

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**PÉČE O GERIATRICKÉHO PACIENTA V DOMÁCÍM  
PROSTŘEDÍ Z POHLEDU PEČUJÍCÍHO**

Bakalářská práce

NIKOLA DUŠKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Lapčíková

Praha 2014



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,*

**Dušková Nikola**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Péče o geriatrického pacienta v domácím prostředí z pohledu  
pečujícího

*Caretaker's Perspective on Care for Geriatric Patient in Home  
Environment*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Lapčíková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5.2014



.....  
podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych chtěla co nejsrdečněji poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Evě Lapčíkové za čas, který mi věnovala, za její trpělivost, podporu a mnoho podnětných rad, které mi během zpracování bakalářské práce poskytla.

## ABSTRAKT

DUŠKOVÁ, Nikola. *Péče o geriatrického pacienta v domácím prostředí z pohledu pečujícího*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Lapčíková. Praha. 2014. 82 s.

Tématem bakalářské práce je péče o geriatrického pacienta v domácím prostředí z pohledu pečujícího. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část řeší problematiku gerontologie a geriatrie, zabývá se rovněž stářím a stárnutím, zaměřuje se také na oblast rodiny. Zahrnuje rovněž problematiku potřeb seniorů a zabývá se také formami péče o seniory, přičemž péče v domácím prostředí je zde podrobněji rozvedena. V praktické části mé práce se zabývám průzkumem mezi lidmi, kteří pečují o seniora v domácím prostředí. Průzkumným problémem je to, jestli jsou lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, schopni se o něj postarat. Pro vyřešení průzkumného problému jsou stanoveny tři průzkumné cíle. Prvním průzkumným cílem je zjistit, jestli lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, mají dostatek informací o této problematice. Druhým průzkumným cílem je zjistit to, jestli ví, na koho se obrátit. Třetím průzkumným cílem je zjistit, co je podle pečujících největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí. Pro získání dat, potřebných k vyhodnocení průzkumu, je vytvořen dotazník o 20 položkách. Z výsledků průzkumu pak vyplývá doporučení pro praxi.

### Klíčová slova

Senior. Domácí prostředí. Geriatrie. Gerontologie. Stáří. Formy péče. Agentury domácí péče.

## ABSTRACT

DUŠKOVÁ, Nikola. *Care of the geriatric patient in the home environment in terms of caring*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Lapčíková. Prague. 2014. 82 pages.

The topic of my bachelor work is care for geriatric patients in the home environment in terms of caring. The work is divided into two parts. The theoretical part deals with the problems of gerontology and geriatrics. This section also deals with old age and aging, focusing also on the area of family. It also includes the issue of seniors needs and deals with the forms of care for the elderly people. Care for the elderly in the home environment is here detailed mentioned. In the practical part of my work deals with the survey among people who care for seniors at home. Exploration problem is that, if there are people who care for the elderly in a home environment, able to take care of him. There are three exploration targets to solve this problem. The first exploratory objective is to determine if the people who care for the elderly at home have enough information on this subject. The second exploratory aim is to find out whether he knows who to turn to. The third exploratory aim is to find out what is the biggest problem by caregivers in the care of elderly in a home environment. There is a questionnaire of 20 items to obtain the data needed to evaluate the survey. The survey then clear recommendations for practice.

### Key words

Senior. Home environment. Geriatrics. Gerontology. Age. Forms of care. Home care agencies.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>ÚVOD.....</b>	<b>15</b>
<b>Teoretická část .....</b>	<b>16</b>
<b>1 Gerontologie, geriatrie.....</b>	<b>16</b>
1.1 Gerontologie .....	16
1.2 Geriatrie .....	16
<b>2 Stáří a stárnutí .....</b>	<b>17</b>
2.1 Pojmy stáří a stárnutí .....	17
2.2 Vymezení a periodizace stáří.....	18
2.2.1 Kalendářní stáří.....	18
2.2.2 Biologické stáří .....	19
2.2.3 Sociální stáří .....	19
2.3 Adaptace a příprava na stáří.....	20
2.4 Změny ve stáří .....	21
2.4.1 Biologické změny .....	21
2.4.2 Psychické změny.....	23
2.4.3 Sociální změny.....	23
2.5 Demografie stáří .....	24
2.6 Sociální patologie ve stáří.....	24
2.6.1 Věková diskriminace .....	26
2.6.2 Nevhodné zacházení se starými lidmi .....	27
2.7 Lidská a občanská práva starších občanů .....	29
<b>3 Rodina .....</b>	<b>30</b>
3.1 Funkce a proměna rodiny v průběhu času .....	30
3.2 Rodina a senior .....	31
3.2.1 Soběstačnost seniorů.....	32
3.2.2 Komunikace se seniorem .....	32
<b>4 Senior a jeho potřeby.....</b>	<b>34</b>
<b>5 Péče o seniory .....</b>	<b>35</b>
5.1 Péče zdravotní.....	35

5.1.1	Základní formy hospicových hnutí.....	36
5.1.2	Ostatní subjekty poskytující zdravotní péči.....	36
5.2	Péče sociální .....	37
5.2.1	Možnosti sociální pomoci .....	37
5.3	Péče poskytovaná v domácím prostředí.....	38
5.3.1	Potřeby poskytovatele péče .....	39
5.3.2	Agentury domácí péče .....	40
	<b>Praktická část.....</b>	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>Průzkum .....</b>	<b>44</b>
6.1	Téma, průzkumný problém, průzkumné cíle .....	44
6.2	Metoda .....	45
6.3	Výběrový soubor.....	45
6.4	Výsledky průzkumu .....	46
6.5	Vyhodnocení průzkumných otázek .....	69
6.5.1	Vyhodnocení průzkumné otázky 1 .....	69
6.5.2	Vyhodnocení průzkumné otázky 2 .....	70
6.5.3	Vyhodnocení průzkumné otázky 3 .....	71
6.6	Vyhodnocení průzkumného problému.....	73
<b>7</b>	<b>Diskuze, doporučení pro praxi .....</b>	<b>76</b>
7.1	Doporučení pro praxi .....	78
<b>8</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM LITERATURY.....</b>	<b>81</b>
	<b>PŘÍLOHY</b>	



## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Pohlaví respondentů .....	46
Tabulka 2 Věková kategorie respondentů .....	47
Tabulka 3 Vzdělání respondentů .....	48
Tabulka 4 Vyhodnocení položky 1 .....	49
Tabulka 5 Vyhodnocení položky 2 .....	50
Tabulka 6 Vyhodnocení položky 3 .....	51
Tabulka 7 Vyhodnocení položky 4 .....	52
Tabulka 8 Vyhodnocení položky 5 .....	53
Tabulka 9 Vyhodnocení položky 6 .....	54
Tabulka 10 Vyhodnocení položky 7 .....	55
Tabulka 11 Vyhodnocení položky 8 .....	56
Tabulka 12 Vyhodnocení položky 9 .....	57
Tabulka 13 Vyhodnocení položky 10 .....	58
Tabulka 14 Vyhodnocení položky 11 .....	59
Tabulka 15 Vyhodnocení položky 12 .....	60
Tabulka 16 Vyhodnocení položky 13 .....	61
Tabulka 17 Vyhodnocení položky 14 .....	62
Tabulka 18 Vyhodnocení položky 15 .....	63
Tabulka 19 Vyhodnocení položky 16 .....	64
Tabulka 20 Vyhodnocení položky 17 .....	65
Tabulka 21 Vyhodnocení položky 18 .....	66
Tabulka 22 Vyhodnocení položky 19 .....	67
Tabulka 23 Vyhodnocení položky 20 .....	68
Graf 1 Pohlaví respondentů .....	46
Graf 2 Věková kategorie respondentů .....	47
Graf 3 Vzdělání respondentů .....	48
Graf 4 Vyhodnocení položky 1 .....	49
Graf 5 Vyhodnocení položky 2 .....	50
Graf 6 Vyhodnocení položky 3 .....	51
Graf 7 Vyhodnocení položky 4 .....	52
Graf 8 Vyhodnocení položky 5 .....	53

Graf 9 Vyhodnocení položky 6 .....	54
Graf 10 Vyhodnocení položky 7 .....	55
Graf 11 Vyhodnocení položky 8 .....	56
Graf 12 Vyhodnocení položky 9 .....	57
Graf 13 Vyhodnocení položky 10 .....	58
Graf 14 Vyhodnocení položky 11 .....	59
Graf 15 Vyhodnocení položky 12 .....	60
Graf 16 Vyhodnocení položky 13 .....	61
Graf 17 Vyhodnocení položky 14 .....	62
Graf 18 Vyhodnocení položky 15 .....	63
Graf 19 Vyhodnocení položky 16 .....	64
Graf 20 Vyhodnocení položky 17 .....	65
Graf 21 Vyhodnocení položky 18 .....	66
Graf 22 Vyhodnocení položky 19 .....	67
Graf 23 Vyhodnocení položky 20 .....	68

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

- EAN** ..... Syndrom – týraní, zanedbávání a zneužívání senioři  
**EDAN** ..... Důstojnost, zanedbávání a zneužívání starších lidí  
**WHO** ..... Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Adaptace** – přizpůsobení se

**Ageismus** – apriorní vyřazování starších lidí z různých aktivit

**Alzheimerova choroba** – neurodegenerativní onemocnění mozku

**Ambivalence** – dvojakost nebo dvojnáčnost

**Andropauza** – mužský přechod (obdobu menopauzy)

**Asynchronní** – nesoudobý

**Ateroskleróza** – kornatění tepen

**Atrofovat** – ubývat, ztenčovat se

**Autonomie** – samosprávnost

**Barthelův test** – slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

**Dekondice** – závažný pokles především vytrvalostní zdatnosti

**Demografická panika** – demografický alarmismus – strach ze zkolabování systému kvůli obrovskému nárůstu počtu důchodců v zemi

**Dezintegrovaný** – rozložený

**Disociovaný** – oddělený

**Diabetes mellitus** – cukrovka (úplavice cukrová)

**Diogenův syndrom** - označení pro psychiatrické onemocnění, typičtější pro lidi vyššího věku a jedná se o stav značně nepříjemný a zatěžující okolí nemocného

**Diskriminace** – termín označující nějaké rozlišování

**Dysfunkce** – narušená nebo odchylná funkce orgánů

**Edukace** – vzdělávání

**Elasticita** – pružnost

**Emoční labilita** – nápadná až extrémní citová a výrazová proměnlivost a nevyrovnanost, snadné střídání i protikladných emocí a jejich projevů

**Empatie** – vcítit se

**Ergoterapie** – je léčebná metoda, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností

**Eutanazie** – usmrcení na žádost

**Exacerbace** – zhoršení nebo nové vzplanutí nemoci

**Fenotyp stáří** – tělesné projevy, jimiž se odlišují staří lidé od mladých

**Frailitismus** – diskriminace křehkých lidí na základě křehkosti

**Genová exprese** – proces, kterým je v genu uložená informace převedena v reálně existující buněčnou strukturu nebo funkci

**Geriatricie** – obor, který se zabývá problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří

**Geron** – starý člověk

**Gerontofilie** – náklonnost či reaktivita (zpravidla s erotickým rozměrem) vůči starým osobám

**Gerontofobie** – strach ze stáří, ze starých lidí

**Gerontologie** – nauka, souhrn poznatků o stárnutí a stáří

**Hospitium** – latinský výraz pro útulek

**Hypertenze** – Vysoký krevní tlak

**Iatrogenní poškození** – poškození lékařským, zdravotnickým zásahem

**Infantilizace** – zdětinštění

**Interakce** – vzájemné působení

**Interindividuální variabilita** – kvantitativní rozdíly téže subjektivní proměnné (reakce, funkce) u více jedinců ve stejném čase

**Involuční deteriorace** – věkově podmíněné narůstající změny v průběhu stárnutí a stáří

**Kardiovaskulární systém** – oběhová soustava

**Langerhansovy ostrůvky** – jsou součástí tkáně slinivky břišní

**Logos** – řecké slovo (český překlad – nauka)

**Maladaptace** – nepřizpůsobení se novým životním podmínkám

**Malhygiena** – zanedbaný vzhled, přestane o sebe dbát

**Maligní komunikace** – zhoubné, škodlivé, destruktivní chování, které je konstantní součástí určitého sociálního prostředí. Tato komunikace nerespektuje lidskou důstojnost, ubližuje

**Menopauza** – ztráta menstruace (přechod)

**Mortalita** – úmrtnost

**Natalita** – porodnost

**Ontogeneze** – proces, kterým prochází jedinec od splynutí pohlavních buněk až po dospělost

**Paliativní** – komplexní

**Participace** – znamená sdílení něčeho, účast nebo podílení se na něčem

**Penzionování** – jedna z personálních činností, zajišťuje pomoc při odchodu pracovníků do důchodu

**Peristaltika** – je pozvolný rytmický pohyb stěn některých dutých orgánů, které slouží k posunování jejich obsahu jedním směrem

**Regresivní** – upadající

**Respirační systém** – dýchací systém

**Řasinkový epitel** – posunuje hlen směrem od plic, a tím odstraňuje v hleny obsažené škodlivé částice směrem od plic

**Sociální darwinismus** – teorie, která se snaží aplikovat Darwinovy úvahy o přírodním výběru a přežití nejschopnějších na lidskou společnost, její vrstvy a jednotlivce

**Sociální exkluze** – sociální vyloučení

**Terminální fáze života** – prognóza přežití v řádu několika týdnů, dnů a hodin

**Vitální funkce** – funkce nezbytné k životu

## ÚVOD

Jsou tomu skoro již 3 roky, co mi po dlouhé nemoci zemřel dědeček. Poslední měsíce života strávil doma v okruhu naší rodiny, která o něj s láskou, někdy i s pomocí pečovatelek z charitní péče, pečovala. Péče o něj nebyla jednoduchá, přesto jsme ji všichni svým způsobem zvládali, a to jak po fyzické stránce, tak také po stránce psychické. O dědečka jsme pečovali zhruba tři čtvrtě roku. Poté, co se jeho stav zhoršil a během několika dní zemřel, jsem si uvědomila, že jsme pro něj udělali maximum a že jsme pro něj nemohli udělat nic lepšího, než mu dopřát poslední měsíce života tam, kde to miloval. Tato bolestná zkušenost mě však po čase inspirovala k tomu, abych si péči o seniora v domácím prostředí z pohledu pečujícího, zvolila jako téma své bakalářské práce.

Protože sama z vlastní zkušenosti vím, jak je péče o seniora v domácím prostředí náročná, je cílem mé bakalářské práce zjistit, jestli pečující o seniora v domácím prostředí jsou schopni se o něj postarat.

Práce má dvě části. V teoretické části práce se zabývám problematikou geriatric a gerontologie, stářím a stárnutím. Neméně důležitá je také kapitola o rodině, kde se především zaměřuji na problematiku rodiny a seniora. Dále se také zabývám potřebami seniorů a poslední kapitola teoretické části je pak věnována péči o seniory.

Praktická část je tvořena vyhodnocením průzkumu na základě dat, které byly získány prostřednictvím mnou vytvořeného dotazníku, který byl rozdán v únoru 2014 mezi lidi, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, jež žijí na Opavsku. Proto, aby bylo dosaženo cíle bakalářské práce, je stanoven průzkumný problém, pro jehož vyřešení je potřeba dosáhnout tří vytyčených průzkumných cílů. Pro každý z těchto cílů je stanovena jedna průzkumná otázka, na kterou je předem odpovězeno hypotézou. Hypotéza je posléze na základě výsledků souvisejících položek v dotazníku potvrzena nebo vyvrácena. V závěru praktické části se pak věnuji diskuzi nad výsledky průzkumu, ze kterých poté vyplývají některá doporučení pro praxi.

## Teoretická část

### 1 Gerontologie, geriatrie

Rychlost demografického stárnutí lidské populace vedla k rozvoji nové vědní disciplíny, která se nazývá **gerontologie** (gerontology), jejímž autorem byl ovšem již v 19. století I. I. Mečnikov. Počátkem 20. století pak vznikl další pojem **geriatrie** (geriatrics) pro medicínskou problematiku stáří (ČEVELA et al., 2012).

#### 1.1 Gerontologie

Pojem **gerontologie** je odvozen z řeckého slova **geron**, **gerontos**, což znamená starý člověk a slova **logos**, které je českým překladem slova **nauka**. Gerontologie je tedy nauka o stáří. Zabývá se příčinami, zákonitostmi, projevy stárnutí, problematikou života starých lidí, respektive jejich života ve stáří. Zkoumá rovněž sociální důsledky stárnutí (ČEVELA et al., 2012), (EULDERINK, 2004), (LAMPOVÁ, 2011).

Gerontologie se dělí do tří základních skupin:

- a) Experimentální (teoretická) - zabývá se studiem procesů a příčin stárnutí.
- b) Klinická – zkoumá zvláštnosti zdraví, podporu zdraví ve stáří, zdravotní problémy – choroby, jejich léčení, prevenci a rehabilitaci.
- c) Sociální – zabývá se existencí a životem ve stáří, vztahy mezi jednotlivými seniory, společností a jejím stárnutím (LAMPOVÁ, 2011).

#### 1.2 Geriatrie

Zdravím a jeho udržováním ve stáří, zvláštnostmi chorob, léčebnými postupy a diagnostikou se zabývá **geriatrie**. Geriatrie je diferencovaná (ČEVELA et al., 2012).

Složkami geriatrie jsou:

- a) Akutní a chronická
- b) Preventivní a paliativní
- c) Rehabilitační a ošetrovatelská
- d) Klinická a organizační (ČEVELA et al., 2012)



## 2 Stáří a stárnutí

Ještě v pozdním věku mnoho lidí vyhlíží a chová se relativně mladistvě, pomoc okolí nepotřebuje. Někteří lidé jsou ale odkázáni na pomoc druhých. Stáří představuje významný fenomén života novodobé společnosti, který je stále diskutovanější, s ohledem na aktuální demografické trendy. Stále více seniorů v dnešní moderní době přibývá a odborné zdroje tak častěji upozorňují na nutnost zabývat se touto problematikou, jelikož hrozí sociální vyloučení jedinců či dané skupiny lidí (seniorů). S problematikou stáří a stárnutí by měla být veřejnost seznamována a měla by být o ní informována.

Lidstvo provází po celou dobu jeho existence zájem o stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech stárnutí, předpoklady a řešení oddálení této části lidského života. V zájmu celé společnosti je zajistit co nejlepší péči o staré občany. Této problematice věnují svou pozornost nejen gerontologové a geriatři, ale také sociologové, psychologové, politici či ekonomové. Stárnutí je problémem celosvětovým. Je potřeba jej akceptovat, umožnit mu další vývoj v dnešní moderní společnosti. Stáří je také velmi často spojováno se slovem, jako je například **nemoc** nebo **zoufalství, samota** a další. Podle názoru odborníků se však dá stáří prožít stejně tak pěkně, jako ostatní etapy lidského života (ČEVELA et al., 2012).

### 2.1 Pojmy stáří a stárnutí

Základními pojmy této problematiky jsou tedy stáří a stárnutí. Pojďme si tyto pojmy blíže specifikovat.

**Stáří** je obecné označení pro pozdní fáze ontogeneze. Jedná se o poslední etapu vývoje, která uzavírá, respektive završuje život člověka. Souhrnně se jedná o důsledek a projev involučních změn funkčních a morfologických. Tyto změny probíhají druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedou k tzv. **fenotypu stáří** (ČEVELA et al., 2012).

Pojem **stárnutí** představuje souhrn zánikových změn (involučních, regresivních, negativních) morfologických a funkčních, které nastupují postupně. Jde o proces

disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní, který je geneticky zčásti kódován. Jedná se například o odolnost bílkovin a jiných struktur, nastupující menopauzu, andropauzu a další (ČEVELA et al., 2012).

## 2.2 Vymezení a periodizace stáří

Samotné vymezení a periodizace stáří je obtížné. Stáří ale zpravidla tradičně rozlišujeme na kalendářní, biologické a sociální (LAMPOVÁ, 2011).

### 2.2.1 Kalendářní stáří

Je dáno dosažením určitého dohodnutého věku (sociální konstrukt), jenž vyplývá z empirie obvyklého, **průměrného** průběhu života a biologického stárnutí. Kalendářní stáří lze snadno a jednoznačně stanovit, takže vyhovuje demografickým i jiným potřebám. Neříká však nic o individuálních involučních změnách, ani o sociálních rolích, jeho parametry se historicky mění – se zlepšováním zdravotního stavu a prodlužováním naděje dožití se již po řadu generací setrvale pokles potenciálu zdraví zpomaluje a hranice stáří se tak posouvá do vyššího věku. Existuje však mnoho výjimek lidí, kteří stárnou rychleji a dříve nebo naopak pomaleji a později než průměr. Jejich individuální biologický věk se tak výrazně neshoduje s **průměrným** věkem kalendářním (ČEVELA et al., 2012).

V šedesátých letech 20. století byla komisí expertů světové zdravotnické organizace (WHO) doporučena patnáctiletá periodizace stáří. Kalendářní stáří tedy rozdělili na:

- a) Rané stáří – od 60 do 74 let věku
- b) Vlastní stáří – od 75 až do 89 let věku
- c) Dlouhověkost – od 90 let věku (DLOUHÁ et al., 2011)

Americká geriatrická společnost pak stáří rozděluje na:

- a) Mladší stáří – od 65 do 74 let věku
- b) Stáří – od 75 do 84 let věku
- c) Velmi staří – od 85 do 94 let věku
- d) Dlouhověkost – od 95 let věku (DLOUHÁ et al., 2011)

### 2.2.2 Biologické stáří

Dosažením určité míry involučních změn, poklesu potenciálu zdraví (vzájemně provázané zdatnosti, odolnosti a adaptabilita) je dáno biologické zdraví. Jedná se o souhrn nevratných biologických změn, případně genových expresí, které predikují zvýšené riziko nemocí, deficitů funkcí a úmrtí, případně i maximální čas, který zbývá do přirozené smrti u daného člověka. Mezi vnější vyjádření involučních změn (biologického stáří) patří pokles výkonnosti, míra funkčního zdraví či fenotyp stáří (stařecké změny postavy, postoje, chůze, vlasů, pokožky, chrupu, atd.), ale také subjektivní vnímání výkonnosti a životní perspektivy. Zdá se, že psychický aspekt (subjektivní vnímání věku, které souvisí i s vnímáním úbytku či naopak dostatku sil, potenciálu zdraví), je významným faktorem biologického stáří, životní prognózy a rozvoje geriatrické společnosti (ČEVELA et al., 2012).

### 2.2.3 Sociální stáří

Sociální stáří je dáno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí a postojů, sociálního potenciálu. Dále pak souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku, jakými jsou například penzionování, pokles životní úrovně, nezaměstnatelnost, veteránství (zastarávání znalostí), odchod dětí z orientační rodiny, ovdovění, ztráta perspektiv a aspirací, přijetí role penzisty a starého člověka, obvykle v souvislosti s funkčními deficity a různou mírou znevýhodnění oproti mládí. Jedná se o **vystoupení** či **vytlačení** ze světa mládí, tzn. mladých schopností, aspirací, motivací, zájmů a povinností (ČEVELA et al., 2012).

Za počátek sociálního stáří obvykle považujeme odchod do důchodu nebo věk vzniku nároku na starobní důchod. Odchod do důchodu spolu s důrazem na autonomii a participaci seniorů je vykazován jako významný posun v životě seniorů. Můžeme pak předpokládat různé postoje a schopnosti (pracovat, penzionovat, atd.) v různých profesích. Do vyššího věku se ale posouvají i jiné sociální události včetně pozdního rodičovství nebo uzavírání manželství (ČEVELA et al., 2012).

## 2.3 Adaptace a příprava na stáří

Stáří představuje velkou životní změnu v životě každého člověka. Adaptace na stáří závisí na mnoha faktorech. Jako nejdůležitější se pak jeví osobnost člověka, jeho aktivita a zkušenosti (MLÝNKOVÁ, 2011).

Jak se vyrovnat s vlastním stářím je možné popsat několika způsoby:

**Konstruktivní přístup** – pozitivní přístup k životu, tito senioři jsou přizpůsobiví a věnují se svým zájmům. Jsou smířeni se svým stárnutím. Vyhledávají aktivity, které je naplňují a dodávají jim další energii do života (MLÝNKOVÁ, 2011).

**Obranný postoj** – takový lze spatřit u lidí, kteří pracovali na vedoucích či manažerských pozicích, nemohou se smířit s vlastním stárnutím, úbytkem sil. V nemoci odmítají pomoc druhých (MLÝNKOVÁ, 2011).

**Závislost** – většinou se objevuje u osob, které v životě byly spíše pasivní a byli vždy vedeni a nasměrováni druhými lidmi. Často tito lidé zveličují své problémy (MLÝNKOVÁ, 2011).

**Nepřátelský postoj** – u těchto lidí se často setkáváme s nespokojeností. Bývají mrzutí, agresivní, chovají se nepřátelsky vůči druhým lidem. Tito senioři žijí většinou osamoceni (MLÝNKOVÁ, 2011).

**Sebenenávist** – někteří z těchto lidí mohou být pesimističtí, lítostiví, mají pocit, že jejich život nebyl naplněn. Cítí se osaměle, ale nevyhledávají kontakt. U této skupiny je velké riziko, že si mohou ublížit (MLÝNKOVÁ, 2011).

Samotná příprava na stáří není jednoduchá. Proto je velmi důležité vědět, že se jedná o problematiku celoživotní, nikoliv několikaletou před dosažením seniorského věku (MLÝNKOVÁ, 2011).

## 2.4 Změny ve stáří

Ve stáří dochází v organismu k mnoha změnám, kterým se nelze vyhnout. Všechny změny se ovlivňují a souvisí spolu mezi sebou. Změny tedy můžeme rozdělit do tří základních skupin:

- a) Biologické
- b) Psychické
- c) Sociální (MLÝNKOVÁ, 2011)

### 2.4.1 Biologické změny

Tyto změny probíhají zejména v orgánových soustavách, v jejich jednotlivých orgánech. Probíhají tedy v následujících systémech:

**Kardiovaskulárním systému** – klesá práce srdce, která se projeví při fyzické námaze či stresu. Snižuje se činnost srdce jako pumpy a srdce pak přečerpává méně krve – pokles průtoku krve jednotlivými orgány. S věkem klesá i elasticita cév a může vzniknout hypertenze (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 20-23).

