

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

RODINA A SENIOR
Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Lenka Motlová

Autor práce:
Anna Špánková

2007

Abstrakt

The topic of a bachelor's work is The Family and Senior. A senior is a person older than 65 years. Family has essential part at this time, gives foul territory, safety, sympathy and tries to develop senior's activities in old age. The senior helps to solve uneasy situations in the family and can help with upbringing for example. The part of family members doesn't end even in case that the senior is put upon in the inpatient care.

The target of this work is to discover the degree of family participation in taking care of seniors who have been put upon in a rest home for more than one year. Another target of this work is to discover possible changes and changes in relation of seniors to family members after putting upon in a rest home.

The results were discovered by using different methods and data collections, such as: dialogues with seniors, lists of questions for close of seniors and lists of questions for attending personnel in rest homes.

The result of this research is that family participates in taking care of senior who has been put upon in rest home. Close relatives participate especially in taking care of physical necessities – they go for a walk with senior, help him during eating, help him with the hygiene, they bring various thing to improve his hydratation and nutrition as liquids and food. Family takes share in psychical activation of seniors, each member of the family tries to speak with senior during their visit.

The results demonstrate that the relation between senior and his family members after putting senior upon in rest home hasn't changed. Only one tenth of informants says that relation between them and their close improved after putting them upon in rest home.

The hypothesis that family members participate in taking care of their seniors (person older than 65 years) was certified. It is necessary to imphasize that family members need to know what the definition of taking care means, how and how much they can participate in taking care of senior in specific rest homes, to enable them care of their close.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14. května 2007

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Lence Motlové za trpělivost, cenné rady a pomoc při zpracování bakalářské práce.

Obsah:

Úvod.....	7
1. Současný stav dané problematiky.....	8
1.1. Charakteristika stáří a stárnutí.....	8
1.1.1. Vymezení pojmů.....	8
1.1.2. Demografie stáří.....	9
1.1.3. Fyzické změny ve stáří.....	9
1.1.4. Psychické změny ve stáří.....	10
1.1.5. Nemocné stáří.....	11
1.2. Adaptace na stáří.....	12
1.3. Postoj společnosti ke stáří.....	14
1.4. Soběstačnost a závislost ve stáří.....	16
1.5. Zdravotní a sociální služby pro seniory.....	17
1.5.1. Zdravotní a sociální služby ambulantní.....	18
1.5.2. Ústavní geriatrická péče.....	19
1.5.2.1. Ústavní zdravotnická zařízení.....	19
1.5.2.2. Ústavní zařízení sociální péče.....	19
1.5.2.3. Aspekty související s ústavní péčí pro seniory.....	22
1.6. Rodina a senior.....	23
1.6.1. Charakteristika a význam rodiny.....	23
1.6.2. Vztahy generací v rodině.....	24
1.6.3. Péče rodiny o nesoběstačného seniora.....	25
1.6.4. Péče rodiny o seniora v domově pro seniory.....	30
1.6.5. Péče rodiny o umírajícího.....	30
1.6.6. Špatné zacházení se seniory ze strany rodiny.....	31
2. Cíl a hypotéza.....	34
2.1. Cíl práce.....	34
2.2. Hypotéza.....	34
3. Metodika.....	35
3.1. Metody a techniky sběru dat.....	35

3.2. Výzkumný soubor.....	35
3.3. Realizace výzkumu.....	36
4. Výsledky.....	37
4.1 Výsledky rozhovorů se seniory.....	37
4.2. Výsledky dotazníků pro blízké klientů v domovech pro seniory.....	45
4.3. Výsledky dotazníků pro ošetřující personál.....	54
5. Diskuse.....	62
6. Závěr.....	68
7. Seznam použitých zdrojů.....	69
8. Klíčová slova.....	72
9. Přílohy.....	73

Úvod

V současné době narůstá počet seniorů v populaci. Senior je dle WHO charakterizován jako osoba starší 65 let. Se zvyšujícím se věkem narůstají zdravotní problémy, senior se stává nesoběstačným a závislým na péči druhé osoby. Tuto péči poskytuje rodina, ambulantní nebo ústavní zařízení.

Rodina představuje pro seniora bezpečí, jistotu a pochopení, rozvíjí aktivity ve stáří. Senior naopak rodině pomáhá řešit obtížné situace v rodině, rodičům pomáhá např. i s výchovou dětí. Je žádoucí, aby senior zůstal v domácím prostředí co nejdéle, i s využitím ambulantních služeb.

Nastávají však situace, kdy osoba vyššího věku nemůže zůstat sama bez pomoci druhého člověka, rodina se nechce, neumí či nemůže postarat a senior je přijat do ústavního zařízení, nejčastěji do domova pro seniory. Přijetí do ústavního zařízení znamená pro seniora životní událost, hůře se adaptuje na nové prostředí, přičemž reakce mohou být různé – od pláče a smutku až k agresi. Reakce se velmi odvíjí od důvodu přijetí, zda senior do zařízení přišel dobrovolně či ne.

Právě v těchto pro seniora těžkých chvílích může být velkou oporou rodina, jejíž role pečovatele by měla nadále pokračovat, i když ve zmenšené míře. Rodinní příslušníci se mohou podílet na plnění všech potřeb seniora (fyzických, psychických, sociálních i duchovních), čímž jednoznačně přispívají ke zlepšení kvality života seniorů v ústavní péči. Má-li se rodina podílet na kvalitní péči, je potřebné, aby věděla jakým způsobem a do jaké míry. K tomu, aby tyto informace získala, je nutná spolupráce a komunikace s profesionálními pečovateli v domovech pro seniory.

1. Současný stav dané problematiky

1.1. Charakteristika stáří a stárnutí

1.1.1. Vymezení pojmů

Stáří je posledním vývojovým obdobím v životě člověka, jedná se o biologický proces, který je nezvratný a končí smrtí jedince. Přirozené, fyziologické stáří je určeno souhrnem faktorů genetických a vlivy prostředí, které na jedince působí v průběhu celého života.

Stárnutí je posledním přechodným obdobím v životě člověka a tedy i poslední možností aktivně ovlivnit kvalitu stáří. (5) Stárnutí probíhá u každého jinak, je to dáno výsledkem involučních změn, původního funkčního stavu a životního způsobu. (8)

Problematikou stáří a stárnutí se zabývá věda gerontologie. Má tři hlavní části:

1. gerontologie teoretická – zabývá se příčinami stárnutí, koncipuje teorie stárnutí.
2. gerontologie klinická - hodnotí starého člověka kompletně - jak ve zdraví, tak nemoci. Ta část klinické gerontologie, která se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří, specifickými aspekty jejich výskytu, klinického obrazu, průběhu, léčení i sociálních souvislostí se nazývá geriatric.
3. gerontologie sociální – zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti. (11)

Období, kdy je jedinec pokládán za starého, lze jen obtížně jednoznačně vymezit. Vychází se z kalendářního věku, který je určen datem narození. Za stáří se označuje věk 60 let a výše.

- a) 60 – 74 let – rané stáří;
- b) 75 – 89 let – vlastní stáří – senium;
- c) 90 let a výše – dlouhověkost. (5)

Dle WHO je za stáří označován věk 65 let a více.

Kalendářní věk však nic nevyovídá nic o funkčním stavu seniora. K tomu slouží tzv. funkční věk, který hodnotí jedince i v jeho psychosociálních souvislostech. Ke stanovení funkčního věku se využívá řady testů a škál. (28)

1.1.2. Demografie stáří

Demografické stárnutí je proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva a to tak, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let, tzn. že starší věkové skupiny rostou rychleji než populace jako celek. V roce 2003 tvořila věková skupina obyvatel 60 let a více 19,1 % populace v ČR. **(25)** Přibývání starých lidí může být:

- a) relativní – nízká porodnost se snižujícím se podílem dětí;
- b) absolutní – úmrtnost ve středním věku klesá a více lidí se dožívá stáří.

Z hlediska péče o seniory je však důležité, že dochází k nárůstu starých lidí ve věku 85 let a více. Naděje dožití je vyšší u žen než u mužů, v současnosti činí rozdíl při narození 6,5 roku. Dle demografických tabulek se v současné době narozené děvče dožije s největší pravděpodobností 78,5 let a chlapec 72 let. K typickým znakům seniorské populace patří s ohledem na dožití převaha žen, a to stále výrazněji se zvyšujícím se věkem. Poměr mužů k ženám činí ve věkové skupině 60 – 64 let 1:1,2, ve věkové skupině 75 – 79 let je tento poměr již 1:1,8. **(12)**

1.1.3. Fyzické změny ve stáří

Stárnutí lze charakterizovat jako involuční proces, který postihuje všechny orgány a tkáně. Dochází k poklesu životnosti, odolnosti organismu a adaptability. Involuční změny jsou pozorovatelné na některých orgánech již od 30. roku věku, intenzita těchto změn se stupňuje v období od 60 let. **(5)**

Nejpatrnější změny jsou v pohybovém systému, kde dochází k atrofii svalových vláken, ubývání svalové síly a kostní denzity. **(16)** V kardiovaskulárním systému se stárnutí nejvýrazněji projevuje ve stavu cév, u kterých se snižuje elasticita, a tím se snižuje průtok krve prakticky všemi systémy. **(8)** Důsledkem změn cévního systému je pak hypertenze. Patrné změny jsou i v respiračním systému, snižuje se rychlost dýchání a také množství vdechovaného a vydechovaného vzduchu, klesá hrudník. Snížená funkce respiračního systému může vést až k hypoxii. Změny metabolismu v průběhu stárnutí se projevují obtížemi při udržování tělesné teploty, starší lidé jsou zimomřiví, mají obtíže přizpůsobovat se výraznějším změnám teploty. **(16)**

K strukturálním i funkčním změnám dochází v zaživacím systému, snižuje se tvorba trávicích látek, klesá průtok krve stěnami střev, nepříznivě na žaludeční sliznici mohou působit i některé léky. Ve stáří dochází ke ztenčování pokožky, výsledkem je postupně vznikající senilní atrofie kůže. (5) Změny prodělává i vylučovací systém, je snížena funkce ledvin, a to jak filtrační tlak, tak i koncentrační schopnost. To je také jeden z důvodů, proč mohou mít léky u starších lidí výraznější vedlejší účinky. (8)

Velkou oblast fyzických poruch ve stáří pak tvoří smyslové poruchy. Co se týká zraku, dochází k změnám zrakové ostrosti a ke změnám ve vnímání barev. U sluchu se v průběhu stárnutí snižuje citlivost k vyšším frekvencím, s přibývajícím věkem se stále častěji také vyskytuje nedoslýchavost. Změny ve vnímání chuťových podnětů nejsou ve stáří tak významné. (16)

V nervovém systému ubývá neuronů, na nervových spojích dochází k biochemickým změnám a na periferních nervech se snižuje rychlost vedení vzruchu. Všechny tyto změny jsou podkladem pro psychické změny ve stáří. (5)

1.1.4. Psychické změny ve stáří

Některé psychické funkce se věkem nemění, jiné mají vzestupnou či sestupnou tendenci.

a) Psychické změny sestupné povahy

Za typické jsou považovány poruchy paměti. Již od 50. roku věku si lidé stěžují, že si špatně vybavují jména známých či si nemohou zapamatovat název nového léku. Pro stáří je typické snížení výbavnosti a především vštípivosti. Oproti tomu dlouhodobá paměť a vybavování starých zážitků bývá neporušeno. (5)

S věkem se také snižuje vitalita a energie, celkové psychomotorické tempo se zpomaluje. Jsou pomalejší reakce na podněty, řeč bývá rozvláčná a veškerá činnost trvá senioru déle. Tato negativa jsou však vyrovnána zvýšenou opatrností, důkladností a důsledností.

Klesá také celková schopnost psychické adaptability. Senioři bývají nejistí až úzkostní v neznámém prostředí či v rozhovoru s neznámými lidmi, jsou konzervativní a lpí na zaběhaném stereotypu.

Ve stáří dochází k celkovému oploštění emotivity. Oslabeny jsou vyšší city, sníženo je i sociální a estetické cítění. Charakteristická bývá citová labilita, senior bývá lítostivý, rozmrzelý, plačtivý, vztahovačný a i malý podnět v něm vyvolá dojetí. Citová labilita u oploštělé emotivity zůstává záhadou. (7)

Následkem zvýšené únavy dochází i k poklesu koncentrace a pozornosti. (5) Ochuzena bývá fantazie a je nechuť řešit aktuální problémy. (22) Ztíženo bývá i vnímání a komunikace v důsledku vad smyslového aparátu. Obecně se s věkem zvýrazňují negativní vlastnosti. Kdo bývá v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý. Člověk teprve ve stáří ukáže, jakým byl ve své duši, přestane hrát naučenou roli. (5)

b) Psychické změny, které se nemění

Zachovány zůstávají slovní zásoba a jazykové znalosti. Vzdor poruchám paměti není postižena intelektuální úroveň zdravých lidí. (5)

c) Psychické změny vzestupné povahy

Ve stáří se zvyšuje rozvaha a vytrvalost zvláště v monotónní tělesné a duševní činnosti. Narůstá tolerance k druhým lidem i jejich názorům. Je větší stálost v názorech a vztazích a vzrůstá smysl pro detail. (22)

Lidé vyššího věku více filozofují a přesouvají žebříček svých hodnot a potřeb. Do popředí se dostává touha mít pevné místo v určitém prostředí s kladnými lidskými vztahy, potřeba lásky a úcty a potřeby být užitečný. (11)

1.1.5. Nemocné stáří

U lidí nad 75 let dochází k určitým změnám v životních potřebách oproti mladé a střední generaci. V popředí jsou potřeby zdraví, klidu a spokojenosti. Zvýrazněny jsou potřeby fyziologické – vyprazdňování, strava, spánek a odpočinek, být bez bolesti. V pozadí zůstávají potřeba aktivity, hydratace a hygieny, proto je důležitá zvýšená pozornost na plnění těchto potřeb. Z psychologických potřeb je důležitá komunikace, dostatek informací o zdravotním stavu, potřeba klidu a spokojenosti.

Vzájemným působením stárnutí a choroby vznikají specifika chorob ve stáří. Mezi zvláštnosti onemocnění ve vyšším věku patří:

1) polymorbidita – souběžná přítomnost více onemocnění u jednoho jedince;

- 2) vztah zdravotní a sociální situace – každá zdravotní změna stavu staršího člověka může velmi významně ovlivnit vztahy sociální a naopak;
- 3) zvláštnosti klinického obrazu chorob ve stáří:
 - a) mikrosymptomatologie – minimální příznaky přítomnosti chorob;
 - b) mono – nebo oligosymptomatologie – je přítomen jeden nebo jen málo příznaků které se běžně u určitého onemocnění vyskytují;
 - c) vzdálené příznaky – v popředí klinického obrazu jsou příznaky, které odpovídají jinému orgánu než základní onemocnění;
 - d) sklon k chronicitě – ve stáří jsou vyšší tendence k zdlouhavému průběhu nemoci;
 - e) sklon ke komplikacím - jedna nemoc vyvolává druhou;
 - f) atypický obraz chorob – choroby se projevují nezvyklými příznaky. (35)

Mezi nejčastější zdravotní problémy ve stáří patří poruchy výživy a hydratace, dekubity, inkontinence, poruchy spánku a pády. Mezi nejvyskytovanější psychické poruchy lze zařadit demence, deprese a delirium. (28)

1.2. Adaptace na stáří

Stáří a stárnutí znamená pro každého obrovskou změnu v jeho životě. Najednou člověk zjistí, že se mnohé dveře před ním uzavírají, není schopen uskutečnit své plány, jeho práci přebírají lidé mladší, rychlejší a hbitější, objevují se pocity nízkého sebehodnocení a vědomí omezených možností zvládat budoucí zátěž. (16) Na intenzitu a rychlost adaptace má vliv úroveň vzdělání a intelektu. (14)

Langmeier, Krejčířová (17) uvádí 5 strategií přizpůsobení se stáří:

- 1) Konstruktivní strategie – člověk je stále aktivní, nepřestává mít radost ze života a těší ho citové vztahy k blízkým lidem. Akceptuje eventualitu smrti, nepostrádá humor a i nadále rozvíjí své zájmy.
- 2) Strategie závislosti – objevuje se sklon k pasivitě a závislosti na druhých lidech. Tito lidé přenechávají odpovědnost mladším a uchylují se do svého soukromí.

- 3) Strategie obranná – projevuje se přehnanou aktivitou, která má sloužit k zahánění starostí a myšlenek na obtíže a eventuálně i na smrt.
- 4) Strategie hostility – vyskytuje se sklon dávat vinu za své neúspěchy druhým lidem či nepříznivým okolnostem. Tito lidé jsou často agresivní a podezřívaví.
- 5) Strategie sebenenávisti – charakteristické je obracení agresivity vůči sobě. Objevuje se také nadměrná sebekritika.

Akceptace nového stavu může člověka aktivizovat ve prospěch nového období života, podmínkou pozitivní aktivizace je i motivace. Tato adaptace však nemusí být člověkem přijatá, poté se hovoří o tzv. maladaptaci či negativní adaptaci. (14)

V důsledku nevyrovnání se s příchodem stáří a strachem z bezmoci a utrpení stoupá i počet dokonaných sebevražd, který je ve stáří pětkrát až desetkrát vyšší než u lidí ve středním věku. (32)

Aby se člověk uměl vyrovnat s příchodem na stáří, je důležitá příprava na stáří. Tu lze rozdělit na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou. Dlouhodobá příprava na stáří by měla začít již v mládí, kde by se měl starý člověk naučit tolerantnímu chování ke starším spoluobčanům. Střednědobá by měla začít okolo 45. roku věku a zahrnuje zdravotnickou přípravu (dodržování zásad správné životosprávy) a přípravu v sociální oblasti (udržování sociálních kontaktů, ekonomické zajištění). Krátkodobá příprava se týká období odchodu do důchodu, kdy je hlavní prioritou udržení soběstačnosti seniora. (5)

V souvislosti s přípravou na stáří přijala vláda České republiky v roce 2002 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007 (dále jen „Program“), strategický dokument, který stanovil cíle a opatření, která je třeba přijmout v konkrétních oblastech v kontextu demografických a sociálních změn. Skládá se z deseti částí:

- 1) etické principy;
- 2) přirozené sociální prostředí;
- 3) pracovní aktivity;
- 4) hmotné zabezpečení;

- 5) zdravý životní styl, kvality života;
- 6) zdravotní péče;
- 7) komplexní sociální služby;
- 8) společenské aktivity;
- 9) vzdělávání;
- 10) bydlení.

Tento program navazuje na dokumenty a doporučení OSN a jiných mezinárodních organizací, zejména na Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (OSN, Vídeň 1982, Madrid 2002) a Zásady OSN pro starší osoby (1991). Vychází z respektu k lidským právům a dále z jasně definovaných etických východisek, z důrazu na nediskriminaci, právo na nezávislost a na občanská a sociální práva.

V listopadu 2005 vláda České republiky vzala na vědomí první zprávu o plnění Programu. V návaznosti na tuto zprávu byla v březnu 2006 zřízena Rada vlády pro seniory a stárnutí populace. Prioritami Rady je zvýšení jejich zaměstnanosti, podpora rodiny, zlepšování funkčního zdraví seniorů, zabránění diskriminaci na základě věku, ochrana seniorů v rizikových situacích (ochrana proti zneužívání a násilí), zvyšování povědomí lidí o stárnutí a stáří (vytvoření vhodných informačních a komunikačních nástrojů k tomuto účelu) a rozvoj spolupráce mezi státní správou, regionální a místní samosprávou, neziskovými organizacemi a sociálními partnery. (20)

Jedna z nejzásadnějších otázek při přípravě společnosti na stárnutí a vytváření věkově inkluzivní společnosti je zabránění diskriminaci na základě věku a ageistickým stereotypům ve společnosti. Jednou z výzev je proto poukázat na potenciál, přínos a roli starších lidí v rodině, ekonomice a celé společnosti a dále je rozvíjet a podporovat (viz. kapitola postoj společnosti ke stáří). (20)

1.3. Postoj společnosti ke stáří

Stárnutí tradičně znamenalo dosažení praktické moudrosti a dle tradice byla starším i přisuzována výjimečná čestná pozice. I když stárnutí neneso vysoké

společenské postavení, může přinést pocit osobní ceny, a to díky vzpomínkám a zkušenostem.

