

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Tereza Steinhauserová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Soběstačnost seniorů žijících v domácím prostředí

Tereza Steinhauserová

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Steinhäuserová**
Osobní číslo: **Z15267**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všobecná sestra**
Název tématu: **Soběstačnost seniorů žijících v domácím prostředí**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování:

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. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. Praha: Galén, 2012. 200 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
2. KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
3. ONDRUŠOVÁ, Jitka. Stáří a smysl života. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.
4. POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010. Sestra. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
5. LEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 240 s. 188, [4] s. Sestra. ISBN 978-80-247-1775-3.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vlastimila Semencová**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzání bakalářské práce: **18. července 2019**


prof. MUDr. Josef Pusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáková, DrSc.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 11. dubna 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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 moji 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 11. 7. 2019

Tereza Steinhauserová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Vlastimile Semencové za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným respondentům za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

ANOTACE

Bakalářská práce je věnována soběstačnosti seniorů žijících v domácím prostředí. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřená na stáří a stárnutí, demografii, soběstačnost, kvalitu života a sociální služby pro seniory. V praktické části je popsána metodika průzkumu, rozebrány a vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření. V diskuzi porovnávám mnou zjištěné výsledky s výsledky z jiných prací či tištěných publikací. V závěru práce se zamýšlím nad zjištěnými údaji a porovnávám je s cíli mé práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stáří, soběstačnost, sociální služby, kvalita života

TITLE

Self-support of senior people at home

ANNOTATION

The bachelor thesis is devoted to the self-sufficiency of seniors living in the home environment. It is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part is focused on old age and aging, demography, self-sufficiency, quality of life and social services for the elderly. The practical part describes the survey methodology and analyzes and evaluates the results of the questionnaire survey. In the discussion I compare the results I found with the results from other works or printed publications. At the end of my work I think about the data and compare them with the goals of my work.

KEYWORDS

Old age, self-sufficiency, social services, quality of life

OBSAH

Úvod.....	11
Cíl práce.....	13
I. Teoretická část.....	14
1 Stáří a stárnutí.....	14
1.1 Stáří.....	14
1.2 Dělení stáří.....	14
1.2.1 Biologické stáří.....	14
1.2.2 Sociální stáří.....	15
1.2.3 Kalendářní stáří.....	15
1.3 Periodizace stáří.....	15
1.4 Stárnutí.....	16
1.5 Adaptace na stárnutí.....	16
1.6 Strategie vyrovnávání stáří a stárnutí.....	17
1.7 Projevy stárnutí.....	17
1.7.1 Tělesné projevy stárnutí.....	17
1.7.2 Psychické změny ve stáří.....	18
1.8 Gerontologie a geriatrie.....	18
1.8.1 Dělení gerontologie.....	18
1.8.2 Geriatrie.....	19
1.9 Demografie.....	19
1.9.1 Demografické stárnutí.....	19
1.9.2 Hrozby dlouhověké společnosti.....	20
2 Soběstačnost.....	21
2.1 Soběstačnost.....	21
2.2 Aktivity denního života.....	21

2.2.1	ADL	21
2.2.2	IADL	22
2.3	Kvalita života	22
2.4	Bezpečný domov	23
3	Služby pro seniory	25
3.1	Sociální služby	25
3.1.1	Druhy sociálních služeb	25
3.2	Aktivní stárnutí.....	27
II.	průzkumná část	30
4	průzumné otázky	30
5	Metodika Průzkumu.....	31
5.1	Tvorba dotazníku	31
5.2	Charakteristika průzkumného vzorku	31
5.3	Pilotní šetření	32
5.4	Export a sběr dotazníku.....	32
5.5	Způsob vyhodnocení dotazníků	32
6	Prezentace výsledků.....	33
6.1	Prezentace výsledků vztahující se k dotazníkovým otázkám	33
6.2	Prezentace výsledků vztahujících se k průzkumným otázkám	51
7	diskuze	58
8	Závěr	61
9	Použitá literatura	63
10	Přílohy.....	66

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Graf znázorňující pohlaví respondentů	33
Obrázek 2: Graf zobrazující věk respondentů	34
Obrázek 3 : Graf ukazující místo bydliště respondentů.....	35
Obrázek 4 : Graf znázorňující sportovní aktivitu respondentů.....	36
Obrázek 5 : Graf rozlišující, jaké sportovní aktivity respondenti provozují	37
Obrázek 6 : Graf ukazující, jak často respondenti navštěvují různé akce	38
Obrázek 7 : Graf ukazující návštěvnost kulturních a jiných akcí respondenty	39
Obrázek 8 : Graf hodnotící spokojenost s kvalitou života.....	40
Obrázek 9 : Graf hodnotící ovlivňování kvality života z pohledu věku.....	41
Obrázek 10: Graf hodnotící soběstačnost respondentů.....	42
Obrázek 11: Graf udávající jaké problémy mají respondenti se soběstačností	43
Obrázek 12: Graf ukazující využívání kompenzačních pomůcek	44
Obrázek 13: Graf sdílené domácnosti.....	45
Obrázek 14: Graf ukazující s kým respondenti sdílí svou domácnost.....	46
Obrázek 15: Graf ukazující potřebu pomoci respondentům druhou osobou	47
Obrázek 16: Graf ukazující kdo respondentům pomáhá	48
Obrázek 17: Graf ukazující které sociální služby jsou respondenty využívány	49
Obrázek 18 : Graf ukazující jak často jsou sociální služby využívány	50
Obrázek 19 : Graf znázorňující rozdílnost soběstačnosti u pohlaví respondentů.....	51
Obrázek 20 : Graf rozlišující jaké pohlaví problémy se soběstačností.....	52
Obrázek 21:Graf ukazují sportovní činnosti a zážitkové akce u soběstačných a nesoběstačných seniorů.....	53
Obrázek 22 : Graf zobrazující sportovní a zážitkové akce dle místa bydliště	54
Obrázek 23 : Graf zobrazující potřebu pomoci od druhých nesoběstačnými muži a ženami...55	
Obrázek 24 :Graf ukazující ovlivnění kvality života u soběstačných a nesoběstačných seniorů	56
Obrázek 25 : Graf znázorňující kvalitu života ovlivněnou věkem	57

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL	Activities of Daily Living (Aktivity denního života)
č.	číslo
ČSÚ	Český statistický úřad
FIM	Functional Independence Measure (Funkční míra nezávislosti)
FRAM	Projekt který má za úkol zvýšit povědomí o aktivním stárnutí
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (Instrumentální aktivity denního života)
např.	například
OSN	Organizace spojených národů
tzv.	takzvaně
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
s.	stran
soc.	sociální

ÚVOD

Stáří patří mezi přirozenou součást života. Dennodenně se každý z nás setkává se starými lidmi a téměř každý z nás se do této poslední etapy života dostane. Díky moderní medicíně, která v dnešní době dokáže vyléčit dříve smrtelná onemocnění a také k lepším životním podmínkám a životnímu stylu jedinců se tak mění demografická struktura obyvatel. Znamená to, že většina z lidí bude žít delší dobu ve stáří, než tomu bylo dříve. I přesto je téma stáří a problémů s ním spojenými v dnešní době dle mého názoru dosti zanedbávané a opomíjené.

Ondrušová (2011) ve své publikaci uvádí, že zvýšení počtu seniorů vede ke spoustě závažných situací ať už ekonomickým, psychologickým či medicínským. I přesto je o seniory ve vyspělých zemích finančně a po stránce zdravotní i sociální péče postaráno. Uvádí, že člověk stáří může prožívat pozitivně i negativně. Někteří si tuto fázi života užívají, berou ji jako příležitost si splnit své sny. Jiní ale berou stáří jako negativní část, kdy přichází spousta problémů, onemocnění a s tím i potřeba pomoci druhých (Ondrušová, 2011. s. 13)

Jelikož jsem ke stáří a starým lidem měla vždy respekt, zajímaly mne jejich životy. Ve své praxi potkávám poměrně hodně starých osob, u kterých je nutná dopomoc v základních denních činnostech života, a i přesto žijí většinou v domácnosti sami. To byly také důvody, proč jsem ke zpracování své bakalářské práce zvolila toto téma. Myslím, že soběstačnost je velmi důležité téma ve stáří a jedním ze stěžejních bodů, který výrazně ovlivňuje psychickou a fyzickou stránku nejen samotného seniora ale i jeho blízkých. Většina starších osob v mém okolí co nejdéle oddaluje pomoc druhých. Nejspíše je k tomu vede dřívější doba, ve které neexistovalo tolik pomůcek a sociálních služeb jež by pomohly zlepšit kvalitu života ve stáří. Další důvod proč staří lidé odmítají pomoc je ten, že o spoustě možností kterých mohou využívat ani nevědí.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, části teoretické a části praktické. Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly. V první kapitole se zabývám problematikou a popisem stáří a stárnutí, jeho dělením a projevy. Druhá kapitola je zaměřená na soběstačnost ve stáří. Zde rozebírám její problematiku a škály hodnocení soběstačnosti, kvalitu života a bezpečný domov. Službám pro seniory je věnována další kapitola, ve které popisují jak jsou poskytovány seniorům a také popsány možnosti bezpečného domova.

Praktická část mojí práce začíná popisem metodiky, dále se věnuji analýze dat získaných pomocí mnou vytvořeného dotazníku, které v diskuzi porovnávám s výsledky z jiných prací či tištěných publikací. V závěru se mimo jiné zamýšlím nad přínosem mojí práce pro praxi a dále píšou o doporučení pro vypracování případné další práce na stejné nebo podobné téma. V bakalářské práci využívám k vypracování starší zdroje knih, přesto že je stáří věnováno hodně literatury, ohledně soběstačnosti je jich minimum. V této bakalářské práci čerpám inspiraci například od Kalvacha, protože se tématu stáří velmi věnuje a má knihy velmi podrobně zpracované.

CÍL PRÁCE

Hlavní cíl:

Zjistit soběstačnost seniorů žijících v domácím prostředí

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda soběstačnost a bydliště seniorů ovlivňuje jejich sportovní aktivity a návštěvy zážitkových akcí.
2. Zmapovat, kterých osob nebo sociálních služeb v případě potřeby senioři nejčastěji využívají.
3. Zjistit, zda senioři hodnotí kvalitu života s ohledem na svoji soběstačnost a věk.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

„ Každý člověk stárne. Toto elementární tvrzení je všeobecně známé a uznávané. Ostatně lidé říkávají, že stárnutí a stáří, stejně jako smrt, jsou jedinou spravedlivou jistotou, kterou máme.“ (Haškovcová, 2010, s. 16)

1.1 Stáří

Stáří nejde zcela bezpečně definovat. Jedná se však o poslední fázi života, kdy dochází k psychickým a fyzickým změnám v těle člověka. Je to fyziologický průběh přirozeného života, který probíhá u každého jedince, ale má odlišný průběh. Dochází během něho k funkčním a morfologickým změnám. Kvalitu stáří ovlivňuje nejen kvalita života ale i životní styl v produktivním věku, sociální podmínky nebo například psychický stav člověka (Kalvach et al., 2004, s. 47 – 48).

Haškovcová (2010, s. 16 – 17) uvádí, že ačkoli se velmi často uvádí, že lidská populace stárne a zvyšuje se tak počet starých lidí, mladší věkové generace nejeví o stáří zájem. Zároveň berou stáří jako zápornou část života. Dále uvádí že mladí lidé se snaží využít co nejvíce bezstarostný život, než přijde pomyslné „šílené“ stáří (Haškovcová, 2010, s. 16 – 17)

1.2 Dělení stáří

Stáří se tradičně dělí na kalendářní, biologické a sociální (Dvořáčková, 2012, s. 11).

1.2.1 Biologické stáří

Je to označení involučních změn tedy přirozeného stárnutí jak tělesného tak i psychického rozvoje každého jednotlivce. Nejčastěji dochází například k atrofiím a změnám regulačních a adaptačních mechanismů (Ondrušová, 2011, s 17).

Protože je involuční vývoj u každého člověka individuální, neexistuje v současné době žádná metoda, která by přesně určila kdy přesně biologické stáří přichází (Bártlová et al., 2010, s. 82 – 83).

V praxi má biologické stáří význam pouze v hodnocení stavu člověka v soběstačnosti v určitých činnostech či lékařských zákrocích (Čeledová et al., 2016, s. 13 – 14).

1.2.2 Sociální stáří

Vyjadřuje chování jedince ve společnosti. Počátek sociálního stáří určuje převážně nárok na starobní důchod. Promítá se v něm například životní styl, sociální zařazení, ekonomická situace (Kalvach et al., 2004, s. 48).

1.2.3 Kalendářní stáří

Je nejlépe vymežitelným pojmem stáří. Přesný nástup stáří určíme díky datu narození každého jedince. I Zde jde však pouze o orientační hodnotu, záleží na individuálních možnostech a schopnostech každého jedince (Bártlová et al., 2010, s. 82 – 83).

U kalendářního věku můžeme bezpečně určit věk ovšem nelze z něho zjistit více o involučních změnách. Nejčastěji se využívá v demografii a statistikách. Nejčastěji za hranici stáří je považována hranice 60-ti nebo 65-ti let (Ondrušová, 2011, s. 16).

1.3 Periodizace stáří

Stanovení přesné hranice stárnutí není zcela definované a existuje hned několik teorií dělení stáří dle věku:

WHO stanovilo patnáctiletou periodizaci: (Čeledová et al., 2012, s. 25)

- rané stáří (počínající stáří) – 60 – 74 let
- vlastní stáří (osoby pokročilého věku) 75 - 84 let
- období dlouhověkosti – 90 a více let

Neugartenová rozdělila stáří na mladé, staré a velmi staré seniory: (Kalvach et al., 2004, s. 47)

- z její koncepce se odvodilo nynější členění stáří:

- mladí senioři: 65 – 74 let
- staří senioři: 75 – 84 let

- velmi staří senioři : 85 a více let

1.4 Stárnutí

Stárnutí (involuce) probíhá nepřetržitě celý život od početí. Jeho výsledkem je stáří. Projev stárnutí je zcela individuální, nastává však v době, kdy dochází k atrofii a poklesu tělesných funkcí celého organismu. Jedna teorie zastává názor, že stárnutí začíná již v době početí tedy již od oplodnění ženského vajíčka. Na straně druhé považují vědci stárnutí za přirozenou součást života ovšem až v pozdější fázi života (Kalvach et al., 2004, s. 67).

Stárnutí ovlivňuje změny v biologické, psychické a bohužel i v sociální úrovni.

- Biologické stárnutí – můžeme mluvit o změnách tělesného organismu – např. snížení svalové a kosterní hmoty, pokles imunitního systému, hormonální změny.
- Psychické stárnutí – například změny kognitivních funkcí, potřeba přijetí nové role ve stáří. Důležitá je i emoční složka.
- Sociální stárnutí – zahrnuje především vztah stárnoucího člověka a společnosti (Ondrušová, 2011, s. 14).

1.5 Adaptace na stárnutí

Čeledová et al., (2016, s. 106 – 107) popisují že nástup stárnutí je přirozeným involučním jevem a člověk který se na stárnutí a problémy s ním spojené připravuje celý život, se lépe s jeho nástupem vyrovná. Jedinec se musí smířit s novými společenskými rolami, změnou jeho psychických a fyzických sil, přijetím pomoci. Zdůrazňují problematickou adaptaci seniorů kdy dochází k depresím a sebevraždám. Dělí adaptaci stáří na tři časové úseky.

- Dlouhodobá – příprava na stáří probíhá již od útlého věku, seznamováním se stářím.
- Střednědobá – začíná přibližně 10 let před důchodem. Akceptování stáří a hledání nových životních cílů a aktivit.
- Krátkodobá – zhruba 3 - 5 let před samotným nástupem do důchodu, kdy je vhodné zaměřit se na své obydlí, blízkost lékařů nebo příbuzných v případě potřeby či finančního zabezpečení (Čeledová et. al., 2016, s. 106 – 107).

1.6 Strategie vyrovnávání stáří a stárnutí

1. Konstruktivní přístup – aktivní senioři kteří jsou s příchodem stáří zcela vyrovnaní a i přes tento fakt se dokáží radovat z maličkostí, berou novou životní situaci jako výzvu a nebojí se plánování nových cílů
2. Strategie závislosti – lidé kteří se oddávají a vyžadují pomoc druhých osob, i když jsou k nim nedůvěřiví.
3. Obranná strategie – osoby které se nedokážou vyrovnat s nástupem stáří, cítí se být mladými, hledají neustále různé aktivity aby tak oddálili stáří
4. Strategie hostility – pesimističtí lidé kteří své neúspěchy svádějí na své okolí, většinou jsou agresivní, nepřátelští a mrzutí
5. Strategie sebenenávisti – jde o skupinu lidí kteří nenávidí svůj život, dávají si vše za vinu a ve své podstatě čekají na smrt, která je pro ně velkou úlevou a vysvobozením (Čeledová et al., 2016, s. 107).

1.7 Projevy stárnutí

Proces stárnutí začíná již od početí. Projevy stárnutí jsou u každého jedince individuální. Záleží právě na předchozím životním stylu, genetice, sociální situaci a mnoha dalších faktorech. V souvislosti s vývojem člověka a jeho organismu, který se neustále vyvíjí již platí, že nové generace obyvatel stárnou v lepším zdravotním stavu (Kalvach et al., 2004, s. 99 – 101).

1.7.1 Tělesné projevy stárnutí

Kalvach (2004) uvádí, že mezi nejčastější projevy stárnutí patří tělesná výška která se s věkem snižuje. Poruchy chůze, vadné držení těla, změna hmotnosti. Dál dochází většinou k výraznému zhoršení sluchu nebo např. zraku (Kalvach et al., 2004, s. 99 – 101).