**Pohybovém systému** – probíhá zejména změna výšky a váhy. Výška postavy se mění, protože atrofují meziobratlové ploténky. Chůze některých seniorů může probíhat v předklonu vlivem ochabování kosterních svalů. Narůstá riziko zlomenin a úrazů z důvodu řidnutí kostí. Dochází k úbytku kloubní chrupavky, který je doprovázen bolestivostí v kloubech, což omezuje seniory v pohybu (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 20-23).

**Respiračním systému** – respirační schopnost plic klesá s věkem. Typickým znakem je zadýchávání. Dochází k poklesu čistící schopnosti řasinkového epitelu, což může mít za následek záněty dýchacích cest. Snižuje se vitální kapacita plic (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 20-23).

**Trávicím systému** – k postižení tohoto systému dochází méně, ale dochází zde k velkým změnám. Probíhá snižování množství slin a trávicích enzymů. Zpomaluje se peristaltika – zácpa. Ve stáří mohou probíhat velké změny Langerhansových ostrůvků

ve slinivce břišní, dochází k výskytu stařecké formy cukrovky (diabetes mellitus) (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 20-23).

**Vylučovacím systému** – klesá schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč. Oslabuje se funkce svěračů močové trubice, což má za následek neschopnost udržet moč. Dochází ke snížení schopnosti kompletního vyprázdnění močového měchýře. Senioři často mívají nutkavé pocity k močení, protože určité množství moči zůstává v močovém měchýři (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 20-23).

**Pohlavním systému** – u každého seniora je sexuální aktivita individuální, u mnohých však přetrvává do vysokého věku. Varlata jsou schopna tvořit spermie i ve vyšším věku, i když se postupně snižuje jejich množství. U žen se změny začínou projevovat po menopauze. Dochází k ukončení sekrece pohlavních hormonů a ke zmenšování mléčné žlázy (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 20-23).

**Nervovém systému** – dochází ke snížení rychlosti vedení vzruchu v periferním nervovém systému, proto někteří senioři potřebují více času na příjem a zpracování informací (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 20-23).

**Smyslovém vnímání a spánku** – dochází ke snižování schopností smyslových orgánů. Výrazně může dojít k postižení zraku a sluchu. Dochází tak ke zhoršení zrakové ostrosti a schopnosti oka adaptovat se na tmu a šero. Stařecké změny mohou být doprovázeny vznikem šedého zákalu, který se projevuje sníženou zrakovou ostrostí. Zhoršený sluch je ve stáří velmi častý problém. Vzniká v důsledku atrofických změn sluchových drah. Lidé, kteří pracovali v hlučném prostředí, mívají častěji postižen sluch. Dalšími rizikovými faktory jsou toxické vlivy, atd. Nedslychavost je vážný problém, protože lidé mají problém v komunikaci, což může vést k sociální izolaci (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 20-23).

**Kožním systému** – snižuje se aktivita mazových žláz. Kůže totiž ztrácí schopnost zadržovat vodu. Proto může být suchá a může svědět. Mohou se také objevovat stařecké skvrny. Dochází ke snižování množství elastických vláken, tvoří se vrásky a snižuje se kožní napětí. V souvislosti s kožním systémem dochází k šedivění a

řídnutí vlasů a ochlupení, ke zvyšování tloušťky nehtů a ke vzniku podélných rýh na nehtech (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 20-23).

#### **2.4.2 Psychické změny**

Stárnutí zahrnuje různé změny psychiky. Psychický stav stárnoucího člověka se samozřejmě mění. Tímto jevem se zabývají lidé od počátku 20. století. Slovní zásoba zůstává nezměněna. Beze změn jsou rovněž jazykové dovednosti, způsob vyjadřování myšlenek a intelekt.

Se stářím však klesá také energie a vitalita, zhoršuje se mluva, která se zdá být pomalá nebo koktavá. Práce člověku trvá déle. Dochází ke zhoršování paměti, mění se chování člověka, osobnost. Setkáváme se se špatnou adaptabilitou, depresemi, změnou hodnot u seniorů. Mění se role člověka, vzniká emoční labilita, dochází ke změnám myšlení, které bývá zabíhavé a pomalé. Starší lidé jsou mnohdy nervózní a uzavírají se do sebe. Mívají starostlivé a úzkostné stavy. Do popředí se pak dostává zájem o vlastní zdraví, potřeba jistoty a bezpečí. Seniori také touží po tom být i ve vyšším věku uplatnitelní (LAMPOVÁ, 2011), (MLÝNKOVÁ, 2011).

#### **2.4.3 Sociální změny**

Starší lidé často trpí tím, že jsou pro společnost neužiteční, že jsou pro ni často přítěží. Seniori se špatně adaptují na nové změny, které stáří přináší. Dochází ke změnám sociální role (odchod do penze, role prarodiče), probíhají změny ekonomické, zvýšení fyzické a psychické závislosti, smrt životního partnera, změna bydliště, stěhování, ztráta blízkých, osamělost člověka, atd.

Kromě změn sociálních dochází také ke změnám v oblasti **citové**. Dochází ke zploštění citové emotivity u většiny seniorů, přičemž oslabena je především schopnost vyšších citů a snižuje se rovněž u citů estetických a sociálních. Funkční změny nervové soustavy vedou k typickým projevům emoční lability. Seniori jsou citově zranitelnější, mají sklon k úzkostem a depresím (MLÝNKOVÁ, 2011).

## 2.5 Demografie stáří

Demografie se zabývá reprodukcí lidských populací, podmínkami, které je ovlivňují a také pravidelnostmi, kterými je proces demografické reprodukce řízen.

Základními faktory - procesy demografické reprodukce jsou:

- a) Natalita - porodnost
- b) Mortalita – úmrtnost

Proces úmrtnosti popisují **úmrtnostní tabulky**. Výsledek těchto tabulek je naděje na dožití. Udává předpokládaný počet let, které má osoba daného věku a pohlaví ještě v průměru před sebou, pokud budou zachovány intenzity úmrtnosti podle věku, na základě kterých byla tato tabulka zkonstruována (ČEVELA et al., 2012).

Projekcí populačního vývoje, která je zpracována Českým statistickým úřadem, je **demografická prognóza České republiky**. Jejím cílem je stanovení směru budoucího populačního vývoje a také ukázat změny ve věkovém složení obyvatelstva. Hlavní závěry této projekce jsou takové, že se sníží celkový počet obyvatelstva. Předpokládá se zvýšení úrovně plodnosti, ale obyvatelstvo výrazně zestárne, přičemž podíl osob ve věku nad 65 let se bude blížit jedné třetině v roce 2050, u osob starších 85 let se do roku 2050 podíl zvýší pětinašobně. Do roku 2030 se předpokládá nárůst počtu seniorů o 40-80 procent. Budeme tedy do budoucna muset počítat s tím, že každý dvacátý občan České republiky bude starší 85 let (ČEVELA et al., 2012).

Poměr aktivních občanů vůči seniorům je dnes neaktivní. Na jednoho seniora připadá pouze 1,77 aktivního občana. Proto, aby byla udržena populace, je třeba udržet porodnostní poměr alespoň 2,1 dítěte na ženu.

## 2.6 Sociální patologie ve stáří

Sociální aspekty neúspěšného stárnutí, maladaptaci na stáří, osamělost, věkovou diskriminaci, chudobu člověka, materiální nezabezpečení a také nevhodné zacházení, tedy zanedbávání, zanedbávání sebe sama, zneužívání, ale i týrání považujeme za sociální patologii ve stáří (ČEVELA et al., 2012).



Patologické stáří a neúspěšné stárnutí jsou charakterizovány:

- a) Psychicky – závažná nespokojenost, maladaptace, bezvýchodnost, úzkost, deprese.
- b) Zdravotně a funkčně – špatným funkčním zdravím, kriticky nízkou úrovní potenciálu zdraví (zdatnost, odolnost, atd.), objevují se závažné funkční deficity, prognosticky a funkčně závažné choroby včetně syndromu demence a rozvinuté geriatrické křehkosti.
- c) V interakci s prostředím – nesoběstačností.
- d) Sociálně – vysoká míra péče, nutné podpory, přičemž pokud není poskytnuta, projevuje se zanedbaností, sociální exkluzí.
- e) Spirituálně – pocity marnosti, nesmířenosti, nenaplněnosti života (ČEVELA et al., 2012).

Kombinace několika faktorů se obvykle podílí na tomto subjektivně a společensky závažném stavu s vysokou mírou utrpení či konzumace společenských výdajů. Mezi nejzávažnější z nich patří:

- a) Výrazná involuční deteriorace, pokročilá geriatrická křehkost – se závažnou svalovou slabostí, dekondukcí, atd.
- b) Nebezpečný životní styl – nevhodné stravování, obezita, nedostatek pohybu, atd.
- c) Přítomnost invalidizujících, kauzálně neléčitelných chorob a stavů – například poúrazových či amputačních. Nejzávažnější choroby, které vedou k patologickému stáří, jsou například ateroskleróza, Alzheimerova choroba, osteoartróza a další.
- d) Nekonstruktivní osobnostní charakteristiky a maladaptace na stárnutí – rezignace, ztráta motivace, při jednání a komunikaci je daný senior konfliktní.
- e) Ztotožnění s často nedobrovolně vnucenou rolí závislého, nezdatného starce.
- f) Náročné bariérové prostředí – život v odlehlých oblastech.
- g) Osamělost – nedostatečná podpůrná přirozená sociální síť.
- h) Chudoba – nedostatek prostředků k zabezpečení, seberealizaci, nedostatek prostředků pro úpravu prostředí.
- i) Nevzdělanost – nedostatečné znalosti o možných řešeních různých problémů.
- j) Dysfunkce podpůrných služeb – jejich chybění či paralyzující pečování s naučenou nebo dokonce vynucenou závislostí.

- k) Nepřátelská atmosféra věkové diskriminace – negativních předsudků, stereotypů, atd.
- l) Iatrogenní poškození geriatricky nepoučenými a nevstřícnými zdravotnickými službami – nežádoucí účinky léků, komplikace při hospitalizaci, mobilita, atd. (ČEVELA et al., 2012).

### 2.6.1 Věková diskriminace

Diskriminaci na základě věku, především stáří, označujeme jako **ageizmus**. Tento pojem zavedl a rozpracoval v roce 1968 gerontolog R. Butler. Může v zásadě nabývat dvou podob (ČEVELA et al., 2012).

Vyloučení staršího člověka na základě věku je otevřenou hrubou diskriminací, např. z určité služby – ve zdravotnictví se může např. jednat o určitý lékařský zákrok limitovaný věkem pacienta. Nikoliv však z důvodů odborných, ale kapacitních či úhradových.

Častěji než s diskriminací na základě věku se můžeme setkat s diskriminací na základě funkčního stavu s podceněním účinnosti, účelnosti a oprávněnosti odmítnuté služby – můžeme hovořit o diskriminaci křehkých lidí na základě křehkosti, tedy o **frailitizmu**. Přesvědčení o marnosti a bezcennosti existence křehkých nesoběstačných starých lidí, v duchu sociálního darwinizmu, patří obvykle k jeho kořenům. Některá věková omezení, jako je například žádost o půjčku, mohou být oproti rasové či náboženské diskriminaci považována za oprávněná. Některá však mohou být diskutabilní (například při konkurzech o pracovní místo).

Mnohem častěji se můžeme setkat s formou věkové diskriminace a společenského znevýhodnění, jako jsou negativní předsudky a stereotypizace starších lidí, které často prezentují média tím, že staré lidi ukazují jako neschopné, nezdatné, pasivní, jako příjemce služeb a dávek, oběti podvodů či trestných činů. Vzniká despekt ke starým lidem, stáří je považováno za bezcenné, **postproduktivní**, zbytečně nákladná fáze života (ČEVELA et al., 2012).

Demografická panika (demografický alarmismus) přispívá ke vzbuzování **gerontofobie** a negativních nálad vůči starším lidem. Dochází ke zdůrazňování problémů se starými lidmi v souvislosti se stabilitou veřejných rozpočtů, financováním průběžného penzijního systému či zdravotnictvím, atd. V důsledku těchto problémů hrozí rozvrat mezigenerační solidarity. Nejen v české společnosti existují názory o přemnožení lidstva s nadbytkem **marných**, přebytečných, zatěžujících lidí, o zkvalitňování společnosti, vedoucí až k využívání eutanazie a přitakání sociálnímu darwinizmu (ČEVELA et al., 2012).

Věková diskriminace má souvislost s věkovou nesnášenlivostí až **gerontofobií**. Jejím typickým příkladem je petiční odmítání výstavby domovů pro seniory okolními obyvateli. Staří lidé bývají často prezentováni jako nevhlední, pohoršující a nebezpeční svým chováním, hygienou a zdravotním stavem včetně infekčních chorob (ČEVELA et al., 2012).

### 2.6.2 Nevhodné zacházení se starými lidmi

Nevhodné zacházení se seniory či nevhodné chování vůči nim může mít různé příčiny. Zvláštního významu nabývá tato problematika u seniorů závislých a výrazně znevýhodněných.

Z násilného hlediska se staří lidé mohou stát oběťmi:

- a) Běžné kriminality
- b) Domácího násilí
- c) Násilí vůči křehké závislé osobě (v domácnosti, v ústavní péči, atd.)

Z hlediska domácího násilí vůči křehkým seniorům je specifickým rysem jejich částečná nebo úplná závislost na tom, kdo se tohoto nevhodného chování dopouští. Obvykle takovýto člověk ale nemůže tuto domácnost opustit, protože by přijetím do ústavní péče ztratil domácí autonomii. V tomto kontextu se především hovoří o **elder abuse**, respektive **elder abuse and neglect** (zkratka **EAN** – syndrom zanedbávání a zneužívání seniorů), jako o zvláštní formě domácího násilí (ČEVELA et al., 2012).

V některých případech dochází i k narušování důstojnosti seniora, ztrátě respektu a nezájmu, k jeho zneužívání (např. finančnímu), které časem může vést až k cílevědomému násilí. Mluvíme pak o **elder dignity, abuse and neglect** (zkratka **EDAN** – důstojnost, zneužívání a zanedbávání starších lidí).

Základní formy syndromu zanedbávání a zneužívání seniorů jsou:

- a) Násilí tělesné – nejen bití, ale i kopání, škrčení, atd.
- b) Násilí psychické – urážení, vyhrožování, ponižování, atd.
- c) Zneužívání finanční – vynucování peněz, převody majetku, omezování způsobilosti k právním úkonům, atd.
- d) Sexuální zneužívání – nejen vzácná gerontofilie, ale násilí i ze strany dementského partnera či mladšího klienta v ústavní péči.
- e) Zanedbávání péče
- f) Self-neglect – zanedbávání sebe sama – malhygiena, zanedbaný vzhled, Diogenův syndrom, syndrom hromadění.
- g) Druhotné ponižování – nedůstojné podmínky k tomu, aby získal senior sociální pomoc, atd. (ČEVELA et al., 2012).

Velmi vážným a bohužel také pravděpodobně velmi častým problémem je značný výskyt nevhodného jednání s křehkými geriatrickými pacienty v dlouhodobé ústavní péči. Zde se jedná především o ponižování (nerespektování soukromí, důstojnosti, studu, apod.), maligní komunikaci, omezování pohybu mimo ústavní zařízení a další.

Hyperprotektivní (paralyzující) péče s naučenou závislostí jako projevem adaptace a nevhodná komunikace včetně infantilizace (komunikace se starými lidmi jako s dětmi) patří mezi zvláštní formy nevhodného chování, a to nejen v ústavní péči.

V domácím prostředí je pro nevhodné zacházení se staršími lidmi typická jejich závislost na původcích nevhodného chování, ale také ambivalence vztahu k němu, pro kterou jen výjimečně hledá poškozený senior úřední pomoc. Mezi příčiny nevhodného chování a jednání patří také vyčerpání a bezradnost pečujících rodin, zvláště v rodinách, kde pečují o dementského seniora. Proto mají před kriminalizací –

odhalování, skandalizací a trestáním viníků přednost dohledové, edukační a podpůrné společenské aktivity (ČEVELA et. al., 2012).

## **2.7 Lidská a občanská práva starších občanů**

Existuje několik způsobů, kterými mohou být ohrožena lidská a občanská práva starších lidí.

**Článek 3 Všeobecné deklarace lidských práv** stanoví, že každý má všechna práva a všechny svobody stanovené touto deklarací, bez jakéhokoli rozlišování (podle rasy, barvy, pohlaví, jazyka, náboženství, sociálního původu, atd.) Jak již ale bylo uvedeno, existují pojmy jako ageismus pro věkovou diskriminaci (především ve smyslu předsudků, negativních stereotypů, minimalizace potřeb i schopností, nuceného penzionování) a frailitismus pro diskriminaci z důvodu křehkosti, věčnosti a funkčních deficitů (ČEVELA et. al., 2012).

**Článek 5 Všeobecné deklarace lidských práv** stanoví, že nikdo nesmí být mučen nebo podrobován krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu, ale právě křehcí a nesoběstační lidé mohou být podrobováni, zvláště v ústavních zařízeních, systémovému ponižujícímu zacházení (omezování, kurtování, apod.)

**Článek 13 Všeobecné deklarace lidských práv** stanoví, že každý má právo volně se pohybovat a svobodně si volit bydliště uvnitř určitého státu. Například nesoběstační senioři mohou být často přemístěni do zařízení dlouhodobé ústavní péče, proti své vůli, čímž je zásadně omezena volnost jejich svobodného pohybu (ČEVELA et. al., 2012).

**Článek 29 Všeobecné deklarace lidských práv** stanoví, že každý má povinnosti vůči společnosti, v níž jedině může volně a plně rozvinout svou osobnost. Někteří staří lidé se naučili nárokovat jen svá domnělá práva, mnohdy problematicky chápána jako nárok na doživotní bezpracné ekonomické zabezpečení, aniž by si připouštěli své povinnosti a svou společenskou zodpovědnost (ČEVELA et. al., 2012).

### 3 Rodina

Základním článkem ve společnosti je **rodina**. Uspokojuje důležité potřeby svých členů. Uspokojuje základní životní potřeby, potřebu sociálního styku a komunikace, vzájemné pomoci a lásky, dále také jistoty a vytváří podmínky pro dosahování krátkodobých i dlouhodobých cílů. Rodina je také důležitým článkem při realizování životní cesty a nalézání smyslu života (ROZSYPALOVÁ et al., 2003).

Rodina je velmi důležitá, protože vzniká pevná vazba mezi jednotlivci. V průběhu času se v rodině učíme, poznáváme různé věci. Napomáhá nám překonávat situace, ve kterých potřebujeme pomoci. Každý z nás má určitý hodnotový žebříček, ale téměř ve všech případech je vždy rodina na prvním místě. Rodina je pro nás vše, naučila nás respektovat jeden druhého, stojí za námi v dobrém i zlém. Rodina jsou pro nás ti nejbližší, kteří s námi prožívají vše důležité (ROZSYPALOVÁ et al., 2003).

Širší okolí rodiny nazýváme **sociální sít' rodiny**, do které patří především prarodiče, strýcové, tety, bratrance či sestřenice a další (ROZSYPALOVÁ et al., 2003).

#### 3.1 Funkce a proměna rodiny v průběhu času

Společenské postavení rodiny se mění stejně tak, jako se mění společnost, rodinné vztahy a funkce rodiny. Některé funkce rodiny získaly na důležitosti, naproti tomu některé funkce v moderní společnosti svůj význam ztratily.

Funkce rodiny lze podle Jiřího Výrosta rozdělit do následujících kategorií:

- a) Funkce reprodukční
- b) Funkce materiální – tato funkce není v důsledku vývoje společnosti tak významná, jako v dobách dřívějších. Vzhledem k dnešnímu systému sociálních podpor se snižuje závislost slabších členů na těch silnějších.
- c) Funkce výchovná – z hlediska orientace dítěte v okolním světě je významná, zároveň jej informuje o tom, co je žádoucí a co špatné, jak by se mělo a nemělo chovat.

- d) Funkce emocionální – je velmi významnou a nezastupitelnou funkcí. Každý jedinec by měl ve své rodině uspokojovat potřeby podpory, pomoci a přijetí (JAROŠOVÁ, 2007), (LAMPOVÁ, 2011).

Základním předpokladem pro plnění výše uvedených funkcí je existence všech členů rodiny, v případě dítěte přítomnost obou rodičů, v případě seniora pak ochota rodiny se o něj postarat, protože rodina je mnohdy to jediné, o co se senior může opřít (JAROŠOVÁ, 2007), (MLÝNKOVÁ, 2011).

### 3.2 Rodina a senior

V posledních letech se stalo v českých rodinách zvykem, že se stále častěji začal objevovat odklon jedinců od rodiny a začal být kladen větší důraz na individualitu každého z členů rodiny. Nastal zde však problém, jak se optimálně postarat o členy rodiny, kteří již dosáhli seniorského věku. U lidí, kteří stárnou, totiž lze očekávat, že v budoucnu budou potřebovat péči a podporu od své rodiny. V ideálním případě by senior neměl opouštět své známé prostředí, ale měl by zde setrvat a pečovat o něj by měla jeho rodina.

V současné době je ovšem péče o seniora v domácím prostředí v některých případech dosti obtížný či nerealizovatelný úkol. Svou roli zde může sehrát fakt, že děti často po dosažení dospělosti opouštějí své rodiče a žijí samostatně. Dalším důvodem může být pracovní vytížení členů rodiny, její špatná finanční situace, atd. Velký význam může mít také nárůst lékařských a sociálních služeb pro seniory. Aby péče o seniora byla správná a smysluplná, rodina musí splňovat několik základních předpokladů, jako jsou **moci** pečovat, **chtít** pečovat a **umět** pečovat (KLEVETOVÁ et al., 2008), (LAMPOVÁ, 2011).

Moci pečovat znamená mít podmínky fyzické, materiální, psychické a další. Chtít pečovat lze chápat jako ochotu najít vhodná řešení v problémových situacích. Umět pečovat představuje dostatečné množství vědomostí o možnostech poskytované pomoci a správném provádění péče o seniora (LAMPOVÁ, 2011).

### **3.2.1 Soběstačnost seniorů**

Z hlediska soběstačnosti v běžných denních aktivitách můžeme nemocné seniory rozdělit do následujících kategorií:

- a) Lidé soběstační – lidé v pořádku po psychické stránce a nepotřebují pomoc druhé osoby.
- b) Nemocní, částečně soběstační – jsou schopni se obstarat i mimo lůžko, ale za předpokladu pomoci svého okolí.
- c) Nemocní, částečně nebo zcela soběstační, kteří však vyžadují pomoc okolí z důvodu upoutání na lůžko, případně psychické dekompenzace.
- d) Nesoběstační nemocní – jsou upoutáni na lůžko, psychicky dekompenzovaní, zcela závislí na pomoci svého okolí pro těžký zdravotní a psychický stav.

Pozorováním seniora při různých denních aktivitách lze odhadem zjistit, do jaké míry je nemocný senior soběstačný či naopak. Přesněji lze soběstačnost zjistit pomocí různých měřících technik. Tyto testy nejčastěji provádí zdravotní sestra a výsledky pak vypovídají o míře soběstačnosti daného seniora. Jedná se například o Barthelův test základních všedních dovedností (Příloha B) nebo Testování vývoje soběstačnosti (Příloha E). Úroveň soběstačnosti je poté třeba udržovat, případně rozvíjet, aby senior byl schopen, co nejdéle, se o sebe postarat bez pomoci okolí (KLEVETOVÁ et al., 2008).

Rodina by samozřejmě měla sledovat a zajímat se o zdravotní a psychický stav seniora. Je potřeba si uvědomit, že vliv na výše zmíněnou problematiku soběstačnosti může mít také přístup rodiny k danému seniorovi.

### **3.2.2 Komunikace se seniorem**

V sociální interakci musí být používané komunikační techniky a dovednosti přizpůsobeny požadavkům komunikujících subjektů individuálně. Podle zdrojů z odborné literatury není potřeba v obecné rovině respektovat žádná zvláštní omezení v oblasti komunikace se seniory. Důležité však je, aby bylo přistupováno individuálně k jednotlivým seniorům, hodnotit jejich schopnosti, potřeby, atd. Bez ohledu na čas či



nějaké onemocnění nevykazují staří lidé žádnou ztrátu inteligence, ale přesto vyžadují více času na sestavení odpovědí.

**Empatie** je základním předpokladem pro to, abychom správně komunikovali s nemocným člověkem. Tento pojem sice vyjadřuje naši schopnost vcítit se do druhé osoby, na druhou stranu však neznamená, že musíme rozumět tomu, jak se nemocný v danou dobu a chvíli cítí. Přestože s danou situací třeba nemáme zkušenost a pravděpodobně bychom se v ní třeba cítili jinak, je naší snahou pochopit pocity a způsob prožívání dané situace seniorem (POKORNÁ, 2010).

Používání známých výrazů patří mezi další zásady správné komunikace s nemocným seniorem. Ten totiž těmto výrazům rozumí, i když je potřeba, abychom se vyjadřovali jasně, pomalu a zřetelně. Důležité také je, abychom mu nepokládali více otázek najednou. Rozhovor o vážnějších a dlouhých tématech je potřeba naplánovat na vhodnou dobu, protože je potřeba sdělování informací promyslet, jelikož může dojít k rozrušení seniora a dané informace by nemusel unést (POKORNÁ, 2010).

Další a velmi důležitou zásadou při komunikaci se seniorem je to, abychom si získali a udrželi jeho důvěru. Tu si získáme tak, že dáváme najevo náš zájem o starosti nemocného. Pokud s ním vedeme rozhovor, sedneme si k němu, díváme se mu do očí a především aktivně nasloucháme. Měli bychom klást otevřené otázky a dotyčný senior je může doplnit. Pokud končíme náš rozhovor se seniorem, musíme zopakovat nejdůležitější body našeho rozhovoru, abychom v seniorovi vyvolali dojem, že jsme mu skutečně naslouchali a že se snažíme pomoci najít vhodné řešení, aby mohlo dojít k řešení jeho problému (POKORNÁ, 2010).

V případě, že senior má obavy, rozhodně danou situaci nezesměšňujeme, právě naopak jej musíme povzbudit ve vyprávění a každý rozhovor se snažíme co nejvíce rozvést. Pokud nám senior klade otázky, na které odpověď neznáme, chováme se čestně a svou neznalost bychom měli přiznat (POKORNÁ, 2010).

