo instalováno tlačítko signalizace a umístěny osobní věci. Bylo zkontrolováno a udržováno okolí lůžka, aby se zde nevyskytovaly překážky, na noc byla ponechána tlumeně rozsvícená světla. Po kompenzaci a stabilizaci stavu byla paní Vlasta umístěna v LDN.

Z dokumentace SZO:

Paní Vlasta bydlí sama, doma to nezvládá, nemá se o ni kdo postarat. Příspěvek na péči nepobírá. Pracovníci SZO jí byly podány informace a probrány možnosti další péče. Bylo doporučeno podat žádost o umístění do domova pro seniory a podána žádost o překlad do LDN, kam byla pacientka po ukončení hospitalizace na KIGOPL převezena sanitním vozem.

#### *Případová studie č. 7*

Jméno: Josef

Věk: 70 let

Bydliště, bydlení: malá obec, bydlí sám

Rodinný stav: neuveden

Nejbližší osoby: dcera

Dosažené vzdělání: neuvedeno

Zaměstnání: starobní důchodce

Důvod hospitalizace: kolaps, hypertenze

Pořadí hospitalizace ve sledovaném nemocničním zařízení: první

Délka aktuální hospitalizace na KIGOPL: 12 dnů

Přítomnost polymorbidity: 4 diagnózy

Léčba: terapie při hospitalizaci

Soběstačnost: částečně soběstačný

Po hospitalizaci propuštěn: do LDN

Pan Josef byl hospitalizován na KIGOPL, oddělení B, v důsledku hypertenze a bolesti celého těla. Do nemocnice byl přivezen vozem rychlé záchranné služby. Byl nalezen ležící na ulici kolemjdoucími. Ti přivolali policii. Dechová zkouška na alkohol byla negativní. Pro kolaps byl odeslán do nemocnice. Z dokumentace vyplývá, že bylo obtížné získat od pacienta anamnézu. Sám neví, co se stalo, je slabý, dezorientovaný, orientovaný pouze osobou. Neodpovídá, chce domů. Má třes. Na těle má hematomy různého stáří, vzniklé v důsledku pádů. Nedostatečně vnímá toto riziko. Mobilní je pouze do sedu s dopomocí, při tom se snaží spolupracovat. Je dehydratovaný, hygienicky zanedbaný. Dcera informovala, že je pacient etylik. Při opakovaných kolapsech docházelo ke křečím, pomočení, třesu a zmatenosti. Sám přiznává 1 litr vína na den. Pije alkohol už od mládí. Vyšetřeními bylo zjištěno onemocnění jater a ledvin. Diabetes prokázán nebyl. Nutričně nejví známky podvýživy, ani mu v důsledku hospitalizace nehrozí. Dle sesterské dokumentace je pacient částečně soběstačný, pomoc potřebuje při chůzi, s hygienou, stravou a oblékáním. Psychicky se jeví zmatený. Spánek má pravidelný. Smyslové vnímání je přiměřené věku a dosavadnímu způsobu života. Kůži má zarudlou s modřinami na dolních končetinách. Bolest neprojevuje. Je močově občasně inkontinentní, se stolicí není problém. Se všemi uvedenými parametry koriguje výsledek Barthelova testu aktivit denního života při přijetí. Při propuštění je evidováno zlepšení. Pomoc při chůzi potřebuje nadále, ostatní činnosti zvládá samostatně. Na základě testu mentálních funkcí MMS byla vyhodnocena kognitivní porucha středního stupně. Z vyhodnocení testu podle Nortonové nevyplývá pro pana Josefa riziko proleženin. Ze škály pro stanovení rizika pádu vyplývá vysoké riziko pádu a jsou provedena standardní opatření. Po stabilizaci stavu a rehabilitaci chůze v chodítku byl přeložen do LDN.

Z dokumentace SZO:

Stav pana Josefa byl probrán nejen s ním samotným, ale i s dcerou, které byly vysvětleny okolnosti a možnosti případu jejího otce. Po domluvě byla podána žádost o umístění

do LDN, kam byl pacient po propuštění z nemocnice přeložen. Další péči bude řešit LDN podle stavu pacienta. Informace o pobírání příspěvku na péči není uvedena.

*Případová studie č. 8*

Jméno: Karel

Věk: 89 let

Bydliště, bydlení: velkoměsto, bydlí sám

Rodinný stav: vdovec

Nejbližší osoby: dcera

Dosažené vzdělání: vyučen

Zaměstnání: starobní důchodce

Důvod hospitalizace: ischemická choroba srdeční

Pořadí hospitalizace ve sledovaném nemocničním zařízení: první

Délka aktuální hospitalizace na KIGOPL: 29 dnů

Přítomnost polymorbidity: 10 diagnóz

Léčba: podáváno více léků současně

Soběstačnost: nesoběstačný

Po hospitalizaci propuštěn: do LDN

Pan Karel byl přivezen do nemocnice vozem rychlé záchranné služby. Dcera ho našla u něho doma ležícího na zemi, pomočeného, dezorientovaného, zmateně komunikujícího, nehybného, s poraněnou hlavou a obličejem, pravděpodobně v důsledku pádu. Byl dehydratovaný. Nespolupracuje, neorientuje se místně, časově ani osobou. Anamnéza je brána od dcery. Tři dny před událostí byla s otcem na kontrole na kardiologii, vše bylo v pořádku. Telefonovala mu, neozýval se, proto se za ním rozjela a našla ho v uvedeném stavu. Po převozu vozem rychlé záchranné služby byl hospitalizován na KIGOPL, oddělení C. V dokumentaci má uvedenu demenci, občasnou inkontinenci moči, neschopnost samostatné chůze, chodí o berlích. Dále je zde informace o problémech se srdeční činností, ledvinami, gastrointestinálním traktem. Hrozí u něho riziko pádů, pády

jsou uvedeny opakovaně. Dekubity jsou negovány, diabetes neprokázán. Podvýživou ohrožen není. Podle sesterské dokumentace je pacient nesoběstačný, potřebuje pomoc při chůzi (je imobilní), při hygieně, jídle i oblékání. Po psychické stránce se jeví dezorientovaný se sklony k agresivitě. Spánek má pravidelný. Smyslové vnímání z hlediska sluchu a zraku je narušeno, má projevy poruchy řeči. Kůže je suchá, s otoky a hematomy. Je močově inkontinentní, stolice je v pořádku. Trpí akutními bolestmi hlavy a chronickými bolestmi celého těla. Ty jsou v době hospitalizace pravidelně vyhodnocovány a řešeny. Barthelův test aktivit denního života ukazuje zlepšení při propuštění oproti stavu při přijetí, stále se však celkový výsledek testu pohybuje v pásmu vysoké závislosti. Při přijetí se sám nenapil ani nenajedl, nevykonal osobní hygienu včetně koupání, neoblékl se. Při propuštění v těchto činnostech spolupracuje. Po přesunu lůžko – židle vydrží na židli sedět, chůzi po rovině nelze vykonat, pouze na vozíku. Test mentálních funkcí MMS koriguje s diagnostikovanou demencí. Z hodnocení podle Nortonové není ohrožen výskytem dekubitů. Škálou pro stanovení rizika pádu bylo zaznamenáno vysoké riziko pádu a byla provedena potřebná standardní opatření. Pacient začal v rámci možností spolupracovat a komunikovat, je ale stále ležící a dezorientovaný. Po domluvě s dcerou byl po stabilizaci stavu z nemocnice převezen do LDN.

