



Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**ÚLOHA SESTRY PŘI PODPOŘE PÉČE  
O NEMOCNÉHO SENIORA  
V RODINĚ**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce:**

Doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.

**Autor práce:**

Lucie Mrázová

**2009**

## **Abstract:**

Old age is a natural part of our lives. Poetically, it is considered to be its autumn. Aging is a natural process and in nature it can be observed at every living creature. Everything is aging, and also we are becoming old. These days, longevity is an indicator of how much civilized each country is.

As a result of quality health care and the development of society, people are living to higher age. These days, men are on average expected to live up to 79 years, women up to 74 years – figures that would have been considered unthinkable in the past. Taking into account these figures, several questions arise: Are we adequately prepared? Do we have, today, a system of care for the elderly to assure a respectable life for us and our parents in future? In the most ideal world, it would be the family or a close relative who would look after the old, ill or the person with limited self-sufficiency. However, this is a very demanding claim on family environment in these nervous and fast-pacing days.

My bachelor thesis analyses the question of old age and all the problems it brings. I have attempted to look deeper into the role of a nurse in homecare. The practical part aims to map the role of a nurse in a home-based care and to determine her possibilities (on the basis of a questionnaire technique) in treating the elderly with health problems at home. Another partial goal of this thesis is to ascertain what needs do the ill elderly people have at home and in what ways can the nurse satisfy these needs, and to determine the physical and social strain it creates on the caregiver.

After analyzing the results, my conclusion is as follows: The role of a non-professional caregiver is very significant. Family has and will always have an irreplaceable place in the care for its dependant members. There is no way any medical organization can replace the role of a family in the care for its ill family members. Care, especially long-term care, can be both mentally and physically demanding and puts an enormous strain on the caregiver. Caregivers are threatened by the deterioration of family ties, loss of friends, limited social

contacts leading up to social isolation, they are prone to suffer from health problems and, in many cases, great exhaustion.

The solution is to make use of a home-based care: professional nursing care provided by professional nurses. The purpose of a home-based care is to leave the patient in his/her home environment as long as possible and, at the same time, to provide professional nursing care. This care is complementary to family care; the nurse is helping the caregiver - family member. Based on my analysis, it's a very gratifying fact that nurses working in this line of work provide it gladly and with loving care. The care for the elderly is based on the principle of gratefulness, love, on the principle of sharing mutual feelings and the joys of small improvements.

If we manage to increase the quality of life of caregivers with an adequate help, we will also enable the elderly or ill people to lead a contented and better quality life.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Úloha sestry při podpoře péče o nemocného seniora v rodině“ vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v přiložené bibliografii.

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.....

.....

Lucie Mrázová

---

### **Poděkování:**

Touto cestou bych ráda upřímně poděkovala všem, kdo mi s vypracováním mé bakalářské práce pomáhali poskytnutím informací, mnoha cenných rad nebo jen vyjádřením podpory.

Mé zvláštní poděkování patří doc. PhDr. Sylvě Bártlové, PhD. za odborné vedení bakalářské práce, za citlivý a trpělivý přístup, cenné rady vědeckého charakteru, připomínky a ochotu při zpracování.

Dále bych chtěla poděkovat také svému manželovi Honzíkovi, který mě provázel psáním práce a věnoval mi svůj drahocenný čas a trpělivost. Ráda bych vyjádřila dík i svým milovaným rodičům a sourozencům za všestrannou podporu během celého studia na vysoké škole....

.... DĚKUJI ☺

---

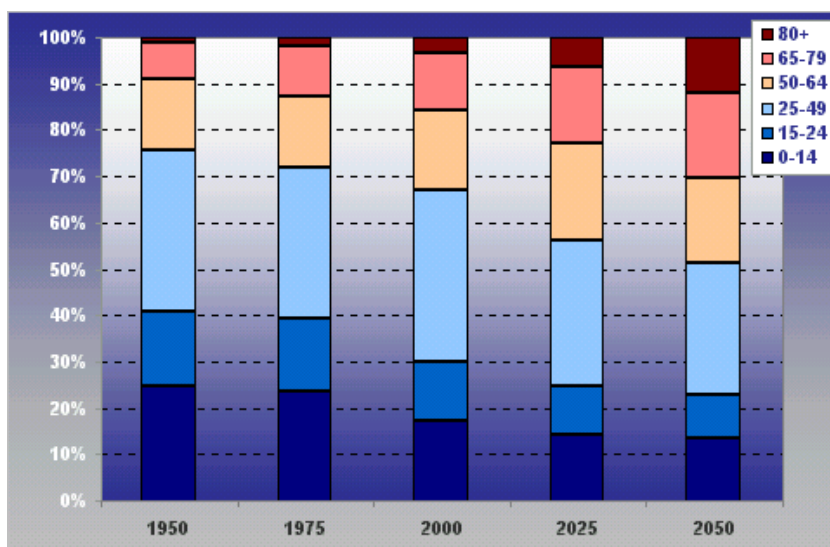
## **Obsah:**

Úvod.....	2
1. Současný stav	
1.1 Komunitní péče.....	5
1.2 Domácí péče.....	6
1.2.1 Domácí péče a historický pohled na ní.....	6
1.2.2 Poslání, cíle a principy domácí péče.....	9
1.2.3 Sestra domácí péče.....	15
1.2.4 Technické zázemí domácí péče.....	17
1.3 Stáří a jeho specifika.....	22
1.4 Vlastní sociální prostředí a rodina .....	28
1.5 Institucionální péče a služby seniorům.....	33
1.6 Současná strategie péče o nemocného seniora.....	37
2. Cíl práce a hypotézy.....	39
2.1 Cíl práce.....	39
2.2 Hypotézy.....	39
3. Metodika.....	40
3.1 Metody použité ve výzkumu + charakteristika souboru.....	40
4. Výsledky.....	42
4.1 Rozbor dotazníku pro sestry.....	42
4.2 Analýza testu zátěže pečovatelů.....	53
5. Diskuse.....	67
6. Závěr.....	74
7. Klíčová slova.....	76
8. Seznam tabulek a grafů.....	77
9. Seznam použité literatury a pramenů.....	79
10. Přílohy.....	89

## Úvod

Stáří je přirozenou fází lidského života. Poeticky vyjádřeno bývá jeho podzimem. Je to přirozený proces, který můžeme v přírodě pozorovat u všech živých organismů. Někdy bývá rychlejší, jindy zase pomalejší. Stárne všechno a stárneme všichni. Dlouhověkost je dnes ukazatelem civilizovanosti země. Zvyšující se životní úroveň, současná medicína a péče o vlastní zdraví jsou kreditem naší doby (52).

Díky kvalitní zdravotní péči a rozvoji společnosti se lidé dožívají stále vyššího věku. V populaci je v dnešní době průměrně dožitým věkem u žen 79 roků a u mužů 74 roků, což jsou čísla, která byla v minulosti nepředstavitelná. Dnes žije v ČR přibližně 1,5 milionů občanů starších 65 let, to je 15% celkové populace, a v roce 2050 se očekává, že tato skupina občanů vzroste až na 3 miliony občanů. To znamená, že budou občané nad 65 let tvořit přibližně 30% populace ČR - při předpokladu, že nedojde k žádnému velkému přílivu cizinců do ČR a počty nově narozených budou ve stejné úrovni jako dnes (60, viz tab. č. 1).



Zdroj:  
*UN World Population Prospects (2002 revision),  
Eurostat 2004 Demographic Projection (Baseline scenario)*



A z tohoto faktu vyplývá několik otázek - Jsme dostatečně připraveni? Máme dnes kvalitní systém péče o staré, který do budoucna zajistí důstojný život nás a našich rodičů? Odpověď na ně není vůbec jednoduchá. V minulosti se lidé zajišťovali na stáří v rámci rodiny. Nikoho nenapadlo, že by se měl se svými starostmi obracet na stát. Sociálně slabí pak často využívali pomoc charity či církevních zařízení. Teprve koncem 19. a počátkem 20. století se začíná více o seniory zajímat stát. Převzal na sebe nemalou část z rodinných funkcí. Rodiny se tak naučily spoléhat na jeho pomoc a senioři s úlevou osvobodili své děti ze závazků vůči nim. Teď si stát uvědomuje, že není schopen dnes ani do budoucna zajistit zázemí pro všechny staré lidi a není schopen zajistit kvalitní péči pro všechny. Již dnes jde na provoz zařízení pro seniory ročně ze státního rozpočtu kolem 20 miliard korun a částka je každým rokem považována za nedostatečnou. Zdá se, že jedinou možnou cestou je posilování oblasti služeb pro seniory, aby mohli zůstat v domácím prostředí co nejdéle, pokud to jejich zdravotní stav dovolí. Ideálním případem je stav, kdy se o starého, nemocného a nesoběstačného člověka stará rodina nebo někdo blízký. To je ale v dnešní vypjaté a uspěchané době pro rodinné prostředí velmi náročné. Senioři mají pocit, že jsou svým blízkým na obtíž a chtějí si uchovat svou nezávislost na pomoci svých dětí, ale na druhou stranu v tuto pomoc doufají (60).

A proto je tu domácí péče, což je moderní forma zdravotní a sociální služby. Úlohou sestry v domácí péči je poskytovat služby ošetrovatelské a zdravotní tak, aby byly doplňujícím faktorem péče rodinné. Jejím úkolem je zajistit pro klienta a jeho blízké takové podmínky, které odpovídají maximálním možnostem systému zdravotní i sociální péče v rozsahu, který se nejvíce přibližuje individuálnímu vnímání kvality života. Dále je to poskytování respitní péče, která má za cíl umožnit rodině a zejména osobě, která pečuje o nemocného seniora, odpočinout si a načerpat nové síly, zastoupit pečujícího v případě nemoci a pomoci nemocnému seniorovi realizovat jeho životní potřeby a přání, včetně využití volného času.

Okolí, tedy pacient a jeho rodina, očekává od sester vysokou profesionální úroveň a širokou paletu informací. Proto je nezbytně nutné, aby sestry v komplexní domácí péči byly na tuto práci dobře připravené (46).

Ve své bakalářské práci bych se proto chtěla zamyslet nad pojmem stáří a nad problémy, které s sebou stáří přináší. Od těchto znalostí se potom odvíjí ošetrovatelská práce s těmito klienty a role sestry v domácím ošetřování.

V teoretické části této práce se snažím o náhled do problematiky domácí péče, stárnutí a stáří. Při zpracování vycházím z literatury českých i zahraničních autorů, kteří se zabývají problematikou seniorů.

Cílem praktické části je zmapování práce sestry v domácí péči, zjistit její možnosti působení při ošetřování nemocných seniorů v rodině, kterou vyhodnocuji na základě šetření, formou dotazníkové techniky. Dalšími dílčími cíly práce jsou zjistit potřeby nemocných seniorů v rodině a jak může tyto potřeby sestra uspokojovat, zjistit psychickou a sociální zátěž pečovatелů.

*„Stáří nemá být koncem života,  
nýbrž jeho korunou.“*

*(André Repon)*

## **1. Současný stav**

### **1.1 Komunitní péče**

Filosofie komunitní péče vychází z přesvědčení, že jedním z poslání kultivovaného lidského společenství je pomoc lidem, kteří kvůli své nemoci, handicapu nebo závislosti nejsou schopni sami plně uspokojovat a naplňovat své běžné životní potřeby (biologické, psychické, sociální a spirituální), dalším z poslání je pomoc jim tento handicap vyrovnat a umožnit jim zůstat v přirozeném lidském společenství, kde prožijí kvalitní život srovnatelný se životem ostatní, zdravé populace. Tato filosofie přináší holistický a integrovaný přístup do péče o nemocné i o zdravé (2, 64).

Komunitní péče znamená poskytovat intervence a podporu na správné úrovni, ve správné podobě a ve správné chvíli, tak aby pacient dosáhl co největší úrovně nezávislosti, samostatnosti, soběstačnosti a kontroly nad svým životem. Jde tedy o spektrum služeb zdravotních, sociálních a dalších poskytovaných nemocným, rodinám nebo skupinám určité komunity. Tyto služby doplňují primární péči, která je svým posláním tím nejpřirozenějším prostředím, kolem kterého se systém komunitní péče může vytvářet (31, 64, 79).

Komunitní péči poskytuje multidisciplinární tým osob, který je tvořen komunitními zdravotnickými a sociálními pracovníky, fyzioterapeuty, psychology, rodinnými pečovateli, dobrovolníky z komunity, atd. Především ale rodina je základním kamenem spolupráce mezi nemocným a celým týmem komunitní péče (31).

Převážnou část primárních zdravotních intervencí v komunitní péči tvoří služby a aktivity ošetrovatelské péče. Sestra je tou, která je důležitá členka tohoto týmu, je tou, která zajišťuje komplexní péči na různých místech - od domácnosti přes školy až po závody. Její hlavní úlohou je úloha zprostředkovatelky zdravotní a ošetrovatelské

péče pro členy komunity. Další neméně důležité intervence vychází z rozmanitých činností, které sestra vykonává. Patří mezi ně edukace jedince a komunity, management, sběr dat a výzkum, koordinace péče mezi provozovateli, poskytování specifických intervencí ošetrovatelské péče a mnoho dalšího. Toto široké rozpětí činností a pracovního prostředí klade na komunitní sestru vysoké nároky na vzdělávání (22, 31, 49).

Komunitní práce má ve světě dlouhodobou historii. První zmínky se objevují už v raném středověku. Více z historie domácí péče bude v této práci uvedeno později.

## **1.2 Domácí péče**

### ***1.2.1 Domácí péče a historický pohled na ni***

Domácí péče je živý a stále se vyvíjející organismus, který se přizpůsobuje poznatkům vědy a výzkumu. Je jedním z nejrychleji se rozvíjejících oborů týkající se zdravotní a sociální péče. A v současné době, kdy se rodí čím dál méně dětí a přibývá tak starší populace se o něm začíná čím dál častěji přemýšlet, mluvit, psát,... začíná být hlavním sociálním tématem (46).

Dle WHO je domácí péče definována jako „*jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech*“ (68).

Dále můžeme o domácí péči říct, jak uvádí národní centrum domácí péče (1998, s. 13), že je to „*vysoce humánní, kvalitní, efektivní, ekonomická, maximálně dostupná integrovaná forma péče poskytovaná individuálně – klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí s podporou komunity, s respektem k lidským právům, při využití zbytkových kapacit klienta a začlenění rodinných příslušníků či blízkých do multidisciplinárního týmu agentury domácí péče – poskytujícího indikovanou kontinuální péči a vzájemnou aktivní pomoc*“ (14).

Domácí péče umožňuje zkrátit dobu hospitalizace a nepřerušit potřebný kontakt mezi pacientem a nemocnicí. Z pohledu pacienta znamená tato služba především jeho brzké navrácení do domácího prostředí a možnost pokračování v potřebné odborné ošetrovatelské péči v jeho domácnosti (39).

Nedílnou součástí domácí péče je domácí zdravotní péče - home care a sociální péče - home help, poskytovaná agenturami domácí péče na základě aktuální sociální diagnózy pacienta (14, 45).

Historie domácí péče se datuje už od pradávna. Dříve to byl přirozený způsob péče o člověka. Lidé v rodinách spolu prožívali chvíle starostí i radostí. V domácnostech se rodilo, marodilo, léčilo a umíralo za přítomnosti všech v rodině. Domácí péče tak vznikla naprosto přirozeně z potřeb populace a také proto, že dříve nebyla jiná možnost, neexistovaly nemocnice a ústavy, znalost medicíny byla minimální a chudí lidé si nemohli dovolit velký komfort. Člověk si musel poradit doma sám a rodina byla pro něj tou nejdůležitější (35).

První zmínky pomoci, ošetřování a léčení můžeme najít již v dobách založení Jeruzalémského království, kdy se někteří rytíři sdružovali do užších spolků a spojovali řeholní život s vojenským. Za cíl si stanovili ochranu křesťanských poutníků na cestě do Svaté země při ošetřování nemocných. Nejstarším z těchto řádů byly johanité, kteří vznikli v letech 1030 – 1040 n. l. po dobytí Jeruzaléma křesťany. Řád se v roce 1530 n. l. uchýlil na Maltu a tak jsou od té doby nazýváni maltézskými rytíři a dodnes se věnují zdravotní a sociální službě. Dalším rytířským řádem, jehož poslání spočívalo v ochraně poutníků a v péči o nemocné ve špitálech byli templáři (35).

Před obdobím raného křesťanství, v roce 1500 n. l., úlohu léčitele plnily hlavně ženy. O nemocné se staraly přímo v jejich domácnostech. Svou péči poskytovaly na základě vědomostí získaných od předchůdkyň a z vlastních zkušeností. Těmto ženám se říkalo bylinkářky, často se ale stávalo, že vykonávaly i funkci porodní báby.

Ve středověku to byl svatý Vincenc de Paul, kdo založil jakousi organizovanou službu pro chudé. Roku 1617 n. l. ve Folleville ho zavolali k jednomu na smrt nemocnému rolníkovi, u něho si Vincenc uvědomil opuštěnost chudého venkovského lidu. V krátké době na to onemocněla celá jedna rodina tak těžce, že nebyli schopni o sebe navzájem pečovat. Po Vincencově výzvě sice mnoho lidí přispěchalo s pomocí, ale dobré vůli scházela organizace. Vincenc poznal, že chtít pomoci a být na to sám, nestačí. Jestliže má být pomoc účinná, musí být organizovaná. Z těchto zkušeností

vznikly ještě v téže roce první charitativní spolky (Dames de la Charité). Jeho myšlenka založit společenství sester s charitativní službou byla průkopnická pro sociální a společenský vývoj Evropy. Tak vznikl řád vincentek a augustiánek, které se specializovaly na poskytování ošetrovatelských služeb v domácnosti. Svou činnost vykonávají dodnes (22, 67).

V roce 1859 vzniká v Anglii moderní koncepce domácí péče, kterou vytvořil Viliam Rathbon. Na tuto myšlenku přišel v době, kdy mu umírala manželka na zhoubnou chorobu. Spolu s Florence Nightingalovou založili první školu pro sestry návštěvní služby, které poskytovaly ošetrovatelskou péči chudým a závislým lidem.

V Americe se první pokusy o poskytování domácí péče objevují v roce 1885 v Buffalu. Následně na to vzniká v roce 1887 ve Philadelphii společnost domácí péče a v roce 1888 v Bostonu oblastní asociace domácí péče. Tyto organizace ale byly provozovány pod záštitou neoborníků. Až v roce 1893 byla založena pod ministerstvem zdravotnictví ošetrovatelská služba, kterou vedly Lilian Waldová a Mary Neesterová. Tyto ženy také poprvé zavedly termín "veřejná zdravotní sestra" a založily školu, která byla zaměřena na ošetrovatelskou péči v domácnostech (22, 67).

Koncem 19. století nastává v Evropě obrovský rozvoj domácí péče, která se především starala o staré lidi, děti a chudé nemocné (22).

V ČSR odbornou ošetrovatelskou péči začal realizovat Československý Červený kříž. Ošetrovatelky Červeného kříže zabezpečovaly ošetrovatelskou a zdravotní péči v domácnostech. V této době také byla založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče, která školila první poskytovatelky domácí péče. Vrcholu svého rozkvětu dosahoval Červený kříž v roce 1949, kdy sdružoval 1 400 000 členů ve více než 45 000 třídách na téměř 15 000 školách. Představovalo to tehdy více než 11% obyvatelstva ČSR a to je řadilo po USA na druhé místo ve světě. V roce 1952 domácí péči převzal stát a byla zařazena do systému obvodních ambulancí. Mnoho sester, které pracovaly v domácí péči v Červeném kříži, začalo pracovat v nové funkci geriatrické sestry v rámci geriatrických ambulancí. Tato funkce, která jako jediná odpovídala představě

komunitní práce se seniory, byla v 90. letech v rámci reorganizace zdravotní péče zrušena (12, 22).

U nás v České republice nastává zlom v poskytování zdravotní péče v roce 1989. Je to období transformace, reformy struktury, řízení a financování zdravotnictví. První agentury domácí péče začaly vznikat v březnu 1990. V tomto roce zahajuje provoz první středisko ošetrovatelské péče České katolické charity. Péče je poskytována 18 klientům. V lednu roku 1991 MZ ČR tuto činnost legalizuje a je zahájen dvouletý experiment České katolické charity. Během tohoto experimentu se do domácí péče zapojilo 40 agentur. Ve stejném roce se také konal první kongres domácí péče ve Strasburgu, který se stal odrazovým můstkem pro rozvoj domácí péče v Čechách. V roce 1992 nárůst agentur pokračuje, celkem jich je zřízeno 69. V roce 1993 dochází k velkému rozvoji domácí péče díky vzniku Asociace domácí péče v ČR. Tento rozvoj také souvisí s větší informovaností, medializací a propagací této péče. V červnu roku 1993 je zaregistrováno celkem 179 agentur státního i nestátního typu a koncem roku 1995 již poskytovalo domácí péči 399 poskytovatelů. V roce 2000 už je to 200. V současnosti u nás v ČR poskytuje svoje služby až 515 agentur domácí péče, které jsou rozděleny podle typu péče na ošetrovatelské, pečovatelské a komplexní (ty poskytují jak ošetrovatelské tak pečovatelské služby) (9, 22).

### ***1.2.2 Poslání, cíle a principy domácí péče***

Organizace domácí péče si dává za svou hlavní vizi pomáhat lidem v hmotné, sociální, zdravotní, duševní a duchovní nouzi. Snaží se umožnit lidem, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci, žít opět normálním životem a respektuje jejich svobodnou vůli. Posláním domácí péče podle Blanky Misconiové je *„zajistit v rámci primární péče ve vlastním sociálním prostředí klienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, který je dle aktuálních podmínek, poznatků vědy a výzkumu možný tak, aby k hospitalizaci klienta nebo jeho umístění do ústavu sociální péče docházelo, jen když je to nezbytně nutné“* (46, s. 1). Pro sestru pracující v této organizaci by se tato vize měla stát životním posláním, ale skutečnost je jiná, pro mnohé je to jen zaměstnání (46).

Mezi cíle, které vedou k naplnění poslání péče v domácím prostředí, patří:

- Pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím.
- Možnost klienta, rodiny a blízkých spolurozhodovat i spolupodílet se na poskytování péče.
- Zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí.
- Zabezpečit komplexní domácí péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními prostřednictvím multidisciplinárního týmu a služeb.
- Zabezpečit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče domácí péče pro každého.
- Garantovat odbornou a etickou úroveň poskytování domácí péče.
- Udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech.
- Zácvik blízkých v jednoduchých ošetrovatelských intervencích, vzájemná podpora a péče.
- Zvýšit edukací zdravotní povědomí a zodpovědnost populace za tělesné a duševní zdraví pacienta a jeho rodiny.
- Zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta i rodiny (22, 31, 45, 46).

Virginie Hedersonová (1966) formulovala nezastupitelnou úlohu sestry v domácí péči takto: *„Pomáhat člověku zdravému či nemocnému ve výkonu činností přispívajících ke zdraví, uzdravení nebo pokojné smrti, které by vykonal sám, kdyby měl nezbytnou sílu, vůli nebo znalosti“* (13, s. 7).

Z těchto výše uvedených cílů vyplývají hlavní principy domácí péče.

Prvním principem je, že domácí zdravotní péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí klienta, které pozitivně ovlivňuje proces uzdravování. V průběhu domácího ošetřování si nemocný zachovává některé role, které vykonával v době



zdraví, udržuje si svoji pozici v rodině, neztrácí kontakt se svým nejbližším okolím a zároveň je do aktivního pečování zapojeno okolí nemocného, což posiluje sounáležitost rodiny, komunity.

Filosofie této péče je cílená na individuum. Při jejím poskytování musí být respektována lidská práva, profesionalita, humanitní a etické zásady. Péče má vycházet z konkrétních aktuálních potřeb klienta diagnostikovaných na základě komplexního sběru informací o stavu klienta a jeho sociálním prostředí, které jsou zpracované v anamnéze. Na základě aktuálního stavu seniora pak může být komplexní domácí péče poskytována v různém rozsahu a intenzitě (9, 38, 44, 72).

U seniorů je významně omezen adaptační proces na nové prostředí. Během hospitalizace seniorů často dochází k mylné interpretaci projevů nemocného vyplývající ze změny sociálního prostředí. Kvalitní domácí péče dokáže významně zmírnit tuto adaptaci na minimum.

Domácí péče umožňuje nemocným v konečném stadiu nemoci dožít svůj život důstojně a kvalitně, bez fyzického, psychického i sociálního strádání v těsném spojení se svými blízkými, s rodinou. V dnešní době přicházíme na svět v ústavním zařízení, a velmi často v něm i umíráme. Domácí péče je v tomto procesu důležitým prvkem, nabízí jinou a lepší možnost.

Komplexnost poskytované domácí péče je jedním z důležitých prvků primární péče. Primární péče je totiž tou, která je prvním kontaktem pacienta se systémem zdravotní a sociální péče. Domácí péče tedy funguje na principu interakce člověka se svým vlastním sociálním prostředím a s důrazem na individuální vnímání kvality života (9, 38, 44, 72).

Princip podpory je princip pomoci ke svépomoci s podporou, rozvojem a adaptací v oblasti sebestarání a zapojení rodinných příslušníků a blízkých do vzájemné pomoci a péče. Edukací, rozšířením informací o konkrétním problému se sestry domácí péče snaží o přenesení péče na nemocného či jeho blízké a rodinné příslušníky, které odpovídají jejich možnostem. Princip podpory posiluje odpovědnost klienta a komunity za vlastní zdraví.

Vzhledem k tomu, že nemoc, krize či nouze si nevybírání denní ani noční dobu, je nutné, aby komplexní domácí péče respektovala i další princip spojený s filosofií komplexní domácí péče – tzn. nepřetržitou dostupnost, což znamená 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Pojem nepřetržitá dostupnost neznamena nepřetržitý provoz, jedná se jen o realizaci takových podmínek ve vztahu ke klientovi, které vytváří pocit bezpečí a sounáležitosti. Je nutné, aby ve chvílích, kdy se potřebuje klient dovolat pomoci, pomoci se dovolal (9, 38, 44, 72).

Domácí péče je poskytována všem, kteří se ocitli v takové situaci, kdy nestačí laická péče, přitom ale stav bezpodmínečně nevyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Určující pro její indikaci je zdravotní stav a potřebnost zdravotnické péče. O této indikaci rozhoduje ošetřující lékař (43, 45).

Zahrnuje všechny věkové kategorie, je určena všem bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, náboženské či politické orientace. V mnoha zemích světa je poskytována již kojencům v době návratu z porodnice, kdy ženské i dětské sestry pečují o zdravotní stav dítěte i maminky. Také dětem, u nichž dochází v domácím prostředí ke zjevně rychlejší rekonvalescenci. V České republice je tato péče o děti bohužel jen velmi ojedinělá. Častěji pak je domácí péče poskytována pacientům po operačním zákroku, u kterých není nutný další pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Nejčastěji ale pomáhá řešit zdravotní i sociální problémy seniorů, kteří potřebují podporu v době osamocení, nemoci či beznaději nebo umírajícím, kteří chtějí zůstat až do posledního okamžiku ve svém prostředí a obklopeni svou rodinou (9, 15, 43, 45, 48).

Domácí péče je v České republice poskytována v šesti základních formách:

*1) Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)*

Forma péče, která je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje jeho hospitalizaci. Je to jakási alternativa hospitalizace. Nejčastější indikací jsou akutní kardiovaskulární, neurologické, gastrointestinální a další onemocnění. Typickým klientem je pacient po operačním zákroku, jehož stav

již nevyžaduje hospitalizaci, ale zároveň je nutno pečovat o operační ránu, rehabilitovat apod. Tato péče bývá poskytována krátkodobě v rozsahu dnů nebo týdnů (31, 45, 48).

### 2) *Dlouhodobá domácí péče*

Dlouhodobá domácí péče je nejrozšířenější formou domácí péče a je určena pro chronicky nemocné klienty, u kterých si jejich zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikovaného pracovníka. Jsou to nejčastěji klienti po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, ochrnutí klienti, klienti se závažným duševním nebo onkologickým onemocněním či klienti s chronickou bolestí. Jedná se o typickou komplexní domácí péči, která bývá poskytována v rozsahu měsíců až několika let (31, 45, 48).

### 3) *Domácí péče preventivní*

Tento druh péče je u nás nejméně rozšířen a vyskytuje se jen ojediněle. Jedná se o péči o klienty, u kterých je ošetřujícím lékařem indikováno sledování zdravotního a duševního stavu v pravidelných intervalech (denně, obden, týdně). Například měření krevního tlaku, výživových parametrů nebo odběry krve. Případné změny pracovníci domácí péče ihned signalizují ošetřujícímu lékaři. Péče je poskytována podle indikací ošetřujícího lékaře v určených intervalech (31, 45, 48).

### 4) *Domácí hospicová péče*

Domácí hospicová péče je péče o klienty v terminálním stadiu života (klienti, kde se předpokládá ukončení terminálního stádia obvykle do šesti následujících měsíců). Cílem je především minimalizovat fyzické a duševní utrpení klienta a ve spolupráci s rodinou mu poskytnou maximální možnou kvalitu života v této nelehké situaci. Pracovníci domácí péče zajišťují odbornou péči, která především zahrnuje management bolesti a emocionální podporu pro nemocného, ale i jeho blízké. Čím dál více lidí již chápe, že poskytnout umírajícímu možnost pobýt v posledních dnech či týdnech doma je většinou jednou z mála věcí, kterou můžeme takovému člověku poskytnout (31, 45, 48).

