



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Závislost imobilních a nesoběstačných klientů na ošetrovatelském personálu v domově pro seniory

Vypracoval: Marie Potůčková  
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

**Název bakalářské práce:** Závislost imobilních a nesoběstačných klientů domova pro seniory na ošetrovatelském personálu

**Základní teoretická východiska:** Se zvyšujícím se věkem dožití stoupá také počet seniorů, kteří se stanou imobilními, nesoběstačnými, často trpícími demencí, a proto se stávají závislými na péči jiných lidí. Pokud je tato závislost na péči pouze menšího rozsahu a mají-li tito senioři rodinu, rodina se většinou snaží o ně postarat. Ale při zvyšující se nesoběstačnosti, kdy senioři již nezvládnou být celý den sami doma, končí většinou v domovech pro seniory. Protože v naší společnosti je zvykem, že ženy pracují a nezůstávají doma, nemá se o tyto imobilní a nesoběstačné seniory kdo postarat. Ti potom odcházejí do pobytových sociálních ústavů, kde se o ně stará ošetrovatelský personál. Jak tuto péči klienti domova pro seniory vnímají, jak se s ní dokázali vyrovnat a jakou mají zkušenost s ošetrovatelským personálem? I na tyto otázky se snaží tato bakalářská práce odpovědět. Zároveň se snaží zmapovat největší problémy, které při ošetrovatelské péči o tyto imobilní a nesoběstačné, často dementní klienty, vznikají z pohledu tohoto personálu. Rovněž se snaží zjistit, jak tito psychicky a fyzicky náročnou práci vnímá ošetrovatelský personál, který se o imobilní a nesoběstačné klienty domova pro seniory stará.

**Cíle práce:** Cílem práce bylo zjistit, jak se cítí imobilní a nesoběstační klienti odkázaní při uspokojování na péči ošetrovatelského personálu v domově pro seniory, vytipovat konkrétní problémy při ošetrování imobilních a nesoběstačných klientů v domově pro seniory a zjistit, zda ošetrovatelský personál vnímá péči o imobilní a nesoběstačné klienty náročnou více po stránce fyzické nebo psychické. K těmto cílům byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: Jak vnímají imobilní a nesoběstační klienti v domově pro seniory závislost na péči ošetrovatelského personálu? Jaké problémy se vyskytují při ošetrování u imobilních a nesoběstačných klientů v domově pro seniory? Jak náročná je ošetrovatelská péče o imobilní a nesoběstačné klienty v domově pro seniory po stránce fyzické? Jak náročná je

ošetřovatelská péče o imobilní a nesoběstačné klienty v domově pro seniory po stránce psychické?

**Metodika:** Pro výzkumné šetření empirické části bakalářské práce byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor s imobilními a nesoběstačnými klienty domova pro seniory a rovněž nestandardizovaný rozhovor se členy ošetřovatelského personálu v daném domově pro seniory. Šetření probíhalo v době od 15. do 29. června 2012. Rozhovory byly zaznamenány písemně a proběhly se svolením vrchní sestry v domově pro seniory a zúčastněných respondentů.

**Výsledky:** Z rozhovorů s imobilními a nesoběstačnými klienty domova pro seniory vyplynulo, že někteří klienti si na závislost na péči na ošetřovatelském personálu rychle zvykli a vnímají ji pozitivně, ale někteří klienti si stále nezvykli a svou závislost vnímají negativně. Z rozhovorů s ošetřovatelským personálem bylo zjištěno, že respondentky za velký problém při ošetřování imobilních a nesoběstačných klientů považují nedostatek ošetřovatelského personálu ve směnách, nedostatek finančních prostředků v sociálních službách a s tím související nedostatek pomůcek, lůžka imobilních a nesoběstačných klientů přístupná pouze z jedné strany, nedostatek místa v pokojích klientů a také dále to, že hodně problémů v sociálních službách vzniká proto, že je to práce s lidmi – jak s kolegy, tak s klienty, kteří často trpí demencí.

**Závěr:** Bakalářská práce by mohla sloužit jako zdroj informací jak pro vedení domova pro seniory, tak pro ošetřovatelský personál. Bylo by dobré více se zamyslet nad problémy, které musí ošetřovatelský personál při své těžké práci v provozu řešit, a také se více starat o dobrou fyzickou a psychickou pohodu zaměstnanců. Zároveň by se mohl ošetřovatelský personál více zabývat tím, jaké problémy právě řeší jejich klienti a při nějaké změně jim více pomáhat, aby se na ni co nejdříve a co nejlépe adaptovali.

***Klíčová slova:*** Nesoběstačnost, imobilita, klienti domova pro seniory, závislost na péči, ošetrovatelský personál.

## **Abstract**

*Title of the thesis:* Dependence of dependent and immobile clients on nursing staff in homes for senior citizens

*Basic Theoretical Background:* With increasing age expectancy the number of older people who become immobile, is increasing those people are not self-sufficient anymore, often suffering from dementia, and therefore they can become dependent on the care of other people. If this dependency is only of a small extent, the families usually try to take care of such older people themselves. But with decreasing self-sufficiency when seniors do not manage to be alone at home all day, they need to stay in some type of home for senior citizens. As it is usual in our society that women work and do not stay at home there is usually nobody to take care of these immobile and dependent older people. They then go into residential social institutions where the nursing staff takes care of them. How do these clients see such care and how do they cope with their situation? What is their experience with the staff? The thesis tries to answer the above mentioned questions. It also tries to review the biggest problems seen by the staff taking care of immobile, dependent clients often suffering dementia. It also seeks to determine how mentally and physically demanding the job is from the nursing staff's point of view.

**Objectives:** The aim of the thesis was to find out how immobile clients who are not self-sufficient see the care of nursing staff in nursing homes, identify specific problems in the treatment of dependent and immobile clients in homes for senior citizens and determine whether nursing staff see the care of immobile and dependency clients demanding more from the physical or psychological point of view. These objectives were researched by four research questions: How do immobile and dependent clients in homes for older people see the nursing staff? What problems may occur during treatment with immobile and of dependent clients in homes for older people? How difficult is taking care of immobile and dependent clients in homes for older people

from the physical point of view? How difficult is taking care of immobile and dependent clients in homes for older people from the psychological point of view?

**Methods:** The survey of the empirical part of the thesis was carried out as a qualitative research. Data collection was based on interviews with immobile clients and clients who are not self-sufficient in homes for older people, as well as non-standardized interviews with members of the nursing staff. The research was carried out between 15<sup>th</sup> and 29<sup>th</sup> June, 2012. Interviews were recorded in writing with the permission of the head nurse and the participating respondents.

**Results:** The interviews with immobile clients and client who are not self-sufficient showed that some clients got quickly used to their dependence on nursing care of the staff so they see it positively, but some clients are still not used and their dependence is perceived negatively. The interviews with nursing staff revealed that the respondents see the following problems as the most important: a lack of nursing staff in shifts, lack of funding in social services and the related lack of equipment, beds for dependent and immobile clients are only accessible from one side, there is a lack of place in the rooms of clients as well and lot of problems in social services is caused simply as it is working with people - both colleagues and of course the clients, who often suffer from dementia.

**Conclusion:** This bachelor thesis could be further used as a source of information for both the management of homes for older people and the nursing staff. It would be good to think more about the problems that the nursing staff have to meet while working and to consider physical and mental well-being of employees. On the other hand, the nursing staff could be more concerned about the problems of their clients to help them with adapting to their situation as soon as possible.

**Key words:** self-sufficient, immobility, client homes for senior citizens, dependency, care, nursing staff.

## **Prohlášení**

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. Zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajovy kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních práce Theses.cz, provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12.7.2014

Podpis: .....

Marie Potůčková

## **Poděkování**

Touto cestou děkuji vedoucí mé práce Mgr. Aleně Polanové za velkou trpělivost, ochotu a cenné rady při zpracování bakalářské práce.



# Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>12</b>
1.1 <i>Stáří.....</i>	12
1.2 <i>Kvalita života seniorů.....</i>	13
1.3 <i>Sociální péče o seniory.....</i>	15
1.4 <i>Potřeby seniorů.....</i>	16
1.4.1 <i>Potřeby seniorů v nemoci.....</i>	18
1.5 <i>Komunikace se seniory.....</i>	19
1.6 <i>Důvody imobility a nesoběstačnosti seniorů.....</i>	21
1.6.1 <i>Imobilita.....</i>	21
1.6.2 <i>Nesoběstačnost.....</i>	22
1.6.3 <i>Onemocnění kloubní, kosterní a svalová u seniorů.....</i>	23
1.6.4 <i>Onemocnění kardiovaskulární u seniorů.....</i>	24
1.6.5 <i>Neurologická onemocnění seniorů.....</i>	25
1.6.6 <i>Úrazy seniorů.....</i>	26
1.6.7 <i>Psychiatrická onemocnění seniorů.....</i>	27
1.7 <i>Zátěž ošetrovatelského personálu.....</i>	28
1.7.1 <i>Psychická zátěž.....</i>	29
1.7.2 <i>Fyzická zátěž.....</i>	30
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>31</b>
2.1 <i>Cíle výzkumného šetření.....</i>	31
2.2 <i>Výzkumné otázky.....</i>	31
<b>3 Metodika .....</b>	<b>32</b>
3.1 <i>Použité metody.....</i>	32
3.2 <i>Charakteristika souborů.....</i>	32
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>34</b>
4.1.1 <i>Kategorie důvody nástupu do domova pro seniory.....</i>	34

4.1.2. Kategorie závislost klientů domova pro seniory na ošetrovatelském personálu .....	35
4.1.3. Kategorie vnímání závislosti klientů na ošetrovatelském personálu .....	36
4.1.4 Kategorie zkušenosti klientů domova pro seniory s ošetrovatelským personálem .....	37
4.1.5 Kategorie pocit osamělosti klientů domova pro seniory .....	37
4.1.6 Kategorie spokojenost klientů v domově pro seniory .....	38
4.2 Seznam kategorií z rozhovorů s ošetrovatelským personálem domova pro seniory .....	39
4.2.1 Problémy při ošetrování imobilních a nesoběstačných klientu .....	39
4.2.1.1 Podkategorie nedostatek ošetrovatelského personálu .....	39
4.2.1.2 Podkategorie nedostatek finančních prostředků .....	40
4.2.1.3 Podkategorie práce s lidmi .....	40
4.2.1.4 Podkategorie lůžka klientů .....	41
4.2.1.5 Podkategorie prostory na pokojích klientů .....	41
4.2.2 Kategorie řešení problémů při ošetrování imobilních a nesoběstačných klientů .....	41
4.2.3 Kategorie fyzická a psychická zátěž ošetrovatelského personálu .....	42
4.2.3.1 Podkategorie stres .....	42
4.2.3.2 Podkategorie práce na směny .....	43
4.2.3.3 Podkategorie psychická zátěž při úmrtí klientů .....	43
4.2.3.4 Podkategorie školení .....	44
<b>5 Diskuze .....</b>	<b>45</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>51</b>
<b>7 Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>53</b>
<b>8 Přílohy .....</b>	<b>58</b>
8.1 Seznam příloh .....	58

## Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám klienty domova pro seniory, kteří jsou nesoběstační a imobilní. Téma jsem si zvolila, protože jsem více než sedm let v domově pro seniory pracovala, a proto je mi toto téma blízké. Stáří s sebou přináší různé nemoci a ty způsobují, že se senior stane nesoběstačný a imobilní. Se stále se zvyšujícím věkem dožití rychle přibývá i těchto seniorů. Pokud senioři potřebují pouze menší pomoc, většinou to zvládne jejich rodina, děti. Ale pokud senior potřebuje celodenní péči, nastává v rodině problém, protože děti a vnuci jsou celý den v zaměstnání či ve škole a o dotyčného seniora se nemá kdo postarat. Proto stále více nesoběstačných a imobilních seniorů končí v domovech pro seniory. Jak se tam senioři cítí? Jak vnímají, že jsou odkázáni na pomoc cizích lidí? Jak se vyrovnávají s tím, že již nezvládnou postarat se sami osebe? Cítí se v domově pro seniory osamělí?

Tyto otázky mě při práci v domově pro seniory často napadaly, proto jsem se rozhodla zabývat se jimi ve své bakalářské práci. Zároveň jsem si i sama na sobě ověřila, jak je tato práce pro ošetrovatelský personál náročná. Po stránce fyzické proto, že klienti domova pro seniory jsou často imobilní. A po stránce psychické proto, že se v domově pro seniory ošetrovatelský personál často setkává s bolestí, smrtí, s vědomím, že při sebelépe odváděné práci se stav svěřených seniorů pouze zhoršuje, a v neposlední řadě také proto, že značná část seniorů trpí stařeckou demencí.

Bakalářská práce má část teoretickou a část empirickou. V teoretické části se zabývám otázkou stáří, změn, ke kterým ve stáří dochází, kvalitou života a potřebami, které si nesoběstační a imobilní senioři nemohou sami naplnit, a také důvody, proč se senioři stanou nesoběstační a imobilní. Dále se ve své práci zabývám fyzickou a psychickou náročností ošetrovatelské práce. V empirické části jsem zvolila dva výzkumné soubory. A sice nesoběstačné a imobilní seniory - klienty domova pro seniory - a personál, který se o nesoběstačné a imobilní seniory v tomto domově stará.

# 1 Současný stav

## 1.1 Stáří

Lidé si vždycky přáli dožít se vysokého věku. V minulosti se ale vysokého věku dočkala pouze malá část populace. Dlouhověkost byla velmi nepravděpodobná, vzácná, a proto žádoucí. V dnešní společnosti je však stáří součástí našeho života. Přibývajícím věkem s sebou nese množství involučních změn, dochází k poklesu schopností a výkonnosti jedince, k biologickým, psychickým i sociálním změnám. Proces stárnutí urychluje např. stres, nesprávná životospráva, kouření, alkoholismus, ale také nemoci, které každý jedinec během svého prodlužujícího se života prodělá. Biologické změny jsou nejvíce patrné na pohybovém aparátu a na kůži. Ke změnám také dochází ve všech soustavách – v nervové, kardiovaskulární, respirační, pohlavní a vylučovací soustavě, ve smyslovém vnímání a spánku. U psychických změn hraje důležitou roli osobnost člověka. Dochází ke zhoršení kognitivních funkcí – myšlení, paměti, pozornosti. Nezměněn zůstává intelekt, slovní zásoba, jazykové dovednosti. Naopak ke zlepšení může dojít v oblasti trpělivosti, vytrvalosti, rozvahy. Často dochází k emoční labilitě, nedůvěřivosti, obtížnému osvojování si nových poznatků. V sociálních změnách k nejdůležitějším jistě patří odchod do penze, kdy se člověk musí adaptovat na zcela nový způsob života. Dále sem patří hlavně ztráta partnera a jiných blízkých lidí, osamělost, finanční problémy (Haškovcová, 2010; Tošnerová, 2009).

Pro každého jedince představuje stáří velkou změnu, na kterou je třeba se adaptovat. To závisí na mnoha faktorech. Nejdůležitějším z nich je osobnost člověka, aktivita během celého jeho života, zkušenosti a životní filozofie jedince. Aby tato adaptace proběhla hladce, musí být příprava celoživotní záležitostí, která začíná již v dětství tím, že se učíme úctě ke staří, správnému chování ke starým lidem. Tomu se učíme hlavně v rodině. Zde také vidíme schopnost a ochotu rodiny postarat se o prarodiče v době nemoci a nesoběstačnosti. Další část přípravy na stáří se již týká stáří vlastního. Zde záleží na naší aktivitě, správné životosprávě, sociálních kontaktech. Stále větší význam získává také příprava finančního zajištění stáří z vlastních zdrojů (Mlýnková, 2011).

Koho považujeme za starého člověka? Podle Světové zdravotnické organizace (WHO – World Health Organisation) se stáří dělí na tři období: rané stáří (60- 74 let), vlastní stáří (75 – 89 let) a dlouhověkost (90 a více let).

Každý člověk stárne individuálně a také diskontinuálně, to znamená, že v různých obdobích svého života stárne člověk jinak rychle. Určit věkovou hranici, kdy je člověk považován za starého, je ke značné individuální variabilitě velmi nesnadné. Ve stáří se projevují rozdíly mezi jedinci více než v dřívějších obdobích života. Někteří jedinci si zachovávají tělesnou zdatnost i duševní svěžest do vysokého věku, jiní naopak stárnou velmi brzy. Obecně je člověk považován za starého, když ho za starého pokládají ostatní členové společnosti. Tato hranice se s prodlužováním střední délky života rovněž posouvá. V roce 1800 se za starého pokládal člověk čtyřicetiletý, v roce 1900 padesátiletý a dnes se v průmyslově vyspělých zemích udává hranice stáří od 65 let (Haškovcová, 2010; Mlýnková, 2011).

Staří lidé žijí a žili v každé společnosti, avšak po celá staletí byl počet starých lidí relativně malý. Populace seniorů roste velmi rychle až posledních šedesát let. Toto rychlé stárnutí obyvatelstva velmi ovlivňuje sociální, ekonomickou i zdravotnickou oblast. To má sociologické i psychologické důsledky. Tato skutečnost také v nemalé míře působí problémy jedince i rodin (Janečková, Hnilicová, 2009; Haškovcová, 2010).

Dle Českého statistického úřadu bude obyvatelstva ve věkové kategorii 65 let a více přibývat velmi rychle, avšak nejrychleji poroste věková skupina seniorů nad osmdesát let. S rostoucím počtem seniorů budou přibývat i senioři, kteří budou závislí na péči svého okolí, neboť s vyšším věkem narůstá také prevalence závažných invalidizujících chorob (Český statistický úřad; Haškovcová, 2010).

## ***1.2 Kvalita života seniorů***

„Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a enviromentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či

neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců a společnosti.“ (Payne a kol., 2005, str. 207).

Kvantita čili délka života se na rozdíl od kvality posuzuje velmi snadno. Moderní medicína umožnila prodloužit délku života, ale teprve poslední dobou se hovoří i o jeho kvalitě. Definice kvality života není jasně stanovena. Můžeme ji chápat jako důsledek působení různých faktorů. Jsou to především faktory zdravotní, ekonomické, sociální, duševní a emoční stav a pocit celkové pohody. Prodloužení života se dnes již nepovažuje za významný přínos, pokud je zároveň výrazně zhoršená jeho kvalita. Pojem kvalita života je individuální a souvisí s uspokojováním potřeb. Pro plnohodnotný život je velmi důležité zachovat si samostatnost, být dostatečně ekonomicky zajištěn a hlavně mít možnost o sobě v době stáří rozhodovat (Payne a kol., 2005; Venglářová, 2007).

Zdraví je jistě u většiny lidí na prvních místech hodnotového žebříčku. S narůstajícím věkem nabývá stále větší důležitosti a u seniorů většinou tato hodnota stojí nejvýše. Většina lidí zastává názor, že kvalitní život může vést pouze zdravý člověk, pro mnoho lidí dokonce pojmy stáří a nemoc splývají. Zcela jistě je zdraví jedním z důležitých faktorů kvality života, ale kvalitní život není vázán pouze na zdraví. V takovém případě by nemocný či hendikepovaný člověk nemohl vést kvalitní život a to ani lidé, kteří se s nemocí či hendikepem narodili. Avšak toto není pravda. Důležité je, že kvalitní život může vést i člověk v nemoci či hendikepu. Kvalita života je hlavně subjektivní prožitková kategorie, takže pouze konkrétní člověk může konstatovat, zda vede či nevede kvalitní život (Haškovcová, 2010).

Kvalitu života ve stáří zvyšují kromě zdraví další důležité faktory, jako je soběstačnost, mobilita, aktivní přístup k životu, prostředí, společnost a její vztah k seniorům, komunita vstřícná ke stáří, která má velký vliv pro zachování nezávislosti, a kvalitní život seniorů. Aby člověk i ve stáří zůstal co nejdéle soběstačný, je nutné, aby byl stále aktivní. V období, kdy odchází do penze, je důležité, aby měl vytvořen program, jak vyplní svůj volný čas. Nezůstat v sociální izolaci znamená udržovat stávající a navazovat nové kontakty, setkávat se s vrstevníky, prohlubovat mezigenerační vazby. To má velký vliv na prožití kvalitního stáří. Je třeba nalézt

rovnováhu mezi odpočinkem, fyzickou a duševní aktivitou. Pro kvalitní a zdravý život je rovněž důležité dostatečné hmotné zabezpečení, protože nízký příjem značně omezuje aktivity i zdravého a aktivního seniora (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008; Langmaier, Krejčířová 2006).

### ***1.3 Sociální péče o seniory***

Sociální služby v České republice definuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Jsou rozděleny na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Pokud senior tyto služby potřebuje, může mu být poskytnut příspěvek na péči. Tyto služby zprostředkovávají organizace, které mají k této činnosti oprávnění. Sociální služby se dělí na ambulantní, terénní a pobytové (Česko, zákon č. 108, 2006).

