

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Kateřina Voříšková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení soběstačnosti seniorů v rezidenčních zařízeních

Kateřina Voříšková

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Voříšková**
Osobní číslo: **Z12108**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Hodnocení soběstačnosti seniorů v rezidenčních zařízeních**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:


1. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
2. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
3. HEŘMANOVÁ, Eva. Koncepty, teorie a měření kvality života. 1. vyd. Praha: SLON, 2012, 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
4. KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
5. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-802-4721-699.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2013**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. července 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. března 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na mou práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou, nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností, až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 10. 7. 2015

Kateřina Voříšková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Magdě Taliánové, PhD. za odborné metodické vedení a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Také děkuji všem respondentům za spolupráci a ochotu při vyplňování testů a záznamového archu.

Dále bych ráda poděkovala svému manželovi za podporu a za to, že mi umožnil studovat na této škole.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se primárně zabývá člověkem v období stáří a stárnutí. Zaměřuje se především na fenomén stáří seniorů z různých pohledů, kvalitu života a metody hodnotící soběstačnost.

Druhá výzkumná část je zaměřena na hodnocení soběstačnosti seniorů ve vybraných rezidenčních zařízeních sociální péče, v domovech pro seniory, a ve zdravotnických zařízeních, léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Cílem je zjistit míru soběstačnosti a zhodnotit vztah soběstačnosti a depresivity.

KLÍČOVÁ SLOVA

Soběstačnost, stáří, rezidenční zařízení

ANNOTATION

The thesis primarily address a man in an old age and aging. The focus of the thesis is mainly on phenomenon of old age from different views, quality of living and methods of self-sufficiency evaluation.

The second part of research is focused on self-sufficiency evaluation of seniors in chosen social residential facilities – homes for elderly, and medical facilities – sanatoriums for long-term illnesses, with aim of determine rate of self-sufficiency.

KEYWORDS

Self-sufficiency, old age, residential facility

OBSAH

ÚVOD	11
Cíle práce	12
I Teoretická část	13
1 Fenomén stáří	13
1.1 Stáří z pohledu demografického	13
1.2 Stáří z pohledu politického a ekonomického	14
1.3 Stáří z pohledu tělesného	15
1.4 Stáří z pohledu psychologického	16
1.5 Stáří z pohledu sociologického	17
2 Kvalita života seniorů	19
2.1 Pojem kvalita života	19
2.2 Senioři v rodině	21
2.3 Senioři v rezidenčních zařízeních	22
3 Hodnocení soběstačnosti seniorů	25
3.1 Pojem soběstačnost	25
3.2 Metody hodnocení soběstačnosti	26
3.3 Hodnotící testy	26
II. Výzkumná část	29
4 Výzkumné otázky	29
5 Charakteristika výzkumu	30

5.1 Metodika výzkumu	30
5.2 Charakteristika výzkumného vzorku	30
5.3 Zpracování a analýza dat	30
6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	32
7 DISKUZE	51
8 ZÁVĚR	56
9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	58
10 SEZNAM PŘÍLOH	61

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Seznam tabulek

Tabulka 1 Četnost seniorů podle věku a pohlaví v zařízení sociální péče.....	32
Tabulka 2 Četnost seniorů podle věku a pohlaví ve zdravotnickém zařízení.....	32
Tabulka 3 Seniori podle dosaženého vzdělání.....	33
Tabulka 4 Bydliště seniorů před nástupem do zařízení	34
Tabulka 5 Důvody příjmu seniora do zařízení.....	35
Tabulka 6 Diagnózy při přijetí seniorů	36
Tabulka 7 Rozdělení seniorů podle zdravotních omezení	37
Tabulka 8 Účast seniorů na volnočasových aktivitách	40
Tabulka 9 Důvody neúčasti seniorů na volnočasových aktivitách	42
Tabulka 10 Čas seniorů denně mimo lůžko.....	43
Tabulka 11 Oblasti soběstačnosti činící seniorům největší potíže	47
Tabulka 12 Hodnocení testu Barthelové u seniorů v zařízení sociální péče.....	48
Tabulka 13 Hodnocení testu Barthelové u seniorů ve zdravotnickém zařízení.....	48
Tabulka 14 Hodnocení soběstačnosti seniorů v zastoupení mužů a žen	49
Tabulka 15 Výsledné skóre testu depresivity v zařízeních sociální péče	49
Tabulka 16 Výsledné skóre testu depresivity ve zdravotnických zařízeních	50

Seznam obrázků

Obrázek 1 Grafické znázornění četnosti používaných kompenzačních pomůcek.....	38
Obrázek 2 Grafické znázornění četnosti rehabilitace	39
Obrázek 3 Grafické znázornění četnosti volnočasových aktivit seniorů	41
Obrázek 4 Grafické znázornění touhy dosáhnout vyšší soběstačnosti	44
Obrázek 5 Grafické znázornění důvěry ve vlastní schopnosti.....	45
Obrázek 6 Grafické znázornění vlastní představy dosažené změny	46

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL - Activity of Daily Living (základní všední činnosti)

BI - Barthel Index

ČSÚ - Český statistický úřad

DPS - Domy s pečovatelskou službou

FIM - Funkční míra nezávislosti

LDN - Léčebna pro dlouhodobě nemocné

LTV - Léčebná tělesná výchova

MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví

MOB - Mobilizace kloubu

MT - Měkké techniky

PEG - Perkutánní endoskopická gastrostomie

PMK - Permanentní močový katétr

PŽK - Permanentní žilní katétr

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

vyd. - vydání

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Při volbě tématu pro bakalářskou práci byl nejsilnější inspirací fakt, že v poslední době se ze všech masmédií ozývají hlasy „naříkající“ nad tím, jak naše společnost stárne. Mnohdy tyto hlasy vyznívají tak, jako by stáří bylo něco nepřírozeného, čemu je potřebné se vyhnout, společnost před ním ochránit. Na seniory se nezřídka pohlíží jako na absolutně nepotřebné a společnost zbytečně zatěžující jedince. Zapomíná se na to, že stáří, kromě toho, že s sebou nese mnohá omezení, přináší také cenné zkušenosti a nadhled. To jsou devizy, kterých by měla společnost v co nejširší míře využívat. Počet osob v seniorském věku neustále roste v souvislosti s tím, jak se prodlužuje průměrná střední délka života. To nutí společnost rozvíjet nabídku služeb poskytovaných seniorům.

Rozhodnutí pro téma soběstačnosti seniorů tedy nebylo náhodné. Křivohlavý uvádí, že *„úkolem třetího úseku životní cesty je kulturně i osobnostně zrát a dozrát v plně rozvinutou, ucelenou a úctyhodnou harmonickou osobnost, která se stále ještě snaží podílet na kulturním dědictví a předávat je dále.“* (Křivohlavý, 2011; s. 16) Avšak, aby senior mohl tento úsek svého života prožívat plnohodnotně, musí být v co největší míře soběstačný.

Předkládaná bakalářská práce je členěná na část teoretickou, která se zabývá fenoménem stáří z různých pohledů, kvalitou života seniorů a možnými metodami hodnotící soběstačnost seniorů. Druhá výzkumná část zkoumá stupeň soběstačnosti seniorů žijících v zařízeních sociální péče a srovnává jejich stupně soběstačnosti se seniory ve zdravotnických zařízeních. Součástí výzkumu je také testování míry depresivity seniorů v obou typech zařízení doplněné o záznamový arch a závěry celého výzkumného šetření.

Cíle práce

Teoretickým cílem této bakalářské práce bylo, vytvořit přehled vztahující se k problematice stáří kvality života a hodnocení soběstačnosti seniorů.

Hlavním cílem pro praktickou část bylo, zjistit míru soběstačnosti seniorů, kteří jsou umístěni v rezidenčních zařízeních (zdravotních a sociálních).

Práce má dále splnit také dílčí cíle:

- Vytvořit charakteristiku seniorů, kteří byli zahrnuti do výzkumného šetření.
- Porovnat úroveň soběstačnosti seniorů při vstupu do rezidenčního zařízení a po 14 dnech po nástupu do těchto zařízení.
- Porovnat soběstačnost seniorů ve zdravotnických a sociálních zařízeních ve vztahu k pohlaví.
- Zjistit míru depresivity seniorů ve zdravotnických a sociálních zařízeních

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Fenomén stáří

Na otázku, co je to vlastně stáří, není možné dát jednoduchou a jednoznačnou odpověď. Každý z nás ví, že stáří je nedílnou součástí života, ale pokusíme-li se o jeho definici, zůstaneme stát před problémem: který úhel pohledu na stáří bude ten nejsprávnější, který nám dá nejpřesnější odpověď?. Domnívám se, že na tuto otázku nám neodpoví ani jeden ze zvolených úhlů pohledu sám o sobě. Na stáří se musíme podívat ze všech zorných úhlů a jenom tak se ke správné odpovědi můžeme dopracovat.

Lidé vnímají stáří velmi subjektivně. Patnáctiletým se jeví dvacetiletí jako staří, pro dvacetileté jsou staří třicátníci. A tak bychom mohli pokračovat. Věk tedy nebude tím jediným kritériem pro definici stáří. A co fyzický vzhled, duševní svěžest, fyzická zdatnost?

Křivohlavý se nad otázkou, co je to stáří zamýšlí opět v jiných souvislostech. Nehledě na fyzický vzhled či fyzickou zdatnost se ptá, zda je stará žena, která je ve svých 93 letech schopna naučit se ze dne na den Ludolfovo číslo na 100 číslic, anebo ta, která právě po složení všech rigorózních zkoušek dostává doktorát *lege artis*, a to ve chvíli, kdy jí je 85 let. (Křivohlavý, 2011; s. 17). Podle toho je důležitým kritériem pro definici stáří duševní svěžest.

V úvahu musíme vzít také fakt, že proces stárnutí probíhá u každého jednotlivce jinak. Podle toho také samotní senioři pociťují sami na sobě (nebo také nepociťují) fakt, že jsou staří. Jisté je, že všechna tato kritéria musíme při definování stáří brát v úvahu. V následujících podkapitolách se podrobněji podíváme na fenomén stáří z pohledu demografického, ekonomického a politického, medicínského, psychologického a sociologického.

1.1 Stáří z pohledu demografického

Autoři odborných publikací zabývajících se stářím, například Bútorová, Kalvach, Čornaničová, Henrich a jiní, předkládají několik variant klasifikace vyššího věku. Dvořáčková předkládá klasifikaci dle Světové zdravotnické organizace, která toto období života dělí na střední (zralý) věk 45 – 59 let, vyšší věk (rané stáří) 60 – 74 let, stařecký věk 75 – 89 let a dlouhověkost 90 let. Jak ale Dvořáčková uvádí dále, kalendářní věk podle data

narození „*nevypovídá ovšem ani o soběstačnosti ani o zdravotním stavu starého člověka.*“ (Dvořáčková, 2012; s. 112)

U Křivohlavého se setkáváme s dělením života člověka do čtyř fází či stadií života. První fáze je definována jako mládí, což je období od narození do dosažení dospělosti (tj. do 30 let života). Druhou životní fází je střední věk, neboli doba dospělosti (tj. 30 – 65 let). Třetí fáze života je životní období týkající se doby důchodu a to bez ohledu na fakt, zda daný člověk důchod dostává, či ne. Konkrétně se jedná o věk 65 až 85 let. Čtvrtou fází života je příprava na odchod čili exit jedince a jedná se o věk od 85 let. O jedincích, kteří dosáhli věku 85 let a více se současně hovoří jako o dlouhověkých lidech. (Křivohlavý, 2011, s. 18)

Zajímavé je se podívat na demografický vývoj v České republice za posledních 25 let srovnáním vybraných demografických údajů. (viz Příloha A) V posledních letech stoupá počet obyvatelstva v naší zemi. Zatím co od roku 1989 se dá pozorovat pokles počtu obyvatel, od roku 2009 je patrný trend k jeho zvyšování. Na druhé straně se index stáří za posledních 25 let zvýšil na dvojnásobek.

Demografický pohled na stáří se nakonec jeví dvojznačně. Na jedné straně je potěšitelné zjištění, že se v naší zemi zvyšuje naděje lidí na delší život, ale na druhé straně z něj vidíme, že naše společnost poměrně rychle stárne, což pochopitelně s sebou přinese řadu problémů, které bude nutné urychleně řešit. Na jejich řešení se budou muset podílet politici i ekonomové, lékaři a zdravotníci, psychologové i sociologové.

1.2 Stáří z pohledu politického a ekonomického

Stárnutí populace je problém navýsost politický a ekonomický. Objektivně vzato, na politické reprezentaci a ekonomických odbornících stojí úkol vyřešit financování důchodů tak, aby celý důchodový systém bez výkyvů a kolapsů fungoval. Velmi záleží také na prezentaci seniorů v médiích. Ve zpravodajství nebo v publicistice se o seniorech hovoří nejčastěji pouze v souvislosti s potřebou důchodové reformy. (Haškovcová, 2010; s. 65)

Hodnotíme-li tuto otázku z hlediska seniora, který celý svůj život pracoval, vychovával své děti a odváděl společnosti co nejlepší výkon, dostává se nyní do pozice člověka, který musí řešit svou změněnou ekonomickou situaci. Odchodem do důchodu se příjem seniora rapidně sníží, a pokud není schopen si nějakým způsobem přivydělat, je sám a případně zdravotně handicapovaný, dostává se nezřídkou do těžko řešitelných problémů. Z různých genderových studií plyne poznatek, že ženy seniorky jsou po ekonomické stránce

na tom ještě podstatně hůře než muži senioři. Toto konstatování potvrzují i data Českého statistického úřadu. V roce 1999 byl průměrný starobní důchod 5 910 Kč. Průměrný starobní důchod mužů v tom roce byl 6 557 Kč a žen 5 391 Kč. Tento genderově nepříznivý trend pokračuje i v dalších letech, takže v roce 2013 můžeme vidět tato čísla: průměrný měsíční starobní důchod činil 10 970 Kč. Průměrný důchod mužů byl 12 150Kč a žen 9 955Kč. (Český statistický úřad, 2014)

Aby člověk i ve vyšším věku mohl žít aktivní život a mohl případně pracovat a věnovat se svým zájmům, na které po celý život neměl čas, musí být podle možností zdravý, pohyblivý a soběstačný.

1.3 Stáří z pohledu tělesného

Délka života člověka a také jeho spokojeného prožívání této poslední etapy je v mnoha směrech ovlivněno tím, jak hluboce se u něj projevují fyzické a s tím spojené zdravotní změny. Poledníková dělí tyto změny do několika skupin, kam patří například změny týkající se jednotlivých orgánů a orgánových systémů. Změny na kůži a vlasech jsou nejnápadnější. Kůže už není schopná zadržovat tekutinu a je suchá a nepružná, vytvářejí se pigmentové skvrny a vrásky, vlasy šediví a řídnou. V důsledku poklesu buněk v nervovém systému, klesá rychlost a síla svalových kontrakcí. Dochází k úbytku svalové hmoty. To způsobuje zvýšenou únavnost, pomalejší reakce na podněty. Atrofie meziobratlových plotének způsobuje zmenšení tělesné výšky, kosti jsou křehčí a náchylnější ke zlomeninám. Všechny tyto změny způsobují omezení pohyblivosti. Dýchací a kardiovaskulární ústrojí zaznamenává pokles respirační účinnosti, v důsledku toho je ztížené dýchání při námaze. Pokles srdeční kapacity a cévní změny způsobují horší okysličování tkání, zvýšení krevního tlaku. Atrofie sliznic trávicí soustavy má za následek zpomalení trávicího procesu a peristaltiky střev, nechutenství a potíže s vylučováním stolice. Vylučovací soustava vykazuje změny ve funkci ledvin. Vyvstává nutnost většího příjmu tekutin. Zmenšená kapacita močového měchýře může způsobit inkontinenci. Imunitní systém je oslabený a hrozí větší pravděpodobnost infekčních onemocnění. Smyslové funkce: u všech smyslů je oslabené vnímání. Vzniká presbyopie – zhoršení zraku, která je způsobena stárnutím oční čočky a často hrozí katarakta. Presbyakuzie – stařecká nedoslýchavost způsobuje seniorům komunikační problémy. Také další smysly – čich, chuť a hmat bývají nezřídka oslabené. Pomalejší metabolismus způsobuje nižší tělesnou teplotu, a organismus se stále hůře vyrovnává

s výkyvy teploty – špatně snáší jak zimu, tak vysoké teploty. Pohlavní pud přetrvává do vysokého věku, ale může jej oslabit vliv onemocnění nebo některých léků. (Poledníková, 2006; s. 10)

Kalvach rozděluje seniory podle funkčního stavu do sedmi skupin (Kalvach, a další 2012; s. 29):

- elitní senioři – schopni podávat vysoké výkony do vysokého věku,
- zdatní senioři – zvládají i náročné pracovní aktivity,
- nezávislí senioři – samostatně zvládají běžné životní nároky, ve stresu se dostávají do problémů,
- křehcí senioři – labilní funkční i zdravotní stav – potřebují pomoc,
- závislí senioři – potřebují pomoc a podporu druhé osoby,
- zcela závislí senioři – potřebují trvalou ošetrovatelskou péči,
- umírající senioři – potřebují odbornou paliativní péči.