### 5) *Respitní péče neboli péče o pečující* (z angl. respite = uvolnit, ulehčit)

Jedná se o komplex služeb poskytovaný výhradně tam, kde je domácí péče o osobu blízkou celodenně zajišťovaná rodinným členem v určité fázi bezmocnosti. Pečující

osoba je ohrožena sociální izolací, protože je dlouhodobě, často i v noci, zaměstnána péčí o nemocného člena rodiny, nemá čas odpočívat, komunikovat s lidmi, zabývat se jakoukoli jinou činností, chybí ji kontakt se společností apod. Smyslem služby je předcházet této izolaci tím, že vytvoří prostor pro narušení stereotypu. Poskytuje pečovateli čas k odpočinku, dovolené, regeneraci a načerpání nových sil nebo k vyřízení nezbytných či osobních záležitostí. Také mu pomáhá realizovat jeho životní potřeby a přání, včetně využití volného času a dalšího vzdělávání. Nejběžnější je respitní péče poskytovaná doma, kterou obvykle zajišťují agentury domácí péče, kdy její pracovníci navštěvují klienty doma a starají se o ně. Rodinný příslušník jim tak může na určitou dobu péči přenechat. Dalším běžným typem respitní péče je denní péče, která je často spojena s komunitní službou nebo zařízením jako je domovinka, pečovatelská služba, denní stacionář, atd. Některá zařízení poskytují i noční nebo několikadenní péči, což umožňuje rodině i odjet na dovolenou či nějaké jiné další aktivity, kterých se díky péči o svého blízkého musela vzdát. Současná zákonem daná maximální lhůta poskytování respitní ošetřovatelské péče je 3 měsíce (10, 11, 50).

6) *Domácí péče ad hoc* (ad hoc = „bez zavedení domácí péče“)

Tuto formu péče můžeme také nazvat jednorázovou domácí péčí. Jde o mimořádné jednorázové alternativní využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů indikovaných ošetřujícími lékaři. Jedná se zpravidla o provedení odborných výkonů, jako je např. jednorázová aplikace injekce, odběr biologického materiálu, atd. Tato forma péče se indikuje u klientů, kdy z provozních důvodů (např. špatné ordinační hodiny) nelze zajistit návštěvní službu ambulantních/praktických sester v rodinách u klientů, jejichž stav vyžaduje okamžité poskytnutí odborné péče a pomoci (31).

Domácí péče respektuje v plném rozsahu integritu klienta s jeho vlastním sociálním prostředím i individuální vnímání kvality života. Proto je každý klient individuálně posuzován z bio-psycho-socio-spirituálního hlediska a při poskytování domácí péče je vždy aplikován holistický přístup a specifické řešení pro určitého klienta (23, 31).

Hlavními výhodami domácí péče oproti hospitalizaci jsou lepší psychická pohoda klienta, která je v domácí péči bezprostředně ovlivněna příznivým vlivem domácího prostředí a přítomností blízkých. Toto domácí klima má vliv na stav imunitního systému člověka a hraje nezastupitelnou úlohu v procesu uzdravování a zmírnění psychických symptomů téměř u všech forem onemocnění (31, 48).

Role klienta a jeho blízkých v procesu poskytování domácí péče je nezastupitelná. V rámci domácí péče jsou klient i jeho blízcí řádnými členy týmu se společným cílem, kterým je zlepšení kvality života klienta i jeho blízkých. I toto je nezastupitelným pozitivem systému domácí péče (23, 31, 45).

Dále naprosté vyloučení rizika nozokomiálních nákaz. Ty vznikají v příčinné souvislosti s pobytem klientů ve zdravotnickém zařízení. Finanční náklady, které jsou spojeny s léčbou těchto nákaz, jsou natolik vysoké, že cílem všech moderních systémů zdravotní péče je minimalizovat pobyt klientů ve zdravotnických zařízeních (31, 45, 48).

Domácí péče je také výrazně levnější, což ukazuje fakt, že zkracování hospitalizace snižuje náklady o třetinu až polovinu (48).

Další výhodou je absolutní komplexnost (činnosti primární, sekundární i terciární prevence), v rámci domácí péče jsou totiž poskytovány činnosti léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, sociální, aj. Problémem není oproti hospitalizaci dlouhodobá péče, naopak délka poskytované péče vychází z potřeb klienta a jeho blízkých (23, 31, 45).

### ***1.2.3 Úloha sestry v domácí péči***

Komunitní péči poskytuje multidisciplinární tým osob, který je tvořen komunitními zdravotnickými a sociálními pracovníky, fyzioterapeuty, psychology, rodinnými pečovateli, dobrovolníky z komunity, atd., ale nejdůležitějším článkem tohoto týmu je zdravotní sestra. Tu můžeme podle ICN (1987) definovat takto: „*Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra. Základní ošetrovatelské vzdělání je formálně uznaný studijní program, který studentovi poskytne*

*široký a důkladný základ ve znalostech chování, života a ošetrovatelství, který student potřebuje pro všeobecnou ošetrovatelskou praxi, pro řídicí úlohu a pro navazující specializační studium nebo navazující studium potřebné k výkonu odbornější ošetrovatelské praxe. Sestra je připravena a oprávněna zapojovat se do všeobecné ošetrovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o fyzicky a duševně choré a postižené osoby různého stáří ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních; vyučovat témata spadající do zdravotnické péče; plně se zapojovat do zdravotnického týmu; dohlížet nad pomocnými pracovníky v ošetrovatelství a zdravotnické péči a školit je; a zapojovat se do výzkumu.“ Zjednodušeně bychom mohli říct, že sestra je zdravotnický profesionál, který poskytuje samostatně ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu. Společně s dalšími odborníky (lékaři, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, atd..) se přímo podílejí na poskytování diagnostické, léčebné a preventivní péče (31, 66).*

Převážnou část primárních zdravotních intervencí v komunitní péči tvoří služby a aktivity ošetrovatelské péče. Sestra je tou, která je důležitá členka tohoto týmu, je tou, která zajišťuje komplexní péči na různých místech - od domácnosti přes školy až po závody. Její hlavní úlohou je úloha zprostředkovatelky zdravotní a ošetrovatelské péče pro členy komunity. Další neméně důležité intervence vychází z rozmanitých činností, které sestra vykonává. Podílí se na řešení sociálních problémů, které provázejí nemoc a zdraví klienta a celé jeho rodiny. Snaží se dosáhnout fyzické, psychické a sociální pohody v kontextu s prostředím, v němž klienti žijí a pracují. Poskytuje ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu, formou skupinové péče, edukuje klienty, zkoumá jejich vědomosti a schopnosti z oblasti obnovy zdraví, ale také poskytuje pomoc ostatním spolupracovníkům při získávání nových poznatků a dovedností. Velice důležitou součástí náplně práce komunitní sestry se stala prevence, která patří neodmyslitelně ke každodenní péči o klienta. Také se účastní rozvoje ošetrovatelské praxe a výzkumu, zavádění nových způsobů práce ve snaze dosáhnout lepších výsledků v ošetrovatelské praxi (22, 31, 49, 69).

Všichni, kteří pracují se starým člověkem, mají být v první řadě pro tuto práci vybaveni specifickými dovednostmi a znalostmi, empatií se schopností úcty k životu. To je základ. Aby sestra mohla svou práci vykonávat správně a efektivně a zároveň z ní mohla mít radost a nebyla z ní „zničená“, musí mít určité předpoklady. Měla by být schopna udržet si profesionální nadhled, nemůže s rodinou vše prožívat, musí se umět chovat zdravě asertivně, musí být schopna zvládat velké množství konfliktních situací, být schopna efektivní komunikace za všech okolností, být schopna trvale se samostatně rozhodovat a to vše několikrát denně (9, 22, 45).

Etika (nauka o správném jednání) se velmi úzce dotýká chování a jednání ošetrovatelského personálu vůči nemocným. Proto by sestra v domácí péči měla znát Etický kodex sester a měla by ho umět používat v praxi.

Etika komunikace s geriatrickými pacienty je založena na schopnosti upřímně naslouchat, zúčastněně mlčet, využívat metody nonverbální komunikace. Sestra si musí pro komunikaci vytvořit časový prostor a vyvarovat se nevhodných poznámek a gest (58).

Každá sestra pracující se seniory musí znát psychologické zákonitosti stárnutí a umírání, které úzce souvisí se stářím a představují velký etický problém (58).

Je třeba si uvědomit, že i člověk bez náboženského vyznání má specifické duchovní potřeby. Hledá smysl života, odpuštění, lásku a naději. Etika přístupu k seniorům žádá, aby sestra daným aspektům věnovala dostatečnou pozornost a dokázala poskytnout duchovní podporu (58).

Každý člověk jednou zestárne a může se dostat do nepříjemné životní či sociální situace, při které může potřebovat zdravotní a sociální služby. Pokud taková situace nastane, každý si jistě přeje, aby mu byly poskytnuty aktivity zdravotních a sociálních služeb na odborné úrovni, s důstojností a v příjemném prostředí. Dobrá péče o nemocné je naším posláním, naší prací a vlastně i povinností. Nikdy ale nesmíme zapomenout, ať už jsme v jakékoli době, že náš klient-pacient je především člověk a musíme se snažit být ochránkyní jeho zájmů. Musíme si uvědomit, že nepracujeme pouze

pro nemocného, ale velmi často pracujeme především s ním. Při zajišťování péče je proto vždy nutné vycházet z přesvědčení o jedinečnosti, hodnotě, důstojnosti a lidských právních každého člověka (69, 76).

#### ***1.2.4 Technické zázemí domácí péče***

V agentuře domácí péče zajišťuje komplexní domácí péči tým zdravotnických pracovníků, mezi které patří všeobecné sestry, fyzioterapeuti, porodní asistentky, psychiatrické sestry, sociální pracovníce, psychologové, ergoterapeuti, administrativní pracovníci a další odborní pracovníci. Tento tým sester a ostatních pracovníků musí být lidé, kteří se na sebe mohou vzájemně spolehnout a velmi úzce spolu spolupracují. Na péči se ale ve vysoké míře podílí i blízké okolí nemocného, jeho rodinní příslušníci a samozřejmě i sám nemocný (22, 45).

Pro chod domácí péče je také důležitou osobou komunitní manažerka. Tuto roli zajišťuje sestra, která stojí v čele agentury a má na starost provoz celé organizace z odborné, finanční a materiálně-technické stránky. Dále organizuje a koordinuje poskytování domácí péče, stará se o účetnictví a personalistiku, vzdělávání pracovníků, atd. Zkrátka je zodpovědná za celou organizaci (45).

Náplň činnosti domácí péče pak vyplývá ze všeobecného zaměření a z výše stanovených cílů. Zahrnujeme sem:

- základní zdravotní a sociální péči, to je zajištění osobní hygieny, prevence a léčba proleženin, příjem tekutin a stravy, zábaly, obklady, transport, doprovod, úprava domácího prostředí, atd.

- dále odbornou zdravotní a sociální péči, která zahrnuje sledování vitálních funkcí, hodnocení aktuálního tělesného a duševního stavu, odběr biologického materiálu, funkční i laboratorní vyšetření na speciálních přístrojích, podávání předepsaných léků, převazy a ošetření ran, aplikace léčebných kúr, zavádění sond a katétrů, aplikace nitrosvalových injekcí, infuzí, kyslíková terapie, inhalační terapie rehabilitační péče, kondiční cvičení, podávání odborných informací, edukace klienta, preventivní prohlídky, sociální diagnostika, atd.



- také specializovanou zdravotní a sociální péči - aplikace diagnostických přístrojů a metod, radiologický servis, podpůrná psychoterapie, spirituální péče, odborný monitoring u dlouhodobě a chronicky nemocných klientů, odborné poradenství v oblasti životního stylu, zdravotního pojištění, dietního režimu, sociální péče a pomoci, atd.

- servis zdravotnických a technických pomůcek (22, 43, 45).

Nesmíme zapomenout na nezbytné činnosti spojené s provozem agentury. Patří sem vedení ošetrovatelské dokumentace, administrativní práce a účetnictví, koordinace práce sester, nákup zdravotnického materiálu a plánování jiných aktivit (vzdělávání personálu, udržování kontaktů s pojišťovkami, organizování konferencí, apod.) (22).

Pro všechny činnosti však musí platit zásada, že druh péče nemůžeme stanovit podle sebe, svého nápadu nebo plánu, ale je třeba obrácené cesty. To je směr od seniora, jeho potřeb a přání k poskytovateli domácí péče. A ten mu jen podá ruku k další cestě za kvalitou jeho života s respektováním svobodné vůle ke spolupráci (22, 43, 78).

Domácí péče je zdravotnickým zařízením podle platné právní úpravy, je samostatným právním subjektem poskytujícím zdravotní péči, a proto se provozovatelé stávají ve smyslu zákona č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, a zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, samostatnými podnikateli (37, 90, 91).

Domácí péče je financována:

- z fondu veřejného zdravotního pojištění dle vyhlášky MZČR č. 331/2007 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
- přímou platbou pacienta (u pacientů, kteří nejsou pojištěni, nebo za výkony nehrazené ze zdravotního pojištění). Vždy je nutné klienta upozornit, co mu hradí zdravotní pojišťovna a za jaké výkony a v jaké výši si platí sám hotově.
- sponzorskými dary, finančními dary od klientů, z nadací, grantů, jejichž podíl na financování je zatím minimální.

- na hrazení domácí péče se podílejí i obce (37, 91).

Výše úhrad zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění se dohoduje mezi zástupci poskytovatelů jednotlivých segmentů zdravotní péče a zástupců zdravotních pojišťoven na Dohodovacím řízení. V případě dohody vydá MZ ČR vyhlášku, ve které se vyhlásí dohodnutá výše úhrad na další období. Pokud zástupci poskytovatelů a zástupci zdravotních pojišťoven nedojdou k vzájemné dohodě, rozhoduje o výši a způsobu úhrad z veřejného zdravotního pojištění MZ ČR, které rozhodne ve veřejném zájmu a vydá vyhlášku. Do roku 2006 se konala Dohodovací řízení ke způsobu a výši úhrad z veřejného zdravotního pojištění na každé pololetí zvlášť. Novelou zákona č. 48/1997 v roce 2006 došlo ke změně, nyní jsou ceny stanovovány na kalendářní rok (22, 37, 91).

Poskytování domácí péče je od roku 1992 upraveno řadou platných právních norem, které uvádí, pro koho je tato forma péče určena, za jakých podmínek ji lze poskytovat, v jakém rozsahu a kým může být poskytována. Platné právní normy jsou vydávány příslušnými resorty, kterých se poskytování domácí péče týká.

Například domácí zdravotní péče je v § 22 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, definována takto: „*Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako a) domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, ...*“ (89).

Ve vyhlášce MZČR č. 331/2007 v platném znění, kterou je vydáván seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je domácí péče uvedena pod odborností 925 – sestra domácí zdravotní péče (80).

V roce 2004 vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR Věstník MZ ČR částka 12, metodické opatření, ve kterém je uvedena Koncepce domácí péče k zajištění jednotného postupu při poskytování domácí péče (37).

*Právní předpisy související s poskytováním domácí péče:*

- \* Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
- \* Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách.
- \* Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách.
- \* Vyhláška MZČR 424/2004 Sb., která navazuje na výše uvedený zákon 96/2004 Sb., konkretizuje činnosti všeobecných sester a porodních asistentek v oblasti komunitní péče.
- \* Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- \* Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.
- \* Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.
- \* Vyhláška MZČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů.
- \* Vyhláška MZČR č. 101/2002 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
- \* Vyhláška MZČR č. 49/1993, Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.
- \* Nařízení vlády č. 463/2004 Sb. stanovuje obor specializačního vzdělávání pro všeobecné sestry a porodní asistentky (37, 45, 47, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 88, 89, 91).

### 1.3 Stáří a jeho specifika

Domácí péče úzce souvisí s péčí o seniory a lidmi v pokročilém věku. A tak je užitečné všimnout si základních rysů tohoto životního období, kterým všichni (doufejme) jednou projdeme.

Jednoho dne jsem čekala na zastávce na autobus a nechtěně vyslechla rozhovor studentek. Jedna říkala té druhé, jak je to „strašné“ bydlet doma s babičkou a že jsou z toho jen samé problémy a že by si přála, aby nikdy nezestárla. Uvědomila jsem si, že být starý, se v současnosti nenosí. Vyšší věk mnozí chápou jako něco nepohodlného. K dnešnímu modernímu světu se lidé s vrásky zkrátka a jednoduše nehodí. Anebo je to jinak?

Hledání postojů ke stáří není žádnou novinkou. Zkuste si říct, co se vám vybaví při slově stáří: nemoc, nízký důchod, důvěřivost, bezmocnost? Ano, to je současný mediální obraz seniora – člověk, který obchází všechny obchodní řetězce, aby koupil o 50 haléřů levnější mouku a jinde zas o korunu levnější mléko – člověk, který se nechá nachytat téměř na cokoli, ať již jde o prodejce hrnců či vitamínů – člověk, který většinu času stráví pochůzkami po doktorech a nosí si od nich tašky plné léků – člověk, který sedí doma u televize a sleduje všechny seriály. Toto negativní vnímání, vyvolané takto prezentovaným obrazem seniorů, pak vyvolává jen pasivitu společnosti a tím i izolaci seniorů. Je nutné se nad touto problematikou zamyslet a přehodnotit dosavadní chápání stáří (1, 24, 55).

Definice stáří již bylo vytvořeno bezpočet. Lidová moudrost říká, že každý je tak starý, jak se sám cítí. Snadno se shodneme v tom, že každý jsme jiný a že období stárnutí je obdobím ryze individuálním. I když je v tom mnoho pravdy, věda přece jenom potřebuje konkrétnější měřítko. Podle Haškovcové (1990, s. 59), je stáří *„přirozeným obdobím lidského života a je vztahováno k životnímu období dětství, mládí a k době zralosti. Je třeba si však uvědomit, že stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku“* (24). Jiné a velmi výstižné, vymezení pojmu stáří uvádí Prchlík (1969, s. 4), který považuje stáří za *„plynulý, pozvolný, přirozený, zákonitý fyziologický proces, ve kterém*

*dochází ke změnám v organismu i v psychice člověka. Lidé jsou různí, svérázně se liší a i průběh stárnutí je u každého člověka jiný, individuální“ (55).*

Ano, o stáří se dá mluvit z mnoha pohledů. Navíc, s přibývajícím věkem se nevyhnutelně mění náš pohled na hranice životních cyklů a na definování toho, co je to být starý. Pro pořádek se proto odborníci zabývají chronologickým vyměřováním stáří. Jejich závěry jsou dokladem toho, že věk je variabilní veličina. Znamé jsou závěry gerontologického kongresu v Meranu z roku 1957. Tam bylo přijato Grepioho stanovení hranic stáří, ale již tehdy se říkalo, že jde o dělení schematické, nevystihující plně biologický věk. První období bylo označeno jako věk kritický (presenilní). Představuje úsek mezi 45. - 60. rokem života. Je charakterizován jako přelom mezi životem plným boje, snahy po úspěchu a slávě a životem rozumných úvah a přehodnocování. Goethe toto období vyjádřil: *„Je jako měsíc. V noci ještě svítí, ale ráno bledne před vycházejícím sluncem.“* Druhé období podle Grepioho, je obdobím stárnutí. Jde o desetiletí mezi 60. a 70. rokem. Na jedné straně ho charakterizuje pozvolný ústup fyzické a psychické výkonnosti, ale na druhé straně vrcholí životní zkušenosti, rozvážnost a zdravý úsudek. Třetí věk - od sedmdesátky výše, je pojmenován „stařecký“. Slovo stařecký ale mnoha uším neladí a neladilo ani takové autoritě, jakou byl v 11. století představitel východní arabské filozofie, lékař, přírodovědec, básník a politik Avicena. Doporučoval výraz „člověk vyššího věku“ (8).

Nověji se vymezením hranic stáří zabývala Světová zdravotnická organizace. Doporučila patnáctiletou periodizaci: od 60 do 74 let jde o rané stáří, od 75 do 89 let probíhá čas skutečného stáří. Věk nad devadesát je dlouhověkost (8, 28).

Poněkud nezvyklé z hlediska našeho tradičního nazírání na život a stárnutí jsou závěry amerických institucí, například Národního ústavu všeobecných lékařských věd a Národního ústavu zdraví. Tvrdí, že jsme svědky převratu v životním cyklu. Tato „nová mapa dospělosti“ má tři části. Dovolím si ji v krátkosti, zjednodušeně, představit. Prozatímní dospělost - od 18 do 30 let. Léta před osmnáctkou jsou označovány za prodlouženou adolescenci. Ta přechází do zkušební dvacítky a končí bouřlivou třicítkou. Následuje první dospělost, mezi 35.- 45. rokem. V první fázi to je období rozkvětu, žije se jako o závod. V závěru, tedy po čtyřicítce, přichází první uvědomování

si rychlého plynutí času a tušení jakési konečnosti života. Mapu uzavírá tzv. druhá dospělost. Je rozložena do dlouhého období, od 45 do 85 let a výše. Člení se, s příslušnými charakteristikami, do poeticky pojmenovaných podskupin: planoucí padesátka, poklidná šedesátka, moudrá sedmdesátka, nespoutaná osmdesátka, vznešená devadesátka, a nakonec - století oslavenci. Toto členění je poněkud úsměvné, jde o model vycházející z jiné reality, než na jakou jsme zvyklí my. Naše kultura nám dlouho předkládala model usedlých a nepodnikavých středních let (8, 26, 28, 57).

Člověk je i na konci života živou bytostí, má svůj žebříček hodnot a určité potřeby, které volají po uspokojení. Jsou to stejné potřeby, jako má každý, pouze s určitými zvláštnostmi. Se starším věkem a odchodem do důchodu klesá hodnota profesionálního úspěchu, rozvoje osobnosti a uspokojení materiálních nároků. Naopak se zvýrazňuje ocenění volného času a možnost realizace osobních zájmů. Mezi nejdůležitější životní hodnoty se v tomto období řadí partnerství, rodinný život, potřeba místa, bezpečí a ochrany, podpory a péče a důležitý je i zájem o vlastní zdraví (73).

*„Lidské potřeby jsou obvykle zobrazovány jako pyramida. Její základnu tvoří základní biologické potřeby (nestrádat hladem, žízní, zimou, bolestí, uspokojit sexuální pud, apod.). Střední patro patří vyšším psychosociálním potřebám (mít soukromí, komunikovat, poznávat, někam přináležet, být pozitivně přijímán, zažívat úspěch, lásku apod.). Konečně nejvyšší úroveň patří spirituálním, nadosobním potřebám (naplňování mravního ideálu, sounáležitost s vyššími principy – božskými, všelidskými, nadčasovými). Proto je třeba zdůraznit, že k závažným pochybením a k nízké kvalitě péče dochází při omezení zájmu pečujících osob (zdravotníků i laiků) převážně, ba výlučně na základní biologické potřeby. Staří lidé – klienti domovů důchodců jsou nakrmeni, zastláni v čistém lůžku, ale strádají komunikační a sensorickou deprivací, ztrátou životní smysluplnosti. Jejich život je redukován na přijímání potravy, vyměšování a „čekání na smrt“. Kvalita života souvisí především s naplněním vyšších životních potřeb“ (34, s. 11,12).*

Fyziologické potřeby, kam patří spánek, jídlo a pití, vylučování, hygiena, pohyb, dýchání, dotek a mírnění utrpení, jsou stejné po celý život, pouze jejich intenzita se mění.

Dalšími potřebami stejně důležitými jako jsou fyziologické, jsou potřeby jistoty a bezpečí. Lidé a hlavně staří, potřebují mít jistotu, že se o ně někdo dobře postará a že ho přijímáme bez hodnocení jeho nedostatků, že chápeme jeho možnosti. Bezpečné prostředí seniorovi umožňuje být sám sebou a věřit, že mu bude nabídnuto správné řešení a pomoc. Ne nadarmo se říká, že bezpečí je jistota a že v lásce je teplo.

Láska je další stejně hodnotná potřeba, aby měl člověka někdo rád a aby i on sám mohl někoho zahrnovat svou láskou. Jde o potřebu vztahu, ve kterém je člověk uznáván a milován bez podmínek. Je na nás, sestřích, abychom pacienta respektovaly a dávaly mu dostatek prostoru vyjádřit všechno, co potřebuje. K seniorům je potřeba se chovat něžně a naslouchat jim. K opravdovému naslouchání patří to, že nehledáme řešení problémů, ale dáváme najevo své porozumění a to je mnohdy daleko účinnější než klasická medicína (36, 42, 59, 73, 78).

Potřeba místa je potřebou mít své fyzické a mentální místo v životě. Každý člověk potřebuje někam patřit, někde mít svůj domov, mít své role v rodině, v práci i ve společnosti. Prvním domovem je děloha. V matčině bříšku je teplo, bezpečí a barva jasných červánků, která uklidňuje a dává pocit – je to moje místo. Porodem dostává člověk druhý domov, sociální, neboli rodinu. A jak je to v životě dál? Jsem v nemocnici na správném místě? Pokud člověka ve stáří donutí snížená schopnost pohybu trávit dny pouze na lůžku, sytí si potřebu spánku, odpočinku i stravování a chce mít všechny potřebné věci u sebe. Zakládá si na potřebě svého místa a ukládá si do lůžka nebo na dosah ruky co nejvíce osobních věcí. Stoleček mu nahrazuje jídelní stůl, ochraňuje si ho a je citlivý na zásah zvenčí. Starý člověk má přirozenou potřebu vytvořit si svůj domov i za nevhodných podmínek. A má taky potřebu mít mentální místo v srdci své rodiny, blízkých, ale i zdravotníků (36, 42, 73).

Potřeba sebeúcty zahrnuje potřebu, zůstat co nejdéle pánem svého života a rozhodovat sám za sebe. Ve stáří ale často dochází k mnoha změnám, které vedou k tomu, že potřeba sebeúcty je mnohdy převýšena potřebou podpory a péče.

Být podporován znamená být povzbuzován k sebeděči, k přijetí své pozice a své nemoci. Znamená to taky dovolit starému člověku projevit jeho přání. Dostávat tu správnou péči a podporu, něhu, podněty a kontakty, být dobře „živen“ informacemi dává zažít pocit naplnění života (36, 42).

Mezi seberealizační potřeby patří potřeba plánování. Plány jsou projevem přání a znamením, že je ještě všechno, jak má být. Starý člověk by neměl být odsouzen pouze k přijímání, ale má potřebu vytvářet, dávat, dělit, atd. Aktivita je přirozená vlastnost a potřeba po čas celého lidského života. V dětství je spontánní, postupně jí přizpůsobujeme požadavkům okolí a v dospělosti z ní máme zdroj obživy. Ve stáří je však nutností, aby život zůstal životem.

K estetickým potřebám řadíme potřebu krásna, dobra a opravdovosti.

Další jsou potřeby duchovní. Ještě donedávna byly opomíjeny, protože byly velmi často spojovány pouze s věřícími. Je to ale omyl, potřeby duchovna mají všichni, i nevěřící. Jde o potřeby související se smyslem života a smrti. Je třeba, aby starý člověk nosil ve svém srdci víru ve vlastní schopnosti a neztratil veškerou naději, aby měl na své cestě životem chvíli, kdy může odložit ranec trápení a volně vydýchnout, než ho zase popadne a vyrazí na další cestu (36, 42, 59, 73, 78).

Jak už bylo řečeno, stárnutí je proces individuální. S přibývajícím věkem dochází v organismu postupně k mnoha změnám, které jsou příznakem tělesného i psychického opotřebení. Změny jsou sice nevyhnutelné, ale jejich míra a rychlost, kterou nastupují, nejsou vždy stejné. Tato nerovnoměrnost stárnutí podmiňuje jev, že každý jedinec stárne jinak. Přesto existují obecné rysy, které stáří charakterizují. Vynechejme rýhy a vrásky v obličeji, ty jsou typickým znakem. Méně známé je „vadnutí“ rukou. Je způsobeno ubýváním podkožního tuku, takže vyvstávají šlachy a cévy. Podobně je tomu i na krku. Pokožka ukazuje věk mnoha kosmetickými vadami, ale to nejsou změny podstatné. Závažnější jsou změny na orgánech. Mezi ně patří poruchy pohybového ústrojí. Postava se začíná ohýbat v páteři, schyluje se a výsledkem jsou „kulatá záda“, bolesti v kříži, ale i v místech, kam vedou stísněné nervy vycházející z páteře (revmatické potíže). Dochází k úbytku svalové hmoty a ke snížení kostní



denzity. V důsledku toho jsou kosti lomivější a staří lidé mají problémy se zlomeninami, často velmi komplikovanými. Nesporným projevem stáří je postupné vytrácení schopnosti snášet fyzickou námahu a vydávat fyzický výkon. Podobně je to i s reakcemi, jsou pomalejší, často svérázné a neočekávané. K dalším příznakům stáří řadíme potíže s trávením, problémy s udržením moči, srdeční a dýchací obtíže, závratě a poruchy rovnováhy, sexuální dysfunkce, klesá činnost nervových center atd. Stárnutí se však neprojevuje jen poklesem fyzické a orgánové výkonnosti, ale týká se i zraku, sluchu, paměti a myšlenkové produktivity (26, 28, 35, 40, 62).