## 4 Senior a jeho potřeby

Projevem nějakého nedostatku nebo něčeho, co chybí v organizmu, je potřeba. Může se také projevit nadbytkem. Při nedostatku nebo nadbytku něčeho nás vede k určité činnosti, k určitému jednání (např. máme hlad, jdeme se najíst). Během měnícího se věkového období se mění také naše potřeby. Jiné potřeby máme v dětství, jiné naopak ve stáří. Mění se orientace potřeb, přičemž v popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Výrazné jsou také potřeby fyziologické, potřeby jistoty a lásky. (MLÝNKOVÁ, 2011).

Hierarchií potřeb (Příloha C) se zabýval Abraham Maslow, který ji zobrazoval jako pyramidu. Potřeby lze rozdělit do těchto skupin:

**Fyziologické** – potřeba jídla, vyprázdnit se, potřeba spánku, potřeba nemít bolest, zajištění tepla a pohodlí. Sexuální potřeba, hygienická péče a úprava zevnějšku jsou pro seniora méně významné (MLÝNKOVÁ, 2011).

**Vyšší potřeby** – strach z onemocnění a ze ztráty partnera v závislosti na druhých lidech. Dominantní je potřeba jistoty a bezpečí. Závislost na druhých je to, s čím se senioři těžce smiřují. V případě ztráty či úmrtí životního partnera může být hůře uspokojována potřeba komunikace. Mnozí senioři pracují až do vyššího věku, starají se o zahrádku a také dohánějí to, co nestihli dříve (MLÝNKOVÁ, 2011).

**Duchovní potřeby** – V závěrečných etapách života se senioři ohlíží do minulosti. Často také hodnotí kvalitu života, který prožili. Potřebují se svěřovat se svými problémy a myšlenkami, proto by jim mělo být nasloucháno a odpovídáno na jejich otázky a dotazy. Duchovní potřeby nejsou v institucionální péči dostatečně uspokojovány, avšak hospice mají zřízeny kaple, ve kterých se mohou senioři účastnit mší, vyzpovídat se duchovnímu a dosáhnou tak vnitřní svobody. Uspokojování duchovních potřeb není však jen víra v Boha. Potřeba sounáležitosti, důvěry, závislosti na někom spadají také do duchovních potřeb nemocného, jelikož personál či pečující může v mnohých ohledech nemocnému také pomoci. Pečující mohou plnit roli tzv. **prostředníka** a na žádost nemocného mohou duchovního povolat (MLÝNKOVÁ, 2011).

## 5 Péče o seniory

Formy péče o seniory lze rozdělit do těchto základních skupin:

- a) Zdravotní péče
- b) Sociální péče
- c) Péče zajišťována v domácím prostředí (MLÝNKOVÁ, 2011)

### 5.1 Péče zdravotní

Zdravotní péče bývá poskytována ve zdravotnických zařízeních – nemocnicích, jednak ambulantně, jednak také na lůžkových odděleních. Mezi další oddělení, kde bývají senioři léčeni, patří například geronto-psychiatrická oddělení nebo léčebny dlouhodobě nemocných.

Subjektem, ve kterém je poskytována péče nevléčitelně nemocným seniorům, je **hospic**. Slovo hospic vzniklo z latinského **hospitium** – útulek. Světové hospicové hnutí vzniklo v Anglii. Za předchůdce hospiců bývají považovány domy pro umírající, jenž vznikly v Irsku a Londýně a zřizovaly je křesťanské řády od 19. století. Až roku 1967 bylo poprvé založeno moderní zařízení hospicového typu. Založila jej Cecillie Saundersová v Londýně, a sice pod jménem Hospic sv. Kryštofa. Poté začaly vznikat hospice i po celém světě (SVATOŠOVÁ, 2008).

Po roce 1989 se začaly objevovat první pokusy o zřizování hospiců v České republice. Mezi prvními, kdo přišli s touto myšlenkou, byla i MUDr. Marie Opatrná, která připravovala v bývalé budově gynekologie v Praze hospic, ovšem vzhledem k tomu, že se o světovém hospicovém hnutí toho moc nevědělo, se tento projekt nesesetkal s pochopením a byl nakonec zrušen. Po roce 1990 pak hospicové hnutí propagovala MUDr. Marie Svatošová, která nejprve začala se zdravotní péčí v domácnostech pacientů, v roce 1996 se jí podařilo otevřít první hospic, a sice Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Další pak vznikly v Praze, Brně, Plzni, Ostravě a dalších městech (SVATOŠOVÁ, 2008).

Maximální zlepšení kvality života v jeho závěrečné fázi a důstojné umírání je hlavním účelem hospiců. Jedná se především o snížení bolesti a jiných nepříjemných

fyzických projevů nemoci. Hospic umožňuje vyřešení nebo alespoň zmírnění různých psychologických a duchovních problémů, které jsou spojeny s umíráním. Umožňuje také intenzivní a nerušený kontakt pacienta s partnerem nebo rodinou. Hospic také umožňuje odpočinek rodinám, které pečují o seniora. To znamená, že se o něj zaměstnanci hospice postarají (MLÝNKOVÁ, 2011).

### 5.1.1 Základní formy hospicových hnutí

**Domácí hospicová péče** – pro nemocné je ideální, ne vždy ale dostačující. Nemocní senioři se ale mohou brzy dostat na hranici svých možností nebo se časem vyčerpají, dojdou síly (např. tam, kde schází rodinné zázemí). Důvody mohou být i jiné (např. nemocný senior žijící v menším bytě s více generacemi rodiny – mohou vzniknout vážné problémy). Další omezující faktory mohou být i odbornost, zejména tam, kde dosud není žádná agentura poskytující domácí péči (SVATOŠOVÁ, 2008).

**Stacionární hospicová péče** – Pacient je přivezen do hospicového zařízení ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Jeho dopravu zařizuje rodina nebo hospic. Tato forma je vhodná především pro nemocné, kteří bydlí nedaleko. Důvod je různý, například kvůli kontrole bolesti nebo aplikaci chemoterapie, atd. Zvláště pak bývají přijati pacienti nemocní a osamělí, o které se nechce nebo není schopna rodina postarat (SVATOŠOVÁ, 2008).

**Lůžková hospicová péče** – Zde bývají pacienti přijati většinou trvale. Neznamená to však, že musí zde i zemřít. Návštěvy jsou zde neomezeně, 24 hodin denně, 365 dní v roce. Od návštěv se nečeká, že budou o nemocného pečovat, ale jsou-li schopny se o něj postarat, je jim to umožněno. Důležité je, aby hospic připomínal nemocnému jeho domov, nikoliv nemocnici. K tomu je také uzpůsobeno vybavení hospice. O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, rozhoduje hospicový lékař. Prostory hospice bývají bezbariérové (SVATOŠOVÁ, 2008).

### 5.1.2 Ostatní subjekty poskytující zdravotní péči

Mezi další subjekty poskytující zdravotní péči patří **Ambulantní a terénní služby**, což je odborná péče, poskytovaná v domácím prostředí klientů a je určena

pro lidi, kteří nemusí být hospitalizováni v nemocnici. **Geriatrická denní centra** jsou pak zařízení, která poskytují denní i noční pobyt seniorům. Tato centra zprostředkovávají léčebnou a ošetrovatelskou péči, fyzioterapeutickou péči, psychickou aktivizaci a ergoterapii (SVATOŠOVÁ, 2008).

## 5.2 Péče sociální

Mezi subjekty zabývající se sociální péčí můžeme zařadit:

- a) Domovy pro seniory – jedná se o celoroční poskytovanou službu. Tyto domovy poskytují péči o seniory, kteří se nevládají o sebe postarat ve svém domácím prostředí. Tito senioři potřebují komplexní péči.
- b) Domovy se zvláštním režimem – jedná se o celoroční pobytovou službu. Je zde velká podobnost s domovy pro seniory. Je zde ale větší počet personálu, specializovaného na danou poruchu seniora. Do těchto domovů přijímají seniory, kteří mají zvláštní potřeby, které vyplývají z celoživotní duševní poruchy, ze závislosti na návykových látkách, apod.
- c) Domovy s pečovatelskou službou – jedná se o péči o zdravé seniory, kteří nevyžadují ústavní péči a stálou péči. Potřebují jen pomoc např. při hygieně (MLÝNKOVÁ, 2011).

### 5.2.1 Možnosti sociální pomoci

Ministerstvo práce a sociálních věcí ovšem také nabízí sociální pomoc. Tuto pomoc lze rozdělit na:

**Příspěvek na péči** – jedná se o pravidelně se opakující dávku, která je určena na úhradu za potřebnou pomoc registrovaných poskytovatelů sociálních služeb nebo osob blízkých či jiných. Tento příspěvek je určen pro osoby, které jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu odkázány na pomoc druhého člověka (ANON, 2014), (LAMPOVÁ, 2011).

**Sociální služby** – jejich úkolem je pomáhat lidem při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetrování, poskytnutí informací, zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím,

psychoterapie, socioterapie a pomoc při prosazování práv a zájmů. Tyto služby jsou poskytovány obcemi a kraji, nestátními neziskovými organizacemi a fyzickými osobami a Ministerstvem práce a sociálních věcí (ANON, 2014), (LAMPOVÁ, 2011).

**Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením** – mezi tyto dávky patří například příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, na zakoupení motorového vozidla, na zvláštní úpravu motorového vozidla, na provoz motorového vozidla, na individuální dopravu a další (ANON, 2014), (LAMPOVÁ, 2011).

### **5.3 Péče poskytovaná v domácím prostředí**

Z psychologického hlediska je práce pečovatele vysoce náročná a vyžaduje velkou dávku trpělivosti a osobní vyrovnanosti. Stále více stoupá na významu postarat se o starého člověka v rodině, a to zejména proto, že se objevuje stále větší nemocnost starých lidí a tím se i zvyšují náklady na zdravotní péči. Celkové náklady na zdravotní péči o seniory představují v současné době zhruba 35% z celkových nákladů ve zdravotnictví. Starat se o starého, nemocného a nesoběstačného člověka však přináší do našeho života mnoho změn. Pečující musí v této chvíli slevit ze svých nároků na nezávislost a snažit se pro svého seniorského příbuzného vytvořit klidné a příjemné prostředí, a především se s ním dorozumět (FLAJŠINGEROVÁ, 2008), (MLÝNKOVÁ, 2011).

Možnost zůstat doma mezi nejbližšími je pro nemocného seniora ve většině případů tím nejlepším řešením. Na druhou stranu je však také důležité, aby si člověk, který o nemocného bude pečovat, uvědomil, jaké jsou jeho vlastní potřeby, schopnosti a jak ovlivní péče o seniora ostatní členy rodiny. Vše je předem třeba probrat s lékařem a zdravotní sestrou. Zároveň je však také potřeba zhodnotit dostupné možnosti pomoci a vědět, na koho se v případě problému obrátit. Péče o seniora v domácím prostředí není však povinností pouze jednoho člověka. Je třeba si uvědomit, že každá pomoc ze strany ostatních členů rodiny je velmi významná. Pečovatelé to může výrazně ulehčit situaci (FLAJŠINGEROVÁ, 2008), (MLÝNKOVÁ, 2011).

### 5.3.1 Potřeby poskytovatele péče

Jestliže se rodina rozhodne převzít veškerou péči o svého příbuzného, je třeba předem zvážit všechna rizika a položit si pár otázek:

- a) Jaké jsou potřeby pečovatele?
- b) Kdo, kdy a jak bude pečovat o nemocného člověka doma?
- c) Je pro něj dobré, aby zůstal v domácím prostředí nebo jej raději umístit do zařízení, kde by o něj bylo odborně postaráno?
- d) Budu potřebovat pomoc nebo zvládnou vše sama?
- e) Jsem schopna upravit či změnit bydlení tak, abych se dobře postarala o nemocného?
- f) Mám dostatek financí a času, abych zvládla tuto péči o seniora v domácím prostředí?
- g) Budu schopna se fyzicky o seniora doma postarat? (FLAJŠINGEROVÁ, 2008), (MLÝNKOVÁ, 2011).

V případě, že se již pečovatel rozhodne o starého nemocného člověka postarat, měl by však počítat s tím, že na sebe přebírá riziko zátěže, která může být jak finanční, tak fyzická, psychická či sociální, což pak také může být důvodem neschopnosti pečovatele poskytovat pomoc svému blízkému na potřebné úrovni.

**Zátěž finanční** – tuto zátěž vnímá rodina seniora především v tom případě, když nemocný potřebuje služby, které rodina sama nedokáže poskytnout. Je také nutné se informovat o tom, jak může být daná služba poskytována a hrazena (FLAJŠINGEROVÁ, 2008), (MLÝNKOVÁ, 2011).

**Zátěž tělesná** – jedná se především o péči o domácnost, nakupování, úklid, vaření atd. Jsou to všechno úkony, které péče o seniora v domácím prostředí také obnáší (FLAJŠINGEROVÁ, 2008), (MLÝNKOVÁ, 2011).

**Zátěž psychická a sociální** – může zahrnovat přípravu a kontrolu užívaných léků a to obzvláště v těch případech, kdy již starý člověk není zcela při smyslech. Je také obvyklé, že plyne z časově náročné péče, jelikož poskytovatel péče je nucen pečovat o nemocného seniora 24 hodin denně, přičemž nemá pak pečující ani čas sám

na sebe. Svůj život často zcela podřídí potřebám nemocného. Často pak také v této situaci pečovatel cítí vůči nemocnému vztek a nenávisť. Mohou se objevit psychické poruchy způsobené působením dlouhodobého stresu nebo z psychického vypětí. Vyskytují se pak tam, kde pečující dlouhodobě obětavě pečují o seniora v domácím prostředí (FLAJŠINGEROVÁ, 2008), (MLÝNKOVÁ, 2011).

Vzhledem tomu, že domácí prostředí je specifické a nabízí také specifické podmínky, ve kterých je domácí péče poskytována, je vyvíjen na sestru agentur domácí péče obrovský fyzický a psychický nátlak. Je proto velmi důležité, aby si sestra domácí péče udržela profesionální nadhled a neměla by s rodinou vše prožívat, měla by se chovat asertivně. Příprava na velké množství konfliktních situací je namístě, protože musí být schopna tyto situace zvládat a musí být schopna efektivní komunikace za všech okolností a trvale se samostatně rozhodovat, a to i několikrát denně. Nejčastějším důvodem, proč sestry z agentur domácí péče odcházejí, je právě neschopnost zvládnout tuto specifickou problematiku, jejíž znaky jsem výše popsala.

Lidé, kteří pečují nebo by chtěli pečovat o seniory v domácím prostředí, mohou získat určité vědomosti a zkušenosti. Prostředkem k tomu mohou být:

- a) Kurzy pro pečovatele – existují základní kurzy praktik pro pečující osoby. Jsou praktikované v některých zemích a zvyšují nezávislost pečujících na profesionálech.
- b) Poradenské služby – umožňují pečujícím získávat základní informace o nárocích na pomůcky (Příloha D), o finančních možnostech (zdrojích) a o možnostech péče v domácím prostředí.
- c) Podpůrné skupiny – praktická a emocionální podpora rodiny, pečujících. Ve skupinách se lidé scházejí a vyměňují si své příběhy a dovednosti, navzájem se podporují, komunikují mezi sebou a také si poskytují útěchu mezi sebou.

### 5.3.2 Agentury domácí péče

**Domácí péče** – neboli home care – je systém zdravotních odborných služeb. Je definována světovou zdravotnickou organizací jako forma péče, která je poskytována lidem v jejich domovech. Služby jsou poskytovány klientům, tedy pacientům v domácím prostředí. Pojem **domácí péče** znamená, že úroveň poznatků současné vědy



v oblasti medicínských oborů a ošetrovatelství nám dovoluje pečovat o naše rodinné příslušníky v našem vlastním domácím prostředí. Vliv domácího prostředí spočívá v přítomnosti rodinných příslušníků a blízkých, zájmu o stav nemocného, přičemž přímo ovlivňuje proces uzdravování u klientů. Psychická podpora a pohoda člověka má významnou úlohu v procesu uzdravování u všech forem onemocnění, což je dokázáno dlouholetými vědeckými zkušenostmi. Domácí péče umožňuje v indikovaných případech, po pobytu v nemocnici, nabírat nových sil v domácím prostředí, přičemž probíhá za odborné péče všeobecných sester, sester specialistek i rehabilitačních pracovníků (JAROŠOVÁ, 2007).

Domácí péče je indikována ošetřujícím lékařem, u kterého je pacient či rodinní příslušníci léčeni. Odborný personál společně s příbuznými pečuje o pacienta (seniora) v domácím prostředí dle léčebného a ošetrovatelského plánu a aktuálně informuje ošetřujícího lékaře o změnách zdravotního stavu a sociálních potřebách.

Agentury domácí péče vznikly na začátku devadesátých let. Umožnily to změny, ke kterým patřilo:

- a) Přesun těžiště zdravotní péče z ústavní do primární
- b) Posílení významu a kompetencí primární péče
- c) Změna charakteru zdravotní péče od anonymní k individuální (JAROŠOVÁ, 2007)

První agentury domácí péče vznikaly v březnu 1990. V tomto roce zahájilo provoz první středisko ošetrovatelské péče České katolické charity. Péče byla poskytována 18 klientům. V lednu 1991 byl zahájen dvouletý experiment České katolické charity. V České republice bylo tehdy zřízeno 26 agentur domácí péče, které poskytovaly péči pro 1459 klientů. V roce 1993 pak došlo k obrovskému rozvoji domácí péče. Souviselo to především s větší informovaností, medializací a propagací domácí péče. V červnu tohoto roku bylo zaregistrováno celkem 179 agentur státního i nestátního typu a koncem roku 1995 již domácí péči poskytovalo 399 poskytovatelů. Současně také docházelo k rozvoji objemu a rozsahu poskytované zdravotní péče. Ve druhé polovině devadesátých let již nedocházelo k tak prudkému nárůstu poskytovatelů domácí péče a jejich počet vzrostl od roku 1997 do roku 2005 jen o 45 agentur domácí péče. Výrazně však došlo k nárůstu klientů, o které bylo pečováno.

O vzrůstající tendenci kvality agentur domácí péče svědčí i nárůst procenta zařízení domácí péče, které poskytují zdravotní péči s dostupností 24 hodin denně (JAROŠOVÁ 2007), (LAMPOVÁ, 2011).

V České republice je domácí péče zprostředkovávána podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky 55/2000, formálně evidována jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče a je poskytována ve vlastním sociálním prostředí klienta, přičemž se jedná o indukovanou formu zdravotní a sociální péče. Jak pečovat o klienta rozhoduje praktický lékař, popřípadě ošetřující lékař za hospitalizace po dobu 1 až 4 dní po ukončení pobytu v nemocnici. O potřebě sociální péče pak v rámci péče domácí rozhoduje sociální pracovník na základě šetření. Domácí zdravotní péče, která je řízena Ministerstvem zdravotnictví, je poskytována všem občanům bez rozdílu rasy, pohlaví, věku, atd. Zdravotní péče je hrazena zdravotními pojišťovnami a sociální péče prostřednictvím sociálních referátů okresních úřadů. Nadstandardní služby pojišťovnami hrazeny nejsou, hradí si je klient sám (JAROŠOVÁ, 2007), (LAMPOVÁ, 2011).

Domácí péče zřizuje:

- a) Základní zdravotní a sociální péči – osobní hygiena, prevence a léčba proleženin, příjem tekutin a stravy, zábaly, obklady, transport, apod.
- b) Odbornou zdravotní a sociální péči – sledování vitálních funkcí, hodnocení aktuálního tělesného a duševního stavu, odběr biologického materiálu, funkční a laboratorní vyšetření na speciálních přístrojích, podávání předepsaných léků, kondiční cvičení, edukace klienta apod.
- c) Specializovanou zdravotní a sociální péči – aplikace diagnostických přístrojů a metod, radiologický servis, podpurná psychoterapie, spirituální péče, odborný monitoring u dlouhodobě a chronicky nemocných klientů, atd. (JAROŠOVÁ, 2007).

Vzhledem k tomu, že je nutné poskytovat domácí péči na vysoké profesionální úrovni, bývají týmy agentur domácí péče složeny ze zkušených zdravotnických pracovníků (lékaři, všeobecné sestry, sestry specialistky, rehabilitační pracovníci, atd.). Poskytovanou péči v České republice pak můžeme rozdělit na:

**Akutní domácí péče** – poskytována obvykle několik dnů až týdnů. Nejčastější indikace k tomuto typu péče je akutní exacerbace nemoci nebo pooperační či poúrazové období (LAMPOVÁ, 2011).

**Dlouhodobá domácí péče** – je komplexní domácí péče, která je poskytována chronicky nemocným klientům v řádu několika měsíců až let (LAMPOVÁ, 2011).

**Preventivní domácí péče** – indikována u klientů, jež potřebují preventivní monitorování duševního a zdravotního stavu (LAMPOVÁ, 2011).

**Domácí hospicová péče** – je poskytována klientům v terminální fázi života (LAMPOVÁ, 2011).

**Jednorázová domácí péče** – je určena pro jednorázové výkony, které provádí sestra (LAMPOVÁ, 2011).

Z hlediska délky a frekvence návštěv ošetřovatelské návštěvy je to tak, že je indikující lékař stanoví podle stavu pacienta a ošetřovatelského výkonu. Ošetřovatelské návštěvy pak dělíme na:

- a) Ošetřovací návštěva – typ I. 30 minut
- b) Ošetřovací návštěva – typ II. 45 minut
- c) Ošetřovací návštěva – typ III. 60 minut
- d) Ošetřovací návštěva – typ IV. 15 minut

## Praktická část

### 6 Průzkum

#### 6.1 Téma, průzkumný problém, průzkumné cíle

**Téma:**

Péče o geriatrického pacienta v domácím prostředí z pohledu pečujícího

**Průzkumný problém:**

Dokážou se lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, o něj postarat?

**Průzkumné cíle:**

Cíl 1: Zjistit, jestli lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, mají dostatek informací o této problematice.

Cíl 2: Zjistit, jestli lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, vědí, na koho se v případě potřeby obrátit.

Cíl 3: Zjistit, jaký je podle pečujících největší problém při péči o seniora v domácím prostředí.

**Průzkumné otázky:**

Průzkumná otázka 1: Mají lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, dostatek informací o této problematice?

Průzkumná otázka 2: Vědí lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, na koho se v případě potřeby obrátit?

Průzkumná otázka 3: Jaký je podle pečujících největší problém při péči o seniora v domácím prostředí?

**Hypotézy:**

Hypotéza 1: Lidé pečující o seniora v domácím prostředí mají dostatek informací o této problematice.

Hypotéza 2: Lidé pečující o seniora v domácím prostředí vědí, na koho se v případě potřeby obrátit.

Hypotéza 3: Podle pečujících je největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí jejich finanční situace nebo finanční situace rodiny, která o seniora pečuje.

## 6.2 Metoda

Proto, abych získala potřebná data, jsem si zvolila kvantitativní průzkumnou metodu prostřednictvím anonymního dotazníku (Příloha A), který jsem vytvořila pomocí programu MS Office Word 2003. Tento dotazník je tvořen 20 položkami a je rozdělen do 5 částí. V první části se zaměřuje na kategorizační údaje (pohlaví, věková kategorie, vzdělání). Druhá část je pak zaměřena na základní informace týkající se péče o konkrétního seniora v domácím prostředí, přičemž do této oblasti spadají položky 1, 2, 3, 4, 5, 6. Třetí část se zaměřuje na oblast průzkumné otázky 1. Do této oblasti patří položky 7, 8, 9, 10. Čtvrtá část je pak zaměřena na oblast průzkumné otázky 2, přičemž této oblasti odpovídají položky 11, 12, 13. Poslední pátá část se zaměřuje na oblast průzkumné otázky 3. Do této oblasti patří položky 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.

Odpovědi jsem poté zpracovala prostřednictvím programu MS Office Excel 2003, ve kterém jsem vytvořila tabulkové a grafické vyjádření výsledků těchto odpovědí. Výsledky jsou zaznamenány v **absolutních** a **relativních** číslech, přičemž relativní čísla jsou vyjádřena procentuálně. To znamená, že jsem zvolila metodu **absolutní a relativní četnosti**.

Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků. Správně vyplněných mi jich bylo vráceno 49, což znamená 81,7% návratnost.

## 6.3 Výběrový soubor

Výběrový soubor tvořili lidé (muži i ženy), kteří pečují o seniory v domácím prostředí, žijící na Opavsku, s různým stupněm vzdělání, ve věku od 20 do 55 let. Sběr dat probíhal v únoru 2014, přičemž respondenty jsem oslovila prostřednictvím svých rodičů a prarodičů, kteří jim dotazníky rozdali.

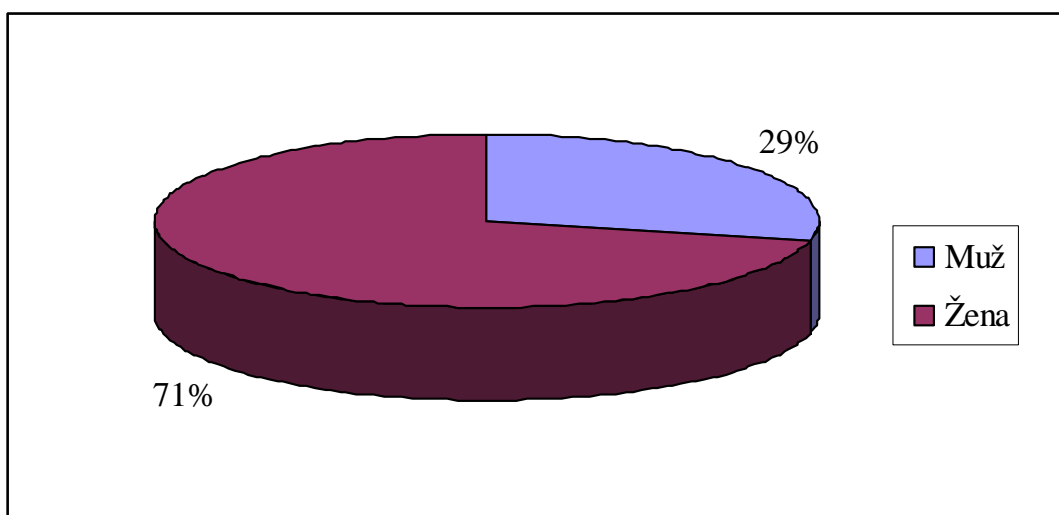
## 6.4 Výsledky průzkumu

### Pohlaví respondentů:

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	14	29%
Žena	35	71%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 1 Pohlaví respondentů



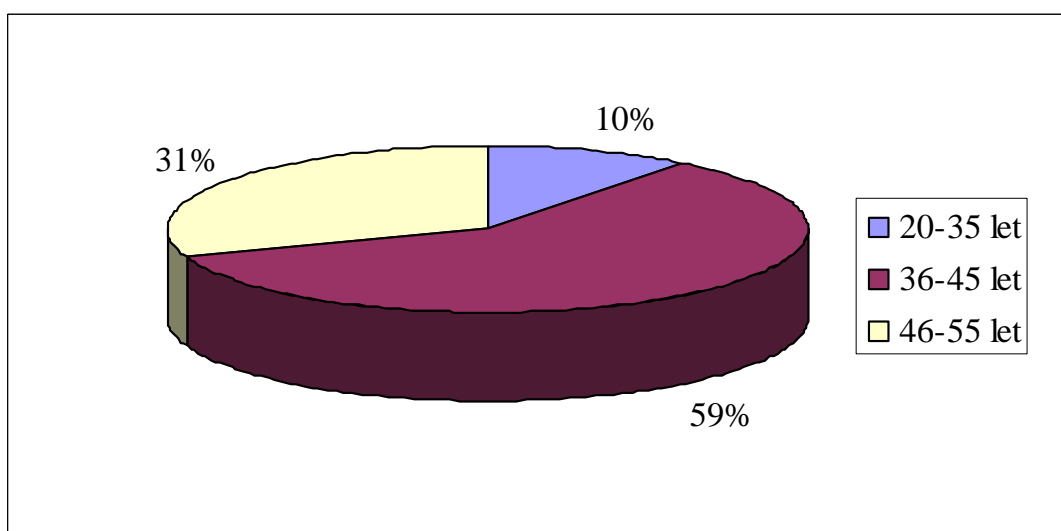
V položce, která se týkala pohlaví respondentů, vybralo 14 respondentů možnost **muž**, 35 respondentů zvolilo možnost **žena**. To znamená, že dotazník vyplnilo 29% mužů a 71% žen. Výsledky odpovědí v položce **pohlaví** jsem znázornila do tabulky 1 a grafu 1.