1.4 Stáří z pohledu psychologického

„Celý život potřebujeme dostatek vnitřní energie. Čerpáme ji především ze vztahů k druhým, k prostředí, ale i k sobě samým.“ (Dvořáčková, 2012; s. 16)

Z hlediska psychologického je velmi důležité, jak senior chápe svou vlastní roli ve stáří. Klevetová vymezuje pět strategií vyrovnávání se s vlastním stářím. Jedná se o konstruktivní strategii, kdy se senior dokáže vyrovnat s omezeními, které s sebou stáří přináší, je stále aktivní a neustále si stanovuje cíle přiměřené svým možnostem, neztrácí optimismus, je tolerantní a dovede se přizpůsobit změnám. Dále se jedná o tzv. strategii závislosti, kdy dochází k situacím, že senior, který je poněkud pasivní a spoléhá na pomoc druhých, je velmi ovlivnitelný svým okolím. Strategii obrannou je prezentována tím, že senior odmítá přijmout fakt, že je starý a proto je přehnaně aktivní a často konfliktní. Dalším typem strategie je tzv. strategie hostility, kdy se senior projevuje nepřátelsky vůči „celému okolnímu světu“. Velmi často bývá agresivní a rád vyhledává konflikty. Strategii sebenenávisti představuje takové chování a jednání seniora, kdy je senior vůči sobě přespříliš kritický, jeho vztahy v rodině i širším sociálním prostředí jsou neuspokojivé, neadekvátní a pro seniora jsou spíše negativní. (Klevetová, Dlabalová, 2008; s. 28-35)

1.5 Stáří z pohledu sociologického

Naše společnost prochází v současné době velkými demografickými změnami, na které je nucená nějakým způsobem reagovat. Zde před námi stojí otázka: Jakým způsobem bude společnost reagovat? Značná část populace pohlíží na seniory jako na něco nepotřebného, co překáží v cestě a odčerpává na své důchody finanční prostředky, které by bylo možné použít na něco jiného. Tento pohled na stáří a seniory nám často dnes a denně podávají naše masmédia (veřejnoprávní televize a rozhlas nevyjímaje).

Pro sociologický pohled na stáří je tedy nutné zaměřit se na sociální roli staré generace. Ort uvádí, že závažnější než nedostatečná zdatnost fyzická a mentální bývá pro občanskou participaci a svébytnost ve stáří přisouzená sociální role. Ta podmiňuje nejen ekonomickou situaci, ale také individuální očekávání a aspiraci.“ (Ort, 2004; s. 22)

S postupujícím věkem si člověk musí připustit, že jeho role ve společnosti se mění. S odchodem do důchodu opouští svoji roli v zaměstnání, s úbytkem sil a zdraví opouští své role v dalších oblastech společenského života. Toto vědomí je beze sporu frustrující, ale *„naše přijetí nových rolí, a tomu odpovídající adekvátní jednání, posílí naši přechodně ztracenou pozici a naplnění nových rolí nám otevírá cestu k dosažení vysokého a důstojného sociálního statusu a možnosti jeho udržení.“* (Ort, 2004; s. 24)

Na seniorovi samotném je, jako roli přijme. Bude-li v rámci svých sil a zdravotního stavu stále aktivní, nebo bude rezignovat a jak se říká „čekat na smrt“. Na společnosti spočívá povinnost, vytvořit takové podmínky pro seniory, aby byli schopní své role aktivně přijmout.

1.5.1 Dokumenty Evropské unie k problematice stárnutí populace

Dne 21. května 1999 přijala Komise Evropské unie zprávu nazvanou „Za Evropu pro občany všeho věku“. V této zprávě jsou návrhy opatření rozdělené do pěti oblastí (Ein Europa für alle Altersgruppen, 1999).

První oblastí je zaměstnanost seniorů. Ve zprávě se doporučuje zastavit předčasný odchod starších skupin obyvatelstva z trhu práce a plně mobilizovat jejich produktivní potenciál formou celoživotního vzdělávání.

Druhou oblastí je sociální ochrana seniorů. Je nutné zajistit spravedlivou rovnováhu mezi generacemi a dlouhodobou udržitelnost veřejných financí zajišťovat prostřednictvím vyšší

míry zaměstnanosti práceschopného obyvatelstva. Důchodové systémy by měly být navrženy tak, aby byly méně citlivé na demografické a jiné změny.

Třetí oblastí je zdravotnictví, které má prostřednictvím konkrétních politických opatření (podpora zdravého stárnutí, prevence nehod a rehabilitace) snížit nemocnost a zlepšit funkční zdraví, umožnit tak občanům vést aktivní a plnohodnotný život i ve starším věku a zároveň zefektivnit náklady systémů zdravotní péče o seniory.

Čtvrtou oblastí jsou opatření proti diskriminaci a sociálnímu vyloučení. Je nezbytné zajistit, aby se všem občanům všech věkových skupin dostalo rovného zacházení, bylo jim dopřáno sluchu a byly uspokojeny jejich aspirace.

Konečně pátou oblastí je snižování rozdílů mezi muži a ženami v oblasti sociálního zabezpečení, protože podle statistických zjištění má velká skupina starších žen v důchodu nedostatečný příjem a ocitají se v chudobě.

1.5.2 Opatření Ministerstva práce a sociálních věcí

Ministerstvo práce a sociálních věcí přijalo na léta 2013 – 2017 Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí, ve kterém v sedmi kapitolách postihuje všechny oblasti života seniorů. (Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, 2013)

Pro první oblast – demografické stárnutí – byla rozpracovaná statistická data týkající se věkového složení populace, střední délky života a dožití v dobrém zdraví. Druhá oblast – celoživotní učení – se zabývá celoživotním učením a přípravou mladé generace na stárnutí, vzděláváním starší populace pro uplatnění na trhu práce a v občanském životě. Třetí oblastí – zaměstnávání – otázka zaměstnávání starších osob a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění. Kromě přípravy důchodové reformy je předmětem zájmu také age management. Čtvrtá oblast – dobrovolnictví a koncept mezigenerační spolupráce – se zabývá vlivem mediální kultury na porozumění mezi generacemi a rolí seniorů ve společnosti. Kvalitní prostředí pro život seniorů je pátou oblastí Národního akčního plánu a probírá všechny oblasti života seniorů od bydlení a dopravy, přes problematiku institucí a příčiny a důsledky samoty. Rozvoj zdravého životního stylu, budování zdravého prostředí přátelského pro všechny generace na úrovni obcí a regionů tvoří obsah šesté oblasti – zdravé zestárnutí. Poslední oblastí je péče o seniory s cílem zajištění kontinuity a dostupnosti sociálních služeb a sociální péče.

2 Kvalita života seniorů

Pojem kvalita života je mnohohrstevnatý a v průběhu času se jeho obsah proměňoval. Je proto poměrně obtížné podat jeho jednoznačnou definici. Obecně bychom mohli říci, že každý člověk vnímá kvalitu svého života subjektivně, často podle toho, v jaké se právě nachází situaci a jaký je jeho zdravotní i psychický stav.

2.1 Pojem kvalita života

Vlastní definice a vymezení kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, která značí možnost naplnění základních potřeb daného jednotlivce. (Křivohlavý, 2004; s. 18)

Oblast hodnocení kvality života především u osob se závažnými, často, chronickými a nevyлéčitelnými chorobami nebo u osob seniorského věku se začala hodnotit zhruba kolem poloviny 20. století, kdy začala být kvalita života hodnocena a zjišťována. Bylo zjištěno a tedy následně prezentováno, hodnocení a definování individuální kvality života, ukazuje vlastní subjektivní pojetí a spokojenost nemocného jedince či seniora se svým aktuálním životem. Hlavním důvodem je to, že každý z nás je značně odlišný a pro vlastní uspokojení potřebuje a vyžaduje něco jiného. Zjišťování a především následné hodnocení kvality života je, v současné době, důležitou součástí komplexně pojaté terapeutické strategie. (Křivohlavý, 2004; s. 18-19)

Obsah pojmu ‚kvalita života‘ se v průběhu času proměňoval. Heřmanová nám ve své práci podává velmi zajímavý přehled:

V 50. letech minulého století se politického sloganu z USA (kde byla pod kvalitou života myšlena hlavně konzumní stránka), ujala medicína a kvalita života se stala jejím předmětem zájmu. V té době byla také Světovou zdravotnickou organizací formulována definice zdraví. Šedesátá léta dvacátého století sice přinesla širší pojetí pojmu kvalita života, ale stále se jednalo převážně o materiální stránky života – odzbrojení, humanizace a zvyšování životní úrovně.

V 80. letech byla kvalita života brána jako kritérium hodnocení životní úrovně obyvatel, i když v této době se kvalita života stala předmětem zájmu také pro sociální psychiatrii, protože pro vnímání kvality života jedincem je důležité kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které nemusí být v přímé úměře se

socioekonomickým statusem, a dokonce ani s biologickým zdravím. (Heřmanová, 2012; s. 13-17)

Z předchozího tvrzení pak vychází skutečnost, že při hodnocení kvality života je pozornost upřena především na to, jak změřit pocit štěstí a míru spokojenosti se životem. Výzkumy bývají zaměřené na tři základní tematické oblasti: „*celková spokojenost se životem, spokojenost s dílčími oblastmi života a hledání nejvýznamnějších faktorů, které podmiňují vznik subjektivního pocitu kvalitního a smysluplného života, a na hledání souvztažností mezi těmito faktory.*“ (Heřmanová, 2012; s. 17)

Jak je z výše napsaného zřejmé, protože vnímání všech faktorů utvářejících kvalitu života, je vysoce subjektivní, je těžké jednoznačně vymezit jednotlivé faktory. „*Můžeme hovořit o skupině faktorů (oblasti), které mají přímý či nepřímý vliv na lidský a společenský rozvoj. Jedná se o zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální oblasti.*“ (Dvořáčková, 2012; s. 78)

Mezi populací seniorů je považován za nejdůležitější faktor zdraví, protože právě u starších lidí zdravotní stav ovlivňuje kvalitu života snad nejvíce. Stáří samo o sobě není nemoc, ale převážná většina starých lidí má zdravotní potíže. To potom s sebou přináší také funkční problémy. Je nutné umět posoudit funkční schopnosti a soběstačnost seniora. Mohou být i další rizikové faktory, které jsou příčinou zhoršené soběstačnosti například: nevyhovující bytové podmínky, nedostatek finančního zabezpečení, nedostupnost pečovatelské služby či neochota (nemožnost) v poskytování péče ze strany rodiny. Snížená soběstačnost seniora v důsledku onemocnění může vyústit až k bezmocnosti. Poté zůstane trvale odkázaný na pomoc druhé osoby, nebo musí být umístěn v některém ze sociálních zařízení. Kvalita jeho života je v důsledku podstatně nižší. (Dvořáčková, 2012; s. 79)

Dalším velmi důležitým faktorem je, jak uvádí Dvořáčková, úroveň subjektivní osobní pohody, tzv. well-being. Pocit osobní pohody podle mého názoru značně ovlivňuje vnímání kvality vlastního života každého jednotlivce. Cítíme-li se spokojeně a dobře, snáze se nám překonávají běžné obtíže, a ty větší problémy se nezdají už tak neřešitelné, když jsme v dobré pohodě. (Dvořáčková, 2012; s. 79)

Osobní vztahy mezi manžely po odchodu dětí z domova jsou dalším faktorem, který má značný vliv na kvalitu života seniorů. Role rodičů už byla dohrána a je nutné najít mezi sebou nové pouto, nový vztah. Podaří-li se to, ovlivní to kvalitu života pozitivně. A naopak, když si manželé po odchodu dětí z domova už nemají co říci, jejich vztah je prázdný, ovlivní to kvalitu života negativně.

Velmi negativně ovlivňujícím faktorem je ztráta životního partnera. Přeživší partner se s tím umí jenom velmi těžce vyrovnat, a pokud nenajde chápající zázemí u svých nejbližších, trpí velkou osamělostí.

„S postupujícím věkem se u seniora snižuje manuální zručnost a nastávají problémy s orientací. Začíná trpět tzv. handicapem sociální integrace, kterým se míní znemožnění účasti na obvyklých sociálních vztazích.“ (Dvořáčková, 2012; s. 79) V neposlední řadě, mezi faktory ovlivňující kvalitu života seniorů patří i situace, že musí být umístěný v ústavním zařízení. Hrozí mu ztráta autonomie a získává pocit, že se ocitl „v čekárně na smrt“.

Kdybychom měli vyjmenovat ještě další faktory ovlivňující vnímání kvality života seniorů, nesmělo by chybět sociální prostředí, mezilidské vztahy (ty jsou velmi důležité), hmotné zabezpečení a aktivity, které může provozovat. Dále také dostupnost zdravotní a sociální péče.

„Světová zdravotnická organizace (WHO) rozčlenila jednotlivé oblasti kvality života do čtyř základních okruhů, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení.“ (Dvořáčková, 2012; s. 70) Na základě tohoto rozčlenění si přiblížíme jednotlivé dimenze kvality života: fyzické zdraví a úroveň samostatnosti, psychické zdraví a duchovní stránka, sociální vztahy a prostředí. Každá z těchto dimenzí ovlivňuje to, jak člověk vnímá kvalitu svého vlastního života.

2.2 Seniori v rodině

V současnosti jsou třígenerační rodiny, ve kterých žijí seniori pospolu se svými dětmi a vnoučaty, spíše výjimkou. Trendem je nebydlet s rodiči, ale dostatečně blízko, aby bylo možné za nimi docházet a poskytovat jim potřebnou pomoc. Domnívám se ale, že ani většina seniorů si nepřeje bydlet se svými dětmi v jednom bytě. Ono společné bydlení má svá pozitiva i svá negativa, která do značné míry ovlivňují kvalitu života seniora.

Nejdříve pozitiva: senior je v denním kontaktu se svými nejbližšími a může se kdykoli spolehnout na jejich pomoc a péči, necítí se osamělý a má neustále nové podněty z okruhu své rodiny.

Nyní negativa: v malém bytě v početné rodině postrádá senior své soukromí, vyskytnou-li se domácí neshody, senior tím trpí. Někdy se seniori v domácí péči stávají oběťmi domácího násilí.

2.3 Senioři v rezidenčních zařízeních

V případech, kdy rodina není schopná zajistit pro seniora veškerou potřebnou péči, přichází ke slovu péče institucionální. Existuje řada typů pobytových zařízení pro seniory. Stručně si připomeňme, která to jsou, a jaké služby poskytují, jak jsou popsány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006): Spektrum institucionálních služeb pro seniory je široké. Přesto se mnozí starší lidé obávají toho, že jednoho dne skončí v domově pro seniory. Ptáme-li se proč, je potřeba zvážit všechna pro a proti, výhody i nevýhody.