I přes tyto skutečnosti je nutné si uvědomit, že ve stáří, a to i ve velmi pokročilém věku, často zůstává dobré zdraví normálním stavem, o který bychom měly jako sestry usilovat. Často se můžeme v naší společnosti setkat s lidmi, o kterých můžeme říci, že jsou „mladí starci“, jedná se o seniory, kteří jsou staří jen věkem, ale funkčně patří do nižší věkové skupiny. Představa o starém člověku, který není schopný postarat se sám o sebe a pomáhat jinému, není tedy docela pravdivá. Vědecké studie zdravých seniorů dokazují, že zdravé osoby v 70 letech, ale i starší, jsou zdraví, aktivní, samostatní a soběstační, tvořivě využívají svoje zkušenosti a schopnosti, udržují sociální kontakty a ve společnosti mají pozitivní úlohu, okolí si jich váží. Na druhé straně je tu ale také skupina seniorů, kteří na tom tak „skvěle“ nejsou. Mají problémy a to jak zdravotní, tak i sociální a jiné. Musíme si realisticky připustit, že mnoho nemocí je ve stáří častějších, a některé z nich přímo na věku závisejí. Přidružená chronická onemocnění urychlují proces stárnutí, znásobují jeho projevy, zvýrazňují celkový úbytek sil a zvyšují obtíže seniora při vykonávání denních aktivit. A tak ve vyspělých zemích dnešního světa spolu se stárnutím populace neustále narůstá i počet osob, které se z důvodu vysokého věku či zdravotního stavu nejsou schopny o sebe postarat vlastními silami. Jde o lidi, jejichž zdravotní stav je natolik stabilizovaný, že nevyžaduje akutní lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, ale zároveň jim neumožňuje plnou soběstačnost. Tato skupina seniorů potřebuje zdravotní i sociální péči a to buď ve vlastním sociálním prostředí anebo v institucích - zkrátka je odkázána na pomoc druhých a stojí před rozhodnutím, komu se svěří do péče (17, 32, 35, 40, 54).

#### 1.4 Vlastní sociální prostředí a rodina

Vlastní sociální prostředí - domov. Na první pohled jen obyčejné slovo, ale přece znamená tak mnoho. Již pouhé vyslovení slova v nás evokuje pocit bezpečí, rodinného tepla, klidu a pohody, které častokrát stačí na vyrovnaný duševní lidský život. Obzvláště důležité jsou tyto pocity pro osoby staršího věku. Rodina je základní společenskou jednotkou a představuje tradiční model péče o staré lidi. Už v historii byla rodina první strukturou zabezpečení. Postarat se o svého starého a nemocného člena bylo jakousi „povinností“ rodiny – rodiče se starali o své děti, které když dospěly, pečovaly o své rodiče (32, 40).

V životě starého člověka hraje rodina velmi významnou úlohu, pomáhá starému člověku vyrovnat se se změnami, které stárnutí přináší. Většina starších lidí si přeje prožít podzim života v přirozeném prostředí svého domova, tam, kde zapustili kořeny, kde se mohou těšit ze svých oblíbených věcí, kde se nejlépe orientují - snaží si udržet svou vlastní domácnost co nejdéle. Vědecké studie dokazují, že staří lidé žijící doma jsou šťastnější a zdravější a více samostatnější. Dále se uvádí, že staří lidé mají touhu žít v blízkosti vlastních dětí a nebyt na nich závislí, protože domácí prostředí, každodenní styk s nejbližšími má nenahraditelnou úlohu v emocionální, sociální a psychologické podpoře starého člověka v čase, kdy jeho zdraví slábne, zužují se sociální kontakty a narůstá závislost na pomoci (32, 40, 42, 84).

Problémem ale v posledních padesáti letech je, že v České republice a v ostatních modernizovaných společnostech, prodělává rodina zásadní změny. Objevuje se otázka, zda se ještě může o rodině v tradičním smyslu hovořit. Aktivita žen na pracovním trhu, ústup významu manželství a rozšíření volného partnerského soužití, rostoucí počet rozvodů a neúplných rodin, odkládání rodičovství a zvyšující se podíl lidí žijících bez partnera, odlišné postavení muže a ženy v rodině jsou nejviditelnějšími důsledky těchto změn. Členové rodiny podřizují svůj život a soužití v rodině svým osobním cílům, studiu, cestování a kariéře, a tím se oslabují dříve pevná rodinná pouta a vzájemné chápání potřeb (16, 32).

Klasický obraz rodiny více generací byl dlouhá léta tradičně spojován s obživou – obděláváním půdy nebo rukodělnou prací případně obchodem. Celá rodina (staří i mladí) bydlela pod jednou střechou, často měla hospodářství a navzájem si vypomáhala. V té době její členové spolu neustále komunikovali, společně obědvali a večereli, věděli o svých problémech a navzájem se velmi dobře znali. Všechny důležité události se prožívaly v rodinném kruhu a spjatost s rodinou měla význam hlavně v nejtěžších životních situacích. Postupem času se počet členů žijících v tomto společenství snižoval, a klasický model rodiny v dnešní době ustoupil do pozadí. Výrazný rozdíl je v tom, že rodiny tří generací žijí pod jednou střechou velice zřídka. Ano, současný trend je jiný, zpochybňuje půvab stáří. Na jedné straně jsou děti vychovávány k úctě ke stáří, bohužel na druhé straně velmi často hovoříme o starých lidech jako o zátěži, neproduktivním článku společnosti apod. Vytrácí se pocit zodpovědnosti dětí ke starší generaci, která je mnohdy považována za určitý “nadstandard“ vztahů. Tošnerová (2002) uvádí, pět nejčastějších představ společnosti o stáří, a to: 1) *staří lidé jsou všichni stejní*, 2) *stáří mužů a žen je stejné*, 3) *staří nemají čím společnosti přispět*, 4) *stáří je křehké a potřebuje péči* a poslední 5) *stáří je ekonomickou zátěží společnosti*. Těchto pět představ vycházejících z předčasného, zjednodušeného a černobílého myšlení, shrnuje mýty o stáří v naší společnosti a jsou zdrojem ageismu. Rychlé tempo života a prudký civilizační vývoj vytlačuje to, co si v tradičním společenství všichni cenili, stáří. V minulosti se starý člověk těšil velké úctě, protože symbolizoval moudrost. Dnes už ale stáří neznamena přirozenou fázi lidského života a integrovanou součást společnosti. Úplně se zapomíná, jak nádherný je smích starého člověka nebo jeho šibalský úsměv, jakou dokáže mít jiskru v očích a už vůbec se nepočítá se specifickou moudrostí stáří. Svůj zasloužený oddech většinou senioři tráví mezi čtyřmi stěnami, kde je jejich jediným kontaktem se světem televize. Je smutné, že dnes je rodina méně nebo dokonce vůbec závislá na širší rodině a více závislá na státě, protože stát převzal některé z jejich funkcí, kam patří i péče o nemocné a staré lidi (16, 36, 38, 42, 54, 59, 70, 78).

Péči o seniory v rodině můžeme rozdělit na zdravotní, sociální a emocionální. Z toho je emocionální péče velmi důležitou složkou. V rodinné péči je přítomna neustále a to představuje bezespornou výhodu této formy péče. Ve všech ostatních formách institucionální zdravotní či sociální péče se rodina snaží doplnit tuto emocionální složku „zvenčí“, snaží se mu být oporou, dodat mu duchovních sil a být mu nablízku. Je ale jasné, že ať už z technických nebo provozních důvodů dané instituce, to je obtížné a nelze to provést dostatečně dokonale (32).

Z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb, které starý člověk potřebuje, lze rozlišit tři stupně péče. Prvním stupněm péče je *péče podpůrná (subsidiary care)*. Jedná se o důležitou, časově, fyzicky a psychicky méně náročnou péči. Patří sem finanční podpora, zajištění oprav v domácnosti, doprava k lékaři, obstarání úřadů apod. Jsou to činnosti, které prakticky potřebuje každý ne zcela soběstačný starý člověk. Tento druh pomoci může rodina svým babičkám a dědečkům zajišťovat jen občas, nepravidelně a podle jejich potřeby. Je to péče, která nevyžaduje společné bydlení ani přemíru vynaloženého času, ale zahrnuje emocionální složku a proto je oběma stranami - pečujícími a opečovávanými, chápána jako důležitá. Druhým, intenzivnějším stupněm rodinné pomoci, je *neosobní péče (impersonal care)*. To jsou činnosti související s péčí o domácnost - nejčastěji činnosti jako: uvařit, uklidit, vyprat. Tato pomoc, zvláště pokud je častá nebo dokonce pravidelná a každodenní, je časově náročnější, nedá se odkládat a je více postradatelná. Zahrnuje složku materiální i složku emocionální. Třetím, nejnáročnějším stupněm péče, je *osobní péče (personal care)*, která zahrnuje činnosti časově, fyzicky a psychicky velmi náročné spojené s intimní péčí o starého člověka. Vyžaduje nepřetržitou přítomnost pečující osoby, a to 24 hodin denně a 365 dnů v roce, pravidelnost, vytrvalost, obětavost a značnou odpovědnost. Jsou to neustále stejné, monotónně den za dnem se opakující aktivity. Jedná se o osobní hygienu, včetně toalety, nakrmení, podávání léků, zvedání, přenášení, ukládání, posazování, převádění nebo převážení starého člověka v bytě. Jsou to činnosti, na které je starý a nemocný člověk odkázán, je na nich závislý. Pokud senior potřebuje tento stupeň pomoci, stává se péče a stálá přítomnost pečující osoby nevyhnutelnou. Může být poskytována doma jako rodinná péče (nejčastěji) anebo jako péče institucionální,

tj. pobyt starého člověka v sanatoriu, nemocnici, hospicu anebo nejčastěji v léčebně pro dlouhodobě nemocné nebo v domově důchodců. Tento neustálý pocit odpovědnosti nikdy nekončících povinností, které na sebe pečující vzal, je nejvíc zatěžující aspekt osobní péče. Není jisté třeba zdůrazňovat, že neodmyslitelnou součástí osobní péče je její emocionální obsah - ono by to asi bez emocí ani nešlo, starat se o někoho ve dne v noci, den za dnem (32).

Hilary Graham (1983, s. 16) zabývající se péčí zdůrazňuje, že vztah péče je třeba definovat jako „práci z lásky“. Doslova říká: „*Caring... is experienced as a labour of love in which the labour must continue even where the love falters ...*“, tj.: „*Péče... je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat i když láska klopýtne*“ (19). V této charakteristice je obsažena jak emoce, tak pevné sepětí a závislost mezi opečovávanou a pečující osobou, ze které velmi často není úniku. Říká se, že se jedná o nikdy nekončící, nespecifikovatelnou práci, která je vidět jen tehdy, když není udělána. Z tohoto přirozeně vyplývá, že rodinnou péčí o starého člověka nejčastěji zajišťují členové rodin - manželský partner, partnerka anebo děti a jejich partneři. Přitom osobní péči v největším počtu případů anebo největším dílem zabezpečují ženy, tj. manželky, dcery nebo snachy. Žena totiž zastupuje v rodině roli tradiční poskytovatelky péče, od péče o děti plynule přechází k péči o své nemohoucí rodiče či příbuzné. Tato pozice žen je pokládána za „přirozenou“ (a ženy to samy takto vnímají, že hlavní odpovědnost leží na nich) a ženám „vrozenou“, ačkoliv se jedná o vysoce náročnou činnost, která vyžaduje trénink a postupné učení se, jak se o nemohoucího postarat co nejlépe. I když jsou tedy hlavními pečovatelkami převážně ženy, je pomoc partnera a ostatních členů rodiny nezbytná a vzhledem k fyzické, psychické a sociální náročnosti velice důležitá. Zatímco ženy poskytují starým členům rodiny především přímou péči (tj. příprava jídla, udržování chodu domácnosti, podávání léků, běžný úklid domácnosti, koupání, krmení apod.), častěji si s nimi povídají a starají se o jejich emocionální pohodu, muži kopírují mužskou roli živitele rodiny tím, že vykonávají podpurnou péči. Vypomáhají hlavně finančně, s finančními záležitostmi (doprava k lékaři a do nemocničních zařízení, placení poplatků, vyplňování formulářů, atd.) a dělají takové úkoly, které jsou pro ženy příliš

fyzicky náročné. Pokud ale veškerá péče leží pouze na jediné osobě, může nastat problém, kdy stav pečování dojde do fáze bezmocnosti a zasáhne celou rodinu. Manžel, dcera nebo kdokoli jiný najednou zjistí, že se stal „pečovatelem“, který je zcela zodpovědný za to, aby tělesné, psychické i sociální potřeby staršího nemocného byly uspokojovány. Závisí na nich jiný člověk. Některá rodina pocítuje tíživé materiální a psychické nároky, klesá její aktivita, brzdí se plány, v případě společné domácnosti vznikají i nesrovnalosti ve vymezení teritorií, mohou nastat problémy s nedostatkem klidu a soukromí. Bylo zjištěno, že u lidí, kteří dlouhodobě pečují o své rodinné příslušníky, znamená péče neúměrnou fyzickou námahu způsobenou častým zvedáním, obracením, přenášením apod. Také se u nich často projevuje negativní efekt pečování, který se projevuje smutkem, pocitem převráceného života naruby, pocitem izolace způsobeného životem mimo normu, frustrací, stresem, nedostatkem volného nebo osobního času, často i depresí a syndromem vyhoření. Na druhé straně se ale obě generace navzájem potřebují. Najít rovnováhu mezi oběma póly soužití je složitý úkol, plný nedorozumění (5, 32, 35, 42).

Péče o starého a nemocného člověka v rodině může probíhat pouze při splnění tří podmínek, a to, aby rodina o nemocného pečovat chtěla, aby o něj pečovat mohla a aby to uměla. Pokud jsou tyto podmínky splněny, nastává ideální situace, protože přirozená podpora rodiny v kombinaci se státem a nestátními subjekty, s domácí péčí a peněžními příspěvky tak dokáže vytvořit pro seniora vhodné podmínky na prožití důstojného stáří. Ze strany rodiny ale nelze spoléhat jen na stát (ve smyslu „stát se musí postarat“), stejně tak se stát nemůže zbavit své povinnosti a předávat péči rodině, aniž by k tomu poskytl finanční a jiné podmínky. Nejideálnější situace je ta, kdy dochází k dělení odpovědnosti - určitou formu péče přebere ten nebo onen subjekt podle určených dohod (24, 38, 42, 51).

## 1.5 Institucionální péče a služby seniorům

Přejdeme od rodinné péče k péči ústavní. Starší lidé odcházejí do různých zařízení sociální či zdravotní péče. Ve většině případů si bohužel uvědomují, že je to do konce života. Opustit svůj domov znamená rozloučit se s minulostí, se vším, co tvořilo dosavadní život. Tato změna je mnohem horší, pokud přichází náhle a člověk na ní není dostatečně připraven.

Ano, i přes tuto skutečnost a přesto, že tu existuje mnohem příznivější a levnější možnost péče o starého nemocného seniora doma, je tato možnost péče stále žádaná. Pořadníky přijetí v institucích jsou neustále plné a čekací doby na umístění se prodlužují. Většina používaných institucionálních řešení péče a pomoci historicky představovala alternativy zajišťující především potřeby lidí, kteří ztratili své příbuzné. Ještě dnes je institucionální péče určena hlavně starým lidem a lidem, o které se nemá kdo starat. Aktuální je hlavně pro seniory s nepříznivým zdravotním stavem, osamělé seniory, také pro seniory, kteří nezvládají péči o sebe a svojí domácnost, kteří nejsou schopni ekonomicky zvládat nároky na bydlení, a v neposlední řadě jde mnohokrát o rozhodnutí rodiny, která nedokáže nebo nechce pro seniora zabezpečit kvalitní podmínky života přímo v rodině (32, 38, 42).

Péči o seniory rozdělujeme na péči zdravotní a sociální a stejně rozdělené jsou i služby. Tyto služby napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Potřeby seniorů jsou ale natolik komplexní, že je takto rozdělit nemůžeme, naopak je třeba zajistit nejen oba typy služeb (zdravotní i sociální), ale zaručit i jejich návaznost a propojenost. To je zatím největším problémem, protože současný systém zdravotnictví a sociální péče propojený není, a to ani v této citlivé oblasti stáří. V praxi dochází velmi často k situacím, kdy staří lidé jsou natolik nemocní, že jim pouhé sociální služby nestačí, ale jejich zdravotní stav a soběstačnost je natolik dlouhodobá, že s nimi zdravotnictví nepočítá, protože otázka dlouhodobého pobytu v současném systému zdravotnictví není řešena (28, 61).

Nejprve tedy něco k sociálním službám. Jejich význam spočívá ve způsobu pomoci, která umožňuje lépe a důstojněji žít osobám s vážnými problémy nebo osobám, které by společnost jinak vyloučila. Zvyšují jejich nezávislost při rozhodování o svém životě. Sociální služby mají také pomáhat rozvíjet vztahy v komunitě. Rozsah a forma pomoci poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost, práva, svobody a musí vycházet z individuálních potřeb člověka, musí působit na seniora aktivně, podporovat rozvoj jeho samostatnosti, motivovat ho k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jeho sociální začleňování. Bližší a podrobnější informace jsou uvedeny v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ze kterého jsem vycházela (28, 85).

K nejvíce využívaným službám tohoto druhu v České republice patří služba pečovatelská. Jedná se o terénní sociální službu, která je poskytována ve vlastních domácnostech klienta. Je určena seniorům a lidem, kteří si nejsou schopni sami obstarat potřebné práce v domácnosti a další životní potřeby, nebo kteří pro svůj nepříznivý zdravotní stav potřebují další péči, kterou jim nemohou z nějakých důvodů poskytovat rodinní příslušníci. Posláním pečovatelské služby je pomoci uživatelům setrvat co nejdéle v jejich domácím prostředí. Tato služba poskytuje dovážku obědů (pomoc při podání jídla a pití, příprava a uvaření snídaně, svačiny), pomoc v péči o osobní hygienu a osobní potřeby (celková koupel, mytí vlasů, doprovod, dohled), pomoc při udržování a zajišťování chodu domácnosti (nákup, běžný úklid, praní prádla, pochůzky) a další (3, 56, 61, 85).

Pokud senioři potřebují rozsáhlejší pomoc při péči o vlastní osobu, mohou si zajistit službu osobní asistence. Osobní asistence je terénní služba, která je seniorům poskytována také v jejich domácím prostředí. Osobní asistent pomáhá seniorovi při těch činnostech, které si klient zvolí na základě svých potřeb. Osobní asistence na rozdíl od pečovatelské služby není časově omezená, je dána domluveným kontraktem mezi klientem a osobním asistentem. Kontrakt vychází z možností asistenta a požadavků klienta (7, 38, 56, 61).



V případě, že senioři nemohou nebo nechtějí trávit celý den sami doma, ale chtějí nadále bydlet ve svých domácnostech, mohou využít některou z takzvaných ambulantních služeb, například centrum denních služeb nebo denní stacionář. Klienti do těchto zařízení přicházejí a zase odcházejí, centra totiž nezajišťují ubytování. Jsou službou, do které senior ráno přijde, zařízení jim během dne poskytne nejen požadovanou péči včetně zajištění stravy, ale nabídne také nejrůznější aktivizační činnosti (např. keramika, vaření, cvičení paměti, odpočinek, vycházka) a v odpoledních hodinách odchází senior sám nebo s doprovodem zpět k sobě domů. Denní stacionáře jsou službou, kterou senior navštěvuje pravidelně, tím se odlišuje od center denních služeb (56, 61).

Když už není možné zabezpečit péči o seniora v domácím prostředí, a to ani při využití jiných služeb, mohou senioři využít některé z pobytových sociálních služeb. Týdenní stacionáře poskytují jedno i více týdenní služby pobytového typu seniorům se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Týdenní stacionáře nabízejí možnost pobytu seniorů od pondělí do pátku, na víkendy obvykle jezdí senioři domů či do domácnosti blízké osoby. V některých týdenních stacionářích je možno setrvat i přes víkend. Stacionáře nabízejí ubytování, stravu a obvykle i různé aktivity, kterých se senior může účastnit, např. vaření, keramika, četba knih, tvorba drobných předmětů, cvičení paměti, atd. Další pobytovou sociální službou jsou domovy pro seniory (dříve domovy důchodců), které poskytují svým uživatelům komplexní celoroční služby podle jejich potřeb, v určitém rozsahu je jim také poskytována zdravotní péče. Posláním domova je nabídnout prostředí, kde se člověk necítí sám, poskytovat časově neomezenou službu zaměřenou na udržení a podporu fyzických a psycho-sociálních dovedností obyvatel, udržovat a rozvíjet sociální kontakty. Senioři, kteří trpí Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence, mohou využít služeb domova se zvláštním režimem, který se od běžného domova pro seniory liší v tom, že je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Často bývá tato služba poskytována právě v rámci domovů pro seniory, a to na specializovaných odděleních (3, 38, 56, 61, 85).

O některé seniory pečují v domácnostech jejich rodinní příslušníci nebo jiné blízké osoby. V mnoha případech se jedná o péči velmi náročnou a pečující osoby potřebují také odpočinek. Proto je tu další a trochu odlišná sociální služba, tzv. odlehčovací (respitní). Ta nabízí rodinám dočasné (zpravidla denní, několika-denní až několika-týdenní) převzetí péče. Tato doba slouží pečujícím k nabrání sil potřebných k další službě starému členovi rodiny. Po skončení této doby opět zajišťuje každodenní péči rodina (26, 28, 61).

Mezi zdravotnické služby zařazujeme výše podrobně zmíněnou domácí péči, dále sem patří léčebny dlouhodobě nemocných, sanatoria a rehabilitační centra, atd. (26).

Sociální péče státu ani sociální komunitní péče není dostatečně připravena pomáhat lidem žijícím v domácím prostředí právě v těch nejpálčivějších případech dlouhodobé osobní péče. Existují služby donášky jídel až do domácnosti, lze si objednat úklid domácnosti, akutní medicínskou péči lze získat v nemocnici. Ale zvednout a umýt ležícího manžela, nakrmit nesamostatnou maminku, sedět u postele starého člověka a tišit jeho bolest a zoufalství noc za nocí, na takovou práci ani státní, ani komunitní ani komerční sféra služeb dosud recept nenašla. Výjimky jistě existují. Jde ale v naprosté většině případů o pomoc dobrovolnou, humanitární a charitativní a navíc většinou spojenou s pobytem mimo domov. Jedná se o hospice, kde, většinou dobrovolně a zpravidla z lásky k bližnímu, často s křesťanskými motivy, se pečovatelky starají o nevléčitelně nemocné a dochovávají je až do smrti. Ale i zde často najdeme členy rodiny jako nezištné pomocníky emocionálně podporující své blízké (32).

## 1.6 Současná strategie péče o nemocného seniora

Dnes se mnohdy všeobecně předpokládá, že záležitosti seniorů spadají do kompetence státu. Ochota rodinných příslušníků pečovat se nesnižuje, ale mění se podmínky mění charakter, postoje a možnosti rodin poskytování péče. Rodina měla a stále má malou podporu státu, ekonomická i morální hodnota této pomoci je podceněna.

V současné době proto sociální politika hledá pro zajištění péče o seniory v mnoha západních zemích v důsledku demografického vývoje řešení v návratu k rodinné péči. Do tohoto hledání řešení se zapojila i Světová zdravotnická organizace, která prosazuje novou strategii v péči o nemocného seniora. Bártlová (2003) uvádí, že tato strategie spočívá v tom, že zdůrazňuje taková opatření, při kterých by většina těchto seniorů měla být léčena a ošetřována doma (5, 35).

Ukazuje se ale, že současný systém péče a pomoci seniorům a jejich pečujícím rodinným příslušníkům či blízkým má mnohé nedostatky. Rodina pečujících o seniora se dostává do sociální izolace, v důsledku závislosti a neustálé „pohotovosti“ ztrácí kontakty s okolním světem, trpí fyzickým a psychickým tlakem. Výrazným nedostatkem je i chybějící emoční, sociální a v neposlední řadě i finanční podpora pečovateli, nedostatek literatury a poradenství. Mezi nejvíce postrádané úkony pečovatelské služby patří celodenní dohledy, noční služby a další úkony potřebné pro zabezpečení péče o nesoběstačné seniory. Některé lokality, hlavně malé obce, jsou vzhledem ke své poloze z poskytování pečovatelské služby vyloučeny (5, 35).

Řešením by bylo přijetí opatření, ve kterých by byla vyjádřena podpora pečujícím osobám, a práv. Je totiž třeba pochopit problémy pečování a porozumět lidem, kteří se denně s touto péčí setkávají ať už v roli dávajícího nebo přijímajícího. Společnost by měla nabízet pečující rodině dostatečnou sociální podporu, pestrou nabídku nejrůznějších specializovaných i běžných služeb, spolupráci a rodina by naopak měla pomoc vyhledávat a využívat ji, snažit se uplatňovat opatření a podmínky pro udržení zdravého způsobu života. Jedině za spolupráce státu, institucí a rodiny může vzniknout ideální model péče (18, 35, 51).

Proto, aby starý člověk mohl prožít klidný závěr svého života v kruhu nejbližších, je také potřeba zmapovat současnou situaci péče a situaci pečovatelů, rozpoznat neuspokojené potřeby nemocných seniorů i jejich rodin či pečujících blízkých osob, navrhnout roli sestry v této oblasti a nejvhodnější formy pomoci. (32, 42).

## 2. Cíl práce a hypotézy

### 2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je zabývat se úlohou sestry, která se stará spolu s rodinou o nemocného seniora v domácím prostředí.

- **C1:** Zjistit potřeby nemocných seniorů v rodině a jak může sestra tyto potřeby uspokojovat.
- **C2:** Zjistit fyzickou, psychickou a sociální zátěž pečovatelů při péči o nemocného seniora.
- **C3:** Zjistit možnosti působení sestry při ošetřování nemocných seniorů v rodině.

### 2.2 Hypotézy

Na základě daných cílů bakalářské práce, vlastních zkušeností z praxe všeobecné sestry na odděleních se seniory, v domácí péči a na základě studia literatury k danému tématu jsem stanovila východiskové pracovní hypotézy:

- **H1:** Sestra domácí péče poskytuje odbornou ošetrovatelskou péči o nemocného seniora a tím pomáhá rodinnému pečovateli.
- **H2:** Nejdůležitější potřebou nemocného seniora v rodině je potřeba emocionální.
- **H3:** V souvislosti s pečováním o nemocného seniora v rodině se mohou u pečovatele vyskytovat zdravotní problémy.
- **H4:** V souvislosti s pečováním o nemocného seniora v rodině se mohou u pečovatele vyskytovat psychické poruchy.
- **H5:** V souvislosti s pečováním o nemocného seniora v rodině může dojít k porušení sociálních vazeb v rodině.
- **H6:** V roli pečovatelů-rodinných příslušníků jsou ve většině případů zastoupeny ženy.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Metody a techniky použité ve výzkumu**

Práce je založena na anonymním dotazníkovém šetření v rámci kvantitativního výzkumu. Výhodou dotazníkové metody je její anonymita a možnost získání dat v krátkém čase od velkého počtu respondentů. Nevýhodou může být, že otázky v dotazníku jsou neměnné a při případném nepochopení již nelze nic opravovat.

V mé bakalářské práci se dotazníky týkají dvou skupin osob. Vzor dotazníků je uvedený v příloze č. 1 a v příloze č. 2.

První skupinou jsou všeobecné sestry pracující v domácí péči, home care, domově důchodců či na kterémkoli oddělení nemocnice, které se stará o nemocné seniory. Anonymní dotazník byl sestaven na základě informací získaných z odborné literatury, obsahoval otevřené, uzavřené a polouzavřené otázky. U některých otázek jsem také použila hodnotící škály. Celkem bylo 18 otázek, poslední otázka je pouze doplňková.

Této skupině bylo celkem rozdáno 60 dotazníků v období červen – červenec 2009. Z celkového počtu dotazníků se 4 dotazníky nevrátily vůbec, z 56 navrácených dotazníků byly vyřazeny 3 dotazníky pro neúplnost údajů. Z toho vyplývá, že návratnost je tedy 88,3 % a celkem bylo ke zpracování údajů zařazeno 53 anonymních dotazníků. Výzkumný soubor tvořilo 53 respondentů (100 %).

Dotazník byl svými otázkami postaven tak, aby byla zmapována práce se seniory a mohla být jasně definována role sestry v péči se starým člověkem.

Druhou skupinou jsou osoby, které doma pečují o nesamostatného starého a nemocného člověka. Tyto testy zátěže pečovateli jsem rozdala/poslala e-mailem lidem v období červen – červenec 2009, o nichž jsem věděla, že se doma o někoho starají. Kontakty na tyto rodiny jsem získala na doporučení od různých příbuzných,

známých, kamarádů a známých známých atd. Tak tvořil výzkumný vzorek skupinu lidí z různých koutů České republiky.

Dohromady bylo této skupině respondentů předloženo 50 testů a z toho bylo ochotno se podílet na výzkumu všech 50 respondentů (návratnost 100 %). Můžeme tedy říct, že výzkumný vzorek tvořilo 50 testovaných (100 %).