Z dokumentace SZO:

Pracovnice SZO jednala osobně s dcerou. Pacient je nechodící. Žije sám, dcera k němu dochází pomáhat, u dcery bydlet nechtěl. Pobírá příspěvek na péči. Byla podána žádost o umístění do LDN. Dcera obdržela kontakty na všechna dostupná zařízení, domovy pro seniory, přechodné pobyty. Byly jí vysvětleny možnosti další péče a poskytnuta součinnost.

### *Případová studie č. 9*

Jméno: Jan

Věk: 86 let

Bydliště, bydlení: velkoměsto, bydlí sám

Rodinný stav: vdovec

Nejbližší osoby: soused



Dosažené vzdělání: střední

Zaměstnání: starobní důchodce

Důvod hospitalizace: dušnost

Pořadí hospitalizace ve sledovaném nemocničním zařízení: druhá

Délka aktuální hospitalizace na KIGOPL: 16 dnů

Přítomnost polymorbidity: 14 diagnóz

Léčba: podáváno více léků současně

Soběstačnost: nesoběstačný

Po hospitalizaci propuštěn: do LDN

Pan Jan byl opakovaně, s odstupem asi čtrnácti dnů, hospitalizován pro zhoršení zdravotního stavu v důsledku dušnosti související s jeho chronickými potížemi a pro infekci dolních dýchacích cest. Trpí, mimo jiné, ischemickou chorobou srdeční, hypertenzí a diabetem. V rodinné anamnéze je záznam o výskytu rakoviny a diabetu. Doma upadl, nemohl vstát, takže proležel celou noc na zemi. Takto ho našla následující den dopoledne pečovatelka, a zavolala rychlou záchrannou službu. Po ordinovaných vyšetřeních byl hospitalizován na KIGOPL, oddělení B. Je bývalý kuřák, alkohol pije příležitostně. Při přijetí je dehydratovaný, depresivně laděný. Žije sám, stěžuje si, že ho samota trápí a „už ho to nebaví“. V poslední době trpí nechutenstvím, zhubl asi 6 kilogramů. Na základě nutričního dekurzu bylo u něho zjištěno nutriční riziko a riziko dehydratace. Je orientovaný, se zdravotnickým personálem spolupracuje. Ze sesterské dokumentace vyplývá, že z hlediska informací o svém zdravotním stavu se orientuje částečně. Při chůzi, hygieně, jídle a oblékání je nesoběstačný. Je hodnocen jako klidný. Má nepravidelný spánek, byla mu nasazena hypnotika. Smyslové vnímání je hodnoceno jako přiměřené věku. Kůži má bledou, suchou, jsou zaznamenány otoky dolních končetin, bércové vředy a dekubity. Bolest subjektivně nepocítuje. Podle Barthelova testu pro zjištění stupně závislosti je pan Jan posuzován při přijetí jako vysoce závislý. Neprovede samostatně najedení a napití, oblékání, koupání a osobní hygienu, použití WC, přesun na lůžko a chůzi po rovině. Chůzi po schodech nezvládne ani s pomocí. Kontinence stolice je zaznamenána za hospitalizace jako občasná, u kontinence moči je hodnocen jako inkontinentní. Při propuštění je hodnocení o pět bodů příznivější, stále však je zařazen do kategorie vysoké závislosti. V testu mentálních funkcí MMS je jeho stav vyhodnocen jako lehká

porucha mentálních funkcí. Z testu podle Nortonové opakovaně vyplývá silné riziko výskytu proleženin. Škálou pro posuzování rizika pádu bylo zjištěno vysoké riziko pádu, což potvrzuje i zaznamenaný pád v anamnéze. Na základě zjištění stavu pacienta byla stanovena léčba a zajištěna standardní opatření předcházející rizikům. Vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu a nesoběstačnosti, byl pan Jan po kompenzaci akutního zhoršení zdravotního stavu převezen do LDN.

Z dokumentace SZO:

Pan Jan žije sám, je vdovec. Pravidelně za ním dochází pečovatelka, nejbližším člověkem je mu soused. Ve městě, kde bydlí, nemá žádnou rodinu. Příspěvek na péči nepobírá. Jeho zdravotní stav vyžaduje pomoc druhých a neumožňuje samostatné bydlení. Proto byla podána žádost o přeložení do LDN, kam byl pan Jan po propuštění převezen. Zažádáno o umístění do domova pro seniory v době hospitalizace neměl. Tato možnost mu byla mu nabídnuta, ale pan Jan se tomu bránil. Po důkladném, opakovaném vysvětlení a pochopení reality pacientem je podána žádost o umístění do domova pro seniory.

#### *Případová studie č. 10*

Jméno: Vojtěch

Věk: 76 let

Bydliště, bydlení: maloměsto, bydlí s pečovatelkou

Rodinný stav: rozvedený

Nejbližší osoby: kamarád

Dosažené vzdělání: vyučen

Zaměstnání: starobní důchodce

Důvod hospitalizace: městnavé selhání srdce

Pořadí hospitalizace ve sledovaném nemocničním zařízení: třetí

Délka aktuální hospitalizace na KIGOPL: 15 dnů

Přítomnost polymorbidity: 8 diagnóz

Léčba: podáváno více léků současně

Soběstačnost: částečně soběstačný

Po hospitalizaci propuštěn: domů

Pan Vojtěch byl převezen do nemocnice vozem rychlé záchranné služby a po vyšetření následně hospitalizován na KIGOPL, oddělení B. Udává, že se od noci nemohl postavit na nohy, točí se mu hlava, je slabý. Kolem třetí hodiny ranní upadl a uhodil se do hlavy. Celou tuto příhodu si pamatuje. Alkohol nepije, nikdy nekouřil. Byl dovezen v zanedbaném stavu, pomočen, zapáchající. Udává bolest zad, hlava ho bolí pouze na poklep. Žije s pečovatelkou, je rozvedený, se svými dvěma syny se nestýká. V rodinné anamnéze se vyskytuje cévní mozková příhoda a vysoký krevní tlak. Sám trpí mimo jiné diabetem, vysokým tlakem, občasnou inkontinencí moči a má diagnostikován depresivní syndrom. Je orientovaný místem, časem i osobou, spolupracuje a komunikuje. Má zpomalené psychomotorické tempo. Nutričně je v pořádku, dehydratací netrpí. V sesterské dokumentaci je záznam o částečné soběstačnosti pana Vojtěcha a to při chůzi, hygieně, jídle a oblékání. Po psychické stránce se jeví klidný, spánek má pravidelný. Smyslové vnímání je hodnoceno jako přiměřené věku. Kůži má suchou, bez dekubitů. Z Barthelova testu aktivit denního života vyplývá, v souladu se sesterskou dokumentací, občasná nutnost pomoci při chůzi, včetně chůze po schodech, při koupání a hygieně, jídle a oblékání. Je zde zaznamenána plná kontinence stolice a občasná inkontinence moči. V rámci celkového vyhodnocení testu je pan Vojtěch zařazen do kategorie lehké závislosti. Výsledek je stejný při přijetí i při propuštění. Podle testu mentálních funkcí je mentálně v normě. Z hlediska opakovaně prováděného testu podle Nortonové se rizikovým z hlediska vzniku dekubitů nejeví. Podle škály pro stanovení rizika pádu u něho riziko existuje a bylo třeba provést příslušná standardní opatření. Vzhledem k tomu, že pan Vojtěch uvedl bolest zad, byl po dobu hospitalizace opakovaně prováděn záznam hodnocení bolesti. Po stabilizaci stavu byl, za schopnosti chůze s oporou, propuštěn domů.