## Věková kategorie respondentů:

Tabulka 2 Věková kategorie respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-35 let	5	10%
36-45 let	29	59%
46-55 let	15	31%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 2 Věková kategorie respondentů



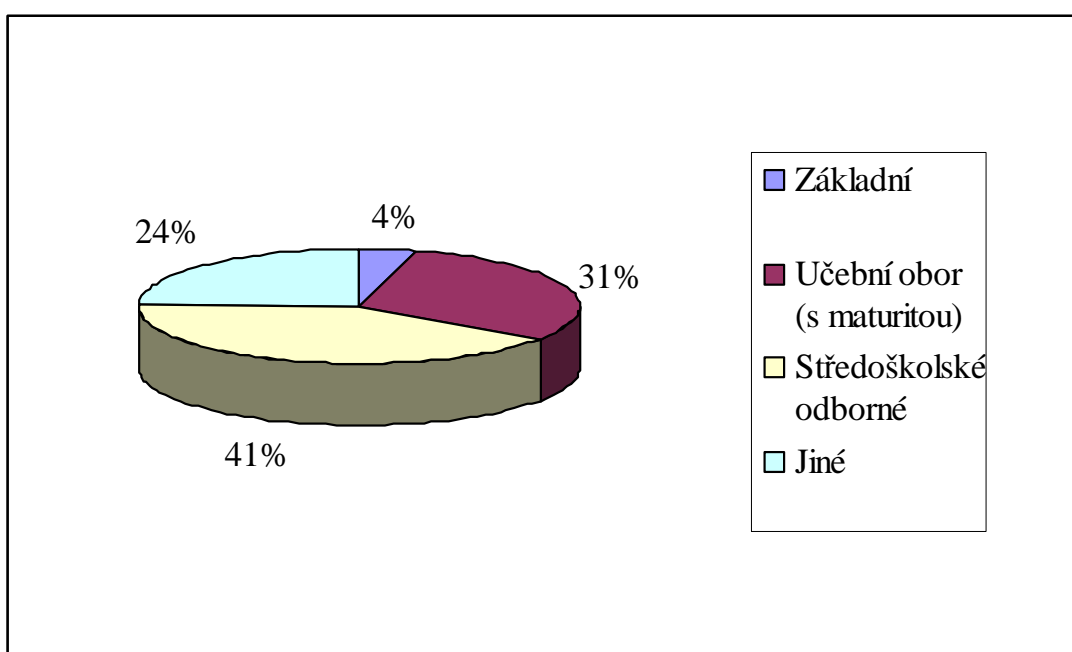
V kolonce, která se týkala věkové kategorie respondentů, zvolilo 5 respondentů možnost **20-35 let**, možnost **36-45 let** zvolilo 29 respondentů a možnost **46-55 let** zvolilo 15 respondentů. Z hlediska procentuálního to znamená, že 10% respondentů patřilo do věkové skupiny 20-35 let, do věkové skupiny 36-45 let patřilo 59% respondentů a zbylých 31% respondentů se zařadilo do věkové skupiny 46-55 let. Výsledky odpovědí v položce **věková kategorie** jsem znázornila do tabulky 2 a grafu 2.

## Vzdělání respondentů:

Tabulka 3 Vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	2	4%
Učební obor (s maturitou)	15	31%
Středoškolské odborné	20	41%
Jiné	12	24%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 3 Vzdělání respondentů



V položce, která se zabývala vzděláním respondentů, zvolili 2 respondenti odpověď **základní**, 15 respondentů zvolilo odpověď **učební obor (s maturitou)**, 20 respondentů se zařadilo mezi lidi se **středoškolským odborným** vzděláním a 12 respondentů zvolilo odpověď **jiné** vzdělání. Z hlediska procentuálního to znamená, že 4% respondentů dosáhly pouze základního vzdělání, 31% respondentů navštěvovalo učební obor (s maturitou), 41% respondentů dosáhlo středoškolského odborného vzdělání a zbylých 24% respondentů dosáhlo jiného vzdělání (tzn. vyššího odborného vzdělání, vysokoškolského vzdělání, atd.) Výsledky odpovědí v položce **vzdělání** jsem znázornila do tabulky 3 a grafu 3.

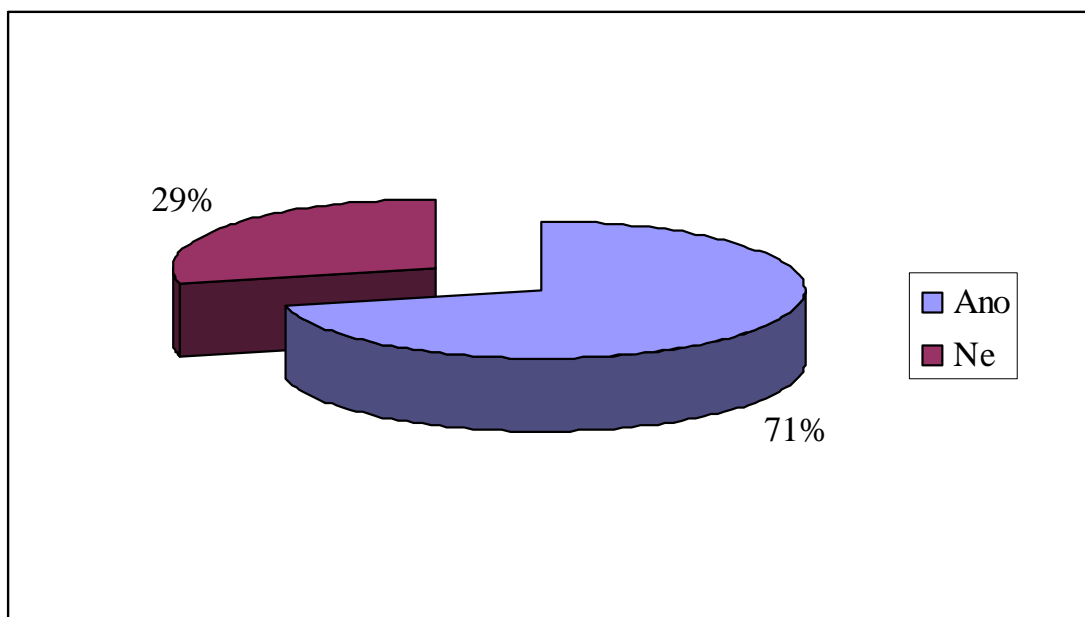


### Položka 1 – Senior, o kterého pečujete, žije s Vámi ve společné domácnosti?

Tabulka 4 Vyhodnocení položky 1

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	71%
Ne	14	29%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 4 Vyhodnocení položky 1



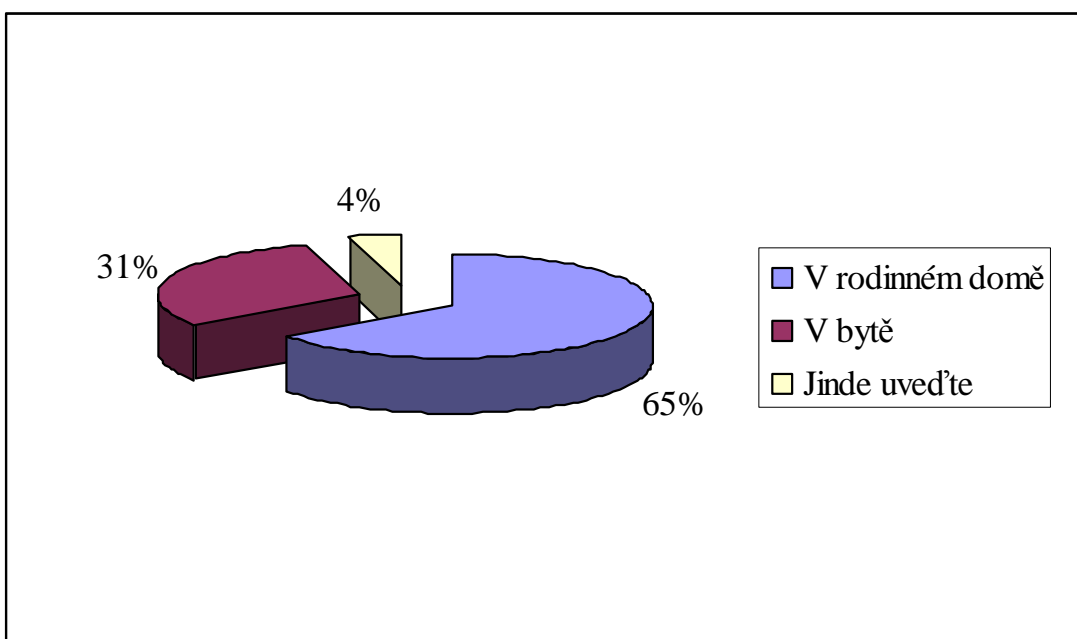
V položce 1 zvolilo 35 respondentů odpověď **ano** a 14 respondentů odpovědělo **ne**. Z hlediska procentuálního to znamená, že 71% respondentů žije se seniorem, o kterého pečuje, ve společné domácnosti a zbylých 29% respondentů se seniorem, o kterého pečuje, nežije ve společné domácnosti. Výsledky odpovědí v položce 1 jsem znázornila do tabulky 4 a grafu 4.

## Položka 2 – Senior, o kterého pečujete, žije?

Tabulka 5 Vyhodnocení položky 2

	Absolutní četnost	Relativní četnost
V rodinném domě	32	65%
V bytě	15	31%
Jinde, uveďte...	2	4%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 5 Vyhodnocení položky 2



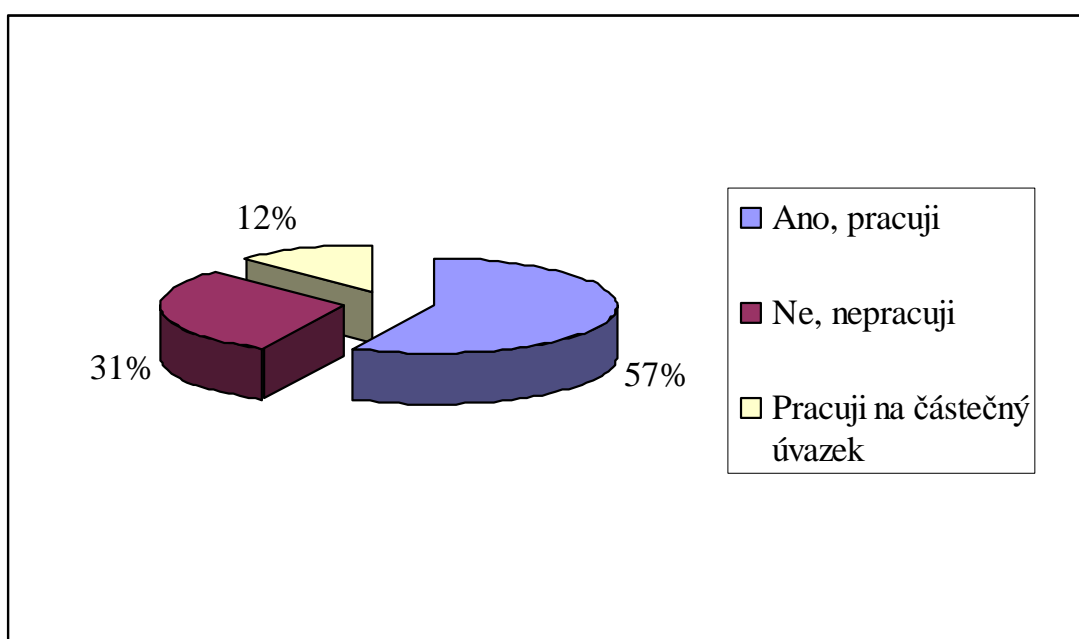
V položce 2 zvolilo 32 respondentů odpověď **v rodinném domě**, 15 respondentů si vybralo odpověď **v bytě** a zbývajících 2 respondenti zvolili odpověď **jinde, uveďte...**, přičemž jako bydliště seniora uvedli **penzion pro seniory**. Z hlediska procentuálního to znamená, že 65% respondentů pečuje o seniora, který žije v rodinném domě, 31% respondentů pak pečuje o seniora žijícího v bytě a 4% respondentů uvedlo, že senior, o kterého pečují, žije jinde než v rodinném domě nebo bytě, a sice v penzionu pro seniory. Výsledky odpovědí v položce 2 jsem znázornila do tabulky 5 a grafu 5.

### Položka 3 – Pracujete nebo nemáte zaměstnání?

Tabulka 6 Vyhodnocení položky 3

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pracuji	28	57%
Ne, nepracuji	15	31%
Pracuji na částečný úvazek	6	12%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 6 Vyhodnocení položky 3



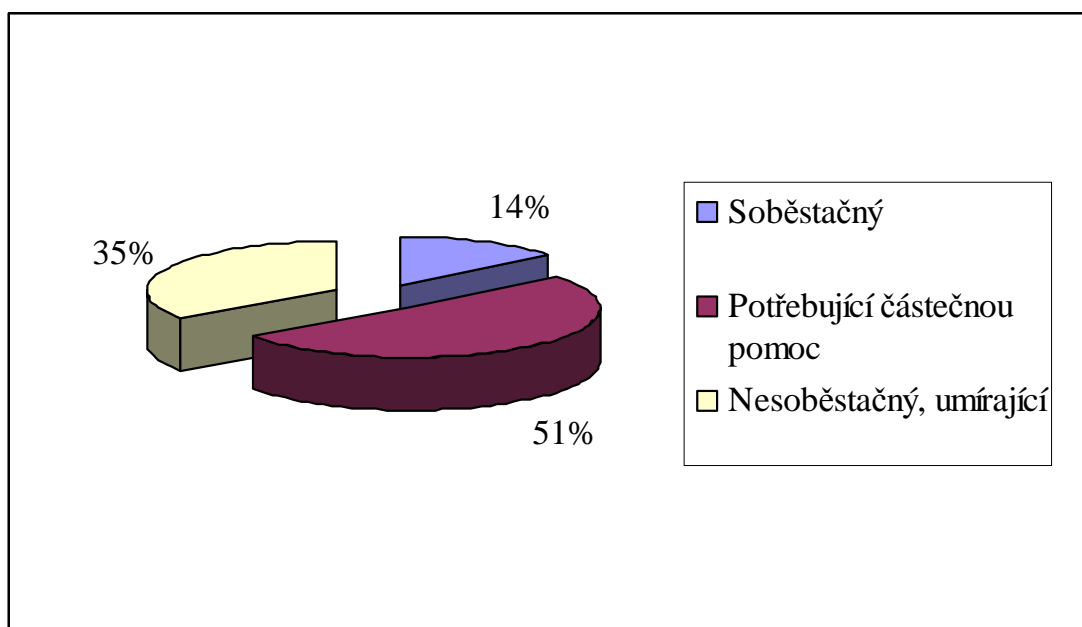
V položce 3 zvolilo 28 respondentů odpověď **ano, pracuji**, 15 respondentů si vybralo odpověď **ne, nepracuji** a zbývajících 6 respondentů zvolilo odpověď **pracuji na částečný úvazek**. Z hlediska procentuálního to znamená, že 57% respondentů má zaměstnání, 31% respondentů zaměstnání nemá a 12% respondentů je zaměstnaných na částečný úvazek. Výsledky odpovědí v položce 3 jsem znázornila do tabulky 6 a grafu 6.

#### Položka 4 – Senior, o kterého pečujete, je?

Tabulka 7 Vyhodnocení položky 4

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Soběstačný	7	14%
Potřebující částečnou pomoc	25	51%
Nesoběstačný, umírající	17	35%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 7 Vyhodnocení položky 4



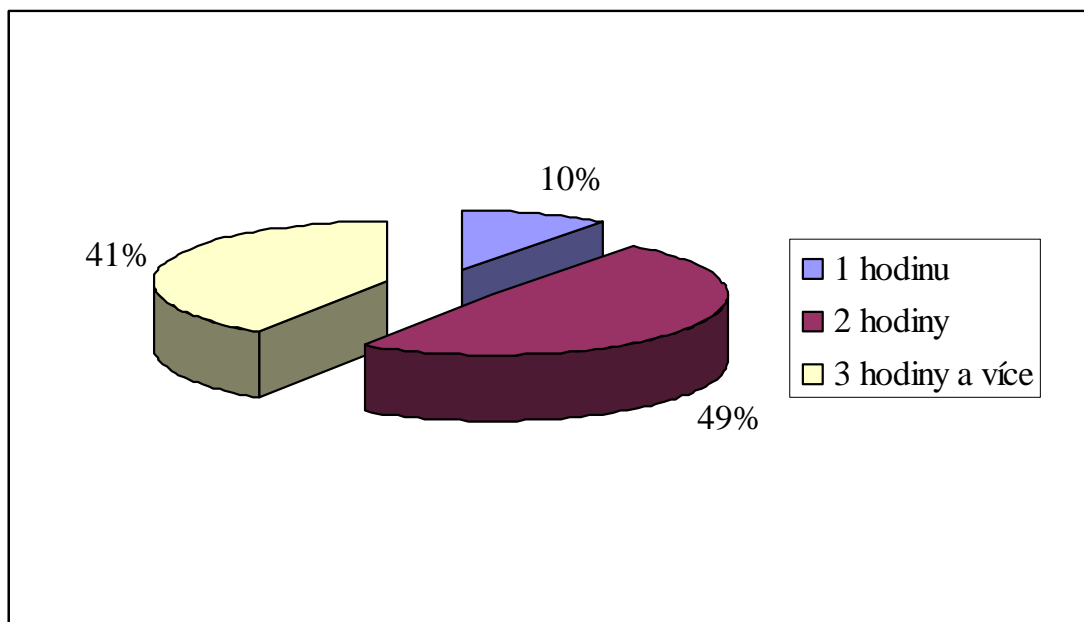
V položce 4 zvolilo 7 respondentů odpověď **soběstačný**, 25 respondentů si vybralo odpověď **potřebující částečnou pomoc** a zbývajících 17 respondentů zvolilo odpověď **nesoběstačný, umírající**. Z hlediska procentuálního to znamená, že 14% respondentů pečuje o soběstačného seniora, 51% respondentů pečuje o seniora, který potřebuje částečnou pomoc a zbývajících 35% respondentů pečuje o seniora, který je nesoběstačný, umírající. Vyhodnocení odpovědí v položce 4 jsem znázornila do tabulky 7 a grafu 7.

**Položka 5 – Kolik času denně přibližně strávíte péčí o seniora v domácím prostředí?**

Tabulka 8 Vyhodnocení položky 5

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 hodinu	5	10%
2 hodiny	24	49%
3 hodiny a více	20	41%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 8 Vyhodnocení položky 5



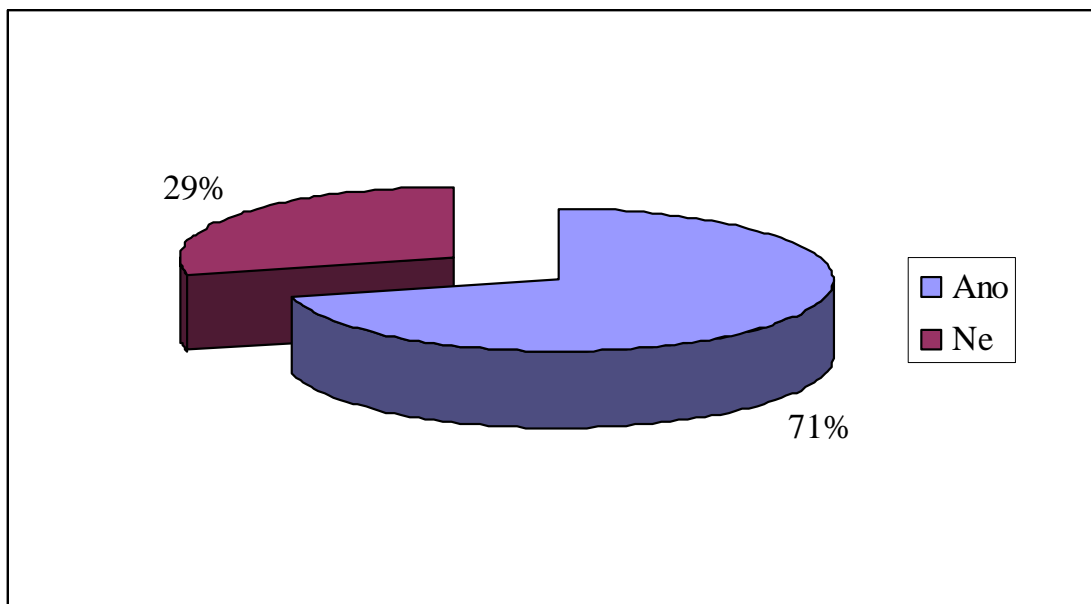
V položce 5 zvolilo 5 respondentů odpověď **1 hodinu**, 24 respondentů si vybralo odpověď **2 hodiny** a zbývajících 20 respondentů zvolilo odpověď **3 hodiny a více**. Z hlediska procentuálního to znamená, že 10% respondentů stráví denně přibližně 1 hodinu, 49% respondentů přibližně 2 hodiny a zbývajících 41% respondentů 3 hodiny a více při péči o seniora v domácím prostředí. Vyhodnocení odpovědí v položce 5 jsem znázornila do tabulky 8 a grafu 8.

## Položka 6 – Pomáhá Vám s péčí o seniora i zbytek Vaší rodiny?

Tabulka 9 Vyhodnocení položky 6

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	71%
Ne	14	29%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 9 Vyhodnocení položky 6



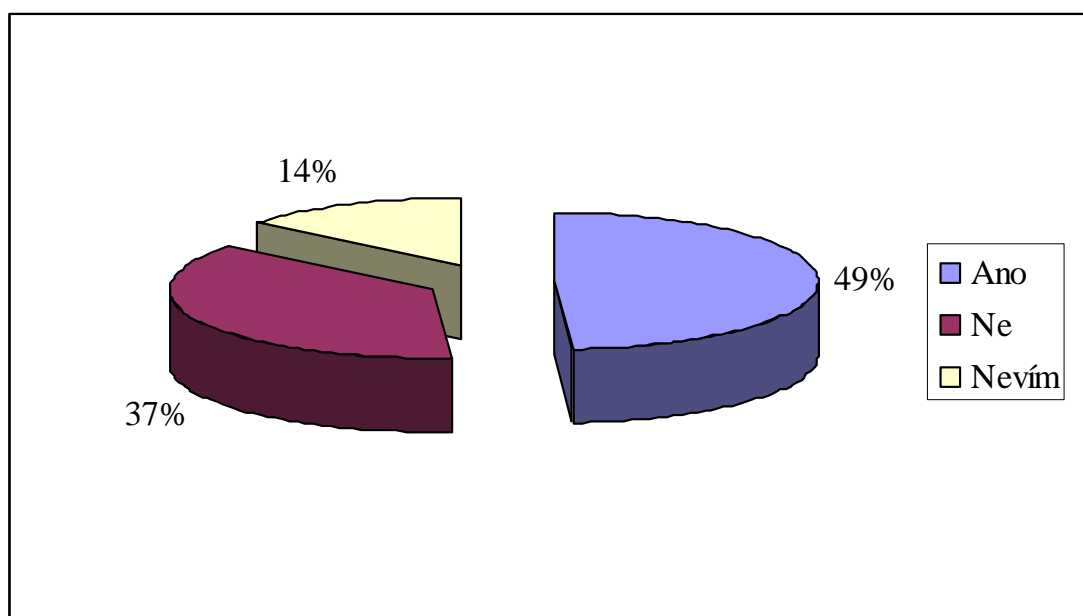
V položce 6 zvolilo 35 respondentů odpověď **ano** a 14 respondentů si vybralo odpověď **ne**. Z hlediska procentuálního to znamená, že 71% respondentů pomáhá zbytek rodiny při péči o seniora v domácím prostředí a 29% respondentů nikoliv. Vyhodnocení odpovědí v položce 6 jsem znázornila do tabulky 9 a grafu 9.

