

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**Pedagogická fakulta**  
**Katedra antropologie a zdravotní péče**

Lucie Svobodová

III. ročník – prezenční studium

Obor: Učitelství českého jazyka-výchova ke zdraví pro 2. stupeň ZŠ

**Problematika soběstačnosti a její dopad na kvalitu  
života seniorů**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.**

Olomouc 2010

**Prohlášení autora**

**Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedenou literaturu.**

V Olomouci dne 2. 4. 2010

Lucie Svobodová

.....

## **Poděkování**

**Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci.  
Dále děkuji všem respondentům za ochotu a čas věnovaný při vyplnění dotazníku.**

# OBSAH

<b>1 ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
<b>2 TEORETICKÉ POZNATKY .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 POTŘEBY ČLOVĚKA .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3 POTŘEBY NEMOCNÉHO .....</b>	<b>8</b>
2.3.1 Fyzické potřeby.....	9
2.3.2 Psychologické potřeby .....	10
2.3.3 Sociální potřeby .....	10
2.3.4 Finanční potřeby .....	10
2.3.5 Duchovní potřeby .....	10
<b>2.4 STÁŘÍ .....</b>	<b>11</b>
2.4.1 Změny způsobené stářím .....	11
<b>2.5 PROJEVY STÁŘÍ .....</b>	<b>13</b>
2.5.1 Projevy stáří v rámci širší normy .....	14
2.5.2 Specifické obtíže seniorů - Poruchy smyslů .....	14
2.5.3 Přehled obtíží .....	15
2.5.4 Přístup k seniorovi .....	16
<b>2.6 SENIOŘI A JEJICH ZDRAVÍ.....</b>	<b>16</b>
2.6.1 Pojetí nemoci a nemocnosti ve stáří .....	18
2.6.2 Stárnutí a involuční změny .....	19
2.6.3 Věková struktura společnosti.....	19
<b>2.7 SEBEPÉČE A SOBĚSTAČNOST .....</b>	<b>20</b>
2.7.1 Aktivity denního života .....	20
2.7.2 Potřeby nemocného a aktivity denního života.....	21
2.7.3 Sebepéče a soběstačnost .....	21
2.7.4 Hodnocení úrovně sebepéče a soběstačnosti nemocného.....	22
2.7.5 Klasifikace funkčních úrovní sebepéče .....	24
<b>2.8 MĚŘENÍ SOBĚSTAČNOSTI .....</b>	<b>25</b>
<b>2.9 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA .....</b>	<b>27</b>
<b>2.10 ETICKÉ ASPEKTY ÚSTAVNÍ PÉČE O SENIORY .....</b>	<b>29</b>
2.10.1 Kritéria kvalitní ústavní péče .....	29
2.10.2 Evropská charta pacientů seniorů .....	30
<b>3 EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 CÍLE PRÁCE A DÍLČÍ ÚKOLY .....</b>	<b>31</b>

<b>3.2 METODIKA SBĚRU DAT .....</b>	<b>31</b>
<b>3.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4 CHARAKTERISTIKA ORGANIZACE VÝZKUMU .....</b>	<b>33</b>
<b>3.5 ZPRACOVÁNÍ DAT .....</b>	<b>34</b>
3.5.1 Výsledky .....	34
<b>3.6 SOUHRN VÝSLEDKŮ A DISKUSE.....</b>	<b>56</b>
<b>4 ZÁVĚR PRÁCE.....</b>	<b>58</b>
<b>5 VÝSTUP Z BAKALÁŘSKÉ PRÁCE .....</b>	<b>59</b>
<b>6 POUŽITÉ ODBORNÉ ZDROJE .....</b>	<b>60</b>
<b>7 PŘÍLOHY .....</b>	<b>63</b>

# 1 ÚVOD

V dnešní době se lidé dožívají více let než tomu bylo dříve. Předpokládá se, že se věk bude stále zvyšovat. Zlepšuje se také celkový zdravotní stav obyvatel.

Můžeme zaznamenat, že společnost neustále hledá možnosti, jak vytvořit lidem ve vyšším věku smysluplný život. Jak zajistit seniorům to, aby se mohli radovat ze života, aby jim bylo umožněno zajímat se o své okolí. Naše společnost se snaží pečovat o zdraví seniorů (Štílec, 2004).

Každý člověk na světě je odlišný a s tím i jeho tělo a organismus. To jakému zdraví se jednotlivý člověk těší, je připisováno především jeho životnímu stylu.

Na všech lidech, se v průběhu života, podepisují jejich stravovací návyky, sociální prostředí, psychické projevy, fyzická kondice a mnoho dalšího. To se děje, aniž by si to, jedinec uvědomoval.

Člověk, který tuto skutečnost chápe a celý svůj život se o sebe stará, má pravděpodobně větší šanci, že bude žít kvalitní život i ve stáří (Štílec, 2004).

Senioři odcházejí do důchodů s relativně dobrým zdravím. A tak u těchto lidí v důchodovém věku není problém postarat se o sebe samé.

Existují však i takoví senioři, kteří péči potřebují. Nedokáží být soběstační a tak jsou nuceni odcházet do domovů důchodců, kde mají péči zajištěnou.

V dnešní době však už v domovech důchodců nežijí pouze jedinci nesoběstační. Ale najdeme tam i relativně zdravé, aktivní seniory, kteří si vybrali život v domově z jiného důvodu než je nesoběstačnost. K tomuto řešení se na stáří uchylují lidé, kteří například nemají kam jít. Či nemají dostatečné finanční prostředky, aby mohli žít sami ve svém bytě či domě.

Proto se v dnešní době seniorům žijícím v domově důchodců říká klienti.

Bakalářská práce je zaměřena na seniory, kteří žijí v domově důchodců.

Cílem bylo zjistit, co za seniory do domova odešlo a do jaké míry jsou schopni se o sebe postarat.

Senioři byli porovnáváni dle pohlaví a věku. Prostřednictvím dotazníku se zjišťovala kvalita jejich života a to, zda jsou ve stáří spokojeni.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože mě tato problematika zajímá. Sama mám prarodiče, kteří se těší vysokému věku a dobrému zdraví. Dovedou se o sebe tedy postarat samy.

Prací jsem chtěla zjistit jak jsou na tom se soběstačností ostatní senioři žijící v domově důchodců. Měla jsem zájem dozvědět se o této problematice více.

## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

### 2.1 POTŘEBY ČLOVĚKA

Každý člověk neustále uspokojuje různé potřeby a dělá to celý život. Některé jsou však zásadní pro lidský život. Je to např. potřeba jídla, tekutin, kyslíku... Další potřeby zase život dělají příjemnější a vzbuzují u nás pocity pohody.

První skupinu potřeb můžeme pojmenovat jako základní životní potřeby.

Druhá skupina se zase označuje jako vyšší potřeby. Tyto potřeby se od základních životních potřeb liší, jsou totiž individuální. A způsob jejich uspokojování je také odlišný. Každý jedinec je příjemně prožívá. U každého z nás tyto potřeby a způsob uspokojování vytváří hodnotovou orientaci. Ta tvoří naše hodnoty. Vyjadřuje se našimi ideály, přáními atd. (Staňková, 1996).

Velmi často používanou klasifikací potřeb je **Maslowova klasifikace** (uvedena v příloze č. 4). Zde jsou potřeby seřazeny do určité pyramidy (hierarchie), kde dochází k uspokojení nejprve základních potřeb a potom těch vyšších.

Potřeby se dělí na:

- potřeby biologické: potřeba dýchání, potravy, tepla, potřeba nemít bolest atd.,
- potřeby psychické: potřeba uplatnit se, seberealizovat se, potřeba bezpečí a jistoty,
- potřeba sociální: př. potřeba být milován, nebýt sám atd.

Když si člověk dokáže tyto potřeby do určité míry uspokojit, zdá se mu, že je v životě spokojený, nestrádá. Bere život za normální, běžný. Můžeme říci, že dochází k uspokojování biopsychosociálních potřeb. Takto se to nazývá v základní ošetrovatelské péči. Každý člověk má rozsah svých potřeb odlišný. Je to ovlivňováno velkým množstvím různých faktorů. Ať už základní obecné faktory (např. pohlaví, věk, psychika, tělesné dispozice), také individuální osobnostní faktory (např. rodinný stav, výchova a vzdělání, ekonomická úroveň) a nakonec i společenské faktory (např. celkový životní standart) (Staňková, 1996).

## **2.2 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB**

K procesu uvědomění si potřeby a nutnosti ji uspokojit dochází vždy v situaci objektivního nedostatku nebo přebytku něčeho uvnitř organismu nebo kolem nás, který vyvolává základní nelibý pocit. Tento pocit se může projevit konkrétně jako hlad, žízeň, strach z něčeho, osamocení. Nebo se projeví nespokojeností. Nelibý pocit vyvolaný touhou uspokojit určitou potřebu vyvolá popud ke konkrétní činnosti, která vede k naplnění dané potřeby a k pocitu libosti (Staňková, 1996).

Když dojde k uspokojení základních životních potřeb, mohou se začít uspokojovat potřeby vyšší. Kvalitu uspokojení základní potřeby, ale velmi ovlivňuje to, zda jsou současně uspokojovány vyšší potřeby. Například potřebu jídla, na kterou nás upozorní pocit hladu uspokojíme podáním stravy. Pokud je jedinci umožněno stravovat se kulturně je pak pocit uspokojení mnohem vyšší. Pokud se objeví překážka, která nějakým způsobem zabrání uspokojení potřeby, u člověka se objeví dlouhodobý stav nespokojenosti a nepohody. Projeví se frustrace. Překážkou se může stát např. onemocnění a vše co je s ním spojené. A to je ztráta soběstačnosti či hospitalizace. Frustrace záporně ovlivňuje průběh nemoci i její prožívání nemocným (Staňková, 1996).

## **2.3 POTŘEBY NEMOCNÉHO**

U nemocného a zdravého člověka se základní potřeby téměř neliší. Je nutné nemocnému pomáhat s tím, co si sám nemůže udělat. Nejprve však musíte znát jeho potřeby.

Každý člověk potřebuje:

- zdravé prostředí,
- pohyb a podmínky na setrvání v pohodlné poloze,
- udržovat hygienu (upravovat se a udržovat se),
- přiměřené oblečení k různým příležitostem,
- vhodnou výživu,
- pravidelné a hygienické vyměšování,

- spánek a odpočinek,
- podmínky k udržování normální tělesné teploty,
- podmínky k normálnímu dýchání,
- možnost komunikace s okolím k vyjádření svých pocitů, strachu a obav,
- možnost vykonávat smysluplnou činnost,
- podmínky k vykonávání rekreačních a oddechových činností,
- možnosti k získávání nových poznatků a poznávání nejrůznějších zajímavostí,
- úctu ke své víře (Bastlová, 1993).

Před nemocným je důležité nezapomínat ani na jednu z těchto potřeb. V konkrétním případě je správné si odpovědět na tyto otázky:

- Co je schopen udělat nemocný sám bez pomoci?
- Je jeho momentální neschopnost trvalá nebo přechodná?
- Je možné ho naučit či ho vést k tomu, aby zvládl určité činnosti a byl znovu soběstačný?
- Nemůže-li být samostatný a nezávislý, pomohou mu přátelé nebo příbuzní? Pokud ano, budou potřebovat rady, instrukce a poučení?
- Bude nemocný potřebovat odbornou pomoc členů zdravotnických nebo sociálních organizací?

Pokud si chceme odpovědět na tyto otázky, je důležité nemocného důkladně znát. Vědět jakou má povahu a jaké jsou jeho individuální potřeby. Jen v tomto případě je možné vyhovět i jeho nejkrytějším požadavkům (Bastlová, 1993).

### **2.3.1 Fyzické potřeby**

Do základních fyzických potřeb člověka patří potřeba dýchat, přijímat potravu a tekutiny, potřeba odpočinku a spánku i potřeba přiměřeného životního prostředí. Pokud opatrujeme nemocného člověka, musíme se především postarat o uspokojení těchto potřeb. Pokud je nemocný klient hospitalizován, je třeba se v první řadě postarat o to, aby si v cizím a nezvyklém prostředí nepřipadal ztracený. Je důležité, aby se cítil co možná nejpříjemněji (Bastlová, 1993).

### **2.3.2 Psychologické potřeby**

Je to potřeba být vážený a uznávaný, akceptovaný jako jedinečná osobnost se všemi svými vlastnostmi a požadavky na soukromí a bezpečí. Je nutné nemocného člověka stále povzbuzovat, dodávat mu sebevědomí, aby se snažil získat co nejdříve soběstačnost a nezávislost. Pacienty je třeba oslovovat jménem a pokud mají titul, tak používat i ten. Musí se brát v úvahu věk nemocného, jeho původ i fyzická a duševní kondice. Pokud klient vyžaduje soukromí, musí se mu vyhovět. Je důležité si všimnout celkového duševního rozpoložení pacienta. Především dlouhodobě a těžce nemocní upadají do deprese a zmocňuje se jich strach a úzkost. Je třeba nemocného stále poslouchat a dávat mu najevo, že je o něj postaráno jako o jednotlivce (Bastlová, 1993). Že jsme ochotni porozumět mu a vcítit se do něj. Prostřednictvím empatie můžeme klienta lépe poznat (Beran, 2010).

### **2.3.3 Sociální potřeby**

Patří sem potřeba společnosti. Každý nemocný jistě uvítá návštěvy, musíme dbát ale na to, aby neunavovaly. Je nutné zhodnotit stav nemocného a se svým názorem seznámit rodinu pacienta.

Pro nemocné je vhodné poslouchat rádio či sledovat televizi. Měly by být umístěny tak, aby klient dobře slyšel a viděl (Bastlová, 1993).

### **2.3.4 Finanční potřeby**

U nemocných lidí se mohou objevit finanční problémy, a to jen proto, že neznají své nároky na důchod, případně na jiné příplatky či sociální služby. Potřebné informace by mělo poskytnout oddělení zdravotního a sociálního zabezpečení (Bastlová, 1993).

### **2.3.5 Duchovní potřeby**

Musíme respektovat pacientovu víru, ať je jakákoli. Pokud klient požaduje setkání se svým duchovním, je nutné zařídit vše tak, aby se setkání mohlo uskutečnit. V době

jeho návštěvy musí být ticho a klid. Pacient s náboženských představitelem musí mít soukromí. Klientovi je třeba umožnit i náboženské vysílání v rozhlase či sledování v televizi. Jsou i takoví pacienti, kteří jsou bez vyznání. V tomto případě je nesmíme zahanbit ani uvést do rozpaků (Bastlová, 1993).

## **2.4 STÁŘÍ**

V současné době nejrychleji přibývá v populaci hospodářsky vyspělých států nejstarší věková skupina nad 85 let (Kalvach a kol., 2004). V dnešní době jsou obyvatelé České republiky nejstarší z hlediska historického. Stále však patří k evropským průměrům. Poslední sčítání lidu nám ukázalo, že v naší republice žije téměř dva miliony lidí starších šedesáti let, to jsou bezmála dvě pětiny z celkového obyvatelstva (Sýkorová, 2007).

Stáří je součástí našeho života. Občas přemýšlíme, jak a s kým bychom ho chtěli strávit. Nebo spíš nechtěli. Medicína umožňuje prodloužit život mnoha lidem, kteří trpí různými nemocemi. Teprve v posledních letech se i u nás mluví o kvalitě života, nejen o jeho délce. Právě samostatnost, rozumná míra finančního zajištění a možnost spolurozhodovat o sobě je ve stáří vysokou hodnotou (Venglářová, 2007, s.11).

### **2.4.1 Změny způsobené stářím**

Přestože každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, lze se shodnout na významných okamžicích, které přichází s vyšším věkem. Změny se odehrávají v rovině tělesné, psychické i sociální. Jedná se o propojené systémy.

Reakce na změny jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi jeho okolí a také možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které senior nezvládne sám. Podle toho pak přichází model adaptace na stáří (Venglářová, 2007, s. 11-12):

1. Konstruktivní přístup ke stáří. Během produktivního věku si člověk začne připravovat aktivity, kterým se bude později věnovat. Patří sem i snaha udržet si tělesné zdraví a to formou vhodného stravování a pohybových aktivit. Je nutné mít více přátel a známých, pokud máme jednoho či dva blízké přátele, hrozí, že se po jejich odchodu dostaneme do těžké sociální izolace. Udržovat

si dobré vztahy v rodině je úkol na celý život. Pozdější podpora od dětí a vnoučat je velmi důležitá.