Ke kladným stránkám pobytu starších lidí v domovech pro seniory dle Matouška patří to, že senior netrpí samotou, je ve společnosti lidí podobného věku, mají mnoho společných vzpomínek a podobných zkušeností. V případě potřeby je vždy po ruce odborná pomoc. Senior se nemusí starat o chod domácnosti, nákupy, vaření, úklid a podobně. Záporné stránky pobytu v domovech pro seniory představuje, že senior je nucený adaptovat se na nové prostředí a nové lidi. V domovech pro seniory schází soukromí. Ve slovníku sociální práce je pojem soukromí definován a vymezen jako: „*potřeba a právo každého člověka chránit si vlastní území, vlastní čas, vlastní tělo, vlastní prožitky, informace.*“ (Matoušek, 2008; s. 208)

2.3.1 Rezidenční zařízení pro seniory v resortu sociální péče

Domov pro seniory patří mezi nejznámější a také, pro seniory, nejvýznamnější sociální služby pobytového charakteru. Nejčastěji jsou zřizovateli domovů pro seniory krajské úřady a obce, dále se jedná o neziskové organizace nebo o soukromé vlastníky. V domovech pro seniory je zajišťována osobám ve věku 65 let a více celodenní a komplexní péče, a to jak zdravotnická, ošetrovatelská, tak i sociální a aktivizační. (Matoušek, 2013; s. 369)

Domovy se zvláštním režimem jsou zařízení, kde jsou realizovány pobytové služby. Domovy se zvláštním režimem jsou určeny pro klienty se sníženou soběstačností v důsledku chronického duševního onemocnění (demence apod.). Zde je klientům také zajišťována celodenní a komplexní ošetrovatelská, zdravotnická, sociální, aktivizační péče a pomoc při uplatňování práv. Režim v takovýchto zařízeních je jejich potřebám přizpůsobený. (Malíková, 2011, s. 114-115).

Týdenní stacionáře, které poskytují pobytové služby osobám, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Provoz v těchto zařízeních je omezen na pracovní dny. Služby jsou indikovány v těch případech, kdy se doba pobytu jedince v zařízení pohybuje od 1 do 3

měsíců. Tato služba sociální péče je realizována jako pomoc pečovatelům, kteří si potřebují „odpočinout“ a znovu nabít síly na další péči o seniora nebo se jedná o dočasný čili přechodný pobyt, který je indikován při náhlém zhoršení celkového stavu seniora, což vede k jeho hospitalizaci, po které není možné seniora ihned navrátit do domácího prostředí. (Matoušek, 2013; s. 370)

Domy s pečovatelskou službou (DPS) představují zařízení, kde senioři bydlí. Podmínkou je, že senioři musí být schopni vést plnohodnotný samostatný život v zařízení, s tím, že v některých úkonech je seniorům zajištěna péče a dopomoc či podpora (např. stravování, doprovod k lékaři aj.). Zásadním přínosem domovů s pečovatelskou službou je skutečnost, že senioři mohou pobývat v jejich sociálním prostředí a že může být dodržena a respektována jejich potřeba intimity a soukromí. (Matoušek, 2013; s. 396)

2.3.2 Rezidenční zařízení pro seniory v resortu zdravotní péče

Péče o starého člověka náleží primárně praktickému čili obvodnímu lékaři, kdy na jeho rozhodnutí záleží, jakým způsobem bude realizována zdravotnická péče o seniora, tedy zda bude probíhat ambulantně nebo v rámci péče ústavní. Ambulantní forma péče o seniory v resortu zdravotnickém je zajišťována agenturami domácí péče (Charita, Český červený kříž a další organizace). Pracovníci agentur domácí péče provádějí základní i specializovanou ošetrovatelskou péči, základní rehabilitační péči a mimo jiné provádějí i edukace klientů. Na odborných odděleních nemocničních zařízení je seniorům zajišťována akutní zdravotnické péče. Za nejčastější indikaci k přijetí seniora na tzv. akutní oddělení jsou jeho náhlé zdravotní problémy (např. onemocnění kardiopulmonální soustavy, trávicího systému, traumata aj.). (Kramářová, Tuček, 2005; s. 47)

Odlehčovací, respitní služby jsou určeny osobám se sníženou soběstačností, ať už způsobenou věkem, nebo zdravotním postižením, které jsou jinak v péči rodiny – „*Cílem této služby je pak umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006; § 44). Sem je možné zařadit například zdravotnická zařízení – léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), geriatrická centra a rehabilitační centra.

Geriatrická oddělení se nacházejí především ve velkých nemocnicích. Jedná se o oddělení nemocničního typu, která se specializují na péči o seniory, kteří nejsou indikováni k přijetí na jiné akutní oddělení. Hlavní indikací k přijetí na geriatrické oddělení je nejčastěji zhoršení celkového stavu, soběstačnosti, exacerbace chronických chorob, důsledky pádů a

jiných traumat, stavy deliria a nemoci provázející vyšší věk (demence). Za zásadní metodu práce je zde posouzení seniora, stanovení jeho léčebného a rehabilitačního plánu se zaměřením na zlepšení jeho soběstačnosti a obnovení sebepéče. (Kramářová, Tuček, 2005; s. 64)

Oddělení následné péče vznikla v roce 1998 transformací z některých léčeben dlouhodobě nemocných či z akutních oddělení. Jedná se o součást nemocničních zařízení, kam jsou přijímáni k hospitalizaci osoby, především, seniorského věku. K přijetí jsou indikováni senioři ve stabilizovaném stavu, s již definovanou diagnózou a po odeznění akutní fáze onemocnění. Často se jedná o seniory, kteří vyžadují dlouhodobou rehabilitační péči s nácvikem soběstačnosti. (Kramářová, Tuček, 2005; s. 59)

3 Hodnocení soběstačnosti seniorů

3.1 Pojem soběstačnost

„Soběstačnost člověka představuje míra jeho samostatnosti v oblasti sebepěče. Schopnost sebepěče znamená vykonávání denních aktivit vlastními silami.“ (Pokorná, 2013; s. 81) Dle Chlumecké je soběstačný jedinec takový, který je schopen samostatně a bez pomoci druhých zvládat veškeré denní aktivity a zároveň je schopen naplňovat potřebné, ale i očekávané sociální role v prostředí, ve kterém se nachází. (Chlumecká, 2005; s. 122)

Stáří bývá doprovázeno různými problémy a chorobami, které ovlivňují soběstačnost a samostatnost. Nejčastěji je ohroženo chorobami oblasti neurologie, vnitřní medicíny, ortopedie, gerontopsychiatrie a akutními nebo chronickými nemocemi. Nemoc často způsobuje, že člověk se stává méně soběstačným. Pocit snížené soběstačnosti opět ovlivňuje psychický stav a také zdravotní stav seniora. Je proto v zájmu každého člověka uchovat si soběstačnost do co nejvyššího věku. Často slyšíme z úst stárnoucích lidí, že se nebojí stáří ani smrti, ale toho, že se nebudou umět o sebe postarat a budou odkázáni na pomoc druhých. (Kozáková, a další, 2006; s. 54)

Kozáková a Müller uvádějí pět základních stupňů soběstačnosti starého člověka podle míry jeho nezávislosti:

- Člověk je při uspokojování svých potřeb naprosto samostatný a nezávislý.
- Člověk pro uspokojování fyziologických potřeb potřebuje pomoc někoho, kdo je zajistí.
- Člověk své fyziologické potřeby zvládá částečně uspokojit sám.
- Člověk musí být při uspokojování svých fyziologických potřeb veden, jinak je zvládá sám.
- Člověk není schopen uspokojit své fyziologické potřeby a ani neumí sám rozhodnout, co potřebuje. (Kozáková, a další. 2006; s. 17)

Jak je řečeno výše *„soběstačnost významně ovlivňuje jak psychiku, tak i fyzický stav, neboť prováděním činností se udržuje určitý stupeň tělesné kondice a předchází se tak nežádoucím změnám.“* (Kozáková, a další, 2006; s. 54) Proto je velmi důležité soběstačnost „trénovat“ a zaměřit se při tom hlavně na dovednosti spojené se sebeobsluhou (osobní hygiena, oblékání, stravování), běžné každodenní činnosti (samostatný život), lokomoci

(dovednosti spojené s pohybem a přemísťováním) a komunikaci (umět porozumět jiným a opačně, sdělovat druhým své potřeby).

Pokud starému člověku prostředí „brání“ v soběstačnosti, je potřebné toto prostředí upravit podle potřeb seniora. Mnohdy i malá změna přinese znatelné výsledky. Například pro méně pohyblivého seniora je poměrně obtížné vstoupit do vany. Nemá se čeho chytit a bojí se, že uklouzne a upadne. Přitom stačí nad vanu namontovat držadlo, které poskytne při vstupu do vany oporu, do vany dát sedátko, které usnadní seniorovi mytí a na dno vany neklouzavou podložku. Podobných drobných vylepšení by se při dobré vůli našlo nespočet. Ale je vhodné zmínit se právě o úpravě koupelny, protože ztráta soběstačnosti v hygienických úkonech představuje pro člověka velkou psychickou zátěž. (Kozáková, a další, 2006; s. 54)

3.2 Metody hodnocení soběstačnosti

Jak uvádí Svěčená hodnocení soběstačnosti, nebo schopnosti vykonávat běžné denní činnosti je možné za pomoci standardizovaných metod. Standardizované nástroje je možné diferencovat do tří skupin:

- kumulativní testy, kde se sčítají body za jednotlivé položky a výsledek je součtem všech získaných hodnot (například se jedná o standardizované testy: Barthelův index, Funkční míra nezávislosti, Míra hodnocení funkčního stavu).
- hierarchické testy, kdy jsou jednotlivé položky hierarchicky uspořádané (např. Katzův index hodnocení aktivit denního života).
- dynamické hodnocení, prostřednictvím kterého je hodnocena schopnost jedince učit se a přenášet nově získané poznatky a informace do svého života.

Mezi nejčastěji používané standardizované nástroje patří v České republice test Barthel Index (BI) a Funkční míra nezávislosti (FIM). K hodnocení funkčních schopností pacienta se využívá Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). (Svěčená, 2013; s. 133-135)

3.3 Hodnotící testy

Ve výzkumu v této práci byl použitý standardizovaný test Barthelův, proto o tomto testu podrobněji. *„Index Barthelův hodnotí funkční omezení ve 3 stupních, takže drobné*

změny, které vedou ke zlepšení, nebo zhoršení, nepostihne. Jeho výhodou je rychlá administrace a jednoduchost.“ (Svěcená, 2013; s. 133-135)

3.3.1 Barthelové test základních všedních činností

Tento test pro hodnocení soběstačnosti v roce 1965 sestavily Florence I. Mahoney a Dorothea W. Barthel z USA. Je také nazýván jako Barthelové index osobní nezávislosti (z anglického překladu Barthel Index – s mezinárodní značkou BI). Test je mezinárodně nejužívanější jednoduchý a rychle zpracovatelný. V současnosti patří v České republice k nejčastěji používaným testům hodnotícím schopnost vykonávat běžné každodenní činnosti, neboť byla prokázána jeho validita, reliabilita a senzitivita. Jedná se o test, který je volně dostupný. Hodnocení jednotlivých aktivit bývá subjektivní z pohledu hodnotící osoby, proto je nutné toto hodnocení objektivizovat stanovením přesných pravidel pro hodnocení. Jinak by test nebyl objektivní a neměl vypovídací hodnotu. Průměrná délka administrace testu je uváděna 15-20 minut. (Pokorná, a další. 2013; s. 87) Barthelové test základních všedních činností (ADL) – Activity of Daily Living včetně hodnotící stupnice je Přílohou B této práce.

Test hodnotí deset aktivit běžného denního života: najedení/napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči, kontinence stolice, používání WC, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině a chůze do schodů. U položek je možné získat 0, 5, 10 či 15 bodů, maximální počet za celý test je 100 bodů. Hodnocení Barthelové testu je následující: Podle počtu získaných bodů jsou stanoveny 4 kategorie soběstačnosti – vysoce závislý (0 – 40), závislost středního stupně (45 – 60), lehká závislost (65 – 95), nezávislost (100). (Malíková, 2011; s. 206)

3.3.2 Funkční míra nezávislosti (FIM)

Tento test poskytuje širší záběr testování funkční nezávislosti člověka, zohledňuje také jeho komunikaci s prostředím a společenské vztahy. „FIM hodnotí 6 okruhů činností: sebeobsluhu, kontrolu sfinkterů, mobilitu, lokomoci, komunikaci a sociální adaptabilitu.“ (Zahradnická, 2004; s. 15-17)

Testují se tyto položky a každá z nich má sedmibodovou škálu 7 – 1: soběstačnost (jedení, úprava zevnějšku, koupání, oblékání horní části těla, oblékání dolní části těla, umývání), kontrola sfinkterů (kontinence moči a stolice), mobilita (přesuny mezi postelí,

židlí, vozíkem, WC, vanou a sprchou), lokomoce (chůze, vozík, schody), komunikace (vnímání a vyjadřování) a sociální adaptabilita (sociální začlenění, řešení problémů, paměť).

Na základě sedmibodové stupnice se u každé položky zhodnotí soběstačnost: soběstačnost – úplná nebo částečná soběstačnost (bez pomoci), závislost – částečná nebo úplná závislost (s pomocí). Průměrná délka trvání administrace testu je uváděna do 40 minut. (Pokorná, a další. 2013; s. 91)

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Ve výzkumné části bakalářské práce na téma Hodnocení soběstačnosti seniorů v rezidenčních zařízeních je představeno zpracování metodické stránky a vyhodnocení dat zjištěných z testů a záznamového archu.

4 Výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo zodpovědět tyto výzkumné otázky:

1. Jaká je charakteristika seniorů zahrnutých do výzkumného souboru v rezidenčních zařízeních (zdravotnických a sociálních)?
2. Jaká je úroveň soběstačnosti seniorů při vstupu do rezidenčních zařízení a po 14 dnech po nástupu do těchto zařízení?
3. Jaký je rozdíl soběstačnosti seniorů v rezidenčních zařízeních ve vztahu k pohlaví?
4. Jaká je míra depresivity u seniorů v rezidenčních zařízeních?

5 Charakteristika výzkumu

5.1 Metodika výzkumu

V rámci bakalářské byl proveden sběr dat formou standardizovaných testů, pro které byly využity záznamové archy. Pro výzkum byla vybrána 2 zařízení zdravotnická – rehabilitační oddělení a léčebna pro dlouhodobě nemocné a 1 zařízení sociální péče – domov pro seniory. Dotazníkové šetření probíhalo v období června 2014 - prosince 2014. Všechna zařízení se nacházejí v Pardubickém kraji. Standardizované testy byly vyhodnoceny zcela anonymně. Každé zařízení umožnilo autorce vstup a volný pohyb po zařízení.

5.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumným vzorkem pro hodnocení soběstačnosti byli senioři v zařízení sociální péče i v obou zdravotnických zařízeních. Celkový počet testovaných seniorů činil 40 a to 20 ve zdravotnických zařízeních a 20 v zařízení sociálních péče. Výzkum byl organizován a proveden autorkou práce. Každý respondent byl poučen o anonymitě. Testy a záznamový arch vyplňovala autorka osobně, popř. společně s ošetřující sestrou. Návratnost byla 100 % díky aktivnímu přístupu autorky práce. S vyplněním dotazníku souhlasili všichni oslovení respondenti.