Dnešní západní společnost si však více než zkušeností váží toho, jak starší lidé drží krok s mladými a jaké pro ně mají pochopení. Ideální aktivní stáří pak tedy spíše chápe jako dobu, kdy se lze věnovat aktivitám mládí, př. sportu. (27)

V poslední době je společnost zahlcována o stárnutí populace a o jeho negativních důsledcích pro společnost. K těm patří vydávání stále vyšších nákladů na zajištění starých lidí či zvýšená potřeba různých forem zdravotní a sociální péče. (4) Může docházet i k tzv. medicinazaci stáří, kdy je stáří považováno za nemoc. (2) To vše může vést až k tzv. ageismu, věkové diskriminaci na základě věku. Ten zahrnuje nejen hrubé podoby diskriminace, ale i myšlenkové stereotypy a předsudky. (12) Mezi deset hlavních bodů, které shrnují předsudky, patří:

- 1) Nemoc - znamená představu, že většina lidí přes 65 let trpí nějakou nemocí a nemohou se tak zapojit do běžných aktivit.
- 2) Impotence - vyjadřuje, že většina seniorů se už nevěnuje žádné pohlavní aktivitě a že sexualita je v pozdním životním cyklu nedůležitá.
- 3) Ošklivost- naopak krása bývá přičítána právě vyššímu věku.
- 4) Pokles duševních schopností - nelze procesu zapomínání a schopnosti učit se zabránit.
- 5) Duševní choroba - většina lidí si myslí, že se jedná o běžné postižení.
- 6) Zbytečnost – představa, že většina starých lidí je díky zhoršenému zdravotnímu stavu vyřazena z pracovního procesu vede k tomu názoru, že senioři jsou neproduktivní.
- 7) Chudoba – většina seniorů je chudá.
- 8) Deprese – předpoklad, že stará osoba je bezmocná, neužitečná a osamělá, tudíž musí trpět depresí.
- 9) Politická moc – zahrnuje předpoklad, že politická moc starších odvrací mladé politiky od potřebných změn. (29)

Mezi další projevy ageismu lze zařadit nevhodné jednání, které je podmíněné přisuzováním negativních vlastností, podceňování schopností, nerespektování osobnosti seniora a ponižování jeho důstojnosti.

1.4. Soběstačnost a závislost ve stáří

Soběstačnost vyjadřuje schopnost samostatné existence v daném prostředí, schopnost postarat se o sebe sama a svoji domácnost adekvátním způsobem. Zahrnuje složku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou. Dysadaptibilita pak znamená porucha jen v některých oblastech soběstačnosti. (37) V jiné literatuře se lze setkat s pojmem autonomie, která je pak definována jako schopnost vést život dle svých pravidel. (23)

Mezi faktory, které ovlivňují soběstačnost, patří:

- a) chronické choroby a vady – onemocnění pohybového aparátu, neurologická a psychiatrická onemocnění, onemocnění kardiovaskulárního systému, smyslové vady;
- b) choroby, které vyžadují více ošetření, změnu životosprávy, používání kompenzačních pomůcek;
- c) špatné bytové podmínky – byt ve vyšším patře bez výtahu, telefonu, celková hygienická zanedbanost;
- d) ztížená dostupnost zdravotních i sociálních služeb;
- e) nemožnost poskytování pomoci ze strany rodiny;
- f) časté hospitalizace. (37)

Za rizikové skupiny osob se považují lidé, kteří nejsou schopni se rychle a účinně přizpůsobit náhlým změnám svých životních podmínek či zdravotního stavu. Dle WHO jsou rizikovými osobami lidé nad 80 let, osaměle žijící, lidé umístění v ústavních zařízeních, izolovaní starší lidé, bezdětní, lidé se závažnými chorobami a lidé se špatným hmotným zabezpečením.

U poměrně vysokého procenta lidí nad 60 let dochází ke sdružování rizikových faktorů. Za nejzávažnější lze označit situaci, kdy se hromadí špatný zdravotní stav s vysokým věkem a osamělým způsobem života. Důsledkem souběhu těchto rizik je

neschopnost postarat se odpovídajícím způsobem o sebe a svoji domácnost – nesoběstačnost. Vzniká různý stupeň závislosti za pomoci druhé osoby. (37)

K hodnocení míry soběstačnosti se využívají testy – IADL (Instrumental activities of daily living) – test instrumentálních všedních činností– a ADL (Activities of daily living) – test základních aktivit denního života nebo také Barthelův test základních všedních činností. Zatímco omezení v některých instrumentálních aktivitách denního života (telefonování, nakupování, vedení domácnosti apod.) vede ke zhoršení kvality seniora, ale nepředstavuje ještě péči druhé osoby, omezení v základních aktivitách denního života (oblékání, hygiena, pohyb atd.) takovou potřebu představuje. Odhaduje se, že v České republice žije asi 500 000 lidí ve věku 65 let a více s omezenou soběstačností. (9)

Kalvach a Onderková (12) dělí seniory dle stupně soběstačnosti do 6 skupin:

- 1) Zdatní (fit) – senioři, kteří si i navzdory svému věku udržují velmi dobrou zdatnost a vykonávají i tělesně náročné činnosti.
- 2) Nezávislí – senioři, kteří dobře zvládají základní aktivity denního života a za běžných situacích nepotřebují žádnou větší pomoc rodiny či pečovatelské služby. Selhávají však za okolností, které přinášejí neobvyklou zátěž.
- 3) Křehcí – senioři, kteří jsou zvýšeně ohroženi náhlou dekompenzací zdravotního stavu či funkčního stavu, kteří nezvládají zátěžové situace a potřebují trvalou pomoc při náročnějších činnostech denního života.
- 4) Závislí – senioři, kteří nezvládají ani základní aktivity denního života. Potřebují pomoc při jídle, oblékání, hygieně, při pohybu apod.
- 5) Zcela závislí - senioři, kteří jsou trvale nebo dlouhodobě upoutáni na lůžko a mají poruchy vědomí.
- 6) Umírající – senioři, kteří mají specifické potřeby komplexní paliativní péče.

1.5. Zdravotní a sociální služby pro seniory

Jakmile začíná být senior nesoběstačný a závislý na okolí, pak nastupuje potřeba služeb. Pro stáří platí, že nelze od sebe oddělovat zdravotní a sociální problematiku, práce v těchto oblastech na sebe musí vzájemně navazovat. (5) Je tedy nutné, aby došlo

ke změnám v současném systému. Základní principy těchto změn zahrnuje tzv. strategie 4 x D, jedná se o:

- a) Demedicinalizaci – celkovou péči o seniory nezajistí pouze medicína, její role a odpovědnost musí být přesně definována. Zajištění seniorů musí být přeneseno do sociální a zdravotní ambulantní péče .
- b) Deinstitutionalizaci – péče o nemocné seniory nemůže být realizována pouze na lůžku. Je nutné podpořit pečující rodiny, rozvinout komunitní a domácí služby.
- c) Deprofesionalizaci – na zajištění seniora by se měl podílet každý, kdo je ochoten a schopen.
- d) Deresortizaci – každý resort může něco dělat pro staré občany, hovoří se tedy o celospolečenské prostoupenosti seniorské problematiky. (6)

1.5.1. Zdravotní a sociální služby ambulantní

Zdravotní péče o nemocného seniora náleží primárně praktickému lékaři. Jak bude zdravotní vypadat, zda bude ambulantní či ústavní a jaká bude potřeba sociální péče záleží zcela na jeho rozhodnutí. (5)

Jako domácí odborná péče je definována home care, kterou provádí zkušené zdravotní sestry dle požadavků praktického lékaře. V ČR existuje Asociace domácí péče, která sdružuje jednotlivé Agentury domácí péče.

Domácí péče je určena seniorům, u kterých není potřebný pobyt v nemocnici a současně nestačí domácí laická péče. Pokud návštěva přesáhne 3 hodiny denně, je indikován pobyt v nemocnici. Home care je plně hrazena pojišťovnou.

Domácí péče je výhodná z několika důvodů – udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci, nemocný zůstává v domácím prostředí a odpadají tak negativní důsledky hospitalizace. (6)

Mezi ambulantní sociální služby pro seniory patří pečovatelská služba, centra denních služeb a denní stacionáře. Ty zajišťují pomoc při zvládnutí úkonů při péči o vlastní osobu, pomoc při hygieně, poskytují stravu a zajišťují výchovné, vzdělávací

a terapeutické činnosti. Za poskytování těchto základních úkonů platí senioři takovou částku, která je stanovena ve smlouvě. (36)

1.5.2. Ústavní geriatrická péče

Ústavní geriatrická péče je vyhrazena pro situace, které nelze zvládnout ambulantně či v prostředí seniora.

1.5.2.1. Ústavní zdravotnická zařízení

Mezi ústavní zdravotnická zařízení patří odborná oddělení nemocnic (interní oddělení, neurologie), oddělení následné péče, geriatrická a gerontopsychiatrická oddělení. Na odborná oddělení nemocnic jsou přijímáni senioři pro akutní zhoršení zdravotního stavu. Oddělení následné péče většinou nahradily léčebny dlouhodobě nemocných, kam je klient přijat po odeznění akutní fáze s jasně stanovenou diagnózou. Geriatrická oddělení nejsou u nás ještě tak rozšířena, vznikají spíše ve velkých nemocnicích. Gerontopsychiatrická oddělení jsou součástí psychiatrických léčeben. Zde je poskytována péče seniorům, kteří mají psychiatrickou diagnózu, př. demence, deprese. (5)

1.5.2.2. Ústavní zařízení sociální péče

Nejzastoupenějším zařízením ústavní sociální péče pro staré občany je domov pro seniory. Domov pro seniory zajišťuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů při péči o vlastní osobu (pomoc při oblékání, při vstávání z lůžka, samostatném pohybu apod.), pomoc při osobní hygieně. Podílí se na zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytuje socioterapeutické činnosti, které vedou k rozvoji či udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob. Zajišťuje též volnočasové a zájmové aktivity. Nezbytnou součástí je i poskytnutí pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí. (34)

Domov pro seniory má být místo, kde člověk plnohodnotně a uspokojivě stráví svou poslední fázi života. Základní podmínkou pro splnění tohoto cíle je adaptace

člověka na nové prostředí, která je obecně stanovena na dobu 3 měsíců. Jednou z hlavních podmínek adaptace je příčina příchodu. **(1)**

Jednou z příčin je zhoršení zdravotního stavu a ztráta soběstačnosti v domácím prostředí. Ze zdravotních důvodů se především jedná o pády, imobilitu a syndrom demence. Často se však jedná o vlastní zájmy jiných osob, zvláště rodinných příslušníků, zdravotních či sociálních pracovníků.

V České republice se žadatelé do domova pro seniory dělí do dvou skupin. První skupinu tvoří „vážní zájemci“ o nástup, u nichž potřeba ústavní péče vznikla akutně. Nedostatek míst u nich znamená prodlení z nezabezpečení péče, s nadměrným strádáním a s neúčelným vynakládáním společenských prostředků, např. blokování nemocničních lůžek. Druhou skupinou jsou „potenciální zájemci“, pro něž podání žádosti do domova pro seniory znamená pojistku pro budoucí zhoršení zdravotního stavu či sociální situace. **(13)**

Kvalitní přijetí nového obyvatele do domova pro seniory je velice rizikový proces, který s sebou přináší řadu problémů, včetně předčasných úmrtí seniorů krátce po příchodu z nemocnice či domova. Pro seniora je výhodné a žádoucí, pokud je tato změna plánovaná a klient zná prostředí, do kterého se bude stěhovat, a má co nejvíce informací o tom, co ho čeká. Přejít je také snadnější, když zůstanou zachovány dosavadní sociální vazby a životní styl. Domov pro seniory, který usiluje o velmi dobrou kvalitu služeb, má pro příjem nových klientů vypracován standard.

Proces adaptace je pak úkol pro celý tým, který s klientem pracuje. Při příchodu nového klienta je vypracován adaptační plán, který vychází ze zhodnocení zdravotního a duševního stavu klienta, jeho soběstačnosti a potřeb. Plán stanoví nejzávažnější problémy klienta a postupné kroky, které by měly vést ke zlepšení jeho aktuálního stavu. Plán také jasně určí úkoly pro jednotlivé členy týmu, kterými jsou profesionální pečující, zdravotní sestry, lékaři, ergoterapeuté a sociální pracovníci. **(18)**

Fáze přijetí do domova pro seniory se liší dle toho, zda se jedná o dobrovolný či nedobrovolný pobyt. Pokud se jedná o dobrovolné přijetí, následují tyto fáze:

- 1) Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu, kdy se senior orientuje a získává nové informace.

- 2) Fáze adaptace a vytvoření nového životního stylu, senior se smíří se ztrátou zázemí a hledá nové sociální kontakty.

V případě nedobrovolného přijetí prochází senior těmito fázemi:

- 1) Fáze odporu, kdy je senior negativní, hostilní a hledá náhradní viníky této situace.
- 2) Fáze zoufalství a apatie, kdy předchozí odpor nevedl k žádoucímu efektu a senior ztrácí zájem, což může vést až ke smrti.
- 3) Fáze vytvoření nové pozitivní vazby, kdy člověk získá pomoc při sdílení situace a potvrzuje si svůj význam pro někoho jiného. **(33)**

Všeobecně zahrnuje adaptace na ústavní prostředí následující fáze - seznamování, popř. konfrontace, vnější přizpůsobení se zvykům a ústavnímu řádu, vnitřní přizpůsobení a navazování vztahů, slábnutí vazeb mimo ústavní zařízení a poslední fází je ztotožnění se s ústavním prostředím. **(13)**

Dobrá adaptace se projevuje dobrou spoluprací s personálem, přátelstvím k ostatním, zájmem o okolí a zapojením do činností. Zhoršená adaptace je charakterizována spoluprací s personálem jen na výzvu, podrážděností, občasným odmítáním jídla, plačtivostí a chyběním aktivního zájmu o okolí. Nedostatečná adaptace se vyznačuje nespouprací, negativismem, nezájmem o okolí, apatií, odmítáním jídla. Typické je somatické zhoršení, hostilita a agresivita. V důsledku depresivní reakce je nutno myslet na nebezpečí sebevraždy.

Závažným jevem v souvislosti s maladaptací na ústavní pobyt je vysoká úmrtnost. Úmrtnost do 6 měsíců po přijetí do trvalé ústavní péče se pohybuje mezi 30 – 70%, nejvyšší je v prvních čtyřech týdnech.

Relokační syndrom je souhrn příznaků z maladaptace na přesun člověka z domova do ústavní péče, na překlad mezi jednotlivými odděleními či přemístění z pokoje na pokoj. Překlad je pro seniora zátěží a znamená riziko zhoršení zdravotního stavu. **(22)**

Obtížněji si na nový pobyt zvykají rodiče žijících dcer než synů, senioři, kteří před přijetím do domova pro seniory obývali vlastní dům a jsou zvyklí na vyšší stupeň soukromí a senioři s nižším stupněm sociálních kontaktů a vazeb a v neposlední řadě senioři introvertní. **(13)**

Při příchodu nového klienta seniora je velmi důležité, aby měl dostatek informací o novém prostředí. Určitou bariérou v získávání informací mohou být problémy v komunikaci. Je tedy nutné dodržovat základní pravidla komunikace se staršími, mezi které patří naslouchání potřebám a přáním seniora, neverbální komunikace (úsměv, chytnutí za ruku) a využití zajímavých podnětů z okolí. Další základní pravidla komunikace jsou uvedena např. v desateru komunikace se seniory se zdravotním postižením či v desateru komunikace s pacienty se syndromem demence. **(21)**

Nové prostředí by mělo být přizpůsobeno potřebám seniorů, musí splňovat nejen podmínky na bezpečnost a pohodlí, ale musí být také podnětné a má být zachováno co možná největší prostor pro soukromí. **(24)**

Přijetí do domova pro seniory může mít i své kontraindikace, jež jsou především zdravotní. Jedná se především o stavy vyžadující léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení, infekční choroby, psychózy a psychické poruchy, při nichž senior může ohrozit sebe nebo své okolí a alkoholismus. Dále je uvedeno několik základních chorob, které kontraindikují přijetí do domova pro seniora bez ošetřovatelského oddělení. Jde např. o zhoubné nádory, roztroušenou sklerózu, imobilizující stavy po úrazech páteře. **(13)**

1.5.2.3. Aspekty související s ústavní péčí o seniory

V současné době je při poskytování péče kladen důraz na záchranu života, odstraňování chorob, posilování zdraví a mírnění utrpení. Nelze však ani opomíjet lidskou důstojnost. Ta může být v některých ústavních zařízeních ponižována. Kalvach a Onderková **(12)** řadí mezi časté formy ponižování:

- a) nerespektování klientovy vůle a nepřiměřené odebrání kompetencí seniora;
- b) nerespektování soukromí klienta a jeho autonomie;

- c) nerespektování studu klienta;
- d) anonimizace klienta, odnímání jeho osobitosti;
- e) infantilizace seniorů včetně nevhodného oslovování – př. babi, dědo;
- f) nedostatečná komunikace se seniorem;
- g) přecenění závažnosti kognitivního deficitu, pozitivní diagnostikování syndromu demence;
- h) podceňování schopností starého člověka;
- i) snižování klientovi soběstačnosti – krmení, vybízení k močení do absorpčních plen a odmítání pomoci k použití toalety.

Aby docházelo k omezení těchto a dalších pro seniora nepříznivých situací (viz. adaptace na přijetí do domova pro seniora), vyvíjí se u nás i v zahraničí určité trendy v dlouhodobé ústavní péči o seniory. Mezi ně lze zařadit vytváření center pro seniory, které budou zahrnovat jednotlivé byty, ale také ošetrovatelská oddělení, kde budou seniori v případě výrazného zhoršení zdravotního stavu. Odpadá tak přemísťování seniorů ze známého zařízení do nového a cizího. Snaha je také v nahrazování velkých ošetrovatelských zařízení menšími na komunitní úrovni a rozvíjení center denních služeb. Dalším trendem je široké využití moderních technologií a kompenzačních pomůcek pro seniory v domácím prostředí a důsledné rozvíjení individualizovaných služeb dle konkrétních potřeb klienta. Nelze opomenout ani zapojení dobrovolníků do péče o starší občany, např. z řad studentů zdravotnických a sociálních škol. (13)

1.6. Rodina a senior

1.6.1. Charakteristika a význam rodiny

Rodina je charakterizována jako malá, primární, neformální, intimní skupina, která je tvořena lidmi spojenými příbuzenskými pouty a která plní funkci sexuální, ekonomickou, reprodukční a výchovnou. Typické je intimní soužití ve společné domácnosti, její členové se řídí stálými vzory chování. (37)

Dobře fungující rodina představuje pro každého člověka zázemí, bezpečí, pochopení a jistotu, rozvíjí aktivity ve stáří. Ve stáří znamená dobře fungující rodina záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné v případě nesoběstačnosti seniora. (37)

Rozlišujeme rodinu předsňatkovou, posléze bezdětnou či úplnou. Postupem času rodina dospěje k rozlomu odchodem dětí a k zániku rozvodem či úmrtím jednoho z partnerů. Po odchodu dětí, kdy má rodina charakter „prázdného hnízda“, vstupuje stárnoucí pár do období označovaného jako gerontizace rodiny. (7)

1.6.2. Vztahy generací v rodině

Když děti odrostou a mladý manželský pár má možnost osamostatnění, opouští nukleární rodinu. Dochází k tzv. atomizaci rodiny – každý bydlí sám a vzniká intimita na dálku. (6) Tam, kde z důvodu nemožnosti bytu zůstávají děti bydlet s rodiči, začíná těžká cesta, která jen málokdy vede k tolerantnímu soužití. V západních zemích se ukazuje, že lidé vyššího věku preferují samostatný život, zároveň však vítají, když jejich děti či jiní blízcí nežijí daleko. (26)

Pokud stárnoucí pár žije samostatně, má možnost zaslouženého výdechu. Cítí chuť ještě něco udělat se sebou i pro sebe. Nastává období raného stáří, které je prosvětlováno radostí z příchodu vnoučat. Zejména babičky se někdy až příliš často spoluúčastní ve výchově vnoučat. Podstatné je však to, že mezi prarodiči a vnuky vznikají intenzivní vztahy. To proto, že mají společnou závislost na ekonomicky produktivní generaci. Prarodiče na rozdíl od rodičů mají mnohem více času se vnoučatům věnovat. Pociťují, že jsou ještě platní a užiteční.

Pokud senioři rozvíjí aktivity přiměřené věku, jsou dospělé děti spokojené. Neobvyklé činnosti vyvolávají naopak nejen údiv rodiny a okolí, ale dokonce i negativistický postoj. Dospělé děti se nedůstojně chovají, když brání vztahu či sňatku jednoho ze stárnoucích rodičů. Často argumentují, a to veřejně a bez ostychu, majetkovými důvody. I starý člověk touží po intimitě partnerského vztahu. Ti, kteří se neoženili a nevdali, prožívají lítost nad zmeškanou životní intimitou. (7)

Vztah člena rodiny ke starému rodiči ovlivňuje nejen věk, ale i to, co spolu prožili. Vzájemné pocity mohou být pozitivní i negativní, často se směšují.

K pozitivním pocitům patří láska k rodičům, něžnost, obohacení přítomností seniora v rodině, vůle k tomu, aby se zabránilo vstupu starého člověka do ústavního zařízení. Mezi negativní pocity lze zahrnout strach z nesplnění svého úkolu, že blízký k sobě seniora nepřijal, pocity viny, nenávisti, pomsty a v neposlední řadě strach ze smrti a ztráty blízkého. (23)

1.6.3. Péče rodiny o nesoběstačného seniora

Po dlouhou dobu jsou rodiče v penzi stále ve formě. Potřebují – li pomoc, pak ve výjimečných situacích. Ty zpravidla zvládne střední generace – pomůže s úklidem apod. Také pomoc v nemoci, která je časově omezena, nebývá problematická. Jenže stárí s sebou přináší obtíže, starý člověk stále s větší námahou zvládá požadavky běžného dne, ztrácí soběstačnost a potřebuje pomoc. Dříve či později jeden z manželů umírá a zbývají jen nejbližší členové rodiny.