2. Někteří lidé si vytvoří závislost na okolí. Tělesné obtíže znamenají závislost na zdravotnících nebo na rodině. Senioři mají obtíže navázat intenzivnější kontakty. V ústavní péči se můžeme setkat s klienty, kteří vyžadují přítomnost personálu a pomoc, která není pokaždé podložena objektivním stavem.
3. Někdy může být situace obtížnější. Senior může zaujmout nepřátelský postoj vzhledem k personálu, lidem kolem i ostatním klientům. Tato situace nastává častěji v péči o klienty vyššího věku (Venglářová, 2007).

V životě dochází k mnoha změnám. Schopnost umět změny přijmout, vyrovnat se s nimi a zařídit si nový život je u každého jedince velmi individuální. Adaptace je jedna ze základních lidských vlastností a umožňuje lidem přežít.

Změn však nesmí být nad únosnou míru, ta je pro každého člověka jiná. Pro svého nositele musí mít smysl, pak ji lépe přijímáme. Pro vyrovnání se je důležitá pomoc okolí, tolerance a trpělivost.

Při plánování zásadnějších životních změn, odborníci varují: „*Nechtějte změnit vše najednou!*“, ale v životě seniora často přichází smršť změn (Venglářová, 2007).

V návaznosti na změny je nutné hledat nový způsob života ve stáří. Nejčastější změny jsou v úrovni péče o sebe i zvýšené nároky na pomoc od okolí. Senioři či spíše jeho okolí hledají vhodné místo pro život. Mnoho seniorů žije doma za pomoci a podpory rodiny. Tato varianta se jeví za nejlepší. Potřebu seniorů zůstat ve svém, důvěrně známém prostředí co nejdéle, označujeme za adaptivní rys stárnutí (Rowles, Ravdal, 2002). Lidé se ve svém bydlišti cítí být více zakořeněny, čím déle v místě žijí a hromadí biografickou zkušenost (Gieryn, 2000). Jde tu o citovou vazbu ke geografickému prostoru, o obeznámenost, ale i sousedské vztahy, které se během života v určitém místě, ve sdíleném bydlišti formují (Giddens, 1998; Hendricks, 1986). Vhodné je spolupracovat s *Domácí péčí* (Venglářová, 2007). Komplexní domácí péče je zaměřena na podporu zdraví, prevenci nemocí, léčbu nemocí a rehabilitaci. Hlavním úkolem *domácí péče* je podporovat tzv. svépomoc samotného pacienta. Respektuje lidská práva a podporuje klienta ve všech jeho činnostech (Novotná, Uhrová, 2007).

Pokud se vyskytnou větší zdravotní problémy, osamělost i nemožnost pomoci ze strany rodiny, pak nastupuje institucionální péče. Jde však o krajní řešení. Ideální je, když si senior vybere sám zařízení, ve kterém mu poskytnou sociální a zdravotní péči (Venglářová, 2007).

Co zohledňujeme:

- lokalitu,
- velikost zařízení,
- typ poskytovaných služeb, aktivitu většiny klientů,
- cena měsíčního pobytu, čekací doba (Venglářová, 2007).

Starší člověk, který je aktivní je více schopný adaptace na nové prostředí a na odlišný životní styl. Rychleji se zabydlí a seznámí se s dalšími klienty a personálem. Lépe se začlení do života, který je mu ve stáří nabízen. Pokud žije spokojeně nevznikají konflikty se spolubydlícími i zaměstnanci (Venglářová, 2007). Stáří nemusí být pasivní. Člověk v důchodovém věku může žít bohatý život a může být prospěšný ostatním (Domov Sue Ryder, 2008).

## **2.5 PROJEVY STÁŘÍ**

Všichni se rodíme s danými dispozicemi. Naše jednání je ovlivněno genetickými předpoklady, zkušenostmi a prostředím, ve kterém žijeme. Způsobům chování se učíme v dané době a na určitém místě. Pokud se přeneseme do jiného prostředí, může se naše chování stát obtížným.

Nově příchozí obyvatelé různých zařízení, žili život v řadě rolí. Fungovali určitým způsobem a nemají zkušenosti s rolí „obyvatele domova“. Chovají se tak, jako doposud. V domově to najednou nemusí platit. Nový klient tím může být zaskočen a potřebuje pomoc i podporu od personálu a blízkých. Potřebuje nalézt své nové místo (Venglářová, 2007).

### 2.5.1 Projevy stáří v rámci širší normy

Pokud dochází k tělesným změnám, začneme se více soustředit na somatický stav. Zdravotní péče bývá obvykle soustředěna na symptomy. Nemocnému se pak může zdát, že pečující personál se nezajímá o nic jiného. Klient často potřebuje sociální kontakt.

Se stářím se zintenzivňují i některé povahové rysy, především negativní. Laici často považují psychické změny za zhoršení povahy. Kombinace psychických změn a sociálních změn zaviní těžší adaptaci klienta na nové prostředí. Často říkají: „*Já už se snažit nemusím, nebudu se ovládat, ať se snaží druzí, já už jsem toho udělal dost.*“

Je velmi důležité umět rozpoznat a odlišit problematické chování, které je způsobené stářím od duševních či somatických poruch (Venglářová, 2007).

Základní směr přístupu:

1. Včasná a vhodná příprava seniora na změny ve stáří, především na stěhování do zařízení pro seniory.
2. Seznámit klienta i rodinu se zvyky daného zařízení.
3. Znalost zvyků a rituálů. Co možná nejširší přizpůsobení seniorovi.
4. Ponechání osobních věcí, umožnit kontakt s lidmi a prostředím, na které je senior zvyklý.
5. Přístup k člověku, „jaký byl“ před vstupem do sociálního zařízení.
6. Chápat povahové rysy.
7. Respektovat přání klienta. Zapojení se do každodenních aktivit je svobodná vůle každého. I když se ví, že nečinnost zhoršuje zdraví i psychický stav, nikoho nenutíme (Venglářová, 2007).

### 2.5.2 Specifické obtíže seniorů - Poruchy smyslů

*Nedoslýchavý člověk*

Když komunikujeme s nedoslýchavým jedincem, musíme bedlivěji sledovat prostředí, zda neruší průběh hovoru. Mluvíme zřetelně, pomalu, díváme se klientovi do tváře. Nesmíme narušit osobní prostor klienta (40 cm). Na druhé straně, přílišná vzdálenost snižuje možnost slyšet. Je vhodné využívat neverbální komunikace, např. ukazovat

na předměty, o kterých mluvíme. Hovor můžeme doplnit psaným slovem. Využíváme kompenzační pomůcky, naslouchadla (Venglářová, 2007).

#### *Člověk se špatným zrakem*

Před zahájením hovoru klepeme, zdravíme jako první, představíme se. Zrakem vnímáme mnoho informací, např. emoce, které mohou změnit význam sdělení. Nedotýkáme se klienta bez upozornění, vše popisujeme (Venglářová, 2007).

#### *Poruchy řeči – afázie*

Někteří senioři prodělali neurologická onemocnění, která ovlivnila jejich schopnost mluvit a rozumět řeči. Poruchy se mohou vyskytovat samostatně nebo společně. Při problémech dorozumět se s lidmi dochází často k nervozitě, hněvu a agresivitě. Může se objevit i rezignace na komunikaci. Je důležité být trpělivý, hledat alternativní možnosti (obrázky, posunky). Ukazujeme předměty, nedáváme obecné otázky. Klienta neopravujeme (Venglářová, 2007).

#### *Demence*

Lidé, kteří trpí demencí, vyžadují specifický přístup. Průběh komunikace velmi ovlivní poruchy paměti.

Aby se komunikace zlepšila, je důležité si uvědomit, které oblasti jsou demencí zasažené a snažit se je kompenzovat (Venglářová, 2007).

### **2.5.3 Přehled obtíží**

- nezapamatování si informací,
- stálé dotazy,
- ztráta schopnosti porozumět slovům,
- tvorba nových slov, zaměňování výrazů,
- poruchy vyjadřování,
- netrpělivost,
- fabulace, vymýšlení si,
- v konečných fázích němota (Venglářová, 2007).

#### **2.5.4 Přístup k seniorovi**

1. Pomáhá znalost klienta, jeho způsobů komunikace a poruch řeči.
2. Někdy klient používá jedno nebo několik slov jako jediný verbální projev. Mění pouze intonaci, hlasitost. Snažíme se najít význam ve sdělení.
3. Rozhovor zahajujeme ve chvíli, kdy klient není rušen jinými potřebami. Je vhodné ztlumit rádio, televizi, ostatní požádat o klid.
4. Vhodné je využít chvíle, kdy se klient obrací na nás.
5. Komunikujeme více kanály. Slova doplníme příkladem, ukázkou věci. Pomáhá úsměv, pohled do očí.
6. Sledujeme neverbální projevy klienta, mohou nám napovědět význam sdělení.
7. Vhodnou podporou je dotyková komunikace. Uklidňuje, obrací pozornost na sdělení. Vhodné vedení je lepší než složité vysvětlování cesty.
8. Volíme slovník, který klient zná a přijímá. Používáme jeho označení pro lidi a věci kolem.
9. Volíme krátké a jednoduché věty, ne příkazy.
10. Ověřujeme porozumění a příliš na ně nespoleháme. Vše je nutné ověřit, aby nedošlo k omylům, zranění atd.
11. Během komunikace posilujeme orientaci v čase, prostoru, v osobách kolem (Venglářová, 2007).

Přehlízíme nevhodné projevy, nekomentujeme vulgarizmy. Snažíme se zachovat důstojnost člověka s demencí (Venglářová, 2007).

## **2.6 SENIOŘI A JEJICH ZDRAVÍ**

Pojem „zdraví“ je dle Světové zdravotnické organizace i obecného konsenzu chápáno jako „více než nepřítomnost nemoci“. Tato definice bývá obvykle kritizována. Protože často svou absolutizací nešťastně překračuje kompetence medicíny v teoreticko-politických rozvahách. Bývá však kladným vodítkem, které upozorňuje a zdůrazňuje význam funkčních souvislostí, kompenzací, participace, aktivity a zdravím podmíněné

kvality života a to zejména u seniorů, geriatrických klientů a obecně lidí s chronickým zdravotním postižením (Phelan, 2004).

V České republice v polovině 60. let 20. století C. Drbal formuloval tzv. potenciální zdraví. Můžeme ho chápat jako klíčový pojem při chápání zdraví ve stáří. Jde o propojenost tří neoddělitelných komponent, které se navzájem ovlivňují. Patří sem zdatnost, odolnost a kreativní adaptabilita (Drbal, 1968; Drbal, 2007). Všechny tři složky jsou dynamické a plastické. Mají svou proměnlivou míru, která se v souvislosti s ostatními uplatňuje v celostním uspořádání organismu. Svůj rozměr má psychický, somatický, funkční i morfologický. Zdraví je individuálně specifické, je subjektivně prožíváno a také může být objektivně hodnotitelné. Ve zdraví může docházet ke změnám:

- **změny involuční** (př. pokles regulační kapacity),
- **změny režimové** (např. poruchy výživy),
- **změny chorobné** (př. multimorbidita).

Všechny tyto změny vedou ve stáří ke změně zdraví a jeho úbytku. Také k poklesu zdatnosti (fungování, výkonnosti, soběstačnosti), odolnosti (vůči infekcím, stresu a zátěži s opakovaným selháváním a s prodlužováním rekonvalescence). V neposlední řadě také k poklesu adaptability s rozvíjející se stařeckou křehkostí (Kalvach, 2008).

Ve stáří může být projevem a důsledkem poklesu zdraví například:

- manifestace chorob, které souvisí s poruchami regulace somatické, imunitní i psychické (př. opakované infekce, nádorová onemocnění atd.),
- opakované dekompenzace křehkého funkčního a zdravotního stavu stále nižší úrovně zátěže, nižší intenzitou i frekvencí stresorů,
- klesající schopnost zvládat vystavení větší zátěže nebo těžší dekompenzací některého orgánu a zotavit se z něho, zhoršování prognózy akutních chorob, těžších úrazů, operačních výkonů nebo hospitalizací, a to ve smyslu komplikací (př. delirantní stavy), neúplné zdraví (př. rozvoj imobilizačního syndromu) i úmrtí – přibývá nežádoucích důsledků, projevů a vyústění chorob,
- progredující funkční deteriorace, jejíž věkový nástup i rychlost progresu jsou značně heterogenní v závislosti na genetické dispozici, chorobných změnách i životním způsobu – jde o akumulaci pohybových, smyslových, kognitivních a jiných deficitů, o únavu, nezvládnutí a omezování aktivit (Kalvach, 2008).

Antonovsky (1979, s. 28) řekl: „Opatření na podporu potencionálu zdraví, směřující ke zpomalení stařecké deteriorace, k oddálení a zmírnění geriatrické křehkosti a tím ke zlepšení zdravím podmíněné kvality života a ke snížení potřeby zdravotně sociální péče ve stáří, se týkají více konceptu *salutogeneze*.“ Ne, pouhé prevence chorob s vysokou prevalencí. Prevenci chorob je dobré chápat jako součást geriatrické salutogeneze (Kalvach, 2008).

### **2.6.1 Pojetí nemoci a nemocnosti ve stáří**

Chápání pojetí zdraví ve stáří i povahy a rozsahu geriatrické nemocnosti patří ke geriatrické medicíně. Jen určitá část zdravotních obtíží seniorů může být řešena v rámci tradičním, v posledních desetiletích převažujícího biomedicínkého modelu, který je založený na diagnostice a léčbě chorob v rámci tradiční Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních potíží (MKN-10). Ta je platná od roku 1992 ve své 10. revizi.

Z důvodu stárnutí populace i kvůli obecně přibývajícím osobám s funkčním závažným chronickým zdravotním postižením vznikla kromě MKN také Mezinárodní klasifikace funkčního stavu a zdraví, MKF (World Health Organization, 2001), která byla v původní verzi roku 1980 nazvaná jako Mezinárodní klasifikace poškození, invalidity a omezení. Ve slovenském překladu, který byl novelizován v roce 2001, hodnotí MKF také poruchy aktivity, poruchy samostatnosti i faktory prostředí. V současné době je nepřehledná a pro využití v klinické praxi není vhodná. I tak však ukazuje cestu ke sledování a hodnocení vývoje funkční zdatnosti, zdraví a potřeb křehkých seniorů (Kalvach, 2008).

Kalvach (2006, s. 28 - 29) řekl: „Při jednostranném důrazu kladeném na „choroby“ uniká u starého člověka z medicínského zájmu, sledování a řešení nejen problematika funkčních deficitů, disability, poruch soběstačnosti a zdravím podmíněné kvality života, ale také výsostně klinická diferenciatně diagnostická a terapeutická problematika geriatrických syndromů, obecných symptomů nevázaných na konkrétní choroby, geriatrické křehkosti, involuční deteriorace, multimorbidity či adaptace/maladaptace na chorobné změny i zdravotní problémy s dalšími psychosomatickými souvislostmi.“

Důsledkem je diskriminační demedicinalizace části nepochopených geriatrických klientů se zhoršením jejich subjektivních potíží, objektivního stavu, prognózy a také s neúčelným zvýšením nákladů v důsledku samoučelného vyšetřování a nadměrného indukovaní komplikací i dlouhodobé ústavní péče (Kalvach, 2008).

### **2.6.2 Stárnutí a involuční změny**

V období stáří dochází k mnoha involučním změnám, ty se odrážejí do zdravotního stavu seniorů i do klinického obrazu a průběhu chorob.

Populace je heterogenní z hlediska délky života a nástupu geriatrického zhoršení. Existují jedinci s genetickou dispozicí ke krátkému či dlouhému trvání života i extrémní odchylky ve smyslu dlouhověkosti a progerie (Kalvach, 2008).

