

**VNÍMÁNÍ POMOCI A DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB
U OSAMĚLE ŽIJÍCÍCH SENIORŮ
PERCEPTION OF HELP AND AVAILABILITY OF HEALTHCARE SERVICES
IN LONELY ELDERLY PEOPLE**

MASTILIAKOVÁ Dagmar¹, MÍSAŘOVÁ Žaneta²

¹ *Fakulta zdravotnictva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Slovenská republika*

² *Karvinská hornická nemocnice a.s., Interní oddělení, Česká republika*

ABSTRAKT

Východiska: Osamělí seniori se při zajišťování péče o svou osobu potýkají s obavami, nedůvěrou, nerozhodností, často nevstřícností zdravotníků a neochotou svých příbuzných. Nedostupnost adekvátní pomoci a péče zhoršuje kvalitu jejich života. Pociťují osamělost, trpí depresemi a myšlenkami na smrt. Problematika zlepšování péče a pomoci seniorům podle individuálních potřeb vyžaduje zvýšenou pozornost laické i odborné veřejnosti.

Soubor a metoda: Výzkumný vzorek tvořilo 11 seniorů (9 žen a 2 muži, ve věku 67–95 let) osaměle žijících v Karviné a okolí. Údaje o jejich vnímání pomoci a dostupnosti zdravotnických služeb byly zjišťovány pomocí individuálního rozhovoru „face to face“, s pořízením audiozáznamu, jeho přepsáním do textové podoby, barevným okódováním, analýzou a vyhodnocením. Struktura údajů zahrnovala pět hlavních okruhů: fyzické zdraví; soběstačnost; ekonomickou situaci; sociální situaci; zdravotnické služby/preventivní prohlídky. Soběstačnost respondentů byla posuzována podle Lawtonovy/Brodyho škály. Výzkum proběhl v listopadu 2015.

Výsledky: Všechny 11 respondentů trpělo polymorbiditou. 8 respondentů udávalo pády a zranění důsledkem pádů. Plně soběstačných bylo 7 respondentů. 3 respondenti uváděli nedostatečnou výši důchodu pro život. 4 respondenti uvedli horší vztahy s rodinou. Všem 11 respondentům na požádání nejvíce pomáhali rodinní příslušníci nebo pečovatелky. 7 respondentů uvedlo prožívání pocitu osamělosti. Preventivní prohlídky: 5 respondentů nepodstoupilo test na okultní krvácení. 4 respondenti nechodili k zubaři. 8 respondentů nebylo očkováno proti chřipce. 7 respondentek nechodilo na pravidelné gynekologické prohlídky a mamograf. 7 respondentů nebylo spokojeno s dostupností odborné péče.

Závěr: Zjištěné výsledky prokázaly současnou neuspokojivou situaci na mikrosociální úrovni při zajišťování individuální pomoci a dostupnosti zdravotní péče u osaměle žijících seniorů. Získané údaje zároveň potvrdily i dosavadní celospolečenský dluh seniorům, a to je absence antidiskriminačního zákona, jehož projednání je v poslanecké sněmovně České republiky opakovaně odkládáno.

Klíčová slova: Osamělý senior. Pomoc seniorům. Dostupnost zdravotnických služeb pro seniory.

ABSTRACT

Background: The lonely seniors face the fears, mistrust, indecisiveness, often the inconvenience of healthcare professionals and the reluctance of their relatives to care for their person. The lack of adequate assistance and care impacts the quality of their lives. They feel lonely, suffer from depression and thoughts of

death. The issue of improving care and helping seniors according to their individual needs requires increased attention of the lay and professional public.

Methodology and sample: The research sample consisted of 11 seniors (9 women and 2 males, aged 67-95) living alone in Karvina and the surrounding area. Data on their perception of help and the availability of health services were identified through an individual face-to-face interview, audio recording, text rewriting, color coding, analysis and evaluation. The structure of the data included five main headings: physical health; Self-sufficiency; Economic situation; Social situation; Medical services / preventive inspections. The self-sufficiency of respondents was judged by the Lawton / Brody scale. The survey was conducted in November 2015.

Results: All 11 respondents suffered from polymorbidity. 8 respondents reported falls and injuries as a result of falls. Only 7 respondents were fully self-sufficient. 3 respondents reported insufficient retirement for life. 4 respondents reported worse relationships with family. All 11 respondents were mostly helped by family members or carers on request. 7 respondents reported a feeling of loneliness. Preventive examinations: 5 respondents did not undergo occult bleeding. 4 respondents did not go to the dentist. 8 respondents were not vaccinated against influenza. 7 respondents did not go to regular gynecological examinations and mammography. 7 respondents were not satisfied with the availability of professional care.

Conclusion: The findings have shown the current unsatisfactory micro-social situation in providing individual assistance and access to health care for single-elderly seniors. The data obtained at the same time confirmed the existing social debt to seniors, namely the absence of anti-discrimination law, which has been repeatedly postponed in the Chamber of Deputies of the Czech Republic.

Key words: Lonely senior. Helping seniors. Availability of health services for the elderly.

ÚVOD

Stárnutí populace postihuje v současnosti všechny vyspělé země a stává se tak jednou z nejdiskutovanějších společenských otázek. Očekává se, že nárůst podílu lidí ve věku nad 70 let, resp. 80 let, bude mít závažné důsledky pro společnost. Zlepšování zdravotního stavu seniorů díky moderní léčbě a technologiím bude provázet posun výskytu chronických nemocí do vyššího věku a zvyšování

počtu nejstarších osob tak nutně povede ke zvyšování nákladů na sociální a zdravotní péči (Kučera, 2002).

U pojmu stárnutí populace se zpravidla rozlišují dvě roviny: *makrosociální* úroveň, kdy jsou otázky s ním spojené řešeny na celospolečenské úrovni, a úroveň *mikrosociální*, ta představuje rovinu individuálních životních osudů. Zde je třeba mít na paměti, že seniory nelze považovat za homogenní kategorii, ale je třeba k nim přistupovat jako ke skupině osob lišících se z mnoha hledisek, ke kterým lze řadit dosavadní životní osudy a zkušenosti, životní podmínky, sociální postavení, rodinné struktury a vazby, vzdělání, ekonomickou situaci, zdravotní stav apod. Se stálým prodlužováním délky života začíná v kategorii *seniorů* vedle sebe žít více věkových skupin s podstatně odlišnými životními zážitky a zkušenostmi, proto i věk patří mezi hlediska, která starší lidi jako celek podstatně diferencují (Rabušic, 1995). Neposledním, velmi podstatným kritériem, které populaci seniorů výrazně odlišuje, je pak pohlaví. Ekonomické důsledky stárnutí populace se rovněž projevují v oblasti financování zdravotní péče, lidé ve vyšším věku potřebují v průměru zdravotní péči častěji a ve větším rozsahu než lidé mladší. Nižší finanční příjem seniorů jim nemusí stačit na pokrytí nákladů, a to zejména u žen, které zpravidla mívají menší příjem než muži (Berman et al., 2014). Ve stáří je také velmi důležitá opora a společnost partnera. Odchod partnera je spojen s pocity osamělosti a ztráty. Ne všichni senioři jsou schopni se s tím vyrovnat, záleží na množství jiných kontaktů, přátel a hlavně na rodině. Dobré vztahy s rodinou bývají pro seniory prioritou. I přes osamělost ovšem většina lpí na vlastním bydlení a změna bydliště je pro ně velkou zátěží. Při ztrátě soběstačnosti jsou však nuceni opustit známé prostředí a přestěhovat se k rodině, popř. do domova pro seniory, kde je jim péče zajištěna (Berman et al., 2014). Potřeba sociálního kontaktu je u seniorů velmi důležitá. Jde především o kontakt s rodinou, příbuznými a přáteli, se kterými mohou probírat své problémy i radosti. Zároveň jim to posiluje pocit jistoty a bezpečí, jenž je pro seniory s přibývajícím věkem velmi důležitý. Bohužel s přibývajícím věkem však těchto kontaktů ubývá a senioři se často cítí osaměle (Hauke, 2014). Kvalitní péče o seniory by proto měla naplňovat všeobecně akceptovaný požadavek, co nejdélšího setrvání v přirozeném prostředí, který je pozitivním psychosociálním i ekonomickým faktorem v péči. Uspokojení životních potřeb

