

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Porovnání kvality života seniorů v sociálním
a zdravotnickém zařízení**

bakalářská práce

Autor práce: Veronika Bobková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vršecká

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Veronika Bobková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Porovnání kvality života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení
Cíl práce:	Zjistit, zdali se liší kvalita života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení.

Mgr. Petra Vršecká
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá porovnáním kvality života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení. V teoretické části jsou uvedené faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů, metody měření kvality života, potřeby seniorů a komunikace se seniory. Dále se práce zabývá ošetrovatelskou péčí ve vybraných okruzích péče u seniorů. Také jsou zde popsány některá sociální a zdravotnická zařízení. V praktické části je použito dotazníkové šetření na zjištění kvality života seniorů v rozdílných typech institucí poskytující péči o seniory.

Klíčová slova

Senioři; stáří; kvalita života; sociální služby; zdravotní služby

Abstract

The bachelor thesis deals with the comparison of the quality of life of seniors in social and medical facilities. In the theoretical part there are mentioned factors that influence the quality of life of seniors, methods of measuring the quality of life, needs of seniors and communication with seniors. Furthermore, the thesis deals with nursing care in selected areas of care for seniors. There are also described some social and medical facilities. In the practical part is used a questionnaire survey to determine the quality of life of seniors in different types of institutions providing care for the elderly.

Key words

Seniors; old age; quality of life; social services; health services

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 30. března 2020

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Petře Vršecké za cenné rady a informace, které mi pomohly při zpracování závěrečné práce. Také chci poděkovat své rodině, která mě podporovala při psaní bakalářské práce a po celou dobu mého studia. Ráda bych dále poděkovala paní náměstkyni Mgr. Jarmile Cmuntové, paní náměstkyni Bc. Aleně Hoškové, paní ředitelce Mgr. Zuzaně Maláskové, paní ředitelce Mgr. Heleně Chalupové a panu starostovi Zdeňku Ryšavému za povolení výzkumu v jejich zařízeních.

Obsah

Úvod	11
Motivace.....	12
Cíl práce	12
1 Současný stav problematiky	13
1.1 Stárnutí a s ním spojené změny	13
1.2 Kvalita života seniorů	14
1.3 Ošetrovatelská péče o seniory ve vybraných okruzích ošetrovatelských činnostech	16
1.4 Aktivity vhodné pro seniory	20
1.5 Komunikace se seniory	23
1.6 Potřeby seniorů	24
1.7 Sociální zařízení pro seniory	26
1.8 Zdravotnická zařízení pro seniory	28
2 Praktická část.....	30
2.1 Metodika výzkumu	30
2.2 Výzkumné prostředí a charakter vzorku respondentů	30
2.3 Průběh výzkumu	31
2.4 Výsledky výzkumu	32
3 Diskuze	50
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	57
Závěr	58
Seznam použité literatury	
Přílohy	

Seznam příloh

Příloha č. 1	Dům životních potřeb
Příloha č. 2	Maslowova pyramida lidských potřeb
Příloha č. 3	Vizuální analogové škály bolesti
Příloha č. 4	Numerická hodnotící škála a záznam lokalizace bolesti
Příloha č. 5	Barthelové test základních všedních činností
Příloha č. 6	Funkční klasifikace seniorů
Příloha č. 7	Dotazník
Příloha č. 8	Povolení výzkumu – Domov pro seniory, Třebíč – Manž. Curieových
Příloha č. 9	Povolení výzkumu – Nemocnice Jihlava
Příloha č. 10	Povolení výzkumu – Dům s pečovatelskou službou, Okříšky
Příloha č. 11	Povolení výzkumu – Nemocnice Třebíč
Příloha č. 12	Povolení výzkumu – Domov pro seniory Třebíč, Koutkova - Kubešova

Seznam tabulek

Tabulka 1	Počet respondentů v sociálním a zdravotnickém zařízení	32
Tabulka 2	Věk respondentů	32
Tabulka 3	Pohlaví respondentů	33

Seznam grafů

Graf 1	Spokojenost respondentů se svým zdravým.....	33
Graf 2	Pocit respondentů, zda žijí kvalitní život	34
Graf 3	Schopnost vykonávat každodenní povinnosti	35
Graf 4	Spokojenost s ubytováním.....	36
Graf 5	Hodnocení pomoci od personálu při hygieně a potřebě na WC	37
Graf 6	Potřeba pomoci při oblékání a svlékání.....	38
Graf 7	Spokojenost s pomocí od personálu s oblékáním a svlékáním.....	39
Graf 8	Spokojenost s péčí od všeobecných sester	40
Graf 9	Vyhovování množství nabízených činností.....	41
Graf 10	Zájmové činnosti v zařízení.....	42
Graf 11	Vyhovování činností.....	43
Graf 12	Spokojenost se stravováním	44
Graf 13	Hodnocení porce jídel.....	45
Graf 14	Hodnocení složení jídel	46
Graf 15	Intervaly návštěv rodiny	47
Graf 16	Vztahy s hospitalizovanými lidmi	48
Graf 17	Pocit osamělosti.....	49

Seznam zkratk

BMI	Body Mass Index = index tělesné hmotnosti
CT	Computed Tomography = Počítačová Tomografie
č.	číslo
et. al.	a další
Manž.	manželů
Např.	například
s.	strana
Sb.	sbírka
tzv.	takzvaný
WHO	World Health Organization = Světová zdravotnická organizace

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá porovnáním kvality života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení. Toto téma mě zaujalo, protože jsem se chtěla dozvědět, jak senioři vnímají svoji kvalitu života a zda se liší jejich kvalita života v sociálním a zdravotnickém zařízení.

V České republice přibývá osob vyššího věku. V roce 2017 tvořili lidé nad 65 let 19,2 % obyvatelstva. V roce 2015 to bylo 18,3 % populace nad 65 let a v roce 2013 to bylo 17,4 %. Podle těchto záznamů je patrné, že starších lidí v České republice přibývá, tím jsou také více využívány sociální a zdravotnické služby pro seniory, protože senioři mají zdravotní a sociální problémy. (Statistická ročenka České republiky, 2018) Často se o seniora, který zůstal sám doma, nemá kdo postarat, a proto se rozhodne jít do domova důchodců, domu s pečovatelskou službou nebo kvůli svému zdravotnímu stavu musí být hospitalizován v nemocnici na oddělení pro dlouhodobě nemocné. Pro seniory je toto rozhodnutí závažné. Musí opustit místo, ve kterém byli zvyklí, kde mají své přátele a známé. (Špatenková, 2015)

Práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsány faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů, metody měření kvality života, potřeby seniorů, komunikace se seniory, ošetřovatelská péče ve vybraných činnostech u seniorů. Dále jsou zde popsány sociální a zdravotnická zařízení.

V praktické části jsou zobrazeny výsledky dotazníkového šetření. Výzkum probíhal v Jihlavské nemocnici na obou odděleních Geriatrie a následné péče, v Třebíčské nemocnici na obou odděleních Léčebny pro dlouhodobě nemocné, v Okříškách v Domě s pečovatelskou službou a také v Domově pro seniory Koutkova – Kubešova a Domově pro seniory Manželů Curieových v Třebíči.

Motivace

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala kvůli svému zájmu v péči o seniory. Práce se seniory a péče o ně mě velmi baví. Myslím si, že kvalita života seniorů v zařízení, v kterém jsou je velmi důležitá a zajímá mě, zdali se liší kvalita života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení. Očekávám, že tuto práci využiji ke své praxi v péči o seniory.

Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit, zdali se liší kvalita života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení.

1 Současný stav problematiky

V současném stavu problematiky se budeme zabývat stárnutím a změnami spojenými s ním, kvalitou života seniorů, ošetrovatelskou péčí o seniory ve vybraných okruzích ošetrovatelské péče, aktivitami, které senioři vykonávají. Dále se budeme zabývat komunikací se seniory, jaké jsou potřeby seniorů, a také jaké jsou sociální a zdravotnická zařízení pro seniory.

1.1 Stárnutí a s ním spojené změny

Stárnutí je individuální proces vnějších a zevních faktorů. Lze obecně říci, že stárnutí nás doprovází od narození, pokračuje dospíváním až ke smrti. (Špatenková, 2015) Vnitřními příčinami jsou poruchy metabolismu, interakce mezi regulačními systémy a genetika. Mezi zevní faktory řadíme vnější prostředí, náš životní styl, zdravotní péči, ekonomickou a životní úroveň. (Nováková, 2011) Stáří je poslední etapou procesu stárnutí. Podle Světové zdravotnické organizace rozlišujeme tři etapy stáří: rané stáří (60 – 74 let), vlastní stáří (75 – 89 let) a dlouhověkost (90 a více let). Změny, které jsou spojené se stárnutím můžeme rozdělit na projevy tělesné, psychické a sociální. (Mlýnková, 2011)

Mezi tělesné projevy stárnutí patří snižování tělesné výšky kvůli atrofii meziobratlových plotének. Také dochází k úbytku svalové hmoty a síly. Kůže je často suchá, méně elastická a objevují se hnědé tzv. „stařecké skvrny“ kvůli nahromadění melanocytů, což jsou buňky, které tvoří kožní pigment. (Mlýnková, 2011) Někteří senioři se lehce zadýchají, protože u nich klesá respirační schopnost plic. Objevují se změny v kardiovaskulárním systému. (Nováková, 2011) Zhoršuje se sluch, zrak, čich i chuť hodně klesá. U zraku dochází ke ztrátě ostrosti, zhoršuje se vnímání barev a zmenšuje se i zorné pole. (Špatenková, 2015) Nejčastějším problémem se sluchem je u seniorů nedoslýchavost (presbyakuze), což zapříčiňují změny na kostech středního ucha, zvonění v uších a další. Reflexy seniorů jsou také pomalejší a snižuje se i sexuální aktivita mužů. U žen se objevuje menopauza. Všechny tyto změny mají vliv na chování i celkový vzhled seniora. Na seniorech lze pozorovat vrásky a šedivé vlasy. Objevuje se zde nejistota a nedůvěra. (Janiš, 2016)

Psychické změny bývají spojeny se změnou osobnosti a vlastností seniora a jsou individuální. (Dvořáčková, 2012) Projevem stárnutí je úbytek mozkové tkáně. Může nastat změna chování, která je způsobená změnami ve stáří. Staří lidé mohou být více plačtiví, střídá se u nich dobrá a špatná nálada, mohou mít strach a projevy úzkosti. (Mlýnková, 2011) Staří lidé mají problém se zapamatováním si nových informací, zato starší obsah paměti bývá zachován. (Špatenková, 2015) U seniorů dochází ke změně v krystalické a fluidní inteligenci. Krystalická inteligence zahrnuje obecné znalosti, kde zaznamenáváme pouze mírný pokles ve stáří. Fluidní inteligence je schopnost řešit problémy, kde často bývá pokles, a to hlavně při nových a nečekaných situacích. (Janiš, 2016)

Moderní společnost vede člověka k nezávislosti, ale nastává problém, kdy člověk stárne a najednou je na někom závislý. Odchod do důchodu je pro člověka velká změna do života. Musí změnit svůj životní styl, má nadbytek volného času. Je důležité, aby senior měl určitý program. (Dvořáčková, 2012) Problémový bývá i odchod dětí z domova, kdy se senior ocitne sám v domě. Rodičovská role často bývá nahrazena rolí prarodičů. Ke stáří patří i smrt, smrt partnera či blízkých. Pro seniora je to velká psychická, někdy až traumatická změna. Je důležité, aby si člověk našel nový cíl, kvůli kterému bude žít, i když je to velmi bolestivé. (Špatenková, 2015)

1.2 Kvalita života seniorů

Často ve svém životě mluvíme o kvantitě, tedy o délce života, ale o kvalitě tolik nemluvíme, protože na ni máme každý svůj názor. Podle Světové zdravotnické organizace je kvalita života „*individuální vnímání svého postavení v životě v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém žijeme, a ve vztahu k svým cílům, očekáváním, standardům a obavám.*“ (Špatenková, 2015, s. 43) V psychologii je kvalita života brána jako měřitelný konstrukt, která je vhodnějším indikátorem zdraví, které je definováno jako: „*stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci.*“ (Dvořáčková, 2012, s. 57) Jednou z forem kvality života je psychologické pojetí, kam patří životní pohoda a spokojenost s vlastním životem. Druhou formou je pojetí kvality života v sociologii, kam patří sociální úspěchy, majetek,

vzdělání, rodinný vztah a mnoho dalších. (Gurková, 2011) Kvalita života je spojena s individuálním uspokojováním potřeb člověka, z Maslowovy teorie potřeb. (Janiš, 2016)

Senior

Pojem senior není v literatuře ani v legislativě jednoznačně vymezen. Používá se pro označení starého člověka či poživatele starobního důchodu. (Špatenková, 2015) Seniors lze rozdělit do tří skupin. První skupinu nazýváme mladí senioři (65 - 74 let), druhou skupinou jsou starší senioři (75 - 84 let) a třetí jsou velmi staří senioři (85 a více let). (Mlýnková, 2011) Od 65 let autoři takto označují seniory z důvodu toho, že Česká republika je vyspělou zemí, jsou to většinou už nepracující lidé a je zde častý problém s volným časem. (Janiš, 2016)

Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů

Mluvíme o skupině faktorů, které mají vliv na lidský a společenský vývoj. Jedná se o oblasti sociální, ekonomické, zdravotní a oblasti týkající se životního prostředí. (Janiš, 2016) Dalšími konkrétními vlivy na kvalitu života seniorů mají rodinné situace, dosažené vzdělání, pohlaví, věk, kultura nebo ekonomický stav. Zdraví je pro seniory jednou z nejdůležitějších hodnot. Soběstačnost seniorů se snižuje, nejsou už tolik samostatní, což je pro seniory vážné riziko ve stáří. Často se stává, že ubytování seniorů v jejich domě nevyhovuje zdravotnímu stavu, nemají zde dostupnou pečovatelskou službu, která by se o ně postarala, když rodina nemůže nebo není tak ochotná. Pro seniora je to velmi psychicky náročná situace, kdy už nemůže bydlet sám a musí odejít do ústavního zařízení. Tyto seniory ohrožuje adaptační šok nebo ztráta autonomie. Velmi významnými faktory jsou i mezilidské vztahy nebo aktivity seniora. (Dvořáčková, 2012)

Metody měření kvality života u seniorů

Kvalita života u seniorů je jedním z důležitých cílů v péči o seniory. Kvalitu života ovlivňují mnohé faktory, které jsou výše vyjmenovány. Při měření kvality jsou důležité pojmy, jako je soběstačnost, bezbolestnost, pocit štěstí a mnoho dalších. (Gurková, 2011) Kvalitu života lze hodnotit subjektivně a objektivně. Subjektivní metoda měření kvality života se týká toho, jak jedinec vnímá své postavení ve společnosti. Objektivní přístup hodnotí sociální podmínky, materiální zabezpečení, sociální status a fyzické zdraví.

Pro celkové zhodnocení kvality života jsou potřebné obě stránky měření. (Dvořáčková, 2012) Nejvíce používaný je nástroj zpracovaný WHO nazývaný WHOQOL-OLD. Na výzkumu tohoto nástroje pracovalo 22 center. Vývoj dotazníku probíhal ve dvou fázích. První fáze měla odhalit nedostatky WHOQOL-100 (první dotazník obsahující sto položek), kde bylo testováno 7 400 respondentů. Odhalily se nedostatky v položkách a na základě toho se vytvořily položky týkající se intimních vztahů u seniorů. V druhé fázi bylo testováno 5 500 seniorů, díky jehož výsledkům byl sestaven dotazník WHOQOL-OLD. WHOQOL-OLD se skládá ze šesti domén – tělesná, psychická, nezávislost, sociální vztahy, prostředí a spiritualita nebo osobní přesvědčení. Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácený, obsahuje čtyři oblasti – prožívání, sociální vztahy, fyzické zdraví a prostředí. (Gurková, 2011)

1.3 Ošetřovatelská péče o seniory ve vybraných okruzích ošetřovatelských činnostech

Ošetřovatelská péče o seniory, někdy nazývaná také jako geriatrické ošetřovatelství má za cíl poskytnout seniorům péči, která vychází z individuálních potřeb a snaží se o co nejvyšší kvalitu života. (Burda, 2016) Také jedním z hlavních cílů je zachování co nejvyšší autonomie a soběstačnosti, a to nejlépe v jejich domácím prostředí. Předpokladem k péči o seniory je empatie, tolerance, pochopení problémů a vnitřní naladění k seniorům. (Příbyl, 2015) Péče o seniory je zatěžující po fyzické, psychické i sociální stránce. Péče se zaměřuje na zhodnocení celkového zdraví, schopností seniora, plánování a realizaci služeb, projevy empatie a pochopení jejich problémů. Cílem péče je poskytnutí komplexní péče seniorům. Ke každému musíme přistupovat individuálně podle: celkového zdravotního stavu, úrovně soběstačnosti a péče o sebe sama, bolesti, pohyblivosti, psychického stavu, spolupráce seniora a jeho rodiny a dle jeho finanční situace. Péče o seniory je specifická v oblasti fyzické, psychické i sociální. Ve fyzické oblasti musíme se seniory manipulovat velmi opatrně, jsou velice křehcí, hrozí u nich častěji fraktury než u mladších pacientů. Pracujeme pomalu, opatrně, neděláme prudké a rychlé pohyby, abychom seniora neporanili. Vždy seniory upozorňujeme a pokud to jen trochu jde, domlouváme se, co s ním budeme nyní dělat. Je tu velké riziko pádu, kterému zabráníme pomocí postranic na posteli, před zvednutím se z postele necháme seniory chvíli sedět, nepouštíme seniora na mokrou podlahu a vždy pracujeme

s pacientem alespoň ve dvou. Specifikum v oblasti psychické péče se odvíjí od psychiky, kognitivních funkcí, duševní poruchy, poruchy smyslové funkce seniorů a dalších přidružených onemocnění, kterými senior trpí. Na seniory bychom měli mít dostatek času a měli bychom být pozitivně naladěni, abychom dosáhli kvalitní péče a spokojenosti seniorů. Musíme být připraveni na změny nálad, kterými trpí většina seniorů. Často jsou rozzlobení, mrzutí, že nám nerozumí nebo nás neslyší a mnohdy svoji smyslovou poruchu zastírají a stydí se za ní. Nikdy neděláme činnosti za seniora, když je zvládne sám, mohl by se poté cítit devalvovaný (ponížený). (Mlýnková, 2011)