Z dokumentace SZO:

Při předchozí hospitalizaci vyšlo najevo, že pan Vojtěch nemá po propuštění z nemocnice kam jít. Byl tehdy hospitalizován v LDN k rehabilitační péči. Přes léto toho času bydlel v chatové oblasti, v objektu maringotkového typu, za symbolickou cenu. Zimu trávil v ubytovně pro dělníky. Jeho zdravotní stav se postupem času zhoršil. Bydlení mu ještě před první hospitalizací pomáhaly řešit sociální pracovníce příslušného obecního úřadu. Společně vyplnili žádosti o přijetí do domova pro seniory a to současně do několika

domovů v blízké oblasti. Než pan Vojtěch stihl žádosti odeslat, jeho zdravotní stav se zhoršil natolik, že byl znovu hospitalizován v nemocnici. Odeslání žádostí zařídila pověřená pracovnice z LDN, kam byl pacient umístěn po propuštění z nemocnice. Z jednoho z domovů přišlo vyjádření, že pan Vojtěch není jejich cílovým klientem, protože neodpovídá věkem a čekací doba je 4 – 5 let. Po dvou hospitalizacích se vracel vždy na ubytovnu. Následně si našel pečovatelku, s níž sdílí její byt. Jeho zdravotní stav se ale opět zhoršil. Po této aktuální, třetí hospitalizaci, byl propuštěn domů. Pobírá příspěvek na péči.

*Případová studie č. 11*

Jméno: Jaromír

Věk: 84 let

Bydliště, bydlení: velkoměsto, bydlí sám

Rodinný stav: vdovec

Nejbližší osoby: vnučka

Dosažené vzdělání: neuvedeno

Zaměstnání: starobní důchodce

Důvod hospitalizace: mdloba

Pořadí hospitalizace ve sledovaném nemocničním zařízení: první

Délka aktuální hospitalizace na KIGOPL: 23 dnů

Přítomnost polymorbidity: 7 diagnóz

Léčba: podáváno více léků současně

Soběstačnost: částečná

Po hospitalizaci propuštěn: do LDN

Pan Jaromír byl do nemocnice přivezen vozem rychlé záchranné služby. Byl nalezen svým bratrem za dveřmi koupelny svého bytu na zemi. Byl zmatený. Bratr udává, že již týden pozorují s vnučkou pana Jaromíra zhoršení jeho stavu, také méně pije a jí. Opakovaně upadl. Má sníženou mobilitu, pohybuje se špatně za pomoci hole. Sám pan Jaromír

si nepamatuje, co se přihodilo, byl při hospitalizaci slabý a dezorientovaný. Orientovaný byl osobou, ne místem a časem. Při vyšetření spolupracuje v rámci možností. Na cílený dotaz, zda spadl, si vzpomněl, že ano. Do hlavy se snad neudeřil. Žádné bolesti nemá. Byl umístěn na KIGOPL, oddělení B. V anamnéze má diagnostikovánu, mimo jiné, ischemickou chorobu srdeční a demenci. Diabetes zjištěn nebyl. Je stopkuřák. V sesterské dokumentaci je hodnocen jako částečně soběstačný. Pomoc potřebuje při chůzi, hygieně, jídle a oblékání. Je klidný, ale dezorientovaný. Spánek má pravidelný. Z nutričního dekurzu neplývá riziko. Po stránce pitného režimu je rizikový. Smyslové vnímání odpovídá jeho věku. Kůži má suchou, bledou, bez výskytu dekubitů. Barthelovým testem aktivit denního života je celkově hodnocen jako středně závislý na pomoci druhých, na hranici s lehkou závislostí. Potřebuje pomoc při jídle, oblékání, koupání, osobní hygieně a použití toalety. Přesun lůžko – židle zvládá s pomocí, chůzi po rovině samostatně, za pomoci hole a chůzi po schodech s pomocí. Je občasně inkontinentní z hlediska moči i stolice. Všechny parametry testu provedeného při přijetí a při propuštění jsou shodné. Podle testu mentálních funkcí MMS vykazuje pan Jaromír při přijetí i propuštění kognitivní poruchu středního stupně. Ze škály pro stanovení rizika pádu riziko vyplývá. Je přítomen pád v anamnéze v posledním měsíci před hospitalizací. Je zaznamenána nejistota při chůzi a závratě, zmatenost a s ní spojené nedostatečné vnímání rizik. Stanovená příslušná standardní opatření jsou nutná. Na základě imobilizačního syndromu je předepsána a prováděna fyzioterapie. Po stabilizaci stavu byl přemístěn do LDN.

Z dokumentace SZO:

Pracovnice Sociálně zdravotního oddělení jednala s vnučkou pana Jaromíra. Byla podána žádost do LDN, vysvětlena možnost pobírání příspěvku na péči. Následnou péči vnučka řešila již dříve, vědoma si stavu pana Jaromíra a svých možností péče o něho. Má podanou žádost o umístění v domově pro seniory. Po krátkém pobytu v LDN sem byl převezen.

### 5.3 Analýza a interpretace dat

Při analýze kvalitativního materiálu jde o to ho interpretovat smysluplně, v souladu s cílem zkoumané problematiky a výzkumnými otázkami. „Při kvalitativní analýze a interpretaci jde o systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality, vztahy“ (Hendl, 2008, s. 223).

Ze zpracovaných údajů získaných výzkumem jsem obdržela poznatky, z nichž jsem vybrala znaky, které považuji z hlediska zkoumané problematiky seniorů za důležité. Z nich bylo možné vyvodit odpovědi na položené výzkumné otázky.

*Stručný přehled jednotlivých případů:*

*Případ č. 1,* paní Marie byla při přijetí testem ADL vyhodnocena jako lehce závislá na cizí pomoci při chůzi, hygieně, oblékání, jídle a pití. Došlo ke zlepšení, při propuštění zvládá uvedené činnosti, kromě občasné pomoci s mobilitou, samostatně. Psychicky je v normě (zjišťováno při přijetí a při propuštění testem MMS). Je orientovaná, spolupracuje, komunikuje. Její hlavní problémy jsou instabilita, pády a dehydratace. Její stav vyžaduje dohled a pomoc. Byla propuštěna domů. Z důvodu péče dochází dcera. Dlouhodobě má zažádáno o umístění do domova pro seniory.

*Případ č. 2,* paní Božena, byla při přijetí testem ADL vyhodnocena jako vysoce závislá na cizí pomoci při chůzi, hygieně, oblékání, jídle a pití. Aktivizací došlo ke zlepšení, při propuštění zvládá s pomocí pití, jídlo, oblékání a přesun lůžko - židle. Má diagnostikovanou těžkou demenci (potvrzeno při přijetí a při propuštění testem MMS). Je dezorientovaná, spolupráce a komunikace je omezená, komunikuje za ni dcera. Její hlavní problémy jsou imobilita (je schopná pohybu pouze na vozíku), instabilita, dehydratace a demence. Její stav vyžaduje plnou ošetrovatelskou péči. Po hospitalizaci byla umístěna do LDN, kde budou situaci dále řešit.

*Případ č. 3,* paní Anna, byla při přijetí testem ADL vyhodnocena jako lehce závislá (na hranici s nezávislostí) na cizí pomoci. Při chůzi, hygieně, oblékání, jídle a pití potřebuje občasnou pomoc. Po stabilizaci stavu došlo ke zlepšení, při propuštění zvládá uvedené činnosti sama. Testem MMS byla u ní při přijetí i při propuštění vyhodnocena lehká porucha kognitivních funkcí. Spolupracuje a komunikuje v rámci možností. Její hlavní problém, je zapomínání a zmatenost, ohrožující ji samotnou i okolí. Její stav vyžaduje dohled. Byla propuštěna domů. Neteř zajišťuje nutnou pomoc pečovatelské služby. Umístění do domova pro seniory paní Anna odmítá. Neteři byly podány informace o možnostech další péče.