Péči o seniory, kteří potřebují pomoc, z velké části zajišťují jejich rodiny. Pokud se senior stane závislý na péči do té míry, že nemůže bydlet ve svém původním prostředí, může to v rodině vyvolat problémy. Některé rodiny nemají dostatečně velký byt, aby si své seniory mohly nastěhovat k sobě. Také většina lidí v produktivním věku si nemůže z ekonomických důvodů dovolit zůstat se seniorem doma, opustit zaměstnání a věnovat seniorovi celodenní péči. Česká rodina je totiž závislá na dvou příjmech, obzvlášť pokud má v péči ještě vyživované děti. Někdy je problémem i vzdálenost bydliště seniora a jeho dětí (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2003).

Formou sociální péče o seniory jsou domovy pro seniory. Ty poskytují seniorům služby na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. To vznikne rozhodnutím o registraci, kterou zařízení získá při dodržení zákonných podmínek. Jde o celoroční pobytová zařízení pro seniory. Tato zařízení zajišťují seniorům komplexní péči – ubytování včetně praní, žehlení, úklidu, dále celodenní stravování odpovídající zásadám racionální výživy, pomoc při zvládání běžných denních úkonů, jako například pomoc při osobní hygieně, oblékání, svlékání, pomoc s podáváním jídla, pití, ale také aktivizační činnosti a kontakt se společenským prostředím. Další formou sociální péče o seniory jsou domovy se zvláštním režimem. Jedná se rovněž o celoroční pobytová zařízení, ale jsou určena pro osoby vyžadující komplexní péči z důvodu chronické

duševní poruchy. V tomto typu zařízení je větší počet ošetrovatelského personálu. Domy s pečovatelskou službou jsou zařízení pro relativně zdravé seniory, nevyžadující komplexní služby, ale pouze dopomoc při určitých činnostech. Domovinky jsou centra denních služeb, denní stacionáře jsou ambulantní zařízení, kde jsou umístěni senioři se sníženou soběstačností. V týdenních stacionářích jsou umístěni senioři celý týden, k rodinám se vrací pouze na víkend. Pečovatelská služba poskytuje péči seniorům v jejich domácím prostředí. Jedná se o placené služby, jako je hygienická péče, příprava jídla, krmení seniora, nakupování, péče o domácnost (Česko, zákon č. 108, 2006; Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2003).

#### ***1.4. Potřeby seniorů***

Pokud se člověk stane imobilní a nesoběstačný, nemůže nadále uspokojovat své potřeby a je odkázán na pomoc svého okolí – rodiny či sociálních služeb. Uspokojování lidských potřeb výrazně ovlivňuje kvalitu života. Lidské potřeby jsou projevem určitého nedostatku, kdy našemu tělu něco chybí nebo naopak přebývá. Trpí-li jedinec nedostatkem, vzniká potřeba, která startuje proces motivace. Ta může být vědomá nebo nevědomá. Uspokojování potřeb zajišťuje přežití našeho organismu. Potřeby se rozdělují různě, nejčastější je dělení na biogenní, fyziologické a sociogenní, psychologické. Nejznámější teorie potřeb je teorie motivace. Nejčastěji užívanou klasifikací potřeb je Maslowova hierarchie potřeb, kdy vyšší potřeby mohou být uspokojeny až tehdy, jsou-li uspokojeny potřeby základní. Maslow dělí potřeby na fyziologické základní potřeby, potřebu bezpečí a jistoty, potřebu lásky a společnosti, potřebu sebeúcty a potřebu seberealizace (Tóthová, 2000; Trachtová a kol., 2008).

Má-li jedinec nějakou potřebu, usiluje o její naplnění. Pokud se mu nedaří potřebu naplnit, vyvolá to v něm neklid, strach, pocit ohrožení - frustraci. Vyrovnat se s takovou situací je velmi náročné. Řešení může být pozitivní, ale i nežádoucí. Jedinec může rezignovat, zvýšeným úsilím překážku překonat, překážku obejít a dosáhnout uspokojení potřeby jinou, i společensky nepřijatelnou cestou nebo naplnění potřeby oddálit, pokud to lze, nebo od naplnění potřeby ustoupit a utéci ke snění. Při



dlouhodobém neuspokojování zejména psychické potřeby – není-li nenaplněná potřeba kompenzována naplněním jiné potřeby - vzniká závažnější forma frustrace – deprivace. Deprivací mohou trpět i jedinci, kteří jsou dlouhodobě upoutaní na lůžko (Rozsypalová, Čechová, Mellanová, 2003; Trachtová a kol. 2008).

Lidské potřeby se v průběhu života mění z hlediska kvantity i kvality. U seniorů nad 75 let dochází k změnám v hodnotové orientaci potřeb. Do popředí se dostává potřeba zůstat co nejdéle soběstačný, být nezávislý na svém okolí. Důležitá je to potřeba autonomie, sám rozhodovat o způsobu svého života. Dále je to potřeba tělesného komfortu, pocitu fyzického pohodlí a absence nemoci a zejména bolesti. Potřeba seberealizace, schopnost zapojit se do různých aktivit a mít pocit smysluplného života. A potřeba lásky znamená existenci citového vztahu, projevy náklonnosti a podpory blízkého okolí, pocit, že patří do rodinného kruhu (Staňková, 2005).

Člověk se neustále vyvíjí a tím dochází ke změně jeho potřeb. Je-li jedinec zdravý, dokáže své základní potřeby uspokojit vlastními silami, bez pomoci okolí. Také potřeba být bez bolesti je většinou naplněna nebo má člověk pouze nevýznamné bolesti. Naplnění vyšších potřeb je velmi individuální a závisí na schopnostech a dovednostech každého jedince. Pokud člověk onemocní, rychle se mění i jeho potřeby. Nemocnému člověku jeho nemoc brání v uspokojování potřeb. Proto je v moderní ošetrovatelské péči důležité vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného jedince ošetřujícím personálem pomocí ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces zajišťuje individuální péči o člověka, zvyšuje kvalitu poskytované péče. Jedná se o sled plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení stanoveného cíle. Ošetrovatelský proces má pět fází, ty se navzájem prolínají, navazují na sebe a opakují se. První fáze zajišťuje sběr informací a jejich zhodnocení. Ve druhé fázi dochází na základě získaných informací ke stanovení ošetrovatelské diagnózy, která může být jak aktuální, tak i potencionální. Třetí fáze se zabývá plánováním ošetrovatelské péče a ve čtvrté fázi dochází k realizaci ošetrovatelské péče. Pátá fáze hodnotí zda a do jaké míry bylo dosaženo plánovaného cíle. Způsob uspokojování potřeb je velmi individuální. Je ovlivněn základními obecnými faktory, jako je pohlaví, věk, tělesné dispozice; individuálními osobními faktory, to je například vzdělání,

výchova, ekonomická úroveň a společenskými faktory, což je celkový životní standard (Tóthová, 2000; Tóthová a kol., 2009).

Nejznámější teorie potřeb je teorie motivace. Nejčastěji užívanou klasifikací potřeb je Maslowova hierarchie potřeb, kdy vyšší potřeby mohou být uspokojeny až tehdy, jsou-li uspokojeny potřeby základní. Maslow dělí potřeby na fyziologické základní potřeby, potřebu bezpečí a jistoty, potřebu lásky a společnosti, potřebu sebeúcty a potřebu seberealizace (Tóthová, 2000).

#### ***1.4.1 Potřeby seniorů v nemoci***

Potřeby každého člověka jsou velmi individuální, to platí i u nemocných seniorů. Ve stáří mají nemoci jisté specifické znaky. Patří k nim chronická onemocnění, polymorbidita, může docházet i k řetězení nemocí, kdy jedno onemocnění vyvolává onemocnění další. K tomu musíme přihlížet při uspokojování potřeb nemocných seniorů. Nejdříve potřebujeme jeho potřeby srovnat podle naléhavosti, protože vždy nelze uspokojit všechny potřeby a zcela jistě ne všechny najednou. Aby pacient přežil, musíme uspokojit nejdříve jeho základní biologické potřeby, mezi které patří výživa, pitný režim, spánek, odpočinek, osobní hygiena. Poté lze řešit jeho psychosociální potřeby, které se týkají hlavně pocitu bezpečí a jistoty. Ty musíme zajistit i v nemocnici nebo jiné instituci. Teprve pak můžeme uspokojit jeho vyšší vztahové potřeby, jako je pocit sounáležitosti, důvěry, lásky. Tyto potřeby má každý člověk, ale u nemocných a osamělých seniorů není lehké je zabezpečit. Dále je důležité pamatovat v ošetrovatelských týmech například na potřeby sebeúcty či pochopení. Některé potřeby nelze v době nemoci uspokojit a musíme od nich dočasně nebo i trvale ustoupit (Haškovcová, 2010; Mlýnková, 2011).

V moderním ošetrovatelství chápeme jedince jako celek, přistupujeme k němu holisticky, pracujeme s jeho bio-psycho- sociálními a spirituálními potřebami. Narušení jakékoliv části naruší celý systém. Důležité je poznat osobnost jedince v době před onemocněním, abychom mohli správně identifikovat a uspokojovat jeho potřeby v době nemoci. Proto potřebujeme informace o jeho pohlaví, věku, vzdělání, prostředí ve

kterém žije a pracuje, typ osobnosti a temperamentu, jeho hierarchii hodnot a také zdravotní uvědomění. Důležitou součástí uspokojování potřeb nemocných je také správná informovanost a komunikace s nimi. Pokud je pacient dostatečně o své chorobě informován, snáší svou nemoc podstatně klidněji a lépe. Nezbytné je respektovat pacientovu autonomii tím, že budeme brát v úvahu jeho přání a názory. To znamená, že i člověk částečně nebo plně fyzicky závislý na druhých může být psychicky zcela autonomní, dáme-li mu možnost terapeutický nebo ošetrovatelský úkon odmítnout. Potřeba autonomie je nedílnou součástí při péči o nemocného, je nedílnou součástí života (Mastiliaková, 2002; Šamánková a kol., 2011).

### ***1.5 Komunikace se seniory***

Komunikace je základem mezilidských vztahů. Dochází při ní k výměně informací. Dělíme ji na verbální, neverbální a konativní. Verbální komunikaci chápeme jako dorozumívání pomocí slov či symbolů. Důležité je vhodně zvolit slova, ale také hlasitost, výšku hlasu, intonaci, rychlost řeči, pomlky či délku projevu. Aby verbální komunikace byla efektivní, je potřeba aby byla jednoduchá, stručná, zřetelná, vhodně načasovaná a přizpůsobena konkrétnímu pacientovi. Velmi důležitou komunikační dovedností je umění naslouchat. Verbální komunikace je založena na sluchovém vnímání, při neverbální komunikaci používáme zrak. Srdcem nasloucháme, pokud zapojujeme emoce. Neverbální komunikací rozumíme řeč těla. Patří k ní všechny projevy těla, kterými řeč provázíme. Je považována za upřímnější než verbální komunikace, protože je z velké části instinktivní. Do neverbální komunikace řadíme mimiku, viziku, proxemiku, haptiku, posturologii, kinetiku, gesta, pohledy, ale také úpravu zevnějšku. Neverbální komunikace doplňuje komunikaci verbální, někdy ji může zcela nahradit. Do konativní komunikace řadíme sdělování činy - co děláme, jak se chováme a jednáme. Důležité je, aby všechny složky naší komunikace byly kongruentní (Venglářová, Mahrová, 2006).

Komunikace je důležitou součástí sociálních dovedností sestry. Díky ní podává i získává důležité informace jak od pacientů, tak v rámci pracovního kolektivu. Při

komunikaci s pacienty je důležité vytvořit přátelskou atmosféru, docílit důvěry a spolupráce s pacientem. Komunikaci s pacienty můžeme rozdělit na sociální, specifickou a terapeutickou. Sociální komunikaci chápeme jako běžný rozhovor s pacientem, ve kterém s ním navazujeme vztah. Pacient má omezenou možnost sociálních kontaktů, proto většinou možnost komunikovat vnímá pozitivně. Při specifické komunikaci pacientovi sdělujeme důležitá fakta, proto je nezbytné podávat je srozumitelně s ohledem na pacientův aktuální zdravotní stav a na závěr si ověřit, zda nám pacient rozuměl. Terapeutická komunikace poskytuje pacientovi oporu v jeho složité situaci (Venglářová, Mahrová, 2006).

Komunikace se zdravými seniory nevyžaduje specifickou modifikaci, musí ale být individuálně přizpůsobena věku a aktuálnímu stavu seniora, musíme respektovat individuální involuční změny konkrétního seniora (příloha 2). V domovech pro seniory se často vyskytuje u ošetrovatelského personálu elderspeak. Je to inhibiční technika komunikace charakteristická jednodušším slovníkem a gramatikou, pomalejším tempem řeči, zvýšeným tónem hlasu, zdůrazněnou intonací nebo častějším opakováním. Vychází ze stereotypů při hodnocení seniorů a jejich schopností. Jedná se o eticky nevhodnou formu komunikace se seniory, která vede ke snížení sebehodnocení seniorů (Pokorná, 2010).

Bariérami při komunikaci se seniory jsou zejména demence (příloha 3), poruchy sluchu, zraku, dysfázie, dysartrie. Komunikaci s těmito seniory musíme vhodně přizpůsobit. Například u seniorů s poruchami kognitivních funkcí bychom měli dodržovat tyto zásady: komunikujeme raději kratší dobu a opakovaně, nepokládáme otázky, na které nemocný senior nemůže odpovědět. Pokud to lze, ignorujeme nevhodné chování, používáme krátké věty a slova s jednoznačným významem, vyvarujeme se spouštěčům nevhodného chování, ověřujeme si, zda nemocný senior stále drží pozornost. Nevhodné při komunikaci s těmito seniory je: spěch, nervozita, mnoho podnětů najednou, apelace na nemocného, aby se více snažil. Svá očekávání musíme přizpůsobit možnostem seniora s demencí (Venglářová, Mahrová, 2006).

## ***1.6 Důvody imobility a nesoběstačnosti seniorů***

Mobilita a soběstačnost je pro každého seniora, vedle dobrého zdraví, velmi důležitá, značnou měrou ovlivňuje kvalitu jeho života. Omezení nebo dokonce ztráta mobility a soběstačnosti vede u seniorů k narušení sebedůvěry a k závislosti na pomoci cizích osob. Proto je zachování soběstačnosti a mobility jedním z hlavních cílů současného ošetrovatelství (Chlumecká, 2005).

Nejčastější příčiny imobility a nesoběstačnosti ve stáří jsou: kloubní, kosterní a svalová onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, neurologická onemocnění, úrazy a psychiatrická onemocnění, zvláště pak demence (Kalvach a kol. 2008).

### ***1.6.1 Imobilita***

Imobilita znamená dlouhodobé podstatné omezení pohybové aktivity, především ve smyslu upoutání na lůžko. Dochází k ní jako důsledek dlouhodobé hypomobility, dekonvice, sarkopenie, instability, pádů, dehydratace, malnutrice, inkontinence, kognitivního deficitu. Imobilitu můžeme rozdělit na mírnou, střední a těžkou. Při mírné imobilitě má jedinec minimální požadavky na pomoc, při střední požaduje větší pomoc v kratších časových intervalech a při těžké imobilitě je jedinec většinou upoután na lůžko a vyžaduje pomoc svého okolí při většině svých činností. U seniorů upoutaných na lůžko může dojít velmi rychle k rozvoji negativních důsledků imobilizace. Jedná se o dekubity, ortostatickou hypotenzi, flebotrombózu, pneumonii, svalovou atrofii, obstipaci, psychické poruchy a další (Weber a kol., 2000; Kalvach a kol., 2008).

V domovech pro seniory, kde je značná část klientů imobilních, se s dekubity často setkáváme. Jedná se o kožní a podkožní změny, jsou způsobeny především ischemií. Jde se o nekrózu měkké tkáně, může vzniknout velmi rychle, během několika hodin. Dekubity vznikají nejvíce na dolní polovině těla na takzvaných predilekčních místech. Jedná se o kost křížovou, kostrč, paty, kolena, kotníky, palce dolních končetin. Na horní polovině těla je to trnový výběžek lopatky, rameno. Přítomnost dekubitů také zvyšuje pravděpodobnost časného úmrtí. Ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů používáme

stupnici dle Nortonové. Nebezpečí vzniku dekubitů je při 25 bodech a méně. Dle odborníků je někdy výskyt dekubitů u imobilních pacientů neodvratitelný, přestože je většinou přičítán horší kvalitě ošetrovatelské péče. Dominantní role tlaku na predilekční místa je poslední dobou zpochybňována, rozhodující je zřejmě reakce tkáně na tlak. Na vzniku dekubitů se podílí i další faktory jako je věk, obezita, mikroangiopatie a neuropatie u diabetes mellitus, hypoxemie, Parkinsonova choroba, kvalitativní a kvantitativní poruchy vědomí, vliv tlumivých psychofarmak, vliv stresu a jiné (Kalvach a kol., 2008).

Sestra imobilního seniora mobilizuje jak na lůžku, tak mimo něj, snaží se předcházet komplikacím, které dlouhodobou imobilitou seniora vznikají, provádí polohování, bandáž dolních končetin. Taktéž dbá na dostatečný příjem tekutin a stravy, vše zaznamenává do dokumentace seniora. Rovněž provádí kompletní ošetrovatelskou péči o seniora a zajišťuje cvičení s fyzioterapeutem (Kalvach a kol. 2008).

### ***1.6.2 Nesoběstačnost***

Jestliže jedinec samostatně a bez pomoci či dohledu druhých osob zvládá aktivity denního života v přirozeném prostředí, nemá podstatné omezení tělesných ani duševních funkcí, považujeme ho za soběstačného. Pokud z jakéhokoliv důvodu není schopen tyto činnosti vykonávat, považujeme ho za nesoběstačného, stává se závislý na péči druhých osob. U nesoběstačných seniorů zajišťuje sestra kompletní ošetrovatelskou péči. Spadají sem biologické potřeby, např. dostatečná hydratace a výživa, vyprazdňování, spánek, tišení bolesti, péče o tělo a pokožku včetně prevence dekubitů. Ale také psychologické a spirituální potřeby seniorů (Kalvach a kol., 2008).

Dle Trachtové „Pojem sebestačnosti definuje péči zajišťovanou vlastními silami. Soběstačnost vyjadřuje samostatnost nebo závislost nemocného při vykonávání denních aktivit, popř. nutnou podporu.“ (Trachtová, 2008, str. 20).

Ztráta soběstačnosti vzniká postupně - s postupným úbytkem funkční výkonnosti, s úbytkem adaptačních schopností organismu, polymorbiditou, nebo náhle - při akutním onemocnění či úrazu (Venglářová, 2007).

Soběstačnost člověka zjišťujeme pomocí testů. Často používaným je test základních všedních činností ADL dle Barthel. Zde se soběstačnost hodnotí pomocí bodů v deseti kritériích – při zvládnutí daného kritéria bez pomoci 10 bodů, s dopomocí 5 bodů a při nezvládnutí kritéria 0 bodů. V součtu bodů znamená 100 bodů nezávislost, 95 – 60 bodů znamená lehkou závislost, 60 – 40 bodů střední stupeň závislosti a 35 – 0 bodů vysoký stupeň závislosti (Staňková, 2006).

Z hlediska soběstačnosti můžeme seniory rozdělit do čtyř skupin. V první skupině jsou senioři zcela soběstační, nezávislí na pomoci druhých lidí, relativně psychicky kompenzovaní. Ve druhé skupině jsou senioři soběstační částečně, schopni sebeobsluhy i mimo lůžko, avšak závislí na vydatné pomoci svého okolí. Do třetí skupiny řadíme seniory, kteří jsou částečně soběstační, avšak upoutaní na lůžko, případně psychicky dekompenzovaní, a tedy vyžadující menší či větší pomoc od druhých lidí. Do čtvrté, poslední skupiny řadíme seniory upoutané na lůžko, psychicky dekompenzované, případně v bezvědomí, kteří jsou zcela závislí na péči ošetrovatelského personálu (Staňková, 2006).

Nezdravý způsob života, hlavně nedostatek přiměřené pohybové aktivity, značně přispívá k tomu, že se člověk v seniorském věku stane hypomobilní až imobilní a stane se nesoběstačným, závislým na pomoci svého okolí. Proto efektivní způsob prevence, který může předčasněmu vzniku závislosti zabránit nebo oddálit její nástup, je fyzická aktivita přiměřená věku a zdravotnímu stavu. Přičemž zároveň přispívá i k somatické a psychické pohodě seniora. Za nejvhodnější pohyb vhodný pro seniory se považuje chůze a jízda na kole či rotopedu (Topinková, Neuwirth, 1996).

### ***1.6.3 Onemocnění kloubní, kosterní a svalová u seniorů***

Onemocněním, které patří do skupiny onemocnění kloubních, kosterních a svalových a které významným způsobem a velmi často omezuje mobilitu seniorů a jejich soběstačnost, je osteoartróza. Jedná se o degenerativní onemocnění hyalinní chrupavky, patří mezi nejčastější kloubní onemocnění, které v poslední době dostává ráz celosvětové epidemie. Vyskytuje se již od mladšího věku, ale se zvyšujícím věkem

výskyt tohoto onemocnění velmi narůstá, takže u seniorů jde o běžný a obtížný problém, protože se u nich setkáváme i s velmi pokročilým stadiem tohoto onemocnění. Degenerativní změny se vyskytují hlavně na nosných kloubech dolních končetin (gonartróza a koxartróza), na rukou a také na páteři. Mezi rizikové faktory vzniku osteoartrózy patří obezita, pohlaví, nepřiměřená kloubní zátěž ale i nedostatek pohybové aktivity, dědičné dispozice. K příznakům patří bolest, otok a ztuhlost postiženého kloubu, později omezená hybnost, deformita, instabilita. V léčbě je důležitá úprava životosprávy, nezastupitelnou úlohu má léčba pohybová a rehabilitace. K úlevě od bolesti užíváme analgetika a nesteroidní antirevmatika (Jessel, 2004; Hnízdil, Šavlík, 2007).