Test zátěže pečovatелů měl za cíl zjistit jaké fyzické, psychické a sociální důsledky přináší péče o nemocného seniora v rodině osobě, která se o něho dlouhodobě stará. A z toho pak vyplývá úloha sestry - co může sestra nemocnému seniorovi a jeho rodině či pečovateli nabídnout, jakou pomocí přispět a jaké intervence vykonávat, aby byla nápomocna.

V testu jsou otázky týkající se obecných informací o pečovateli i o vlivu, který má péče o nemocného na něj samotného, jeho rodinu, osobní zájmy a soukromý život, a také na jeho fyzické, psychické a sociální potřeby.

Tento test je rozdělen do dvou částí. V první části testu jsou pečující dotazováni na osobní údaje (věk, pohlaví,...). Druhá část má 22 uzavřených otázek a zabývá se nejčastějšími pocity osob, které pečují o svého nemocného a starého člena rodiny nebo blízkého příbuzného. Tato série otázek je upravena podle Zarit S. H., Todd P. A., Zarit J. M.: *The Gerontologist* 26, 1986, s. 260-266, která byla publikována v *Praktickém lékaři* č. 7-8, 1995, příloha č. 3. Otázky se snaží zachytit pocity, které respondenta při pečování provázejí, jak moc jej pečování zatěžuje, jaká je náročnost péče, jaký je vliv pečování na osobní život pečujícího a jak moc cítí pečování jako nepříjemnou nutnost.

Celé šetření bylo na závěr doplněno rozhovorem (příloha č. 3) se sestrou pracující v charitativní domácí péči v Jihlavě.

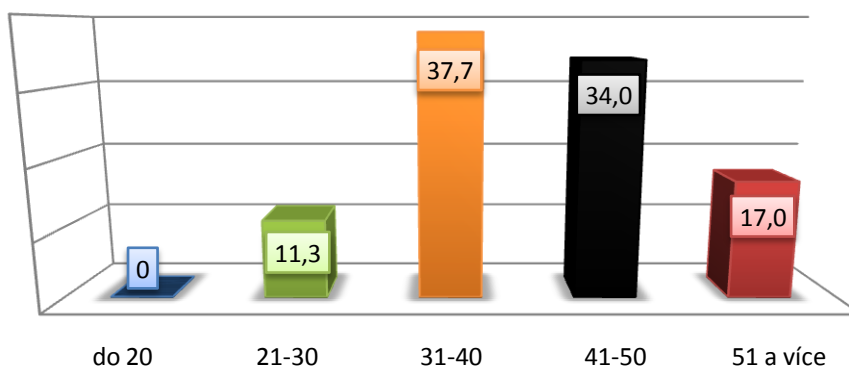
Statisticky byla data zpracována programem Microsoft Excel 2007 a jsou prezentována jako procenta z výzkumného vzorku.

#### 4. Výsledky

Výsledky šetření jsou uvedeny graficky, některé výsledky jsou pro větší přehlednost znázorněny v tabulce, vždy se zaměřením na cíle práce a stanovené hypotézy. U otázek byly spočítány absolutní a relativní četnosti. Názvy grafů se shodují s názvy otázek v dotazníku. Otázky s volnou odpovědí jsou vyhodnoceny slovním komentářem.

##### 4.1 Rozbor dotazníku pro sestry

Graf 4.1.1: Věk respondentů

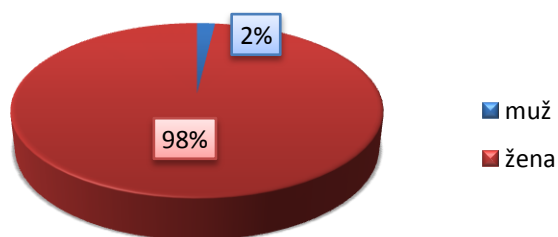


Zdroj: Vlastní výzkum

Věk respondentů se nejvíce pohyboval v kategoriích 31 až 40 let, kde zaškrtnulo svojí odpověď 37,7 % dotazovaných sester. Početná byla i skupina 41 až 50 let, kterou tvořilo 34 % dotazovaných sester. 11,3 % tvořily dotazované mladé sestry ve věku 21 až 30 let. Sestry ve věku 51 a více let tvořily ve výzkumném vzorku 17 %.



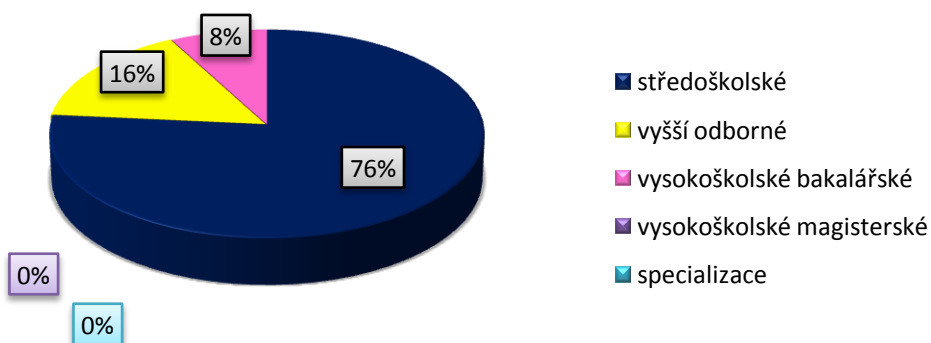
Graf 4.1.2: Pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný vzorek tvořilo 98,1 % sester žen a 1,9 % sester mužů (všeobecní ošetřovatelé).

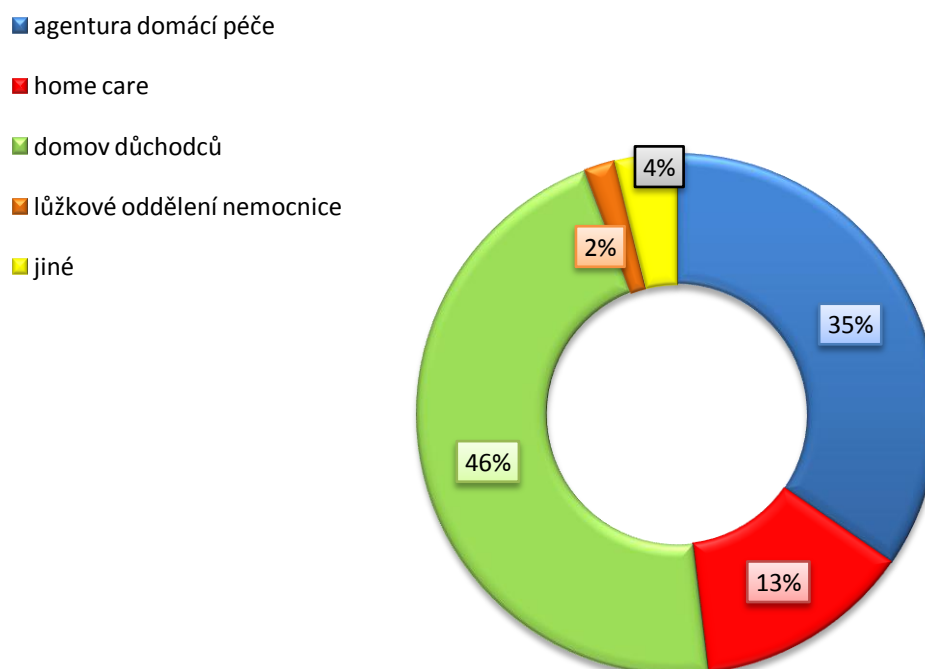
Graf 4.1.3: Dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku jaké mají sestry vzdělání, z celkového počtu 53 sester odpovědělo, že 39 (76,5 %) dotazovaných sester má středoškolské vzdělání, 8 (15,7 %) dotazovaných sester má vyšší odborné vzdělání, 4 (7,8 %) dotazované sestry mají vysokoškolské bakalářské vzdělání a žádná (0 %) sestra nemá vysokoškolské magisterské vzdělání nebo specializaci.

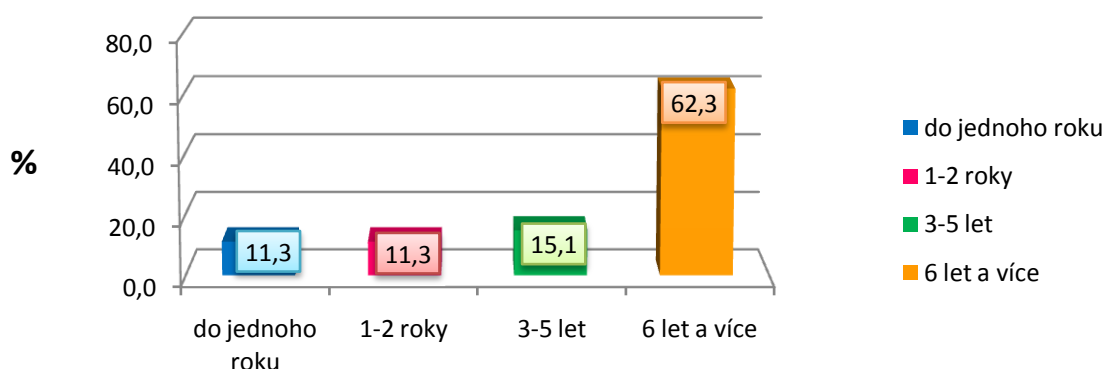
Graf 4.1.4: Zařízení, ve kterém sestry pracují



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný vzorek tvořilo 53 respondentů, kde 34,6 % dotazovaných sester pracuje v agentuře domácí péče, 13,5 % dotazovaných sester v zařízení Home Care, 46,2 % dotazovaných sester svou práci vykonává v domově důchodců, 1,9 % dotazovaných sester na lůžkovém oddělení nemocnice a 3,8 % respondentů v jiném zdravotnickém zařízení, které se stará o seniory.

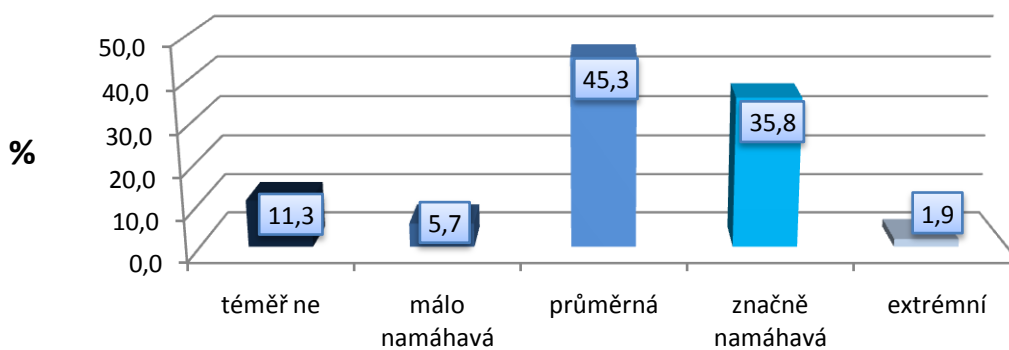
Graf 4.1.5: Délka praxe v oboru



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 53 respondentů, má 6 a více let v oboru odpracováno nejvíce dotazovaných sester, to je 62,3 % (33 sester). 3 až 5-letou praxi má 15,1 % dotazovaných sester a nejméně byly zastoupeny kategorie 1 až 2 roky praxe (11,3 %) a praxe do jednoho roku (11,3 %).

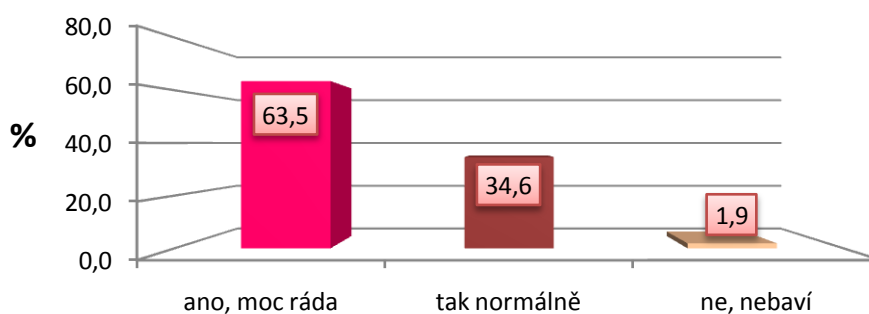
Graf 4.1.6: Namáhavost péče o nemocného seniora pro sestry



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumného vzorku uvedlo 11,3 % dotazovaných sester, že práce se seniory pro ně téměř namáhavá není, 5,7 % dotazovaných sester odpovědělo, že je namáhavá málo. Průměrně namáhavá péče o starého člověka je pro 45,3 % dotazovaných sester a značně namáhavá pro 35,8 % dotazovaných sester z celkového počtu. Za práci extrémní jí považuje pouze 1,9 % respondentů.

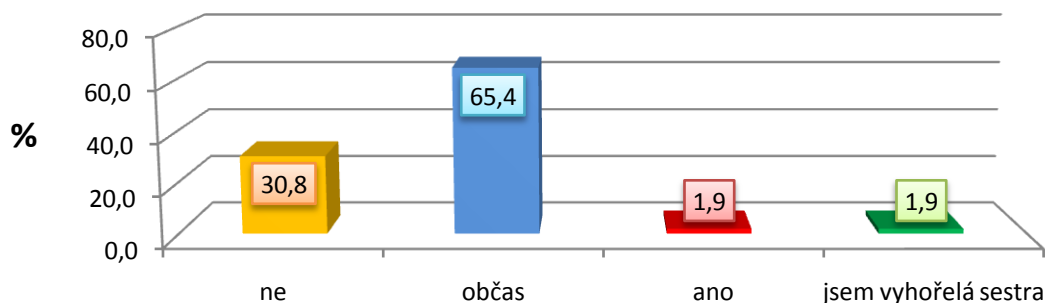
Graf 4.1.7: Lásky k práci



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 53 sester miluje svou práci a rádo se o staré a nemocné lidi stará 63,5 % dotazovaných sester. 34,6 % dotazovaných sester svojí práci neřeší a berou svou práci jako každé jiné zaměstnání. A pouze 1,9 % dotazovaných sester práci, kterou dělá, nedělá rádo a nebaví jí.

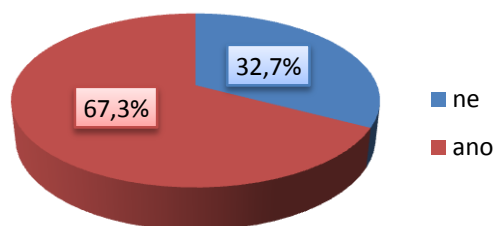
Graf 4.1.8: Pocit vyčerpání při práci se starými lidmi



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka měla za cíl zjistit vyčerpanost sester a syndrom vyhoření. 30,8 % dotazovaných sester uvedlo, že jsou spokojení a že je práce baví. 65,4 % dotazovaných sester mívá občas pocit, že práce se starými je pro ně vyčerpávající. Pouze malé procento dotazovaných sester považuje svou práci za neuspokojující a nebaví jí (1,9 %) a další malé procento se považuje za vyhořelou pracovníci a pracuje jen proto, že musí (1,9 %).

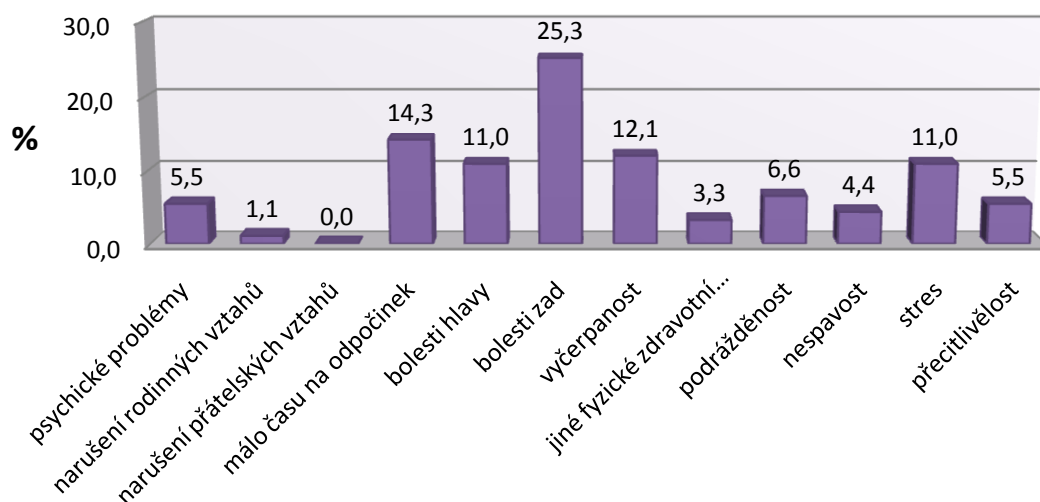
Graf 4.1.9: Vliv pečování o starého člověka na zdraví sestry



Zdroj: Vlastní výzkum

Pečování o starého člověka má v 67,3 % vliv na zdraví a psychiku dotazovaných sester, které s nimi pracují a v 32,7 % vliv na zdraví dotazovaných sester nemá.

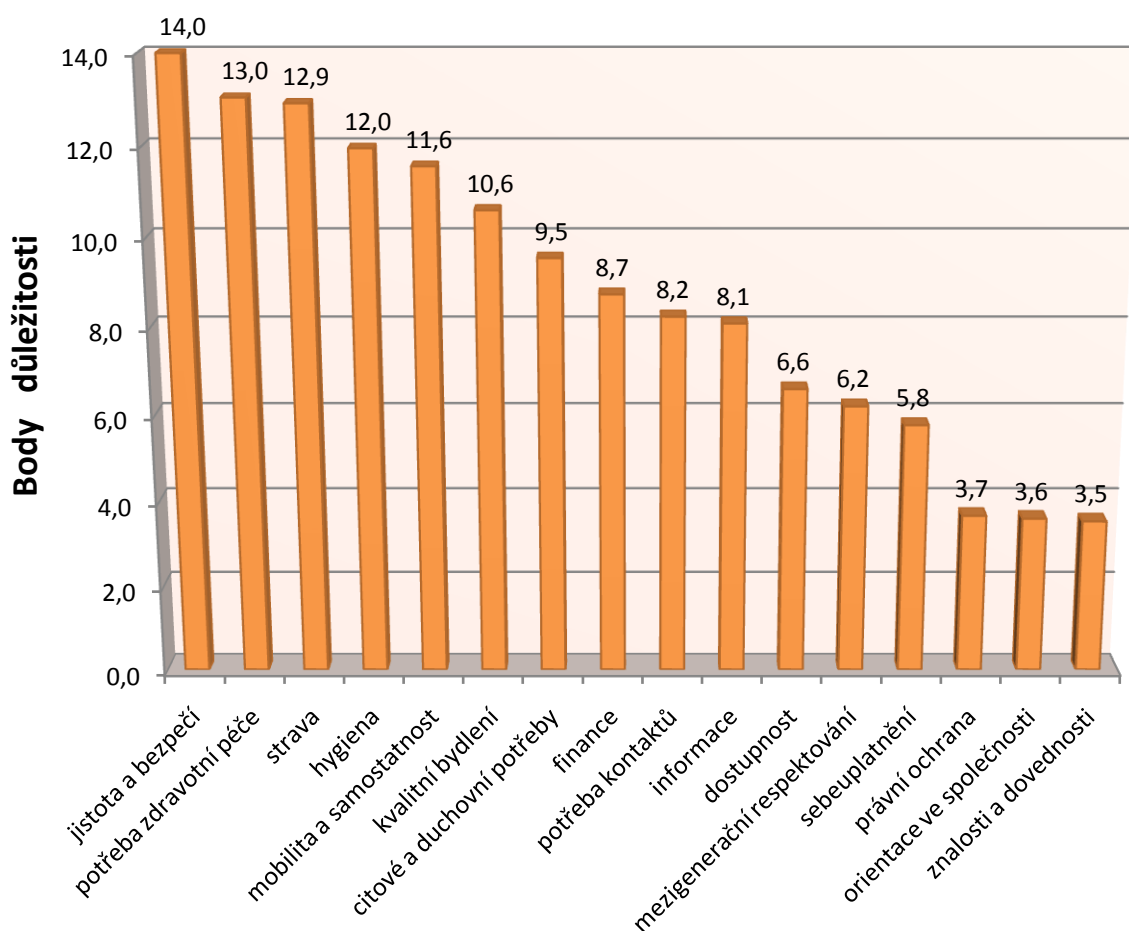
Graf 4.1.10: Druh negativního vlivu



Zdroj: Vlastní výzkum

Sestry, které mají problémy, označily, že v 5,5 % se jedná o psychické problémy, v 1,1 % o narušení rodinných vztahů, ve 14,3 % mají málo času na odpočinek. 11 % sester má bolesti hlavy a 25,3 % bolesti zad. Vyčerpání je zastoupeno 12,1 % a podrážděnost 6,6 %. 4,4 % sester trpí nespavostí a 5,5 % dotazovaných sester jsou přecitlivělé. Ve stresu je 11 % dotazovaných sester. Jiné fyzické zdravotní problémy uvedlo 3,3 % dotazovaných sester.

Graf 4.1.11: Nejžádanější potřeby seniorů



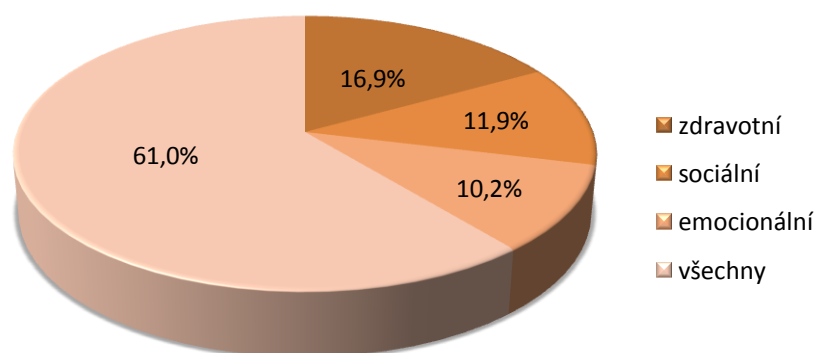
**Potřeby seniorů:** 16. Nejdůležitější - 1. Nejméně důležitá

Potřeby jsou vyhodnoceny z odpovědí a zprůměrovány.

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější potřebou seniora, jak můžeme v tomto grafu vidět, je potřeba jistoty a bezpečí, která je zastoupena 14 body. Hned na druhém místě je potřeba zdravotní péče (13 bodů). Dále můžeme vidět, že je to potřeba zajištění stravy (12,9 bodů) a hygieny (12 bodů). Nejméně žádanou potřebou je právní ochrana (3,7 bodů), potřeba orientovat se ve společnosti (3,6 bodů) a potřeba mít dostatek znalostí a dovedností (3,5 bodů).

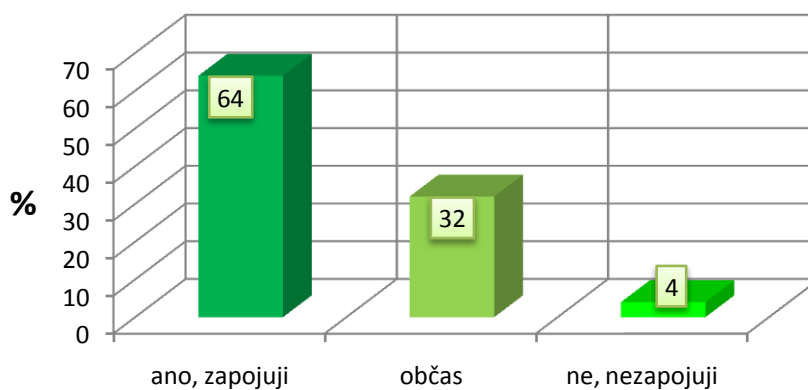
Graf 4.1.12: Nejdůležitější druh pomoci u seniora podle názoru sestry



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumného vzorku 53 respondentů si 16,9 % dotazovaných sester myslí, že u seniora je nejdůležitější zdravotní péče, 11,9 % dotazovaných sester si myslí, že je nejdůležitější péče sociální, 10,2 % dotazovaných sester péče emocionální a ostatních 61 % respondentů si myslí, že důležité jsou všechny stejně.

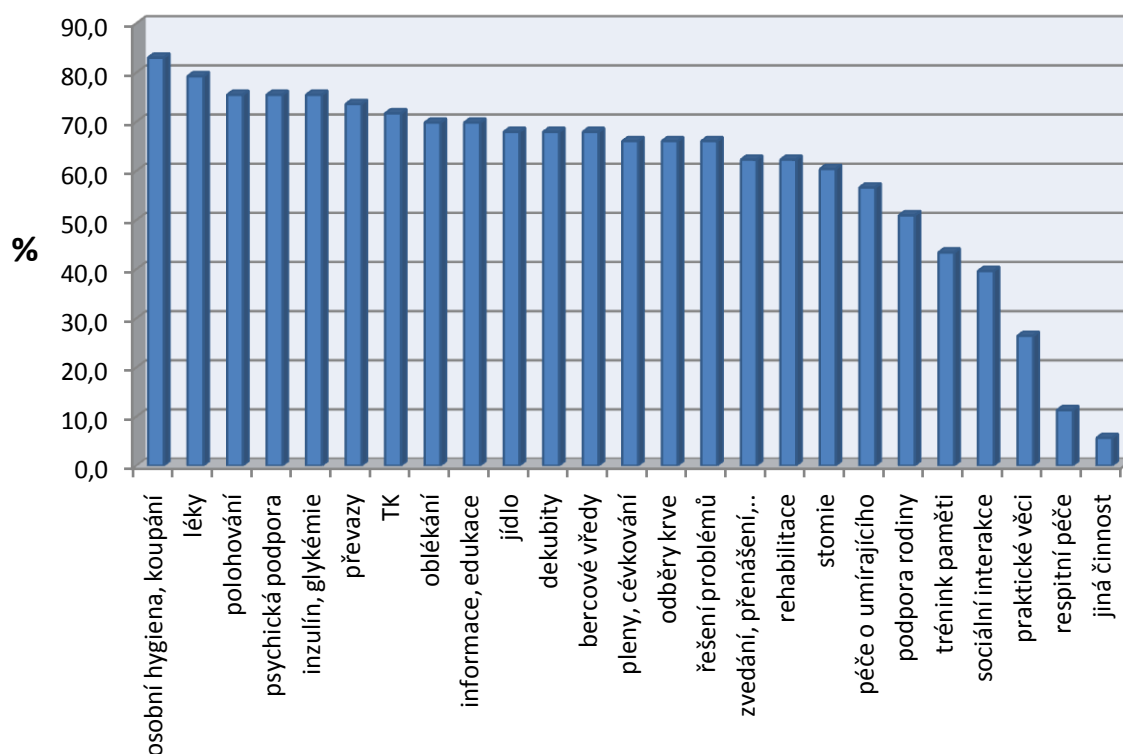
Graf 4.1.13: Zapojení rodiny do péče o seniora



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 53 sester, 64 % dotazovaných se snaží do péče o seniora rodinu zapojovat, co nejvíce, dalších 32 % dotazovaných sester zapojuje rodinu nemocného seniora jen občas a jen v něčem a zbytek dotazovaných sester (4 %) rodinu do péče nezapojuje vůbec a přijde jim, že je rodina kolikrát jen na obtíž.

Graf 4.1.14: Sestry u nemocného seniora provádí nejčastěji tyto činnosti/výkony

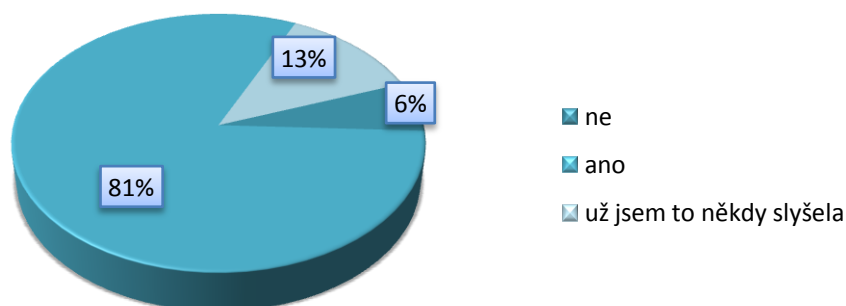


Zdroj: Vlastní výzkum

V tomto grafu můžeme vidět, jaké výkony sestry nejčastěji provádí u nemocného, nesoběstačného seniora. Nejvíce dotazovaných sester provádí osobní hygienu a toaletu, koupání, a to v 83 % případů. Dalšími častými činnostmi jsou podávání léků (79,2 %), polohování a prevence dekubitů (75,5 %), psychická podpora a popovídání si (75,5 %) a dále aplikace inzulínu (75,5 %). Nejméně často prováděnou činností u nemocného seniora je v 26,4 % případů zařizování praktických věcí a dále respitní péče pro rodinu seniora (11,3 %).



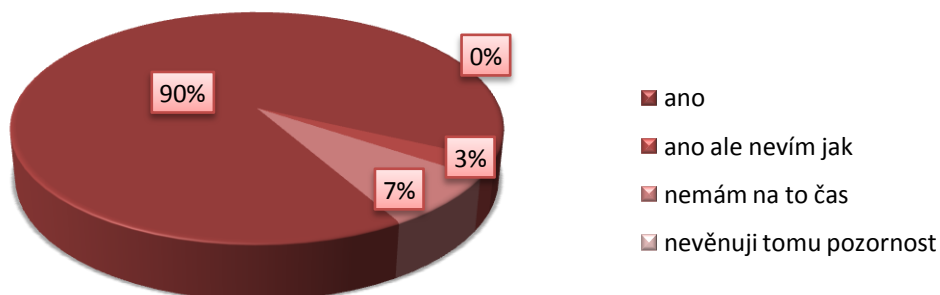
Graf 4.1.15: Povědomí sester o negativním efektu pečování na pečující o své rodinné příslušníky



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka na negativní efekt pečování, zda ví o co se jedná, odpovědělo 81,3 % dotazovaných sester, že ví co to je, pouze 6,3 % dotazovaných sester netušilo o co se jedná a zbývajících 12,5 % dotazovaných už tento termín někdy někde slyšelo, ale moc nevědělo o co jde.