### **2.6.3 Věková struktura společnosti**

Společnost lze chápat jako komplex lidských vztahů (Berger, 2003). Tyto vztahy můžeme pozorovat v různých definovaných skupinách. Jedním z definičních znaků sociálních celků může být chronologický věk (kalendářní) (Vidovičová, 2008). Jde o nejběžnější měřítko stárnutí. Je to údaj, který nám sděluje jak je člověk starý (Stuart-Hamilton, 1999). Společnost díky tomu, můžeme rozdělit na věkové vrstvy, skupiny, kohorty a generace (Vidovičová, 2008).

Prostřednictvím věkových stupňů rozdělíme populaci do širších věkových skupin (např. dětství, dospělost, stáří). Využívají se pro obecné definice společenských rolí. Přechody mezi jednotlivými stupni jsou často provázány odlišně významnými a formálními tranzicemi (rituály přechodu). S tímto ve společnosti roste komplexnost, jednotlivé věkové stupně se dále drobí, zjemňují a vnitřně rozlišují. Obvykle dochází k rozostřování spojujících, přechodných předělů (Atchley, 1987).

Můžeme zaznamenat výrazný pokrok v medicíně, prodlužuje se délka života, oddaluje se morbidita do pozdějšího věku u stále početnějších skupin populace. To vše vyvolalo potřebu vnitřně diferencovat stáří v závislosti na vnímaných rozdílech v potřebách asistence. V souvislosti s tímto se stáří začalo rozlišovat. Například na rané stáří, stáří

a pokročilé stáří. Tyto stupně mohou být definovány věkovými intervaly (např. 65 – 74, 75 - 84, 85 a více let). Definice věkových stupňů a skupin jsou ujednané v závislosti na kontextuální kultuře (Vidovičová, 2008).

## **2.7 SEBEPÉČE A SOBĚSTAČNOST**

### **2.7.1 Aktivity denního života**

Aktivitami denního života se nazývají běžné denní činnosti, např. hygiena, oblékání, výživa, vyprazdňování. Člověk, který je zdravý, vykonává tyto činnosti samostatně, bez pomoci druhých lidí. Pro denní aktivity je typická jejich pravidelnost a automaticnost, která je velmi často spojená s určitými rituály. Denní činnosti jsou součástí návyků. Aktivity denního života odpovídají základním biologickým potřebám člověka a v Maslowově pyramidě potřeb (uvedena v příloze č. 4) tvoří základnu.

Jedinec si každodenní činnosti osvojuje v průběhu sociálního učení, stávají se součástí jeho života a vyjadřují jeho individualitu (např. stravovací návyky, hygienické návyky atd.). Návyky se v průběhu ontogenetického vývoje mění, upevňují se. Odlišná je i míra samostatnosti jedince při jejich zvládnutí. V uspokojování základních potřeb je novorozenec a kojeneček závislý na matce. Během ontogenetického vývoje se tato závislost mění na nezávislost. Starý člověk se v uspokojování potřeb a vykonávání denních aktivit opět stává závislým na okolí (Trachtová, 2001). Protože se stoupajícím věkem obvykle přibývají chronická onemocnění a ta vedou ke zhoršení soběstačnosti. Změna sociální role a snížená soběstačnost ovlivňují účast člověka na společenském životě. Starý člověk se cítí sociálně izolován, ztrácí svoji identitu, obtížně přijímá, že je závislý (Klevetová, Dlabalová, 2008). Každý jedinec si během ontogeneze vytvoří a osvojí svůj specifický model v hygieně, oblékání, spánku a dalších aktivitách (Trachtová, 2001).

**ADL (Activities of daily living)** je obecné označení konceptu hodnocení aktivit každodenního, všedního života. Vychází z ujištění, že u nemocného zejména se závažnou disabilitou není životně ani rehabilitačně rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti. Rozhodující je především funkční zdatnost v sebeobsluze a soběstačnosti,

aktivitách a samostatnosti. Důležitá je ucelená rehabilitace, která zahrnuje vlastní deficit, ale i podpůrné faktory tělesné, psychosociální souvislosti a charakteristiky, kvalifikátory prostředí. Je zaměřena na znevýhodnění a na tělesné a sociální fungování. To má především význam u multikauzálních a konstitučních podmíněných poruch zdraví, zdatnosti a výkonnosti, typických pro geriatrickou medicínu.

V roce 1964 S. Katz vytvořil původní Index nezávislosti v každodenních aktivitách, prošel několika úpravami, které jej zjednodušovaly (Kalvach, 2008).

**Bazální ADL (BADL)** se týká sebeobsluhy. Je zde hodnoceno přemísťování (např. přesun z lůžka na židli atd.), použití WC, kontinence, koupání, schopnost samostatně se najíst, oblékání (Kalvach, 2008). Katz ADL nezachycuje mírné změny ve funkčním výkonu ani podstatné změny ve vyšších pásmech výkonnosti u zdatných seniorů (Andersen-Ranberg, 1999). Klasifikace se provádí prostřednictvím rozhovoru či dotazníku blízkými osobami či samotnými respondenty. Pro exaktní posouzení je vždy důležité vztahování schopností k náročnosti prostředí (Kalvach, 2008).

### **2.7.2 Potřeby nemocného a aktivity denního života**

Potřeby člověka jsou individuální, také psychická odezva neuspokojených potřeb se projevuje individuálně. Každý jedinec vykonává a zvládá aktivity denního života odlišným způsobem, dle svých zvyklostí.

V ošetrovatelství se používají termíny sebepéče a soběstačnost a zaujímají tu důležité místo. Jejich hodnocení se stává základem ošetrovatelské péče a také výchozím bodem pro určení priorit a stanovení ošetrovatelského plánu (Trachtová, 2001).

### **2.7.3 Sebestačnost a sebepéče**

Termín sebepéče vyjadřuje péči, která je zajišťovaná vlastními silami. Je to jeden ze způsobů ošetrovatelské péče. Další ošetrovatelskou péčí je laická pomoc okolí (poskytovaná např. přáteli, rodinou atd.). Umožňuje nemocným žít v domácím prostředí. Mezi další způsoby ošetrovatelské péče patří profesionální péče, která vyžaduje odborné vědomosti, dovednosti a kvalifikované postoj sestry.

Pojem soběstačnost definuje samostatnost nebo závislost nemocného při vykonávání denních aktivit. Nemocný v bezvědomí je ohodnocen jako nesoběstačný. Sestra ohodnotí nemocného s extenzí jako částečně soběstačného. A nemocný člověk, který je v předoperačním období je soběstačný.

**Sebepéče:** je samostatné vykonávání denních aktivit (stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování).

**Soběstačnost:** je míra samostatnosti či participace jedince při vykonávání denních aktivit (Trachtová, 2001).

Na soběstačnosti se podílejí dva faktory:

- **funkční zdatnost člověka** – jak tělesná, tak i psychická, patří sem i potřebné dovednosti a znalosti, které chybějí,
- **náročnost prostředí** (Kalvach, 2008).

Vždy se musí brát v úvahu oba faktory. Je nesprávné chápat a považovat zdatnost organismu za záležitost zdravotnickou a náročnost prostředí za distinkční záležitost sociální (Kalvach, 2008).

#### **2.7.4 Hodnocení úrovně sebezpeče a soběstačnosti nemocného**

Zdravotní sestra, rodina a všichni ti, kteří pečují o nemocné ležící a zcela nesoběstačné věnují svoji pozornost a péči především pro uspokojování základních lidských potřeb. Pečují zejména o výživu, hygienu a vyprazdňování. Péče je velmi nutná vzhledem k prevenci komplikací či zachování života vážně nemocného člověka.

U nemocného, který je upoutaný na lůžku nebo trpí poruchou hybnosti je uspokojování potřeb problematické. Takto nemocní dokáží samostatně zvládnout denní činnosti, ale musí jim být k tomu vytvořeny vhodné podmínky (Trachtová, 2001).

Je nutné přesně a správně ohodnotit úroveň sebezpeče a soběstačnosti nemocného člověka. Stává se potom výchozím bodem nejen pro jednotlivé ošetřovatelské intervence a ošetřovatelský plán, ale také pro diagnostické a terapeutické zákroky.

Pokud je úroveň sebezpeče stanovena nesprávně, může být příčinou vzniku komplikací či rozvinutí imobilizačního syndromu (Trachtová, 2001).

Termín sebezpečí zahrnuje veškeré základní každodenní činnosti (např. hygiena, stravování, oblékání atd.), které jsou nápomocny k udržování zdraví.

Zdravý dospělý člověk je samostatný a soběstačný, dovede se o sebe postarat sám. Malé děti či staří lidé obvykle potřebují při vykonávání každodenních činností pomoc od druhých lidí. Jsou nesoběstační a tedy závislí (Trachtová, 2001).

Schopnost vykonávat každodenní činnosti může být u nemocného člověka aktuálně nebo potencionálně snížena. Např. u imobilního jedince (člověka s amputovanou dolní končetinou apod.) můžeme zaznamenat aktuálně sníženou schopnost. Nemocný člověk, který se připravuje na operační zákrok může mít potencionálně snížené schopnosti (Trachtová, 2001).

V hodnocení soběstačnosti a výkonnosti zaujímá velmi důležité postavení také vzhled a uspořádání konkrétního domácího prostředí určitého pacienta či povaha pokoje v domově důchodců.

Náročnost a bezpečnost pokoje určuje druh a rozsah rehabilitace, podílí se na potřebě a spotřebě ústavní péče akutní nemocniční, tak i tzv. následné a dlouhodobé. Soběstačnost lze obvykle často zachovat (např. po cévní mozkové příhodě). A to především úpravami prostředí než normalizací funkční zdatnosti pacienta. Mnoho nemocných je zcela soběstačných i přes své postižení, když žijí v kvalitním bydlení vyšší kategorie (výtah, dálkové topení) nebo v bezbariérovém prostředí. Naopak jsou nemocní často a významně závislí v prostředím náročném (bydlení na samotě, ve vyšších patrech bez výťahu a s lokálním topením). To v závěru může být hlavním důvodem umístění nemocného seniora do dlouhodobé ústavní péče. Zde platí známá skutečnost, že handicap a handicapující situace jsou stejně závažné.

Dále i zhodnotit použitelnost a účelnost kompenzačních pomůcek můžeme až se znalostí funkčního deficitu, kompenzačních schopností nemocného, míry jeho compliance a konkrétní podoby prostředí, ve kterém žije (např. velikost koupelny, šířka dveří).

Poruchami soběstačnosti se zabývá rehabilitační specializace s názvem – ergoterapie (occupational therapy).

Ergodiagnostika se zase zabývá posuzováním soběstačnosti a hodnocením práceschopnosti mladších nemocných (Kalvach, 2008).

### **2.7.5 Klasifikace funkčních úrovní sebedpěče**

Ve všech lůžkových zdravotnických i sociálních zařízeních hodnotí zdravotní sestry úroveň sebedpěče. Dále pak i v agenturách domácí péče, v primární péči i při příjmu v rámci ošetrovatelské anamnézy. Potřebné informace se získávají prostřednictvím pozorování nemocného, v rozhovoru s ním a s rodinnými příslušníky, známými, ostatními zdravotníky a spolupacienty. Informace jsou nám poskytovány i z dřívější dokumentace nemocného.

Získané informace je potřeba vyhodnotit a interpretovat tak, abychom mohli určit a stanovit míru soběstačnosti nemocného či dosažitelnost laické péče a potřebu ošetrovatelských činností.

Aby byla podporována nezávislost nemocného, je velmi důležité klasifikovat funkční úroveň.

Zdravotní sestra provádí celkové hodnocení nemocného, jehož součástí je i hodnocení úrovně sebedpěče a soběstačnosti.

Pro získávání informací je vhodné použít dané ošetrovatelské modely (např. od Gordonové, Royové atd.). Jsou to propracované systémy pro hodnocení nemocného (Trachtová, 2001).

#### **Hodnocení sebedpěče a soběstačnosti nemocného v pohyblivosti**

Základním kritériem, které slouží pro posuzování a hodnocení úrovně sebedpěče a soběstačnosti je schopnost člověka pohybovat se a být aktivní. Pokud dojde u člověka k nějakému pohybovému omezení, ke změně či poruše hybnosti, mění se tím způsob vykonávání denních činností (např. hygiena, vyprazdňování atd.), narušují sebedpěči člověka. Jedinec, u kterého dojde k narušení pohybových schopností se stává částečně nebo zcela nesoběstačný (Trachtová, 2001).

#### **Hodnocení sebedpěče a soběstačnosti nemocného při přijímání stravy**

Úroveň sebedpěče a soběstačnosti je také velmi důležitá pro příjem potravy, v domácí péči i pro jeho přípravu. Pohybová aktivita nemocného může být trvale nebo dočasně změněna kvůli onemocnění, diagnostickým či terapeutickým zákrokům. Rozsah a typ pomoci, kterou poskytujeme nemocnému při jídle je dána jeho fyzickou a duševní schopností a jeho omezením. Na pomoci druhých jsou závislí především staří lidé, zesláblí nemocní, často lidé se smyslovým deficitem či změnou hybnosti. Také lidé zrakově, sluchově handicapovaní, tělesně postižení, imobilní. Zdravotní sestry hodnotí funkční úroveň sebedpěče v rámci ošetrovatelské anamnézy v screeningovém vyšetření.

Je vhodné použít určitý bodovací systém (např. dle Gordonové). Deficit příjmu potravy se týká:

- neschopnost donést si jídlo,
- neschopnost nakrájet si jídlo,
- neschopnost dopravit potravu do úst,
- neschopnost zaujmout vhodnou polohu,
- neschopnost nakoupit si,
- neschopnost uvařit si (Trachtová, 2001).

### **Hodnocení soběstačnosti nemocného v oblasti vyprazdňování**

Toto hodnocení provádí zdravotní sestra v rámci ošetřovatelské anamnézy a je součástí screeningového vyšetření nemocného. To, zda je člověk v této oblasti soběstačný se odvíjí od jeho samostatného pohybu. Zdravý člověk dokáže samostatně odejít na toaletu, svléknout se, vyprázdnit se a obléknout se. U nemocných jedinců, kteří mají změněnou hybnost, to samozřejmost není. Jsou částečně nebo zcela nesoběstační.

K takto nemocným lidem je nutné přistupovat s taktem. Absence soběstačnosti v oblasti vyprazdňování je společností vnímána velmi citlivě. Pokud dojde k nerespektování intimity a soukromí, může být narušena sebeúcta nemocného (Trachtová, 2001).

## **2.8 MĚŘENÍ SOBĚSTAČNOSTI**

Pro každého člověka je v životě velmi důležité být soběstačný. Musíme si zajistit základní lidské potřeby, které jsou pro život nepostradatelné. Pro zdravé lidi, to není problém. Mnohdy jsou to bezvýznamné maličkosti, které všichni bereme za samozřejmé. Ale zdravotně znevýhodnění lidé a také nemocní senioři tyto základní potřeby za automatické neberou. Pak se každý, takto nemocný člověk, stává nesoběstačným a potřebuje pomoc (Staňková, 2001).

Touto problematikou se zabývá ošetřovatelství a to především moderní ošetřovatelství. Snaží se nemocnému poskytnout takovou pomoc, aby zůstal i nadále v dané míře soběstačný. Mohl si pomoci sám. A byl tak, na druhých lidech nezávislý.

Rodina nebo také zdravotní sestra, která se o seniora či nemocného člověka stará, by měli umět zjistit jaké jsou funkční schopnosti každého nemocného. A snažit

se co nejvíce využít jeho zbylé schopnosti k udržení a rozvoji jeho soběstačnosti. Aby bylo pacientovi umožněno dlouhodobě žít nezávisle ve svém domácím prostředí. Je to plánovaná pomoc, kterou poskytují blízcí pacienta či zdravotníci a stává se nedílnou součástí ošetrovatelské péče (Staňková, 2001).

Lidé, kteří trpí poruchou soběstačnosti, nejsou schopni se sami o sebe postarat a nedovedou si zajistit každodenní potřeby nutné pro život. Tito lidé velmi silně vnímají svoji neschopnost postarat se o sebe. A proto vítají jakoukoli pomoc od okolí. Pacienta se ztrátou soběstačnosti provází negativní pocity z nemožnosti provést každodenní rituály a činnosti, které byl zvyklý celý život dělat. Bývá ještě zesílen nezájmem okolí a zdravotních sester.