Ve stáří dochází k dalším tělesným změnám které jsou patrné na první pohled. Nejen v obličeji dochází k ochabnutí svalstva a povolení kůže. Vlasy jsou méně kvalitní, blednou a vypadávají. Ztrácí se funkce chuťových pohárků a taktéž pocit žízně, která může vést k vážným zdravotním komplikacím (Haškovcová, 2010, s. 31).

1.7.2 Psychické změny ve stáří

Během stáří nedochází ke změnám pouze tělesným ale i duševním. U starších seniorů se velmi často stupňují a zesilují jejich negativní vlastnosti z mládí, byl-li člověk tvrdohlavý ve vyšším věku může dojít až k agresi, pokud nebude v určité situaci podle něj – agrese, mrzutost, vulgarismy a ve velké míře i vzdávání se života a čekání na smrt. Dalšími projevy stáří je například i zhoršení paměti (Venglářová, 2007, s. 15 – 16).

Velký vliv na psychickou stránku člověka má nejen předchozí životní styl člověka po celý život ale i prodělané nemoci, proto nelze přesně určit, kdy za změnami stojí přirozený vývoj stáří a kdy jsou ovlivněny nemocemi. Psychickou pohodu mění i styl komunikace se seniorem. Dle Haškovcové [2010] dochází k poruše komunikace i kvůli zhoršení zraku a sluchu. Kvůli špatnému sluchu dochází mnohdy ke špatnému porozumění informací a následně nekvalitním mylným domněnkám. (Ondrušová, 2011, s. 30; Haškovcová, 2010, s. 31 – 32)

1.8 Gerontologie a geriatrie

Gerontologie (slovo odvozené z řeckého slova geron - starý člověk), je věda zabývající se stářím (senium), stárnutím (involuce) a životem lidí ve stáří. Zabývá se také zlepšením kvality života v různých obdobích stáří. Je to mladý a interdisciplinární obor. (Kalvach et al., 2004, s. 48 – 49; Ondrušová 2011, s. 14 – 15)

1.8.1 Dělení gerontologie

Gerontologie se dělí do 3 hlavních okruhů.

1.8.1.1 Gerontologie experimentální

Zaměřuje se na biologické stárnutí organismu, orgánů a tkání. V rámci gerontologie je velice důležité tyto prvky pozorovat a zpracovávat je, protože se díky nim může zpomalit a oddálit proces stárnutí (Haškovcová, 2010, s. 20 – 21).

1.8.1.2 Gerontologie sociální

Zabývá se vzájemnými vztahy starých lidí a jejich okolní společností. Je to velmi široká problematika, která zahrnuje i plno dalších vědních oborů jako je například pedagogika a psychologie. Tyto údaje jsou velmi důležité pro plánování případného poskytování zdravotní péče – jejího financování a dopadu na ekonomiku, protože stále stoupá počet

starších osob a tím stoupají i potřeby spojené s poskytováním zdravotních a sociálních služeb (Bártlová et al., 2010, s. 83).

1.8.1.3 Gerontologie klinická

Nazývána také jako geriatrie (viz níže)

1.8.2 Geriatrie

Geriatrie je pojem složený z řeckých slov – geron a iatreia neboli léčení. Označuje klinickou gerontologii. Je to obor, který stáří bere jako jeden celek, všestranně. Zkoumá a řeší problematiku stáří z více stran, hodnotí zároveň zdravotní a sociální záležitosti, dále soběstačnost seniorů ale i jejich fyzickou a psychickou schopnost. Na druhé straně je to i specializační obor, jenž vychází nejčastěji z interního lékařství a spolupracuje s více zdravotnickými obory. (Ondrušová, 2011, s. 14 – 15; Holmerová et al., 2014, s. 18)

1.9 Demografie

Slovo demografie vzniklo spojením dvou řeckých slov démos -lid a grafein – popis. V současnosti se jedná o bio-sociální obor zabývající se strukturou lidské populace, včetně vývoje reprodukce . Lidská reprodukce je v demografii chápána jako obnova populace. V gerontologii se demografie objevuje velmi často, neboť jsou její poznatky pro gerontologii stěžejní. Mezi nejzákladnější pojmy demografie patří porodnost (natalita), úmrtnost (mortalita) a střední délka života neboli naděje dožití. Další zkoumané procesy jsou sňatečnost, potratovost, rozvodovost a migrace. (Čeledová 2016, s. 28 – 29; Kalvach 2004, s. 50 – 51; Ondrušová 2011, s. 18 – 19)

1.9.1 Demografické stárnutí

Český statistický úřad udává zvýšení středního věku od roku 1990 a to jak u žen tak u mužů. U žen i mužů se naděje dožití pozastavila celkem třikrát. U žen v roce 2002 – 2003 zastavila na 78,5 letech. Kolem roku 2014 klesla na 81,4 let. Po krátkém nárůstu se v roce 2017 zastavila na hranici 81,8 let. U mužského pohlaví je zřetelný nižší věk. V roce 2003 po prvním zastavení naděje dožití byla hodnota 72,0 let. Do roku 2014 stejně jako u žen střední věk stoupal, v tomto roce se zastavil na příčce 75,8 let. Poté opět věk stoupal na 76,2let v roce 2017 se zastavil na hodnotě 76,0 let. (Český statistický úřad, 2018)

1.9.2 Hrozby dlouhodobé společnosti

Jako pozitivní vývoj se bere pokles úmrtnosti s nadějí prodloužení dožití, jedná se o civilizační úspěch, který umožňuje naplnění celého rozsahu lidského života, jeho přirozené délky a dokončení osobnostního vývoje snížením předčasné úmrtnosti. Společenská reakce na demografickou změnu týkající se neujasnění pojmu dlouhého života a především dlouhého stáří, vyvíjení tlaku na penzijní systémy, výdaje ze státního rozpočtu, zdravotnické a sociální systémy, nedostatek pracovních příležitostí. Toto ohrožuje mezigenerační solidaritu, vedou k demografické panice, objevují se projevy gerontofobie (strach ze stáří a starců), ageismu (věková diskriminace), obavy z přemnožení starých lidí, v postproduktivním věku. (Čeledová et al 2016, s. 45 – 46).

OSN v roce 1991 na prvním světovém shromáždění o stárnutí, utvořilo 5 základních principů pro přístup k seniorům.

1. Zabezpečení – jedná se o zabezpečení základních životních potřeb, potravy, vody, přístřeší, hygienické péče, zajištění základní zdravotní péče, kde se jedná alespoň o tišení bolesti.
2. Autonomie – samostatnost, ponechat moc rozhodovat o své osobě, podporovat samostatnost v přirozeném životním prostředí.
3. Důstojnost – zachovat sebeúctu a respekt, neponižovat.
4. Participace – začlenění seniorů do sociálního života, být součástí na společenském žití, respekt v mezigeneračních vztazích.
5. Seberealizace – mít smysl pro svou existenci, sebenaplnění a mít možnost pro osobní růst (Kalvach et al. 2011, s. 82)

2 SOBĚSTAČNOST

„Soběstačnost je chápána jako schopnost uspokojovat běžné potřeby samostatně v daném prostředí.“ (Kalvach et al., 2006, s. 22)

2.1 Soběstačnost

Jedná se o poměr mezi náročností prostředí a schopností seniora. K zachování nebo znovunavrácení soběstačnosti vede cesta nejen léčením, rehabilitací, ale také ovlivněním prostředí seniora, a to je mnohdy účinnější. Proto by měl ošetřující personál věnovat pozornost hlavně bezpečnosti a náročnosti pacienta z hlediska prostředí, a to v péči jak domácí, tak i ústavní. Zde je velmi vhodné uplatnění ergoterapeutů (Kalvach et al., 2006 s. 22-23).

Soběstačnost ovlivňuje mnoho faktorů, mezi které můžeme zařadit stárnutí populace, chronická onemocnění nebo špatně vyléčené nemoci. Další výrazně ovlivňující faktory patří tzv. Geriatrické syndromy, které taktéž snižují soběstačnost (Kalvach et al., 2004, s. 196–197).

2.2 Aktivity denního života

Soběstačností člověka se zabývalo a zabývá mnoho autorů, stejně tak i jejich hodnocením. Vybrala jsem v této části nejvyužívanější testy v současné době.

2.2.1 ADL

ADL (ang. Activities of daily living) neboli aktivity denního života, hodnotí to, do jaké míry se člověk dokáže postarat sám o sebe v běžných denních činnostech (Kalvach et al., 2011, s. 98).

2.2.1.1 Index nezávislosti v každodenních aktivitách

V roce 1964 vytvořil S. Katz Index nezávislosti v každodenních aktivitách (Index of Independence in Activities of Daily Living), zkrácený název Katz ADL, tedy škálu k hodnocení základní sebeobsluhy. Obsahuje 6 základních okruhů, které jsou na různých pracovištích různě kombinovány, nicméně myšlenka zůstává stejná. Originální stupnice hodnocení aktivit zahrnuje – koupání, oblékání, používání toalety, přemísťování, kontinenci a jezení (Kalvach et al., 2011, s. 99–100).

Škála Katz ADL se však nezabývá tím, co pacient dokáže v blízké budoucnosti, avšak jak tyto aktivity zvládne sám.

Barthelové index

Test ADL (viz příloha A, s. 67) který je nejvíce používaným hodnotícím prostředkem pro soběstačnost. Zde se nachází 10 okruhů k hodnocení – napití a najedení, oblékání, hygiena, koupání, kontinence moče, kontinence stolice, použití Wc, chůze po schodech, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině. (Hudáková et al., 2013, s. 86; Kalvach et al., 2011, 98–99)

Funkční míra nezávislosti

FIM (Functional Independence Measure) škála hojně využívána v Evropě. Vychází z indexu Barthelové a slouží ke stanovení míry dopomoci, kterou potřebuje pacient k své maximální soběstačnosti. Tato škála má 7 úrovní a 18 složek sebeobsluhy. (Kalvach et al., 2011 s. 100)

2.2.2 IADL

IADL (ang. Instrumental activities of daily living) (viz příloha B, s. 68) instrumentální aktivity denního života. Zabývá se složitějšími úkony v běžných situacích, jako je například nakupování, telefonování.

Lawronova IADL škála (ang. Philadelphia Geriatric Center IADL Scale) – hodnocení 8 okruhů. Z každého okruhu se zakroužkuje jedna odpověď, která je očíslována čísly. Čím vyšší počet bodů, tím je pacient soběstačnější. [Kalvach et al., 2004, s. 197–198]

2.3 Kvalita života

Kvalita života je předmět zájmu medicínských, psychologických, sociologických, politických, technických, ekonomických a dalších vědních disciplín. V minulosti byla však zaměřena pozornost na eliminování a zmírňování strastí nemocných a chudých, později se začala zkoumat spokojenost lidí s prací a životem. V dnešní době je hlavním zájmem měření a analýza pohody, kvality života a štěstí. Pojem kvalita života je širokým a nejednoznačným pojmem a může být definována z různých úhlů pohledu. Zjednodušeně lze říci, že rámec kvality života má dva rozměry, subjektivní a objektivní. Subjektivní kvality života se týká psychická pohoda a všeobecná spokojenost se životem. Objektivní kvality života se týká naplnění požadavků, týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, a fyzického zdraví. Také je možné kvalitu života vnímat z obecného hlediska dle zkoumání medicínského,

psychologického a sociologického. Medicínské hledisko je zaměřené především na zdravím podmíněnou kvalitu života. Ze začátku byla v medicíně chápána kvalita života jako objektivní kritérium, které se může hodnotit zvenčí jako míra nezávislosti a schopnost normálního fungování v životě. Poté se však důraz přesunul na subjektivní stránku a kvalita začala být používána ke zhodnocení zdravotních a sociálních intervencí u dlouhodobých onemocnění a dalších nepříznivých životních okolností. Psychologické hledisko pohlíží na kvalitu života ve spojení s osobní pohodou, štěstím a spokojeností. Psychologické hledisko považuje za kromě ekonomických, sociálních, kulturních a ekologických podmínek života za důležité také fyzické a duševní zdraví, ale také zohledňuje hodnoty jako je užitečnost člověka pro společnost, morální vývoj, subjektivní pohodu, štěstí a smysluplnost. Sociologické hledisko zdůrazňuje sociální pojmy jako sociální úspěšnost v podobě vzdělání, majetku, vybavení domácnosti a rodinný stav. (Ondrušová, 2011, s. 45 – 50); Hudáková et al., 2013, s. 36-38)

2.4 Bezpečný domov

Protože většina seniorů chce zůstat co nejdéle ve svém domácnosti, je důležité při hodnocení soběstačnosti zaměřit právě i na domácí prostředí seniora. Hodnocení domácího prostředí provádí domácí péče či například praktický lékař. Zkoumají možná rizika zavinění pádu, bariéry ale i kompenzační pomůcky a jejich správné využití. Jelikož mají senioři většinou omezené pohybové funkce, zhoršený zrak a sluch, pomalejší reakce zkoumá se zejména schodiště, prahy, koupelny, osvětlení a jiné. V bezpečném domově jsou důležité zmiňované kompenzační pomůcky, které slouží k zvýšené soběstačnosti a ulehčení některých úkonů. Ty může předepsat lékař s příslušnou odborností a schválí je revizní lékař. Spousta seniorů však o možnostech kompenzačních pomůcek není informována. Kompenzační pomůcky lze vypůjčit např. u charity, v hospicích nebo domácí péči. (Kalvach et al., 2011, s 110; Klevetová 2017, s. 162 – 164)

Některé možnosti kompenzačních pomůcek :

Pomůcky pro usnadnění pohybu – např. francouzské berle, hůl, dvoukolová a čtyřkolová chodítka, čtyřkolová chodítka s možností sednutí si

Pomůcky pro vybavení koupelen a WC – např. protiskluzové podložky, madla, pojízdná toaletní židle, nástavec na WC, vanové sedačky a jiné.

Další kompenzační pomůcky často užívané seniory – naslouchátka, brýle, antidekubitní pomůcky, polohovací lůžka a další

3 SLUŽBY PRO SENIORY

Služby poskytované nejen seniorům, ale například i jejich rodinám. Pomáhají ke zlepšení kvality života, vedou k soběstačnosti či k lepšímu zařazení seniora do společnosti (MPSV,©)

3.1 Sociální služby

Poskytují individuální péči klientům. Základní činností sociálních služeb je poskytování péče o vlastní osobu a pomáhání v běžných denních činnostech. (MPSV,©)

3.1.1 Druhy sociálních služeb

V této části se zabývám sociálními službami nejčastěji využívanými seniory, kteří bydlí v domácím prostředí.

Domácí péče

Je převážně ošetrovatelská a rehabilitační péče, poskytována všeobecnými sestrami v domácím prostředí klienta. Domácí péči zajišťuje praktický lékař nebo ošetřující lékař který pacienta propouští z nemocnice do domácí péče a je nutná další ošetrovatelská péče o klienta ale už není nutná hospitalizace. Každý klient se posuzuje zcela individuálně dle jeho potřeb a uplatňuje se holistický přístup. Mezi výhody této služby patří zejména domácí prostředí a blízkost známých osob. Také se předchází nežádoucím událostem souvisejícím s hospitalizací – hospitalismus či nozokomiální nákazy. (Kalvach et al., 2011, s. 183–184)

Rozsah domácí péče určuje ošetřující nebo praktický lékař. Cílem domácí péče je vést klienty k soběstačnosti, udržení nebo zlepšení celkového stavu, či zmírnování utrpení například v terminálních stádiích života. (Péče.cz ,© 2017)

Formy domácí péče:

- Domácí hospitalizace – využívá se především poúrazových stavech či operacích kdy není nutný nepřetržitý odborný dohled lékaře.
- Dlouhodobá domácí péče – je poskytována pacientům s chronicky nemocným kteří mohou být ve svém domácím prostředí ale potřebují dohled odborného personálu.
- Preventivní domácí péče – používá se při nutnosti pravidelného sledování klienta (např. fyziologické funkce)

- Paliativní péče – umožňuje se u lidí v preterminálním a terminálním stadiu života, kdy se pracovníci snaží o zkvalitnění poslední části života a jeho klidný a důstojný odchod (Kalvach et al., 2011, s. 185; Jak pečovat o své rodiče ©, 2019)

Osobní asistence

Pomoc pracovníka v domácím prostředí seniora, který potřebuje asistenci druhé osoby. Například při osobní hygieně, vedení domácnosti a jiné. Tato služba se poskytuje za peněžní úhradu. [MPSV] Osobní asistent pomáhá klientovi v kterýkoli čas klient potřebuje, například i na dovolené. Klient si tedy na rozdíl od domácí péče sám zvolí jakou míru péče potřebuje. Osobní asistence umožňuje žít člověku ve svém domácím prostředí a napomáhá se tak přiblížit co nejvíce k plnohodnotnému životu (Kalvach et al., 2011, s. 197–198).