Graf 4.1.16: Snaha sester předcházet negativnímu efektu pečování a pomoci rodině, aby k němu nedošlo



Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu vyplývá, že 90,2 % dotazovaných sester se snaží negativnímu efektu pečování předcházet a snaží se rodině být oporou v mnoha věcech týkajících se pečování. 2,4 % dotazovaných sester se snaží, ale neví pořádně, jak správně předcházet a 7,3 % dotazovaných sester by se rádo snažilo předcházet, ale nezbývá jim na to dost času se tím zabývat. Nikdo z dotazovaných sester nevedl, že prevenci negativního efektu pečování nevěnuje pozornost.

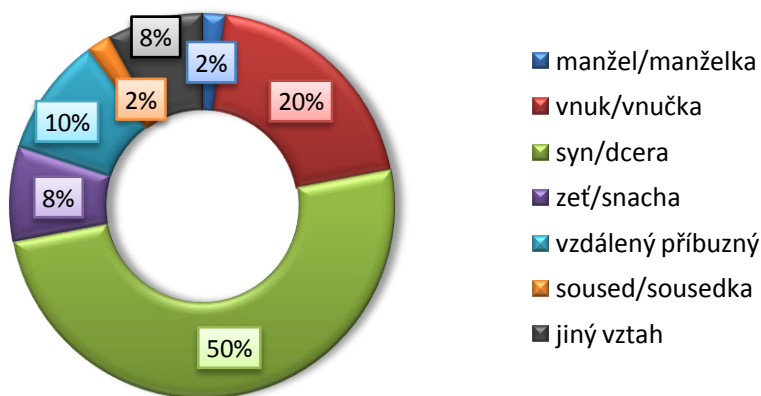
Tab.4.1.1: Co může sestra nabídnout v péči o seniora seniorovi a jeho rodině/pečovateli

<b>SENIOR</b>	<b>Jeho rodina/pečovatel</b>
Zdravotní péče, odbornost, kvalita ////////////////////////////////////	Informace, edukace, rada ////////////////////////////////////
Psychická podpora //////////////////////////////////	Psychická podpora //////////////////////////////////
Informace, rada, edukace //////////	Přátelský vztah, důvěra, spolupráce ///
Porozumění, naslouchání //////////	Kontakty ///
Podpora samostatnosti ///	Dodání odvahy, povzbuzení //
Sociální péče ///	Ochota, vstřícnost //
Kontakt se společností ///	Respitní péče //
Trpělivost, ohleduplnost, tolerance ///	Zácvik péče //
Dobrá nálada //	Znalost problematiky, odbornost /
Klid do domu, láska, laskavost //	Pochopení, soucit /
Vše co umím, sebe, svůj čas //	Pomůcky /
Vlídne slovo, komunikace /	Dohled
Objetí, pohlazení /	Pochvala
Modlitba /	Řešení problémů
Pocit bezpečí, důvěra	
Důstojné prostředí	

## 4.2 Analýza testu zátěže pečovateli

### Základní údaje

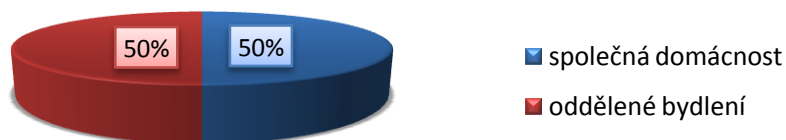
Graf 4.2.1: Příbuzenský vztah pečujícího k nemocnému



Zdroj: Vlastní výzkum

V této oblasti jsme zjistili, že mezi pečujícími jsou nejvíce zastoupeny děti (dcery/synové), které se starají o své rodiče, tato skupina tvoří ve výzkumném vzorku 50 %. Za povšimnutí určitě stojí skupina, která je v četnosti zastoupena na druhém místě a to je skupina vnuček a vnuků, tvoří 20 %. V 10 % jsou zde zastoupeni vzdálení příbuzní. V našem výzkumném souboru se nejméně vyskytli pečující sousedé či sousedky a manželky/manželé, každá tato skupina tvoří pouze 2 %. Jako jiný vztah, tvořící 8 % vzorku, uvedli respondenti pravnučky a matku.

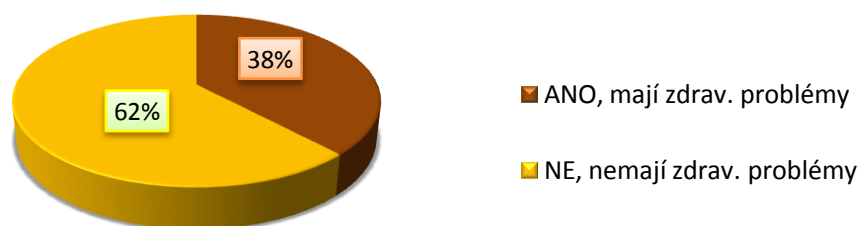
Graf 4.2.2.: Způsob bydlení pečovatele a seniora



Zdroj: Vlastní výzkum

Společné bydlení se seniorem potvrdilo při výzkumné otázce o bydlení 50 % respondentů. Dalších 50 % pečujících bydlí odděleně.

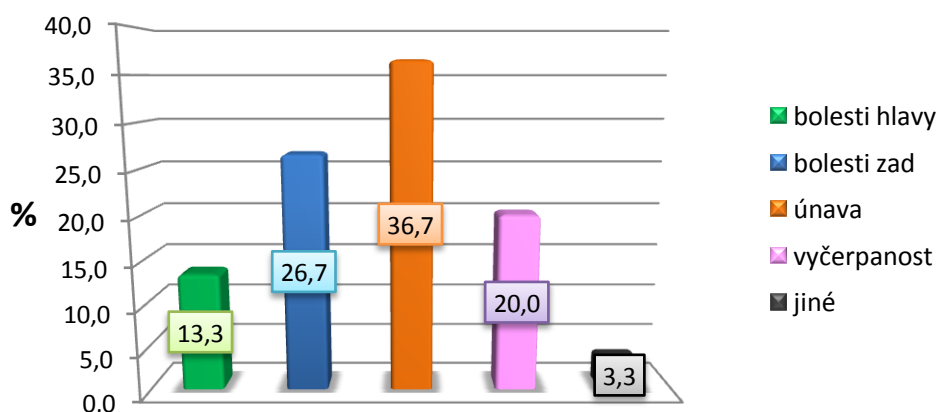
Graf 4.2.3: Zdravotní problémy respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Ke zjištění zdravotních obtíží byla nejdříve použita otázka zjišťující, zda respondent pociťuje nějaké zdravotní problémy v souvislosti s péčí o nemocného seniora. Ano odpovědělo 38 % pečujících. Zdravotní problémy nepociťuje většina z výzkumného vzorku a to je 62 %.

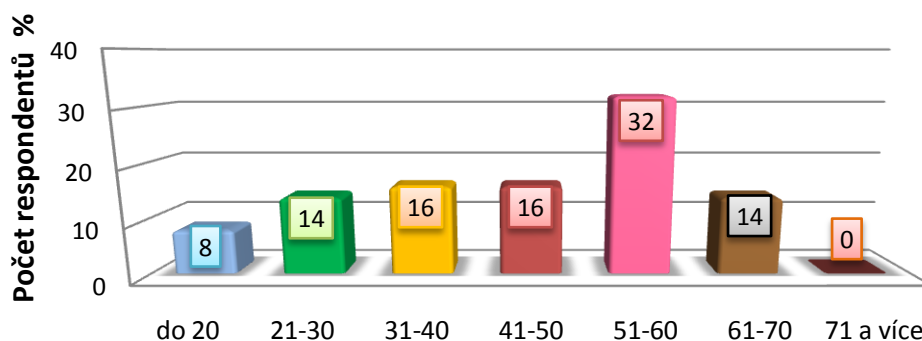
Graf 4.2.4: Druhy zdravotních problémů



Zdroj: Vlastní výzkum

V případě, že v minulé otázce byla odpověď kladná, měl respondent označit o jaké problémy se jedná. Mezi nejčastěji pociťované zdravotní problémy patří únava, kterou trpí 36,7 % respondentů se zdravotními problémy. Dalšími nejčastějšími problémy jsou bolesti zad (26,7 %) a vyčerpanost (20 %). Méně častým problémem je bolest hlavy, která byla zastoupena v 13,3 %. Jako jiné zdravotní problémy byla uvedena deprese (3,3 %).

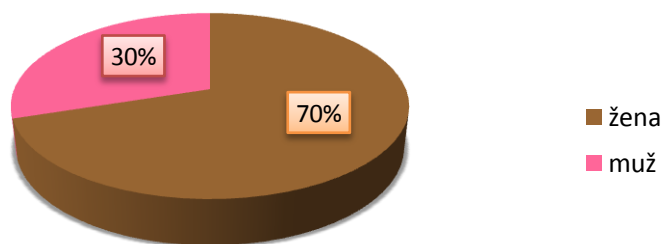
Graf 4.2.5: Věk pečujících



Zdroj: Vlastní výzkum

Soubor je z hlediska rozložení věkových kategorií různorodý. Nejvyšší četnost nalézáme v kategorii 51 – 60 let, kde je to 16 respondentů, nebo-li 32 % z výzkumného souboru. V dalších věkových kategoriích je to poměrně vyrovnané, četnost se pohybuje mezi 14 – 16 %. Zajímavým ukazatelem je, že v péči o starší generaci se nachází i mladí pečující do 20 let, kteří tvoří 8 % z celkového počtu 100 %. Nejnižší hodnotu má kategorie 71 a více let, která je zastoupená 0 %.

Graf 4.2.6: Poměr pečujících mužů a žen

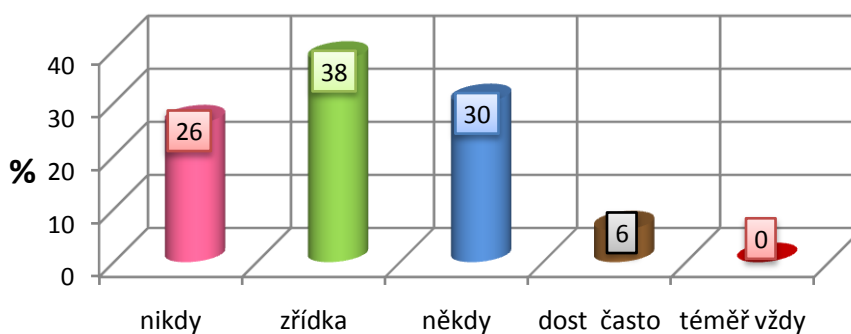


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvyššího zastoupení mezi pečujícími o nemocné a nesoběstačné seniory dosáhly ženy, a to v 70 % (35 respondentek). O nemocné seniory se ve výzkumném vzorku staralo 15 mužů (30 %).

### Test zátěže pečovateli

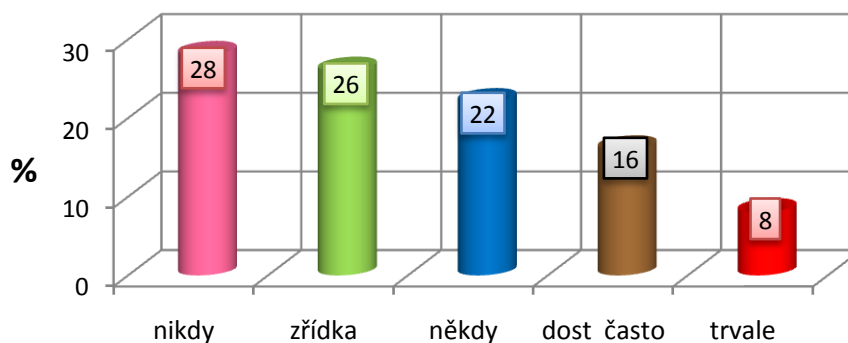
Graf 4.2.7: Máte pocit, že Váš příbuzný od Vás vyžaduje více péče, než skutečně potřebuje?



Zdroj: Vlastní výzkum

Podle názoru pečujících, má 38 % z dotazovaných pocit, že nemocný senior vyžaduje více péče, než skutečně potřebuje jen zřídka. Do kategorie někdy se zařadilo 30 % pečujících. Tento pocit nikdy nemá 26 % dotázaných.

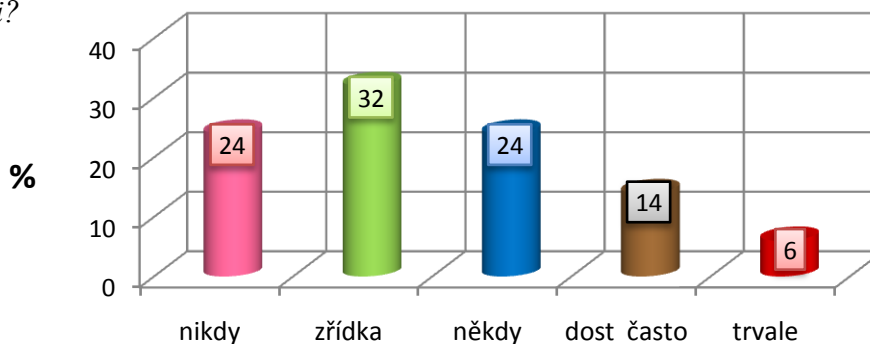
Graf 4.2.8: Máte pocit, že v důsledku péče Vám nezbývá dost času na sebe?



Zdroj: Vlastní výzkum

Míru zátěže určitě ovlivňuje i to, zda má pečující dostatečnou svobodu a dost času na sebe. Z mého výzkumného vzorku uvedla většina respondentů (28 %), že pocit nedostatku času na sebe neprožívá nikdy, kategorii zřídka zastupuje 26 % respondentů a kategorii někdy 22 % respondentů. Což je ve všech třech kategoriích skoro stejně. Pocit trvalého nedostatku času na sebe uvedlo pouze 8 % pečujících.

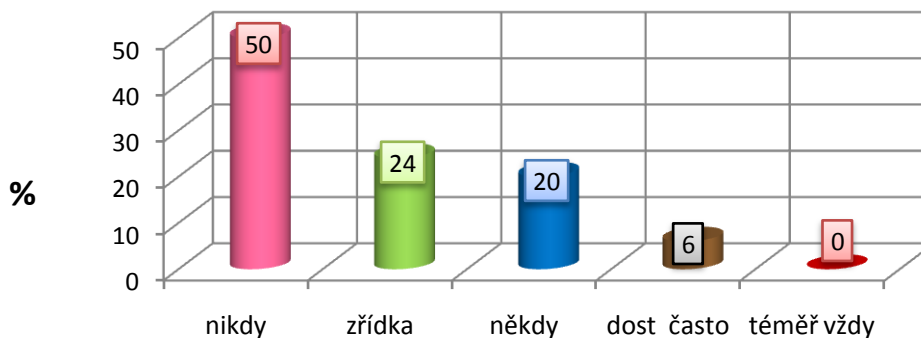
Graf 4.2.9: Cítíte se stresován/a potřebou péče a ostatními povinnostmi v rodině či práci?



Zdroj: Vlastní výzkum

Pečování je stresový faktor, který může ovlivnit rodinu i práci. 14 % dotázaných totiž uvedlo, že je stresováno potřebou péče v rodině či práci dost často a 6 % pečujících dokonce trvale. Nejvíce však pocit stresu v rodině či práci prožívají pečující jen zřídka (32 %). Skupina, která se stresována potřebou péče v rodině necítí, tvoří z výzkumného vzorku 24 %.

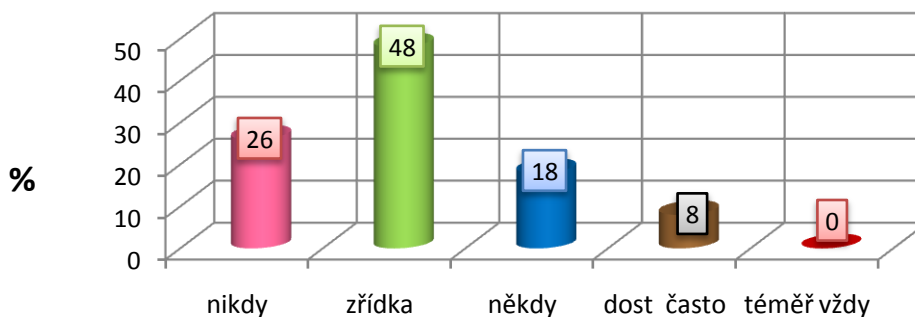
Graf 4.2.10: Cítíte se zahanben/a chováním Vašeho příbuzného?



Zdroj: Vlastní výzkum

Někteří staří a nemocní lidé se mohou chovat ne úplně dobře a pečující můžou tímto chováním být zahanbeni a mohou se za chování svého příbuzného stydět. 50 % dotazovaných pečujících ale uvedlo, že tento pocit nemá. Zřídka se za svého příbuzného stydí 24 % respondentů a někdy 20 % dotázaných.

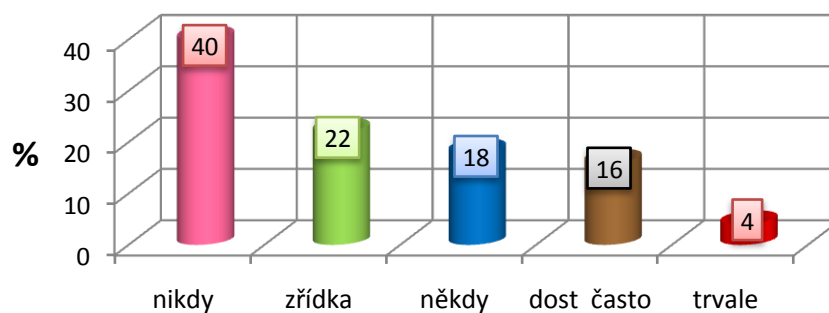
Graf 4.2.11: Býváte rozzloben/a, když jste se svým příbuzným?



Zdroj: Vlastní výzkum

Zřídka rozzlobení na svého nemocného seniora je 48 % dotazovaných pečujících. Pečujících obrněných trpělivostí se mezi dotázanými našlo 26 %, ty nikdy na svého nemocného rozzlobení nebyli. Někdy se na seniora rozzlobí 18 % dotazovaných pečujících a dost často jen 8 % z nich. Téměř vždy rozzlobený pečovatel se nenašel ani jeden.

Graf 4.2.12: Máte pocit, že péče o starého člena rodiny nepříznivě ovlivňuje Vaše rodinné vztahy či vztahy s přáteli?

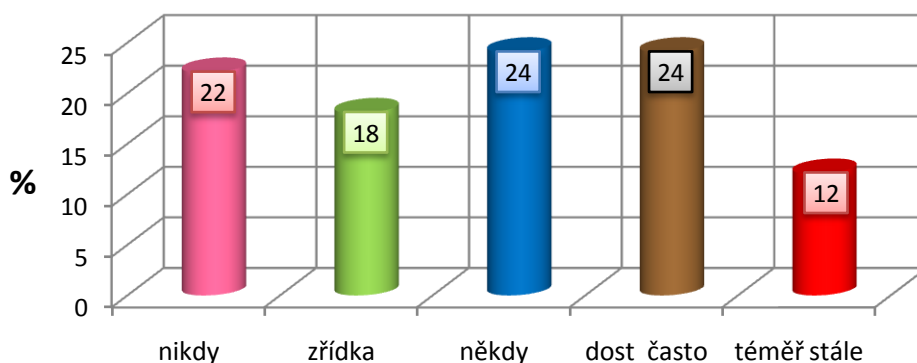


Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce 40 % pečujících z výzkumného vzorku označilo, že péče o starého člena rodiny nikdy neovlivňovala rodinné či přátelské vztahy. 22 % dotázaných uvedlo, že jejich vztahy jsou ovlivněny péčí jen zřídka a 18 % někdy. Ve čtvrté kategorii dost často označilo svojí odpověď 16 % dotázaných pečujících a trvalé ovlivnění rodinných vztahů péčí prožívá pouze 4 % respondentů.



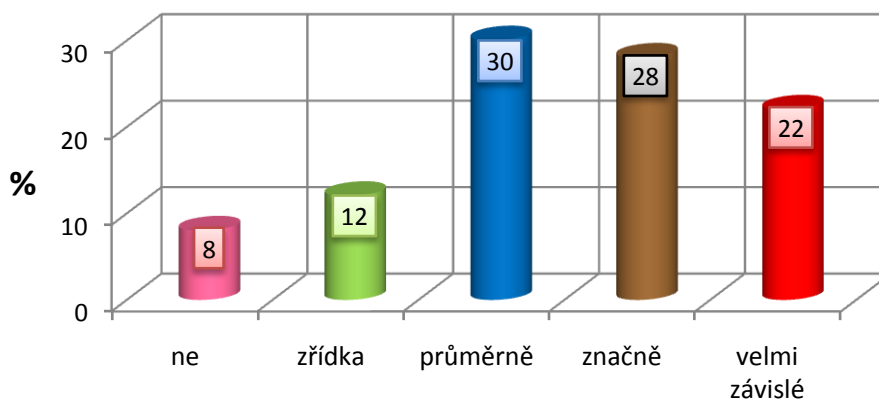
Graf 4.2.13: Míváte starosti, jak do budoucna vyřešíte péči o Vašeho příbuzného?



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce, zda mají pečující starost o budoucnost v oblasti péče, vyšel stav skoro vyrovnaný. Někteří péči do budoucna řeší dost často (24 %) a jiní zase jen někdy (24 %). I v první kategorii, že starosti do budoucna nemají, se našlo 22 % pečujících.

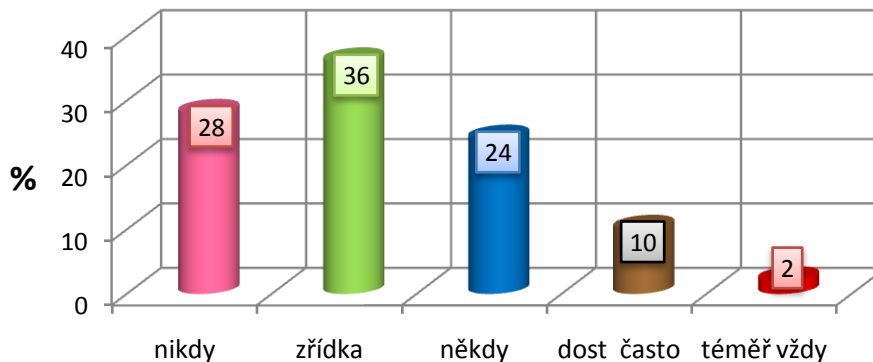
Graf 4.2.14: Máte pocit, že Váš příbuzný je na Vás značně závislý?



Zdroj: Vlastní výzkum

K hodnocení zátěže pečovatelů ve vysoké míře přispívá pocit závislosti nemocného na pečovateli. To, že je na nich nemocný velmi závislý uvádí 22 % dotázaných. Značnou závislost uvádí 28 % dotazovaných pečujících. Průměrnou závislost pociťuje nejvíce dotázaných pečujících a to je 30 %. Pouze 8 % udává nezávislost nemocného.

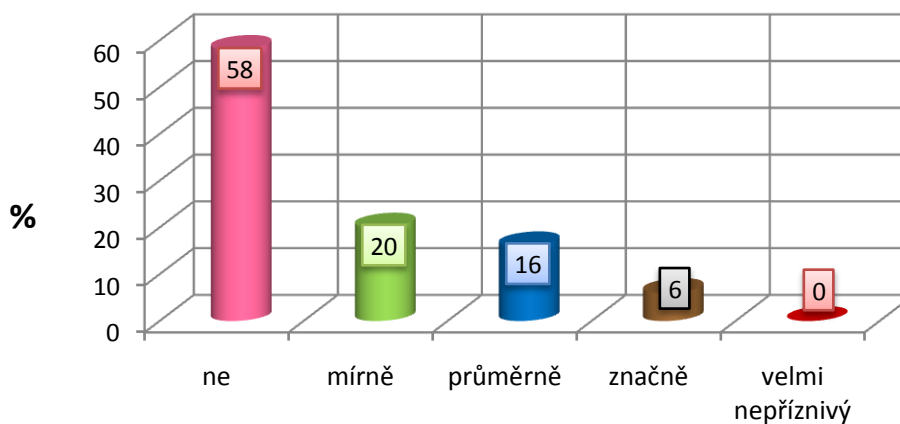
Graf 4.2.15: Cítíte se ve stresu, když bezprostředně pečujete o svého blízkého?



Zdroj: Vlastní výzkum

Při bezprostředním pečování o blízkého se ve stresu většina respondentů (36 %) cítí zřídka. Celých 28 % dotazovaných pečujících žádný stres při péči neprožívá. Někdy je při péči ve stresu 24 % dotázaných a dokonce se našlo i několik respondentů, kteří cítí stres dost často (10 %) nebo téměř vždy (2 %).

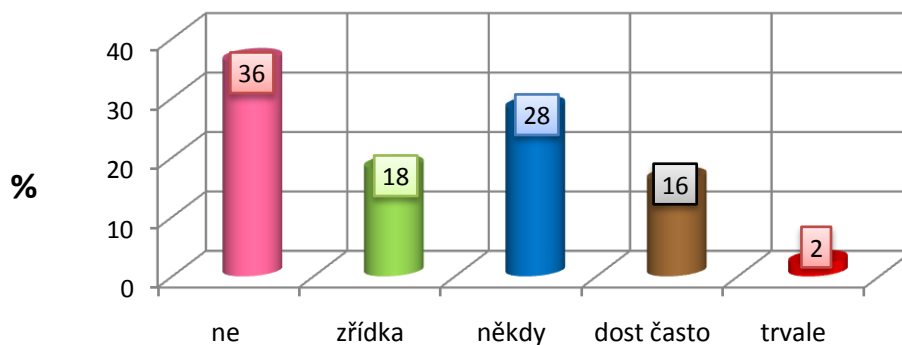
Graf 4.2.16: Má pečování nepříznivý vliv na Vaše zdraví?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda má pečování nepříznivý vliv na zdraví, uvedlo nejvíce respondentů (58 %), že nemá. Dalších 20 % dotazovaných pečujících pozoruje nepříznivý vliv péče na své zdraví mírně a jen 16 % průměrně. Značné ovlivnění zdravotního stavu uvedlo pouze 6 % dotázaných.

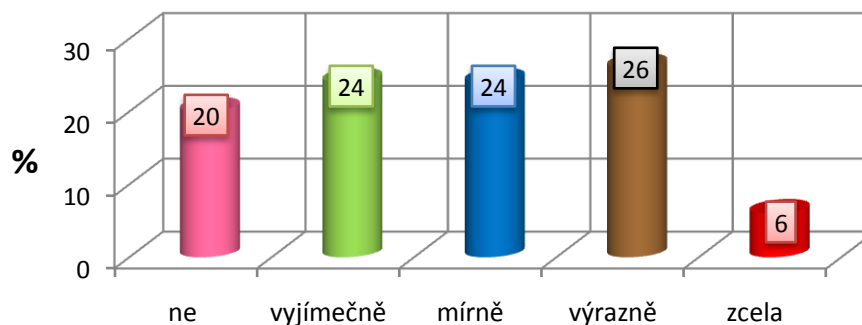
Graf 4.2.17: Myslíte si, že péče o nemocného Vás zbavuje soukromí?



Zdroj: Vlastní výzkum

36 % dotazovaných respondentů odpovědělo na otázku týkající se soukromí, že je péče soukromí nezbavuje a že mají dost času na svoje intimní chvíle. Je zde ale i skupina pečujících z výzkumného vzorku (16 %), kteří si myslí, že dost často je jejich soukromí ohroženo a dokonce i trvale ohroženo (2 %). Většina se ale přiklání k názoru, že to zas tak hrozné není, a tato situace nastane jen někdy (28 %) nebo zřídka (18 %).

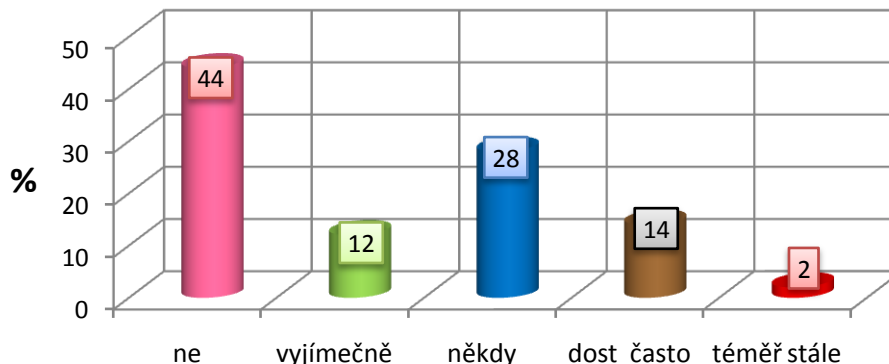
Graf 4.2.18: Musel/a jste v důsledku pečování omezit své společenské aktivity (např. dovolenou, návštěvy kulturních představení, posezení s přáteli, koníčky,...)?



Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaní pečující v testu uvedli, že v 26 % museli výrazně omezit své společenské aktivity. Mírné nebo výjimečné omezení pocítuje 24% dotázaných. Celých 20 % respondentů své společenské aktivity neomezilo a zcela omezit je muselo v důsledku pečování 6 % respondentů.

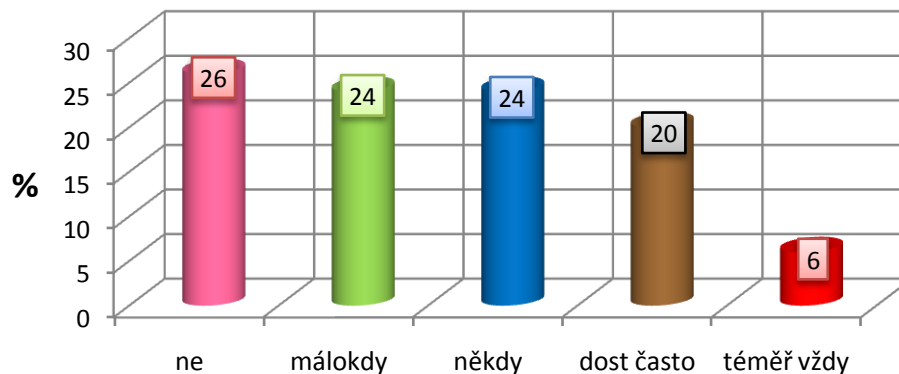
Graf 4.2.19: Pociťujete výše uvedená omezení společenských aktivit nepříjemně?



Zdroj: Vlastní výzkum

Toto omezení pociťuje téměř stále za nepříjemné jen 2 % dotázaných. Většina pečujících uvádí (44 %), že omezení pro ně nepříjemné není. Někdy má tento nepříjemný pocit omezení 28 % respondentů.

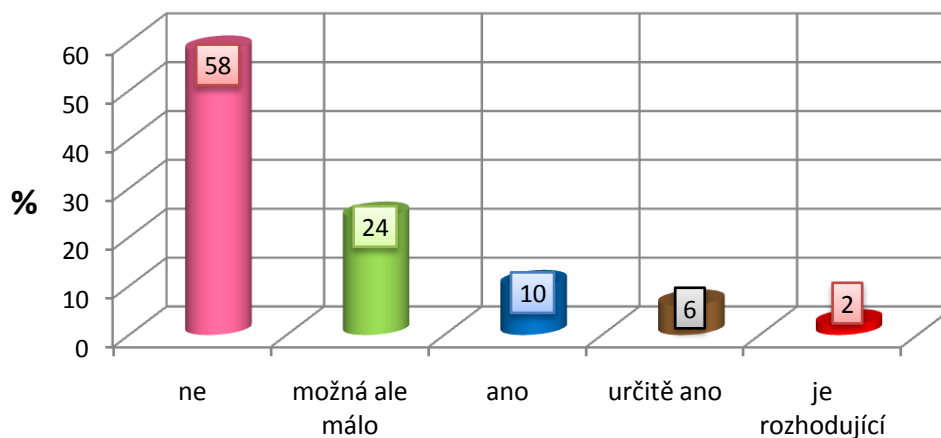
Graf 4.2.20: Je Vaše péče přijímána jako kdybyste byl/a jediný/á, na koho se Váš příbuzný může spolehnout nebo na kom je závislý?



Zdroj: Vlastní výzkum

To, že jsou jediní, na které se může nemocný spolehnout, uvedlo 26 % dotazovaných pečujících, že tento pocit nemá. Málokdy nebo někdy prožívá pocit jedinečnosti 24 %. Jako dost častý uvádí tento pocit 20 % respondentů. Variantu, kde se pečující cítí jako by byl jediný, na kom je nemocný závislý, zastupuje pouze 6 % dotázaných.

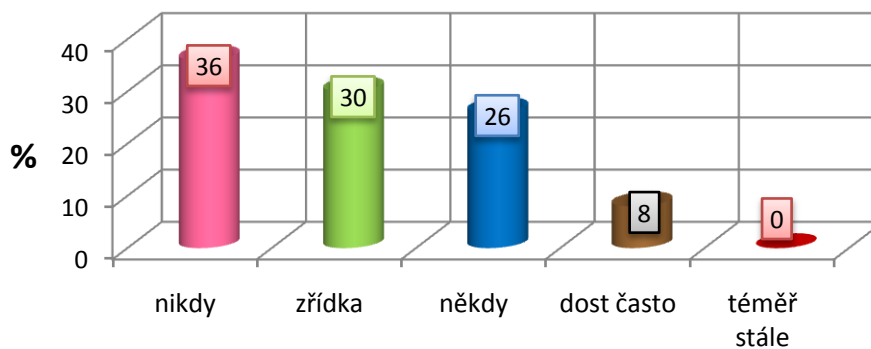
Graf 4.2.21: Myslíte si, že Vaše finanční situace je nepříznivá, takže ovlivňuje Vaše rozhodování o další péči?



Zdroj: Vlastní výzkum

Finanční situace u 58 % dotazovaných pečujících není tak nepříznivá, aby ovlivnila rozhodování o péči, jen 2 % dotazovaných jsou financemi zřetelně ovlivněni při rozhodování o péči.

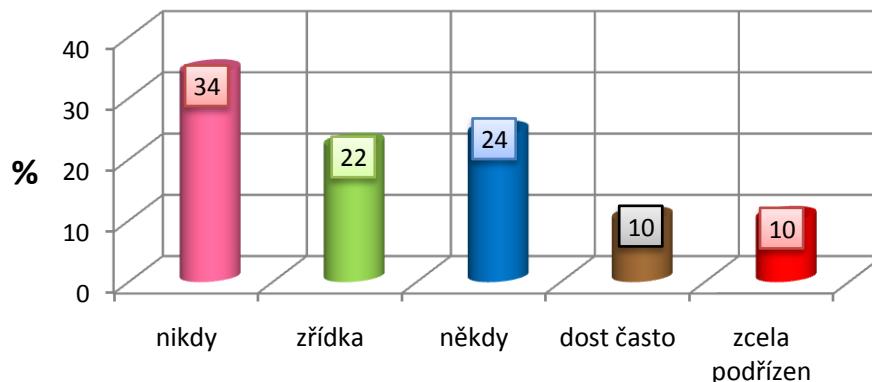
Graf 4.2.22: Míváte pocit, že se již déle nebudete moci starat?



Zdroj: Vlastní výzkum

36 % dotázaných pečujících pocít, že se již déle nebudou moci starat, nemá. Dalších 30 % dotázaných tento pocit prožívá jen zřídka. Dostí častý pocit úplné vyčerpanosti má jen 8 % pečujících.

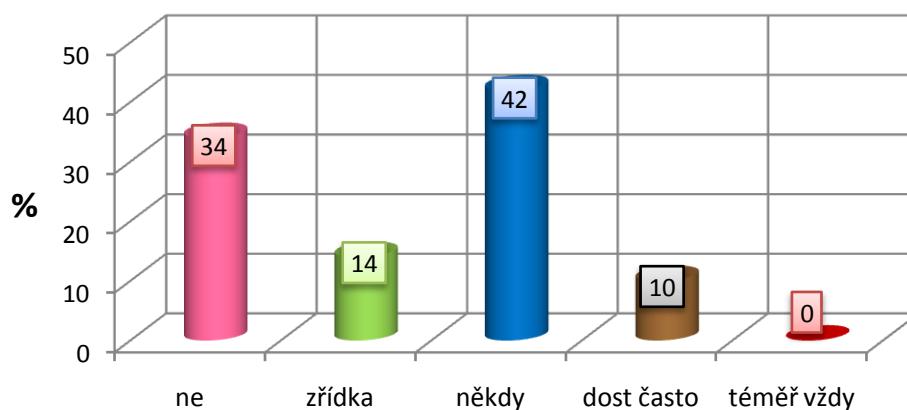
Graf 4.2.23: Míváte pocit, že Váš život je zcela podřízen pečování?



Zdroj: Vlastní výzkum

Pocit, že v životě neděláte nic jiného, než že pečujete o svého blízkého a že život je pečování zcela podřízen má 10 % pečujících. 34 % dotazovaných pocit podřízenosti nemá nebo má je zřídka (22 %) a někdy (24 %).

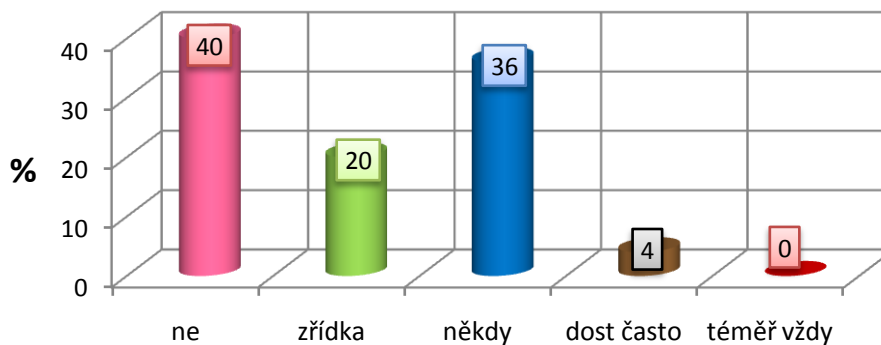
Graf 4.2.24: Přejel/a byste si, aby jste mohl/a břemeno péče přesunout na někoho jiného?



Zdroj: Vlastní výzkum

Dennodenní péče je zatěžující a 42 % dotázaných říká, že by někdy rádi břemeno péče přesunuli na někoho jiného. Je zde, ale i skupina 34 % dotazovaných pečujících, kterým břemeno péče nevadí nebo vadí jen zřídka (14 %). U 10 % respondentů je toto přání dost časté.

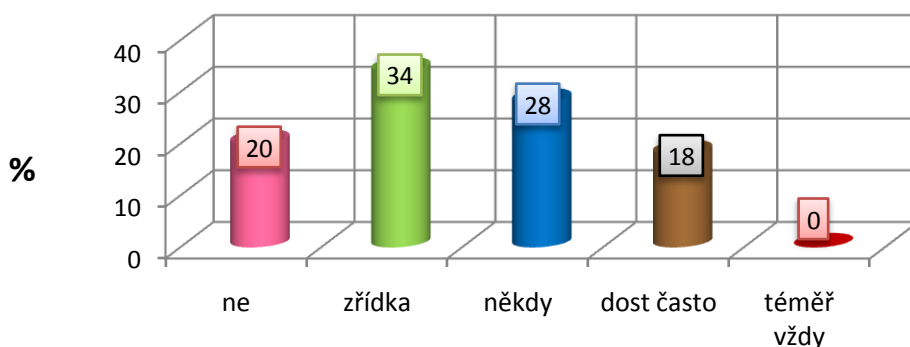
Graf 4.2.25: Cítíte se nejistý/á a nevíte, jak máte pečovat?



Zdroj: Vlastní výzkum

Většina respondentů z výzkumného vzorku uvedlo, že ví, jak mají o svého nemocného příbuzného pečovat, těch bylo 40 %. Dalších 36 % dotazovaných pečujících se přiznalo, že někdy ve své péči tápou a jsou bezradní.

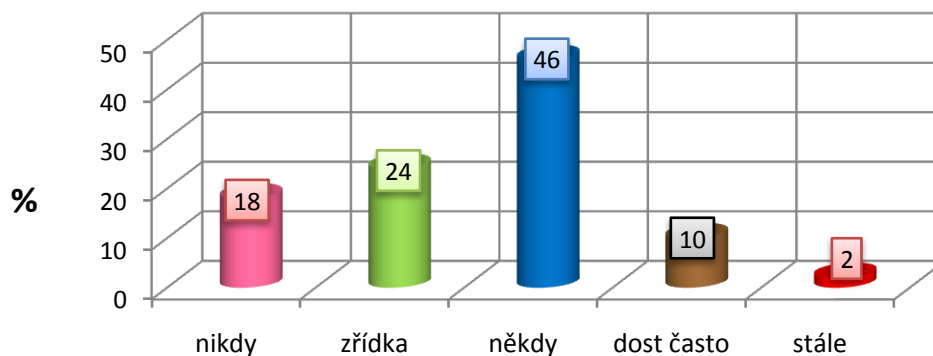
Graf 4.2.26: Máte pocit, že byste měl/a dělat pro svého příbuzného více?



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce bylo za cíl zjistit, zda mají pečující pocit, že by mohli svou péči ještě zlepšit a dělat pro svého nemocného příbuzného něco více. Jestli do péče dávají vše, co jsou schopni ze sebe dát. Největší četnost odpovědí se vyskytla v kategoriích, kde si pečující myslí, že zřídka (34 % respondentů) nebo někdy (28 % respondentů), by mohli péči věnovat více. V odpovědi, že pro svého blízkého více udělat už nemohou, byla četnost odpovědí 20 %. Našli se ale i pečovatelé (18 %), kteří pravděpodobně péči o blízkého nepřehánají a dost často mají pocit, že by měli dělat více.

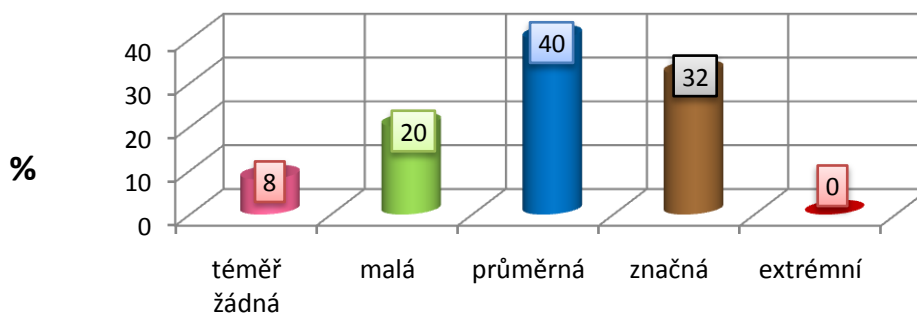
Graf 4.2.27: Myslíte si, že byste se mohl/a starat ještě lépe?



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka je navazující na otázku předešlou. 46 % dotázaných odpovědělo, že si myslí, že by se mohli starat lépe někdy, dalších 24 % dotázaných zřídka a jako třetí s největším procentem odpovědí (18 %) se umístila odpověď, že by se lépe starat už nemohli, a to vypovídá o tom, že těchto 18 % dotazovaných pečujících do péče o nemocného dává veškerou svojí energii. Existují, ale i pečující (10 %), kteří si dost často myslí, že by péči mohli zlepšit.

Graf 4.2.28: Jak hodnotíte celkovou zátěž pečování?



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce žádný z respondentů nevedl, že zátěž je pro něj extrémní. Celkem 40 % respondentů hodnotilo svou subjektivní pečovatelskou zátěž jako průměrnou, 32 % dotazovaných jako značnou. Jako malou pečovatelskou zátěž uvedlo 20 % respondentů. Za téměř žádnou považuje svou zátěž pouze 8 % dotazovaných pečujících.



## 5. Diskuze

V této části bakalářské práce se budu zabývat vyhodnocením jednotlivých údajů, které jsem získala z vyhodnocených dotazníků a testů zátěže.

V souladu s výše uvedenými hypotézami jsem detailně rozpracovala odpovědi v dotazníku tak, aby se daly potvrdit či vyvrátit mé hypotézy. Jak již bylo výše popsáno, zkoumaným souborem jsou dvě skupiny. První skupinou jsou všeobecné sestry pracující v domácí péči, home care, domově důchodců či na kterémkoli oddělení nemocnice, které se stará o nemocné seniory. Této skupině bylo celkem rozdáno 60 dotazníků, ale vrátilo se pouze 53 dotazníků, které byly vyhodnoceny. Druhou skupinou byly osoby, které doma pečují o nesamostatného starého a nemocného člověka. Této skupině byly rozdány testy zátěže pečovatelů, těch bylo celkem 50 a návratnost byla 100%.

Nejdříve se tedy budeme zabývat dotazníkem pro sestry. První otázky (č. 1-5) jsou směřovány ke zjištění *základních údajů* o respondentech. Ve výzkumu se ukázalo, že nejvíce se starými lidmi pracují sestry ženy, které jsou ve středních letech (Graf 4.1.1, Graf 4.1.2). Což může vyplývat z náročnosti a neatraktivnosti práce se starými lidmi. Dále tyto výsledky potvrzují obecně známou skutečnost, že povolání zdravotní sestry je vnímáno spíše jako typické pro ženu. Přitom bychom muže v tomto oboru opravdu potřebovali, jak uvádí přednostka katedry ošetřovatelství Lékařské fakulty MU doc. Miroslava Kyasová. V západní Evropě je v péči o seniory zastoupeno daleko více mužů a nejde jen o pozice, kde je třeba fyzická síla. S předešlými otázkami koresponduje i otázka na délku praxe v oboru, kde jsme mohli zjistit, že sestry pracující v domácí péči či na jiných pracovištích zabývajících se geriatrickou péčí mají povětšinou více jak 6-letou praxi. Tyto výsledky jsou zcela pochopitelné vzhledem k fyzické a psychické zátěži vyplývající z pečování o seniory. Je to dobře, protože si myslím, že péče se starými je hodně specifická a náročná a vyžaduje nějaké zkušenosti. V této úvodní části dotazníku, mě překvapily výsledky o nejvyšším dosaženém vzdělání sester (Graf 4.1.3). Pouze malá část respondentek má vysokoškolské bakalářské nebo vyšší odborné vzdělání, o vysokoškolském magisterském raději ani nemluvě. Většina z nich (76 %) v dotazníku uvedla nejvyšší

dosažené vzdělání středoškolské vzdělání. A když se podíváme do jiných oborů ve zdravotnictví, myslím, že bychom zjistili to samé. Tyto výsledky ukázaly, že vysokoškolské vzdělání u sester je stále ojedinělé v porovnání se středoškolským vzděláním. Kde jsou ale všechny ty studentky vysokých škol, které získaly titul? Proč utíkají?

Teď se dostáváme k jednotlivým otázkám (č. 6-17), které přímo zkoumají práci se starými a nesoběstačnými lidmi v naší společnosti a jejich potřebami. První a myslím si docela zásadní otázkou bylo, zda je pro ně práce s touto populací namáhavá. Z odpovědí bylo zřejmé, že více jak 80 % sester považuje svou práci se seniory za průměrně namáhavou až značně namáhavou, čemuž se nemůžeme divit, i Jeřábek (32), ve své publikaci *Rodinná péče o staré lidi*, říká se, že se jedná o nikdy nekončící, nspecifikovatelnou práci, která je vidět jen tehdy, když není udělána. Na druhou stranu, mě ale velmi moc potěšil výsledek následující otázky. I přesto, že se jedná o velmi náročnou práci, 63,5 % sester uvedlo, že svou práci miluje. Pouze 1,9 % sester práce se seniory nebaví a rádo by změnilo obor. Hilary Graham (19) zabývající se péčí zdůrazňuje, že vztah péče je třeba definovat jako „práci z lásky“. Doslova říká: „*Caring is experienced as a labour of love in which the labour must continue even where the love falters ...*“, tj.: „*Péče je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat i když láska klopýtne.*“ Je dobře, že na sesterském místě a zvláště v tomto oboru, kdy má být starý člověk trochu „rozmazlován“ a ctěn, pracují lidé, kteří vidí svou práci jako spíše jako poslání než zaměstnání. V následujících grafech (Graf 4.1.8, Graf 4.1.9, Graf 4.1.10) je sledován pocit vyčerpání a vliv práce na zdraví sester. Sestry pracující u seniorů patří k nejohroženějším skupinám, pokud jde o syndrom vyhoření, jak se zmiňuje Kaletová v časopise *Sestra* (33). V mém šetření uvedlo 65,4 % sester, že občas pocit vyčerpání na svém těle cítí. Syndrom vyhoření jsem zaznamenala pouze u malého, skoro bezvýznamného, procenta sester, což mě mile překvapilo. Zdravotní či jiné problémy ale pociťují na svém těle více jak polovina z nich. Nejčastěji se jedná o bolesti zad (25,3 %), málo času na odpočinek a celková únava (14,3 %), stres (11 %) a vyčerpání (12 %). Další otázky (11,12) měly za úkol zjistit, jaké mají seniři potřeby. Pohled na život a na potřeby seniorů je velmi individuální. Mezi potřeby, které byly pro

seniory důležité, patřily hlavně potřeba jistoty a bezpečí (14 bodů), což znamená především rodinu, rodinné zázemí a přátelství. Haškovcová (24) hovoří o tom, že stárnoucí člověk nechce opustit svou jistotu, svůj domov, protože si uvědomuje, že ztratí svou přísně střeženou intimitu. Gregor (20) také ve své literatuře vyzdvihuje přátelství a lidské vztahy v rodině, protože ty se mohou stát nelepší medicínou na bolavou duši. Další důležitou potřebou, jak plyne z šetření, je potřeba zdravotní péče (13 bodů). Není se čemu divit, se zvyšujícím se věkem se zvyšuje i prevalence chronických chorob a vzrůstá multimorbidita (současná přítomnost více onemocnění), jak ve své knize uvádí Zavázalová (92) a zdraví se tak stává pro starého člověka hodně důležité. Jen si vybavte situaci vašich narozenin – co vám bude vaše maminka/babička přát? Samozřejmě jako první to bude zdraví a pak až ty ostatní věci jako je láska a štěstí, atd. Subjektivní vnímání zdraví ovlivňuje každodenní život seniora více než objektivní charakteristiky zdravotního stavu (77). Berme také v úvahu, že zdraví není v tomto věku chápáno jako neexistence nemoci, víc jde o zachování soběstačnosti (75). Potřeba dobře se najíst a zajistit si stravu (12 bodů) byla zmiňována jako třetí v pořadí důležitosti a žádanosti. Pichaud, Thareauová (53) ve své knize popisují jídlo jako biologickou potřebu a potěšení. Pro mnoho seniorů představuje jídlo skutečné potěšení. Někteří autoři hovoří o jídle jako o radosti, která člověku vydrží nejdéle. Chloubová (29) ve svém článku poukazuje na to, že staří lidé se mnohem více soustředí na některé tělesné potřeby. Mezi tyto potřeby zahrnuje především výživu a hygienu. Ta byla jmenována hned za potřebou jídla. Štilec (65) ve své knize popisuje pohyb jako základní potřebu každého živého tvora včetně člověka a s tím mu můžu dát za pravdu. Konkrétně ve stáří se tato potřeba zvyšuje a senior se snaží o to, aby si co nejdéle zachoval svojí pohyblivost, soběstačnost a tím i nezávislost na ostatních. V mém šetření vyšla tato potřeba jako pátá nejdůležitější. Dále to pak byly potřeby citové a duchovní, mít zajištěné kvalitní bydlení, stránka financí, atd. Výše zmíněná autorka Zavázalová (92) se také zmiňuje o tom, že nejzávažnější situací je případ, kdy se kumuluje špatný zdravotní stav s vysokým věkem a osamělým způsobem života. Z čehož vyplývá, že výše popsané potřeby jsou pro seniora přirozeně považovány za nejdůležitější, protože když nejsou naplněny, stávají se vysokým rizikovým faktorem nesoběstačnosti

a předčasného úmrtí. Mé výsledky v oblasti potřeb a hodnot se také shodují s tím, co uvádí doc. Loučková (41) ve svém článku. Další otázka měla potvrdit, či vyvrátit jednu z mých hypotéz, a to tu, že nejdůležitější potřebou nemocného seniora v rodině je potřeba emocionální – H2. Tato hypotéza potvrzena nebyla, i když mě to docela hodně překvapilo, že nebyla, protože i Venglářová (76) říká, že senior má vysokou potřebu být akceptován a prožívat citový vztah. V grafu (Graf 4.1.12) můžeme vidět, že skoro 17 % sester, které se seniory pracují, si myslí, že nejdůležitější z potřeb jsou potřeby zdravotní, dále pak sociální a jako poslední právě potřeby emocionální. Je fakt, že více jak polovina dotazovaných sester označila svou odpověď do políčka, že důležité jsou všechny, z čehož nemohu usoudit, která je tedy nejdůležitější. Následující otázka (č. 14) byla zaměřená na činnosti/výkony, které sestra u nemocného a nesoběstačného seniora nejčastěji provádí. Jak jsem předpokládala, jedná se o odbornou ošetrovatelskou činnost, které má být doplněním péče domácího rodinného pečovatele. Činnosti jako zařizování praktických věcí (praní, vaření, úklid, nákup,...), sociální interakce seniora, trénink paměti, podpora rodiny sestry většinou moc často neprovádí, protože to má být úkolem domácího pečovatele a hlavně sestry mají tolik málo času, že by ani nestíhaly takové úkony provádět. Tím se potvrzuje hypotéza H1, že sestra domácí péče poskytuje odbornou ošetrovatelskou péči o nemocného seniora a tím pomáhá rodinnému pečovateli. I přes to, že v této otázce vyšlo, že podpora rodiny nepatří do činností, které by sestra často prováděla, další grafy (Graf 4.1.13, Graf 4.1.15, Graf 4.1.16) tuto skutečnost tak trochu vyvrací. Více jak polovina dotazovaných sester totiž potvrdila, že do péče o nemocného seniora rodinu zapojují, v mnoha věcech jsou jí oporou a povzbuzením a snaží se předejít tak negativnímu efektu pečování. Tyto sestry a samozřejmě i já a mnoho dalších odborníků i laiků jsou za jedno s názorem Litomerického (40), který ve své publikaci *Starý člověk v rodině*, vyzdvihuje funkci rodiny a myslí si, že domácí prostředí, každodenní styk s nejbližšími má nenahraditelnou úlohu v emocionální, sociální a psychologické podpoře starého člověka v čase, kdy jeho zdraví slábne, zužují se sociální kontakty a narůstá závislost na pomoci. V závěrečné otevřené otázce (č. 17), která byla položena, měly sestry napsat, co mohou v péči o seniory nabídnout seniorovi a co jeho rodině/pečovateli.

Důležitým zjištěním v těchto odpovědích podle mě bylo především to, že sestry nezapomínaly, že se starají o člověka, kterému je potřeba dát lásku a své porozumění, radu a pochvalu a novou naději do života

Od dotazníku pro sestry přejdeme na test zátěže pečovatelů. Úvodní část testu je zaměřena na identifikační údaje (tzn. pohlaví, věk, vztah pečujícího k nemocnému, bydlení a zdravotní potíže). Výsledky potvrzující obecně známou skutečnost, vyšly v otázce na pohlaví pečujícího. Samozřejmě ve veliké převaze zabodovaly ženy (70 %). To potvrdilo mou hypotézu H6, že v roli pečovatelů-rodinných příslušníků jsou ve většině případů zastoupeny ženy. Pokud se jedná o vztah pečující versus nemocný, poloviční zastoupení (50 %) měli dcery/synové. Dále pak se pečování věnuje skupina umístěná v četnosti hned na druhém místě (20 %), což je překvapivé - mladá generace vnuků/vnuček. Tuto skutečnost zmiňuje ve své literatuře i Jeřábek (32), říká, že osobní péči největším dílem zabezpečují ženy, tj. manželky, dcery nebo snachy, v našem případě i vnučky. Žena totiž zastupuje v rodině roli tradiční poskytovatelky péče, od péče o děti plynule přechází k péči o své nemohoucí rodiče či příbuzné. Tato pozice žen je pokládána za „přirozenou“, ačkoliv se jedná o vysoce náročnou činnost, která vyžaduje trénink a postupné učení se. I když jsou tedy hlavními pečovatelkami převážně ženy, je pomoc partnera a ostatních členů rodiny nezbytná a vzhledem k fyzické, psychické a sociální náročnosti velice důležitá. Zatímco ženy poskytují starým členům rodiny především přímou péči, muži kopírují mužskou roli živitele rodiny tím, že vykonávají podpůrnou péči. I když je pečování přisuzováno více ženám, Haškovcová (25) přesto tvrdí, a já s ní souhlasím, že v péči o starého člověka se může určitým způsobem postarat každý. Ten, kdo je ochoten a schopen se na péči podílet má být přizván ke spolupráci, nikomu nemá být v účasti bráněno. Další otázky z této úvodní části testu měly prověřit další z mých stanovených hypotéz, a to tu, že v souvislosti s pečováním o nemocného seniora v rodině se mohou u pečovatele vyskytovat zdravotní problémy – H3. Tato hypotéza na základě výsledků, je potvrzena, více jak jedna třetina dotázaných pečujících nějaké zdravotní problémy v souvislosti s pečováním na svém těle pozoruje. Není se čemu divit, vždyť poskytování péče o bezmocnou starou osobu působí zvýšenou tělesnou zátěž jako každá jiná fyzická práce. U pečujících se nejvíce

projevují nejrůznější fyzické bolesti, hlavně bolesti zad. Mnohé bolesti mohou mít svůj původ v psychice (35), jako třeba bolesti hlavy, které byly v odpovědích respondentů také zastoupeny. U pečujících se velmi často současně objevuje i celková únava až vyčerpanost.