V oblasti sociální je často problémem finanční situace, která přetrvává delší dobu. (Mlýnková, 2011) Často se setkáváme s tím, že rodina není schopna se o seniora (rodinného příslušníka) dostatečně postarat, a proto se poté senior dostane buď do sociálního, nebo do zdravotnického zařízení, protože to doma sám nezvládá. (Burda, 2016) Nejčastějšími problémy seniorů jsou pády, osamělost, bolesti, inkontinence a snížená fyzická aktivita až imobilita. Tyto problémy je nutno u nemocného zjistit a provádět u něj specifickou ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelská péče ve vybraných oblastech u seniorů je popsána níže. (Elbourne, 2019)

Ošetrovatelská péče v oblasti vyprazdňování

Častým problémem seniorů je inkontinence moči nebo stolice. Inkontinence je nekontrolovatelný únik moči nebo stolice. Za tento problém se hodně seniorů stydí a snižuje jim sebevědomí. Příčinou inkontinence moči ve stáří je zvětšená prostata, snížená kapacita močového měchýře, demence, Parkinsonova choroba, stav po cévní mozkové příhodě, ochablost svěračů a svalů pánevního dna, diuretika na podporu vylučování moči a deprese. Inkontinence stolice je vnímána seniory často hůře než inkontinence moči. U inkontinence stolice je příčinou ochabnutí břišního svalstva, stav po cévní mozkové příhodě, demence, onemocnění střev a konečníku a nevhodná strava. (Mlýnková, 2011) U obou inkontinencí senioři používají inkontinentní pomůcky (permanentní močové katétry, pleny, vložky), které měníme dle potřeby. (Elbourne, 2019) Po vyprázdnění je důležitá důkladná hygiena a také důkladná dezinfekce nádoby. Vše provádíme v ochranných rukavicích. (Bicková, 2010)

Ošetrovatelská péče v oblasti výživy

U seniorů je snižené množství trávicích enzymů a snižená funkce trávicího traktu. (Mlýnková, 2011) Stav výživy hodnotí nutriční terapeut s lékařem. Ošetrovatel dohlíží na hydrataci, motivuje pacienta k pití a jídlu. (Burda, 2016) Starším lidem dělají problém nadýmavá jídla, odmítají ovoce a zeleninu, protože mají slupku a jsou pro ně těžko stravitelné. I tak by měly mít pravidelný přísun vitamínů kvůli snížené funkci imunitního systému. Výživa má vliv na náš celkový zdravotní stav po celý život. Nadměrný přísun potravy také není správný, protože i obezita má svá rizika. Obézní lidé trpí bolestmi kloubů, onemocněním kardiovaskulárního systému a dalšími problémy ve zdraví. (Mlýnková, 2011) Senioři by měly jíst pětkrát až šestkrát denně menší porce. Z minerálních látek je důležitý vápník, železo a draslík pro stavbu kostí. Mezi zásady stravování seniorů patří: Smíšená, lehce stravitelná a dostatečně teplá strava. Větší počet dávek v menších porcích za den (5 až 6 porcí za den). Omezení tučných jídel. Dostatek vhodně připravené zeleniny a ovoce v každém chodu (asi 400 g denně). Zařazovat do jídelníčku ryby, celozrnné pečivo, vločky nebo müsli. S věkem se zmenšují chuťové pohárky na jazyku a ochabují, snižuje se tak chuť k jídlu. Při snížené chuti k jídlu nebo při problémech s kousáním potravy podáváme energetické doplňky. U lidí nad 65 let je norma Body Mass Index (BMI) 24 až 29. BMI vypočítáme následovně: váha (v kilogramech) / výška (v metrech)². (Floriánková, 2014)

Ošetrovatelská péče v oblasti hygieny a péče o kůži

Hygiena patří mezi základní činnosti v péči o seniora. Při hygieně nezapomínáme na zajištění intimního prostředí, prevenci prochladnutí, prevenci pádu a poranění kůže. Do hygieny spadá i péče o dutinu ústní, vlasy a nehty. Součástí je i péče o kůži, která by měla být po hygieně suchá a čistá. Měníme inkontinenční pomůcky a ložní i osobní prádlo podle potřeb pacienta, aby nevznikly opruzeniny a dekubity. Pečujeme o predilekční místa (sakraální oblast, paty, kotníky, oblasti kyčlí, kolena, čelo, brada, spánková oblast, ramena, lokty) a všímáme si změn na kůži. Podle zhodnocení při vzniklých dekubitech ošetřujeme ránu. Polohujeme seniory, používáme polohovací pomůcky, pečujeme o hydrataci a výživu. (Burda, 2016) Při hygieně u klienta v domácnosti sociální pracovníce používá jeho pomůcky (mýdlo, žínku, šampon, ručník, čisté prádlo). U imobilních klientů v domácím prostředí je nutný zvedák, na kterém

je klient v bezpečí a druhá osoba (rodinný příslušník či druhá pečovatelka). Po koupeli pracovníce vydezinfikuje a uklidí koupelnu. (Bicková, 2010)

Ošetrovatelská péče o spánek

Mnoho seniorů má problémy se spánkem. Nemohou spát a následně jsou mrzutí, unavení a podráždění. Seniori by měli dodržovat pravidelné usínání a vstávání každý den. (Burda, 2016) Před spaním by měli omezit příjem tekutin a těžko stravitelných jídel. Pro dobrý a klidný spánek seniora můžeme pokoj před spaním vyvětrat, upravit lůžko, nechat si seniora udělat jeho běžné činnosti před spaním dle jeho zvyklostí (čtení knihy, čištění zubů, poslech hudby), zatáhnout žaluzie, zhasnout světla a zavřít dveře u pokoje. Při nespavosti se podávají seniorům léky navozující spánek. (Suchá, 2019)

Ošetrovatelská péče u seniorů s bolestí

Bolest je nepříjemná, subjektivní, emocionální zkušenost. Způsobuje ji poškození tkáně nemocí, úrazem nebo operací. Bolest dělíme na akutní trvající sekundy až týdny a chronickou trvající déle než 3 - 6 měsíců. Bolest můžeme tlumit pomocí chladu, úlevových poloh, aplikací léků dle lékaře. (Elbourne, 2019) Se seniory, kteří mají bolest, musíme pracovat opatrně, abychom jim nezpůsobovali další bolesti. (Mlýnková, 2011) Více o hodnocení bolesti viz kapitola 1.6.

Ošetrovatelská péče v oblasti paměti

Častou nemocí seniorů je demence. U těchto seniorů je důležité, aby sestra měla trpělivost, empatii, respekt a úctu. Na seniory mluvíme nahlas a srozumitelně. Opakujeme seniorům informace, pobízíme je, aby si vzpomněli například koho vidí na fotografii a pracujeme dále s jejich vzpomínkami (tzv. reminiscence). Snažíme se navrhnout téma diskuze. Zajímáme se o rodinu, vztahy a životní příběh seniora a dbáme na jeho bezpečnost. (Burda, 2016) V knize „Knížka pro vzpomínání a procvičování paměti“ od Cingrošové jsou praktické ukázky, jak paměť cvičit například dle ročních období, zvyků a vzpomínek ze života (svatba, Velikonoce, Vánoce, Tři králové) nebo další praktickou knihou je „Vzpomínkomat“ od R. Šťastné, kde jsou fotografie věcí s články, které se dříve používaly. Například zde najdete hračky,

potravin, nábytek, knihy, automobily a mnoho dalších věcí, při kterých si senior může krásně zavzpomínat. (Cingrošová, 2014; Šťastná, 2017)

Ošetrovatelská péče v oblasti mobility

Pohyblivost a celková aktivita může ovlivnit kvalitu života seniorů. Mezi časté problémy, které seniorům znemožňují pohyb, jsou osteoporóza, obezita nebo ztuhlost kloubů. Pohybem můžeme zlepšit kvalitu spánku, snížit riziko zácpy, osteoporózy a kardiovaskulárních onemocnění. Za seniory dochází fyzioterapeut, který s nimi pravidelně cvičí a učí je, jak se správně pohybovat. (Elbourne, 2019) V plánování aktivit musíme brát v úvahu zdravotní omezení seniorů. (Špatenková, 2015)

1.4 Aktivita vhodné pro seniory

Aktivita mobilizuje fyzickou a psychickou stránku člověka. Při nečinnosti může dojít k depresím, rozpadu osobnosti a celkovému fyzickému úpadku. Ať už je to aktivita fyzická nebo psychická, obě zpomalují proces stárnutí. Je důležité nahlížet ke každému individuálně a zhodnotit jeho schopnosti a možnosti k určité aktivitě. Aktivizace seniorů zabraňuje vzniku imobilizačního syndromu, obnovuje nebo se snaží udržet jejich soběstačnost a umožňuje vyplnit volný čas. Každá činnost by měla být člověku příjemná, měl by ji dělat dobrovolně a znát důvod, proč tuto činnost dělá. (Holczerová, Dvořáčková, 2013) Senioři mají možnost chodit do školy a vzdělávat se, být dobrovolníkem, účastnit se společenských akcí a mnoho dalších činností, které jsou popsány níže. (Bočková, 2011)

Vzdělávání seniorů je dnes velkým trendem. Častou výzvou pro seniory jsou počítače a cizí jazyky, v kterých se chtějí zdokonalit. Vzděláváním posilují svoji paměť, jsou ve společnosti a tráví tak svůj volný čas užitečně. (Bočková, 2011) U seniorů je nutné respektovat jejich možnosti a limity, podporovat pozitivní myšlení a posílit jejich sebevědomí, efektivně komunikovat, zapojovat do výuky životní a pracovní zkušenosti účastníků a vést seniory k sebevzdělávání. (Špatenková, 2015) Edukační aktivity pro seniory mohou být zaměřeny na prevenci, rehabilitaci či posilování. (Janiš, 2016)

Ergoterapie usiluje o zachování soběstačnosti a využívání schopností potřebných pro zvládání běžných domácích a zájmových činností a tím se snaží zlepšit kvalitu života

seniorů. (Müller, 2014) Hodnotí se zdatnost seniorů v každodenních činnostech pomocí testu Barthelové, testu mentálních všedních činností i výkonových testů. V indexu Barthelové hodnotíme jedení, hygienu, chůzi po rovině, chůzi do schodů a ze schodů, oblékání a svlékání, ovládání vyprazdňování a přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět. Nezávislý klient dosahuje 96 - 100 bodů, vysoce závislý od 40 bodů a méně. Ukázka testu Barthelové je ukázána v příloze č. 5. (Vytejková, 2011) Mezi ergoterapeutické aktivity patří cvičení běžných denních činností, nácvik a používání kompenzačních pomůcek v prostředí, ve kterém senior žije. Ergoterapie zahrnuje cviky jemné motoriky, pohybové koordinace, paměti a také práci s počítačem. Musíme vždy zohledňovat stav, věk, sociální, osobní, ekonomické a kulturní podmínky seniorů. (Holczerová, 2013)

Muzikoterapie neboli hudební terapie znamená léčení nebo pomoc člověku hudbou. Rytmus hudby se využívá k relaxaci, komunikaci a navození pocitu pohody. Můžeme hudbu poslouchat, pohybovat se na ni, zpívat nebo ji tvořit. Hudba může snižovat chronickou bolest, podporuje klienty s rakovinou, mozkovou obrnou nebo u klientů s Parkinsonovou chorobou. Hudba odvádí pozornost od obtíží a dává smysl života. Muzikoterapie je individuální, kdy pracujeme s jedním klientem. Párová se dvěma klienty společně a skupinová muzikoterapie s více klienty dohromady. Klientům můžeme hudbu pouštět při různých činnostech, mohou hádat zpěváka nebo název písně nebo si společně zpívají. (Holczerová, Dvořáčková 2013) Seniorům s demencí nebo Alzheimerovou chorobou se pouští oblíbená hudba, kterou dříve poslouchali a napomáhá tak k vybavení vzpomínek. (Müller, 2014)

Pohybové aktivity mají vliv na psychickou stránku člověka, sebedůvěru a poctivost. Pohyb je důležitý v každém věku a prospívá našemu zdraví. S věkem dochází k omezení pohyblivosti, člověk je pomalejší, méně vytrvalý a má méně sil. Příčinou je úbytek svalové hmoty. Vždy musíme brát individuální ohled na klienta. Záleží na jeho zdravotním stavu a tělesné zdatnosti. Každodenní cvičení by mělo být zaměřené na pružnost, pohyblivost a pevnost páteře a na udržení svalové rovnováhy. Taneční terapie využívá tance. Pomáhá znovu nalézt radost z činnosti, pozitivní přijetí sebe sama a uvědomění si sebe sama. Při tanci dochází k uvolnění, odstranění stresu a úzkosti. Zlepšuje stav u chronicky nemocných. Tanec se využívá například při oslavách narozenin klientů v domovech pro seniory. Tančí mezi sebou obyvatelé domova i zaměstnanci.

(Holczerová, Dvořáčková 2013) Cílem taneční terapie je vyjádřit pocity bezpečným způsobem, zlepšení vnímání svého těla a vymezení jeho hranic. (Müller, 2014)

V arteterapii se využívá k osobnímu vyjádření výtvarné umění, kde ani tak nezáleží na estetice výtvaru. (Müller, 2014) Arteterapie je velkým přínosem hlavně pro duševně nemocné. Klienti mohou kreslit nebo modelovat. Cílem arteterapie je uvolnění, prožívání a vnímání sebe sama, uspořádání zážitků, sebehodnocení, celkový rozvoj osobnosti nebo vyjádření pocitů. Provádí se arteterapie individuální nebo skupinové. Snažíme se tímto způsobem využít vitality, flexibility a stimulovat kreativitu seniorů. (Holczerová, Dvořáčková, 2013)

Procvičování paměti je pro seniory velice důležité. Krátkodobá umožňuje okamžité vybavení informací a díky dlouhodobé paměti si vybavíme věci, které se stali před minutou, hodinou nebo lety. Díky senzorické paměti si udržíme informaci v hlavě 0,1 až 20 sekund. I za tak krátkou dobu si uvědomíme i životně důležitou reakci. Například při řízení auta, kam ukazují značky, že máme odbočit vpravo a ne vlevo. Při krátkodobé paměti se často chybuje, jsme schopni si uvědomit sedm dojmů a uložit si je na několik minut. Pokud je pro nás něco neobvyklé, mimořádné nebo na nás něco zapůsobí zážitkem, uloží se nám to do krátkodobé paměti. Pokud se onou věcí budeme zabývat déle, uloží se nám do dlouhodobé paměti a budou tu uloženy delší dobu. Výzkumy zjistily, že ve stáří se krátkodobá paměť zhorší, sice jen málo, ale je to patrné. (Holczerová, Dvořáčková, 2013) Nejzranitelnější je omezení rychlosti zpracování informací, snížená pozornost, paměť na jména a vybavení vzpomínek. (Navvaro, 2015) Senioři si opakují běžné denní úkony (hygiena, stlaní lůžka, vaření kávy). Trénují časovou orientaci pomocí her. Poznávají podle chuti potravin nebo pomocí hmatu hádají předměty. K trénování paměti také patří hraní pexesa, karet, slovní kopané. Mezi seniory je také oblíbené luštění křížovek. (Holczerová, Dvořáčková, 2013)

Reminiscenční terapie slouží k připomínání příjemných událostí z minulosti. Vzpomínky můžeme navodit starými fotografiemi, předměty, filmy nebo hudbou. Využíváme dlouhodobé paměti seniorů, kde jsou uloženy návyky a vzpomínky. Tato terapie je velmi významná u seniorů s demencí, u nichž je porušena krátkodobá paměť, ale dlouhodobá je v pořádku, vybavují si vzpomínky. Existují čtyři přístupy: narativní, reflektující, expresivní a informační. U narativního přístupu si senioři mezi sebou buď vypráví životní

příběhy, nebo píše knihy života a autobiografie. U reflektujícího přístupu se uplatňuje rekapitulace života. Cílem reflektujícího přístupu je si shrnout dosavadní život a přijmout ho takový, jaký byl. Expresivní přístupy souvisí s vyjádřením emocí. Senior mluví o své situaci a může získat rady od druhých, dochází k uvolnění vnitřního napětí. Informační přístup umožňuje předávat zkušenosti mladší generaci vyprávěním historických událostí seniorů. (Holczerová, Dvořáčková, 2013) Například v knize „Knížka pro vzpomínání a procvičování paměti“ jsou praktické ukázky, jak trénovat paměť podle zvyků, vzpomínek a ročních období, jak již bylo popsáno v ošetrovatelské péči v oblasti paměti. (Cingrošová, 2014)