Senior se bojí ztráty soběstačnosti a klade si otázku“ Postarají se o mě mé děti? Neodmítnou mě?“ Představa bezmocného stárí je důvodem, proč někteří lidé nesignalizují své obtíže, a tudíž nenárokují péči.

Pokud však potřebují pomoc druhých, přimykají se ke konkrétnímu příbuznému. Lidé vyššího věku vědí o institucionální péči své a tak raději chtějí zůstat doma. Je překvapující, že péči nevyžadují po nejoblíbenějším z dětí. Nechtějí svému nemilejšímu přidělovat starosti. Takové dítě je většinou nejrozmazlenější a je tedy možné, že by náročnou péči nezvládl. Nejčastěji s postará neoblíbený potomek a to proto, aby dokázal rodiči, že on je ten lepší a že nespravedlivě zůstal na druhém místě.

Dospělé děti jsou povinny poskytnout péči svým starým rodičům a prarodičům. Často je však péče o ně přijímána jako úkorná zátěž. Každý by se měl řídit heslem – jak se ta chováš ke svým starým rodičům, tak se k tobě budou jednou chovat tvé děti. (7)

Aby střední generace zvládla všechny úkoly, doporučují odborníci určité fázování rodinných funkcí. Děti je třeba vychovávat a ekonomicky zajistit do 20. roku, pak je vhodné je ponechat vlastnímu dospělému životu. Tím se střední generace uvolní a své síly využije k pomoci starým rodičům. V produktivním věku se nejvíce dává. V prvním dětství do 20 let se přijímá poprvé, ve „druhém dětství“ nad 60 let podruhé.

Střední generace pomáhá na obě strany a je tedy nadměrně zatížena. Děti považují za samozřejmé, že jim rodiče prošlapávají životní cestu. Z toho vyplývá, že závislé dospělé dítě nemůže převzít odpovědnost a péči o rodiče, kteří se stávají závislími. Takovým chováním se děti naučí pouze přijímat, nikoli dávat. (7)

Aby se rodina o seniora postarala, je nezbytné tzv. trias - aby chtěla, mohla a uměla. Aby rodina o nesoběstačného staršího člena pečovat chtěla, měla dobrou vůli je dáno především motivací, kdy se rodina snaží hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů. Aby rodina o starého nemocného pečovat mohla zahrnuje prostorové, finanční, časové a technické podmínky. Aby rodina pečovat uměla znamená, že rodina ví jak pomoci a zná rozsah poskytované pomoci. (37)

Zavázalová (37) uvádí hlavní faktory, které ovlivňují péči v rodině:

- a) celospolečenské faktory - role, význam stáří, morální, ekonomická a legislativní podpora ve společnosti, životní styl podmínky, epidemiologie chronických chorob a jejich vliv na soběstačnost ve stáří, ekonomické podmínky státu zaměstnanost žen, zdravotní a sociální politika státu, dostupnost zdravotních a sociálních služeb, rozdíly města a vesnice;
- b) pečující rodina, poskytovatelé služeb - složení rodiny, její možnosti, zvyky a tradice, morální hodnota, výchova, způsob bydlení, vzdálenost bydliště, zaměstnanost ženy, socioekonomická situace, zdravotní stav poskytovatelů, vztahy v rodině, ochota pečovat, co musí pečovatel obětovat;
- c) starý člověk, příjemce péče - zdravotní stav- trvání choroby, prognóza vývoje, soběstačnost, stupeň závislosti, přání a postoje starého člověka, přijetí role pečovaného, nesoběstačného a závislého na druhých osobách.

V ČR je asi 80 % péče o staré nesoběstačné osoby zajišťováno rodinou, průměrná doba pečování je 4 – 5 let. (37)

Péče o nesoběstačného seniora vyvolává zátěž, která ovlivňuje schopnost pečovatele poskytovat péči na potřebné úrovni. Tošnerová (30) uvádí 5 druhů zátěže:

- a) Tělesná - poskytování péče o bezmocnou osobu vyššího věku působí zvýšenou tělesnou zátěž, péče o domov a domácnost vyžadují energii a mohou být vyčerpávající, zejména pokud se pečovatel stará ještě o vlastní domácnost.
- b) Finanční - péče o starší osobu má i finanční rozměr. Pokud jde o služby, které členové rodiny sami nemohou poskytovat (lékařské, farmaceutické, rehabilitační atd.) a je nutné je hradit, musí rodina k jejich úhradě přispívat z vlastních zdrojů.
- c) Zátěž plynoucí z okolního prostředí - je nutné zvolit vhodné místo pobytu nesoběstačného seniora. Jestliže se rozhodne zůstat ve svém domově či se přestěhuje ke svým dětem či jiným blízkým, je potřebné upravit prostředí k jeho bezpečnosti např. nainstalovat zábradlí. Nezbytné je také provést některé zásadní změny v jeho způsobu života a v každodenním rozvrhu činností.
- d) Sociální zátěž – poskytování celodenní osobní může vyvolat sociální zátěž tím, že pečovatel je izolován od rodiny, přátel a společenského života vůbec. Výsledkem pak může být vztek a odpor k nesoběstačnému senioru, který je příčinou ztracených společenských kontaktů.
- e) Citová zátěž - všechny typy zátěže často vyústí ve velkou citovou zátěž. Ze strany pečující rodiny je nemožné svobodně hospodařit s vlastním časem a nutné je také umět se vyrovnat s velkou odpovědností, to vše může být blízkými vnímáno jako zvýšená závislost na nesoběstačném senioru a zpětně to ovlivňuje jeho citový vztah k němu. Výsledkem může být hněv, odpor a znechucení, pocit izolace a ztráty duševní vyrovnanosti. V této chvíli se mohou objevit dřívější nevyřešené konflikty, které mohou naopak ještě zesílit.

Stává se, že o seniora se rodina postarat nechce či nemůže. Méně známé je, že jsou skutečnosti, které zabraňují konkrétnímu člověku v péči o starého nemocného. Děti mohou žít v cizině či jsou sami nemocní. Často je těžké určit, zda se jedná o nemožnost či neochotu. (7)

Ti, kteří nejsou ochotní pečovat o staré rodiče, argumentují často tím, že ústavní péče je nejlepším řešením. Proč by se namáhali, komplikovali si život. Přinášeli oběti, když stát se umí dobře a dokonce lépe postarat o staré nemocné.

Jak již ale bylo uvedeno dříve, není tomu tak. Senior špatně snáší změnu pobytu, hůře se adaptuje, introvertuje a sociálně se izoluje. Následkem toho může dojít i k jeho úmrtí. Starší lidé jsou raději hospitalizováni v nemocnicích, než-li v domovech pro seniory. Z nemocnice je ještě návratu, domov pro seniory berou jako čekárnu na smrt. A místo toho, aby členové rodiny pomohli, navštíví své rodiče jednou za měsíc a mnohdy si ještě stěžují na chování ošetřujícího personálu, místo aby se zamysleli sami nad sebou. Nemocný senior je často ještě omlouvá, že mají mnoho práce a ochotně jim dává finanční prostředky, které by raději mohl využít na zajištění lepších pomůcek a prostředků v péči o něj.

Je pravda, že děti mají oplatit svým rodičům lásku a péči. Jsou však případy, kdy rodiče nebyli laskaví, nedělali nic, aby si získali úctu svých dětí, selhávali v rolích rodičovských. Jsou pak děti povinni starat se o ně? Více než jiným lidem jsou právě rodičům odpouštěny chyby, kterých se dopustili a to proto, že dali svým dětem život. (7)

Vedle nedostatku rodinné péče je však i péče nadměrná. Senior takovou péči nevyžaduje, ale vyhovuje mu. Vzniká hyperprotektivní syndrom, jehož důsledkem je postupná ztráta soběstačnosti a vznik závislosti na druhých. V dobré vůli ji může způsobit dcera, která nenechá svou matku nic dělat. (22)

Pichaud, Thareauová (23) uvádí 4 typy postoje blízkých k senioru:

- 1) Autoritativní typ – má tendenci staršímu člověku vnucovat svůj názor a svá rozhodnutí.
- 2) Manipulující typ – manipuluje se seniorem, aby dosáhl svého cíle a při tom nerespektuje jeho autonomii.
- 3) Ochranitelský typ – ochraňuje seniora do takové míry, že mu zabraňuje v činnostech péči o sebe sama a jiných pod hrozbou, že všude čeká na starého člověka nebezpečí.

- 4) Spolupracující typ – je pozorný ke schopnostem seniora a nezaměřuje se pouze na jeho závislost.

Existuje řada rodin, která se o své rodiče či prarodiče stará měsíce i léta. Taková dlouhodobá péče je fyzicky i psychicky vyčerpávající. Po deseti letech péče o dítě jsou z nejhoršího venku, po deseti letech o starého nemocného cítí únavu a ví, že nároky budou vzrůstat a budou svědky jen stoupající závislosti. (7)

Aby nedocházelo k vyhoření pečujících, je zapotřebí střídání jednotlivých členů rodiny. Nejčastěji jsou pečujícími ženy v produktivním věku. V naší republice je 80% těchto žen zaměstnáno. (37)

Pro vyhodnocení zátěže pečujícího existuje řada testů, např. 10 příznaků stresů pečovatele. Aby nedocházelo k syndromu vyhoření ze strany blízkých, kteří pečují o nesoběstačného seniora, je vhodné řídit se následujícími zásadami:

- a) vyhledat svépomocnou skupinu pečovatelů, pokud není v dané oblasti k dispozici, sám se podílet na jejím vzniku
- b) stanovit si reálné cíle;
- c) komunikovat s rodinou a přáteli;
- d) mít dostatečné informace;
- e) využívat vnějších služeb;
- f) starat se o své zdraví;
- g) umět relaxovat;
- h) v případě potřeby umět vyhledat pomoc. (30)

Aby si rodina dopřála zaslouženého odpočinku, je v zahraničí k dispozici tzv. respitní péče - možnost umístit na jeden měsíc v roce nesoběstačného rodiče do ústavního zařízení. Péče je hrazena zdravotní pojišťovnou. Je tomu i tak v případě nemoci pečovatele či dovolené. I u nás lze v některých zařízeních zažádat a zaplatit na omezenou dobu poskytnutí respitní péče. (37)

1.6.4. Péče rodiny o seniora v domovech pro seniory

Pokud je senior umístěn do domova pro seniory, péče rodiny tím nekončí. Instituce by měla projevit zájem o rodinu, měla by respektovat její pocity a zájem o blízkého. Měla by též rodině poskytnout dostatek informací o aktuálních potřebách seniora, a to fyzických, psychických, sociálních i duchovních. Rodině by měla být také nabídnuta pomoc při vyrovnání se se skutečností, že péči o seniora nezvládla.

Začít spolupracovat s rodinou je vhodné ihned při přijetí seniora do domova. Domov by měl s blízkými uzavřít dohodu o tom, které úkoly a povinnosti rodině nadále zůstávají. Pocit, že je o seniora postaráno, totiž často vede k poklesu či ztrátě zájmu o něj a k omezení kontaktu. Je prokázáno, že s přibývajícím délkou pobytu seniora v domově pro seniory klesá i četnost návštěv blízkých. **(18)**

1.6.5. Péče rodiny o umírajícího

Stárnutí je v obecném pojetí života člověka posledním obdobím před smrtí. Pro mnohé pak tedy stárnutí znamená upozornění na konečnou hranici života. Na blížící se smrt reagují lidé různým způsobem, Elisabeth Kübler-Ross uvádí 5 fází procesu umírání:

- 1) šok, popírání hrozící nepřijatelné skutečnosti;
- 2) projevy hněvu a agrese;
- 3) smlouvání, vyjednávání;
- 4) smutek a deprese;
- 5) přijetí, smíření se s tím, co se děje. **(2)**

Postoj ke smrti bývá vyjádřen strachem a úzkostí, úvahami o smrti a připraveností akceptovat vlastní smrtelnost.

Strach ze smrti ovlivňují některé faktory, např. ženy se bojí méně než –li muži, záleží také na tom, jak je člověk vyrovnaný se svým vlastním životem a jestli má ještě nějaké nesplněné povinnosti a do jaké míry je obtížný jeho současný život.

Je nutné zmínit i tzv. smrt sociální, která nastává při dlouhé hospitalizaci, kdy člověk ztrácí sociální kontakty. **(33)**

Senior umírá v domácím prostředí, sám či v přítomnosti svých blízkých, nebo v ústavním zařízení. Ti, kdo se o umírající starají, mají často největší obtíže při komunikaci s umírajícím. Je důležité zdůraznit, že mnohem více záleží na tom, co člověk vyjádří beze slov, záleží na mimice, dotecích, celkovém postoji apod. Samotný rozhovor by pak měl být spíše nasloucháním než-li mluvením. (16)

Péči o umírající lze rozdělit do 4 oblastí:

- 1) Péče zdravotní – tišení bolesti, prevence dekubitů, zajištění výživy, hydratace, udržení aktivity.
- 2) Péče psychologická – zajištění respektování lidské důstojnosti, posílení pocitu bezpečí.
- 3) Péče sociální – zde má právě rodina svou nejdůležitější úlohu.
- 4) Péče spirituální, duchovní. (10)

Pokud se umírající senior nachází v ústavním zařízení, péče rodiny je pak mnohem důležitější. Při péči se doporučuje zaměřit se na zajištění soběstačnosti seniora, zajistit dobrou celkovou kvalitu života, plánovat do budoucnosti a vyhýbat se nadměrnému užívání zatěžující léčebné péče ke konci života. (2)

Při umírání mnohdy hraje velmi důležitou roli víra, která přispívá k vyrovnanému postoji seniora k vlastní smrti. Pro seniora může zážitek Boha znamenat podporu a dává možnost smysluplného vyústění. (33)

Velmi křehkou záležitostí je pak informování blízkých o smrti seniora. Po smrti seniora blízcí prožívají smutek a žal, jsou apatičtí, plačtiví. Někteří si přejí, aby sami mohli upravit tělo zemřelého, to by jim mělo být samozřejmě umožněno.

1.6.6. Špatné zacházení se seniory ze strany rodiny

Pod pojmem špatné zacházení se rozumí nevhodné působení na seniora. K hlavním formám patří:

- 1) Obtěžování - emocionální, hanlivé poznámky na seniora:
 - a) fyzické v rodinách s jednodušší mentalitou, agresivní kontakt;
 - b) sexuální.

2) Zanedbávání:

- a) pasivní - opomenutí povinnosti vůči osobě odkázané na poskytnutí pomoci, časté ze strany ošetřovatelů – př. nepodání léků, nedodržení diety;
- b) aktivní - účelové neposkytnutí pomoci osobě na ní závislé – př. nepodání stravy;
- c) vlastní zanedbávání - vědomé nebo nevědomé zanedbávání vlastní osoby.

3) Vykořisťování:

- a) finanční - nelegální a neoprávněné používání prostředků a majetku seniora, protiprávní zbavení majetku starých lidí;
- b) majetkové a fyzické - př. nucené práce v domácnosti.

4) Zneužívání:

- a) majetkové;
- b) citové - s cílem upřednostnění citového vztahu seniora před ostatními – výčitky kvůli dědictví;
- c) politické.

5) Týrání:

- a) duševní - vyvíjení permanentního tlaku na psychiku seniora – ponižování, zavražďování;
- b) systematické - využívání všech forem systematického nátlaku na seniora – opakující se šikanování, podceňování a zesměšňování;
- c) fyzické - opakující se použití fyzického násilí vůči senioru. (15)

K hlavním rizikovým faktorům špatného zacházení se seniory patří anomální osobnost pachatele, špatný zdravotní stav seniora a jeho nesoběstačnost, přetížení rodiny, nedostatečné poučení a podpora blízkých a nedostatečná společenská kontrola.

Mezi hlavní příznaky pak lze zařadit nejasné pády a úrazy, stesky, neobvyklé výdaje financí, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku a nejasné změny chování atd. (12)

Špatné zacházení má na seniory neblahý vliv. Senioři hůře vnímají psychické trýznění a zklamání z chování vlastních dětí či jiných blízkých než bolest a fyzické strádání. Mezi následky zanedbávání a týrání patří izolace, závislost, psychická deprivace, inaktivita, deprese, zmatenost a celkové výrazné zhoršení zdravotního stavu.

Aby k takovým situacím vůbec nedocházelo je důležitá prevence. V rámci rodinné prevence je důležité pěstovat generační pouto, připravovat rodinu poskytování dlouhodobé péče nesoběstačnému senioru, nebránit samostatnosti osobám vyššího věku a nevnucovat jim svůj životní styl. Rodina měla by měl být edukována o základních potřebách seniora a měla by mít možnost poradit se s odborníkem v případě vyskytnutí se problému. (15)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Prvním cílem práce je zjistit, zda se rodinní příslušníci podílejí na péči o své blízké (osoby starší 65 let), kteří jsou umístěni v domově pro seniory déle než 1 rok.

Druhým cílem práce je zjistit, zda a jak se změnil vztah seniorů po umístění do domova pro seniory k rodinným příslušníkům.

2.2. Hypotéza

Rodinní příslušníci se podílejí na péči o své blízké (osoby starší 65 let) umístěné v domově pro seniory.

3. Metodika

3.1. Metody a techniky sběru dat

K ověření stanovené hypotézy byly použity následující metody a techniky sběru dat: řízený rozhovor, dotazník, obsahová analýza dokumentů, sekundární analýza dat a komparativní analýza. (3)

Řízený rozhovor byl určen pro seniory starší 65 let, kteří jsou déle než 1 rok umístěni v domově pro seniory. Rozhovor zahrnoval 15 otázek, které byly předem připravené, první 2 otázky byly identifikační, 8 polouzavřených, 3 byly uzavřené a 2 otevřené. (Příloha 1) Každý rozhovor trval 15 - 20 minut. Respondentům jsem předem vysvětlila, o jaký výzkum se jedná a k jakým účelům bude použit. Respondenti senioři byli též poučeni, že rozhovor je zcela anonymní a že výsledky budou použity pouze pro potřebu mé práce. Respondenti při rozhovoru spolupracovali a byli vstřícní. Rozhovorů jsem uskutečnila celkem 50.

Dotazníků byly dva druhy. První typ dotazníku byl určen pro blízké klientů v domovech pro seniory. Dotazník zahrnoval 15 otázek, první 3 byly identifikační, 7 tvořilo otázek polouzavřených, 3 byly otázky uzavřené a 2 otevřené. (Příloha 2)

Druhý typ dotazníku byl určen pro ošetřující personál v domově pro seniory. Dotazník obsahoval 13 otázek, první 3 byly opět identifikační, 7 polouzavřených a 3 uzavřené. (Příloha 3)

Ke zhodnocení výsledků rozhovoru a obou dotazníků byly použity grafy.

Obsahová analýza dokumentů, sekundární analýza dat a komparativní analýza byly použity pro zpracování teoretické části práce.

3.2. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily 3 skupiny respondentů:

- a) senioři starší 65 let, kteří jsou umístěni v domově pro seniory déle než 1 rok;
- b) blízcí, kteří navštěvují seniory v domovech pro seniory;
- c) ošetřující personál v domovech pro seniory.

Respondenti byli vybráni náhodným víceetapovým výběrem.

4.2. Realizace výzkumu

Rozhovor se seniory byl uskutečněn a dotazníky pro ošetřující personál byly rozdány v Domově pro seniory Máj p.o. České Budějovice, v Domově pro seniory Hvízdal České Budějovice, v Domě klidného stáří u sv. Anny v Sousedovicích (bývalý okres Strakonice) a v Domově pro seniory, Rybniční, Strakonice. Dotazníky pro blízké seniorů v domovech pro seniory byly rozdány v Domově pro seniory Máj p.o. České Budějovice, v Domově pro seniory Hvízdal České Budějovice a v Domově pro seniory, Rybniční, Strakonice.

Domovy pro seniory v Českých Budějovicích zřizuje kraj, Domov pro seniory, Rybniční, Strakonice Město Strakonice a Dům klidného stáří u sv. Anny Oblastní charita Strakonice.

Výzkum byl realizován v měsících leden – únor 2007.

Rozhovorů se seniory bylo uskutečněno celkem 50.

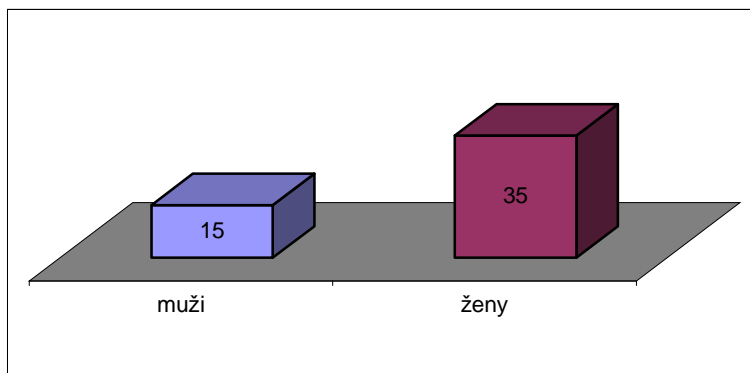
Pro blízké seniorů v domovech pro seniory bylo celkem rozdáno 70 dotazníků, zpět se vrátilo 61 dotazníků, ze kterých bylo 5 vyřazeno pro nesprávné vyplnění. Správně vyplněných dotazníků bylo 56, návratnost tedy byla 80 %. Dotazníky jsem rozdala osobně rodinným příslušníkům či byly rozdány prostřednictvím poučeného personálu.