Stav nemocného se velmi často komplikuje pomalu se rozvíjejícím imobilizačním syndromem. Což je syndrom z inaktivity. Jeho příčina je v nehybnosti nebo snížené aktivitě. Poruchy se mohou objevit psychické i fyzické.

Ze všech uvedených důvodů je tedy potřeba individuální kvalitní ošetrovatelské péče velmi důležitá (Staňková, 2001).

Pacienty můžeme dle soběstačnosti v denních činnostech rozdělit do 4 skupin:

1. nemocní zcela soběstační, nezávislý na pomoci sestry, relativně psychicky komponovaní;
2. nemocní částečně soběstační, schopní sebeobsluhy i mimo lůžko, ale za veliké pomoci svého okolí či ošetrovatelského personálu;
3. nemocní zcela či částečně soběstační, ale upoutáni na lůžko, případně psychicky dekompenzovaní a tedy vyžadující větší či menší pomoc sestry;
4. nemocní nesoběstační, upoutáni na lůžko, psychicky dekompenzovaní, případně nemocní v bezvědomí – zcela závislí na práci zdravotníků pro svůj celkově těžký stav (Staňková, 2001).

Stupeň soběstačnosti se dá zjišťovat více způsoby. A to odhadem, pozorováním a měřicími technikami.

Můžeme pozorovat pacienta, když provádí aktivity denního života. Například pro klasifikaci nemocných do výše uvedených skupin.

Aby zdravotní sestra mohla účelně stanovit vhodnou individuální ošetrovatelskou péči, především pro seniory nebo dlouhodobě nemocné, mohou jí v tom pomoci různé měřicí techniky. Některé z měřících technik mají svoji vlastní klasifikaci poruch soběstačnosti. Test nám sděluje informace o stupni soběstačnosti seniorů (Staňková, 2001).

## **2.9 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA**

Kvalitu života i spokojenost člověka nelze posuzovat léty či délkou života jedince (Štílec, 2004). Hodnocení kvality života nemocného v souvislosti s intenzitou jeho potíží, s rozhodováním o léčbě nebo se zvažováním prospěchu a rizika zdravotnických intervencí je samozřejmou, ale někdy neuvědomovanou složkou klinické praxe. Je vhodné, aby se na tomto rozhodování více podílel nemocný jako aktivní subjekt a ne pouze jako objekt našich reflexí. Z geriatrického hlediska je potřeba zdůraznit, aby se nepodceňovaly rozhodovací schopnosti a kompetence geriatrických klientů (Kalvach, 2008).

Kvalifikace zdravím podmíněné kvality života se užívají pro zhodnocení psychosociální zátěže, která je způsobená chorobou, disabilitou nebo léčbou (popř. mírou shody hodnocení samotným klientem a skupinami zdravotníků atd.). To se provádí při sledování konkrétního nemocného, nebo a to je častější pro výzkumné účely (Kalvach, 2008).

Z hlediska kvantity jsou nejjednodušší metody vyjádření vnímané souhrnné míry zdraví nebo kvality života graficky na vizuální analogové škále. Většinou je to 10 cm dlouhá přímka, která je ve sklonu 45°. Další výhodnou metodou je zaškrtnutí jedné z nabízených odpovědí na otázku v dotazníku. Lepší diskriminační hodnotu má nabídka sudého počtu možností. Tento způsob se využívá proto, aby nedocházelo k masivnímu výběru středově průměrné nabídky s malou výpovědní hodnotou. Často se využívá hodnocení, kdy se mezi sebou srovnávají vrstevníci (Kalvach, 2008).

Brody (1989, s. 109) řekl: „Rozsáhlejší dotazníková šetření mívají sice často nízkou návratnost (< 50%), ale dlouhodobě se nepochybuje o jejich přínosnosti k chápání a kvantifikování zdraví starých lidí a jejich zdravotních problémů.“

Bez ohledu na věk se u nemocných, kteří trpí nejtěžším zdravotním postižením popisuje tzv. fenomén prahu. To znamená, že pokud klesne míra zdraví, tedy kvalita života pod určitou mez, pak ani klinicky nesporná zlepšení sledovaných parametrů nemocný nevnímá jako změnu svého stavu (Baker, 1997).

Ze starých dotazníků byl nejpoužívanější nejspíše Sickness impact profile (Gilson, 1975) nebo např. Duality of well-being scale. Nebo také Nottingham health profile (Kalvach, 2008).

Co se týká novějších dotazníků, uplatňují se především:

- **Dotazník SF-36.** Obsahuje 36 položek, či jeho zkrácená verze SF-12. Byl vyvinut v USA a používán v řadě zemí (Keller, 1998; Wagner, 1998).
- **Dotazník EQ-5D (Euroqol. O 5 dimenzích).** Vyvinut v Evropě a hodnotí ve třech úrovních pět okruhů (sebeobsluhu, pohyblivost, běžné aktivity, úzkost/deprese, bolest/dyskomfort). Obsahuje i grafické znázornění souhrnné situace na vizuální analogové škále (Kind, 1998; Burström 2007).
- **Komplexní hodnocení FACIT**
- **Dotazník DEMQOL.** Ověřován byl u nemocných se syndromem demence (28 položek) i jejich pečovateli (31 položek) (Smith, 2005).

Dotazníky EQ-5D a SF-36 (12) poskytují vzájemně kompatibilní výsledky (Johnson, Clona, 1998). Nemocnými jsou akceptovatelné a jsou použitelné i v běžné praxi (Nilsson, 2007).

V 90. letech 20. stol. potvrdil britský celonárodní průzkum předpokládané výsledky. Bylo zjištěno, že potíže stále narůstají s věkem. Pouze deprese kulminovaly ve věkové skupině 65 – 69 let. Kvalita a míra zdraví se udržovala do 50 let, ale pak začala setrvale klesat. U jedinců, kteří žili mimo partnerský vztah byly vykazovány ve všech dimenzích významně horší výsledky (Kind, 1998). Recentní švédská opakovaná studie prokazovala, že ve velkoměstech má populace více zdravotních problémů (Burström, 2007). Zdravotní obtíže se objevovaly více u žen než u mužů a v průběhu několika let se u obou pohlaví, včetně seniorských skupin zhoršovalo zdraví v dimenzi deprese (Burström, 2007).

## 2.10 ETICKÉ ASPEKTY ÚSTAVNÍ PÉČE O SENIORY

### 2.10.1 Kritéria kvalitní ústavní péče

Starý a nemocný člověk, který je osamělý a není mu poskytována péče od rodiny, zvažuje ústavní péči. Obvykle však neví dle jakých kritérií si má domov pro seniory vybírat. Stejný problém se objevuje i mezi členy rodiny, kteří o ústavní péči pro svého seniora uvažují. Ideální situace by byla, kdyby si mohl každý senior nebo jeho rodina vybrat z široké nabídky zařízení různého zaměření (Venglářová, Hronová, 2007) .

Holmerová I. (2007), zakladatelka ČALS (Česká alzheimerovská společnost), uvedla některá kritéria, která je třeba brát v úvahu při rozhodování o ústavním zařízení:

- Je zařízení otevřené pro návštěvy bez omezení?
- Cítíte se při prohlídce zařízení příjemně a jste vstřícně přijímáni?
- Usmívají se pracovníci a dorozumívají se pohledem s klienty?
- Vypadá zařízení dobře, uklizeně, není tu něco nepříjemného cítit?
- Snažit se zařízení navštívit také v době podávání jídla, abyste viděli, že ti, kteří potřebují pomoc při jídle, ji také dostanou a jak se o ně personál stará.
- Podívejte se, jak funguje komunikace mezi jednotlivými pečujícími profesemi.
- Je možné umístit klienta pouze na zkoušku?
- Zeptejte se a nechte si ukázat jednotlivé aktivity, které jsou určeny klientům (kuchyňka, místnost pro ruční práce, dostatečné vybavení pro jednotlivé činnosti).
- Snaží se pečující podporovat co nejvíce samostatnost klientů?
- Jak se respektuje důstojnost klientů? Jsou hezky upraveni, jak je personál oslovuje?
- Snažte se komunikovat co s největším počtem zaměstnanců, na postoji k vám se nejlépe ukáže postoj ke klientům.
- Jak spokojeně klienti vypadají? Jsou spokojeni skutečně jako doma?
- Budete moci pohodlně a často seniora navštěvovat?

### 2.10.2 Evropská charta pacientů seniorů

Když starší člověk onemocní, je důležité respektovat zásady, které vycházejí ze zvláštnosti vyššího věku. Evropská charta pacientů seniorů navazuje na Evropskou sociální chartu a další významné zdravotnické dokumenty. Evropská charta pacientů seniorů uvádí, jak má probíhat komplexní péče o nemocné seniory (Venglářová, 2007).

S příchodem stáří se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může nastat situace, kdy člověk nebude schopen vést plnohodnotný život. Zde je důležitá kvalitní, dostupná zdravotní a sociální péče.

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je známo, že některé funkce, například sluch nebo zrak, se mohou ve vyšším věku zhoršovat. Dále starým lidem obvykle trvá déle zotavit se po onemocnění či operacích. Nemůžeme, ale vyšší věk brát za příčinu nebo vysvětlení tělesné či duševní nemoci.

Potřeba služeb u seniorů je individuální. Někteří nepotřebují žádné služby, jiní jsou zase závislí na poskytování trvalé komplexní péče (Venglářová, 2007).

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat zdraví a pohodu seniora, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat,
- léčit pacienta v případě onemocnění,
- pomáhat seniorům vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství,
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými,
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci důvodů věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije (Venglářová, 2007).

## **3 EMPIRICKÁ ČÁST**

### **3.1 CÍLE PRÁCE A DÍLČÍ ÚKOLY**

#### **Cíl práce**

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak jsou senioři žijící v domově důchodců schopni se o sebe sami postarat, jaká je tedy jejich soběstačnost a jaký dopad má na kvalitu jejich života.

#### **Dílčí úkoly**

- 1) Zjistit míru soběstačnosti při konzumaci stravy a užívání léků. (položka č. 3, 13)
- 2) Určit míru soběstačnosti při osobní hygieně. (položka č. 5, 6, 7, 8)
- 3) Zhodnotit míru pohyblivosti. (položka č. 4, 9, 10, 11, 12)
- 4) Zjistit spokojenost seniorů s kvalitou jejich zdraví. (položka č. 15, 17, 18, 19)
- 5) Zhodnotit spokojenost seniorů s kvalitou poskytované péče. (položka č. 14, 16)

### **3.2 METODIKA SBĚRU DAT**

Informace od respondentů byly získány z dotazníku (uveden v příloze č. 1). Jeho výhodou je, že shromáždí mnoho informací od nemalého počtu respondentů v krátkém čase. Hlavními složkami jsou údaje prostřednictvím jimiž docházíme k výsledkům zprávy, ze které je vyvozen závěr (Strauss, Corbinová, 1999). Byl sestavován od dubna do května 2009. Dotazník se skládá z 19 otázek. Všechny 19 položek je uzavřených. Protože otázky jsou jednoduché a odpovědi na ně jsou snadné a jasně dané. První dvě položky se týkaly pohlaví a věkových kategorií. Další dvě otázky se zabývaly konzumací stravy a užíváním léků. Čtyři položky se týkaly osobní hygieny. Následujících pět otázek zjišťovalo jaká je pohyblivost seniorů. Další čtyři položky se týkaly kvality zdraví. A zbývající dvě otázky zase kvality poskytované péče.

Jedná se o standardizovaný dotazník – Barthelův test základních všedních činností. Byl převzat z knihy České ošetřovatelství 6 - Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, Ediční řada – Praktické příručky pro sestry. Doplněný o otázky týkající se kvality života z dotazníku WHO (WHOQOL-BREF), ([www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)). A z testu instrumentálních všedních činností. V domově důchodců, kde byl výzkum prováděn, se tento dotazník nepoužívá.

Respondenty se stali senioři žijící v domově důchodců na Nerudově ulici č. 70 v Prostějově. Po jednání s tamější zdravotní vrchní sestrou (Eva Uherková) jsem dotazníky se seniory vyplňovala sama osobně na jejich pokojích. Při počátečním setkání se seniory, došlo pokaždé k představení mé osoby a následnému vysvětlení návštěvy. V úvodu byli respondenti seznámeni s dotazníkem (uveden v příloze č. 1), s jeho účelem a dalším zpracováním. Vždy byli upozorněni na anonymitu dotazníku a také na možnost neodpovědět. A to v případě, že se klient z jakékoli příčiny nebude chtít s touto problematikou svěřovat či z jiného důvodu. Tento případ však nenastal. Kapacita ve zmíněném domově důchodců je 250 seniorů. V době, kdy jsem vyplňovala dotazníky s důchodci, byl domov obsazen 231 seniory.

Výběr seniorů byl zaměřen na relativně zdravější jedince. Kde byli zahrnuti muži, ženy rozdílného věku a s odlišnou mírou soběstačnosti. Senioři byli seznámeni s dotazníkem a souhlasili s vyplňováním otázek a následném zpracování jejich odpovědí.

Dotazník byl zpracován celkem s 60 seniory. Z toho 24 mužů a 36 žen. Podstatná část seniorů, žijících v domově důchodců, odmítla spolupracovat. Mnoho klientů nebylo k zastižení, z důvodů jejich absence na pokojích. Zbývající senioři byli dementní nebo natolik zdravotně a společensky znevýhodnění, že bylo zdravotní vrchní sestrou doporučeno tyto respondenty do výzkumu nezahrnovat.

### **3.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ**

- vybráno bylo 60 respondentů
- ženy starší 65 let
- muži starší 65 let

- žijící v domově důchodců v Prostějově
- vybráni byli senioři různého sociálního postavení a intelektové úrovně
- žen bylo 38, mužů 24
- výzkumu se zúčastnili relativně zdravější jedinci, na základě doporučení zdravotní vrchní sestry byli vyloučeni dementní senioři a zdravotně a sociálně znevýhodnění

### **3.4 CHARAKTERISTIKA ORGANIZACE VÝZKUMU**

Domov důchodců, ve kterém výzkum probíhal, byl otevřen již v roce 1985, na jaře toho roku. Od té doby prošel mnoha změnami. Od 1. 1. 2004 tento domov spadá pod Olomouckým kraj a získal název „Domov důchodců Prostějov, p.o., Nerudova 1666/70; 796 01 Prostějov“ ([www.domovpv.cz](http://www.domovpv.cz)).

Organizace je určena osobám starším 60 let, po přiznání starobního důchodu, kteří jsou příjemci příspěvku na péči na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Ubytování je možné v jednolůžkových či dvoulůžkových pokojích, kde nechybí sociální zařízení a kuchyňská linka. Klienti jsou ubytováni na jednotlivá oddělení podle zdravotního a psychického stavu.

Organizace také zajišťuje rekreace, kulturní vystoupení, výlety a další společenská vyžití.

O klienty se v domově starají terapeuti a zdravotníci. Dále pak ošetřovatelský, sociální a provozní personál. A to v nepřetržitém provozu. Nechybí tu ani všeobecný lékař a zubař. Jež ordinují v pravidelných hodinách ([www.domovpv.cz](http://www.domovpv.cz)).

Předmětem činnosti domova je poskytnutí sociálních služeb a ubytování seniorům i zdravotně postiženým lidem. Kteří nutně vyžadují pravidelnou pomoc při plnění základních každodenních potřeb. Za účelem podporovat a rozvíjet jejich soběstačnost i jejich osobnost. Klade se však důraz na individualitu postižení a znevýhodnění klientů a také na jejich odlišné potřeby. Zaměstnanci domova se snaží vytvořit vhodné podmínky pro zajištění důstojného života pro seniory ([www.domovpv.cz](http://www.domovpv.cz)).

Domov důchodců však neposkytne svoje služby osobám, které jsou nakaženy akutní infekční nemocí. Těm co trpí závažnou duševní poruchou či jejich zdravotní stav nutně vyžaduje ústavní péči ve zdravotnickém zařízení ([www.domovpv.cz](http://www.domovpv.cz)).

## **3.5 ZPRACOVÁNÍ DAT**

### **3.5.1 Výsledky**

Výzkumu se zúčastnilo celkem 60 seniorů (tj. 100%). Z toho 24 mužů a 38 žen.