Zooterapie, nazývaná také jako animoterapie užívá pozitivní až léčebné účinky zvířete na lidi. Dělí se dle využívaných zvířat na: canisterapii (psy), felinoterapii (kočky), hipoterapii (koně), insektoterapii (hmyz), ornitoterapii (ptactvo). (Müller, 2014) V zooterapii se využívá pozitivního kontaktu mezi člověkem a zvířetem. Pokud jsou zvířata v domovech pro seniory, má to také svá pravidla. Za zvířata musí být odpovědná určitá osoba. Zvíře musí mít své místo, kde bude mít klid. Canisterapie využívá psy k podpoře hrubé motoriky, verbální i nonverbální komunikaci, orientaci v prostoru a k navození celkové psychické pohody. Často snižuje agresivitu a zvýší pozornost seniora. Senioři vzpomínají na své psy, které měli, než odešli do zdravotnického nebo sociálního zařízení. Pes udržuje seniora aktivního, je jeho dobrý společník a dává mu pocit bezpečí. (Holczerová, Dvořáčková, 2013)

Aktivity seniorů na zahradě mohou přispět ke zkvalitnění jejich života a také jim vyplní jejich volný čas. (Suchá, 2019) Pro seniory zahrada může být místo klidu a relaxace. Rodinní příslušníci seniorů se mohou též podílet na práci v zahradě. Senioři si díky zahradě mohou trénovat své smysly, například chuť, při ochutnávání plodů nebo zrak při pohledu na krásně barevné květy nebo listy v podzimním období. Květiny v létě příjemně voní a rozvíjí tak čich. (Wehner, 2013)

1.5 Komunikace se seniory

Komunikace nám slouží k předávání informací, pocitů, očekávání a postojů. V komunikaci se odráží náš vztah s člověkem, s kterým právě hovoříme. K předání informací využíváme komunikaci verbální (slovní), ale i neverbální (mimovolní vědomá

i nevědomá sdělení). Komunikaci mohou bránit bariéry ze strany seniora, pečovatele (sestry) nebo prostředí, ve kterém komunikace probíhá. Ze strany seniora může být problémem únava, nevěřičnost k osobě, s kterou senior mluví, somatické překážky jako je bolest, porucha sluchu, řeči, horečka nebo demence. Dále psychické překážky, např. strach, úzkost nebo stres. Ze strany pečovatele (sestry) může překážky tvořit nedostatek času, strach hovořit o vážných tématech týkajících se smrti a únava. (Pokorná, 2010) Také prostředí nám může narušovat komunikaci s pacientem, patří mezi ně např. přítomnost ostatních lidí v místnosti nebo hluk. Problém v komunikaci může způsobovat pacient, který odmítá komunikovat, opakované nepříjemné rozhovory, nadávky od pacienta. (Hauke, 2014)

Mezi zásady komunikace se seniory patří správné zvolení typu rozhovoru podle našeho účelu a cíle. Typy rozhovorů jsou edukační, chceme-li pacienta o něčem informovat. Rozhovor s cílem získání ošetřovatelské anamnézy. Naslouchací rozhovor používáme, pokud se potřebuje senior vypovídat. Podporující rozhovor používáme k podpoře a povzbuzení seniora k sebeobsluze. Motivujícím rozhovorem seniory motivujeme k dodržování léčebného a ošetřovatelského řádu. (Zachová, 2017) Pro sestru nebo ošetřovatele je v první řadě důležité se na rozhovor řádně připravit. Zvolit si vhodné místo a čas pro rozhovor se seniorem. Připravíme si otázky, na které se chceme ptát. Po pozdravení seniora je slušné se domluvit, jak jej máme oslovovat. Vytvoříme si k pacientovi důvěru a můžeme začít naším připraveným rozhovorem. Je dobré naslouchat, co senior říká, zvolit správné tempo řeči, nekritizovat a připravit se na možnou jeho agresivitu. Nikdy seniora nedevalvujeme. (Malíková, 2011) Devalvace znamená projev neúcty, nerespektování jeho důstojnosti a ponižování. Opakem devalvace je evalvace, což znamená projev úcty a zvyšování sebevědomí seniora. (Mlýnková, 2011) Při komunikaci dobře artikulujeme a nepoužíváme slova, kterým by senior nerozuměl. Na konci každého rozhovoru je dobré si ověřit, zda senior rozuměl tomu, co jsme mu sdělovali. (Hauke, 2014)

1.6 Potřeby seniorů

Potřeba je projevem nedostatku nebo nadbytku. Něco našemu tělu chybí nebo naopak přebývá. (Bicková, 2011) Během našeho života se naše potřeby mění. Pro zapamatování potřeb jsou hezky zpracovaná schémata Dům životních potřeb dle Chloubové

a Maslowova pyramida lidských potřeb, které najdete v příloze č. 1 a 2. (Příbyl, 2015) Senioři mají jiné životní potřeby než mladší generace. Hodnoty jednotlivých potřeb se mění. Potřeby dělíme na biologické, psychické, sociální a spirituální. Na prvním místě u seniorů jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. U seniorů jsou potřeby seberealizace a sebeaktualizace satureovány. Důležitými potřebami pro seniory jsou také láska, jistota, bezpečí a sounáležitost. Z fyziologických potřeb je důležitá pravidelnost vyprazdňování, dostatek odpočinku a spánku. Je podstatné, aby byli senioři bez bolesti, měli teplo a pohodlí v prostředí, kde žijí. Potřeba pití je snižena, nepociťují pocit žízně. Stejně tak i hygiena a úprava zevnějšku ustupuje do pozadí ve fyziologických potřebách. (Mlýnková, 2011)

Z vyšších potřeb je důležitý pocit bezpečí a jistoty. Často mají senioři strach ze ztráty svého životního partnera a ze závislosti na druhých. Pro některé seniory je důležité vzdělání a navštěvují univerzity třetího věku nebo různé kurzy. Pro aktivní seniory je tu možnost Senior pasu, který je pro osoby starší 55 let. Díky tomuto Senior pasu mají slevy na kulturní a společenské akce, dopravu vlakem, slevy v oblasti ubytování, zdravotnictví nebo vzdělání. Duchovní potřeby mají pro některé seniory velký význam. Hodnotí svůj prožitý život, zda zvládli vše, co bylo jejich cílem. V domovech pro seniory i v nemocnicích bývá místnost, kde probíhají v určité dny bohoslužby, které senioři mohou navštívit. (Mlýnková, 2011) Senioři mají tendenci vyhýbat se neznámému či novému prostředí a lidem. (Bicková, 2011)

Ke zhodnocení potřeb seniora nám slouží anamnézy a také jeho rodina, která nám řekne mnohdy více než senior. (Mlýnková, 2011) Bolest je pro seniory častým problémem a hodnotíme ji nejčastěji pomocí tzv. „Vizuální analogové škály bolesti“ (viz příloha č. 3). Další možností hodnocení je numerická hodnotící škála, která je v různých rozhraních (0 až 10, 0 až 100), kde nula znamená žádná bolest a 10 nebo 100 nejhorší bolest (viz příloha č. 4). „Face Scale – výrazová škála“ se využívá u osob, kteří nejsou schopni vyjádřit svoji bolest na číselné ose. Hodnotí se jejich výrazy obličeje. Dále u bolesti hodnotíme: lokalitu, vyzařování, trvání (akutní, chronická – déle než 6 měsíců), intenzitu (slabá, střední, silná, nesnesitelná), za jakých okolností vzniká, charakter bolesti (bodavá, svíravá, pálivá) a její projevy. Pomocí mapy bolesti podle Margolese, kterou najdeme v příloze č. 4, označujeme místo bolesti a barevně pocity vzniklé s bolestí dle

daného pracoviště (modře – obecná, červená – pálení, zelená - svírání). (Pokorná a kolektiv, 2013)

Sledujeme stav kůže. Snížený kožní turgor je průkazem dehydratace. (Mlýnková, 2011) Dehydratace značí problém ve vnitřním prostředí seniora. Jejich pocit žízně je snížen. (Nováková, 2011) Barva kůže, žlutá je příznakem žloutenky, bílá poukazuje na chudokrevnost. Hematomy mohou znamenat poruchu krevní srážlivosti. Všímáme si proleženin a stavu nehtů. Na obličejí se může objevit cyanóza rtů nebo nosu, což značí nedokrevnost nebo sníženou tělesnou teplotu. Suché rty jsou důkazem dehydratace. Na dolních končetinách si všímáme varixů, chronických ran, zejména na bérkách a kotníku. (Mlýnková, 2011)

1.7 Sociální zařízení pro seniory

Sociální zařízení je určeno lidem, kteří se o sebe nejsou schopni postarat a obejít se bez pomoci druhé osoby. (MPSV, 2015) Mezi sociální zařízení pro seniory řadíme: domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou, denní stacionáře, pečovatelskou službu, domovinky, denní nebo týdenní stacionáře, odlehčovací služby a mnoho dalších. Některé z nich jsou popsány níže. (Příbyl, 2015)

Domov pro seniory

Domovy pro seniory poskytují celoroční pobytové služby k podpoře soběstačnosti člověka a zajišťují podmínky pro důstojný a kvalitní život. (Mlýnková, 2011) Lidé navštíví domov pro seniory často ze zdravotních důvodů nebo vzhledem ke svému věku nemohou být sami a rodina jim nemůže zajistit každodenní péči. Domovy důchodců jsou pro občany, kteří potřebují komplexní péči kvůli svému zdravotnímu stavu. Je zde kladen důraz na aktivizaci a sociální terapeutické činnosti. (Burda, 2016) Domovy pro seniory poskytují ubytování, stravu, pomoc ve všech činnostech o sebe sama, kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a také aktivizaci. (MPSV, 2015)

Domy s pečovatelskou službou

Pečovatelská služba je určena pro lidi, kteří nejsou schopni si zajistit některé životní potřeby samy či s pomocí rodiny. Jedná se většinou o relativně zdravé seniory. (Mlýnková, 2011) Pobytové sociální zařízení vlastní obec, u které senior žádá o pobyt v pronájmu. Domy jsou rozděleny na malé jednotky, kde mohou bydlet i páry. Domy s pečovatelskou službou se budují kvůli nevyhovujícím domácnostem pro život seniorů, dobré dostupnosti pečovatelské služby po celé republice, a také kvůli osamělosti seniora, což je mnohdy velký problém pro staré lidi. (Hauke, 2014) Mezi pečovatelské služby patří pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy a chodu domácnosti, doprovod k lékaři, na úřady nebo na nákup. (Mlýnková, 2011)

Denní stacionáře

Denní stacionáře se snaží zachovat nebo zlepšit kvalitu života klientů, kteří žijí ve své rodině, ale potřebují v některých oblastech života podporu. Stacionáře slouží rodině a blízkým, kteří pečují o osobu příjemnou úlevu. (Mlýnková, 2011) Jedná se o ambulantní službu pro lidi, kteří jsou závislí na druhé osobě. (Příbyl, 2015)

Pečovatelská služba

Zajišťuje péči seniorům v jejich domácím prostředí. Poskytuje například hygienickou péči, přípravu jídla, krmení, nakupování, praní, žehlení, doprovod k lékaři a další služby, které jsou placené. Pečovatelská služba rozváží svým klientům obědy, má své prádelny a střediska osobní hygieny. (Mlýnková, 2011) Pečovatelská služba je ambulantní v zařízeních sociálních služeb nebo terénní v domácnostech osob a provádí úkony ve vymezeném čase. (Příbyl, 2015)

Domovinky

Domovinky někdy nazývané jako centrum denních služeb jsou služby ambulantního typu, kam dochází osoby se sníženou soběstačností. (Malíková, 2011) Umožňují denní pobyt seniorům s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi, kteří potřebují denní péči. Tato zařízení pomáhají klientům i jejich rodinám. Často jsou zde senioři, když se o ně nemá kdo přes den postarat, když jsou všichni v zaměstnání. Na celý den mají

určený plán s různými aktivitami. Tvoří výrobky, tancují, zpívají, hrají hry a mají zde i oběd. Domovinky umožňují i odlehčovací služby, které slouží rodině k odpočinku. Například před odjezdem na dovolenou zde ubytují seniora a je tu o něj na pár dní postaráno. (Mlýnková, 2011)

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb

Sociální služby mohou být poskytovány v terénních, ambulantních a pobytových službách. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. popisuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám pomocí sociálních služeb a příspěvku na péči. V popředí stojí zachování lidské důstojnosti, respektování práv lidí, podpora soběstačnosti, využití individuálního přístupu a také rovnoprávnost. (Bicková, 2011) V zákoně o sociálních službách je 13 základních činností, mezi které například patří pomoc při péči o sebe sama, pomoc v chodu domácnosti, výchova, vzdělávání, aktivizace, sociální poradenství, telefonická krizová pomoc a další. (MPSV, 2015)

1.8 Zdravotnická zařízení pro seniory

Zdravotnická zařízení můžeme rozdělit na ambulantní, kdy není nutná hospitalizace a lůžková, kde je nutné pacienta hospitalizovat. (Příbyl, 2015) Mezi ambulantní řadíme ambulance praktických lékařů a další specializované ambulance jako jsou urologie, chirurgie, ortopedie a mnoho dalších. Lůžková péče může být akutní standardní (při náhlém zhoršení zdravotního stavu), akutní intenzivní (s předpokladem, že by mohlo dojít k selhání nebo selhávání základních životních funkcí), následná (k doléčení, kdy nelze zvládnout péči v domácím prostředí s předpokladem, že by se stav seniora zhoršil bez péče) a dlouhodobá péče (u seniorů s předpokladem, že bez péče se jejich zdravotní stav zhorší nebo se předpokládá, že jejich zdravotní stav nelze zlepšit na akutních lůžcích). (Burda, 2016)

Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)

Léčebny nebo oddělení pro dlouhodobě nemocné poskytují komplexní zdravotní péči o dlouhodobě nemocné nebo geriatrické pacienty. Patří mezi zdravotnické zařízení. Jsou určeny pro pacienty s déle trvajícími onemocněními, kteří potřebují ošetrovatelskou

a rehabilitační péči. (Čeledová, Čevela, 2010) Léčebny dlouhodobě nemocných jsou řazeny do systému zdravotního pojištění. (Holmerová, 2014)

Geriatric

Slovo geriatric je odvozené z řečtiny gerón (starý člověk) a iatró (léčím). Tento lékařský obor se zabývá problémy zdravotního a funkčního stavu ve stáří, diagnostikováním, léčením a zvláštnostmi chorob u starých lidí. (Nováková, 2011) Geriatrický pacient se hodnotí podle Comprehensive Geriatric Assessment, kde se hodnotí zdravotní, funkční a psychosociální schopnosti a problémy seniorů. Cílem je vypracovat léčebný plán. Posuzujeme osobnost seniora, tělesné a duševní zdraví, funkční výkonnost a sociální role či vztahy. Rozdělení seniorů je názorně ukázáno v příloze č. 6. Hodnocení probíhá ve třech stádiích. První stádium používá klinické vyšetření. Druhé stádium využívá screeningová vyšetření a třetí stádium je podrobné, na které je třeba speciálních vybavení jako je bicykloergometrie, CT, magnetická rezonance nebo laboratorní vyšetření. (Elbourne, 2019) Existuje soubor příznaků, které nazýváme „geriatrické syndromy“, mezi které patří demence, závratě, pády, podvýživa, dehydratace, osteoporóza, močová inkontinence, ztráta zraku a sluchu a deprese. Příznaky se vzájemně prolínají a je nutno je řešit. K léčbě je mnohdy potřebný celý multidisciplinární tým odborníků. (Wilmoth, 2013) SPICES je vhodný pro vstupní zhodnocení celkového stavu seniora pro ošetrovatelskou péči s nutností provést poté další podrobnější hodnocení. Jednotlivá písmena znázorňují syndromy ve stáří vyžadující ošetrovatelské intervence:

S – Sleep Disorders – poruchy spánku,

P – problém s příjmem potravy,

I – inkontinence,

C – Confusion – zmatenost a porušené kognitivní funkce,

E – evidence pádů,

S – Skin Breakdown – porušení kožní integrity

(Pokorná a kolektiv, 2013)

2 Praktická část

Tato část bakalářské práce se bude zabývat výzkumnou částí.

2.1 Metodika výzkumu

V práci byl zvolen kvantitativní výzkum, při kterém bylo použito dotazníkové šetření pro získání informací o kvalitě života seniorů. Dotazník je vlastní tvorby, obsahuje 20 otázek týkajících se kvality života seniorů v zařízení, v kterém se nachází. První tři otázky se týkají věku, pohlaví respondenta a v jakém zařízení se respondent nachází. Otázka číslo 4 se týká spokojenosti se zdravým, otázka 5 se zabývá pocitem respondentů, zda žijí kvalitní život. Otázka 6 se zabývá výkonností při každodenních činnostech. Otázka číslo 7 se týká celkové spokojenosti s ubytováním, ve kterém se respondent nachází. Otázky 8-11 se zabývají hodnocením pomoci při každodenních činnostech a spokojeností s péčí od personálu. Otázky 12-14 se týkají činností, které respondent ve svém zařízení může vykonávat. Otázky 15-17 se týkají stravování, otázka 18 a 19 se zabývá vztahem mezi hospitalizovanými a respondentem a vztahy mezi rodinou a respondentem. Otázka 20 se zabývá pocitem osamělosti respondenta, který má vliv na kvalitu života. Dotazník je zcela anonymní. (viz příloha č. 7)

2.2 Výzkumné prostředí a charakter vzorku respondentů

Cílovou skupinou pro dotazování jsou senioři, kteří jsou v sociálním nebo zdravotnickém zařízení pro seniory. Dotazníkové šetření probíhalo v Třebíčské nemocnici na oddělení Léčebny pro dlouhodobě nemocné I. a II., v Jihlavské nemocnici na oddělení geriatrické a následné péče, v Domě s pečovatelskou službou v Okříškách, v Domově pro seniory Manželů Curieových Třebíč a Domově pro seniory Koutkova-Kubešova v Třebíči. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, 60 do zdravotnických zařízení a 60 do sociálních zařízení. Vyplněných dotazníků se vrátilo celkem 110. Ze sociálních zařízení se vrátilo 54 a ze zdravotnických zařízení 56 vyplněných dotazníků.