Pro ošetřující personál bylo celkem rozdáno 100 dotazníků, návratnost byla 89 dotazníků, z čehož 5 dotazníků bylo nesprávně vyplněno. Pro výzkum tedy bylo použito 84 dotazníků, návratnost činila 84 %. Dotazníky pro ošetřující personál jsem v jednotlivých zařízeních rozdávala osobně.

4. Výsledky výzkumu

4.1. Výsledky rozhovoru se seniory

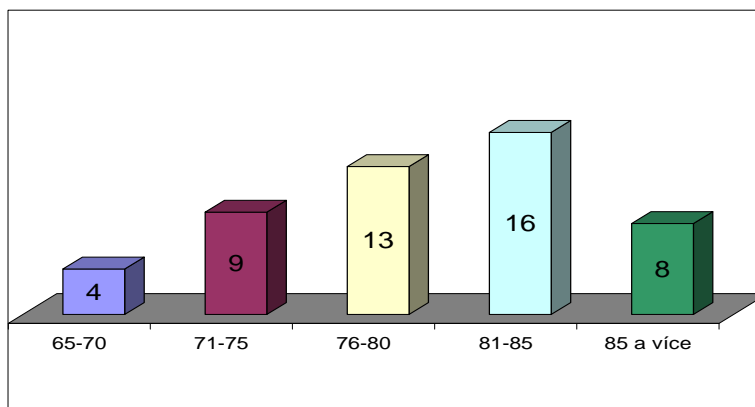
Graf č. 1 Složení respondentů seniorů dle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenty seniory tvořilo 15 (30 %) mužů a 35 (70 %) žen.

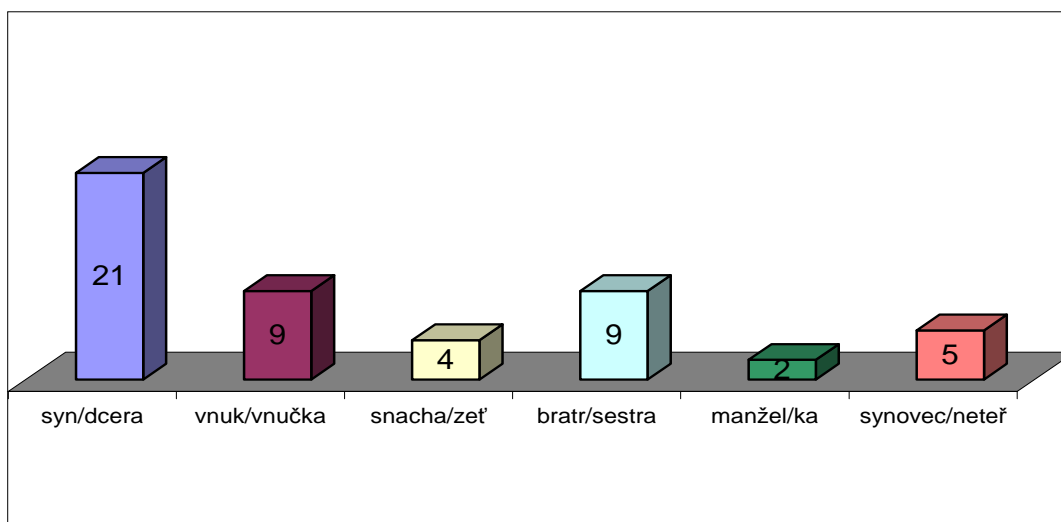
Graf č. 2 Rozdělení respondentů seniorů dle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve věku 81- 85 let bylo 16 seniorů (32,0 %), 13 (26,0 %) v rozmezí 76 - 80 let, 9 (18,0 %) ve věku 71 - 75 let, 8 (16,0 %) seniorů bylo starší 85 let a 4 (8,0 %) byli ve věku 65 - 70 let.

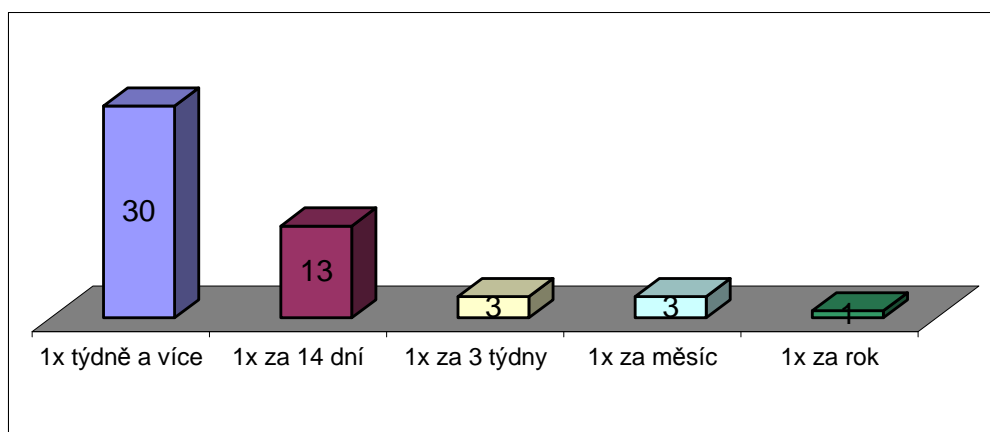
Graf č. 3 Kdo nejčastěji navštěvuje seniory v zařízení dle seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti senioři odpověděli, že je nejčastěji navštěvují synové a dcery - 21 (42,0 %) seniorů, 9 (18,0 %) respondentů uvedlo, že za nimi nejvíce chodí vnuci/vnučky a stejný počet, že sourozenci, 5 (10,0 %) odpovědělo, že synovci/neteře, 4 (8,0 %) uvedli, že je nejvíce navštěvují snachy/zeťové a 2 (4,0 %), že manželé.

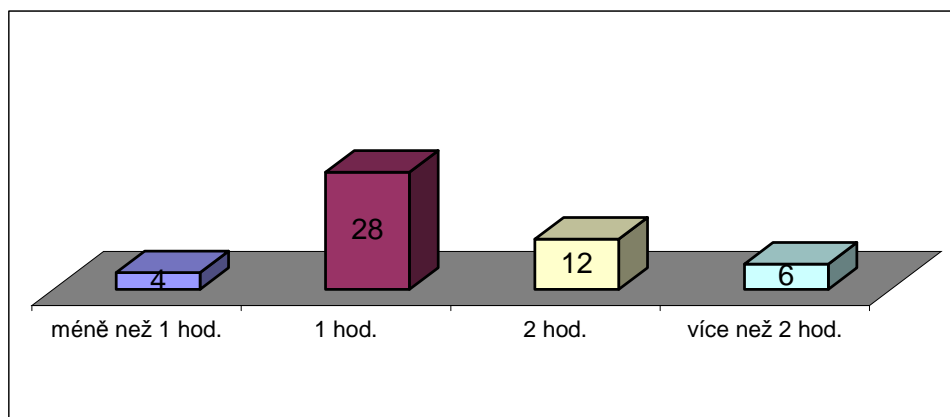
Graf č. 4 Četnost návštěv blízkých v domově pro seniory dle seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Nadpoloviční většina - 30 (60,0 %) seniorů uvedla, že je jejich blízcí navštěvují 1x týdně a více, 13 (26,0 %) respondentů odpovědělo, že 1x za 14 dní, 3 (6,0 %) konstatovali, že 1 x za 3 týdny a stejný počet uvedl, že 1 x za měsíc. Pouze 1 (2,0 %) senior odpověděl, že ho jeho blízký navštěvuje 1 x za rok.

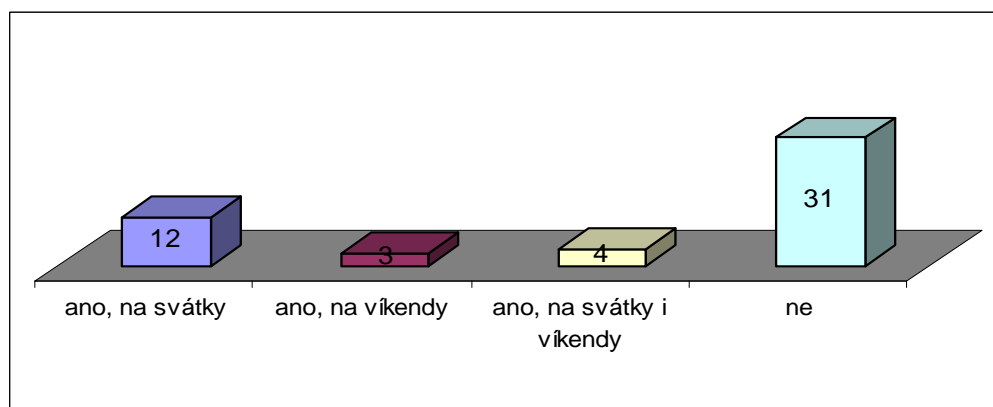
Graf č. 5 Trvání jedné návštěvy dle seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Více než polovina seniorů – 25 (56,0 %) se domnívá, že u nich blízcí při návštěvě stráví 1 hodinu, 12 (24,0 %) respondentů odpovědělo 2 hodiny, 6 (12,0 %) více než 2 hodiny a 4 (8,0 %) senioři uvedli, že se jejich blízcí nezdrží déle než 1 hod.

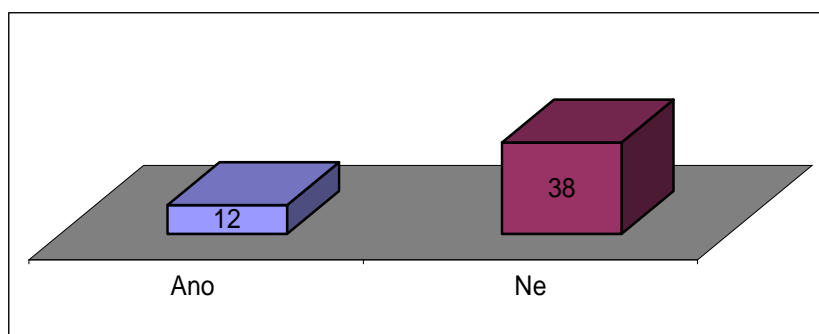
Graf č. 6 Zda si blízcí odvázejí seniory na svátky či na víkendy domů



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti senioři – 31 (62,0 %) - odpověděli, že si je jejich blízcí neodvážejí na svátky či víkendy domů, z toho 9 respondentů uvedlo, že je to proto, že si to sami nepřejí. Blízcí si odvážejí 12 (24,0 %) seniorů domů na svátky, 3 (6,0 %) na víkendy a 4 (8,0 %) na svátky i na víkendy.

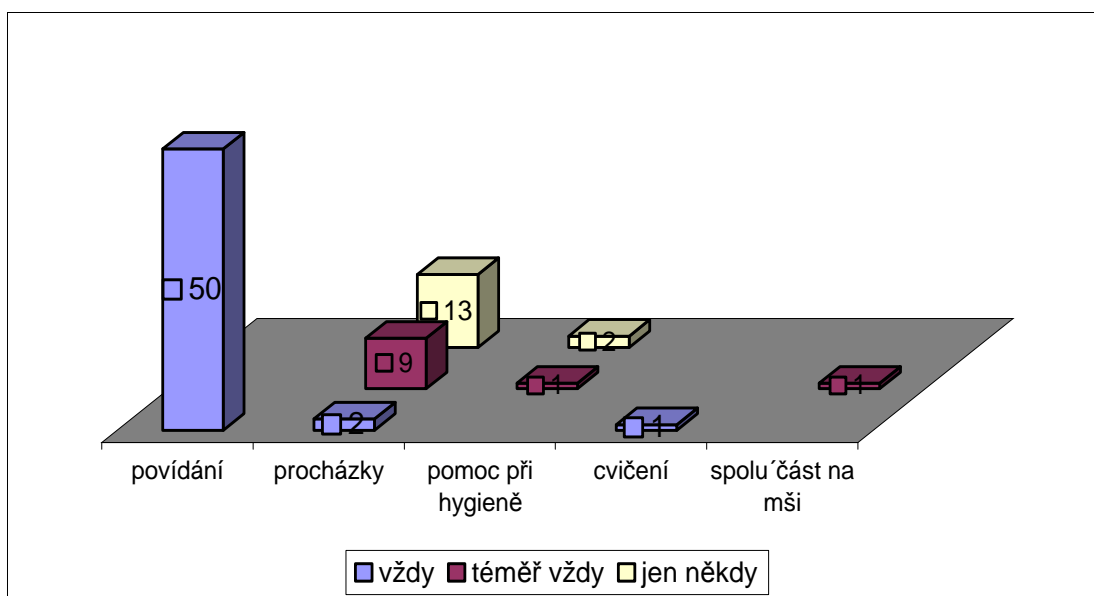
Graf č. 7 Zda se blízcí mohou podílet na péči o klienty v zařízení dle seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Že se blízcí v zařízení nemohou podílet na péči o seniory, se domnívá 38 (76,0 %) seniorů. Ve 30 případech je to proto, že vše zajistí personál a v 8 případech mají dle slov seniorů blízcí mnoho práce. 12 (24,0 %) seniorů si myslí, že ano, ve 4 případech je to přispívání na léky, 2 senioři pokládají za podíl na péči procházky a 6 seniorů odpovědělo, že se blízcí podílejí na péči už jen tím, že tam s nimi jsou a poskytují jim psychickou podporu.

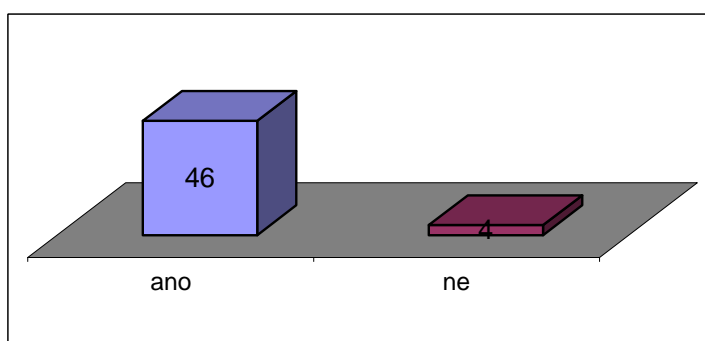
Graf č. 8 Činnosti během návštěvy dle seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Všech 50 (100 %) seniorů uvedlo, že si s nimi blízcí povídají při každé návštěvě, 24 (48,0%) uvedlo, že se s nimi blízcí během návštěvy prochází – 13 jen někdy, 9 téměř vždy a 2 vždy. 3(6,0 %) seniori uvedli, že jim blízcí pomáhají při hygieně – 2 jen někdy, 1 vždy. Jen 1 (2,0 %) senior odpověděl, že s ním jeho blízký při každé návštěvě cvičí, 1 (2,0 %) uvedl, že se s ním jeho blízký účastní mše svaté.

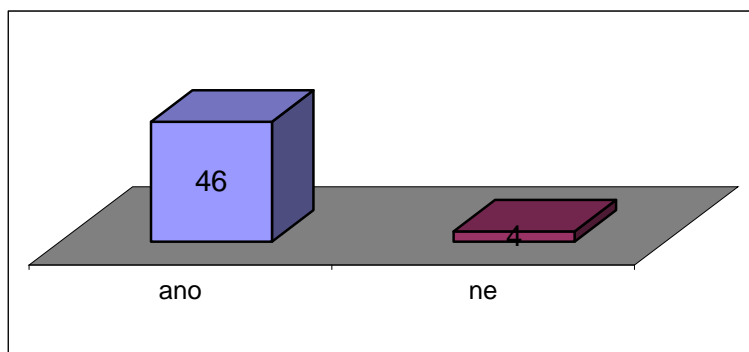
Graf č. 9 Zda blízcí nosí seniorům tekutiny dle seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Převážná většina respondentů - 46 (92,0 %) seniorů - odpověděla, že jim blízcí nosí tekutiny, 26 dostává minerální vody, 15 džusy, 4 minerální vody a džusy a 1 senior alkohol – pivo. Pouze 4 (8,0 %) senioři odpověděli, že jim jejich blízcí tekutiny nenosí.

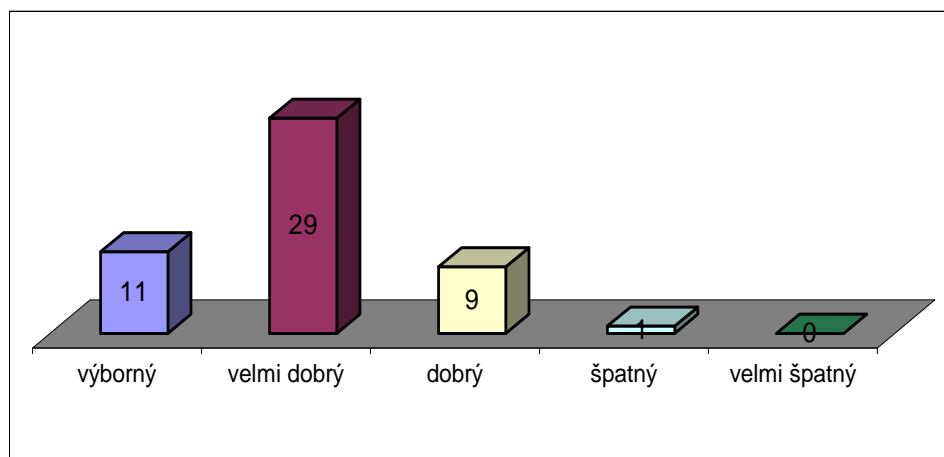
Graf č. 10 Zda blízcí nosí seniorům potraviny dle seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Taktéž jako u tekutin 46 (92,0 %) respondentů odpovědělo, že jim jejich blízcí nosí potraviny, 13 seniorů dostává ovoce, 6 jogurty, 3 uzeniny a 24 sladkosti, které vzhledem k dietnímu režimu některých seniorů nejsou vždy vhodné. Opět jen 4 (8,0 %) respondenti odpověděli, že jim jejich rodinní příslušníci potraviny nenosí.

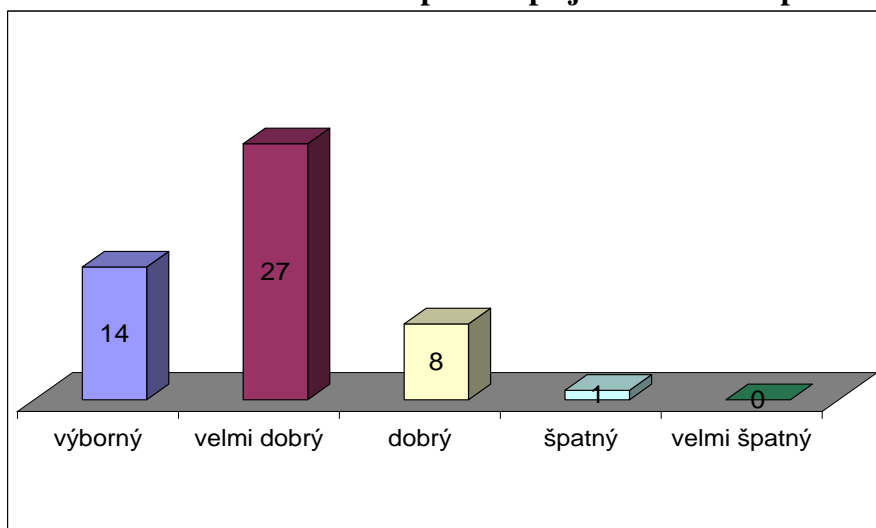
Graf č. 11 Vztah seniora k blízkému před přijetím do domova pro seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

Velmi dobrý vztah se svými blízkými, kteří navštěvují seniory v zařízení, mělo před přijetím 29 (58,0 %) respondentů, 11 (22,0 %) výborný, 9 (18,0 %) dobrý a 1 (2,0 %) klient špatný. Velmi špatný vztah žádný senior neuvedl.

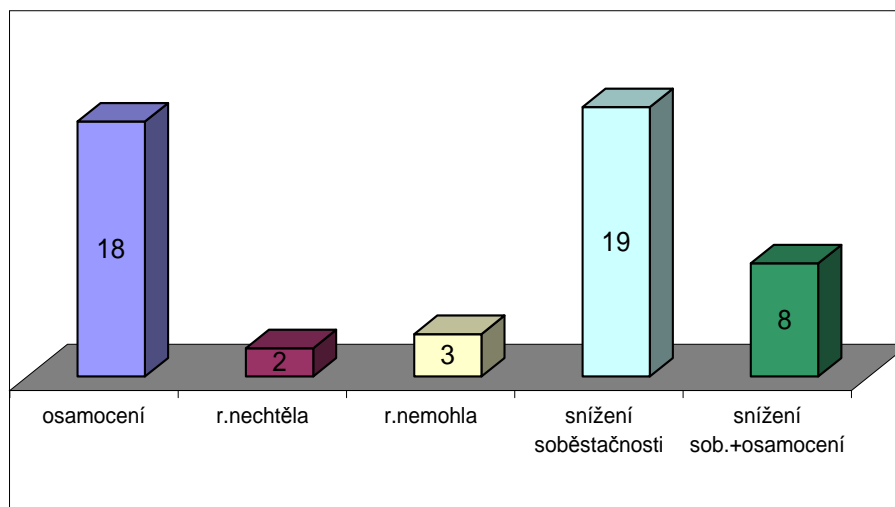
Graf č. 12 Vztah seniora k blízkému po roce přijetí do domova pro seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

Po 1 roce po přijetí mělo 27 (54,0 %) seniorů velmi dobrý vztah ke svým blízkým, 14 (28,0 %) výborný, 8 (16,0 %) dobrý, 1 (2,0 %) špatný. Velmi špatný vztah neuvedl žádný senior. Z toho plyne, že ve 3 případech se vztah seniorů k blízkým vylepšil.

