

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**SPOLUPRÁCE RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ SE ZDRAVOTNICKÝM  
PERSONÁLEM V PÉČI O SENIORA V DS**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:  
Mgr. Alena Machová**

**2007**

**Autor práce:  
Iveta Sladká**

## **Abstract**

Old age is an inevitable part of every living being's life. It is the final time phase of life with a lot of changes a person has to deal with. The overall physical appearance is changing, the number of wrinkles is rising, the hair turns grey, the muscular strength is decreasing and the memory fails. Also, there are psychological and social changes taking place. Old people become emotionally unstable and their personality is changing. The characteristics of their personality is intensifying.

The intensity of relationships with close ones does not usually change. On the contrary, the family importance is yet again on the rise with passing years. An old person usually keeps the important role of a parent, grandparent, perhaps even great-grandparent. Just like an old person performs an irreplaceable family role, the family performs an irreplaceable role in taking care of this old person as well. It used to be common that children took care of their old parents, nowadays` society puts self-sufficiency, independency and economic profits first. It is much easier for many families to provide their aging members with professional care rather than rearrange their own to meet their needs.

Old people feel that leaving their home, their place means leaving behind the past with everything that their lives have consisted of. To enter the world of social-service facilities is a very serious matter. The employees of these facilities, as well as the family, have to realize that this change is very challenging, and they have to be especially supportive to help the elders overcome this difficult part of their lives.

The purpose of this work was to find out if family members try to participate in caregiving and if they cooperative with the healthcare professionals. Two assumptions have been reached: family members take an active part in caregiving for the elders in RH (retirement homes) (A1) and (A2) family members cooperative with healthcare professionals in caregiving for the elders in RH.

A quantitative research has been used to compose this practical part of Bachelor task on the topic „ Cooperation of family members witha healthcare professionals in the care of elders in RH“. The method of survey polling was use to collect all data.

Observational group from RH Máj and RH ÚSP Hvízdal in České Budějovice, RH Mistra Křišťana in Prachatice and RH Hluboká nad Vltavou. There were 80 question-form handed out to RH` s clients and 100 forms to the personnel. These forms were kept anonymous and consisted of 17 questions for seniors and 13 for personnel.

The results suggest that 55 clients get regular visits from their family members, 67,7 % of those questioned replied that their family members take an active role in the care for them while 40,3 % of the nurses stated that the families take an active role in the care and 33 % of nurses further stated that the families get involved in the care occasionally. 40,3 % of the nurses confirm that the families actively seek a way to cooperate with the healthcare personnel and 75,7 % clients` answers confirm that majority of the families cooperate with the healthcare personnel. Both the assumptions have been proved correct.

The result of this research can serve not only to the families with their uneasy part as caregivers but also to the families who do not take an active part in care for the senior and boost their interest in the care for the senior. At the same time I would like to appeal to the healthcare personnel and encourage them to be active in seeking a cooperation with the families.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „Spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem v péči o seniora v DS“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích.....

.....

Podpis autora:

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda vyjádřila upřímné poděkování vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Aleně Machové za cenné rady a připomínky. Mé velké díky patří také моým nejbližším za všestrannou podporu během celého studia.

V Českých Budějovicích.....

.....

Podpis autora:

## Obsah

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| Úvod.....                                                             | 3         |
| <b>1. Současný stav.....</b>                                          | <b>5</b>  |
| <b>1.1 Stáří a stárnutí.....</b>                                      | <b>5</b>  |
| 1.1.1 Biologické projevy stárnutí.....                                | 5         |
| 1.1.2 Psychické změny.....                                            | 6         |
| 1.1.3 Sociální změny ve stáří.....                                    | 8         |
| <b>1.2 Uspokojování potřeb ve stáří.....</b>                          | <b>8</b>  |
| 1.2.1 Uspokoování nižších potřeb seniora.....                         | 9         |
| 1.2.2 Uspokojování vyšších potřeb seniora.....                        | 14        |
| <b>1.3 Rodina a starý člověk.....</b>                                 | <b>15</b> |
| 1.3.1 Rodina a její funkce.....                                       | 15        |
| 1.3.2 Nezastupitelná role starého člověka v rodině.....               | 16        |
| <b>1.4 Organizovanost v péči o starého člověka.....</b>               | <b>17</b> |
| 1.4.1 Pečovatelská služba a domácí ošetrovatelská péče.....           | 17        |
| 1.4.2 Domovinky.....                                                  | 18        |
| 1.4.3 Domy s pečovatelskou službou nebo-li penziony.....              | 18        |
| 1.4.4 Domovy pro seniory.....                                         | 18        |
| <b>1.5 Organizace ošetrovatelské péče o starého člověka v DS.....</b> | <b>20</b> |
| 1.5.1 Ošetrovatelský proces v domově důchodců.....                    | 21        |
| 1.5.2 Zdravotnický personál a komunikace.....                         | 22        |
| 1.5.3 Komunikace se starým člověkem.....                              | 23        |
| 1.5.4 Komunikace s rodinou.....                                       | 24        |
| <b>2. Cíl práce a hypotézy.....</b>                                   | <b>25</b> |
| 2.1 Cíl práce.....                                                    | 25        |
| 2.2 Předpokládané hypotézy.....                                       | 25        |
| <b>3. Metodika.....</b>                                               | <b>26</b> |
| 3.1 Použitá metodika.....                                             | 26        |

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....                      | 26        |
| <b>4. Výsledky.....</b>                                          | <b>27</b> |
| 4.1 Výsledky výzkumného souboru klientů DS.....                  | 27        |
| 4.2 Výsledky výzkumného souboru zdravotnického personálu DS..... | 44        |
| <b>5. Diskuze.....</b>                                           | <b>57</b> |
| <b>6. Závěr.....</b>                                             | <b>62</b> |
| <b>7. Seznam použité literatury.....</b>                         | <b>63</b> |
| <b>8. Klíčová slova.....</b>                                     | <b>66</b> |
| <b>9. Přílohy.....</b>                                           | <b>67</b> |

**Motto:** „Dbejme, aby nám stáří

neudělalo vrásky také na duši,

když je dělá na tváři.“

Michel de Montaigne

## Úvod

V této bakalářské práci se zabýváme problematikou spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem v domovech seniorů. Tato problematika je v současné době velice aktuální, neboť seniorů stále přibývá.

Stáří je nevyhnutelnou součástí života každého živého tvora. Je to konečná časová etapa života, ve které dochází k mnoha změnám, se kterými se člověk musí vyrovnat. Mění se vzhled, člověku přibývají vrásky, vlasy šedivější a řádnou, dochází k úbytku svalové síly, k poruchám paměti. Ke změnám dochází i ve sféře psychické a sociální. Starý člověk je citově labilnější, mění se i jeho osobnost. Charakteristické rysy osobnosti získávají na intenzitě.

Vztahy staršího člověka k druhým lidem se sice mění, ale nikdy zcela nezanikají. Většina starších lidí si zachovává svá pouta k manželskému partnerovi, ke svým dětem a k jejich rodinám, k přátelům a sousedům, i když s postupem času jich ubývá a starý člověk se častěji než dříve musí vyrovnávat s odchodem nebo ztrátou nejbližších.

Ztráta partnera nebo někoho blízkého zasáhne těžce každého z nás. Pro staršího člověka je o to hlubší, neboť v jednom okamžiku zůstane v domě, byť sám. Po psychické ale i fyzické stránce začne rychle strádat. Není schopen se již sám o sebe starat. Dříve bylo běžné, že se děti staraly o své stárnoucí rodiče, ale v dnešní době většina z nich dává přednost nezávislosti a ekonomickému zisku, a proto rodiče stále častěji svěrují do odborné péče místo toho, aby přizpůsobily svůj život jejich potřebám.

Pro staré občany je velmi těžké rozloučit se se svým domovem a zbytek života strávit v sociálním zařízení. Tato změna je pro starého občana psychicky velmi náročná, a proto v tomto i v následujícím období je velice důležitá podpora a spolupráce rodiny. Problematika spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem v DS je

velice důležitá a to mě motivovalo k vybrání tohoto tématu. Spokojené stáří je přáním každého z nás, proto jsem se rozhodla zjistit, zda se rodinní příslušníci snaží zapojit do ošetrovatelské péče o seniora a zda spolupracují se zdravotnickým personálem v DS.

## **1. Současný stav**

### ***1.1 Stáří a stárnutí***

Stáří je konečná časová etapa života. (7)

Pod pojmem stárnutí rozumíme souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, zvyšuje se zranitelnost organismu a dochází k poklesu schopností a výkonnosti jedince. Jde o proces individuální, každý do určité míry stárneme svým tempem. Je to dané nejen různou genetickou výbavou, ale i různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním způsobem. (11, 8)

Stáří dle SZO dělíme do 4 etap. První etapou je střední věk. V této etapě je člověk ve věku od 45 do 59 let. Je-li člověku 60 - 74 let, nachází se na prahu stáří a mluvíme o takzvaném raném stáří. Třetí etapou je vlastní stáří s věkem v rozmezí mezi 75 až 89 lety. Dožije-li se člověk 90 a více let, patří do čtvrté etapy, kterou nazýváme dlouhověkostí. (7)

U člověka lze rozlišit věk i dle fyziologického stavu organismu. Chronologický věk, také nazývaný skutečný nebo kalendářní, se počítá od data narození a nemusí souhlasit s věkem biologickým. Funkční věk, nebo-li biologický, nemusí být v souladu s věkem chronologickým. Je to věk, který odpovídá skutečnému stavu organismu po stránce biologické, psychické i sociální. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. (7, 8)

Ve stáří dochází ke změnám biologickým, psychickým i sociálním.