2.3 Průběh výzkumu

Dotazníkové šetření bylo zahájeno až po získání souhlasu od náměstkyň ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. V Jihlavě potvrdila souhlas s šetřením paní Mgr. Jarmila Cmuntová a v Třebíči paní Bc. Alena Hošková. V sociálním zařízení Domov pro seniory, Třebíč – Manželů Curieových povolila výzkum paní ředitelka Mgr. Malásková Zuzana, v Domově pro seniory Třebíč, Koutkova – Kubešova povolila výzkum paní ředitelka Mgr. Chalupová Helena a Domě s pečovatelskou službou v Okříškách povolil dotazníkové šetření pan starosta Zdeněk Ryšavý. Seniorům jsem při vyplňování dotazníků byla k dispozici, kdyby nějaké otázky nerozuměli. Se všemi byla dobrá spolupráce a výzkum probíhal bez problémů. Ke zpracování dat výzkumu byl použit Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Samotné dotazníkové šetření probíhalo od 29. 10. 2019 do 20. 2. 2020.

2.4 Výsledky výzkumu

Pro větší přehlednost v textu uvádím první tři položky v tabulkách a ostatní v grafech.

Otázka 1: V jakém se nacházíte zařízení?

Tabulka 1 Počet respondentů v sociálním a zdravotnickém zařízení

Zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sociální	54	49 %
Zdravotnické	56	51 %
Celkem	110	100 %

V tabulce 1 je uveden celkový počet 100 % (110) respondentů. Z toho 49 % (54) respondentů sociálního zařízení a 51 % (56) respondentů zdravotnického zařízení.

Otázka 2: Kolik Vám je let?

Tabulka 2 Věk respondentů

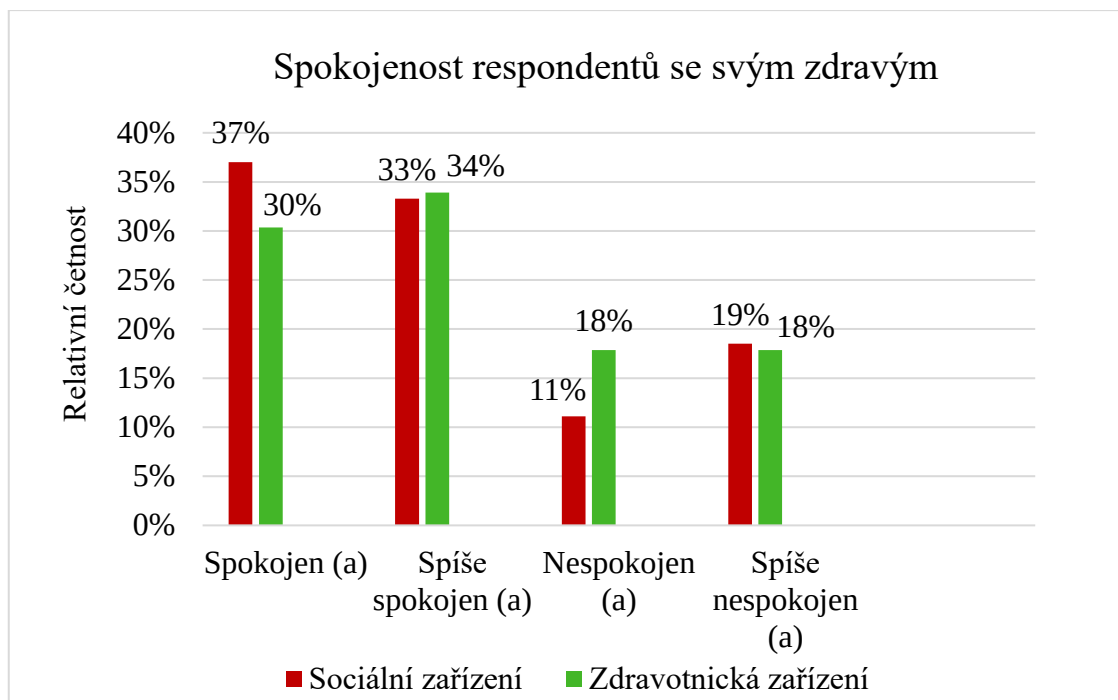
Věk	Sociální zařízení		Zdravotnická zařízení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
65 - 70	14	26 %	24	43 %
71 - 75	7	13 %	9	16 %
76 - 80	9	17 %	14	25 %
81 - 85	14	26 %	2	4 %
86 - 90	7	13 %	7	12 %
91 - 95	3	5 %	0	0 %
Celkem	54	100 %	56	100 %

V tabulce 2 je uveden věk respondentů. V sociálním zařízení odpovídalo 26 % (14) respondentů ve věku 65 - 70 let, 13 % (7) respondentů ve věku 71 - 75 let, 17 % (9) respondentů v letech 76 - 80, 26 % (14) ve věku 81 - 85 let, 13 % (7) v letech 86 - 90 a 5 % (3) respondenti ve věku 91 - 95 let. Ze zdravotnického zařízení odpovídalo 43 % (24) respondentů ve věku 65 - 70 let, 16 % (9) respondentů ve věku 71 - 75 let, 25 % (14) respondentů ve věku 76 - 80 let, 4 % (2) respondenti ve věku 81 - 85 let, 12 % (7) respondentů ve věku 86 - 90 a 0 % (0) respondentů v letech 91 - 95.

Otázka 3: Jste muž nebo žena?**Tabulka 3 Pohlaví respondentů**

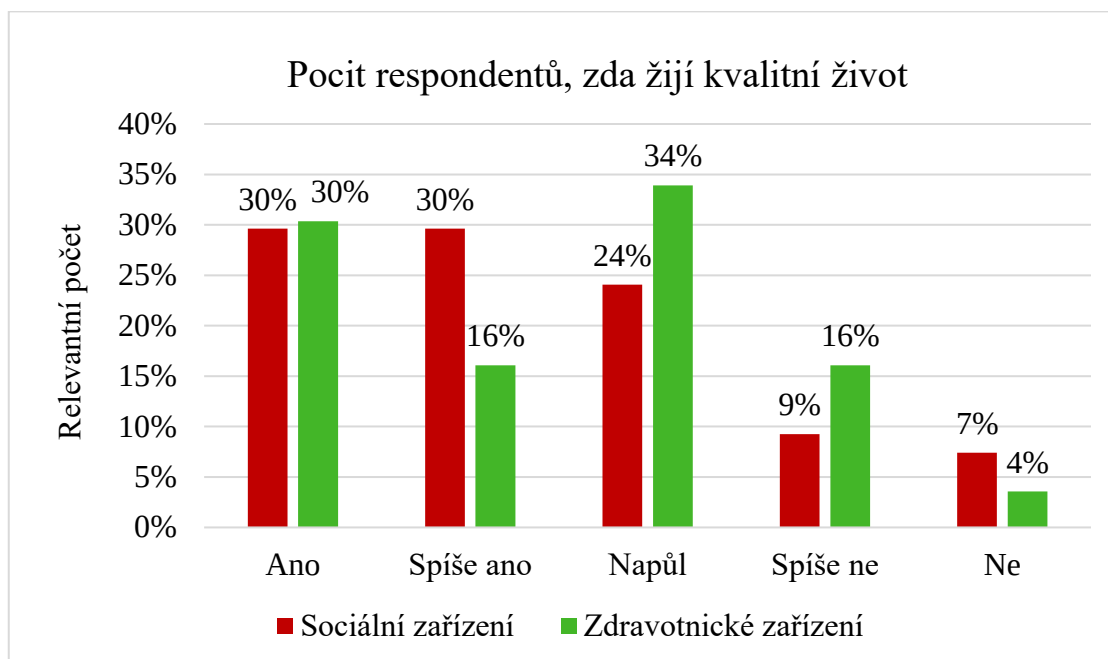
Pohlaví	Sociální zařízení		Zdravotnická zařízení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	18	33 %	21	38 %
Ženy	36	67 %	35	62 %
Celkem	54	100 %	56	100 %

V tabulce 3 je uveden počet respondentů. V sociálním zařízení je 33 % (18) mužů a 67 % (36) žen. Ve zdravotnickém zařízení je 38 % (21) mužů a 62 % (35) žen. V obou zařízeních odpovídalo více žen než mužů.

Otázka 4: Jste spokojen (a) se svým zdravím?**Graf 1 Spokojenost respondentů se svým zdravím**

V grafu 1 je znázorněna spokojenost respondentů se svým zdravím. V sociálním zařízení je 37 % (20) spokojeno se svým zdravím, 33 % (18) je spíše spokojeno se svým zdravím, 11 % (6) je nespokojeno a 19 % (10) je spíše nespokojeno se svým zdravím. Ve zdravotnickém zařízení je 30 % (17) spokojeno, 34 % (19) spíše spokojeno, 18 % (10) respondentů je nespokojeno a 18 % (10) spíše nespokojeno se svým zdravím.

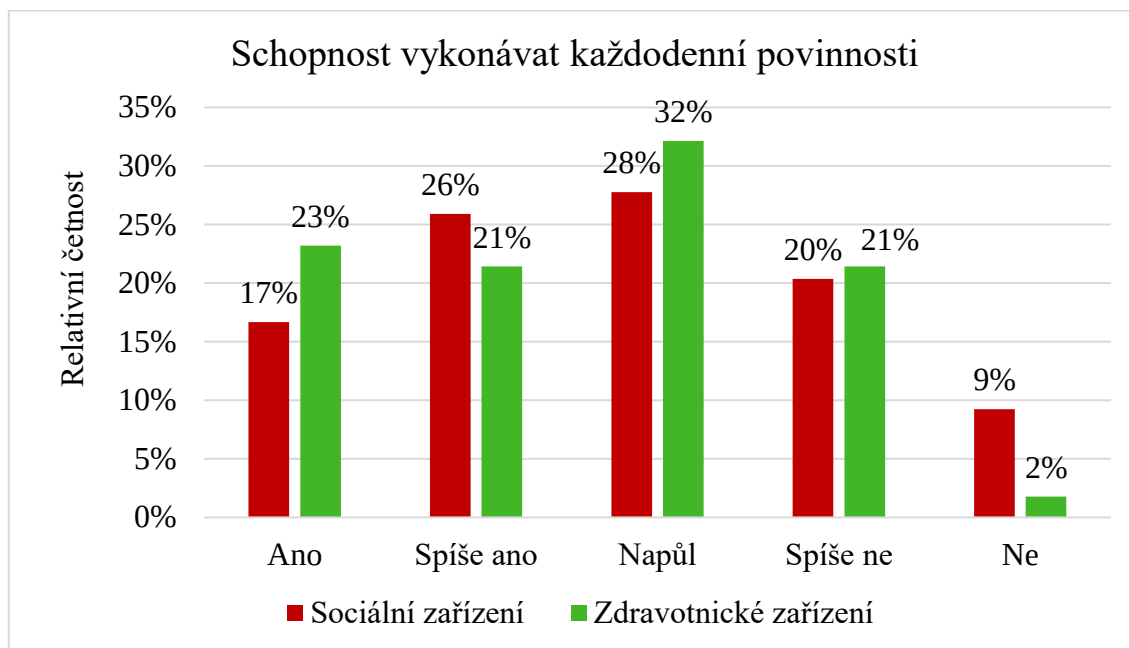
Otázka 5: Máte pocit, že žijete kvalitní život?



Graf 2 Pocit respondentů, zda žijí kvalitní život

V grafu 2 je znázorněno, že ze sociálního zařízení má 30 % (16) pocit, že žijí kvalitní život, 30 % (16), že spíše žijí kvalitní život, 24 % (13), že žijí napůl kvalitní život, 9 % (5) odpovědělo, že spíše nežijí kvalitní život a 7 % (4), že mají pocit, že nežijí kvalitní život. Ze zdravotnického zařízení má 30 % (17) pocit, že žijí kvalitní život, 16 % (9), že spíše žijí kvalitní život, 34 % (19), že žijí napůl kvalitní život, 16 % (9) mají pocit, že spíše nežijí kvalitní život a 4 % (2) pocitují, že nežijí kvalitní život.

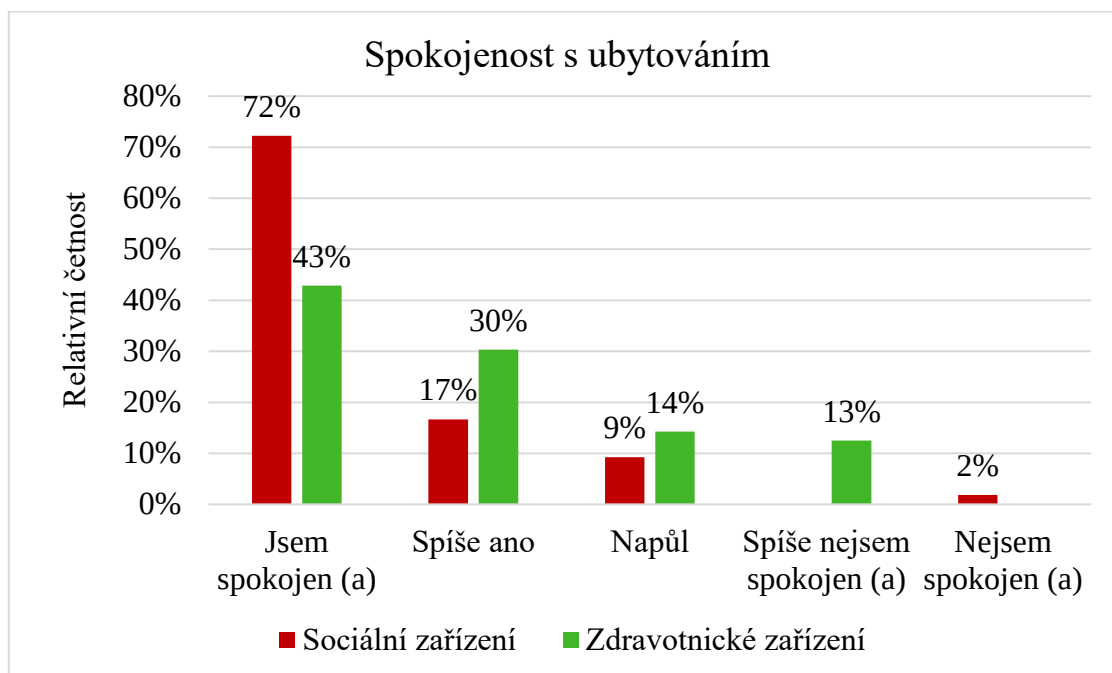
Otázka 6: Jste schopen/ schopna vykonávat každodenní povinnosti s energií a bez pocitu velké únavy?



Graf 3 Schopnost vykonávat každodenní povinnosti

Graf 3 poukazuje na to, zda jsou respondenti schopni vykonávat každodenní povinnosti s energií a bez pocitu velké únavy. Ze sociálního zařízení odpovědělo 17 % (9) ano, 26 % (14) spíše ano, 28 % (15) napůl, 20 % (11) spíše nejsou schopni vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy a 9 % (5) není schopno vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy. Ze zdravotnického zařízení je 23 % (13) schopno vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy, 21 % (12) odpovědělo, že je spíše schopno vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy, 32 % (18) napůl, 21 % (12) odpovědělo, že spíše není schopno vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy a 2 % (1) není schopno vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy.

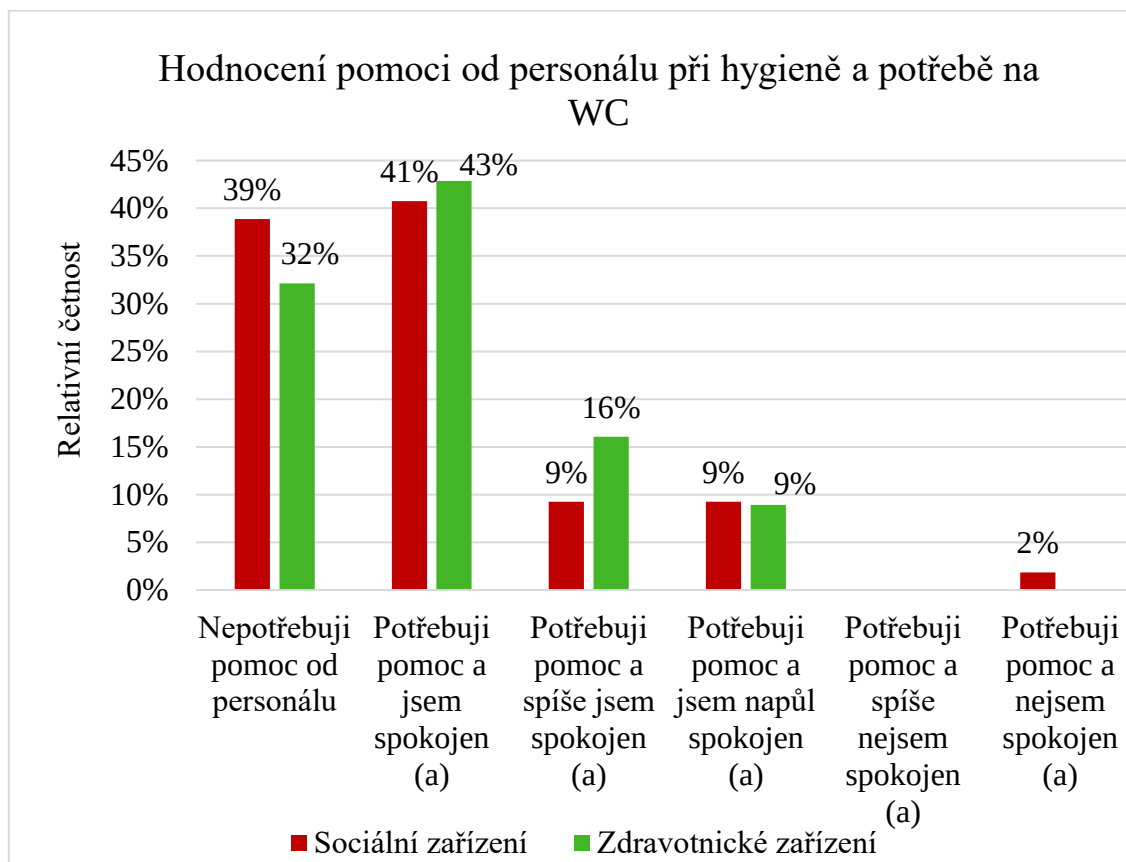
Otázka 7: Jste spokojen (a) s ubytováním v tomto zařízení?