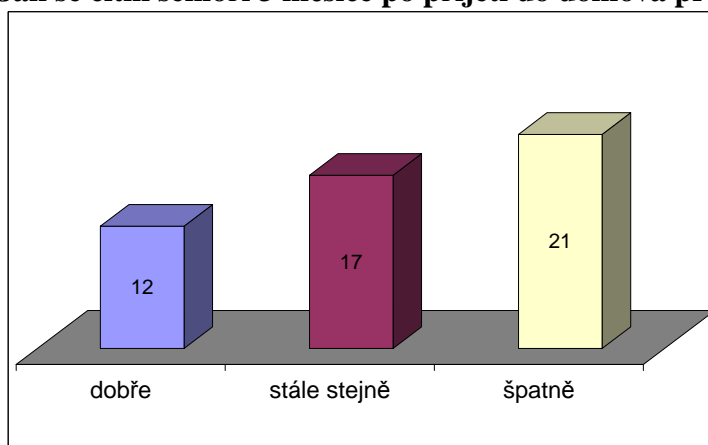
Graf č. 13 Důvod přijetí seniorů do domova pro seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

Snížení soběstačnosti jako důvod přijetí do zařízení uvedlo 19 (38,0 %) seniorů, 18 (36,0 %) respondentů uvedlo jako důvod osamocení, 8 (16,0 %) kombinaci snížení soběstačnosti a osamocení, 3 (6,0 %) senioři byli přijati do domova pro seniory, protože se rodina o ně nemohla starat, a 2 (4,0 %), protože se rodina nechtěla starat.

Graf č. 14 Jak se cítili senioři 3 měsíce po přijetí do domova pro seniory

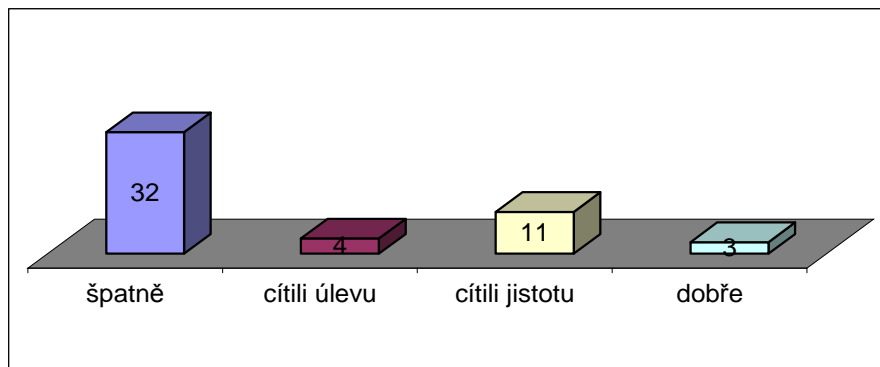


Zdroj: Vlastní výzkum

Tři měsíce po přijetí se cítilo špatně 21 (42,0 %) seniorů, tzn. že byli smutní, plačtiví, mrzutí, zklamaní. Stále stejně se cítilo 17 (34,0 %) seniorů, 12 (24,0 %)

respondentů odpovědělo, že se cítili dobře, protože zde našli nové známé a nezůstali doma osamoceni.

Graf č. 15 Jak prožívali přijetí do domova pro seniory blízcí klientů dle seniorů

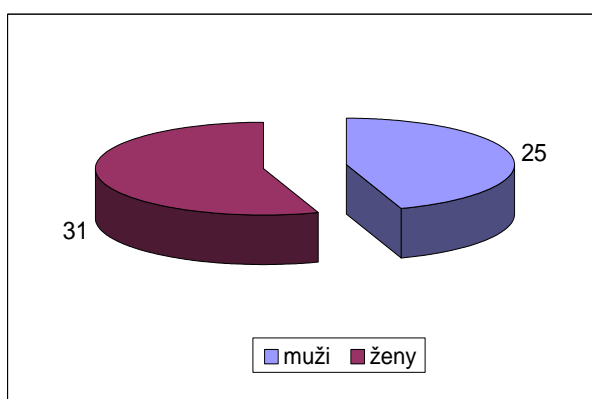


Zdroj: Vlastní výzkum

Více než polovina respondentů - 32 (64,0 %) seniorů - uvedla, že při jejich přijetí do domova pro seniory se blízcí cítili špatně, tzn. byli smutní a mrzutí. Avšak senioři uvádějí, že blízcí neměli jinou možnost a své blízké omlouvali. Pocit jistoty a záruky, že je o seniory dobře postaráno, zažívali blízcí dle 12 (24,0 %) respondentů. Že rodinní příslušníci pocítili úlevu, uvedlo 4 (8,0 %) respondentů. Pouze 2 (4,0 %) respondenti uvedli, že se rodinní příslušníci cítili dobře, protože se nechtěli starat.

4.2. Výsledky dotazníků pro blízké klientů v domovech pro seniory

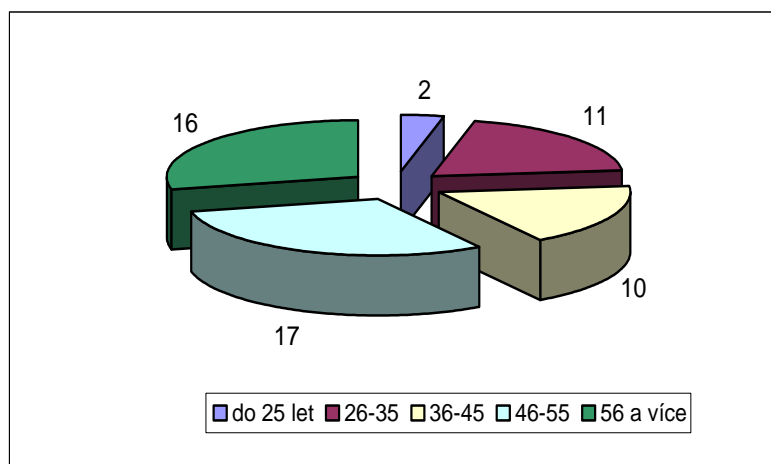
Graf č. 16 Složení respondentů – blízkých seniorů dle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti prvního typu dotazníku byli blízcí seniorů v domově pro seniory. Z 56 blízkých seniorů bylo 25 (44,6 %) mužů a 31 (55,4 %) žen.

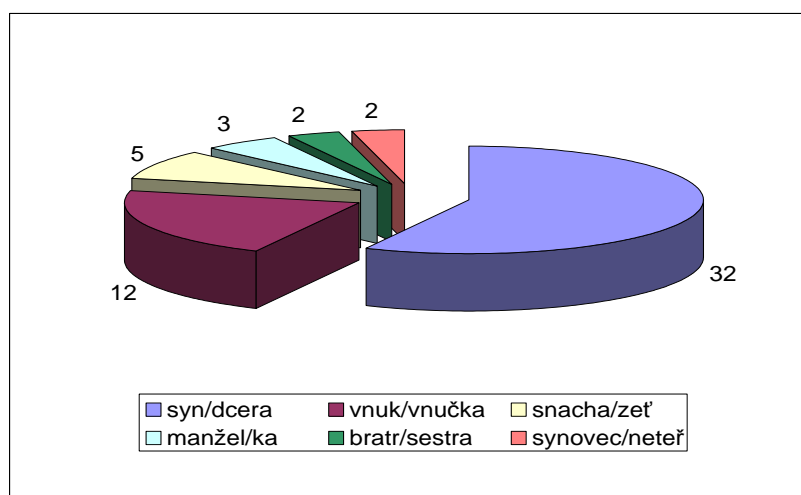
Graf č. 17 Složení respondentů – blízkých seniorů dle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi blízkými, kteří navštěvovali seniory v zařízení, bylo 17 (30,0 %) ve věku 46 – 55let, 16 (28,0 %) bylo starší 56 let, 11 (20,0 %) respondentů ve věku 26 – 35 let, 10 (18,0 %) ve věku 36 – 45 let a 2 (4,0 %) byli mladší 25 let.

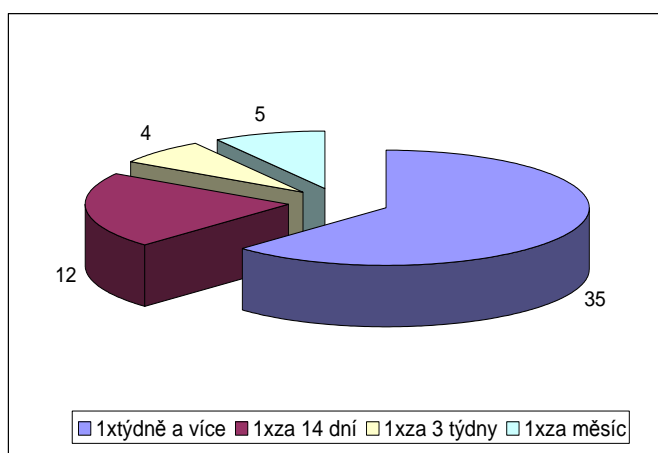
Graf č. 18 Složení respondentů – blízkých seniorů dle příbuzenského vztahu



Zdroj: Vlastní výzkum

Blízcí seniorů byli ve 32 (57,1 %) případech jejich synové či dcery, ve 12 (21,4 %) případech vnuci či vnučky, v 5 (8,9 %) zeťové/snachy, ve 3 (5,4 %) manželé a ve 2 (3,6 %) synovci/neteře a ve 2 (3,6 %) sourozenci.

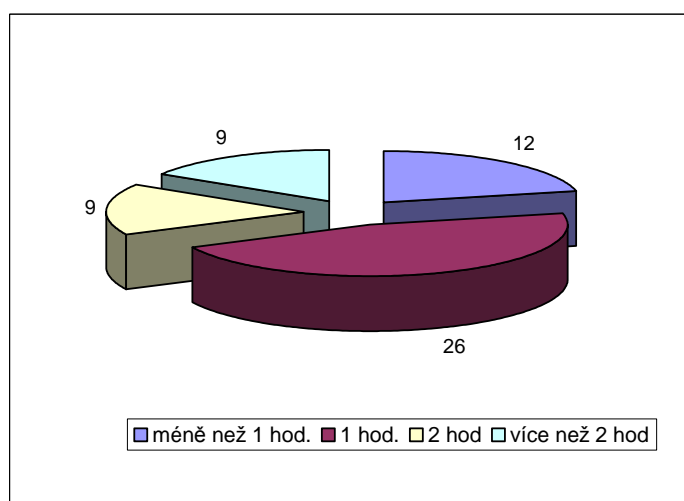
Graf č. 19 Četnost návštěv blízkých v domově pro seniory dle blízkých seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

1 x týdně a více navštěvuje klienty v domovech pro seniory 35 (62,5 %) blízkých 12 (21,4 %) 1 x za 14 dní, 4 (7,1 %) 1x za 3 týdny a 5 (9,0 %) 1x za měsíc.

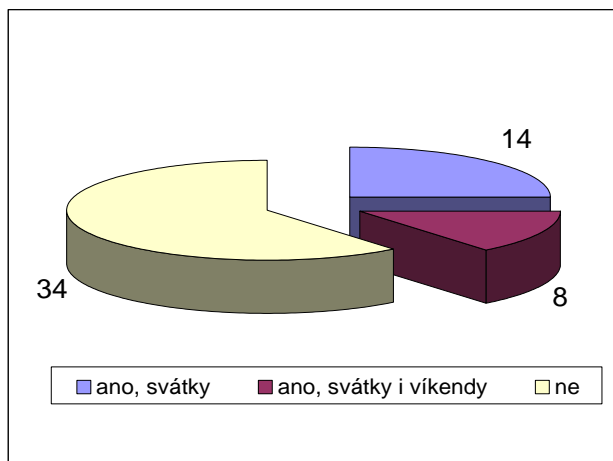
Graf č. 20 Trvání jedné návštěvy dle blízkých seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Se seniorem tráví při jedné návštěvě 1 hodinu 26 (46,4 %) blízkých, 12 (21,4 %) méně než 1 hodinu, 9 (16,1 %) 2 hodiny a taktéž 9 (16,1 %) více než 2 hodiny.

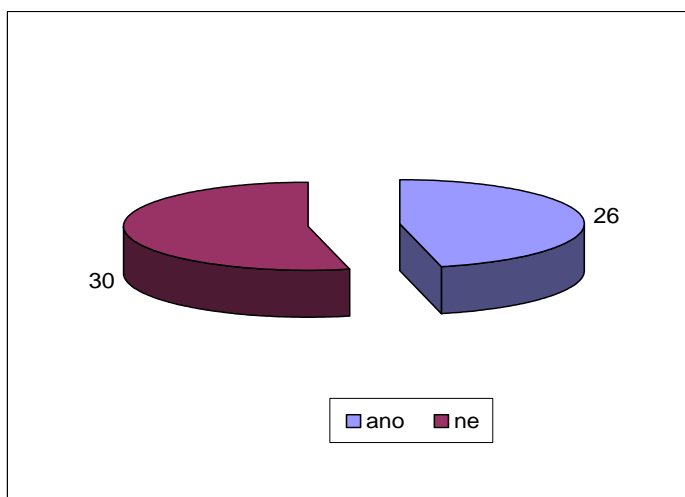
Graf č. 21 Zda si blízcí odvázejí seniory na víkendy či svátky domů



Zdroj: Vlastní výzkum

Seniory si neodvážejí na svátky či víkendy domů 34 (60,7 %) blízkých, 14 (25,0 %) si seniory odvážejí na svátky, 8 (14,3 %) na svátky i víkendy.

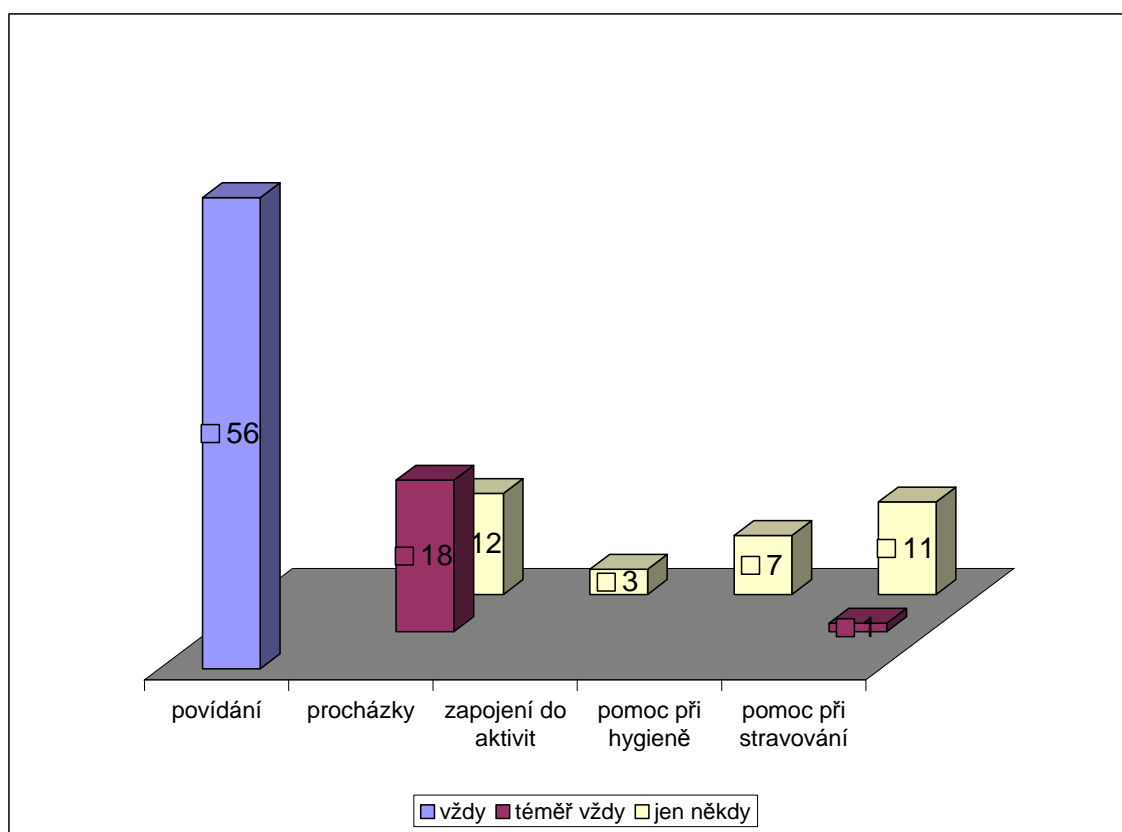
Graf č. 22 Zda se blízcí mohou podílet na péči o seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

Že se mohou podílet na péči o seniora v zařízení, se domnívá 30 (53,6 %) blízkých, v 10 případech se jedná o pomoc při stravě, ve 4 o pomoc při hygieně (holení), 6 blízkých považuje za podíl na péči procházky se seniorem a 6 blízkých se domnívá, že péčí už je jejich samotná přítomnost - poskytují senioru psychickou podporu. Že se nemohou podílet na péči o seniora v zařízení odpovědělo 26 blízkých (46,4 %), ve 23 případech proto, že vše zajistí personál, 3 blízcí mají mnoho své práce a 4 blízcí jsou sami nemohoucí.

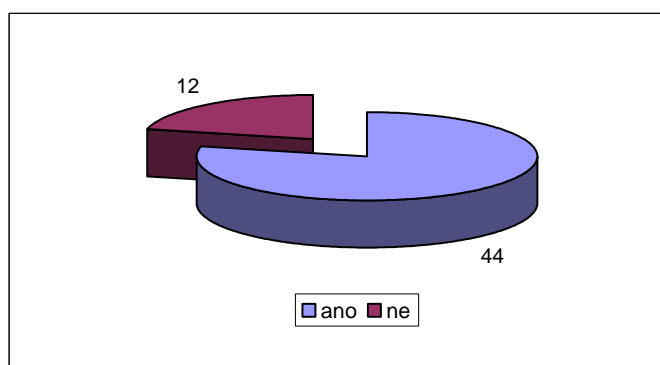
Graf č. 23 Činnosti během návštěvy dle blízkých



Zdroj: Vlastní výzkum

Během každé návštěvy si se seniorem povídá 56 blízkých (100 %), 30 (53,6 %) se se seniorem prochází – 18 téměř vždy, 12 jen někdy, 3 (5,4 %) rodinní příslušníci se někdy zapojují se seniorem do aktivit, 7 (12,5 %) někdy pomáhá při hygieně a 12 (21,4 %) pomáhá senioru při stravování – 1 téměř vždy, 11 jen někdy.

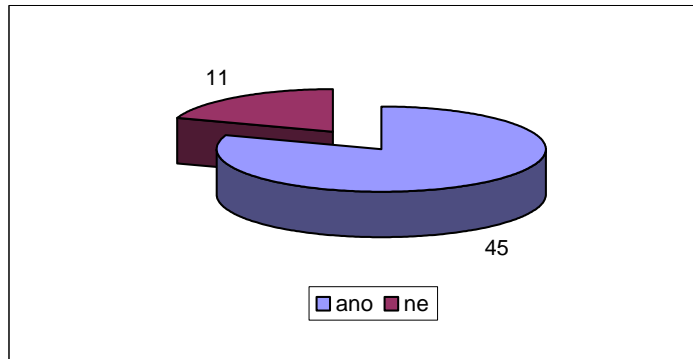
Graf č. 24 Zda blízcí nosí seniorům tekutiny dle blízkých



Zdroj: Vlastní výzkum

Tekutiny nosí seniorům 44 (78,6 %) blízkých, 26 blízkých nosí minerální vody, 10 džusy, 5 minerální vody džusy a 3 alkohol – červené víno a pivo. Tekutiny seniorům do zařízení nenosí 12 (21,4 %) blízkých.

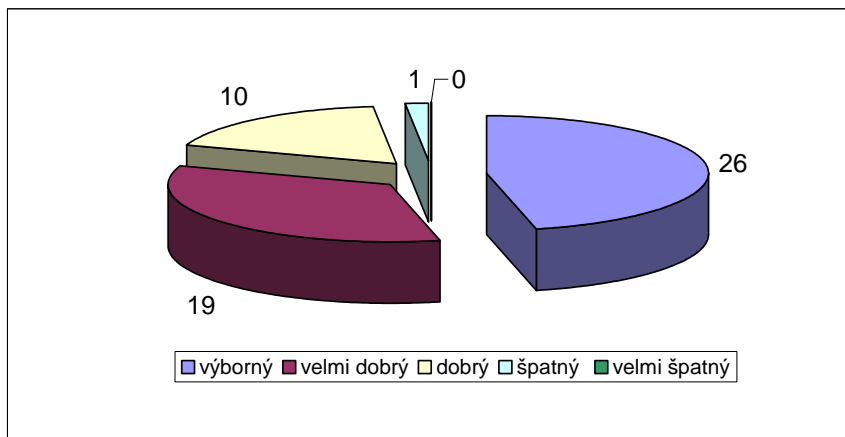
Graf č. 25 Zda blízcí nosí seniorům potraviny dle blízkých



Zdroj: Vlastní výzkum

Potraviny nosí seniorům 45 (80,3 %) blízkých. 19 blízkých nosí sladkosti, 9 ovoce, 2 uzeniny, 6 jogurty, 7 sladkosti a ovoce. 2 respondenti uvedli dia výrobky. seniorům nenosí potraviny 11 (19,7 %) rodinných příslušníků.