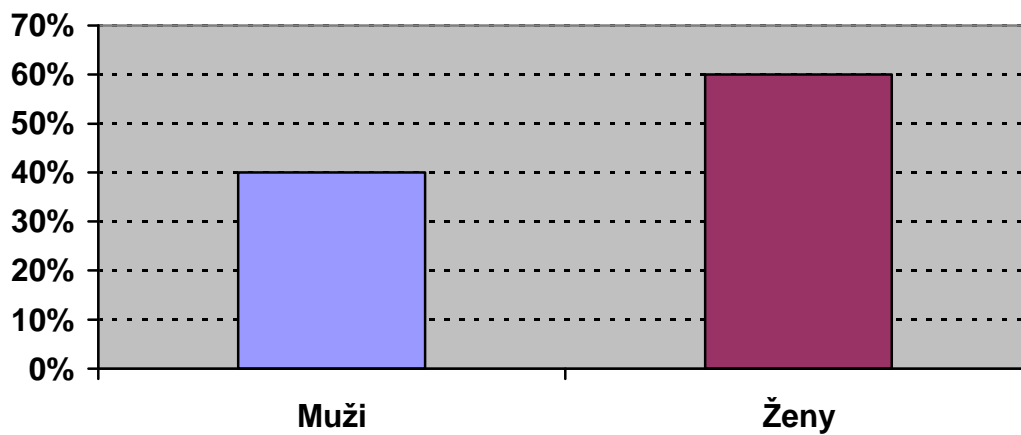
Cílové osoby jsem rozdělila do čtyř věkových kategorií: od 65-75 let, 76-85 let, 86-95 let a 96 a víc let a dle pohlaví (data - viz tab 1., tab. 2.).

Získané informace a dosažené výsledky z dotazníku (uveden v příloze č. 1) jsou zaznamenané do tabulek a grafů. V tabulkách jsou uvedeny absolutní a relativní četnosti, v grafech pak jen relativní četnosti.

**Tab. 1. Pohlaví**

Pohlaví	n	%
Muži	24	40
Ženy	36	60
celkem	60	100

**Graf 1. Pohlaví**

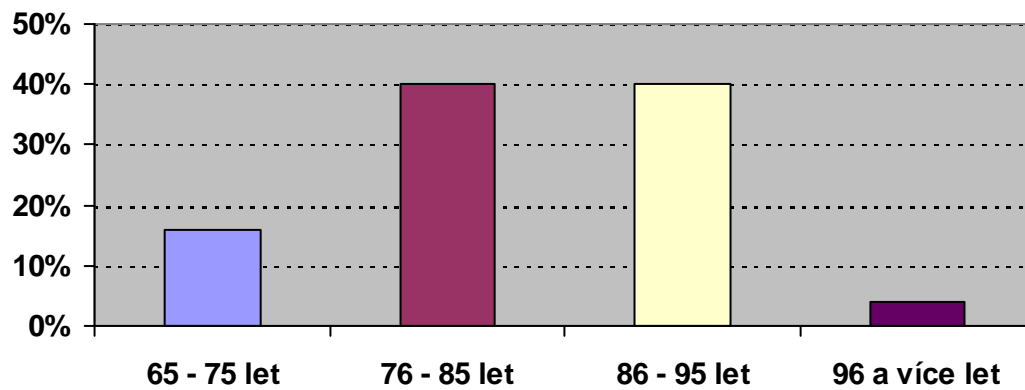


Z tab. 1 a grafu 1 je zřejmé, že mezi vybranými respondenty převažovalo ženské pohlaví nad mužským. Žen bylo 36 (tj. 60%), mužů bylo 24 (tj. 40%).

**Tab. 2. Věk**

Věk	n	%
65 – 75 let	10	16
76 – 85 let	24	40
86 – 95 let	24	40
96 a více let	2	4
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 2. Věk**



Z tabulky 2 a grafu 2 je patrné, že největší zastoupení mají dvě věkové kategorie: 76-85 let a 86-95 let. Naopak ve věku 96 a více let bylo ve vzorku vybraných respondentů nejméně seniorů.

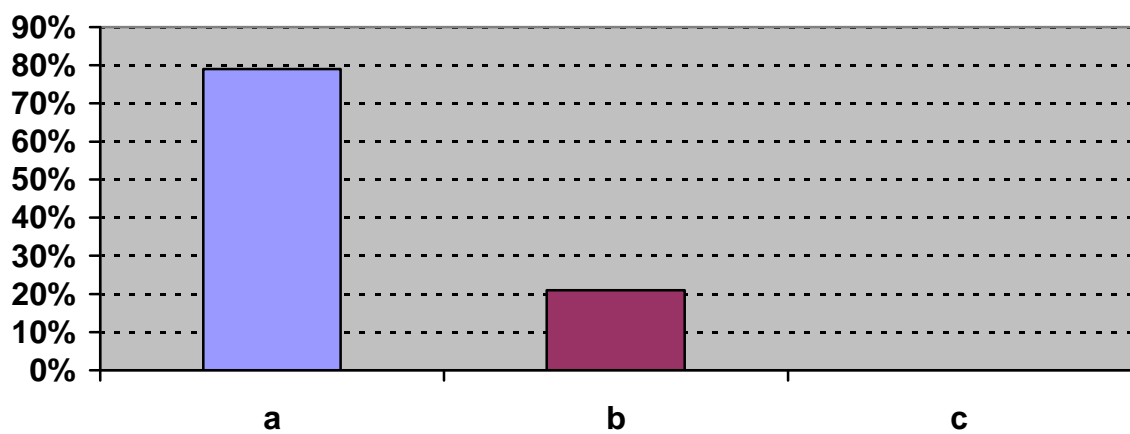
### Otázka č. 3 - Najezení, napití

- a) samostatně bez pomoci
- b) s pomocí
- c) neprovede

**Tab. 3. Najezení, napití**

	n	%
a	48	79
b	12	21
c	0	0
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 3. Najezení, napití**



Z tabulky 3 a grafu 3 je patrné, že 48 seniorů (79%) se dokáže najíst a napít samostatně bez pomoci. 12 seniorů (21%) potřebuje pomoc.

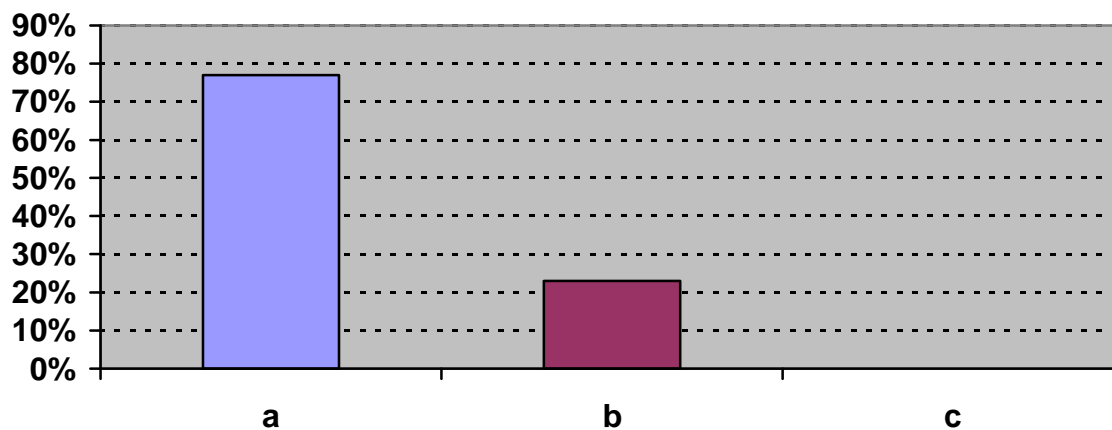
#### Otázka č. 4 - Oblékání

- a) samostatně bez pomoci
- b) s pomocí
- c) neprovede

**Tab. 4. Oblékání**

	n	%
a	47	77
b	13	23
c	0	0
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 4. Oblékání**



Z tabulky 4 a grafu 4 vidíme, že 47 seniorů (77%) se dokáže samostatně obléci. 13 seniorů (23%) potřebuje při oblékání pomoc.

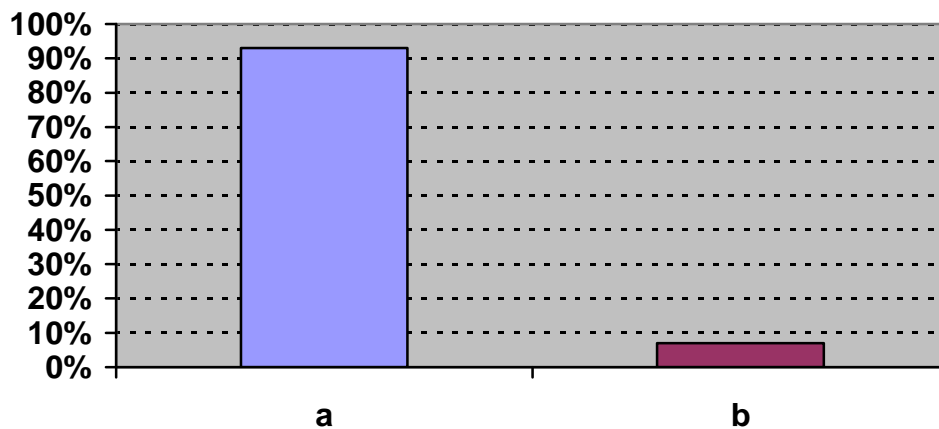
### Otázka č. 5 – Koupání

- a) samostatně nebo s pomocí
- b) neprovede

**Tab. 5. Koupání**

	n	%
a	56	93
b	4	7
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 5. Koupání**



Z tabulky 5 a grafu 5 je patrné, že 56 seniorů (93%) se koupe samostatně nebo s pomocí. 4 seniři (7%) koupel neprovedou.

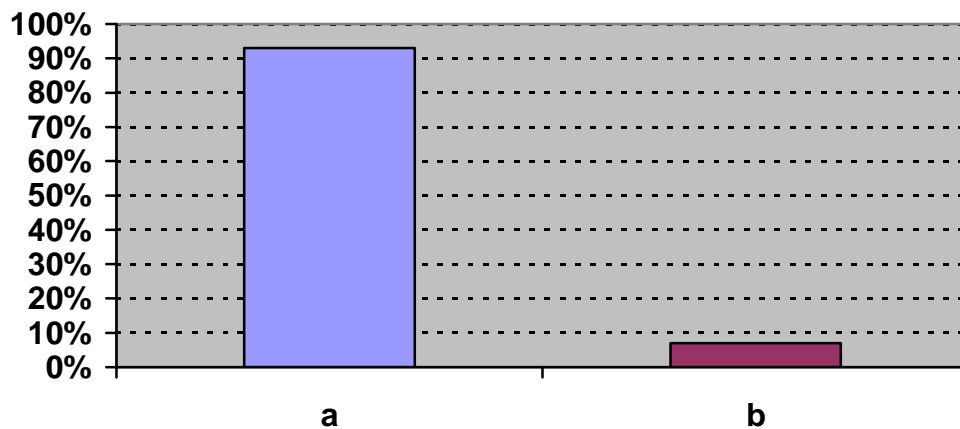
### Otázka č. 6 - Osobní hygiena

- a) samostatně nebo s pomocí
- b) neprovede

**Tab. 6. Osobní hygiena**

	n	%
a	56	93
b	4	7
<b>celkem</b>	60	100

**Graf 6. Osobní hygiena**



Z tabulky 6 a grafu 6 vidíme, že 56 seniorů (93%) provede osobní hygiena samostatně nebo s pomocí. 4 senioři (7%) ji neprovedou.

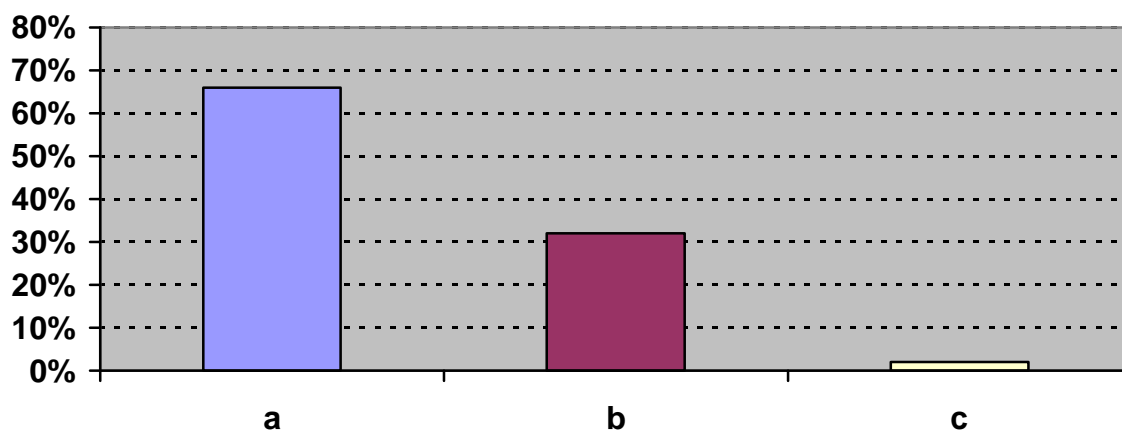
### Otázka č. 7 - Kontinence moči

- a) plně kontinentní
- b) občas inkontinentní
- c) trvale inkontinentní

**Tab. 7. Kontinence moči**

	n	%
a	40	66
b	19	32
c	1	2
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 7. Kontinence moči**



Z tabulky 7 a grafu 7 je patrné, že 40 seniorů (66%) je plně kontinentních. 19 seniorů (32%) je občas inkontinentních. A 1 senior (2%) je trvale inkontinentní.

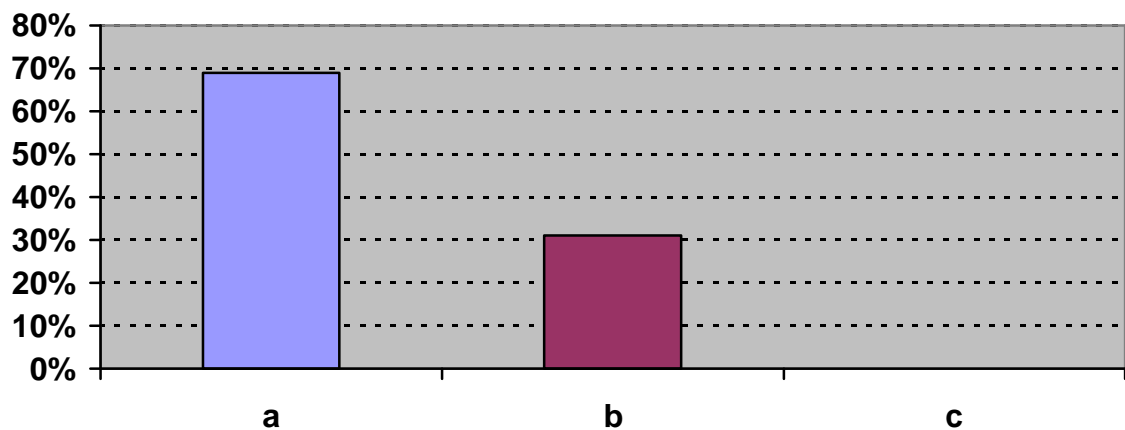
### Otázka č. 8 – Kontinence stolice

- a) plně kontinentní
- b) občas inkontinentní
- c) trvale inkontinentní

**Tab. 8. Kontinence stolice**

	n	%
a	42	69
b	18	31
c	0	0
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 8. Kontinence stolice**



Z tabulky 8 a grafu 8 vidíme, že 42 seniorů (69%) je plně kontinentních. 18 seniorů (31%) je občas inkontinentních.