#### ***1.1.1 Biologické projevy stárnutí***

Proces stárnutí je nerovnoměrný. Některé systémy postihuje u některých lidí více, u některých méně. (8)

Typická pro stáří je atrofie a involuce orgánů. Snižuje se váha mozku a žlázatých orgánů. Nervový systém je méně odolný vůči zátěžovým situacím. Zpomaluje se látková výměna a spotřeba kyslíku. Snižuje se hmotnost v důsledku úbytku svalové tkáně a podkožního tuku. (7, 8)

Nápadné je šedivění, řídnutí a vypadávání vlasů, kůže je vrásčitá, suchá, ztrácí svou elasticitu a objevují se pigmentové skvrny a vrásky. (7)

Dále dochází i ke zhoršení smyslového vnímání. Asi u 90 % lidí po 60. roce lze zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce a asi u 30 % se výrazně zhoršuje sluch. Staří lidé si většinou stěžují, že jejich zrak už není, co býval. Jedná se o zhoršení akomodace, schopnosti zaostřovat na různé vzdálenosti, což vede k vetchozrakosti (presbyopii). Nejzávadnější oční vadou ve stáří je ztráta zrakové ostrosti. Sluch v průběhu dospělosti pomalu slábne. Nejrozšířenějším typem oslabení sluchu ve stáří je nedoslýchavost stárnoucích (presbyakuze). Někdy je tento problém vyhrocen jevem zvaným posilování hluku; postižený slyší zvuky o vysokém tónu hlasitější než ve skutečnosti, často až v deformované či bolestivé podobě. Presbyakuze pochopitelně toho, kdo jí trpí, znevýhodňuje. V nejlepším případě vnímá svět zvuků tlumeně; v nejhorším naopak nesnesitelně bolestivě. Tyto vady s sebou nepřinášejí jen pokles jejich výkonu při některých pracovních činnostech, ale i omezení v jejich možnostech rekreace jako je četba, poslech hudby apod.. Poruchy sensorické percepce mohou ztížit i komunikaci s druhými lidmi, což může být provázáno podezíravostí, úzkostí nebo hněvivostí. Často jsou i příčinou vyšší úrazovosti, zejména pokud starý člověk nepřizpůsobí činnost svým aktuálním možnostem. (7, 11, 18,)

### ***1.1.2 Psychické změny***

K psychickým změnám ve stáří patří změny v orientaci v prostředí, poruchy paměti, změny regulačních procesů a osobnostní změny. (11)

Se stářím jsou spojeny změny v orientaci v prostředí, zhoršování zrakové a sluchové ostrosti. Obtíže v oblasti vnímání mohou ve značné míře ovlivnit i ostatní procesy. Výsledkem bývá zvýšená únavnost a s ní spojené emoční reakce jako je napětí, úzkostnost, plačtivost. Snad i proto se někteří senioři raději izolují od společnosti. Aby se podobným nepříjemnostem vyhnuli, často rezignují na mnohé činnosti, které jsou pro ně obtížnější, než byly dříve. Člověk, který špatně vidí a slyší, se méně snaží vyhledávat kontakty, a proto se může cítit osamělý a deprivovaný. Problémy v komunikaci mohou gradovat až do podezíravosti, vztahovačnosti. Člověk je pak přesvědčen, že o něj nemá nikdo zájem, že ho všichni přehlížejí. Stále však musíme mít napaměti individualitu každého člověka. (17)

Za jednu z typických změn ve stáří je považována porucha paměti. Paměť má různé kvality: rozlišujeme paměť krátkodobou, dlouhodobou, prostorovou atd.. Zhoršuje se především paměť pro nové události, zatímco dávno minulé zážitky zůstávají v paměti většinou dobře uloženy. Kromě toho bývají vzpomínky i obsahově a emočně zkresleny: staří lidé bývají ve větší míře zaměřeni do minulosti, která je pro ně často uspokojivější, minulé je hodnoceno spíše pozitivně a starý člověk lpí pak až nepochopitelně na tom, čím byl a co měl, ať už jde o postavení, majetek, zvyklosti nebo získané výsady. Často jde o určitou obranu proti pocitu ohrožení ze strany mladších. Staří lidé dávají stále více přednost rutině a stereotypu. Klesá u nich celková schopnost psychické adaptability. (11)

Ve stáří dochází i k pravidelnému snížení vnímavosti a výbavnost bývá také postižena. Přijatelná funkce paměti je důležitá i pro uchování vlastní identity. Například staří lidé s demencí postupně ztrácí orientaci v okolí, v běžných aktivitách dne, nepoznávají svou rodinu, přichází o svou minulost i identitu. (18)

V důsledku stárnutí dochází ke snížení adaptace a k narušení odolnosti vůči zátěžím. Tyto změny postihují jak biologickou, tak psychickou složku organismu. Afektivní prožívání nabývá ve stáří jiné kvality. Citové prožívání se většinou stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí. Člověk se již tak snadno nenadchne z nových věcí, ale současně řadu situací hodnotí klidněji a racionálněji. (17, 11)

Dále dochází ve stáří k proměně volných procesů. Staří lidé se pomaleji a neradi rozhodují, objevuje se nechuť k řešení problémů až nerozhodnost i ve velmi běžných věcech. V jejich jednání je však patrná i určitá dávka stálosti, vytrvalosti a trpělivosti, která bývá někdy ještě silnější než dříve. (17)

Ve sféře emocí se změny promítnou do větší citové lability a horšího ovládnutí emočních projevů. Na počátku stáří bývá ještě velmi silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný pro druhé, později vystupuje do popředí spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí mezi druhé lidi. Zejména v pozdějším stáří jsou lidé méně zaujati událostmi vnějšího světa a více se soustřeďují na sebe a své problémy. (11)

Ve stáří se může změnit i osobnost starého člověka. Změny v osobnosti nepostihují každého seniora ve stejné míře. Charakteristické rysy osobnosti při stárnutí získávají na své intenzitě. Například prohloubení nedůvěřivosti vede k podezřavosti až k paranoie, nebo uzavřenost k samotářství. Naopak u extrovertů je patrný sklon k povrchnosti. Ve stáří může dojít i k přesunu pořadí hodnot a potřeb, do popředí se většinou staví hodnota zdraví, rodiny a citové jistoty. Snižuje se potřeba stimulace, potřeba učení. (17)

### ***1.1.3 Sociální změny ve stáří***

Sociální zařazení člověka se mění v průběhu života. Staří lidé mohou ke společenskému vývoji přispívat často zcela jedinečným způsobem nejen svými, často draze zaplacenými zkušenostmi, ale i pro hodnocení společenských událostí z širší perspektivy, než jaká je umožněna mladším. (11)

Pokud jde o pracovní aktivitu, zůstávají mnozí lidé až do vysokého věku plně aktivní ve svém povolání, jiní přejímají úkoly sice odlišné, ale neméně potřebné. Někteří ovšem selhávají, jestliže lpí na činnostech, pro které jim už chybějí síly. (17, 18)

Vztahy staršího člověka k druhým lidem se sice mění, ale nikdy zcela nezanikají. Většina starších lidí si také zachová svá pouta k manželskému partnerovi, ke svým dětem a k jejich rodinám, k přátelům a sousedům, i když s postupem času jich ubývá a starý člověk se častěji než dříve musí vyrovnávat s odchodem nebo ztrátou nejbližších. Musí ztráty kompenzovat novými vztahy a více se soustředit sám na sebe. (18)

### ***1.2 Uspokojování potřeb ve stáří***

Pod pojmem potřeba si každý z nás představí jinou definici. Nejčastěji si asi vzpomeneme na definici z psychologie, kde pojem potřeba vyjadřuje určitý motivační stav nedostatku nebo nadbytku organismu, který vede k chování napravujícímu tento stav. (5)

Obecně ale můžeme říci, že potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba je něco, co člověk nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Ani lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují a v průběhu života člověka se mění z hlediska kvantity i kvality. Každý jedinec také své potřeby vyjadřuje a uspokojuje svým vlastním způsobem. (20)

Existují různé klasifikace potřeb. Nejznámější a nejčastěji používanou klasifikací potřeb je Maslowova hierarchie potřeb. Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné. Potřeby jsou organizované v hierarchickém pyramidovém systému, kdy v základně pyramidy jsou umístěny potřeby fyziologické (potřeba výživy, dýchání, spánku...) a směrem k vrcholu se nachází potřeba jistoty a bezpečí, potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní, estetické a vrchol pyramidy tvoří potřeba seberealizace. (20)

Hierarchické uspořádání vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ fyziologické potřeby převládají nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Člověk nikdy netouží po tom být dobře oblečen nebo vylepšovat byt, pokud se cítí v nebezpečí, má hlad... (20)

Schopnost člověka uspokojovat své potřeby může ovlivňovat celá řada faktorů, např. výchova, vzdělání, ekonomická úroveň, zdravotní stav a v neposlední řadě i věk. (20)

### ***1.2.1 Uspokojování nižších potřeb seniora***

Dle Maslowa k nižším potřebám patří potřeby fyziologické (potřeba výživy, vyprazdňování, dýchání, hygieny, pohybu a tělesné aktivity, spánku a tláčení bolesti...) a potřeba bezpečí a jistoty. (20)

Jídlo, příjem potravy a stravování jsou veskrze příjemnou záležitostí v životě člověka. Výživa neovlivňuje jen duševní pohodu a zdraví, ale podílí se i na celkovém zdravotním stavu člověka a na průběhu některých onemocněních. (20)

U starších lidí se stravovací návyky mění vlivem zpomalení fyzické aktivity a metabolismu. Starší lidé přijímají méně potravy. Množství a kvalita potravy mohou být ovlivněny problémy s chrupem, změněným vnímáním chutí a vůní, sníženým pocitem

žízň, úrovní sebepečce (schopnost nakoupit si, uvařit si, najíst se...), onemocněním a operacemi na GIT, nádorovým onemocněním, některými lékovými skupinami (ATB...) nebo ekonomickými faktory. Sestra musí umět rozpoznat problémy v oblasti výživy a definovat ošetrovatelské diagnózy související s výživou. K nejčastějším ošetrovatelským diagnózám, se kterými se sestra při své práci se seniorem setkává, patří porušené polykání, nedostatečná výživa, deficit tělesných tekutin, poškozená dentice. (20)

Vyprazdňování moči a stolice je fyziologickou funkcí organismu a základní lidskou potřebou. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování je individuální. Zvláště pak u vyprazdňování stolice existují mezi lidmi velké rozdíly, někdo se vyprazdňuje denně, někdy i několikrát, jiný jedenkrát za dva dny. Dostatečné vyprázdnění navozuje pocity libosti a spokojenosti, naopak neuspokojení potřeby vyprazdňování se projevuje somatickým syndromem (nadýmání, pocity plnosti...), někdy i napětím, nervozitou, strachem. (20)

Pro každého člověka je vyprazdňování velmi intimní věc, a proto by měla sestra, ale i rodina, respektovat jeho stud a zajistit mu soukromí. Měla by na to dbát hlavně u ležících nemocných, imobilních pacientů, ale i u starých lidí například při přebalování plenek nebo podkládání podložní mísy. Po vyprázdnění by měla sestra dbát na umytí, popřípadně ošetření genitálu a konečníku.