5.3 Zpracování a analýza dat

Jako výzkumný nástroj byl použit Barthelův test (Příloha B) základních všedních činností hodnotící soběstačnost (Pokorná, 2013), který je v našich podmínkách nejčastěji používaným testem pro měření soběstačnosti. Testovaly se základní všední činnosti jako je najedení/napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině a chůze po schodech. Vyhodnocování testů bylo prováděno podle stupnice: samostatně bez pomoci (10 bodů), s pomocí (5 bodů), neprovede (0 bodů). U položek koupání a osobní hygiena je hodnoceno 5 body bez dopomoci a 0 body s dopomocí. Položka testu přesun lůžko-židle byla vyhodnocována podle stupnice: samostatně bez pomoci (15 bodů), s malou pomoci (10 bodů), vydrží sedět (5 bodů) a neprovede (0 bodů). Položka testu chůze po rovině měla stupnici: samostatně více než 50 m (15 bodů), s pomoci 50 m (10 bodů), na vozíku 50 m (5 bodů) a neprovede (0 bodů). Součtem

bodů za jednotlivé položky vznikne celkové skóre, na základě kterého je pacient závislý (0 – 40 bodů), má závislost středního stupně (45 – 60 bodů), lehce závislý (65 – 95 bodů) nebo nezávislý (100 bodů). Test včetně stupnice hodnocení je připojen k práci jako Příloha B. Barthelův test byl hodnocen při nástupu seniorů do zařízení a po 14 dnech pobytu v zařízení. Výsledky testů byly zapisovány do záznamového archu seniora.

Seniorům byl předložen k vyplnění i test na sledování deprese – Škála deprese pro geriatrické pacienty podle Sheik a Yesavage. (Kalvach, Geriatrie a gerontologie, 2004) vzhledem k tomu, že psychická pohoda významně ovlivňuje zdravotní stav člověka, zvláště to pak to platí u seniorů. Otázky této škály jsou převážně zaměřené na subjektivní vnímání života a světa kolem sebe osobou seniora. Škála deprese obsahuje 15 otázek, na které pacient odpovídá ano-ne. Odpovědi mají váhu 0 nebo 1 bod. Bodem 1 je bodována odpověď ano (otázky 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 a 15), u ostatních otázek je 1 bodem bodována odpověď ne (otázky 1, 5, 7, 11 a 13). Celkové skóre podle hodnotící stupnice zhodnotí stav deprese u seniora. Podrobněji Škála deprese pro geriatrické pacienty, která je zařazena jako Příloha C.

Výsledky testů byly zaznamenány v záznamovém archu pacienta. Záznamový arch obsahuje 25 položek a poskytuje údaje o pacientovi po přijetí do zařízení a po 14 dnech pobytu v zařízení. Údaje je možné rozdělit do několika skupin. První skupina dat (položky 1 – 14) poskytuje poznatky o pacientovi. Druhá skupina dat (položky 15 a 16) dodává podrobnější údaje o samotném testování. Třetí skupina dat (položky 17 – 19) je věnovaná volnočasovým aktivitám klientů a čtvrtá skupina dat (položky 21 a 26) informuje o klientově zázemí v rodině. V páté skupině dat (položky 20 a 22 až 25) jsou shrnuty výsledky testů soběstačnosti i depresivity. Záznamový arch pacienta se nachází v Příloze D této práce.

Data byla vyhodnocována deskriptivní statistikou v programu Microsoft Excel 2010 a s jeho využitím byl využit vzorec $f_1 (\%) = n_1 / n \times 100$. V tomto vzorci představuje f_1 relativní četnost v procentech, n_1 je absolutní četnost a n představuje celkový počet respondentů.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Charakteristiku souboru seniorů lze hodnotit z dotazníku (viz Příloha D), kdy se hodnocení týká bodů 1-12 záznamového archu seniora.

Položky 1 a 2: Demografické údaje - věk a pohlaví seniorů

V záznamovém archu byl v položce 1 zaznamenán rok narození. Respondenti byli rozděleni pro přehlednost do patnáctiletých period dle WHO (viz Tabulka 1,2).

Tabulka 1 Četnost seniorů podle věku a pohlaví v zařízení sociální péče

Seniori podle věku a pohlaví v zařízení sociální péče					
Věk	Muži		Ženy		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
do 59 let	2	33%	0	0%	2
60 - 74 let	0	0%	1	7%	1
75 - 89 let	2	34%	8	57%	10
90 let a více	2	33%	5	36%	7
Σ	6	100%	14	100%	20

Tabulka 2 Četnost seniorů podle věku a pohlaví ve zdravotnickém zařízení

Seniori podle věku a pohlaví ve zdravotnickém zařízení					
Věk	Muži		Ženy		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
do 59 let	0	0%	0	0%	0
60 - 74 let	2	33%	1	7%	3
75 - 89 let	2	34%	12	86%	14
90 let a více	2	33%	1	7%	3
Σ	6	100%	14	100%	20

Z Tabulky 1 a 2 je zřejmé, že ve výzkumném souboru byli respondenti zastoupeni v převaze žen k mužům. Z celkového počtu 20 (100 %) seniorů v zařízení sociální péče, tvořily ženy 14 (70 %) a muži 6 (30 %). Ve zdravotnickém zařízení byl tento poměr stejný.

Z celkového počtu 20 (100 %) seniorů jsou nejpočetnější skupinou v zařízení sociální péče senioři ve věku 75 - 89 let 10 (50 %), ve věku 90 let a více 7 (35 %), ve věku do 59 let 2 (10 %), ve věku 60 – 74 let byl 1 (5 %) senior.

Ve zdravotnických zařízeních byli z celkového počtu 20 (100 %) seniorů nejpočetnější skupinou senioři ve věku 75 - 89 let 14 (70 %), 60 - 74 let 3 (15 %) senioři a 3 (15%) ve věku 90 let a více. Mezi seniory ze zdravotnických zařízení nebyl žádný mladší 60 let.

Ze získaných údajů vyplývá, že v rezidenčních zařízeních tvoří nejpočetnější skupinu senioři ve věku 75 – 89 let.

Položka 3: Vzdělání klienta

Tato položka udává dosažené vzdělání seniorů. Údaje o dosaženém vzdělání jsou obsaženy v Tabulce 3.

Tabulka 3 Seniori podle dosaženého vzdělání

Vzdělání seniorů				
Dosažené vzdělání	Zařízení sociální péče		Zdravotnická zařízení	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Základní	5	25%	2	10%
Středoškolské	12	60%	16	80%
Vysokoškolské	3	15%	2	10%
Σ	20	100%	20	100%

Nejvíce seniorů sociálního zařízení z celkového počtu 20 (100 %) mělo středoškolské vzdělání 12 (60 %). Základní vzdělání dosáhlo 5 (25 %) seniorů. Vysokoškolského vzdělání dosáhli 3 (15 %) senioři.

Také u seniorů ze zdravotnických zařízení z celkového počtu 20 (100 %) převládalo středoškolské vzdělání u 16 (80 %) seniorů. Základní vzdělání dosáhli 2 (10 %) senioři. Vysokoškolské vzdělání měli 2 (10 %) senioři.

Z celkového počtu 40 (100 %) seniorů v obou typech zařízení mělo nejvíce dosaženo střední vzdělání 28 (70 %) seniorů. Základního vzdělání dosáhlo celkem 7 (17,5 %) seniorů a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 5 (12,5 %) seniorů.

Položka 4: Místo bydliště před nástupem do zařízení

Cílem hodnocení bylo, zda senior přichází buď ze samostatné domácnosti či společné domácnosti.

Tabulka 4 Bydliště seniorů před nástupem do zařízení

	Sociální zařízení	Zdravotnická zařízení	Celkem
Vedl (a) samostatnou domácnost bez rodiny	13	8	21
Vedl (a) společnou domácnost s rodinou	7	12	19
Σ	20	20	40

Počet seniorů, kteří před nástupem do zařízení sociálních služeb vedli samostatnou domácnost z celkového počtu 20 (100 %), bylo 13 (65 %) seniorů. Společnou domácnost s rodinou vedlo 7 (35 %) seniorů.

Opačné výsledky byly získány od seniorů z celkového počtu 20 (100 %) ve zdravotnických zařízeních. Samostatně bez rodiny před příchodem do zařízení žilo 8 (40 %) seniorů. Společně s rodinou žilo 12 (60 %) seniorů.

Celkový počet seniorů 40 (100 %), kteří žili před přijetím do obou zařízení sami bez rodiny nebo s rodinou, se příliš neliší. Bez rodiny žilo před přijetím do zařízení 21 (52,5 %) seniorů, s rodinou 19 (47,5 %) seniorů.

Položka 5: Datum nástupu do zařízení

Všichni respondenti byli testováni v daném časovém pásmu. Data nástupu jednotlivých klientů do zařízení jsou nejrůznější, není možné je tudíž dát do tabulky. Klienti, kteří byli přijati do sociálního zařízení, nastupovali v rozmezí od 24. července 2014 do 18. prosince 2014. Klienti zdravotnických zařízení nastupovali v časovém rozmezí od 16. června 2014 do 19. srpna 2014.

Položka 6: Důvod přijetí do zařízení

Důvody přijetí do jednotlivých zařízení jsou uvedeny v Tabulce 5.

Tabulka 5 Důvody příjmu seniora do zařízení

Důvody přijetí	Sociální zařízení		Zdravotnická zařízení	
	Absolutní č.	Relativní č.	Absolutní č.	Relativní č.
Sociální důvody	3	15%	1	5%
Rehabilitační a ošetřovatelská péče	17	85%	19	95%
Σ	20	100%	20	100%

Důvodem k přijetí seniora do zařízení sociální péče bylo z celkového počtu 20 (100 %) seniorů přijato převážně k rehabilitační a ošetřovatelské péči 17 (85 %), sociální důvody (o klienta se neměl kdo postarat např. rodina) 3 (15 %) seniori.

Do zdravotnického zařízení z celkového počtu 20 (100 %) seniorů byli umístěni seniori většinou s potřebou cílené rehabilitační a ošetřovatelské péče 19 (95 %), ze sociálních důvodů byl přijat 1 (5 %) senior.

Položka 7: Diagnóza

V Tabulce 6 jsou uvedeny příčiny umístění seniorů do rezidenčních zařízení.

Tabulka 6 Diagnózy při přijetí seniorů

Diagnózy seniorů	Zařízení sociální péče		Zdravotnická zařízení	
	Absolutní č.	Relativní č.	Absolutní č.	Relativní č.
Onemocnění pohybového aparátu	3	15%	11	55%
Onemocnění kardiovaskulárního systému	0	0%	2	10%
Onemocnění gastrointestinálního aparátu	0	0%	2	10%
Onemocnění CNS	11	55%	2	10%
Bez diagnózy	6	30%	0	0%
Jiná diagnóza	0	0%	3	15%
Σ	20	100%	20	100%

Ze získaných údajů vyplývá, že nejčastější příčinou a diagnózou při přijetí seniora do zařízení sociální péče z celkového počtu 20 (100 %), bylo onemocnění centrálního nervového systému (CNS) a to u 11 (55 %) seniorů, 6 (30 %) seniorů bylo bez diagnózy, 3 (15 %) seniori trpěli onemocněním pohybového aparátu.

Oproti tomu nejčastější diagnózou seniorů při přijetí do zdravotnického zařízení z celkového počtu 20 (100 %), bylo onemocnění pohybového aparátu 11 (55 %), 3 (15 %) seniori měli jinou diagnózu, 2 (10 %) seniori trpěli onemocněním gastrointestinálního traktu, 2 (10 %) seniori měli onemocnění CNS, 2 (10 %) trpěli onemocněním kardiovaskulárního systému.

Položky 8 – 11: Pacient má další omezení – perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG), permanentní močový katétr (PMK), permanentní žilní katétr (PŽK), operační ránu

Zdravotní omezení jednotlivých seniorů, jsou uvedena v Tabulce 7.

Tabulka 7 Rozdělení seniorů podle zdravotních omezení

Omezení	Zařízení sociální péče		Zdravotnická zařízení	
	Absolutní č.	Relativní č.	Absolutní č.	Relativní č.
Bez omezení	16	80%	15	75%
PEG	1	5%	0	0%
PMK	3	15%	2	10%
PŽK	0	0%	1	5%
Operační rána	0	0%	2	10%
Σ	20	100%	20	100%

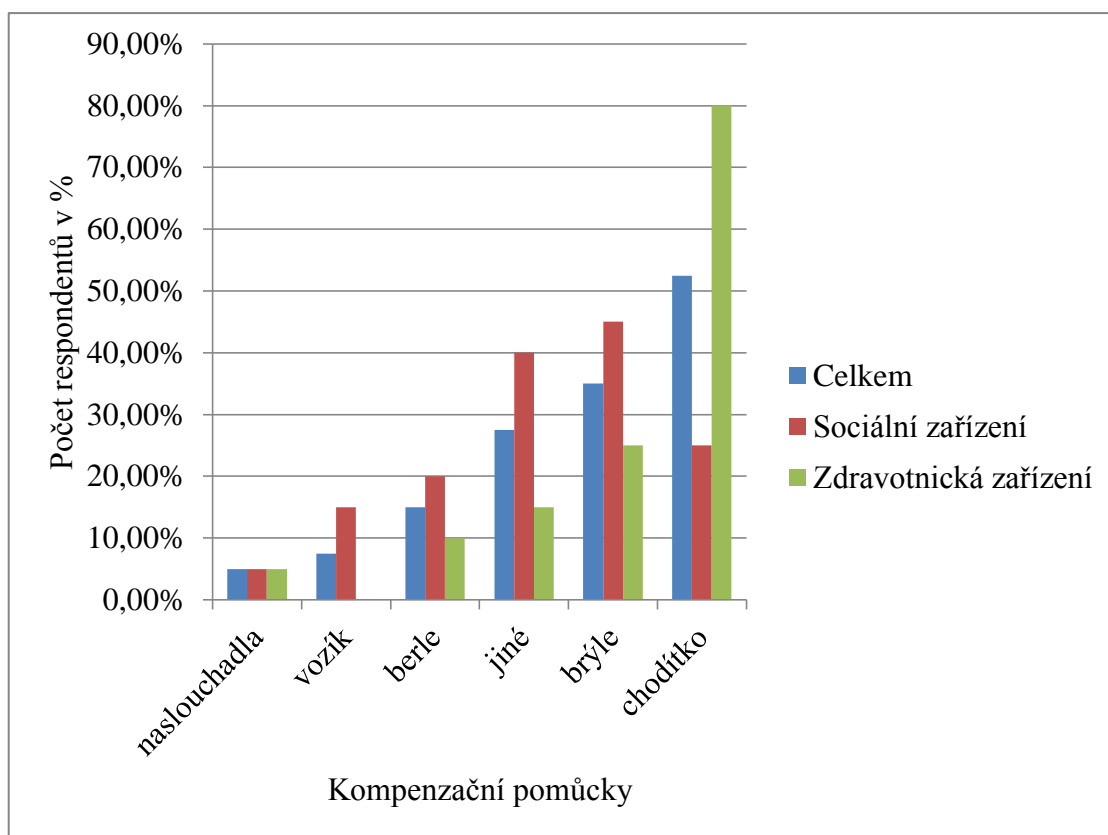
Z Tabulky 7 vyplývá, že z celkového počtu 20 (100 %) seniorů v zařízení sociálních služeb, bylo bez omezení 16 (80 %) seniorů, PEG měl 1 (5 %) senior, PMK 3 (15 %) seniori. Operační ránu ani PŽK neměl žádný senior.

Ve zdravotnických zařízeních z celkového počtu 20 (100 %) seniorů bylo bez omezení 15 (75 %) seniorů, PMK měli 2 (10 %) seniori, PŽK 1 (5 %) senior, operační ránu měli 2 (10 %) seniori, PEG neměl žádný ze seniorů.

V obou rezidenčních zařízeních jsou seniori se stejnými vyjmenovanými zdravotními omezeními. V tomto ohledu se oba soubory neliší.

Položka 12: Užívané kompenzační pomůcky

U seniorů v rezidenčních zařízeních bylo zjišťováno, jaké kompenzační pomůcky užívají. Seniori měli na výběr z 6 možných variant, tudíž relativní četnosti, jsou vztaheny k počtu seniorů.