Další otázky jsou cílené tak, aby zmapovaly zátěž pečující osoby. Zmíním se pouze o výsledcích, které byly nějakým způsobem zajímavé, užitečné a měly souvislost s hypotézami, které jsem si stanovila. Zaprvé z daných odpovědí respondentů vyplývá fakt, že ani jedna z hypotéz H4 (V souvislosti s pečováním o nemocného seniora v rodině se mohou u pečovatele vyskytovat psychické poruchy.) a H5 (V souvislosti s pečováním o nemocného seniora v rodině může dojít k porušení sociálních vazeb v rodině.) není jednoznačně potvrzena ani vyvrácena. Mnoho autorů, prováděných šetření a pilotáží, mezi nimi i bakalářská práce Kernové (35), poukazují na to, že všechny typy zátěže často vyústí v ohromnou citovou zátěž. Nemožnost hospodařit s vlastním časem, nutnost vyrovnat se s velkou odpovědností a další úskalí péče mohou vyvolat řadu nepříjemných pocitů. Rovněž poskytování osobní péče může vyvolat sociální zátěž tím, že pečovatel je izolovaný od rodiny, přátel, společenského života. Pečovatel se může cítit velmi unavený a tedy neschopný mít své osobní volno. Výsledkem všech těchto pocitů může být hněv, odpor k příjemci péče a znechucení z trvalé odpovědnosti, pocit izolace, samoty až opuštěnosti a ztráty duševní rovnováhy. Mohou se objevit nevyřešené konflikty, které mohou zesílit natolik, že se objeví úzkost či pocity bezmoci a bezvýchodnosti. Sama tyto pocity moc dobře znám, jelikož i já se starala o svojí babičku a nebylo to vůbec jednoduché. V mém šetření, ale výsledky neodpovídají tomu, že by se respondenti utápěli často v těchto pocitech, že by se u nich objevily problémy rázu psychického či sociálního. Spíše uvádějí, že jejich problémy se vyskytují jen zřídka anebo dokonce nikdy. Ano malá část dotazovaných tyto pocity má častěji, ale je to pouze malé procento, které je skoro zanedbatelné a nedá se na něm postavit nějaký závěr.

Hodně mě výsledky šetření v testu zarazily, nepředpokládala jsem, že se v mém výzkumném vzorku objeví lidé – pečující, kteří budou, jak by se dalo nespisovně říct, v „pohodě“. Možná je to dáno tím, že velká část respondentů, jak už jsem výše v textu

uváděla, byla mladá generace vnuček a vnuků, ti mají život ještě před sebou a problémy, které sebou pečováním přináší, si ještě neuvědomují a také na nich neleží hlavní břemeno péče, které je, jak předpokládám, na jejich rodičích.

## 6. Závěr

Vypracováním této práce jsem usilovala o větší pochopení pro nemocné a nesoběstačné pacienty, kteří se rozhodli zůstat doma a svěřit se do péče své rodiny či známých. Vždyť rodina má a vždycky bude mít nezastupitelné místo v péči o své závislé členy. Tuto úlohu nemůže nahradit žádná zdravotnická instituce.

Ve své práci jsem se snažila dosáhnout několika stanovených cílů, které spočívaly ve zjištění potřeb nemocných seniorů a jak může tyto potřeby sestra uspokojovat, dále zjistit fyzickou, psychickou a sociální zátěž pečovatelů při péči o nemocného seniora a nakonec zjistit možnosti působení sestry při ošetřování této skupiny lidí v rodině. Těchto cílů jsem dosáhla studiem odborné literatury, přípravou, šetřením a následným pečlivým vyhodnocením výzkumných materiálů.

Ve výzkumu jsem ověřovala pravdivost předem stanovených hypotéz:

Hypotéza první zněla: *„Sestra domácí péče poskytuje odbornou ošetrovatelskou péči o nemocného seniora a tím pomáhá rodinnému pečovateli.“* Tato hypotéza na podkladě otázek dotazníku a rozhovoru se sestrou ADP byla potvrzena.

Hypotéza druhá zněla: *„Nejdůležitější potřebou nemocného seniora v rodině je potřeba emocionální.“* Tato hypotéza po vyhodnocení všech zjištěných, výzkumných faktů potvrzena nebyla. V šetření se ukázalo, že existují více důležitější potřeby, jako je potřeba zdravotní a sociální, emocionální potřeba byla uvedena až jako poslední.

Zdravotní problémy v souvislosti s péčí o nemocného uvádí více než třetina dotázaných. Hypotézu třetí: *„V souvislosti s pečováním o nemocného seniora v rodině se mohou u pečovatele vyskytovat zdravotní problémy.“* můžu tedy označit jako potvrzenou.

Hypotézu čtvrtou - *„V souvislosti s pečováním o nemocného seniora v rodině se mohou u pečovatele vyskytovat psychické poruchy.“* a pátou - *„V souvislosti s pečováním o nemocného seniora v rodině může dojít k porušení sociálních vazeb v rodině.“* se nepodařilo jednoznačně potvrdit ani vyvrátit. Jen malé procento, díky



kterému nemůžeme říct, že se hypotézy nepotvrdily, psychické či sociální narušení rodiny a přátelských vztahů ve svém životě prožívá. Většina však problémy neudává a proto hypotézu nejde označit za pravdivou.

Hypotéza šestá zněla: „*V roli pečovatelů-rodinných příslušníků jsou ve většině případů zastoupeny ženy.*“ Tomuto tvrzení mohu dát za pravdu, tedy můžeme říct, že hypotéza byla potvrzena. Pečujících žen je více, mužům zůstává i nadále zachována tradiční role živatele, na rozdíl od žen, kterým se přisuzuje role ženy – pečovatelky.

Přínosem této práce do zdravotně sociální oblasti je poskytnutí snad alespoň základních informací o poskytování domácí péče a může vést k zamyšlení, jak by se ještě více dala zlepšit péče o nemocné v domácím prostředí a jak pomoci a podpořit pečovatele. Protože podaří-li se zkvalitnit život pečovatelů vhodnou pomocí, umožníme i starým nebo nemocným lidem prožít spokojený a kvalitní život.

Jelikož byl tento výzkum zaměřen na osobnostní rysy osob, které pracují a věnují se seniorům, v praxi lze práci využít především jako malé povzbuzení a motivace k radostné a účelné péči a popřípadě k přehodnocení svého přístupu ke starým nemocným. Dále bude moci být tato práce využita jako studijní a informační materiál. Bude zdrojem informací pro sestry z domácí péče, sestry z domovů důchodců a pečovatelských domů, pro sestry léčených dlouhodobě nemocných a v neposlední řadě pro všechny sestry, kteří pracují se seniory a kterým bude moci být nápomocná při poskytování ošetrovatelské péče.

A co říci úplným závěrem? Nikde nehledejme složitosti a vycházejme z přirozenosti člověka. Spoustu věcí míváme a ony jsou na dosah ruky. Život je jako mozaika. Skládá se z prostých lidských potřeb. Na tyto potřeby právě proto, že jsou tak prosté, se zapomíná. Sestřičky, změňme to. Máme před sebou člověka, kterému můžeme pomoci k vítězství v celoživotním klání tak, aby se stal šampiónem! Vyžaduje to mnoho odříkání a trpělivosti a všichni, kteří poskytují péči s láskou a oddaností, budou určitě ve svém životě obohaceni.

## 7. Klíčová slova

- Agentura domácí péče
- Domácí péče
- Integrovaná zdravotně sociální péče
- Komplexní péče
- Komunitní péče
- Ošetřovatelství
- Potřeba
- Rodina
- Stáří
- Všeobecná sestra
- Zdravotně sociální služby

## 8. Seznam tabulek a grafů

Grafy	
Graf 4.1.1	Věk respondentů
Graf 4.1.2	Pohlaví
Graf 4.1.3	Dosažené vzdělání
Graf 4.1.4	Zařízení, ve kterém sestry pracují
Graf 4.1.5	Délka praxe v oboru
Graf 4.1.6	Namáhavost péče o nemocného seniora pro sestry
Graf 4.1.7	Láska k práci
Graf 4.1.8	Pocit vyčerpání při práci se starými lidmi
Graf 4.1.9	Vliv pečování o starého člověka na zdraví sestry
Graf 4.1.10	Druh negativního vlivu
Graf 4.1.11	Nežádanější potřeby seniorů
Graf 4.1.12	Nejdůležitější druh pomoci u seniora podle názoru sestry
Graf 4.1.13	Zapojení rodiny do péče o seniora
Graf 4.1.14	Sestry u nemocného seniora provádí nejčastěji tyto činnosti/výkony
Graf 4.1.15	Povědomí sester o negativním efektu pečování na pečující o své rodinné příslušníky
Graf 4.1.16	Snaha sester předcházet negativnímu efektu pečování a pomoci rodině, aby k němu nedošlo
Graf 4.2.1	Příbuzenský vztah pečujícího k nemocnému
Graf 4.2.2	Způsob bydlení pečovatele a seniora
Graf 4.2.3	Zdravotní problémy respondentů
Graf 4.2.4	Druhy zdravotních problémů
Graf 4.2.5	Věk pečujících
Graf 4.2.6	Poměr pečujících mužů a žen
Graf 4.2.7	Máte pocit, že Váš příbuzný od Vás vyžaduje více péče, než skutečně potřebuje?
Graf 4.2.8	Máte pocit, že v důsledku péče Vám nezbývá dost času na sebe?
Graf 4.2.9	Cítíte se stresován/a potřebou péče a ostatními povinnostmi v rodině či práci?
Graf 4.2.10	Cítíte se zahanben/a chováním Vašeho příbuzného?
Graf 4.2.11	Býváte rozzloben/a, když jste se svým příbuzným?

Graf 4.2.12	Máte pocit, že péče o starého člena rodiny nepříznivě ovlivňuje Vaše rodinné vztahy či vztahy s přáteli?
Graf 4.2.13	Míváte starosti, jak do budoucna vyřešíte péči o Vašeho příbuzného?
Graf 4.2.14	Máte pocit, že Váš příbuzný je na Vás značně závislý?
Graf 4.2.15	Cítíte se ve stresu, když bezprostředně pečujete o svého blízkého?
Graf 4.2.16	Má pečování nepříznivý vliv na Vaše zdraví?
Graf 4.2.17	Myslíte si, že péče o nemocného Vás zbavuje soukromí?
Graf 4.2.18	Musel/a jste v důsledku pečování omezit své společenské aktivity (např. dovolenou, návštěvy kulturních představení, posezení s přáteli, koníčky)?
Graf 4.2.19	Pocítujete výše uvedená omezení společenských aktivit nepříjemně?
Graf 4.2.20	Je Vaše péče přijímána jako kdybyste byl/a jediný/á, na koho se Váš příbuzný může spolehnout nebo na kom je závislý?
Graf 4.2.21	Myslíte si, že Vaše finanční situace je nepříznivá, takže ovlivňuje Vaše rozhodování o další péči?
Graf 4.2.22	Míváte pocit, že se již déle nebudete moci starat?
Graf 4.2.23	Míváte pocit, že Váš život je zcela podřízen pečování?
Graf 4.2.24	Přál/a byste si, abyste mohl/a břemeno péče přesunout na někoho jiného?
Graf 4.2.25	Cítíte se nejistý/á a nevíte, jak máte pečovat?
Graf 4.2.26	Máte pocit, že byste měl/a dělat pro svého příbuzného více?
Graf 4.2.27	Myslíte si, že byste se mohl/a starat ještě lépe?
Graf 4.2.28	Jak hodnotíte celkovou zátěž pečování?
Graf 10.4.1	Očekávaný vývoj počtu obyvatel do roku 2050

## Tabulky

Tab.1	Co může sestra nabídnout v péči o seniora seniorovi a jeho rodině/pečovateli
-------	--

## 9. Seznam použitých zdrojů

- 1) *Aktivní stáří – i stáří si lze užívat!: Krátký návod jak být aktivní* [online]. c2002-2005, [cit.2008-11-18]. Dostupné z: <<http://www.aktivnistari.cz/>>
- 2) ANDERSON, et McFARLANE, JM. *Community as partner*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, 1996. 472 p. ISBN 0-397-55088-X.
- 3) *Anna Český Brod, sociální služby pro seniory* [online]. c2007, [cit. 2009-01-23]. Dostupné z: <[http://www.cesbrod.cz/media/3/05\\_pdf/0812-Anna%20pobyt+PS.pdf](http://www.cesbrod.cz/media/3/05_pdf/0812-Anna%20pobyt+PS.pdf)>
- 4) BÁRTLOVÁ, S. Domácí péče v Holandsku. *Sestra*. 1992, roč. 2, č. 4, s. 15-18 ISSN 1210-0404.
- 5) BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5.přepracované vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 181 s. ISBN 57-867-03.
- 6) BARTOŠKOVÁ, Jana. *Podrobná analýza sociálních služeb ve Zlínském kraji 2008* [online]. c2006, [cit. 2009-01-23]. Dostupné z: <<http://www.kr-zlinsky.cz/docDetail.aspx?nid=7596&docid=69044&doctype=ART&did=7971>> , související dokumenty: Příloha 4 – Mapy potřeb
- 7) BARTOŠKOVÁ, Jana. *Sociální služby kraje pro seniory* [online]. c2006, [cit. 2009-01-23]. Dostupné z <<http://www.oknodokraje.cz/article/2641.socialni-sluzby-kraje-pro-seniory/>>
- 8) BURKOVÁ, Jarmila. *Úvahy o stáří: Přejít do důchodu a stáří: Čtyřdílný cyklus zpracovaný pro pořad Rozhlasová akademie třetího věku* [online]. Praha: Rozhlasová akademie třetího věku, 2004. [cit.2008-11-18]. Dostupné z: <<http://www.senio.cz/index.php?w=art&id=982&rub=8&s>>
- 9) CEJNKOVÁ, Lenka. *O domácí péči* [online]. c2008, [cit.2008-11-18]. Dostupné z: <<http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>>

- 10) *Cíle, zásady a cílová skupina osob* [online]. c2000-2009, [cit.2009-07-10].  
Dostupné z: <<http://czp.az4u.info/redakce/index.php?clanek=35078&slozka=1279&xsekce=16380&lanG=cs&xuser=>>>
- 11) ČAKIOVÁ, Julie. *Respitní péče* [online]. c2006, [cit.2009-01-18]. Dostupné z: <<http://www.icm.cz/respitni-pece>>
- 12) *Činnost ČSČK po druhé světové válce* [online]. c1999-2009, [cit.2008-11-18].  
Dostupné z: <<http://www.cervenkykriz.eu/cz.php?id=historiepovalce>>
- 13) DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
- 14) *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra: Adresář agentur domácí péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, ve spolupráci s VZP ČR, MPSV ČR a MZ ČR. 1998. 41 s.
- 15) *Domácí péče jako alternativa k hospitalizaci* [online]. c2005-2007, [cit.2008-11-18]. Dostupné z: <<http://forum.czechmed.cz/?q=node/625>>
- 16) DUDOVÁ, R., VOHLÍDALOVÁ, M. *Rodina a rodičovství v individualizované společnosti* [online]. c2001-2008, [cit. 2009-01-17]. Dostupné z: <<http://www.genderonline.cz/view.php?cisloclanku=2005112901>>
- 17) DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Úspěšné stárnutí – užitečné rady na cestě ke stáří*. In *Problematika – Generace 50 plus – sborník V. mezinárodní konference*. 1. vyd. České Budějovice: JCU ZSF, 2008. s. 115-121. ISBN 978-80-7394-100-0.
- 18) FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A. *Podmínky péče o seniory se sníženou soběstačností v kontextu současných změn*. In *Problematika – Generace 50 plus – sborník V. mezinárodní konference*. 1. vyd. České Budějovice: JCU ZSF, 2008. s. 75. ISBN 978-80-7394-100-0.

- 19) GRAHAM, H. *Caring: a labour of love*. In FINCH, Janet - GROVES, Dulcie (eds.) *A Labor of Love: Women, Work, and Caring*. London: Routledge and Kegan, 1983, pp. 13-30.
- 20) GREGOR, O. *Stárnout je kumšt*. 1. vyd. Praha: Olympia, 1983. 136 s. ISBN 27-005-83.
- 21) GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. Učební text. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.
- 22) HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2007. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- 23) HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Úloha ošetrovatelstva v ochrane komunitného zdravia, 2.díl*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2002. 128 s. ISBN 0-223-1534-6.
- 24) HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
- 25) HAŠKOVCOVÁ, H. V péči o staré lidi je nutné podpořit jejich rodiny. *Zdravotnické noviny*. 2003, roč. 52, č. 18, s. 18. ISSN 0044-1996.
- 26) HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný v domácím prostředí: Praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.
- 27) HOLMEROVÁ, I. Jak dál v geriatrické péči? *Zdravotnické noviny*. 2001, roč. 50, č. 49, příl. s. 9.
- 28) HOLMEROVÁ, I. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie: studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZ ČR*. 1.vyd. Praha: GEMA, 2002. 110 s. ISBN neuvedeno.
- 29) CHLOUBOVÁ, H. Změny potřeb ve stáří. *Rezidenční péče*. 2005, roč. 1, č. 2, s. 22 – 23. ISSN 1801-8726.

- 30) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- 31) JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 32) JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: UK FSV CESES, 2005. ISSN 1801-1519.
- 33) KALETOVÁ, Š. Sestry a změny v LDN. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 34. ISSN 1210-0404.
- 34) KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
- 35) KERNOVÁ, Alena. *Fyzická, psychická a sociální zátěž pečujících o nemocné*. Brno, 2005. 59 s. Bakalářská práce na Lékařské fakultě univerzity Masarykovy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Sylva Bártlová, CSc.
- 36) KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- 37) *Koncepce domácí péče*. Metodické opatření MZ ČR Zn. 21581/04/VVO
- 38) KOVALČÍKOVÁ, Naděžda. *Komplexná domáca starostlivosť o seniorov v podmienkach SR*. In *Problematika – Generace 50 plus – sborník V. mezinárodní konference*. 1. vyd. České Budějovice: JCU ZSF, 2008. s. 64-69. ISBN 978-80-7394-100-0.
- 39) KRČKOVÁ, Zuzana. *Domácí péče* [online]. c2007, [cit.2008-11-18]. Dostupné z: <<http://www.nempr.cz/obsah/oddeleni/homecare.aspx>>
- 40) LITOMERICKÝ, Š., KRAJČÍK, Š. *Starý člověk v rodině*. 2. vyd. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1991. 48 s. ISBN neuvedeno.



- 41) LOUČKOVÁ, I. *Hodnoty a hodnotové hierarchie seniorů*. In Sborník konference Generace 50 plus v České republice. 1. vyd. Třeboň: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta a Ledax, s.r.o., 2004, s. 21-28.
- 42) MINIBERGOVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- 43) MISCONIOVÁ, Blanka. *Domácí péče* [online]. c1998-2003, [cit.2008-11-18]. Dostupné z: <<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1666>>
- 44) MISCONIOVÁ, Blanka. *Domácí péče a její principy* [online].c2000, [cit.2008-11-18]. Dostupné z: <<http://www.cs-ch.ch/Europa/adpframes.htm>>
- 45) MISCONIOVÁ, Blanka. *Nejčastější otázky a odpovědi spojené s domácí péčí* [online]. c2000, [cit.2008-11-18]. Dostupné z: <<http://www.anamneza.cz/moduly/stranka.php3?id=203>>
- 46) MISCONIOVÁ, Blanka. *Systém domácí péče – informace pro klienty* [online]. c2006, [cit.2009-07-25]. Dostupné z: <<http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->>>
- 47) Nařízení vlády č. 463/2004 Sb. ze dne 28. července 2004 *o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí*.
- 48) *Nejčastější otázky a slovníček pojmů* [online]. c2006, [cit.2008-11-18]. Dostupné z: <<http://www.procure.cz/cz/nejcastejsi-otazky-a-slovnicek-pojmu/>>
- 49) NIES, M., McEWEN, M. *Community health nursing*. Philadelphia: Saunders Company, 2001. 860 p. ISBN 0-7216-9161-7.

- 50) *Odlehčovací služby* [online]. c2000-2009, [cit.2008-11-18]. Dostupné z: <<http://czp.az4u.info/redakce/index.php?xuser=&lanG=cs&slozka=1279&xsekc e=16380&clanek=4707>>
- 51) PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 136 s. ISBN 80-201-0076-8.
- 52) *Péče o staré občany* [online]. c2006, [cit.2009-07-25]. Dostupné z: <<http://www.novy-jicin.cz/navrh-koncepce-socialnich-sluzeb/koncepce-pece-obcani.html>>
- 53) PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se starými lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.
- 54) POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
- 55) PRCHLÍK, M. *Úvod do normální psychologické gerontologie: Psychologická problematika starých občanů*. 1. díl, Praha: VÚZS, 1969.
- 56) *Pro seniory* [online]. c2009, [cit. 2009-01-23]. Dostupné z: <[http://www.diakoniecece.cz/index.php?option=com\\_content&task=section&id=21&Itemid=121](http://www.diakoniecece.cz/index.php?option=com_content&task=section&id=21&Itemid=121)>
- 57) RABUŠIC, L. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?* [online]. Praha: VÚPS, 2002, [cit. 2009-11-17]. Dostupný z: <[http://www.vupsv.cz/Starnuti\\_populace.pdf](http://www.vupsv.cz/Starnuti_populace.pdf)>
- 58) RAPČÍKOVÁ, T. Etické aspekty přístupu sestry ke geriatrickým klientům. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 5, s. 40. ISSN 1210-0404.
- 59) SCHLOSSEROVÁ, I. *Sociální situácia seniorov na Slovensku*. In *Problematika – Generace 50 plus – sborník V. mezinárodní konference*. 1. vyd. České Budějovice: JCU ZSF, 2008. s. 102-105. ISBN 978-80-7394-100-0.

- 60) SIVERA, František. *Péče o staré* [online]. c1999, [cit.2009-07-25]. Dostupné z: <<http://zpravy.ods.cz/prispevek.php?ID=7921>>.
- 61) *Služby sociální péče* [online]. c2002-2008, [cit. 2009-01-23]. Dostupné z: <[http://www.kr-vysocina.cz/vismo5/dokumenty2.asp?id\\_org=450008&id=4000106&p1=1036](http://www.kr-vysocina.cz/vismo5/dokumenty2.asp?id_org=450008&id=4000106&p1=1036)>
- 62) *Stáří – vysvětlíme Vám* [online]. c2001-2008, [cit. 2009-01-17]. Dostupný z: <<http://www.zdravi4u.cz/view.php?cislocclanku=2007040402>>
- 63) STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. Vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-239-9.
- 64) ŠTEFLOVÁ, Alena. *Integrovaná komunitní péče: Úloha primární péče v péči komunitní*. Atestační práce z veřejného zdravotnictví, ŠVZ IPVZ. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR - Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2000. 40 s.
- 65) ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
- 66) *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů ve spolupráci s ČAS a se souhlasem ICN, 2003. 55 s. ISBN 80-7013-392-9.
- 67) *Svatý Vincenc de Paul* [online]. c2009, [cit.2008-11-18]. Dostupné z: <<http://www.vincentky.cz/index.php/svati/svaty-vincenc-de-paul/>>
- 68) TARRICONE, R., TSOUROS, A. D. *Home care in Europe. The solid facts* [online]. c2009, [cit.2009-07-25]. Dostupné z: <[http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081103\\_2](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081103_2)>

- 69) TOMANOVÁ, Jitka. *Profese všeobecné zdravotní sestry v minulosti a dnes* [online]. c2009, [cit.2009-07-25]. Dostupné z: <<http://www.jersywoo.com/medicina/osetrovatelstvi-profese-vseobecne-zdravotni-sestry-v-minulosti-a-dnes.htm>>
- 70) TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ústav lékařské etiky UK, 2002. ISBN 80-238-80001-2.
- 71) TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. 1. vyd. Praha: LF UK, 2002.
- 72) TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelství. (Pro posluchače studijního programu Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby)*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
- 73) TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměn. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- 74) Trend velí: z nemocnice rychle domů. *Časopis Komfort*, květen 2007, roč. 4, č. 02, s. 4-5.
- 75) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- 76) VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2150-5.
- 77) VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští seniori včera, dnes a zítra* [online]. c2001, [cit.2009-07-21]. Dostupné z: <[http:// www.vups.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti-seniori.pdf](http://www.vups.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti-seniori.pdf)>
- 78) VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 22 s. ISBN 80-7071-093-4.

- 79) VOSTŘÁKOVÁ, J. *Péče obce o seniory a zdravotně postižené*. In sborník IV. gerontologické dny. Ostrava: DT, 2000. 114 - 124 s.
- 80) Vyhláška č. 331/2007 Sb. ze dne 12. prosince 2007 *seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*.
- 81) Vyhláška MZ ČR 424/2004 Sb. ze dne 30. června 2004 *o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*.
- 82) Vyhláška MZ ČR č. 440/2000 Sb. ze dne 6. prosince 2000 *o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče*.
- 83) Vyhláška MZ ČR č. 49/1993 Sb. ze dne 21. prosince 1992 *o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení*.
- 84) ZAHRADNÍKOVÁ, Jana. *Problematika bydlení seniorů v zrcadle konference Senior Living*. In Problematika – Generace 50 plus – sborník V. mezinárodní konference. 1. vyd. České Budějovice: JCU ZSF, 2008. s. 76-78. ISBN 978-80-7394-100-0.
- 85) Zákon České národní rady č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 *o sociálních službách*.
- 86) Zákon České národní rady č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*.
- 87) Zákon České národní rady č. 95/2004 Sb. ze dne 29. ledna 2004 *o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta*.

- 88) Zákon České národní rady č. 258/2000 Sb. ze dne 14. července 2000 *o ochraně veřejného zdraví.*
- 89) Zákon České národní rady č.48/1997 Sb. ze dne ze dne 7. března 1997 *o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.*
- 90) Zákon České národní rady č. 160/1992 Sb. ze dne 19. března 1992 o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.
- 91) Zákon České národní rady č. 20/1966 Sb. ze dne 17. března 1966 *o péči o zdraví lidu.*
- 92) ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 98 s. ISBN 80-246-0326-8.

## **10. Přílohy**

- Příloha č. 1 - *Dotazník*
- Příloha č. 2 - *Test zátěže pečovateli*
- Příloha č. 3 - *Rozhovor se sestrou pracující v ADP*
- Příloha č. 4 - *Dobry den, stáři*
- Příloha č. 5 - *Potřeby seniorů*
- Příloha č. 6 – *Desatero pro ty, kteří se zabývají starými lidmi*

## Příloha č. 1

# anonymní dotazník

### Vážená sestro!

v současné době, kdy se lidé díky kvalitní zdravotní péči a rozvoji společnosti dožívají lidé stále vyššího věku je úloha všeobecné sestry v této oblasti nezastupitelná. Ráda bych Vás požádala o pomoc při realizaci šetření, který se zabývá úlohou sestry při podpoře péče o nemocného seniora v rodině. Dovolte mi proto, položit Vám několik otázek týkajících se této problematiky.



Dotazník je zcela anonymní a všechny Vaše odpovědi budou přísně chráněny, budou sloužit pouze pro účely výzkumu a nebudou nikde zveřejňovány. Nemusíte se tedy bát, že údaje, které mi sdělíte, budou zneužity.

Čas je drahocenná věc, a proto Vám děkuji za Váš čas věnovaný na vyplnění dotazníku, také děkuji za spolupráci a Vaší upřímnost v odpovědích.

Doufám, že výsledky šetření budete třeba moci využít právě Vy ve Vaší praxi!

Děkuji za spolupráci

Lucie Mrázová  
studentka Zdravotně sociální fakulty  
Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích  
obor Všeobecná sestra.

### Instrukce k vyplnění dotazníku:

Při vyplňování pouze *prosím* čitelně tiskacím písmem dopisujte k uvedeným otázkám odpovědi nebo označte čitelně uvedenou možnost (např. zakroužkovat číslo, podtrhnout odpověď, apod.).

#### 1) Věk

- \* Do 20 let
- \* 21 – 30 let
- \* 31 – 40 let
- \* 41 – 50 let
- \* 51 a více

#### 2) Pohlaví

- \* Muž
- \* Žena



**3) Dosažené vzdělání**

- \* Středoškolské
- \* Vyšší odborné
- \* Vysokoškolské bakalářské
- \* Vysokoškolské magisterské
- \* Specializace v..... (doplňte)

**4) Zařízení, ve kterém nyní pracujete**

- \* Agentura domácí péče
- \* Home care
- \* Domov důchodců
- \* Lůžkové oddělení nemocnice, jaké? ..... (doplňte)
- \* Jiné

**5) Jak dlouho pracujete v tomto oboru?**

- \* Do jednoho roku
- \* 1 – 2 roky
- \* 3 – 5 let
- \* 6 let a více

**6) Je pro Vás péče o nemocného seniora namáhavá?**

- \* téměř ne
- \* málo namáhavá
- \* průměrná
- \* značně namáhavá
- \* extrémní

**7) Máte svou práci ráda?**

- \* Ano, moc ráda se o staré a nemocné lidi starám. Miluju tuhle práci a za nic jiného bych neměnila.
- \* Tak normálně. Neřeším to, jestli mě to baví, je to práce jako každá jiná.
- \* Ne, práce se seniory mě nebaví, když bych mohla, změním obor.

**8) Nemáte pocit vyčerpání (*syndromu vyhoření*) při práci se starými lidmi?**

- \* Ne, práce mě baví a jsem spokojená.
- \* Občas mívám pocit, že práce se starými lidmi je vyčerpávající.
- \* Ano, práce mě nebaví a neuspokojuje.
- \* Jsem vyhořelou sestrou a pracuji, jen proto, že musím.