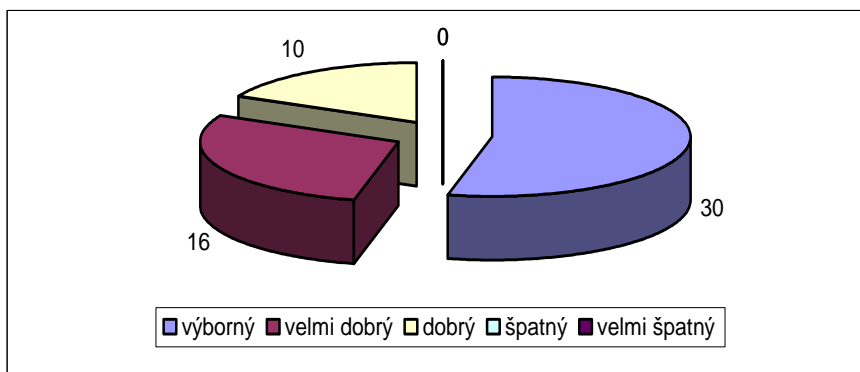
Graf č. 26 Vztah blízkých k senioru před přijetím do domova pro seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

Se seniorem mělo před přijetím do domova pro seniory výborný vztah 26 (46,4 %) blízkých, 19 (33,9 %) velmi dobrý, 10 (17,9 %) dobrý a 1 (1,8 %) špatný. Velmi špatný vztah se seniorem neměl ani jeden respondent.

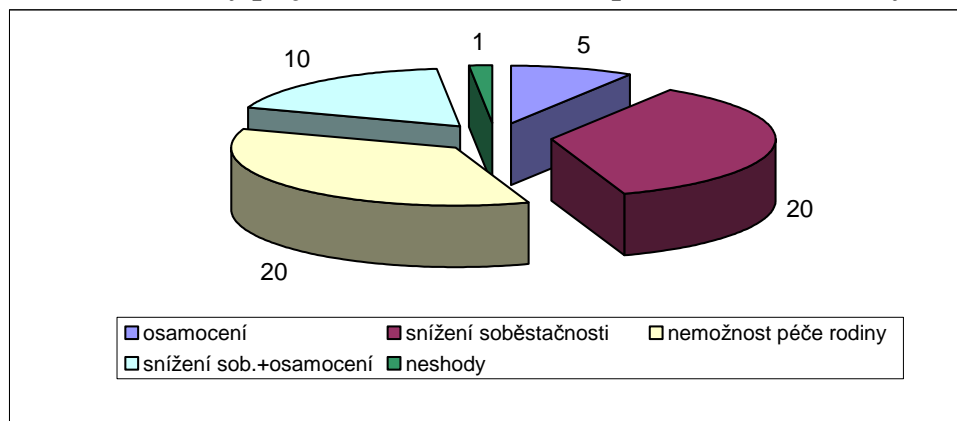
Graf č. 27 Vztah blízkých k senioru po roce přijetí do domova pro seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

Se seniorem mělo po roce přijetí do domova pro seniory výborný vztah 30 (53,6 %) blízkých, 16 (28,6 %) velmi dobrý, 10 (17,8 %) dobrý. Žádný respondent neměl se seniorem po roce přijetí do zařízení špatný nebo velmi špatný vztah. Z toho vyplývá, že ve čtyřech případech se vztah k senioru po roce přijetí zlepšil.

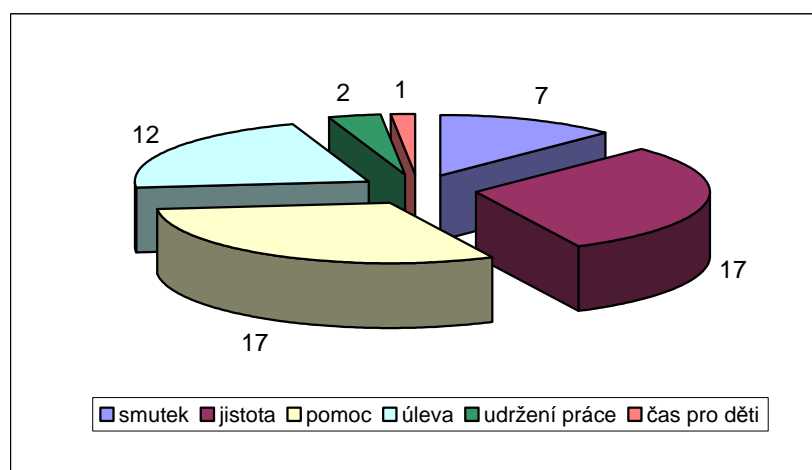
Graf č. 28 Důvody přijetí seniora do domova pro seniora dle blízkých



Zdroj: Vlastní výzkum

Snížení soběstačnosti jako důvod přijetí osoby vyššího věku do domova pro seniory uvedlo 20 (35,7 %) respondentů, rovněž 20 (35,7 %) blízkých uvedlo jako důvod nemožnost péče ze strany rodiny, 10 (17,9 %) snížení soběstačnosti a osamocení, 5 (8,9 %) osamocení a 1 (1,8 %) uvedl neshody se seniorem.

Graf č. 29 Co znamenalo pro blízké přijetí seniora do domova pro seniory

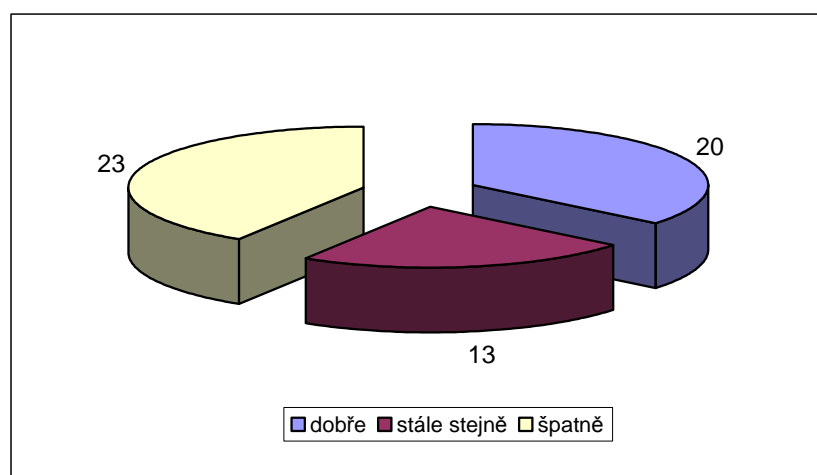


Zdroj: Vlastní výzkum

Pro 17 (30,4 %) blízkých znamenalo přijetí seniora do zařízení pomoc, rovněž 17 (30,4 %) rodinných příslušníků odpovědělo, že přijetí pro ně znamenalo jistotu a záruku, že bude o seniora dobře postaráno. Pro 12 (21,3 %) respondentů mělo přijetí

význam úlevy, pro 7 (12,5 %) spíše smutné události. Pro 2 (3,6 %) rodinné příslušníky přijetí znamenalo udržení zaměstnání a pro 1 (1,8 %) možnost více se věnovat vlastním dětem.

Graf č. 30 Jak se senioři cítili 3 měsíce po přijetí do zařízení dle blízkých

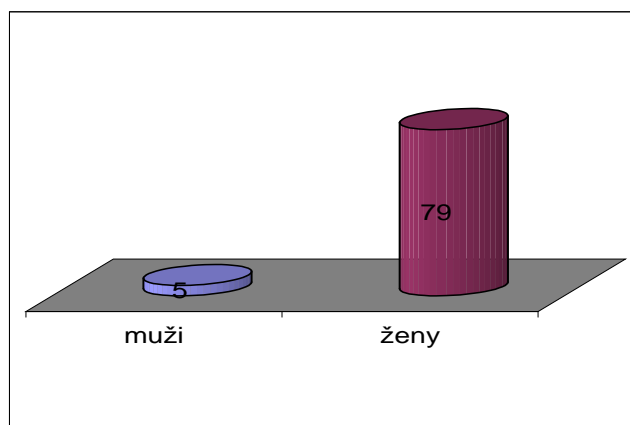


Zdroj: Vlastní výzkum

Že se senioři 3 měsíce po přijetí do domova pro seniory cítili špatně – tzn. byli smutní, mrzutí, plačtiví, se domnívá 23 (41,1 %) blízkých, 20 (35,7 %) si myslí, že se senioři cítili dobře – poznali nové známé, nebyli osamělí a 13 (23,2 %) rodinných příslušníků odpovědělo, že se senioři cítili stále stejně.

4.3. Výsledky dotazníků pro ošetřující personál

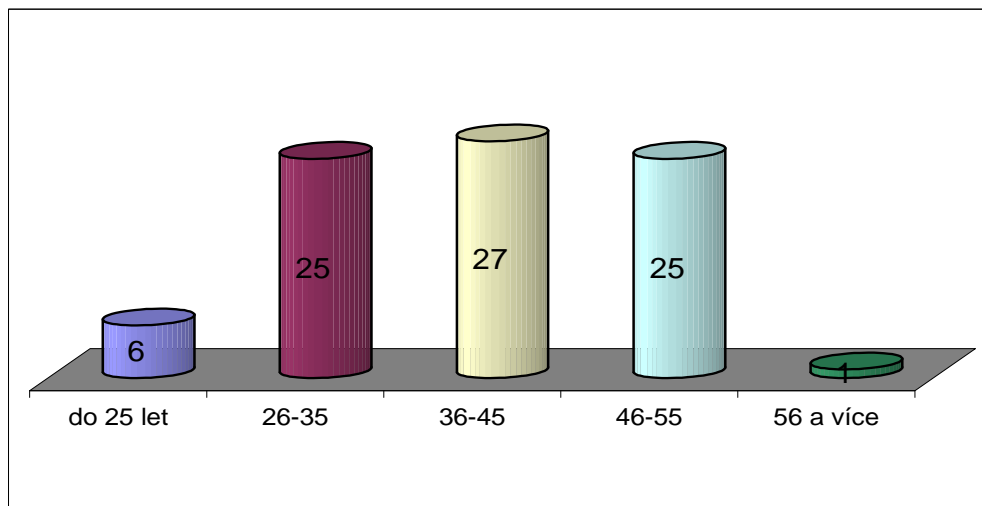
Graf č. 31 Složení respondentů – ošetřujícího personálu dle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenty ošetřující personál tvořilo 79 (94,0 %) a 5 (6,0 %) mužů.

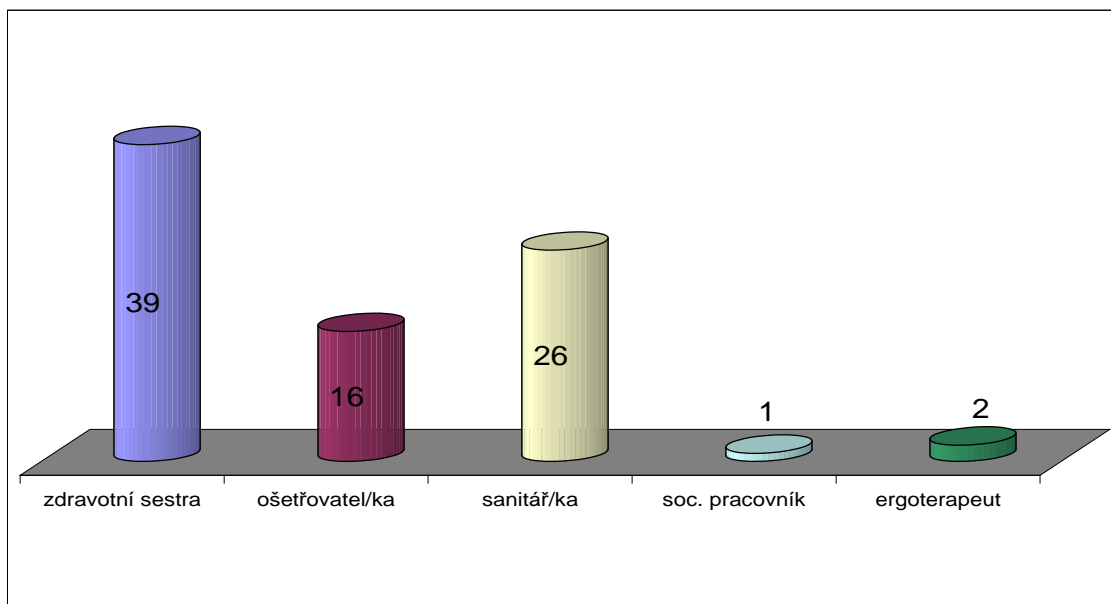
Graf č. 32 Složení respondentů – ošetřujícího personálu dle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

Z řad ošetřujícího personálu bylo 27 (32,1 %) ve věku 36 – 45 let, 25 (29,8 %) lidí ve věku 26 – 35 let a stejný počet v rozmezí 46 – 55 let, 6 (7,1 %) bylo mladší 25 let a 1 (1,2 %) starší 56 let.

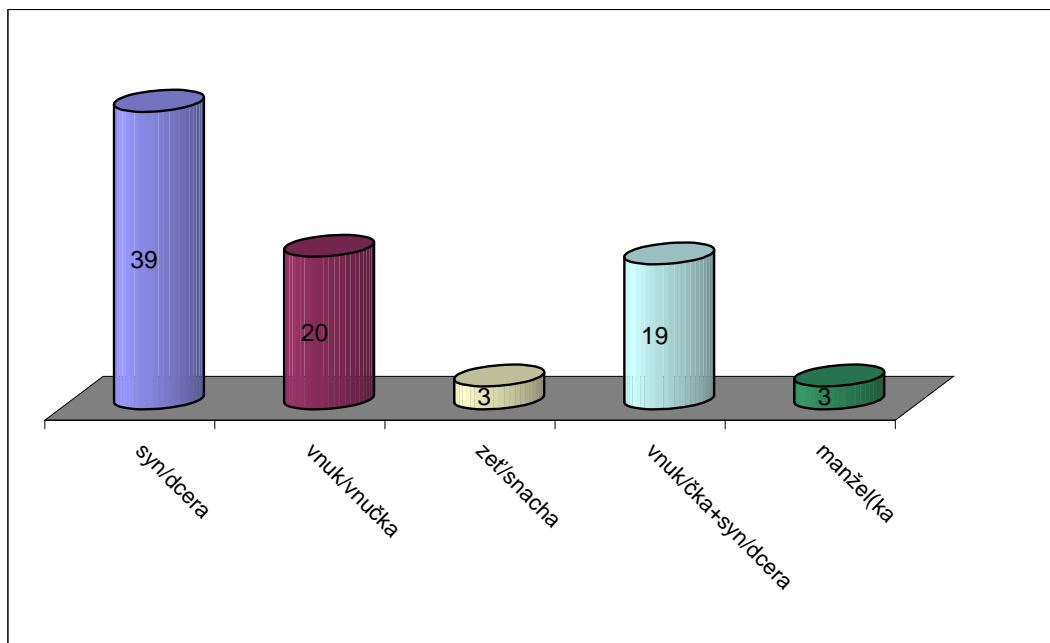
Graf č. 33 Složení respondentů – ošetřujícího personálu dle pracovního zařazení



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenty – ošetřující personál tvořilo 39 (46,4 %) zdravotních sester, 26 (31,0 %) sanitářek či pracovníků/pracovnic přímé obslužné péče, 16 (19,0 %) ošetřovatelek, 2 (2,4 %) byli ergoterapeuté a 1 (1,2 %) respondent byl sociální pracovník.

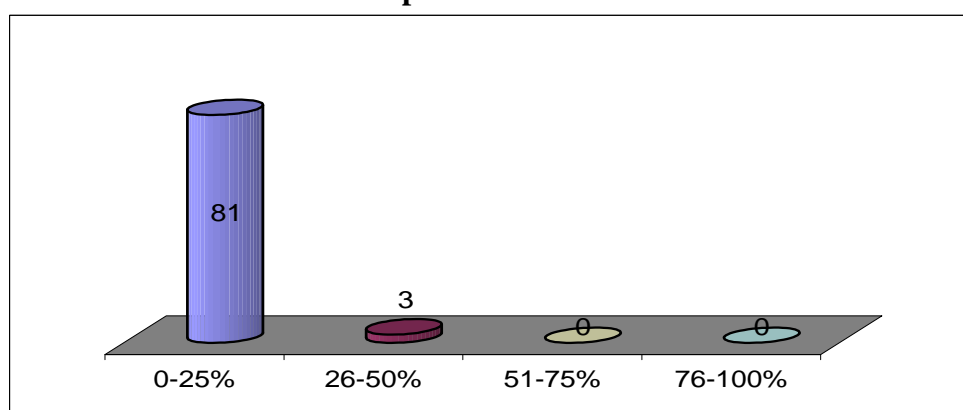
Graf č. 34 Kdo nejčastěji navštěvuje seniory dle ošetřujícího personálu



Zdroj: Vlastní výzkum

Podle ošetřujícího personálu navštěvuje seniory 39 (46,4 %) dcer/synů, 20 (23,8 %) vnuků/vnuček, 19 (22,6 %) vnuků/ vnuček a synů/dcer, 3 (3,6 %) manželé/manželky a 3 (3,6 %) zeťové/snachy.

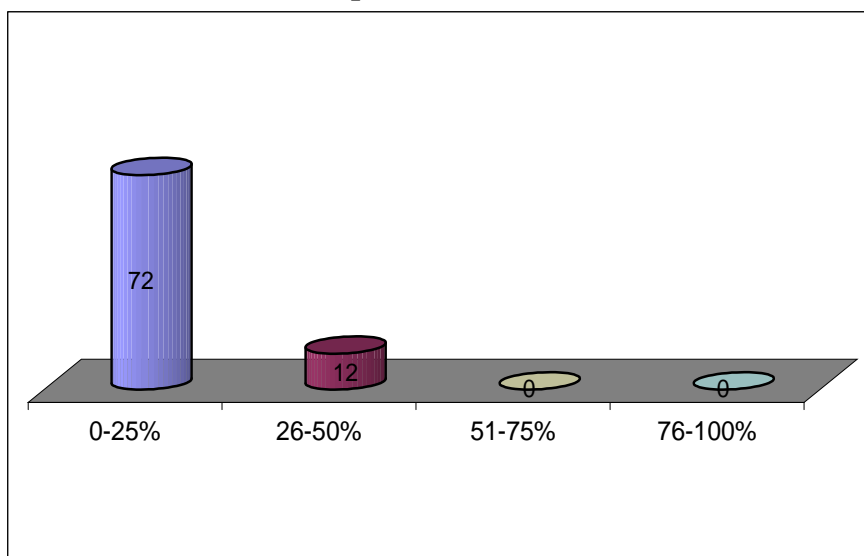
Graf č. 35 Kolik blízkých si odváží seniory na víkendy domů dle ošetřujícího personálu



Zdroj: Vlastní výzkum

Podle 81 (96,4 %) ošetřujícího personálu si na víkendy odváží seniory 0 – 25 % blízkých, 3 (3,6 %) uvedlo 26 – 50 % blízkých. Nikdo z ošetřujícího personálu neuvedl více jak 50 % blízkých.

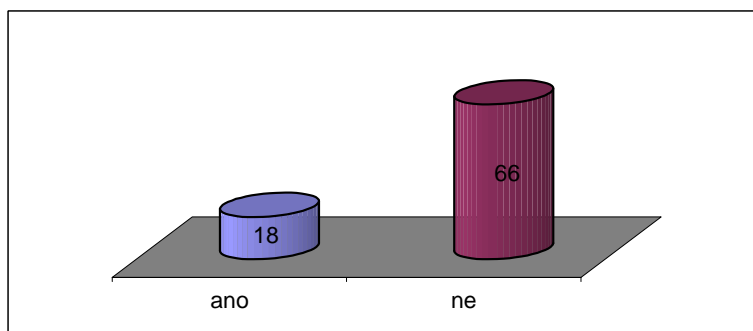
Graf č. 36 Kolik % blízkých si odváží seniory na svátky domů dle ošetřujícího personálu



Zdroj: Vlastní výzkum

Na svátky si seniory dle 72 (85,7 %) ošetřujícího personálu odváží domů pouze 0 – 25 % blízkých, 12 (14,3 %) respondentů z řad ošetřujícího personálu uvedlo 26 – 50 % blízkých. Nikdo z ošetřujícího personálu neuvedl více jak 50 % blízkých.