#### ***1.6.4 Onemocnění kardiovaskulární u seniorů***

Mezi onemocnění kardiovaskulární, která způsobují imobilitu a nesoběstačnost u seniorů, bezesporu patří angina pectoris. U zdravého člověka dochází při zvýšené námaze k rozšíření průsvitu věnčitých tepen a tím k vyššímu přítoku krve do myokardu. Tím je zajištěna rovnováha mezi potřebou a přísunem kyslíku. U člověka trpícího stabilní, námahovou anginou pectoris, je tato rovnováha narušena z důvodu zúžení věnčitých tepen aterosklerotickým plátem. Při zvýšené námaze se tepna nemůže rozšířit a zvýšit průtok krve, u pacienta to vyvolává tlakové bolesti za hrudní kostí. Bolest může dále vystřelovat do levé paže, ramene, krku, mezi lopatky. Také může být spojena s dušností, pocením. Pokud pacient zůstane v klidu, bolest do deseti minut odezní. K rizikovým faktorům patří hypertenze, zvýšená hladina LDL cholesterolu, zvýšená hladina krevního cukru, kouření, věk pohlaví, genetické faktory. Nejdůležitější prevencí je proto dodržovat zásady zdravého životního stylu – nekouřit, alkohol konzumovat v omezené míře, vyvarovat se obezity, vykonávat přiměřenou pohybovou aktivitu (Hradec, Býma, 2007).



### ***1.6.5 Neurologická onemocnění seniorů***

V oblasti neurologických onemocnění jsou nejčastější příčinou nesoběstačnosti a imobility seniorů cévní mozkové příhody. Správná funkce mozku závisí na jeho nepřetržitém zásobování kyslíkem a živinami z cirkulující tepenné krve, protože mozek je neumí skladovat. Cévní mozkové příhody jsou akutní cévní poškození mozku. Dělíme je na ischemické nebo hemoragické. Závažnost tohoto onemocnění spočívá ve vysoké úmrtnosti a časté příčině invalidity. Cévní mozková příhoda je v naší republice třetí nejčastější příčinou úmrtí pacientů. 40 % pacientů umírá do jednoho roku po prodělané cévní mozkové příhodě. Z celkového počtu cévních mozkových příhod tvoří mozkové ischemie tvoří 75 – 80 % a hemoragické 20 – 25 %. Ischemické cévní mozkové příhody dělíme na trombotické a embolické a dle časového průběhu na tranzitorní ischemickou ataku, reverzibilní ischemickou ataku, reverzibilní ischemický neurologický deficit, progredující ischemické příhody a dokončené ischemické příhody s trvalými následky. U ischemické cévní mozkové příhody dochází k uzavěru mozkové tepny, což způsobí nedostatek kyslíku a živin v příslušné části mozku a ta podléhá rychle nekróze. Jedná-li se o menší oblast, kolaterální krevní oběh může po určitou dobu zajistit do příslušné oblasti kyslík i živiny. K hemoragické cévní mozkové příhodě dochází v případě porušení stěny mozkové cévy. Příčinou mohou být například hypertenze, aneurysma, antikoagulační léčba, krevní choroby. Hemoragický iktus dělíme na mozkové krvácení nejčastěji v bazálních gangliích, talamická, lobární, putaminální krvácení a krvácení do mozečku. Cévní mozkové příhody vyžadují rychlou diagnostiku a včasné zahájení léčby, nejlépe do šesti hodin od cévní mozkové příhody na speciální iktové jednotce. Na způsob léčby má velký vliv stanovení etiologie (Seidl, 2004; Spence, 2008).

Rizikové faktory cévních mozkových příhod dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné patří věk, pohlaví, generické faktory, rasa a geologické podmínky, meteorologické faktory. Mezi ovlivnitelné faktory patří hypertenze, hypotenze, srdeční onemocnění, tranzitorní ischemická ataka, ateroskleróza, diabetes mellitus, kouření, obezita, alkohol, hormonální antikoncepce, zvýšená hladina cholesterolu, nezdravý

životní styl. Mezi příznaky cévní mozkové příhody patří náhlá slabost nebo necitlivost paže, nohy, jedné poloviny těla, problémy s chůzí, náhlé rozmazané nebo dvojité vidění či ztráta zraku, náhlý zmatek, potíže s mluvením nebo porozuměním. Příznaky se liší podle místa postižení a příčiny onemocnění (Feigin, 2007; Seidl, 2004).

### ***1.6.6 Úrazy seniorů***

Nejčastější příčinou úrazů seniorů, které způsobují jejich imobilitu a nesoběstačnost, jsou pády v souvislosti s instabilitou, přičemž se zvyšujícím věkem se zvyšuje i počet pádů. Pády seniorů jsou rovněž důvodem sekundární morbidity. U imobilizovaných seniorů se zlomeninami dolních končetin dochází často pneumoniím, plicní embolií či infekci v souvislosti s dekubity. V současnosti ale úmrtnost klesá, neboť došlo ke změně léčebného postupu a běžně se užívají náhrady zejména kyčelního kloubu, čímž se doba imobilizace po úrazu výrazně zkrátila. K pádům seniorů dochází nejčastěji v domácím prostředí. Pokud je senior klientem domova pro seniory, tak v domově pro seniory. K pádům často dochází kvůli špatné obuvi, kluzké, mokré podlaze, špatnému osvětlení či nevhodným koberečkům. Jako preventivní opatření bychom měli tyto věci odstranit. Průvodním jevem stáří je rovněž změna chůze, kdy mizí pružná ladnost pohybů, chůze se zpomaluje, kroky se zkracují a zhoršuje se rovnováha seniora, vyskytuje se svalová slabost z inaktivity, hypomobility, dochází k dyskoordinaci pohybů paží a dolních končetin při chůzi. Reakcí seniorů na pocit nejistoty v prostoru a obavy z pádu je jejich opatrná a pomalá chůze. Častou příčinou pádů jsou různé nemoci seniorů, jako je věkově podmíněné zhoršení zraku, kosterní a kloubní poruchy. Mohou chůzi porušit přímo, mechanickým omezením rozsahu pohybu v postiženém segmentu, či nepřímo, jako důsledek bolesti, kterou pohyb vyvolal. Dále to je Parkinsonova choroba, ischemická tranzitorní ataka, ortostatická hypotenze, kardiální synkopa, centrální i periferní parézy, osteoartróza, malnutrice. Dalším typem pádů u seniorů jsou pády ze sedu, z lůžka nebo při vstávání (Kalvach a kol., 2008; Schuler, Oster, 2010).

### ***1.6.7 Psychiatrická onemocnění seniorů***

Z psychiatrických onemocnění má u seniorů největší vliv na imobilitu a nesoběstačnost demence. Vzniká následkem onemocnění mozku, má chronický nebo progresivní charakter. Aby mohla být u pacienta stanovena diagnóza demence, je nutné, aby kromě poruchy krátkodobé či dlouhodobé paměti byla přítomna ještě alespoň jedna z dalších poruch, například změna osobnosti, porucha orientace, narušení schopnosti řeči a úsudku, porucha abstraktního myšlení nebo jiná porucha vyšších kognitivních funkcí. Jedná se o získanou poruchu kognitivních funkcí, má velký vliv na další život pacienta, narušení aktivit denního života, poruchy chování, a ovlivňuje také kognitivní funkce, především paměť a intelekt. Demence ve vyšším věku mají velký sociální dopad. Postupně u pacienta dochází k deterioraci duševních schopností, narušení jeho funkčních schopností, ke ztrátě soběstačnosti, neschopnosti samostatného života a bydlení. Senior se stává závislým na pomoci druhých osob, může dojít až k předčasné institucionalizaci pacienta. S vyšším věkem se zvyšuje i riziko rozvoje demence: u seniorů nad 65 let je riziko 5%, nad 75 let 10%, ale v 80 letech je to již 20% a v 90 letech až 50%. Zároveň také přibývá pacientů, kteří mají střední a těžké stadium demence. Demence je rovněž velký ekonomický problém. Kromě přímých nákladů na zdravotní péči tvoří další významnou část náklady na péči ošetrovatelskou. Avšak péče o nemocné s demencí zhoršuje i pracovní výkonnost příbuzných, kteří se o ně starají. Často u nich dochází ke zhoršení tělesného, ale i duševního zdraví, ke zhoršení kvality života. Celkové náklady stoupají s progresí demence, rostou hlavně náklady na sociální a ošetrovatelskou péči (Kalvach a kol., 2008; Schuler, Oster, 2010).

Demence dělíme na primárně degenerativní a sekundární a smíšené demence. Mezi primární degenerativní řadíme Alzheimerovu nemoc, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demenci. Mezi sekundární a smíšené demence řadíme vaskulární demence, toxické demence, metabolické demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě, traumatické demence, demence při nádorech centrální nervové soustavy. Příčiny demence jsou: Alzheimerova nemoc 56 %, vaskulární demence 14 %, smíšené demence 12 %, demence při Parkinsonově chorobě

8 %, jiné demence 4 %. Ostatní demence jsou při Huntingtonově nemoci, Pickově nemoci a Creutzfeld – Jakobově nemoci (Kalvach a kol., 2008; Schuler, Oster, 2010).

Demence, která má největší podíl na imobilitě a nesoběstačnosti seniorů, je Alzheimerova nemoc. Je to primární onemocnění šedé kůry mozkové, které trvá 2 -12 let, v průměru 9 let. Má tři stadia – časné, střední a těžké. Alzheimerova nemoc se vyvíjí zpočátku nenápadně, pomalu, ale trvale progreduje. Brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charekteristik. Nemocní ztrácejí své návyky a zvyklosti. Dochází u nich ke ztrátě zájmů, k narušení krátkodobé paměti, prostorové orientace, snižuje se slovní zásoba. Jsou postiženy i emoce, mluvíme o tak zvané emoční plochosti. Velmi brzy dochází ke změně osobnosti nemocného člověka, objevuje se u něj egoismus, podezíravost, ztráta motivace, dřívějších zájmů. Nemocný člověk postupně přestane zcela komunikovat. Je dezorientovaný ve všech kvalitách, stává se zcela imobilní, nesoběstačný a závislý na úplné pomoci druhých osob. Pacient většinou umírá na přidružené onemocnění jako například bronchopneumonie či následkem úrazu při pádu. K nejvýznamnějším rizikovým faktorům patří věk, genetické faktory, pohlaví, nižší vzdělání, opakované úrazy hlavy (Kalvach a kol., 2008).

### ***1.7 Zátěž ošetrovatelského personálu***

V péči o seniory hraje významnou roli ošetrovatelský personál ve výše uvedených zařízeních. Tato péče je velmi náročná psychicky i fyzicky, což způsobuje pro ošetrovatelský personál značnou zátěž. Tu dělíme na psychickou a fyzickou, přičemž obě spolu souvisejí, neboť při nadměrné fyzické zátěži značně ovlivněna i psychika pracovníka. Na psychickou i fyzickou únavu u zdravotnického personálu působí i další faktory, např. riziko vzniku infekce a alergií, narušení spánkového rytmu nočními směnami, práce na směny včetně víkendů a svátků, nepravidelný pitný režim a stravování, hluk, nesprávné osvětlení a další (Tuček, 2005).

Při práci s geriatrickými pacienty se jedná převážně o základní ošetrovatelskou péči a málo o odborné výkony, což je pro většinu sester po čase frustrující. Chybí zde perspektiva zlepšení zdravotního stavu pacientů, pacienti často umírají. To je

mimořádně vyčerpávající a může tak vzniknout syndrom vyhoření. Geriatřičtí pacienti jsou často imobilní, nesoběstační, inkontinentní, což je pro ošetrovatelský personál fyzicky velmi náročné. Geriatřičtí pacienti také často trpí psychiatrickým onemocněním, to způsobuje také jejich sníženou spolupráci, ošetrovatelský personál musí stále opakovat pokyny pro pacienty, to klade to velké nároky na trpělivost a emoční stránku ošetrovatelského personálu (Gulášová, Kyasová, 2005).

### ***1.7.1 Psychická zátěž***

Psychická zátěž představuje náročné životní situace, se kterými se člověk musí vyrovnat. Pokud se vyrovnání s nimi neprobíhá snadno, mohou mít dopad na zdraví člověka. Tyto situace jsou pro život přirozené, dokonce nutné, aby se člověk jako osobnost mohl dále vyvíjet (Jobánková a kol., 2000).

Také zvládání pracovních úkolů vyvolává u pracovníků psychickou zátěž. K tomu dochází zvláště tam, kde pracovník musí podávat kvalitní výkony, ale nemá na ně dostatek času a kde je velká pracovní odpovědnost. Pokud k těmto situacím dochází dlouhodobě, pracovník je ve stresu a začne se u něj zhoršovat pracovní výkonnost. Klesá hlavně koncentrace, vnímání, schopnost rozhodovat. U pracovníka se mohou objevit psychosomatická onemocnění (Majerová, 1997).

Psychická zátěž vyvolává u ošetrovatelského personálu velkou míru stresu. K tomu v zaměstnání dochází vlivem pracovního přetížení, nevhodných pracovních podmínek, termínovaných úkolů, časového stresu, velké zodpovědnosti, pracovní nejistoty, změn v organizaci, interpersonálních vztahů. Příznaky stresu dělíme na fyziologické, emocionální a behaviorální. Mezi fyziologické příznaky stresu řadíme bušení srdce, nechutenství, průjem, bolesti hlavy, břicha a v oblasti krční páteře. Mezi emocionální příznaky stresu patří rychlé změny nálad, nadměrná starost o své zdraví, neschopnost soucítit s druhými lidmi, omezení kontaktu s jinými lidmi, pocit nadměrné únavy. K behaviorálním příznakům patří nerozhodnost, zvýšená nemocnost, zhoršená kvalita práce, snaha vyhybat se pracovním úkolům, zvýšená konzumace alkoholu, cigaret, drog a léků na spaní, ztráta chuti k jídlu. Dlouhodobý stres působí na zdraví pracovníků,

způsobuje například kardiovaskulární, kožní, gastrointestinální a jiné problémy. Ve zdravotnictví představuje velkou psychickou zátěž a riziko vzniku syndromu vyhoření rovněž to, že se personál denně střetává s bolestí, nemocí, úmrtím (Komačková, 2009).

### **1.7.2 Fyzická zátěž**

Fyzická zátěž se projevuje jako zátěž pohybového, srdečně – cévního a dýchacího systému. Pokud dochází k rovnováze mezi výkonovou kapacitou člověka a požadavky na pracovní výkon a podmínkami, jedná se o zátěž přiměřenou, v opačném případě o zátěž nepřiměřenou. Těžká fyzická práce, ve zdravotnictví se jedná hlavně o manipulaci s imobilními pacienty, může způsobit zvýšení počtu pracovních úrazů, onemocnění pohybového aparátu, hlavně páteře. K tomu nejčastěji dochází při dlouhodobém, jednostranném přetěžování určitých svalových skupin. Proto je při polohování imobilních pacientů vhodné toto provádět ve dvou a při manipulaci s imobilními pacienty používat vhodné pomůcky, jako jsou různé zvedáky (Kotulán, Hrubá, 1993).

Z fyziologického hlediska rozeznáváme dva druhy svalové práce, a to dynamickou a statickou. Při dynamické práci jsou zapojovány svalové skupiny střídavě a rovněž dochází ke střídání napětí a uvolnění svalstva. Při statické práci dochází k izomerické kontrakci svalu trvající déle než tři sekundy. Při dynamické práci, která je efektivnější, nastupuje únava pomaleji a je také méně zatěžující než práce statická. Při fyzické zátěži posuzujeme nejen celkovou fyzickou zátěž, ale rovněž lokální svalovou zátěž, čili dlouhodobé jednostranné nadměrné zatěžování totožných svalových skupin, které způsobuje onemocnění kloubů, šlach, nervů apod. (Havlíčková a kol., 2004).

Důsledkem pracovní zátěže je únava. Jedná-li se o fyziologickou únavu, po adekvátním odpočinku a spánku odezní. Trvá-li nepřiměřená zátěž dlouhodobě, může dojít k únavě chronické, k přepracování a vyčerpání organismu. To se projevuje nespavostí, emoční labilitou, zvýšenou vnímavostí organismu k infekci, podrážděností, snížením schopnosti soustředit se. Při překonávání tohoto stavu často dochází k nadměrné konzumaci kávy, cigaret a alkoholu (Kotulán, Hrubá, 1993).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíle výzkumného šetření***

- Cíl 1: Zjistit, jak se cítí imobilní a nesoběstační klienti odkázaní na péči ošetrovatelského personálu v domově pro seniory.
- Cíl 2: Vytipování konkrétních problémů při ošetrování imobilních a nesoběstačných klientů v domově pro seniory.
- Cíl 3: Zjistit, zda ošetrovatelský personál vnímá péči o imobilní a nesoběstačné klienty náročnou více po stránce fyzické nebo psychické.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

1. Jak vnímají imobilní a nesoběstační klienti v domově pro seniory závislost na péči ošetrovatelského personálu?
2. Jaké problémy se vyskytují při ošetrování u imobilních a nesoběstačných klientů v domově pro seniory?
3. Jak náročná je ošetrovatelská péče o imobilní a nesoběstačné klienty v domově pro seniory po stránce fyzické?
4. Jak náročná je ošetrovatelská péče o imobilní a nesoběstačné klienty v domově pro seniory po stránce psychické?

## **3 Metodika**

### ***3.1 Použité metody***

Při výzkumném šetření empirické části bakalářské práce byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor s imobilními a nesoběstačnými klienty domova pro seniory a rovněž nestandardizovaný rozhovor se členy ošetrovatelského personálu v daném domově pro seniory.

Rozhovor pro imobilní a nesoběstačné klienty domova pro seniory se skládal ze dvou částí: otázky identifikační (věk, pohlaví, doba pobytu v zařízení) a části zaměřené na zkoumanou tematiku (příloha 4). Rozhovor pro ošetrovatelský personál v domově pro seniory byl složen také ze dvou částí: otázky identifikační (pohlaví, věk, pracovní zařazení, nejvyšší dosažené vzdělání, doba praxe v zařízení apod.) a části týkající se zkoumané problematiky (příloha 5).

Šetření probíhalo době od 15. do 29. června 2012. Rozhovory byly zaznamenány písemně a proběhly se svolením vrchní sestry v domově pro seniory a zúčastněných respondentů.

Analýza získaných dat byla zpracována metodou kódování. Přepsané rozhovory byly důkladně přečteny a za pomoci papíru a tužky byly zpracovány do jednotlivých kategorií a podkategorií (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

### ***3.2 Charakteristika souborů***

Předpokladem výzkumného šetření bylo, prostřednictvím nestandardizovaných rozhovorů, oslovit respondenty, kteří jsou imobilní a nesoběstační klienti domova pro seniory, a dále oslovit členy ošetrovatelského personálu pracujících v daném domově pro seniory. Pro výzkumné šetření byly záměrně zvoleny dva výzkumné soubory.



**Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentů – klientů domova pro seniory**

Respondenti- klienti	K 1	K 2	K 3	K 4	K 5
Věk	78 let	93 let	75 let	82 let	65 let
Pohlaví	Žena	Žena	Žena	Žena	Muž
Pobyt v domově pro seniory	2 roky	2 roky	3 roky	3 roky	2 roky

Zdroj: vlastní výzkum

První soubor byl tvořen pěti klienty domova pro seniory, kteří splňovali podmínku nesoběstačnosti a imobility. Průměrný věk cílové skupiny imobilních a nesoběstačných klientů zařízení byl 78,6 let.

**Tabulka 2 - Identifikační údaje respondentů – personálu domova pro seniory**

Respondenti - personál	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5
Věk	48 let	43 let	46 let	49 let	43 let
Pohlaví	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena
Praxe v domově pro seniory	7 let	5 let	4 roky	6 let	4 roky
Vzdělání	středoškolské	vysokoškolsk	středoškolské	středoškolské	středoškolské

Zdroj: vlastní výzkum

Druhý soubor tvořilo pět členů ošetrovatelského personálu domova pro seniory, kteří o uvedené imobilní a nesoběstačné klienty z prvního souboru, pečují. Průměrný věk této cílové skupiny byl 45,8 let.