**9) Má péčování o starého člověka vliv na Vaše zdraví?**

- \* Ne
- \* Ano

**10) Pokud ano, o jaký vliv se jedná? (můžete zaškrtnout i více možností)**

- \* Psychické problémy
- \* Narušení rodinných vztahů
- \* Narušení přátelských vztahů
- \* Málo času na odpočinek, celková únava
- \* Bolesti hlavy
- \* Bolesti zad
- \* Vyčerpání
- \* Jiné fyzické zdravotní problémy
- \* Podrážděnost, nervozita
- \* Nespavost
- \* Stres
- \* Příliš velká citlivost (přecitlivělost)

**11) Všimla jste si při své práci se seniory, co je jejich nejžádanější potřebou?**

*(prosím seřadte těchto 16 potřeb od nejdůležitější po nejméně důležitou – na řádek před potřebu označte číslem: 16. Nejdůležitější - 1. Nejméně důležitá)*

- = Potřeba informací
- = Potřeba jistoty a bezpečí
- = Potřeba dobře se najíst a zajistit stravu
- = Mezigenerační respektování
- = Sebeuplatnění
- = Citové a duchovní potřeby
- = Potřeba zdravotní péče
- = Potřeba kontaktů, stýkání se s lidmi stejně starými, se stejným problémem,...
- = Potřeba mít právní ochranu
- = Potřeba mít dostatek znalostí a dovedností
- = Dostupnost
- = Potřeba orientovat se ve společnosti
- = Stránka financí
- = Potřeba hygieny
- = Mít zajištěné kvalitní bydlení
- = Potřeba mobility a samostatnosti (kompenzační pomůcky)

12) Jako všeobecná sestra/pečovatelka u nemocného seniora provádíte nejčastěji tyto výkony, činnosti:

- Osobní hygiena a toaleta, koupání
- Oblékání
- Nakrmení, příprava jídla, zajištění hydratace
- Podávání léků
- Zvedání, přenášení, ukládání, posazování, převážení,....
- Polohování, prevence proleženin
- Psychická a duchovní podpora, popovídání si
- Ošetrovatelská rehabilitace, cvičení
- Převoz rány (např. po operaci)
- Ošetřování dekubitů
- Ošetřování bércových vředů
- Výměna plen, cévkování, výměna močového katetru
- Péče o stomii
- Píchání inzulínu, měření glykémie
- Poskytnutí informací a edukace
- Měření tlaku
- Obstarání praktických věcí (vyprat, uklidit, nakoupit, obstarat úřady,...)
- Odběry krve a ostatního biologického materiálu na vyšetření
- Podpora a pomoc rodině nemocného
- Sociální interakce
- Řešení problémů
- Trénink paměti
- Péče o umírajícího
- Respitní péče (odlehčovací služby pro rodinu)
- Jiná odborná činnost – jaká? ..... (doplňte)

13) Který druh pomoci je podle Vás u nemocných seniorů nejdůležitější? (můžete zaškrtnout i více možností)

- \* Zdravotní
- \* Sociální
- \* Emocionální
- \* Všechny

14) Bylo zjištěno, že u lidí, kteří dlouhodobě pečují o své rodinné příslušníky, se často projevuje NEGATIVNÍ EFEKT PEČOVÁNÍ – víte, o co se jedná?

- \* Ne
- \* Ano
- \* Nevím co je to, ale už jsem to někde slyšela

**15) Pokud jste v minulé otázce odpověděli ANO, snažíte se mu předcházet a rodině/pečovateli pomoci, aby k němu nedošlo?**

- \* Ano, snažím se mu předejít. Rodinu povzbuzuji a v mnoha věcech (činnostech i radách) jsem jí oporou
- \* Ano, ale pořádně nevím, jak mám předcházet
- \* Ráda bych, ale není na to čas zabývat se tím
- \* Ne, prevencí negativního efektu pečování nevěnuji pozornost

**16) Při své práci, v péči o seniora, zapojujete do péče o něj i jeho rodinu?**

- \* Ano, rodinu zapojuji, co se dá. Rodina je totiž pro seniora to nejdůležitější a je dobré, když může nemocnému poskytnout lásku a zázemí. Sestra je přece jenom cizí člověk...
- \* Rodinu zapojuji, ale jen občas a jen v něčem.
- \* Ne, nezapojuji, je to zdlouhavé něco jí vysvětlovat, učit a dohlížet na to zda to dělá dobře. Přijde mi, že rodina je kolikrát spíše na obtíž.

**17) Co můžete jako sestra v péči o seniory nabídnout**

*(napište alespoň 10 věci ke každému, můžete i víc, pokud Vás napadne)...*

**...seniorovi**

.....  
.....  
.....

**...jeho rodině/pečovateli**

.....  
.....  
.....

**18) Chtěla byste na závěr dotazníku něco dodat k tématu?**

*Zde máte prostor, který můžete libovolně využít pro Váš názor a cokoliv dodat, doplnit, s něčím nesouhlasit, přispět s příhodou z Vaší praxe,....atd.*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Příloha č. 2

# TEST ZÁTĚŽE PEČOVATELŮ

*Vážená paní, vážený pane!*

V současné době, kdy se lidé díky kvalitní zdravotní péči a rozvoji společnosti dožívají stále vyššího věku je úloha pečující osoby v této oblasti nezastupitelná. Ráda bych Vás požádala o pomoc při realizaci šetření, které se zabývá úlohou sestry při podpoře péče o nemocného seniora v rodině. Dovolte mi proto, položit Vám několik otázek týkajících se této problematiky.



Test je zcela anonymní a všechny Vaše odpovědi budou přísně chráněny, budou sloužit pouze pro účely výzkumu a nebudou nikde zveřejňovány. Nemusíte se tedy bát, že údaje, které mi sdělíte, budou zneužity.

Čas je drahocenná věc, a proto Vám děkuji za Váš čas věnovaný na vyplnění dotazníku, také děkuji za spolupráci a Vaši upřímnost v odpovědích. Doufám, že výsledky šetření budete třeba moci využít právě Vy ve Vašem pečování!

Děkuji za spolupráci

Lucie Mrázová  
studentka Zdravotně sociální fakulty  
Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích  
obor Všeobecná sestra.

### Instrukce k vyplnění dotazníku:

Následující tvrzení vyjadřují nejčastější pocity osob, které pečují o svého nemocného a starého člena rodiny nebo blízkého příbuzného.

Při vyplňování u každé otázky prosím zatrhněte (např. zakroužkovat číslo, podtrhnout odpověď, apod.), jaký je Váš převládající pocit. Zakroužkujte na stupnici 0 – 4, jak často máte takovéto pocity.

#### ***Jaký je Váš příbuzenský vztah k pacientovi?***

- \* Manžel/manželka
- \* Syn/dcera
- \* Zeť/snacha
- \* Vzdálený příbuzný
- \* Soused/sousedka
- \* Jiný vztah, uveďte jaký ..... (doplňte)

#### ***Žijete s osobou, o níž pečujete ve stejné domácnosti, či nikoliv?***

- \* ano
- \* ne

**Máte nějaké zdravotní problémy v souvislosti s péčí o nemocného?**

- \* ano
- \* ne

**Pokud máte zdravotní problémy, jaké to jsou?**

- \* Bolesti hlavy
- \* Bolesti zad
- \* Celková únava
- \* Vyčerpanost
- \* Jiné problémy – jaké: ..... (doplňte)

**Věk**

- \* Do 20 let
- \* 21 – 30 let
- \* 31 – 40 let
- \* 41 – 50 let
- \* 51 – 60 let
- \* 61 – 70 let
- \* 71 – a více let

**Pohlaví**

- \* žena
- \* muž

**TEST ZÁTĚŽE PEČOVATELŮ**

**1) Máte pocit, že Váš příbuzný od Vás požaduje více péče, než skutečně potřebuje?**

- 0 – nikdy
- 1 – zřídka
- 2 – někdy
- 3 – dost často
- 4 – téměř vždy

**2) Máte pocit, že v důsledku péče Vám nezbývá dost času na sebe?**

- 0 – nikdy
- 1 – zřídka
- 2 – někdy
- 3 – dost často
- 4 – trvale

**3) Cítíte se stresován/a potřebou péče a ostatními povinnostmi v rodině či práci?**

- 0 – nikdy
- 1 – zřídka
- 2 – někdy
- 3 – dost často
- 4 – trvale

- 4) ***Cítíte se zahanben/a chováním Vašeho příbuzného?***  
0 – nikdy  
1 – zřídka  
2 – někdy  
3 – dost často  
4 – téměř vždy
- 5) ***Býváte rozzloben/a, když jste se svým příbuzným?***  
0 – nikdy  
1 – zřídka  
2 – někdy  
3 – dost často  
4 – téměř vždy
- 6) ***Máte pocit, že péče o starého člena rodiny nepříznivě ovlivňuje Vaše rodinné vztahy či vztahy s přáteli?***  
0 – nikdy  
1 – zřídka  
2 – někdy  
3 – dost často  
4 – trvale
- 7) ***Míváte starosti, jak do budoucna vyřešíte péči o Vašeho příbuzného?***  
0 – nikdy  
1 – zřídka  
2 – někdy  
3 – dost často  
4 – téměř stále
- 8) ***Máte pocit, že Váš příbuzný je na Vás značně závislý?***  
0 – ne  
1 – zřídka  
2 – průměrně  
3 – značně  
4 – velmi závislý
- 9) ***Cítíte se ve stresu, když bezprostředně pečujete o svého blízkého?***  
0 – nikdy  
1 – zřídka  
2 – někdy  
3 – dost často  
4 – téměř vždy

- 10) ***Má péčování nepříznivý vliv na Vaše zdraví?***
- 0 – ne
  - 1 – mírně
  - 2 – průměrně
  - 3 – značně
  - 4 - velmi nepříznivý
- 11) ***Myslíte si, že péče o nemocného Vás zbavuje soukromí?***
- 0 – ne
  - 1 – zřídka
  - 2 – někdy
  - 3 – dost často
  - 4 – trvale
- 12) ***Musel/a jste v důsledku péčování omezit své společenské aktivity (např. dovolenou, návštěvy kulturních představení, posezení s přáteli, koníčky,...)?***
- 0 – ne
  - 1 – výjimečně
  - 2 – mírně
  - 3 – výrazně omezit
  - 4 - zcela omezit
- 13) ***Pocítujete výše uvedená omezení společenských aktivit nepříjemně?***
- 0 – ne
  - 1 – výjimečně
  - 2 – někdy
  - 3 – dost často
  - 4 – téměř stále
- 14) ***Je Vaše péče přijímána jako kdybyste byl/a jediný/á, na koho se Váš příbuzný může spolehnout nebo na kom je závislý?***
- 0 - ne
  - 1 - málokdy
  - 2 - někdy
  - 3 - dost často
  - 4 - téměř vždy
- 15) ***Myslíte si, že Vaše finanční situace je nepříznivá, takže ovlivňuje Vaše rozhodování o další péči?***
- 0 - ne
  - 1 - možná, ale málo
  - 2 - ano
  - 3 - určitě ano
  - 4 - je rozhodující



16) **Míváte pocit, že se již déle nebudete moci starat?**

- 0 - nikdy
- 1 - zřídka
- 2 - někdy
- 3 - dost často
- 4 - téměř stále

17) **Míváte pocit, že Váš život je zcela podřízen pečování?**

- 0 - nikdy
- 1 - zřídka
- 2 - někdy
- 3 - dost často
- 4 - zcela podřízen

18) **Přál/a byste si, abyste mohl/la břemeno péče přesunout na někoho jiného?**

- 0 - ne
- 1 - zřídka
- 2 - někdy
- 3 - dost často
- 4 - téměř vždy

19) **Cítíte se nejistý/á a nevíte, jak máte pečovat?**

- 0 - ne
- 1 - zřídka
- 2 - někdy
- 3 - dost často
- 4 - téměř vždy

20) **Máte pocit, že byste měl/a dělat pro svého příbuzného více?**

- 0 - ne
- 1 - zřídka
- 2 - někdy
- 3 - dost často
- 4 - téměř vždy

21) **Myslíte si, že byste se mohl/a starat ještě lépe?**

- 0 - nikdy
- 1 - zřídka
- 2 - někdy
- 3 - dost často
- 4 - stále

22) **Jak hodnotíte celkovou zátěž pečování?**

- 0 - téměř žádná
- 1 - malá
- 2 - průměrná
- 3 - značná
- 4 - extrémní

### Příloha č. 3

## Interview se zdravotní sestrou z ADP

### Stručné představení:

**Jméno:** O. Z.

**Věk:** 31 let (8 let pracuje u lůžka – 2 roky interna, 6 let ADP)

**Stav:** vdaná

**Vystudovala:** střední zdravotnická škola

**Děti:** 2

**Profese:** zdravotní sestra

**Pracovitě:** charita Jihlava, domácí péče

### Otázky a odpovědi:

#### **Proč jste si vybrala právě povolání zdravotní sestry?**

Již od dětství jsem věděla, že chci pracovat s lidmi. Ráda jsem vždy někomu pomáhala a byla mu oporou a to mi zůstalo. Původně jsem chtěla být dětská sestra, ale s postupem času jsem si zamilovala dědečky a babičky a práci se staršími lidmi.

#### **Co Vás vedlo zamilovat si zrovna tuto skupinu lidí?**

Staří lidé jsou stejní jako děti, možná proto jsem od dětí předsedlala na seniory. Umí být vděční za maličkost, upřímně se radují a to mám na nich moc ráda. Když pracujete s dětmi nebo se starými s láskou a porozuměním, oni Vás odmění spokojeností a vděčností a to je někdy pro mě mnohem víc než peníze, které dostanu od zaměstnavatele.

#### **Jako sestra v ADP, jaké to je? Je to jiné než v nemocnici?**

Rozhodně je to jiné. V nemocnici pracujete denně s lékaři a řešíte úplně jiné situace. V ADP se více věnujete lidem, za kterými chodíte a léčíte je i psychicky a to je v některých případech mnohem účinnější než samotná léčba. I výkony, které v ADP provádíte, se liší od běžného provozu v nemocnici. Jako sestra domácí péče dostanete na určité období určité pacienty s různými problémy/diagnózami a o ty se jezdíte starat. Při této práci nahlídnete pacientům do osobního života a vytvoříte si k nim určitý vztah, už to pro Vás není jen pacient XXX, ale konkrétní člověk s konkrétními problémy. Myslím se, že v této práci je mnohem víc osobní a holistický přístup se tu mnohem lépe realizuje než v nemocnici. Proto se mi práce líbí, je to PRÁCE S LIDMI NA OSOBNÍ ÚROVNI.

**Myslíte si, že práce se seniory je práci namáhavou? A konkrétně pro Vás – je namáhavá?**

Každá práce s lidmi je namáhavá a není jednoduchá. A každý zdravotnický obor má svoje pro a proti. Povolání sestry a zvláště sestry pracující se starší generací je jednou z nejtěžších povolání vůbec. Je náročná po stránce fyzické i psychické. V otázce fyzické náročnosti práce ošetrovatelského personálu hraje hlavní roli polohování pacienta a manipulace s ním nebo lůžkem. V oblasti psychické jsou to vysoké požadavky na práci, nutnost podávat maximální výkon, nízké finanční ohodnocení, nedostatečná prestiž oboru a hlavně jednání a práce s lidmi, upřednostňování problémů jiných nad problémy svými, emocionální záprah. Tyto stresory vedou k únavě a k pocitu přetrvávající vyčerpanosti. Dlouhodobá únava se stává chronickou, je spojená s hlubokým vyčerpáním a ztrátou výdrže. Dochází k psychickému strádání a vzniku psychických poruch a onemocnění.

U mě je situace asi taková: práce je pro mě namáhavá, ale já osobně si to neuvědomuju a zatím to na svém těle nepocítuji. Občas jsem z práce unavená, ale odpočinu si a vše je zase O.K. Po psychické stránce si myslím, že jsem v dobré kondici.

**Máte svou práci ráda?**

Ano, moje práce je i mým koníčkem. Za nic na světě bych nechtěla práci měnit.

**Netrápí Vás v práci se seniory syndrom vyhoření? Jste i po 8 letech práce s touto skupinou lidí stále nadšenou sestrou pro svou práci?**

Ne netrápí a doufám, že nikdy k tomu nedojde. Své zaměstnání mám ráda a každý den do práce vstávám s myšlenkou, že chci pro své pacienty udělat to nejlepší. Záleží mi na tom, aby byli spojení!

**Nepocítujete na sobě nějaké zdravotní problémy, které víte, že jsou negativním důsledkem Vaší práce?**

I po 8 letech práce jsem stále fit. Nemám problémy spojené s prací. Občas únava, ale to je normální stav v každé profesi.

**Všimla jste si při své práci se seniory, co je jejich nejžádanější potřebou? Co je pro ně důležité?**

Senior, stejně tak jako každý člověk, potřebuje uspokojovat všechny svoje potřeby. K potřebám, které jsou u seniora sníženy, patří hlavně potřeba stimulace a učení. Seniora unavuje a dráždí, pokud je mu nabízeno mnoho podnětů. Jejich nakupení představuje pro něho zátěž, má raději stereotyp. Senior má sníženou i potřebu

seberealizace, je unaven a chce odpočívat. Fyziologické potřeby nejsou prioritou seniora, spíše senior vnímá potřebu být opečováván při jejich uspokojování.

Potřeba, která je u seniora zvýšená, je potřeba citové jistoty a bezpečí. Senior si uvědomuje úbytek svých sil a začíná se smířovat s tím, že začíná být závislý na okolí. Proto se začíná fixovat na svou rodinu, má potřebu být ve vztahu. Potřeba autonomie se také u seniora zesiluje. Pro seniora znamená rozhodovat sám za sebe, být svobodný. Člověk ale může být fyzicky závislý a zároveň psychicky zcela autonomní. Tato potřeba dává seniorovi pocit, že je ještě užitečný. Potřeba seberealizace je uspokojována symbolicky, v rámci vzpomínek. Potřeba otevřené budoucnosti – strach z nemoci, z opuštěnosti, i ze smrti – je pro starého důležitá.

Důležité je pro ně praktická pomoc, kterou si může zajistit rodina. Patří sem úklid, zajištění jídla, vyřízení různých pochůzek na úřadech, atd.

Samozřejmě, že pokud je senior nemocný, má potřebu zdravotní péče a udržení co nejlepší zdravotní kondice. Je to pro něj skoro nejdůležitější potřeba, uchovat si zdraví.

### **Co je Vaší nejčastější pracovní náplní u lůžka nemocného a nesoběstačného seniora?**

- zajištění osobní hygieny
- rehabilitační ošetrovatelská péče
- kontroly krevního tlaku a dalších životních funkcí
- kontroly glykemií (hladin cukru v krvi)
- převazy ran (bércové vředy, operační rány) včetně proleženin
- komplexní kontinuální péče o nesoběstačného nebo ne zcela soběstačného pacienta
- péče o pacienty se stomiemi nebo permanentními močovými katétry
- péče o pacienty na parenterální výživě
- aplikace injekcí a infuzí včetně intravenózních antibiotik
- odběry krve a ostatního biologického materiálu v domácím prostředí
- léčba bolesti

### **Dala byste nám nějaké rady, jak jednat se seniory?**

- Dávat hodnotu každému projevu člověka
- Respektovat ho
- Komunikovat o jeho tématu a nevnučovat ses jiným tématem
- Vyslechnout ho
- Naučit se orientovat v „jeho“ světě, přijmout jeho vnímání
- Brát na vědomí momentální emoční a myšlenkové rozpoložení seniora, nekritizovat ho

- Mít na něj čas, projevit zájem
- Zachovat důstojnost
- Nedávat najevo nelibost některých Vašich vjemů, empatie
- Nebagatelizovat problémy
- Být laskavá
- Neslibovat to, co nemůžete splnit
- Umět povzbudit a potěšit

### **Při práci se seniorem, pracujete i s jeho rodinou a příbuzenstvem?**

Spolupráce s rodinou seniora, je základním předpokladem pro kvalitní péči. Rodina bývá často prvotním a důležitým zdrojem informací o nemocném. Je to nutnost pracovat i s nimi.

### **Jaké to je pracovat s jeho rodinou? „Nenadělá více škody, než užitku“? Nebo je naopak pomoci?**

Jak kdy. V některých případech je rodina skvělou pomocí, zastane hodně práce a pomůže. Stará se o pacienta a pro něho je to mnohem lepší než, když se o něj stará sestra. Kolikrát ale vznikají situace, kdy je rodina na obtíž a problémy s ní jsou. Mají připomínky k péči a snaží se nám péči znepříjemnit nebo na starého úplně kašlou a nechají ho napospas, nekomunikují s námi a nestarají se o to, co s pacientem děláme, je jim to jedno. Je to ale výjimečné, spíše se setkávám se zájmem a ochotou zapojit se do péče a pomoci.

### **Co můžete jako sestra v péči o starší populaci nabídnout seniorovi?**

Sebe a svoje nadšené srdce do práce s nimi. Myslím, že to vypovídá za vše. Roztrhala bych se pro ně, udělala pro ně vše co je v mých silách.

### **A co jeho rodině?**

Pomoc a oporu, informace a šetřit jejich čas. Pomoc jim v jejich těžké situaci a odlehčit jim. Psychickou pomoc a přátelství. Prožívat s nimi jejich starosti, ale i radovat se z pokroků.

### **Chtěla byste na závěr rozhovoru něco dodat?**

Staří lidé jsou součástí naší společnosti a jsou rovnocenní jako ostatní generace. Buďme k nim proto tolerantní a nabídněte jim svou pomocnou ruku. Oni Vám budou vděční!!!

Děkuji vám za rozhovor.

#### Příloha č. 4

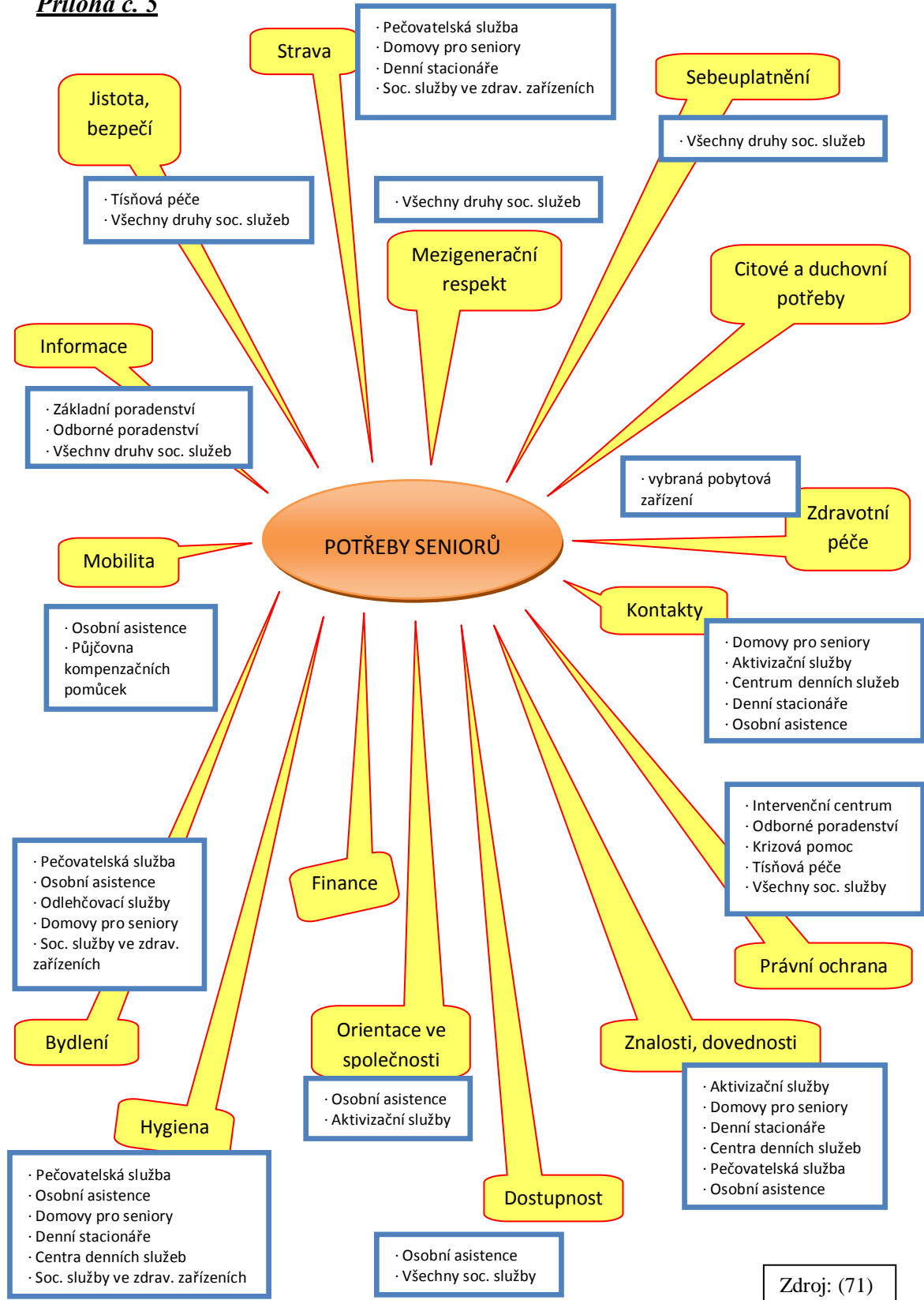
##### *Dobry den, stáři*

Dobry den, sestro stáři!  
Ach, viděla jsem tě přicházet z daleka  
a nepodala jsem Ti ruku.  
Dlouho jsem tě nevlídně pozorovala.  
Zdála ses mi škaredá, nešťastná, jako kdybys stale nosila smutek  
a jako bys táhla za sebou pytel bídy,  
hořkých dnů, samoty, zchátralosti.  
Ne, nechtěla jsem, aby ses ke mně přiblížila!  
Ty však stojíš těsně vedle mne, dotýkáš se mne.  
Musím si asi zvyknout na tvou společnost, protože mne už nikdy neopustíš.  
Sbohem mládí! A navždycky!  
Budeš zabírat stále více místa v mém životě,  
a proto s proměnou svého srdce,  
volám teď na tebe ve vší upřímnosti: "Sestro moje",  
teď, když tě vidím zblízka,  
objevuji tvůj půvab,  
máš zkušenosti a všechno, jak má být,  
dáváš věcem opravdový význam a milost,  
osvobozuješ od strojenosti, zbytečnosti, pýchy  
a vnášíš mě do pravdy.  
Mé tělo chátrá, má duše je však lehčí, aby se mohla lépe vznést.  
Sestro stáři, přijímám tě a mám tě ráda,  
protože jsem díky tobě volnější a pomalu se přibližuji k Bohu.

Paní G., 85 let

- PICHAUD, C., THAREAUNOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1999, str. 17.

**Příloha č. 5**



## Příloha č. 6

### **DESATERO** pro ty, kteří se zabývají starými lidmi

- 1.** Stáří a stárnutí je vždy současně problém společenský i problém individuální. Starého jedince posuzujeme jako neopakovatelnou individualitu, ale zároveň ve společenských souvislostech.
- 2.** Obyvatelstvo stárne, přibývá starších a starých lidí. Péče o ně je záležitostí (ale také nutností a povinností) celé společnosti, nejen těch, kteří o ně profesionálně pečují. Proto má strategický význam společenský program péče o starou populaci. Jeho tvorba a uskutečnění není jen záležitostí státu a jeho institucí.
- 3.** Staří lidé žijí ve společnosti, jsou její součástí, musí v ní a s ní být integrováni. Nezbytná je společenská atmosféra, která racionálně chápe stáří a sympatizuje s ním.
- 4.** Tzv. stará populace není homogenní. Je nutné uznávat její vnitřní odlišnosti strukturální i funkční. Také stárnutí a stáří jedince je vždy individuálně podmíněno a dotvářeno.
- 5.** Posláním gerontologie jako vědy je úsilí o poznání hlavních příčin a mechanismů stárnutí. Gerontologie se snaží také o prodloužení lidského věku, především však o zlepšení kvality života ve stáří. Nejde jen o přidání let k životu, nýbrž i o přidání života k létům.
- 6.** Problematika stáří je vždycky komplexní. Má současně tvář biologickou (somatickou), psychologickou i sociální. Jednostranný a izolovaný pohled na stáří vede k neúčinnému řešení a starým lidem jen málo pomáhá.
- 7.** Individuální stáří je přirozenou vývojovou etapou lidského života. Stáří však nelze pasivně přijímat jen jako osud. Může být nepřítelem, ale lze se mu bránit. Na stáří je nutné se připravovat. Kvalitní a spokojené stáří je odměnou za celý předcházející život.
- 8.** Stáří znamená ztrátu programu. Činorodý život geronta je dán rozvíjením všech přiměřených forem fyzických či duševních aktivit. Aktivitu je vhodné předepisovat jako účinné geriatrickum.
- 9.** Nemoci ve stáří mají své časté zvláštnosti. Týkají se prevence, klinického obrazu, diagnostiky i terapie. Péče o starého a nemocného člověka vychází ze současných vědeckých poznatků a má některé neopomenutelné zásady. Mezi ně patří také funkční neoddělitelnost sociální a zdravotní pomoci, komplexní sociálně zdravotní péče.
- 10.** Všichni, kteří nemají pochopení pro staré lidi a nevěří v účinnost své pomoci, ať dají ruce pryč od gerontologie!