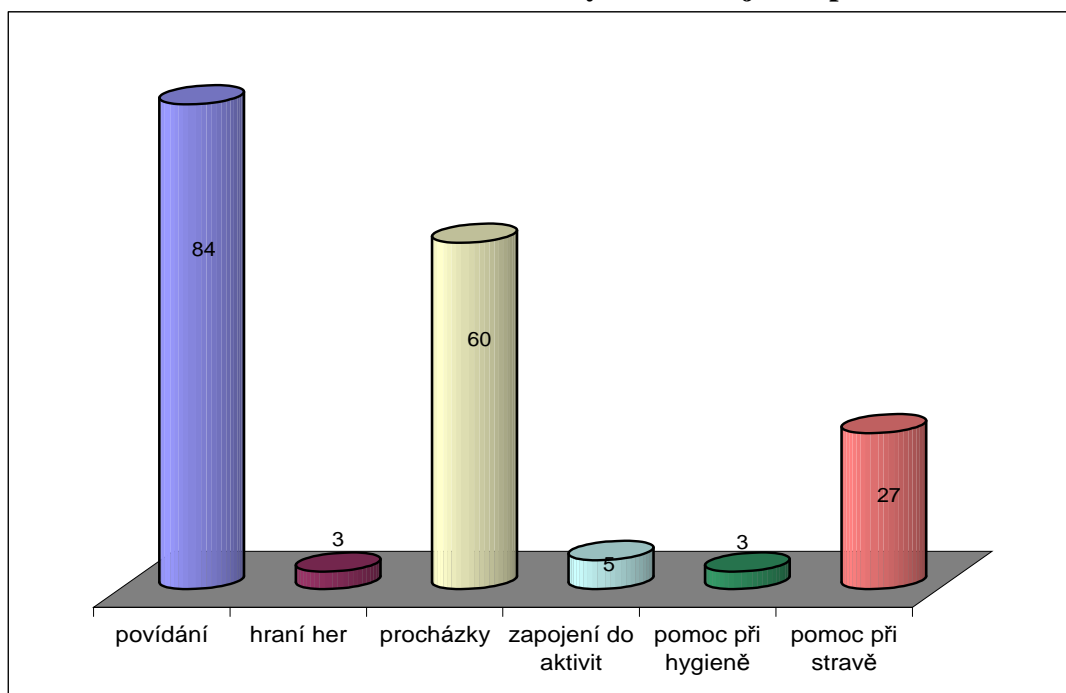
Graf č. 37 Zda se rodina podílí na péči o klienta seniora dle ošetřujícího personálu



Zdroj: Vlastní výzkum

Že se blízcí nezapojují do péče o seniory, uvedlo 66 (78,6 %) ošetřujícího personálu, 12 respondentů odpovědělo, že mají rodinní příslušníci nedostatek času, 12 se domnívá, že blízcí nemají zájem a 42 uvedlo, že důvodem je, že personál vše zajistí. Pouze 18 (21,4 %) odpovědělo, že se blízcí zapojují do péče. V 8 případech pomáhají při stravě, ve 2 se procházejí a ve 2 pomáhají při hygieně. 4 uvedli jako podíl na péči doplatky na léky a 2 psychickou podporu a přítomnost blízkých.

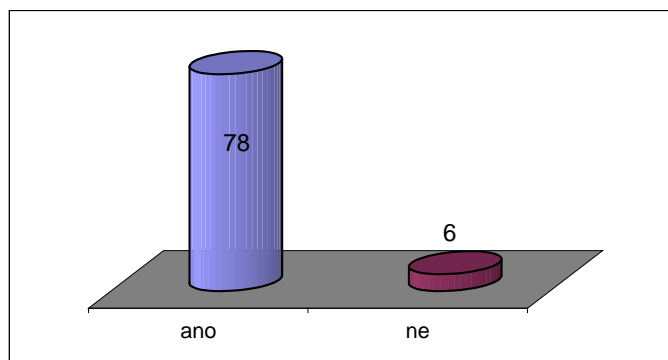
Graf č. 38 Činnosti během návštěvy dle ošetřujícího personálu



Zdroj: Vlastní výzkum

Každý respondent - 84 (100 %) ošetřujícího personálu - odpověděl, že si blízcí během návštěvy se seniory povídají, 60 (71,4 %) uvedlo procházky, 27 (32,1 %) pomoc při stravě, 5 (6,0 %) zapojení se seniorem do aktivit, 3 (3,6 %) hraní her a taktéž 3 (3,6 %) pomoc při hygieně.

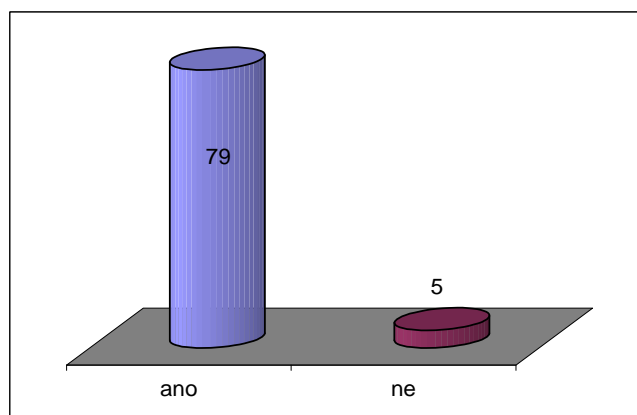
Graf č. 39 Zda blízcí nosí seniorům tekutiny dle ošetřujícího personálu



Zdroj: Vlastní výzkum

Blízcí nosí seniorům tekutiny podle 78 (92,9 %) ošetřujícího personálu, 53 respondentů uvedlo minerální vody, 13 džusy, 5 minerální vody a džusy, 7 alkohol – víno, pivo, slivovice. Že blízcí seniorům tekutiny nenosí odpovědělo 6 (7,1 %) respondentů.

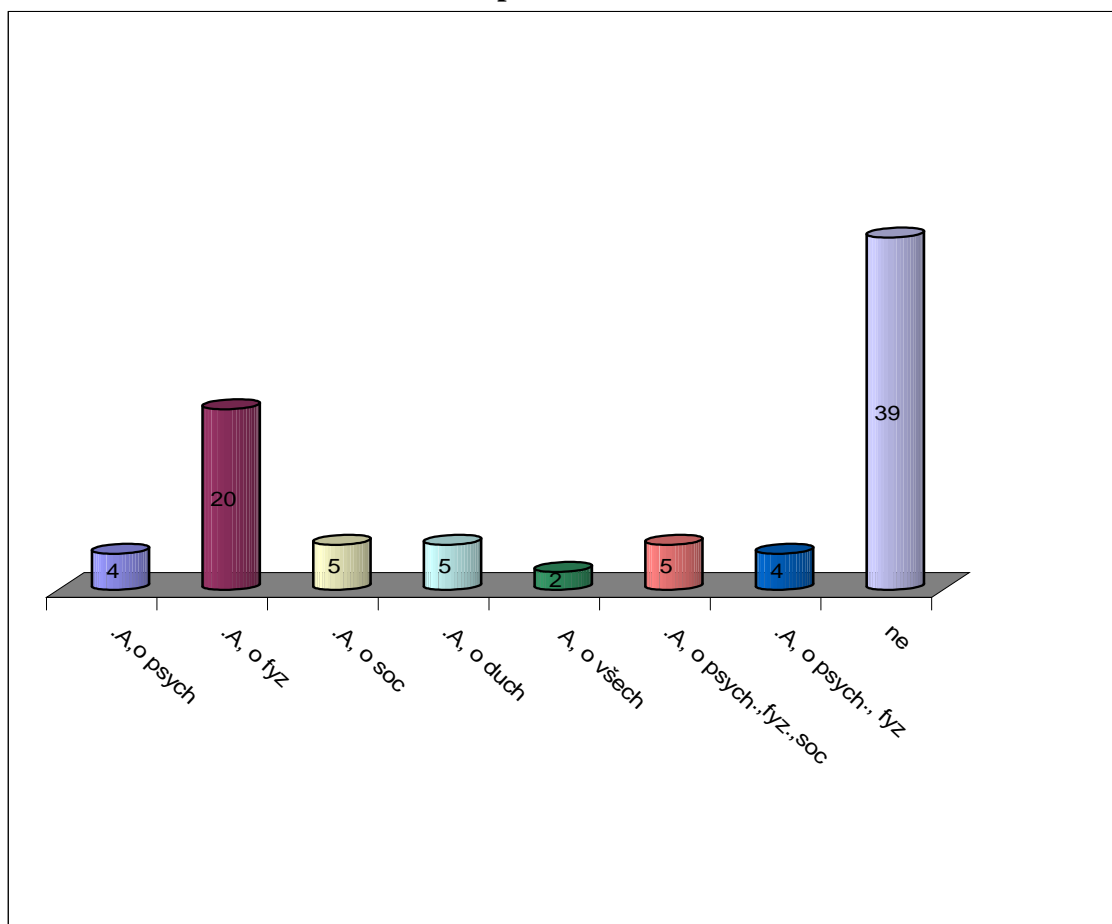
Graf č. 40 Zda blízcí nosí seniorům potraviny dle ošetřujícího personálu



Zdroj: Vlastní výzkum

Že blízcí nosí seniorům potraviny, se domnívá (94,0 %) ošetřujícího personálu, 40 respondentů uvedlo sladkosti, 11 ovoce, 9 jogurty, 7 uzeniny, 6 sladkosti a ovoce, 6 sladkosti a jogurty. Pouze 5 (6,0 %) odpovědělo, že blízcí seniorům potraviny nenosí.

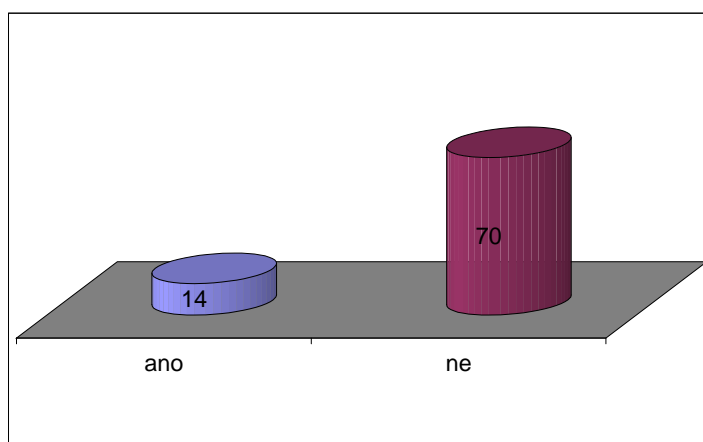
Graf č. 41 Zda se blízcí informují o aktuálních potřebách seniorů dle ošetřujícího personálu



Zdroj: Vlastní výzkum

Méně než polovina respondentů - 39 (46,4 %) ošetřujícího personálu - odpovědělo, že se blízcí neinformují o aktuálních potřebách seniorů. Naopak 45 (53,6 %) uvedlo, že se blízcí informují - dle 20 respondentů se blízcí informují o fyzických potřebách, 5 respondentů se domnívá, že se blízcí informují o sociálních potřebách, 5 o duchovních, 5 o fyzických + psychických + sociálních, 4 o psychických, 4 o fyzických a psychických a 2 o všech potřebách, tzn. fyzických + psychických + sociálních + duchovních.

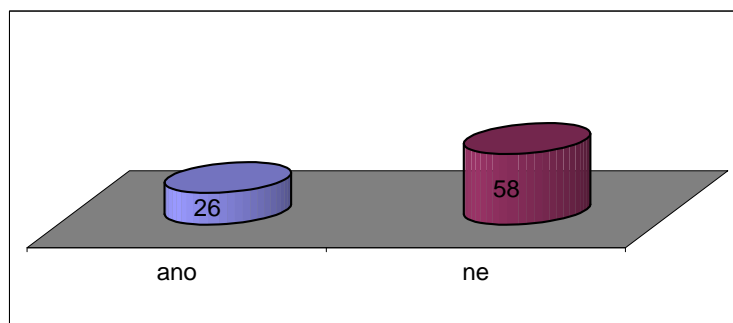
Graf č. 42 Zda se změnil vztah seniora k blízkým po jednom roce po přijetí



Zdroj: Vlastní výzkum

Že se vztah seniorů k blízkým po roce přijetí seniora do domova pro seniory nezměnil, odpovědělo 70 (83,3 %) ošetřujícího personálu. Změnu ve vztahu uvedlo 14 (16,6 %) respondentů, z toho 10 uvedlo jako důvod změny menší kontakt seniora s blízkými, 4 vliv nemoci.

Graf č. 43 Zda se změnil vztah blízkých k senioru po 1 roce po přijetí



Zdroj: Vlastní výzkum

Že se vztah blízkých k senioru po 1 roce přijetí nezměnil, odpovědělo 58 (69,0 %) ošetřujícího personálu. Změnu ve vztahu uvedlo 26 (31,0 %) respondentů, z toho 18 uvedlo méně návštěv a 7 klesající zájem. 1 respondent odpověděl, že si blízcí seniorů víc váží.

5. Diskuse

Rodinu lze charakterizovat jako společenství různých generací v systému rodič - dítě. V současné době dostávají mezigenerační vztahy v rodině jinou hodnotu, vytrácí se pocit zodpovědnosti dětí ke starší generaci, zodpovědnost postrádá automatickou samozřejmost a je spíše pokládána za „nadstandard“ vztahů. Na péči o seniora se má podílet jednak rodina, jednak stát, ideální je situace, kdy dochází k dělení odpovědnosti, rodina se dokáže postarat a stát vytváří podmínky. (19)

Z výzkumu vyplývá, že seniory nejčastěji navštěvují synové a dcery, poté vnuci a vnučky, zeťové a snachy, synovci a neteře a manželé. Myslím si, že je to proto, že děti mají ke svým rodičům nejbližší vztah a nejvíce přebírají na sebe odpovědnost za péči o ně.

Svátky patří mezi období, které rodina trávila vždy společně. Domnívám se, že i v tom případě, kdy je senior v zařízení, jsou pobyt v domácím prostředí a pocíťovaná blízkost rodiny pro seniora velmi důležité. Seniors si odváží na svátky či víkendy domů pouze 38,7 % rodinných příslušníků (graf č. 6 a 21). Překvapující bylo, že 9 seniorů (18,0 %) uvedlo, že si je rodinní příslušníci chtějí odvážet na svátky či víkendy domů, ale oni si to sami nepřejí. Jsou v zařízení zvyklí a nechtějí narušit svůj denní rytmus a ani zasahovat do běhu života rodiny. Oproti tomu více než 80 % ošetřujícího personálu uvedlo, že seniory si odváží na víkendy či svátky jen 0 – 25 % blízkých (graf č. 35 a 36). Zde vznikl menší rozdíl v odpovědích blízkých a ošetřujícího personálu. Dle mého názoru je hlavním důvodem to, že jsem podchytila pouze tu skupinu respondentů rodinných příslušníků, kteří mají o seniora zájem. Ošetřující personál zahrnul i ty rodinné příslušníky, kteří o seniora v zařízení zájem nemají a tím ho ani nenavštěvují, nepodílí se na péči apod.

Pokud je senior umístěný v domově pro seniory, je důležité, aby role blízkých jako pečovatele zůstala zachována, i když ve zmenšené míře. Instrukce nemá zbavit rodinu odpovědnosti za péči o příbuzného. To znamená, že návštěvy rodinných příslušníků nemají být pouze formální – bez náplně, ale musí plnit nějaký účel, mít nějakou funkci. (18) Rodina se může podílet na úpravě prostředí seniora, může ale být nápomocná i při plnění základních potřeb seniora – př. pomoc při stravě apod. Je však

také třeba zdůraznit, že i rodinní příslušníci potřebují pomoc ze strany zaměstnanců zařízení. (23)

Z výzkumu vyplynulo, že senioři, ani rodinní příslušníci přesně neví, co pojem péče znamená a jakým způsobem a do jaké míry se mohou podílet na péči o seniora v zařízení. Pro seniory i blízké byly položeny 2 otázky – 1. zda se blízcí mohou podílet na péči a 2. jaké činnosti blízcí během návštěvy se seniorem provádí. Pouze 24% seniorů a 46,4 % rodinných příslušníků odpovědělo, že se blízcí mohou podílet na péči o klienty v domově pro seniory. Pokud byly vyjmenovány jednotlivé činnosti, každý z respondentů označil alespoň jednu z možností. Domnívám se tedy, že je třeba klást větší důraz na informovanost rodinných příslušníků, jakým způsobem a do jaké míry se mohou podílet na péči vzhledem k individuálním potřebám seniorů.

Z výzkumu vyplývá, že senioři i blízcí pokládají za podíl na péči společné procházky a psychickou podporu, kterou jim blízcí poskytují už jen svou přítomností. Rodinní příslušníci navíc ještě uvedli pomoc při stravě a hygieně (holení), senioři považují za podíl na péči i spolufinancování léků.

Ošetřující personál uvedl, že v daném zařízení se na péči o seniory podílí jen 18 (21,4 %) rodinných příslušníků (graf č. 37). Nejčastěji blízcí pomáhají při stravě, doplácí seniorům na léky, prochází se s nimi, pomáhají s hygienou a poskytují psychickou podporu. Že se blízcí nepodílí na péči, odpovědělo 66 (78,6 %) ošetřujícího personálu, a to především z důvodu, že vše zajistí personál. Dalšími důvody byly nedostatek času a nezáměr rodiny. Opět vznikl rozdíl v odpovědích, co se týče podílu na péči mezi rodinnými příslušníky a ošetřujícím personálem. Dle mého názoru je důvodem znovu to, že mezi respondenty rodinnými příslušníky byli jen ti, kteří se o seniora zajímají a podílí se na péči v zařízení a ošetřující personál zahrnul i ty blízké, kteří zájem nemají a na péči se tak nepodílí.

Aby rodina chtěla, mohla a uměla se podílet na péči o seniora, je nutné aby se i sama snažila informace o aktuálních potřebách aktivně získat a nečekala jen, až ji tyto informace sdělí ošetřující personál. Potřeba je pak charakterizována jako projev nějakého nedostatku, který pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu. (31)

Ve výzkumu uvedlo 53,6 % respondentů – ošetřujícího personálu, že se rodinní příslušníci informují o aktuálních potřebách seniora informuje (graf č. 41). Nejvíce se blízcí ptají na fyzické potřeby, dále na sociální, duchovní a psychické či na více z nich.

Jak již bylo uvedeno, do pozadí se dostává potřeba hydratace. Senioři mají snížený pocit žízně a tudíž je nutné u nich dbát na dostatečný příjem tekutin – minimálně 1,5 – 2 litry tekutin denně. Tekutiny by měly být různého charakteru – ovocné čaje, ovocné šťávy, minerální vody apod. **(31)**

Z výzkumu vyplynulo, že 88,4 % blízkých nosí seniorům do zařízení tekutiny (graf č. 9, 24, 39). Nejvíce se jedná o minerální vody, džusy, v menší míře nosí rodinní příslušníci i alkohol – pivo, víno.

U starších lidí se mění stravovací návyky. Příčiny mohou být různé, př. zpomalení fyzické aktivity a metabolismu, další biologické faktory (problémy s chrupem), ekonomické faktory. **(31)** V domovech pro seniory by měla být zajištěna plnohodnotná a pestrá strava, ne však každý senior sní vše a ne každému vyhovují stravovací zvyklosti v daném zařízení.

Výsledky výzkumu ukazují, že seniorům nosí potraviny 89,5 % blízkých (graf č. 10, 25, 40). Většinou se jedná o sladkosti, které vzhledem k dietnímu režimu některých seniorů nejsou vhodné. Proto by dle mého názoru měli být rodinní příslušníci i sami senioři více edukováni o potravinách, které jsou pro seniora vhodné vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. K dalším potravinám, které blízcí nosí seniorům do zařízení, patří ovoce, jogurty a uzeniny.

Ke splnění prvního cíle a potvrzení či vyvrácení hypotézy byly položeny otázky č. 7, 8, 9, 10 při rozhovoru se seniory a také v obou typech dotazníků. Myslím si, že cíl, zda se rodinní příslušníci podílejí na péči o seniory, byl splněn. Hypotéza „Rodinní příslušníci se podílejí na péči o své blízké v domově pro seniory“ byla potvrzena. Blízcí se podílejí na péči především v plnění fyzických potřeb - se seniorem se prochází, pomáhají při stravování a hygieně, ke zlepšení hydratace a výživy nosí různé druhy tekutiny a potraviny, připláčí na léky. Každý blízký si se seniorem při každé návštěvě povídá. Myslím si, že rozhovorem blízcí poskytují senioru psychickou podporu, ale také správně vedený rozhovor může vést k procvičení paměti a pozornosti. Dle mého názoru

je však tato forma psychické aktivizace nedostačující, chybí ostatní techniky pro zlepšení psychické kondice, př. cvičení na trénink paměti, různé hry.

Rodina poskytuje bezpečí a ochranu v každém věku. Role prarodičů je velmi významná, v soužití ve vícegenerační rodině, pomáhají řešit obtížné situace v rodině, rodičům pomáhají např. i v péči o dítě. Rodina naopak zprostředkovává nepohyblivému nesoběstačnému člověku kontakt s okolním světem a brání tím sociální izolaci seniora. (37) Vztahy v rodině by měly být zachovány, i pokud je senior umístěn v domově pro seniory.

Ke splnění druhého cíle – zda a jak se změnil vztah seniorů po umístění do domova pro seniory k rodinným příslušníkům - byly položeny jak v rozhovoru se seniory, tak v obou typech dotazníků, otázky č. 11 a 12. Myslím si, že tento cíl byl splněn.