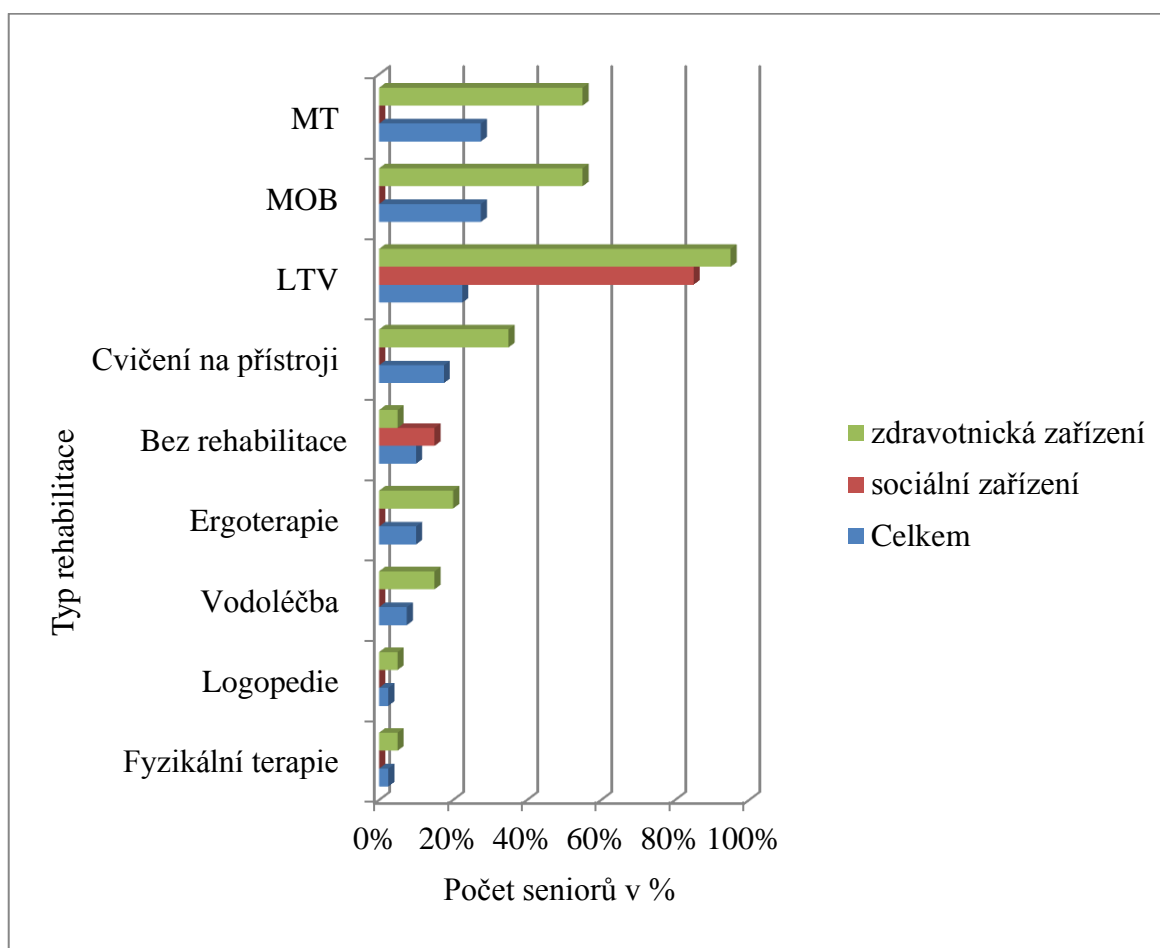
Obrázek 1 Grafické znázornění četnosti používaných kompenzačních pomůcek

Nejčastěji používanou kompenzační pomůckou v zařízení sociální péče z celkového počtu 20 (100 %) seniorů byly brýle, které používalo 9 (45 %) seniorů, následovalo chodítka používané 5 (25 %) seniory, berle používali 4 (20 %) senioři, naslouchadla 1 (5 %) senior a jiné kompenzační pomůcky používalo 8 (40 %) seniorů. Žádný ze seniorů nepoužíval vozík. Žádný ze seniorů není bez kompenzačních pomůcek.

Nejčastěji používanou pomůckou ve zdravotnickém zařízení bylo chodítka, které používalo 16 (80 %) seniorů, následovaly brýle, které používalo 5 (25 %) seniorů, berle používali 2 (10 %) senioři, 1 (5 %) senior používal naslouchadla a 3 (15 %) senioři používali jiné kompenzační pomůcky. Ani ve zdravotnických zařízeních nebyl žádný klient bez kompenzačních pomůcek.

Položka 13: Typ rehabilitace a její četnost – léčebná tělesná výchova (LTV), měkké techniky (MT), mobilizace kloubu (MOB)

Rehabilitace je důležitým faktorem pro zvýšení soběstačnosti člověka, proto jí sociální i zdravotnická zařízení věnují velkou pozornost. Liší se však používané typy rehabilitace v zařízení sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních (viz Obrázek 2). Relativní četnosti, jsou vztaženy k absolutnímu počtu odpovědí.



Obrázek 2 Grafické znázornění četnosti rehabilitace

V sociálním zařízení z celkového počtu 20 (100 %) seniorů mělo LTV 17 (85 %) seniorů, 3 (15 %) senioři byli bez rehabilitace.

Ve zdravotnických zařízeních byly možnosti rehabilitace různorodější. Z celkového počtu 20 (100 %) seniorů byl nejvíce využíván LTV 19 (95 %), MT 11 (55 %) a MOB 11

(55 %). Využíváno bylo také cvičení na přístroji 7 (35 %), vodoléčba 3 (15 %), ergoterapie 4 (20 %), fyzikální terapie 1 (5 %) a logopedie u 1 (5 %) seniora.

Položka 15: Klient při testování spolupracuje

Aby mohlo testování probíhat co neoptimálněji, byla nutná dobrá spolupráce se samotným pacientem. Spolupráce pacienta byla také závislá na jeho momentálním zdravotním stavu. Z celkového počtu 40 (100 %) seniorů podle záznamů v záznamových arších pacientů v zařízení sociálních služeb 20 (50 %) seniorů při testování spolupracovalo. Ve zdravotnických zařízeních všech 20 (50 %) seniorů při testování také spolupracovalo. Spoluprací mohly být získána potřebná data.

Položka 16: Klient se podílí na volnočasových aktivitách

Volnočasové aktivity pomáhají klientům k udržení nebo zlepšení soběstačnosti. Jsou proto nesmírně důležité. Údaje přináší Tabulka 8. Pokud se senioři nepodíleli na aktivitách, můžeme v Tabulce 9 zjistit důvody, proč se volnočasových aktivit nezúčastnili. Aktivity se liší dle možností jednotlivých zařízení.

Tabulka 8 Účast seniorů na volnočasových aktivitách

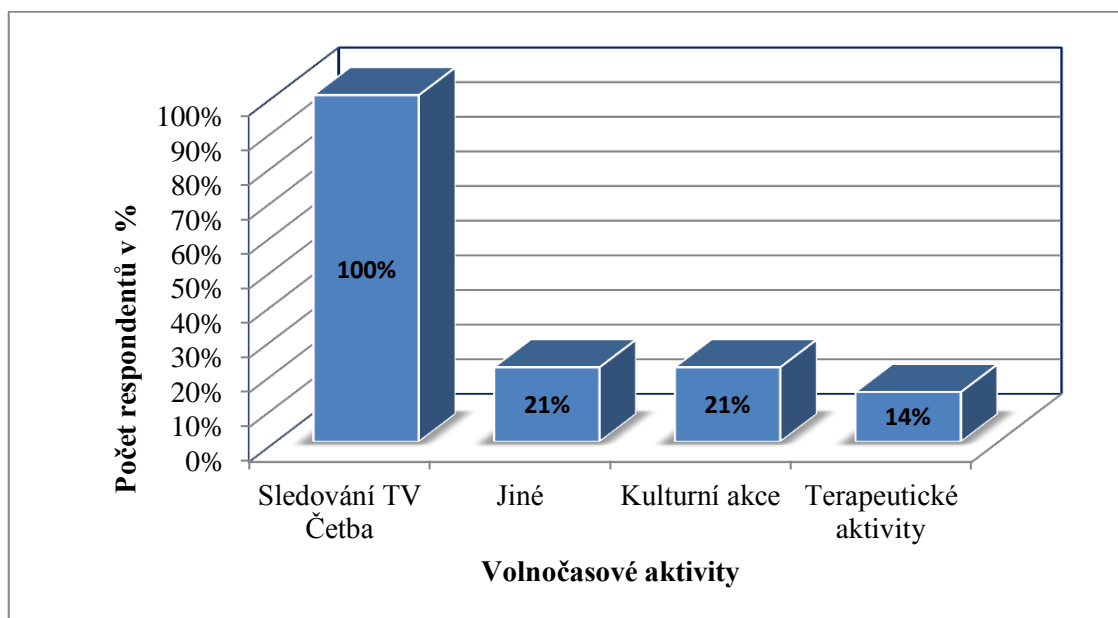
Typ aktivity	Sociální zařízení		Zdravotnická zařízení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Podílí se, zvládá sám	12	60%	0	0 %
Podílí se s dopomocí	2	10%	0	0 %
Nepodílí se	6	30%	20	100 %
Σ	20	100%	20	100 %

Podrobnější pohled prozrazuje, že volnočasových aktivit se účastní pouze senioři umístění v zařízení sociálních služeb. Na aktivitách se vlastními silami z celkového počtu 20

(100 %) seniorů, podílí 12 (60 %) seniorů, 2 (10 %) se podílejí s dopomocí, nepodílí se 6 (30 %) seniorů.

Položka 17: Na jakých volnočasových aktivitách se senioři podílí

V této otázce mohli senioři volit z více možností. Relativní četnost je uvedena k celkovému počtu seniorů.



Obrázek 3 Grafické znázornění četnosti volnočasových aktivit seniorů

Z celkového počtu 14 (100 %) seniorů uvedlo, že ve svém volném čase sledují TV a čtou knihy 14 (100 %), kulturních akcí se účastnili 3 (21 %), 3 (21 %) senioři uvedli jiné volnočasové aktivity, například luštění křížovek a pletení, terapeutické aktivity uvedli 2 (14 %) senioři.

Položka 18: Důvody pro neúčast na volnočasových aktivitách

Tabulka 9 shrnuje důvody, proč se jednotliví senioři volnočasových aktivit neúčastnili.

Tabulka 9 Důvody neúčasti seniorů na volnočasových aktivitách

Důvod	Sociální zařízení	Zdravotnická zařízení
Klient účast odmítá	4	0
Zdravotní stav	2	0
Zařízení volnočasové aktivity nenabízí	0	20
Σ	6	20

Z celkového počtu 20 (100 %) seniorů umístěných v zařízeních sociálních služeb se nepodílelo na volnočasových aktivitách 6 (30 %) seniorů. V účasti brání jejich zdravotní stav, nebo senior účast na aktivitách odmítá.

Situace ve zdravotnických zařízeních je jiná. Z tabulky je zřejmé, že ani jeden z 20 (100 %) seniorů se volnočasových aktivit zúčastnit nemůže, protože zdravotnická zařízení tyto aktivity nenabízejí a pravděpodobně věnují větší péči rehabilitaci.

Položka 19: Kolik hodin denně je senior mimo lůžko

Pro zvýšení soběstačnosti klienta a naopak pro snížení jeho depresivity je důležité, jak dlouhý čas může denně strávit mimo lůžko. V Tabulce 10 lze srovnávat výsledky počtu hodin strávených mimo lůžko v jednotlivých zařízeních.

Tabulka 10 Čas seniorů denně mimo lůžko

Čas v hodinách	Sociální zařízení		Zdravotnické zařízení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 h.	9	45%	7	35%
2 h.	2	10%	1	5%
3 h.	3	15%	8	40 %
4 h.	1	5%	4	20 %
5 h.	1	5%	0	0 %
6 a více h.	4	20%	0	0 %
Σ	20	100%	20	100 %

V zařízení sociálních služeb z celkového počtu 20 (100%) seniorů strávilo denně mimo lůžko pouhou 1 hodinu 9 (45 %) seniorů, 2 hodiny mimo lůžko byli 2 (10 %), 3 hodiny mimo lůžko 3 (15 %), 4 hodiny mimo lůžko 1 (5 %), 5 hodin 1 (5 %), 6 a více hodin 4 (20 %) seniorů.

Ve zdravotnických zařízeních trávilo mimo lůžko pouhou 1 hodinu denně 7 (35 %) seniorů, 2 hodiny denně mimo lůžko trávil při prvním testu pouze 1 (5 %) senior, 3 hodiny mimo lůžko trávilo 8 (40 %) seniorů, 4 hodiny denně mimo lůžko 4 (20 %) seniorů, 5 a více jak 6 hodin nestrávil žádný (0 %) ze seniorů mimo lůžko.

Položka 20 a 25: Kontakt klienta s rodinou a kam půjde klient po propuštění ze zařízení

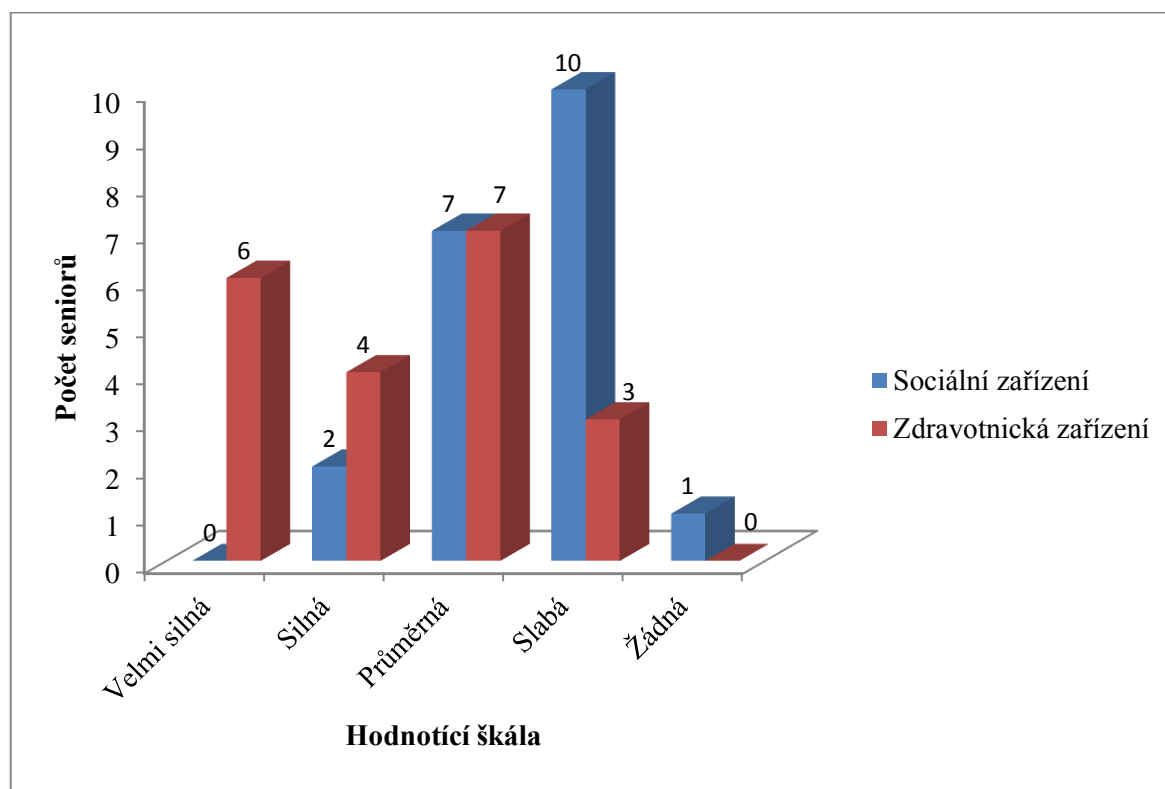
Ze záznamových archů vyplynulo, že v sociálním zařízení je v kontaktu s rodinou a rodina také spolupracuje se zařízením 18 (90 %) seniorů z celkového počtu 20 (100 %). Pouze 2 (10 %) senioři nejsou v kontaktu s rodinou a jejich rodiny se zařízením

nespolupracují. Převážná většina klientů sociálního zařízení 18 (90 %) seniorů v zařízení zůstává dlouhodobě. Pouze 1 (5 %) senior půjde po propuštění domů a 1 (5 %) půjde po propuštění ke své rodině.