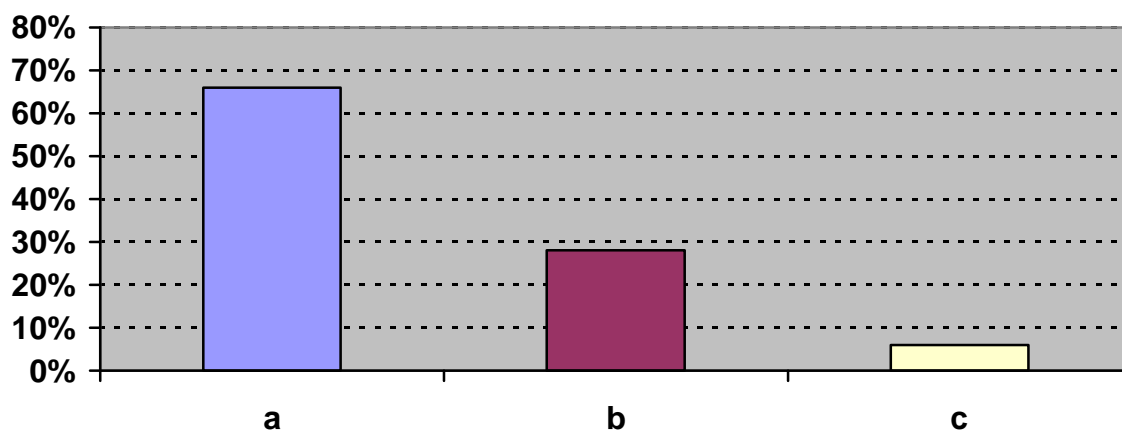
### Otázka č. 9 – Použití WC

- a) samostatně bez pomoci
- b) s pomocí
- c) neprovede

**Tab. 9. Použití WC**

	n	%
a	40	66
b	17	28
c	3	6
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 9. Použití WC**



Z tabulky 9 a grafu 9 je patrné, že 40 seniorů (66%) dokáže WC použít samostatně bez pomoci. 17 seniorů (28%) potřebuje pomoc. A 3 seniori (6%) nedokáží použít WC.

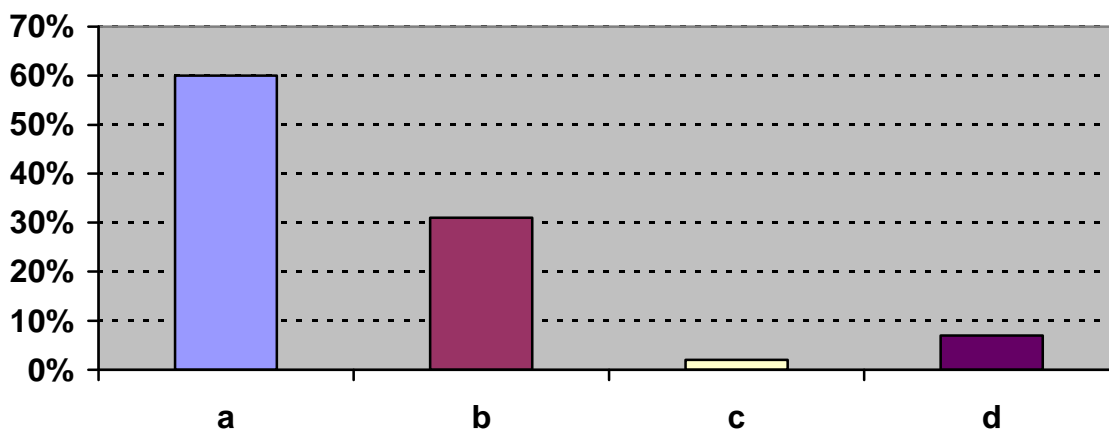
### Otázka č. 10 – Přesun lůžko – židle

- a) samostatně bez pomoci
- b) s malou pomocí
- c) vydrží sedět
- d) neprovede

Tab. 10. Přesun lůžko - židle

	n	%
a	37	60
b	18	31
c	1	2
d	4	7
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Graf 10. Přesun lůžko - židle



Z tabulky 10 a grafu 10 vidíme, že 37 seniorů (60%) se dokáže přesunout z lůžka na židli samostatně bez pomoci. U zbylých respondentů se objevují komplikace.

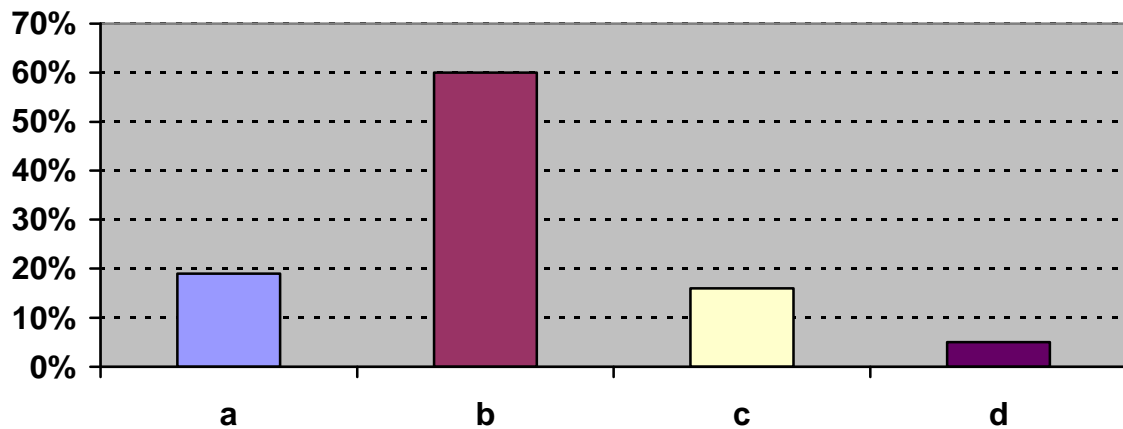
### Otázka č. 11 – Chůze po rovině

- a) samostatně nad 50 m
- b) s pomocí 50 m
- c) na vozíku 50 m
- d) neprovede

**Tab. 11. Chůze po rovině**

	n	%
a	12	19
b	36	60
c	9	16
d	3	5
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 11. Chůze po rovině**



Z tabulky 11 a grafu 11 je patrné, že 12 seniorů (19%) dokáže chodit po rovině nad 50 m samostatně bez pomoci. Zbývající respondenti potřebují při chůzi pomoc nebo ji vůbec neprovedou.

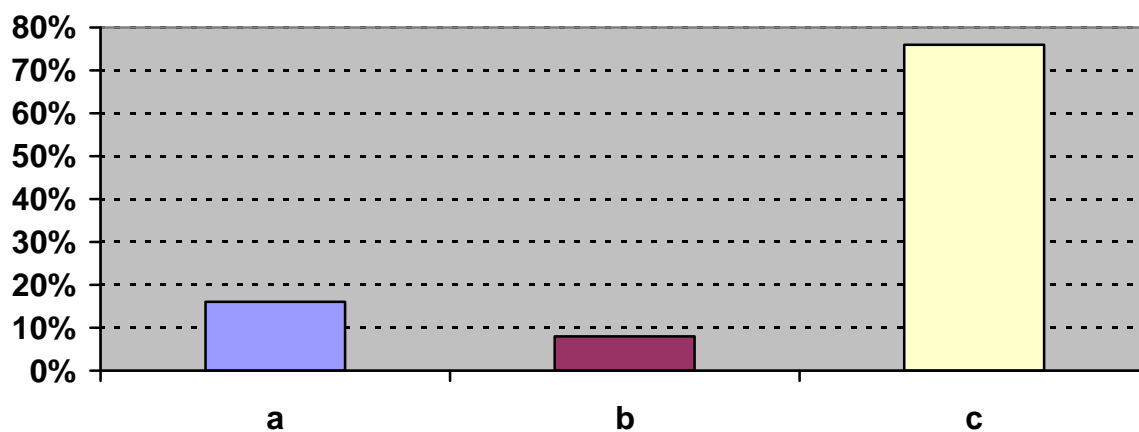
### Otázka č. 12 – Chůze po schodech

- a) samostatně bez pomoci
- b) s pomocí
- c) neprovede

**Tab. 12. Chůze po schodech**

	n	%
a	10	16
b	5	8
c	45	76
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 12. Chůze po schodech**



Z tabulky 12 a grafu 12 vidíme, že 10 seniorů (16%) dokáže chodit po schodech samostatně bez pomoci. 45 seniorů (76%) neprovede chůzi po schodech. Zbylí respondenti potřebují pomoc.

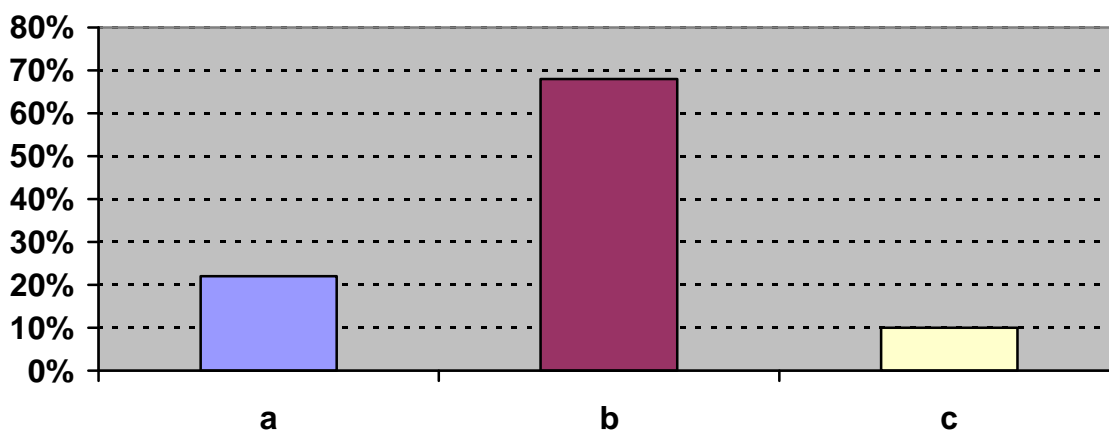
### Otázka č. 13 – Užívání léků

- a) samostatně v určenou dobu správnou dávkou zná názvy léků
- b) užívá, jsou-li připraveny a připomenuty
- c) léky musí být podány druhou osobou

**Tab. 13. Užívání léků**

	n	%
a	13	22
b	42	68
c	5	10
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 13. Užívání léků**



Z tabulky 13 a grafu 13 je patrné, že 13 seniorů (22%) dokáže užívat léky samostatně. 42 seniorů (68%) dokáže užít léky samostatně, jsou-li připraveny a připomenuty. U zbylých respondentů musí být léky podány druhou osobou.

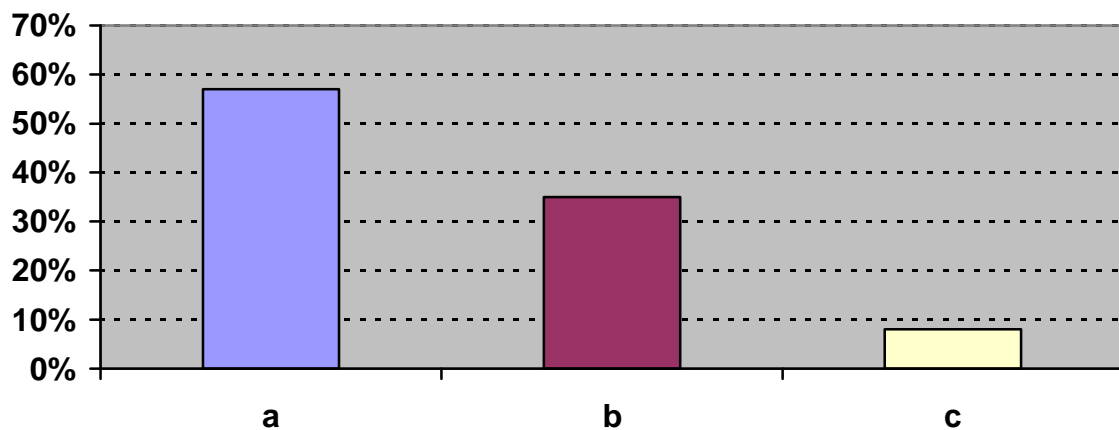
### Otázka č. 14 - Spolupráce s rodinou

- a) pravidelná
- b) nepravidelná
- c) žádná

**Tab. 14. Spolupráce s rodinou**

	n	%
a	35	57
b	21	35
c	4	8
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 14. Spolupráce s rodinou**



Z tabulky 14 a grafu 14 vidíme, že 35 seniorů (57%) se s rodinou stýká pravidelně. U 21 seniorů (35%) je spolupráce s rodinou nepravidelná. Zbýlí respondenti se s rodinou nestýkají.

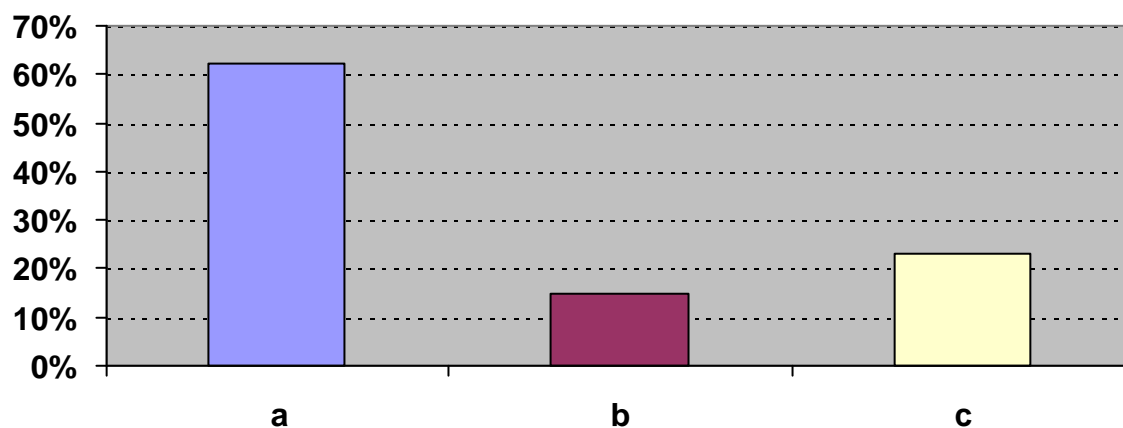
### Otázka č. 15 – Schopnost dorozumívání

- a) mluví zřetelně
- b) mluví s obtížemi
- c) špatně slyší

**Tab. 15. Schopnost dorozumívání**

	n	%
a	37	62
b	9	15
c	14	23
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 15. Schopnost dorozumívání**



Z tabulky 15 a grafu 15 je patrné, že 37 seniorů (62%) mluví zřetelně. 9 seniorů (15%) mluví s obtížemi. A zbylí respondenti špatně slyší.

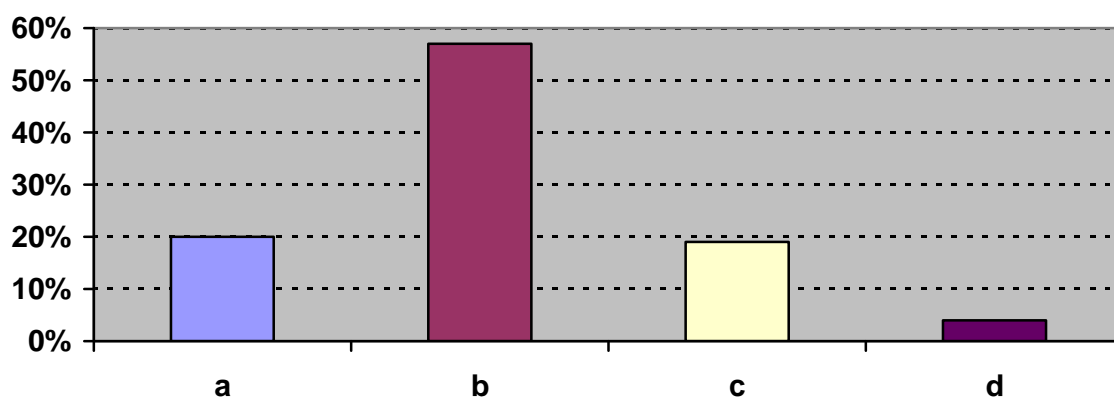
**Otázka č. 16 – Jak jste spokojen/a s péčí, kterou Vám poskytují v domově?**

- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) nespokojen/a
- d) velmi nespokojen/a

**Tab. 16. Spokojenost s poskytnutou péčí v domově.**

	n	%
a	12	20
b	35	57
c	11	19
d	2	4
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 16. Spokojenost s poskytnutou péčí v domově.**



Z tabulky 16 a grafu 16 vidíme, že 12 seniorů (20%) je s péčí v domově velmi spokojeno. 35 seniorů (57%) je s péčí také spokojeno. A zbylí respondenti jsou nespokojeni.