Graf 4 Spokojenost s ubytováním

Graf 4 znázorňuje, že ze sociálního zařízení je 72 % (39) spokojeno s ubytováním, 17 % (9) je spíše spokojeno, 9 % (5) je napůl spokojeno, 0 % (0) je spíše nespokojeno a 2 % (1) nejsou spokojeni s ubytováním v jejich zařízení. Ze zdravotnického zařízení je 43 % (24) spokojeno s ubytováním, 30 % (17) spíše spokojeno, 14 % (8) je napůl spokojeno, 13 % (7) je spíše nespokojeno a 0 % (0) je nespokojeno s ubytováním v jejich zařízení.

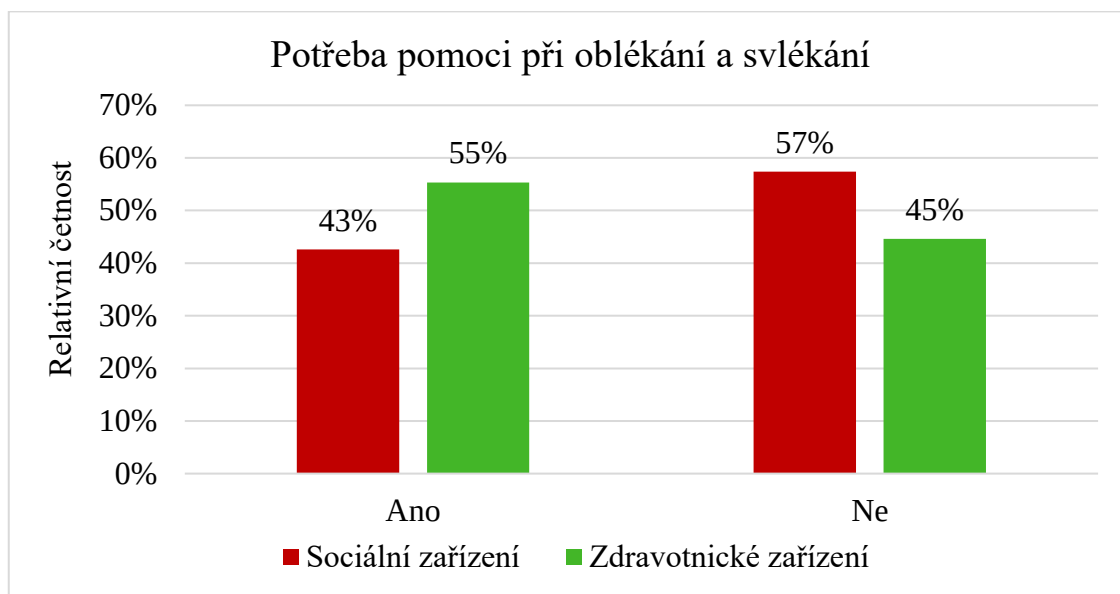
Otázka 8: Jak hodnotíte pomoc od personálu při každodenní hygieně nebo potřebě na WC, potřebujete-li ji?



Graf 5 Hodnocení pomoci od personálu při hygieně a potřebě na WC

V grafu 5 je znázorněno, že ze sociálního zařízení 39 % (21) nepotřebuje pomoc od personálu, 41 % (22) potřebuje pomoc a jsou spokojeni, 9 % (5) potřebují pomoc a jsou spíše spokojeni, 9 % (5) potřebuje pomoc a jsou napůl spokojeni, 0 % (0) potřebují pomoc a spíše nejsou spokojeni a 2 % (1) potřebují pomoc a nejsou spokojeni. Ze zdravotnického zařízení 32 % (18) hodnotí, že nepotřebují pomoc od personálu, 43 % (24) potřebuje pomoc a jsou spokojeni, 16 % (9) potřebuje pomoc a jsou spíše spokojeni, 9 % (5) potřebuje pomoc a jsou napůl spokojeni, 0 % (0) potřebuje pomoc a spíše nejsou spokojeni a nejsou spokojeni.

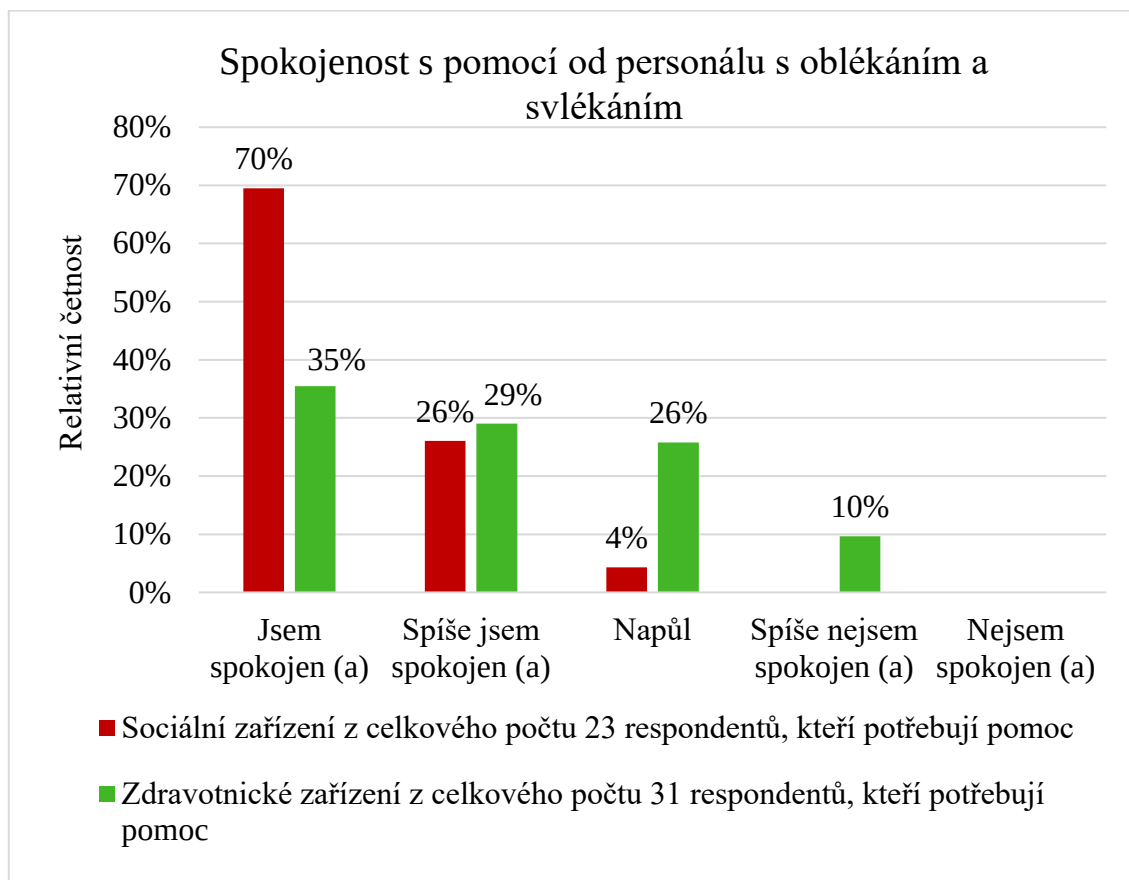
Otázka 9: Potřebujete pomoc od personálu při oblékání a svlékání?



Graf 6 Potřeba pomoci při oblékání a svlékání

V grafu 6 je znázorněno, že ze sociálního zařízení 43 % (23) potřebuje pomoc od personálu při oblékání a svlékání a 57 % (31) nepotřebuje pomoc při oblékání a svlékání. Ze zdravotnického zařízení potřebuje 55 % (31) pomoc od personálu a 45 % (25) nepotřebuje pomoc od personálu při oblékání a svlékání.

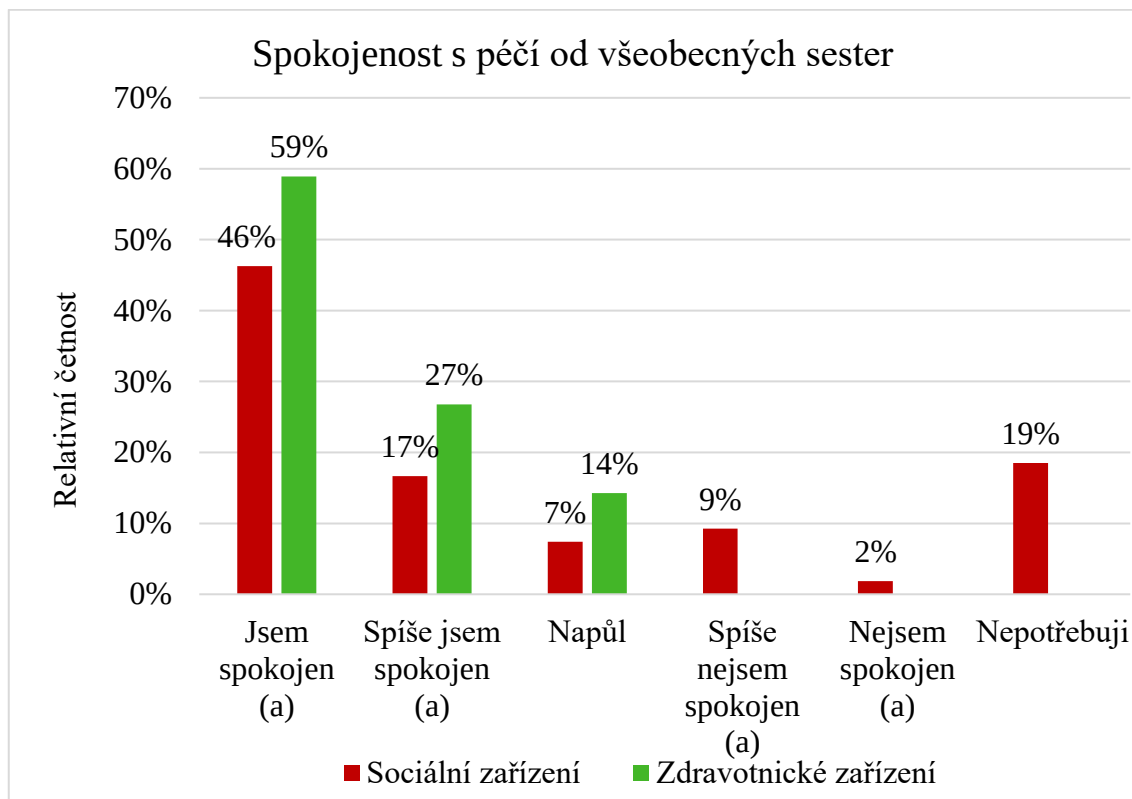
Otázka 10: Jak jste spokojen (a) s pomocí od personálu při oblékání a svlékání, potřebujete-li ji?



Graf 7 Spokojenost s pomocí od personálu s oblékáním a svlékáním

V grafu 7 je znázorněné, že ze sociálního zařízení z 23 respondentů, kteří potřebují pomoc s oblékáním a svlékáním je 70 % (16) spokojeno, 26 % (6) je spíše spokojeno, 4 % (1) je napůl spokojeno a 0 % (0) spíše nespokojeno a nespokojeno s pomocí od personálu při oblékání a svlékání. Ve zdravotnickém zařízení, ze 31 respondentů, kteří pomoc potřebují, je 35 % (11) respondentů spokojeno, 29 % (9) spíše spokojeno, 26 % (8) napůl spokojeno, 10 % (3) je spíše spokojeno a 0 % (0) respondentů je nespokojeno s pomocí od personálu při oblékání a svlékání.

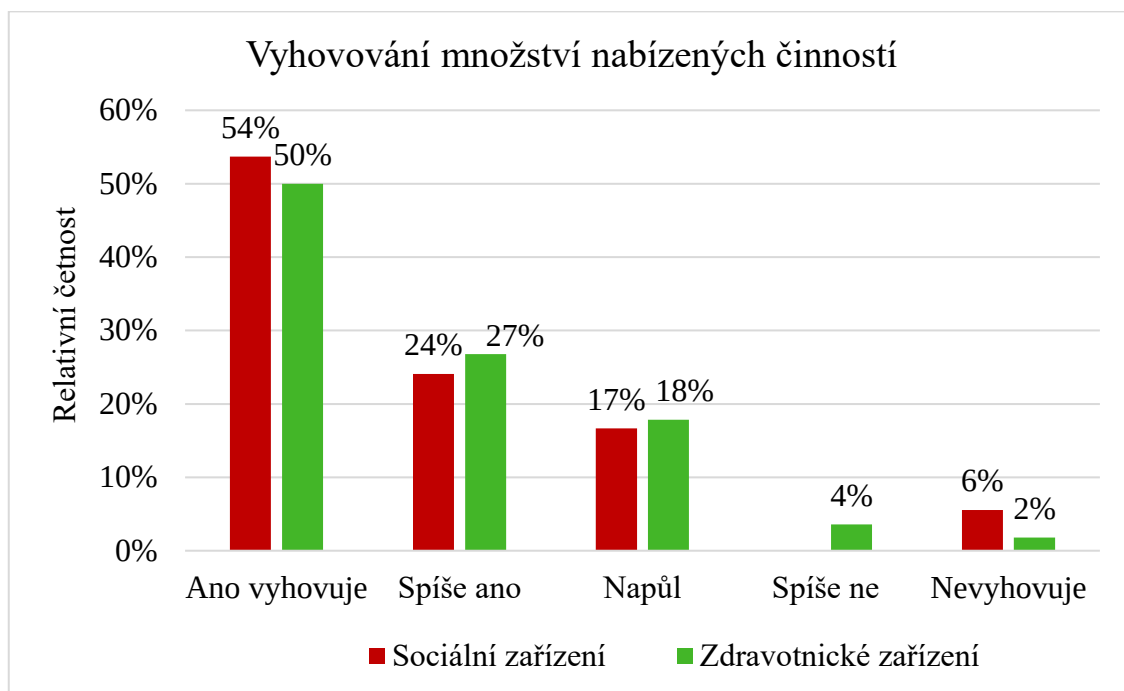
Otázka 11: Jste spokojen (a) s péčí od všeobecných sester, které Vám poskytují zdravotní služby? (podávají léky, převazují rány, aplikují injekce, měří fyziologické funkce)



Graf 8 Spokojenost s péčí od všeobecných sester

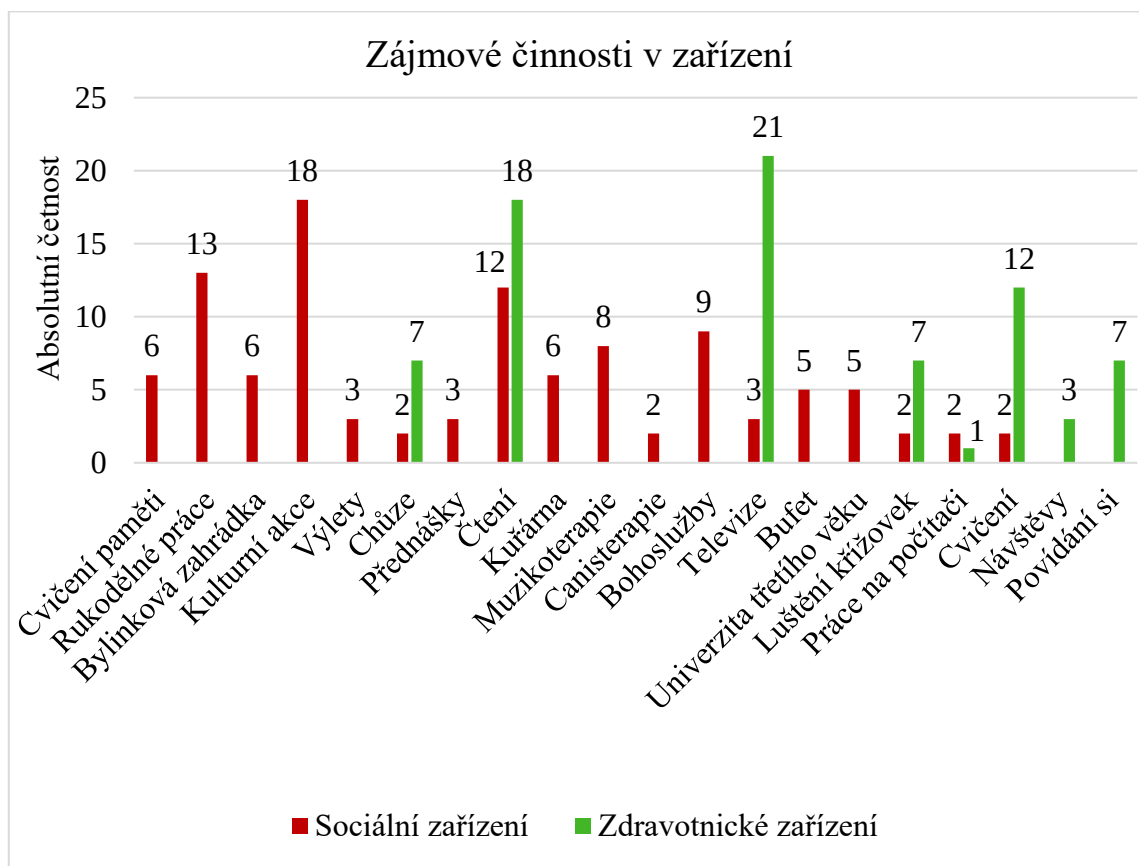
V grafu 8 je znázorněno, že ze sociálního zařízení je 46 % (25) spokojeno s péčí od všeobecných sester, 17 % (9) je spíše spokojeno, 7 % (4) je napůl spokojeno, 9 % (5) je spíše nespokojeno, 2 % (1) je nespokojeno a 19 % (10) tuto péči nepotřebuje. Ze zdravotnického zařízení je 59 % (33) spokojeno s péčí od všeobecných sester, 27 % (15) je spíše spokojeno, 14 % (8) je napůl spokojeno, 0 % (0) respondentů odpovědělo, že spíše nejsou spokojeni, nejsou spokojeni nebo nepotřebují tuto péči od všeobecných sester.