Všech 20 (100 %) seniorů ze zdravotnických zařízení je v kontaktu se svými rodinami a rodiny se zařízením spolupracují. Ze zdravotnických zařízení půjde 10 (50 %) seniorů po propuštění domů do samostatného bytu 3 (15 %) senioři odejdou ke své rodině a 7 (35 %) seniorů bude přeloženo do jiného zařízení.

Položka 21: Motivace vedoucí k soběstačnosti

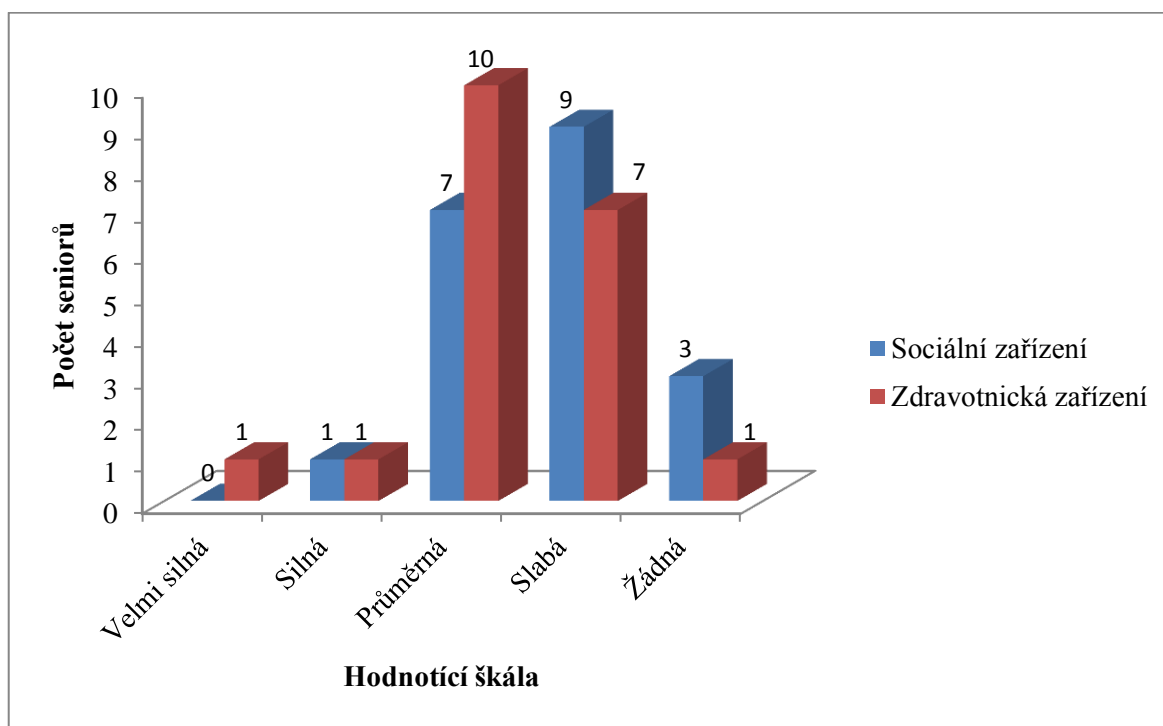
Obecně platí, že motivace k vyšším cílům je „hnacím motorem“ každé činnosti. Nezastupitelnou úlohu hraje také ve snaze udržet, či zvýšit vlastní soběstačnost. Při testování motivace vedoucí k soběstačnosti se hodnotila touha dosáhnout vyšší soběstačnosti, důvěra ve vlastní schopnosti a vlastní představa dosažené změny viz Obrázek 4-6. Každá položka byla hodnocena od 1 do 5 s tím, že 1 znamená velmi silnou motivaci, 2 silnou motivaci, 3 průměrnou, 4 slabou a 5 žádnou motivaci seniora.



Obrázek 4 Grafické znázornění touhy dosáhnout vyšší soběstačnosti

Z celkového počtu 20 (100%) seniorů v zařízení sociálních služeb uvedlo, že touhu dosáhnout vyšší soběstačnosti, v tomto případě zlepšení soběstačnosti jako slabou 10 (50%) seniorů, průměrnou 7 (35%), silnou 2 (10%), žádnou 1 (5%), velmi silnou 0.

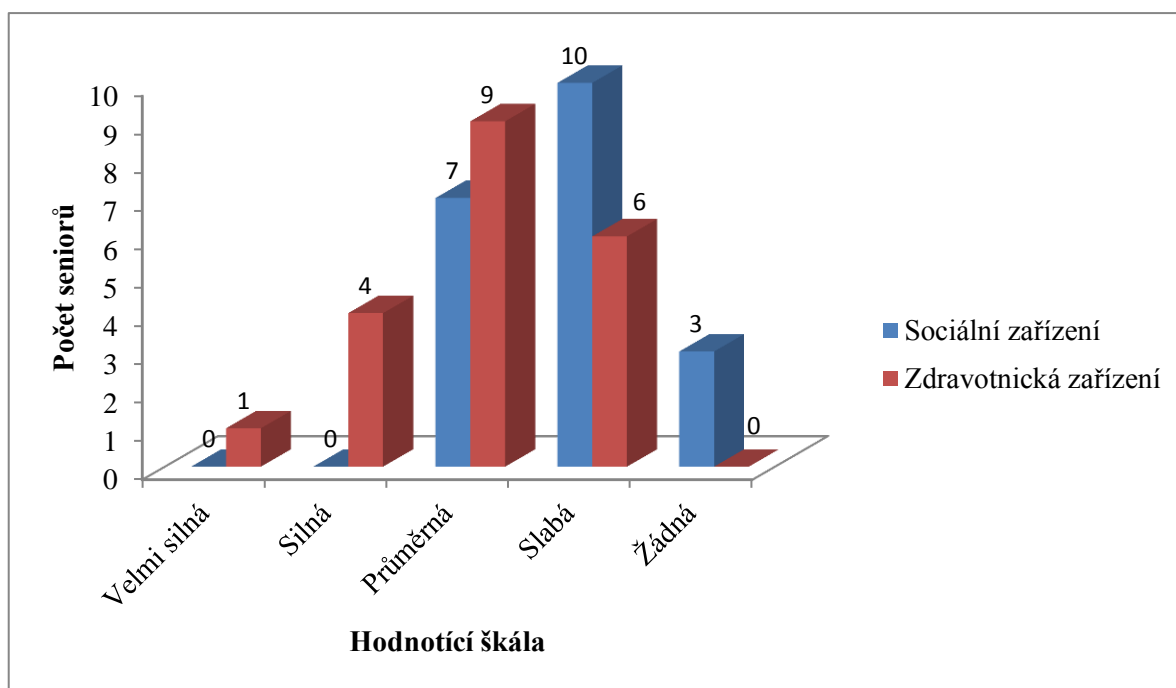
Senioři ve zdravotnických zařízeních z celkového počtu 20 (100%) uvedli, že mají průměrnou touhu dosáhnout vyšší soběstačnosti 7 (35%) seniorů, velmi silnou 6 (30%), silnou 4 (20%), slabou 3 (15%) a žádný ze seniorů nevedl, že nemá žádnou touhu dosáhnout vyšší soběstačnosti.



Obrázek 5 Grafické znázornění důvěry ve vlastní schopnosti

Z celkového počtu 20 (100 %) seniorů, kteří žijí v zařízení sociálních služeb, označili možnost, že důvěřují ve vlastní schopnosti, jako slabou 9 (45 %), průměrnou 7 (35 %), žádnou 3 (15 %), silnou 1 (5 %) a žádný senior neoznačil možnost velmi silnou.

Ve zdravotnických zařízeních z celkového počtu 20 (100 %) seniorů uvedlo, že ve své schopnosti věří průměrně 10 (50 %) seniorů, slabě 7 (35 %), žádná 1 (5 %), silná 1 (5 %), velmi silná 1 (5 %).



Obrázek 6 Grafické znázornění vlastní představy dosažené změny

Vlastní představu dosažené změny z celkového počtu 20 (100 %) seniorů v zařízení sociálních služeb hodnotili senioři, jako slabou 10 (50 %), průměrnou 7 (35 %), žádnou 3 (15 %), žádný ze seniorů neoznačil položku silnou a velmi silnou.

Ve zdravotnických zařízeních z celkového počtu 20 (100 %) seniorů hodnotili vlastní představu dosažené změny, jako průměrnou 9 (45 %), slabou 6 (30 %), silnou 4 (20 %), velmi silnou 1 (5 %) a žádnou nehodnotil žádný ze seniorů.

Položka 22: Oblast soběstačnosti, která činí klientovi největší potíže

Oblast soběstačnosti, která působila seniorům největší potíže, předkládá Tabulka 11, která byla zhodnocením jejich subjektivního pocitu a aktuálního zdravotního stavu.

Tabulka 11 Oblasti soběstačnosti činící seniorům největší potíže

Oblast soběstačnosti	Sociální zařízení		Zdravotnická zařízení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kontinence stolice	1	5%	0	0%
Koupání	0	0%	1	5%
Použití WC	1	5%	1	5%
Najedení, napití	1	5%	2	10%
Kontinence moči	2	10%	1	5%
Chůze po rovině	9	45%	3	15%
Chůze po schodech	6	30%	12	70%
Σ	20	100%	20	100%

V zařízení sociálních služeb činila seniorům ze všech oblastí soběstačnosti v celkovém složení 20 (100 %) největší potíže chůze po rovině. Dělala potíže 9 (45 %) seniorům, dále chůze do schodů 6 (30 %) seniorů, 2 (10 %) seniorům dělala potíže kontinence moči, pro 1 (5 %) seniora bylo problémem použití WC, 1 (5 %) seniorovi působilo potíže najedení a napití a 1 (5 %) seniorovi kontinence stolice.

Seniorům ve zdravotnických zařízeních nejvíce působila problémy chůze po schodech 12 (60 %), chůze po rovině 3 (15 %) seniorům, najedení a napití 2 (10 %) seniorům, a 1 (5 %) kontinence moči, 1 (5 %) seniorovi činilo potíže použití WC, 1 (5 %) koupání.

Položka 23: Zjišťování soběstačnosti u seniorů

Všichni senioři byli testováni z hlediska soběstačnosti. K testování byl použit test Barthelové. Všichni senioři byli testováni v době nástupu do zařízení (1. test) a za 14 dní po nástupu (2. test). Údaje jsou uvedeny v Tabulkách 12 a 13.

Tabulka 12 Hodnocení testu Barthelové u seniorů v zařízení sociální péče

Testování	Vysoce závislý	Závislost středního stupně	Lehká závislost	Nezávislost	Celkem
1. test	12	4	2	2	20
2. test	12	4	2	2	20

Ze získaných výsledků vyplývá, že senioři umístění v zařízení sociálních služeb byli shodně vyhodnoceni v jednotlivých stupních soběstačnosti v 1. i 2. testu z celkového počtu 20 (100 %). Vysoce závislých bylo 12 (60 %) seniorů, závislost středního stupně měli 4 (20 %) senioři, lehkou nezávislostí byli vyhodnoceni 2 (10 %) senioři a nezávislost měli 2 (10 %) senioři.

Tabulka 13 Hodnocení testu Barthelové u seniorů ve zdravotnickém zařízení

Testování	Vysoce závislý	Závislost středního stupně	Lehká závislost	Nezávislost	Celkem
1. test	2	5	13	0	20
2. test	0	4	14	2	20

Při hodnocení testu Barthelové ve zdravotnických zařízeních z celkového počtu 20 (100 %) seniorů mělo v 1. i 2. testu výsledky poněkud odlišné. Vysoce závislých seniorů v 1. testu byli 2 (10 %) senioři, v 2. testu nebyl žádný senior vysoce závislý, závislost středního stupně v 1. testu mělo 5 (10 %) seniorů a v 2. testu se snížila na 4 (20 %) seniory, lehkou závislost mělo 13 (65 %) seniorů v 1. testu, ve 2. testu 14 (70 %) seniorů, nezávislost v 1. testu neměl žádný senior a ve 2. testu jsou 2 (10%) senioři zcela nezávislí.

Zajímavé je rovněž zjištění, zda jsou rozdíly v zlepšení soběstačnosti dle pohlaví. Údaje jsou uvedeny v Tabulce 14.

Tabulka 14 Hodnocení soběstačnosti seniorů v zastoupení mužů a žen

Testování		Vysoce závislý	Závislost středního stupně	Lehká závislost	Nezávislost	Celkem
1. test	Muži	2	3	6	1	12
	Ženy	12	6	9	1	28
2. test	Muži	2	3	5	2	12
	Ženy	10	5	11	2	28

Z výsledků hodnocení se zdá, že bez ohledu na rezidenční zařízení lze očekávat zlepšení soběstačnosti v odstavu 14 dní spíše u žen s vysokou závislostí (1. test 12 žen, 2. test 10 žen) než u mužů, kde se soběstačnost při vyšetření v odstavu 14 dní zásadně nemění. Rozdíl ale není statisticky významný. Další zjištěním je, že ženy jsou při příjmu do zařízení závislejšími v soběstačnosti než muži.

Položka 24: Výsledné skóre testu depresivity

Tabulka 15 Výsledné skóre testu depresivity v zařízeních sociální péče

		Bez deprese	Mírná deprese	Manifestní deprese	Celkem
1. test	Muži	2	4	0	6
	Ženy	3	4	7	14
2. test	Muži	1	3	2	6
	Ženy	2	5	7	14

Z celkového počtu 20 (100 %) seniorů bylo podle testu depresivity po přijetí do sociálního zařízení vyhodnoceno jako bez deprese 5 (25 %) seniorů, 2 muži (10 %) a 3 (15 %)

ženy. Mírná deprese byla vyhodnocena u 8 (40 %) seniorů, 4 (20 %) muži a 4 (20 %) ženy. Manifestní deprese byla vyhodnocena u 7 (35 %) senierek. U žádného z mužů přijatých do sociálního zařízení nebyla vyhodnocena manifestní deprese.

Po 14 dnech pobytu v zařízení, jak je vidět v Tabulce 15 se hodnocení depresivity mírně změnilo. Bez deprese byli pouze 3 (15 %) senioři, 1 (5 %) muž a 2 (10 %) ženy. Mírná deprese se projevila u 8 (40 %) seniorů, 3 (15 %) muži a 5 (25 %) žen. Zvýšil se počet seniorů s manifestní depresí na 9 (45 %), z toho 2 (10 %) muži a 7 (35 %) žen.

Shrnutím výsledků lze říci, že po delším pobytu v zařízení sociálních služeb se depresivita ve zkoumaném vzorku seniorů zvýšila.

Tabulka 16 Výsledné skóre testu depresivity ve zdravotnických zařízeních

Testování		Bez deprese	Mírná deprese	Manifestní deprese	Celkem
1. test	Muži	5	1	0	6
	Ženy	4	9	1	14
2. test	Muži	6	0	0	6
	Ženy	3	8	3	14

Z celkového počtu 20 (100%) seniorů, jak ukazuje Tabulka 16, bylo podle testu depresivity po přijetí do zdravotnického zařízení vyhodnoceno jako bez deprese 9 (45 %) seniorů, 5 (25 %) mužů (25 %) a 3 (15 %) ženy. Mírná deprese byla vyhodnocena u 11 (55 %) seniorů u 1 (5 %) muže a 10 (50 %) žen. Manifestní deprese byla vyhodnocena u 1 (5 %) ze senierek. U žádného z mužů přijatých do sociálního zařízení se manifestní deprese neprojevila.

Po 14 dnech pobytu v zařízení se hodnocení depresivity významněji nezměnilo. Bez deprese bylo 9 (45 %) seniorů, 6 (30 %) mužů a 3 (15 %) ženy. Mírná deprese byla vyhodnocena u 8 (40 %) senierek. Žádný ze seniorů mírnou depresí netrpěl. Zvýšil se však počet senierek s manifestní depresí na 3 (15 %), nárůst o 2 (10 %). Podobně jako po přijetí, žádný z mužů manifestní depresí netrpěl.