*Případ č. 4,* paní Jana, byla při přijetí testem ADL vyhodnocena jako lehce závislá na cizí pomoci. Pomoc potřebuje občasnou, při chůzi a hygieně. Při propuštění stav přetrvává. Testem MMS byla u ní při přijetí a při propuštění vyhodnocena lehká porucha mentálních funkcí. Je orientovaná, spolupracuje a komunikuje. Hlavní problém má

s mobilitou, instabilitou, pády a konfliktním domácím prostředím. Byla propuštěna domů. Má podanou žádost o umístění do domova pro seniory.

*Případ č. 5*, paní Blanka, byla při přijetí testem ADL vyhodnocena jako částečně závislá na cizí pomoci. Pomoc potřebuje občasnou při chůzi a hygieně. Při propuštění stav přetrvává. Test MMS koriguje s postižením sluchu. Spolupracuje v rámci možností, komunikuje omezeně, fakta jsou zjišťována z dokumentace. Hlavní problém má s mobilitou, instabilitou, pády a téměř úplnou hluchotou. Pohybuje se o holích, používá sluchadlo. Byla přeložena do LDN. Má podanou žádost o umístění do domova pro seniory. Doma využívala pomoc pečovatelské služby.

*Případ č. 6*, paní Vlasta, byla při přijetí testem ADL vyhodnocena jako lehce závislá na cizí pomoci při chůzi, hygieně, při propuštění stav přetrvává. Testem MMS u ní byla při přijetí i při propuštění vyhodnocena lehká porucha mentálních funkcí. Při přijetí je dezorientovaná, komunikuje v rámci možností. Za hospitalizace došlo zlepšení. Hlavní problém má s mobilitou, instabilitou a pády. Pohybuje se pomocí chodítka. Byla přeložena do LDN. Podanou žádost o umístění do domova pro seniory nemá, bylo doporučeno podat a byly jí poskytnuty informace o možnostech další péče a součinnosti.

*Případ č. 7*, pan Josef, byl při přijetí testem ADL vyhodnocen jako částečně závislý na cizí pomoci při chůzi, hygieně a oblékání. Při propuštění byl jeho stav zlepšen. Testem MMS byla u něho při přijetí, také při propuštění, vyhodnocena střední porucha mentálních funkcí. Při přijetí je dezorientovaný, komunikuje v rámci možností. Za hospitalizace došlo ke zlepšení. Hlavní problém má se stabilitou, hrozí mu pády, také s alkoholem. Za hospitalizace se pohybuje v chodítku. Byl přeložen do LDN, kde budou jeho situaci dále řešit.

*Případ č. 8*, pan Karel, byl při přijetí testem ADL vyhodnocen jako vysoce závislý na cizí pomoci při chůzi, hygieně, oblékání, jídle a pití. Aktivizací došlo ke zlepšení, stále však zůstává vysoce závislý. Při uvedených činnostech spolupracuje. Má diagnostikovanou demenci se sklonem k agresivitě, narušený sluch a zrak a poruchu řeči (s tím koriguje při přijetí a při propuštění test MMS). Je dezorientovaný, komunikuje za něho dcera. Hospitalizací došlo ke zlepšení, v rámci možností komunikuje. Jeho hlavní problémy jsou imobilita (doma se pohyboval o berlích, v nemocnici na vozíku), instabilita a demence. Jeho stav vyžaduje ošetřovatelskou péči. Po hospitalizaci byl přeložen do LDN. Podanou

žádost o umístění do domova pro seniory nemá, bylo doporučeno podat. Dceři byly poskytnuty informace o možnostech další péče a součinnost.

*Případ č. 9*, pan Jan, byl při přijetí testem ADL vyhodnocen jako vysoce závislý na cizí pomoci při chůzi, hygieně, oblékání a jídle. Při propuštění došlo ke zlepšení, ve všech činnostech spolupracuje. Testem MMS byla u něho při přijetí a při propuštění vyhodnocena lehká porucha mentálních funkcí. Má diagnostikovanou depresi, trpí osamělostí. Je orientovaný, spolupracuje a komunikuje. Hlavní problém má s mobilitou a instabilitou. Byl přeložen do LDN. Nemá podanou žádost o umístění do domova pro seniory a nechce. Dosud využíval pomoc pečovatelské služby, což nyní vzhledem k jeho stavu pravděpodobně nepostačí. Byly mu poskytnuty informace o možnostech další péče a součinnost.

*Případ č. 10*, pan Vojtěch, byl při přijetí testem ADL vyhodnocen jako lehce závislý na pomoci při chůzi, hygieně, oblékání, jídle a pití. Tento závěr je stejný při přijetí i propuštění. Test MMS má v normě, také v obou případech. Dříve mu byl diagnostikován depresivní syndrom. Je orientovaný, spolupracuje, komunikuje. Hlavním problémem je u něho mobilita, instabilita a nejisté sociální podmínky. Nemá stabilně zajištěno bydlení. Žije se ženou, která o něho v rámci možností pečuje. Před tím bydlel v maríngotce a na ubytovně. Byl propuštěn do svého domácího prostředí. Má podanou žádost o umístění do domova pro seniory.

*Případ č. 11*, pan Jaromír. Jeho stav byl při přijetí testem ADL vyhodnocen jako závislost středního stupně (směrem k lehké závislosti) na cizí pomoci při chůzi, hygieně, oblékání, jídle a pití. Při propuštění je stav stejný. Test MMS koriguje s diagnostikovanou demencí. Při přijetí je dezorientovaný, komunikuje v rámci možností. Za hospitalizace došlo ke zlepšení. Hlavní problém má s mobilitou (chodí o holi), intabilitou, a demencí. Byl převezen do LDN, odtud po krátkém pobytu do domova pro seniory.

Z celkového počtu jedenácti zkoumaných seniorů je jedná o 6 žen a 5 mužů. Věková hranice se pohybuje u žen mezi 67 až 90 lety, u mužů mezi 70 až 89 lety. Všichni spadají z hlediska medicínské praxe do kategorie starý člověk. Pojetí klasifikací dle věku uvádím v teoretické části práce. Lze tedy konstatovat, že nemoc postihuje staré muže i ženy bez rozdílu.



Ve většině případů (8) bydlí zkoumaní senioři ve velkoměstě, ve třech případech v malé obci. V osmi případech bydlí sami, jedna seniorka žije u dcery, jedna s kamarádem svého syna a jeden ze seniorů ve společném bytě s paní, která o něho pečuje. Jako osobu blízkou uvádí 8 seniorů rodinného příslušníka, ve dvou případech souseda, v jednom případě kamaráda. Co se týče jejich rodinného stavu, jedná se většinou případů o vdovy a vdovce, dva jsou rozvedení, jedna ze senierek je svobodná, v jednom případě tato skutečnost není v dokumentaci uvedena. Osoby, které nemají děti, jsou z celkového počtu dvě. Pro seniory jsou známé sociální kontakty a pouta velmi důležité. Osamělost je hrozbou pro psychický stav a špatný psychický stav má negativní vliv na kvalitu života.