**Položka 7 – Myslíte si, že máte dostatek informací o problematice péče o seniora v domácím prostředí?**

Tabulka 10 Vyhodnocení položky 7

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	24	49%
Ne	18	37%
Nevím	7	14%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 10 Vyhodnocení položky 7



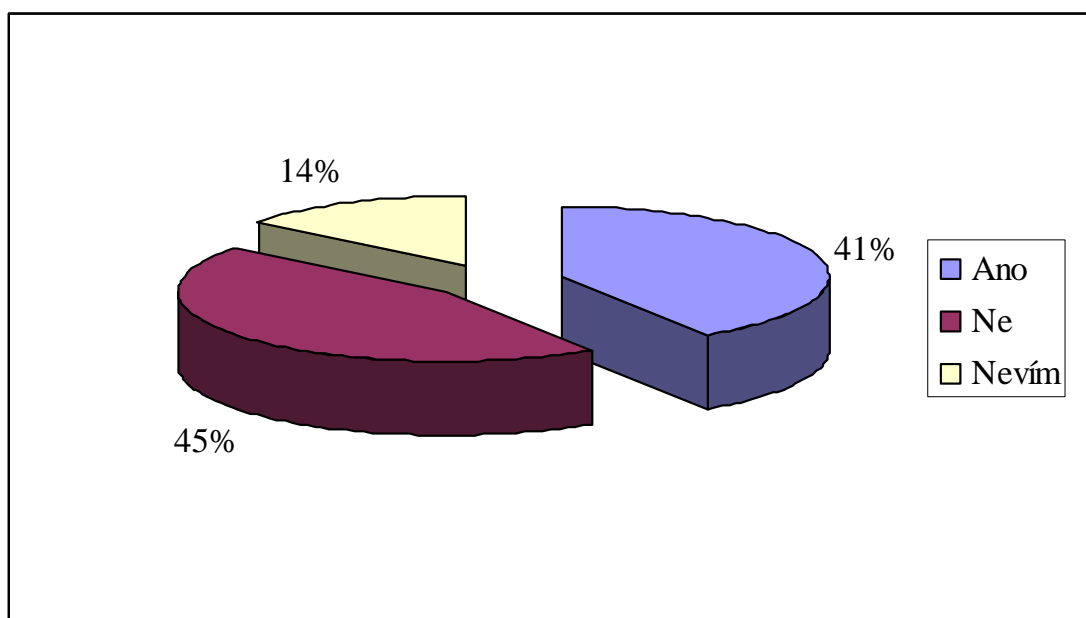
V položce 7 zvolilo 24 respondentů odpověď **ano**, 18 respondentů si vybralo odpověď **ne** a zbývajících 7 respondentů zvolilo odpověď **nevím**. Z procentuálního hlediska to znamená, že 49% respondentů si myslí, že má dostatek informací, 37% respondentů si myslí, že nemá dostatek informací a zbylých 14% respondentů neví, jestli má dostatek informací o problematice péče o seniora v domácím prostředí. Vyhodnocení odpovědí v položce 7 jsem znázornila do tabulky 10 a grafu 10.

**Položka 8 – Je podle Vás obecně společnost v ČR dostatečně informována o této problematice?**

Tabulka 11 Vyhodnocení položky 8

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	41%
Ne	22	45%
Nevím	7	14%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 11 Vyhodnocení položky 8



V položce 8 zvolilo 20 respondentů odpověď **ano**, 22 respondentů si vybralo odpověď **ne** a zbylých 7 respondentů zvolilo odpověď **nevím**. Z procentuálního hlediska to znamená, že 41% respondentů si myslí, že je společnost v ČR dostatečně informována, 45% respondentů si myslí, že není společnost v ČR dostatečně informována a zbylých 14% respondentů neví, jestli je společnost v ČR dostatečně informována o této problematice. Vyhodnocení odpovědí v položce 8 jsem znázornila do tabulky 11 a grafu 11.

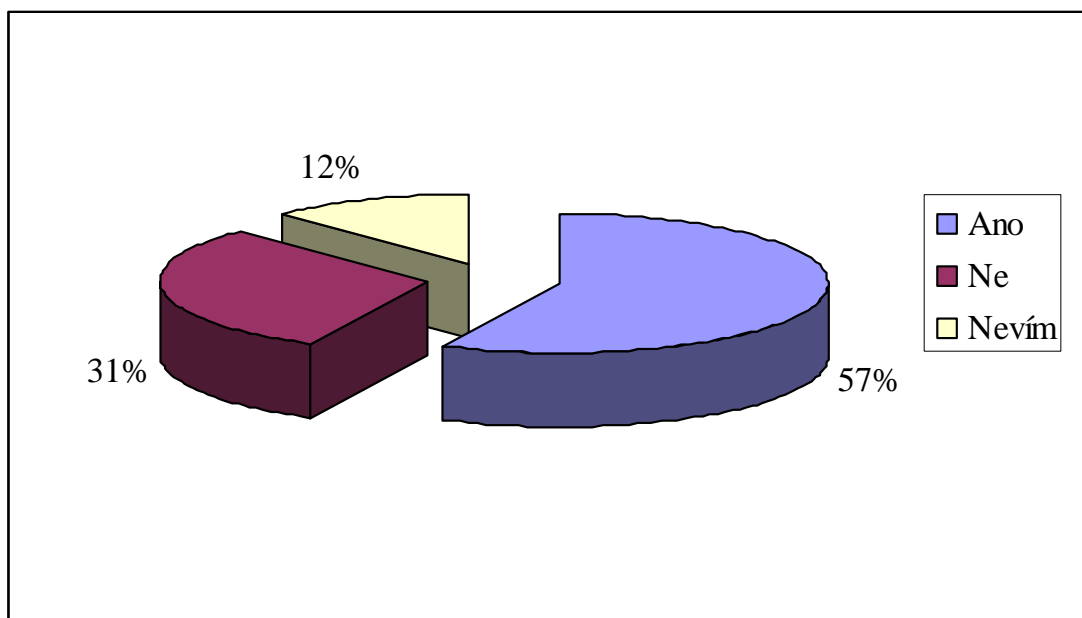


**Položka 9 – Myslíte si, že by se měly pořádat semináře o této problematice už na školách, aby i děti a mladí lidé měli alespoň základní informace o možnostech péče o seniory v domácím prostředí?**

Tabulka 12 Vyhodnocení položky 9

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	57%
Ne	15	31%
Nevím	6	12%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 12 Vyhodnocení položky 9



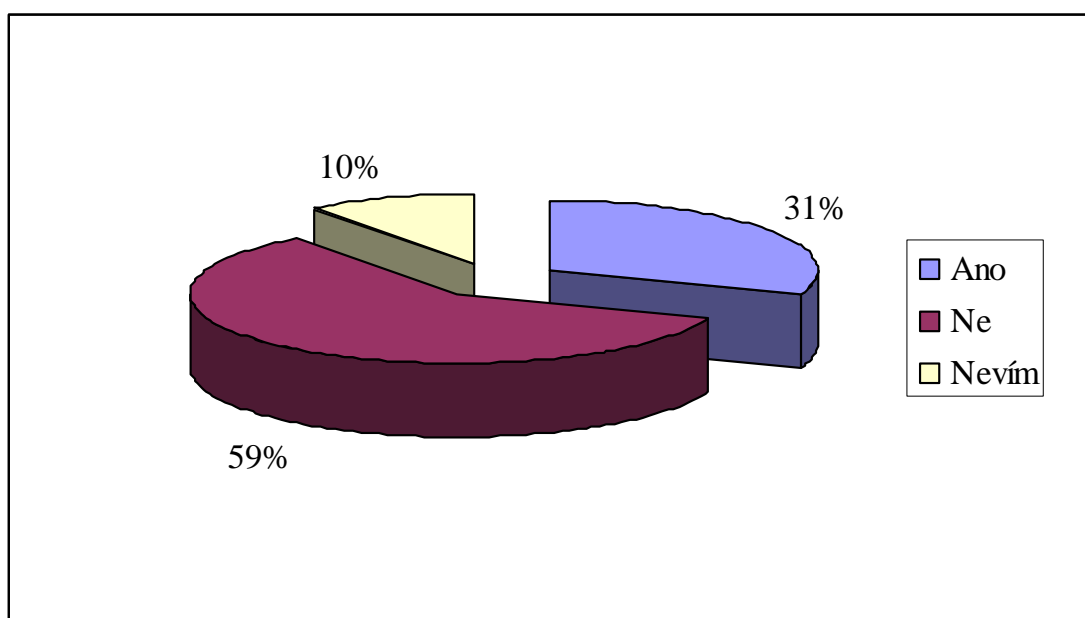
V položce 9 zvolilo 28 respondentů odpověď **ano**, 15 respondentů si vybralo odpověď **ne** a zbylých 6 respondentů zvolilo odpověď **nevím**. Z procentuálního hlediska to znamená, že 57% respondentů si myslí, že by se měly o této problematice pořádat semináře už na školách, 31% respondentů si to však nemyslí. Zbylých 12% respondentů neví, jestli by se měly o této problematice pořádat semináře už na školách. Vyhodnocení odpovědí v položce 9 jsem znázornila do tabulky 12 a grafu 12.

**Položka 10 – Myslíte si, že média a různá periodika informují dostatečně o problematice péče o seniory v domácím prostředí?**

Tabulka 13 Vyhodnocení položky 10

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	31%
Ne	29	59%
Nevím	5	10%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 13 Vyhodnocení položky 10



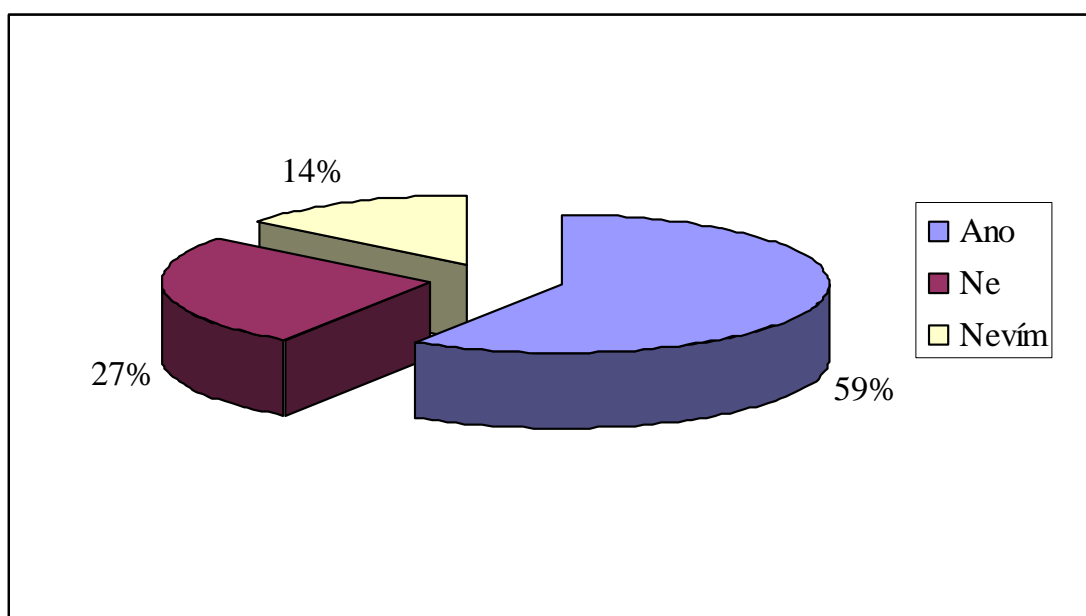
V položce 10 zvolilo 15 respondentů odpověď **ano**, 29 respondentů zvolilo odpověď **ne** a zbývajících 5 respondentů si vybralo odpověď **nevím**. Z hlediska procentuálního to znamená, že 31% respondentů považuje za dostatečné, jak média a různá periodika informují o problematice péče o seniora v domácím prostředí, 59% respondentů si to však nemyslí. Zbýlých 10% respondentů neumí posoudit, jestli média a různá periodika dostatečně informují o této problematice. Vyhodnocení odpovědí v položce 10 jsem znázornila do tabulky 13 a grafu 13.

**Položka 11 – Máte dostatečné informace o tom, kdo Vám může případně pomoci s péčí o seniora v domácím prostředí?**

Tabulka 14 Vyhodnocení položky 11

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	29	59%
Ne	13	27%
Nevím	7	14%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 14 Vyhodnocení položky 11



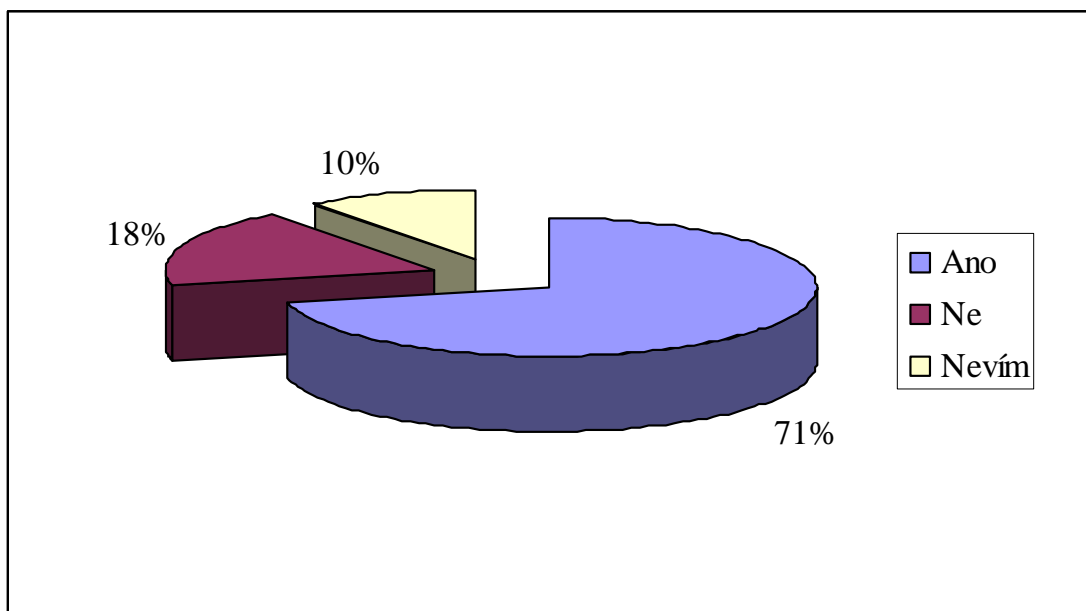
V položce 11 zvolilo 29 respondentů odpověď **ano**, 13 respondentů si vybralo odpověď **ne** a zbývajících 7 respondentů zvolilo odpověď **nevím**. Z procentuálního hlediska to znamená, že 59% respondentů ví, na koho se v případě potřeby obrátit při péči o seniora v domácím prostředí. 27% respondentů to však neví a zbývajících 14% respondentů nedokáže posoudit, jestli by věděli, na koho se v případě potřeby obrátit při péči o seniora v domácím prostředí. Vyhodnocení odpovědí v položce 11 jsem znázornila do tabulky 14 a grafu 14.

**Položka 12 – Existuje podle Vás v ČR dostatek organizací zabývajících se pomocí rodinám při péči o seniora v domácím prostředí (např. agentury domácí péče, apod.)?**

Tabulka 15 Vyhodnocení položky 12

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	71%
Ne	9	18%
Nevím	5	10%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 15 Vyhodnocení položky 12



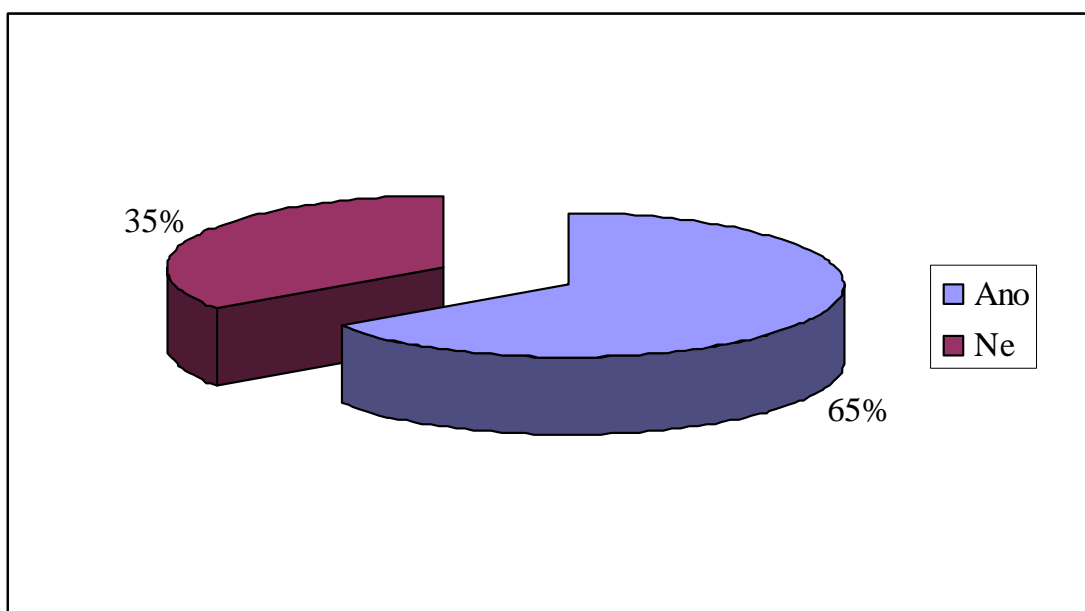
V položce 12 zvolilo 35 respondentů odpověď **ano**, 9 respondentů si vybralo odpověď **ne** a zbývajících 5 respondentů zvolilo odpověď **nevím**. Z procentuálního hlediska to znamená, že 71% respondentů si myslí, že v ČR existuje dostatek organizací zabývajících se pomocí rodinám při péči o seniora v domácím prostředí, 18% respondentů si to však nemyslí. Zbývajících 10% respondentů nedokáže posoudit, jestli existuje v ČR dostatek organizací, které se zabývají pomocí rodinám při péči o seniora v domácím prostředí. Vyhodnocení odpovědí v položce 12 jsem znázornila do tabulky 15 a grafu 15.

**Položka 13 – Využíváte pomoc organizací při péči o Vašeho seniora v domácím prostředí?**

Tabulka 16 Vyhodnocení položky 13

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	32	65%
Ne	17	35%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 16 Vyhodnocení položky 13



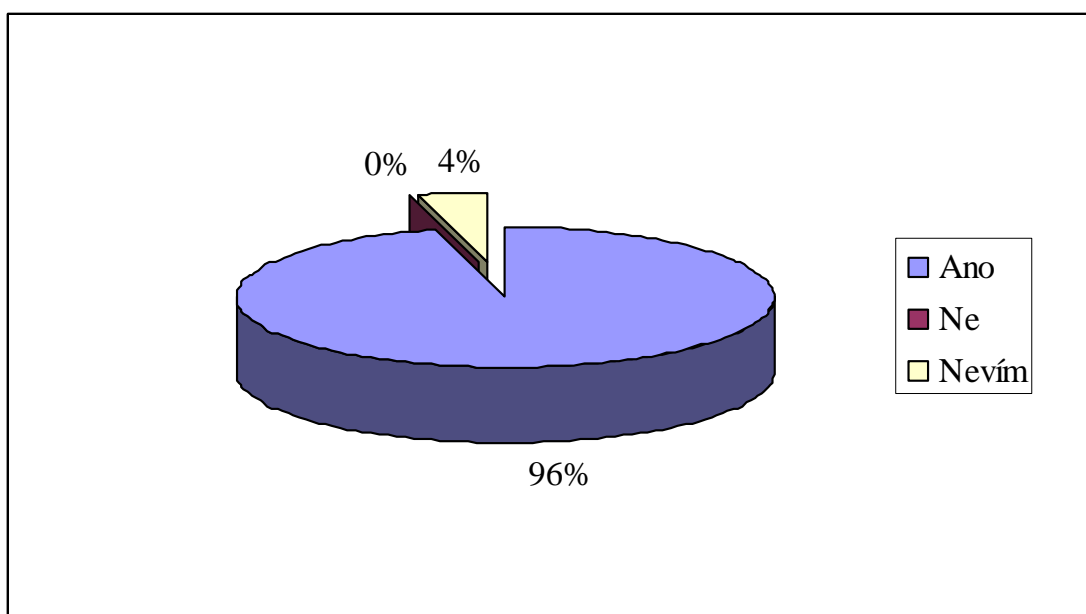
V položce 13 zvolilo 32 respondentů odpověď **ano** a 17 respondentů zvolilo odpověď **ne**. Z procentuálního hlediska to znamená, že 65% respondentů využívá pomoc organizací při péči o seniora v domácím prostředí, 35% respondentů však nikoliv. Vyhodnocení odpovědí v položce 13 jsem znázornila do tabulky 16 a grafu 16.

**Položka 14 – Myslíte si, že péče o seniora v domácím prostředí je pro něj prospěšná?**

Tabulka 17 Vyhodnocení položky 14

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	47	96%
Ne	0	0%
Nevím	2	4%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 17 Vyhodnocení položky 14



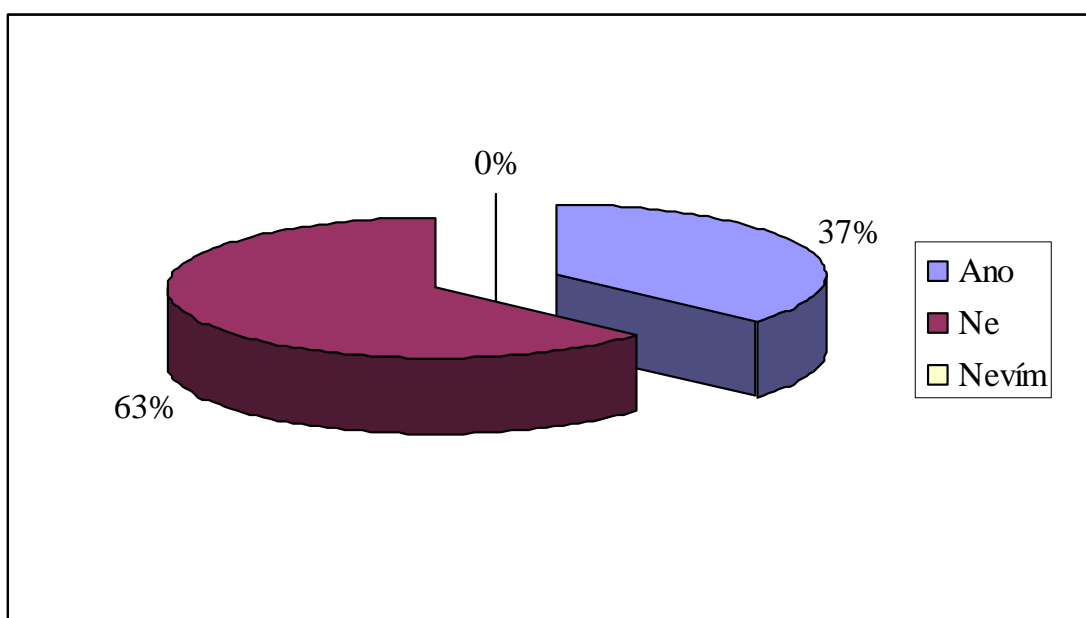
V položce 14 zvolilo 47 respondentů odpověď **ano**, žádný z respondentů nezvolil odpověď **ne** a zbývající 2 respondenti zvolili odpověď **nevím**. Z procentuálního hlediska to znamená, že 96% respondentů je přesvědčeno, že péče o seniora v domácím prostředí je pro něj prospěšná a 4% respondentů to neumí posoudit. Vyhodnocení odpovědí v položce 14 jsem znázornila do tabulky 17 a grafu 17.

**Položka 15 – Může být problémem při péči o seniora Vaše finanční situace nebo finanční situace rodiny, která o seniora pečuje?**

Tabulka 18 Vyhodnocení položky 15

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	37%
Ne	31	63%
Nevím	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 18 Vyhodnocení položky 15



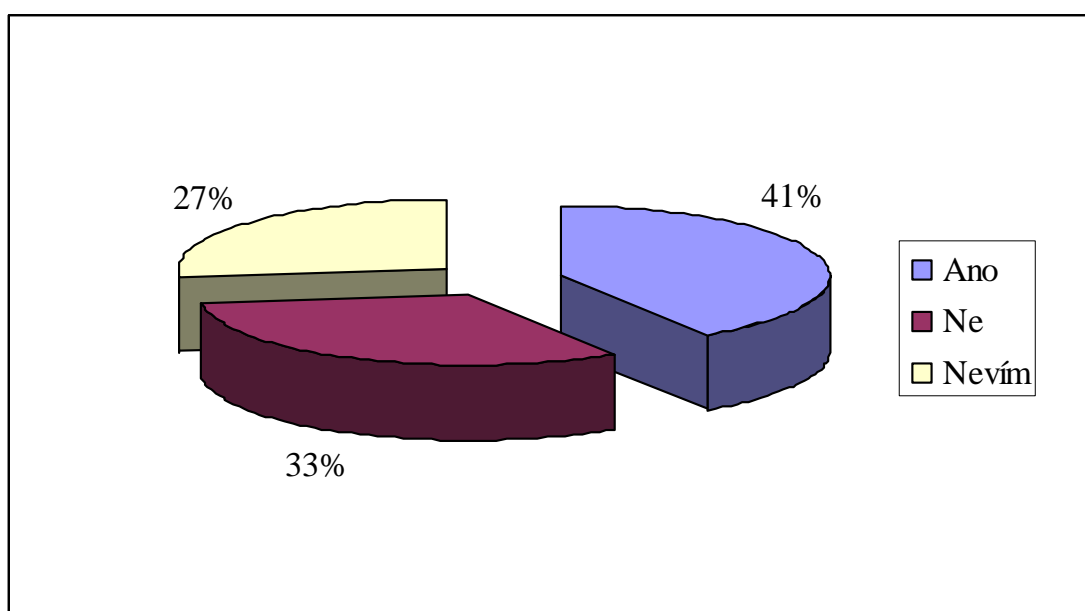
V položce 15 zvolilo 18 respondentů odpověď **ano**, 31 respondentů si vybralo odpověď **ne**. Žádný z respondentů nezvolil odpověď **nevím**. Z hlediska procentuálního to znamená, že podle 37% respondentů může být problémem při péči o seniora jejich finanční situace nebo finanční situace rodiny pečující o seniora, ale podle 63% respondentů nikoliv. Vyhodnocení odpovědí v položce 15 jsem znázornila do tabulky 18 a grafu 18.

## Položka 16 – Máte dostatek pomůcek, které pomáhají při péči o Vašeho seniora?

Tabulka 19 Vyhodnocení položky 16

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	41%
Ne	16	33%
Nevím	13	27%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 19 Vyhodnoceni položky 16



V položce 16 zvolilo 20 respondentů odpověď **ano**, 16 respondentů si vybralo odpověď **ne** a zbývajících 13 respondentů zvolilo odpověď **nevím**. Z hlediska procentuálního to znamená, že 41% respondentů je přesvědčeno, že má dostatek pomůcek, které pomáhají při péči o seniora v domácím prostředí, 33% respondentů však nikoliv. 27% respondentů nedokáže posoudit, jestli má nebo nemá dostatek pomůcek, které pomáhají při péči o seniora v domácím prostředí. Vyhodnocení odpovědí v položce 16 jsem znázornila do tabulky 19 a grafu 19.