Shrnutím výsledků lze říci, že po delším pobytu ve zdravotnických zařízeních se depresivita ve zkoumaném vzorku seniorů změnila především u manifestní deprese.

7 DISKUZE

Na začátku práce bylo stanoveno za cíl výzkumu najít odpovědi a následně zodpovědět definované výzkumné otázky. V této části práce bude odpovězeno na dané výzkumné otázky a to prostřednictvím údajů, které byly získány realizací výzkumného šetření, které proběhlo ve zdravotnických a sociálních zařízeních pro seniory.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je charakteristika seniorů zahrnutých do výzkumného souboru v rezidenčních zařízeních (zdravotních a sociálních)?

Cílem této otázky bylo zjistit podrobnější charakteristiku seniorů v rezidenčních zařízeních. Odpověď můžeme zodpovědět pomocí skupiny dat ze záznamového archu (položky 1, 2, 3, 4, 6, 7). Celkový počet testovaných seniorů v rezidenčních zařízeních byl 40. Věkové složení v průměru tvořilo nejpočetnější skupinu 13 (65 %) seniorů v každé skupině ve věku 75 - 89 let. V obou rezidenčních zařízeních z celkového počtu 40 seniorů se jednalo shodně o 14 žen (70 %) a 6 mužů (30 %).

Další charakteristika byla zaměřena na vzdělání, kdy převládalo vzdělání středoškolské v obou zařízeních. V zařízení sociálních služeb se jednalo o 11 (55 %) a ve zdravotnickém zařízení o 13 (65 %). Poměr zastoupení dosažených vzdělání v kohortě seniorů, odpovídá přibližnému rozložení stupně vzdělání ve společnosti. Základní vzdělání v mém výzkumu má 7 (17,5 %) seniorů (v populaci 11%), středoškolské vzdělání 28 (70 %) seniorů (v populaci 75 %), vysokoškolské vzdělání 5 (12,5 %) seniorů (v populaci 14 %). (Blažková, 2004)

Další položka mapovala seniorovo bydlení před příchodem do zařízení sociálních služeb, zda sdílel společnou domácnost s rodinou, anebo žil sám, bez rodiny. Z daných údajů vyplývá, že z celkového počtu 20 (100 %) seniorů se v případě, že senioři žili sami, častěji dostávají do zařízení sociální péče (63 %), než v případě, kdy senioři žili společně s rodinou (37 %). Dle ČSÚ se zvyšující se intenzitou úmrtnosti ve vyšším věku se jako důsledek ztráty partnera zvyšuje počet domácností jednotlivců seniorů a naopak klesá podíl osob žijících v páru. Kromě toho také roste podíl osob, které využívají možnost spolužití s jinou domácností, nebo volí bydlení v zařízení. (ČSÚ, 2014) Naopak do zdravotnického zařízení se častěji dostávali senioři z celkového počtu 20 (100 %), kteří žili ve společné domácnosti s rodinou

(63 %) než v případě, že žili sami (37 %). Na této skutečnosti se jistě podílí vliv péče rodiny o seniora.

Ze získaných údajů dále vyplývá, že nejčastější příčinou a diagnózou při přijetí seniora do zařízení sociální péče, bylo onemocnění centrálního nervového systému (CNS) a to u 11 (55 %) seniorů. Oproti tomu nejčastější diagnózou seniorů při přijetí do zdravotnického zařízení, bylo onemocnění pohybového aparátu 11 (55 %). Důvodem je jistě dlouhodobý problém péče o seniora s postižením CNS, kdy se neočekává zlepšení v čase a umístění v zařízení sociální péče je vhodnější. Naopak u onemocnění pohybového aparátu s následnou rehabilitací, lze očekávat zlepšení v čase a proto umístění ve zdravotnickém zařízení je vhodnější.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je úroveň soběstačnosti seniorů při vstupu do rezidenčních zařízení a po 14 dnech po nástupu do těchto zařízení?

Celkem bylo testováno 40 seniorů. Při prvním testování bylo vysoce závislých 14 (35 %) seniorů, závislost středního stupně mělo 9 (22,5 %) seniorů, lehkou závislost 15 (37,5 %) a nezávislost 2 (5 %) seniorů. Při druhém testování bylo vysoce závislých 12 (30 %) seniorů o 2 (5 %) méně, závislost středního stupně mělo 8 (22 %) seniorů o 1 (2,5 %) méně, lehkou závislost 16 (40 %) o 1 (2,5 %) více a nezávislost měli 4 (10 %) seniorů o 2 (5 %) více.

Výzkumem v rezidenčních zařízeních bylo zjištěno, že délka pobytu 14 dní nemá zásadní vliv na soběstačnost seniorů. Důvodem může být i příliš krátký časový úsek 14 dní testování seniorů.

Ovšem pokud zjišťujeme podrobněji soběstačnost v rezidenčních zařízeních (zdravotních, sociálních), je situace poněkud jiná. V zařízení sociálních služeb se při prvním i při druhém Barthelové testu základních, všedních činností shodně ukázalo, že z celkového počtu 20 (100 %) seniorů, bylo 12 (60 %) testovaných seniorů vysoce závislých, 4 (20 %) měli závislost středního stupně, 2 (10 %) pak lehkou závislost a 2 (10 %) bylo nezávislých (viz Tabulka 12). Nejčastější problémy měli seniorů v oblasti chůze po rovině (viz Tabulka 11), počet seniorů byl 9 (45 %), další položkou, která seniorům činila potíže, byla chůze po schodech 6 (30 %), 2 (10 %) seniorů trpěli problémy s kontinencí moči, najedení/napití 1 (5 %), použití WC 1 (5 %), kontinence stolice 1 (5 %) a žádné potíže nedělalo potíže seniorům koupání. Výsledky se shodují s prací Fuchsové, kdy 47 % seniorů uvedlo, že činnost stoj a chůze dělá seniorům v sociálním zařízení největší problémy. (Fuchsová, 2010)

Výsledky se shodují s prací Potůčkové, která v rámci svého šetření, kdy rozhovorem oslovila pět respondentů a zjistila, že u 2 respondentek nedošlo k výrazné změně závislosti či mobility od původního stavu. U 2 respondentek se po dobu pobytu v domově pro seniory jejich mobilita a soběstačnost výrazně zhoršila a také jejich závislost na ošetrovatelském personálu se výrazně zvýšila, 1 respondent uvedl, že po absolvování rehabilitace se jeho soběstačnost a mobilita částečně zlepšila oproti stavu při přijetí. (Potůčková, 2014)

Poněkud jiná byla situace ve zdravotnickém zařízení, kde bylo možné po 14 dnech zlepšení soběstačnosti. Dá se předpokládat, že zlepšení je způsobené vyšší frekvencí rehabilitace (viz Obrázek 2) ve zkoumaném souboru, než jaká je v sociálních zařízeních. Při prvním testování byli 2 (10 %) senioři vysoce závislí, a při druhém testování žádný. Závislost středního stupně se snížila z 5 (25 %) na 4 (20 %). Naopak lehká závislost se zvýšila z 13 (65 %) na 14 (70 %) a nezávislost se zvýšila z 0 na 2 (10 %) viz Tabulka 13. Nejčastější problémy mají senioři v oblasti chůze po schodech 12 (60%), chůze po rovině 4 (20%), kontinence moči 1 (5%), najedení a napití 2 (10%), koupání 1 (5%). Uvedené zjištěné údaje se shodují například s prací Chlumecké, která prezentuje, že mobilita, schopnost sebezpečí a soběstačnost představují schopnosti a dovednosti, které jsou pro seniora velice důležité a výrazně ovlivňují a transformují jeho celkový pohled na svůj život a kvalitu svého života. (Chlumecká, 2005)

Shrnutím lze říci, že významně nižší soběstačnost ve výzkumném vzorku je u seniorů z celkového počtu 20 (100%) umístěných při příjmu do zařízení sociální péče. U 12 (60 %) seniorů (vysoká závislost) proti soběstačnosti u seniorů z celkového počtu 20 (100 %) ve zdravotnických zařízeních 2 (10%) (vysoká závislost). Výsledky vyšetření Barthelova testu po 14 dnech po přijetí do zařízení ukazují, že u seniorů v zařízení sociální péče nedošlo ke zlepšení soběstačnosti, naopak ve zdravotnickém zařízení došlo ke zlepšení soběstačnosti.

Z výsledků obou Barthel testů vyplývá, že u seniorů umístěných v zařízení sociálních služeb se po delším pobytu v zařízení soběstačnost nezvýšila ani nesnížila. Druhý Barthel test ukázal, že u seniorů umístěných ve zdravotnických zařízeních se dokonce po delším pobytu závislost snížila.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký je rozdíl soběstačnosti seniorů v rezidenčních zařízeních ve vztahu k pohlaví?

Barthelové test základních, všedních činností vykázal při testování seniorů v rezidenčních zařízeních téměř stejné výsledky po přijetí seniora do zařízení i po 14 dnech

pobytu (viz Tabulka 14). V rezidenčních zařízeních bylo testováno z celkového počtu 40 (100 %) seniorů, celkem 12 (30 %) mužů a 28 (70 %) žen. Vysokou závislost vykazovaly ženy 10 (36 %), muži 2 (17 %), závislost středního stupně u žen 5 (18 %), muži 3 (25 %), lehce závislých žen bylo 11 (39 %), mužů 5 (42 %) a nezávislých žen 2 (7 %), mužů 2 (17%).

Shrnutím lze říci, že je nepatrný rozdíl v hodnocení soběstačnosti mezi muži a ženami v testovaném souboru v rezidenčních zařízeních. Vysokou závislostí v hodnocení soběstačnosti převyšují ženy. Ovšem u závislosti středního stupně tomu bylo naopak u mužů. Lehce závislých bylo také více mužů. U obou pohlaví v rezidenčních zařízeních, byl stejný počet nezávislých seniorů.

Na podkladě provedeného šetření Čagánkové a Martínkové bylo zjištěno, že ve sledovaném souboru není výraznější rozdíl v soběstačnosti mezi muži a ženami. Mírný rozdíl mezi pohlavím byl zjištěn u seniorů žijících v sociálních zařízeních, kde bylo zjištěno, že v základních všedních činnostech a také v instrumentálních všedních činnostech jsou ženy méně soběstačnější oproti mužům. (Čagánková, Martínková, 2010)

Výzkumná otázka 4: Jaká je míra depresivity seniora v rezidenčním zařízení?

Depresivní poruchy u seniorů, jsou závažným interdisciplinárním problémem. Zdá se, že delší pobyt v rezidenčních zařízeních má určitý vliv na depresivnost seniorů. Při prvním testu po přijetí do sociálního zařízení z celkového počtu 20 (100 %) seniorů bylo bez depresí 5 (25 %) seniorů a při druhém testu jen 3 (15 %) seniorů. Mírná deprese se objevila u 8 (40 %) respondentů, stejně tak i u druhého testu 8 (40 %), ale poměrně vysoký nárůst lze pozorovat u manifestních depresí, ty se zvýšily ze 7 (35 %) na 9 (45 %) seniorů.

Ve zdravotnickém zařízení ukázaly testy depresivity z celkového počtu 20 (100 %) následující údaje: Počet seniorů bez deprese se nezměnil ani po delším pobytu v zařízení, setrval na 9 (45 %). Počet mírných depresí se snížil z 10 (55 %) na 8 (40 %), avšak počet manifestních depresí se zvýšil z 1 (5 %) na 3 (15 %) seniory. Výsledky testu depresivity také ukázaly, že ženy jsou depresivnější než muži.

Vágnerová uvádí, že: „*depresivními rozladami trpí ve stáří 3-13%*“ (Vágnerová, 2007; s. 406). Současně je zde uvedeno, že definovat přesný počet takových seniorů je velmi obtížné, neboť v mnohých případech nebývá deprese správně diagnostikována. Deprese u seniora je ve většině případů jeho reakcí na kumulující se problémy, které se u něho prezentují (např. zdravotní omezení, snižování soběstačnosti apod.). (Vágnerová, 2007)

Velmi důležitá je prevence deprese ve stáří. Doporučuje se vytváření vhodného programu pro seniory s dostatkem tělesné i psychické aktivity a sociálních kontaktů, včasná a správná léčba somatických onemocnění. Výzkumem Markové bylo zjištěno, že jednou z možných vhodných terapií je reminescenční terapie, která výrazně snižuje výskyt depresivní symptomatologie.(Marková,2013

8 ZÁVĚR

Bakalářská práce se týká tématu „Hodnocení soběstačnosti seniorů v rezidenčních zařízeních“. Teoretická část se zaměřuje na prezentaci komplexního shrnutí o fenoménu stáří z různých pohledů, jako je pohled demografický, politický a ekonomický či medicínský, psychologický a sociologický. Teoretická část je dále tvořena shrnutím poznatků o kvalitě života a současně se zaměřuje způsoby a metody hodnocení soběstačnosti u seniorů. Těchto poznatků bylo následně využito ve výzkumné části této bakalářské práce.

Výzkumná data byla získávána prostřednictvím testování ve vybraném zařízení sociálních služeb a ve dvou zdravotních zařízeních. Celkem bylo v rámci výzkumného šetření, testováno 40 seniorů, a to 20 seniorů sociálního zařízení a 20 seniorů zdravotních zařízení.

Cíle, které byly stanoveny na počátku realizace bakalářské práce, lze po analýze, vyhodnocení dat a po formulaci z nich vyplývajících závěrů, hodnotit jako splněné.

Předkládaná práce je důležitým přínosem pro praxi. Souhrnným vyhodnocením dat, které byly získány z Barthel testů a testů depresivity, může každé ze zařízení, ale i další zařízení, zjistit nejen stupeň soběstačnosti jednotlivých klientů, ale především stupeň motivace vedoucí k soběstačnosti těchto klientů. Na tomto základě pak mohou uvedená zařízení věnovat větší pozornost tomu, aby se zabývali snahou o nalezení způsobů, jak motivaci u svých klientů zvyšovat. Motivace je hybnou silou každého jednání, a proto by se zvyšování motivace vedoucí k soběstačnosti klientů měli pracovníci těchto zařízení soustavně věnovat. Z výsledků šetření je možno uvést, že klienti by měli mít k dispozici dostatek vhodných volnočasových aktivit, které by je uspokojovaly a kterých by se chtěli účastnit. Tímto mechanismem by s velkou pravděpodobností mohlo dojít ke snížení přítomnosti a prohlubování depresivity klientů (hlavně v sociálních zařízeních) a současně by došlo ke zvýšení jejich motivace, která je prostředkem k zajištění a udržení určité míry soběstačnosti.

Navrhovaná doporučení pro praxi vycházejí z výsledků provedeného výzkumného šetření a jedná se o následující. Je nutné klientovi projevovat empatický přístup, zajistit a umožnit u klienta, aby mohl projevovat svá subjektivně pojímaná přání, tužby, ale také obavy nebo strach, postoje a hodnotové orientace. Důležité je u klienta dbát na zachování autonomie, intimity a individuality. Současně je nutné dbát o psychický stav klienta a zabývat

se jeho aktuálně subjektivně vnímanou kvalitou života. Snažit se o zvyšování sebevědomí, soběstačnosti a sebeaktualizace klienta apod.

Také komunikace se samotnými klienty zařízení byla pro mne velmi podnětná a inspirující. Mohla jsem se vžít do role příjemce péče. Naučila jsem se lépe chápat jejich pocity a potřeby.