Vzdělání mají tři z nich střední, dva vysokoškolské, dva jdou vyučeni, ve čtyřech případech není uvedeno. Specifikace vzdělání zřejmě není, ani jejich profese. Všichni zkoumaní senioři byli v době hospitalizace starobními důchodci. Z hlediska zaměření na zdravotní stav v souvislosti s kvalitou života není vzdělání prioritním faktorem.

Všechny zkoumané osoby byly k hospitalizaci přivezeny z domácího prostředí. Délka aktuální hospitalizace se pohybuje mezi 5 a 29 dny. U pěti osob se jednalo o první hospitalizaci ve sledovaném zařízení, u ostatních opakovanou. Tento údaj nepovažuji za směrodatný, neboť z dokumentace nevyplývá, zda poprvé hospitalizovaní zkoumaní nebyli dříve hospitalizováni v jiných zdravotnických zařízeních.

Důvodem hospitalizace byl ve většině případů problém s kardiovaskulárním systémem. Pouze v jedné případě se s touto oblastí související diagnóza nevyskytla. Častý výskyt kardiovaskulárních onemocnění je v literatuře u starých lidí uváděn a zjištěný výsledek to potvrzuje. V odborné literatuře je také uváděn častý výskyt diabetu. Ve zkoumaném vzorku bylo onemocnění diabetem prokázáno ve dvou případech z jedenácti. Tato skutečnost se tedy nepotvrdila.

Všichni sledovaní měli v dokumentaci uvedenu více než jednu diagnostikovanou chorobu. Rozpětí diagnóz na osobu se pohybovalo mezi čtyřmi, což byl nejmenší počet u jedné osoby, a nejvyšším počtem osmnácti. Z hlediska velkých geriatrických syndromů, které často postihují seniory a výrazně narušují kvalitu jejich života (zmiňuji se o nich v teoretické části práce), mělo problém s *mobilitou* 10 osob ze zkoumaných. Motoricky *instabilní* byli rovněž všichni, kromě jednoho seniora. Úplná *inkontinence* moči je zaznamenána ve třech případech, občasná v ostatních osmi, inkontinence stolice občasná ve třech případech, ostatní byli plně kontinentní. *Demenci* měly diagnostikovanu tři osoby.

Pouze jedna osoba byla z hlediska kognitivních funkcí v normě, jedna trpí kognitivní poruchou středního stupně, tři lehkou kognitivní poruchou, u jedné z nich se projevuje zvýšená zapomnětlivost a občasná zmatenost, dvě měly diagnostikovanou depresi. Komunikovat nebyli schopni, vzhledem ke svému stavu, tři senioři ze vzorku, pět komunikovalo dobře, tři v rámci svých možností. Riziko dekubitů bylo vyhodnoceno na základě opakovaně prováděného testu podle Nortonové ve třech případech. Riziko pádu, které bylo zjišťováno prostřednictvím škály pro stanovení rizika pádu, nebylo zjištěno pouze v jednom případě. Na základě nutričního dekurzu byl z tohoto hlediska rizikový jeden senior. Dehydratací bylo ohroženo sedm osob, to je více než polovina zkoumaných. Fyzická bolest byla zaznamenána, sledována a na základě toho kompenzována, ve čtyřech případech. Spánek měla většina osob klidný a pravidelný, nepravidelný byl pouze ve dvou případech, z toho u jednoho i neklidný, ten byl medikamentózně kompenzován. Smyslové vnímání bylo u většiny případů hodnoceno jako přiměřené věku a stavu pacientů. V jednom případě byla zaznamenána porucha sluchu, v jednom kombinovaná porucha sluchu, zraku a řeči, v jednom případě bylo smyslové vnímání narušeno v důsledku dosavadního způsobu života spojeného s nadměrným požíváním alkoholu. Pouze jeden případ měl smyslové vnímání dobré. Z kompenzačních pomůcek, které v důsledku svého zdravotního stavu osoby používají, byl zaznamenán v jednom případě vozík, v jednom doma berle a v nemocnici vozík, ve dvou chodítka, u dvou osob hůl, z nichž jedna seniorka potřebovala hůl a také sluchadlo. Všichni, s výjimkou jednoho případu, byli léčeni více léky současně. U tohoto jednoho případu, který neužíval jiné léky, než ty, které mu byly podané za hospitalizace, není důvodem jeho dobrý zdravotní stav, ale zanedbanost. Zjištěnými skutečnostmi ohledně polymorbidity, mobility, instability, inkontinence, kognitivních procesů, komunikace, pádů, dehydratace a užívání více léků současně se potvrdily poznatky uvedené v teoretické části práce.

Z analyzovaných dat, mimo již uvedené, vyplývá, že proces stárnutí je u každého jednotlivce individuální. Kvalita života těsně souvisí se zdravotním stavem a je záležitostí kombinace faktorů.

*Výzkumné otázky:*

1. Jsou rozdíly ve fyzickém a psychickém stavu seniora před hospitalizací v nemocničním zařízení a po ní?

Ze zjištěných údajů lze konstatovat, že u více než poloviny případů (šest případů) došlo ke zlepšení jejich fyzického stavu. Zlepšení úzce souvisí s možnostmi, které dovoluje jednotlivým seniorům jejich individuální zdravotní stav. Po psychické stránce došlo k zaznamenanému zlepšení ve třech případech a to u dvou zkoumaných, kteří byli při přijetí dezorientovaní a při propuštění již orientovaní v rámci svých možností a u jedné seniorky, která má konfliktní domácí prostředí.

2. Došlo při hospitalizaci ke změně v soběstačnosti seniora?

Z hlediska soběstačnosti byla z jedenácti případů soběstačná pouze jedna žena, částečně soběstačných bylo 7. Jejich stav vyžadoval občasnou pomoc nebo alespoň dohled druhých. Nesoběstačné byly 3 osoby. Při hospitalizaci došlo ke zlepšení ve více než polovině případů. Zde je důležitá aktivizace ze strany ošetřujícího personálu v rámci možností pacienta, neboť nepodnětnost vede ke stagnaci. Soběstačnost koriguje s fyzickým stavem osob. V důsledku onemocnění dochází ke změně kvality života. K negativní změně soběstačnosti nedošlo v nemocnici, ale u všech zkoumaných osob již v domácím prostředí a to v důsledku zhoršení jejich zdravotního stavu. To bylo důvodem k hospitalizaci. V nemocnici pak došlo v šesti případech ke zlepšení soběstačnosti.

3. Vrací se senior po hospitalizaci do původního prostředí?

Většina osob (sedm zkoumaných seniorů) byla po hospitalizaci v nemocnici přeložena do LDN. Jejich stav vyžadoval následnou zdravotní péči. Čtyři osoby se po zvládnutí akutních zdravotních problémů vrátily domů. Senior při hospitalizaci není nucen čelit pouze zdravotním důsledkům onemocnění. Dostává se do jiného sociálního prostředí. Zde je závislý na pomoci cizích lidí. Pomoc a péče často zasahuje i do intimních oblastí, což vyvolává stud a nepříjemné pocity. To vše může mít negativní vliv na celkový stav a tím ovlivnit kvalitu života. Velmi důležitý je lidský, empatický, přístup personálu za respektování důstojnosti pacienta a individuality každého jednotlivce.