## 4 Výsledky

### *4.1 Seznam kategorií z rozhovorů s imobilními a nesoběstačnými klienty domova pro seniory*

#### *4.1.1 Kategorie důvody nástupu do domova pro seniory*

#### *4.1.2. Kategorie závislost klientů domova pro seniory na ošetrovatelském personálu*

#### *4.1.3. Kategorie vnímání závislosti klientů na ošetrovatelském personálu*

#### *4.1.4 Kategorie zkušenosti klientů domova pro seniory s ošetrovatelským personálem*

#### *4.1.5 Kategorie pocit osamělosti klientů domova pro seniory*

#### *4.1.6 Kategorie spokojenost klientů v domově pro seniory*

#### **4.1.1 Kategorie důvody nástupu do domova pro seniory**

Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že důvodem k nástupu do domova pro seniory bylo u klientek 1, 3 a 4 zhoršení sebeobsluhy, u klientky 2 a klienta 5 zhoršený zdravotní stav. Klientka 1 udává, že bydlela v domě, o který se již nedokázala řádně starat, přestože jí děti a vnoučata hodně pomáhala. Klientka trpí silnou obezitou. Klientka 2 udává, že do vysokého věku bydlela v bytě sama a byla soběstačná: „Do devadesáti let, než se mi stal ten úraz, jsem bydlela sama ve svém bytě v Táboře. Sama jsem si uvařila a vše obstarala.“ Ale po pádu, zlomenině krčku kosti stehenní a dlouhodobé hospitalizaci, již nezačala chodit a samostatné bydlení nebylo možné. Protože jí dcera zemřela a má pouze syna, kterému je již přes sedmdesát let a sám má zdravotní problémy, musela požádat o pobyt v domově pro seniory. Klientka 3 udává, že bydlela s dcerou a její rodinou v rodinném domě na vesnici. Přes den ale byli všichni pryč a klientka byla celý den doma sama a již nezvládla v zimě zabezpečit topení: „Také jsem musela v zimě topit v kotli a to už bych teď nezvládla, proto jsem požádala o pobyt v domově pro seniory.“ Rovněž měla obavy, že kdyby se jí něco stalo, celý den tam nebyl nikdo, kdo by jí pomohl. Také klientka 4 bydlela v rodinném domě s rodinou dcery, ale byla tam celý den sama, měla zhoršenou mobilitu, potřebovala již pomoc při

sebeobsluze. Doma musela v zimě sama topit a to již nezvládla. Klient 5 přišel do domova pro seniory po hospitalizaci po cévní mozkové příhodě, trpí hemiparézou pravé poloviny těla, byl imobilní a potřeboval značnou dopomoc při sebeobsluze: „Manželka má problémy se zády, péči o mě by nezvládla a děti jsme neměli.“ Proto musel nastoupit do domova pro seniory.

#### ***4.1.2. Kategorie závislost klientů domova pro seniory na ošetrovatelském personálu***

U klientek 1 a 3 se za dobu pobytu v domově pro seniory mobilita a soběstačnost zhoršily, jejich závislost na ošetrovatelském personálu se zvýšila. U klientek 2 a 4 se závislost na ošetrovatelském personálu za dobu pobytu klientek v domově pro seniory významně nezměnila. U klienta 5 se jeho soběstačnost po rehabilitaci částečně zlepšila a závislost na pomoci ošetrovatelského personálu klesla. Klientka 1 byla v době nástupu do domova pro seniory mobilní, nepoužívala žádné kompenzační pomůcky, pro značnou obezitu se hůře pohybovala. Její vnučka ošetrovatelský personál požádala, aby dohlédl, zda klientka 1 chodí do koupelny, ale hygienu klientka zvládla sama. V domově pro seniory se její obezita zvětšila: „Mám méně pohybu, když se nemusím starat o dům a o domácnost.“ Mobilita klientky se proto zhoršila a dnes si při chůzi musí pomáhat holí, hygienu klientky zajišťuje zcela ošetrovatelský personál a pomoc potřebuje i při používání WC. Klientka 3 byla v době nástupu do domova pro seniory mobilní a vcelku soběstačná, ošetrovatelský personál jí pouze částečně dopomáhal při hygieně v koupelně. Po zdravotních problémech se srdcem a hospitalizaci v nemocnici byla klientka zcela imobilní. Ale po rehabilitaci v domově pro seniory začala opět chodit, přesto se závislost na ošetrovatelském personálu zvýšila. Přes den si klientka 3 zvládne dojít na WC, ale pomoc ošetrovatelského personálu potřebuje při hygieně v koupelně, při oblékání a na noc používá plenkové kalhotky. U klientky 2 k výrazné změně nedošlo, závislost na ošetrovatelském personálu je v podstatě na stejné úrovni – klientka potřebuje pomoc ošetrovatelského personálu při hygieně v koupelně, potřebuje pomoc při oblékání i chůzi po pokoji. Klientka používá plenkové kalhotky. Rovněž u klientky 4 nedošlo za dobu pobytu klientky v domově pro seniory k výrazné změně v závislosti na ošetrovatelském personálu. Stále potřebuje zabezpečit hygienu v koupelně,

pomoc při oblékání, klientka také používá plenkové kalhotky. U klienta 5 došlo vlivem rehabilitace a jeho silné vůle ke zlepšení soběstačnosti a závislost na ošetřovatelském personálu částečně klesla – klient se nyní zvládne sám obléct, obout, sám si přisedne z lůžka do invalidního vozíku, rovněž je schopen za pomoci jedné ruky a nohy se samostatně na invalidním vozíku pohybovat.

#### ***4.1.3. Kategorie vnímání závislosti klientů na ošetřovatelském personálu***

Klientka 1, 2 a 4 si na pomoc ošetřovatelského personálu rychle zvykly – prý musely, neboť samy se o sebe již nezvládly postarat. Klientka 3 a klient 5 stále vnímají závislost na ošetřovatelském personálu negativně, raději by veškerou péči o sebe zvládli sami. Klientka 1 sama o pomoc ošetřovatelský personál požádala. Zpočátku měla problémy s jejich pomocí při používání WC i hygieně ve sprše, ale rychle si zvykla a nyní s tím již problémy nemá. Pokud pomoc potřebuje, bez problému o pomoc požádá a je ráda, že jí má kdo pomoci. Klientka 2 si na péči ošetřovatelského personálu zvykla již při pobytu v nemocnici. Zpočátku jí to nebylo příjemné: „Ale člověk si zvykne na všechno.“ Nyní je ráda, že jí ošetřovatelský personál pomáhá a pomoc vnímá jako součást zdejší péče. Klientka 3 závislost na ošetřovatelském personálu vnímá stále negativně. Má pocit, že někoho obtěžuje, ráda by opět vše zvládla sama: „Sestřičky jsou na mě moc hodné, pořád mi říkají, že je neotravuji, ale já bych se stejně radši sprchovala a oblékala sama.“ Klientka 4 přišla z domova, kde jí pomáhala dcera a její rodina: „Ze začátku mi to bylo velmi nepříjemné. Dlouho jsem si myslela, že je to jen dočasné, že se to ještělepší a dokážu se opět o sebe postarat sama. Ale místo toho se to jen zhoršovalo.“ Nyní se již smířila, že pomoc potřebuje, je ráda, že jí má kdo pomoci. Klient 5 do domova pro seniory přišel zcela závislý na péči ošetřovatelského personálu. Během pobytu v domově pro seniory se jeho soběstačnost zvýšila, závislost na ošetřovatelském personálu klesla. Přesto klient 5 stále vnímá pomoc ošetřovatelského personálu negativně, smířit se s tímto stavem nehodlá, chtěl by vše zvládnout sám.

#### ***4.1.4 Kategorie zkušenosti klientů domova pro seniory s ošetrovatelským personálem***

Klientky 1, 2, 3 a 4 udávají, že jsou s ošetrovatelským personálem spokojené, negativní zkušenosti nemají. Klient 5 o tom nepřemýšlí. Klientka 1 žádné negativní zkušenosti s ošetrovatelským personálem nemá, pokud něco potřebuje, ochotně jí pomohou a snaží se jí vyjít vstříc: „Ale já se snažím otravovat je co nejméně, vím, že jich je tady málo a celý den se nezastaví. A taky je tady dost jiných, kteří pomoc potřebují víc.“ Klientka 2 má s ošetrovatelským personálem pouze dobré zkušenosti: „Se sestřičkami jsem spokojená, jsou milé a ochotné. Žádné špatné zkušenosti s nimi nemám, co potřebuji, mi udělají.“ Také klientka 3 vnímá sestřičky jako hodné a ochotné, negativní zkušenosti s nimi nemá. Klientka 4 vnímá sestřičky jako hodné a milé, ráda si s nimi povídá. Negativní zkušenosti nemá. Klient 5 bere ošetrovatelský personál normálně, nepřemýšlí o tom.

#### ***4.1.5 Kategorie pocit osamělosti klientů domova pro seniory***

Na otázku, zda se cítí v domově pro seniory klienti osamělí, odpovídaly klientky 3, 4 a klient 5, že osaměle se necítí. Klientky 1 a 2 uvedly, že občas samotu pociťují. Klientka 1 má jednolůžkový pokoj, o který si zažádala. Prý má ráda soukromí, v noci když nemůže spát se dívá na televizi, také jí to vyhovuje, protože má časté návštěvy rodiny, občas jezdí na víkend na návštěvu domů. V domově pro seniory si našla přítelkyni, spolu se účastní všech společenských akcí pořádaných v domově pro seniory. Přesto se někdy osaměle cítí: „Osaměle se cítím málokdy, ale nyní mi umřel přítel, tak mi teď je smutno. Radši teď chodím víc do jídelny a povídám si s jinými klienty nebo hrajeme člověče nezlob se nebo karty.“ Klientka 2 se osamělá někdy cítí. Když je jí smutno, zavolá vnučce nebo synovi. Její spolubydlící je velmi málomluvná, návštěvy má klientka pouze občas a společenských akcí v domově pro seniory se neúčastní, protože špatně slyší a nebaví jí to. Klientka je již dlouhou dobu vdova a bydlela v bytě sama, tak si na samotu zvykla a nevádí jí, cítí se unavená a přes den hodně odpočívá a pospává, tak má ráda klid. Klientka 3 bydlí ve dvoulůžkovém pokoji, se svou spolubydlící, která je ležící, vychází velmi dobře, hodně si spolu povídají, večer se dívají na televizi. Klientka 3 se rovněž ráda účastní společenského života v domově pro

seniory. A každý druhý víkend, Vánoce a v létě, když má dcera dovolenou, tráví doma. To jí hodně motivuje k tomu, aby zůstala mobilní a co nejvíce soběstačná. Také jí každý den volají její děti: „Mám moc hodné děti, které se o mě starají. Každý den po večeři mi syn nebo dcera zavolá.“ Proto se v domově osamělá necítí. Klientka 4 tráví bydli ve dvouúžkovém pokoji a svůj čas tráví pouze tam. Se svou spolubydlící se moc nebaví, ani spolu nevychází v dobrém. Společenského života se klientka 4 neúčastní, protože ji to nebaví, nebaví ji ani sledovat televizi. Rovněž návštěvy nemá klientka 4 často, protože má pouze jednu dceru a jednu vnučku, které za ní musejí dojíždět. Přesto se klientka 4 osaměle necítí, když se nají, jde si lehnout a pospává. Tak jí celý den rychle uteče: Jsem od přírody optimistka a hodně odpočívám a pospávám, tak jsem ráda, že mám klid.“ Ani klient 5 se necítí v domově pro seniory osaměle, protože byl vždycky samotář. Návštěvy má klient 5 jen občas, ale rád se dívá na televizi, často jezdí kouřit. Společenského života se účastní málokdy, pouze když ho něco baví - např. táborák nebo hokejová utkání ve městě. Když je teplo, jezdí hodně ven do parku, tam je spokojený.

#### ***4.1.6 Kategorie spokojenost klientů v domově pro seniory***

Na otázku, zda je klient v domově pro seniory spokojený, odpověděly klientky 1, 2, 3 a 4, že jsou v domově pro seniory spokojené. Pouze klient 5 v domově spokojen není a chce jít domů. Výhrady mají všechny klientky pouze ke stravování, jinak jsou spokojené. Je o ně postaráno a samy se již nemusejí starat o nic. Klientka 1 je spokojená, že se již nemusí starat o nákupy, vaření a praní nebo uklízení. Výhrady má občas ke stravování, nevyhovuje jí, že jsou zde často omáčky, které nemá ráda a má po nich průjem. A také jí zde chybí její sousedky, se kterými se doma hodně stýkala. Klientka 2 je rovněž v domově spokojená : „Jsem tady vcelku spokojená, jen to jídlo je pořád dokola rýže, těstoviny, brambory.“ Klientka 3 je rovněž v domově spokojená, nic jí zde nechybí. Občas jí sice něco nechutná, ale to se může stát i doma. K její spokojenosti hodně přispívá, že často jezdí domů, kam se vždy hodně těší a motivuje ji to, aby zůstala mobilní: „Teď se opět těším, že půjdu domů, hned první týden o prázdninách bude mít dcera dovolenou, tak si mě zase vezme.“ Klientka 4 je v domově celkem spokojená, nemusí se o nic starat. Pouze jí zde chybí častěji sladké jídlo, které

má velmi ráda. Klient 5 je v domově pro seniory nespokojen, nebaví ho to tam a chce jít domů. Rovněž má výhrady ke stravování, v domově pro seniory mu nechutná, byl zvyklý na jinou stravu.

## **4.2 Seznam kategorií z rozhovorů s ošetrovatelským personálem domova pro seniory**

### *4.2.1 Kategorie problémy při ošetrování imobilních a nesoběstačných klientů*

#### *4.2.1.1 Podkategorie nedostatek ošetrovatelského personálu*

#### *4.2.1.2 Podkategorie nedostatek finančních prostředků*

#### *4.2.1.3 Podkategorie práce s lidmi*

#### *4.2.1.4 Podkategorie lůžka klientů*

#### *4.2.1.5 Podkategorie prostory na pokojích klientů*

### *4.2.2 Kategorie řešení problémů při ošetrování imobilních a nesoběstačných klientů*

#### *4.2.3 Kategorie fyzická a psychická zátěž ošetrovatelského personálu*

#### *4.2.3.1 Podkategorie stres*

#### *4.2.3.2 Podkategorie práce na směny*

#### *4.2.3.3 Podkategorie psychická zátěž při úmrtí klientů*

#### *4.2.3.4 Podkategorie školení*

### **4.2.1 Problémy při ošetrování imobilních a nesoběstačných klientů**

#### **4.2.1.1 Podkategorie nedostatek ošetrovatelského personálu**

K otázce problémů při ošetrování klientů v domově pro seniory shodně uvedly všechny respondentky nedostatek ošetrovatelského personálu. Respondentky 1 a 2 si myslí, že počet personálu ve směnách se za dobu jejich působení v domově pro seniory snížil, ale práce, hlavně administrativní, přibyla. Respondentka 3 zastává názor, že

počet na směnu by měl být stanoven: „Myslím, že by měl být určen počet personálu na počet klientů, například na deset ležících klientů tolik ošetrovatelského personálu, na chodící klienty tolik ošetrovatelského personálu.“ Respondentka 4 by se ráda věnovala klientům více, ale protože je personálu málo, není na to dostatek času. Rovněž respondentka 5 si myslí, že je na směně málo personálu.

#### **4.2.1.2 Podkategorie nedostatek finančních prostředků**

Dalším problémem, na kterém se shodly všechny respondentky, je nedostatek finančních prostředků v sociálních službách a s tím související nedostatek různých pomůcek. Respondentka 1 zastává názor, že s nedostatkem peněz souvisí i nedostatek ošetrovatelského personálu. Rovněž respondentka 2 si myslí, že v domově pro seniory je nedostatek pomůcek, hlavně pro inkontinentní klienty: „Někteří klienti si inkontinentní pomůcky sami doplácí, ale těch je málo, protože na to většinou nezbývají finanční prostředky.“ Respondentka 3 odpověděla: „Také se snižuje počet sester ve prospěch pracovníků přímé obslužné péče, což souvisí s nedostatkem finančních prostředků určených na sociální služby.“ Také respondentky 4 a 5 uvedly, že nedostatek personálu i různých pomůcek souvisí s nedostatkem peněz v sociálních službách.

#### **4.2.1.3 Podkategorie práce s lidmi**

Respondentky 1, 2, 3 a 5 odpověděly, že hodně problémů v sociálních službách souvisí s tím, že se jedná o práci s lidmi. Respondentka 1 uvedla, že se jedná o práci jak se spolupracovníky, tak s klienty, kteří často trpí demencí. Rovněž respondentka 2 zastává názor, že v prostředí, kde se vyskytuje hodně lidí pohromadě, k problémům dochází často. Respondentka 3 je přesvědčena: „Kde je práce s lidmi, tam jsou problémy vždycky. Ani v sociálních službách to není jiné, zvláště, když hodně klientů trpí demencí a ošetrovatelského personálu je nedostatek.“ Respondentka 5 uvedla, že při práci s lidmi se vyskytuje hodně problémů, protože v domově pro seniory je dnes hodně klientů s demencí. Tito klienti bydlí na všech odděleních, protože oddělení se zvláštním režimem kapacitně nestačí.



#### **4.2.1.4 Podkategorie lůžka klientů**

Za další problém při ošetřování imobilních a nesoběstačných klientů domova pro seniory respondentky 1, 2 a 4 považují to, že lůžka imobilních klientů nejsou přístupná ze tří stran. Respondentka 1 si myslí: „Lůžka imobilních klientů našeho domova pro seniory nejsou přístupná ze tří stran, ale pouze z jedné, což je při manipulaci s klientem při přebalování, polohování nebo převlékání velmi nepraktické a zvyšuje to fyzickou zátěž ošetřovatelského personálu.“ I respondentky 2 a 3 uvedly, že manipulace s imobilními klienty, pokud je lůžko přístupné pouze z jedné strany, je velký problém a zvyšuje to fyzickou zátěž ošetřovatelského personálu.

#### **4.2.1.5 Podkategorie prostory na pokojích klientů**

Respondentka 4 považuje za další problém také nedostatek místa v pokojích klientů: „Například pokud potřebujeme imobilního klienta vysadit do křesla, musíme manipulovat s nábytkem. A jestliže klient používá invalidní vozík, je nedostatek prostoru na pokoji opravdu problém.“

#### **4.2.2 Kategorie řešení problémů při ošetřování imobilních a nesoběstačných klientů**

Všechny respondentky shodně zastávají názor, že hodně problémů v domově pro seniory souvisí s nedostatkem finančních prostředků v sociálních službách. Respondentka 1 si myslí, že bez navýšení finančních prostředků nelze tyto problémy vyřešit. Také respondentka 2 uvedla: „Řešení těchto problémů vidím pouze v navýšení objemu finančních prostředků, které jsou určeny pro sociální služby, tím by mohlo dojít k navýšení počtu ošetřovatelského personálu i k odstranění nedostatku zvedáků a jiných pomůcek.“ I respondentka 3 si myslí, že je třeba zvýšit finanční prostředky určené na sociální služby. Také proto, že seniorů stále přibývá. Respondentka 4 vidí řešení problémů v domově pro seniory ve zvýšení finančních prostředků, což by umožnilo zvýšit počet ošetřovatelského personálu. Respondentka 5 odpověděla: „Odstranit hodně problémů by pomohlo více peněz, ale to se asi nestane.“

### **4.2.3 Kategorie fyzická a psychická zátěž ošetrovatelského personálu**

Všechny respondentky se shodly v tom, že fyzickou a psychickou únavu pociťují současně, dost dobře ji nelze od sebe oddělit, proto je tato práce tak náročná. Respondentka 1 uvedla: „V průběhu dvanáctihodinové směny se střídají a prolínají (fyzická a psychická zátěž) a na konci směny jsem unavená jak psychicky, tak fyzicky.“ Respondentka 2 neumí říci, zda je práce náročná více psychicky či fyzicky, nikdy o tom takto neuvažuje. Fyzická náročnost je hlavně při manipulaci s imobilními klienty a psychická při péči o klienty trpící demencí, kterých je v domově pro seniory velké množství. Také respondentka 3 si myslí, že pokud je klient imobilní a ještě k tomu dementní, je tato péče náročná jak fyzicky, tak psychicky a nelze toto od sebe oddělovat. A takových klientů je dnes v domově nejvíce. „Dnes je v domovech pro seniory minimum klientů, kteří jsou mobilní nebo netrpí demencí. Je to dáno i tím, že domovy pro seniory přijímají prioritně klienty, kteří mají příspěvek na péči.“ I respondentky 4 a 5 vnímají fyzickou a psychickou zátěž dohromady, nelze ji od sebe oddělovat, protože se vyskytují současně.

#### **4.2.3.1 Podkategorie stres**

Rovněž všechny respondentky shodně uvedly, že stres v práci zažívají, ale školení na toto téma neabsolvovaly. Pro respondentku 1 je stresující hlavně nedostatek času při práci. Cíleně proti stresu nebojuje, ale jako terapii využívá svého psa a sport, který pěstuje od dětství. „Také mi hodně pomáhá odjet na dovolenou nejlépe do tepla, k moři. Opustit stereotyp a stále stejné prostředí. Pokud delší dobu nemám dovolenou, cítím jak jsem nervózní a popudlivá a dovolenou nutně potřebuji.“ Jako dobrý prostředek v boji proti stresu také považuje stresové situace probrat se svými spolupracovníky, kteří s ní situace prožili nebo si je umí představit, protože znají prostředí a klienty. To je pro ni okamžitá a dostupná terapie, poté už si nenosí pracovní problémy domů. Respondentka 2 také zažívá v práci stres. Vyrovnává se s ním procházkami se psem a pobytem v přírodě, na chalupě, kam často jezdí. I respondentka 3 v práci stres zažívá, myslí, že v pomáhajících profesích je to nevyhnutelné. Pomáhá jí práce na zahradě a procházky se psem. Rovněž respondentka 4 v práci zažívá stresové situace, cíleně proti stresu nedělá

nic, ale pomáhá jí popovídání u kávy a dovolená, kdy člověk naruší zaběhlý stereotyp. Respondentce 5 pomáhá proti stresu pobyt na chalupě na Šumavě a sport.