Současně si uvědomuji, že tak malý vzorek 40 osob nestačí k tomu, abychom získali objektivní výsledky. Jistě by nebylo bez zajímavosti uskutečnit podobný průzkum ve více zařízeních, například v rámci celého kraje, aby vzorek testovaných osob byl průkazný. Ačkoli výsledky výzkumu nemohou být průkazné, jisté je, že seniorům v rezidenčních zařízeních je potřebné věnovat zvýšenou péči. A tím není myšlena pouze péče zdravotnická, ale také společenská. Senior, který žije aktivně, si déle udrží své zdraví a tím i soběstačnost. Aktivní senior také méně podléhá depresím, které ve svém důsledku snižují soběstačnost seniorů. Z hlediska základních doporučení pro praxi je důležité uvést skutečnost, kdy senioři by měli být neustále aktivizováni a motivováni k tomu, aby se nestali pouze pasivními příjemci péče, ale aby se sami a aktivně snažili svou soběstačnost a sebepéči „udržet“ na přijatelné úrovni. Současně je důležité se také zaměřit na příznaky chorob, kterými senior trpí a prostřednictvím léčby se je snažit co nejvíce minimalizovat či eliminovat, neboť zdravotní stav seniora se odráží v jeho sebepojetí a soběstačnosti.

Je velký rozdíl, jestli člověk ve stáří žije plnohodnotným životem a může se svobodně a naplno věnovat svým zájmům a koníčkům, anebo je odkázaný na pomoc svých blízkých či personálu v rezidenčním zařízení. O tomto rozdílu, který je pro seniora skutečně podstatný, rozhoduje jeho soběstačnost. Je zřejmé, že úroveň soběstačnosti ovlivňuje aktuální zdravotní stav a psychická pohoda. A zde vidíme širokou oblast pro působení nejenom na seniory v tom slova smyslu, že by se měli snažit a udržet si soběstačnost do co nejvyššího věku.

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- [1] ČAGÁNKOVÁ, Andrea a Vlasta MARTINKOVÁ. Soběstačnost seniorů nad 80 let v domácím prostředí a sociálních zařízeních. *Sestra* [online]. 2010 [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/sobestacnost-senioru-nad-80-let-v-domacim-prostredi-a-socialnich-zarizenich-456640>
- [2] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
- [3] HABARTOVÁ, Pavlína. Domácnosti seniorů. *ČSÚ* [online]. 2014 [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993af>
- [4] BLAŽKOVÁ, Jana. Tři čtvrtiny Čechů jsou středoškoláci. *Forum: Časopis Univerzity Karlovy* [online]. 2004 [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://iforum.cuni.cz/iforum-953.html>
- [5] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
- [6] FUCHSOVÁ, Pavlína. *Problematika soběstačnosti a její dopad na každodenní život seniorů* [online]. Olomouc, 2010 [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/cazosj/80346-858136656.pdf>. Diplomová práce. Univerzita Palackého. Vedoucí práce Jitka Tomanová.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd., Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [8] HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012, 239 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
- [9] CHLUMECKÁ, Jana. Hodnocení soběstačnosti v ergoterapii. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005. 1 (3): 122-123. ISSN 1801-1349.
- [10] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.
- [11] KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s. ISBN 80-244-1552-6.
- [12] KRAMÁŘOVÁ, Naděžda a Jan TUČEK. *Gerontopsychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta., 2005, 55 s. ISBN 80-7040-829-4.

- [13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 141 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4736-044.
- [14] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Kvalita života*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 120 s. ISBN 80 – 86625 – 20 – 6.
- [15] LUKŠOVÁ, Hana a Yvetta VRUBLOVÁ. Měřicí nástroje v posouzení sebeděče a soběstačnosti seniorů. In: *Stárnutí 2012: sborník příspěvků = Ageing 2012 : conference proceedings*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, 68 - 77. ISBN 978-80-87142-20-2. Dostupné z: http://www.konferencestarnuti.cz/files/sbornik_2012.pdf
- [16] MARKOVÁ, Kamila. *Vztah reminiscenčních aktivit a depresivity seniorů* [online]. Pardubice, 2013 [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/51774/3/MarkovaK_VztahReminiscencnich_MJ_2013.pdf. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Martina Jedlinská.
- [17] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013, 570 s. ISBN 978-802-6203-667.
- [19] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- [20] ORT, Jiří. *Kapitoly ze sociologie stáří: (společenské a sociální aspekty stárnutí)*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta, 2004, 56 s., [5] l. obr. příl. ISBN 80-704-4636-6.
- [21] POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 193 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4743-165.
- [22] POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. 2006, 216 s. ISBN 80-806-3208-1.
- [23] POTŮČKOVÁ, Marie. *Závislost imobilních a nesoběstačných klientů na ošetrovatelském personálu v domově pro seniory*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce Alena Polanová.
- [24] SVĚCENÁ, Kateřina. *Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci*. [online]. 3/2013. Bratislava: Solen, s. r. o., 2013 [cit. 2014-11-03]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/2f4d6134625e321e1891777ee06149e6.pdf>
- [25] SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Slon, 2007, 284 s. Studie, 45. ISBN 978-808-6429-625.
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

- [27] ZAHRADNICKÁ, Ilona. Hodnocení soběstačnosti. *Fakultní nemocnice Plzeň* [online]. 4/2004. Plzeň, 2004 [cit. 2014-11-29]. Dostupné z: http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf
- [28] Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. 1. vyd. Praha: MPSV ČR, 2013 [cit. 2014-11-13]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/NAP_2013-2017_070114.pdf
- [29] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *Zákony pro lidi* [online]. 14. 3. 2006. Praha [cit. 2014-11-29]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [30] Česká republika od roku 1989 v číslech. *Český statistický úřad* [online]. 16. 5. 2014. Praha: Český statistický úřad, 2014 [cit. 2014-11-13]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/p/320181-14#01>
- [31] *Český statistický úřad* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2014 [cit. 2014-11-13]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/p/320181-14#01>
- [32] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2012*. 1. vyd. Praha, 2013. ISBN 978-80-7472-076-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-pardubickeho-kraje>
- [33] SHEIK, J. I., YESAVAGE, J. A. a Clin SHEIK. Škála deprese pro geriatrické pacienty - Geriatric depression scale. [online]. 1986 [cit. 2014-12-10]. Dostupné z: <http://www.dtpce.cz/pdfs/skala09.pdf>

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Srovnání demografických údajů v letech 1989 - 2013

Příloha B Barthelové test základních, všedních činností

Příloha C Škála deprese pro geriatrické pacienty - Geriatric depression scale

Příloha D Záznamový arch klienta

Příloha A Srovnání demografických údajů v letech 1989 – 2013

	1989	1994	1999	2004	2009	2013
Počet obyvatel k 31. 12. (v tis. osob)	10 362	10 333	10 278	10 221	10 507	10 512
Index stáří (65+ / 0 - 14 v %)	57,4	69,6	83,1	94,0	107,0	115,7

Zdroj: (Česká republika od roku 1989 v číslech, 2014).

Příloha B Barthelové test základních, všedních činností

Barthelové test základních, všedních činností		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. Najdení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	Neprovede	0
2. Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	Neprovede	0
3. Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	Neprovede	0
8. Přesun lůžko/ židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. Chůze po rovině	samostatně více než 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	Neprovede	0

Celkové skóre (0 - 100):	
Hodnocení stupně závislosti v základních, všedních činnostech	
0 - 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost středního stupně
65 - 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	Nezávislý

Zdroj: Trachtová, 2008

Příloha C Škála deprese pro geriatrické pacienty - Geriatric depression scale

Škála deprese pro geriatrické pacienty - Geriatric depression scale. (podle Sheik a Yesavage)																
Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtněte!																
1.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne													
2.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne													
3.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne													
4.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne													
5.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne													
6.	Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ano	ne													
7.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne													
8.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne													
9.	Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne													
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ano	ne													
11.	Myslíte si, že je krásné býtí naživu?	ano	ne													
12.	Napadá vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne													
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne													
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne													
15.	Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ano	ne													
Hodnocení																
1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek			2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek		1				5		7				11		13		

Zdroj: Kalvach, Geriatrie a gerontologie, 2004

Příloha D Záznamový arch klienta

ZÁZNAMOVÝ ARCH KLIENTA					
TYP ZAŘÍZENÍ		□ ZDRAVOTNÍ		□ SOCIÁLNÍ	
		1. Testování v den nástupu		2. Testování v průběhu 14ti dní	
1	INICIÁL Y KLIENTA				
2	POHLAVÍ	□ ŽENA □ MUŽ			
3	VZDĚLÁNÍ	□ ZÁKLADNÍ □ VYŠŠÍ ODBORNÉ (BEZ MATURETY) □ VYŠŠÍ ODBORNÉ (S MATURETOU) □ STŘEDOŠKOLSKÉ □ VYSOKOŠKOLSKÉ			
4	PŘED NÁSTUPEM DO ZAŘÍZENÍ ŽIL (A)	□ S RODINOU □ BEZ RODINY			
5	DATUM NÁSTUPU DO ZAŘÍZENÍ				
6	DŮVOD PŘÍJMU				
7	DIAGNÓZA				
8	PEG	□ ANO □ NE		□ ANO □ NE	
9	PMK	□ ANO □ NE		□ ANO □ NE	
10	PŽK	□ ANO □ NE		□ ANO □ NE	
11	OPERAČNÍ RÁNA	□ ANO □ NE		□ ANO □ NE	
12	UŽÍVANÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY	□ CHODÍTKO □ BERLE □ VOZÍK □ BRÝLE □ NASLOUCHADLA □ JINÉ		□ CHODÍTKO □ BERLE □ VOZÍK □ BRÝLE □ NASLOUCHADLA □ JINÉ	
13	TYP RHB A JAK ČASTO JE PROVÁDĚNA	□ LTV □ MT □ MOB □ VODOLÉČBA □ DENNĚ □ FYZIKÁLNÍ TERAPIE □ LOGOPEDIE □ 1 - 2x TÝDNĚ □ ERGOTERAPIE □ CVIČENÍ NA PŘÍSTROJI □ 3 - 5x TÝDNĚ		□ LTV □ MT □ MOB □ VODOLÉČBA □ DENNĚ □ FYZIKÁLNÍ TERAPIE □ LOGOPEDIE □ 1 - 2x TÝDNĚ □ ERGOTERAPIE □ CVIČENÍ NA PŘÍSTROJI □ 3 - 5x TÝDNĚ	
14	DATUM A ČAS PROVEDENÍ TESTŮ				
15	KLIENT PŘI TESTOVÁNÍ SPOLUPRACUJE	□ PLNĚ □ ČÁSTEČNĚ □ NESPOLUPRACUJE		□ PLNĚ □ ČÁSTEČNĚ □ NESPOLUPRACUJE	
16	KLIENT SE PODÍLÍ NA VOLNOČASOVÝCH AKTIVITÁCH	□ ANO PODÍLÍ SE, ZVLÁDÁ SÁM □ ANO PODÍLÍ SE S DOPOMOCÍ □ NE NEPODÍLÍ SE		□ ANO PODÍLÍ SE, ZVLÁDÁ SÁM □ ANO PODÍLÍ SE S DOPOMOCÍ □ NE NEPODÍLÍ SE	
17	POKUD ANO, NA JAKÝCH AKTIVITÁCH A JAK ČASTO	□ SLEDOVÁNÍ TV □ ČETBA □ PROCHÁZKY □ MUZIKOTERAPIE □ DENNĚ □ ARTETERAPIE □ KRÍŽOVKY □ VÝLETY □ 1 - 2x TÝDNĚ □ CANISTERAPIE □ BOHOSLUŽBY □ 1x ZA 14 DNÍ □ VYSTAVY, PŘEDNÁŠKY □ JINÉ		□ SLEDOVÁNÍ TV □ ČETBA □ PROCHÁZKY □ MUZIKOTERAPIE □ DENNĚ □ ARTETERAPIE □ KRÍŽOVKY □ VÝLETY □ 1 - 2x TÝDNĚ □ CANISTERAPIE □ BOHOSLUŽBY □ 1x ZA 14 DNÍ □ VYSTAVY, PŘEDNÁŠKY □ JINÉ	
18	POKUD NE, Z JAKÉHO DŮVODU	□ KLIENT SE ODMÍTÁ ZÚČASTNIT □ NEVYHOVUJÍCÍ ZDR. STAV □ ZAŘÍZENÍ NENABÍZÍ VOLNOČASOVÉ AKTIVITY □ JINÉ		□ KLIENT SE ODMÍTÁ ZÚČASTNIT □ NEVYHOVUJÍCÍ ZDR. STAV □ ZAŘÍZENÍ NENABÍZÍ VOLNOČASOVÉ AKTIVITY □ JINÉ	
19	KOLIK HODIN DENNĚ JE KLIENT MIMO LŮŽKO	□ 1h. □ 3h. □ 5h. □ 2h. □ 4h. □ 6h. A VÍCE		□ 1h. □ 3h. □ 5h. □ 2h. □ 4h. □ 6h. A VÍCE	
20	KLIENT JE V KONTAKTU S RODINOU	□ ANO □ NE □ RODINA SPOLUPRACUJE □ NESPOLUPRACUJE		□ ANO □ NE □ RODINA SPOLUPRACUJE □ NESPOLUPRACUJE	
21	MOTIVACE VEDOUcí K SOBĚSTAČNOSTI, *HODNOTIČÍ SKÁLA	□ TOUHA DOSÁHNOUT CÍLE 1 2 3 4 5 □ DŮVĚRA VE VLASTNÍ SCHOPNOSTI 1 2 3 4 5 □ VLASTNÍ PŘEDSTAVA DOSAŽENÉ ZMĚNY 1 2 3 4 5		□ TOUHA DOSÁHNOUT CÍLE 1 2 3 4 5 □ DŮVĚRA VE VLASTNÍ SCHOPNOSTI 1 2 3 4 5 □ VLASTNÍ PŘEDSTAVA DOSAŽENÉ ZMĚNY 1 2 3 4 5	
22	KTERÁ OBLAST V SOBĚSTAČNOSTI DĚLÁ KLIENTOVI NEJVĚTŠÍ POTÍŽE	□ NAJEDENÍ, NAPITÍ □ OBLÉKÁNÍ □ KOUPÁNÍ □ OS. HYGIENA □ KONTINENCE STOLICE □ KONTINENCE MOČI □ POUŽITÍ WC □ PŘESUN LŮŽKO ŽIDLE □ CHŮZE PO SCHODECH □ CHŮZE PO ROVINĚ		□ NAJEDENÍ, NAPITÍ □ OBLÉKÁNÍ □ KOUPÁNÍ □ OS. HYGIENA □ KONTINENCE STOLICE □ KONTINENCE MOČI □ POUŽITÍ WC □ PŘESUN LŮŽKO ŽIDLE □ CHŮZE PO SCHODECH □ CHŮZE PO ROVINĚ	
23	VÝSLEDNĚ SKÓRE V TESTU SOBĚSTAČNOSTI	□ VYSOCE ZÁVISLÝ 0-40 b. □ ZÁVISLOST STŘ. STUPNĚ 45-60 b. □ LEHKÁ ZÁVISLOST 65-95 b. □ NEZÁVISLOST 100 b.		□ VYSOCE ZÁVISLÝ 0-40 b. □ ZÁVISLOST STŘ. STUPNĚ 45-60 b. □ LEHKÁ ZÁVISLOST 65-95 b. □ NEZÁVISLOST 100 b.	
24	VÝSLEDNĚ SKÓRE V TESTU DEPRESIVITY	□ NORMA 0 - 5 b. □ MÍRNÁ DEPRESE 6 - 10 b. □ MANIFESTNÍ DEPRESE 11 a více bodů		□ NORMA 0 - 5 b. □ MÍRNÁ DEPRESE 6 - 10 b. □ MANIFESTNÍ DEPRESE 11 a více bodů	
25	KLIENT VE ZDR. ZAŘÍZENÍ PO PROPUSTĚNÍ PŮJDE	□ ZŮSTÁVÁ VE STÁVAJÍCÍM ZAŘÍZENÍ □ DOMŮ □ KE SVĚ RODINĚ □ JINÉ ZAŘÍZENÍ			

PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie

PMK - permanentní močový katétr

PŽK - permanentní žilní katétr

LTV - lžebná tláková výchova

MT - měkké techniky

MOB - mobilizace kloubu

* HODNOTIČÍ SKÁLA: 1 - 5 velmi silná - žádná