Otázka 12: Vyhovuje Vám množství nabízených činností, které můžete vykonávat?



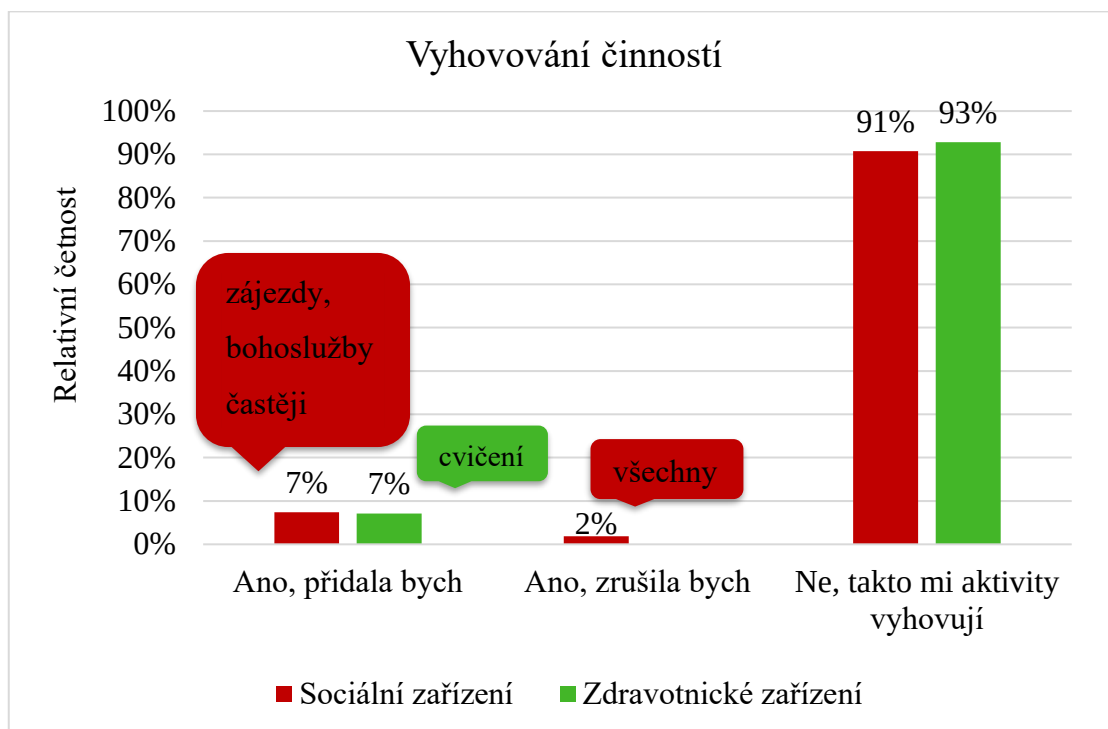
Graf 9 Vyhovování množství nabízených činností

V grafu 9 je zobrazeno, že ze sociálního zařízení 54 % (29) respondentům vyhovuje množství nabízených činností, 24 % (13) spíše vyhovuje nabízené množství činností, 17 % (9) vyhovuje napůl, 0 % (0) spíše nevyhovuje a 6 % (3) nevyhovuje množství nabízených činností, které zde mohou vykonávat. Ze zdravotnického zařízení 50 % (28) vyhovuje množství nabízených činností, 27 % (15) spíše vyhovuje, 18 % (10) vyhovuje napůl, 4 % (2) spíše nevyhovuje a 2 % (1) nevyhovuje množství nabízených činností, které zde mohou vykonávat.

Otázka 13: Jaké zájmové činnosti zde můžete vykonávat?**Graf 10 Zájmové činnosti v zařízení**

V grafu 10 jsou zobrazené činnosti, které respondenti vykonávají ve svých zařízeních. Respondenti měli možnost odpovědět více odpovědí. Z grafu lze vyčíst, že nejvíce respondentů (18) v sociálním zařízení odpovědělo, že se účastní kulturních akcí, dále se účastní rukodělných prací (13), bohoslužeb (9), muzikoterapií (8), cvičí paměť (6), chodí na bylinkovou zahrádku (6), navštěvují kužárnu (6), bufet (5), chodí na Univerzitu třetího věku (5), jezdí na výlety (3), chodí na přednášky (3), dívají se na televizi (3). Dále se účastní canisterapie (2), luští křížovky (2) a pracují na počítači (2). Ve zdravotnickém zařízení odpovědělo nejvíce respondentů (21), že se dívá na televizi. Dále odpověděli, že čtou (18), cvičí (12), chodí (7), povídají si (7), chodí za nimi návštěvy (3) a jeden respondent odpověděl, že pracuje na počítači.

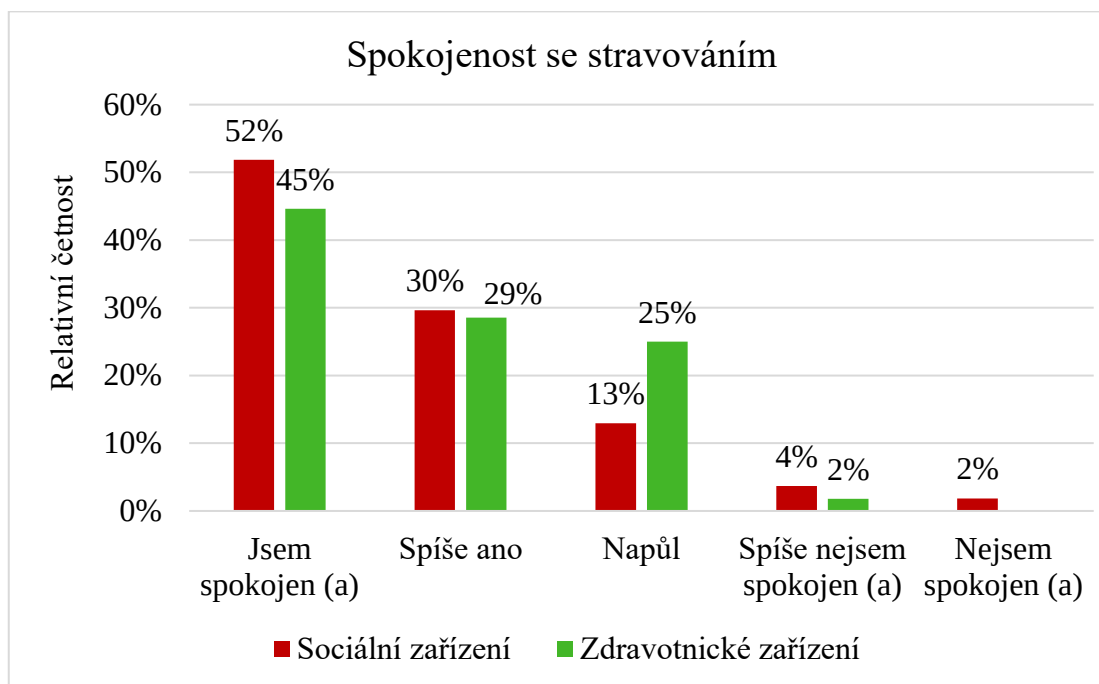
Otázka 14: Přidal (a) byste nějakou činnost nebo naopak zrušil (a)?



Graf 11 Vyhovování činností

V grafu 11 je znázorněno, že ze sociálního zařízení by 7 % (4) přidalo nějakou činnost, 2 % (1) by zrušili nějakou činnost a 91 % (49) tyto aktivity vyhovují. Ze zdravotnického zařízení by 7 % (4) přidalo nějakou činnost, 0 % (0) by zrušilo nějakou činnost a 93 % (52) aktivity vyhovují.

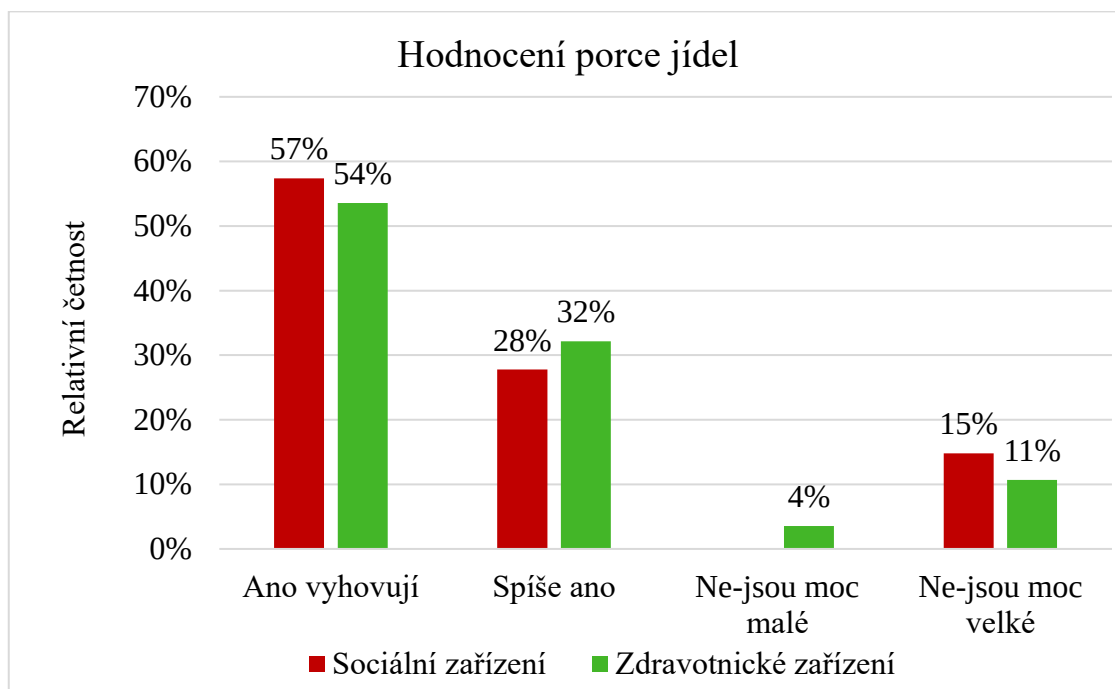
Otázka 15: Jste zde spokojen (a) se stravováním?



Graf 12 Spokojenost se stravováním

V grafu 12 je znázorněno, že ze sociálního zařízení je 52 % (28) spokojeno se stravováním, 30 % (16) je spíše spokojeno, 13 % (7) je napůl spokojeno, 4 % (2) je spíše nespokojeno a 2 % (1) není spokojeno se stravováním. Ze zdravotnického zařízení je 45 % (25) spokojeno se stravováním, 29 % (16) je spíše spokojeno, 25 % (14) je napůl spokojeno, 2 % (1) je spíše nespokojeno a 0 % (0) je nespokojeno se stravováním.

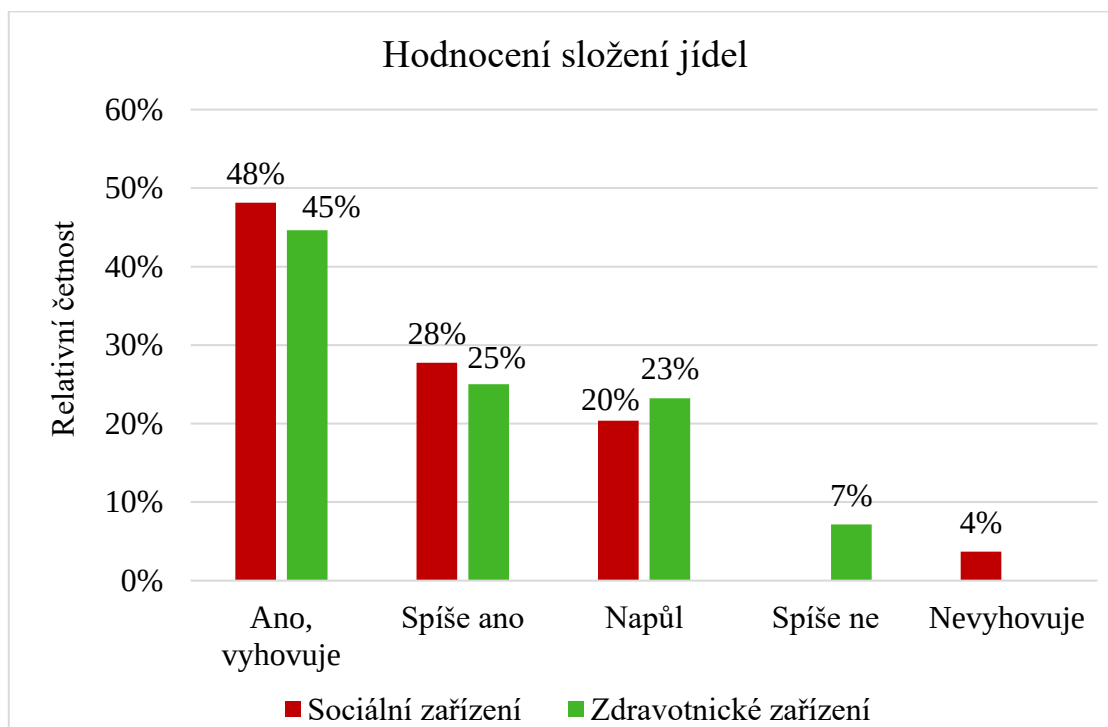
Otázka 16: Vyhovují vám porce jídel, které dostáváte?



Graf 13 Hodnocení porce jídel

V grafu 13 je zobrazeno, že ze sociálního zařízení 57 % (31) respondentům vyhovují porce jídel, 28 % (15) spíše vyhovují, 0 % (0) nevyhovují, protože jsou moc malé a 15 % (8) nevyhovují, protože jsou moc velké. Ze zdravotnického zařízení 54 % (30) vyhovují porce jídel, 32 % (18) spíše vyhovují, 4 % (2) nevyhovují z důvodu moc malé porce a 11 % (6) nevyhovují, protože jsou moc velké porce jídel.

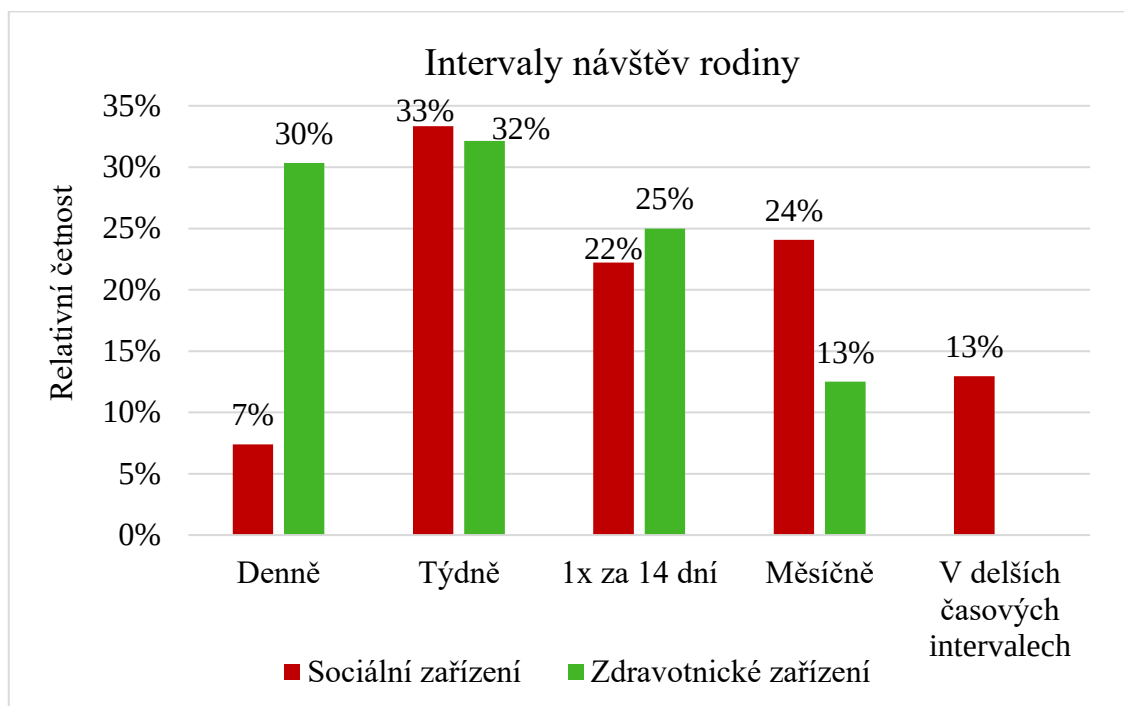
Otázka 17: Vyhovuje Vám složení jídel?