#### **4.2.3.2 Podkategorie práce na směny**

Všechny respondentky pracují na směny a vyhovuje jim to. Respondentce 1 směny vyhovují, pomáhají jí proti stereotypu. Noční směny ale považuje za náročné: „Po noční směně jsem unavená, samozřejmě málo vyspalá a na odpoledne si neplánuji žádnou náročnou činnost.“ Respondentka 2 je spokojená, že pracuje v dvanáctihodinových směnách a pak má volno a může odjet na svou chalupu. Pouze po nočních směnách se cítí unavená a špatně spí. Respondentce 3 také práce na směny vyhovuje, pouze na ranní by pracovat nechtěla. Ale poslední dobou má problémy se spaním, zřejmě bude muset navštívit lékaře. I respondentka 4 je s prací na směny spokojena, občas jí jen vadí, pokud jsou svátky a rodina je pohromadě, ona musí odejít do práce. Také respondentce 5 vyhovuje práce na směny, dokonce odmítla práci staniční sestry, aby nemusela chodit do práce pouze na ranní směny: „Dříve jsem dlouhá léta pracovala v nemocnici, kde jsem rovněž pracovala na směny, proto jsem za tu dobu na to zvyklá.“

#### **4.2.3.3 Podkategorie psychická zátěž při úmrtí klientů**

Respondentky 1, 2, 3, i 4 odpověděly, že nemají velké problémy s úmrtím klientů, pouze respondentce 5 úmrtí klientů vadí. Respondentka 1 je s úmrtím klientů vcelku smířena, protože u starých lidí je konec života přirozený. Ale vadí jí, pokud mají klienti při umírání bolesti a také by jí vadilo úmrtí dětí. Respondentka 2 odpověděla: „Když jsem začala v domově pro seniory pracovat, chvíli mi trvalo, než jsem si zvykla na to, že klienti tady celkem často umírají.“ Ale musela si zvyknout, jinak by nemohla tuto práci vykonávat. Respondentka 3 zastává názor, že úmrtí klientů je stresující, ale člověk se musí přesvědčit, že to tak v životě je a snažit se to klientům ulehčit. Respondentka 4 o úmrtí klientů přemýšlela již před nástupem do domova pro seniory a pokud chce tuto práci vykonávat, musí to tak brát. Smrt je v domově pro seniory součástí práce. Respondentka 5 má ale s úmrtím klientů problémy: „Jsme tady docela dobrá parta,

takže když nějaký klient zemře, většinou jdou k němu kolegyně, protože ví, že mi to vadí a já udělám administrativní práci.“

#### **4.2.3.4 Podkategorie školení**

Respondentky 1, 2, 3, 4 i 5 se účastnily školení na téma manipulace s imobilními klienty, protože toto školení proběhlo přímo v domově pro seniory. Rovněž se všechny respondentky shodly, že zvedáky a jiné pomůcky pro manipulaci s imobilními klienty nepoužívají, protože v domově pro seniory tyto pomůcky nejsou k dispozici. Respondentka 1: „Jednou jsem absolvovala školení o správné manipulaci s imobilními klienty, ale tyto znalosti jsem už zapomněla, protože v praxi tyto pomůcky nemáme, a proto je nepoužíváme.“ Také respondentka 2 se školení o manipulaci s imobilními klienty v areálu domova pro seniory účastnila, ale pomůcky nepoužívá, protože v domově nejsou. Respondentka 3: „Školení o správné manipulaci s imobilními klienty pro nás zajistilo vedení domova přímo v našem areálu, toho jsem se zúčastnila. Bohužel v našem domově pro seniory nemáme různé pomůcky a zvedáky, které by nám tuto fyzicky náročnou část naší práce ulehčily.“ Respondentka 4 se rovněž účastnila tohoto školení, ale v praxi toho v domově moc použít nelze. I respondentka 5 se zúčastnila školení v areálu domova pro seniory: „Ale bohužel třeba zvedáky na klienty u nás nemáme. Také by byl problém je tam používat, protože máme na pokojích velmi málo místa.“

## 5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou imobilních a nesoběstačných klientů domova pro seniory, kteří jsou odkázáni na péči ošetrovatelského personálu, ošetrovatelským personálem tohoto domova a jejich fyzicky a psychicky náročnou prací a problémy, které se při ošetrování imobilních a nesoběstačných klientů v domově pro seniory vyskytují. Analýza výzkumného šetření byla provedena na základě nestandardizovaných rozhovorů se dvěma výzkumnými skupinami: imobilními a nesoběstačnými klienty domova pro seniory a ošetrovatelským personálem. Protože jsem dlouhodobě pracovala s těmito imobilními a nesoběstačnými klienty, využila jsem při psaní bakalářské práce také poznatky, které jsem získala dlouhodobým pozorováním a znalostí daných klientů a rovněž výběr těchto klientů byl proveden na základě vlastních znalostí tak, aby splňoval kritéria výzkumného šetření.

V první části výzkumného šetření jsme se zaměřili na skupinu pěti klientů domova pro seniory, kteří jsou imobilní a nesoběstační. Bylo zjištěno, že u klientek 1, 3 a 4 bylo důvodem nástupu do domova pro seniory zhoršení sebeobsluhy, u klientky 2 a klienta 5 výrazné zhoršení zdravotního stavu a tím pádem ztráta soběstačnosti. Zajímavá jsou zjištění týkající se důvodů nástupu klientů do domova pro seniory, kdy nejčastějším důvodem byl stav klienta, kdy docházelo ke zhoršení sebeobsluhy a zhoršení celkového zdravotního stavu. Např. klientka 1 uvedla, že bydlela v domě, o který se již nedokázala řádně starat. Dále klientka 2 uvedla, že do vysokého věku bydlela v bytě sama a byla zcela soběstačná, ale po pádu, při kterém si přivodila zlomeninu krčku kosti stehenní a po dlouhodobé hospitalizaci, již nezačala chodit, a tak samostatné bydlení již nebylo možné. Také Papežová ve své bakalářské práci na základě vlastního zrealizovaného výzkumného šetření zjistila, že jako nejčastěji uváděný důvod se jeví zdravotní problémy. U žen se často jedná o stavy po operaci kyčle, upoutání na invalidní vozík po CMP, po infarktu myokardu aj. U mužů jde o stavy spojené s traumaty kyčelního kloubu nebo o situace po úmrtí manželky, kdy již není manžel schopen se postarat o domácnost ani o sebe (Papežová, 2007). Tyto údaje se shodují s odbornou literaturou (např. Chlumecká, 2005), která uvádí, že mobilita a soběstačnost je pro každého

seniora, vedle dobrého zdraví, velmi důležitá, značnou měrou ovlivňuje kvalitu jeho života. Také kvalita života jako taková je pro seniory velmi důležitá, neboť jak uvádí v této souvislosti Vágnerová: „*cílem bilancování starších lidí je vyrovnání vztahu ke světu i vlastnímu životu. V této době je rovněž třeba najít smysl zbývajícího života, jehož hodnotu zásadním způsobem ovlivňuje vědomí časové omezenosti a očekávání různých ztrát, které jsou ve stáří častější než kdykoliv předtím a které někdy fungují jako životní zlomy*“ (Vágnerová, 2008, s. 305).

Z výsledků výzkumného šetření a z informací ošetřovatelského personálu v domově pro seniory je zřejmé, že u mnohých seniorů se jedná o kombinaci nesoběstačnosti a imobility současně s demencí apod. Toto zjištění se shoduje s Burgetovou, která na základě vlastního výzkumu v diplomové práci uvádí, že v domovech pro seniory se klienti nejčastěji nacházejí z důvodu terminální geriatrické deteriorace, kdy stoupá počet seniorů závislých na péči druhých, což jsou senioři s příspěvkem na péči ve výši těžké či úplné závislosti. Také vlivem nemoci a následků nemocí se zvyšuje závislost na péči druhých osob (Burgetová, 2013). Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že u klientek 1 a 3 se po dobu pobytu v zařízení jejich mobilita a soběstačnost výrazně zhoršily a jejich závislost na ošetřovatelském personálu se zvýšila, zatímco u klientek 2 a 4 se závislost na ošetřovatelském personálu po dobu pobytu v zařízení výrazněji nezměnila. U klienta 5 po absolvování rehabilitačního cvičení došlo k částečnému zlepšení jeho soběstačnosti a také schopnosti mobility. Tedy jeho závislost na ošetřovatelského personálu klesla (příloha 4).

Jak imobilní a nesoběstační klienti domova pro seniory vnímají svou závislost na ošetřovatelském personálu? Na základě provedeného výzkumného šetření bylo zjištěno, že klientky 1, 2 a 4 si na pomoc ošetřovatelského personálu poměrně rychle zvykly, zatímco klientka 3 a klient 5 stále vnímají závislost na ošetřovatelském personálu negativně, raději by veškerou péči o sebe zvládli sami (příloha 4). Byla jsem překvapena, jak málo literatury a jiných zdrojů se touto problematikou zabývá. Již při psaní teoretické části bakalářské práce byl problém nějaké zdroje s touto tematikou objevit. Např. při zadání hesla závislost se objeví odkazy na závislost na alkoholu, drogách, případně lécích, ale ne na pomoci cizí osoby. Přestože snad každého, kdo

se dostane do kontaktu s lidmi zcela odkázanými na péči cizí osoby, napadne, že takto by rozhodně „dopadnout“ nechtěl a doufá, že jeho osobně to jistě nepotká, zdrojů, které by se touto tematikou zabývaly, je velmi málo. Když jsem pracovala v domově pro seniory, byla právě závislost na pomoci cizí osoby téma, o kterém jsem hodně přemýšlela a proto jsem si ho vybrala jako téma své bakalářské práce. Ale z rozhovorů s klienty spíše vyplynulo, že to berou tak, jak život běží a přehnaně se touto problematikou nezabývají. I při rozhovoru s klientkou 3, která by byla ráda zcela soběstačná a měla stále pocit, že ošetrovatelský personál svými potřebami obtěžuje, jsem neměla pocit, že by tuto situaci prožívala velmi negativně, ale dle svých možností se snažila pobyt v domově pro seniory příjemně prožít. Pouze u klienta 5 jsem měla dojem, že se opravdu se situací nehodlá smířit a prožívá ji velmi negativně. Možná, že se muži s touto situací vyrovnávají hůře, což ale z výzkumného šetření nelze zjistit, protože ve výzkumném souboru byl pouze tento jediný muž. Z celého výzkumného šetření jsem získala pocit, že starší člověk se svou závislostí na cizí pomoci vyrovná snáze než člověk v mladším věku. Snad to je ochrana přírody, že pokud člověk už péči sám o sebe nezvládne, prostě se s tím nějak vyrovná, což si člověk v produktivním věku neumí dost dobře představit.

Ke zkušenostem s ošetrovatelským personálem, na kterém jsou zmínění senioři závislí - z výzkumného šetření vyplynulo, že žádný z oslovených klientů neměl negativními zážitky ve vztahu k ošetrovatelské péči ze strany zdravotnického personálu v domově pro seniory. V tomto se výsledky výzkumného šetření se shodují např. s prací Markové, kde v bakalářské práci bylo zjištěno, že z 80 respondentů 95% uvedlo, že sestry mají o ně zájem a ptají se na jejich potřeby, pouze 5% respondentů uvedlo, že zdravotníci klientům domova nepomáhají či se neptají na jejich aktuální potřeby a problémy (Marková, 2012). Rovněž dle Haškovcové (2010) je pro spokojenost seniorů důležitá ochota personálu a vstřícný přístup k seniorům.

Přestože cílem bakalářské práce nebylo zjišťovat pocity osamělosti u oslovených klientů, z výsledků výzkumného šetření vzešly, v rámci této problematiky, velmi zajímavé informace. Na základě své dlouholeté praxe v domově pro seniory jsem zastávala názor, že klienti domova se cítí osaměle. Vždy mi bylo velmi líto klientů, kteří

pro svou imobilitu zůstali upoutaní v křesle nebo na lůžku ve svém pokoji – a sami. Přesto, že se nacházejí v sociální ústavu, kde se pohybuje velké množství lidí, oni jsou ve svém pokoji osamělí. Děti většinou přijdou na návštěvu na hodinu o víkendu a zbytek týdne přijde k těmto klientům pouze ošetrovatelský personál, který nemá čas si s nimi delší dobu povídat a více se jim věnovat. Z výzkumného šetření ale vyplynulo, že oslovení klienti trpí samotou málo, spíše ojedinele. Z pěti respondentů pouze dvě klientky uvedly, že samotu pocítují, ale pouze občas. Ostatní klientky (3, 4, a klient 5) se osaměle necítí. Také Růžičková došla ve svém výzkumném šetření bakalářské práce k podobným závěrům: sami senioři se za osamělé nepovažují, přesto se u nich občas tento pocit vyskytuje (Růžičková, 2013).

Ve druhé části výzkumného šetření jsme se zaměřili na pětičlennou skupinu ošetrovatelského personálu, kterou tvoří čtyři všeobecné sestry a jedna zdravotní asistentka. Při kategorizaci výsledků pro výše uvedenou část rozhovorů s pracovníky domova pro seniory bylo zjištěno, že pro všech pět respondentek je nejvýraznějším problémem nedostatek ošetrovatelského personálu. Dále respondentky 1 a 2 uvedly, že počet personálu ve směnách se za dobu jejich působení v zařízení snížil, ale naopak práce (a to především ve smyslu administrativy) neustále přibývá. Respondentka 3 se domnívá, že počet pracovníků na směnu by měl být stanoven dle aktuální obloženosti daného oddělení. Respondentka 4 uvedla, že by se ráda věnovala klientům více (aktivizace, vyprávění, četba apod.), ale z důvodu nedostatku personálu, není na tyto aktivity s klienty čas. Také respondentka 5 je přesvědčena, že ve směnách je málo personálu vzhledem k obloženosti oddělení. Rovněž Malíková uvádí, že ve většině pobytových sociálních zařízení neodpovídá počet pracovníků, kteří se podílejí na realizaci ošetrovatelské péče, kdy existuje přímá souvislost mezi nesoběstačností – závislostí klientů a náročností ošetrovatelské péče a vyšší zátěží pro personál (Malíková, 2011.).

Dále z výzkumného šetření vyplývá, že výrazným problémem, na kterém se shodly všechny oslovené respondentky, je nedostatek finančních prostředků v sociálních službách a s tím související nedostatek různých, jak zdravotnických, tak ošetrovatelských, ale i kompenzačních pomůcek. Dále respondentky 1, 2, 3 a 5 uvedly



že se domnívají, že mnoho problémů v sociálních službách souvisí s tím, že se jedná o práci s lidmi (práce s klienty, vztahy mezi kolegy navzájem, vztahy podřízený-nadřízený, komunikace s příbuznými klientů apod.). Za velký problém při ošetřování imobilních a nesoběstačných klientů domova pro seniory respondentky 1, 2 a 4 považují to, že lůžka imobilních klientů nejsou přístupná ze tří stran, což je při přebalování, polohování nebo převlékání velmi nepraktické a zvyšuje to fyzickou zátěž ošetřovatelského personálu.

K tématu fyzické a psychické zátěže při ošetřování imobilních a nesoběstačných klientů domova pro seniory se všechny oslovené respondentky shodly v tom, že fyzickou i psychickou únavu pociťují současně a že ji nelze od sebe oddělovat. Důvodem tohoto zjištění je skutečnost, že péče o klienty imobilní a nesoběstačné je velmi náročná. Fyzická náročnost se týká především manipulace s imobilními klienty, dvanáctihodinovými směnami apod. Psychická zátěž se pojí s péčí o klienty, kteří trpí demencí, nedostatkem personálu i nedostatkem času při práci. Respondentka 3 také uvádí, že v případě, že je klient imobilní a k tomu ještě dementní, tak je tato péče velice náročná a nelze tedy oddělovat fyzickou a psychickou zátěž. Dále uvedla, že klientů imobilních a současně i dementních je v zařízení nejvíce: „Dnes je v domovech pro seniory minimum klientů, kteří jsou mobilní nebo netrpí demencí. Je to dáno i tím, že domovy pro seniory přijímají prioritně klienty, kteří mají příspěvek na péči.“ Aby ošetřovatelský personál psychickou i fyzickou zátěž s úspěchem zvládal a vyrovnal se s ní, je nutné, aby se naučil o sebe pečovat a zvyšoval si fyzickou kondici i psychickou odolnost. V rozhovorech s respondentkami (příloha 4) ale ani jedna respondentka neuvedla, že by jim domov pro seniory nějakou formu relaxace např. ve formě supervizí, masáží, cvičení nebo i školení, nabízel. Veškeré aktivity v tomto směru jsou pouze jejich vlastní iniciativou. Také Rheinwaldová (2003) uvádí, že pro ošetřující personál je práce s klienty velmi náročná, proto by se měl naučit o sebe pečovat.

Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že nedostatek ošetřovatelského personálu, ale i další problémy např. nedostatek pomůcek, práce s lidmi, časová tíseň při práci, jsou příčinou toho, že všechny uvedené respondentky zažívají v práci stres. Avšak žádná z nich školení na téma stres a jak ho úspěšně zvládnout neabsolvovala. Respondentka 1

uvedla, že u ní stres nejčastěji propuká v důsledku nedostatku času při práci. Rovněž Žídková (2002) zdůrazňuje pracovní zátěž personálu při vnuceném tempu a časovém tlaku. Respondentka 3 také v práci stres zažívá a domnívá se, že stres a stresové situace nutně patří a úzce souvisí s výkonem práce v pomáhajících profesích. Vyrovnat se se stresem a fyzickou i psychickou zátěží z náročného povolání pomáhá např. respondentce 1 věnovat se sportu, dané problémy probrat s kolegyněmi či odjet na dovolenou a zcela změnit prostředí. Pro respondentku 2 jsou vhodné procházky se psem a pobyt v přírodě a pro respondentku 3 je přínosná práce na zahradě. Také dle Bartošíkové si každý člověk vytváří vlastní způsob, jak stres zvládnout. Tento způsob není neměnný, ale je modifikován vlastní zkušeností (Bartošíková, 2006).

Zajímavý je pohled na problematiku směnnosti u ošetrovatelského personálu, která taktéž zvyšuje jeho zátěž a dle Venglářové a kol.: „*rizikovým faktorem vzniku syndromu vyhoření u všeobecných sester je práce na směny.*“ (Venglářová a kol., 2011, s. 25-26). Na základě výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že všechny oslovené respondentky práci na směny preferují, ale zároveň uvádí, že noční směny považují za náročné: „Po noční směně jsem unavená, samozřejmě málo vyspalá a na odpoledne si neplánuji žádnou náročnou činnost.“ Často se po nočních směnách cítí být unavení a špatně spí.

V průběhu výzkumného šetření jsem se setkala s ochotou rozhovor poskytnout jak ze strany imobilních a nesoběstačných klientů domova pro seniory, tak ze strany ošetrovatelského personálu. Jistě i proto, že jsem všechny zúčastněné respondentky a jednoho respondenta znala osobně a delší dobu, proto nebylo nutné jejich důvěru získávat, ale vzájemné vztahy mezi námi již byly na dobré úrovni, proto byly rozhovory příjemné. Připomínku bych měla pouze k odpovědím respondentek z řad ošetrovatelského personálu na téma jak vyřešit problémy v sociálních službách, se kterými se setkávají při péči o imobilní a nesoběstačné klienty domova pro seniory. Myslím, že se touto problematikou dostatečně nezabývaly, protože jistě nelze všechny problémy, např. práce s lidmi, vyřešit pouze tím, že bude v sociálních službách k dispozici více finančních prostředků. I když k řešení mnoha by to zajisté pomohlo.

## 6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou závislosti imobilních a nesoběstačných klientů na ošetrovatelském personálu - jak ji tito klienti domova pro seniory vnímají, a dále problémy, které při této práci ošetrovatelský personál pociťuje a zda vnímá tuto práci více náročnou fyzicky či psychicky.

Z rozhovorů s klienty domova pro seniory bylo zjištěno, že u dvou klientek se mobilita a nesoběstačnost za dobu pobytu v domově pro seniory zhoršila a jejich závislost na ošetrovatelském personálu se zvýšila, u dvou klientek se závislost na péči ošetrovatelského personálu významně nezměnila a u jednoho klienta domova pro seniory se závislost na ošetrovatelském personálu vlivem rehabilitace a jeho silné vůle snížila. Tři klientky se se závislostí na ošetrovatelském personálu rychle vyrovnaly a nyní jí vnímají pozitivně, jsou rády, že jim má kdo pomoci s činnostmi, které již samy nevládnou vykonávat. Ale jedna klientka a jeden klient stále vnímají svou závislost na ošetrovatelském personálu negativně a chtěli by být zcela soběstační.