Výsledky výzkumu poukázaly na to, že se vztahy rodinných příslušníků a seniorů před a po přijetí do zařízení nezměnily. Pouze 6 % seniorů (graf č. 12, 13) a 7,1 % rodinných příslušníků (graf č. 26, 27) uvedlo zlepšení vztahů. Rozdíl vznikl u ošetřujícího personálu, 14,6 % respondentů (graf č. 42) se domnívá, že se změnil vztah seniorů k blízkým, a to v důsledku sníženého kontaktu seniora s rodinnými příslušníky a v důsledku vlivu nemoci. Naproti tomu 31,0 % respondentů (graf č. 43) uvedlo změnu ve vztahu rodinných příslušníků vůči seniorům, ke změnám patří méně návštěv seniora v zařízení, klesající zájem blízkých o seniora, ale také to, že si blízcí seniora více váží. Myslím si, že je to proto, že ošetřující personál pracuje i se seniory, kteří nejsou zcela soběstační a iniciativu ve vztahu a odpovědnost tak musí převzít rodinní příslušníci, kteří nejsou vždy schopni či ochotni a spoléhají na pomoc profesionálních pečovatелů.

Očekávala jsem, že se vztahy po přijetí do domova pro seniory se spíše zhorší, to však uvedl pouze ošetřující personál. Opět se domnívám, že důvodem je podchycení té skupiny respondentů, kteří se o seniora v zařízení aktivně zajímají, nepodchytila jsem skupinu respondentů, která nemá o seniora zájem. Naopak ošetřující personál zahrnul i ty osoby, kteří o seniora zájem nemají.

K hlavním příčinám umístění seniora do domova pro seniory patří špatný zdravotní stav a ztráta soběstačnosti v domácím prostředí, jindy také zájem jiných osob, převážně rodinných příslušníků. **(13)** Velké riziko také představuje osamocení seniorů, které často může vést až k sociální izolaci člověka. Důsledkem pak může být frustrace, ztráta sebeúcty, agrese až autoagrese. **(12)** K tomu, aby rodina zajistila péči o seniora v domácím prostředí, jsou nejen nutné určité předpoklady rodiny, ale také podpora rodiny ze strany státu. **(37)**

Z výsledků výzkumu je zřetelné, že mezi důvody přijetí seniora do zařízení patří snížená soběstačnost, osamocení seniora, nemožnost rodiny pečovat o seniora, snížená soběstačnost společně s osamocením, neshody, ale také to, že s rodina o seniora starat nechce (graf č. 13 a 28). Tyto výsledky souhlasí s výše popsány důvody uvedenými v odborné literatuře.

Přijetí do zařízení znamená pro seniora velký zásah do života, který působí jako stresor. Adaptace je ztížena, probíhá delší dobu a bývá mnohdy negativně pocíťována. V první fázi adaptace byla prokázána i zvýšená úmrtnost. **(13)** Délka adaptace bývá obecně stanovena na 3 měsíce. **(1)**

Po přijetí do zařízení se 42 % seniorů cítilo špatně, to znamená, že přijetí vnímali negativně, byli plačtiví, smutní, sklíčení (graf č. 14). Naproti tomu 41,1 % blízkých se domnívá, že se senioři cítili dobře (graf č. 30). Zde vznikl rozdíl mezi respondenty seniory a rodinnými příslušníky. Domnívám se, že příčinou je, že rodinní příslušníci často neví, jaký význam má pro seniora přijetí do zařízení a také se nedokáží zcela vcítit do této pro seniora velmi náročné situace.

Nejen senioři mohou negativně pocíťovat přijetí do zařízení, ale také pro rodinu může odchod seniora do domova pro seniory znamenat zátěž. Rodina může mít pocit viny, čím je tento pocit intenzivnější, tím se více rodina snaží zbavit výčitek svědomí přenášením odpovědnosti na druhé. Ne však vždy si děti připouštějí výčitky svědomí vůči starým rodičům **(23)**.

Více než polovina – 64 % seniorů (graf č. 15) si myslí, že se jejich blízcí cítili při umístění seniora do zařízení špatně, ale jinak to „prostě nešlo“. Naopak pouze 12,5 % blízkých uvedlo, že se cítilo špatně a mělo pocit viny (graf č. 29). Dle mého

názoru je důvodem to, že rodinní příslušníci často poukazují na to, že se nemohou o seniory starat a že v zařízení bude o rodiče či prarodiče lépe postaráno, a tím své jednání i do určité míry omlouvají. Senioři pak tento názor přejímají a blízkých se zastávají, že nic jiného „dělat nešlo“.

Očekávala jsem, že v jednotlivých zařízeních budou rozdíly dle toho, kde se domov pro seniory nachází a kdo je jeho zřizovatelem. Tyto rozdíly však nebyly patrné. Domnívám se, že důvodem je, že do zařízení bývají přijímáni klienti ze všech oblastí Čech a senior si vzhledem k dlouhým čekacím dobám nemůže vybírat. V jednom zařízení jsou pak klienti jak z města, tak z vesnice, věřící, nevěřící atd.

V roce 2004 jsem uskutečnila obdobný výzkum na téma: „Rodina a hospitalizovaný geriatrický pacient“. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak rodina spolupracuje při péči o hospitalizovaného geriatrického pacienta, jak je rodina informována o potřebách nemocného a do jaké míry rodina aktivizuje hospitalizovaného nemocného a pomáhá mu při plnění základních jeho potřeb. Výzkum byl realizován na odděleních následné péče v Thomayerově nemocnici a ve Vimperku. Mezi metody a techniky sběru dat patřily rozhovor s rodinnými příslušníky a pozorování. Byly položeny obdobné otázky – Jak často navštěvujete nemocného? Které potřeby můžete uspokojit během své návštěvy? Pomáháte při své návštěvě nemocnému při chůzi, vstávání z lůžka apod.? Pečujete o hygienu nemocného?

Výsledky tohoto výzkumu byly podobné. Respondenti znají základní potřeby nemocných a aktivně se o ně zajímají. Mezi nejčastější potřeby, které mohou u nemocných uspokojit, patří strava, tekutiny a pohyb. V pozadí zůstávají psychické potřeby.

Ze srovnání výsledků obou výzkumů vyplývá, že rodinní příslušníci se podílí na péči o seniora v ústavním zařízení, především v plnění fyzických potřeb – strava, hydratace, pohyb. Nutné je se však zaměřit na psychickou stránku seniora.

Dle mého názoru tím velký úkol spadá i na profesionální pečovatele, kteří by měli s rodinnými příslušníky více komunikovat a podat základní informace o možnostech podílu na péči, hlavně v psychické oblasti.

6. Závěr

Rodina představuje pro seniora velmi významnou roli, poskytuje starému člověku bezpečí a jistotu. Její role jako pečovatele by neměla končit ani po přijetí seniora do ústavní péče, nejčastěji do domova pro seniory.

Prvním cílem této práce bylo zjistit, zda se rodinní příslušníci podílí na péči o své blízké (osoby starší 65 let), kteří jsou umístěni v domově pro seniory. Druhým cílem bylo zjistit, zda a jak se změnil vztah seniorů po umístění do domova pro seniory k rodinným příslušníkům. Domnívám se, že oba cíle byly splněny.

Hypotéza: „Rodinní příslušníci se podílejí na péči o své blízké (osoby starší 65 let) umístěné v domově pro seniory“ byla potvrzena.

Blízcí se podílejí na péči především v plnění fyzických potřeb – pohyb, hydratace, hygiena. Ke zlepšení stavu výživy nosí také potraviny, které nejsou vzhledem k dietnímu režimu některých seniorů vždy vhodné. Doporučila bych tedy dostatečnou edukaci rodinných příslušníků o vhodnosti některých potravin, včetně vyžádání si zpětné vazby. Opomíjenou oblastí zůstává psychická aktivizace, poukázala bych ještě kromě rozhovoru i na jiné formy, př. hraní her, cvičení na trénink paměti.

Je potřebné zdůraznit, že k tomu, aby se rodinní příslušníci mohli podílet na péči o seniora, musí vědět jakým způsobem a do jaké míry. Proto je důležitá nejen spolupráce a komunikace mezi rodinou a ošetřujícím personálem, ale také vytvořené prostředí důvěry a dobrých mezilidských vztahů.

Bakalářská práce přispěla ke zmapování problematiky spolupráce rodinných příslušníků s profesionálními pečovateli v domovech pro seniory a poukázala na změny ve vztahu rodina a senior po umístění do zařízení. Výsledky byly porovnány s výsledky absolventské práce na téma „Rodina a hospitalizovaný geriatrický pacient“, ve které bylo cílem zjistit, jak se rodina podílí na péči o seniory umístěné na ONP, čímž byl podán širší pohled na tuto problematiku.

Bakalářská práce bude využita jako zpětná vazba do zařízení pro seniory (Dům klidného stáří u sv. Anny) v oblasti spolupráce rodinných příslušníků a ošetřujícího personálu.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BALEJOVÁ, M. Příklad do nového domova. *Sociální péče*. Brno: 2006, 1. číslo, 32. – 33. s. ISSN 1213-2330.
2. BAŠTECKÁ, B. ET AL. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
3. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost : příručka pro uživatele*. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2000. 374s. ISBN 80-246-0139-7.
4. FATRDALOVÁ, M. *Role seniorů v naší společnosti* [online]. [Cit. 2007-06-02]. Dostupné z: <www.noviny-mpsv.cz/clanek.php?id=1036>.
5. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.
6. HAŠKOVCOVÁ H. *České ošetrovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie* 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
8. HOLMEROVÁ, J. – JURAŠKOVÁ, B. – ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002.
9. HOLMEROVÁ, J. – ROKOSOVÁ, M. – VAŇKOVÁ, H. *Pohled na pacienta vyššího věku* [online]. [Cit. 2007-02-06]. Dostupné z : <www.medicina-pro-praxi.cz/pdfs/med/2006/04/07.pdf>.
10. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
11. KALVACH, Z. ET AL. *Úvod do gerontologie a geriatrie: Gerontologie obecná a aplikační*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
12. KALVACH, Z. – ONDERKOVÁ, A. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
13. KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. ET AL. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

14. KOVAL, Š. *Antropologický rozmer epidemiologie staroby*. 1. vydání. Košice: PonT, 2001. 178 s. ISBN 80-967611-3-7.
15. KOVAL, Š. *Tyranie starých ľudí*. 1. vydání. Košice: PonT, 2001. 148 s. ISBN 80-967611-2-9.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 320 s. ISBN 80-247-0179-0.
17. LANGMEIER, J. – KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vydání. Praha: Grada, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-159-x
18. MATOUŠEK, O. – KOLÁČKOVÁ, J. – KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-x.
19. MINIBERGEROVÁ, L. – DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
20. *Národní program přípravy na stárnutí* [online]. [Cit. 2007-02-04]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/clanek.php?fg=18id=1055>>.
21. NEUBAUEROVÁ, E. Problémy komunikace nemocných a starších. *Sociální péče*. Brno: 2006, 2. číslo, 26. – 27. s. ISSN 1213-2330.
22. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: Scientia Medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
23. PICHAUD, C. – THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 160 s. 80-7178-184-3.
24. RHEINVALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
25. *Stárnutí, vývoj* [online]. [Cit. 2007-08-02]. Dostupné z: <http://demografie.info/?cz_demstarnutivyoj>.
26. STUART – HAMILTON, J. *Psychologie stárnutí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN80-7013-363-5.

27. THOMASMA, D. C. – KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti: Etické problémy v lékařství*. 1. vydání. Praha: Mladá Fronta, 200. 392 s. ISBN 80-204-0833-5.
28. TOPINKOVÁ, E. - NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6
29. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus, průvodce stereotypy a mýty o stáří* [online]. [Cit. 2007-02-07]. Dostupné z :<http://aa.ecn.cy/img_upload>.
30. TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele* [online]. [Cit. 2007-02-07]. Dostupné z : <[http://www.pecujici.cz/prirucky online.shtml?x=141104](http://www.pecujici.cz/prirucky_online.shtml?x=141104)>.
31. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
32. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
33. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
34. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.
35. WEBER, P. ET AL. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 72 s. ISBN 80-7013-314-7.
36. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.
37. ZAVÁZALOVÁ, H. ET AL. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

8. Klíčová slova

Senior

Stáří

Soběstačnost

Ústavní péče o seniory

Rodina

9. Přílohy

Příloha 1 – Rozhovor se seniory

Příloha 2 – Dotazník pro blízké seniorů

Příloha 3 – Dotazník pro ošetřující personál

Příloha 1

Otázky při rozhovoru se seniory

1. Vaše pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2. Váš věk

- a) 65 – 70 let
- b) 71 – 75 let
- c) 76 – 80 let
- d) 81 – 85 let
- e) 86 let a více

3. Kdo Vás nejčastěji navštěvuje?

- a) Syn/dcera
- b) Vnuk/vnučka
- c) Pravnuk/pravnučka
- d) Snacha/zeť
- e) Jiné

4. Jak často Vás navštěvují Vaši blízcí?

- a) 1×týdně a více
- b) 1 ×za 14 dní
- c) 1×za měsíc
- d) Jiné –jak často

5. Jak dlouho trvá jedna návštěva?

- a) Méně než 1 hod
- b) 1 hod
- c) 2 hod
- d) Více než 2 hodiny
- e) Jiné – jak dlouho

6. Berou si Vás Vaši blízcí na víkendy nebo svátky (př. vánoční) domů?

- a) Ano
 - Jestliže ano:
 - A. Na svátky
 - B. Na víkendy
 - C. Na svátky i na víkendy
- b) Ne

7. Myslíte si, že se Vaši blízcí mohou podílet v domově pro seniory na péči o Vás?

- a) Ano
Jestliže ano, v čem?
- b) Ne
Jestliže ne, proč?

8. Během své návštěvy s Vámi Vaši blízcí dělají:

- a) Povídají – jak často
- b) Hrají hry – jak často
- c) Prochází se – jak často
- d) Zapojují se společně s Vámi do aktivit – jak často
- e) Pomáhají Vám při hygieně – jak často
- f) Pomáhají Vám při stravování – jak často
- g) Jiné – jak často

9. Nosí Vám Vaši blízcí tekutiny?

- a) Ano
Jestliže ano, o jaké tekutiny se jedná?
- b) Ne

10. Nosí Vám vaši blízcí potraviny?

- a) Ano
Jestliže ano, o jaké potraviny se jedná?
- b) Ne

11. Jaký byl Váš vztah k blízkému při přijetí do domova pro seniory?

- a) Výborný
- b) Velmi dobrý
- c) Dobrý
- d) Špatný
- e) Velmi špatný

12. Jaký je Váš vztah k blízkému nyní, t.j. po roce přijetí seniora do zařízení?

- a) Výborný
- b) Velmi dobrý
- c) Dobrý
- d) Špatný
- e) Velmi špatný

13. Jaký byl důvod Vašeho přijetí do domova pro seniory?

- a) Snížení mé soběstačnosti
- b) Osamocení
- c) Má rodina o mě nemohla pečovat
- d) Má rodina o mě nechtěla pečovat
- e) Nedostupnost ambulantních služeb
- f) Jiné

14. Jak jste se cítil 3 měsíce po přijetí do domova pro seniory?

15. Jak si myslíte, že Vaši blízcí prožívali Vaše přijetí do domova pro seniory?

Příloha 2

Dotazník pro blízké klientů v domovech pro seniory

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a píším bakalářskou práci na téma "Rodina a senior". Tímto Vás prosím o laskavé vyplnění dotazníku, který mi pomůže při zpracování mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro potřebu mé práce. Vaše odpovědi zakroužkujte, popř. vypište.

Děkuji Anna Špánková

1. Vaše pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2. Váš věk

- a) Do 25 let
- b) 26 – 35let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 - 55 let
- e) 56 let a více

3. Jaký je Váš vztah k blízkému umístěnému v domově pro seniory?

Syn/dcera

Vnuk/vnučka

Pravnuk/pravnučka

Snacha/zeť

Jiné.....

4. Jak často navštěvujete svého blízkého v domově pro seniory?

- a) 1×týdně
- b) 1 ×za 14 dní
- c) 1×za měsíc
- d) Jiné – jak často.....

5. Jak dlouho trvá jedna návštěva Vašeho blízkého?

- a) Méně než 1 hod
- b) 1 hod
- c) 2 hod
- d) Více než 2 hodiny
- e) Jiné – jak dlouho.....

6. Využíváte možnosti vzít svého blízkého na víkendy nebo svátky (př. vánoční) domů?

- a) Ano
Jestliže ano:
A. Na svátky
B. Na víkendy
C. Na svátky i na víkendy
- b) Ne

7. Můžete se podílet na péči o svého blízkého v domově pro seniory?

- a) Ano
Jestliže ano, v čem?.....
- b) Ne
Jestliže ne, proč?.....

8. Během své návštěvy svého blízkého v domově pro seniory s ním děláte:

- a) Povídáte si – jak často.....
- b) Hrajete hry – jak často
- c) Procházíte se – jak často.....
- d) Zapojujete se společně do aktivit – jak často.....
- e) Pomáháte při hygieně – jak často.....
- f) Pomáháte při stravování – jak často.....
- g) Jiné..... - jak často.....

9. Nosíte svému blízkému tekutiny?

- a) Ano
Jestliže ano, o jaké tekutiny se jedná?.....
- b) Ne

10. Nosíte svému blízkému potraviny?

- a) Ano
Jestliže ano, o jaké potraviny se jedná?.....
- b) Ne

11. Jaký byl Váš vztah k blízkému při přijetí do domova pro seniory?

- a) Výborný
b) Velmi dobrý
c) Dobrý
d) Špatný
e) Velmi špatný

12. Jaký je Váš vztah k blízkému nyní, t. j. po roce přijetí seniora do zařízení?

- a) Výborný
- b) Velmi dobrý
- c) Dobrý
- d) Špatný
- e) Velmi špatný

13. Jaký byl důvod přijetí Vašeho blízkého do domova pro seniory?

- a) Snížení soběstačnosti seniora
- b) Osamocení
- c) Nemožnost péče o seniora ze strany rodiny
- d) Nedostupnost ambulantních služeb
- e) Jiné.....

14. Co pro Vás znamenalo přijetí Vašeho blízkého do domova pro seniory?

15. Jak si myslíte, že se Váš blízký senior cítil 3 měsíce po umístění do domova pro seniory?

Příloha 3

Dotazník pro ošetřující personál v domovech pro seniory

Dobrý den,
jsem studentkou 3. ročníku Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a píšu bakalářskou práci na téma “*Rodina a senior*“. Tímto Vás prosím o laskavé vyplnění dotazníku, který mi pomůže při zpracování mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro potřebu mé práce. Vaše odpovědi zakroužkujte, popř. vypište.

Děkuji Anna Špánková

1. Vaše pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2. Váš věk:

- a) Do 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 56 let a více

3. Vaše pracovní zařazení:

- a) Zdravotní sestra
- b) Ošetřovatel/ka
- c) Pracovník přímé obslužné péče, sanitář/ka
- d) Sociální pracovník
- e) Jiné

4. Kdo podle Vašeho názoru nejčastěji navštěvuje své blízké v domově pro seniory?

- a) Synové/dcery
- b) Vnuci/vnučky
- c) Pravnuci/pravnučky
- d) Zeťové/snachy
- e) Jiné.....

- 5. Kolik procent blízkých klientů domova pro seniory dle Vašeho názoru využívá možnosti vzít seniora na víkendy domů?**
- a) 0-25%
 - b) 26-50%
 - c) 51-75%
 - d) 76-100%
- 6. Kolik procent blízkých klientů domova pro seniory dle Vašeho názoru využívá možnosti vzít seniora na svátky (př. vánoční) domů?**
- a) 0-25%
 - b) 26-50%
 - c) 51-75%
 - d) 76-100%
- 7. Zapojují se blízcí seniorů ve Vašem zařízení na péči o klienta seniora?**
- a) Ano
Jestliže ano, v čem?.....
 - b) Ne
Jestliže ne, proč?.....
- 8. Během své návštěvy blízcí se seniory dělají:**
- a) Povídají
 - b) Hrají hry
 - c) Prochází se
 - d) Zapojují se společně se seniorem do aktivit
 - e) Pomáhají senioru při hygieně
 - f) Pomáhají senioru při stravování
 - g) Jiné
- 9. Nosí blízcí seniorům v domově tekutiny?**
- a) Ano
Jestliže ano, o jaké tekutiny se jedná?.....
 - b) Ne
- 10. Nosí blízcí seniorům v domově potraviny?**
- a) Ano
Jestliže ano, o jaké potraviny se jedná?.....
 - d) Ne

11. Informují se u Vás blízcí seniorů o aktuálních potřebách seniora?

- a) Ano
Jestliže ano, o jakých:
 - A. Psychických
 - B. Fyzických
 - C. Sociálních
 - D. Duchovních
- b) Ne

12. Změnil se dle Vašeho názoru vztah seniorů k blízkým po 1 roce po přijetí do domova pro seniory?

- a) Ano
Jestliže ano, v čem?.....
- b) Ne

13. Změnil se dle Vašeho názoru vztah blízkých k seniorům v domově pro seniory po 1 roce po přijetí?

- a) Ano
Jestliže ano, v čem?.....
- b) Ne