Graf 14 Hodnocení složení jídel

V grafu 14 je znázorněno, že ze sociálního zařízení 48 % (26) vyhovuje složení jídel, 28 % (15) spíše vyhovuje, 20 % (11) napůl vyhovuje, 0 % (0) spíše nevyhovuje a 4 % (2) nevyhovuje složení jídel. Ze zdravotnického zařízení 45 % (25) vyhovuje složení jídel, 25 % (14) spíše vyhovuje, 23 % (13) napůl vyhovuje složení jídel, 7 % (4) spíše nevyhovuje, 0 % (0) nevyhovuje složení jídel.

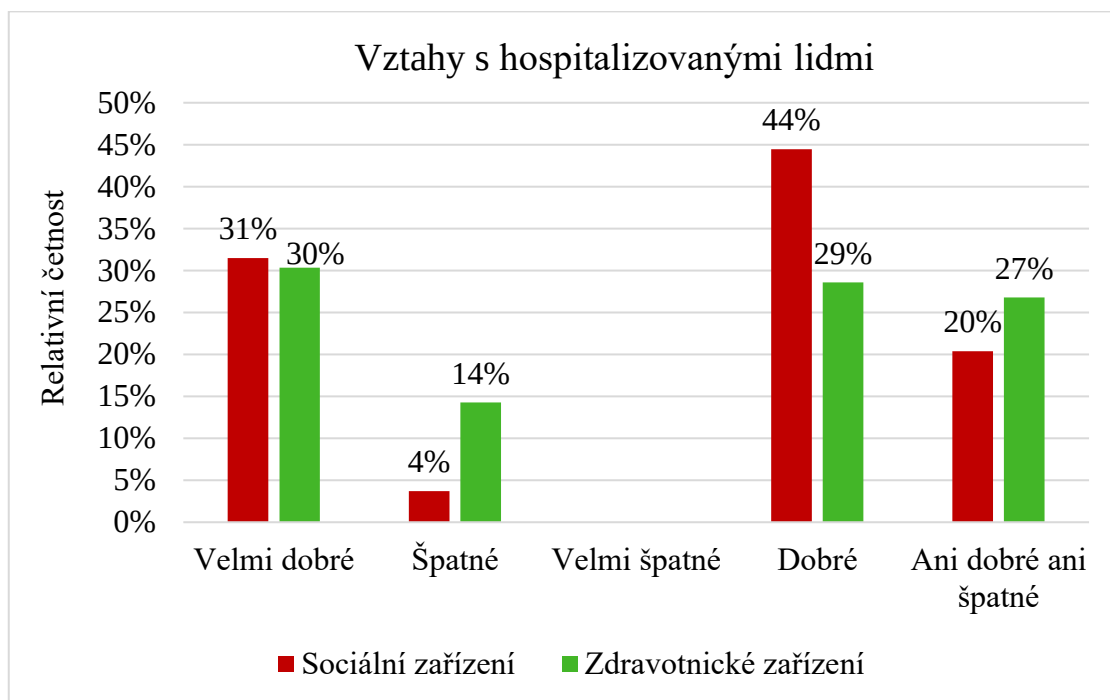
Otázka 18: Jak často Vás navštěvuje rodina?



Graf 15 Intervaly návštěv rodiny

V grafu 15 je znázorněné, že v sociálním zařízení navštěvuje rodina respondenta 7 % (4) denně, 33 % (18) týdně, 22 % (12) 1x za 14 dní, 24 % (13) měsíčně a 13 % (7) v delších časových intervalech. Ve zdravotnickém zařízení navštěvuje rodina 30 % (17) denně, 32 % (18) týdně, 25 % (14) 1x za 14 dní, 13 % (7) měsíčně a 0 % (0) v delších časových intervalech.

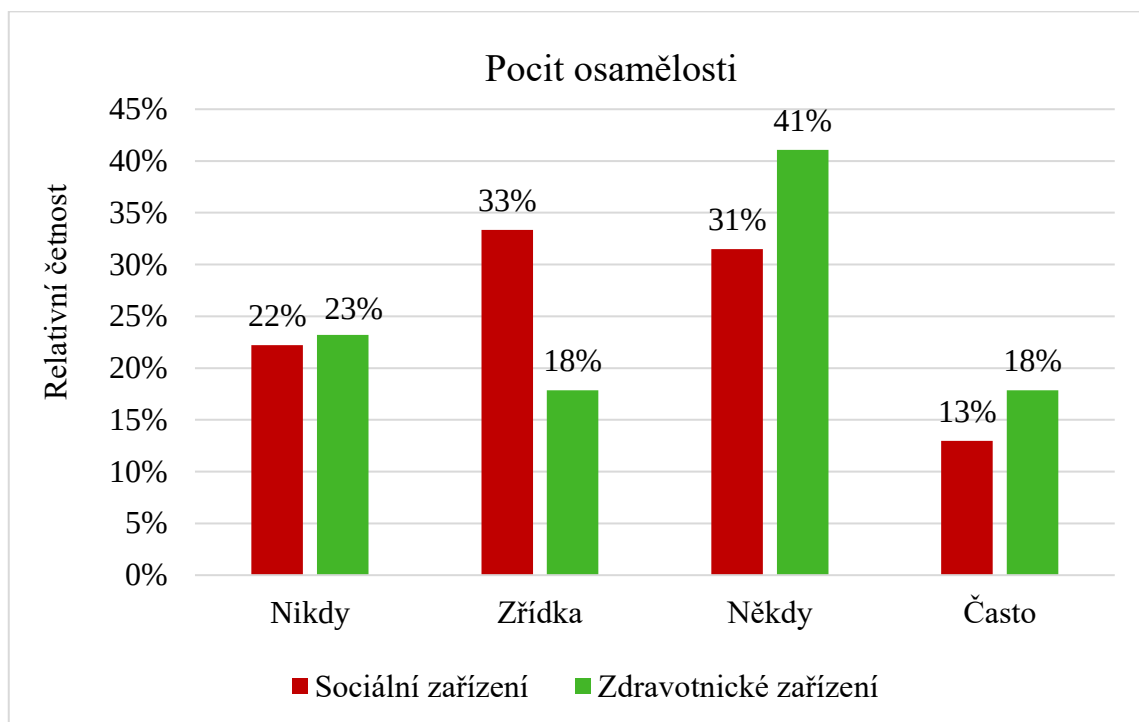
Otázka 19: Jaké jsou Vaše vztahy s lidmi, kteří jsou zde hospitalizováni?



Graf 16 Vztahy s hospitalizovanými lidmi

V grafu 16 je zobrazeno, že v sociálním zařízení má 31 % (17) respondentů velmi dobré vztahy s hospitalizovanými, 4 % (2) má špatné vztahy, 0 % (0) velmi špatné, 44 % (24) má dobré vztahy a 20 % (11) nemá ani dobré ani špatné vztahy s hospitalizovanými lidmi. Ve zdravotnickém zařízení má 30 % (17) velmi dobré vztahy s hospitalizovanými, 14 % (8) má špatné vztahy, 0 % (0) má velmi špatné vztahy, 29 % (16) má dobré vztahy a 27 % (15) nemá ani dobré ani špatné vztahy s hospitalizovanými lidmi.

Otázka 20: Cítíte se osaměle?



Graf 17 Pocit osamělosti

V grafu 17 je vidět, že ze sociálního zařízení se 22 % (12) respondentů necítí nikdy osaměle, 33 % (18) se cítí zřídka osaměle, 31 % (17) se někdy cítí osaměle a 13 % (7) se cítí často osaměle. Ze zdravotnického zařízení se necítí nikdy osaměle 23 % (13) respondentů, 18 % (10) se cítí zřídka osaměle, 41 % (23) se někdy cítí osaměle a 18 % (10) respondentů se často cítí osaměle.

3 Diskuze

V bakalářské práci, kterou jsme zpracovali „Porovnání kvality života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení“ jsme si stanovili za cíl, zjistit, zdali se liší kvalita života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení. K cíli jsme si stanovili 4 výzkumné otázky.

První tři otázky v dotazníku se zabývaly obecnými údaji respondentů. První otázka zjišťovala, v jakém se nachází respondent zařízení. Z celkového počtu 100 % (110) respondentů odpovědělo 49 % (54), že se nachází v sociálním zařízení a 51 % (56) respondentů odpovědělo, že se nachází ve zdravotnickém zařízení.

Druhá obecná otázka se zabývala věkem respondentů. Ze sociálního zařízení odpovědělo 26 % (14) respondentů, že jim je 65 - 70 let, 13 % (7) respondentů, že jsou ve věku 71 - 75 let, 17 % (9) respondentů je v letech 76 - 80, 26 % (14) je ve věku 81 - 85 let, 13 % (7) v letech 86 - 90 a 5 % (3) respondenti ve věku 91 - 95 let. Ze zdravotnického zařízení odpovědělo 43 % (24) respondentů ve věku 65 - 70 let, 16 % (9) respondentů ve věku 71 - 75 let, 25 % (14) respondentů ve věku 76 - 80 let, 4 % (2) respondenti ve věku 81 - 85 let, 12 % (7) respondentů ve věku 86 - 90 a 0 % (0) respondentů v letech 91 - 95.

Třetí obecná otázka se zabývala pohlavím respondentů. V sociálním zařízení odpovídalo 33 % (18) mužů a 67 % (36) žen. Ve zdravotnickém zařízení odpovídalo 38 % (21) mužů a 62 % (35) žen. V obou zařízeních odpovídalo více žen než mužů.

Výzkumná otázka 1: Jak se liší kvalita života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení?

První výzkumnou otázkou jsme zkoumali, jak se liší kvalita života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení. K této výzkumné otázce se vztahují otázky 4, 5, 6 a 7 z dotazníku.

Na otázku, zda jsou respondenti spokojeni se svým zdravím odpovědělo ze sociálního zařízení, že je 37 % (20) spokojeno se svým zdravím, 33 % (18) je spíše spokojeno se svým zdravím, 11 % (6) je nespokojeno a 19 % (10) respondentů je spíše nespokojeno se svým zdravím. Ze zdravotnického zařízení odpovědělo 30 % (17), že je spokojeno, 34 % (19) spíše spokojeno, 18 % (10) respondentů je nespokojeno a 18 % (10) spíše

nespokojeno se svým zdravím. Z toho vyplývá, že v sociálním zařízení jsou respondenti více spokojeni se svým zdravím než ve zdravotnickém zařízení.

Dále jsme se respondentů ptali, zda mají pocit, že žijí kvalitní život. Ze sociálního zařízení odpovědělo 30 % (16) respondentů, že má pocit, že žijí kvalitní život, 30 % (16), že spíše žijí kvalitní život, 24 % (13), že žijí napůl kvalitní život, 9 % (5) odpovědělo, že spíše nežijí kvalitní život a 7 % (4), že mají pocit, že nežijí kvalitní život. Ze zdravotnického zařízení odpovědělo 30 % (17) respondentů, že má pocit, že žijí kvalitní život, 16 % (9), že spíše žijí kvalitní život, 34 % (19), že žijí napůl kvalitní život, 16 % (9) mají pocit, že spíše nežijí kvalitní život a 4 % (2) pociťují, že nežijí kvalitní život. Na tuto otázku odpovídali respondenti skoro vyrovnaně, jak ze sociálního, tak i ze zdravotnického zařízení. Je vidět, že v obou zařízeních žije mnoho lidí kvalitní život. V sociálním zařízení je ale o pár více spokojených respondentů než ve zdravotnickém zařízení. Jsme toho názoru, že je to tím, že v sociálním zařízení jsou delší dobu, najdou si tam přátele, kteří jim mnohdy nahrazují rodinu a zvyknou si na lidi, s kterými jsou v zařízení, na rozdíl od zdravotnického zařízení, kde jsou hospitalizováni kratší dobu.

Další otázka byla zaměřena na schopnost vykonávání každodenních povinností s energií a bez pocitu velké únavy. Ze sociálního zařízení odpovědělo 17 % (9) respondentů, že je schopno vykonávat každodenní povinnosti s energií a bez pocitu velké únavy, 26 % (14) odpovědělo spíše ano, 28 % (15) napůl, 20 % (11) spíše nejsou schopni vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy a 9 % (5) není schopno vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy. Ze zdravotnického zařízení odpovědělo 23 % (13) respondentů, že je schopno vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy, 21 % (12) odpovědělo, že je spíše schopno vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy, 32 % (18) napůl, 21 % (12) odpovědělo, že spíše není schopno vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy a 2 % (1) není schopno vykonávat povinnosti s energií a bez velké únavy. Z toho vyplývá, že v sociálním zařízení jsou respondenti méně schopni vykonávat každodenní povinnosti s energií a bez pocitu velké únavy, z toho důvodu mohli být zde přijati, aby se o ně měl kdo postarat, protože to sami doma nezvládnou.

Dále jsme se zabývali tím, jak jsou respondenti spokojeni s ubytováním ve svém zařízení. Ze sociálního zařízení odpovědělo 72 % (39) respondentů, že je spokojeno s ubytováním, 17 % (9) je spíše spokojeno, 9 % (5) je napůl spokojeno, 0 % (0) je spíše nespokojeno

a 2 % (1) nejsou spokojeni s ubytováním v jejich zařízení. Ze zdravotnického zařízení je 43 % (24) spokojeno s ubytováním, 30 % (17) spíše spokojeno, 14 % (8) je napůl spokojeno, 13 % (7) je spíše nespokojeno a 0 % (0) je nespokojeno s ubytováním v jejich zařízení. Na základě těchto výsledků můžeme říci, že více respondentů je spokojeno s ubytováním v sociálním zařízení než ve zdravotnickém.

S porovnáním práce dle výzkumu Malouškové (2015), kde tvrdí, že respondenti v pobytových sociálním zařízeních hodnotí kvalitu života podle subjektivního hodnocení uspokojování svých potřeb poskytované pomoci, podle vnímání a prožívání životních situací ve vztahu ke svým hodnotám a podle pocitu subjektivní spokojenosti, nám náš výzkum ukázal srovnatelný závěr. Vždy záleží na subjektivní spokojenosti jedince, jaké on má potřeby a jak jsou uspokojovány v jeho zařízení.

Výzkumná otázka 2: Jak jsou senioři spokojeni se službami a stravováním v sociálním či zdravotnickém zařízení?

Druhou výzkumnou otázkou jsme zjišťovali spokojenost seniorů se službami a stravováním v sociálním a zdravotnickém zařízení. K této výzkumné otázce se vztahují 8., 9., 10., 11., 15., 16. a 17. otázka z dotazníku.

Na otázku, jak hodnotí respondenti pomoc od personálu při každodenní hygieně nebo potřebě na WC a zda tuto pomoc potřebují odpověděli následovně: Ze sociálního zařízení 39 % (21) nepotřebuje pomoc od personálu, 41 % (22) potřebuje pomoc a jsou spokojeni, 9 % (5) potřebují pomoc a jsou spíše spokojeni, 9 % (5) potřebuje pomoc a jsou napůl spokojeni, 0 % (0) potřebují pomoc a spíše nejsou spokojeni a 2 % (1) potřebují pomoc a nejsou spokojeni. Ze zdravotnického zařízení 32 % (18) hodnotí, že nepotřebují pomoc od personálu, 43 % (24) potřebuje pomoc a jsou spokojeni, 16 % (9) potřebuje pomoc a jsou spíše spokojeni, 9 % (5) potřebuje pomoc a jsou napůl spokojeni, 0 % (0) potřebuje pomoc a spíše nejsou spokojeni a nejsou spokojeni. Z této otázky je patrné, že ve zdravotnickém zařízení potřebuje více respondentů pomoci než v sociálním zařízení a jsou spokojeni více ve zdravotnickém zařízení než v sociálním zařízení.

Otázky č. 9 a 10 se týkaly pomoci od personálu při oblékání a svlékání. Na otázku, zda potřebují pomoc respondenti při oblékání a svlékání, odpovědělo, ze sociálního zařízení 43 % (23) potřebuje pomoc od personálu při oblékání a svlékání a 57 % (31)

nepotřebuje pomoc při oblékání a svlékání. Ze zdravotnického zařízení odpovědělo, že potřebuje 55 % (31) pomoc od personálu a 45 % (25) nepotřebuje pomoc od personálu při oblékání a svlékání. Z této otázky vyplývá, že pomoc při oblékání a svlékání potřebuje více respondentů ve zdravotnickém zařízení než v sociálním.

V následující otázce jsme se zaměřili na spokojenost s pomocí od personálu při oblékání a svlékání u respondentů, kteří pomoc potřebují. V sociálním zařízení odpovědělo, že je 70 % (16) respondentů spokojeno, 26 % (6) je spíše spokojeno, 4 % (1) je napůl spokojen a nespokojenost zde nebyla žádná. Ve zdravotnickém zařízení odpovědělo 35 % (11) respondentů, že je spokojeno, 29 % (9) je spíše spokojeno, 26 % (8) je napůl spokojeno, 10 % (3) jsou spíše nespokojeni a nespokojeno je 0 % (0) respondentů. Z této otázky je zřejmé, že respondenti, kteří potřebují pomoc od personálu při oblékání a svlékání jsou v sociálním zařízení více spokojeni než ve zdravotnickém zařízení.