Z rozhovorů s ošetrovatelským personálem vyplynulo, že všechny respondentky vnímají jako velký problém nedostatek ošetrovatelského personálu ve směnách. Za další problém při ošetrování imobilních a nesoběstačných klientů domova pro seniory, na kterém se shodly všechny respondentky, je nedostatek finančních prostředků v sociálních službách a s tím související nedostatek pomůcek, např. pro manipulaci s imobilními klienty nebo pomůcek pro inkontinentní klienty. Čtyři respondentky zastávají názor, že mnoho problémů v sociálních službách pramení z toho, že se jedná o práci s lidmi, jak s klienty domova pro seniory – často dementními, tak s kolegy apod. Tři z pěti respondentek vnímají jako problém to, že v domově pro seniory nejsou lůžka imobilních a nesoběstačných klientů přístupná ze tří stran, ale pouze z jedné. Jedna respondentka také zmínila jako problém málo místa v pokojích klientů domova pro seniory.

Na otázku, zda vnímají péči o imobilní a nesoběstačné klienty náročnou více fyzicky či psychicky, odpovědělo shodně všech pět respondentek, že tyto dvě složky od sebe neoddělují, že to snad ani nejde, a právě proto je péče o tyto klienty tak velmi náročná.

Jak jsem již zmínila v diskuzi, měla jsem pocit, že tím, jak imobilní a nesoběstační klienti domova pro seniory (ale nejen toho) vnímají ztrátu své soběstačnosti a vzniklou závislost na péči jiných lidí, se nikdo příliš nezabývá. Ale pro tyto lidi je to velmi nesnadná situace a jistě by uvítali, pokud by se jim v tomto období někdo více věnoval a poskytl jim psychickou oporu i potřebné informace, aby se rychleji s touto nelehkou životní etapou vyrovnali. Proto bude práce poskytnuta vedení domova pro seniory, aby s těmito výsledky seznámil i ošetrovatelský personál, aby se v této situaci pokusil imobilním a nesoběstačným klientům domova pro seniory poskytnout podporu a pomohl jim celou situaci lépe zvládnout. Zároveň by stálo za uvážení ze strany vedení domova pro seniory, zda by nebylo vhodné nabídnout ošetrovatelskému personálu nějaké aktivity v podobě supervizí, masáží, cvičení např. jógy apod., aby zaměstnanci při své těžké práci zůstali v dobré fyzické kondici, předcházeli pracovním i jiným úrazům a nemocem, a nabídnout jim např. školení o tom, jak se dobře vypořádat se zátěží psychickou a stresem, protože ani jedna z respondentek neuvedla, že by jim tyto aktivity domov pro seniory poskytoval.

## 7 Seznam použitých zdrojů

Burgetová, M. Práce registrovaných sester v domovech pro seniory. [online]. [cit. 2014-06-25]. Dostupné z: [http://muni.cz/th/398069/lfm/M.Burgetova prace registrovanych sester v domovech pro seniory.txt](http://muni.cz/th/398069/lfm/M.Burgetova_prace_registrovanych_sester_v_domovech_pro_seniory.txt)

ČESKO, Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sběrka zákonů České republiky. 2006, částka 37. [online]. [cit. 2013-07-06]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z\\_108\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)

Český statistický úřad, Populační prognóza do roku 2050. [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/2004edicniplan.nsf/t/B000145/S/File/4025eea.pdf>

Feigin, V. *Cévní mozková příhoda*. 1. české vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7

Gulášová, I, a M. Kyasová. Prieskum najvýznamnejších problémov riadenia ošetrovateľského tímu na geriatrickom oddelení. *Revue ošetrovateľstva a laboratórných metódik*, 2005, roč. 11, č. 3. ISSN 1212-723X

Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. 1 vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-10-9

Havlíčková, L. a kol. *Fyziologie tělesné zátěže I. obecná část*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-875-1

Hnízdil, J. a J. ŠAVLÍK. *Artróza v psychosomatickém přístupu*. 1. vydání. Praha: Triton, 2007. ISBN 80-7254-913-8

Holmerová, I., B. Jurášková a K. Zikmundová. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vydání. Praha: ČALS, 2003. ISBN 80-86541-12-6

Hradec, J. a S. Býma. *Ischemická choroba srdeční*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007. ISBN 80-86998-14-2

Chlumecká, J. *Hodnocení soběstačnosti v ergoterapii. Diagnóza v ošetrovatelství*. Kutná Hora, 2005. ISBN 1801-1349

Janečková, H. a H. Hnilicová. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

Jessel, Ch. *Úspěšně proti artróze*. 1. vydání. Praha: BETA Dobrovský Ševčík, 2004. ISBN 80-7306-159-7

Jobánková, M. a kolektiv. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-288-4-10

Kalvach, Z., Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, I. Holmerová, P. Weber a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4

Komačeková, D. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče - prevence, podpora a ochrana zdraví sestry. Sestra. [online]. [cit. 2013-05-15]. Přístupno z www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/fyzicka-a-psychicka-zatez-pri-poskytovani-osetrovatelske-pece-pr-435429>

Kotulán, J. a D. Hrubá. *Preventivní lékařství, II. Díl*. Brno: Lékařská fakulta MU, 1993. ISBN 80-210-0563-7

Langmeier, J. a D. Krejčířová. *Vývojová psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada, 2006. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254- 657-0

Malíková, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání . Praha: Grada, 2011. ISBN 978-89-247-3148-3

Marková, Š. Kvalita ošetrovatelské péče v domově pro seniory z pohledu klienta. [online]. [cit. 2014-06-25]. Dostupné z: [http://these.cz/id/619gzp/Kvalita\\_oetovatelskd\\_pe\\_v\\_domov\\_pro\\_seniory\\_z\\_pohledu\\_klie.pdf](http://these.cz/id/619gzp/Kvalita_oetovatelskd_pe_v_domov_pro_seniory_z_pohledu_klie.pdf)

Mastiliaková, D. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup. I. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0429-9

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Kvalita života ve stáří*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2

Mlýnková, J. *Péče o staré občany*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. . ISBN 978-80-247-3872-7

Papežová, E. *Kvalita života seniorů*. [online]. [cit. 2014-06-25]. Dostupné z: [http://.muni.cz/th/136179/pdf/b/BAK\\_prace\\_EPAPPEZOVA\\_IS.doc](http://.muni.cz/th/136179/pdf/b/BAK_prace_EPAPPEZOVA_IS.doc)

Payne, J. a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0

Pokorná, A. *Komunikace se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8

Rheinwaldová, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7169-828-8

Rozsypalová, M., V. Čechová a A. Mellanová. *Psychologie a pedagogika*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-73333-014-8

Růžičková, M. *Vnímání osamělosti z pohledu seniorů*. [online]. [cit. 2014-06-08] Dostupné z [http://is.muni.cz/th/329206/pedf\\_b/](http://is.muni.cz/th/329206/pedf_b/)

Schuler, M. A P. Oster, *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3010-4

Seidl, Z. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0623-7

Spence, J. *Mozková příhoda*. Edice patientská publikace, 2008. ISBN 978-80-7387-058-4

Staňková, M. *České ošetrovatelství 6. Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání - dotisk. Brno : NCO NZO v Brně, 2006. ISBN 978-80-7013-323-6

Staňková, M. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6

Šamánková, M. a kolektiv. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7

Švaříček, R., K. Šed'ová et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0

Topinková, E. a J. Neuwirth. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6



Tošnerová, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2009. ISBN 978-80-251-2104-7

Tóthová, V. *Ošetrovatelství*. 1. vydání. České Budějovice: JČU, 2000. ISBN 80-7040-454-X

Tóthová, V. a kolektiv. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vydání, Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1

Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 80-7013-324-4

Tuček, M., M. Cikrt a E. Pelcová. *Pracovní lékařství pro praxi*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0927-9

Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1318-5.

Venglářová, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

Venglářová M. a kolektiv. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

Venglářová, M. a G. Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8

Weber, P. a kolektiv. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-70-13-314-7

## **8 Přílohy**

### ***8.1 Seznam příloh***

1. Očekávaný vývoj počtu a podílu osob ve věku 65 a více let, všechny varianty, 2002 - 2050
2. Desatero komunikace se seniory
3. Desatero komunikace s lidmi se syndromem demence
4. Rozhovory s imobilními a nesoběstačnými klienty domova pro seniory
5. Rozhovory s ošetrovatelským personálem v domově pro seniory

## Příloha 1

Tab. 1: Očekávaný vývoj počtu a podílu osob ve věku 65 a více let, všechny varianty, 2002 - 2050

Rok	Absolutní počet (v tis.)			Podíl v obyvatelstvu (v %)		
	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká
2002	x	1 418	x	x	13,9	x
2005	1 446	1 447	1 448	14,2	14,1	14,1
2010	1 591	1 597	1 604	15,7	15,5	15,4
2015	1 849	1 864	1 884	18,4	18,1	17,8
2020	2 055	2 088	2 129	20,8	20,3	19,9
2025	2 141	2 201	2 274	22,2	21,5	21,1
2030	2 211	2 308	2 424	23,6	22,9	22,4
2035	2 259	2 400	2 567	24,9	24,1	23,7
2040	2 443	2 634	2 857	27,9	26,9	26,4
2045	2 620	2 862	3 147	31,1	29,7	29,0
2050	2 661	2 956	3 304	33,0	31,3	30,5

Zdroj: [http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/B0001D6145/\\$File/4025rra.pdf](http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/B0001D6145/$File/4025rra.pdf)

## Příloha 2

Národní rada ZP ČR společně s MZ ČR vydala v roce 2005 doporučení pro zdravotnické a sociální pracovníky pracující v úseku péče o seniory směrem ke zlepšení vzájemného vztahu a komunikace, tzv. **Desatero komunikace se seniory**:

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem (nevyžádané familiární oslovení je ponižující).
2. Důsledně se vyhýbejme zdětinšťování starého člověka (ani s nemocným se syndromem demence nehovoříme jako s dítětem).
3. Při komunikaci s pacientem a při jeho ošetřování cílevědomě chraňme jeho důstojnost (snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů).
4. Respektujeme princip zpomalení a chraňme seniory před časovým stresem (počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a zhoršením pohyblivosti).
5. Složitě nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření a příprava na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme nebo napíšeme na papír.
6. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt (při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek).
7. Aktivně a taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas (porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, např. rozhlas, televizi).
9. Pomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na lůžko vždy nabízíme úměrně zdravotnímu stavu, nevnučujeme.
10. Při ústavním ošetřování komunikaci i ošetrovatelskou aktivitu cílevědomě směřujeme k podpoře a k udržení soběstačnosti seniora.

Zdroj: NR ZP ČR, MZ ČR: Desatero pro lepší komunikaci. Praha, MZČR 2005. s. 4.

## **Příloha 3**

### **Desatero komunikace s lidmi se syndromem demence:**

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí, např. rozhlasové vysílání, ujistíme se, zda pacient dobře slyší, zda má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a zda netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, zachováváme klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta. Přizpůsobujeme se pomalému tempu lidí trpících demencí.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách, téma hovoru náhle ani často neměníme.
4. V rozhovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
5. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nechápe, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
6. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.
7. Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
8. Dáme zřetelně najevo, zda hovor jen přerušíme, nebo zda skončil a my odcházíme.
9. Lidí s demencí nepodceňujeme, „nezvěčňujeme“, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jejich schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme. Při běžné komunikaci uplatňujeme validaci, snažíme se využít a rozvíjet témata či jen slova, která klient vysloví.
10. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě,

Zdroj: KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Petr WIJA a kolektiv. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.

## **Příloha 4**

### ***Rozhovory s imobilními a nesoběstačnými klienty domova pro seniory***

**1. Identifikační údaje:** (věk, pohlaví, doba pobytu v domově pro seniory, původní povolání)

**2. Okruhy k rozhovoru:**

- důvod nástupu do domova pro seniory, mobilita a soběstačnost v době nástupu do domova pro seniory a současný stav, pomoc jiné osoby, kompenzační pomůcky
- pomoc ošetrovatelského personálu, zkušenosti s ošetrovatelským personálem, vnímání závislosti na péči jiné osoby,
- pokoj, spolubydlící, návštěvy, osamělost, společenské akce v domově pro seniory, spokojenost v domově pro seniory

### ***Rozhovory s imobilními a nesoběstačnými klienty domova pro seniory***

#### **Klientka 1**

Žena, 78 let, v domově pro seniory žije přibližně dva roky.

Rozhovor s klientkou proběhl v jejím pokoji. V době příchodu do domova pro seniory chodila samostatně, bez kompenzačních pomůcek. Došla si do jídelny, na WC i na různé společenské akce v domově pro seniory, které se konaly v jídelně v prvním patře nebo v létě na zahradě domova pro seniory nebo na ruční práce do dílny na ergoterapii. Zvládla i sama dojít do koupelny a osprchovat se. Ale její vnučka přesto poprosila personál, aby na ni dohlédl, aby do koupelny chodila, případně jí pomohl umýt hůře přístupná místa, protože klientka trpí obezitou. Za dobu pobytu v domově pro seniory se její obezita ještě zhoršila: “Mám méně pohybu, když se nemusím starat o dům a o domácnost.“ Její mobilita a soběstačnost se proto zhoršila, nyní chodí hůře a musí již používat hůl, stále se ale snaží pohybovat se, chodit. Našla se zde přítelkyni, spolu chodí na kulturní akce i na vycházku před budovu domova pro seniory, který obklopuje

hezký park. Nadále rovněž dochází na jídlo do jídelny. Ale při návštěvě WC již potřebuje dopomoc, v noci chodí na přenosné WC křeslo umístěné na jejím pokoji. Hygienickou péči v koupelně již zcela zajišťuje personál. Klientka se rovněž snaží sama si udržovat pořádek na pokoji. Když začala potřebovat dopomoc personálu, žádné větší problémy s tím neměla, sama o ni poprosila a je ráda, že jí personál pomáhá, sama by to již nezvládla. Sice jí ze začátku nebyla příjemná intimní péče cizích lidí, ale věděla, že se nedá již nic jiného dělat, tak se snažila rychle se s tím vyrovnat. Nyní je již ráda, že jí má kdo pomoci. S personálem špatně zkušenosti nemá, pouze dobré, když něco potřebuje, vždy se jí snaží vyjít vstříc. „Ale já se snažím otravovat je co nejméně, vím, že jich je tady málo a celý den se nezastaví. A taky je tady dost jiných, kteří pomoc potřebují víc.“ Oblíbenou sestřičku mezi personálem, na kterou by se těšila nemá, prý jsou všechny ochotné, pouze je ráda, když se sprchuje, když jí při sprchování pomáhá sestřička a ne muž. Jinak je jí to jedno.

Do domova pro seniory nastoupila proto, že již nezvládla starat se o dům a domácnost. „Mám dva syny, oba jsou ženatí, a tak mám i vnoučata. Ta už jsou taky dospělá. Všichni jsou na mě moc hodní a pomáhali mi. Jezdili mi nakoupit, holky umyly okna. Ale kolem domu je stále hodně práce, když se to nedělá, dům chátrá a oni toho mají sami dost. To je pořád něco, posekat trávu, přivést nákup, vyprat, udělat velký úklid. Když mladí chodí do práce, je to problém, málo času. Tak jsem je nechtěla stále otravovat. Do domu se nastěhovala vnučka s přítelem a teď se o něj starají.“ Klientka ale občas jezdí „domů“ na víkend, když si pro ni vnučka přijede. Přes zimu je to méně, ale nyní se těší, že se zase domů podívá. Také doufá, že uvidí své sousedky, se kterými se hodně stýkala.

Klientka má jednolůžkový pokoj bez sociálního zařízení, to má ale blízko, takže tam přes den bez obtíží dojde. Jednolůžkový pokoj jí vyhovuje, když potřebuje, má své soukromí. Na pokoji má svoji televizi a může se dívat na jaký program zrovna chce a nemusí brát ohledy na spolubydlící, když se dívá dlouho do noci, což má ve zvyku. A když se jí stane, že nemůže v noci spát, pustí také televizi, třeba ve tři hodiny ráno. To by na dvojlůžkovém pokoji samozřejmě nemohla. Soukromí také oceňuje když za ní přijedou na návštěvu synové a snachy nebo vnoučata, což je poměrně často.

Na kulturní akce pořádané domovem pro seniory chodí často a ráda, účastní se vlastně všech. Chodí na ně spolu se svou přítelkyní, nikdo ji přemlouvat nemusí. „Osaměle se cítím málokdy, ale nyní mi umřel přítel, byl o deset let starší, tak mi teď je smutno. Radši teď chodím víc do jídelny a povídám si s jinými klienty nebo hrajeme člověče nezlob se nebo karty, abych na to tolik nemyslela.“ Někdy v jídelně s personálem vaří, nejvíce pomazánky, které pak klienti snědí. To se vždycky těší. „Jsou to takové milé chvílky, kdy se na jídelně sejde víc lidí, povídáme si i se sestřičkami, přitom něco krájíme nebo strouháme. A pak ještě tu dobrotu sníme.“

V domově pro seniory je spokojená, výhrady má občas pouze ke stravování. Prý je v jídelníčku hodně omáček, které ona nemá moc ráda, také po nich mívá někdy průjem. Je ráda, že se již nemusí o nic starat, o praní, nákupy, vaření nebo uklízení, což jí nyní vyhovuje. Nejvíc jí tady chybějí její sousedky, se kterými se doma hodně stýkala, obzvlášť od té doby, co již byla v důchodu a nechodila do zaměstnání. Protože bydlela na vesnici mimo město, je pro ně těžké, aby se za ní podívaly. Některé již také zemřely. Ale to již nejde změnit. Co by chtěla v domově pro seniory změnit momentálně neví, jen jí napadá, že by potřebovala lampičku, ta jí na pokoji chybí, jinak asi nic.

## Klientka 2

Žena, 93 let, v domově pro seniory žije asi dva roky, neví to přesně. Když přišla do domova pro seniory, byla imobilní po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní a dlouhodobém pobytu v nemocnici. Bohužel ve svém věku již chodit opět nezačala a potřebovala pomoc druhých osob s oblékáním, hygienou. Klientka je inkontinentní, potřebuje plenkové kalhotky. V domově pro seniory došla s pomocí personálu do křesla u okna, kde má stolek, na kterém se nají. To klientka zvládne sama. Jinak potřebuje dopomoc personálu. Za přibližně dva roky se její stav nezhoršil ani nezlepšil, je na tom stále stejně, potřebuje pomoc s oblékáním, hygienou, s pomocí personálu dojde do křesla u okna, kde se sama nají. „Do devadesáti let, než se mi stal ten úraz, jsem bydlela sama ve svém bytě v Táboře. Sama jsem si uvařila a vše obstarala. Až ke konci jsem si pak nechávala obědy dovážet a na nákupy a velký úklid



měla domluvenou pomoc pečovatelky. Ta ke mně pravidelně docházela. Měla jsem na to finanční příspěvek, ten mi obstarala vnučka.“ Ale od úrazu a následné operace je imobilní a nesoběstačná, takže domů se již vrátit nemohla. Na pomoc cizích lidí si zvykla již za svého pobytu v nemocnici, kde se o ni staraly sestřičky. Ze začátku jí to bylo nepříjemné, „ale člověk si zvykne na všechno“. Nyní to již bere normálně a je ráda, že se o ni má kdo postarat, sama to již nezvládne. Klientka měla dvě děti, ale dcera umřela, když jí bylo čtyřicet dva let. Má již pouze syna, kterému je ale sedmdesát dva let a starat o ni se nemohl. Sám má zdravotní problémy a je rád, že se s manželkou zatím dokážou postarat sami o sebe. Bydlí v jiném městě, takže na návštěvu za matkou jezdí pravidelně jednou za měsíc. Vnučka má již dospělou dceru, její pravnučku, ale také ještě menšího syna, o kterého se musí starat. Také chodí do práce, takže si jí vzali sem do domova pro seniory a docházejí za ní na návštěvy.

„Se sestřičkami jsem spokojená, jsou milé a ochotné, jen mám problém s péčí zdejších chlapů, ti jsou na mě moc hrrr a taky takoví přísní, mám radši péči sestřiček. Žádné špatné zkušenosti s nimi nemám, co potřebuji, mi udělají. Je tady zavedený denní pořádek, takže za mnou pravidelně chodí na pokoj, ráno mě umyjí, oblečou a odvedou do křesla, kde sedím do snídaně, po snídani mi sestřičky pomůžou na postel, kde si sednu nebo na chvíli lehnu. K obědu a k večeři je to také tak. Večer kolem sedmé hodiny přijde už noční služba, ta mě umyje a převlékne do noční košile. A v úterý se pravidelně sprchujeme.“ Oblíbenou či neoblíbenou sestřičku nemá, má ráda všechny a se všemi vychází dobře a ony jsou na ní hodné.

Klientka bydlí ve dvoulůžkovém pokoji. Se svou spolubydlící vychází dobře, žádné konflikty spolu nemají, jen jí mrzí, že paní je velmi málomluvná. „Já jsem hodně upovídaná a paní skoro nemluví, to mi schází, s někým si popovídat. Ale chodí za mnou na návštěvy vnučka a pravnučka, tak když přijdou povídám si s nimi. Ony mi zase vyprávějí, co je v rodině nového. A taky si povídám se sestřičkami, když sem přijdou na pokoj.“

Kulturních akcí v domově pro seniory se klientka neúčastní, protože velmi špatně slyší, naslouchátko má, ale nepoužívá ho. Také se cítí hodně unavená, v noci špatně spí, takže přes den to dospává a nikam z pokoje už nechodí. Chce mít svůj klid.