seniorů se sníženou soběstačností v jejich domácím prostředí je možné zabezpečit i nově vznikajícími sociálními a zdravotními službami. V zásadě jde o rozhodnutí, zda zabezpečit potřebnou péči rodinnými příslušníky nebo ji zkombinovat s dostupnými službami (Barvíková, 2005).

Východiska řešené problematiky

Dostupnost zdravotní péče je jedním z důležitých cílů zdravotní politiky. *Nikdo by neměl být opomenut, ani ten nejchudší nebo ten, kdo bydlí daleko. Jestliže by Základní zdravotní péče nemohla být poskytována všem, přednost by měli mít ti nejpotřebnější. Základem by měla být populace žijící v daném územním celku (Zdraví 21, 2004).* Občanům je nezbytné zajistit ekonomickou dostupnost zdravotní péče, aby si mohli finančně dovolit navštívit lékaře, když jej potřebují. Rovněž je žádoucí zabývat se geografickou dostupností zdravotní péče, aby občané mohli navštívit zdravotnické zařízení na dobře dostupném místě a nemuseli neúměrně dlouho čekat na její poskytnutí. Moderní společnost by neměla zavírat oči ani před možnou diskriminací některých vrstev či skupin obyvatelstva v přístupu ke zdravotní péči, a měla by dbát na sociální dostupnost zdravotní péče (Szalay, 2009). Stávající právní řád České republiky neobsahuje komplexní řešení otázky zajištění dostupnosti zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny sice mají povinnost přijmout každého pojištěnce, který se k nim přihlásí, ale výslovný zákaz diskriminace v oblasti veřejného zdravotního pojištění absentuje, stejně jako v oblasti poskytování zdravotní péče samotné. Situaci by významně zlepšilo přijetí tzv. *antidiskriminačního zákona*, který má být opakovaně projednáván v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky, a který postihuje diskriminaci ve věcech přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru (Ivanova, 2003). Pojem kvalita péče obsahuje určité prvky vycházející z principu kvality života seniorů obecně: *spokojenost klienta, reakce na jeho potřeby, vysoká odborná úroveň péče, finanční dostupnost, bezpečí, celková dostupnost péče a kontinuita péče.* Geografická a ekonomická dostupnost péče je zajištěna státem, ovšem psychosociální dostupnost péče charakterizuje vztah klienta ke zdravotnickým službám a ten je dán především důvěrou ve zdravotnické služby, zájmem o vlastní zdraví, hodnotou redukce

hrozby nemoci a ochotou spolupracovat (Ivanová, 2003). Dostupnost zdravotnických služeb často závisí i na osobnosti seniora. Senior s konstruktivním postojem se dokáže dobře adaptovat, závislý senior je ve zdravotní péči dosti častým jevem a jeho hlavním důvodem bývá právě osamělost. Pro zdravotníky při poskytování péče je problematický obranný, nepřátelský a sebenenávistný postoj seniora, často spojený s osamělostí, depresemi a myšlenkami na smrt (Příbyl, 2015). Dlouhodobá péče podle OECD představuje *průřezové* politické téma, které spojuje řadu služeb pro osoby, které dlouhodobě potřebují pomoc se základními životními potřebami. Prvky dlouhodobé péče zahrnují rehabilitaci, základní zdravotnické služby, domácí ošetřování, sociální péči, bydlení a služby jako přeprava, stravování, zaměstnanecké a zplnomocňující aktivity a také pomoc s denními životními aktivitami jako je příprava jídla, nákup potravin a věcí osobní potřeby, lehké domácí práce, užívání telefonu, atd. Seniori se při rozhodování, jak vyřešit péči o svou osobu ve stáří často potýkají nejen s vlastními obavami a nerozhodností, ale někdy také s nepřítelným postojem k profesionální pečovatelské službě ze strany jejich příbuzných a blízkých, na jejichž pomoci a podpoře jsou závislí. Naše výzkumné šetření u několika osaměle žijících seniorů se zaměřilo na jejich vnímání pomoci a dostupnosti zdravotnických služeb.

CÍLE

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat vnímání pomoci a dostupnosti zdravotnických služeb u osaměle žijících seniorů. Dílčí cíle byly zaměřeny na zjištění:

- jak tito seniori vnímají vztahy s rodinou,
- kdo jim konkrétně zabezpečuje pomoc,
- zda pociťují osamělost,
- zda podstupují pravidelné preventivní prohlídky stanovené zákonem,
- zda jsou spokojeni s dostupností odborné péče.

METODA A SOUBOR

K získání údajů pro naplnění cílů výzkumu byla zvolena metoda individuálního polostrukturovaného rozhovoru. Obsah rozhovoru s připravenými otázkami tvořilo vedle identifikačních údajů pět hlavních okruhů: I. Fyzické zdraví. II. Soběstačnost. III. Ekonomická situace. IV. Sociální situace. V. Zdravotnické služby/preventivní prohlídky.

Výzkumný vzorek tvořilo 11 seniorů (9 žen a 2 muži) osaměle žijících v Karviné a okolí, kteří splňovali kritéria výběru: věk nad 65 let; samostatné bydlení bez přítomnosti partnera či rodiny; a nebyli aktuálně klienty domácí péče (viz tabulka č. 1). Respondenti byli vytipováni ve spolupráci s dvěma praktickými lékaři z okolí Karviné a s vedoucí Sociálních služeb v Karviné. Výzkum proběhl v listopadu 2015.

Z rozhovoru *face to face* byl pořízen audiogram, jenž byl následně přepsán do textové podoby, barevně kódován, analyzován a vyhodnocen. Soběstačnost respondentů byla posouzena podle Lawtonovy/Brodyho škály instrumentálních denních činností na předem připraveném formuláři. Osm rozhovorů bylo uskutečněno bez přítomnosti dalších osob, u jedné respondentky byla přítomna vnučka, u dvou respondentek v ubytovně pro sociálně slabé byl přítomen sociální pracovník.