Ve stáří mezi nejčastější problémy ve vyprazdňování patří inkontinence moči, retence, polakisurie nebo paradoxní ischurie při zbytnění prostaty, enuréza, někdy nykturie v souvislosti se srdečním selháním, zbytnělou prostatou, zácpa v souvislosti s upoutáním na lůžko. Sestra by tyto problémy měla znát a aktivně se se svými ošetrovatelskými intervencemi podílet na jejich zmírnění a tím na zlepšení kvality života seniora. (20)

Potřeba dýchání je základní biologickou potřebou. Je základním předpokladem existence člověka. Proces uspokojování potřeby kyslíku si neuvědomujeme, dýcháme automaticky, neuvědoměle. Ale neuspokojení této potřeby má dramaticky průběh, při nedostatečném množství kyslíku a nedostatečném dýchání je člověk ohrožen na životě, pociťuje úzkost, strach ze smrti. (20)

U starých lidí se sestra setkává s poruchami dýchání velmi často, nemusí to být jen v souvislosti s onemocněním plic, srdce, ale často to může být následkem špatné polohy, neefektivním vykašláváním, kdy se u dlouhodobě ležících nemocných hromadí sekret v dýchacích cestách. Proto by sestra měla dbát na správnou polohu nemocného - nejčastější polohou pro uvolnění cest dýchacích je Fowlerova nebo ortopnoická poloha. Neměla by také opomíjet nácvik správného dýchání, dechové gymnastiky a podporu expektorace dle pokynů rehabilitační sestry, se kterou na oddělení spolupracuje.

Potřeba čistoty, hygieny je základní biologickou potřebou, která se vytváří postupně od nejútlejšího věku v podobě hygienických návyků. Potřeba hygieny je individuální, to co pro jednoho člověka je dostatečná péče o čistotu těla, pro jiného je nedostačující. Odlišný bude i způsob, kterým jedinec vyjádří neuspokojení potřeby hygieny. (20)

Potřebu hygieny můžeme definovat ve třech rovinách. V rovině biologické podporuje hygienická péče čistotu, odstraňuje mikroorganismy, sekrety a exkrety z těla, brání vzniku infekcí a udržuje kůži v dobrém stavu. Psychologická rovina hygienické péče navozuje pozitivní reakce, pocit spokojenosti a napomáhá relaxaci a uvolnění. Ze sociálního hlediska vytváří tato potřeba příjemné prostředí a je předpokladem pozitivních mimoosobních vztahů. (20)

Stáří a nemoc mění nároky člověka na hygienu i oblékání. Starý člověk ztrácí motivaci pro péči o své tělo. Důvodem je změna priorit, životních hodnot, snížení tělesné aktivity, porucha soběstačnosti, osamělost nebo izolace. Starý člověk zapomíná na péči o zuby, nekoupe se, nesprchuje se, cítí se slabý, bojí se, že se poraní, nemá dostatek sil. Vlivem zhoršení smyslových orgánů nevidí ušpiněné šaty, necítí zápach... I v situaci, kdy je starý člověk soběstačný, potřebuje v oblasti hygieny od sestry vždy podporu, pomoc a velice taktní přístup. (20)

Sestra by na starého člověka neměla chvátat, měla by mít pochopení, trpělivost a podporovat ho v oblasti soběstačnosti. Obávanou komplikací špatné hygienické péče spolu s dlouhým upoutáním na lůžko a jinými faktory je vznik dekubitů. V ošetrovatelském procesu zaměřeném na potřebu hygieny se sestra nejčastěji setkává s

deficitem sebezpečí při koupání a hygieně, rizikem vzniku dekubitů, rizikem vzniku infekce, pocitem bezmocnosti a neschopnosti.

Pohyb je potřebou všech živých bytostí. Člověk může ze svého života potřebu pohybu zcela vypustit. Psychická odezva neuspokojené potřeby pohybu nemusí být u mnoha jedinců dramatická. Stejně jako u ostatních potřeb je potřeba pohybu také zcela individuální, každý jedinec má rozdílné požadavky na kvalitu pohybové aktivity a na způsob jejího uspokojení, proto mnoho lidí při neuspokojení potřeby pohybu duševně nestrádá. (20)

Starším lidem se doporučuje pravidelný program mírné zátěže. Procházky, práce na zahrádce, plavání, jízda na kole jsou aktivity, které lze provádět v přiměřeném tempu, které starého člověka nebude unavovat. Cvičení posiluje kardiovaskulární systém, udržuje kalcifikaci kostí a pomáhá zachovat svalový tonus na celém těle. Předtím, než začne cvičit, by však měl starý člověk poznat některá bezpečnostní opatření, se kterými ho sestra seznámí. Upozorní ho na správnou obuv s nelepivou podrážkou, vyhýbání se hladkým povrchům, cvičení a procházky na bezpečných a dobře osvětlených místech, sledování nepříznivých příznaků při cvičení – dušnost, závratě, nepravidelná srdeční činnost. Zátěž při cvičení by měl zvyšovat postupně, aby měl organismus dostatek času na adaptaci. (10)

Spánek a odpočinek jsou nezbytné předpoklady pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví. Spánek má pro organismus ochranný a regenerační význam. Pravidelný a dostatečný spánek pomáhá udržovat normální funkci centrálního nervového systému, je obranným mechanismem proti vyčerpání organismu. Pod pojmem odpočinek rozumíme především klid, relaxaci bez emočního stresu a uvolnění napětí a úzkosti. Spánek a potřeba spánku a odpočinku jsou u každého člověka individuální. Závisí na denní aktivitě člověka, na fyziologickém stavu organismu, věku a dalších faktorech. (20)

Ve stáří se potřeba spánku snižuje. Starý člověk spí v noci maximálně 6 hodin. Z nedostatku aktivity a podnětů z okolí spí většinou přes den a v noci pak bdí. Tento stav nazýváme tzv. spánkovou inverzí. Sestra by proto měla pacienta přes den aktivizovat a zapojit i rodinu. Pro lepší spánek starého člověka vždy cca 2 hodiny před

spaním omezí tekutiny, zajistí večerní hygienu, upraví postel, aby byla suchá, čistá, s vypnutým ložním prádlem a vyvětrá. Umožní mu se vymočít. Po ulehnutí do postele zhasne světlo a zajistí klid. (4)

Bolest je stará jako lidstvo samo. Bolest je známá každému, je atributem lidského bytí, kazí radost ze života a dosáhne-li určité intenzity, může i lidský život zničit. Přestože je v zásadě strastí, nese v sobě pozitivní prvek. Tím je především ve své akutní podobě jako varovný, v medicíně pak nepostradatelný příznak. Bolest je rize subjektivní a existuje vždy, kdykoliv člověk říká, že ji má. (20)

U každého člověka se sestra snaží o minimalizování bolestivých zážitků. Tlumit bolest patří mezi základní ošetrovatelské cíle. U bolesti vždy sleduje a hodnotí místo bolesti, vyzařování bolesti, trvání bolesti, intenzitu bolesti, kvalitu bolesti – jaká ta bolest je, výskyt bolesti, co bolest zmírňuje a naopak zhoršuje. Pokud už starý člověk užívá léky na tlášení bolesti, sleduje sestra jejich hlavní účinek, ale i účinky nežádoucí (zvracení, spavost, netečnost...). (20)

Bolest, zvláště pak chronická, může starému člověku výrazně ztížit a znepríjemnit život. Může narušovat spánek, může se objevit nechutenství, nesoustředěnost. Bolest ho může omezovat v pohybu, ovlivňovat jeho chování – starý člověk je bez nálady, je podrážděný, trpí depresí, úzkostí. Často dochází k narušení vztahů s blízkými a pečujícími osobami. (4)

Jistota a bezpečí jsou základní lidské potřeby. Jsou to potřeby související s přežitím jedince, mluvíme také o potřebě sebezáchovy, o snaze vyhnout se ohrožení. V období stáří je rozhodujícím faktorem pro uspokojení potřeby jistoty a bezpečí skutečnost, zda starý člověk žije sám, s partnerem nebo v širší rodině. Neméně důležitý bude jeho zdravotní stav, míra soběstačnosti a nezávislosti v základních denních aktivitách dne. Při neuspokojení této potřeby se jako psychická odezva objevuje strach a úzkost, smutek. (20)

Starý člověk má strach ze samoty, z nemoci, z nesoběstačnosti – bude na obtíž své rodině, okolí. Často má pocit, že je nepotřebný, že nezvládá své povinnosti jako dřív. Má strach z nových technických věcí, z okolního urychleného světa, proto se často uchyluje do bezpečí svého bytu, pokoje a straní se okolí. Na tyto pocity nesmíme

nikdy zapomínat a přehlížet je, naopak musíme starému člověku ukazovat, jak je pro nás cenný, ukázat mu, že ho máme rádi. Měli bychom se snažit zapojovat ho do denních aktivit, do rozhodování, posílit jeho sebevědomí. Ukázat mu, že to zvládne, sice pomaleji nebo s naší pomocí, ale zvládne. (20)

### ***1.2.2 Uspokojování vyšších potřeb seniora***

Mezi vyšší lidské potřeby patří potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba sebekoncepcie a sebeúcty a potřeba seberealizace. (20)

Potřeba lásky a sounáležitosti je někdy také nazývána jako potřeba afiliační, je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích osamocení a opuštění. (20)

Každý člověk potřebuje k životu lásku a starý člověk také. Po smrti partnera, odchodu dětí z domova, přestěhování do sociálního zařízení se často cítí osamělý, zbytečný... Potřebuje cítit, že někomu na něm záleží, že tu není sám. Často postačí vřelý úsměv od sestry, pohlázení, objetí, to dokáže na srdíčku zahřát stejně jako slova “mám tě rád”.

Každý člověk si v průběhu života vytváří určitou představu sama sebe. Představa vychází ze sebepoznání, sebehodnocení, hrdosti, sebeocenení. Pozitivní sebekoncepcie a vysoká sebeúcta jsou výsledkem bio-psycho-sociálního vývoje člověka. Máme-li rádi sami sebe, jsme schopni mít kladný vztah k druhým lidem a vytvářet s nimi dobré interpersonální vztahy. (20)

Období stáří je charakteristické egocentrickým zaměřením osobnosti, emocionální labilitou a zhoršenou schopností adaptace. Oblast sebeúcty a sebekoncepcie je v úzké závislosti zejména na zdravotním stavu člověka, na jeho soběstačnosti, funkci smyslových orgánů. Sebepojetí starého člověka ovlivňují vztahy s nejbližšími, zda žije s partnerem, dětmi nebo sám v domově pro seniory. Důležitou roli v oblasti sebeúcty hraje také uspokojení potřeby sociálního uznání spojeného s pocitem potřebnosti nebo zbytečnosti. (20)

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. (20)

Člověk touží po seberealizaci, po nalezení smyslu svého života. Může to být spojeno s rodinou, prací, vášnivým zájmem o něco, s vírou... Dát svému životu smysl je problémem každého v jakémkoliv věku. V pokročilém věku je to však možná ještě závažnější; vždyť jak lze ještě naplnit stáří? K tomuto pocitu přispívá i odchod do důchodu, který je důležitým mezníkem. Označuje konec jednoho období a začátek dalšího. Vyrovnat se s touto chvílí není vždycky snadné, protože je plná nejistot a nutí nás k novému uspořádání života. Musíme se zaměstnávat a svůj čas si organizovat sami. Prázdnota, kterou je třeba vyplnit, může mnoho starých lidí děsit. Mnoho starých lidí zapomíná, že je možné využít volný čas k realizaci plánů, na které až do této doby neměli čas. Někdy jen potřebují, aby je někdo informoval o možnostech. Mnoho z nich pak začíná cestovat, sportovat, studovat, vracejí se k práci na zahrádce, četbě, pečují o rodinu a vnoučata a také se začínají angažovat v pomoci lidem a v dobrovolných činnostech. Je mnoho aktivit, ve kterých můžou najít nový smysl života. (16)

### **1.3 Rodina a starý člověk**

#### ***1.3.1 Rodina a její funkce***

Rodina je zvláštní skupinou, jejíž spojení s fungováním celé společnosti má životní význam. Rodina zůstává stále jednou z prvních hodnot, očekává se od ní solidárnost s tím členem, který se nachází v obtížné nebo krizové situaci. (16)

O rodině se mluví v jednotném čísle. Za tímto slovem se však skrývají všichni členové rodiny. Je tady syn nebo dcera, který nebo která má ke starému rodiči nejbližší. Je zde také partner, vlastní děti, sourozenci... Všichni tyto lidé nezaujímají ke starému rodiči stejnou pozici, přesto rodina tvoří velmi komplexní systém jednotlivých prvků a vzájemných vztahů mezi nimi. (16)

Rodina má i své funkce, které plní. Biologicko - reprodukční funkce zajišťuje plození potomků a uspokojování sexuálních potřeb. Ekonomická funkce vymezuje rodinu jako prostor uplatňování různých strategií jejích členů, avšak v rámci společného hospodaření. Prostřednictvím socializačně – výchovné funkce dochází ke kulturnímu přenosu, předává tradice, zvyky, kulturní hodnoty z jedné generace na druhou. Zvláště významné je osvojení jazyka jakožto prostředku symbolické komunikace v rodině a

později i v širší komunitě. Emocionální funkce rodiny zajišťuje uspokojování citových potřeb, vědomí jistoty, uznání a vzájemné podpory. (3)

### ***1.3.2 Nezastupitelná role starého člověka v rodině***

Síla vztahů k blízkým lidem se ve stáří většinou nijak nemění a význam rodiny s věkem naopak znovu stoupá. (11)

V širší rodině zastává starý člověk obvykle i nadále důležitou roli rodiče, ale i prarodiče, popřípadě prababičky a pradědečka. Zejména starší prarodiče svá vnoučata vítají a silně pozitivně svou roli prožívají. Dědečkové a babičky jsou vůči malým dětem ze všech lidí skutečně nejreaktivnější. Prarodiče jsou k vnoučatům tolerantnější, a když hovoří s dítětem o dětství rodičů, napomáhají tak vytváření velmi důležité rodinné historie. Vyprávění o dětství rodičů může často v konfliktních situacích otupit ostří rozporů dítěte či dospívajícího s rodiči, kteří si tak vždy připomenou své dětství a jsou pak chápavější k lumpárnám svých dětí. (11)

Nezastupitelná je i jejich výuková role. Staří lidé učí mladé nejen tím, co o minulosti vyprávějí, ale učí je i mnoha hlubším hodnotám a postojům, které děti snáze přijmou od nich, pro jejich moudrost a zkušenosti, než od rodičů. A učí je nakonec i svou smrtí. Pomáhají tak svým blízkým, aby hleděli vyrovnaněji na svou smrt a plně si uvědomovali svoji odpovědnost k rodině i širší společnosti. (11)

Působení prarodičů může být pozitivní i negativní, ale v každém případě poskytují dítěti jedinečnou zkušenost a rozšiřují variabilitu stimulace dítěte a poskytují mu důležitý model stáří i jeho vlastní budoucí prarodičovské role. (11)

Stejně tak jako má starý člověk nezastupitelnou roli v rodině, hraje i rodina nezastupitelnou roli v životě i v péči o starého člověka. Dříve bylo běžné, že se děti staraly o své staré rodiče, v současnosti se preferuje soběstačnost, nezávislost a ekonomický zisk. Pro mnoho rodin je v dnešní době jednodušší zajistit svým stárnoucím členům odbornou péči, než svůj život přizpůsobit jejich potřebám. (19)

### ***1.4 Organizovanost v péči o starého člověka***

Když se pro jednoho obyvatele vlastní dům stane příliš velký a samota nesnesitelnou, když doma všechno bezpečně nezvládne nebo když se o něj jeho děti bojí, protože se o něj nezvládají postarat, může jejich péči nahradit personál různých zařízení sociální a zdravotní péče. (16)

Opustit svůj dům, svůj byt znamená pro staré lidi rozloučit se s minulostí, se vším, co dosud tvořilo jejich život. Vstup do zařízení sociální péče je vážnou situací. Zaměstnanci těchto zařízení si pak musí uvědomit, že tato změna je pro starého člověka psychicky náročná, a musí mu velmi pozorně pomáhat při překonávání tohoto těžkého období. (16)

#### ***1.4.1 Pečovatelská služba a domácí ošetřovatelská péče***

Tyto služby poskytuje Agentura domácí péče v domácím prostředí seniora. Tato péče vychází ze zásady, že je třeba udržet starého člověka v jeho domácím prostředí tak dlouho, jak je to jen možné.

Péče je poskytována dle ordinace ošetřujícího lékaře, který musí vždy velmi pečlivě zvážit zdravotní stav klienta tak, aby to bylo pro jeho stav přínosem a ne zátěží. Komplexní domácí péči poskytuje tým odborníků jako jsou lékaři, sestry, sociální pracovníci, psychologové, rehabilitační pracovníci, ale i duchovní, rodina, přátelé a sousedé klienta i klient sám. (15)

#### ***1.4.2 Domovinky***

Domovinky jsou denní zařízení pro seniory, popřípadě pro starší občany se zdravotním postižením, kteří vlastními silami nemohou zabezpečit své každodenní základní potřeby. Je určena lidem, jejichž schopnosti jsou omezeny v oblasti osobní péče, v užívání veřejných míst a služeb, ve využití volného času, v uplatňování svých práv a nároků, v kontaktech se širším sociálním okolím. Cílem služeb poskytovaných v Domovince je umožnit uživatelům zůstat součástí přirozeného místního společenství a žít běžným způsobem, a tak jim pomoci zachovat a rozvíjet jejich důstojný život. Cílem služeb je aktivizace uživatelů a rovněž podpora a pomoc rodinám, které o takového člověka pečují. (1)

#### ***1.4.3 Domy s pečovatelskou službou, nebo – li penziony***

Jedná se o zařízení, ve kterých je poskytovaná sociální péče občanům, kteří jsou ve starobním nebo plném invalidním důchodu. Zařízení bytu si zajišťuje každý uživatel sám. K dispozici zde jsou společenské místnosti, kde mají obyvatelé možnost společných setkání a kulturního vyžití, jídelna, kde se podává oběd a o potřeby, které si neumí zabezpečit senioři sami, se stará pečovatelská služba. (12)

Program si zajišťují senioři sami, nebo ve spolupráci s odborem sociálních věcí. Jedná se o zájezdy, divadelní představení, různá posezení atd.. (6)

#### ***1.4.4 Domovy pro seniory***

Domovy pro seniory (dále jen DS), dříve nazývané domovy důchodců (DD), jsou určeny především občanům, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna v jejich domácím prostředí za pomoci rodiny, pečovatelské služby ani jinými terénními službami sociální péče. Dále je tu pro občany, kteří umístění do domova důchodců nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Nemohou však být přijati občane, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetření ve zdravotnickém lůžkovém zařízení. (23)

Služby sociální péče v zařízeních sociální péče se poskytují na základě žádosti občana. Pokud zdravotní stav občana neumožňuje, aby podal žádost o poskytnutí služby sociální péče sám, může podle vyhlášky č. 149/1988 Sb. podat tuto žádost jeho rodinný příslušník, ale pouze s jeho souhlasem a dále na základě potvrzení lékaře o jeho zdravotním stavu. (23)

Občan může požádat o přijetí do kteréhokoliv zařízení sociální péče. Žádosti o umístění v domově pro seniory vydávají a přijímají sociální pracovníce. Pobytové sociální služby se poskytují na základě smlouvy uzavřené mezi domovem a žadatelem. Domov může odmítnout uzavření smlouvy. Sociální pracovníce informují srozumitelným způsobem zájemce, či jeho rodinné příslušníky o podmínkách poskytovaných pobytových služeb v domově pro seniory. (21)

Žádost o poskytnutí služby sociální péče musí obsahovat náležitosti podání, tzn. že musí být uvedeno, kdo žádost podává (jméno, příjmení, bydliště, zda jedná v zastoupení), které věci se týká a co navrhuje (žádá) (viz. příloha 3). K žádosti se přikládá vyjádření ošetřujícího lékaře (viz příloha 4), doklad o výši důchodu, doklad o přiznaném příspěvku na péči. (23, 2, 21)

Občanům, kteří byli přijati do DS, sdělí ústav datum nástupu do ústavu, a to s dostatečným časovým předstihem, nejméně týden předem, aby si občan mohl zařídit potřebné záležitosti související s odchodem z dosavadní domácnosti a nástupem do ústavu. Výzva k nástupu do DS se zasílá občanu nebo jeho zákonnému zástupci. Současně je občan informován, které doklady musí při nástupu do DS předložit a jaké osobní věci si může vzít s sebou. (23)

Do domova pro seniory nemohou být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a trvalé odborné ošetření ve zdravotnickém lůžkovém zařízení, a dále občané trpící těmito zdravotními postiženími jako jsou infekční a parazitární onemocnění všech druhů a stádií, tuberkulóza s výjimkou stádií P III a M III, psychózy a psychické poruchy, pohlavní choroby, chronický alkoholismus a jiné toxikomanie, imbecilita a idiocie. (23)

Pokud není v domově pro seniory zřízeno ošetrovatelské oddělení, nelze do domova přijímat osoby se zhoubnými novotvarami, dekompenzovaným diabetem mellitem, rozrušenou mozkomíšní sklerózou, degenerativními nervovými nemocemi, chronickým onemocněním jater, ledvin, srdce ve stádiu dekompenzace, s těžším postižením lokomočního aparátu (více viz příloha 5). (23)

### ***1.5 Organizace ošetrovatelské péče o starého člověka v DS***

Při nástupu nového obyvatele do DS uzavře sociální pracovnice s novým obyvatelem "Dohodu o podmínkách pobytu". Jedno vyhotovení této dohody obdrží obyvatel. Sociální pracovnice seznámí nového obyvatele s Domácím řádem DS. Obyvatel při nástupu předloží platný důchodový výměr a občanský průkaz. Přihlášení k trvalému pobytu a následnému vyřízení nového občanského průkazu zajistí sociální pracovnice. V den nástupu je též s obyvatelem dohodnut způsob příjmu důchodu

(složenkou, sporožirem, hromadným seznamem) a tím i způsob úhrady ošetrovného a dalších služeb. Obyvatelé částečně či plně zbaveni způsobilosti k právním úkonům nastupují v doprovodu svého opatrovníka, který rozhodne o všech náležitostech. (21)

V domovech pro seniory pracují sestry, sociální pracovníce, rehabilitační sestry, pečovatelky, externě spolupracující lékaři a psychologové. (14)

Po příchodu sestra nebo pečovatelka ubytuje klienta na pokoji, který mu byl určen. Každý pokoj je viditelně označen jménem obyvatele. Osobní věci, které si obyvatel přinesl s sebou z domova, sestra označí číslem, které mu bylo předem přiděleno sociální pracovnící DS před nástupem. Ošetřující personál vyhotoví písemný seznam všech osobních věcí a uloží je na místa k tomuto účelu určená (skříň, noční stolek, polička apod.). Klient si po předchozí dohodě s vedením DS může přinést drobné věci ze svého předchozího bydliště (obraz, polička, hodiny, květiny apod.), které by zpříjemnily jeho pobyt v novém domově. Pokud si klient přinese vlastní televizní, či rozhlasový přijímač, nahlásí tuto skutečnost sociální pracovníci, která zajistí přihlášení těchto přijímačů. Poplatky za užívání těchto přijímačů si hradí ze svých prostředků. V případě, že klient hodlá užívat jiné vlastní elektrospotřebiče (např. varnou konvici, lednici), informuje rovněž sociální pracovníci. Souhlas s používáním těchto elektrospotřebičů dá DS až po revizi stavu zařízení provedené kvalifikovaným pracovníkem. (21)

Na každém pokoji DS by neměl chybět telefon, který by sloužil obyvatelům jak ke komunikaci se zaměstnanci DS a ostatními obyvateli, tak i s příbuznými a blízkými obyvatel mimo DS. (21)

V každém domově pro seniory je o seniory postaráno do té míry (vaření, úklid, praní žehlení...), že většina z nich má nadbytek volného času. Proto domovy důchodců organizují pro své klienty různé aktivity a kroužky (předčítání knih a novin, hraní společenských her, arteterapie...). Často také spolupracují např. se sousedícími mateřskými školkami. (14)

### ***1.5.1 Ošetrovatelský proces v domově pro seniory***

DS poskytuje obyvatelům zdravotní a ošetrovatelskou péči odpovídající jejich zdravotnímu stavu nepřetržitě po 24 hodin denně. Lékařská péče je v DS zajišťována praktickým lékařem v návaznosti na odborné lékaře. Je poskytována v pravidelných intervalech dle ordinačních hodin. V odpoledních a nočních hodinách a o víkendech je dle potřeby zajišťována lékařská péče formou lékařské služby první pomoci či rychlou záchrannou pomocí. (21)

Při přijetí do DS jsou obyvatelé povinni dodržovat léčebný režim, pokyny lékaře, zdravotnických pracovníků a užívat předepsané léky. Není dovoleno, aby obyvatel užíval léky, které si sám koupil nebo jinak získal, bez vědomí zdravotnických pracovníků. Léky, předepsané ošetrujícím lékařem, jsou vyzvedávány pracovníky DS z lékárny hromadně. (21)

Ošetrovatelská péče je poskytována sestrami specialistkami, sestrami, ošetrovatelkami a pomocným zdravotnickým personálem prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Zdravotnický personál systematicky hodnotí a plánuje uspokojování potřeb klienta. Zabývá se klientem jako holistickým celkem. Sestra ve spolupráci s klientem a jeho rodinou nejdříve zhodnotí jeho celkový zdravotní stav, určí aktuální a potenciální problémy, sestaví si písemný individuální plán ošetrovatelské péče, podle kterého pak realizuje péči o klienta, do které se snaží zapojit i jeho blízké. (20, 13)

Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu klienta, může být přestěhován na vhodnější pokoj a tato skutečnost bude včas oznámena jeho příbuzným. ( 21)

### ***1.5.2 Zdravotnický personál a komunikace***

Aby sestra ale i ostatní zdravotníci mohli získávat od klienta nebo jeho rodiny informace a navázat a rozvíjet s nimi vztah, měli by umět komunikovat a znát základy správné komunikace. Komunikaci rozlišujeme verbální a neverbální. Chce-li sestra, aby komunikace s klientem byla efektivní a přinesla to, co očekává, musí sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Dobře komunikovat neznamena jen volit slova. Je důležité věnovat pozornost i rychlosti a hlasitosti řeči, výšce hlasu, intonaci, délce

projevu, přítomnosti embolických slov (slovní parazité), výrazu obličeje, pohledům, gestům, dotykům, postoji těla, vzdálenosti a úpravě zevnějšku. (22)

Informace, které sestra sděluje by měly být stručné a jasné a vždy by si měla ověřit, zda jim starý člověk porozuměl a ponechat mu pak prostor na dotazy. Nesmí však zaměňovat stručnost se strohostí či neochotou mluvit. I v čase, kdy starému člověku poskytuje informace, by to měla vnímat jako dobu, kdy je mu poskytována pozornost. Neměla by také zapomínat na oční kontakt, který kolikrát řekne víc než tisíc slov, a na doteky. V komunikaci má své nezastupitelné místo i objetí, pohlazení a letmé nedotyky, které dávají starému člověku najevo zájem, lásku. (22)

### ***1.5.3 Komunikace se starým člověkem***

Sestra by měla umět pomoci seniorovi porozumět tomu, co se s ním a kolem něj děje. Důležité je pomoci starému člověku s aktivním přístupem k životu i v nemoci, umět ho povzbudit, účinně ho motivovat a poradit mu. (22)

V komunikaci se seniorem dbá na zachování důstojnosti, důležité je i oslovení a vykání. Občas se ještě v praxi setkáme s oslovením starších lidí „dědo a babi“. Vždy platí, že jakékoliv jiné než standardní oslovení (pane, paní), musí navrhnout sám klient. Na sestře je pak zvážit, zda je vhodné nabídku přijmout. (22)

Při komunikaci se starým člověkem by se sestra měla řídit tímto desaterem.

- ❖ Měla by respektovat identitu klienta a důsledně jej oslovovat jménem nebo odpovídajícím titulem.
- ❖ Důsledně se vyhýbat infantilizaci starého člověka.
- ❖ Při komunikaci s geriatrickým klientem se zdravotním postižením a při jeho ošetřování by měla cílevědomě chránit klientovu důstojnost; snažit se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů.
- ❖ Respektuje princip zpomalení a chrání seniory před časovým stresem; počítá se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí i stabilitou.
- ❖ Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků...) několikrát zopakuje a raději ještě napíše na list papíru.

- ❖ Aktivně, ale taktně ověří možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku...) a tomu přizpůsobí komunikaci.
- ❖ K usnadnění komunikace stojí v zorném poli klienta, mluví srozumitelně a udržuje oční kontakt. Při pochybnostech ověří správné využití kompenzačních pomůcek.
- ❖ Bez ověření nedoslýchavosti nezesiluje hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto nepřekřikuje jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snaží se hluk odstranit.
- ❖ Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu nebo při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízí ale nevnučuje; umožňuje používání opěrných pomůcek (hole, chodítka).
- ❖ Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetrovatelská péče měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení nebo obnově soběstačnosti starého člověka, ne předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci. (9)

#### ***1.5.4 Komunikace s rodinou***

V těžké rodinné situaci, kterou pro mnoho rodin může být i umístění starého rodiče do domova pro seniory, je komunikace se sociální pracovníci, ošetřujícím zdravotnickým personálem velmi důležitá, ale i stresující. Proto pro správný rozhovor s rodinou klienta je vhodné navodit uvolňující atmosféru, ve které lze otevřeně mluvit. Sestra by měla dodržovat následná doporučení:

- ❖ Vždy si vyhradí pro rodinu dostatek času.
- ❖ K rodině sedí či stojí čelem a nikdy se nevěnuje ještě jiné práci.
- ❖ Dává najevo pochopení, rodinu neodsuzuje.
- ❖ Informace podává srozumitelně, ponechá čas na promyšlení a na otázky.
- ❖ Prokazuje opravdový zájem o klienta.
- ❖ Snaží se i o další spolupráci s rodinou.
- ❖ V závěru rozhovoru rodinu ujistí, že se jim bude věnovat i nadále, že mohou kdykoliv přijít a pohovořit si s ní. (22)

Komunikace zdravotnického personálu s rodinou a klientem je základem pro efektivní spolupráci při uspokojování potřeb seniora.

## **2.Cíl práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem práce je zjistit, zda se rodinní příslušníci zapojují do ošetřování seniorů v DS a zda spolupracují se zdravotnickým personálem v DS.

### ***2.2 Předpokládané hypotézy***

H1: Rodinní příslušníci se aktivně zapojují do ošetrovatelské péče o seniora v DS

H2: Rodinní příslušníci spolupracují se zdravotnickým personálem v ošetrovatelské péči o seniora v DS.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použitá metodika***

K vypracování praktické části bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum. Použita byla metoda dotazování. Dotazníky byly anonymní a respondenti měli dostatek času na jeho vyplnění. Bylo rozdáno 80 dotazníků pro klienty domova pro seniory (dále jen DS) a 100 dotazníků pro personál DS. Dotazník pro klienty (příloha 1) měl 17 otázek a dotazník pro zdravotnický personál (příloha 2) měl 13 otázek. Otázky v dotazníku pro klienty byly zaměřeny na zjištění základních údajů o klientovi, na důvod jeho pobytu v DS, na spolupráci jeho rodiny se zdravotnickým personálem a na začlenění rodiny do ošetrovatelské péče o klienta. Otázky v dotazníku pro zdravotnický personál byly zaměřeny na věk a vzdělání, na délku praxe v oboru i v DS, na spolupráci rodiny s personálem a začlenění rodiny do péče o klienta. Výzkum probíhal v měsících únor a březen roku 2007. Dotazníky byly rozdány v DS v Českých Budějovicích, v Prachaticích a v Hluboké nad Vltavou.

Návratnost dotazníků byla dobrá. Ze sta dotazníků pro zdravotnický personál se jich vrátilo 72 vyplněných, návratnost byla tedy 72%. Návratnost dotazníků pro klienty DS byla 100%, z 80 poaných dotazníků se vrátily všechny vyplněné.

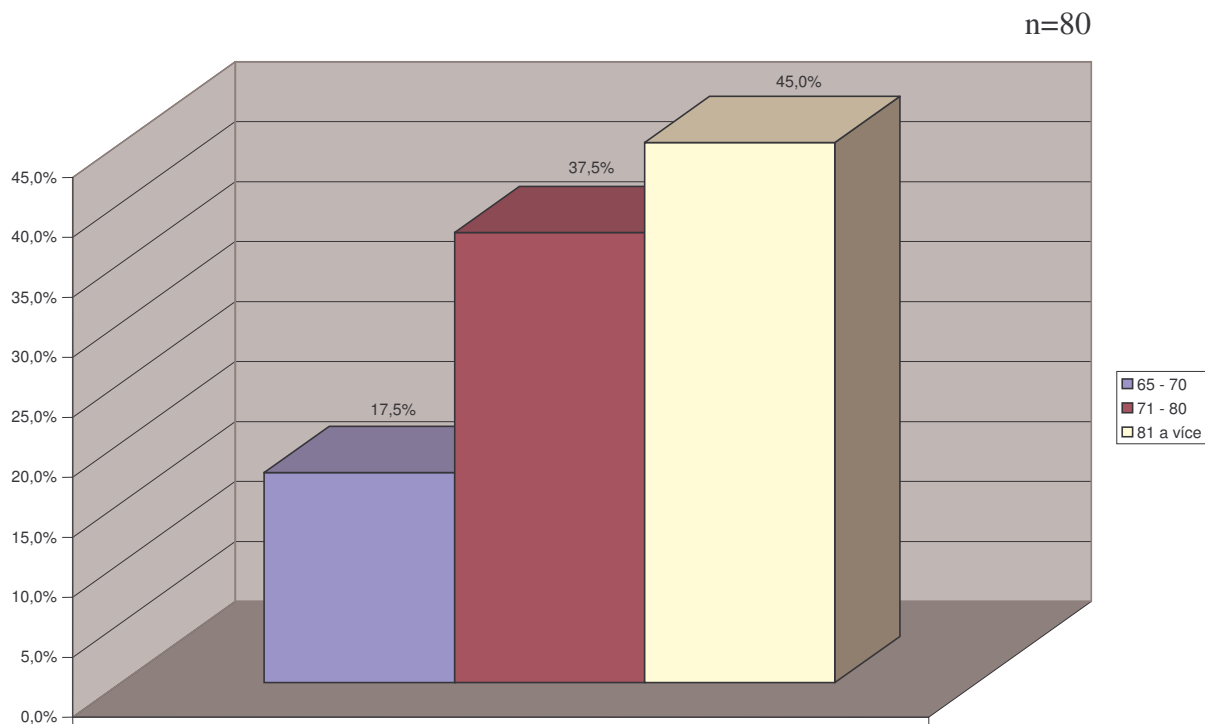
#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořili náhodně vybraní senioři a zdravotnický personál z DS Máj a DS a Penzionu u Hvízdala v Českých Budějovicích, DS Mistra Křišťana v Prachaticích a v DS na Hluboké nad Vltavou. První výzkumný soubor tvořilo 80 seniorů a druhý výzkumný soubor tvořilo 72 zdravotnických pracovníků pracujících v DS.

## 4. Výsledky

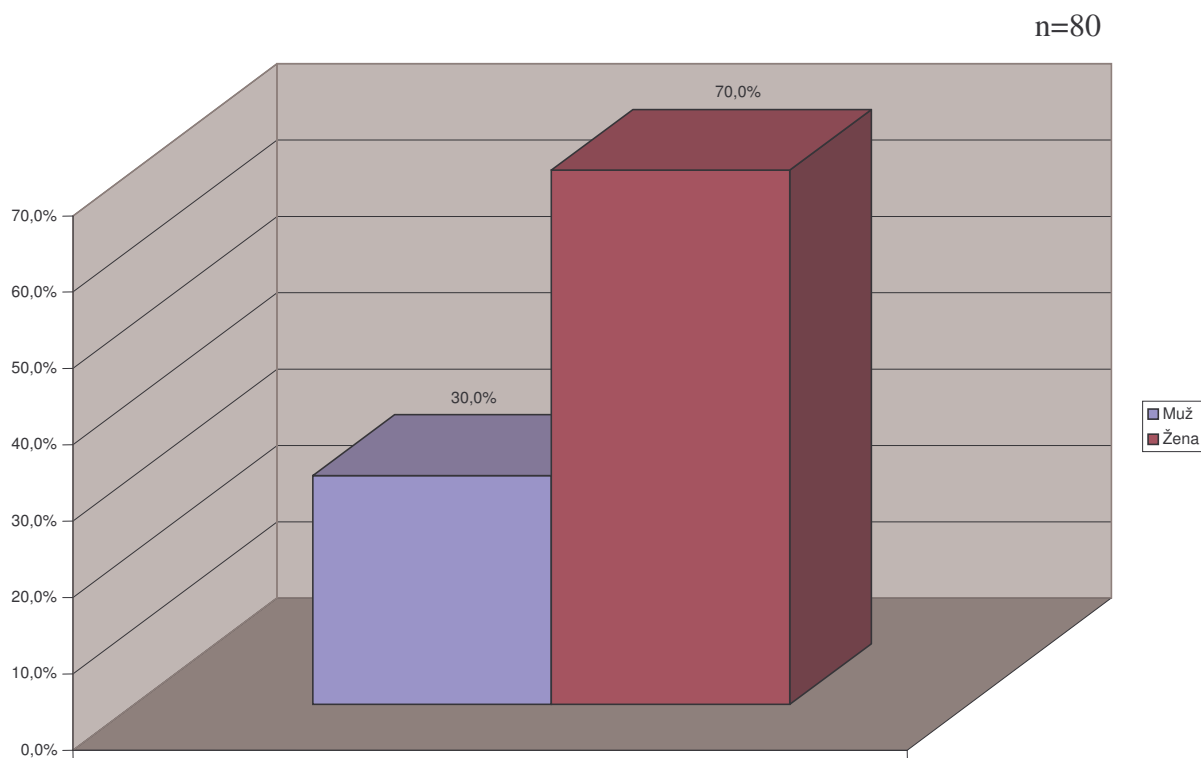
### 4.1 Výsledky výzkumného souboru klientů DS

Graf 1 Věk klientů DS



Z 80 (100 %) respondentů je jich 14 (17, 5 %) v rozmezí věku 65-70, 30 (37,5 %) v rozmezí 71-80 a 36 (45 %) je více než 81 let.

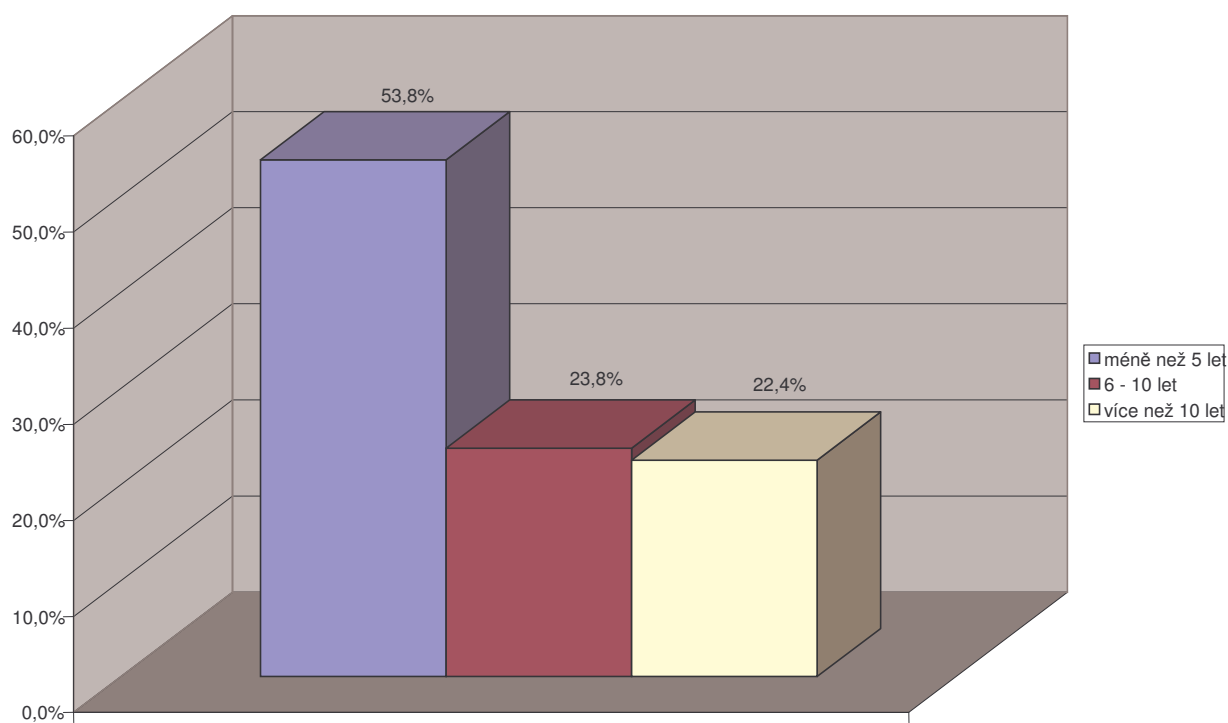
Graf 2 Pohlaví klientů DS



Z 80 (100 %) respondentů je 24 (30 %) mužů a 56 (70 %) žen.

Graf 3 Délka pobytu klientů v DS

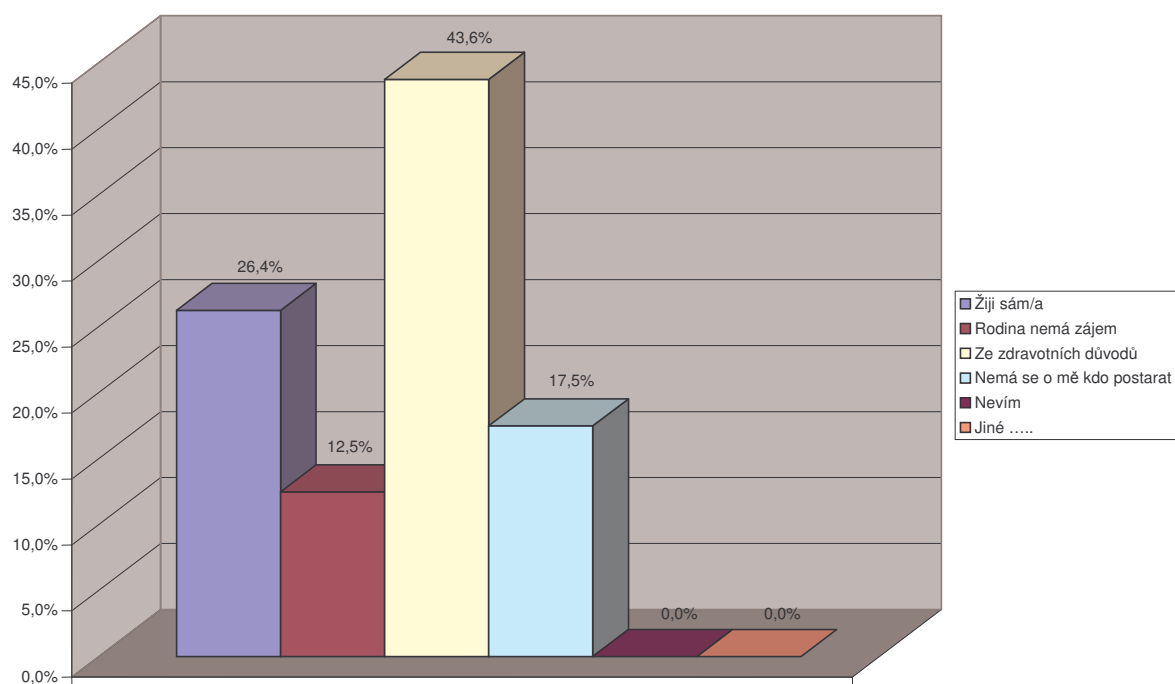
n=80



43 (53,8 %) respondentů uvedlo, že bydlí v DS méně než 5 let, 19 (23,8 %) respondentů tam bydlí 6 – 10 let a 18 (22,4 %) je v DS více než 10 let.

Graf 4 Důvody klientů k pobytu v DS

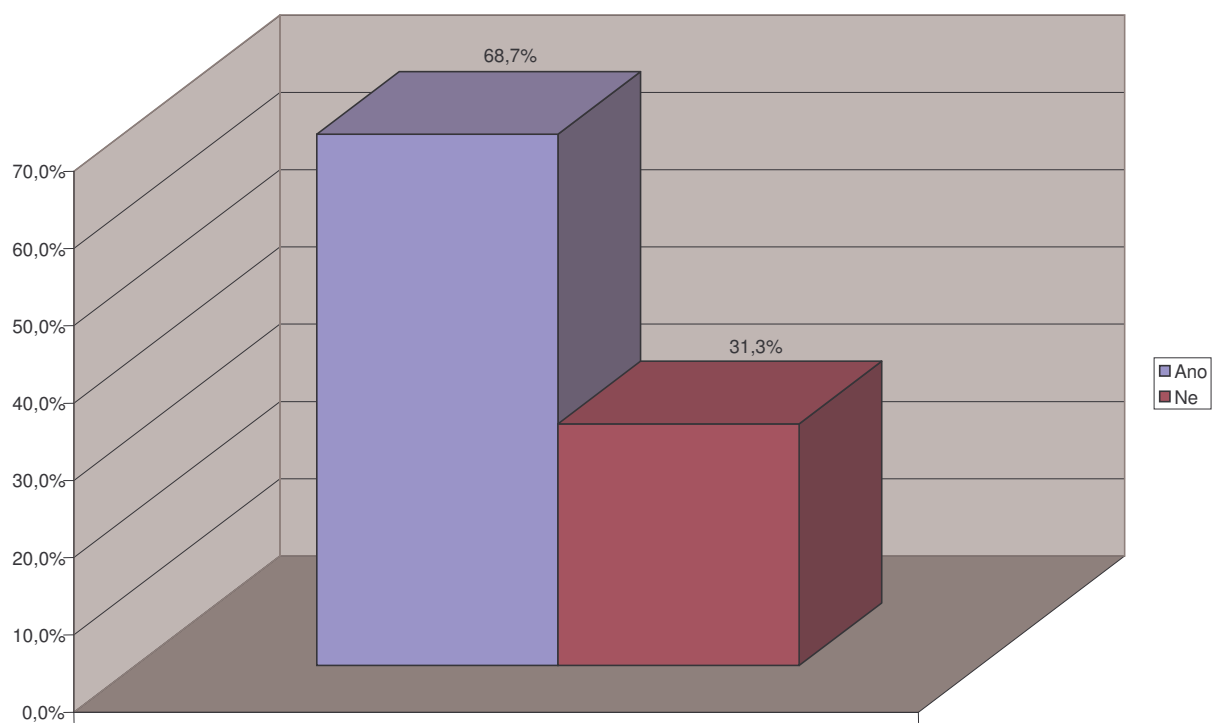
n=80



21 (26,4 %) respondentů pobývá v DS, protože žili sami, o 10 (12,5 %) z nich neměla rodina zájem, 35 (43,6 %) je v DS ze zdravotních důvodů, o 14 (17,5 %) respondentů se neměl kdo postarat.