Osamělá se někdy cítí, ale není to moc často. Když je jí smutno, tak zavolá své vnučce nebo synovi.

Již dlouhou dobu je vdova, ve svém bytě byla zvyklá být sama, takže „na samotu si musela zvyknout.“ Když byla mladší a ještě dobře chodila, měla psa, který jí dělal společnost. V domově pro seniory přijde do pokoje každou chvíli sestřička, takže se sama cítí málokdy. „Jsem tady vcelku spokojená, jen to jídlo je pořád dokola rýže, těstoviny, brambory. Ale porce jsou velké, já už jím málo, tak to všechno ani nesním a musím to vrátit, to nemám ráda.“ Když byla mladší velmi ráda chodila do lesa na borůvky, na houby nebo jen tak na vycházky. Na to ráda vzpomíná a chybí jí to, ale ví, že do lesa by už stejně chodit nemohla, ráda by se tam ještě někdy podívala. Také jí chybí někdo, s kým by si mohla více povídat, jinak neví.

### Klientka 3

Žena, 75 let, v domově pro seniory žije přibližně tři roky.

V době nástupu do domova pro seniory byla klientka soběstačná a mobilní. Do domova nastoupila, protože bydlela v domě na vesnici společně s dcerou a její rodinou. Celá rodina je ale celý den pryč a domů se vrací až k večeru a klientka byla doma celý den sama. „Také jsem musela v zimě topit v kotli a to už bych teď nezvládla, proto jsem požádala o pobyt v domově pro seniory. Bohužel jsem se nedostala do domova pro seniory v blízkosti svého bydliště, tak musejí dcera a syn za mnou dojíždět asi čtyřicet kilometrů. Ale mám tam u nás žádost, tak snad mi to časem vyjde, a dostanu se blíž k domovu, aby mohly děti za mnou chodit častěji.“

Při nástupu do domova pro seniory byla klientka mobilní a soběstačná, péči personálu potřebovala pouze při hygieně ve sprše. Sama se oblékla, najedla, chodila po celém areálu domova pro seniory i do blízkého okolí na vycházky. Přibližně po roce musela nastoupit do nemocnice s problémy se srdcem. Z nemocnice se klientka vrátila jako imobilní. Rehabilitací a svou velkou vůlí začala postupně znovu chodit, ale již nechodí ven, dojde do jídelny nebo na kulturní akci v domově pro seniory, sama si dojde na toaletu, ale na noc používá plenkové kalhotky, aby nemusela vstávat a

neupadla, protože na spaní má předepsána hypnotika. Klientka se sama nají, nyní ale potřebuje pomoc personálu při oblékání, protože to sama již nezvládne.

Z kompenzačních pomůcek má hůl, „ale používám ji málo, plete se mi pod nohy. Dvakrát týdně chodím na rehabilitaci, kde chůzi s hůlkou nacvičujeme, tak doufám, že časem se to zlepší.“ Na pomoc ošetrovatelského personálu si ještě zcela nezvykla. Že už nezvládne všechno si udělat sama jí vadí, byla by samostatná ráda. Stále má pocit, že někoho musí obtěžovat. „Sestřičky jsou na mě moc hodné, pořád mi říkají, že je neotravuji, ale já bych se stejně radši sprchovala a oblékala sama. Žádné špatné zkušenosti se sestřičkami nemám, jsou příjemné a na nás hodné. Jen mi jich je líto, já bych to nechtěla dělat ani za nic. Je jich tady málo, celý den se nezastaví. Žádnou zvlášť oblíbenou nebo neoblíbenou sestřičku tady nemám, mám je ráda všechny a je mi líto, když některá tady končí, protože jsme na sebe již zvyklé. Přeci jen jsem tady už tři roky, to je dlouhá doba.“

Klientka bydlí ve dvoulůžkovém pokoji s imobilní paní, vycházejí spolu velmi dobře. Často si povídají, problémy spolu žádné nemají, bydlí spolu celé tři roky a jsou na sebe již zvyklé. Ale v poslední době se její spolubydlící zdravotně dost zhoršila, začala mít bludy, také špatně hovoří a je jí špatně rozumět. To je klientce velmi líto, ráda by jí nějak pomohla.

Návštěvy klientka často nemívá, protože její rodina to má za ní již zmíněných asi čtyřicet kilometrů. Ve všední den, kdy chodí do práce, za ní nemohou jezdit. Každý druhý víkend pro ni syn přijede již v pátek k večeru a odveze ji k dceři, kde je celý víkend, a do domova pro seniory se vrací až v neděli večer. V létě, když má její dcera dovolenou vezme si klientku na celý týden, většinou dvakrát. A rovněž přes celé vánoční svátky, kdy se klientka vrací až na Tři krále. To je také její velká motivace k tomu, že chce zůstat mobilní, a proto se tak velmi snažila, aby opět začala chodit, když se vrátila z nemocnice jako imobilní. Bohužel v poslední době začala klientka padat, již se jí to stalo několikrát. Naposledy si zlomila zápěstí na levé ruce, které má v sádře a má hematom přes celou levou polovinu obličeje. Proč padá, neví, hlava se jí prý netočí. Proto v současné době potřebuje ještě větší pomoc ošetrovatelského personálu, protože se sama neoblékne, když jde na toaletu.

Kulturních akcí se klientka účastní ráda, v podstatě chodí na všechny, které se v domově pro seniory pořádají, ať jsou to zábavy s muzikou, zpívání dětí, promítání filmů nebo táboráky venku. Pouze na výlety mimo areál domova nejezdí, to by prý už zvládala těžko. Také chodí na ruční práce do dílny na ergoterapii. Někdy sedí s ostatními klienty na oddělení v jídelně a hrají karty nebo člověče nezlob se. Také se ráda účastní vaření v jídelně, to ji baví. S ostatními klientkami vzpomínají na to, co vařili doma. Na pokoji má svoji televizi, kterou každý večer sleduje, takže se prý nestačí nudit.

Osamělá se necítí, protože má kolem sebe hodně lidí, spolubydlící na pokoji, známé na oddělení, sestřičky a hlavně každé dva týdny jezdí domů, na co vždy celou dobu těší. „Mám moc hodné děti, které se o mě starají Každý den po večeři mi syn nebo dcera zavolají a povídáme si spolu.“

V domově pro seniory je spokojená, nic jí tady nechybí, i s jídlem je vcelku spokojená. Někdy jí také něco nechutná, ale to se prý může stát i doma. Uvědomuje si, že k její spokojenosti velmi přispívají pobyty doma, protože nezpřetrhala pouta s domovem, kde žila celý život, kde vidí všechny své blízké, zajdou za ní i sousedi. „Teď se opět těším, že půjdu domů, hned první týden o prázdninách bude mít dcera dovolenou, tak si mě zase vezme.“

#### Klientka 4

Žena, 82 let, v domově pro seniory žije přibližně tři roky.

Rozhovor s klientkou proběhl na jejím pokoji. Do domova pro seniory nastoupila, protože již nemohla být celý den sama doma, starat se o sebe, když dcera a její manžel jsou celý den v práci. „Dcera mi vždycky připravila jídla, to jsem si jen ohřála, ale měla jsem strach, kdyby se mi tam samotné něco stalo. Taky jsem musela v zimě topit v kamnech a to už jsem nemohla.“ V době příchodu do domova pro seniory bylo klientka nesoběstačná, závislá na pomoci ošetřující personálu při oblékání i hygieně. Klientka byla inkontinentní a používala plenkové kalhotky. Sama si došla pouze na velmi krátkou vzdálenost, po pokoji, přičemž jako oporu místo hůlky používala okolní

nábytek. Nyní si klientka samostatně dojde ke křeslu, u kterého má stolek a na něm stoluje. Nají se samostatně. Závislá na pomoci druhé osoby je již několik let, potřebovala ji již v době, kdy ještě bydlela v domku na vesnici společně s dcerou a její rodinou. Závislost při uspokojování potřeb se za dobu pobytu klientky v domově pro seniory v podstatě nezměnila, v současné době stále sama dojde ke křeslu, kde se samostatně nají. Při oblékání a hygieně je závislá na pomoci ošetrovatelského personálu, používá plenkové kalhotky. S pomocí druhé osoby se již smířila - „musela jsem, i když ze začátku mi to bylo velmi nepříjemné. Dlouho jsem si myslela, že je to jen dočasné, že se to ještě zlepší a dokážu se opět o sebe postarat sama. Ale místo toho se to jen zhoršovalo. Přestalo mi chutnat jíst, hodně jsem se spadla a ztratila sílu. Tak jsem musela nastoupit do domova pro seniory. Sestřičky jsou tady hodné, když něco potřebuji, pomohou mi, ale já toho moc nepotřebuji. Žádné špatné zkušenosti s nimi nemám, jsem ráda, že mi pomohou. Oblíbenou nebo neoblíbenou sestřičku nemám, se všemi vycházím dobře. Ráda si s nimi povídám, ale ani se je všechny nepamatuji a nevím, jak se jmenují, hodně se tady mění.“

Klientka bydlí ve dvoulůžkovém pokoji, se spolubydlící spolu moc nevycházejí. Paní je velmi nemluvná, pouze si někdy pouští televizi, ale to se klientka dívá také, protože svou televizi na pokoji nemá. Do pokoje přišla jako druhá, její spolubydlící tam již bydlela a měla televizi a dvě televize na jednom pokoji by nebyly možné. „Stejně by na ně tady ani nebylo místo. A já se ani moc nedívám, nebaví mě to.“ Ale nejvíc klientce vadí, že její spolubydlící je stále zima, a tak nechce větrat. Jakmile sestřičky pootevřou dveře na balkon, paní je ihned zavírá a to klientce vadí, byla zvyklá mít okno hodně otevřené, hlavně v létě, když je venku teplo. „Tak si neberu servítky a pošlu jí někam, ty víš kam. Ale okno zůstane stejně zavřené!“

Návštěvy klientka často nemá, protože má pouze jednu dceru a jednu vnučku, které bydlí v domku na vesnici, tak za klientkou musejí dojíždět. „Snaží se za mnou jezdit co nejčastěji a vždy mi také přivezou něco sladkého, protože to já mám moc ráda.“ Občas za ní také přijedou bývalé kolegyně z práce, to má vždy radost, ani ty nezapomenou na sladkou dobrotu.

Společenských akcí se klientka účastnit nechce: „Už mě to zmáhá a také mě už nic

nebaví, chci mít svůj klid.“ Když se nají, dojde si na lůžko, lehne si, odpočívá a pospává. Když do pokoje vejde sestřička, tak s ní ráda prohodí pár slov. Také si nechávají přes den otevřené dveře na chodbu a když klientka nespí, kouká, co se tam děje. Občas se u dveří někdo zastaví a popovídá si s ní. „Bývala jsem velmi společenská a měla ráda legraci, ale to už je pryč.“

Osaměle se klientka prý necítí, přestože svůj čas tráví pouze v pokoji a se spolubydlící se nebaví. „Jsem od přírody optimistka a hodně odpočívám a pospávám, tak jsem ráda, že mám klid.“ V domově pro seniory je celkem spokojená, nemusí se o nic starat, stejně by do již nezvládla, moc toho již nepotřebuje. Občas vykoupat, převléct a donést jídlo na pokoj. Co jí tady chybí? „Mohlo by být častěji sladké jídlo, to mám ráda, normálnímu jídlu já moc nedám, sním tak jeden knedlík a to se ještě musím nutit. Ale když je něco sladkého, hned mám lepší náladu. Ještěže mi dcera a vnučka ty sladkosti nosí, když za mnou přijdou na návštěvu.“

## Klient 5

Muž, 65 let, v domově pro seniory žije přibližně dva roky.

Rozhovor s klientem proběhl v jeho pokoji. „Do domova jsem nastoupil proto, že se po mrtvici o mě neměl kdo postarat. Manželka má problémy se zády, péči o mě by nezvládla a děti jsme neměli.“ V době příchodu do domova pro seniory byl klient inkontinentní a imobilní, používal invalidní vozík, sám si však do něj nepřesedl. Po cévní mozkové příhodě trpí hemiplegií pravé poloviny těla. Potřeboval pomoc při oblékání, hygieně, používal plenkové kalhotky. Zvládl se samostatně najíst s pomocí lžice, proto potřeboval stravu nakrájet. Než byl klient 5 hospitalizován, byl zcela soběstačný. Již nepracoval, byl v starobním důchodu a bydlel s manželkou v bytě ve městě. Péče ošetrovatelského personálu mu je nepříjemná, rád by si všechno dělal sám. S ošetrovatelským personálem má zkušenosti normální, moc o tom nepřemýšlí. Občas prý dostane „vynadáno“, protože odjede na vozíku pryč z oddělení a nikomu to nenahlásí. Personál ho musel již několikrát hledat. „Jednou jsem byl již na půli cesty do

města, chtěl jsem se podívat k bráchovi. Ale uviděla mě sestřička, která jela do práce, vrátila se pro mě a dovezla zpátky do domova.“ Patří k problémovým klientům, několikrát s ním měla pohovor i sociální pracovnice, která mu vysvětlovala, že nemůže bez vědomí personálu opustit oddělení. S personálem se moc nekamarádí, protože stejně půjde pryč, až bude teplo. Nechce zde být.

Klient se dvakrát týdně účastní rehabilitace, má velkou vůli a velmi se snaží. Jeho soběstačnost se částečně zlepšila proti období, kdy do domova pro seniory přišel. Nyní se částečně zvládne obléci sám, pouze si nezapne knoflíky a neoblékne si svetr přes hlavu. Sám si obuje boty a přeseďne si z lůžka do invalidního vozíku i zpět. Za pomoci jedné ruky a jedné nohy se na invalidním vozíku pohybuje po celém areálu domova pro seniory, hlavně aby si dojel zakouřit. Klient se velmi snaží a co může, si udělá sám, nechce být odkázaný na pomoc druhých lidí. Stále používá plenkové kalhotky.

Klient bydlí na dvoulůžkovém pokoji, jeho spolubydlící byl imobilní a málomluvný, ostatně klient toho také namluví málo, takže se spolu téměř nebavili. Alespoň neměli žádné konflikty. Že byl jeho spolubydlící ležící klientovi 5 vyhovovalo, protože na pokoji je málo místa, hlavně když on používá invalidní vozík. Nedávno jeho spolubydlící zemřel, proto je nyní na pokoji sám, to mu vyhovuje. „O jednolůžkový pokoj si zažádat nemohu, sociální pracovnice mi řekla, že na to mám malý důchod. Tak se teď bojím, koho mi sem do pokoje dají a jak spolu budeme vycházet.“

Na návštěvy za klientem chodí jeho manželka, moc často to ale není. A výjimečně zajede i jeho bratr, jinak nikdo. Společenských akcí se účastní zřídka, většinou, když se pořádá v areálu domova táborák a pečou se buřty, tam dostane i pivo, to je rád. Pak využívá možnost jezdit v zimě do města na ligové hokejové zápasy, to ho baví. „To si nenechám nikdy ujít. Je to také možnost podívat se alespoň na chvíli do města, mezi „normální“ lidi. Na jiné společenské akce nechodím, protože mě to nebaví.“ Někdy se sebere a odjede do parku: „Jsem rád venku, v přírodě. Když je teplo, nechci být zavřený v baráku. Byl jsem zvyklý chodit s kamarády ven, jezdili jsme často na čundry.“ Nejvíce času tráví tím, že jezdí ven nebo na terasu kouřit, protože v pokoji je to zakázané. Ovšem pouze v případě, že má na cigarety peníze. Občas, když dostane

důchod, si také koupí pivo. Osamělý se necítí, protože byl vždycky samotář.

V domově pro seniory spokojen není, nebaví ho to tady, chtěl by pryč. Jídlo mu zde také většinou nechutná. „Mám rád buřty s cibulí a obložené chlebíčky nebo třeba rybí salát, to tady skoro nikdy nemám.“

Zdroj: vlastní výzkum



## ***Příloha 5***

### ***Rozhovory s ošetrovatelským personálem v domově pro seniory***

**1. Identifikační údaje** (věk, pohlaví, pracovní zařazení, nejvyšší dosažené vzdělání, praxe v domově pro seniory)

**2. Okruhy k rozhovoru:**

- problémy při ošetřování imobilních a nesoběstačných klientů v domově pro seniory a jejich řešení
- psychická a fyzická náročnost péče o imobilní a nesoběstačné klienty (která složka je pro Vás více náročná, absolvovala jste nějaké školení, víte jak správně manipulovat s imobilními klienty, používáte při manipulaci s imobilními klienty zvedáky a jiné pomůcky)
- zdravotní problémy, o kterých si myslíte, že souvisejí s výkonem povolání (jaké a co děláte pro jejich odstranění)
- stres a syndrom vyhoření (zažíváte v práci stres, jakým způsobem se s ním vyrovnáváte, víte co je syndrom vyhoření, pozoruje u sebe nějaké příznaky)
- práce na směny (pracujete na směny, jak se vyrovnáváte s nepravidelnou a noční pracovní dobou)

### ***Rozhovory s ošetrovatelským personálem v domově pro seniory***

Respondentka 1

Žena, 48 let, všeobecná sestra, střední škola s maturitou, v domově pro seniory pracuje sedm let.

Problémy v ošetrovatelské péči o imobilní a nesoběstačné, ale v podstatě o všechny, klienty v domovech pro seniory určitě jsou a myslím, že ten hlavní je určitě nedostatek peněz a s tím související nedostatek ošetrovatelského personálu. Za dobu mého

působení v sociálních službách se počet personálu na směně na oddělení snížil téměř na polovinu, ale práce, hlavně administrativa stále přibývá. V poslední době je kladen stále větší důraz na individuální plánování a realizaci péče o klienty v domově pro seniory, jejich aktivizaci. Ale místo aby na tuto péči bylo personálu více, je ho stále méně. Personál pak pracuje v časové tísní, to je ve spojení s prací se seniory, kteří jsou pomalejší a na vše potřebují naopak více času, velmi stresující a to jistě nepřispívá k pohodě v těchto zařízeních. Hodně problémů v sociálních službách vzniká proto, že je to práce s lidmi, jak s klienty, kteří jsou často dementní, tak se spolupracovníky. Ale v současné době je u nás na stanici dobrý kolektiv a vycházíme spolu dobře, což je pro mě důležité. Za další velký problém v domovech pro seniory považuji to, že je tam velké množství inkontinentních klientů, ale je nedostatek plenkový kalhotek a dalšího materiálu nutného k jejich ošetřování. To však opět souvisí s nedostatkem peněz v sociálních službách a zdravotnictví. Na tyto pomůcky jsou stanoveny finanční limity na jednoho klienta a časové období. Tento limit je ale velmi nízký a tím pádem počet kusů jednotlivých pomůcek nedostatečný. Také si myslím, že výrobci udávají na svých výrobcích například, že mají vydržet dvanáct hodin a vsáknout dva a půl litru moče (toto je každého výrobku individuální). Dle mých zkušeností ale toto neodpovídá realitě. Pomůcky jsou pak mokré, klienti v tom mokru leží nebo sedí, moč protéká mimo inkontinentní pomůcku a klienti taktně řečeno nevoní. Tato situace pak přispívá ke vzniku kožních problémů a dekubitů klientů sociálních ústavů. Následná péče pak paradoxně vyžaduje další finanční prostředky na různé masti a převazový materiál a časové nároky na ošetřovatelský personál. Dále za velký problém považuji, že lůžka imobilních klientů našeho domova pro seniory nejsou přístupná ze tří stran, ale pouze z jedné, což je při manipulaci s klientem při přebalování, polohování nebo převlékání velmi nepraktické a zvyšuje to fyzickou zátěž ošetřovatelského personálu. Další problém vidím v nedostatku pomůcek vhodných k manipulaci s imobilnímu klienty, což rovněž zvyšuje nároky na fyzickou zátěž personálu. Také mi vadí nedostatek místa na pokojích klientů, takže není možné tyto pomůcky na pokojích používat, i kdyby v domově pro seniory byly dostupné. Pokud nedojde k navýšení finančních prostředků pro sociální ústavy, myslím, že tyto problémy nevyřešit nelze .

Jestli je pro mě více náročná péče o imobilní a nesoběstačné klienty domova pro seniory po stránce psychické či fyzické? Myslím, že to nejde takhle jednoznačně oddělit. Péče o tyto klienty je prostě náročná jak po stránce psychické, tak i fyzické. Také záleží na tom, jaký je zrovna den, co se děje – jestli se klienti třeba koupají nebo nějaký například upadl nebo má hypoglykémii a je třeba volat lékaře (v odpoledních a nočních hodinách není v našem domově pro seniory přítomen) nebo případně nějaký klient domova pro seniory zemřel. To jsou odlišné situace, ale protože se tyto situace v domově pro seniory v průběhu dvanáctihodinové směny střídají a prolínají se, je také zátěž jak psychická, tak fyzická a na konci této směny jsem unavená jak psychicky tak samozřejmě fyzicky. Už jen to, že téměř dvanáct hodin si nesednete a neustále jste na nohách a pobíháte po nekonečných chodbách, musí každého unavit.

Různá školení absolvujeme každý rok, ale školení o tom, jak snížit psychickou a fyzickou zátěž ošetrovatelského personálu jsem se ještě nezúčastnila. Pouze jednou jsem absolvovala školení o správné manipulaci s imobilními klienty, ale tyto znalosti jsem už zapomněla, protože v praxi tyto pomůcky nemáme, a proto je nepoužíváme. Myslím, že to souvisí i s tím, že u nás se neklade velký důraz na spokojenost zaměstnanců a práci s lidskými zdroji vůbec. Zdravotní problémy mám zatím minimální, ale bolesti zad dnes trpí skoro každý člověk v každé profesi. Možná to souvisí s mou zálibou ve sportu, protože sportem se zabývám již od útlého dětství. Stres v práci samozřejmě zažívám, hlavně v souvislosti s časovou tísní, která na mě osobně působí velmi negativně. Cíleně proti stresu nebojuji, ale mám doma psa, což je výborná terapie, a také celkem dost sportuji, tak tím vlastně bojuji i proti stresu. Také mi hodně pomáhá odjet na dovolenou nejlépe do tepla, k moři. Opustit stereotyp a stále stejné prostředí na mě působí opravdu blahodárně a pokud delší dobu nemám dovolenou, cítím jak jsem nervózní a popudlivá a dovolenou nutně potřebuji. Za další výborný prostředek v boji proti stresu považuji stresové situace probrat, nejlépe se svými spolupracovníky, kteří buď stejnou situaci právě se mnou prožili nebo si ji snadno dokáží představit, protože pracují ve stejném prostředí a se stejnými konkrétními klienty a znají je. Vymluvit se z konkrétní stresové situace mi opravdu pomáhá jako nejlépe dostupná v podstatě téměř okamžitá terapie a pokud to společně probereme, pak si

rovněž tyto problémy už nenosím domů. S ostatními spolupracovníky jsme se shodli, že to tak funguje asi u každého z nás.

O syndromu vyhoření samozřejmě slyšela a vím o něm. A nějaké příznaky z počátečních stadií bych u sebe určitě našla, myslím, že když člověk dlouhodobě pracuje v pomáhajících profesích, ještě s klienty v pokročilém stadiu demence, lze se tomu vyhnout velmi obtížně.

Na směny pracuji a docela mi to vyhovuje. Samozřejmě se člověku nechce jít do práce, hlavně když jsou například vánoční svátky, ale jinak mi to celkem vyhovuje. Je to má částečná strategie v boji proti stereotypu. Jinak je to ovšem s noční prací, ta je podle mého názoru velmi náročná. Dodnes jsem po noční směně unavená, samozřejmě málo vyspalá a na odpoledne si neplánuji žádnou náročnou činnost, spíš odpočinek nebo nenáročnou zábavu. Pokud mám hned další noční službu, je to pro mě velmi náročné, to opravdu nemusím. Také mám poslední dobou problémy se spaním a přičítám to právě práci na noční směny a nepravidelnou dobou spánku. Kdyby to v této práci šlo, tak bych je úplně vynechala.

S úmrtím klientů se vyrovnávám vcelku dobře, hodně mi při tom pomáhá, že se jedná o staré lidi a konec života je v tomto případě zcela přirozený. Ale vím, že bych nechtěla dělat v prostředí, kde umírají děti. Jinak je to s bolestí klientů, tu opravdu nesnáším dobře a dodnes mi není moc jasné, proč ve dvacátém prvním století musejí ještě lidé umírat s bolestmi. Naštěstí je to pouze málokdy a dočasně. Myslím, že lékaři by s podobnou situací u klientů mohli počítat dopředu a něco jim předepsat, aby klienti pak s bolestmi nemuseli čekat i několik dní, než se jim uleví.

## Respondentka 2

Žena, 43 let, všeobecná sestra, bakalářka, v domově pro seniory pracuje pět let. Problémy samozřejmě jsou, při práci s lidmi se problémy vyskytují vždy. A také je u nás v domově hodně klientů s demencí, takže bez problémů se to neobejde. Na stanici bydlí společně normální klienti i klienti s demencí, i proto je tam problémů dost. Další velký problém je nedostatek ošetrovatelského personálu. Za dobu, kterou pracuji v

sociálních službách, se počet ošetrovatelského personálu na směnu snížil, ale objem práce se určitě zvýšil, hlavně co se týká administrativních úkonů, čímž se snižuje čas, který trávíme péčí o klienty. Přibýlo individuální plánování péče o každého klienta, s tím je spojeno velké množství administrativní práce plus samotná individuální péče, ale personálu je stále méně. Prioritně se musí udělat péče o základní potřeby klientů, až poté můžeme klienty individuálně aktivizovat. Ale kdy? Za další problém považuji také nedostatek pomůcek, hlavně pro inkontinentní klienty. Někteří klienti si inkontinentní pomůcky sami doplácují, ale těch je málo, protože na to většinou nezbyvají finanční prostředky. Také lůžka imobilních klientů, která jsou přístupná pouze z jedné strany, jsou pro ošetrovatelský personál velký problém, který zvyšuje jejich fyzickou námahu – tu také zvyšuje absence pomůcek pro manipulaci s imobilními klienty, protože převážná většina ošetrovatelského personálu jsou ženy.

Řešení těchto problémů vidím pouze v navýšení objemu finančních prostředků, které jsou určeny pro sociální služby, tím by mohlo dojít k navýšení počtu ošetrovatelského personálu i k odstranění nedostatku zvedáků a jiných pomůcek.

Tato práce je v každém případě náročná jak fyzicky, tak psychicky. Která z nich převažuje, nejsem asi schopná říct, nikdy jsem o tom takto neuvažovala. Velké množství klientů v ústavech sociální péče je postiženo demencí, takže už tím je tato péče samozřejmě náročná psychicky a také nedostatkem ošetrovatelského personálu, kdy nedostatek času na danou práci je velmi stresující. A fyzická náročnost je tam určitě při manipulaci s imobilními klienty a také proto, že pracujeme na dvanáctihodinové službě. Předcházet této zátěži asi moc nejde, školení na toto téma jsem zatím neabsolvovala, ale myslím, že by bylo určitě zajímavé. S přibývajícím věkem asi bude stále více aktuální udržet se ve fyzické i psychické kondici, hlavně když hranice pro odchod do starobního důchodu se nám stále zvyšuje. Nevím do jakého věku bude člověk schopen tuto náročnou práci vykonávat.

Školení na téma manipulace s imobilními klienty v našem domově proběhla, ale pokud vím pouze jednou. Pomůcky pro manipulaci s imobilními klienty nepoužívám, protože v našem domově žádné nejsou.

Zdravotní problémy mám – trochu se zády a pak hlavně s koleny, ty mám již delší dobu, ale samozřejmě tato práce mi je zhoršuje. Myslím, že v budoucnu se nevyhnu operaci, kterou zatím stále odkládám. Zatím se snažím cvičit a také pravidelně chodím na procházky s naším psem, což je i výborný prostředek v boji se stresem, který v práci samozřejmě zažívám. Hodně mi také pomáhá odjet na chalupu a jít do přírody nebo pracovat na zahradě. Proto tam často jezdím, to je moje nejlepší terapie.

O syndromu vyhoření, který často postihuje právě pomáhající profese, samozřejmě vím, hlavně ze školy, a myslím si, že u sebe tyto příznaky nepozoruji. Možná je to tím, že v domově pro seniory pracuji teprve pět let.

Na směny pracuji a vyhovuje mi to, pracujeme na „dvanáctky“, takže když mám pak volno, mohu odjet na chalupu. Nepravidelné směny mi nevadí, vždy známe služby rozepsány na další měsíc dopředu a můžeme si naplánovat svůj volný čas. Horší je to po noční službě, špatně po ní spím a cítím se pak unavená. Jsem ráda, že jich mám za měsíc málo.

Když jsem začala v domově pro seniory pracovat, chvíli mi trvalo, než jsem si zvykla na to, že klienti tady celkem často umírají. Samozřejmě mě to napadlo už před nástupem, ale realita je pak jiná, když se o konkrétní lidi staráte, bavíte se s nimi, znáte jejich rodinu a pak najednou umřou. Ale takový je život, jsou to staří lidé. Tak to musím brát, jinak bych tuto práci nemohla vůbec dělat.

Snažím se práci si domů nebrat, ale bohužel někdy se tomu neubráním, hlavně pokud máme v práci nějaké problémy. To pak na to musím stále myslet, i doma.

### Respondentka 3

Žena, 46 let, všeobecná sestra, střední škola s maturitou, v domově pro seniory pracuje čtyři roky.

Kde je práce s lidmi, tam jsou problémy vždycky. Ani v sociálních službách to není jiné, zvláště, když hodně klientů trpí demencí a ošetrovatelského personálu nedostatek. Myslím, že by měl být určen počet personálu na počet klientů, například na deset

ležících klientů tolik ošetrovatelského personálu, na chodící klienty tolik ošetrovatelského personálu. Pokud toto není určeno, je to problém, protože počet personálu na směně se snížil, práce zůstala, administrativní práce naopak přibyla. Také se snižuje počet sester ve prospěch pracovníků přímé obslužné péče, což souvisí s nedostatkem finančních prostředků určených na sociální služby, kdy se vedení snaží ušetřit na platech pro sestry. Ale dnes jsou v domovech hlavně hodně staří klienti, kteří jsou dementní, mají zdravotní problémy a potřebují, aby je někdo ošetřil. A pracovníci přímé obslužné péče jsou často lidé, kteří mají třeba jen základní vzdělání nebo jsou vyučeni v úplně jiném oboru a mají pouze tříměsíční kurz, což si myslím, že je málo. Řešením by dle mého názoru mohli být zdravotní asistenti. Za další problém považuji nedostatek pomůcek pro manipulaci s imobilními klienty, hlavně když většina ošetrovatelského personálu jsou ženy, na naší stanici jsou pouze dva muži. Dále je to nedostatek plen a jednorázových podložek do lůžek pro inkontinentní klienty, což je ale dáno tabulkami zdravotních pojišťoven. Řešení vidím pouze ve zvýšení finančních prostředků určených na sociální služby, hlavně když starých lidí, kteří jsou dementní nebo imobilní, stále přibývá se zvyšujícím se věkem dožití.

Fyzickou a psychickou náročnost naší práce od sebe neodděluji, myslím, že to ani nejde. Když pracujete s klientem, který je dementní a imobilní, tak tam jsou zastoupeny obě složky současně. A takových klientů je nejvíc. Dnes je v domovech pro seniory minimum klientů, kteří jsou mobilní nebo netrpí demencí. Je to dáno i tím, že domovy přijímají prioritně klienty, kteří již mají příspěvek na péči, a tím si zvyšují objem finančních prostředků. S fyzickou a psychickou zátěží se snažím vyrovnat hlavně klidným rodinným zázemím, pozitivním myšlením a aktivním odpočinkem. Máme malou zahradu, na které ráda a často pracuji. Pak máme také psa, se kterým chodím na vycházky. Školení na toto téma jsem neabsolvovala, žádné takové se ke mně ještě nedostalo.

Školení o správné manipulaci s imobilními klienty pro nás zajistilo vedení domova přímo v našem areálu, toho jsem se zúčastnila. Bohužel v našem domově pro seniory nemáme různé pomůcky a zvedáky, které by nám tuto fyzicky náročnou část naší práce

ulehčily. Proto je naše práce hodně fyzicky náročná. Také pracujeme na dvanáctihodinové službě. To pak jde člověk domů opravdu unavený.

Zdravotní problémy související s povoláním zatím nemám, ale poslední dobou nám velké problémy se spánkem, což zajisté souvisí s prací v nočních směnách, tak se obávám, abych za chvíli neměla i skutečně vážné zdravotní problémy.

Stres v práci zažívám poměrně často, to je v pomáhajících profesích asi nevyhnutelné, zvláště s dementními klienty. Také to asi souvisí s nedostatkem personálu, takže pracujeme v neustálé časové tísní.

O syndromu vyhoření v pomáhajících profesích vím z časopisu Sestra, který máme na stanici k dispozici. Protože v domově pro seniory nepracuji příliš dlouho a také jsem sem nastoupila, když mi bylo více než čtyřicet let, tak zatím příznaky u sebe nepozoruji.

Na směny pracuji a vyhovuje mi to, nechtěla bych pracovat jen na ranní. Pouze mám, jak jsem již uvedla, poslední dobou velké problémy se spaním, hlavně po nočních službách. Asi budu muset navštívit v nejbližší době lékaře a uvidím, zda budu i nadále moci v noci pracovat.

Úmrtí klientů je samozřejmě stresující, člověk se musí přesvědčit, že tak to v životě je a staří lidé prostě umírají a snažit se jim to co nejvíce ulehčit. K některým klientům mám blíž, hlavně když jsou u nás v domově delší dobu, to mě pak jejich úmrtí opravdu zasáhne a to si s sebou vezmu i domů. Jinak se docela úspěšně snažím si pracovní problémy domů nebrat a nechat je v práci.

#### Respondentka 4

Žena, 49 let, zdravotní asistentka, střední škola s maturitou, v domově pro seniory pracuje šest let.

Problémy v domovech pro seniory zajisté existují, jinak to ani nejde. Hlavně je to podle mě nedostatek personálu. Ráda bych se klientům věnovala více, ale časově to bohužel nejde. A pak, když je tolik lidí dohromady, to snad ani bez problémů nemůže být. Dále je to určitě nedostatek pomůcek, jak pro manipulaci s klienty, tak jednorázových pomůcek a také nedostatek místa v pokojích klientů, kde například, pokud potřebujeme



imobilního klienta vysadit do křesla, musíme manipulovat s nábytkem. Také lůžka imobilních klientů nejsou přístupná ze tří stran, což značně ztěžuje manipulaci s klienty. A jestliže klient používá invalidní vozík, je nedostatek prostoru na pokoji opravdu problém, protože jednolůžkových pokojů je velmi málo a také si je hodně klientů nemůže dovolit z finančních důvodů. Vyřešit nebo zmírnit tyto problémy by pomohlo zvýšení počtu personálu na směnu a také zvýšení finančních prostředků na pomůcky, jinak nevím, jak by se tyto problémy daly vyřešit. Také by bylo dobré udělat z dvoulůžkových pokojů jednolůžkové, aby tam bylo více místa, ale i to bohužel souvisí s financemi.

Pokud člověk pracuje na směny, na dvanáctky a ještě k tomu hodně s dementními klienty, je to hodně náročné. A to jak fyzicky, tak psychicky, jinak to ani snad nejde. Myslím, že by bylo vhodné, kdyby tuto práci dělalo více mužů, ale těch je zde opravdu menšina. Každý člověk, který tuto práci dělá, si musí najít způsob, jak se s tím vyrovnat, jinak tady dlouho nevydrží. I proto je tady taková fluktuace. Také každému vyhovuje něco jiného a ne každý tuto práci vydrží dělat dlouhodobě. A pokud ženy mají menší děti a rodinu, na odpočinek, relaxaci a nějaké koníčky opravdu moc času nezbyvá. Já už mám děti velké, tak relaxuji hlavně pobytem v přírodě, prací na zahradě i domu nebo si jen lehnu a čtu si. Jsem ráda, že bydlíme na vesnici, kde mám do přírody blízko, i když nevýhodou je, že do zaměstnání musím dojíždět, což je docela časově náročné.

Školení o tom, jak se vypořádat s fyzickou či psychickou zátěží při této práci, jsem zatím žádné neabsolvovala, pouze školení o manipulaci s imobilními klienty, které proběhlo u nás v domově pro seniory. Bylo to určitě zajímavé i poučné, ale v praxi toho moc u nás použít nelze.

Zdravotní problémy zatím žádné velké nemám, ale nevím, jestli tuto práci lze dělat až do věku, kdy se odchází do důchodu. Stres v práci zažívám, to dnes asi každý a nemusí ani pracovat v domově pro seniory. Cíleně pro jeho odstranění nic nedělám, ale když o tom přemýšlím, hodně mi asi pomáhá dovolená, kdy člověk vypadne z toho stereotypu a pak takové to popovídání u kávy, to je taky myslím dobrá terapie, aspoň pro ženy určitě.

O syndromu vyhoření samozřejmě něco vím, jak ze školy, tak i z různých časopisů pro zdravotníky a sociální služby, ale příznaky u sebe žádné zatím naštěstí nepozoruji. Na směny pracuji a docela mi to vyhovuje, neumím si už představit, že bych chodila do práce pravidelně od pondělí do pátku. Někdy se mi samozřejmě do práce nechce, hlavně když jsou nějaké svátky, třeba Vánoce, rodina je pohromadě a já musím odejít do práce. Nebo když je v zimě brzy tma a velký mráz, tak se taky musím víc přemlouvat, ale jinak mi to vcelku vyhovuje.

S úmrtím klientů velký problém nepociťuji, přemýšlela jsem o tom než jsem do domova pro seniory nastoupila. Ale zde jsou lidé staří, proto prostě umírají, tak to v životě chodí. Pokud by mi to hodně vadilo, nemohla bych tuto práci vůbec dělat. Smrt je tady součástí naší práce, s tím se nedá nic dělat. Bolest u klientů mi samozřejmě vadí, každý by měl mít šanci umřít bez bolesti. Někdy to bohužel tak nevyjde, ale to je opravdu málokdy. Pokud umře klient nebo klientka, se kterými jsem si byla bližší, tak je mi to samozřejmě líto a vzpomenu si i doma, ale jinak se snažím moc na pracovní problémy doma nemyslet. Jelikož mám tři děti, tak má člověk doma jiné starosti a při tom vytížení už moc času na pracovní problémy naštěstí není.

#### Respondentka 5

Žena, 43 let, všeobecná sestra, střední škola s maturitou, v domově pro seniory pracuje čtyři roky.

Problémy jsou v každém zaměstnání, takže samozřejmě i v domově pro seniory. Tím, že je to pomáhající profese, práce s lidmi, je těch problémů hodně. Dnes jsou v domově pro seniory převážně klienti s demencí, takže o problémy je postaráno. V našem domově je pouze jedno oddělení se zvláštním režimem, které kapacitně nestačí, takže klienti s demencí jsou na všech odděleních. Někdy se stane, že se klient vzdálí z oddělení a musíme ho hledat. Na směně je nás málo, takže neustále hlídat takového klienta nemůžeme. Nebo klient hlasitě křičí, což vadí ostatním klientům i personálu. Dalším velkým problémem je právě nedostatek personálu a také nedostatek různých pomůcek, což je vlastně nedostatek peněz v sociálních službách. Odstranit hodně

problémů by pomohlo více peněz, ale to se asi nestane. Už z toho důvodu, že starých lidí stále přibývá. A pokud přestanou být soběstační nebo začnou být dementní, skončí většinou v nějakém sociálním ústavu.

Myslím, že v naší práci nejde oddělit fyzickou únavu od psychické. Jsou tam zastoupeny obě složky, obě současně, právě proto je tato práce tak náročná. Školení na téma stres nebo psychická a fyzická zátěž v práci jsem neabsolvovala. Myslím, že pomáhá třeba sport nebo mít nějakého koníčka. Já se v kondici snažím udržovat hlavně sportem. Na nic jiného nemám moc času, protože mám rodinu, dva skoro dospělé syny a také rodinný dům a chalupu na Šumavě, takže práce opravdu hodně. Ale pobyt na Šumavě je vlastně taky velice účinná prevence proti stresu. Je tam krásně. Školení o manipulaci s imobilními klienty bylo u nás v domově pro seniory, toho jsem se zúčastnila. Ale bohužel třeba zvedáky na klienty u nás nemáme. Také by byl problém je tam používat, protože máme na pokojích velmi málo místa. Zdravotní problémy nějaké mám, ale nesouvisí s výkonem práce v domově pro seniory. O syndromu vyhoření vím, hlavně z odborných časopisů pro sestry. V naší práci se s ním člověk může setkat, u sebe zatím příznaky nepozoruji.

Na směny pracuji a to mi vyhovuje. Nechci pracovat pouze na ranní. Dokonce jsem proto odmítla i práci staniční. V domově pro seniory pracuji pouze asi čtyři roky, ale dříve jsem dlouhá léta pracovala v nemocnici, kde jsem rovněž pracovala na směny, proto jsem za tu dobu na to zvyklá a s nočními směnami, dvanáctkami nebo svátky nemám žádný problém. Pro mě je velká výhoda v tom, že když potřebuji, mám volno a pak jdu do práce, když je svátek nebo víkend.

S bolestí nebo úmrtím klientů mám docela problém, ale jsme tady docela dobrá parta, takže když nějaký klient zemře, většinou jdou k němu kolegyně, protože ví, že mi to vadí, a já udělám administrativní práci. A s bolestí klientů se obracíme na zdejšího lékaře a snažíme se to co nejdříve vyřešit. Dnes už naštěstí žádný člověk nemusí umírat v bolestech. Pracovní problémy se snažím domů nebrat, tam mám dost svých soukromých. Dobrou prevencí proti tomu je myslím to, že při předávání směny největší problémy probereme s kolegyněmi a tím to pro mě většinou skončí.

Zdroj: vlastní výzkum