VÝSLEDKY

Jsou rozděleny podle pěti hlavních výzkumných okruhů: I. Fyzické zdraví. II. Soběstačnost. III. Ekonomická situace. IV. Sociální situace. V. Zdravotnické služby/preventivní prohlídky.

I. FYZICKÉ ZDRAVÍ

R1 – léčí se s hypertenzí, udává bolesti páteře a obou kolen, největší potíže jí způsobují závratě, je po operaci šedého zákalu, trpí obstrukcí a inkontinencí moči, *často padá, 2x utrpěla zlomeninu ramene následkem pádu.*

R2 – je po infarktu myokardu, léčí se štítnou žlázou, s astma bronchiální, s artrózou, s glaukomem, udává dlouhodobé bolesti páteře, kloubů, udává polylypy na tlustém střevě, alergii na léky, nedoslýchavost na pravé ucho, *časté pády se zraněním*, k chůzi používá dvě francouzské berle.

R3 – je diabetička na inzulinu, léčí se s hypertenzí a astma bronchiální, je po operaci šedého zákalu obou očí, udává časté nachlazení, alergii na PNC, nespavost, nyní má největší problémy s chůzí *po zlomenině PDK následkem pádu*, chodí s oporou dvou francouzských berlí.

R4 – má kardiostimulátor, léčí se s hypertenzí, artrózou obou kolen, polyneuropatií a glaukomem. *je po zlomenině krčku následkem pádu* a po výměně kyčelního kloubu, chodí s hůlkou.

R5 – léčí se s hypertenzí, občas ji bolí záda.

R6 – je po infarktu, léčí se s onemocněním plic a dýchacích cest (pneumokoniózou), s artrózou ko-

Tabulka 1 Demografické údaje respondentů

R	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Rodinný stav	Bydlení
1.	Žena	75	základní	vdova; 2 roky	byt s pečovatelskou službou; 2+kk; vesnice
2.	Žena	79	vyučena	vdova; 14 let	byt s pečovatelskou službou; 2+kk; vesnice
3.	Žena	80	vyučena	vdaná; bez manžela žije 17 let	byt s pečovatelskou službou; 2+1; vesnice
4.	Žena	80	středoškolské	vdova; 2 roky	byt; 2+1; město
5.	Žena	84	středoškolské	vdova; 28 let	byt; 2+1; město
6.	Muž	67	vyučen	vdovec; 6 let	byt; 2+1; město
7.	Muž	95	vyučen	vdovec; 3 roky	byt s pečovatelskou službou; 2+1; vesnice
8.	Žena	74	základní	vdova; 19 let	ubytovna pro sociálně slabé; 1 pokoj + společná sprcha, wc a kuchyň; město
9.	Žena	79	vyučena	rozvedená; 22 let	ubytovna pro sociálně slabé; 1 pokoj + společná sprcha, wc a kuchyň; město
10.	Žena	73	středoškolské	vdova; 16 let	byt; 3+1; město
11.	Žena	80	základní	vdova; 23 let	byt s pečovatelskou službou; 1+kk; město

len, se zvětšenou prostatou, udává alergii na kiwi, nejvíce ho trápí bolesti obou DK, chodí s hůlkou.

R7 – léčí se pro zhoubný nádor očního víčka (plastika očního víčka), trpí onemocněním dýchacích cest, neslyší na pravé ucho, trpí nechutenstvím (vůbec nemůže jíst maso), trpí inkontinencí moče, největším problémem jsou nyní závratě, pořád by jen spal, minimálně chodí o hůlce.

R8 – je po infarktu myokardu, léčí se s diabetem mellitem, největší problémy má s chůzí (bývá dušná), *bojí se pádů*, nemůže chodit daleko, chodí minimálně s hůlkou.

R9 – léčí se s artrózou, s ICHS, s glaukomem, nyní ji nejvíce obtěžuje neustále slzící oko, chodí s francouzskou berlí, *často padá*.

R10 – léčí se s hypertenzí, s ICHS, se štítnou žlázou, je po hemoragické CMP, byla 3 měsíce v kómatu, největší problém má nyní s chůzí a s řečí, chodí pouze v doprovodu jiné osoby.

R11 – léčí se s hypertenzí, s Parkinsonovou chorobou, s artrózou, udává bolest kolenních kloubů na obou DK, velmi jí obtěžuje dušnost při chůzi, slzí jí oči, má šedý zákal, po bytě chodí o jedné francouzské berlí, na procházky nechodí (bojí se lidí, protože byla přepadena a okradena), *často padá*, mívá závratě, po pádu byla jednou i v bezvědomí, pomocná a pozvracená, udává problémy se spánkem.

II. SOBĚSTAČNOST

Plně soběstačných (kód 0) bylo 7 respondentů; lehce závislá (kód 1) byla 1 respondentka; středně závislá (kód 2) byli dva respondenti; těžce závislá (kód 3) byla 1 respondentka (viz tabulka č. 2).

III. EKONOMICKÁ SITUACE

Při hodnocení ekonomické situace respondentů (viz tabulka č. 3) byly získány údaje: v kolika letech odešli do důchodu; zda ještě byli nuceni pracovat při důchodu; zda jim jejich důchod stačí k pokrytí nákladů domácnosti; a orientační finanční náklady na zabezpečení zdraví za měsíc.

IV. SOCIÁLNÍ SITUACE

Výběr z autentických odpovědi respondentů v tomto okruhu byl rozdělen do tří kategorií:

- vztahy s rodinou,
- zabezpečení pomoci,
- osamělost.

1. Vztahy s rodinou

R1 – *nejsou ideální*, nikdo nemá čas (dcera se za mnou staví tak co druhý den, když jde z práce, vnuk se občas zastaví, syn jezdí s tirákem, takže nemá vůbec čas).

R2 – celá rodina za mnou přijde tak 2x za týden.

R3 – mám perfektní vztahy, dcera přichází obden, nakupuje mi a vaří.

R4 – máme dobré, dcera tu přichází co druhý den, telefonujeme si pořád, ale s vnukama se přes telefon nemáme o čem bavit.

R5 – máme výborné, dvě dcery s dvěma vnučkami přicházejí jednou týdně, s dalšími dvěma vnučkami se vídám co druhý měsíc, nejsou tady blízko.

R6 – *se synem mám potíže*, oddaluje se ode mě, dokud jsem dával peníze bylo dobře, teď už tu nebyl půl roku, se snachou nemluvim, častěji za mnou přijede neter než syn.