Všichni zkoumaní senioři potřebují určitý druh péče a pomoci. Služeb pečovatelské služby využívaly před hospitalizací tři osoby, o jednu ženu se starala dcera, o jednoho seniora žena, s níž bydlí. Žádost o umístění do domova pro seniory mělo v době

hospitalizace podánu pět osob. Pět jich žádost podánu nemělo, z nich dvě odmítaly. V jednom případě tento údaj nebyl uveden. Příspěvek na péči pobíraly čtyři osoby, pět ne, ve dvou případech údaj nebyl uveden. To, že byli hospitalizováni, je a jejich blízké vyprovokovalo k zamyšlení se nad problémem snížené soběstačnosti, nad nutností situaci řešit a tím předejít vážným rizikům. Sociální pracovníci SZO byly poskytnuty informace o možnostech další péče, podmínkách čerpání příspěvku na péči a poskytnuta součinnost v nasměrování péče individuálně tak, aby byla co nejefektivnější, nastavená na specifické požadavky, s cílem co nejkvalitnějšího života jednotlivých seniorů. Z uvedených skutečností lze konstatovat, že informovanost osob samotných i osob blízkých nebyla adekvátní situaci, ve které se nemocní senioři nacházeli. Díky pracovnícům SZO jim byla poskytnuta orientace v možnostech péče a také nezbytná součinnost. To potvrzuje význam existence oddělení tohoto typu v rámci nemocničního zařízení. Personál pomáhá bezprostředně řešit situaci, informuje, zprostředkovává orientaci, nasměruje další cestu, proces řešení obstarává a urguje. To znamená také psychickou úlevu v tom, že je situace řešena a že na ni klient a jeho blízcí nejsou sami. Ze strany personálu je ale třeba volit takový přístup, který by nevzbuzoval nepřiměřená očekávání a zároveň tlumil zbytečný pesimismus.

Osm ze zkoumaných seniorů bydlí samo. Otázkou je, zda by umístění do domova pro seniory nebylo ku prospěchu zlepšení jejich kvality života. Kontakt s lidmi může v pozitivním smyslu přispět zlepšení jejich kvality života. Protiargumentem ale je, že staří lidé obecně hůře snášejí změny a nejsou příznivě nakloněni novým sociálním kontaktům. Tyto otázky by mohly být námětem pro další výzkum.

## ZÁVĚR

Tématem diplomové práce je stáří a kvalita života v současné společnosti. Senioři jsou v dnešní době aktuálně diskutovanou společenskou skupinou. V této oblasti nachází uplatnění také obor sociální pedagogika. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou shromážděny poznatky čerpané ze studia odborné literatury. Cílem teoretické části je popsat problematiku vztahující se k seniorské populaci. Tvoří ji tři stěžejní kapitoly. První kapitola popisuje období stáří a proces stárnutí. Přináší informace o tělesných projevech stáří, o psychických změnách ve stáří, změnách v sociální oblasti, zmiňuje také aspekt spirituální. Část kapitoly je věnována pohledu na stáří v historii a současnosti. Druhá kapitola se zabývá rodinou a mezigeneračním soužitím, z historického hlediska a v současnosti. Třetí kapitola popisuje oblast kvality života, zaměřuje se na její dimenze u specifické společenské skupiny, kterou jsou senioři. Součástí kapitoly jsou poznatky o současných zdravotních a sociálních službách a možnostech péče a podpory seniorů.

Z teoretické části vychází část praktická. Skládá se ze dvou kapitol. První z nich je věnována výzkumu za použití kvalitativní výzkumné strategie. Popisuje cíle a výzkumné otázky, metody a techniky výzkumu, seznamuje s prostředím výzkumu a výzkumným vzorkem. Ve druhé kapitole jsou shromážděny výsledky výzkumu a analýza a interpretace získaných dat, ze kterých je vyvozen závěr. Vychází ze studia jednotlivých případů seniorů hospitalizovaných v důsledku zhoršení jejich zdravotního stavu ve zdravotnickém zařízení nemocničního typu a rozhovorů s nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Na jejich základě jsou zmapovány souvislosti onemocnění a kvality života jednotlivých případů. Oblastí zkoumání je kvalita života hospitalizovaných seniorů s cílovým zaměřením na možná opatření k podpoře přijatelné kvality života seniorů po hospitalizaci a možnosti pomoci a péče přispívající k jejich návratu do domácího prostředí. Cílem práce je ze zjištěných skutečností formulovat doporučení pro sociálně pedagogické působení v oblasti seniorské populace. Cílem je také informovat, protože informovanost vede k zamyšlení.

Stáří se nevyhne žádnému člověku, pokud nezemře dříve, než se ho dožije. Trendem současné společnosti je mládí, výkon, úspěch, flexibilita. Přesto nelze chápat staré lidi jako zbytečné, nepotřebné. Také mladý člověk se může v době nemoci stát závislým na pomoci druhých, v některých případech i doživotně. Ve stáří, pokud člověk

dojde na své životní dráze až sem, se toho pravděpodobně dožije. Staří lidé mohou být v rámci svých možností prospěšní podobně jako např. mladí zdravotně postižení, mladí lidé s onkologickým onemocněním. I proto je třeba se společenskou skupinou seniorů zabývat.

Pozitivní je, že celospolečensky existuje snaha o zlepšení situace seniorů. Zdraví je stále nejvyšší hodnotou. Mezi ukazatele kvality života ve stáří patří celkový zdravotní stav, soběstačnost v běžných činnostech, hmotné zabezpečení a životní spokojenost. Tyto skutečnosti jsou uvedeny v teoretické části práce. V současné době je ze strany odborných společností řešen např. nepřetržitý provoz lékaře paliativní medicíny, trvalá dostupnost mobilní paliativní péče, zavedení screeningu vyšetření kognitivních funkcí u osob nad 65 let, spolupráce neformálních pečovatelských týmů, otázka informovanosti veřejnosti, jak se postarat o své nevládně nemocné blízké po vyřešení akutního problému. Za prospěšnou je považována spolupráce s médii (např. v rámci radiožurnálu probíhaly hovory s rodinami o hodnocení paliativní péče) a další aktuální témata.

Potřebná je všestranná podpora všech mechanismů udržujících seniory co nejdéle autonomní a soběstačné a snaha ulehčovat a zjednodušovat jim život, aby etapa stáří a její závěr byl co nejvíce kvalitní. Aktuální zdravotní stav je pro kvalitu života prioritní. Nemoc, úzkost a nejistota ji negativně ovlivňují a v takové situaci nemocní lidé jsou. Jedním z cílů zdravotnických pracovníků a pracovníků v sociálních službách je přispívat ke zvýšení kvality života pacientů za úcty k životu a lidské bytosti. Pomoci nemocným, kteří jsou v nepříznivé zdravotně sociální situaci způsobené zhoršením zdravotního stavu a nejsou jim schopni sami, ani s pomocí rodiny nebo přátel, vyřešit. Naměřovat je při využití služeb tak, aby došlo k jejich maximálnímu a efektivnímu čerpání a tím k optimálnímu řešení situace. Pomáhat, vnímat potřeby a přání, aby v každodenním životě našli novou cestu a aby došlo ke zlepšení jejich kvality života.

Prostředí institucí má vliv na kvalitu života. Senior se musí adaptovat na svou fyzickou nedostatečnost, zvykat si na nové prostředí a lidi, zdravotnické pracovníky přijmout jako profesionály, překonat stud, zvládat úzkost a nejistotu, hledat náhradní zdroje uspokojování svých psychosociálních potřeb. Ze strany personálu nestačí péče, empatický, vlídný a vstřícný přístup a porozumění, důležité je udělat si čas a naslouchat. Je obecně známo, že psychika člověka má vliv na jeho fyzickou stránku. Mnohdy pomůže pouhý úsměv, ten nestojí nic a přináší radost a povzbuzení. Je třeba u nemocného v rámci možností aktivizovat soběstačnost a smysl života, zajímat se, navazovat kontakt,

nezlehčovat jeho obavy. Snažit se přes všechny problémy, které špatný zdravotní stav a stáří přináší, o co nejlepší kvalitu života a spokojenost klienta, která je individuální záležitostí. Umožňovat mu styk s rodinou a blízkými, pomoci k uspokojení spirituálních potřeb a v rámci možností ho zapojovat do společenského života.