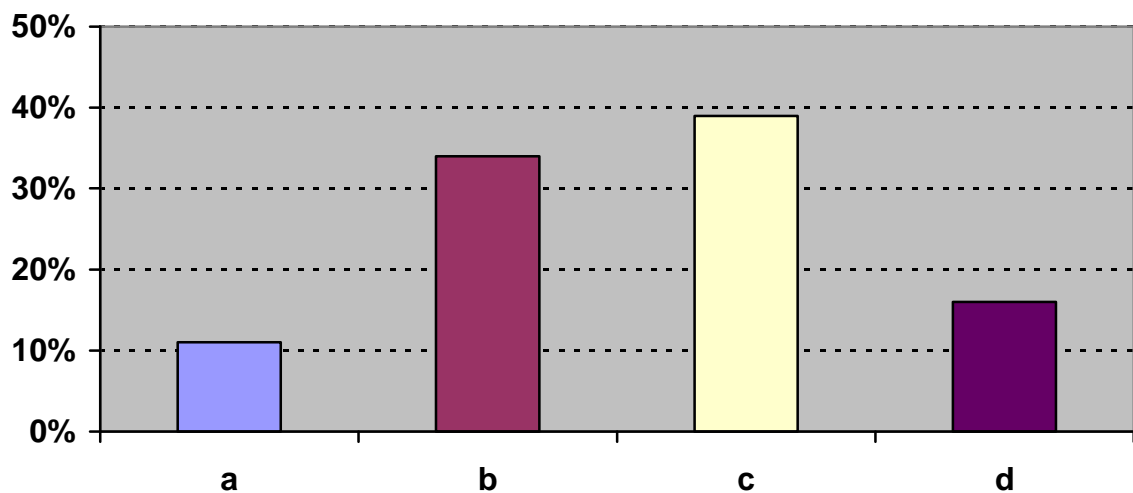
### Otázka č. 17 – Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) nespokojen/a
- d) velmi nespokojen/a

Tab. 17. Spokojenost se zdravím.

	n	%
a	6	11
b	20	34
c	24	39
d	10	16
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Graf 17. Spokojenost se zdravím.



Z tabulky 17 a grafu 17 vidíme, že 6 seniorů (11%) je velmi spokojeno se svým zdravím. 20 seniorů (34%) je se zdravím také spokojeno. Ostatní respondenti jsou nespokojeni.

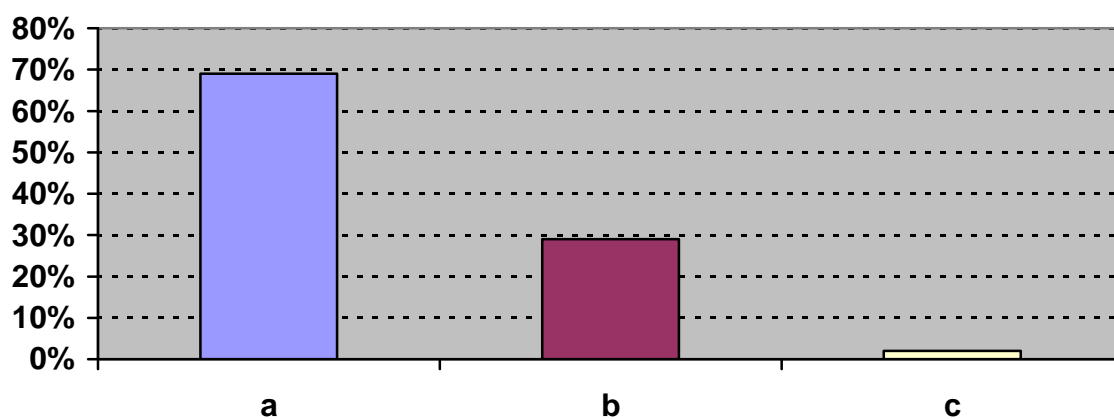
**Otázka č. 18 – Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a vykonávat běžné aktivity denního života?**

- a) vůbec ne
- b) středně
- c) maximálně

**Tab. 18. Míra potřeby lékařské pomoci.**

	n	%
a	41	69
b	18	29
c	1	2
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 18. Míra potřeby lékařské pomoci.**



Z tabulky 18 a grafu 18 je patrné, že 41 seniorů (69%) vůbec nepotřebuje lékařskou pomoc, aby mohli vykonávat běžné aktivity denního života. Ostatní respondenti jsou částečně závislí.

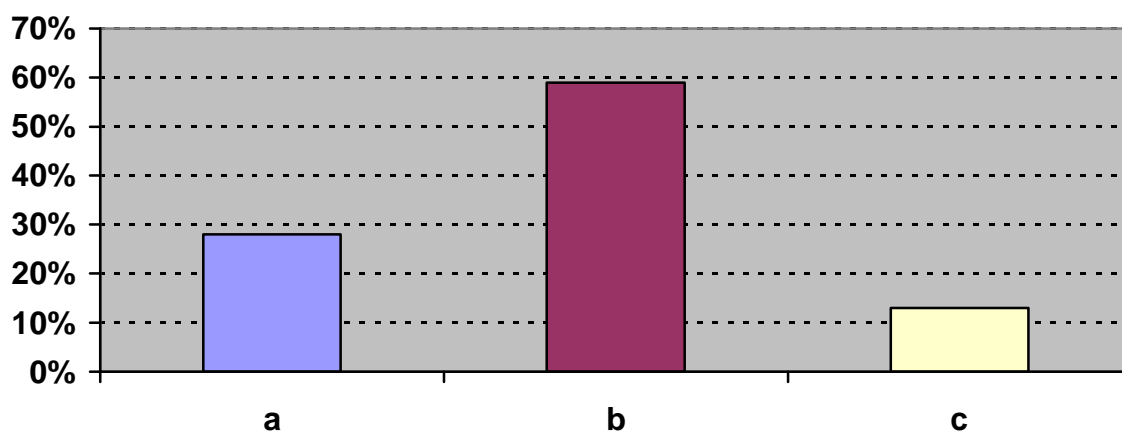
**Otázka č. 19 – Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?**

- a) vůbec ne
- b) středně
- c) maximálně

**Tab. 19. Míra bolesti.**

	n	%
a	17	28
b	36	59
c	7	13
<b>celkem</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Graf 19. Míra bolesti.**



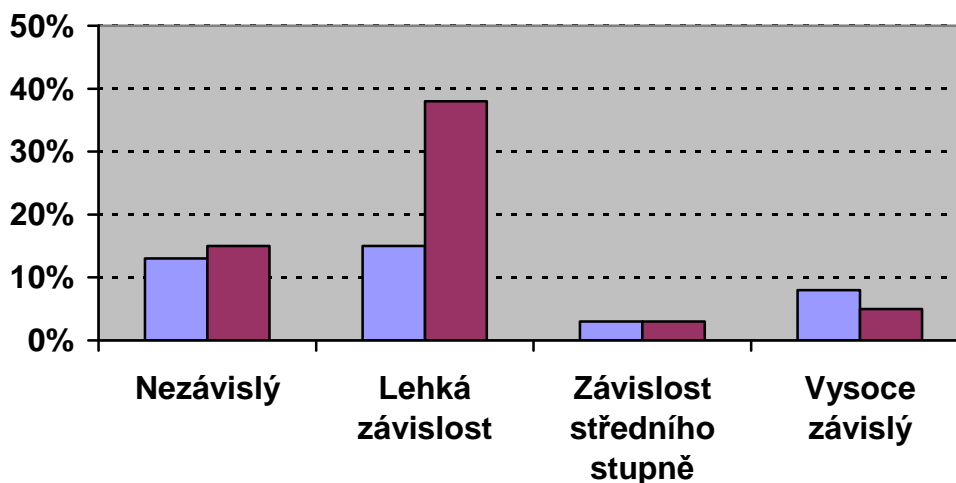
Z tabulky 19 a grafu 19 vidíme, že 17 seniorům (28%) bolest vůbec nebrání v tom, co potřebují dělat. 36 seniorům (59%) brání středně. 7 seniorů (13%) uvedlo, že bolest jim brání maximálně v tom, co potřebují dělat.

## Celkové zhodnocení soběstačnosti seniorů dle pohlaví

Tab. 20. Celkové hodnocení soběstačnosti seniorů dle pohlaví

Stupeň nezávislosti		n	%
Muži	Nezávislý	8	13
	Lehká závislost	9	15
	Závislost středního stupně	2	3
	Vysoce závislý	5	8
Ženy	Nezávislý	9	15
	Lehká závislost	22	38
	Závislost středního stupně	2	3
	Vysoce závislý	3	5
celkem		60	100

Graf 20. Celkové hodnocení soběstačnosti seniorů dle pohlaví



Z tabulky 20 a grafu 20 vidíme, že 8 mužů (13%) je nezávislých. 5 mužů (8%) je vysoce závislých.

U žen je 9 (15%) nezávislých. A 3 ženy (5%) jsou vysoce závislé.

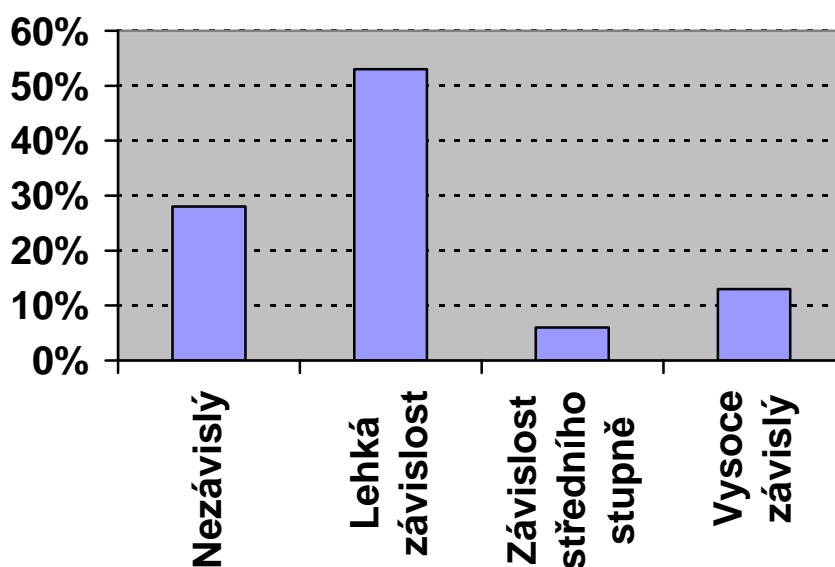
Zbylí respondenti mužského i ženského pohlaví trpí lehkou či střední závislostí.

## Celkové zhodnocení soběstačnosti seniorů

Tab. 21. Celkové zhodnocení soběstačnosti seniorů

Stupeň nezávislosti		n	%
Seniori	Nezávislý	17	28
	Lehká závislost	31	53
	Závislost středního stupně	4	6
	Vysoce závislý	8	13
celkem		60	100

Graf 21. Celkové zhodnocení soběstačnosti seniorů



Z tabulky 21 a grafu 21 je patrné, že 17 seniorů (28%) je nezávislých. 8 seniorů (13%) je vysoce závislých.

Zbývající respondenti trpí lehkou nebo střední závislostí.

### 3.6 SOUHRN VÝSLEDKŮ A DISKUSE

Výsledky dotazníkového šetření byly hodnoceny prostřednictvím získaných poznatků z jednotlivých položek z dotazníku (uveden v příloze č. 1), který jsem použila v domově důchodců v Prostějově.

Na základě zjištěných dat z dotazníků je zřejmé, že 31 seniorů (tj. 53%) je lehce závislých na pomoci druhých lidí.

Nezávislých je 17 seniorů (tj. 28%).

Závislostí středního stupně potom trpí 4 senioři (tj. 6%).

A vysoce závislími na okolí se stalo 8 seniorů (tj. 13%).

Je patrné, že dotazovaní respondenti dokáží být stále ve větší míře soběstační a dovedou si zajistit základní lidské potřeby. Navzdory vysokému věku a přes různá zdravotní omezení.

Někteří z dotazovaných seniorů dokáží být plně samostatní, jiní k důstojnému životu potřebují malou pomoc od okolí. A jsou i tací respondenti, kteří jsou absolutně závislí na pomoci odborného zdravotnického personálu v domově.

Senioři, kteří žijí v domovech důchodců, ať již jsou závislí či ne, mají možnost využít rad, pomoci a péče odborného zdravotnického personálu, který se v domovech neustále nachází. Takoví odborníci ihned vědí, jak a čím danému seniorovi v určité situaci pomoci.

Ale lidé (např. rodina, přátelé atd.), kteří se starají o nemocného, málo soběstačného tatínka, dědečka, babičku a jiné seniory si mnohdy nemusí vědět rady.

Z tohoto důvodu jsem vypracovala vlastní letáček (uveden v příloze č. 3), kde jsem se snažila rodině, přátelům a blízkým osobám, které se starají o nemocného, starého člověka poradit jak podpořit jeho soběstačnost. Nejedná se o žádné nové nápady, které by nebyly všeobecně známé. Pečující si však nemusí ani uvědomit jaké samozřejmé, „banální“ rady a pomůcky mohou seniorovi pomoci a významně mu ulehčit život.

Pokud bych měla vyhodnotit jednotlivé položky z dotazníku, které jsou podrobně rozebrané v tabulkách a grafech v empirické části práce, mohu říci, že senioři nemají výraznější problémy s žádnou aktivitou, která je uvedena v dotazníku.

Malé obtíže se soběstačností se u dotazovaných respondentů mohou objevit v položkách, které se týkají hybnosti seniorů či užívání léků. Zde mnoho seniorů uvedlo, že potřebují malou pomoc. Hodnoty však nejsou alarmující.

V otázce zda respondentům bolest brání v tom, co potřebují dělat, většina (36 seniorů, tj. 59%) uvedla, že jim bolest brání středně. Tuto položku je však obtížné objektivně zhodnotit. Velmi tu záleží na osobním postoji člověka k životu a zdraví.

Vybraní respondenti z velké části (47 seniorů, tj. 77%) uvedli, že jsou s péčí v domově spokojeni. U otázky zda jsou spokojeni se svým zdravím 34 seniorů (tj. 55%) odpovídali, že nejsou. Tyto hodnoty však nejsou příliš závratné. Obvykle, dodali poznámky typu, že jsou vděční za zdraví, které mají. A vědí, že se lépe cítit nebudou. Jejich přístup byl spíše optimistický. Většina (41 seniorů, tj. 69%) uvedla, že lékařskou pomoc denně nepotřebují.

## 4 ZÁVĚR PRÁCE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou senioři žijící v domově důchodců schopni se o sebe sami postarat. Jaká je jejich soběstačnost. A jaký dopad má na kvalitu jejich života.

Domnívám se, že předem stanovené úkoly práce byly splněny na základě dostupných informací. Poznatky byly získány prostřednictvím výzkumu v domově pro seniory v Prostějově za použití dotazníku. Týkal se 60 respondentů. Mužů i žen v různých věkových kategoriích.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjišťování míry soběstačnosti při konzumaci stravy a užívání léků. Dalším úkolem bylo zhodnotit jaká je míra pohyblivosti seniorů, jak provádí osobní hygienu a jak jsou spokojeni s kvalitou svého zdraví a s kvalitou poskytované péče.

Výsledky bakalářské práce přinesly poznatky o tom, že za přispění malé pomoci jsou vybraní respondenti schopni zachovat si soběstačnost a postarat se o sebe samé i ve vysokém věku a přes různá zdravotní omezení.

Je z nich patrné, že ženské pohlaví je více soběstačné než mužské. Toto zjištění však není příliš objektivní z důvodu převažujícího počtu žen odpovídajících na dotazník.

Dalším omezením se může stát i dotazníková forma (uvedena v příloze č. 1). Může zkreslovat získané informace z důvodu stanovených hranic výběru odpovědí.

Značná část respondentů, mimo výzkumné šetření uvedla, že jsou v domově spokojeni a že tam byli převezeni na základě vlastní žádosti. Rodina jim tedy splnila jejich přání.

## 5 VÝSTUP Z BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Po vyhodnocení výsledků práce z výzkumného šetření, závěry poukázaly zejména na to, že vybraní respondenti, za přispění malé pomoci, jsou schopni zachovat si aspoň částečnou soběstačnost navzdory vysokému věku a zdravotnímu omezení.