Tabulka 2 Hodnocení soběstačnosti respondentů podle Lawtonovy/Brodyho škály instrumentálních denních činností

R/pohlaví	1/ž.	2/ž.	3/ž.	4/ž.	5/ž.	6/m.	7/m.	8/ž.	9/ž.	10/ž.	11/ž.
Body LBS	7	7	3	7	7	8	3	2	7	6	7
Kód (soběstačnosti)	0	0	2	0	0	0	2	3	0	1	0

Tabulka 3 Ekonomická situace respondentů

R/pohlaví	Věk odchodu do důchodu	Práce při důchodu	Důchod	Náklady na zdraví za měsíc
1/ž	54	Ne	dostatečný	pod 500 Kč
2/ž	57	Ne	nedostatečný finanční rezervy	pod 500 Kč
3/ž	47 plný invalidní důchod	Ne	nedostatečný pomoc rodiny	nad 500 Kč
4/ž	56	Ne	dostatečný	nad 500 Kč
5/ž	54	Ano z ekonomických důvodů	dostatečný	pod 500 Kč
6/m	41 plný invalidní důchod	Ne	dostatečný	pod 500 Kč
7/m	60	Ano z ekonomických důvodů	dostatečný pomoc rodiny	pod 500 Kč
8/ž	47	Ne	dostatečný	nad 1000 Kč
9/ž	55	Ano	dostatečný finanční rezervy	nad 1000 Kč
10/ž	59	Ano	nedostatečný finanční rezervy	nad 500 Kč
11/ž	55	Ne	dostatečný finanční rezervy	nad 500 Kč

R7 – vnuci za mnou přijedou, když je zavolám, volal jsem manželovi od vnučky, tak čekám, že přijde.

R8 – *nemám dobré, s dcerou nemluví (pláč)*, co jsem od nich odešla, tak bylo pořád jen peníze, peníze!!! Vnučka přijde i s manželem, ale syn ne, ten tu byl asi jen jednou, dvakrát.

R9 – velmi dobré, ale kdyby nebyli, tak to by pak bylo zle, mám je všechny na telefonu v paměti, jenom zmáčknu tlačítko a už jsou tu, rodina chodí třikrát za týden, takže jsem furt s něma, furt ve styku... to mi závidí vedle ta paní...

R10 – dcera, co bydlí kousek odtud přichází každý den, v sobotu a v neděli k nim chodím na oběd, druhá dcera je v Praze, ta přijde jednou za měsíc.

R11 – *stydím se za snachu mladšího syna...* moje snacha za mnou letos byla pouze jednou ..., my jsme se nepohádaly..., jednou mi dala najevo, že se o mě starat nebude... druhý syn za mnou chodí pravidelně, každý týden, i dvakrát za týden... ten se více o mě stará.

2. Zabezpečení pomoci

R1 – mohu zavolat zeťovi nebo vnukovi a zajdeme na větší nákup, a také se přijdou zeptat pečovatelky jestli něco nepotřebuji.

R2 – *ráno přijde pečovatelka a zeptá se, co a jak, když potřebuju nákup, ona tam zajde a já ji to musím zaplatit, za rohlík deset korun...*, teď tu je jedna paní, co mě vozí každý týden, jde na nákup do Kauflandu a tak mě vezme sebou.

R3 – nejvíce tady chodí pečovatelky, když jsem doma..., *dcera mi vaří, někdy i pečovatelky, dcera mi pere i pečovatelky, ale těm to musím platit.*

R4 – jsou tu nějaké služby, ale ještě jsem o nic nežádala, stačím si udělat nákup v kaufu, protože jezdím taxi službou nebo mi donese nákup dcera, jinak si všechno dělám sama, nestačím jen na okna, tak to mi s tím pomůže dcera.

R5 – zatím pomoc nepotřebuji, dcera mi zařídila průkazku na ten taxi pro seniory, tak to využívám, ale jinak nikoho nepotřebuji.

R6 – pomáhají mi sestra, bratr, neteř co mohou, běžně si uklízím sám, sem tam mě pozvou na oběd, neteř mi chodí pro léky.

R7 – pomáhá mi i rodina, donesou mi co je třeba, přinesou mi i jídlo, dcera mi vypere lepší košile, jinak mi perou pečovatelky, co můžu, tak si dělám sám a co nemůžu, tak mi ty horší věci udělají pečovatelky.

R8 – využívám i pečovatelskou službu, nosí mi obědy, sama si ale pozametám, a jak potřebuji vysavač, tak ho mladí donesou a pouklízejí mi byt.

R9 – pomáhají mi děti, a jinak udělám vše na co stačím, *pečovatelku nechci*, děti mi perou, nakupují, vařím si sama, sem tam dětem vynadám, jak neposlouchají (smích).

R10 – pomáhá mi dcera a pečovatelka, která mi jen vytírá podlahu, snažím se všechno dělat sama, co nezvládnou, pomůže mi dcera.

R11 – nejvíce mi pomáhá od kamarádky dcera, nakoupí mi maso a takové větší nákupy a udělá vše co potřebuji, i okna mi vyčistí.

3. Osamělost

R1 – *cítím se sama*, když je mi smutno po dědovi, mám tu jednu fotku, v obýváku mám druhou, podle nálady, nebo když mě něco zabolí.

R2 – ne, necítím se osaměle, v televizi mám šedesát osm programů i německé, nebo mohu jít za jednou paní, venku můžeme posedět na lavičce a povykládat, nemám dlouhou chvíli, pořád mám co dělat.

R3 – ne, necítím se sama, rozhodně ne, čtu hlavně knihy, to, co já jsem přečetla v životě, to snad nikdo, zajímám se o všechno, jen ty zprávy už mě moc nebaví, připadá mi to jako samá lež.

R4 – *mívám často pocit osamělosti* a zaháním to, naučila jsme se žít sama a celý den mluvím, pořád mluvím, jako by tu někdo byl, když někdy pomyslím že se rodiny scházejí a baví se, tak to musím okamžitě něčím zahnat, buď si sednu ke klavíru, nebo se snažím na to vůbec nemyslet.

R5 – *tyto pocity znám a jsou to pro mne velmi chmurné dny*, prožila jsem ztrátu dítěte a ztrátu manžela, takže někdy na mě ta tíseň dolehne, i když je to hodně dávno, ale mám dcery a vnoučata, to je takový balzám na mou duši.

R6 – necítím se osaměle, chodím na házenou, kde dělám pořadatele, sem tam si zajdu na fotbal, takže na těch sportovištích jsem pořád mezi lidmi.

R7 – *letos se mi vše zhroutilo*, měli jsme dva pohřby v rodině, nejdříve zeť a potom vnuk, zeť mě opatroval, všude mě vozil a měl mě pod dohledem, tak umřel a do tří měsíců zas vnuk, strašně mě to

vzalo, a jsem pořád neklidný, chodím od ničeho k ničemu, od okna do okna a do postele.

R8 – *cítím se osaměle* a je mi to velmi líto, mám dvě děti, nikomu jsem neublížila, a oni za mnou nepřijdou, asi si myslí, že „babina“ je ještě tu a je vpořádku (pláč).

R9 – ne, necítím se osaměle, čtu a vyřáším do ulic, mám tu veselo na ubytovně, pořád něco oslavujeme, jsem pořád aktivní.

R10 – *cítím osaměle*, když si vzpomenu na všechno to, co jsem prožila, hodně čtu, luštím křížovky, sleduji různé programy v televizi.

R11 – *nejvíce pociťuji osamělost večer*, dopoledne mám sebeobslužné aktivity a nemám na to čas ani myšlenky, ale večer si musím zakřičet, prožila jsem hodně smutných věcí, jinak ráda čtu knihy, abych změnila své myšlenky, luštím křížovky a dívám se na své oblíbené pořady v televizi.

V. ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY / PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

Výběr z autentických odpovědi respondentů v tomto okruhu byl rozdělen do pěti kategorií:

- Všeobecný lékař/prevence.
- Test na okulní krvácení.
- Očkování proti chřipce.
- Zubní vyšetření.
- Gynekologie/mamograf.
- Dostupnost péče u odborných lékařů.

1. Všeobecný lékař/prevence

R1 – chodím si tam změřit mi tlak, jenže on mi nikdy neřekne, jaký mám tlak.

R2 – jdu tam jen tehdy, když mi něco je, musím jet autobusem a to pro mě není moc pohodlné, špatně se mi chodí.

R3 – už jsem u něj dlouho nebyla, ale vždycky mě tam někdo vzal, autobusem už to sama nezvládnou, ani nevím jestli nějaké prohlídky vůbec dělá, když k němu zajdete, tak vám napíše léky a „vystrká“ vás.

R4 – preventivní prohlídka u všeobecného lékaře? Fakt, to mi nic neříká.

R5 – myslíte celkovou prohlídku? Na té jsem byla loni, změřili mi tlak, odevzdala jsem moč, odebrali mi krev, poslali mě na oční, to je asi vše.

R6 – byl jsem tam před dvěma rokama a chystám se tam zajít zase.

R7 – jak tam zajdu, tak mi napíše to, co potřebuju, a konec, chtěl mě poslat na vyšetření do nemoc-

nice, já jsem říkal, že radši ne, bojím se, že tam zůstanu.

R8 – byla jsem tam, ale to už je dávno.

R9 – obvodní doktor je pro mě jenom takový ten papírový doktor, ani mi nezměřil tlak, chodím jen do nemocnice.

R10 – k obvodnímu doktorovi nechodím, nic od něj nepotřebuji.

R11 – k obvodnímu chodím pro tabletky, na prohlídce jsem tam byla v loni. Pro mě je ale těžko tam zajít, nemohu chodit a jsem dušná. Taxikář pro seniory mi vynadal, že si taký kousek nezajdu, že mu to nestojí za to pro mě jezdit, tak jsem mu řekla, jen počkejte, až Vy budete starý a nemocný.

2. Test na okultní krvácení

R1 – ano, bylo provedeno, ale to už je moc dávno, nepamatuji si kdy to bylo.

R2 – *ne*, nebylo provedeno, nevzpomínám si.

R3 – ano, kdysi dávno bylo provedeno.

R4 – ano, bylo provedeno vloni.

R5 – ano, bylo provedeno letos.

R6 – ano, bylo provedeno asi před 2 měsíci.

R7 – *ne*, nebylo provedeno.

R8 – *ne*, ještě nebylo provedeno.

R9 – *ne*, nebylo provedeno.

R10 – ano bylo provedeno.

R11 – *ne*, nikdy nebylo provedeno.

3. Očkování proti chřipce

R1 – ano, jsem očkována každý rok.

R2 – *ne*, očkována proti chřipce být nemůžu, jsem alergická na tu bílkovinu z očkovací látky.

R3 – *ne*, na očkování proti chřipce jsem nebyla, měla bych být pozvána, ne?

R4 – ano, proti chřipce jsem očkována.

R5 – *ne*, na očkování proti chřipce nechodím. Ne, že bych se bála očkování nebo injekce, ale nevím... Dcera učila na gymnáziu... a její šéf, pan ředitel, se nechával každý rok očkovat, a on byl jeden z prvních, který vždycky tu chřipku dostal.

R6 – *ne*, proti chřipce se nenechávám očkovat, protože pokaždé, co jsem se nechal očkovat, tak jsem chřipku dostal.

R7 – ano, jsem naočkován proti chřipce.

R8 – *ne*, nenechávám se očkovat proti chřipce.

R9 – *ne*, nechávám se očkovat proti chřipce.

R10 – *ne*, nenechávám se očkovat proti chřipce.

R11 – *ne*, očkování proti chřipce nechci, protože jak jsem ještě pracovala, tak jsme to měli povinné

a já jsem dostala chřipku ještě větší, než jsem kdy měla, já v to nevěřím.

4. Zubní vyšetření

R1 – ano, k zubnímu doktorovi chodím každý rok, letos jsem tam byla teď v říjnu.

R2 – ano, k zubnímu chodím pořád, tento rok jsem tam byla myslím v dubnu.

R3 – ano, k zubnímu chodím každý rok, na jaře mě tam vždycky odveze dcera.

R4 – *ne*, u zubního jsem byla naposled asi před čtyřmi roky.

R5 – ano, k zubnímu teď chodím, co půl roku na kontrolu, mám problém se zubními protézami.

R6 – *ne*, u zubního jsem nebyl už dva roky, ale budu muset tam zajít, mám paradentózu, a zuby mi vypadávaly.

R7 – *ne*, k zubnímu nechodím, zuby mám falešné, tak už žádnou kontrolu nepotřebuji.

R8 – *ne*, u zubního doktora jsem už nebyla strašně dlouho, ale už bych to potřebovala. Bojím se, že mi je začne trhat a té bolesti strašně bojím (smích).

R9 – ano, k zubnímu budu muset zase jít, udělali mi zubní protézu a ta mě tlačí, budou mi to muset zbrousit.

R10 – ano, k zubnímu chodím co půl roku, zatím mám zuby dobré.

R11 – ano, až do loňska jsem u zubního 20 let nebyla, nyní mám novou protézu a musím chodit na kontrolu, protože mi skáče.

5. Gynekologie/mamograf

R1 – ano, vloni na podzim jsem byla u ženského lékaře a hned jsem dostala objednávku na mamografii, ať se objedná, jenže oni tam měli dlouhý termín, takže mě objednali až na únor.

R2 – *ne*, na gynekologii nechodím, v mém věku? Proč bych tam měla chodit v 80ti letech, když mi nic není. Naposled jsem tam byla asi před šesti léty, i na mamografii jsem byla asi před šesti léty, nevím proč bych tam měla chodit, když nemám žádné potíže.

R3 – *ne*, na gynekologické vyšetření mě chtěli poslat v nemocnici, ale já to odmítla, nepotřebuji to, nemám žádné potíže, naposled jsem tam byla asi před dvaceti léty. Na mamografii jsem byla asi před třemi nebo čtyřmi léty, ale já jsem tam musela, protože mám prsa po operaci.

R4 – *ne*, na gynekologii nechodím vůbec, tam jsem už dvacet nebo třicet let nebyla, mám tam

strach jít, protože mi vynadá. Na mamografii jsem byla asi tak před třemi roky, ale už si nepamatuji, kdo mě k tomu dohnal, asi to byla dcera.

R5 – ne, na gynekologii jsem už nebyla delší dobu, asi tak pět let, nemám žádné problémy. Na nový rok si vždycky dávám takové předsevzetí, že na to vyšetření půjdu, ale pokud nemám žádné potíže, tak si myslím, že to je v pořádku. Na mamografii jsem ještě nikdy nebyla, prsa si vyšetřuji sama.

R8 – ne, na gynekologii nechodím, nic mě nebolí. Naposled jsem tam byla, když jsem chodila do práce a to už je moc dávno. Na mamografii jsem ještě nebyla.

R9 – ne, na gynekologii nechodím, naposled jsem tam byla si před více než dvaceti léty, myslím si, že jsem nikdy neměla potíže. Možná, že bych tam měla zajít, nebo se hodně mluví o ženské rakovině. Na mamografii jsem byla vloni, když jsem byla v nemocnici, teď jsem objednána na prosinec.

R10 – ano, na gynekologii chodím každý rok. Na mamografii jsem byla vloni a zase půjdu jak mě objednají.

R11 – ne, jít na gynekologické vyšetření jsem byla přinucená před dvěma léty. Předtím jsem tam byla asi před deseti lety, to mě také upozornili, že jsem tam nebyla. Nic mě nebolí, nemám žádné potíže, jsem 80ti letá bába. Na mamografii jsem byla před dvěma léty, a to jsem byla také donucena.

6. Dostupnost péče u odborných lékařů

R1 – nespokojenost: šla jsem k neurologovi s točením hlavy. Měl tam napsané, že neordinuje ten den, tak jsem tam šla na druhý den, a sestřička říká: Ježiš, tady je dneska moc lidí, příjďte ve čtvrtek na 7 hodinu ráno, že mě hned vezme. Půjdu tam a sestra říká, že pan doktor volal, že dneska nepřijde, že jestli bude dobře, tak přijde až v pondělí, asi onemocněl nebo co. Pane Bože, co já teď budu dělat. Rozhodla jsem se, že zajdu na neurologii do nemocnice. Tam se mě ptali: Kde chodíte? Máte něco akutního? Říkám: byla jsem tam, ale doktor tam pořád není, tak jsem si myslela, že bych mohla chodit k vám. Sestra říká: Když tam máte kartu, tak Vás tady nevezme. Nejste akutní, tak vás nevezmem. No tak, co se dá dělat.

R2 – nespokojenost: pořád musím někde chodit k doktorům, mám artrózu, špatně chodím, bolí mě páteř a nohy, moje doktorka zařídila, aby mi domů chodili píchat injekce, abych tam nemusela každý den jezdit autobusem.

R3 – nespokojenost: potřebovala bych, aby mě vozili co 3 měsíce k té diabetičce, protože já chodím o hůlkách a musím jít na taxi. Myslím si, že to není správné. Musím dostat inzulín, teď jsem tam měla jít na kontrolu, jenomže jsem nemohla, dělá mi potíže naučit se chodit po té zlomenině, tak musím jít až někdy příští rok v únoru.

R4 – spokojenost: prozatím nic nepotřebuji, mám kardiostimulátor, na kontrolu jezdím jednou za rok, léčím se u oční, tam chodím jednou za kvartál, a na neurologii mám přijít za rok.

R5 – spokojenost: nemohu si stěžovat, léčím se na vysoký krevní tlak, co tři měsíce chodím pro léky a na kontrolu.

R6 – nespokojenost: chodím co půl roku na kontrolu po infarktu, mám zaprášené plíce, tak to mi vždy přijde pozvánka na oddělení chorob z povolání. Mám také nadváhu a doktorka mi doporučila, abych zhubnul, do poradny jsem chodil tři měsíce, trochu jsem zhubnul, ale pak jsem se postavil na váhu a měl zase kilo navíc, bál jsem se, že mi vynadají, tak jsem tam přestal chodit, nejsem důsledný.

R7 – nespokojenost: operovali mi prostatu a něco špatně udělali, mám s tím teď samé problémy. Po těle se mi začaly objevovat takové malé vyrůstky i na očním víčku. Nechtěl jsem s tím jít hned k lékaři, měl jsem strach, že je to rakovina, a že už nebudu žít. Ale na tom víčku se to stále zvětšovalo, a tak jsem musel na operaci, protože jsem neviděl na jedno oko. Zjistili, že je to zhoubný nádor a udělali mi plastiku očního víčka. Ty vyrůstky se stále objevují a rostou mi teď na ruce a na zádech, já už k doktorům chodit nechci.

R8 – nespokojenost: chodím na kontroly co 3 měsíce po infarktu, ale teď už je to pro mě problém, protože nemůžu nikde daleko chodit o hůlce. Vždy musím požádat vnučku, aby mě tam odvezla autem.

R9 – spokojenost: nemohu si stěžovat, na kontroly k očnímu, kardiologovi, ortopedovi i na internu mě vždy odvezou děti.

R10 – spokojenost: nemám si na co stěžovat, jsem spokojena, chodím na kontroly co půl roku na internu, na endokrinologii se štítnou žlázou a na neurologii.

R11 – nespokojenost: jsem hodně zklamaná, protože když se doktoři, podívají jaký jste ročník, tak už pro ně nic neznamenate. Nejhorší zážitek mám, když jsem před rokem ležela v nemocnici poté, co nám vyhořel dům. Jednou v 7 hodin ráno za mnou přišel pan primář, chytil mě za palec a řekl: Dneska půjdete domů. Zeptala jsem se ho: Pane primáři,

a kde půjdu? Chalupa nám vyhořela, kde mám jít bydlet do garáže nebo na hřbitov? A on řekl: Máte děti, ne? Vy jste už tady třetí měsíc a kdo to bude platit? Zařídte si to, jak chcete, ale půjdete domů. Nedovedete si představit ten hrozný pocit bezmoci v této situaci, bylo mi to strašně líto, manžel mi zemřel, dům je v troskách a já jsem zůstala sama jako bezdomovec. Velmi mě to ranilo, že ten primář se mnou tak bezcitně jednal jako s kusem hadru. Nemohla jsem se nijak bránit a to zklamání ve mně zůstalo. Na kontroly teď chodím s vysokým krevním tlakem, na injekce k ortopedovi, k očnímu a se štítnou žlázou podle objednáni.

DISKUZE

Výsledky našeho šetření potvrdily dosud publikovaná zjištění a zkušenosti osamělých seniorů při zajišťování pomoci a dostupnosti zdravotní péče. Bývají odkázáni na rodinné příslušníky a setkávají se s nevstřícností a nechotou personálu ve zdravotnických zařízeních. Varující je nedodržování pravidelných preventivních prohlídek, na které mají nárok ze zákona. Závažným zjištěním je i častý výskyt pádů se zraněním a pocit osamělosti, což významně ovlivňuje jejich kvalitu života.

Naše aktuální zjištění potvrzují i některé další studie a výzkumné práce v zahraničí a v České republice. Například studie *Kietzman, K. et al. provedené (2012) v USA*, která byla zaměřena na zjištění informací o stavu veřejných a soukromých služeb u seniorů žijících doma. Studie identifikovala jejich nenaplněné potřeby a popsala, jak ovlivňují měnící se potřeby a zdroje seniorů a jejich pečovateli. Metodou face to face rozhovorů (55 respondentů ve věku 65 až 90 let, více než 75 % žen) byly zjišťovány informace o aktuálních potřebách seniorů, zdrojích podpory, jejich bezpečnosti a nezávislosti, vlivu domácího podpůrného systému, aj. Ze studie vyplynulo, že mnoho nízkopříjmových seniorů se zdravotním postižením mají neuspokojené fyzické, psychické i sociální potřeby, většina je vysoce závislá na pomoci ostatních. V mnoha případech nejsou služby plným řešením jejich komplexní péče. Touha zůstat doma a žít nezávisle je silná a většina respondentů se vyjádřila, že raději zůstanou doma i za cenu neuspokojených potřeb, než aby žili v ústavní péči. Návštěvy poskytovatelů péče mohou zmírnit pocity izolace a osamělosti, i když péče není vysloveně určena pro tento účel. Zaměstnanci pečovatelské služby představují pro

mnoho seniorů jediné společenské vazby v průběhu typického týdne.

Analýza dat z průřezové studie *Health Survey 2008/2009 (soubor 16 369 seniorů starších 65 let) autora Gilmour H. provedená (2012) v Kanadě* byla zaměřena na vztah jejich účastí na společenských aktivitách, osobním pocitu zdraví, osamělosti a životní nespokojenosti. Bylo zjištěno, že většina (3/4) kanadských seniorů vnímá své zdraví jako dobré, velmi dobré či vynikající. Mladší senioři (do 74 let) mají častěji pozitivní pocit zdraví a také se cítí méně osaměle či nespokojeně v životě. Ženy pociťují osamělost častěji než muži. Čím větší porucha zdraví, tím více senioři pociťují osamělost a životní nespokojenost. Společenskou aktivitu (např. rodina, přátelé, církevní činnosti, sportovní, rekreační aktivity) udává 80 % seniorů. Čím více těchto aktivit popisovali, tím více udávali také pozitivní pocit zdraví a méně osamělost a životní nespokojenost. Aktivity s rodinou byly nejčastější. Jako nejběžnější překážku při účasti na těchto aktivitách uváděli zhoršený stav zdraví (33 % mužů a 35 % žen).

Cílem studie *autorů Kristensson, J. et al. (2010) provedené v USA* bylo prozkoumat zkušenosti křehkých seniorů se zdravotní péčí nebo sociálními službami. Informace byly získány metodou otevřených rozhovorů s příjemci zdravotních či sociálních služeb (14 osob, 5 mužů a 9 žen ve věku od 74 do 92 let), kteří byli v akutní fázi péče a nedávno přijali péči od různých poskytovatelů. Výsledky této studie odhalily, že zdravotní ani sociální systém se nejsou schopny dostatečně přizpůsobit situaci křehkých seniorů včetně jejich vztahu s personálem. Tyto souvislosti mají vliv na sebeúctu seniorů a také na jejich pocit, že mají situaci pod kontrolou. Senioři udávali pocity bezmocnosti, ztráty kontroly ve vztahu k péči o své zdraví. Podle nich zdravotnický personál málo komunikoval přímo se seniory. Měli pocit, že jsou „v rukou organizace“ při čekání na rozhodnutí o jejich stavu. Udávali, že chování některých sester v nemocnici se jim jevilo jako nepřijatelné až útočné, kdy seniory obviňovaly z nespokojenosti, nebo z toho, že příliš často používají signální zařízení. Ve vztahu k personálu cítili, že jim byla přidělena slabší role. Také o domácí péči si mysleli, že by měla být více přátelská a personál více zdvořilý. Udávali pocity zklamání z nedostatečných zdravotních a sociálních služeb, které byly vykonávány nevyhovujícím způsobem.

Cílem studie autorů Goll, J. et al (2015) provedené ve Velké Británii bylo zkoumat vztah sociálního začlenění a identity mezi osamělými seniery, kteří žili samostatně v Londýně. Údaje byly zjišťovány pomocí polostrukturovaných rozhovorů (15 osob, 10 žen a 5 mužů ve věku od 62 do 100 let, všichni byli klasifikováni jako osamělí a trpěli nějakou formou postižení nebo nemocí). Senioři hovořili o překážkách sociálního začlenění, která již byla dříve uvedena a potvrzena. Jednalo se o nemoc, invaliditu, ztrátu kontaktu s přáteli a rodinou, nedostatek vhodných příležitostí. Nicméně nově uvedli, že překážkou jsou také oni sami, kdy popsali chování, kterým se bránili sociálnímu kontaktu. Toto chování bylo spojeno zejména s obavami navázat kontakt a se strachem z odmítnutí nebo využívání jinými osobami a obavami o ztrátu identity.

Cílem studie autorů Kirkevold, M. et al. (2013) provedené v Norsku, Austrálii, Velké Británii, bylo prozkoumat způsob života starších lidí, jenž je charakterizován ztrátami a osamělostí, a zjistit souvislost mezi nimi. Údaje byly získány sekundární analýzou kvalitativních dat pomocí rozhovorů (78 starších osob ve věku 65 let a výše, 55 žen a 23 mužů). Asi 50 % účastníků popisovalo sebe jako osamělé. Během rozhovorů věnovali účastníci významnou pozornost jejich ztrátám. Dopad těchto ztrát úzce souvisel s pocitem osamělosti. Analýza odhalila 4 hlavní témata udávající směr a způsob řešení ztrát: dopad ztráty, význam činnosti, vztah k ostatním lidem a smysl života. Pro neosamělé seniery bylo přizpůsobení se situaci při ztrátě lehčí než pro osamělé. Primárně popsali dva hlavní druhy ztrát: ztráta sociálního kontaktu a fyzické síly. Všichni účastníci uvedli, že dobré vztahy se svou rodinou považují za jeden z nejdůležitějších věcí v jejich životě, ovšem pro osamělé byla patrná větší míra závislosti na příbuzných. Jako jeden z důležitých aspektů udržení kontaktů s rodinou a přáteli udávali schopnost používat telefon.

Cílem studie autorky Reindlové, V. (2011) s názvem *Senioři a preventivní zdravotní péče u praktických lékařů provedené v České republice* bylo zmapování informovanosti seniorů (182 respondentů, 85 mužů a 97 žen ve věku 60 až 88 let z Brna a okolí) o preventivních prohlídkách u praktických lékařů; dále zjištění, jaká vyšetření senioři absolvují a zda po dosažení seniorského věku učinili změny životního stylu pro udržení zdraví. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že informovanost seniorů o problematice preventivních zdravotních

prohlídek u praktických lékařů není vysoká a také nejsou zcela informováni o vyšetřeních, které se v rámci těchto prohlídek provádějí. Menší míru informací mají senioři z vesnice než z města. Pouze necelých 15 % respondentů uvedlo, že znají vyšetření, která se provádějí v rámci preventivních prohlídek, pouze 6 % dokázalo tato vyšetření vyjmenovat. 1/3 seniorů uvedla, že na preventivní prohlídky nedochází (z toho je většina žen a senioři žijící na vesnici). Necelých 44 % respondentů docházejících na prevenci k praktickému lékaři absolvují prohlídky na pozvání lékaře. Na gynekologické prohlídky nedochází 2/3 žen. U praktického lékaře nejsou prováděna všechna vyšetření, která by měli senioři v rámci preventivní prohlídky absolvovat. Zdrojem informací o preventivních prohlídkách jsou pro seniory převážně všeobecné sestry. Více změn pro lepší zdraví a zkvalitnění životního stylu provedli ti senioři, kteří dochází pravidelně na prevenci.

Cílem studie autorky Kadlčkové, A. (2013) *tykající se informovanosti a zájmu seniorské populace o preventivní prohlídky provedené v České republice* bylo zjistit úroveň informovanosti a frekvenci návštěv seniorů na preventivních prohlídkách; dále zjistit nejčastější důvody návštěv seniorů u svého praktického lékaře; zmapovat, která preventivní vyšetření senioři nejčastěji absolvují; a zjistit míru spokojenosti s poskytovateli preventivních prohlídek. Dotazníkovým šetřením (120 seniorů, 70 žen a 50 mužů ve věku 65 a více let) bylo zjištěno, že senioři mají málo informací o tom, jak často mají nárok na preventivní prohlídky, a podávání těchto informací je nedostatečné. Lékaři neprovádějí všechna vyšetření, na která mají senioři nárok. 68 % respondentů uvedlo, že na preventivní prohlídce byli během posledních dvou let a necelých 12 % nebylo u svého praktického lékaře již několik let. Prevence u žen je také nedostatečná. U více než 25 % žen nebylo nikdy provedeno mamografické vyšetření a téměř 23 % seniorek nenavštívilo ženského lékaře již několik let. Test stolice na skryté krvácení nebyl nikdy proveden u téměř 13 % respondentů. Stomatologické vyšetření neabsolvovalo několik let více než 13 % respondentů. Spokojenost se svým praktickým lékařem uvedlo 75 % seniorů a jako nejčastější důvod návštěvy praktického lékaře uvedli zhoršení zdravotního stavu a předpis léků.

ZÁVĚR

Výzkumné šetření prokázalo dlouhodobě neus-

pokojivou situaci na mikrosociální úrovni při zajišťování individuální pomoci a dostupnosti zdravotní péče u osaměle žijících seniorů. Jsou odkázáni především na pomoc rodinných příslušníků, s nimiž nemají vždy uspokojivé vztahy a u pečovatelek si za služby často připlácejí. Setkávají se i s nevstřícností a neochotou personálu ve zdravotnických zařízeních. Získané údaje potvrdily i dosavadní celospolečenský dluh seniorům, a to je absence antidiskriminačního zákona, jehož projednání je v poslanecké sněmovně České republiky opakovaně odkládáno.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- BARVÍKOVÁ, J. 2005. Rodinná péče a profesionální péče. In: Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie. s. 58–70.
- BERMAN, A. – SNYDER, S.J. 2014. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice*. 9. vyd. Harlow, Essex: Pearson Higher Education, 2014. 1660 s. ISBN 10:1-292-02280-9.
- GILMOUR, H. 2012. Social Participation and the Health and Well-being of Canadian Seniors. In *Health Reports* [online]. 2012, vol. 23, no. 4 [cit. 2015-09-11]. Dostupné na: <http://katalog.svkos.cz:2063/docview/1115388268/7F4516ED5FEA403CPQ/1?accountid=149347> ISSN 08406529.
- GOLL, J. et al. 2015. Barriers to Social Participation among Lonely Older Adults: The Influence of Social Fears and Identity. In *PLoS One*, [online]. 2015, vol. 10, no. 2 [cit. 2015-09-11]. Dostupné na: <http://katalog.svkos.cz:2063/docview/1658077782/fulltext/3D9B5A9C57EC4555PQ/1?accountid=149347>.
- HAUKE, M. 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
- IVANOVA, K. 2003. *Dostupnost zdravotní péče v Olomouckém kraji*, Atestační práce, IPVZ 2003.
- KADLČKOVÁ, A. 2013. *Informovanost a zájem seniorské populace preventivních prohlídek*: Diplomová práce. Brno: Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, Masarykova univerzita, 2013. 116 s.
- KIETZMAN, K. et al. 2012. A Portrait of Older Californians With Disabilities Who Rely on Public Services to Remain Independent. In *Home Health Care Services Quarterly*. [online]. 2012, vol. 31, no. 4 . [cit. 2015-09-11]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3873819/> ISSN 162-1424.
- KIRKEVOLD, M. et al. 2013. Facing the challenge of adapting to a life 'alone' in old age: the influence of losses. In *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2013, vol. 69, no. 2 [cit. 2015-09-11]. Dostupné na: <http://katalog.svkos.cz:2101/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=6cb6154e-c981-4682-908d-816648d8ee6a%40sessionmgr111&hid=106>. ISSN 03092402. <http://www.healio.com/nursing/journals/jgn/2010-10-36-10/7B9c564dde-d54f-47>
- KRISTENSSON, J. et al. 2010. Frail Older Adult's Experiences of Receiving Health Care and Social Services. In *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 2010, vol. 36, no. 10. Dostupné na: <http://www.healio.com/nursing/journals/jgn/2010-10-36-10/7B9c564dde-d54f-47a0-81c0-b894fe228615%7D/frail-older-adults-experiences-of-receiving-health-care-and-social-services>. ISSN 00989134.
- KUČERA, M. 2002. *Sociální důsledky stárnutí obyvatelstva České republiky*. Demografie 44 (1): 38-40. <http://www.healio.com/nursing/journals/jgn/2010-10-36-10/7B9c564dde-d54f-47a0-81c0-b894fe228615%7D/frail-older-adults-experiences-of-receiving-health-care-and-social-services>. ISSN 00989134. 84.
- MISAŘOVÁ, Ž. 2016. *Nejčastější překážky dostupnosti zdravotnických služeb u osamělých seniorů*. Diplomová práce. Trenčín: Fakulta zdravotnictví, Katedra ošetrovatelství, Trenčianska univerzita, 2016, 67 s.
- PŘIBYL, H. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
- RABUŠIC, L. 1995. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita v Brně/Georgetown. Dostupné na: https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/111558/G_Sociologica_35-1992-1_4.pdf.
- REINDLOVÁ, V. 2011. *Seniři a preventivní zdravotní péče u praktických lékařů*. Diplomová práce. Brno: Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, Masarykova univerzita, 2011. 124 s.
- SZALAY, T. 2009. *Regulácia: Dostupnosť*, Health Management Academy, 15. 1. 2009, Piešťany. *Zdraví 21: výklad základních pojmů, úvod do evropské zdravotní strategie : zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2004. 160 s. ISBN 8085047330.