Z hlediska sociálně pedagogického působení považují za důležité zaměřit se na terénní depistáž případů rizikových seniorů, aby byly nepříznivé situace preventivně řešeny dříve, než k nim dojde, prevencí minimalizovat vznik problémů a rozvíjet oblast terénních služeb zaměřených na seniory.

V rámci sociálně pedagogického působení by bylo žádoucí, aby se na seniory více zaměřily školská zařízení např. pořádáním mezigeneračních akcí. Děti a mladí lidé se tak mohou od seniorů dozvědět užitečné informace o dobách minulých, mohou od nich získat cenně nabyté zkušenosti. Mnohé ze starých žen ovládají ruční práce, muži zase řemeslné, které by časem vešly v zapomnění. Tímto kontaktem se mladí lidé také mohou učit trpělivosti a toleranci směrem k nedostatkům, se kterými se senioři jsou nuceni potýkat např. pomalá mluva, zpomalený pohyb. Mladí by také mohli učit seniory práci s výpočetní technikou. Sami by měli pocit uspokojení z vlastní důležitosti a potřebnosti, pocit, že umí něco víc, učili by se edukovat a staří lidé by získali nové poznatky. Technologický rozvoj postupuje rychle vpřed. Zajímavý by byl výzkum mezi seniory z hlediska počítačové gramotnosti. Používání mobilních telefonů, obsluha počítače, internetové bankovníctví, elektronické vyplňování formulářů, s těmito aktivitami se potýká mnohdy i střední generace. Internet je navíc zdrojem informovanosti.

Informovanost je nezbytná. O informace by se měli lidé zajímat dříve, než nastane nepříznivá situace a využít všechny dostupné prostředky k jejich získání. Média by měla pomáhat zvyšovat povědomí veřejnosti o formách a obsahu péče a ukázat možnosti a flexibilitu služeb pro seniory a jejich rodiny. Rozhodnutí o zajištění způsobu další péče o seniora, který péči potřebuje, je rozhodnutím ovlivňujícím kvalitu života seniora v budoucnosti. Informovanost je pro správné rozhodnutí potřebná.

Médii by neměli být senioři prezentováni negativně. Odvedli společnosti svůj díl. I když jsou specifickou skupinou, v potřebě péče, porozumění a chápajícího přístupu není rozdíl mezi nimi, když nejsou soběstační, a malými dětmi nebo mladými nemocnými. To bychom si měli uvědomovat a snažit se vracet rodičům péči, kterou nám dali, když nás uvedli do života. Každý máme své rodiče.

Děti by již v rodině měly být vychovávány k úctě k rodičům, prarodičům a starým lidem, což bylo běžné ve společnosti tradiční. Učit se pomoci seniorovi, když potřebuje. Příslušníci střední generace by se měli zajímat o osud svých rodičů a pomáhat jim v rámci možností, i když jsou časově zaneprázdněni a bydlí daleko. Je třeba věnovat jim co nejvíce svého času, protože každý den může být společným dnem posledním. Nejcennější, co člověk má, je život sám. Na něm, a pokud není schopen sám, tak na jeho okolí záleží, jak kvalitně ho bude žít.

Mým neskromným přáním je, aby práce posloužila jako zdroj informací, byla námětem k řešení dalších možných výzkumných zaměření a také zdrojem inspirace a motivace ke vstřícnému přístupu k seniorům.



## **SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2008. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. 3. vydání. Bratislava: Public promotion. 251 s. ISBN 978-80-969944-0-3.

BUTTLAR, Johannes, 1995. *Metuzalémská formule*. Přeložila Marcela FREIOVÁ. Praha: Columbus. 176 s. ISBN 80-85928-11-6.

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ, Zdeněk KALVACH, Jan HOLČÍK a Pavel KUBŮ, 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

DIENSTBIER, Zdeněk a Zdenka PROCHÁZKOVÁ, 2011. *Ó, sladké stáří*. 1. vydání. Praha: Radix. 176 s. ISBN 978-80-87573-00-6.

DOŇKOVÁ, Olga a Jan Sebastian NOVOTNÝ, 2010. *Vývojová psychologie pro sociální pedagogy*. Brno: Institut mezioborových studií. 145 s.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FERENČÍK, Ján, 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.

GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 369 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 1. vydání. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAWKINS, Peter a Robin SHOHET, 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

JILČÍK, Tomáš a Ladislav ZAPLETAL, 2008. *Sociologie*. Brno: Institut mezioborových studií. 71 s.

JOBÁNKOVÁ, Marta, 2002. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KLIMEŠ, Lumír, 2010. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství. 864 s. ISBN 978-80-7235-446-7.

KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Brno: Portál. 215 s. ISBN 978-80-383-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1988. *Jak si navzájem lépe porozumíme: Kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha: Svoboda. 235 s.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 80-247-0179-40.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

KÜNZEL, Dolf, 1990. *Lidský organismus ve zdraví a nemoci*. Přeložil Saša HRABAL. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství. 376 s. ISBN 80-201-0000-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: Metodika a metodologie výzkumu*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 123 s. ISBN 987-80-244-1877-3.

LACA, Slavomír, 2013a. *Dialóg pomáhajúcich profesií v kontexte sociálnej práce*. 1. vydání. Brno: Institut mezioborových studií. 231 s. ISBN 987-80-87182-37-6.

LACA, Slavomír, 2013b. *Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. 2. vydání. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 301 s. ISBN 978-80-8132-051-4.

LACA, Slavomír, 2013c. *Výchova – Rodina – Hodnoty*. Brno: Institut mezioborových studií. 223 s. ISBN 978-80-87182-32-1.

MADAR, Jiří, 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.

MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich, 1995. *Ústavní péče*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství. 138 s. ISBN 80-85850-08-7.

MC GERTTRICK, Bart, 2010. *The science of education and quality of life. In: Sciences of education servis the quality of human life*. Ružomberok: Verbum – Catholic University in Ružomberok Press. 184 s. ISBN 978-80-8084-584-1.

MOŽNÝ, Ivo, 2008. *Rodina a společnost*. 2. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. 324 s. ISBN 978-80-86429-87-8.

MUSELÍKOVÁ, Miroslava, Zdeňka VAŇKOVÁ, a Miroslava VODIČKOVÁ, 2009. *Právo v sociální oblasti*. Brno: Institut mezioborových studií. 157 s.

MÜHLPACHR, Pavel, 2009. *Gerontopedagogika*. Brno: Institut mezioborových studií. 203 s.

MÜHLPACHR, Pavel, 2011. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií. 145 s. ISBN 978-80-87182-21-5.

MÜHLPACHR, Pavel, 2006. *Sociální práce jako životní pomoc*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 228 s. ISBN 80-86633-62-4.

PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. *O stárnutí a stáří*. 1. vydání. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství. 138 s. ISBN 80-201-0076-8.

PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: Triton. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetřovatelství v geriatrici: Hodnotící nástroje*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

ŘÍČAN, Pavel, 2004. *Cesta životem*. 1. vydání. Praha: Panorama. 392 s. ISBN 80-7178-829-5.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří seniorů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatricie od A do Z*. 1. České vydání. Praha: Grada Publishing. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

SKUTIL, Martin, 2011. *Základy pedagogicko – psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TRAPKOVÁ, Ludmila a Vladislav CHVÁLA, 2004. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 80-7178-889-9.

VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Copyright. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání. Praha: Portál. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

WEBER, Pavel, 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

### **Články a příspěvky**

BENEŠOVÁ, Eva, 2008. *Rehabilitace, systém, který vrací člověka do společnosti*. Sociální péče. Číslo 6, s. 18-20. ISSN 1213-2330.

HOLICKÁ, Kateřina, 2013. *Možnosti péče o seniora po propuštění z nemocnice*. Florance. Ročník 9, číslo 10, s. 20-22. ISSN 1801-464X.

KOPECKÁ, Petra, 2002. *Koncept kvality života seniorů v České republice*. Zdravotnictví v České republice. Ročník 5, číslo 1–2, s. 71–75. ISSN 1213-6050. 2002.

MACKOVÁ, Marie, 2012. *Sociální péče „Koncept dlouhodobé péče o seniory.“* Diagnóza na konferenci. Diagnóza v ošetrovatelství. Ročník 8, číslo 4, s. 39–40. ISSN 1801-1349.

MAŠLAŇOVÁ, Iva, 2012. *Pohled sester na seniory a stáří*. Geriatrie a gerontologie. Ročník 1, číslo 2, s. 77–80. ISSN 1805-4684.

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě, Hospic sv. Alžběty v Brně a Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Odborná konference: „25 let“ paliativní péče v Jihomoravském kraji: „*Jaké byly a jak to bude dalších 25 let?*“. 25. 6. 2014.

### **Legislativní a jiné normy**

MPSV. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. [on line]. [citováno 2014-07-28]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

MPSV. *Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. [on line]. [citováno 2014-07-28]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v\\_505\\_2006\\_novela.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006_novela.pdf)

Sbírka zákonů. Předpis č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. [on line]. [citováno 2014-07-30]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372/print>

### **Elektronické zdroje**

Demografický informační portál Články. *Analýza: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce*. [on line]. [citováno 2014-07-14]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku=&artclID=824&](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=824&)

MPSV. *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017*. [on line]. [citováno 2014-07-25]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/NAP\\_2013-2017\\_070114.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/NAP_2013-2017_070114.pdf)

MPSV. *Bílá kniha v sociálních službách*. [on line]. [citováno 2014-07-31]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)

Evropa. *Zelená kniha o pracovnících ve zdravotnictví v Evropě*. [on line]. [citováno 2014-07-30]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:CS:PDF>

Sociální péče. *Adresář sociálních služeb v Jihomoravském kraji*. [on line].[citováno 2014-08-1]. Dostupné z:

[http://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/adresar\\_ss\\_jmk\\_2011.pdf](http://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/adresar_ss_jmk_2011.pdf)

MPSV. *Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002*. [on line]. [citováno 2014-07-16]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>

## **SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ADL	Barthelův test aktivit denního života
aj.	a jiní, a další
apod.	a podobně
CNS	Centrální nervový systém
č.	číslo
ČR	Česká republika.
EU	Evropská Unie.
FN	Fakultní nemocnice
LF	Lékařská fakulta
LDN	Léčebna pro dlouhodobě nemocné
KIGOPL	Klinika interní, geriatrické a praktického lékařství
MMS	Test mentálních funkcí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
OSN	Organizace spojených národů
QOL	Kvalita života
s.	strana
Sb.	Sbírka zákonů
SZO	Sociálně zdravotní oddělení
tj.	to je
tzv.	takzvaný
WHO	World health organization - Světová zdravotnická organizace

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

**Obrázek I: Rodiče**





## **SEZNAM TABULEK**

<b>T I: Tabulka č. 1: Výzkumný vzorek.....</b>	<b>65</b>
--	-----------

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**P I: Nahlížení do zdravotnické dokumentace za účelem poskytnutí informací pro studijní účely**

**P II: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru s NLZP**

**P III: Potvrzení účasti na odborné konferenci**

## **PŘÍLOHA P I: NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE ZA ÚČELEM POSKYTNUTÍ INFORMACÍ PRO STUDIJNÍ ÚČELY**

### **Nahlížení do zdravotnické dokumentace za účelem poskytnutí informací pro studijní účely**

Vážený pane/paní,

žádám Vás o souhlas s nahlížením do Vaší zdravotnické dokumentace za účelem sběru dat pro studijní účely. Jsem zaměstnankyní FN Brno (Oddělení klinické mikrobiologie) a studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor sociální pedagogika.

Pro svoji závěrečnou diplomovou práci na téma „Stáří a kvalita života v současné společnosti“ potřebuji nahlížet do zdravotnické dokumentace pacientů – sesterské i lékařské, do dokumentace zdravotně-sociálních pracovníků.

Data, která použiji, budou anonymní bez uvedení konkrétního jména pacienta či dalších identifikačních údajů.

Sběr dat budu provádět v termínu 1. 2. 2014 – 31. 3. 2015 na útvarch FN Brno: Sociálně zdravotní oddělení, KIGOPL, se souhlasem FN Brno.

Bc. Šárka Černá  
Oddělení klinické mikrobiologie  
FN Brno

**Jméno a příjmení pacienta .....**

**Datum narození: .....**

**Hospitalizován na útvaru FN Brno: .....**

**Pacient tímto dává souhlas k nahlížení do své zdravotnické dokumentace za účelem sběru dat pro studijní účely a jejich anonymního použití v diplomové práci studentky.**

.....

**podpis pacienta**

## **PŘÍLOHA P II: OTÁZKY K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU S NLZP**

1. Jaká je struktura kliniky, oddělení?
2. Jaká je organizace práce na klinice, oddělení?
3. Jaké vzdělání musí splňovat nelékařský zdravotnický personál kliniky, oddělení?
4. Jaké jsou cíle kliniky, oddělení, z hlediska péče o pacienta seniora?
5. Jakým způsobem probíhá spolupráce KIGOPL se SZO (SZO s KIGOPL)?
6. Co považujete za největší problém, se kterým se při péči o seniory potýkáte?

# PŘÍLOHA P III: POTVRZENÍ ÚČASTI NA ODBORNÉ KONFERENCI



DIECÉZNÍ CHARITA BRNO  
OBILASTNÍ CHARITA  
RAJHRAD

DCHB – Oblastní charita Rajhrad  
Jiráskova 47  
664 61 Rajhrad

tel: +420 547 232 225  
rajhrad@charita.cz  
registrace 30:10:1996/MK ČR

FN Brno  
Jihlavská 20, Brno

Potvrzuji, že paní **Bc. Šárka Černá**

se zúčastnila odborné konference

**„25 let“ paliativní péče v Jihomoravském kraji:  
„Jaké byly a jak to bude dalších 25 let?“**

**konané dne 25. června 2014**

v Edukačním centru Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Jiráskova 47, Rajhrad.

Odbornou konferenci pořádal Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa Rajhrad a Hospic sv. Alžběty v Brně ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP u příležitosti výročí otevření obou hospiců.

V Rajhradě dne 25.6.2014

Za pořadatele akce

  
Mgr. Eva Šímová,  
vedoucí Edukačního centra OCH Rajhrad

  
Charita  
Česká republika

  
EDUKAČNÍ CENTRUM DLBŠH

DIECÉZNÍ CHARITA BRNO  
DŮM LÉČBY BOLESTI S HOSPICEM SV. JOSEFA  
Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad  
IČO: 449 90 260, DIČ: CZ44990260