Tísňová péče

Terénní distanční služba pro seniory. Založená na principu hlasové a elektronické komunikace klienta se zdravotním pracovníkem na dálku. Klienti tísňové péče mají tzv. tlačítko, které je nejčastěji zabudované ve speciálním náramku, díky němuž si mohou zavolat na dispečink a ihned si zavolat pomoc. Další způsob může být například elektronické zařízení rozmístěné po bytě, které při rozeznání že nedošlo delší dobu k pohybu, informuje dispečink. [Alzheimer] Protože tísňová péče poskytuje nepřetržitou pomoc, pomáhá z velké části i jako psychická podpora nejen pro seniory, zdravotně handicapované ale i rodinám klientů. (Kalvach et al., 2011, s. 191–192; MPSV ©, 2017)

Pečovatelská služba

Terénní nebo ambulantní služba která je poskytována osobám se sníženou schopností soběstačnosti. Zdravotník pomáhá klientovi například s hygienou, nákupem, denními aktivitami či pouze dohlíží na klienta. (MPSV ©, 2017)

Stacionáře se dělí dle délky trvání

- denní – poskytují ambulantní služby
- týdenní – pobytové služby

Pomoc pro klienty, kteří bydlí s rodinou ale nemůžou zůstat sami doma v době kdy je rodina například v práci. Služba zajišťuje pomoc při zvládnání primárních potřeb – hygiena,

stravu, vzdělávání ale i rehabilitaci. Fungují každý den v určitou dobu, některé stacionáře mají i vlastní odvoz klientů do stacionáře a zpět domů. (MPSV ©, 2017; Jak pečovat o své rodiče ©, 2019)

Odlehčovací pobytové služby

Jde o pobytovou, terénní či ambulantní službu pro seniory, které je omezená časem, většinou zde může klient strávit maximálně 3 měsíce. Pomáhá ulevit rodině která pečuje o své blízké kteří již nejsou natolik soběstační aby zvládli sami sebezpečí. Dá se říci že je tato služba poskytována spíše pro osobu která pečuje o nemocného a dopřát jí čas který potřebuje sama pro sebe, psychický a hlavně psychický odpočinek. (MPSV ©, 2017;DUHA o.p.s, ©, 2016)

Průvodcovské a předčitatelské služby

Služba poskytována osobám které mají zrakový handicap či sníženou schopnost zraku ať již kvůli onemocnění či vyššímu věku. Pomáhá například při čtení různých tiskopisů, výběru potravin či doprovází klienta na nákup, kulturní akce, úřady a jiné. (MPSV ©, 2017; Tyflocentrum ©, 2010)

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Ambulantní či terénní služba která zprostředkovává seniorům nebo handicapovaným osobám kontakt s okolním společenským životem, sociálně terapeutické činnosti či pomoc s právy a zájmy klienta. (MPSV ©, 2017; Zákony pro lidi ©, 2019)

3.2 Aktivní stárnutí

Vidovičová (2014, s. 153–154) uvádí definici aktivního stárnutí dle WHO jako „Proces co nejlepšího využití příležitosti pro zdraví, participaci a bezpečnost ke zlepšení kvality života lidí v průběhu stárnutí.“ Dále však popisuje, že z určitého pohledu se tento koncept snaží šířit pouze „veselé“ stárnutí, i proto byl tento kritizován. Nemůže zahrnovat všechny podoby stárnutí. (Vidovičová 2014, s. 153–154)

V rámci celosvětového problému se zvyšováním stárnutí populace vznikl pojem aktivní stárnutí. Tento pojem a jeho definice procházeli dlouhodobým vývojem. Prvním konceptem byla tzv. komprese morbidit. Ta se zaměřovala na zdravé stárnutí a oddálení onemocnění. Bohužel však toto pojetí nebylo natolik širokospektré a nešlo jej využít ve všech oblastech. Konečným a nejdůležitějším pojmem je tedy aktivní stárnutí. Cílem je zabezpečení co nejvyšší kvality života i v pokročilém věku, začlenění seniorů do společnosti a pomáhat jim s jejich aktivním a pozitivním životem. (FRAM, © 2019; Prostě život, ©2016; Vidovičová 2014, s. 153-154)

FRAM – evropský projekt který, se zaměřuje na aktivní a zdravé stárnutí, zabývá se jeho kvalitou, udržitelností a dostupností zdravotní, sociální a dlouhodobé péče. V roce 2013 při srovnávání politik aktivního stárnutí v Evropské unii byla Česká republika umístěna na vyšších příčkách, zejména díky pomoci blízkým. Jako velmi negativní se však hodnotí nízká pohybová aktivita seniorů, špatný zdravotní stav, zvýšené užívání alkoholu, cigaret a především nízká účast na preventivních prohlídkách. (Zdravotnické noviny 2013, s. 21; FRAM, ©2019)

Pohybové aktivity

Pohyb je v rámci života velmi důležitý, napomáhá nám nejen v naší soběstačnosti, ale například i začlenění do kolektivu. Je velmi důležitý pro správný vývoj jedince i jako prevence vzniku onemocnění. Ve vyšším věku pohyb ovlivňují samozřejmě nemoci ale i okolí seniora. Důležitá je proto podpora, rehabilitace a cvičení ze strany okolí. Senior by se měl snažit co nejvíce zvládat péči a svou sám, napomáhá to jak jeho lepšímu fyzickému i psychickému stavu. (Holczerová a Dvořáčková 2013, s. 44)

Druhy pohybových aktivit

Pohybové aktivity mají význam jak společenský, tak i rehabilitační. Například:

- **Léčebná tělesná výchova** – probíhá většinou v rehabilitačním, zdravotnickým či rekondičním zařízení buď ve skupinkách nebo jednotlivě
- **Habituační pohybová aktivita** – patří sem jakákoli pohybová aktivita běžného života která podporuje udržení tělesné výkonnosti
- **Rekreační sporty** – jakýkoli běžný sport který byl provozován např. jízda na kole, turistika atd. (Kalvach a spol. 2011, s. 283; Holczerová a Dvořáčková 2013, s. 45)

Pracovní aktivita

Mnoho seniorů i v důchodu stále využívají možnosti být zaměstnáni. Jak popisuje Vidovičová (2014, s. 155 – 156) , mnohé výzkumy ukazují že skoro polovina osob ještě před nástupem do důchodu vyhledává možnosti být i po odchodu do důchodu stále zaměstnáni. I díky tomu tvoří 5% pracujících. Často zůstávají zaměstnáni např. jako lékaři či akademičtí pracovníci (Vidovičová 2014, s. 155 – 156).

Kultura

Kultura patří jednoznačně do modelu aktivního stárnutí. Je důležitá v rámci začleňování seniora do kolektivu a tím i předcházení ageismu. Jedná se například o divadla, literaturu, vernisáže, učení se tanci, výtvarnému cítění a jiné. Senioři se v oblasti kultury mohou dělit do několika skupin jak působit v oblasti kultury. Vidovičová (2014, s. 170) uvádí tři skupiny:

Senior jako tvůrce

- Umělec
- Dobrovolník

Senior jako konzument

- Aktivní – návštěvník různých kulturních akcí
- Pasivní – např. v domácím prostředí jako divák či posluchač

Senior jako model – stáří vnímáno jako předloha (Vidovičová 2014, s. 170 – 171)

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

4 PRŮZUMNÉ OTÁZKY

1. Je rozdíl v soběstačnosti seniorů mezi muži a ženami?
2. Má vliv soběstačnost a místo bydliště seniorů na sportovní činnosti a zážitkové akce?
3. V jakém rozsahu využívají senioři v případě potřeby pomoc svého okolí a sociálních služeb?
4. Hodnotí senioři kvalitu života s ohledem na svoji soběstačnost a věk?

5 METODIKA PRŮZKUMU

Cílem průzkumu bylo zjistit, jak velká je soběstačnost seniorů, kteří žijí v domácím prostředí. V průzkumu se zabývám soběstačností, dále pak domácím prostředím a využitím sociálních služeb. Pro sběr dat byl využit kvantitativní výzkum s mnou vytvořeným nestandardizovaným dotazníkem (viz příloha C, s. 37)

5.1 Tvorba dotazníku

Dotazníkové šetření jsem zvolila z důvodu získávání potřebných informací ke splnění výzkumných otázek, a tedy i dílčích cílů a hlavního cíle práce. Chrástka (2007, s. 163) uvádí, že „dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně“. Další výhodou dotazníku je finanční a časová nenáročnost a snadné vyhodnocení získaných dat. Do dotazníkového šetření jsem zařadila většinu otázek vlastní tvorby, ale u otázek č.11 a č. 12 jsem se nechala inspirovat škálou Barthel testu (viz příloha 1, s. 56).

Vstupní část dotazníku obsahuje hlavičku, tedy jméno autora bakalářské práce, vysvětlení cíle dotazníku, stručné pokyny, jak dotazník vyplnit a poděkování za čas, který respondenti vyplňování dotazníku věnují. Dále následuje 18 otázek, přičemž na prvních 10 otázkách odpovídají všichni respondenti. Na zbylých 8 otázkách pouze ti respondenti, kteří mají problémy se soběstačností. V dotazníku se objevují otázky uzavřené - výběrové, u kterých respondenti volí jednu z vypsaných alternativ (1., 2., 3., 4., 6., 8., 9., 10., 13., 14., 15., 16., 18.), uzavřené – výčtové (11., 12., 17.,), kde lze vybrat hned několik alternativ. U některých již jmenovaných otázek je i jedna z alternativ nazvaná „jiné - prosím o doplnění: ...“, kde respondent může odpovědět vlastními slovy. Vlastními slovy respondenti odpovídají i na otázky otevřené (5., 7.) (Chrástka, 2007, s. 165 – 167). Při tvorbě otázek jsem se snažila o jejich smysluplnost, jednoduchost a jasnost, jak doporučuje Gavora (2017, s. 46 – 47).

5.2 Charakteristika průzkumného vzorku

K průzkumu byli zvoleni senioři z mého okolí s věkovou hranicí nad 60 let věku. Podmínkou pro průzkumné šetření bylo, aby senioři bydleli ve svém domácím prostředí na vesnici, v městysi nebo ve městě.

Celkem bylo osloveno 60 respondentů kteří souhlasili s vyplněním dotazníku – 30 žen a 30 mužů. 10 respondentů z celkového počtu respondentů (5 mužů a 5 žen) jsem požádala o

vyplnění pilotního vzorku (viz níže). Z 50 zbylých dotazníků se mi navrátilo zpět 46 z čehož byly 4 dotazníky nesprávně vyplněny. Průzkumu se tedy zúčastnilo 22 žen a 20 mužů.

5.3 Pilotní šetření

Na začátku května bylo provedeno pilotní šetření, kdy bylo osloveno 10 respondentů pro správné pochopení otázek. Otázka číslo 12 která se zabývá jaké kompenzační pomůcky senioři využívají byla doplněna o odpovědi f) brýle a g) naslouchátko a otázka číslo 16 která zjišťuje o jakou pomoc v případě potřeby senioři žádají, byla doplněna o odpověď e) rodinu a sociální služby, z tohoto důvodu nebylo pilotní šetření zařazeno do průzkumného šetření.

5.4 Export a sběr dotazníku

Sběr dat probíhal v průběhu od poloviny května do poloviny června a bylo osloveno 50 respondentů. V případě potřeby jsem respondentům nabídla pomoc s vyplněním dotazníku. Ve většině případů však byla nápomocná jejich rodina či sousedé. Pro zachování anonymity jsem k dotazníku přiložila velkou bílou obálku, do které respondent dotazník po vyplnění vložil. O návratu dotazníku jsem se dohodla s respondenty a pro tento účel jsem si vyrobila uzavřený sběrný box – krabičku, v jehož víku byl otvor pro vložení obálky. Třetina respondentů mi vhodila sama obálku do poštovní schránky.

Z celkového počtu 50 rozdaných dotazníků se vrátilo 46. V případě 4 dotazníků došlo k nesprávnému vyplnění – u některých otázek bylo vyplněno více než jedna odpověď anebo byly vynechány a nevyplněny některé otázky, z toho důvodu byly tyto dotazníky z průzkumného šetření vyřazeny. Celkově bylo k vyhodnocení použito 42 řádně vyplněných dotazníků.

5.5 Způsob vyhodnocení dotazníků

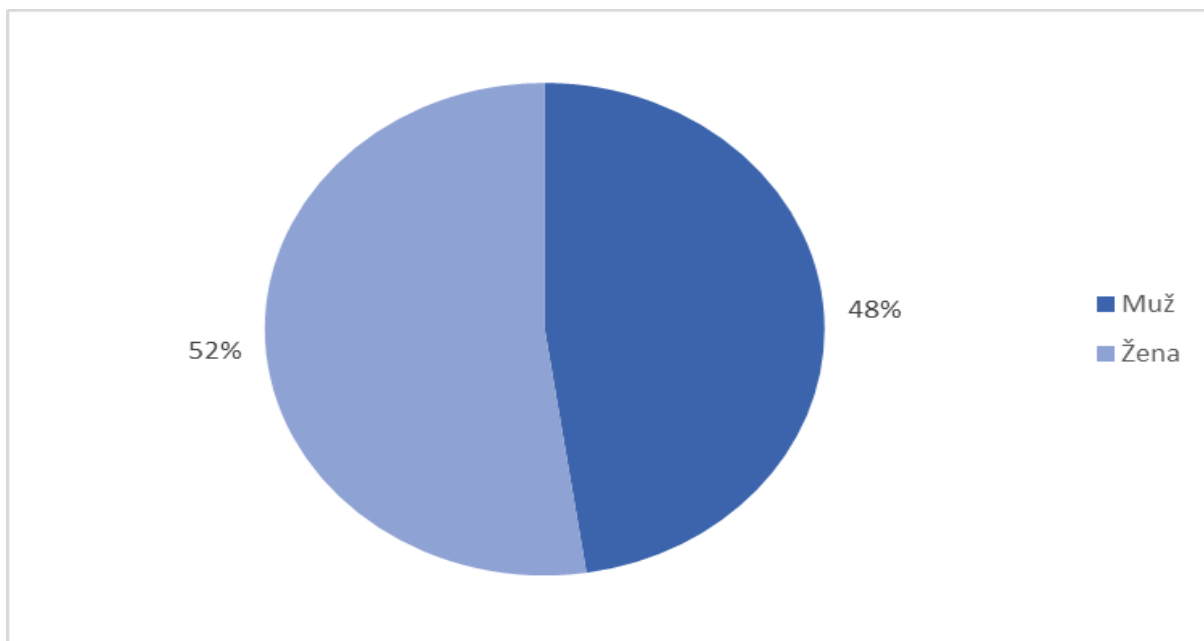
Ke zpracování výsledků průzkumu byl použit program Microsoft Office Excel 2016. Získaná data byla vyhodnocena a vyobrazena pomocí sloupcových a koláčových grafů vlastní tvorby. Od začátku dotazníku do otázky č. 10 pracuji s 42 respondenty, od této otázky která rozděluje respondenty na ty kteří jsou soběstační a na ty kteří mají problémy se soběstačností, pracuji již s 22 vyplněnými dotazníky.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Grafické a slovní zpracování výsledků

6.1 Presentace výsledků vztahující se k dotazníkovým otázkám

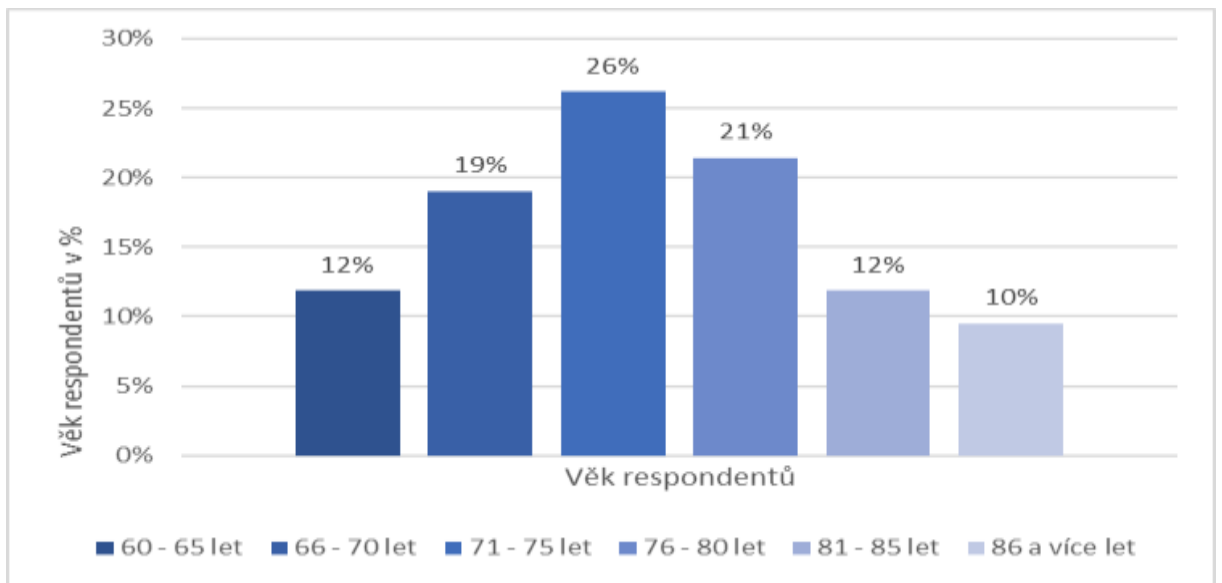
Otázka č. 1 Jakého jste pohlaví?



Obrázek 1: Graf znázorňující pohlaví respondentů

Tato otázka měla za úkol zjistit pohlaví respondentů. Z celkového počtu 42 (100 %) oslovených respondentů, bylo rozložení pohlaví téměř vyrovnané. Žen bylo 22 (52 %) a mužů 20 (48 %).

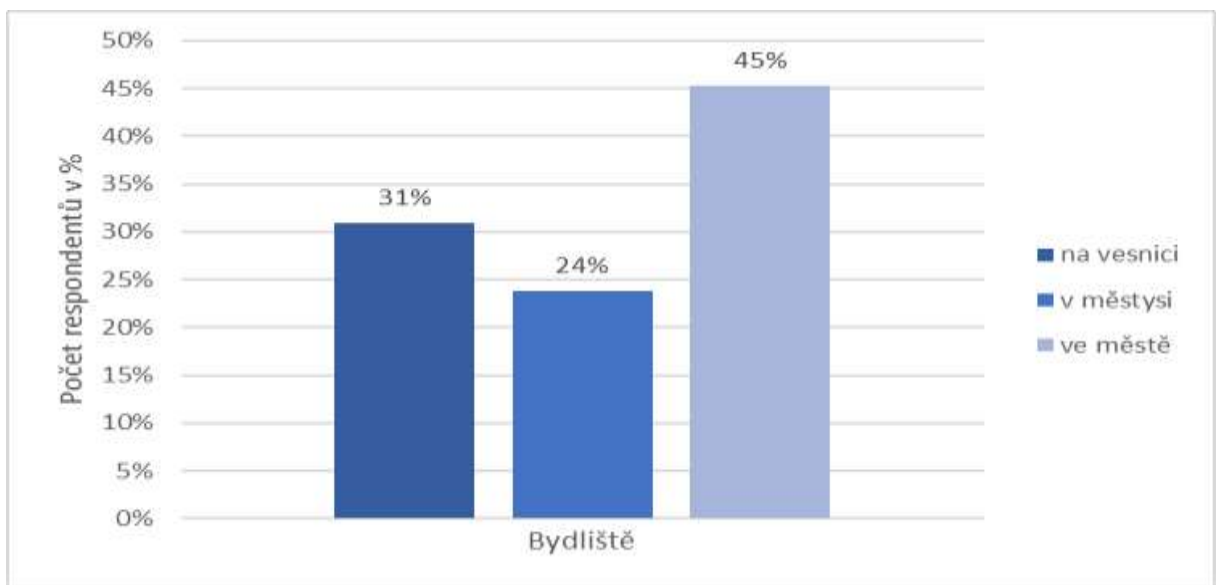
Otázka č. 2 – Kolik je Vám let?



Obrázek 2: Graf zobrazující věk respondentů

Otázka sloužící ke zjištění věku odpovědělo 42 respondentů. V dotazníkovém šetření byla nejvíce zastoupená věková kategorie 71–75 let, do které se řadí 11 (26 %) respondentů. Druhá nejvíce zastoupená kategorie byla 76-80 let, tedy 9 (21 %) respondentů. Do věkové kategorie 66-70 let se řadí 8 (19 %) respondentů, ve věkových kategoriích 60-65 let a 81-85 let bylo shodně 5 (12 %) respondentů a v poslední věkové kategorii 86 a více let byli označeni 4 (10 %) respondenti

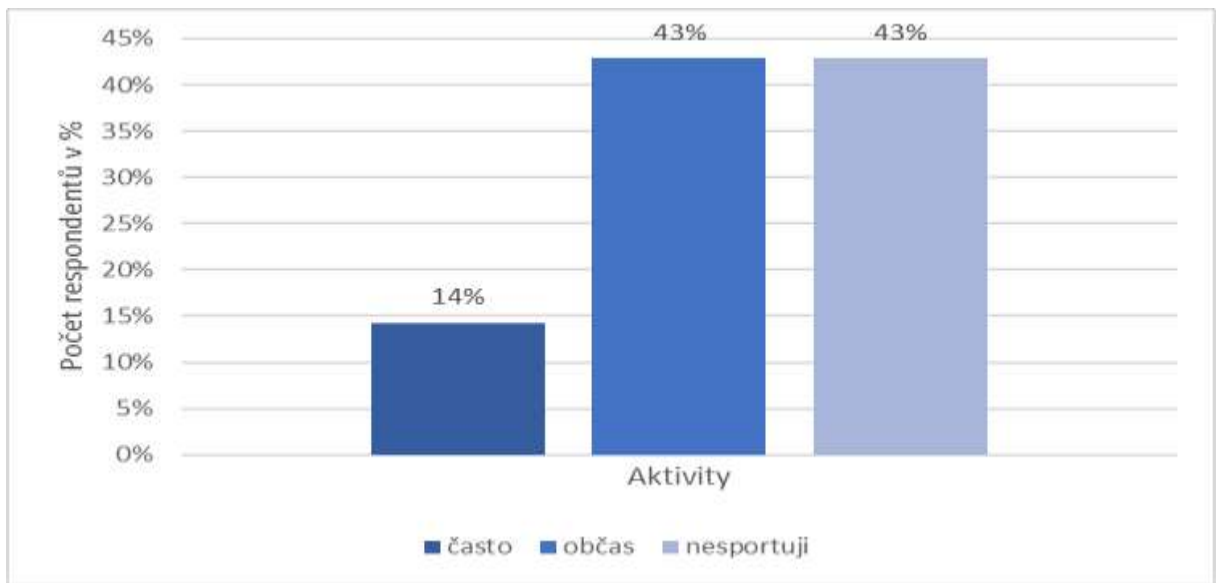
Otázka č. 3 – Kde bydlíte?



Obrázek 3 : Graf ukazující místo bydliště respondentů

Z celkového počtu 42 (100 %) respondentů bydlí nejvíce respondentů 19 (45 %) ve městě, 13(31 %) bydlí na vesnici a zbylých 10 (24 %) v městysi.

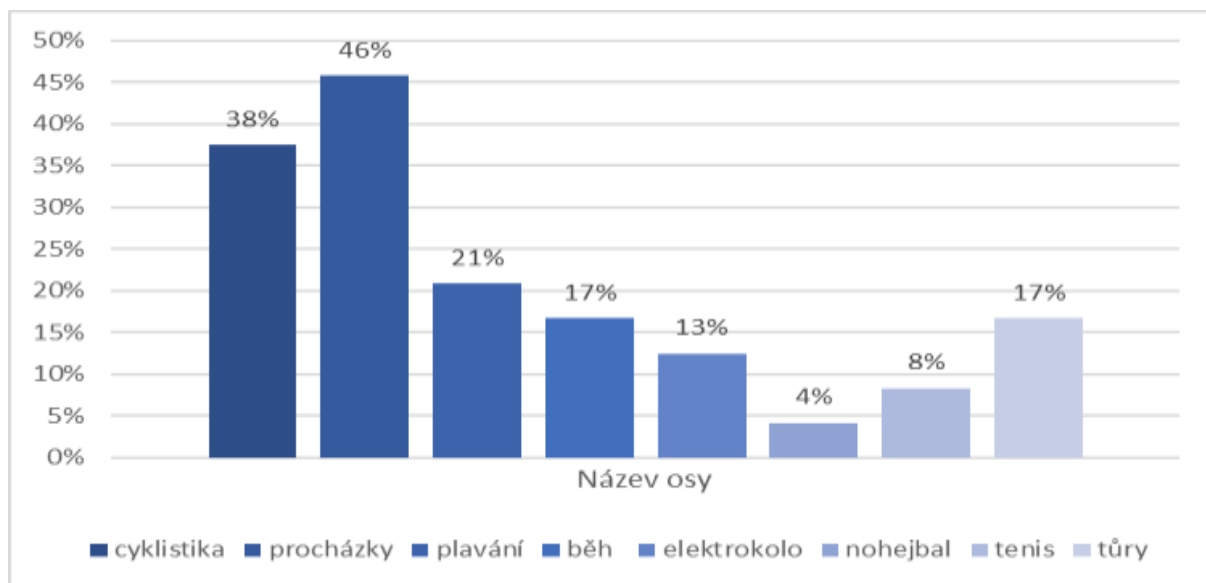
Otázka č. 4 – Provozujete nějakou sportovní aktivitu?



Obrázek 4 : Graf znázorňující sportovní aktivitu respondentů

Ze 100 % odpovědí odpovědělo shodně 18 respondentů (43 %), že sportují občas a 18 respondentů (43 %) nesportuje vůbec. Pouhých 6 (14 %) odpovědí udává, že respondenti sportovní aktivity provozují často.

Otázka č. 5 – Jakou sportovní aktivitu provozujete (procházky, plavání, jízda na kole)?

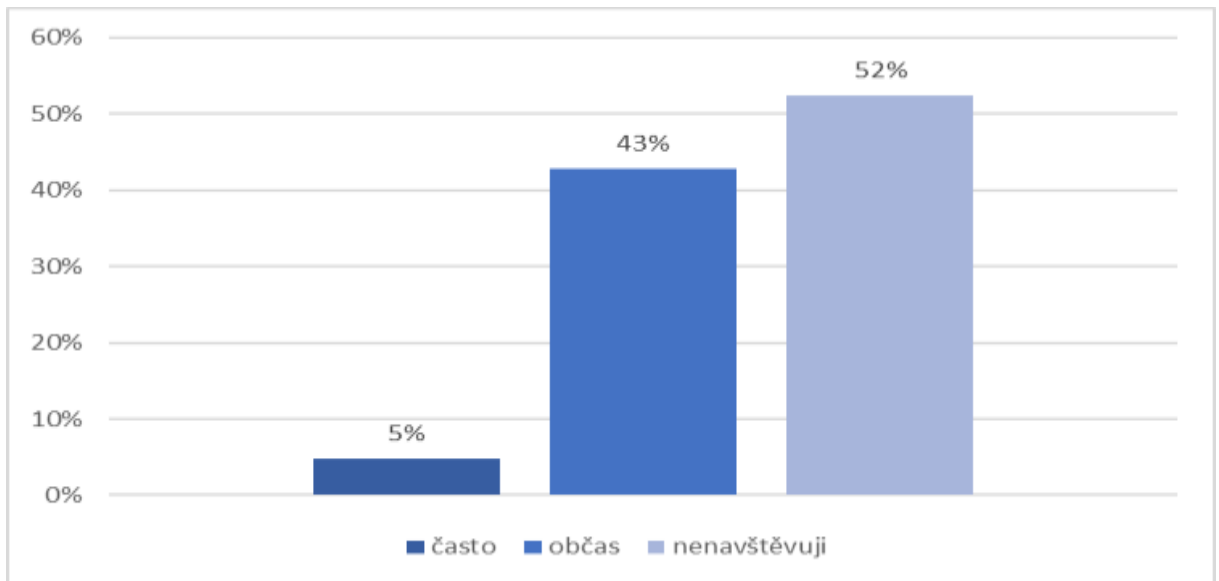


Obrázek 5 : Graf rozlišující, jaké sportovní aktivity respondenti provozují

Na tuto otázku odpovídalo 24 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli a) často nebo b) občas. Respondenti měli možnost napsat i více sportovních aktivit.

Nejvíce zastoupené sportovní aktivity jsou procházky a to u 11 respondentů (46 %), dále pak cyklistika u 9 (38 %) respondentů, plavání provozuje 5 (21 %) respondentů, běh a túry shodně 4 (17 %) respondenti, jízdu na elektrokole využívá 3 (13 %) respondenti, tenis 2 (8 %) a nohejbal 1 (4 %) respondent.

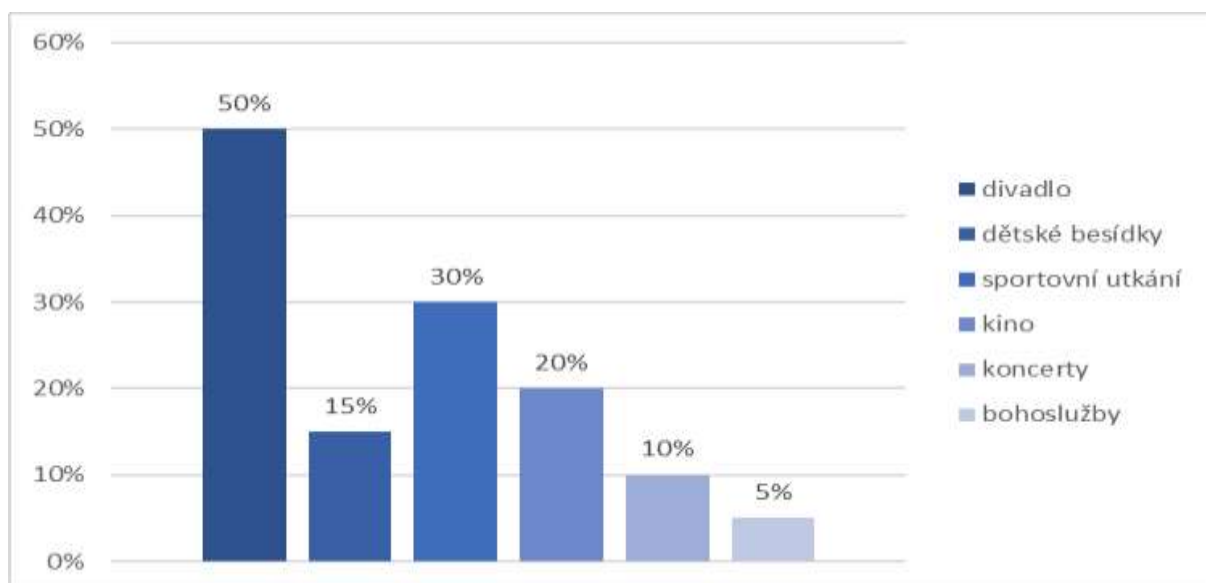
Otázka č. 6 – Navštěvujete kulturní, sportovní nebo jiné zážitkové akce (např. kino, divadlo, sportovní utkání...)?



Obrázek 6 : Graf ukazující, jak často respondenti navštěvuji různé akce

Na tuto otázku odpovídalo všech 42 respondentů. Z toho pouze 2 (5 %) uvedli, že navštěvují kulturní akce často. Odpověď občas zvolilo 18 (43 %) respondentů a 22 (52 %) respondentů odpovědělo že nenavštěvuje žádné kulturní akce.

Otázka č. 7 – Jakou zážitkovou akci navštěvujete?



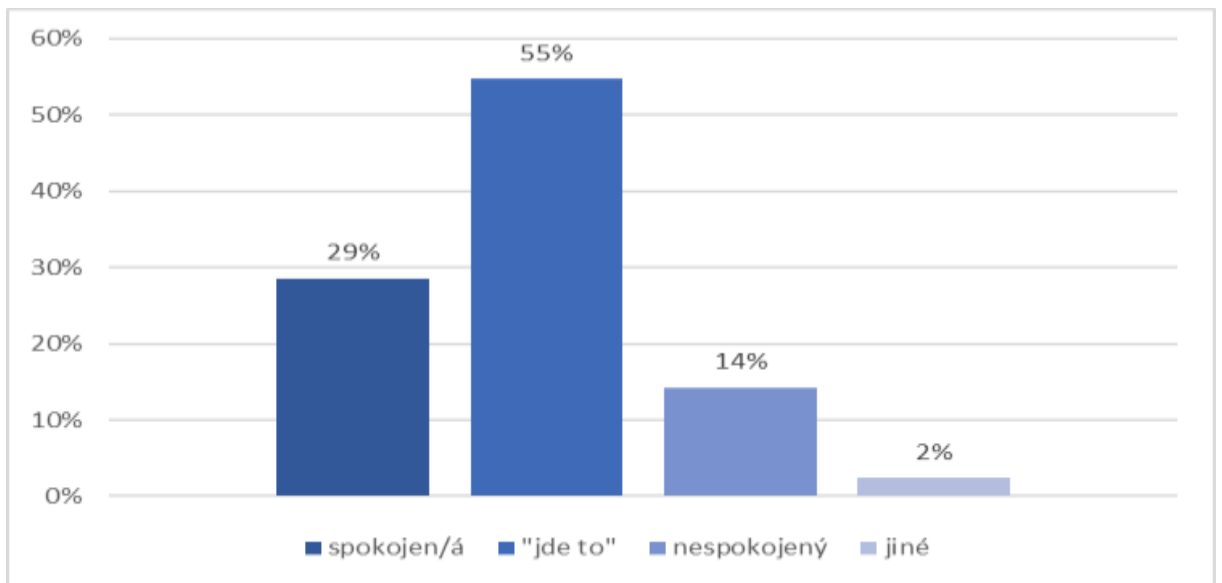
Obrázek 7 : Graf ukazující návštěvnost kulturních a jiných akcí respondenty

Tuto otázku zodpověděli pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 6 zakroužkovali odpověď

a) často nebo b) občas.

Celkový počet respondentů bylo 20 (100 %) a měli možnost uvést i více zážitkových akcí. V odpovědích bylo nejvíce zastoupeno divadlo, a to u 10 (50 %) respondentů, dále sportovní utkání u 6 (30 %) respondentů. Návštěva kina byla u 4 (20 %) respondentů. Dětské besídky navštěvuje 3 (15 %) seniorů. Koncerty navštěvují 2 (10 %) respondentů a 1 (5 %) respondent uvedl odpověď bohoslužby.

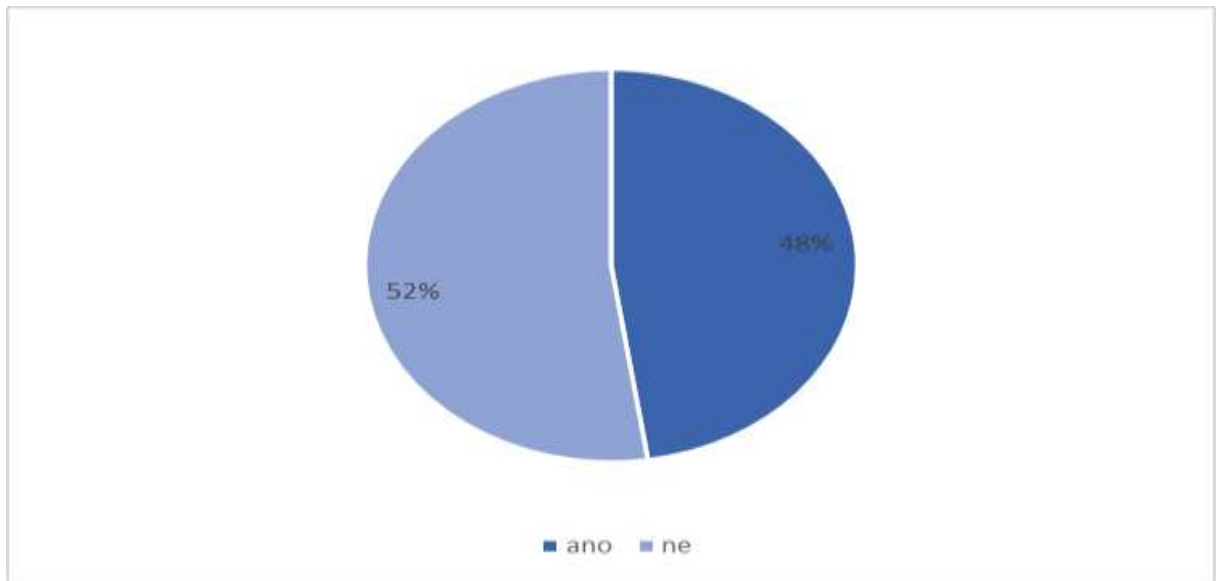
Otázka č. 8 – Jak byste ohodnotil/a kvalitu svého současného života?



Obrázek 8 : Graf hodnotící spokojenost s kvalitou života

Na tuto otázku odpovídalo všech 42 respondentů tedy 100 %, z toho spokojeno bylo 12 (29 %) odpovídajících, odpověď „jde to“ uvedlo 23 (55 %) respondentů. Nespokojenost s kvalitou svého současného života uvedlo 6 (14 %) respondentů. Odpověď jiné uvedl 1 (2 %) odpovídající, doplňující odpověď však neuvedl.

Otázka č. 9 – Ovlivňuje podle Vás nyní věk kvalitu Vašeho života?



Obrázek 9 : Graf hodnotící ovlivňování kvality života z pohledu věku

Ze všech 42 (100 %) respondentů uvedlo, že nyní věk ovlivňuje kvalitu života 20 (48 %) respondentům a nijak neovlivňuje kvalitu života 22 (52 %) respondentů.

V případě kladných odpovědí (tedy, že věk ovlivňuje kvalitu jejich života), měli respondenti možnost uvést důvody. Byly uvedeny následující důvody – zhoršená pohyblivost u 10 respondentů, zdravotní problémy u 6 respondentů, nedoslýchavost u 3 respondentů, zhoršený zrak u 8 respondentů. Velmi překvapivou odpovědí byla u 1 respondenta odpověď „čekám na smrt“.

Otázka č. 10 – Máte problémy se soběstačností?

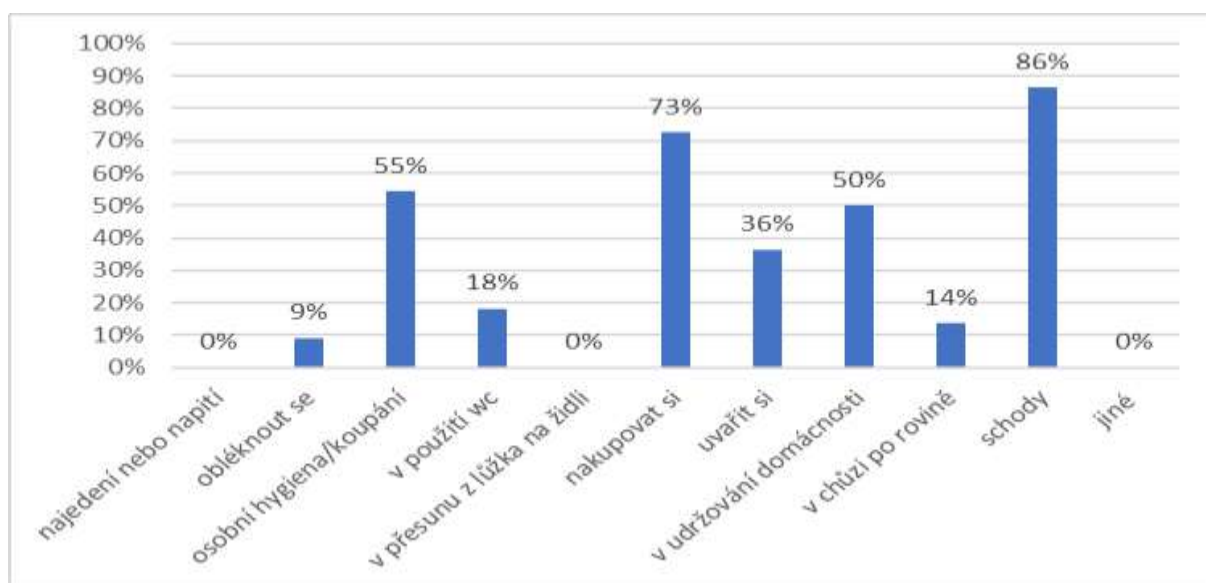


Obrázek 10: Graf hodnotící soběstačnost respondentů

U této otázky odpovídalo všech 42 respondentů. Problémy se soběstačností uvedlo 22 (52%) respondentů, 20 (48%) seniorů problémy se soběstačností nemá.

Ti kteří odpověděli na tuto otázku odpovědí „ne“, ukončili vyplňování průzkumného dotazníku. Na další část odpovídají již pouze ti, kteří uvedli problémy se soběstačností, tedy 20 respondentů.

Otázka č. 11 – Jaké problémy se soběstačností se u Vás objevují?

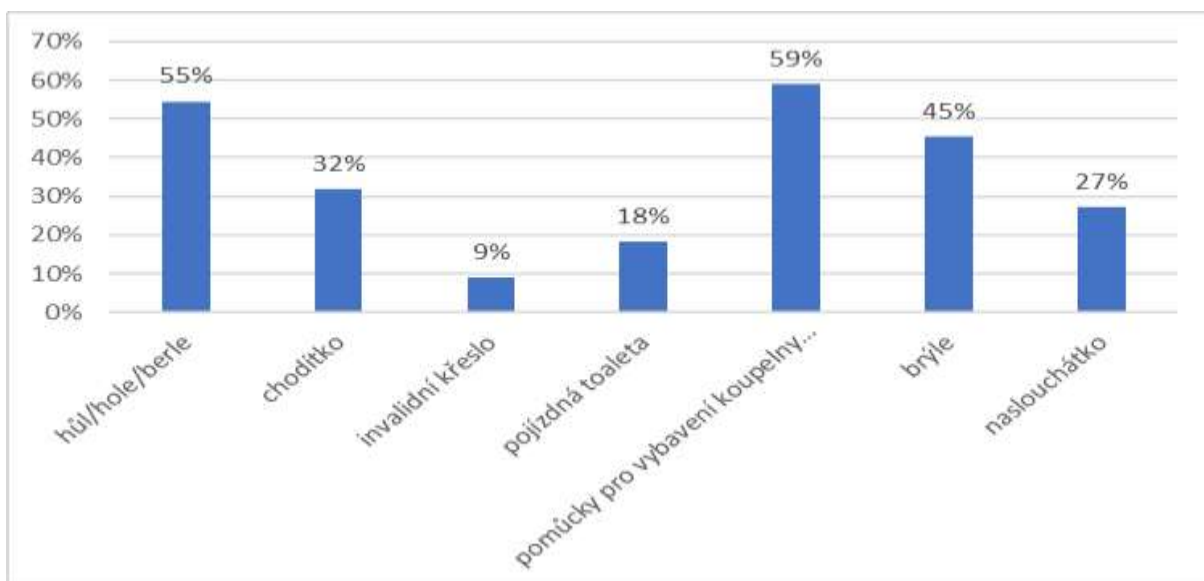


Obrázek 11: Graf udávající jaké problémy mají respondenti se soběstačností

Na tuto otázku, tak jako na zbytek, odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že mají problémy se soběstačností. 22 respondentů (100 %) mělo na výběr z více možností a mohli zakroužkovat i několik z nich nebo uvést i jiné.

Nejvíce se objevují problémy s chůzí po schodech a to u 19 (86 %) respondentů, nakoupit si má problém 16 (73 %) respondentů. Osobní hygiena je překážkou pro 12 (55 %) odpovídajících. Další nesnází je udržování domácnosti, ta se objevuje u 11 (50 %) respondentů. S přípravou jídla má potíž 8 (36 %) respondentů, s použitím WC 4 (18 %), s chůzí po rovině 3 (14 %) a s oblékáním 2 (9 %) respondentů. V oblasti najedení nebo napití, v přesunu z lůžka na židli a odpověď jiné, neuvedl nikdo.

Otázka č. 12 Používáte nějaké kompenzační pomůcky?

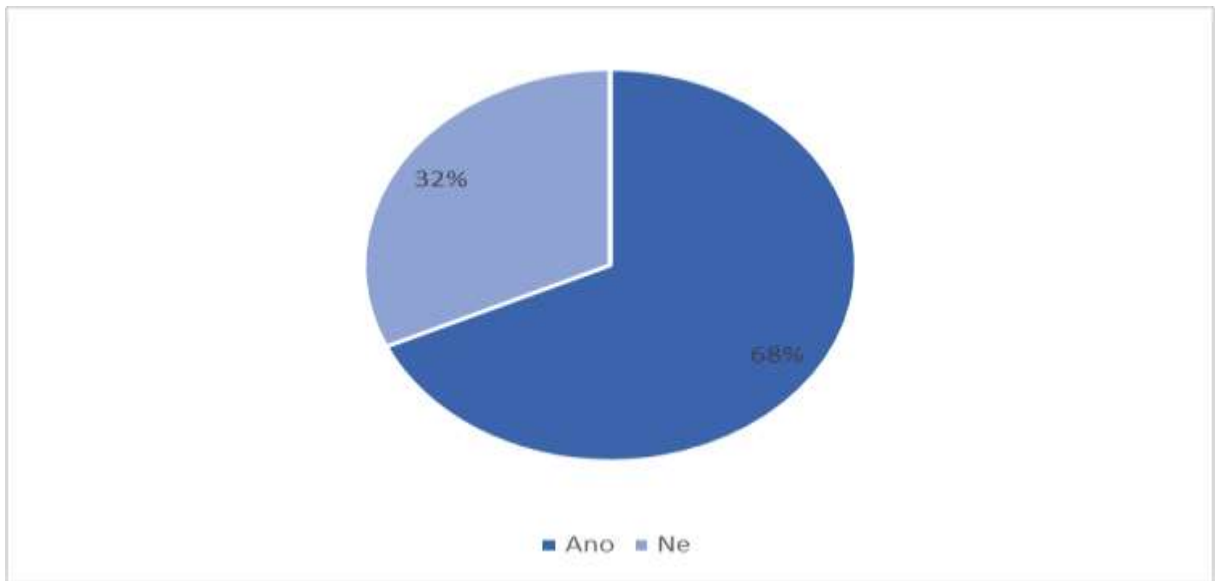


Obrázek 12: Graf ukazují využívání kompenzačních pomůcek

Na tuto otázku měli respondenti možnost výběru z více kompenzačních pomůcek a mohli uvést i několik z nich.

Nejvíce využívané kompenzační pomůcky jsou pro vybavení koupelny a WC a to u 13 (59 %), další nejvíce využívané pomůcky je pak hůl/hole/berle u 12 (55 %) respondentů. Brýle využívá 10 (45 %), chodítko 7 (32 %) respondentů. Naslouchátko je využíváno u 8 (27 %), pojízdnou toaletu využívá 4 (18 %) a invalidní křeslo 2 (9 %) seniorů.

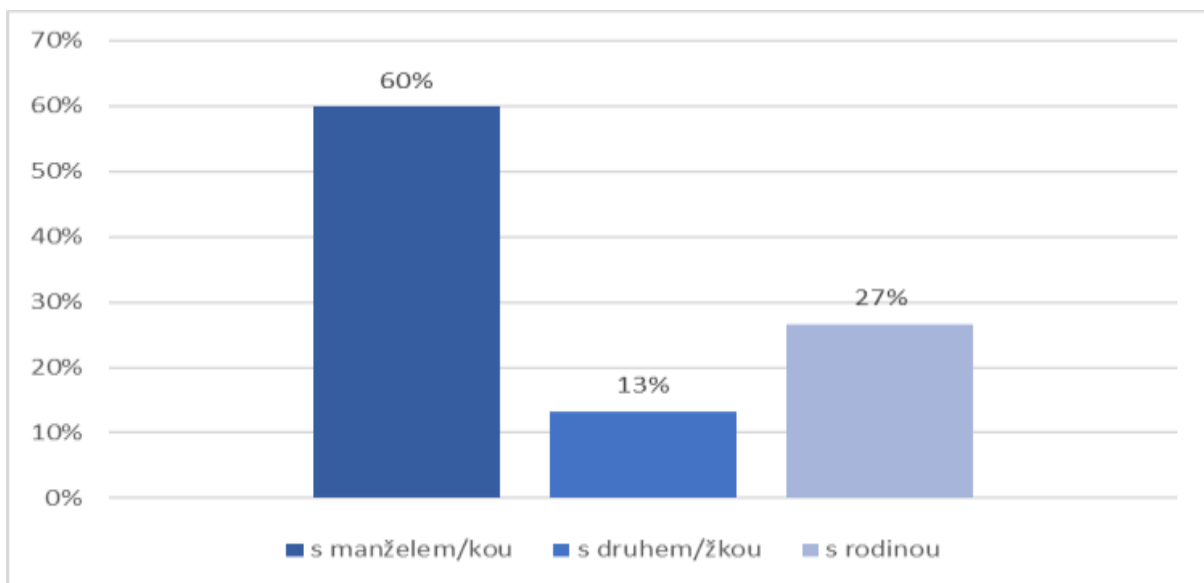
Otázka č. 13 – Sdílíte s někým domácnost?



Obrázek 13: Graf sdílené domácnosti

Z této otázky vyplynulo, že 15 (68 %) respondentů s poruchou soběstačnosti sdílí s někým domácnost a 7 (32 %) respondentů žije samo.

Otázka č. 14 - S kým sdílíte domácnost?

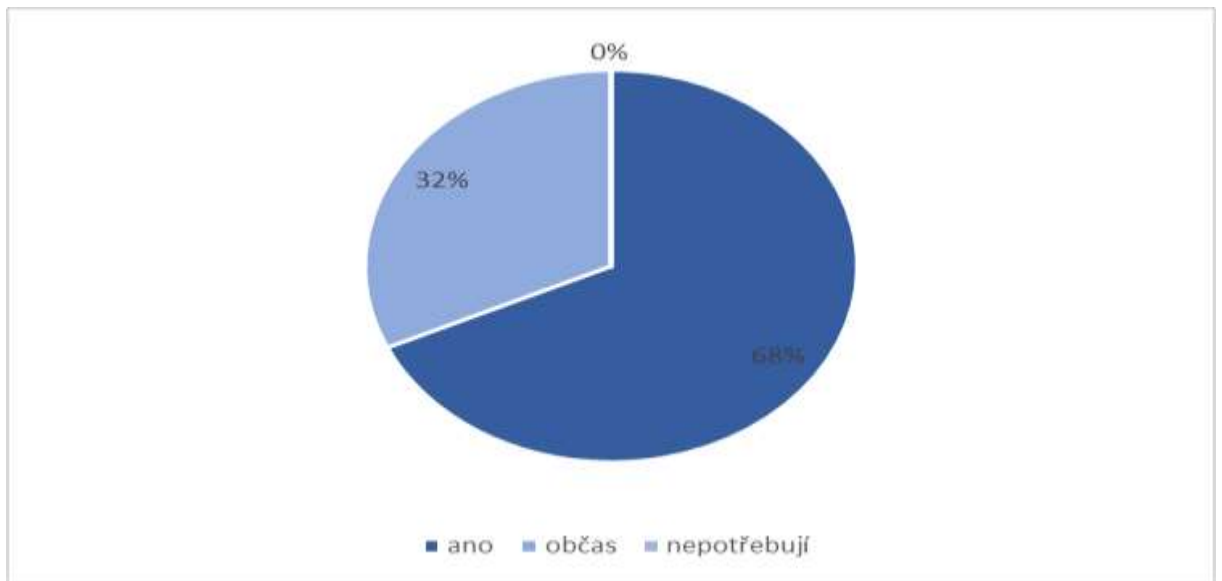


Obrázek 14: Graf ukazující s kým respondenti sdílí svou domácnost

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli „ano“, vychází se tedy z 15 (100 %) respondentů.

Nejvíce respondentů žije s manželem či manželkou 9 (60 %), s rodinou žijí 4 (27 %) a 2 (13 %) respondentů žije s druhem nebo družkou.

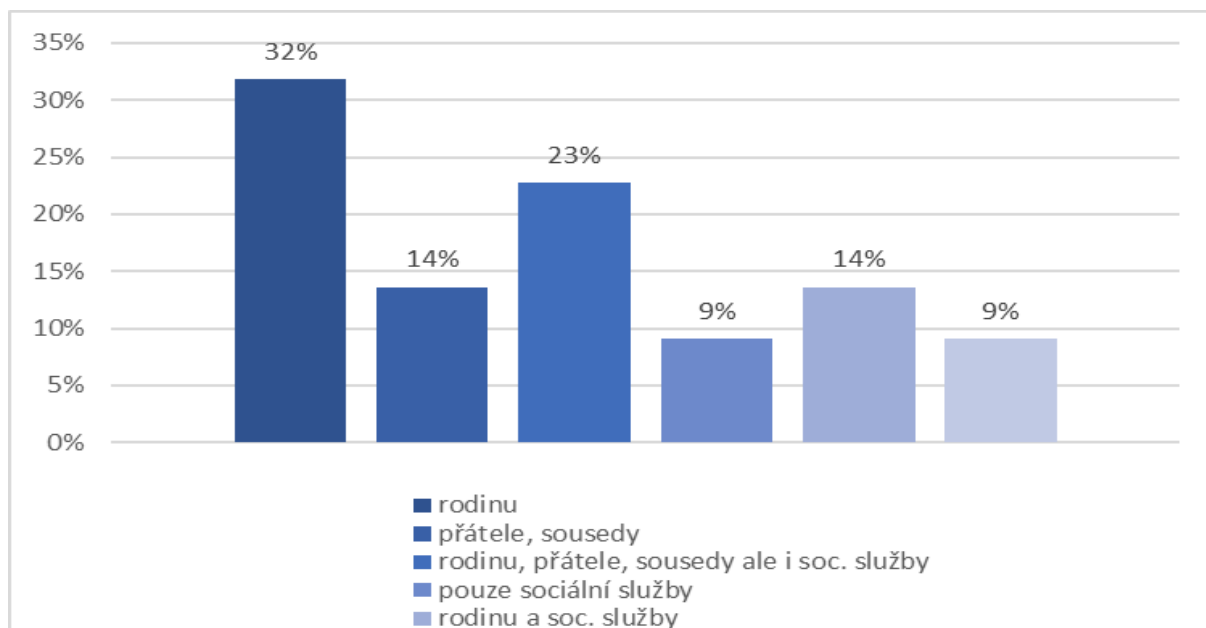
Otázka č. 15 - Potřebujete v rámci péče o svoji osobu pomoc někoho druhého?



Obrázek 15: Graf ukazující potřebu pomoci respondentům druhou osobou

V této otázce odpovídali respondenti, zda potřebují pomoc někoho druhého. Možnost „nepotřebuji“ ne zvolil nikdo. 15 (68 %) odpovědělo že „pomoc potřebují“, možnost odpovědi „občas“ zvolilo 7 (32 %) respondentů.

Otázka č. 16 – Koho v případě potřeby žádáte o pomoc?

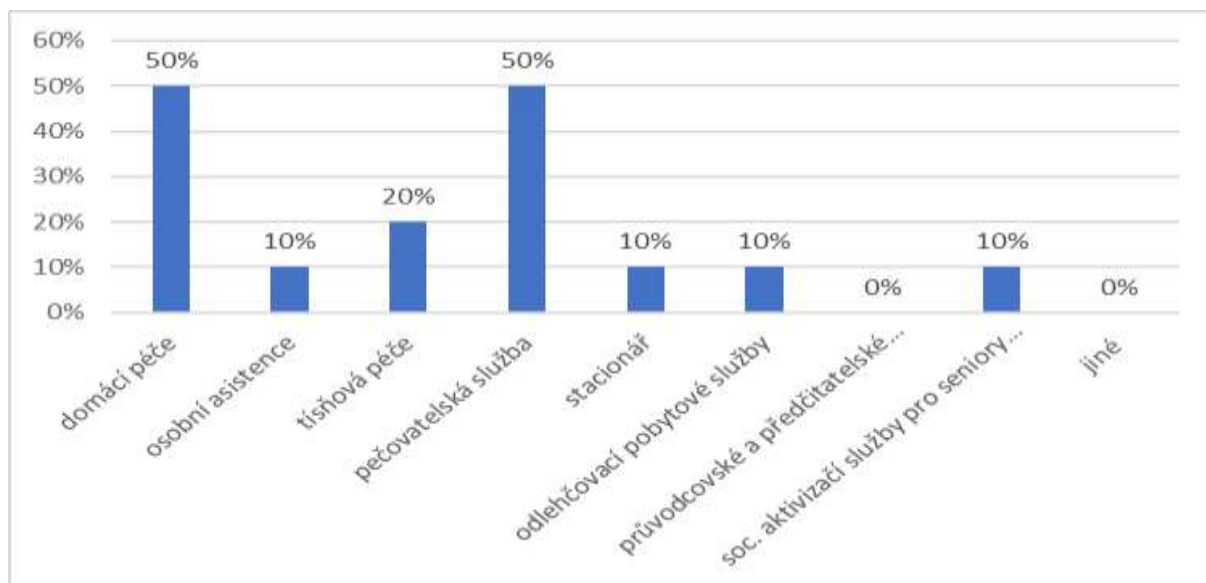


Obrázek 16: Graf ukazující kdo respondentům pomáhá

Na tuto otázku mohli respondenti volit jednu z nabízených možností anebo odpovědět vlastními slovy.

Nejvíce respondentů 7 (32 %) zvolilo odpověď „rodinu“. Možnost pomoci od „rodiny, přátel, sousedů ale i sociálních služeb“ zvolilo 5 (23 %), pomoc od „přátel“ a „pomoc od rodiny a sociálních služeb“ uvedlo shodně 3 (14 %) a 3 (14 %) respondentů. Odpověď „pouze sociální služby“ uvedli 2 respondenti (9 %), stejný počet, tedy 2 (9 %) uvedlo možnost „jiné“ kde doplnili rodinu, přátele a sousedy.

Otázka č. 17 – Kterou z těchto sociálních služeb využíváte?

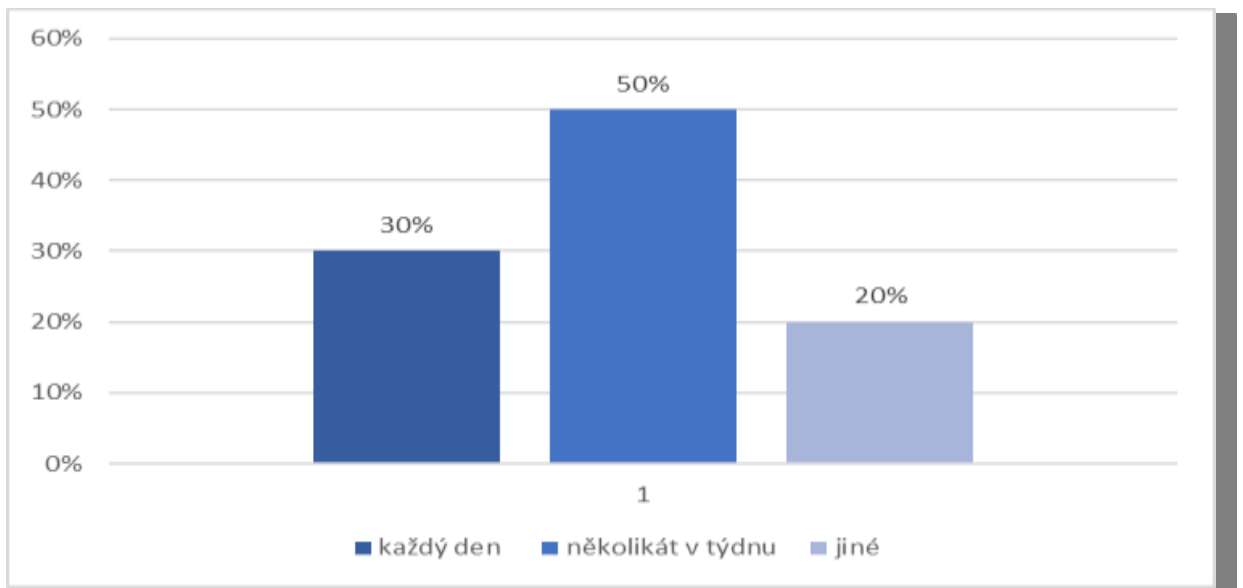


Obrázek 17: Graf ukazující které sociální služby jsou respondenty využívány

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 16 zvolili možnost „c)“, „d)“ nebo „e)“. Jednalo se tedy o 10 (100 %) respondentů, kteří uváděli i více sociálních služeb.

Nejvíce respondentů 5 (50 %) využívá domácí péči, stejný počet 5 (50 %) využívá pečovatelské služby. Tísňová péče je využívána 2 (20 %). Vždy 1 (10 %) respondent uvedl osobní asistenci, stacionář, odlehčovací pobytové služby a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Průvodcovské a předčitatelské služby nevyužívá nikdo.

Otázka č. 18 – Jak často využíváte sociální pomoc?



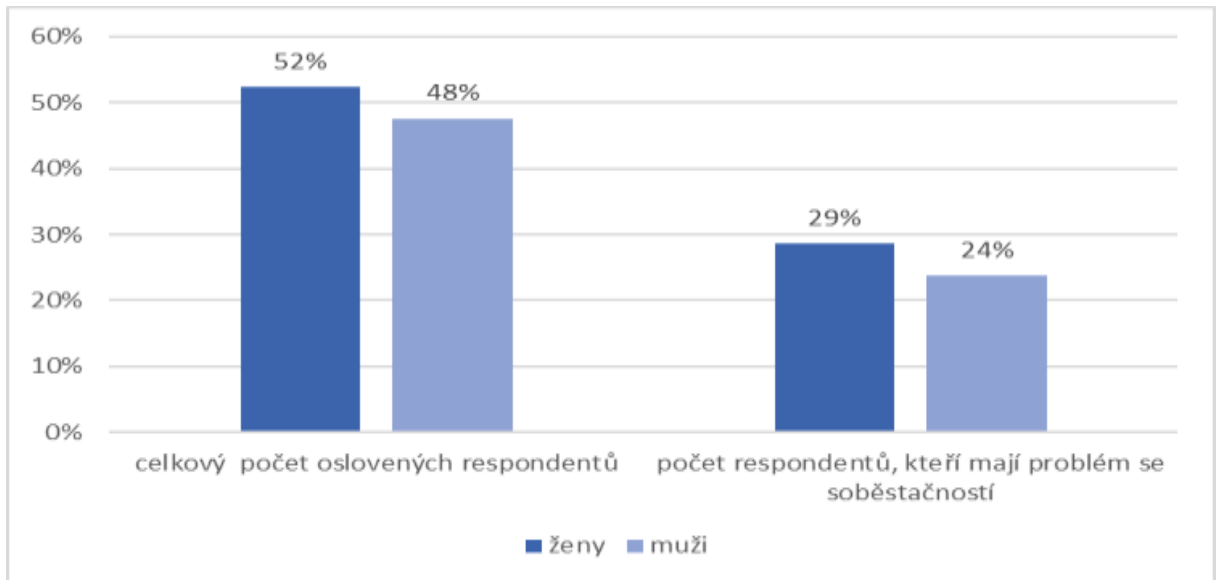
Obrázek 18 : Graf ukazující jak často jsou sociální služby využívány

Na tuto otázku odpovídali ti samí respondenti jako na předchozí otázku, tedy 10 (100 %) respondentů.

Nejvíce jsou mezi seniory využívány služby několikrát v týdnu a to u 5 (50 %), každý den využívají služby 3 (30 %) a 2 (20%) respondentů uvedlo možnost jiné kde odpověděli že služby využívají 1krát týdně.

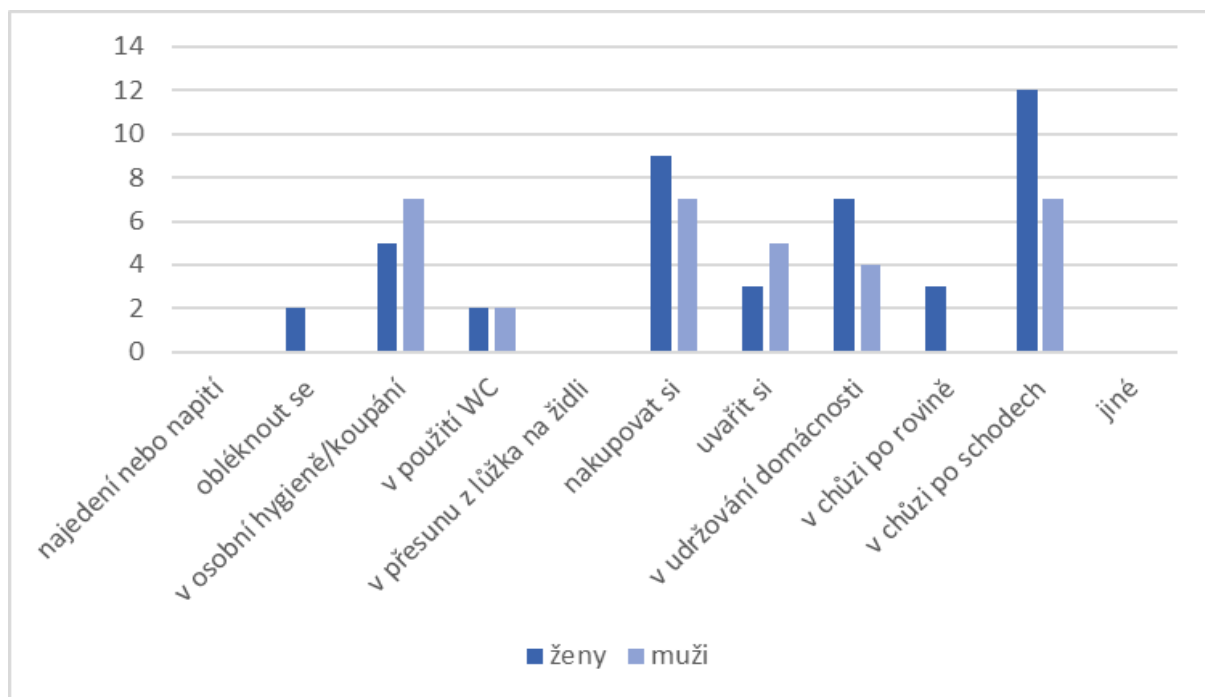
6.2 Presentace výsledků vztahujících se k průzkumným otázkám

Průzkumná otázka č. 1 - Je rozdíl v soběstačnosti seniorů mezi muži a ženami?



Obrázek 19 : Graf znázorňující rozdílnost soběstačnosti u pohlaví respondentů

V grafu jsou znázorněni respondenti s ohledem na jejich pohlaví a respondenti, kteří mají problém se soběstačností. Celkem bylo osloveno 42 (100 %) respondentů. Z toho 22 (52 %) žen a 20 (48 %) mužů. Z celkového počtu oslovených žen 22 (100 %) má problém se soběstačností 12 (55 %) žen. Z celkového počtu oslovených mužů 20 (100 %) má problém se soběstačností 10 (50 %) mužů.

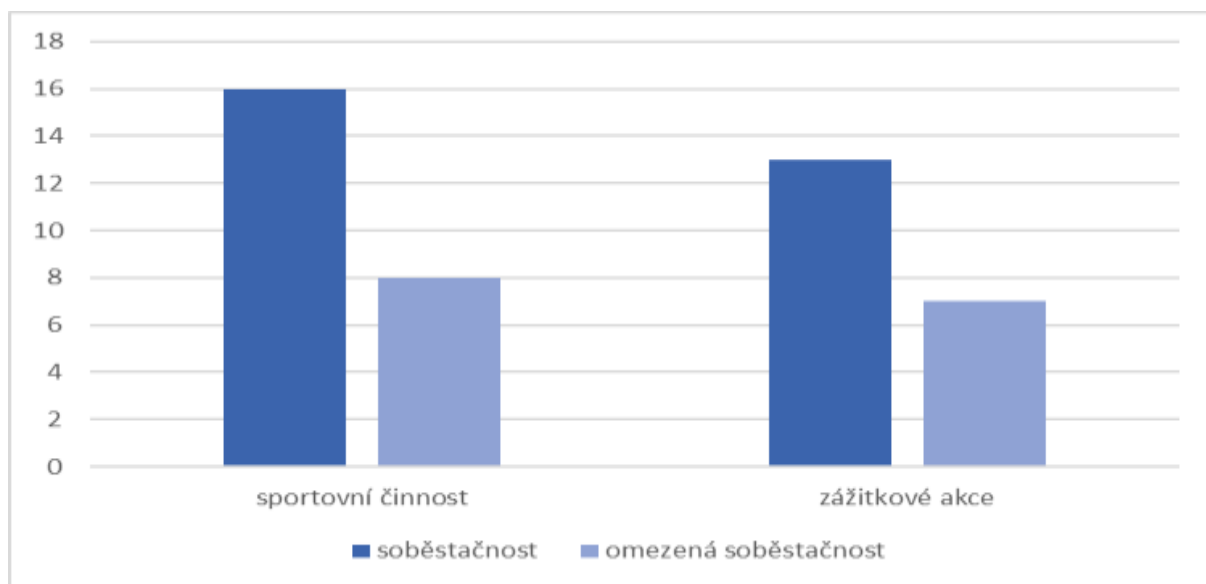


Obrázek 20 : Graf rozlišující jaké pohlaví problémy se soběstačností

V grafu je znázorněno, v jakých oblastech potřebují respondenti pomoc s ohledem na pohlaví. Z celkového počtu žen 22 (100 %) žen potřebuje v oblasti oblékání 2 (9 %) ženy, s osobní hygienou/koupáním 5 (23 %) žen, v použití WC 2 (9 %) žen. Nakoupit si nezvládne 9 (40 %) žen, nesnáze s vařením mají 3 ženy (13 %), problém s udržováním domácnosti má 7 žen (31 %). Chůzi po rovině hůře ovládají 3 (13 %) ženy a chůze po schodech dělá největší problém 12 (54 %) ženám.

Z celkového počtu mužů 20 (100 %) potřebuje pomoc v oblasti osobní hygieny/koupání 7 (35 %) mužů, v použití WC 2 (10 %) respondentů mužského pohlaví. S nákupem má problém 7 (35 %) mužů, stejně tak jako s chůzí po schodech. S přípravou jídla má problém 5 (25 %) mužů a udržovat domácnost nedokáží 4 (20 %) muži.

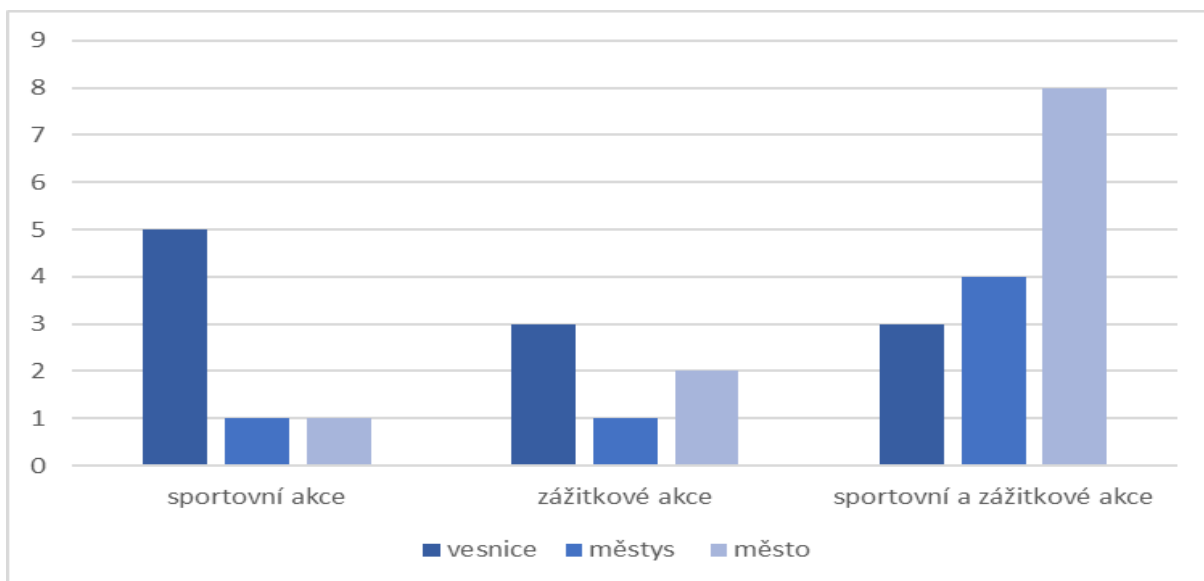
Průzkumná otázka č. 2 - Má vliv soběstačnost a místo bydliště seniorů na sportovní činnosti a zážitkové akce?



Obrázek 21 : Graf ukazuje sportovní činnosti a zážitkové akce u soběstačných a nesoběstačných seniorů

Z grafu je patrné, že 16 (80 %) respondentů z celkového počtu 20 (100 %) soběstačných respondentů provozuje sportovní aktivitu. Z respondentů s omezenou soběstačností provozuje aktivitu pouze 8 (36 %).

Zážitkové akce navštěvuje 13 (65 %) z celkového počtu 20 (100 %) soběstačných respondentů a 7 (32 %) z celkového počtu 22 (100 %) respondentů se zhoršenou soběstačností.



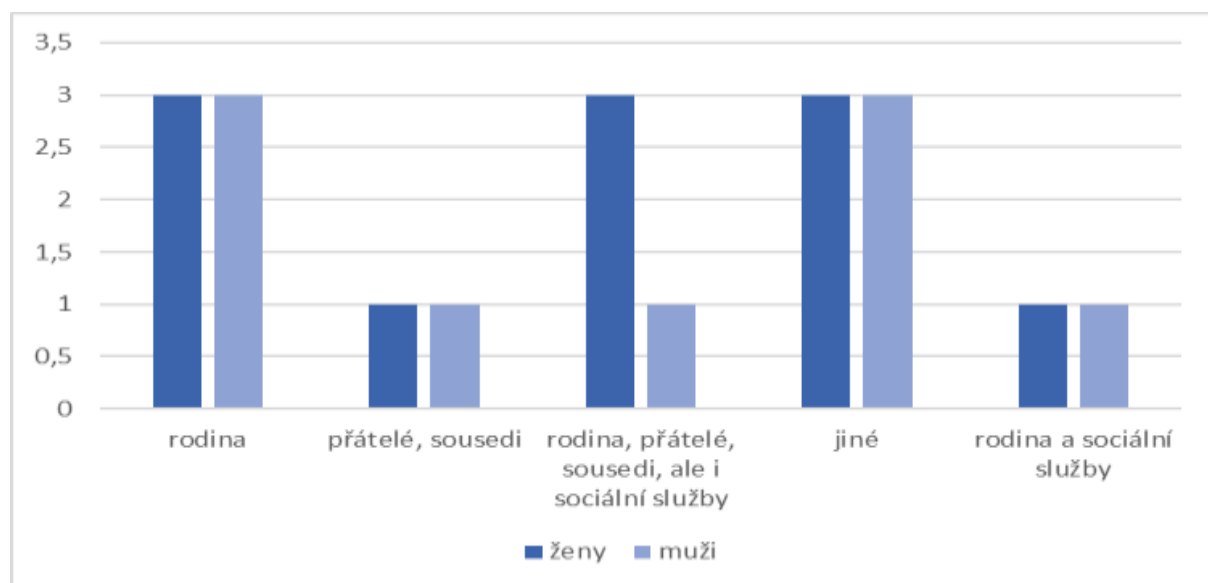
Obrázek 22 : Graf zobrazující sportovní a zážitkové akce dle místa bydliště

Ze 13 respondentů (100 %), kteří žijí na vesnici, provozuje pouze sportovní akce 5 (38 %) respondentů. Zážitkové akce provozují 3 (23%) a sportovní a zážitkové akce provozují 3 (23 %) respondentů.

V městysi z celkového počtu 10 (100 %) respondentů sportovně žije 1 (10 %) a kulturní akce navštěvuje také 1 (10 %) respondent. Sportovní i zážitkové akce navštěvují 4 (40 %) respondentů.

Ve městě z počtu 19 (100 %) seniorů se věnuje pouze sportovním aktivitám 1 (5 %) senior a kulturním životem žijí 2 (11 %), 8 (42 %) respondentů se věnuje jak sportovním aktivitám tak i zážitkovým

Výzkumná otázka č. 3 - V jakém rozsahu využívají senioři pomoc svého okolí a sociálních služeb?

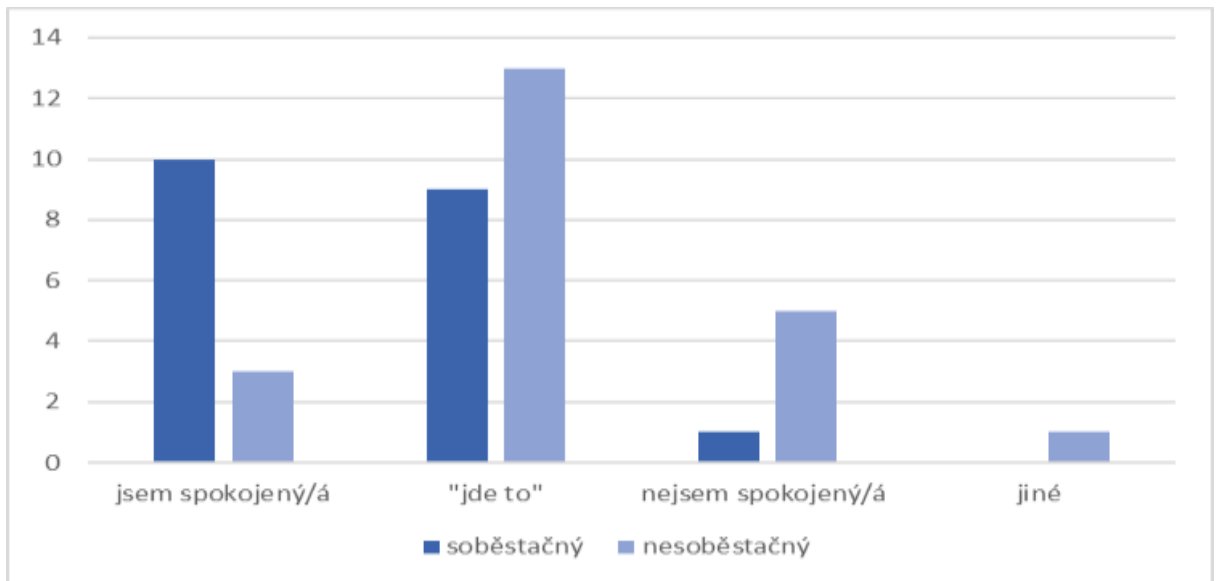


Obrázek 23 : Graf zobrazující potřebu pomoci od druhých nesoběstačnými muži a ženami

Z nesoběstačných žen 12 (100 %) potřebují pomoc pouze od „rodiny“ 3 (25 %) ženy, odpověď „rodina, přátelé, sousedi, sociální služby“ zvolilo 3 (25 %) žen, stejně tak jako možnost „jiné“ kde uvádí možnost pomoci od „přátel a rodiny“ či od „sousedů a sociálních služeb“ odpovědělo shodně 3 (25 %) žen. Využití pomoci kterou poskytují „přátelé a sousedi“ využívá 1 (8%) žena stejně jako „rodinu a sociální služby“ 1 (8%).

Z celkového počtu mužů 10 (100 %) využívají pomoc „rodiny“ 3 (30 %) mužů, stejný počet 3 (30 %) zvolilo možnost „jiné“ kde uvádí např. pomoc od „přátel a sociálních služeb“. Dále pak vždy 1 (10 %) respondent uvedl využití pomoci od „přátel a sousedů“, 1 (10 %) od „rodiny, přátel, sousedů a sociálních služeb“ a 1 (10 %) využívá pomoc od „rodiny a sociálních služeb“.

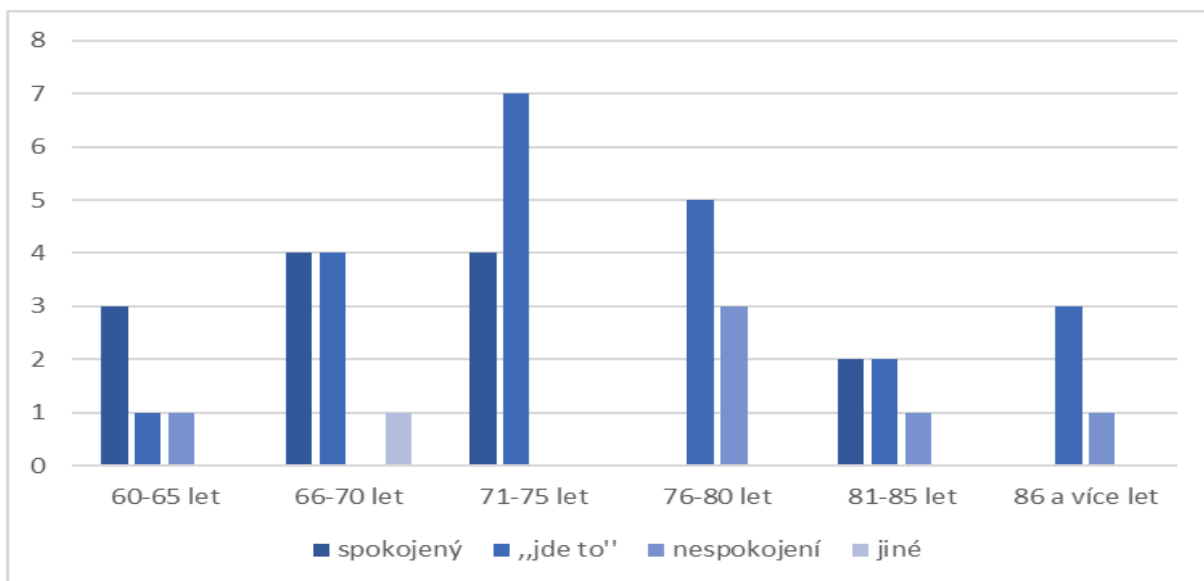
Průzkumná otázka č. 4 - Hodnotí senioři kvalitu svého života s ohledem na svoji soběstačnost a věk?



Obrázek 24 :Graf ukazující ovlivnění kvality života u soběstačných a nesoběstačných seniorů

Z 20 (100 %) soběstačných respondentů hodnotí svůj život jako kvalitní 10 (50 %) respondentů, odpověď „jde to“ označilo 9 (45 %) respondentů a nespokojen s kvalitou života byl pouze jeden 1 (5 %) respondent.

Nesoběstační respondenti 22 (100 %) označili za nejčastější odpověď na kvalitu života „jde to“ zvolilo 13 (59 %). Nespokojenost vyjadřuje 5 (23 %) respondentů a spokojení jsou 3 (14 %). Pouze 1 (5 %) uvedl odpověď „jiné“ kde uvedl odpověď „spíše spokojen“.



Obrázek 25 : Graf znázorňující kvalitu života ovlivněnou věkem

Respondentů ve věku 60-65 let 5 (100 %) je spokojeno s kvalitou svého života 3 (60 %), odpověď „jde to“ zvolil pouze jeden respondent (20 %) a jeden respondent (20 %) je nespokojen.

V rozmezí 66-70 let 9 (100 %) mají respondenti shodné odpovědi se spokojeností 4 (44 %) a odpovědí „jde to“ 4 (44 %), pouze jeden respondent (11 %) zvolil možnost „jiné“.

Největší zastoupená skupina respondentů ve věku 71-75 let 11 (100 %) respondenty volila nejvíce odpověď „jde to“ a to 7 (64 %), „spokojeno s kvalitou života“ byli 4 (36 %) respondenti.

Věková skupina 81-85 let zastoupená 5 respondenty (100 %) odpověděla stejně ve dvou případech. Odpověď se spokojeností zvolili dva respondenti (40 %), stejný počet odpovídajících (40 %) zvolilo odpověď „jde to“. Nespokojen byl pouze jeden (20 %) respondent.

Nejméně zastoupená věková skupina 86 a více let 4 (100 %) zvolila ve třech případech odpověď „jde to“ 3 (75 %) a jeden (25 %) je nespokojen s kvalitou života.

7 DISKUZE

V této části mé práce se zabývám porovnáváním výsledků dotazníkového šetření a hledáním odpovědí na výzkumné otázky (viz s. 28)

Průzkumná otázka č. 1 - Je rozdíl v soběstačnosti seniorů mezi muži a ženami?

První průzkumná otázka zkoumá, zda pohlaví ovlivňuje soběstačnost seniorů. V dotazníku se k této problematice vztahují otázky číslo 1., 10. a 11.

Z mého šetření vyplývá, že má problém se soběstačností z celkového počtu žen 22 (100%) 12 (55%) žen a u mužů je zastoupení nepatrně menší, tedy z počtu 20 (100%) mužů má problém 10 (50%) z nich. V porovnání s výzkumem z portálu Zdravotnictví a medicína © (2010), kde se uvádí, že soběstačnější jsou více ženy než muži, je moje zjištění opačné. Dle procent v mém průzkumu, však není velký rozdíl v soběstačnosti. Voříšková (2015) však ve své práci uvádí, obdobný nepatrný rozdíl v soběstačnosti a shoduje se s mým průzkumem, kdy taktéž uvádí že ženy jsou méně soběstačné. V mém dotazníkovém šetření však odpovědělo více žen než mužů, a proto může být výsledek taktéž pozměněn. Brimová (2010) ve své práci, kdy použila standardizovaný dotazník však uvádí opak, že ženy jsou méně soběstačné než muži.

Průzkumná otázka č. 2 - Má vliv soběstačnost a místo bydliště seniorů na sportovní činnosti a zážitkové akce?

U této průzkumné otázky jsem zkoumala, zda soběstačnost a místo bydliště ovlivňují účast seniorů na sportovních či zážitkových akcích. V dotazníku na tuto otázku byly zaměřeny otázky číslo 3., 4., 5., 6., 7., a 12.

Soběstační senioři 16 (80 %) z 20 (100 %) aktivně provozují nějakou sportovní činnost. Senioři s omezenou soběstačností 8 (36 %) provozují nejčastěji procházky, které zařadili do sportovní činnosti.

Obdobně jsou na tom i zážitkové akce. Soběstační senioři 13 (65 %) z 20 (100 %) navštěvují kulturní akce více než senioři se zhoršenou soběstačností 22 (100 %), jejich zastoupení je 7 (31 %).

Pouze sportovní činností se na vesnici z celkového počtu 13 (100 %) věnuje nejvíce respondentů a to 5 (38 %), zážitkové akce pak navštěvují 3 (23 %) senioři. Sportovní i zážitkové pak navštěvují 3 (23 %) seniorů. 2 (16 %) seniorů na vesnici neprovozuje žádný

sport či nenavštěvuje žádné zážitkové akce. U seniorů žijících ve městě 19 (100 %) se jen sportem zabývá 1 (5 %) senior a zážitkové akce navštěvují 2 (11 %) senioři. Ve městě však senioři nejvíce navštěvují jak sportovní tak i zážitkové akce, celkem 8 (42 %) seniorů z celkového počtu. V městysi z celkem 10 (100 %) seniorů se sportem zabývá 1 (10 %) a výhradně zážitkové akce navštěvuje také 1 (10 %) respondent. Sportem a zážitkovými akcemi žijí 4 (40 %) seniorů

Z této průzkumné otázky je patrné že senioři žijící ve městě, jsou více sportovně a zážitkově založeni. Pravděpodobně je to díky lepším podmínkám a možnostem, než které jsou na vesnici či v městysi.

K obdobným výsledkům došla i Usnulová ve své bakalářské práci – Fyzická aktivita a kvalita života seniorů. Popisuje že senioři žijící na vesnici si uvědomují nutnost fyzických aktivit.

Průzkumná otázka č. 3 - V jakém rozsahu využívají senioři v případě potřeby pomoc svého okolí a sociálních služeb?

Průzkumná otázka, která zjišťuje, jak moc využívají senioři pomoc, v dotazníkovém šetření se jí věnují otázky číslo 13., 14., 15., 16., 17., a 18.

Z celkového počtu nesoběstačných seniorů 22 (100 %) využívá pomoc od své rodiny 25% žen a 30% mužů. Pomoc sociálních služeb využívá % žen a % mužů. Z uvedených výsledků je zřejmé, že senioři využívají více pomoc od příbuzných a známých v porovnání s využíváním sociálních služeb.

Podobných údajů se dopátrala i Sedláčková ve své práci Využití sociálních služeb ke zkvalitnění života seniorů (2014). Ve své práci uvádí, že nejvíce využívaná sociální pomoc je hospicová a pečovatelská péče.

Tento výsledek mě nepřekvapil, předpokládala jsem, že většina seniorů bude raději, když jim bude poskytována péče v domácím a známém prostředí než v prostředí nemocničním.

Průzkumné otázka č. 4 – Hodnotí senioři kvalitu svého života s ohledem na svoji soběstačnost a věk?

Na tuto průzkumnou otázku byly použity dotazníkové otázky č. 8, č. 9 a č. 2.

Ze soběstačných seniorů 20 (100 %) hodnotí 10 (50 %) svůj život jako kvalitní. Pouze 1 (5 %) respondent není se svou kvalitou života spokojen a 9 (45 %) respondentů ohodnotilo kvalitu svého života slovy „jde to“.

Nesoběstační senioři 22 (100 %) nejčastěji volili odpověď „jde to“ a to 13 (59 %).

Nepokojeno s kvalitou života 5 (23 %) respondentů a spokojení jsou 3 (14 %). Pouze 1 (5 %) uvedl odpověď jiné.

Ve věkovém rozmezí 60-65 let je spokojeno 5 (100 %) jsou spokojeni 3 (60 %) odpověď „jde to“ zvolil 1 (20 %) seniorů a není spokojeno 1 (20 %) seniorů nespokojen.

V rozmezí 66-70 let 9 (100 %) mají respondenti shodné odpovědi se spokojeností 4 (44 %) a odpovědí „jde to“ 4 (44 %), pouze jeden respondent (11 %) zvolil možnost „jiné“.

Největší zastoupená skupina respondentů ve věku 71-75 let 11 (100 %) respondenty volila nejvíce odpověď „jde to“ a to 7 (64 %), „spokojeno s kvalitou života“ byli 4 (36 %) respondenti.

Věková skupina 81-85 let zastoupená 5 respondenty (100 %) odpověděla stejně ve dvou případech. Odpověď se spokojeností zvolili dva respondenti (40 %), stejný počet odpovídajících (40 %) zvolilo odpověď „jde to“. Nespokojen byl pouze jeden (20 %) respondent.

Nejméně zastoupená věková skupina 86 a více let 4 (100 %) zvolila ve třech případech odpověď „jde to“ 3 (75 %) a jeden (25 %) je nespokojen s kvalitou života.

Ke komparaci výsledků průzkumné práce, jsem nenašla žádný vhodný výzkum. Nicméně výsledky mne velice překvapili. Čekala jsem více spokojenosti se životem u mladších seniorů soběstačných i nesoběstačných seniorů. Při vyhodnocování průzkumu, jsem došla že odpověď „jde to“ je velice irelevantní, protože respondenty dle mého názoru nenutí nad svou odpovědí přemýšlet.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na soběstačnost seniorů žijících v domácím prostředí. V první kapitole teoretické části rozebírám stáří, jeho dělení a periodizaci. Dále se zde zabývám stárnutím, adaptací na stárnutí, projevy stárnutí a v neposlední řadě gerontologií a geriatrií. Další část této kapitoly je věnována demografii. Ve druhé kapitole se zabývám soběstačností, aktivitami denního života a jejich škálami. Teoretická část dále obsahuje kapitolu, která je zaměřená na kvalitu života a bezpečný domov. Poslední kapitola je věnována sociálním službám.

Na začátku práce jsem si stanovila jeden hlavní cíl a tři dílčí cíle.

První dílčí cíl má za úkol zjistit, zda sportovní aktivity a zážitkové akce ovlivněné soběstačností a bydlištěm seniorů.

Tak, jak jsem předpokládala, z mnou získaných dat vyplývá, že sportovní aktivity a návštěva zážitkových akcí je soběstačností seniorů ovlivněná. Přesto ale někteří senioři s poruchou soběstačností uvádějí, že i přes svůj handicap sportují. Nejčastější sportovní aktivitou u seniorů jsou procházky, jízda na kole nebo plavání

S návštěvou zážitkových akcí je to obdobné, tedy soběstační senioři se zážitkových akcí účastní více než nesoběstační. Toto je určitě i důsledkem toho, že nesoběstační senioři uváděli největší problémy se zvládnutím schodů a mnozí při chůzi používají hůl či chodítko. Ze zážitkových akcí je seniory nejčastěji navštěvováno divadlo, kino nebo sportovní akce. Musím ale podotknout, že je rozdíl ve sportovních aktivitách a návštěvami zážitkových akcí mezi seniory žijícími ve městě nebo městysi a vesnici. Toto jsem předvíдалa, jelikož dostupnost těchto aktivit je ve městech výhodnější.

Druhý dílčí cíl má za úkol zmapovat, kterých sob či sociálních služeb senioři v případě potřeby využívají.

Z průzkumu je patrné že senioři, kteří nejsou zcela soběstační nejčastěji využívají pomoc své rodiny. Jedná se především o ty seniory, kteří se svojí rodinou sdílí společné bydlení. Další nejčastěji využívaná pomoc je současná pomoc rodiny, přátel, sousedů ale i sociálních služeb. Pouze sociální služby využívá jen menšina dotazovaných a to jsou právě senioři, jak vyplývá z šetření, kteří žijí samostatně.

Jsme ráda, že i mým průzkumem jsem dospěla k závěru, že soudržnost rodiny, přátel nebo sousedů je v naší společnosti hluboce zakotvená a že v případě potřeby jsou so schopní pomoci. Sociálních služeb v naší republice přibývá, což je pochopitelné i vzhledem k tomu že dle demografie naše společnost stárne, zlepšuje se i kvalita jejich služeb. Seniori žijící v domácím prostředí využívají nejvíce pečovatelskou službu, domácí péči nebo tísňovou péči.

Třetí dílčí cíl se zaměřuje na hodnocení kvality života s ohledem na svoji soběstačnost a věk.

Při posuzování průzkumu, jsem narazila na spoustu odpovědí respondentů, kteří odpověděli na otázku své spokojenosti odpovědí „jde to“ Velmi zarážející pro mě byla tato odpověď zvláště u soběstačných seniorů, kdy téměř celé polovina právě touto odpověď zvolilo. Jak jsem předpokládala, obecně spokojenější s kvalitou života jsou mladší a soběstační seniori.

Analýzou dotazníkového šetření a odpověďmi na stanovené dílčí cíle práce jsem dospěla ke splnění hlavního cíle práce „Zjistit soběstačnost seniorů žijících v domácím prostředí“. Hlavním přínosem mé práce je zjištění, že většina seniorů žijících v domácím prostředí má oporu ve své rodině, přátelích nebo sousedech. V případě potřeby seniori, kteří žijí v domácnosti samostatně, dokáží využít pomoci některých ze sociálních služeb.

Pro další zpracování obdobných prací na stejné nebo podobné téma doporučuji provést screeningové šetření počínající demence např. kresbou hodin. Sama jsem k tomuto závěru dospěla při návratu vyplněných dotazníků respondenty, kdy jsem do průzkumu nemohla zařadit 4 dotazníky, které obsahovaly chyby vzniklé pravděpodobně z tohoto problému. K lepšímu a přesnějšímu sběru dat bych také doporučila získávání údajů pomocí rozhovoru.

8 POUŽITÁ LITERATURA

Knižní publikace:

BÁRTLOVÁ, Sylva et al. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry*. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-499-3.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. 1. Praha: Karolinum, 2016, s. 154. ISBN 978-80-246-3404-3.

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

GAVORA, Peter. *Tvorba výzkumného nástroja pre pedagogické bádanie*. 1. vyd. Bratislava: SPN – Mladé léta, 2012 120 s. ISBN 978-80-10-02353-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, s. 368 ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, Iva et al. *Průvodce vyšším věkem: Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. Praha 4: Mladá fronta, 2014, s. 208. ISBN 978-80-204-3119-6.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 96. ISBN 978-80-247-4697-5.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů: v kontextu ošetřovatelství*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 128 ISBN 978-80-247-4772-9.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-24713-69-4.

Jak stárneme ve strategiích, městech a médiích. *Zdravotnické noviny: Jak stárneme ve strategiích, městech a médiích*. 2013, 2013(7), 21.

KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 400. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, s. 864. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří*. 1. Praha: Galén, 2006, s. 44 ISBN 80-7262-455-5

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017, s. 224. ISBN 978-80-271-0102-3.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. 1. Praha: Karolinum, 2011, s. 168. ISBN 978-80-246-1997-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 96 ISBN 978-80-247-2170-5.

VIDOVIČOVÁ, Lucie. Aktivní stárnutí a volný čas aneb jak pěstovat kulturu ve stáří. In Holmerová, Iva et al. *Průvodce vyšším věkem. Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2014, s. 208. ISBN 978-80-204-3119-6

Internetové zdroje:

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby* [online]. 2017 [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>

Péče.cz *Domácí péče* [online]. 2017 [cit. 2019-04-16] Dostupné z: <https://pece.cz/novinka/domaci-pece-co-to-znamenaa-kdo-na-ni-ma-narok>

Jak pečovat o stárnoucí rodiče. *Služby pro seniory v domácím prostředí*. [online]. 2019 [cit. 2019-05-06]. Dostupné z: <https://peceosverodice.cz/sluzby-pro-seniory-v-domacim-prostredi/>

DUHA o.p.s. *Pobytová - odlehčovací služba* [online]. 2016 [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <https://www.pomocseniorum.cz/pobytova-odlehcovaci-sluzba/>

FRAM. *Aktivní stárnutí* [online]. 2019 [cit. 2019-07-16]. Dostupné z: <http://www.framprojekt.eu/aktivni-starnuti>

TyfloCentrum. *Průvodcovská a předčitatelská služba* [online]. 2010 [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <http://praha.tyflocentrum.cz/nase-sluzby/pruvodcovska-a-predcitatelska-sluzba/>

Zákony po lidi. *Zákony* [online]. 2019 [cit. 2019-05-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Bakalářské práce:

USNULOVÁ, Anna. *Fyzická aktivita a kvalita života seniorů.* Brno, 2014,65s. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

SEDLÁČKOVÁ, Kateřina. *Využití sociálních služeb ke zkvalitnění života seniorů.* Brno, 2014, s. 68. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc

9 PŘÍLOHY

Příloha A - Test ADL 1	67
Příloha B - Test IADL 1	68
Příloha C - dotazník 1	70

Příloha A - Test ADL 1

INDEX BARTHELOVÉ

	<i>S pomocí</i>	<i>Samostatně</i>
1. Jedení (pokud potřebuje jídlo nakrájet = pomoc)	5	10
2. Přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět (včetně posazení na lůžku)	5-10	15
3. Osobní hygiena (umytí obličeje, učesání, oholení, vyčištění zubů)	0	5
4. Posazení se na toaletu a vstání z ní (manipulace s oděvem, utření, spláchnutí)	5	10
5. Koupání nebo sprchování	0	5
6. Chůze na rovném povrchu (nebo pokud není schopen/schopna chodit, pohánění invalidního vozíku) *skórujte pouze tehdy, pokud není schopen/schopna chodit	10 0*	15 5*
7. Chůze do schodů a ze schodů	5	10
8. Oblékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů)	5	10
9. Ovládání stolice	5	10
10. Ovládání močení	5	10

Zdroj : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Příloha B - Test IADL 1

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů

2. Nákup potravin

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

3. Uvaření

samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů

4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)

samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

5. Vyprání osobního prádla

zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

6. Telefonování

samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů

7. Užívání léků

samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou

schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů	nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života
45-75 bodů	částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života
80 bodů	v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Zdroj: Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče

Příloha C - dotazník 1

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Steinhauserová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice – Fakulta zdravotnických studií, oboru Všeobecná sestra.

Na závěr mého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „*Soběstačnost seniorů žijících v domácím prostředí*“. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku právě na toto téma. Dotazník je anonymní a získané informace budou použity pouze v mojí bakalářské práci. V případě zájmu Vás po vyhodnocení výsledků šetření budu ráda informovat.

Pro moji práci budou Vaše odpovědi důležitým zdrojem informací. Snažte se, prosím, zodpovědět otázky pravdivě. Vámi vybrané odpovědi zakroužkujte, nebo můžete odpověď doplnit vlastními slovy. V několika otázkách můžete zakroužkovat více možností, tak jak jsou psány pokyny před těmito otázkami.

Za vyplnění dotazníku a Vámi věnovaný čas předem děkuji.

1. Jakého jste pohlaví?

- a) ženského
- b) mužského

2. Kolik je Vám let?

- a) 60 – 65
- b) 66 – 70
- c) 71 – 75
- d) 76 – 80
- e) 81 – 85
- f) 86 a více

3. Kde bydlíte?

- a) na vesnici
- b) v městysi

c) ve městě

4. Provozujete nějakou sportovní aktivitu?

a) často

b) občas

c) nesportuji

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na otázku č. 4 zakroužkovali písmeno „a“ nebo „b“; tedy odpověděli, že provozují sportovní aktivitu často nebo občas.

5. Jakou sportovní aktivitu provozujete (procházky, plavání, jízda na kole)?

Prosím o doplnění i více sportovních aktivit:
.....

6. Navštěvujete kulturní, sportovní nebo jiné zážitkové akce (např. kino, divadlo, sportovní utkání...)?

a) často

b) občas

c) nenavštěvuji

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na otázku č. 6 zakroužkovali písmeno „a“ nebo „b“, tedy odpověděli, že navštěvuji kulturní, sportovní nebo jiné zážitkové akce často nebo občas.

7. Jakou zážitkovou akci navštěvujete ?

Prosím o doplnění i více zážitkových akcí:
.....

8. Jak byste ohodnotil/a kvalitu svého současného života?

- a) jsem spokojený/á
- b) „jde to“
- c) nejsem spokojený/á
- d) jiné - prosím o doplnění:

9. Ovlivňuje podle Vás nynější věk kvalitu Vašeho života?

- a) ano
- b) ne

Jestliže jste na tuto otázku odpověděli „ano“ (tedy, že Váš nynější věk ovlivňuje kvalitu Vašeho života), pak Vás prosím o vyjádření, jakým způsobem:

10. Máte problémy se soběstačností?

- a) ano
- b) ne

Jestliže jste na předchozí otázku odpověděli „ne“ (tedy nemáte problémy se soběstačností), pak Vám děkuji za věnovaný čas.

Dále prosím o vyplňování dotazníku pouze ty z Vás, kteří máte problémy se soběstačností.

11. Jaké problémy se soběstačností se u Vás objevují?

V této otázce můžete zakroužkovat více možností.

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------|
| a) najedení nebo napití | g) uvařit si |
| b) obléknout se | h) v udržování domácnosti (úklid, praní prádla atd.) |
| c) v osobní hygienaě/ koupání | i) v chůzi po rovině |
| d) v použití WC | j) v chůzi po schodech |
| e) v přesunu z lůžka na židli | k) jiné - <i>prosím o doplnění:</i> |
| f) nakupovat si | . |

12. Používáte nějaké kompenzační pomůcky?

V této otázce můžete zakroužkovat více možností.

- a) hůl/hole/berle/
- b) chodítko
- c) invalidní křeslo
- d) pojízdná toaleta
- e) pomůcky pro vybavení koupelny a WC – madla, úchyty naslouchátko
- f) brýle
- g) naslouchátko
- h) jiné - *prosím o doplnění:*
- .

13. Sdílíte s někým domácnost?

- a) ano
- b) ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“.

14. S kým sdílíte domácnost?

- a) s manželem/manželkou
- b) s druhem/družkou
- c) s rodinou (např. dcerou, synem, vnukem,...)
- d) jiné - *prosím o doplnění:*

15. Potřebujete v rámci péče o svoji osobu pomoc někoho druhého?

- a) ano
- b) občas
- c) nepotřebuji

Na následující otázky odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „a“ nebo „b“, tedy odpověděli, že v rámci péče o svoji osobu potřebují pomoc někoho druhého.

16. Koho v případě potřeby žádáte o pomoc?

- a) rodinu
- b) přátele, sousedy
- c) rodinu, přátele, sousedy, ale i sociální služby
- d) pouze sociální služby
- e) rodinu a sociální služby
- f) jiné - *prosím o doplnění:*

Na následující otázky odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku zakroužkovali písmeno „c“, „d“ nebo „e“, tedy odpovídali, že využívají v případě potřeby i sociální služby nebo pouze sociální služby.

17. Kterou z těchto sociálních služeb využíváte?

Na tuto otázku můžete zakroužkovat i více možností.

- a) domácí péči
- b) osobní asistenci
- c) tísňovou péči
- d) pečovatelskou službu
- e) stacionář
- f) odlehčovací pobytovou službu
- g) průvodcovské a předčitatelské služby
- h) sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- i) jiné - *prosím o doplnění:*

18. Jak často využíváte sociální pomoc?

- a) každý den
- b) několikrát v týdnu
- c) jiné - *prosím o doplnění:*

Zdroj: Dotazník vlastní tvorby autorky práce