Za tuto životně důležitou „výhodu“ však mohou být z nemalé části vděční zdravotnickému personálu, za jejich odbornou péči, za vhodnou úpravu prostředí a také za pomůcky, které seniorům významně ulehčují život.

Senioři, kteří se netěší dobrému zdraví, nežijí v domovech důchodců ani se sám nemocný senior či jeho rodina nechystají uchýlit k tomuto řešení, to mohou mít se zachováním kvalitní soběstačnosti těžší.

Rodina, přátelé či jiná blízká osoba, která pečuje o nemocného, nemohoucího a tedy závislého seniora, ať už jakéhokoli stupně, nemusí mít žádné zkušenosti a informace o tom jak se o něj starat, pomáhat mu a jakých speciálních pomůcek použít.

I přesto, že v dnešní době máme nemalé možnosti získat mnoho takových informací a to z více zdrojů, někteří pečující si s tímto nelehkým úkolem opravdu nemusí vědět rady.

Z tohoto důvodu jsem se rozhodla vytvořit vlastní informační letáček (uveden v příloze č. 3), který by poradil pečujícím jak se pokusit zvýšit nebo alespoň zachovat soběstačnost seniora. Jak mu upravit prostředí, ve kterém žije, aby pro něj nebylo problematické a nestalo se zbytečnou komplikací jeho už tak závažného a těžkého zdravotního stavu. Či jaké pomůcky užít pro seniorův snazší život.

Záměrem vytvořeného letáku bylo ulehčit péči osobám, které se starají o nemocného seniora. A zajistit nemohoucímu člověku důstojné stáří s pocitem, že tu nejsem jen na obtíž.

## 6 POUŽITÉ ODBORNÉ ZDROJE

1. BASTLOVÁ, H. *Péče o nemocné*. 1. vyd. Žilina: Příroda, 1993. 169 s. ISBN 80-07-00576-5.
2. BERAN, J. A KOL. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
3. DOMOV SUE RYDER. Seniorské dobrovolnictví jako vzájemně prospěšná služba. In *Senioři vítáni - sborník případových studií. Připravila Nadace Open Society Fund Praha za finanční podpory Nadace České spořitelny*. Praha: Otevřená společnost, o. p. s., 2008. s. 110 – 116. ISBN 978-80-87110-9.
4. KALVACH, Z. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
5. KALVACH, Z. ZADÁK, Z. JIRÁK, R. A KOL. *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
6. KLEVETOVÁ, D. DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
7. NOVOTNÁ, J. UHROVÁ, J. *Ošetřovatelství I – pro střední zdravotnické školy (obor zdravotnický asistent)*. Praha: Fortuna, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7168-987-4.
8. ROZSYPALOVÁ, M. STAŇKOVÁ, M. *Ošetřovatelství I/I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 1996. 234 s. ISBN 80-85427-93-1.
9. *SOCIOLOGICKÝ ČASOPIS: Monotematický blok Sociální koheze*. Č. 2 (duben 2008). Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2008. Vychází 6 čísel ročně. ISBN 0038-0288.

10. STRAUSS, S. CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Albert, 1999. 202 s. ISBN 80-85834-60-X.
11. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6 Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi* Ediční řada – *Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
12. STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
13. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří – Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
14. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
15. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
16. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory – Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
17. VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita – Mezinárodní politologický ústav, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
18. WEBDESIGN – AMV CS, *Domov důchodců Prostějov* [online], Domov důchodců Prostějov, c2008, Vystaveno 2008, [citováno 7. 3. 2010].  
<<http://www.domovpv.cz/domov.html>>

19. ADIKTOLOGIE, *Kvalita života – Dotazník WHO* [online], Adiktologie, c2003, Vystaveno 2003, [citováno 7. 3. 2010].

<<http://www.adiktologie.cz/download.php?fid=1288&acc=enb>>

## **7 PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh**

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Fotografie pořízené v domově důchodců, kde byl prováděn výzkum

Příloha 3 – Letáček vlastní tvorby

Příloha 4 – Schéma Maslowovy hierarchie potřeb

## **Příloha č. 1 – Dotazník – Barthelův test základních všedních činností**

### **1. Pohlaví:**

- a) Muž
- b) Žena

### **2. Věk:**

- a) 65 – 75 let
- b) 76 – 85 let
- c) 86 – 95 let
- d) 96 a víc let

### **3. Najedení, napití:**

- a) samostatně bez pomoci
- b) s pomocí
- c) neprovede

### **4. Oblékání:**

- a) samostatně bez pomoci
- b) s pomocí
- c) neprovede

### **5. Koupání:**

- a) samostatně nebo s pomocí
- b) neprovede

### **6. Osobní hygiena:**

- a) samostatně nebo s pomocí
- b) neprovede

**7. Kontinence moči:**

- a) plně kontinentní
- b) občas inkontinentní
- c) trvale inkontinentní

**8. Kontinence stolice:**

- a) plně kontinentní
- b) občas inkontinentní
- c) inkontinentní

**9. Použití WC:**

- a) samostatně bez pomoci
- b) s pomocí
- c) neprovede

**10. Přesun lůžko – židle:**

- a) samostatně bez pomoci
- b) s malou pomocí
- c) vydrží sedět
- d) neprovede

**11. Chůze po rovině:**

- a) samostatně nad 50 m
- b) s pomocí 50 m
- c) na vozíku 50 m
- d) neprovede

**12. Chůze po schodech:**

- a) samostatně bez pomoci
- b) s pomocí
- c) neprovede

**13. Užívání léků:**

- a) samostatně v určenou dobu správnou dávku  
zná názvy léků
- b) užívá, jsou-li připraveny a připomenuty
- c) léky musí být podány druhou osobou

**14. Spolupráce s rodinou je:**

- a) pravidelná
- b) nepravidelná
- c) žádná

**15. Schopnost dorozumívání:**

- a) mluví zřetelně
- b) mluví s obtížemi
- c) špatně slyší

**16. Jak jste spokojen/a s péčí, kterou**

**Vám poskytují v domově?**

- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) nespokojen/a
- d) velmi nespokojen/a

**17. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?**

- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) nespokojen/a
- d) velmi nespokojen/a

**18. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste  
mohl/a vykonávat běžné aktivity denního života?**

- a) vůbec ne
- b) středně
- c) maximálně

**19. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?**

- a) vůbec ne
- b) středně
- c) maximálně

**Příloha č. 2 – Fotografie pořízené v domově důchodců, kde byl prováděn výzkum**



## **Příloha č. 3 – Letáček**

### **PROBLEMATIKA SOBĚSTAČNOSTI SENIORŮ**

*Pečujete o nemocného seniora ?*

*Letáček vám poradí, jak podpořit jeho soběstačnost.*

Zdraví lidé si mohou vybrat prostředí, ve kterém budou žít. Mají možnost z něj odejít, když jim nevyhovuje, když se jim nelíbí či se v něm necítí dobře. Člověk, který je nemocný a je upoután na lůžko, takovou možnost nemá. Je závislý na pomoci druhých lidí, a ti by se měli zajímat o to, aby mu prostředí, ve kterém se léčí, neškodilo.

Jedním z důležitých úkolů je zajistit seniorům bezpečné a příjemné prostředí. Jejich pohyblivost je často omezená. Prostor je potřeba upravit tak, aby mělo na nemocného příznivý vliv. Atmosféra, která kolem klienta vládne je také důležitá.

Všichni ti, kteří s nemocným přicházejí do styku, se musí chovat tak, aby nevzbuzovali u seniora pocit, že je na obtíž. Je třeba se starat o duševní pohodu nemocného. Musí vědět, že pro něj máte čas a že jste ochotna plnit jeho potřeby.

*Jak můžete nemocnému pomoci?*

#### **Úprava pokoje nemocného**

Pokoj, ve kterém se nemocný léčí musí být čistý a klidný. Nebezpečné jsou choroboplodné zárodky i zvláště prach, dostávají se všude. Musí být dobře větratelný a bez zápachu. Nemocnému musí být příjemné teplo a je třeba, aby fungovala ventilace. Postel, by měla mít pevnou, ale pohodlnou matraci a měla by být jednomístná. Kolem ní musí být dostatek volného prostoru. V pokoji má být jen nezbytné zařízení. Vše potřebné by měl mít nemocný na dosah ruky, aby nevstával z postele. Výhodou je mít po ruce zvoneček a noční lampičku.

#### V pokoji nemocného by nemělo chybět:

- pevný nebo otočný stolek pro pacienta, umístěný v jeho blízkosti
- křeslo pro nemocného, pokud může vstát z postele
- dvě židle pro návštěvu (využijeme je i při stlání postele)
- pojízdný záchod (zda je to nutné)
- skříň
- volný prostor mezi postelí a dveřmi

#### *Jak povzbudit seniory, aby se zlepšila jejich pohyblivost?*

### **Povzbuzování seniorů při zlepšování pohyblivosti**

Mnoho nemocných, kteří prošli závažnou nemocí či operací a zotavují se, vyžadují pomoc při chůzi a pohybu. Takto závislí jsou především senioři. U nich se s přibývajícím věkem schopnost neomezeného pohybu a chůze stává stále více nedostupnou. Tato potřeba je, ale velmi individuální. Velmi záleží na stupni omezení nebo ochrnutí jedince.

Zde je velmi vhodné dobře zhodnotit do jaké míry senior potřebuje pomoci, tak aby to pro něj bylo prospěšné. A jeho závislost se více neprohlubovala.

### **Pomůcky pro zvýšení soběstačnosti**

#### *Jak zvýšit soběstačnost seniorů?*

#### **Pomůcky do postele**

*Podpěry na záda:* Používají se, když chce nemocný sedět. Může je nahradit i několik polštářů.

*Podpěry na nohy:* Používají se proti sklouznutí. Při dlouhodobém ležení udrží správný úhel v kotníkovém kloubu.

*Křeslo:* Slouží jako opěradlo pro horní končetiny. Je přiměřeně tvrdé a pevné.

*Lůžkový rám:* Podložka, která zmírňuje tlak ložního prádla na dolní končetiny.

*Ortopedické podložky:* Pro ty, kteří mají problémy se zády a neumějí si najít pohodlnou polohu v posteli.

*Uzdíčka, hrazdička, provazovaný žebřík:* Pomůcky, které usnadňují pohyb.

## **Pomůcky k chůzi**

*Rehabilitační rám na chození:* Je to vhodná pomůcka pro seniory, kteří jsou nuceni přenášet část hmotnosti na ruce.

*Přenosná plátěná židlička:* Je to stabilní, skladná židlička. Výhodou je, že je lehká a snadno se rozkládá. Pomáhá lidem, kteří nemohou dlouho stát.

*Trojnožka s nastavitelnou výškou:* Ideální pomůcka pro ty, kteří trpí poruchou rovnováhy. Sem patří i chodítka.

*Vycházková hůl:* Hůl je opatřena gumovým zakončením, seniory často používaná. Poskytuje jim oporu.

*Invalidní vozík:* Velmi častou a používanou pomůckou je invalidní vozík. Je mnoho seniorů, kteří jsou na vozíku připoutáni trvale. Tito lidé ho většinou dokáží dobře ovládat. Senioři, kteří ho používají pouze dočasně nebo jen příležitostně jeho ovládání příliš znát nebudou. Těmto lidem je potřeba pomoci.

## **Pomůcky ke koupání**

*Sedačka do vany, sedačka pod sprchu:* Slouží nemocným, kteří si ve vaně nemohou sednout. Vhodná je i rohožka, drží na dně vany pomocí přísavek.

*Zábradlí:* Slouží pro přidržení ve vaně či sprše.

## **Pomůcky k oblékání**

Hůlka na oblékání, pomůcka na stahování punčoch, obouvák, zouvák, líné kleště, prodloužená ruka, stahovák zipu.

## **Pomůcky k jídlu a pití**

*Pomůcky pro nemocné s jednou horní končetinou:* Takovým nemocným může pomoci např. talíř s připojenou obrubou, talíř s ochranou. I kombinované příbory, např. nůž s lžící nebo nůž s vidličkou.

*Dále může pít a jídlo usnadnit:* příbor se silnými rukojeťmi, sklenička s brčkem, šálek na krmení dospělého, šálek na krmení kojence, nastavitelný kráječ, pomůcka k nalévání z čajníku, destička s hroty.

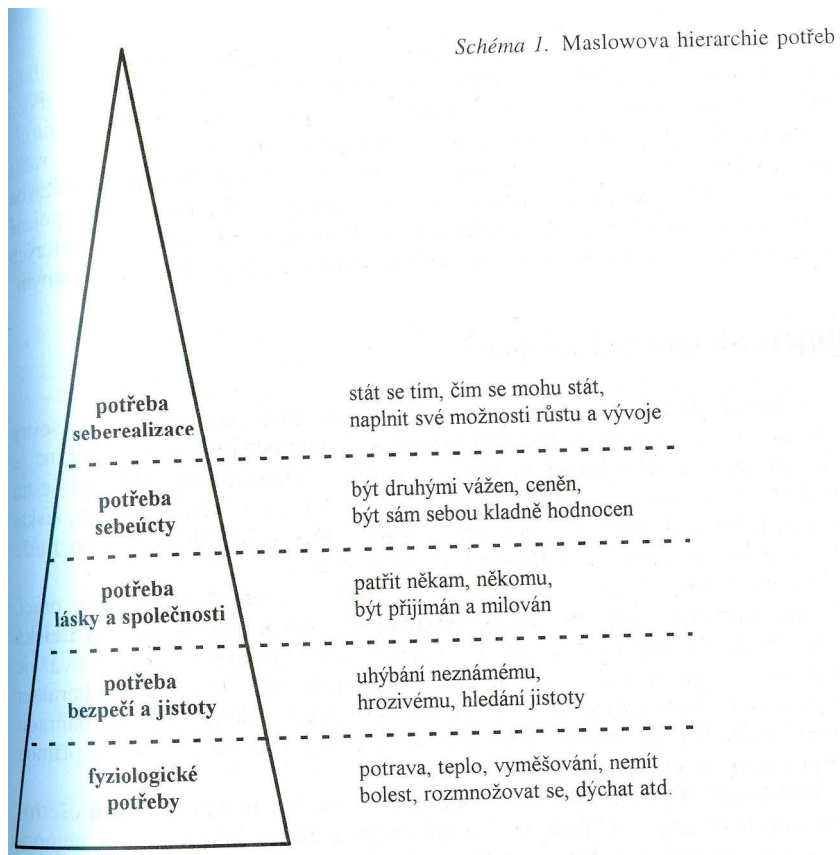
## **Pomůcka na WC**

*Senior může např. využít:*

Pojízdný záchod, podložní mísu, močové lahve, kalhotky pro nemocné s inkontinencí, přenosný sáček na močení pro ženy, záchodový rám, držadlo ve stěně a zvýšené sedadlo.

**Je dobré prokonzultovat vhodné pomůcky s lékařem.**

## Příloha č. 4 – Schéma Maslowovy hierarchie potřeb



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Lucie Svobodová
<b>Katedra:</b>	Antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2010

<b>Název práce:</b>	Problematika soběstačnosti a její dopad na kvalitu života seniorů.
<b>Název v angličtině:</b>	The self-sufficiency and its impact on senior citizens' quality of life.
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je zaměřena na seniory, kteří žijí v domově důchodců. Cílem bylo zjistit, co za seniory do domova odešlo a do jaké míry jsou schopni se o sebe postarat. Jaká je jejich soběstačnost a jaký dopad má na kvalitu jejich života.
<b>Klíčová slova:</b>	senior, soběstačnost, sebezpečí, zdraví, kvalita života
<b>Anotace v angličtině:</b>	My bachelor thesis focuses on senior citizens who live in the rest home. My object was to find out what kind of senior citizens had decided to live there, to what extent they were able to care for themselves, and how self-sufficient they were. And also how the quality of their lives was influenced by their self-sufficiency.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	senior, self-sufficiency, self-care, health, quality of life
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha 1 – Dotazník Příloha 2 – Fotografie pořízené v domově důchodců, kde byl prováděn výzkum Příloha 3 – Letáček vlastní tvorby Příloha 4 – Schéma Maslowovy hierarchie potřeb
<b>Rozsah práce:</b>	63 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk