

Aplikace aktuálních trendů v oblasti bezpečnosti seniorů

Bc. Barbora Čermáková

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta aplikované informatiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta aplikované informatiky
akademický rok: 2014/2015

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

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora Čermáková**
Osobní číslo: **A14554**
Studijní program: **N3902 Inženýrská informatika**
Studijní obor: **Bezpečnostní technologie, systémy a management**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Aplikace aktuálních trendů v oblasti bezpečnosti seniorů**
Téma anglicky: **The Application of Current Trends in the Senior Citizens' Security Protection Field**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracujete rešerši literatury, která se vztahuje ke zpracovávanému tématu.
2. Vymezte fenomenologické a etiologické otázky spojené s bezpečností seniorů.
3. Specifikujte legislativní aspekty, včetně sociálních a historických souvislostí.
4. Analyzujte možnosti aplikace moderních bezpečnostních prvků.
5. Zpracujte metodiku výzkumné části kvalifikační práce.
6. Výstupy výzkumu a analytické části kvalifikační práce využijte pro vlastní návrhy a opatření, výstupy statisticky vyhodnoťte a zpracujte.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4739-014.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-807-2629-008.
3. KAMENÍK, Jiří, František BRABEC a Libuše ČELEDVÁ. Komerční bezpečnost: soukromá bezpečnostní činnost detektivních kanceláří a bezpečnostních agentur. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, 338 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-807-3573-096.
4. POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. ; Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
5. REIDL, Andreas, František BRABEC a Libuše ČELEDVÁ. Senior – zákazník budoucnosti: marketing orientovaný na generaci 50. 1. vyd. Brno: BizBooks, 2012, 256 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-265-0018-6.
6. SAK, Petr a Karolina KOLESÁROVÁ. Sociologie stáří a seniorů. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 225 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4738-505.
7. VIDOVIČOVÁ, Lucie. Stáří ve městě, město v životě seniorů. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 371 s. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-802-1060-951.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Mgr. Stanislav Zelinka
Ústav bezpečnostního inženýrství

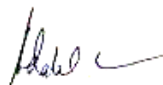
Datum zadání diplomové práce:

12. ledna 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

15. května 2015

Ve Zlině dne 6. února 2015



doc. Mgr. Milan Adámek, Ph.D.
děkan

L.S.



doc. RNDr. Vojtěch Křesálek, CSc.
ředitel ústavu


Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty aplikované informatiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s příjím-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na diplomové/bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 25. 5. 2015


.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou bezpečnosti seniorů v dnešní převážně ekonomicky orientované společnosti, a využitím aktuálních trendů pro zlepšení jejich mnohdy tíživé situace. Popisuje především službu přivolání pomoci seniorům ve Zlíně a jeho blízkém okolí. Teoretická část pojednává o stylu života seniora, jeho postavení ve společnosti a změnách daných stářím. V praktické části je zahrnut návrh dané služby a výzkum pro zhodnocení případné implementace služby do běžného života seniora z pohledu více generací, a hodnocení stávajících poskytovatelů služeb přivolání pomoci ve Zlínském kraji.

Klíčová slova: senior, riziko, první pomoc, tíseň, ohrožení.

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the safety of seniors in today's mostly the economically oriented company and given the current trend to improve their often difficult situation. Mainly describes the service call for help seniors in Zlin and its surroundings. The theoretical part discusses the style of life of seniors, their position in society and changes given age. In the practical part the draft services and research for the evaluation of the possible implementation services into everyday life of seniors from the perspective of multiple generation and evaluation of existing service providers call for help in the region Zlin.

Keywords: senior, risk, first aid, distress, threat.

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala především vedoucímu své diplomové práce PhDr. Mgr. Stanislavovi Zelinkovi za trpělivost, cenné rady a připomínky pro zpracování práce. Dále respondentům za pomoc v mém výzkumu a v neposlední řadě bych své poděkování také ráda věnovala své rodině za podporu a trpělivost, která mi byla věnována v průběhu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 NAUKY ZABÝVAJÍCÍ SE STÁŘÍM A STÁRNUTÍM	11
1.1 GERONTOLOGIE.....	11
1.1.1 Gerontologie experimentální.....	11
1.1.2 Gerontologie sociální	11
1.1.3 Gerontologie klinická.....	12
1.2 GERIATRIE.....	12
1.2.1 Sociální geriatric	12
2 SENIOR	13
2.1 STÁŘÍ	13
2.1.1 Mýty spojené se stářím.....	14
2.1.2 Dělení stáří	14
2.1.2.1 Biologické stáří	14
2.1.2.2 Kalendářní stáří.....	15
2.1.2.3 Sociální stáří	15
2.1.3 Periodizace stáří	15
3 BEZPEČNOST	17
3.1 RIZIKO.....	17
3.1.1 Rizikový senior	17
3.1.2 Soběstačnost.....	18
4 PSYCHOLOGICKÉ A FYZICKÉ ASPEKTY SENIA	19
4.1 PSYCHICKÉ ZMĚNY A PORUCHY	19
4.1.1 Zhoršení paměti.....	19
4.1.2 Demence.....	20
4.1.2.1 Senilní demence	20
4.1.3 Alzheimerova choroba	20
4.1.4 Ostatní psychické změny postihující seniora	20
4.2 FYZICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ	21
4.2.1 Úbytek svalové hmoty.....	21
4.2.2 Klouby.....	21
4.2.3 Srdce.....	22
4.2.4 Změny činnosti smyslů	22
4.2.4.1 Zrak	22
4.2.4.2 Sluch	22
4.2.4.3 Čich.....	23
4.2.4.4 Chuť	23
4.2.4.5 Hmat.....	23
4.2.4.6 Důsledky změn smyslových funkcí	23
4.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY.....	24
4.3.1 Odchod do důchodu	24
4.3.2 Osamělost.....	25

5	BEZPEČNOSTNÍ RIZIKA SENIORŮ	26
5.1	NÁHLÉ ZHORŠENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU	26
5.2	NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY LÉKŮ	26
5.3	PÁD26	
5.3.1	Definice pádu	27
5.3.2	Běžné příčiny pádů u seniorů	27
5.3.3	Vnější faktory související s pády	28
5.4	NÁSILNÁ TRESTNÁ ČINNOST PÁCHANÁ NA SENIORECH	29
5.4.1	Ageismus	29
5.5	TRESTNÁ ČINNOST PROTI MAJETKU PÁCHANÁ NA SENIORECH	30
II	PRAKTICKÁ ČÁST	31
6	ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	32
6.1	PŘÍSPĚVKY PRO SENIORY	32
6.2	STUPNĚ ZÁVISLOSTI NA JINÉ FYZICKÉ OSOBE	32
6.3	REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	33
7	POSKYTOVATELÉ TÍŠŇOVÉ PÉČE	34
7.1	ŽIVOT 90	34
7.1.1	Oblast působnosti	34
7.1.2	Poskytovaná pomoc	35
7.1.3	Poplatky za poskytovanou službu	35
7.2	ANDĚL STRÁŽNÝ	36
7.2.1	Úkony poskytované služby	36
7.2.2	Poplatky za poskytovanou službu	37
7.3	SLUŽBA MOBILNÍ ASISTENCE SENIOR INSPECT	37
7.3.1	Poplatky za poskytovanou službu	38
7.4	INSPECTLIFE DOHLED – ASISTENČNÍ DOHLEDOVÁ SLUŽBA	38
7.4.1	Cílové situace dané služby	39
7.4.2	Poplatky za poskytovanou službu	40
7.5	ZHODNOCENÍ SYSTÉMŮ POSKYTOVATELŮ SLUŽEB PRO ZLÍNSKÝ KRAJ	40
8	VÝZKUM MEZI POPULACÍ	41
8.1	CÍLE VÝZKUMU	41
8.2	METODOLOGIE VÝZKUMU	41
8.3	APLIKACE VÝZKUMU	41
8.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR	42
8.5	VYHODNOCENÍ SBĚRU DAT	43
8.5.1	Věk respondenta, věk seniora	43
8.5.2	Místo bydliště seniora	43
8.5.3	Soužití seniora v samostatné domácnosti a charakteristika objektu	44
8.5.4	Znalost seniora v oblasti používání mobilního telefonu	44
8.5.5	Výše investice pro pořízení zařízení a užívání služby	45
8.5.6	Styk seniora v s problematikou neposkytnutí včasné pomoci	47
8.5.7	Pohled generace 20 – 59 let na pořízení služby přivolání pomoci	48
8.5.8	Pohled seniora na pořízení služby tísňové péče	48
8.5.9	Pohled na pořízení služby v závislosti na domácnost seniora	50

9	NÁVRH SLUŽBY POSKYTOVANÉ PRO ZLÍN A BLÍZKÉ OKOLÍ	52
9.1	TECHNICKÉ VYBAVENÍ PRO PŘIVOLÁNÍ POMOCI	52
9.1.1	Mobilní zařízení – tísňové tlačítko.....	52
9.1.2	Mobilní zařízení – mobilní telefon.....	53
9.2	DOHLEDOVÉ A POPLACHOVÉ PŘIJÍMACÍ CENTRUM	53
9.2.1	Přenosový kanál	55
9.2.2	Karta uživatele služby	55
9.3	ZÁSAHOVÁ JEDNOTKA.....	56
9.3.1	Vybavení technické	57
9.3.2	Vybavení znalostní	57
9.3.3	Úschova klíčů.....	57
9.4	OBLAST POSKYTNUTÍ SLUŽBY	58
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	64
	SEZNAM OBRÁZKŮ	65
	SEZNAM TABULEK.....	66
	SEZNAM GRAFŮ	67

ÚVOD

Téma mé práce je zvoleno ne náhodně, ale je možným podkladem pro další činnost některé ze společností, které se zabývají činnostmi, poskytovanými ve prospěch zabezpečení života, zdraví a ochrany osob a majetku.

Téma je v současné době velmi aktuální, a to z pohledu sociálně-společenského i z pohledu ekonomického. Lze totiž říci, že současná společnost se sice neustále snaží zvyšovat kvalitu života seniorů, nicméně ne ve všech ohledech se úspěchy dostávají jednoduše a s takovým výsledkem, jak by bylo žádoucí. Trendem dnešní doby je totiž poměrně velký shon, rychlost a určitá hektičnost života, a proto se v primárních i sekundárních rodinách ztrácí přirozená kooperace, vazby a starost právě o stárnoucí osoby. Nechci rozhodně naznačit, že by to bylo dáno primárně lidskou neochotou, ale zrychlujícím životním tempem a nedostatkem času.

Jak jsem naznačila, nedostatek času neznamena nedostatek snahy poskytnout péči a ochranu.

Proto jsem se ve své práci zabývala tím, jak je možné zajistit právě jinak, než vlastní přítomností u seniorů a neustálým dohledem, jejich zdraví a bezpečnost, respektive alespoň jejich komfort vztahující se k jejich zdraví bezpečnosti zvýšit.

V návaznosti na tuto situaci jsem se rozhodla ve své práci věnovat stávající situaci v rámci zdraví a bezpečnosti seniorů a poskytování služeb první pomoci. Výzkum má za cíl zjistit postavení poskytovatelů služeb pro lokalitu Zlínského kraj, principy jejich činnosti, technologie a cenové rozpětí s následným zhodnocením a návrhem služby. Na základě těchto informací je v práci následně postaven návrh na zřízení služby, jež by měla danou situaci řešit v rámci lokality města Zlína a blízkého okolí. Tato lokalita je přesněji určena v samotné práci, kdy její vymezení je úzce spjato s dojezdovým časem zásahové jednotky do místa tísň.

Práci jsem rozdělila na dvě logicky provázané části, kdy v první teoretické části jsem se zabývala zejména vysvětlením souvisejících pojmů. Následně jsem přistoupila k vysvětlení využitých metodologických postupů a navázala jsem praktickou částí, která je rozdělena na stávající poskytovatele služeb tísňové péče, jimi poskytované formy poskytnutí pomoci, finanční náročnost a zhodnocení, dále výzkum mezi populací zabývající se názory na poskytování dané služby v lokalitě města Zlína a okolí, s následným návrhem služby dle nedostatků stávajících poskytovatelů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NAUKY ZABÝVAJÍCÍ SE STÁŘÍM A STÁRNUTÍM

Mezi nauky zabývající se stářím a stárnutím lidí, vymezení seniora v populaci, životními podmínkami, změnami z pohledu biologického, psychologického a sociálního a dalšími aspekty spojenými se stárnutím osoby, řadíme především gerontologii a geriatrii. Jedná se o vědy nejrozšířenější a nejvyužívanější v prostředí populace s návazností na život starých osob a včetně stárnutí.

Především je důležité tyto obory rozlišovat, stejně jako pak jejich přívlastek sociální. Rozdílem mezi sociální gerontologií a geriatrií je především ten, že gerontologie je věda zabývající se seniory jako skupinou, jejich začlenění do populace, sociální ochrana starých lidí, trendy v dané skupině a také zdravotní stav, avšak vše z pohledu na celou skupinu. Oproti gerontologii stojí obor geriatrie, jehož jednotlivé prvky činnosti jsou srovnatelné s gerontologií, avšak s podstatným rozdílem, který je zaměřen se na jednotlivce. [10]

1.1 Gerontologie

Pod pojmem gerontologie se nachází věda, zabývající se stárnutím a stářím člověka. Tento název byl odvozen od řeckého slova „gerón“, což v překladu znamená starý člověk, stařec ve spojení se slovem logos, což se do češtiny překládá jako nauka. Klasicky bývá tato věda dělena do tří základních odvětví. [8]

1.1.1 Gerontologie experimentální

Odvětví experimentální se zabývá mechanismem biologického procesu stárnutí, a to především buněk, tkání, orgánů a organismů a také samozřejmě studuje procesy stárnutí člověka z pohledu jak biologického, tak také psychologického. Výsledkem tohoto odvětví je především předvídatost procesů stárnutí a s nimi spojená prevence, v některých případech pokusy o prodloužení života člověka. [8]

1.1.2 Gerontologie sociální

U gerontologie sociální mluvíme především o sociálních dopadech, které jsou spjaté se stářím a stárnutím člověka. V současné době jsou řešeny především otázky společenských a sociálních faktorů, které proces stárnutí ovlivňují. Hluběji se jedná o zajištění a kategorizaci sociálních potřeb starých lidí, jako například programy, jejichž cílem je udržení soběstačnosti seniorů. [8]

1.1.3 Gerontologie klinická

Poslední základní částí gerontologie, a to jednou z nejdůležitějších pro předchozí, je gerontologie klinická. Toto odvětví se zabývá zvláštnostmi chorob, které člověka postihují především ve stáří. Jedná se o studium specifických aspektů projevů a následné léčby. V praxi se můžeme setkat také s názvem „geriatrie“, což je názvem pro samostatný klinický obor v České republice od r. 1982. [8]

1.2 Geriatrie

Geriatrie je lékařskou disciplínou, která se zabývá aspekty stárnutí a stáří, a to především z pohledu medicíny. Hlavně pak nemocemi, jejich příčinami, přičemž zohledňuje biologické, psychologické a sociální změny a důsledky, vyplývající z vyššího věku. Zvláštností oboru je aplikace získaných poznatků na určitou věkovou skupinu a zaměření se na zbytkové funkce orgánů, zachování soběstačnosti člověka a sociální integrity seniorů. Výsledkem geriatrie je tudíž zaměření se na specifikace vysokého věku, funkční profil osob této skupiny a výkon běžných činností ve spojitosti s existencí. Pod pojmem geriatrický pacient je chápána osoba ve věku nad 65 let až po dlouhověkost, která je dále definována věkem nad 90 let. [10]

1.2.1 Sociální geriatrie

Sociální geriatrie se zabývá veškerými sociálními souvislostmi, jež doprovázejí vznik, průběh a následky onemocnění souvisejících s vysokým věkem. Tudíž můžeme mluvit o nástroji pro zlepšení situace geriatrického pacienta nebo li seniora. [10]

2 SENIOR

Senior, jako pojem, jež je běžně používán v populaci, má svůj význam především z pohledu kategorizace občanů. Senior je kategorie, která tento název pro osobu či skupinu používá především v oblasti sociologické a biologické. Sociologická složka mluví o sociálních změnách seniora v různých sociálních a věkových skupinách. V mnoha případech se však setkáváme s nejasností věkové hranice člověka pro zařazení do skupiny seniorů, což však určuje pouze formálně a úředně časovou identitu seniora, ale z praktického hlediska jde o nejjednodušší identifikovatelnou stránku oproti zdravotnímu stavu, kondici, stavu mysli či životnímu stylu. [18]

2.1 Stáří

V úvodu této části bych ráda nejprve upřesnila zmíněný pojem „stáří“, který se dá v českém jazyce pochopit více významy. Jeden z významů může být pochopen jako délka života, počet let, jež člověk v daný moment dosahuje nebo také období, kdy je člověk považován za seniora.

Stáří, tedy jako období, kdy je člověk nazýván seniorem, je velmi složité určit na jakési věkové ose života. Jedná se především o individuální měřítko. Každý člověk stárne již od svého zrození, avšak každý jinou rychlostí, s jiným vývojem a především také dle jiného životního stylu. Těchto faktorů je celá řada, avšak některé mohou být člověkem ovlivnitelné a některé neovlivnitelné. Jedním z neovlivnitelných faktorů je například genetická výbava, s níž člověk do života přichází a již je celý život ovlivňován, až do doby smrti. Mezi ovlivnitelné řadíme v první řadě především životní styl a stravovací návyky.

Stáří můžeme také nazvat vývojovým stádiem, kdy každé stádium je charakterizováno určitými znaky a změnami ve vztahu mezi organizmem a přírodou, či sociálním prostředím. Soubor takovýchto specifik je potom základem pro jednotlivá vývojová stádia, jako například období nitroděložního života, kojenecké období, dospělost a samozřejmě také stáří. Mluvíme tedy o sice v určitých případech nejdelší, ale vždy poslední vývojovou etapu člověka. [14]

2.1.1 Mýty spojené se stářím

Již po dobu mnoha generací či století je vědění o stáří a jeho prezentace spojena především s představami o nemocném a nemohoucím člověku na pokraji smrti, aniž by to tak u daného jedince či skupiny muselo být. Na základě této „pověsti“ dochází k tomu, že staří lidé ztrácejí svou sociální identitu a získávají především tu, která jim byla určena populací, především mladšími generacemi. Jsou degradováni na „nemocné“, i když z hlediska svého zdravotního stavu mohou být zcela v pořádku, ba i v lepší kondici než lidé nižších generací, jelikož právě zdravotní stav a jeho udržení v dobrém stavu závisí především na faktorech dědičnosti, životního stylu a dlouhodobé zátěži. [6]

2.1.2 Dělení stáří

Jak již bylo zmíněno, každý člověk stárne individuálně, tudíž u každého za stáří můžeme považovat jiný věk, v návaznosti na biologické změny a sociální zabezpečení. Z toho důvodu bylo stáří rozděleno na více skupin, na jejichž základě je dále v populaci usuzováno v návaznosti na danou činnost či pomoc, která je vázána na věk člověka, zdravotní stav i zabezpečení. [2]

2.1.2.1 *Biologické stáří*

Biologické stáří je dáno dosažením určitých biologických změn, jejichž důsledkem je pokles potenciálu zdraví. Jedná se o souhrn nevratných biologických změn, případně se může jednat o genové exprese, zvýšené riziko nemocí, funkční deficit, úmrtí nebo délka zbývajících času do přirozené smrti. [2]

Klasické úkazy biologického stáří:

- změna postavy,
- změna postoje,
- změna chůze,
- změna chování,
- změna výkonnosti,
- atd.

2.1.2.2 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je stanovení určitého dohodnutého věku, které vychází z průměrného průběhu života v populaci. Kalendářní stáří je snadno a jednoznačně stanovitelné, tudíž je použitelné pro demografické i jiné potřeby spojené s populací jako skupinou, nikoliv jednotlivci. [2]

2.1.2.3 Sociální stáří

Sociální stáří je dáno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí, postojů a sociálního potenciálu. Dále je především dáno změnami vedoucími ke znevýhodnění, mírou znevýhodnění a typickými životními událostmi pro pokročilý věk, kterými jsou například [4]:

- pokles životní úrovně,
- nezaměstnanost,
- odchod dětí z rodiny,
- ovdovění,
- přijetí role penzisty,
- atd.

2.1.3 Periodizace stáří

Periodizace stáří nám tvoří věkové skupiny v populaci, jejichž účel je dále využíván v mnoha oborech. Jak již bylo zmíněno, stárnutí člověka je individuální, jde o různou rychlost změn v organismu, v chování i vzhledu. Avšak v mnoha oblastech nelze rozdělovat lidi na základě působení stáří u jednotlivců, proto jsou skupiny tvořeny za mnoha účely, které však mají své faktory, ke kterým je přihlíženo a následně věková skupina určena.

Z pohledu věkové periodizace u seniorů udává literatura více definic, a to:

Dělení stáří jako vývojové etapy lidského jedince může být rozděleno na tři podobdobí [2]:

- 60 – 65 let období počátečního stáří,
- 75 – 90 let pokročilé stáří,
- 90 let a výše dlouhověkost.

Světovou zdravotnickou organizací (SZO) v šedesátých letech 20. století byla zavedena základní klasifikace vyššího věku následovným dělením [8] :

- 49 – 59 let střední, nebo také zralý věk,
- 60 – 74 let vyšší věk, nebo také rané stáří,
- 75 – 89 let stařecký věk neboli senium (vlastní stáří),
- 90 let a výše dlouhověkost.

Dnešní dělení dle expertů SZO [17]:

- 60-75 let rané stáří,
- 75-90 let pokročilý věk, vlastní stáří,
- 90 a více let vysoký věk, dlouhověkost.

Stárnutí je souhrnem zánikových změn morfologických a funkčních, nastupujících postupně se značnou individuální nepravidelností v různých orgánech a systémech organismu. [2]

Proces stárnutí je vždy diskontinuitní, což znamená, že lidé stárnou v různých obdobích života různou rychlostí, což se u některých jedinců projevuje například předčasným stárnutím. [8]

Teorii stárnutí lze rozdělit do dvou hlavních skupin:

Teorie stochastická – jedná se o opotřebením a náhodné změny, kdy je předpokládáno, že k poškození, poruchám a chybám těla dochází v souvislosti se stárnutím organismu.

Teorie nestochastická – jde o předpoklad, že stárnutí je především geneticky předurčeno.

3 BEZPEČNOST

Bezpečnost můžeme rozdělit do dvou základních skupin, které pojednávají o cíli, u nějž je pojem bezpečnosti řešen, a to na bezpečnost konkrétní osoby (aby si daná osoba neublížila) a na bezpečnost ostatních (aby daným lidem nebylo ublíženo). [9]

O bezpečnost prostředí je zapotřebí usilovat především v domácnosti samostatně žijících seniorů, což je v dnešní době podpořeno vyspělou technologií v podobě detektorů pádu, přítomnosti osob, přítomnosti nebezpečných látek či požáru, které seniorovi či lidem kolem něj podají včas upozorňující signál na hrozící nebezpečí. [9]

3.1 Riziko

Jedním z historických výkladů pojmu riziko byla řada, jako například odvozené slovo riskovat, jehož význam je brán jako být odvážným. Dnešní význam slova obnáší nebezpečí škod v souvislosti s hrozbou, které je čeleno. Svou podstatou je riziko pojmem potenciálním, který sebou nese budoucí nežádoucí situaci. Jednou z učebnicových definicí rizika je například věta „Pravděpodobnost škody, od žádoucího stavu.“ nebo-li „Riziko vyjadřuje míru budoucího ohrožení objektu, respektive aktiva hrozbami, které vedou ke škodám.“ [5]

3.1.1 Rizikový senior

Tento typ člověka je charakteristický sníženou schopností se rychle a účelně přizpůsobit aktuálním změnám ve svém životě a také není schopen adaptace při změně zdravotního stavu. V důsledku toho může dojít ke komplikacím v podobách fyzického a psychického zhoršení stavu jedince, s čímž je následně spjata také sociální situace člověka. [8]

Do skupiny rizikových seniorů řadíme [8]:

- a) osoby starší 80 let a osoby dlouhověké,
- b) osoby vyššího věku, které žijí osaměle,
- c) osamělé nebo ovdovělé ženy,
- d) staří lidé v dlouhodobé ústavní péči.

3.1.2 Soběstačnost

I v dobách, kdy se stárnoucí člověk cítí „v kondici“ a nemusí na venek vypadat přímo na tolik let, kolik mu doopravdy je, procesy stárnutí v oblasti somatické i psychické jsou vždy již v pochodu. Jedná-li se o soběstačnost u starých lidí, nebo li seniorů, jde především o fakt, zda je proces stárnutí jedince zkomplikován nemocí, v jakém měřítku nebo zda nikoliv. Jedná-li se o seniora, který trpí těžkou nemocí v pokročilém stádiu, můžeme v některých případech mluvit již o soběstačnosti trvale ztracené. Z tohoto důvodu v ČR začala postupně vznikat řada organizací a projektů, jejichž záměr je zaměřen především na udržování praktické soběstačnosti seniorů, jak už v domácnostech s více lidmi, tak žijících o samotě. [8]

Ztráta soběstačnosti může vést mnoha směry. Z pohledu seniora jde především o pocit méněcennosti ve společnosti, ztrátu zájmu o znovuzískání soběstačnosti a radosti ze života. Z pohledu okolního světa je v posledních letech pokles soběstačnosti brán jako jakási úleva pro překonání překážky ve směru páchání trestných činů a přestupků.

4 PSYCHOLOGICKÉ A FYZICKÉ ASPEKTY SENIA

Staří lidé, v jasném stáří jsou dáni typickými vnějšími znaky, které však nelze zakrýt ani je přehlédnout. Jak již bylo výše zmíněno, hovoříme o lidech od 60-ti roků jejich věku, avšak je to vše dáno individuálně, dle života a vrozených předpokladů člověka. Lidé této věkové kategorie zpravidla vykazují fyzický i psychický pokles svých sil. Zevnějšek jejich těla prodělal od narození, přes mládí a dospělost řadu změn v důsledku života a životního stylu, což se především podepsalo na jejich tváři, postavě, chůzi, gestech, myšlení a dalších znacích, kterými je člověk jako jedinec mezi ostatními na první pohled identifikovatelný. [7]

Setkáváme se především se znaky, které na ostatní lidi při komunikaci se seniorem mohou působit jako obtížné, nesrozumitelné, či kolikrát nepochopitelné. Každý se s nimi setkává, ale porozumí jim až v době, kdy na něj také dolehnou. Jde především o znaky, jako jsou např. nedoslýchavost, kdy starý člověk nepocítí uje ztrátu sluchu, ale okolí je „obtěžováno“ tím, že musejí stále opakovat či zvyšovat hlas při vyslovení věty. Člověk ve stáří však již zažil postavení mladého člověka, kdy na seniora pohlíží negativně a je schopen jej pochopit či se přizpůsobit, avšak člověk mladý je teprve na začátku, kdy tuto generaci či změnu prozatím nezažil „na vlastní kůži“. Není proto schopen změny ve stáří přijmou jako nezměnitelné a chovat se dle toho.

4.1 Psychické změny a poruchy

V důsledku změn a zážitků, jež člověka potkávají po celý život a také v návaznosti na opotřebení těla, zařazení do jiné věkové skupiny dochází u seniorů vedle fyzických změn také ke změnám psychickým, které jsou ovlivněny mnoha faktory s různými důsledky postihujícími jejich životní styl, soběstačnost, a s tím spojené bezpečí jedince v dnešní populaci. Nejčastější změny jsou popsány v následujících podkapitolách.

4.1.1 Zhoršení paměti

Zdraví a výkonost těla člověka se postupem věku u každého zhoršuje. U někoho jde o změnu takřka nepoznatelnou, u jiných naopak razantní a brzkou. Jednou z takových změn často doprovázejících staré lidi je tzv. „epidemie 21. století“, kdy mluvíme o chorobě zvané demence. Demence je úzce spjata především s dlouhověkostí. Helena Haškovcová ve své literatuře z r. 2012 uvádí, že s nějakou formou demence musí počítat každý třetí člověk, který překročil 80 let svého života. Dále se často setkáváme u této věkové skupiny s onemocněním

nazývaným Alzheimerova choroba, již k roku 2010 ve světě trpělo zhruba 35 milionů osob. Je odhadováno, že do roku 2030 bude tento počet zdvojnásoben. [9]

4.1.2 Demence

Pojem demence pojednává o snížení rozumových schopností, které člověk získává během svého života. Demenci ve stáří lze dělit na tři základní formy [15]:

- 1.) senilní demence (nejčastěji se vyskytují typ),
- 2.) arteriosklerotická demence,
- 3.) smíšená demence.

4.1.2.1 Senilní demence

Senilní demence je onemocnění, vznikající v důsledku zániku korových buněk. Začíná převážně po 70. roce života. Nejdříve postihuje schopnost abstraktivního myšlení, úsudku a sebekritičnosti. Následně dochází k dezintegraci intelektu a osobnosti. Častým jednoznačným jevem je zapomětivost. U osoby postižené danou nemocí zaniká postupně zájem o okolí a stává se emočně labilním, což může dospět až k agresivitě seniora. Mnozí pacienti však popírají své poruchy a setkávají se s paranoidními představami, které mají za následek nepochopení se s okolím. V důsledku mnoha postihů spojených s onemocněním se postupem času může člověk stát nebezpečným sám sobě i ostatním. [18]

4.1.3 Alzheimerova choroba

Jedná se o degenerativní onemocnění mozku, které představuje jednu, nikoliv jedinou formu demence. Účinná léčba této nemoci není známá, avšak nástup onemocnění je možno alespoň oddálit, či zmírnit průběh nemoci. [9]

4.1.4 Ostatní psychické změny postihující seniora

Mezi další změny či faktory, ovlivňující život seniora můžeme zařadit například nedůvěřivost vs. důvěřivost. Jedná se na jednu stranu o staré lidi, kteří po celý život byli navyklí na nízkou kriminalitu ve svém okolí, a jejich zvyklosti již nenavázaly na dnešní podmínky, kdy dochází k nárůstu kriminality, a to v mnoha případech právě proti seniorům, kteří jsou považováni za „snadný cíl“ díky svému tělesnému oslabení. Tato skupina lidí se následně často setkává s kriminalitou v podobě podomního prodeje či jiného nalákání pro obohacení pachatele z důvodu vysoké důvěřivosti k cizímu člověku. Na druhé straně mluvíme o seniorech, kteří se v důsledku odchodu do důchodu a pozvolného návyku na život v osamění dostali do

stavu, kdy po snížení styku s lidmi již přestávají věřit rodině i přátelům. Tato skupina lidí se naopak setkává s problémy, kdy nedokáží sami odhadnout nebezpečí či si jej nechat jinou osobou zhodnotit a poradit preventivní činnost. Zmíněné faktory dále souvisejí se zhoršením vnímání a úsudku.

Návazností na změny fyzické i psychické a samotné si uvědomění seniora situace, v které žije, je emoční labilita. Ta může být způsobena vnímáním zdravotního stavu, pocitu opuštění rodinou, ztrátou blízkého člověka (smrtí), vyřazením ze společnosti nebo jako jeden z důsledků nemoci psychického typu.

4.2 Fyzické změny ve stáří

Při pohledu na seniora či při pátrání v paměti, jak takového člověka či skupinu obecně popsat z fyzického hlediska, se setkáváme s několika základními jevy, které vnímáme na první pohled. Jedná se především o změny ve vzhledu, a to především vrásčitá kůže a prořidnutí vlasů, a další kožní onemocnění, ale také změna v chůzi a obecně v pohybu.

Změna chůze a pohybu je zapříčiněna především úbytkem svalové hmoty v pokročilém věku a onemocněním kloubů v důsledku již letitého opotřebení.

4.2.1 Úbytek svalové hmoty

Jednou ze změn, probíhajících v lidském těle v důsledku stárnutí je ta, kdy atrofují svaly. Jedná se o úbytek svalové hmoty. Ve věku do 80 let života člověku ubude až 50% svalové hmoty, čímž se tělo stává méně hbitým, chůze začíná být nejistou, s čímž je spojeno i riziko pádu seniora. Dalším důsledkem úbytku svalové hmoty je zrychlení svalové únavy a příchod třesu rukou. V závislosti na těchto změnách je zvýšena soustředěnost seniora při nejjednodušších úkonech, jako například sednutí si, vztyk či započetí chůze. [4]

4.2.2 Klouby

Klouby jsou jedním z nejdokonalejších systémů v lidském těle, jež dávají volnost pohybu kostry, jako například lidská ramena, zápěstí či drobné klouby prstů. Mezi degenerativní nejnámějšími onemocněními kloubů patří osteoartróza, artróza a steoarthritis. Tato onemocnění postihují chrupavku i kost, která je s ní spjata. Ve věku nad 65 let jedna z těchto nemocí postihne 8 – 9 lidí z 10, mimo vrcholové sportovce, u nichž je opotřebení dáno stylem života v jiné míře. [12]

4.2.3 Srdce

Srdce se postupem času a vlivem stárnutí zmenšuje a snižuje se jeho výkonnost. Srdeční sval, aby tuto změnu dokázal kompenzovat, tak zbytnuje. Dochází ke zvýšení energetické náročnosti potřebné k chodu orgánu, srdce reaguje vnímavěji na námahu, stres či další náročné podněty. V případě poranění srdečního svalu v důsledku stáří dochází ke zpomalení hojivosti. [4]

4.2.4 Změny činnosti smyslů

Po dobu celého života člověk denně využívá smyslů, jako jsou zrak, sluch, čich, chuť a hmat, čímž dochází k jejich opotřebení. To následně ve věku seniora vede ke snížení jejich funkčnosti nebo až k zániku a dochází ke znevýhodnění osoby v důsledku například slepoty či hluchoty.

4.2.4.1 Zrak

Změnu v očích starých lidí můžeme poznat na první pohled, a to především tím, že jsou zapadlé, k čemuž dochází ztrátou orbitálního tuku. Častým onemocněním této skupiny lidí bývá ektropium senile. Projevuje se především jako spojení s chronickým zánětem spojivek. Dále se můžeme ve velké míře setkat s onemocněním „zelený zákal“ a „šedý zákal“. [14]

Všechna tato onemocnění mají za následek poruchu zraku, což souvisí se ztrátou soběstačnosti, a to buď částečně, nebo úplně, dle míry závažnosti onemocnění a poruchy zraku. Jde-li o pouhé zhoršení zraku, barvoslepost či rozpitý zrak, je člověk nadále schopen v rámci možností samostatného života, avšak s problémy. V případě ztráty zraku úplného je člověk vázán na pomoc v rodinném kruhu, asistentky nebo domova seniorů.

U seniorů se zdravotním problémem slepoty se setkáváme nejčastěji s tzv. „praktickou slepotou“, což je stav, kdy je zraková schopnost i po korekci brýlemi snížena max. na 1/60. Tyto zbytky zraku již člověku však nestačí na samostatnou orientaci v prostoru. Závažnost tohoto onemocnění je především vnímána tím, že porucha zraku je již nenávratnou. [14]

4.2.4.2 Sluch

V geriatrii, tedy medicíně skupiny starých lidí, se naše populace nejčastěji setkává se symptomatickými poruchami sluchu. Nejprve dochází k omezení možnosti slyšet vysoké tóny, s čímž se člověk začíná setkávat již v okolo čtyřicátého roku života. Později se začíná

přidávat neschopnost slyšet i v jiných tónech, šum a především ztráta porozumění řeči. V případě poslechu samostatné řeči je senior postižený poruchou sluchu schopen vnímat, avšak je-li řeč doprovázena jakýmkoliv jiným zvukem, dochází k tomu, že to již člověk není schopen pojmout srozumitelně. [14]

Dle Vladimíra Pacovského v literatuře z roku 1990 je odhad pro silnou nedoslýchavost kolem 30 % lidí nad 75 let věku a dále 10 % se potýká s ušními šelesty. Šelesty pak rozumíme zvukové podněty, které však nepocházejí z okolí, ale ze samotného ušního analyzátoru (uvnitř ucha, nejčastěji cévní původ) jedince. [14]

4.2.4.3 Čich

U seniorů dochází vedle ztráty zraku a sluchu také ke ztrátě čichu. Jedná se jak o kvalitativní, tak i kvantitativní poruchu. U třetiny seniorů můžeme mluvit o až 80 % kvalitativní ztrátě čichu, i když čichový práh není změněn. [14]

4.2.4.4 Chut'

Se ztrátou chuti se v populaci nad 65 let setkáváme také poměrně často, avšak jedná se především o individuální ztrátu jak v míře tak příčině. [14]

4.2.4.5 Hmat

Hmatem se rozumí povrchový vnímavý systém v kůži, jež nám umožňuje cítit teplo, chlad či dotek a také reaguje na tlak a bolest. Přibývajícím věkem dochází k úbytku kožních receptorů, což má za následek snižování citlivosti hmatu, regulaci tepla a chladu, sílu dotyku, vnímání polohy jednotlivých částí těla a pohybů končetin. [11]

4.2.4.6 Důsledky změn smyslových funkcí

Negativní změny smyslových funkcí mají tedy za následek ovlivnění schopnosti člověka vnímat okolí, být o něm informován v reálném čase a dokázat se v dané situaci orientovat. Vnímání člověka s oslabenými smysly může být doprovázeno strachem či pocitem nejistoty v důsledku uvědomění si svého znevýhodnění. Ve skupině lidí u seniora pak může dále také docházet k pocitům úzkosti, méněcennosti, nedůvěřivosti a změnám nálady. Senior proto odmítá vycházet z domu nebo komunikovat a scházet se s jinými lidmi ve svém okolí. V souvislosti se zmíněnými faktory a důsledky senior zůstává osamocen, bez kontaktu s okolním

světem a klesá tak možnost adaptace na nové životní prostředí, které je dáno změnami v oblastech vztahů, technologií a dalších návazností které jsou spojeny s každodenním vnímáním světa a jeho změn. [11]

4.3 Sociální změny

Hrozba sociální změn u starých lidí je výzvou pro změnu společenské atmosféry. Úkolem každé vyspělé společnosti je staré osoby integrovat, a ne je segregovat. V otázkách zaměstnávání seniorů je problém spojen s nabídkou pracovních míst, jež náš trh obsahuje a také vhodností práce. Zájemem společnosti by podle různých autorů mělo být také rozšiřování nabídek možností pro rozvoj aktivity starších lidí, například v podobě univerzity třetího věku, pořádání přednášek a setkání v rámci vybudování nových či obohacení stávajících klubů seniorů a další volnočasové aktivity, které sám senior bez pomoci jiných není schopen realizovat. Sociální izolace je rovněž výzvou pro zavádění vhodných adaptací dopravního systému pro potřeby starších lidí. Zabránění jejich sociální izolaci znamená zvýšení jejich životní a sociální aktivity, a tedy v důsledku i jejich prostorové mobility. [27]

4.3.1 Odchod do důchodu

Jedním z negativních pohledů na stáří nebo-li jeho prezentací je to, že starý člověk se stává méně hodnotným pro okolí právě proto, že odchází z práce do důchodu. Již po dobu mnoha let je práce pomyslným měřítkem hodnoty lidí a jejich existence pro dnešní populaci. Po dobu, kdy člověk dochází do práce, hraje hlavní roli především pozice, na níž pracuje, za jakých podmínek a za jaký plat. Senior po dosažení důchodového věku zpravidla odchází do důchodu, ztrácí své postavení ve společnosti z důvodu výpadku z pracovního provozu a následně dochází ke zmenšení finančních příjmu. Následkem toho může být také odsunutí starého člověka z finančního pohledu mezi sociálně slabší vrstvu, aniž by tak u jedince mohlo být.

Z těchto důvodů se často setkáváme u seniorů s odkladem odchodu do důchodu, aby nečelili právě tomuto „odsunu“ do nižší vrstvy populace a zůstávali stále aktivním člověkem ne jen pro své podvědomí, ale především pro okolí. Avšak ne všichni senioři mají možnost odkladu důchodu, jak už ze zdravotního hlediska či možnosti zůstat u zaměstnavatele, tudíž se novým trendem pro boj proti mýtům spojeným se stářím a seniory stávají centra pro seniory. [6]

Senior následně po odchodu ze zaměstnání do starobního důchodu začíná čelit otázkám typu „Jak upravit životní styl?“, „Co s nadbytkem času?“ a dalšími. Řada seniorů dokáže najít

směr, kterými jsou schopni se po dobu mnoha nadcházejících let zabavit a nenechat se ovlivňovat negativními faktory, jenž jsou spojeny s mýty o seniorech, vyřknuty mladšími generacemi. U seniorů, kteří však svůj životní styl změnit nedokážou, dochází k návaznostem působení vlivů, které začínají ve většině případů psychickými problémy a mají dopad na zdravotní stav jedince.

4.3.2 Osamělost

Problém osamocení, nebo-li negativní a nepříjemné pocity z důvodu nedostatečné kvality a množství sociálních vztahů, vazeb a podpory, patří mezi jedny z nejvýznamnějších rizik seniora. Pocit osamocení může u člověka nastat i v tom případě, kdy je člověk obklopen sociálními sítěmi nebo u člověka s minimálním množstvím kontaktů, ale jde však o povahu člověka, tudíž na pohled osamělý člověk bez kontaktů s okolím si nemusí připadat osamocen, zato člověk s mnoha kontakty ano, v důsledku jiných faktorů s návazností na pocit osamocení. [2]

U seniorů se s pocitem osamocení setkáváme především ve smyslu kladené otázky „Komu umřít?“ Extrémní osamělost souvisí s nedostupností pomoci, s pocitem vyloučení či odloučení.

Ze zmíněných důvodů můžeme osamělost rozdělit a dva typy:

1. Emocionální samota
2. Sociální samota

V důsledku osamělosti u seniora v mnoha případech následně dochází k prolínání psychického stavu se zdravotním, na něž má negativní vliv.

5 BEZPEČNOSTNÍ RIZIKA SENIORŮ

Bezpečnostní rizika, týkající se seniorů, bývají spojeny s několika faktory, které mohou život starého člověka ohrozit samostatně nebo může jít o návaznosti mezi nimi formou „padajícího domina“. Nejčastějšími faktory jsou potom náhlé zhoršení zdravotního stavu, nežádoucí účinky pobíraných léků, pád a trestná činnost páchaná na seniorech.

5.1 Náhlé zhoršení zdravotního stavu

V případě seniora, kdy mluvíme o lidech vyššího věku, v mnoha případech dochází k nárazovým slabostem, které bývají způsobeny například změnou počasí, změnou nálady či fyzické zátěže, aniž by na ně senior byl předem připraven a snažil se jim předcházet. Tyto případy mohou mít za následek upadnutí bez poranění s okamžitým návratem životních funkcí, závažné poranění či déle přetrvávající zhoršený zdravotní stav.

5.2 Nežádoucí účinky léků

Vážným problémem osob ve vyšším věku je především vysoké riziko nežádoucích účinků užívaných léků. Podle studií z USA je výskyt nežádoucích účinků u geriatrických pacientů až 50%, na níž vázaná nutná hospitalizace je tvořena až 17% případů ze všech hospitalizací. S tímto číslem se setkáváme především z těch důvodů, že v průběhu svého života člověk obvykle léky užívá v malém množství s dlouhou dobou rozestupu pro „vzpamatování se“ organismu, tudíž mluvíme o jakési jednoduchosti užívání léků (malé dávky v krátkém čase). Ve vysokém věku člověku přibývají zdravotní potíže, návštěvy mnoha druhů lékařů, tudíž také roste počet aplikovaných léků a složitost, jak z pohledu náročnosti užívání, tak především dopadu na tělo. Tělo seniora bývá takřka z pravidla již samo o sobě oslabeno, tudíž při vzniku nežádoucího účinků léků či kombinace léků dochází v mnoha případech k přetížení organismu s následkem kolapsu některých funkcí člověka. Tento kolaps může mít za následek pouhou nevolnost a slabost s minimálním dopadem na situaci, avšak v některých případech dochází až ke ztrátě vědomí a dočasné soběstačnosti, a to především v souvislosti s přivoláním si pomoci. [10]

5.3 Pád

Pády jsou jedním z nejčastějších a nejnebezpečnějších chorobných příznaků stáří. Jejich největším nebezpečím je možnost úrazu, jako následek samotného pádu. Tento následek může seniorovi ovlivnit život krátkodobě ale také trvale, dle četnosti zranění, která utrpěl. [14]

V případě pádu starého člověka může dojít (pro člověka mladého) k takřka banálnímu zranění, avšak ve spojitosti s oslabením těla klesá schopnost samostatného postavení se zpět na nohy a přivolání lékaře, či samostatný transport k lékaři. V určitých případech se může setkat s následkem pádu v takové kombinaci, kdy dojde k podvrtnutí kotníku, avšak senior při jeho míře sil není schopen se pomocí rukou a jedné nohy dostat do blízkosti telefonu pro přivolání pomoci a následně může být nalezen až po několika hodinách či dnech s následky šplhajícími mnohem dál, než byl ten prvotní. V těchto případech může být člověk již ovlivněn například dehydratací, proleženinami, vysílením, depresí z dané situace, což může sebou nést například psychické následky pro zbytek života.

5.3.1 Definice pádu

V oblasti pádů je velmi složité zmínit jednoznačnou definici, jelikož pádů je zaznamenán vysoký počet s mnoha různými podobami jak příčiny, tak i následku. Proto bych ráda uvedla více definicí:

- 1.) Nezamýšlená událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo na nižším povrchu. Pád není způsoben žádným pohybem nebo jinou příčinou, jako je cévní mozková příhoda, mdloba, epileptický záchvat, atd. [13]
- 2.) „Pád je definovaná změna polohy, končící kontaktem se zemí. Pád může být doprovázen poruchou vědomí a poraněním.“ [19]
- 3.) Osoba neplánově klesne k podlaze. [13]
- 4.) „Pád je porucha rovnováhy v průběhu chůze nebo jiné aktivity s následným upadnutím či sesunutím k zemi. Pád je mimořádná událost, vyústějící v nezamýšleném spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu.“ [13]

5.3.2 Běžné příčiny pádů u seniorů

Upadnout může kdokoli, jak mladý člověk, tak starý, stejně jako silný a zdatný senior tak i slabý. Většina starých lidí se postupem času začíná potýkat se zhoršením zraku, sluchu a tím narůstá riziko pádu. Pády jsou tedy z větší míry spojeny s poruchami smyslu, ale také se zhoršující se stabilitou a silou těla seniora. [13]

Například stojí-li člověku v cestě překážka v podobě kmenu stromu, mladý člověk ji přeskochí, ale starý člověk se jí podrží, překročí, ale může dojít k závratí, podlomení oporné nohy, změnu tlaku z důvodu změny aktivity (oproti plynulé chůzi) atd.

Příklad běžných příčin pádů u seniorů [13]:

- nehoda,
- riziko prostředí,
- pád z lůžka,
- porucha chůze, rovnováha,
- slabost,
- artritická bolest,
- akutní onemocnění,
- zmatenost a poruchy vnímání,
- porucha zraku,
- epilepsie.

5.3.3 Vnější faktory související s pády

Většina náhodných pádů je zapříčiněna vnějšími faktory, které hrají v pádu hlavní roli a jsou tedy hlavní příčinou. Může se také jednat o jejich kombinaci, kdy u seniorů s dalším faktorem, kterým je slabost končetin, dochází k nevyhnutelnému pádu či neschopnosti v zabránit pádu jinak vyhnutelnému.

Prevencí vzniku pádu v důsledku těchto faktorů může být zhodnocení prostředí se seniorem, a to z pohledu co právě mu přijde pro pohyb obtížné nebo zhodnotit nejčastější příčiny pádů v daném prostředí a následně tyto překážky odstranit či „zjednodušit“.

Příklad vnějších příčin pádů u seniorů [13]:

- léky,
- vany a toalety,
- typ a stav obuvi,
- nevhodné pomůcky,
- špatné osvětlení,
- kluzká nebo nerovná podlaha,
- příliš nízký nebo vysoký nábytek,
- nebezpečné schodiště (strmé, úzké, nestabilní zábradlí či žádné),
- příliš nízko nebo vysoko umístěné vybavení koupelny bez pomůcek k držení,
- předložky a koberce kryjící malou plochu podlahy.

5.4 Násilná trestná činnost páchaná na seniorech

Pojem násilná trestná činnost pojednává o jednání, jehož základem je útok na osobu neboli oběť pachatele s různou intenzitou agresivity. V mnohých případech může začít výhružkou, kterou také může skončit nebo dále být následována fyzickým napadením. [1]

Mezi nejznámější a nejčastější trestné činy násilného charakteru páchané na seniorech můžeme zařadit [1]:

- a) Násilí tělesné - jde o násilí a ubližování fyzického charakteru, nejen bití, škrábání, kopání, škracení, strkání, ale také mytí studenou vodou, vystavování chladnému a mrazivému prostředí, nepřetržité mechanické omezování a úmyslné netlumení bolesti.
- b) Násilí psychické – jde o ponižování, urážky, vyhrožování omezením pohybu (např. pohyb omezen v jedné místnosti, zákaz jejího opuštění), omezení aktivit.
- c) Zneužívání finanční - vynucování peněz, převody majetku, zvláštní formou je také nadměrné omezení způsobilosti k právním úkonům a zneužití opatrovnictví.
- d) Zneužívání sexuální – jde o vzácnou gerontofilií nebo o násilí ze strany mladšího klienta v ústavní péči.
- e) Zanedbávání péče.
- f) Druhotné ponižování.

Následkem spáchané trestné činnosti na seniorovi ve většině případů bývá ztráta nezávislosti, ztráta domova, ztráta celoživotních úspor, důstojnosti a bezpečí nebo další psychické následky.

Pachatelem takového trestného činu mohou být ve velké míře známí, blízcí známí, potomci nebo jiné osoby, které mají v zájmu rodiny nebo povolání danému člověku, neboli oběti poskytovat potřebnou péči a bezpečí. [1]

5.4.1 Ageismus

Pojem ageismus, vyvozený z anglického slova „age“, jehož význam v překladu do jazyka českého znamená věk, označuje pestré projevy averze vůči starým lidem neboli seniorům. Projevy jsou vedeny proti veškerým typickým znakům, spojeným se stářím, jak už s tělem seniora, životem, chováním, projevy atd. Doslova lze pojem přeložit jako „věkově podmíněná diskriminace“. [9]

Tento typ diskriminace v dnešní době je zařazen do vysoce nebezpečných. Zahrnuje celou škálu procesů v rovině individuální i strukturální. První použití pojmu „ageismus“ je datováno do 20. století, a to v Americe ředitelem amerického Národního institutu pro stárnutí. Od té doby vzniká další řada vymezení ageismu, jelikož jde o široký záběr např. do sociálních věd, politických věd, sociálně-politickou praxi, atd. [9]

Původní definice ageismu dle Roberta N. Butlera:

Ageismus je proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, které je manifestováno širokým spektrem fenoménů a stává se jednou účelnou metodou společnosti propagovat tento pohled na starší osoby s cílem setřást část vlastní zodpovědnosti vůči nim. [9]

5.5 Trestná činnost proti majetku páchaná na seniorech

Z policejních statistik vyplývá, že převážnou část současné kriminality představuje majetková trestná činnost. Do té spadá i trestná činnost páchaná na seniorech. Nejčastěji se s ní setkáváme v podobě podomního prodeje, vloupání do obydlí seniora či jeho přepadení na ulici, kdy pachatelé využívají osamělosti seniorů, jejich důvěřivosti, celoživotních úspor ukládaných doma v hotovosti, špatného zdravotního stavu, a jiných faktorů, díky nimž je senior znevýhodněn v případě vzniku dané situace.

Na tuto problematiku se snaží různými projekty a zásahy reagovat PČR i populace, avšak z důvodu neznalosti velkého množství dnešních technologií a metod páchaní trestné činnosti na seniorech společně se složitým přesvědčením starých osob o nárůstu kriminality je složité jim plně předejít.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. [29]

6.1 Příspěvky pro seniory

K tomu, aby senior měl nárok na příspěvek, je potřeba, aby nejprve zažádal o přiznání příspěvku. To se podává na krajské pobočce Úřadu práce, která zároveň vydává rozhodnutí o příspěvku.

Příspěvek je následně po přiznání vyplácen jednou měsíčně. U všech stupňů závislosti s výjimkou prvního se vyplácí plná částka příspěvku. Částka příspěvku v případě lehké závislosti je přiznána ve výši 2 000 Kč a vyplácena je tak, že 1 000 Kč obdrží přímo žadatel v hotovosti či na účet a zbylých 1 000 Kč je vyplaceno k úhradě za sociální služby poskytnuté této osobě poskytovatelem sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb. Toto neplatí, stará-li se o seniora výhradně osoba blízká. [21]

6.2 Stupně závislosti na jiné fyzické osobě

Dle § 8 se osoba považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v případě [29] :

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

6.3 Registr poskytovatelů sociálních služeb

Ve veřejné části registru poskytovatelů sociálních služeb jsou dohledatelné informace o konkrétní poskytované sociální službě přístupné od vydání rozhodnutí o registraci a následného úředního zveřejnění.

V ČR je dohledatelných 18 sociálních služeb poskytujících tísňovou péči, z čehož 5 poskytovatelů s působností ve Zlínském kraji. Těmi jsou [24]:

- Anděl strážný,
- Život 90,
- Eurocross Assistance Czech Republic, s.r.o.,
- HealthInspect s.r.o.,
- Ing. Adéla Kolouchová.

7 POSKYTOVATELÉ TÍŠŇOVÉ PÉČE

Z již zmíněných poskytovatelů dále budou popsáni pouze 4, jejichž spolehlivost funkčnosti odpovídá poskytovaným informacím ohledně služby, používaného zařízení a cenovému rozpětí.

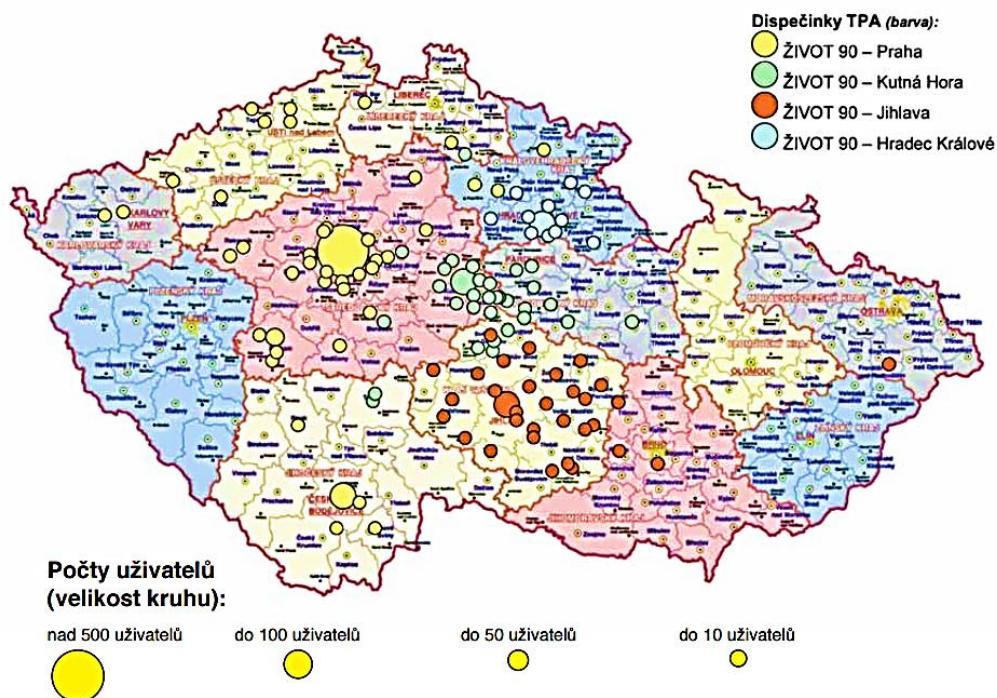
7.1 ŽIVOT 90

Jedním z poskytovatelů tísňové péče na území ČR je sdružení Život 90, jejichž služba nese název AREOÍN.

Jedná se o službu, jejíž cílovou skupinou jsou senioři a osoby se zdravotním postižením, která pomocí distanční hlasové a elektronické komunikace monitoruje uživatele služby v jeho bytě či venku (záleží na zvoleném typu zařízení). Osoby se sníženou soběstačností jsou tedy 24 hodin denně elektronicky připojeny na DPPC, kde při příjmu tísňového signálu dochází k poskytnutí či zajištění neodkladné pomoci uživateli. [28]

7.1.1 Oblast působnosti

Oblast působnosti služby AREOÍN je kolem 4 dispečinků, které jsou zřízeny ve městech Praha, Kutná Hora, Jihlava, Hradec Králové.



Obr. 1 – Oblast působnosti služby AREOÍN [převzato z 27]

Při pohledu na zobrazení působnosti na mapě jsou však uživatelé vzdáleni stovky kilometrů od daného dispečinku, což v případě poskytování rychlé pomoci sebou může nést komplikace, není-li smluvně dána bezpečnostní agentura či převozová sanitní služba, která v případě příjmu tísňe zasahuje v dané lokalitě.

7.1.2 Poskytovaná pomoc

V případě stisknutí tísňové tlačítka dochází k příjmu informace na DPPC, dále je započat zpětný hovor, jež je samostatně přijat. Na základě zjištění dané situace je přivolána pomoc prostřednictvím rodiny, pečující osoby, sociální služby, PČR, HZS nebo IZS.

Služba je zaměřena na poskytování těchto případů pomoci [28]:

- při náhlé krizové situaci (zhoršení zdravotního stavu, zranění, pád),
- při mimořádné situaci (přepadení, nebo ohrožení jinou osobou),
- v případě nezvládnání běžných úkonů v oblasti sebepěče i zdraví,
- jako prevence a pomoc v řešení domácího násilí, či špatného zacházení,
- při samotě,
- při zabezpečení bytu v době nepřítomnosti uživatele,
- v rámci preventivní průběžné péče a pravidelné komunikace s uživatelem služby.

7.1.3 Poplatky za poskytovanou službu

Dle informací poskytnutých poskytovatelem na webovém portálu Život 90, je daná služba zpoplatněna částkami uvedenými v Tab. 1.

NÁKLADY HRAZENÉ POSKYTOVATELEM	
STACIONÁRNÍ ZAŘÍZENÍ	
Aktivace a montáž zařízení - získáno prostřednictvím daru	1500 Kč
Pořízení repasovaného zařízení + aktivační poplatek	6500 Kč
Pořízení nového zařízení	15000 Kč
Pravidelná měsíční platba	400 - 550 Kč
MOBILNÍ ZAŘÍZENÍ	
Pořízení zařízení	1 500 - 5 000 Kč
Pravidelná měsíční platba	400 - 550 Kč
SAMOSTATNĚ HRAZENÉ NÁKLADY	
SIM karta od libovolného mobilního operátora s placeným měsíčním paušálem	200 Kč
Pevná telefonní linka	200 Kč

Tab. 1 – Finanční náročnost služby Život 90 [zdroj vlastní]

7.2 Anděl strážný

Projekt Anděl Strážný je zaměřen na seniory a zdravotně handicapované klienty. Poskytuje pomoc a asistenci těm lidem, kteří chtějí zvládnout péči o své blízké v jejich domácím prostředí. Jedná se o moderní asistenční systém pro rodiny a organizace, které chtějí poskytnout seniorům a lidem s tělesným postižením maximum bezpečí, jistoty, svobody a samostatnosti.

Poskytovaná služba je dělena do dvou skupin dle cílových situací a života seniora, kdy se jedná o mobilní tísňovou péči a domácí tísňovou péči. Princip a zprostředkování pomoci je stejný, rozdíl je však v použité technologii pro zaznamenání stavu nouze. [20]

7.2.1 Úkony poskytované služby

Tísňová péče poskytovaná organizací Anděl strážný je realizována následujícími kroky [20]:

- hlasová komunikace s hlídanou osobou,
- zajištění záchranné služby či kontaktních osob,
- kontaktování osob určených klientem,
- komunikace se záchrannou službou včetně předání informací o lécích a zdravotním stavu klienta, kontraindikace na léky apod.,
- kontaktování lékaře,
- vypracování zprávy pro osoby určené klientem a lékaře určeného klientem,
- pravidelné volání dle zvolené požadované frekvence,
- výjezd po dohodě s kontaktní osobou - zpoplatněn paušálem dle vzdálenosti,
- upomínková služba (připomenutí užití léků, pitný režim apod.),
- klíčová služba,
- archivace a pravidelná aktualizace údajů o klientovi.

7.2.2 Poplatky za poskytovanou službu

Dle informací poskytnutých poskytovatelem na webovém portálu Anděl strážný, je daná služba zpoplatněna částkami uvedenými v Tab. 2.

NÁKLADY HRAZENÉ POSKYTOVATELEM	
STACIONÁRNÍ ZAŘÍZENÍ	
Cena zařízení - GSM Alarm	3 300 Kč
Cena zařízení - Jablotron GDP - 04 iRF	6 500 Kč
Pravidelná měsíční platba	350 Kč
MOBILNÍ ZAŘÍZENÍ - GPS	
Pořízení zařízení Comfort	4 800 Kč
Pořízení zařízení Mobil	1 400
Pravidelná měsíční platba	400 - 550 Kč
SAMOSTATNĚ HRAZENÉ NÁKLADY	
SIM karta od libovolného mobilního operátora s placeným měsíčním paušálem	200 Kč
Pevná telefonní linka	200 Kč

Tab. 2 - Finanční náročnost služby Anděl strážný [zdroj vlastní]

7.3 Služba mobilní asistence Senior Inspect

Tato služba byla vyvinuta pro podporu osob ve věku nad 65 let nebo pro osoby se zdravotním handicapem, jejíž funkce spočívá ve vybavení seniora komunikační jednotku popřípadě jiným vstupním zařízením, kterým může být např. telefon. V případě vzniku jakékoli kritické situace stačí zmáčknout tísňové tlačítko. Systém používá technologii, která umožňuje řadu pokročilých automatických funkcí pro případ, že uživatel není schopen tlačítko stisknout sám. Při vyvolání alarmu v aplikaci na dispečinku proběhne určení polohy, a rozhovor s klientem přímo přes komunikační jednotku. Po dohodě klienta s operátorem a na základě individuálního asistenčního profilu je zvolen optimální další postup v podobě kontaktování rodiny, odborných subjektů či složek IZS. [25]



Obr. 2 – Struktura funkce systému služby Senior Inspect [převzato z 25]

7.3.1 Poplatky za poskytovanou službu

Dle informací poskytnutých poskytovatelem na webovém portálu Senior Inspect, je daná služba zpoplatněna částkami uvedenými v Tab. 3.

NÁKLADY HRAZENÉ POSKYTOVATELEM	
MOBILNÍ ZAŘÍZENÍ - GPS	
Cena zařízení - Jednotka personal inspect - GPS	4 800 Kč
Pořízení zařízení - Mobil Aligator	1 000 Kč
Pravidelná měsíční platba	275 - 550 Kč
SAMOSTATNĚ HRAZENÉ NÁKLADY	
SIM karta od libovolného mobilního operátora s placeným měsíčním paušálem	200 Kč

Tab. 3 – Finanční náročnost služby Senior Inspect [zdroj vlastní]

7.4 InspectLife dohled – Asistenční dohledová služba

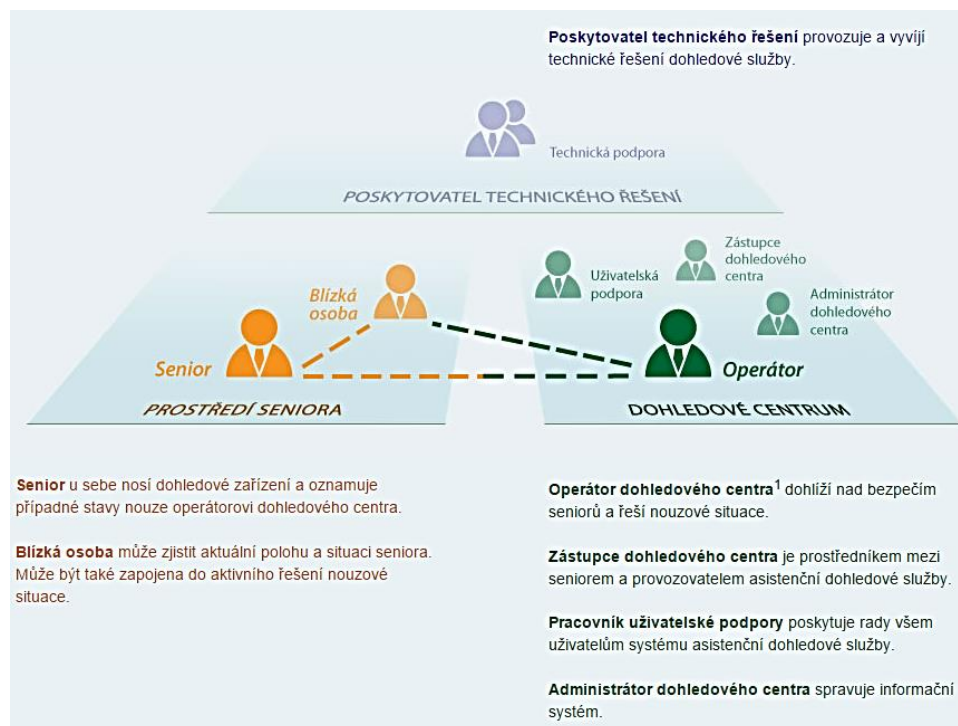
Asistenční dohledová služba InspectLife je navržena tak, aby pomohla seniorům zajistit si samostatnost a zvýšit bezpečí v samostatném životě. Je určena především aktivním seniorům a jejich blízkým osobám pro zajištění dohledu nad jejich situací po dobu nepřítomnosti. Služba pracuje na základě toho, že po aktivaci nouzového tlačítka nebo automatické samovolné aktivaci dochází oznámení na DPPC, kde informaci přebírá pracovník asistenční služby, který umí zajistit pomoc v případě nouze nebo zdravotních potíží. Dispečink dále

informuje blízkou osobu seniora, která má možnost zjistit aktuální informace a poskytnout pomoc. Pomoc je poskytnuta formou přivolání rychlé záchranné služby, kontrolou sociálního pracovníka nebo prostřednictvím blízké osoby dle vyhodnocení situace. [22]

7.4.1 Cílové situace dané služby

Cílové situace poskytované služby mají zaměření obdobné předchozím zmíněným službám, a to [25]:

- Senior má zdravotní problém nebo se cítí být ohrožen - Senior oznámí situaci zmáčknutím „nouzového“ tlačítka na dohledovém zařízení.
- Senior upadl a nemůže si sám pomoci - Dohledové zařízení umí rozpoznat potenciální pád.
- Blízká osoba má obavu o stav seniora - Blízká osoba může v odůvodnitelných chvílích zjistit aktuální polohu a stav seniora.



Obr. 3 – Struktura asistenční dohledové služby InspectLife [převzato z 22]

7.4.2 Poplatky za poskytovanou službu

Cena za poskytnutí služeb je rozdělena do více skupin, a to dle pořízeného technického vybavení a dále dle náročnosti požadavků, což je děleno do skupin Standart a Komfort.

Dle informací poskytnutých poskytovatelem na webovém portálu InspectLife dohled, je daná služba zpoplatněna částkami uvedenými v Tab. 4.

NÁKLADY HRAZENÉ POSKYTOVATELEM	
STACIONÁRNÍ ZAŘÍZENÍ	
Cena zařízení - Seniorský telefon s SOS náramkem	4 500 Kč
Pravidelná měsíční platba	260 - 400 Kč
MOBILNÍ ZAŘÍZENÍ - GPS	
Cena zařízení - Dohledový asistent Lola - GPS	4 500 Kč
Cena zařízení - Mobil Aligator	1 500 Kč
Pravidelná měsíční platba	260 - 400 Kč
SAMOSTATNĚ HRAZENÉ NÁKLADY	
SIM karta od libovolného mobilního operátora s placeným měsíčním paušálem	200 Kč

Tab. 4 – Finanční náročnost služby InspectLife [zdroj vlastní]

7.5 Zhodnocení systémů poskytovatelů služeb pro Zlínský kraj

Ve městě Zlíně a jeho okolí působí celkem 4 poskytovatelé služeb tísňové péče, jejichž cílovou skupinou jsou senioři a zdravotně postižení lidé. Tito poskytovatelé však tuto činnost realizují na dálku za pomoci najímání převozných zdravotnických vozidel, která jsou v případě nutnosti přivolána na místo poplachu, je-li potvrzeno, že jde o akutní problém, kdy následně je měsíční cena za poskytování služby navýšena o výjezd. V některých případech poskytovatel pomoc zprostředkovává pouze formou oznámení problému blízké osobě.

Dle mého názoru v případě placených jednotlivých výjezdů dochází k obavám seniora, zda si pomoc přivolat nebo ne, jelikož jde o další výdaje. V případě oznámení problematické situace rodinnému příslušníkovi nemusí vždy dojít k okamžitému zásahu, jelikož osoba se nemusí včas dokázat přepravit pro poskytnutí pomoci nebo nemusí být vůbec k zastihnutí.

8 VÝZKUM MEZI POPULACÍ

8.1 Cíle výzkumu

Cílem mého výzkumu je zhodnocení situace ve Zlíně a jeho okolí z pohledu pocitu ohrožení seniora, znalost dané služby a její potřebnost zařazení do běžného života seniora. Na výzkum je pohlíženo z jak z pohledu seniora, tak generace mladší, která je starající se o rodinné příslušníky seniorského věku.

8.2 Metodologie výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila jako metodu formu dotazování – pomocí dotazníku, přičemž jsem jako efektivní a odpovídající zvolila metodologii kvantitativní, jenž spočívá v odpovídání respondentů na otázky pevně stanovenými odpověďmi.

Sběr dat byl realizován pomocí on-line dotazníku, který byl následně rozeslán seniorům, kteří mají přístup k internetu, vyplněn pomocí rodinných příslušníků nebo byl vyplněn v papírové podobě a následně přepsán do on-line dotazníku pro sjednocení odpovědí v jednom prostředí.

Výzkum probíhal tzv. metodou „sněhové koule“, kdy byl osloven úzký okruh lidí v mém okolí, a dále dotazník rozeslali do okolí svého. Z toho vyplývá, že osoby zahrnuté do výzkumu nebyly nijak záměrně mnou vybírány a typovány (v rámci mnou úzce definovaných představ a požadavků). Do zkoumaného vzorku jsem nezahrnovala osoby žijící v ústavech sociální péče, v pobytových stacionářích, domech pokojného stáří atd., neboť tato zařízení jsou vybavena svým zařízením.

8.3 Aplikace výzkumu

Výzkum byl prováděn ve statutárním městě Zlíně a jeho blízkém okolí, které bylo stanoveno do 15 km od centra města Zlína, a to z důvodu návaznosti na dojezdový čas potřebný pro poskytnutí spolehlivé pomoci u cílové skupiny.

Dotazník použitý pro shromáždění odpovědí respondentů byl rozdělen na „dvougenerační“, kdy se jednalo o názory osob ve věku seniora i generace pečující o seniory.

Toto rozdělení respondentů bylo zajištěno v 1. otázce, jejíž dělení bylo dvouskupinové:

1. 20 – 60 let - jsem osobou pečující o seniora (vnuk/vnučka, syn/dcera). Nezáleží na faktu, zda se jedná o péči trvalou, dlouhodobou, dočasnou či občasnou. Nadále odpovídám z pohledu pečujícího, není-li otázka kladena přímo na seniora.
2. 60 – 100 let – jsem seniorem a odpovídám sám/a za sebe.

Následně byly otázky kladeny tak, aby bylo řádně rozeznatelné, zda respondent odpovídá sám za sebe vůči dané problematice nebo v návaznosti na život seniora.

Jako kritéria, která charakterizují životní situaci seniorů, jsem zvolila genderovou příslušnost, věk, vztahy v rámci domácnosti, zdravotní stav a místní a lokační příslušnost v rámci bydlení (tj. centrum města, okraj města či okolní vesnice). Závěrem první části byla položena otázka pro zjištění znalostí ohledně využívání mobilního telefonu, které je obdobné jako využívání technologií v dané problematice. Otázky, které měly tyto informace zajistit, jsem pokládala tak, aby bylo možno zvolit jednu jasnou konkrétní odpověď z předem nabídnuté škály.

Druhá část výzkumu byla zaměřena na konkrétní otázky související s problematikou aplikace tísňové péče, která byla respondentům popsána v úvodu daného oddílu otázek. Tyto otázky pojednávaly o finanční náročnosti, jež je respondent ochoten na danou službu investovat v případě pořízení, důvod pořízení z pohledu kriminality a zdravotního stavu seniora a výběr mezi typem s podporou GPS lokalizátoru nebo bez.

8.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je složen z celkem 17 otázek, rozdělených do dvou oddílů. První oddíl je zaměřen na charakterizování respondenta a následně popisovaného seniora, v jehož závislosti je na otázky odpovídáno. Druhý oddíl již klade otázky k samotné problematice, a to pro zodpovězení otázek ve smyslu finanční stránky služby, pocity seniora jako ohroženého jedince a názor na potřebnost služby v jeho životě.

Jednotlivé otázky byly následně vyhodnoceny samostatně nebo v návaznostech na jiné pro vyhodnocení důvodu volby daného názoru.

8.5 Vyhodnocení sběru dat

Vyhodnocování sběru dat bylo prováděno v návaznostech na důležité faktory, jež mohou ovlivňovat rozhodnutí respondentů na dané situace. Vyčíslení je znázorněno graficky se slovním popisem a procentuálním vyjádřením v textu.

8.5.1 Věk respondenta, věk seniora

Výzkumu se celkově zúčastnilo 147 respondentů, z nichž následně byli 4 odebráni, a to z důvodu nesplnění požadovaných kritérií, kterými byly věk v rozsahu 20 – 100 let nebo místo bydliště seniora ve vytyčené oblasti do 10 km do města Zlína.

Ze 143 respondentů splňujících již zmíněné podmínky bylo 77 oslovených ve věku 20 – 59 let, kteří odpovídali z pohledu osoby pečující o seniora a zbylých 66 ve věku seniorském, odpovídajících sami za sebe z pohledu svého života.



Graf 1 – Věk seniora [zdroj vlastní]

8.5.2 Místo bydliště seniora

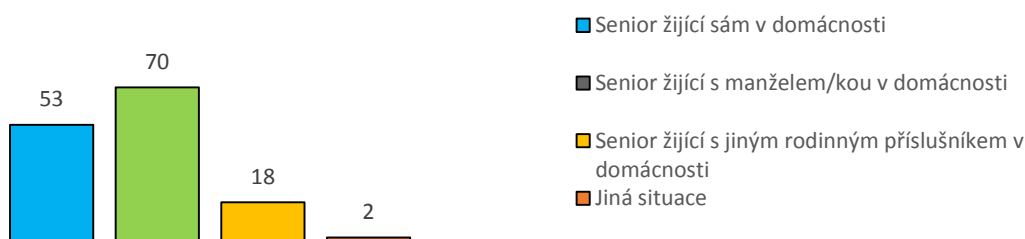
Místo bydliště bylo ve výzkumu zahrnuto proto, aby byly zařazeny pouze odpovědi respondentů odpovídajících za seniora s bydlištěm, k němuž je realizovatelný dojezdový čas zásahové hlídky do 15 min za příznivých podmínek. Respondenti nesplňující tento dojezdový čas byly z výzkumu odebrány. Následně byly odpovědi použity pro zodpovězení otázek souvisejících s řešenou problematikou.



Graf 2 – Místo bydliště seniora [zdroj vlastní]

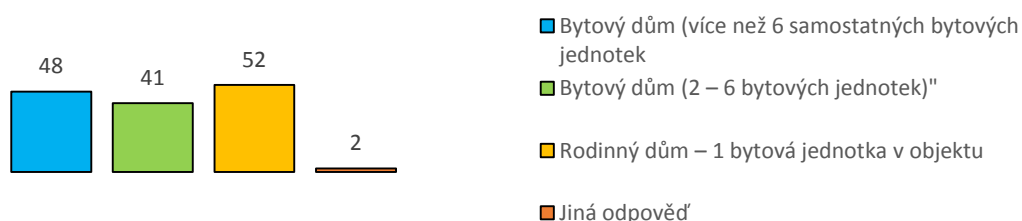
8.5.3 Soužití seniora v samostatné domácnosti a charakteristika objektu

Dále byla do výzkumu zahrnuta otázka charakterizující život seniora, a to soužití v samostatné domácnosti. Byla zvolena pro zhodnocení životní situace či vlivu na požadování prevence, je - li senior samostatně žijící nebo nikoliv. Tento faktor byl následně využit pro vyhodnocení požadovaných otázek týkající se řešené problematiky.



Graf 3 – Soužití seniora v samostatné domácnosti [zdroj vlastní]

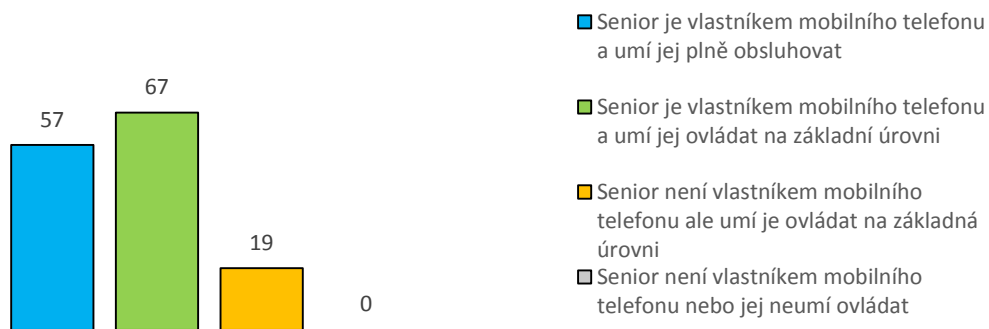
V souvislosti s předchozí otázkou byl respondent tázán na charakteristiku objektu, v němž senior žije. Otázka dále ve výzkumu bude kombinována s jinými odpověďmi pro zjištění závislosti pocitu ohrožení či požadování služby jako prevence.



Graf 4 – Charakteristika objektu bydliště seniora [zdroj vlastní]

8.5.4 Znalost seniora v oblasti používání mobilního telefonu

Z důvodu podobnosti technické náročnosti obsluhy navržených prvků v rámci tísňové služby byly respondenti dotazováni na znalosti ovládání a dobíjení mobilního telefonu. Tato otázka má výzkumu přinést odpověď na možnost seniora zvládnout ovládat pořízený technický prvek používaný pro přivolání pomoci.



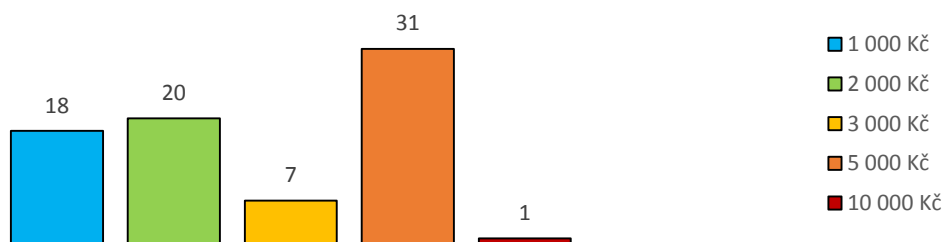
Graf 5 - Znalost seniora v oblasti používání mobilního telefonu [zdroj vlastní]

Z grafu vyplývá, že 81,5% seniorů zúčastněných se výzkumu mobilní telefon vlastní a jsou schopni jej samostatně užívat na běžné uživatelské úrovni, včetně dobíjení baterie. Následných 95,8% dotazovaný mobilní telefon vlastní, avšak jsou schopni jej užívat a obsluhovat pouze na úrovni základní. Ze 143 seniorů zahrnutých ve výzkumu jich 27,2% v dnešní době mobilní telefon nevládní, avšak mají znalost jeho obsluhy. Seniorů, kteří by mobilní telefon neuměli ovládat, ani na základní úrovni bylo ve výzkumu 0%.

Ze zhodnocení otázky daného výzkumu tedy vychází, že dnešní senior zná obsluhu mobilního telefonu alespoň na základní úrovni, dokáže vytočit hovor a dobít baterii je-li to pro funkčnost zařízení potřeba.

8.5.5 Výše investice pro pořízení zařízení a užívání služby

V rámci výzkumu byly položeny dvě otázky z pohledu finančního a to výše investice, kterou by respondent byl schopen či ochoten vynaložit na pořízení zařízení a měsíční poplatky za užívání služby. Odpovědi byly tříděny dle věkových skupin respondentů na 20 – 59 let z pohledu pečujícího a 60 – 100 let z pohledu seniora jako plátce.

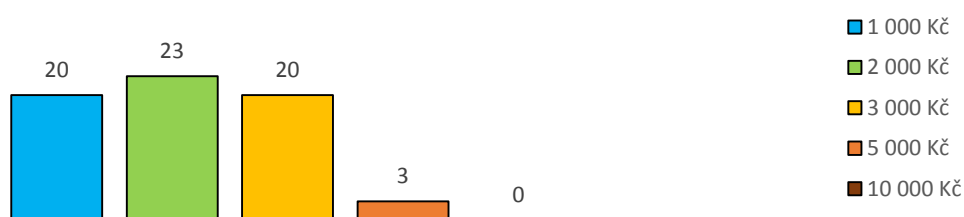


Graf 6 - Výše investice pro pořízení zařízení seniorovi generací 20 - 59 let [zdroj vlastní]

Z grafu číslo 6, popisujícího výsledky odpovědí věkové skupiny 20 – 59 let vyplývá, že nejčastější částkou, kterou jsou pečující pro seniory na pořízení investovat je 5 000 Kč, což odpovídá 40% respondentů. Dále 26% respondentů je ochotno investovat 2 000Kč. takřka srovnatelné množství dotazovaných je ochotno investovat pouze 1 000Kč. Z výzkumu především ukazuje, že částka 10 000 Kč je jako pořizovací cena již příliš vysoká.

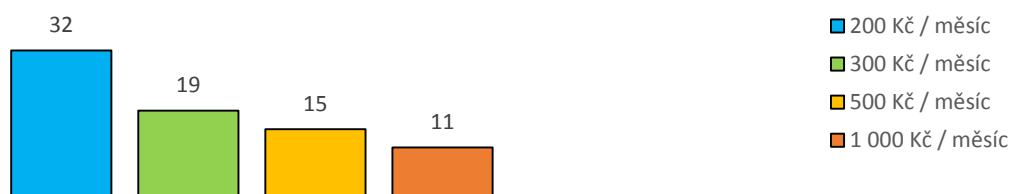
Průměrná cena mezi respondenty stanovená jako možný pořizovací poplatek se pohybuje okolo částky 3 100 Kč.

Mezi skupinou seniorů, kteří odpovídali z pohledu plátce dané částky na pořizovací náklady již cena klesla na průměr 2 100 Kč, a to zřejmě především z důvodu nízkých příjmů lidí pobírajících důchod. Výsledky respondentů byly takřka srovnatelné v rozsahu 1 000 Kč – 3 000 Kč. Cena 5 000Kč či 10 000 Kč je takřka nemožná pro danou skupinu lidí.



Graf 7 – Výše investice pro pořízení zařízení samotným seniorem [zdroj vlastní]

Část výzkumu o možné měsíční investici na provoz služby přinesla výsledky znázorněné v grafu č. 8 a 9, které jednoznačně ukazují, že by se cena měla pohybovat v rozmezí 200Kč až 300Kč za měsíc. Generace 20 – 59 let by ve 14 % respondentů byla oproti seniorům ochotná investovat až 1 000Kč za poskytovanou službu k zabezpečení rychlé pomoci pro starého blízkého člověka.



Graf 8 - Výše investice na měsíční poplatky za službu generací 20 - 59 let [zdroj vlastní]



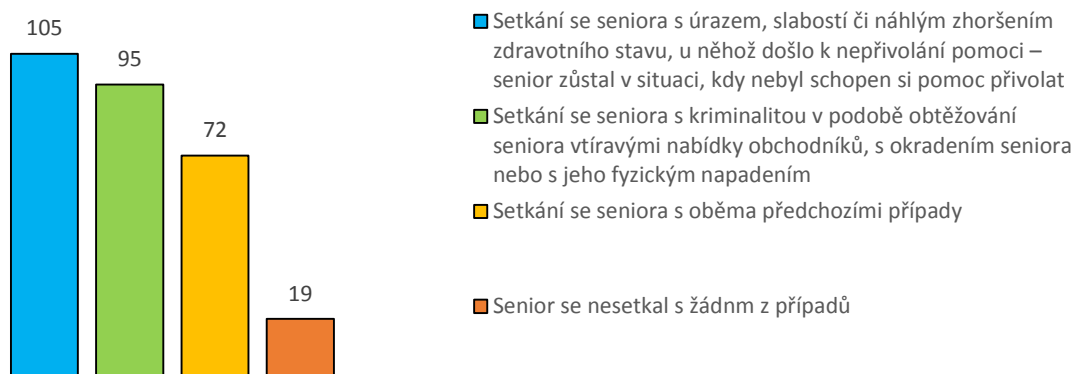
Graf 9 – Výše investice na měsíční poplatky za službu generací 60 - 100 let [zdroj vlastní]

8.5.6 Styk seniora v s problematikou neposkytnutí včasné pomoci

Jako velký vliv na pořízení dané služby považují faktor, zda se senior již ve svém okolí setkal se situací, která by přivolání pomoci uplatnila a napomohla včasnému zásahu.

Respondentům byla položena otázka, zda se již setkali s úrazem, slabostí či náhlým zhoršením zdravotního stavu, u něhož došlo k nepřivolání pomoci, a následně senior zůstal odkázán sám na sebe, kdy tato situace mohla být způsobena situací jako například nedostatek kreditu na mobilním telefonu, zanechání telefonu v jiné místnosti, volaný účastník nedostupný nebo příliš vzdálený na poskytnutí pomoci. Ze 143 dotazovaných se 73% již setkalo ve svém okolí, ať už osobně či vzdáleně s případem, kdy včasná první pomoc nebyla poskytnuta z důvodu neschopnosti přivolání.

Dalším častým „útokem“ na generaci seniorů jsou právě podomní prodejci, zdlouhavé nabídky s cílem okradení seniora, kdy může dojít až k fyzickému napadení. Páchaná trestná činnost na seniorovi se může odehrávat jak v místě bydliště seniora, tak ve volném prostoru, avšak v mnoha situacích není senior schopen reagovat tak, aby dokázal a měl čas vytočit mobilním telefonem přivolání složek PČR či MP. S tímto případem se setkalo v rámci výzkumu 66% dotazovaných.



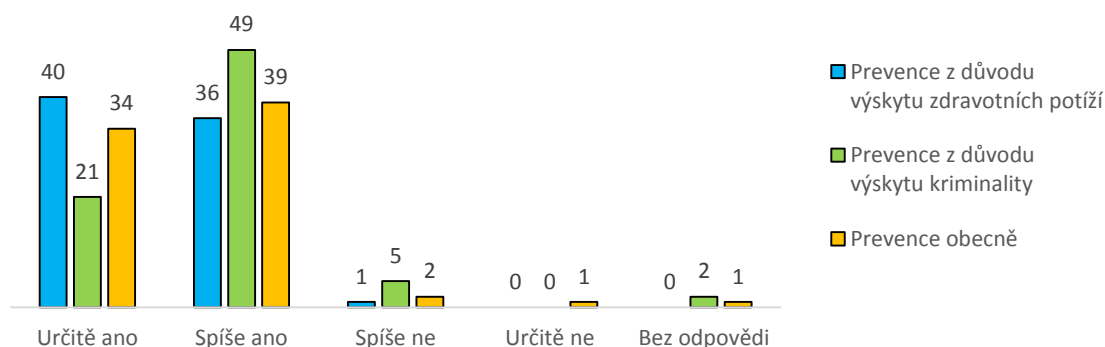
Graf 10 – Styk seniora v s problematikou neposkytnutí včasné pomoci [zdroj vlastní]

Pouhých 13% respondentů se nesetkalo s žádnou situací dané problematiky ve smyslu kriminality ani zhoršení zdravotního stavu, ale 50% s oběma.

8.5.7 Pohled generace 20 – 59 let na pořízení služby přivolání pomoci

Hlavní částí výzkumu byla otázka na důvod, z jakého by senioři ve Zlíně měli mít na dosah službu poskytující včasné přivolání pomoci a její poskytnutí. Z odpovědí respondentů ve věkové kategorii 20 – 59 let, což jsou odpovídající v pozici pečujících o seniory, byly výsledky jednoznačně kladné pro pořízení.

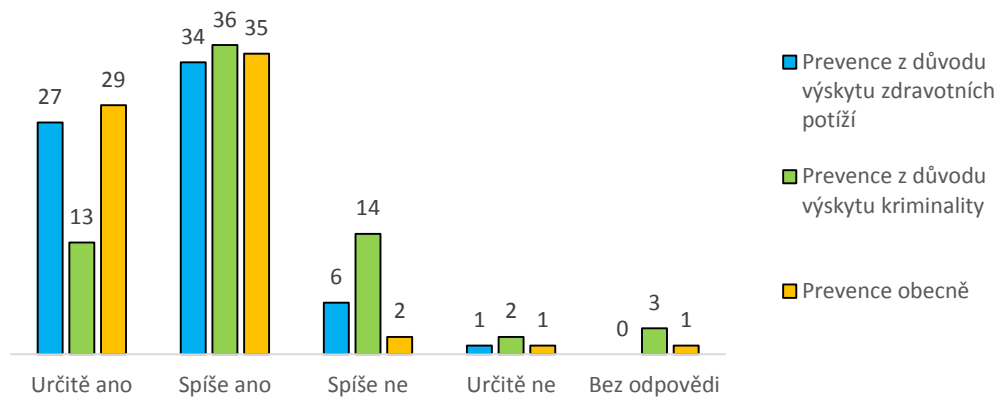
Náhlé zdravotní potíže jako důvod pro pořízení prevence bylo respondenty ohodnoceno 52% jako „určitě ano“ a 46% jako „spíše ano“. U kriminality již dochází k hodnocení služby názorem „určitě ano“ pouze ve 27%, avšak v 64% je názor „spíše ano“, z čehož lze usoudit, že obavy z kriminality nejsou natolik vysoké jako u zdraví seniorů, ale také nejsou zanedbatelné a prevenci daného typu by lidé využili. Názory záporné v poměru proti kladným vycházejí takřka zanedbatelné.



Graf 11 - Pohled generace 20 – 59 let na pořízení služby přivolání pomoci [zdroj vlastní]

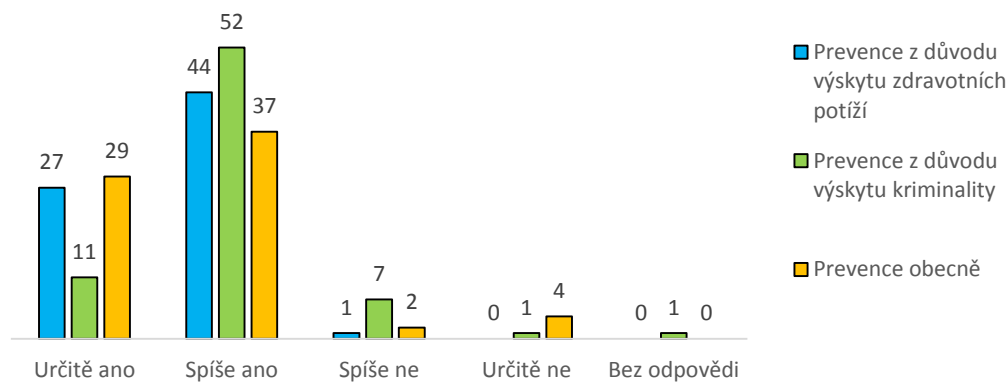
8.5.8 Pohled seniora na pořízení služby tísňové péče

Při pohledu na výsledky výzkumu v otázce pořízení služby tísňové péče lze vyvodit, že senioři ve věku 60 – 74 let by ji uvítali s vážným zájmem z důvodu prevence při zhoršení zdravotního stavu a prevence obecně nevázané na konkrétní situace. Vyšší procento respondentů však nahlíží z pohledu váhavého avšak kladného, což je v grafu zastoupeno odpověďmi „Spíše ano“, kdy jsou výsledky pro všechny kategorie takřka vyrovnané. Záporné hodnocení pořízení služby je v malém měřítku, a to především v kategorii, kdy se jedná o prevenci při výskytu kriminality a potřebného včasného zásahu.



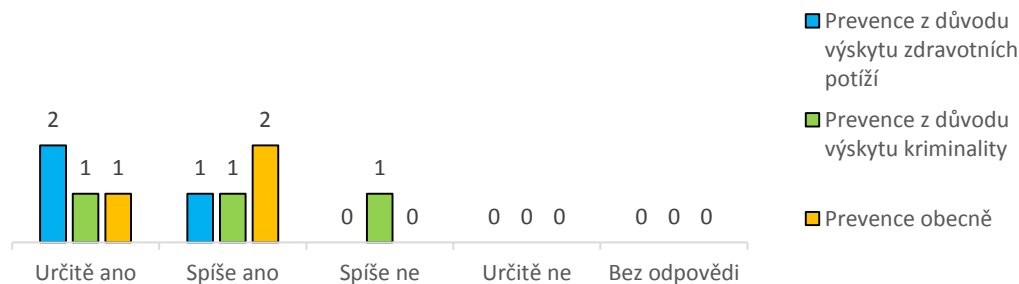
Graf 12 – Pohled na pořízení služby v závislosti na věku seniora 60 – 74 let [zdroj vlastní]

U věkové kategorie 75 – 89 let, výsledky znázorněné v grafu č. 13 udávají, že senioři daného věku se cítí nejohroženější, či působí nejohroženěji z pohledu mladších generací ve smyslu výskytu kriminality, avšak rozhodnutí jednoznačně zastoupené odpovědi „Určitě ano“ odpovídá pouze 15 %, oproti váhavé kladné odpovědi „Spíše ano“, kdy se již jedná o 72 % respondentů zaznamenaných tuto odpověď.



Graf 13 - Pohled na pořízení služby v závislosti na věku seniora 75 - 89 let [zdroj vlastní]

Ve věkové kategorii 90 let a více byly zastoupeni pouze 3 respondenti, tudíž výsledky jsou pouze orientační, takřka zanedbatelné. Ale jak již naznačuje graf, pohled na pořízení služby je především z důvodu prevence vůči náhlým zdravotním potížím.

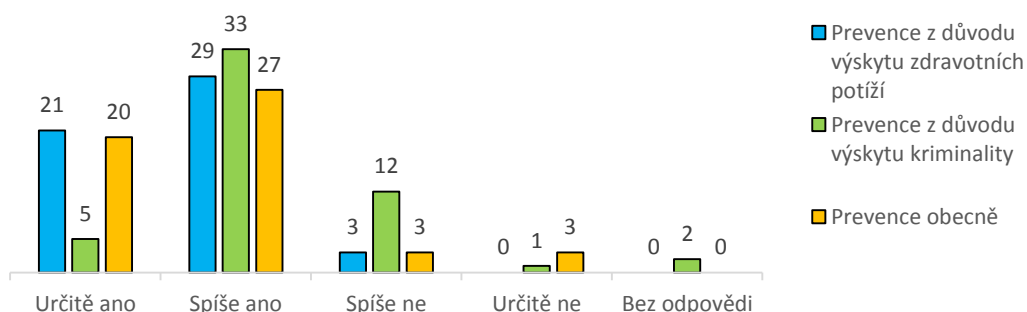


Graf 14 - Pohled na pořízení služby v závislosti na věku seniora 90 let a více [zdroj vlastní]

8.5.9 Pohled na pořízení služby v závislosti na domácnost seniora

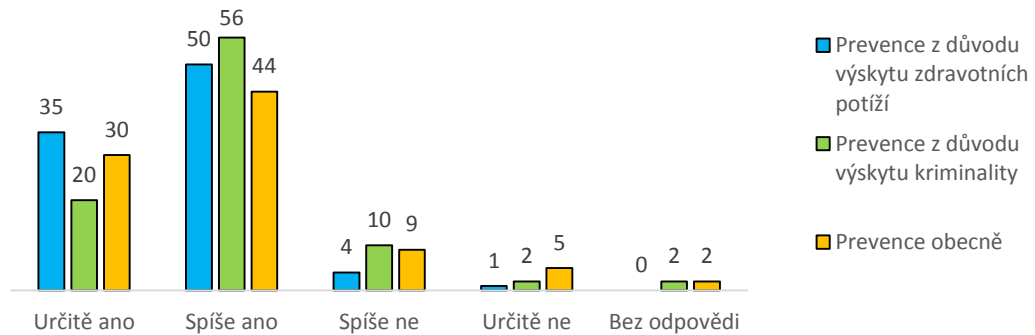
Další zkoumanou otázkou výzkumu je pořízení služby tísňové péče v závislosti na domácnost senior. Konkrétně otázka, zda li by službu přivítali samostatně žijící senioři a senioři obývající společnou domácnost s více rodinnými příslušníky a v jaké míře.

Respondentů samostatně žijících se výzkumu zúčastnilo celkem 53. Z výsledků následně vyplývá, že případné pořízení služby by senioři hodnotili pozitivně a to především z důvodu prevence vůči kriminalitě a náhlým zdravotním potížím.



Graf 15 – Pohled na pořízení služby u seniorů samostatně žijících [zdroj vlastní]

Osob sdílejících domácnost s jiným rodinným příslušníkem bylo do výzkumu zařazeno 90, tato skupina opět možnost pořízení služby hodnotí kladně, tentokrát z pohledu všech zastoupených kategorií prevence.



Graf 16 - Pohled na pořízení služby u seniorů žijících ve společné domácnosti [zdroj vlastní]

9 NÁVRH SLUŽBY POSKYTOVANÉ PRO ZLÍN A BLÍZKÉ OKOLÍ

Na základě zhodnocení poskytovaných služeb ve Zlíně a jeho okolí a výzkumu bude v následující kapitole popsán navrhovaný systém, který by měl situaci v rámci poskytování tísňové péče pro seniory v dané lokalitě vylepšit.

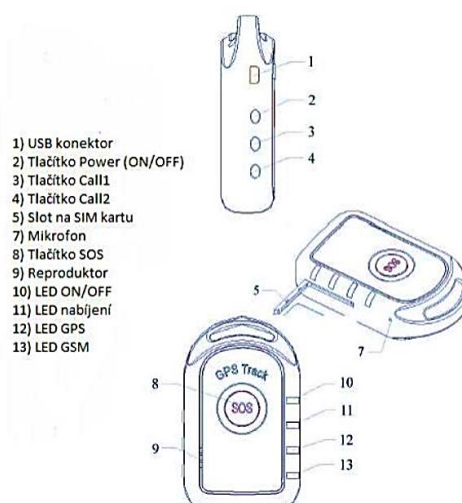
9.1 Technické vybavení pro přivolání pomoci

Základem poskytované služby je technický prvek, kterým bude senior vybaven pro možnost stisknutí tísňového tlačítka, jež vyšle následně informaci na DPPC pro zpracování, zjištění situace a zajištění opatření.

Těchto zařízení je na trhu nabízena celá řada, tudíž nebudou zmiňovány konkrétní prvky, ale pouze jejich charakteristika a požadavky na jeho funkčnost.

9.1.1 Mobilní zařízení – tísňové tlačítko

Prvním ze zařízení zahrnutých do poskytování tísňové péče je mobilní zařízení konstruované formou tísňového tlačítka. Velikost tohoto zařízení se pohybuje okolo 45x30x15mm, což pro představu odpovídá krabičce od sirek. Toto zařízení je vyráběno s podporou GPRS a GSM standardem pro mobilní komunikaci. Dále je zařízení vybaveno tísňovým tlačítkem, jehož funkcí je po stisknutí přenos poplachové zprávy na DPPC, která je identifikována telefonním číslem přiřazeným k dané SIM kartě. Po příjmu informace o potížích seniora je možné z DPPC vyvolat hovor se seniorem, který je prostřednictvím zařízení samovolně přijat, bez potřeby fyzického potvrzení příjmu telefonátu.



Obr. 4 – Tísňové tlačítko - GPS lokátor pro seniory [převzato z 26]

Některá zařízení na trhu jsou doplněna o GPS komunikátor, pro možnost zobrazení polohy daného přístroje. Poloha může být následně zobrazena prostřednictvím dodaného softwaru k zařízení.

Oproti tísňovým tlačítkům, které fungují na základě ústředny umístěné v bytě seniora a přídatného náramku s baterií, jejíž výdrž je řádu až měsíců, je problematickým faktorem výdrž baterie mobilního tísňového tlačítka. Ta je rozdílná v závislosti na používání GPS komunikátoru. V případě volby technologie bez GPS je výdrž zařízení bez dobíjení až 20 dní, avšak při snímání polohy maximálně 7 dní. Tato doba je následně ovlivněna intervalem uložení polohy. V případě snížení baterie a potřeby zařízení dobít je opakovaně vyslán akustický signál.

Pro plnohodnotné použití je zařízení možno zavěsit na krk nebo vybavit obalem pro nošení formou hodinek.

9.1.2 Mobilní zařízení – mobilní telefon

Dalším prvkem zahrnutým do návrhu dané služby je mobilní telefon vybavený tísňovým tlačítkem, které po jeho stisknutí ohroženou osobou ihned vysílá zprávu na předvolené telefonní číslo. V tomto případě se jedná o sloučení mobilního telefonu využitelného v běžném životě seniora a předchozí varianty samostatného tísňového tlačítka. Veškeré funkce jsou obdobné jako u předchozího zařízení, jak podpora GPS tak dobíjení telefonu závislé na jeho používání.

9.2 Dohledové a poplachové přijímací centrum

Dohledové a poplachové přijímací centrum dále jen DPPC, by pro realizaci služby tísňové péče bylo umístěno v centru města Zlína a to z důvodu plnění požadovaného dojezdového času pro včasný zásah u seniora v nouzi, který jsem jako ideální zvolila do 15 minut za příznivých podmínek z pohledu silničního provozu.

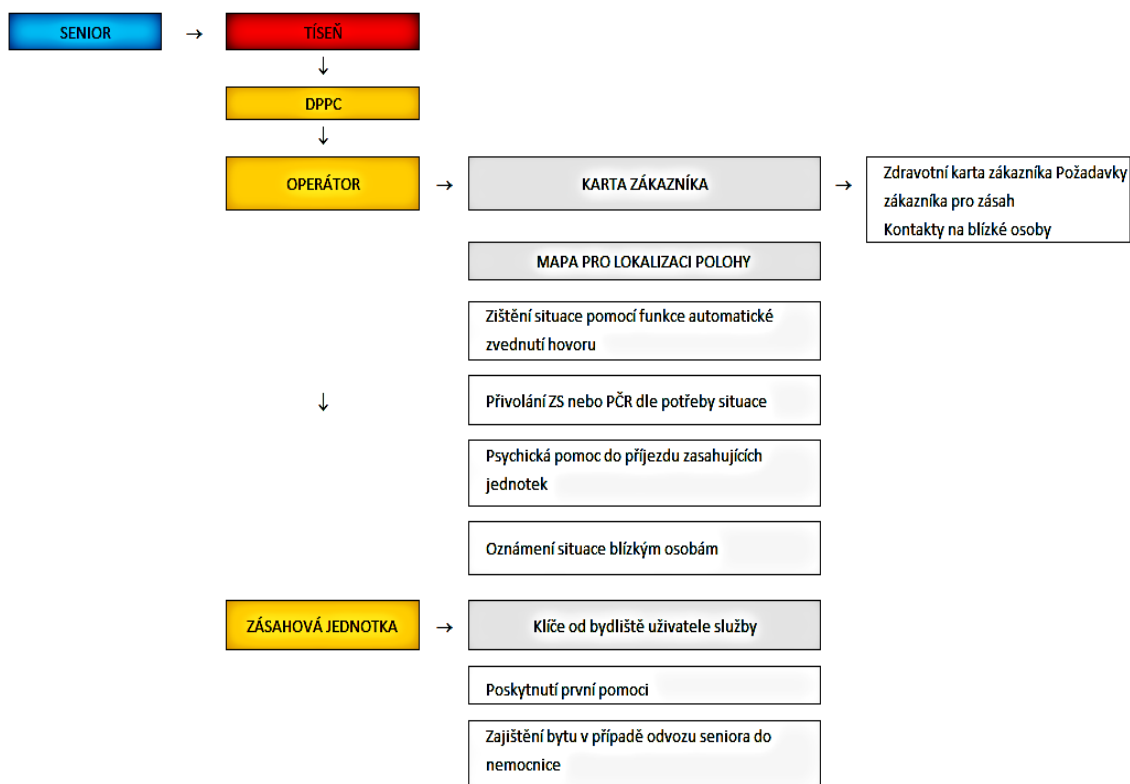
Povinností DPPC by jako v případě připojení objektů či provozoven byl příjem poplachové zprávy, rozpoznání uživatele a zorganizování zásahu či pomoci.

Po příjmu operátora poplachové informace a identifikaci osoby vysílající tísňovou zprávu, následuje vyvolání hovoru, který je na straně postiženého zařízením automaticky přijat a dochází ke komunikaci se seniorem nebo k odposlechu situace. Následně operátor vyhodnocuje situaci na místě seniora v kombinaci s informacemi uloženými v kartě uživatele. Tato

karta obsahuje informace ohledně místa bydliště, zdravotního stavu a další, jež budou popsány v následující kapitole „Karta uživatele služby“. Po vyhodnocení dochází k vyslání hlídky na místo bydliště seniora nebo na místo poskytnuté GPS lokalizátorem.

V případě, že jde o vyhodnocení situace jako závažný zdravotní problém nebo jde o uživatele, jež trpí těžkými zdravotními komplikacemi a jeho stav je zaznamenán v kartě uživatele jako vážný, je na místo zároveň s výjezdovou hlídkou vyslána také Záchraná služba. V případě vyhodnocení situace jako páčání závažné kriminální činnosti je na místo ihned přivolána PČR nebo MP.

Před příjezdem jednotky pro poskytnutí pomoci operátor stále komunikuje se seniorem pro zjišťování situace a jejího průběhu. Následně jsou informováni rodinní příslušníci či jiné osoby zaznamenané jako kontakty pro informovanost ohledně potíží uživatele služby.



Obr. 5 – Návaznost úkonů pro zajištění pomoci [zdroj vlastní]

9.2.1 Přenosový kanál

Jako forma přenosu informace o tísni na DPPC byl zvolen komunikační kanál prostřednictvím GSM/GPRS sítě, jehož pokrytí v současné době dosahuje takřka do všech lokalit ČR a také se jedná o nižší náklady na zprostředkování. Hlavním prvkem pro zprostředkování služby je tísňové tlačítko, jež je samo o sobě GSM komunikátorem, se zabudovanou SIM kartou. Při použití tísňového prvku na zařízení dochází k zaslání SMS na předem definovaná telefonní čísla, z nichž jedním z nich je právě kontakt na DPPC. Po přijetí tísňové zprávy je prostřednictvím GSM kanálu realizován zpětný hovor na zařízení, které obsahuje funkci samostatného přijetí hovoru. V případě potřeby je zařízení prostřednictvím kanálů schopno předávat informace o poloze zařízení s nastavitelným intervalem odesílání informace o poloze, jehož hodnota je závislá na rychlosti pohybu osoby (pěší chůze, jízda na kole, jízda automobile).

9.2.2 Karta uživatele služby

Jedním ze základních prvků pro činnost operátora, řešícího vzniklou situaci ze sídla DPPC, je karta uživatele, která obsahuje veškeré základní informace o osobě potřebné k poskytnutí pomoci. Náhled na poskytnuté informace kartou je vyobrazen v obrázku č. 5 – Karta uživatele služby.

Karta uživatele služby

Základní informace

Pokyny

Zdravotní karta

Historie

Základní informace

Příjmení:

Jméno:

Bydliště:

Dispozice objektu

Věk:

Popis osoby:

Fotografie

Mobil:

Telefon:

Heslo:

Kontaktní osoby:

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>

Historie

Datum	Čas	Důvod vzniku tístě	Řešení události	Poznámka

Zdravotní karta

Alergie:

Onemocnění:

Riziko:

Další:

Historie:

Pokyny

Priorita	Popis
1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>

Obr. 6 – Karta uživatele služby [zdroj vlastní]

Karta je navržena na základě karty objektu používané běžně při připojení objektu k DPPC.

Do sekce základních informací jsou ukládány informace ohledně jména, bydliště uživatele a také kontakty na osoby blízké, jež je potřeba informovat v případě vzniku vyvolání tísňe seniorem. Tato část je také doplněna o fotografii osoby, jež užívá tísňové tlačítko a s ním spojenou službu, a to z důvodu, dojde-li ke ztrátě osoby nebo hledání osoby v zalidněné části, aby její zásahová hlídka mohla ihned a snadně identifikovat.

Další částí je zdravotní karta, která obsahuje informace o zdravotním stavu seniora. Může se jednat o alergie, dlouhodobá onemocnění, nahlášená nová onemocnění, časté potíže a další podobné charakteristiky zdravotního stavu, na něž je potřeba dbát a přihlížet při poskytování pomoci.

Dále je karta tvořena sekcí „Pokyny“, což je vyjádření objednatele služby či poskytovatele služby na postup při zásahu. Ten je tvořen na základě požadavků před vznikem události nebo nastaven jako opatření po již řešené události. Obsahovat může informace o přivolání Záchranné služby, kontaktování blízkých osob, místo úschovy léků a jejich případné podání a další důležité informace spojené se samotným zásahem a předvídatelnými situacemi.

V poslední řadě karta obsahuje část „Historii“, která zaznamenává veškeré události, týkající se konkrétní osoby, a to jak z pohledu na četnost použití nouzového tlačítka, tak množství výjezdů, důvody výjezdu a popis následného řešení, pro případ opakující se situace.

9.3 Zásahová jednotka

Zásahová jednotka je pojem pro jedno až dvou člennou jednotku, jejímž úkolem je zasahovat na místě vzniku tísňe. Jak již bylo v předchozích kapitolách zmíněno a znázorněno, po příjmu tísňe na DPPC jsou operátorem zjištěny základní informace o osobě, od níž byla tísňe vyslána (osoba přiřazena k danému zařízení v kartě) a ty následně předává zásahové jednotce. Ta vyjíždí na místo bydliště případně na místo dle GPS souřadnic, je-li dané zařízení používáno s podporou GSM lokalizátoru. V průběhu přepravy zásahové hlídky na místo zásahu jsou sdělovány informace ohledně hovoru provedeného se seniorem jako zpětná vazba, podrobnosti ze zdravotní kary a další potřebné informace pro zásah na místě. Dojde-li k hledání osoby na veřejném prostranství mezi více lidmi, tak z důvodu odchylky GPS lokalizace 10m je hlídce zaslána fotografie hledané osoby.

9.3.1 Vybavení technické

Zásahová jednotka a automobil zásahové jednotky by měli být při poskytování dané služby vybaveni především lékárníčkou na úrovni záchranářského vybavení, případně doplněna o přenosný defibrilátor s řádným proškolením o používání. Následně musí mít vždy připraven trezor – kufr s uschovanými klíči klientů, a to řádně označen číselným pojmenováním dle seznamů uchovaných na DPPC, nikoli přesnými adresami. Dále je automobil vybaven zařízením GPS pro vyhledávání objektů pro snadný a rychlý dojezd. GPS má objekty předem předvoleny, aby nebyl prodlužován dojezdový čas při dané situaci.

Člen zásahové jednotky musí být vždy vybaven mobilním telefonem nebo vysílačkou pro spojení s operátorem přítomným na DPPC a zařízením (např. příruční tablet) pro možnost zobrazení karty klienta včetně fotografie v terénu.

9.3.2 Vybavení znalostní

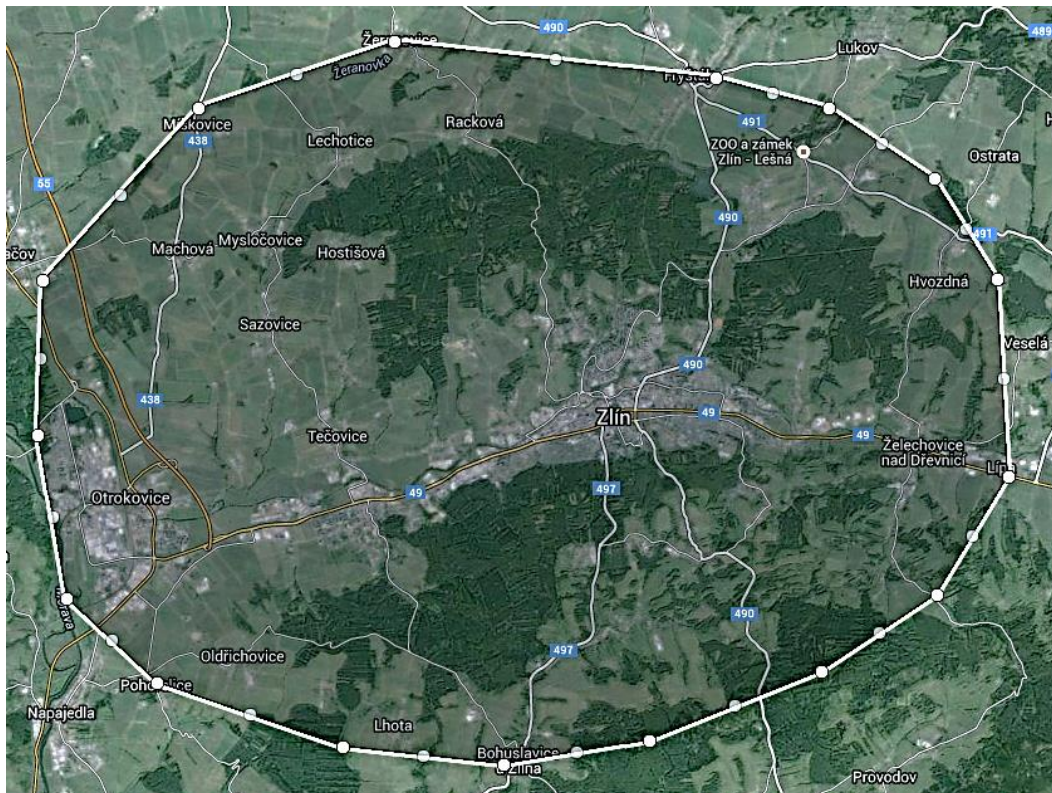
Jak již bylo v předchozích kapitolách zmíněno, zásahová jednotka po příjezdu na místo vzniku tísňe může seniora nalézt se zdravotními potížemi, kvůli nimž byla tísň vyslána. Již při provedení zpětného telefonátu od operátora ke klientovi je zjištěna situace, o jakou se jedná, a v případě potřeby je na místo vyslána RZS. V případě příjezdu zásahové hlídky před RZS je zapotřebí poskytnout první pomoc, vyžaduje-li si to situace. Z toho důvodu je nutno, aby člen zásahové jednotky měl splněnou již praxi v oboru zdravotnickém nebo příslušné vzdělání. Následně by pravidelně jednotka měla být proškolována pro opakování nejčastějších situací a doplňování znalostí v méně se vyskytujících případech, či onemocněních nově přijatých klientů, které se mohou lišit od standardních situací složitostí zásahu a poskytnutím první pomoci.

9.3.3 Úschova klíčů

Zásahová jednotka je vybavena klíči od uživatelů, jež zažádali o jejich úschovu v případě nemožnosti seniora dostat se do svého domova nebo pro případ nemožnosti dostat se k seniorovi do objektu při zdravotních či jiných potížích. Za jiných okolností také může nastat situace, kdy je senior odvezen do nemocnice, tudíž jeho domácnost zůstává nezaopatřená a zásahová jednotka ji následně zajistí pro možnost opuštění prostorů seniorem.

9.4 Oblast poskytnutí služby

Oblast působnosti poskytované služby, je znázorněna na obrázku č. 6, která byla tvořena s ohledem na dojezdový čas, jež byl stanoven na 15 až 20 min. od příjmu tísňe za příznivých silničních podmínek. V případě přesahu dané oblasti by již docházelo k příliš zdlouhavému zákroku, který by nenaplňoval požadavky na včasný zásah.



Obr. 7 – Vytyčení okruhu pro splnění požadovaného dojezdového času [převzato z 23]

ZÁVĚR

V dnešní době se vedou časté diskuze ohledně pocitu bezpečí seniorů ve společnosti a schopnosti splynutí s dnešní dobou po finanční stránce, což působí na jejich sebevědomí a psychickou pohodu při prožívání této etapy života.

V mnoha případech vnímáme „sobeckost“ mladších generací, se kterou se setkáváme při poskytování pomoci starším lidem. Jedná se především o situace, kdy u seniora dochází k náhlému zhoršení zdravotního stavu, jak už na ulici nebo v domácím prostředí, či obtěžování seniora jinou osobu, avšak lidé přihlížející této situaci v mnoha případech nenabídnou pomocnou ruku a senior je odkázán sám na sebe. Z těchto důvodů začaly být zřizovány služby, jejichž úkolem je poskytování péče a první pomoci při vzniku situací, z nichž starý člověk těžce hledá východisko sám. Ve Zlínském kraji se můžeme setkat s působením pěti poskytovatelů zmíněné služby, avšak jedná se především o zřizovatele s hlavním sídlem působnosti v jiných částech České republiky, což míru zásahu následně snižuje.

Jedna část poskytovatelů má problém s vzdáleností od hlavního místa působnosti a dodržení přívetivých dojezdových časů zasahujícího orgánu, což je řešeno smluvními vztahy např. s převozovými sanitními vozidly v dané oblasti, avšak z mého pohledu tato forma realizace zásahu není dostačující pro všechny případy, jež mohou vézt k vzniku tísňe.

Druhá část poskytovatelů služeb řeší příjem tísňe pouze formou komunikace, kdy je zpětně kontaktována postižená osoba, zjištěn důvod vzniku tísňe a následně kontaktována PČR, MP, RZS nebo v méně vážných situacích blízké osoby klienta., avšak nedochází k přímému kontaktu s klientem pro zajištění první pomoci, pouze je pomoc přesunuta na další složky.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že jak generace občanů pečující o seniory, tak i samotní senioři by se k pořízení služby přiklonili, a to jak z pohledu prevence při výskytu zdravotních potíží, při výskytu kriminality tak při prevenci obecně. Zásadní vliv na tyto názory mají zážitky seniorů, kdy z výzkumu vyplývá že 73% dotazovaných se setkala s včasným neposkytnutím pomoci při zdravotních potíží a 66% s neposkytnutím pomoci při výskytu kriminality páchané na seniorech. Pouhých 13% respondentů se nesetkalo s žádnou podobnou situací.

Využívání dané služby sebou však nese určitou finanční náročnost, kdy z výzkumu vyplývá, že generace mladší, nebo li pečující o seniory je ochotna investovat do osob blízkých seniorského věku v průměru 400 Kč / měsíc mimo pořizovací náklady. U seniorů měsíční náročnost na užívání služby však již klesla na úroveň 270 Kč / měsíc, což je ovlivněno finančními možnostmi seniora v důchodovém věku. Náklady na službu však šplhají mnohem výše, což může být řešeno formou příspěvků či dotací poskytnutých státními orgány.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČERMÁKOVÁ, Barbora. Aktuální problémy bezpečnosti seniorů. 2013. Bachelářská práce. UTB ve Zlíně, Fakulta aplikované informatiky, Bezpečnostní technologie, systémy a management. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Stanislav Zelinka.
- [2] ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
- [3] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [4] DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Vyd. 2. Praha: Radix, 2012, 184 s. ISBN 978-80-87573-01-3.
- [5] FIALA, Miloš a Josef VILÁŠEK. *Vybrané kapitoly z ochrany obyvatelstva*. 1. vyd. Praha: Karolinu, 2010, 208 s. ISBN 978-80-246-1856-2.
- [6] HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. *Aktivita jako projekt: diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a seniorek*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013, 170 s. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-152-7.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 407 s. Pyramida (Panorama). ISBN 80-7038-158-2.
- [8] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdrav., 2002, 72 s. ISBN 80-701-3363-5.
- [9] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- [10] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [11] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

- [12] KOUKOLÍK, František. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2014, 227 s. ISBN 978-80-246-2464-8.
- [13] MARX, David. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Překlad Radim Vyhnánek. Praha: Grada, 2007, 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
- [14] PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- [15] PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 298s. ISBN 08- 044-81.
- [16] POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
- [17] ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd., v Portálu 1. Praha: Portál, 2004, 390 s. ISBN 80-717-8829-5.
- [18] SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 225 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- [19] TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.

Internetové zdroje:

- [20] *Anděl strážný* [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://www.andelstrazny.eu/>
- [21] *I senioři mohou dosáhnout na příspěvek na péči*. [online]. 22.4.2014 [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://pomocvdomacnosti.cz/i-seniori-mohou-dosahnout-na-prispevek-na-peci>
- [22] *InspectLife dohled: Asistenční dohledová služba* [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://www.dohled.inspectlife.cz/>
- [23] *Mapy Google* [online]. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <https://www.google.cz/maps>
- [24] *Registr poskytovatelů sociálních služeb: Tísňová péče (8384795)* [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>
- [25] *Senior Inspect: Služba mobilní asistence* [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://www.seniorinspect.cz/>
- [26] *Spyshop.cz: GPS lokátor vhodný pro seniory - Návod k obsluze* [online]. [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: <http://www.spyshop.cz/>
- [27] *Změny v sociálním postavení ve stáří: Hrozba sociální izolace*. In: [online]. 4.4.2007 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://www.czrso.cz/clanky/zmeny-v-socialnim-postaveni-ve-stari-socialni-exkluze-a-agei/>
- [28] *Život 90* [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://www.zivot90.cz/>

Právní předpisy:

- [29] Zákon č. 108/2006 Sb. (Zákon o sociálních službách)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DPPC	Dohledové a poplachové přijímací centrum.
GPRS	General Packet Radio Service (Všeobecný balík radiokomunikačních služeb).
GPS	Global Positioning System (System pro určení polohy).
GSM	Global System for Mobile Communication (Globální systém mobilní komunikace).
HZS	Hasičský záchranný sbor.
IZS	Integrovaný záchranný systém.
MP	Městská policie.
PČR	Policie České republiky.
RZS	Rychlá záchranná služba.
SMS	Short Message Service (Služba krátkých textových zpráv).
TP	Tísňová péče.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Oblast působnosti služby AREOÍN	34
Obr. 2 – Struktura funkce systému služby Senior Inspect	38
Obr. 3 – Struktura asistenční dohledové služby InspectLife	39
Obr. 4 – Tísňové tlačítko - GPS lokátor pro seniory	52
Obr. 5 – Návaznost úkonů pro zajištění pomoci.....	54
Obr. 6 – Karta uživatele služby	55
Obr. 7 – Vytyčení okruhu pro splnění požadovaného dojezdového času.....	58

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Finanční náročnost služby Život 90.....	35
Tab. 2 - Finanční náročnost služby Anděl strážný.....	37
Tab. 3 – Finanční náročnost služby Senior Inspect	38
Tab. 4 – Finanční náročnost služby InspectLife	40

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Věk seniora	43
Graf 2 – Místo bydliště seniora.....	43
Graf 3 – Soužití seniora v samostatné domácnosti	44
Graf 4 – Charakteristika objektu bydliště seniora	44
Graf 5 - Znalost seniora v oblasti používání mobilního telefonu	45
Graf 6 - Výše investice pro pořízení zařízení seniorovi generací 20 - 59 let	45
Graf 7 – Výše investice pro pořízení zařízení samotným seniorem	46
Graf 8 - Výše investice na měsíční poplatky za službu generací 20 - 59 let	46
Graf 9 – Výše investice na měsíční poplatky za službu generací 60 - 100 let.....	47
Graf 10 – Styk seniora v s problematikou neposkytnutí včasné pomoci.....	47
Graf 11 - Pohled generace 20 – 59 let na pořízení služby přivolání pomoci.....	48
Graf 12 – Pohled na pořízení služby v závislosti na věku seniora 60 – 74 let	49
Graf 13 - Pohled na pořízení služby v závislosti na věku seniora 75 - 89 let.....	49
Graf 14 - Pohled na pořízení služby v závislosti na věku seniora 90 let a více.....	50
Graf 15 – Pohled na pořízení služby u seniorů samostatně žijících	50
Graf 16 - Pohled na pořízení služby u seniorů žijících ve společné domácnosti.....	51

PŘÍLOHA P I: POUŽITÝ DOTAZNÁK PRO VÝZKUMNOU ČÁST

Název dotazníku: **Aplikace aktuálních trendů v oblasti bezpečnosti seniorů**

Dobrý den, na úvod mi dovoluji, abych se představila. Mé jméno je Barbora Čermáková a jsem studentkou závěrečného ročníku magisterského studia Fakulty aplikované informatiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Bezpečnostní technologie, systémy a management.

Projekt na téma „Aplikace aktuálních trendů v oblasti bezpečnosti seniorů“ je realizován formou dotazníkového výzkumu, jehož výsledky budou použity výhradně v praktické části diplomové práce.

Za vyplnění dotazníku Vám upřímně mnohokrát děkuji. V případě jakýchkoliv dotazů, námětů a připomínek, mě neváhejte kontaktovat prostřednictvím e-mailu na: sqara.bara@seznam.cz

S pozdravem

Bc. Barbora Čermáková

Část 1 – Obecné otázky

1. Věk respondenta (odpovídajícího):

- 20 – 60 let - jsem osobou pečující o seniora (vnuk/vnučka, syn/dcera). Nezáleží na faktu, zda se jedná o péči trvalou, dlouhodobou, dočasnou či občasnou. Nadále odpovím z pohledu pečujícího, není-li otázka kladena přímo na seniora.
- 60 – 100 let – jsem seniorem a odpovídám sám/a za sebe.

2. Pohlaví seniora:

- Žena
- Muž

3. Věk seniora:

- 60 - 74 let,
- 75 - 89 let,
- 90 let a výše.

4. Místo bydliště seniora:

- Zlín - centrum města,
- Zlín - okrajová část města, méně obydlená část,
- obec v okolí města Zlína - cca do 10 km od města Zlína, dojezd automobilem za příznivých podmínek do 15 min,
- žádná z odpovědí.

5. Soužití v samostatné domácnosti seniora:

- žiji / žije sám/a v domácnosti,
- žiji / žije s manželem/kou v domácnosti,
- žiji / žije s jiným rodinným příslušníkem,
- žádná z odpovědí, prosím o slovní popis jiné situace.

6. Objekt, ve kterém senior žije:

- bytový dům (více než 6 samostatných bytových jednotek),
- bytový dům (2 – 6 bytových jednotek),
- rodinný dům – 1 bytová jednotka v objektu,
- žádná z odpovědí.

7. Zdravotní stav seniora:

- zdravotní stav dobrý – aktivní a soběstačný senior (práce, koníčky, sport, atd.),
- zdravotní stav dostatečný - dostačující pro soběstačný život (problém s chůzí, pohybem, ojediněle s pamětí, atd.),
- zdravotní stav nedostatečný - závislý na občasné pomoci, odkázán na kolečkové křeslo (úklid, nákup, odvoz k lékaři, atd.),
- zdravotní stav velmi špatný – plně závislý na pomoc jiných (senior odkázán na lůžku).

8. Práce s mobilním telefonem u seniora

- Ano, má / mám mobilní telefon, umím s ním zacházet a jsem schopen/a si jej nabít vždy, když je potřeba.
- Ano, má / mám mobilní telefon, umím s ním zacházet na základní úrovni (přijmout hovor) a jsem schopen/a si jej nabít vždy, když je potřeba.
- Nemá / nemám vlastní mobilní telefon, ale již se/jsem se s jeho obsluhou setkal/a, zná/znám základní práci s ním a je/jsem schopen/a si jej nabít vždy, když je potřeba.
- Nemá /nemám vlastní mobilní telefon, s obsluhou jsem se nesetkal/a ani bych jej nedokázal/a nabít.

Část 2 – Následující otázky se týkají Vašeho názoru k problematice bezpečnosti seniora

Druhá část se zaměřuje na použití tísňových tlačítek v oblasti života seniorů.

Použití zařízení je takové, že pečující či senior si pořídí zařízení, které je vybaveno tísňovým tlačítkem (pořizovací náklady) a dále je zpoplatněna služba na základě měsíčních plateb. Poskytované služby jsou prováděny tak, že v případě stisknutí tlačítka je seniorovi zavoláno zpět na zařízení, které hovor automaticky zvedne, operátor zjistí situaci, vysílá zásahový vůz a v případě potřeby také přivolává rychlou záchrannou službu. Dále dle požadavků seniora či pečovatele může být u bezpečnostní agentury poskytující službu uschován klíč od bydliště, nahlášen zdravotní stav, alergie atd., a to včetně záznamu, zda ihned přivolávat záchrannou službu (těžce nemocný senior) nebo nejprve osobně zjišťovat okolnosti stisknutí tlačítka a vážnost stavu seniora.

9. Jsem ochoten/a do pořízení zařízení investovat maximálně ve výši:

- 1000 Kč
- 2000 Kč
- 3000 Kč
- 5000Kč
- 10 000 Kč

10. Jsem ochoten/a do měsíčních poplatků na provoz zařízení investovat maximálně ve výši:

- 200 Kč / měsíc
- 300 Kč / měsíc
- 500 Kč / měsíc
- 1000 Kč / měsíc

11. Setkal/a jsem se již s podobnou službou v ČR nebo ve Zlíně a jeho okolí?

- Ano – prostřednictvím reklamy (TV, noviny, atd.)
- Ano – odborná přednáška pro danou problematiku
- Ne, nikdy jsem o dané službě neslyšel/a.

12. Zážitky seniora v oblasti problematiky (vyplňuje li dotazník pečující ve věku 20-60 let, prosím o uvedení zážitků seniora, nikoli pečujícího).

- Setkal/a jsem se ve svém okolí s úrazem, slabostí či náhlým zhoršením zdravotního stavu, u něhož došlo k nepřivolání pomoci – senior zůstal v situaci, kdy nebyl schopen si pomoc přivolat (neměl mobilní telefon, zůstal příliš daleko od mobilního telefonu, atd.).
- S žádnou podobnou činností jsem se ve svém okolí nikdy neseťkal/a.

13. Zážitky seniora v oblasti problematiky (vyplňuje li dotazník pečující ve věku 20-60 let, prosím o uvedení zážitků seniora, nikoli pečujícího).

- Setkal/a jsem se s kriminalitou v podobě obtěžování seniora vtíravými nabídky obchodníků (v bytě, před bytem), s okradením seniora (v bytě, před bytem), nebo s jeho fyzickým napadením, kdy nebylo možno pomocí telefonu přivolat pomoc PČR nebo městské policie.
- S žádnou podobnou činností jsem se ve svém okolí nikdy neseťkal/a.

14. Pořídil/a bych si službu z důvodu pocitu ohrožení seniora (výskyt kriminality)?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne
- nevím/nechci odpovídat

15. Pořídil/a bych si službu z důvodu preventivní činnosti?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne
- nevím/nechci odpovídat

16. Pořídil/a bych si službu z důvodu zdravotních potíží?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne
- nevím/nechci odpovídat

17. V případě pořízení bych se přiklonil/a k variantě?

- Zařízení vybavené GPS lokalizátorem – v případě stisknutí tlačítka je dohledatelná poloha, kde bylo tlačítko stisknuto (možnost dohledání polohy mimo domov seniora) a také zaznamenává polohu vždy, je-li zařízení zapnuto.
- Zařízení bez GPS lokalizátoru – v případě stisknutí tlačítka není dohledatelná poloha, kde bylo tlačítko stisknuto – vázáno pouze.