Další otázka byla zaměřena na spokojenost respondentů s péčí od všeobecných sester, které podávají léky, převazují rány, aplikují injekce, měří fyziologické funkce a mnoho dalších. V sociálním zařízení odpovědělo 19 % (10) respondentů, že tuto péči nepotřebuje, 46 % (25) je spokojeno s péčí od všeobecných sester, 17 % (9) je spíše spokojeno, 7 % (4) je napůl spokojeno, 9 % (5) je spíše nespokojeno, 2 % (1) je nespokojeno. Ze zdravotnického zařízení je 59 % (33) spokojeno s péčí od všeobecných sester, 27 % (15) je spíše spokojeno, 14 % (8) je napůl spokojeno a 0 % (0) respondentů odpovědělo, že spíše nejsou spokojeni, nejsou spokojeni nebo nepotřebují tuto péči od všeobecných sester. Z této otázky vyplývá, že je více respondentů spokojeno s péčí od všeobecných sester ve zdravotnickém zařízení než v sociálním zařízení.

Ze zdravotnického zařízení pro seniory (léčebny pro dlouhodobě nemocné) s porovnáním práce dle Dolejšové (2013), kde její výsledky na kvalitu života seniorů prokázal pozitivní vliv všeobecných sester, které jsou jedním z hlavních opěrných bodů dlouhodobé péče. Mnohdy přístup všeobecných sester ovlivní pohled seniora na zdravotnické zařízení. Respondenti na spokojenost s péčí od všeobecných sester, odpovídali pozitivně, protože většina respondentů byla spokojena s poskytovanou péčí. Problémem byla většinou špatná komunikace všeobecných sester. Tyto pozitivní výsledky se nám také potvrdily, že většina respondentů ze sociálního zařízení, což je 46 % (25) respondentů bylo

spokojených s péčí od všeobecných sester a ze zdravotnického zařízení odpovědělo 59 % (33), že je spokojeno s péčí od všeobecných sester.

V následujících třech otázkách (15, 16, 17) jsme se zabývali stravováním respondentů v jejich zařízeních. V sociálním zařízení jsou respondenti více spokojeni se stravováním, vyhovují jim více porce i složení jídel než ve zdravotnickém zařízení.

Výzkumná otázka 3: Jaké jsou mezilidské a rodinné vztahy u seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení?

Třetí výzkumnou otázkou jsme zjišťovali, jaké jsou mezilidské a rodinné vztahy u seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení. K této výzkumné otázce se vztahují otázky 18, 19 a 20 z dotazníku.

Na otázku, jak často Vás navštěvuje rodina, odpovědělo ze sociálního zařízení 7 % (4) respondenti denně, 33 % (18) týdně, 22 % (12) 1x za 14 dní, 24 % (13) měsíčně a 13 % (7) v delších časových intervalech. Ze zdravotnického zařízení odpovědělo 30 % (17) respondentů denně, 32 % (18) týdně, 25 % (14) 1x za 14 dní, 13 % (7) měsíčně a 0 % (0) v delších časových intervalech. Z toho vyplývá, že pravidelnější návštěvy jsou více ve zdravotnickém zařízení než v sociálním. Může to být tím, že lidé v sociálním zařízení už žijí a rodina to tak bere, že už tam jejich rodinný příslušník bydlí. Mnohdy na návštěvy rodina nemá tolik času, proto se respondent ocitl v tomto sociálním zařízení. Jsme toho názoru, že do zdravotnického zařízení chodí častěji návštěvy z důvodu náhlé změny, ztráty zdraví na rozdíl od sociálního zařízení, kde je respondent stabilizovaný a vlastně tam bydlí.

V další otázce jsme se zabývali vztahy mezi lidmi, kteří jsou zde hospitalizováni. Na tuto otázku odpovědělo ze sociálního zařízení 31 % (17) respondentů, že má velmi dobré vztahy s hospitalizovanými, 4 % (2) má špatné vztahy, 44 % (24) má dobré vztahy a 20 % (11) nemá ani dobré ani špatné vztahy s hospitalizovanými lidmi. Ve zdravotnickém zařízení má 30 % (17) velmi dobré vztahy s hospitalizovanými, 14 % (8) má špatné vztahy, 29 % (16) má dobré vztahy a 27 % (15) nemá ani dobré ani špatné vztahy s hospitalizovanými lidmi. Z obou zařízení odpovědělo 0 % (0) respondentů, že mají velmi špatné vztahy. Z této otázky je patrné, že v sociálním zařízení mají lepší vztahy než ve zdravotnickém zařízení. Jsme toho názoru, že je to dáno tím, že v sociálním zařízení

jsou lidé delší dobu, mají možnost se setkat více u nějaké aktivity a více si na sebe zvyknou než ve zdravotnickém zařízení.

Následující otázkou jsme zjišťovali, jak moc se respondenti ve svých zařízeních cítí osaměle. Ze sociálního zařízení odpovědělo 22 % (12) respondentů, že se necítí nikdy osaměle, 33 % (18) se cítí zřídka osaměle, 31 % (17) se někdy cítí osaměle a 13 % (7) se cítí často osaměle. Ze zdravotnického zařízení odpovědělo 23 % (13) respondentů, že se necítí nikdy osaměle, 18 % (10) se cítí zřídka osaměle, 41 % (23) se někdy cítí osaměle a 18 % (10) respondentů se často cítí osaměle. Z této otázky je zřejmé, že se v sociálním zařízení cítí více respondentů zřídka osaměle než ve zdravotnickém zařízení. Může tomu tak napovídat i to, že jsou v zařízení déle, už se nevrátí do svého domova, ke své rodině, na rozdíl od zdravotnického zařízení, kde jsou kratší dobu a domů se většinou vrací.

Podle Zachové (2014), která se ve svém výzkumu zaměřovala na mezilidské vztahy seniorů a lidí v domově i mimo něj, bylo zjištěno, že většina nemá hlubší vztahy s ostatními obyvateli domova, že mezi nimi nevzniká přátelství. Mezilidské vztahy se vytváří a upevňují nejčastěji v rámci jednotlivých úseků, kde se obyvatelé nejčastěji setkávají s jinými uživateli nebo pracovníky. Tento výzkum nemůžeme potvrdit, protože v sociálním zařízení odpovědělo 31 % (17) respondentů, že má velmi dobré vztahy a 44 % (24) odpovědělo, že má dobré vztahy s ostatními hospitalizovanými.

Výzkumná otázka 4: Jak se liší aktivizace seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení?

Čtvrtou výzkumnou otázkou jsme zkoumali, jak se liší aktivizace seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení. K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 12, 13 a 14 z dotazníku.

Na otázku, zda respondentům vyhovuje množství nabízených činností odpovědělo ze sociálního zařízení 54 % (29) respondentům, že jim vyhovuje množství nabízených činností, 24 % (13) spíše vyhovuje nabízené množství činností, 17 % (9) vyhovuje napůl, 0 % (0) spíše nevyhovuje a 6 % (3) nevyhovuje množství nabízených činností, které zde mohou vykonávat. Ze zdravotnického zařízení 50 % (28) vyhovuje množství nabízených činností, 27 % (15) spíše vyhovuje, 18 % (10) vyhovuje napůl, 4 % (2) spíše nevyhovuje

a 2 % (1) nevyhovuje množství nabízených činností, které zde mohou vykonávat. Z otázky vyplývá, že více vyhovuje množství nabízených činností respondentům v sociálním zařízení, kde jsou dá se říci, více zabydlení a zvyklí, na rozdíl od zdravotnického zařízení, kde si více stěžují.

V otázce 13 jsme se zabývali zájmovými činnostmi respondentů v jejich zařízení. Nejvíce respondentů (18) v sociálním zařízení odpovědělo, že se účastní kulturních akcí, dále se účastní rukodělných prací (13), bohoslužeb (9), muzikoterapií (8), cvičí paměť (6), chodí na bylinkovou zahrádku (6), navštěvují kuárnu (6), bufet (5), chodí na Univerzitu třetího věku (5), jezdí na výlety (3), chodí na přednášky (3), dívají se na televizi (3). Dále se účastní canisterapie (2), luští křížovky (2) a pracují na počítači (2). Ve zdravotnickém zařízení odpovědělo nejvíce respondentů (21), že se dívá na televizi. Dále odpověděli, že čtou (18), cvičí (12), chodí (7), povídají si (7), chodí za nimi návštěvy (3) a jeden respondent odpověděl, že pracuje na počítači. U sociálního zařízení lze vidět, že má více možností, jak využít svůj čas, narozdíl od zdravotnického zařízení, kde tolik možností není.

Na otázku, zda by respondenti přidali nebo zrušili nějakou činnost, odpovědělo ze sociálního zařízení 7 % (4), že by přidalo nějakou činnost (zájezdy a bohoslužby častěji), 2 % (1) by zrušilo nějakou činnost (všechny) a 91 % (49) tyto aktivity vyhovují. Ze zdravotnického zařízení by 7 % (4) přidalo nějakou činnost (více cvičení), 0 % (0) by zrušilo nějakou činnost a 93 % (52) aktivity vyhovují. Více tedy aktivity vyhovují respondentům ve zdravotnickém zařízení než v sociálním, ale je zde rozdíl pouze 2 %.

Aktivity jsou pro seniory velice důležité, čemuž nasvědčují i výsledky výzkumu Trajkov et. al. (2018), které poukazují na to, že lidé, kteří mají fyzickou aktivitu alespoň 60 minut nebo dvakrát za týden, mají lepší kvalitu života než osoby bez fyzické aktivity. Nejzřetelnější rozdíly jsou v oblasti zdraví a psychické pohody, stejně jako v oblasti sociálních vztahů a participace a volného času, aktivit a náboženství.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků výzkumu doporučujeme, ke zkvalitnění života seniorů, co se týče aktivit ve zdravotnických zařízeních, aby se seniory fyzioterapeutky (rehabilitační sestry) častěji cvičily, aby měli senioři více pohybu. Také by seniorům ve zdravotnickém zařízení prospělo více aktivit, například nějaké rukodělné práce (šití, pletení, navlékání korálků, výzdoba podle ročního období) nebo přednášky, které by se týkaly seniorů, zajímali je, byli pro ně poučné a dali jim něco do jejich života. Mnoho seniorů je totiž zvyklých, že doma stále něco dělají, a tak pobyt v nemocnici je potom může opravdu nudit, když se vžijeme do jejich role. V sociálním zařízení doporučujeme, aby se častěji konaly zájezdy a bohoslužby, jak si respondenti přejí. Pro seniory je pohyb a veškeré dění velice důležité, nemyslí přitom na své problémy, které je trápí. Ohledně zlepšení soběstačnosti seniorů v sociálních i zdravotnických zařízeních doporučujeme, zajištění co nejvhodnějších pomůcek pro seniory, co nejlepší spolupráci fyzioterapeutů, sester, ergoterapeutů a dalších pracovníků, kteří se podílejí na ošetrovatelské péči. Co se týče vztahů mezi seniory, kteří jsou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení, kde se ukázalo, že mají horší vztahy mezi sebou než v sociálním zařízení, doporučujeme při přijetí nového pacienta představit všem, kteří jsou na pokoji a nadále sledovat vývoj jejich vztahů, které mohou následně pozitivně, ale i negativně ovlivnit seniora při jeho uzdravování. Dalším důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu života seniorů jsou návštěvy rodiny, které jsou v sociálním zařízení méně časté než ve zdravotnickém zařízení. Doporučujeme zapojit rodinu do různých společenských akcí, které se v sociálních zařízeních konají a snažit se udržet pravidelný styk se seniorem, pomocí mobilního telefonu, dopisů a návštěv.

Závěr

V bakalářské práci jsme se zabývali porovnáním kvality života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení. V první části bakalářské práce jsme popsali, co je to stárnutí, změny spojené s ním, co je to kvalita života, vybrané ošetrovatelské činnosti v péči o seniory, aktivity vhodné pro seniory, komunikaci se seniory, potřeby seniorů a na závěr jsme zmínili některá sociální a zdravotnická zařízení. V praktické části jsme se zabývali čtyřmi výzkumnými otázkami, které se týkaly toho, jak se liší kvalita života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení, jak jsou senioři spokojeni se službami a stravováním v sociálním či zdravotnickém zařízení, jaké jsou mezilidské a rodinné vztahy u seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení, a jak se liší aktivizace seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení.

Z odpovědí respondentů týkajících se, kvality života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení jsme zjistili, že v sociálním zařízení žijí senioři kvalitnější život než ve zdravotnickém zařízení. Senioři v sociálním zařízení mají spoustu možností, jak využít svůj volný čas, nenudí se a veškeré činnosti jim pomáhají alespoň na chvíli zapomenout na to, co je trápí.

Výzkumná otázka týkající se spokojenosti respondentů se službami a stravováním v sociálním a zdravotnickém zařízení, nám ukázala, že se stravováním jsou více spokojeni senioři v sociálním zařízení než ve zdravotnickém zařízení. S péčí od všeobecných sester jsou více spokojeni respondenti ve zdravotnickém zařízení a s pomocí při oblékání, svlékání, hygieně a pomoci na WC jsou spokojeni respondenti přiměřeně stejně v sociálním i zdravotnickém zařízení.

Výzkumná otázka týkající se mezilidských a rodinných vztahů u seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení nám ukázala, že rodinné vztahy jsou pevnější u seniorů ve zdravotnickém zařízení než v sociálním. V sociálním zařízení mají senioři lepší vztahy mezi sebou než ve zdravotnickém zařízení, kde se mnohdy nestihnou blíže seznámit. V sociálním zařízení se cítí senioři více osaměle než ve zdravotnickém zařízení. Osamělost může být způsobena tím, že senioři myslí na to, že sociální zařízení je nyní jejich domov a nikdy už se třeba nevrátí za svým psem, sousedem a za těmi, na které byl celý život zvyklý.

Poslední výzkumná otázka týkající toho, jak se liší aktivizace seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení nám ukázala, že v sociálním zařízení mají senioři více možností, jak využít svůj čas, na rozdíl od zdravotnického zařízení, kde tolik možností není. V sociálním zařízení se personál snaží více seniory zapojit do aktivit, na rozdíl od zdravotnického zařízení, kde tyto možnosti personál nemá. Senioři ve zdravotnickém zařízení odpovídali, že jim takto aktivity vyhovují, že jim stačí se projít, číst si, dívat se na televizi či luštit křížovky, což může být zapříčiněno i jejich zdravotním stavem, kvůli kterému ve zdravotnickém zařízení jsou.

Z výzkumu vyplynulo, že kvalita života seniorů v sociálním a zdravotnickém zařízení se liší. V sociálním zařízení žijí senioři kvalitnější život než ve zdravotnickém zařízení. Následek toho, že žijí senioři kvalitnější život v sociálním zařízení než ve zdravotnickém zařízení, jsou vztahy mezi hospitalizovanými lidmi, v sociálním zařízení se více seznamují a přátelí. Dalším faktorem je množství nabízených aktivit, kdy ve zdravotnickém zařízení není moc možností, jak svůj volný čas využít.

Seznam použité literatury

BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 9788090466814.

BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. ISBN 9788090466807.

BURDA, Patrik. *Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9253-3.

ČELEDVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

DOLEJŠOVÁ, Markéta, 2013. *Kvalita života u seniorů hospitalizovaných v léčebnách pro dlouhodobě nemocné* [online]. [cit. 2020-03-13]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/n760rg/?isshlret=ve%3Bzdravotnick%C3%A9m%3Bzpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dkvalita%20%C5%BEivota%20senior%C5%AF%20ve%20zdravotnick%C3%BDch%26start%3D>

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

ELBOURNE, Heather a Andrée LE MAY. *Nursing older people: realities of practice*. New York, NY: Routledge, 2019.

FLORIÁNKOVÁ, Marcela. *Zdravý životní styl a jídelníček pro seniory*. Praha: Fragment, 2014. Zdravá výživa a zdravotní styl. ISBN 9788025320310.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024736259.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří.2. vyd.Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 8087109198.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024752167.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024746975.

HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, [2014]. ISBN 978-80-247-5439-0.

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024755359.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 9788024736044.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MALOUŠKOVÁ, Stanislava, 2015. *Kvalita života seniorů v pobytovém zařízení sociálních služeb* [online]. [cit. 2020-03-13]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/atf5b/>

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024741727.

NAVARRO, Ángels. *Cvičení paměti: 95 nápaditých her a úkolů pro všechny věkové kategorie*. Přeložil Ilona STAŇKOVÁ. Praha: Ikar, 2015. ISBN 9788024927961.

NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelsví II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. V Praze: Triton, 2011. ISBN 9788073875312.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024732718.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 9788073454371.

Slovník sociálního zabezpečení 2015. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015. ISBN 9788074211140.

Statistická ročenka České republiky – 2018, Metodika 4-3. Obyvatelstvo podle věkových skupin (stav k 31. 12.): s účinností od 28. 11. 2018 [online]. Praha: Český statistický úřad, 2018 [cit. 2020-02-07]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/4-obyvatelstvo-77d936ifcb>

SUCHÁ, Jitka a Iva HOLMEROVÁ. *Praktický rádce pro život seniora: trénink paměti, cvičení, aktivity, prevence nemocí...* Brno: Edika, 2019. ISBN 978-80-264-2709-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠŤASTNÁ, Renáta a Zuzka KUČEROVÁ. *Vzpomínkomat*. V Brně: BizBooks, 2017-. ISBN 978-80-265-0695-9.

TRAJKOV, M., Eminovic, F., Radovanovic, S., Dopsaj, M., Pavlovic, D., & Kljajic, D. (2018). Quality of life and depression in elderly persons engaged in physical activities. *Vojnosanitetski Pregled*, 75(2), 177–184. Dostupné z: <https://doi.org/10.2298/VSP160329336T>

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024734194.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

WILMOTH, Janet M. a Kenneth F. FERRARO. *Gerontology: perspectives and issues*. 4th ed. New York: Springer, c2013. ISBN 9780826109651.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

ZACHOVÁ, Pavla, 2014. Mezilidské vztahy v domově pro seniory [online]. [cit. 2020-03-13]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Pedagogická fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/ovivit/Bakalsk_prce.pdf.