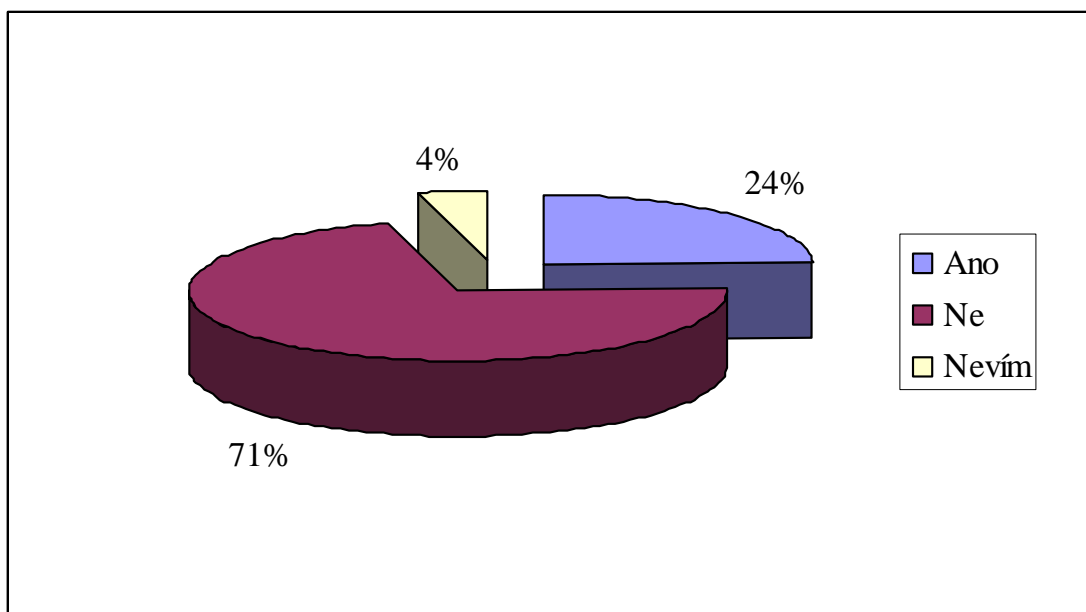


**Položka 17 – Může být podle Vás problémem dostupnost lokality, ve které senior, o kterého pečujete, žije (nebo ve které žijete společně se seniorem, o kterého pečujete), z hlediska dopravy k lékaři a podobně?**

Tabulka 20 Vyhodnocení položky 17

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	12	24%
Ne	35	71%
Nevím	2	4%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 20 Vyhodnocení položky 17



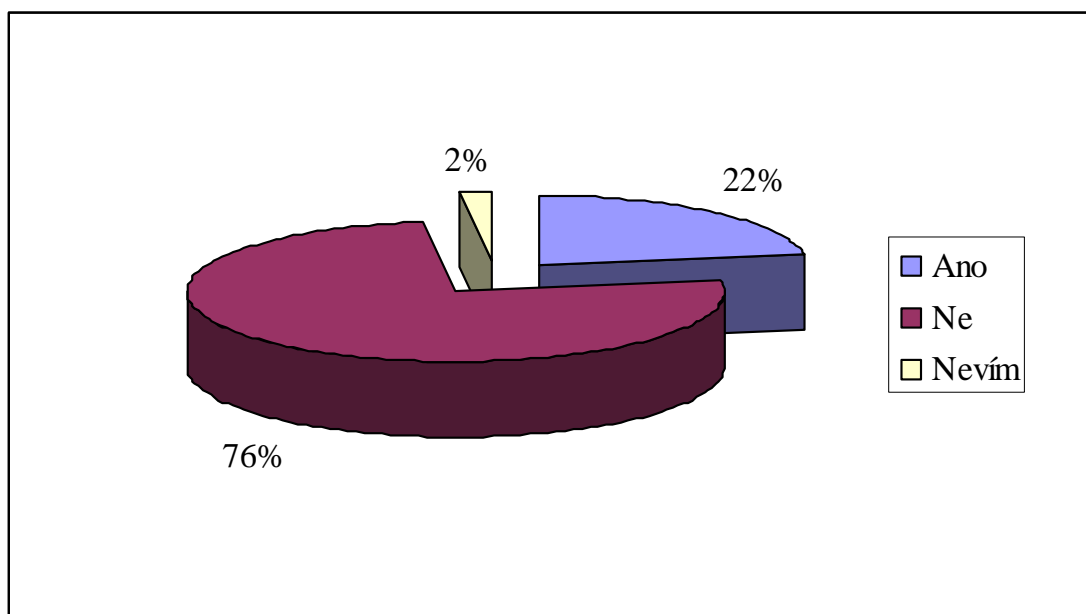
V položce 17 zvolilo 12 respondentů odpověď **ano**, 35 respondentů si vybralo odpověď **ne** a zbývajících 2 respondenti zvolili odpověď **nevím**. Z procentuálního hlediska to znamená, že podle 24% respondentů může být problémem dostupnost lokality, ve které žije senior, o kterého pečují nebo ve které se seniorem, o kterého pečují, žijí. Podle 71% respondentů to však problém není. 2% respondentů nedokáže posoudit, jestli to problémem je nebo není. Vyhodnocení odpovědí v položce 17 jsem znázornila do tabulky 20 a grafu 20.

**Položka 18 – Je pro Vás obtížné z časového hlediska skloubit zaměstnání s péčí o seniora v domácím prostředí?**

Tabulka 21 Vyhodnocení položky 18

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	11	22%
Ne	37	76%
Nevím	1	2%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 21 Vyhodnocení položky 18



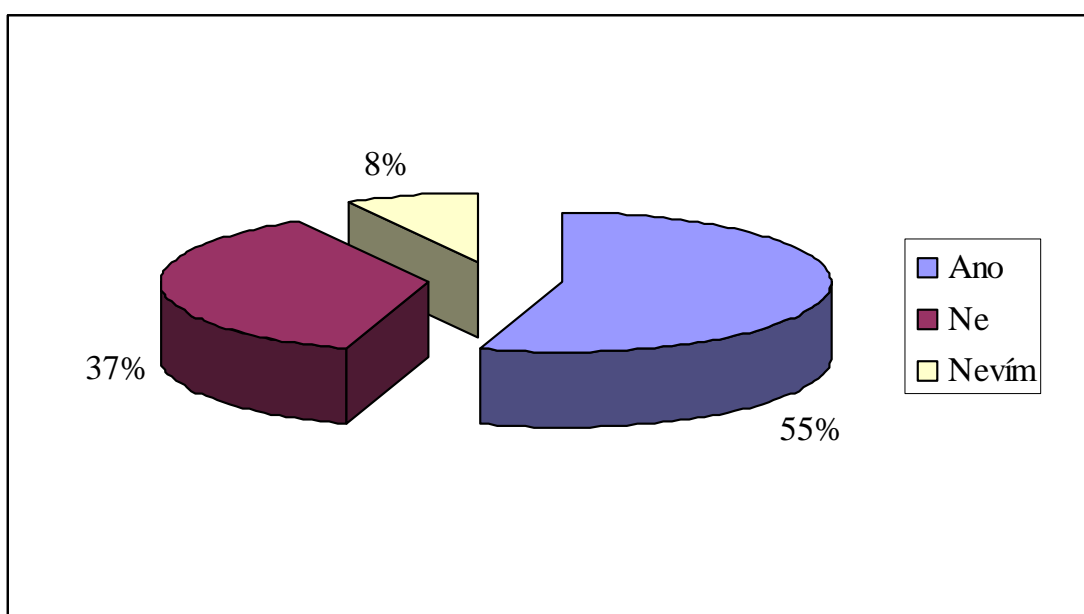
V položce 18 zvolilo 11 respondentů odpověď **ano**, 37 respondentů si vybralo odpověď **ne** a 1 respondent zvolil odpověď **nevím**. Z hlediska procentuálního to znamená, že pro 22% respondentů je obtížné z časového hlediska skloubit zaměstnání s péčí o seniora v domácím prostředí, ovšem pro 76% respondentů to obtížné není. 2% respondentů neumí posoudit, jestli to pro ně obtížné je či není. Vyhodnocení odpovědí v položce 18 jsem znázornila do tabulky 21 a grafu 21.

## Položka 19 – Vidíte jako problém zdravotní stav seniora, o kterého pečujete?

Tabulka 22 Vyhodnocení položky 19

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	27	55%
Ne	18	37%
Nevím	4	8%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 22 Vyhodnocení položky 19



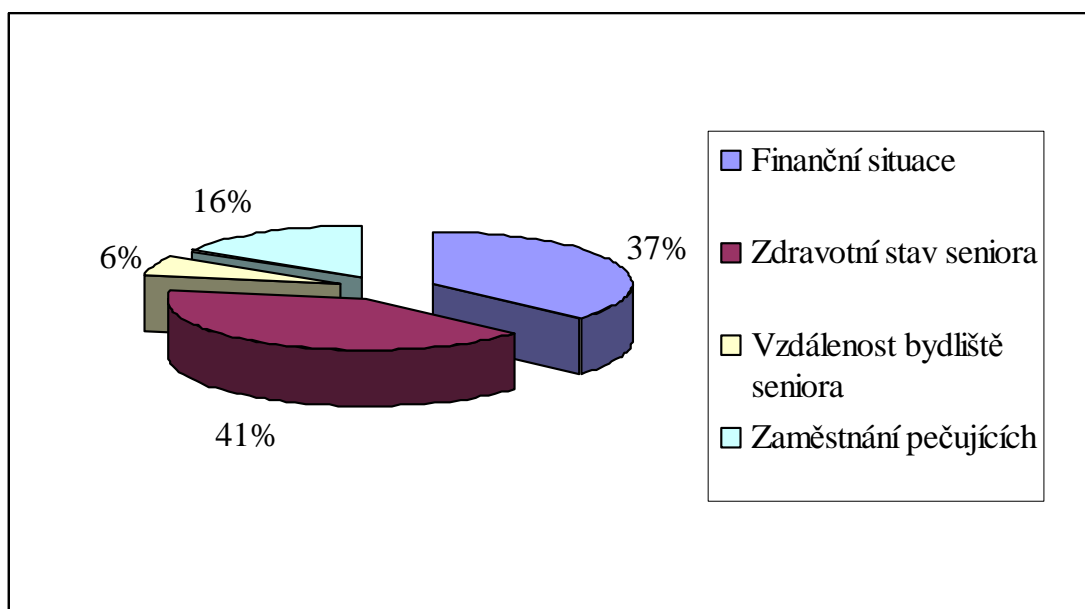
V položce 19 zvolilo 27 respondentů odpověď **ano**, 18 respondentů si vybralo odpověď **ne** a zbývajících 4 respondenti zvolili odpověď **nevím**. Z hlediska procentuálního to znamená, že 55% respondentů vidí jako problém zdravotní stav seniora, o kterého pečují v domácím prostředí. Naopak pro 37% respondentů není zdravotní stav seniora, o kterého pečují, problémem. 8% respondentů nedokáže posoudit, jestli je nebo není problémem zdravotní stav seniora, o kterého pečují v domácím prostředí. Vyhodnocení odpovědí v položce 19 jsem znázornila do tabulky 22 a grafu 22.

## Položka 20 – V čem vidíte největší problém při péči o seniory v domácím prostředí?

Tabulka 23 Vyhodnocení položky 20

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Finanční situace	18	37%
Zdravotní stav seniora	20	41%
Vzdálenost bydliště seniora	3	6%
Zaměstnání pečujících	8	16%
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Graf 23 Vyhodnocení položky 20



V položce 20 odpovídali respondenti vlastními slovy. Stručně popsali, co je podle nich největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí. Pro přehlednost jsem do tabulky 23 a grafu 20 znázornila odpovědi respondentů. Vzhledem k tomu, že respondenti své odpovědi psali vlastními slovy, snažila jsem se jejich odpovědi zestručnit. 18 respondentů tedy napsalo, že je podle nich největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí **finanční situace**. 20 respondentů uvedlo jako největší problém **zdravotní stav seniora**, 3 respondenti vidí jako největší problém **vzdálenost bydliště seniora** a zbývajících 8 respondentů uvedlo jako největší problém při péči o seniora v domácím prostředí **své zaměstnání**. Z hlediska

procentuálního to znamená, že jako největší problém při péči o seniora v domácím prostředí vidí 37% respondentů finanční situaci, 41% respondentů zdravotní stav seniora, 6% respondentů vzdálenost bydliště seniora a 16% respondentů své zaměstnání.

## **6.5 Vyhodnocení průzkumných otázek**

### **6.5.1 Vyhodnocení průzkumné otázky 1**

**Průzkumná otázka 1: Mají lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, dostatek informací o této problematice?**

Na průzkumnou otázku 1, jsem si předem stanovila následující hypotézu:

**Lidé pečující o seniora v domácím prostředí mají dostatek informací o této problematice.**

V položce 7, kde jsem se dotazovala, jestli si respondenti myslí, že mají dostatek informací o problematice péče o seniora v domácím prostředí, zvolilo nejvíce respondentů (49%) odpověď **ano**, což potvrzuje i graf 10.

V položce 8, kde jsem se dotazovala, jestli je podle respondentů obecně společnost v ČR dostatečně informována o této problematice, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ne** (45%). Potvrzuje to i graf 11.

V položce 9, kde jsem se dotazovala, jestli si respondenti myslí, že by se měly pořádat semináře o problematice péče o seniora v domácím prostředí už na školách, aby děti a mladí lidé měli alespoň základní informace o této problematice, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ano** (57%), což potvrzuje i graf 12.

V položce 10, kde jsem se dotazovala, jestli si respondenti myslí, že média a různá periodika informují dostatečně o problematice péče o seniory v domácím prostředí, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ne** (59%), což potvrzuje i graf 13.

Přímou souvislost s průzkumnou otázkou 1 měla položka 7 v dotazníku, z čehož vyplývá, že pečující o seniora mají dostatek informací o problematice péče o seniora v domácím prostředí.

Nepřímou souvislost s průzkumnou otázkou 1 měly pak položky 8, 9, 10 v dotazníku. Z toho vyplývá, že pečující o seniora si myslí, že informovanost společnosti v ČR o této problematice je malá, že by se o této problematice měly pořádat semináře už na školách, aby i mladí lidé získali základní informace o této problematice. Pečující o seniora si také myslí, že média a různá periodika nedostatečně informují o této problematice.

Má hypotéza se tedy sice **potvrdila**, což dokazují odpovědi respondentů (pečujících o seniora v domácím prostředí) v položce 7, ale je potřeba brát zřetel také na odpovědi v položkách 8 až 10 v dotazníku. To znamená, že **lidé pečující o seniora v domácím prostředí mají dostatek informací o této problematice**. Tito lidé si však myslí, že informovanost společnosti v ČR o této problematice je malá, že by se měly o této problematice pořádat semináře už na školách a také si myslí, že média a různá periodika nedostatečně informují o této problematice.

### 6.5.2 Vyhodnocení průzkumné otázky 2

**Průzkumná otázka 2: Vědí lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, na koho se v případě potřeby obrátit?**

Na průzkumnou otázku 2, jsem si předem stanovila následující hypotézu:

**Lidé pečující o seniora v domácím prostředí vědí, na koho se v případě potřeby obrátit.**

V položce 11, kde jsem se dotazovala, jestli respondenti mají dostatečné informace o tom, kdo jim může případně pomoci při péči o seniora v domácím prostředí, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ano** (59%), což potvrzuje i graf 14.

V položce 12, kde jsem se dotazovala, jestli podle respondentů existuje v ČR dostatek organizací zabývajících se pomocí rodinám při péči o seniora v domácím prostředí, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ano** (71%). To potvrzuje i graf 15.

V položce 13, kde jsem se dotazovala, jestli respondenti využívají pomoci organizací při péči o jejich seniora v domácím prostředí, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ano** (65%), což potvrzuje i graf 16.

Přímou souvislost s průzkumnou otázkou 2 měla položka 11 v dotazníku. Z toho vyplývá, že pečující o seniora v domácím prostředí vědí, na koho se v případě potřeby při péči o seniora v domácím prostředí obrátit.

Nepřímou souvislost s průzkumnou otázkou 2 pak měly položky 12 a 13 v dotazníku, přičemž podle pečujících o seniora v domácím prostředí existuje v ČR dostatek organizací, které jim mohou s péčí pomoci a větší část pečujících také pomoci těchto organizací využívá.

Má hypotéza se **potvrdila**, což dokazují odpovědi respondentů v položce 11. To znamená, že **lidé pečující o seniora v domácím prostředí vědí, na koho se v případě potřeby obrátit**. Odpovědi v položkách 12 a 13 také ukazují, že pečující si myslí, že je dostatek organizací v ČR, které jim mohou s péčí o seniora v domácím prostředí pomoci, pokud je to potřeba. Pomoci těchto organizací také velká část pečujících využívá.

### 6.5.3 Vyhodnocení průzkumné otázky 3

**Průzkumná otázka 3: Jaký je podle pečujících největší problém při péči o seniora v domácím prostředí?**

Na průzkumnou otázku 3 jsem si předem stanovila následující hypotézu:

**Podle pečujících je největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí jejich finanční situace nebo finanční situace rodiny, která o seniora pečuje.**

V položce 14, kde jsem se dotazovala, jestli si respondenti myslí, že je péče o seniora v domácím prostředí pro něj prospěšná, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ano** (96%), což potvrzuje i graf 17.

V položce 15, kde jsem se dotazovala, jestli může být podle respondentů problémem při péči o seniora v domácím prostředí jejich finanční situace nebo finanční situace rodiny, která o seniora pečuje, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ne** (63%). To potvrzuje i graf 18.

V položce 16, kde jsem se dotazovala, jestli mají respondenti dostatek pomůcek pro péči o seniora v domácím prostředí, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ano** (41%), což potvrzuje i graf 19.

V položce 17, kde jsem se dotazovala, jestli může být podle respondentů problémem dostupnost lokality, ve které senior, o kterého pečují, žije nebo ve které společně žijí se seniorem, o kterého pečují, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ne** (71%), což potvrzuje i graf 20.

V položce 18, kde jsem se dotazovala, jestli je podle respondentů časově obtížné skloubit jejich zaměstnání s péčí o seniora v domácím prostředí, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ne** (76%). To potvrzuje i graf 21.

V položce 19, kde jsem se dotazovala, jestli respondenti vidí jako problém zdravotní stav seniora, o kterého pečují, zvolilo nejvíce respondentů odpověď **ano** (55%), což potvrzuje i graf 22.

V položce 20 měli respondenti za úkol vlastními slovy popsat, co je podle nich největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí. Nejčastěji se respondenti zmiňovali o **zdravotním stavu seniora** (41% respondentů). To potvrzuje i graf 23.

Přímou souvislost s průzkumnou otázkou 3 měly položky 20, 15, 17 a 19 v dotazníku. V položce 20 měli respondenti vlastními slovy popsat, co je podle nich největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí, přičemž nejčastěji zmiňovali **zdravotní stav seniora**. V položce 15 navíc nejvíce respondentů odpovědělo,



že podle nich není problémem finanční situace pečujícího nebo pečující rodiny o seniora v domácím prostředí. Z výsledků položky 17 vyplývá, že ani dostupnost lokality, ve které žije senior, o kterého je pečováno nebo ve které žije rodina se seniorem, o kterého pečuje, není problémem. Z výsledků položky 19 ale vyplývá, že zdravotní stav seniora je respondenty vnímán jako problém při péči o něj v domácím prostředí. Z toho tedy vyplývá, že finanční situace pečujících není největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí a jako největší problém při péči o seniora v domácím prostředí je pečujícími vnímán **zdravotní stav seniora**.

Nepřímo s průzkumnou otázkou 3 souvisely položky 14, 16 a 18 v dotazníku, přičemž z odpovědí respondentů vyplývá, že podle respondentů je péče v domácím prostředí pro seniory prospěšná, že mají dostatek pomůcek pro péči o seniora v domácím prostředí a není pro ně časově náročné skloubit péči o seniora v domácím prostředí se svým zaměstnáním.

Má hypotéza se tedy **nepotvrdila**, což ukazují výsledky odpovědí v položkách 15, 17, 19 a 20. Z toho vyplývá, že **největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí je respondenty vnímán zdravotní stav seniora**. Přesto si ale většina respondentů myslí, že je péče o seniora v domácím prostředí pro něj prospěšná, že mají dostatek pomůcek pro péči o seniora a není pro ně časově náročné skloubit péči o seniora v domácím prostředí se svým zaměstnáním. Finanční situace pečujících ani dostupnost lokality, ve které žije senior nebo rodina se seniorem, o kterého je pečováno, nejsou respondenty vnímány jako problém.

## **6.6 Vyhodnocení průzkumného problému**

**Průzkumný problém: Dokážou se lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, o něj postarat?**

Aby mohl být průzkumný problém vyhodnocen, bylo potřeba stanovit několik průzkumných cílů:

Cíl 1: Zjistit, jestli lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, mají dostatek informací o této problematice.

Cíl 2: Zjistit, jestli lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, vědí, na koho se v případě potřeby obrátit.

Cíl 3: Zjistit, jaký je podle pečujících největší problém při péči o seniora v domácím prostředí.

Pro každý průzkumný cíl byla stanovena 1 průzkumná otázka. Tyto průzkumné otázky jsem vyhodnotila (viz. 6.5 Vyhodnocení průzkumných otázek) na základě výsledků položek dotazníků.

Cílem 1 bylo zjistit, jestli lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, mají dostatek informací o této problematice. Na základě vyhodnocení průzkumné otázky 1 bylo zjištěno, že **lidé pečující o seniora v domácím prostředí mají dostatek informací o této problematice**. Přesto si však tito lidé myslí, že informovanost společnosti v ČR o této problematice je malá, že by se měly o této problematice pořádat semináře už na školách a také si myslí, že média a různá periodika nedostatečně informují o této problematice.

Cílem 2 bylo zjistit, jestli lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, vědí, na koho se v případě potřeby obrátit. Na základě vyhodnocení průzkumné otázky 2 bylo zjištěno, že **lidé pečující o seniora v domácím prostředí vědí, na koho se v případě potřeby obrátit**. Navíc podle respondentů je v ČR dostatek organizací, které jim mohou s péčí o seniora v domácím prostředí pomoci, pokud je to potřeba. Velká část respondentů také využívá pomoci těchto organizací.

Cílem 3 bylo zjistit, jaký je podle pečujících největší problém při péči o seniora v domácím prostředí. Na základě vyhodnocení průzkumné otázky 3 bylo zjištěno, že **největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí je respondenty vnímán zdravotní stav seniora**. Finanční situace respondentů ani dostupnost lokality, ve které žije senior nebo rodina se seniorem, o kterého je pečováno, nejsou respondenty vnímány jako problém. Většina respondentů si navíc myslí, že je péče o seniora v domácím prostředí pro něj prospěšná, že mají dostatek pomůcek pro péči o seniora a není pro ně časově náročné skloubit péči o seniora v domácím prostředí se svým zaměstnáním.

Všechny 3 průzkumné cíle byly naplněny. Na základě toho mohu konstatovat, že lidé pečující o seniora v domácím prostředí mají dostatek informací o této problematice. I když je pečujícími vnímán jako největší problém při péči o seniora v domácím prostředí jeho zdravotní stav, vědí pečující, na koho se v případě potřeby obrátit.

Z toho usuzuji, že výsledkem průzkumného problému je to, že se lidé pečující o seniora v domácím prostředí **dokážou** o něj postarat.

## 7 Diskuze, doporučení pro praxi

Problematika péče o seniora v domácím prostředí je dosti široký pojem. Je velmi obtížné srovnávat tuto bakalářskou práci s pracemi jiných autorů. Každý autor se jinak zaměřuje na danou problematiku. Přesto však je jedna věc společná, a sice péče o seniora v domácím prostředí. V mém případě je péče o seniora v domácím prostředí velmi osobní téma, protože jeden z mých dědečků zemřel a poslední měsíce života trávil doma, v okruhu naší rodiny a bylo o něj s láskou pečováno. Proto také z vlastní zkušenosti vím, že pečovat o seniora v domácím prostředí přináší řadu starostí, problémů, ale také dodává spoustu zkušeností a znalostí.

Vzhledem k tomu, že jsme společně s rodiči, babičkou a příbuznými pečovali o dědečka, museli jsme si spoustu informací o dané problematice dohledat na internetu nebo v odborné literatuře. V televizi nebo rádiu, ale dokonce ani v časopisech jsme se příliš mnoho informací o této problematice nedověděli. Přesto mě ale nepřekvapuje, že výsledek průzkumného cíle 1 odpovídá tomu, co jsem předpokládala, že pečující mají dostatek informací o dané problematice, což dokládá výsledek položky 7 v dotazníku, kde 49% respondentů potvrdilo, že má dostatek informací o dané problematice. Domnívám se, že potřebné informace získávali rovněž prostřednictvím internetu nebo odborné literatury. Nepřekvapuje mě také, že je podle pečujících této problematice věnováno málo prostoru v médiích a časopisech, což potvrdilo 59% respondentů a z toho také vyplývá, že si 45% respondentů myslí, že obecně společnost v ČR nemá dostatek informací o této problematice. Navíc mladí lidé nemají o tuto problematiku zájem. To také potvrdil můj průzkum, protože nejvíce respondentů (59%) patřilo do věkové skupiny 36-45 let. Průzkum byl sice obecně směřován na oblast lidí, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, ale je zřejmé, že největší zájem pečovat o seniora mladí lidé nemají. Toto potvrzuje i Šárka Lampová, absolventka Masarykovy univerzity, která se ve své bakalářské práci v roce 2011 zabývala úlohou rodiny při péči o seniora v domácím prostředí, kde v rámci jejího šetření bylo pouze 14% respondentů, kteří někdy pečovali o seniora v domácím prostředí, mladších 30 let.

Dalším průzkumným cílem bylo zjistit, jestli pečující (respondenti) vědí, na koho se v případě potřeby obrátit. Sama z vlastní zkušenosti vím, že pomoc některé z organizací, která se zabývá domácí péčí, je v některých případech vítaná nebo

dokonce nezbytná. Důležité je především vědět, na koho se obrátit. Jak vyplývá z mého průzkumu, 59% respondentů ví, na koho se v případě potřeby obrátit. Navíc si 71% respondentů myslí, že v ČR existuje dostatek organizací zabývajících se péčí o seniora v domácím prostředí a 65% respondentů pomoci těchto organizací využívá. Pro srovnání uvedu bakalářskou práci Boženy Flajšingerové z Masarykovy univerzity z roku 2008, která se zabývala úlohou rodiny při péči o nesoběstačného seniora, kde v dotazníku uvedlo téměř 62% respondentů, že je v jejich místě bydliště dostupná některá z agentur domácí péče, ale jen zhruba 31% respondentů uvedlo, že pomoci těchto agentur využívá. V případě péče o mého dědečka ale naše rodina využívala pomoci jedné z agentur domácí péče.

Posledním průzkumným cílem bylo zjistit, co je podle respondentů (pečujících) největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí. Překvapilo mě, že v současné době ekonomické krize není respondenty vnímána jako největší problém jejich finanční situace nebo finanční situace rodin pečujících o seniory, což potvrdilo 63% respondentů v položce 15 v dotazníku. Ani dostupnost lokality, ve které senior žije, není respondenty vnímána jako problém. 96% respondentů si rovněž myslí, že péče o seniora v domácím prostředí je pro něj prospěšná. Souviset s tím může i jeden z očekávaných cílů bakalářské práce Šárky Lampové, který ukazuje, že 75% respondentů by si zvolilo po dosažení seniorského věku možnost domácího prostředí, což by mohlo vypovídat o tom, že považují domácí prostředí jako nejlepší alternativu pro prožití stáří. Pokud se podívám na zaměstnání pečujících a péči o seniora v domácím prostředí, 76% z celkového počtu respondentů nemá problém se skloubením svého zaměstnání a péče o seniora, přičemž 57% z celkového počtu respondentů je zaměstnaných a 12% z celkového počtu respondentů pracuje na částečný úvazek. Předpokládám, že velká část respondentů (pečujících) nemá zdravotnické vzdělání, což by také mohlo ukazovat na to, že největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí je respondenty vnímán zdravotní stav seniora. Přesto si myslím, že tento problém lze zvládnout s pomocí některých organizací, které se zabývají péčí o seniora v domácím prostředí. Důkazem toho může být, že velká část respondentů pomoci těchto organizací využívá.

Výběrový soubor byl tvořen 49 respondenty různých věkových skupin, pohlaví a s různým stupněm dosaženého vzdělání. Je samozřejmě jasné, že se výsledky mého

průzkumu nemusí shodovat s jinými výsledky např. odborných průzkumů, ve kterých mohly figurovat i stovky respondentů. Přesto mohou poukázat na problémy, různé situace a jejich konkrétní řešení.

## 7.1 Doporučení pro praxi

Problematika péče o seniora je stále, více aktuálnějším tématem dnešní doby. Lidí, kteří se dožívají seniorského věku, v ČR přibývá. Do roku 2030 se předpokládá nárůst počtu seniorů o 40-80 procent. Budeme tedy do budoucna muset počítat s tím, že každý dvacátý občan České republiky bude starší 85 let. Reálně tak hrozí sociální vyloučení jedinců (seniorů). Stále více lidí vnímá stáří jako zoufalství, nemoc, samotu. Seniori mohou být často především mladými lidmi vnímáni jako překážka. Bývají také často prezentováni jako oběti různých podvodů, násilí, atd. Proto je potřeba se stále více věnovat problematice stáří a stárnutí a také problematice péče o seniory, aby si i mladí lidé uvědomili, že se jednoho dne dožijí i oni seniorského věku a bude muset také o ně být nějakým způsobem postaráno.

Pro společnost v ČR bych tedy doporučila:

- více se informovat o problematice stáří a stárnutí, a také o možnostech péče o seniory.
- pořádat přednášky a semináře o problematice péče o seniory už na školách, aby i mladí lidé dostali alespoň základní informace o této problematice.
- více informovat o seniorech v TV, rádiu a jiných médiích a periodikách.
- více se seniory komunikovat.

Pro pečující bych doporučila:

- nebát se zdravotního stavu seniora, využívat organizací, které se zabývají péčí o seniory v domácím prostředí.
- při péči o seniora v domácím prostředí vytvářet přátelské prostředí, aby senior vnímal, že je o něj s láskou postaráno a že je pro něj tato péče prospěšná.
- zapojit do procesu péče o seniora v domácím prostředí i mladé členy rodiny.

## 8 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jestli lidé pečující o seniora v domácím prostředí, jsou schopni se o něj postarat. Práce byla rozdělena na dvě části. Teoretická část práce byla zaměřena na problematiku stáří a stárnutí, zabývala se rovněž gerontologií a geriatrií. Dále byla popisována problematika rodiny a seniora a také potřeby seniorů. V neposlední řadě se teoretická část práce zabývala péčí o seniory.

Stěžejním článkem byla praktická část bakalářské práce, která byla koncipována jako průzkum, který byl zaměřen na pečující o seniora v domácím prostředí. Věkovou skupinou byli lidé (muži i ženy) mezi 20 až 55 lety, s různým stupněm dosaženého vzdělání, kteří pečují o seniora v domácím prostředí. Pro vyhodnocení stanoveného cíle bakalářské práce, což byl zároveň průzkumný problém, byly stanoveny tři průzkumné cíle. Průzkumným cílem 1 bylo zjistit, jestli lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, mají dostatek informací o této problematice. Vyhodnocením průzkumné otázky 1, která vyplývala z průzkumného cíle 1, bylo zjištěno, že lidé pečující o seniora v domácím prostředí mají o této problematice dostatek informací. Průzkumným cílem 2 bylo zjistit, jestli lidé, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, vědí, na koho se v případě potřeby obrátit. Vyhodnocením průzkumné otázky 2, která vyplynula z průzkumného cíle 2, bylo zjištěno, že pečující o seniora v domácím prostředí vědí, na koho se v případě potřeby obrátit. Posledním průzkumným cílem bylo zjistit, jaký je podle pečujících největší problém při péči o seniora v domácím prostředí. Vyhodnocením průzkumné otázky 3, která vyplynula z posledního průzkumného cíle, bylo zjištěno, že největším problémem při péči o seniora v domácím prostředí je pečujícími vnímán zdravotní stav seniora.

Z vyhodnocení výsledků průzkumných cílů respektive průzkumných otázek vyplynulo, že lidé pečující o seniory v domácím prostředí, mají o této problematice dostatek informací. Jako největší problém vnímají pečující zdravotní stav seniora, přesto ale mají dostatek informací o tom, na koho se v případě potřeby obrátit. Proto byl také vyhodnocen průzkumný problém tak, že lidé pečující o seniora v domácím prostředí se dokážou o daného seniora postarat.

Přesto však z výsledků průzkumu vyplynulo, že obecně společnost v ČR je podle respondentů nedostatečně informována o problematice péče o seniora v domácím prostředí. Podle respondentů je také potřeba zaměřit se na pořádání seminářů a přednášek o této problematice už na školách, aby děti a mladí lidé získali alespoň základní informace o tom, jak pečovat o seniora v domácím prostředí. Podle respondentů je také potřeba, aby bylo této problematice věnováno více prostoru v médiích a různých periodikách.

Závěrem bych chtěla podotknout, že tato práce by mohla sloužit jak ke studijním účelům, tak by mohla také pomoci lidem, kteří hledají informace o problematice péče o seniora v domácím prostředí. Mohla by rovněž sloužit jako podklad pro tvůrce různých průzkumů, které se týkají dané problematiky.



## SEZNAM LITERATURY

ANON. *Sociální tematika* [online]. MPSV. 2014 [cit. 2014-05-31].

Dostupné na: <http://portal.mpsv.cz/soc/>

BENEŠOVÁ, R. Hledání modelu péče o nesoběstačné rodinné členy. In: *Kontakt*. Roč. 12, č. 4 (2010), s. 435-445. ISSN 1212-4117.

BERTINI, K. *Sendvičová rodina: souběžná péče o malé děti a seniory*. Přel. Petra Diestlerová, 1., vyd. Praha: PORTÁL, 2013. 211 s. Přel. z: Strength for the sandwich generation help to thrive while simultaneously caring for our kids and our aging parents. ISBN 978-80-262-0478-7.

CEJNOHOVÁ, M. *Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta* [online]. Zdraví E15. 2009 [cit. 2014-05-31].

Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pecce-o-geriatrickeho-pacienta-417235>

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. Úvod do problematiky. Praha: GRADA, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DLOUHÁ, H., MAZANCOVÁ, V.: *Senioři v RZP* [online]. Zdravotnická záchranná služba KV, 2011 [cit. 2014-05-31].

Dostupné na: <http://download.pelhrimovskypodvecer.cz/7.3.3p.pdf>

EULDERINK, F. *Inleiding gerontologie en geriatrie*. BOHN STAFLEU VAN LOGHUM, 2004. ISBN 978-90-313-4264-8.

FLAJŠINGEROVÁ, B. *Rodina a její role v péči o nesoběstačného seniora*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Šárka Urbánková.

FORMÁNKOVÁ P. Využívání příspěvku na péči o seniory k zajištění potřebné pomoci ze systému sociálních služeb. In: *Kontakt*. Roč. 12, č. 3 (2010), s. 315-324. ISSN 1212-4117.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava. Ostravská univerzita, 2006. ISBN 978-80-736-8110-4.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: GRADA PUBLISHING, 2007. ISBN 80-2472-150-3.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: GRADA PUBLISHING, 2008. ISBN 80-2472-169-4.

KRUTÍLKOVÁ, E. Geriatrický pacient v domácí péči. In: *Sestra* [online]. Roč. 20, č. 6 (2010), s. 74-75 [cit. 2014-05-31]. ISSN 1210-0404.

Dostupný na: [www.zdn.cz/clanek/sestra/geriatricky-klient-v-domaci-peci-452685](http://www.zdn.cz/clanek/sestra/geriatricky-klient-v-domaci-peci-452685)

LAMPOVÁ, Š. *Úloha rodiny při péči o seniora v domácím prostředí*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce MUDr. Hana Meluzínová.

MISCONIOVÁ, B. *Historie domácí péče* [online]. Domácí péče. 2006 [cit. 2014-05-31].

Dostupné na: <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Praha: GRADA PUBLISHING, 2011. ISBN 80-2473-872-4.

POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: GRADA PUBLISHING, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

ROZSYPALOVÁ, M., ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika I*. Praha: INFORMATORIUM, 2003. ISBN 80-7333-014-8.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

VONEŠOVÁ, P., MACHOVÁ, A. *Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetřovatelské péče* [online]. Zdraví E15. 2011 [cit. 2014-05-31].

Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vliv-domaciho-prostredi-klienta-na-poskytovani-oseetrovatelske-pece-459334>

# PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník	II
Příloha B – Barthelův test základních všedních činností	VII
Příloha C – Maslowova hierarchie potřeb	VIII
Příloha D – Pomůcky pro péči o seniora	IX
Příloha E – Testování vývoje soběstačnosti	X
Příloha F – Rešerše	XIII

## Příloha A

# Dotazník

Vážený respondente, vážená respondentko,  
jmenuji se Nikola Dušková a jsem studentkou posledního (třetího) ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., Praha 5. Tento dotazník jsem vytvořila za účelem získání informací o tom, jestli lidé v České republice, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, jsou schopni se o něj postarat. Tento dotazník je anonymní. Prosím Vás o pravdivé a upřímné vyplnění otázek, protože poslouží jako podklad k praktické části mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

Nikola Dušková

**Pohlaví:**     Muž     Žena    (zakřížkujte prosím)

**Věk:**         20 – 35 let  
                   36 – 45 let  
                   46 – 55 let

**Vzdělání:**     Základní  
                   Učební obor (s maturitou)  
                   Středoškolské odborné  
                   Jiné

**1. Senior, o kterého pečujete, žije s Vámi ve společné domácnosti?**

- a.  Ano
- b.  Ne

**2. Senior, o kterého pečujete, žije?**

- a.  V rodinném domě
- b.  V bytě
- c.  Jinde, uveďte: .....

**3. Pracujete nebo nemáte zaměstnání?**

- a.  Ano, pracuji
- b.  Ne, nepracuji
- c.  Pracuji na částečný úvazek

**4. Senior, o kterého pečujete, je?**

- a.  Soběstačný
- b.  Potřebující částečnou pomoc
- c.  Nesoběstačný, umírající

**5. Kolik času denně přibližně strávíte péčí o seniora v domácím prostředí?**

- a.  1 hodinu
- b.  2 hodiny
- c.  3 hodiny a více

**6. Pomáhá Vám s péčí o seniora i zbytek Vaší rodiny?**

- a.  Ano
- b.  Ne

**7. Myslíte si, že máte dostatek informací o problematice péče o seniora v domácím prostředí?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**8. Je podle Vás obecně společnost v ČR dostatečně informována o této problematice?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**9. Myslíte si, že by se měly pořádat semináře o této problematice už na školách, aby i děti a mladí lidé měli alespoň základní informace o možnostech péče o seniory v domácím prostředí?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**10. Myslíte si, že média a různá periodika informují dostatečně o problematice péče o seniory v domácím prostředí?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**11. Máte dostatečné informace o tom, kdo Vám může případně pomoci s péčí o seniora v domácím prostředí?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**12. Existuje podle Vás v ČR dostatek organizací zabývajících se pomocí rodinám při péči o seniora v domácím prostředí (např. agentury domácí péče, apod.)?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**13. Využíváte pomoc organizací při péči o Vašeho seniora v domácím prostředí?**

- a.  Ano
- b.  Ne

**14. Myslíte si, že péče o seniora v domácím prostředí je pro něj prospěšná?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**15. Může být problémem při péči o seniora Vaše finanční situace nebo finanční situace rodiny, která o seniora pečuje?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**16. Máte dostatek pomůcek, které pomáhají při péči o Vašeho seniora?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**17. Může být podle Vás problémem dostupnost lokality, ve které senior, o kterého pečujete, žije (nebo ve které žijete společně se seniorem, o kterého pečujete), z hlediska dopravy k lékaři a podobně?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**18. Je pro Vás obtížné z časového hlediska skloubit zaměstnání s péčí o seniora v domácím prostředí?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**19. Vidíte jako problém zdravotní stav seniora, o kterého pečujete?**

- a.  Ano
- b.  Ne
- c.  Nevím

**20. V čem vidíte největší problém při péči o seniory v domácím prostředí?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## Příloha B

### Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

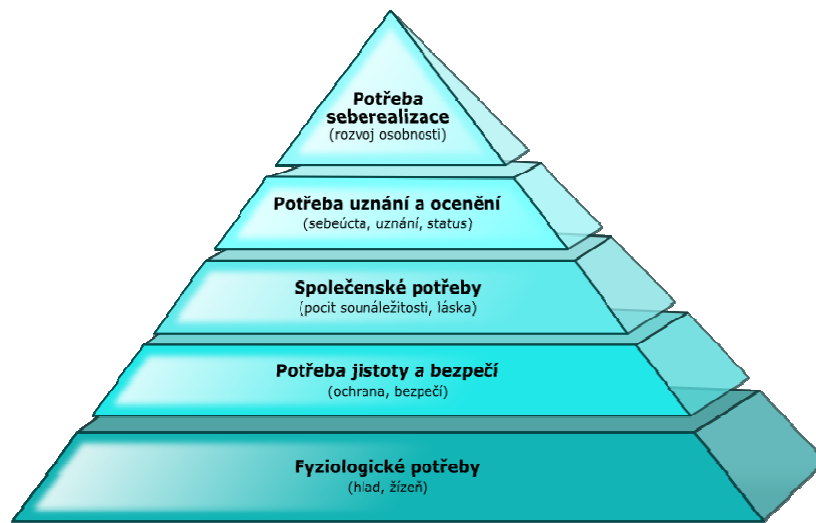
činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	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 nad 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

#### Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
96 – 100 bodů	nezávislý

## Příloha C

### Maslowova hierarchie potřeb



## Příloha D

Pomůcky pro péči o seniора



Polohovací židle



Chodítko



Polohovací postel

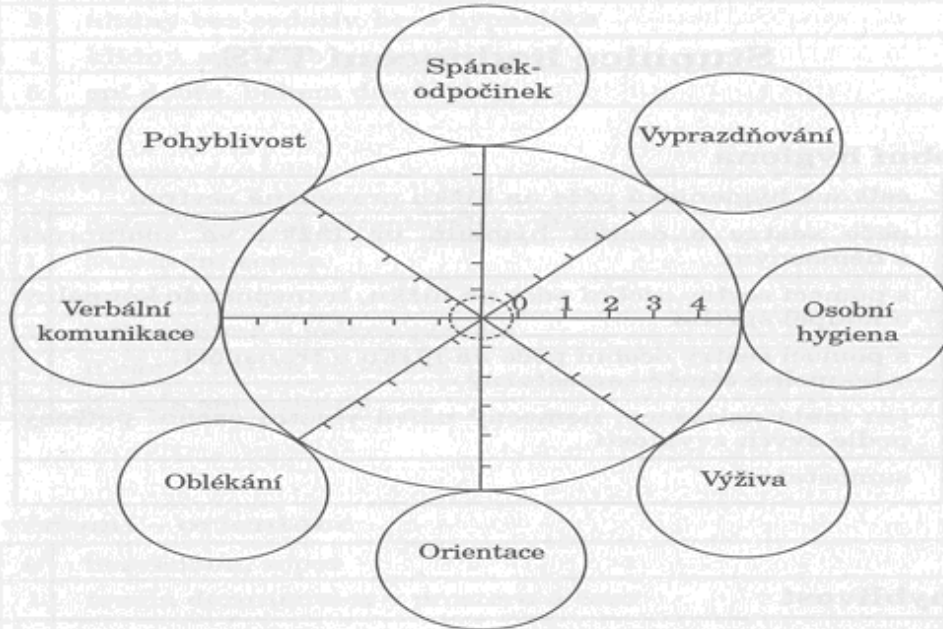


Koupelna s wc vybavená speciálními madly pro seniory a tělesně postižené

## Příloha E

### Testování vývoje soběstačnosti – TVS (Geriatric Unit at Hospital, Bolzano)

Jméno: ..... r.č. ....



datum	barva záznamu

Sestra v pravidelných termínech hodnotí soběstačnost nemocného počtem 0 – 5 bodů v jednotlivých kriteriích a označí je na stejném tiskopise vždy odlišnou barvou. Jednobarevné spojnice názorně zobrazují nejen současný stav, ale i vývoj soběstačnosti pacienta v čase.

## Stupnice hodnocení TVS

### osobní hygiena

0	celková hygienická péče na lůžku provedená sestrou
1	péče sestry o osobní hygienu na lůžku ve spolupráci s nemocným
2	s pomocí sestry osobní péče na lůžku, transport do koupelny a koupel/sprcha
3	s pomocí sestry osobní péče na lůžku a transport, v koupelně téměř samostatný
4	jen malá asistence, nemocný užívá vlastní osobní potřeby podle svých zvyklostí
5	samostatný

### pohyblivost

0	upoután na lůžko
1	upoután na lůžko, schopen sám změnit polohu
2	s dopomocí schopen sedět na židli
3	chodí za pomoci 1 nebo 2 osob
4	chodí sám tam, kde se vyzná, jinak podle rady personálu
5	chodí samostatně

### spánek a odpočinek

0	různé formy nespavosti
1	občasný neklid
2	klidný po sedativech a hypnoticích
3	klidný bez sedativ, bez hypnotika
4	klidný, spí málo a přerušovaně
5	spí dobře, během dne klidný

### výživa

0	úplná/částečná parenterální výživa
1	žaludeční sonda
2	nutno krmit
3	jídlo přijímá s velkou pomocí
4	jí sám s malou dopomocí
5	jí zcela samostatně

### vědomí – orientace

0	bezvědomí, sopor
1	trvalá dezorientace v prostoru a čase
2	trvalá porucha orientace s psychotickými a neurotickými příznaky
3	občasná porucha orientace s psychotickými a neurotickými příznaky
4	lehká dezorientace, somnolence
5	jasné vědomí, orientován

**verbální komunikace**

0	nemluví, nerozumí
1	mluví, ale nerozumí
2	nemluví, někdy porozumí
3	mluví málo, rozumí všemu
4	komunikace možná s přestávkami
5	komunikuje bez problémů

**oblékání a svlékání**

0	zcela závislý
1	s rozsáhlou pomocí další osoby
2	s malou dopomocí
3	na výzvu personálu
4	samostatný s námahou
5	samostatný

**vyměšování stolice a moče**

0	stálá inkontinence moče a stolice
1	permanentní katétr, inkontinence stolice
2	občasná inkontinence moče (plenkové kalhoty), udrží stolicí
3	podložní mísa, pokojový klozet, močová láhev
4	pokojový klozet nebo s dopomocí na záchod
5	nezávislý, plně kontinentní



## **Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace**

---

<b>Číslo rešerše:</b>	III - 7174
<b>Název rešerše:</b>	Péče o geriatrického pacienta v domácím prostředí z pohledu pečujícího
<b>Jazykové omezení:</b>	čeština, slovenština
<b>Časové omezení:</b>	2003 - 2013

---

U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz

[http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file\\_name=find-b&local\\_base=SKC](http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC) Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).

U článků je nutné vyhledat celý časopis.

---

## Články

1.

Realita péče o seniory

AU: Šimečková, Pavla

**CI: Sestra, Roč. 23, č. 5 (2013), s. 10, ISSN 1210-0404**

DE: staří ; staří nad 80 let ; agentury domácí péče ; domácí péče - služby - ekonomika, organizace a řízení, využití ; zdravotnické služby pro staré lidi - ekonomika, organizace a řízení, využití ; neschopnost - posuzování ; lidé

2.

Citová solidarita při péči o seniory

AU: Pacáková, Hana - Trusinová, Romana

**CI: Kontakt, Roč. 14, č. 4 (2012), s. 464-474, ISSN 1212-4117**

AB: V rámci výzkumu Rodinné soudržnosti, ze kterého vychází následující článek, bylo pomocí dotazníkového šetření dotázáno více než 400 rodin pečujících o nesoběstačné seniory. Přibližně desetinou seniorů z těchto rodin byl vyplněn samostatný dotazník doplňující informace, které uvedl pečující, o pohled opečovávaného seniora. Výzkum se zaměřoval na dimenze rodinné solidarity podle V. L. Bengtsona, přičemž v tomto článku je řešena citová solidarita, vyjádřená mírou reciprocit v citovém vztahu. V první části článku je popsána citová solidarita jako jedna ze základních složek mezigenerační solidarity a její význam v rodinných vztazích při péči o seniory. Druhá část je věnována analýze citové solidarity, která se zaměřuje na faktory ovlivňující reciprocitu citového vztahu mezi pečujícím a seniorem. Pro analýzu je využita metoda lineární regrese a modely z ní vycházející jsou vytvořeny samostatně pro odlišné situace péče - pro domácí pečující, kteří pečují o seniora v domácnostech, a pro institucionální pečující, tedy rodiny, kde je senior umístěn v instituci. Závěry analýzy ukazují, že nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím současné citové vazby ve vztahu pečující-senior je minulá pomoc a podoba vzájemných vztahů v minulosti.

DE: lidé ; staří ; domácí ošetřování - metody, psychologie ; rodinné vztahy ; vztahy mezi generacemi ; pečovatelské domovy s kvalifikovanou péčí ; emoce ; vyjádřená emoce - klasifikace ; kvalita života ; rodina ; mezigenerační vztahy ; mezigenerační solidarita ; péče o seniory ; city

3.

Česká republika na rozcestí mezi domácí a institucionální péčí o seniory

AU: Kotrusová, Miriam, 1971- - Dobiášová, Karolína, 1970-

**CI: Fórum sociální politiky, Roč. 6, č. 6 (2012), s. 2-8, ISSN 1802-5854 - Literatura**

NT: Obsahuje 1 tabulku

DE: staří ; staří nad 80 let ; domácí péče - služby - ekonomika, organizace a řízení, trendy, zákonodárství a právo ; pečovatelské domovy - zásobování a distribuce ; dlouhodobá péče - psychologie, statistika a číselné údaje, využití ; deinstitucionalizace ; vztahy mezi generacemi ; rozhovory jako téma ; domovy pro seniory - statistika a číselné údaje, využití ; domácí ošetřování - ekonomika, psychologie, výchova ; lidé ; česká republika



4.

Kontinuita anebo změna v systému zajištění péče o seniory v České republice od roku 1948 vzhledem k genderovanosti politik péče

AU: Maříková, Hana, 1960- - Plasová, Blanka

**CI: Fórum sociální politiky, Roč. 6, č. 3 (2012), s. 2-7, ISSN 1802-5854 - Literatura**

NT: Obsahuje 1 tabulku

DE: dějiny 20. století ; staří ; staří nad 80 let ; geriatrické ošetřovatelství - dějiny, organizace a řízení, statistika a číselné údaje ; rodina - charakteristika ; vztahy mezi rodiči a dětmi ; domácí ošetřování - metody, pracovní síly ; mužské pohlaví ; ženské pohlaví ; sociální péče - dějiny, zákonodárství a právo ; institucionalizace - dějiny, ekonomika ; pečovatelky - využití, zákonodárství a právo ; pečovatelské domovy - ekonomika, zásobování a distribuce ; dávkové mechanismy - dějiny, ekonomika, trendy ; deinstitucionalizace - trendy ; lidé ; česká republika

5.

Podpora neformálních pečovatelů v podmínkách poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR: příklad pečovatelské služby

AU: Kubalčíková, Kateřina, 1972-

**CI: Sociální práce, Roč. 12, č. 4 (2012), s. 89-101, ISSN 1213-6204 - Literatura**

DE: vztahy mezi generacemi ; stárnutí - fyziologie ; domácí ošetřování ; domácí péče - služby ; pečovatelky ; rodina - psychologie ; sociální práce - dějiny, ekonomika, metody, zákonodárství a právo ; rozhovory jako téma ; interpersonální vztahy ; péče o sebe ; činnosti denního života ; lidé ; staří ; staří nad 80 let ; neformální péče

6.

Možnosti péče o nesoběstačné seniory

AU: Horová, Jana - Loudová, Soňa

**CI: Diagnóza v ošetřovatelství. Supplementum č. 3, Roč. 8, č. 4 (2012), s. 5-8 příl., ISSN 1801-1349 - Literatura 9**

LI: [www.promediamotion.cz/archiv-casopisu/](http://www.promediamotion.cz/archiv-casopisu/)

DE: staří ; staří nad 80 let ; sociální péče - ekonomika ; domácí ošetřování - trendy, využití ; dotazníky - využití ; ženské pohlaví ; mužské pohlaví ; domácí péče - služby - statistika a číselné údaje ; lidé ; lidé středního věku ; zařízení sociálních služeb ; domácí péče ; veřejnost ; převis žadatelů

7.

Konsenzus a konflikt v rodinách pečujících o seniora

AU: Procházková, Pavla - Trusinová, Romana

**CI: Kontakt, Roč. 14, č. 1 (2012), s. 59-67, ISSN 1212-4117 - Literatura 14**

AB: Autorky se zabývají mezigenerační soudržností v podmínkách péče o nesoběstačné seniory. Konkrétně se soustředí na studium jedné dimenze konceptu rodinné solidarity, a to na solidaritu shody. Snaží se propojit konfliktualistické a konsenzuální přístupy k této problematice a co nejlépe tak zachytit podobu konfliktů a souladů v rodinách pečujících o seniory. Cílem studie je zmapovat vztah mezi životní shodou a projevovanými konflikty mezi pečující a opečovávanou osobou a zjistit, jak se v těchto oblastech liší rodiny poskytující péči seniorům v různých podmínkách. Po představení základních pojmů, nastínění cílů výzkumu a uvedení teoretického pozadí autorky prezentují výsledky empirického sociologického výzkumu. V tom bylo formou standardizovaných rozhovorů dotázáno 405 respondentů, kteří zajišťují péči o vlastního stárnoucí rodiče nebo rodiče svého partnera. V sekci výsledků je nejprve popsán obecný

vztah mezi mírou shody a konfliktů v dotázaných rodinách, následně jsou porovnány rodiny podle způsobu péče o seniora. Pro porovnání byly rozlišeny rodiny pečující o seniora doma ve společné domácnosti, rodiny pečující o seniora v oddělené domácnosti a rodiny, jež seniora umístily do institucionální péče. Z výsledků vyplývá, že v různých typech rodinných uspořádání dochází k jiné míře a k jiné povaze konfliktů. Pro snazší popis vztahů mezi koncepty souhlasu, konfliktu a způsobu péče byla vytvořena typologie rodin. Výsledky naznačily nemožnost idealizovat si rodinnou soudržnost rodin pečujících o seniory ve vlastní domácnosti a naznačily potřebu doplnit model rodinné solidarity o zkoumání konfliktů. Ty přitom nemusí vystupovat jako bariéra rodinné soudržnosti, ale mohou být spíše indikátory zájmu a vzájemné odkázanosti snižující osobní autonomii.

DE: lidé ; staří ; staří nad 80 let ; sběr dat ; financování organizované ; statistika jako téma ; rodina - charakteristika ; zdraví rodiny - statistika a číselné údaje ; konflikt v rodině ; vztahy mezi generacemi ; nesouhlas a spor ; konsenzus ; domácí ošetřování - metody, statistika a číselné údaje, využití ; osobní autonomie ; role nemocného ; osoby pečující o pacienty - statistika a číselné údaje ; rodinná solidarita ; péče o seniory ; ambivalence ; solidarita shody

8.

Kvalita života pacientů s demencí z pohledu rodinných příslušníků

AU: Kršíková, Taťána - Bužgová, Radka, 1975-

**CI: Ošetřovatelství a porodní asistence, Roč. 2, č. 3 (2011), s. 248-256, ISSN 1804-2740**

LI:[periodika.osu.cz/osestrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-03/3\\_krsikova\\_buzgova.pdf](http://periodika.osu.cz/osestrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-03/3_krsikova_buzgova.pdf)

NT: Obsahuje 4 tabulky

AB: Cíl: Cílem výzkumu bylo zjistit kvalitu života seniorů s demencí pohledem rodinných příslušníků. Dále pak porovnat vnímání kvality života seniorů s demencí rodinnými příslušníky v závislosti na prostředí, ve kterém senior žije. Metodika: Byl proveden kvalitativní výzkum, metodou sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor. Výzkumu se zúčastnilo 9 rodinných příslušníků pacientů s demencí. Na základě analýzy dat byly stanoveny 4 kategorie: 1. změny v psychické oblasti, 2. změny kognitivních funkcí, 3. změny v oblasti aktivit denního života a instrumentálních všedních činností a 4. celkové vnímání kvality života. Výsledky: Z pohledu rodinných příslušníků nejvíce zhoršuje kvalitu života seniorů s demencí ztráta paměti, která je vyrazuje z běžného života, dále ztráta schopnosti orientace v prostoru a čase a ztráta schopnosti vykonávat činnosti běžného denního života. Kvalitu života snižují také smyslové poruchy, které pacienty uvádějí do ještě větší sociální izolace a mohou v nich podporovat nárůst paranoidity. Rodinní příslušníci hodnotili kvalitu života svých blízkých v domácím prostředí výrazně lépe v porovnání s kvalitou života pacientů s demencí umístěných v domově pro seniory. V domácím prostředí měli senioři více podnětů, byli více aktivizováni a vtahováni do rodinného a společenského života. Po nástupu do institucionální péče došlo k zhoršení příznaků onemocnění a postupnému vyřazení nemocných z aktivizačních programů. Závěr: Důležitou součástí zvýšení kvality života pacientů s demencí je podpora rodinných pečovatelů, aby nemocní mohli zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí.

DE: lidé ; kvalita života ; demence - ošetřování, psychologie ; rodina - psychologie ; hodnotící studie jako téma ; rozhovory jako téma ; statistika jako téma ; nemoc - stupeň závažnosti ; domácí ošetřování - pracovní síly, statistika a číselné údaje ; hospitalizace - statistika a číselné údaje ; mužské pohlaví ; ženské pohlaví ; lidé středního věku ;

dospělí ; staří nad 80 let ; kognitivní terapie - metody, statistika a číselné údaje ; agrese ; péče o sebe - statistika a číselné údaje ; halucinace ; hygiena ; potrava - preference ; geriatrické ošetřovatelství - etika, metody, pracovní síly ; práva pacientů ; paměť ; senior ; institucionální péče ; rodinní pečovatelé

9.

Náš úkol - usnadnit každodenní život seniorů

AU: Sklenčková, Milica

**CI: Florence, Roč. 7, č. 11 (2011), s. 4-6, ISSN 1801-464X**

DE: stárnutí - fyziologie ; domácí péče - služby ; agentury domácí péče ; pomůcky pro sebeobsahu ; činnosti denního života ; lidé ; ženské pohlaví ; staří ; staří nad 80 let ;

10.

Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí

AU: Tóthová, Valérie, 1955- - Veisová, Věra - Bártlová, Sylva, 1950-

**CI: Kontakt, Roč. 13, č. 2 (2011), s. 129-137, ISSN 1212-4117 - Lit.: 8**

AB: Celosvětovému trendu stárnoucí populace je v posledních letech věnováno stále více pozornosti, neboť se odráží v oblasti sociální, zdravotnické i ekonomické. Počet seniorů neustále stoupá, a proto i na služby včetně oblasti zdravotnictví, jež mohou využívat, jsou kladeny zcela odlišné nároky, než tomu bylo před desítkami let. Současná péče o tuto populaci má své nedostatky a to je také jeden z mnoha důvodů, proč na významu nabývají diskuse týkající se komunitní péče, kde mohou zdravotníci i sociální pracovníci a především komunitní sestry plně uplatnit svůj potenciál a vědomosti, a tak zaplnit prázdná místa v péči o zdravé i nemocné. Cíle, kterých by mělo být dosaženo v zemích Evropské unie, jsou tedy směřovány ke zlepšení poskytování dlouhodobé péče, ale i ke zkrácení čekacích dob či snížení geografických rozdílů v dostupnosti a kvalitě péče dle systému dané země. Prioritou by mělo být právě zajištění specificky uzpůsobené péče poskytované jedincům v domácím prostředí, což samozřejmě předpokládá zlepšení koordinace na různých úrovních zdravotních a sociálních služeb stejně jako finančních zdrojů, a zajištění dostatečných lidských zdrojů ve smyslu vzdělávání zaměstnanců v oblasti geriatry. Předmětem předkládaného příspěvku je poskytnutí informací o stavu komunitní péče o seniory v domácím prostředí. Zaměřuje se na výhody a nevýhody tohoto typu péče z pohledu sester a lékařů. Příspěvek vychází z dat zjištěných v rámci řešení projektu č. NS/9608-3 "Začlenění sestry do komunitní péče zdravotnického systému České republiky a srovnání se situací ve státech EU", provedeného za podpory Interní grantové agentury MZ ČR. Na základě získaných a zpracovaných dat lze jednoznačně říci, že nespornou výhodou poskytování péče seniorům v domácím prostředí je jak z pohledu lékařů, tak z pohledu sester prostředí známé pro seniora, lepší spolupráce s jeho rodinou, nestresující prostředí a lepší možnost navázat se seniorem kontakt. Hlavní nevýhodu poskytování péče seniorům v domácím prostředí spatřují ve vzdálenosti bydliště seniora od zdravotnického zařízení.

DE: lidé ; lékaři - využití ; zdravotní sestry ; staří ; staří nad 80 let ; ošetřovatelská péče - metody, využití ; geriatrické ošetřovatelství - metody ; domácí ošetřování - metody, využití ; komunitní lékařství - metody ; rozhovory jako téma ; interpretace statistických dat ; mužské pohlaví ; ženské pohlaví ; dospělí ; lidé středního věku ; financování organizované ; kvalita života ; komunitní péče ; názory lékařů ; názory sester

11.

Hledání modelu péče o nesoběstačné rodinné členy

AU: Benešová, Romana

**CI: Kontakt, Roč. 12, č. 4 (2010), s. 435-445, ISSN 1212-4117 - Lit.: 9**

AB: Vzhledem k demografickému stárnutí populace se téma rodinné péče o starší lidi stává stále podstatnějším námětem zkoumání v sociálních vědách. Cílem této studie je v souladu s tím zjistit, jakým způsobem a na jakých principech poskytují české rodiny pomoc svým členům. Článek vychází ze sociologického výzkumu, který zjišťoval mimo jiné míru poskytované finanční pomoci, emocionální podpory a pomoci péčí o nesoběstačné rodinné členy mezi generacemi. Ve snaze o odhalení principů mezigenerační péče jsou testovány tři teorie - reciproční teorie, teorie závazku a teorie vztahová. K jejich potvrzení či vyvrácení autorka využívá analýzu kvantitativních dat z dotazníkového šetření. Dotázáno bylo 411 osob, které intenzivně pečovaly o staršího rodinného člena, a 203 respondentů, kteří neměli zkušenost s rodinnou péčí. Respondenti v dotazníku referovali o transferech pomoci mezi nimi a jejich dětmi stejně jako mezi nimi a jejich rodiči. Data tak umožňují vhlédnout do situace rodinné pomoci napříč třemi generacemi. V následujícím článku jsou nejprve představeny základní teoretické koncepty a metodologie práce. Následuje popis zjištění o míře poskytované pomoci v rodinách a podkapitola zabývající se vlivem vybraných postojů. Poté se autorka snaží nalézt model péče o rodinné členy. Cílem je odhalit, které druhy a směry pomoci v rodině se vzájemně ovlivňují. Na závěr autorka potvrzuje schopnost teorie závazku nejlépe vysvětlit péči v rodinách, které se starají o svého seniora. Na druhou stranu byla nalezena i nová hypotéza o kontextuálnosti příčin mezigenerační solidarity. Zatímco v pečujících rodinách se nejlépe uplatňuje teorie závazku, v rodinách, které nepečují o staršího rodinného člena, zdá se převažovat některé aspekty vztahové teorie rodinné solidarity.

DE: stárnutí ; vztahy mezi generacemi ; rodinné vztahy ; domácí ošetřování - statistika a číselné údaje ; rodina - psychologie ; sociální hodnoty ; rodiče ; dítě ; lidé ; dotazníky - využití ; financování organizované ; stárnutí ; rodinná péče ; rodinná solidarita ; mezigenerační vztahy

12.

Měření kvality života rodinných pečovatelů

AU: Bužgová, Radka, 1975- - Endelová, P.

**CI: Praktický lékař, Roč. 90, č. 10 (2010), s. 597-601, ISSN 0032-6739 - Lit.: 16**

AB: Cílem práce bylo zjistit, jak rodinní pečovatelé pečující o seniora v domácím prostředí hodnotí svoji kvalitu života v rámci jednotlivých oblastí (domén) jako jsou - prostředí, - zdravotní stav seniora, - stav pečovatele, - smysl života pečovatele, - kvalita poskytované péče, - příbuzenské vztahy, - finance. Dále pak zjistit zda určité faktory (pohlaví, příbuzenský vztah pečovatele, věk pečujícího, způsob bydlení, způsob péče, délka péče, soběstačnost seniora) mají vliv na kvalitu života rodinných pečovatelů. Pro zjištění kvality života rodinných pečovatelů byl použit standardizovaný dotazník QOLTI - F (Quality of Life in Life Threatening Illness - Family). Rodinní příslušníci (n = 86) byli kontaktováni přes agentury domácí péče. Nejhůře hodnotili respondenti oblast financí a spokojenost se zdravotním stavem seniora, o kterého pečují. Ženy hodnotily lépe doménu smysl života pečovatele než muži. Nejhůře hodnotili svoji kvalitu života pečovatelé do 40 let, pečující méně než 2 roky. Péče o rodinné příslušníky a jejich podpora by se měla stát důležitou součástí domácí péče o seniory.

13.

Využívání příspěvku na péči o seniory k zajištění potřebné pomoci ze systému sociálních služeb

AU: Formánková, Petra

**CI: Kontakt, Roč. 12, č. 3 (2010), s. 315-324, ISSN 1212-4117 - Lit.: 12**

DE: sociální zabezpečení - využití, zákonodárství a právo ; životní změny ; domácí péče - služby - využití ; agentury domácí péče ; kvalita života ; statistika jako téma ; lidé ; staří ; staří nad 80 let

14.

Geriatrický klient v domácí péči

AU: Krutílková, Eva

**CI: Sestra, Roč. 20, č. 6 (2010), s. 74-75, ISSN 1210-0404 - Lit.: 3**

LI: [www.zdn.cz/clanek/sestra/geriatricky-klient-v-domaci-peci-452685](http://www.zdn.cz/clanek/sestra/geriatricky-klient-v-domaci-peci-452685)

AB: Diakonie ČCE - středisko ve Valašském Meziříčí poskytuje zdravotní a sociální péči formou terénních i ambulantních služeb. Výhodou pro klienty je, že péče obsahuje odbornou zdravotní i sociální složku, a tak může být zkombinována podle jejich potřeb. Cílovou skupinou jsou lidé se zdravotním postižením a senioři, kteří chtějí co nejdéle zůstat ve svém domácím prostředí.

DE: stárnutí - fyziologie, psychologie ; příznaky a symptomy ; domácí péče - služby ; geriatric ; ošetrovatelská péče ; péče o sebe ; lidé ; staří ; ženské pohlaví ; stáří ; důsledky stárnutí ; onemocnění ; zdravotní péče ; pečovatelská služba

15.

Rodinná péče o nesoběstačného seniora

AU: Dvořáčková, Dagmar

**CI: Sestra, Roč. 19, č. 11 (2009), s. 48-50, ISSN 1210-0404 - Lit.: 12**

LI: [www.zdn.cz/clanek/sestra/rodinna-pecce-o-nesobestacneho-seniora-448185](http://www.zdn.cz/clanek/sestra/rodinna-pecce-o-nesobestacneho-seniora-448185)

AB: Pomoc starému člověku v rodině vyžaduje její velkou soudržnost, odhodlání, sílu, lásku a schopnost pečovat. To vše ale někdy nestačí a pečující k tomu všemu potřebuje ještě dostatek vhodných informací (pokud sám není zdravotník), pomůcek a v neposlední řadě i pomoc profesionálů, kteří se domácí péčí zabývají.

DE: domácí ošetrování - etika, využití ; ošetrovatelská péče - etika, využití ; lidé ; staří ; staří

16.

Model služeb pro seniory. Od jednoduchých k propojeným

AU: Wojtoňová, Jana

**CI: Sociální péče, č. 4 (2009), s. 26-28, ISSN 1213-2330**

DE: lidé ; staří ; sociální práce - metody ; sociální péče ; životní styl ; kvalita života ; geriatrické ošetrovatelství - metody ; domácí péče - služby - organizace a řízení, využití ; domovy s denní péčí – využití

17.

Principy neonkologické paliativní péče - pohled geriatra

AU: Kabelka, Ladislav, 1972-

**CI: Paliatívna medicína a liečba bolesti, Roč. 1, č. 2 (2008), s. 67-70, ISSN 1337-6896**

LI: [www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=3279&magazine\\_id=13](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3279&magazine_id=13)

AB: Dle klinické praxe více jak 50 % žadatelů o specializovanou paliativní péči v zahraničí nemá onkologickou diagnózu. Tato péče je jim nabízena nedostatečně, a to i v zemích jako například Velká Británie. Důvody zdá se jsou jak medicínské, tak v managementu zdravotně sociální péče. Hlavním problémem je nejistá prognóza a tudíž i rozhodování v multidisciplinárním týmu. Proměnlivost klinického stavu klade výraznější nároky na primární péči v domácím prostředí klienta. Diskutovaná problematika nabývá na významu nejvíce ve skupině geriatrických pacientů, kde důvodem není zdaleka pouze věk, ale také křehkost nemocného, civilizační choroby a psychosociálně-spirituální konsekvence při zhoršování soběstačnosti seniora. Tento článek se snaží poukázat nejen na důvody, ale i na některé postupy v řešení výše uvedeného.

DE: geriatricie ; paliativní péče ; péče o umírající ; péče v hospici ; chování nemocného ; smrt ; diagnóza ; staří ; staří nad 80 let ; lidé ; kazuistiky ; přehledy

18.

Domácí péče a rezidenční služby

AU: Michalík, Jan, 1962-

**CI: Sociální péče, č. 1 (2008), s. 28-30, ISSN 1213-2330**

DE: domácí péče - služby - trendy, zákonodárství a právo ; domovy pro seniory ; sociální péče - trendy, zákonodárství a právo

19.

Dlouhodobá péče o staré lidi v České republice a její problémy

AU: Janečková, Hana, 1950- - Malina, Antonín, 1956-

**CI: Geriatria, Roč. 13, č. 4 (2007), s. 169-185, ISSN 1335-1850 - Lit.:47**

DE: staří ; zdravotnické služby pro staré lidi ; dlouhodobá péče - ekonomika, organizace a řízení, trendy ; sociální péče - ekonomika ; domovy pro seniory ; bydlení pro seniory ; lidé ; domácí péče - služby ; domovy s denní péčí

20.

Postavení laických pečovatелů v péči o seniory a nemocné = Position of lay care givers in taking care of seniors and patients

AU: Bártlová, Sylva, 1950-

**CI: Kontakt, Roč. 8, č. 2 (2006), s. 235-239, ISSN 1212-4117 - Lit. 10**

DE: staří ; domácí ošetřování - psychologie ; rodina - psychologie ; komunitní lékařství - metody ; ošetřovatelé - psychologie ; zdravotnický pracovník-rodina - vztahy - etika

21.

Seniorům se nabízejí různé typy sociálních služeb

AU: Gabriel, Josef

**CI: Senior servis, Roč. 1, č. 0 (2006), s. 10-11, ISSN 1801-9404**

DE: domácí péče - služby ; staří

22.

Zlepší se život seniorů i rodin, které o ně pečují: Nový zákon o sociálních službách bude průlomový - pokud se jej někdo nepokusí změnit. Rozhovor

AU: Holmerová, Iva, 1955- - Gabriel, Josef

**CI: Senior servis, Roč. 1, č. 0 (2006), s. 8-9, ISSN 1801-9404**

DE: sociální péče - zákonodárství a právo ; staří ; domácí péče - služby

23.

Osobní autonomie seniorů v kontextu rodinných vztahů = Personal autonomy of seniors in the context of family relations200

AU: Sýkorová, Dana, 1957-

**CI: Třetí věk trojí optikou, (2005), s. 45-62 - Lit. 32**

DE: staří ; rodina - charakteristika ; domácí ošetřování ; vztahy mezi rodiči a dětmi ; dospělí ; rodinné vztahy ; osobní autonomie ; lidé ; výzkum - podpora finanční - jako téma

24.

Funkční hodnocení seniorů v domácí péči = Functional assessment (ADL, IADL) of the elderly in home care

AU: Jarošová, Darja

**CI: Praktický lékař, Roč. 85, č. 11 (2005), s. 647-650, ISSN 0032-6739 - Lit. 13**

AB: Důležitým ukazatelem zdraví starého člověka je úroveň jeho funkčního stavu, který přímo ovlivňuje míru jeho soběstačnosti a nezávislosti. Mezi nejčastější funkční posuzování seniorů patří hodnocení ADL a IADL. V roce 2003 proběhlo v Ostravě šetření u 226 seniorů starších 65 let - klientů agentur domácí péče. Jedním z dílčích cílů výzkumu bylo hodnocení funkčního stavu seniorů, které bylo realizováno hodnotícím nástrojem MDS-HC. Senioři měli největší problémy s vykonáváním fyzicky náročných všedních činností a činností realizovaných mimo jejich domov. Rozdíly vlivu věku a pohlaví na úroveň funkčního stavu nebyly prokázány. Byly nalezeny statisticky významné vztahy mezi sníženou úrovní soběstačnosti (ADL, IADL) seniorů a jejich psychickým stavem, způsobem bydlení, sociální izolací, rizikem pádů, spotřebou laické i odborné péče.

DE: staří ; agentury domácí péče ; domácí péče - služby ; zdravotní stav - ukazatelé ; sebeuplatnění ; výzkum ; dotazníky ; mužské pohlaví ; ženské pohlaví

25.

Fejkusová, Helena

Domácí péče o seniory formou osobní asistence / Helena Fejkusová

**In: 9. Gerontologické dny Ostrava a Dny seniorů : 12.-14. října 2005 / [kolektiv autorů]. Ostrava : Dům techniky, 2005. ISBN 80-02-01757-9. s. 42-45**

\* domácí péče \* osobní asistence \* sociální služby \* staří lidé

**Signatura sborníku v MSVK: G 294.202**

26.

Úloha rodiny v péči o seniory - realita a prognózy

AU: Šelner, Ivo

**CI: Sociální práce, č. 2 (2004), s. 12-20, ISSN 1213-6204**

DE: staří ; rodina ; role ; vztahy mezi generacemi ; domácí ošetřování ; sociální práce ;

## **Knihy**

27.

Bertini, Kristine, 1955-

Sendvičová rodina : souběžná péče o malé děti a seniory / Kristine Bertini ; [z anglického originálu ... přeložila Petra Diestlerová]. Vyd. 1.. Praha : Portál, 2013. 211 s.

ISBN 978-80-262-0478-7 (brož.)

\* sendvičová generace \* péče o děti \* péče o seniory \* rodiče a děti \* mezigenerační vztahy

\* rodinné vztahy \* partnerské vztahy \* rodiče \* děti \* staří lidé \* péče \* případy

**Signatura: G 363.066**

28.

Péče o člověka s demencí / Joy A. Glenner ... [et al. ; z anglického originálu ... přeložila Denisa Šmejkalová]. Vyd. 1.. Praha : Portál, 2012. 135 s. : il. ISBN 978-80-262-0154-0

Glenner, Joy A., 1930-

\* demence \* pacienti s demencí \* péče o seniory \* domácí péče \* interpersonální komunikace

\* rodina \* příručky

**Signatura: G 354.171**

29.

Novák, Tomáš, 1946-

Péče o pečující : jak být pečovatelem také sám sobě / Tomáš Novák. 1. vyd.. Brno : Moravskoslezský kruh, 2011. 87 s. : il. (Pečuj doma). ISBN 978-80-254-9149-2 (brož.)

\* pomáhající profese \* pomáhající chování \* domácí péče \* syndrom vyhoření

\* psychohygienu \* psychologické hledisko \* duševní hygiena \* příručky

**Signatura: G 340.728**

30.

Důstojně doma ve stáří i v nemoci : sborník z konference : Olomouc, 8. září 2011. 1. vyd.. Olomouc : Charita Olomouc, 2011. 24 s. : il. ISBN 978-80-260-1425-6 (brož.) : neprodejné

\* geriatrické \* senioři \* zdraví a nemoc \* sociální služby \* stáří \* staří lidé \* sociální služby

**Signatura: G 348.316**

31.

Svatošová, Marie, 1942-

Hospice a umění doprovázet / Marie Svatošová. 7. dopl. vyd.. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1 (brož.)

\* hospice \* hospicová péče \* nevyléčitelně nemocní \* paliativní péče \* umírající \* ošetřování

**Signatura: G 345.355**

32.

Haškovcová, Helena, 1945-

Fenomén stáří / Helena Haškovcová. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl.. Praha : Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. : il., portréty. ISBN 978-80-87109-19-9 (váz.)



\* gerontologie \* stáří \* stárnutí \* senioři \* péče o seniory

**Signatura: G 336.611**

33.

Havrdová, Zuzana

Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb / Zuzana Havrdová a kol.. 1. vyd..  
V Praze : Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize  
v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. 207 s. ISBN 978-80-87398-06-7  
(brož.)

\* sociální služby \* zdravotní péče \* staří lidé \* ošetřování \* supervize (pomáhající povolání)

\* hodnoty \* profesní etika \* sociální výzkumy \* sborníky

**Signatura: G 337.918**

34.

Marková, Alžběta, 1975-

Hospic do kapsy : příručka pro domácí paliativní týmy / Alžběta Marková a kolektiv.  
V Praze : Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2009. 100 l. ISBN 978-80-254-  
4552-5 (pořadač)

\* hospicová péče \* paliativní péče \* domácí péče \* pomáhající chování \* dlouhodobě  
nemocní \* nevléčitelně nemocní \* umírající

**Signatura: G 330.259**

35.

Jeřábek, Hynek, 1949-

Rodinná péče o staré lidi / Hynek Jeřábek a kolektiv. 1. vyd.. Praha : CESES FSV UK,  
2005. 99 l s. (Studie CESES ; [vol.] 11 (2005))

\* domácí péče \* ošetřování v rodině \* péče \* rodina \* staří lidé \* sborníky

**Signatura: H 80.605**

## **Odkazy na www stránky**

36.

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-geriatrickeho-pacienta-417235>

37.

<http://pomocvdomacnosti.cz/rozhovor-sedmdesat-pet-procent-senioru-chce-zustat-v-domacim-prostredi-rika-jednatelka-spolecnosti-poskytujici-domaci-peci-2-cast>

38.

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vliv-domaciho-prostredi-klienta-na-poskytovani-osetrovatelske-pece-459334>

39.

<http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->

40.

<http://archiv.sedesatka.cz/node/3858>