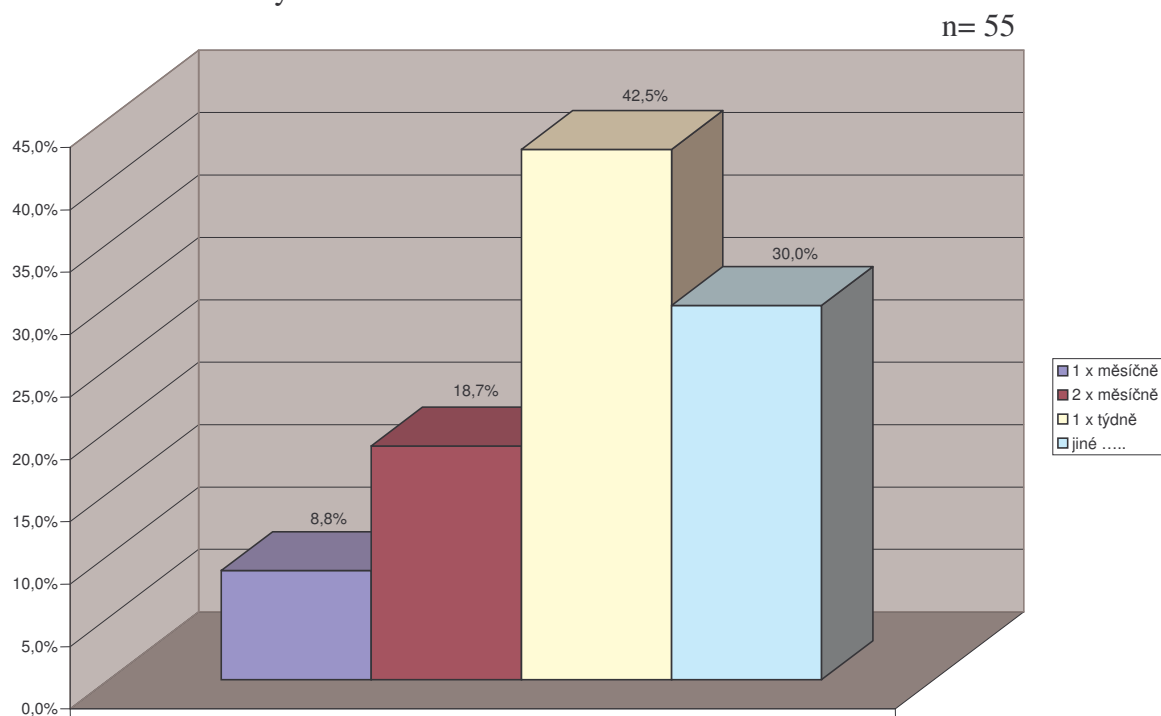
Graf 5 Návštěvnost rodiny seniora v DS

n=80



55 (68,7 %) respondentů rodina navštěvuje a 25 (31,3 %) respondentů rodina nenavštěvuje.

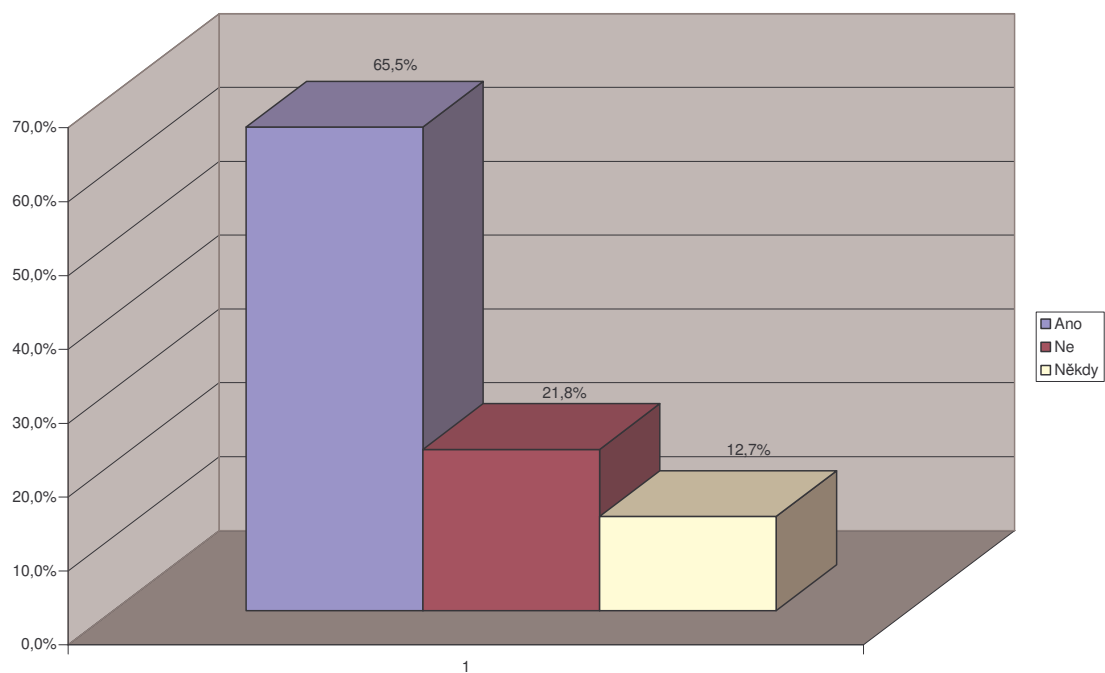
Graf 6 Častost rodinných návštěv



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z 80 odpovědí je 7 ( 8,8 %) odpovědí u možnosti návštěv respondenta 1x měsíčně, 15 (18,7 %) odpovědí je u možnosti návštěv 2x měsíčně, 34 (42,5 %) odpovědí u možnosti návštěv respondenta 1x týdně, podle 9 (11,3 %) opovědí chodí rodina na návštěvu každý den a podle 15 (18,7 %) odpovědí navštěvuje rodina respondenta dle možností.

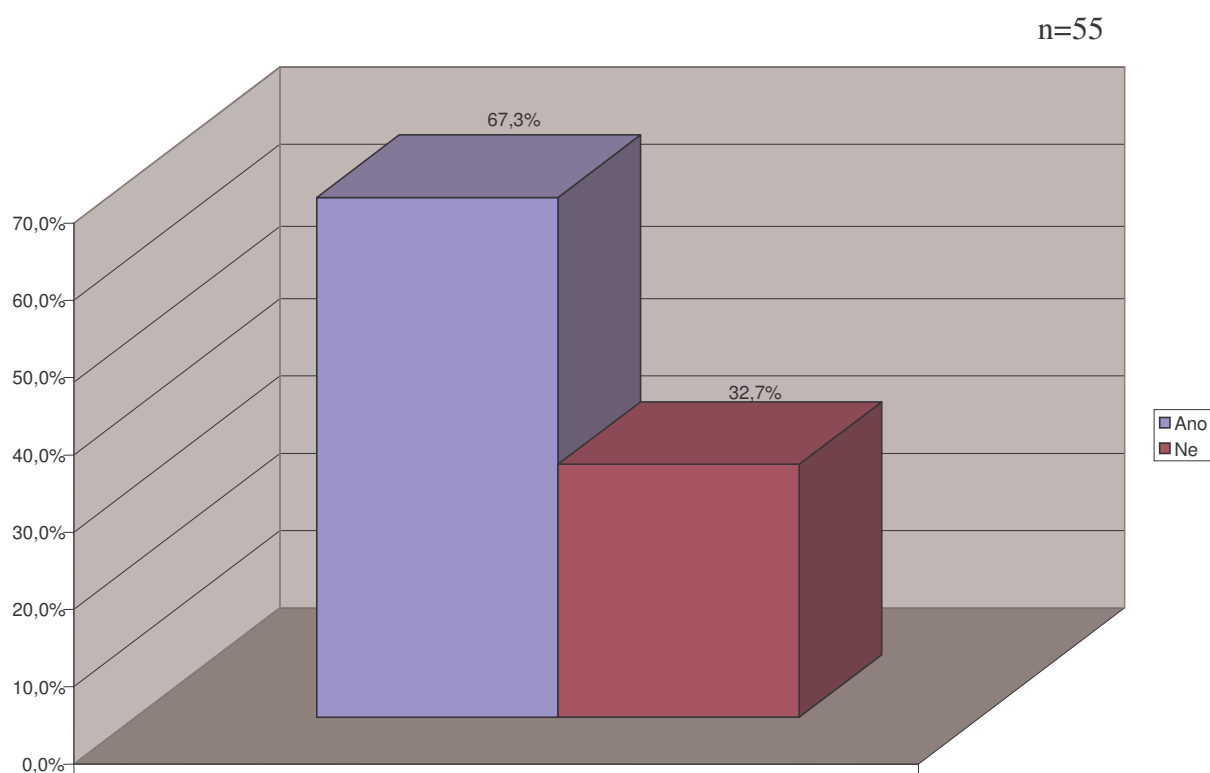
Graf 7 Získávání informací u zdravotnického personálu

n= 55



Z 55 (100 %) respondentů, které jejich rodina navštěvuje, odpovědělo 36 (65,5 %) , že se jejich rodina informuje u personálu DS, rodina 18 (21,8 %) respondentů se neinformuje a 7 (12,7 %) respondentů odpovědělo, že se jejich rodina informuje u personálu DS jen někdy.

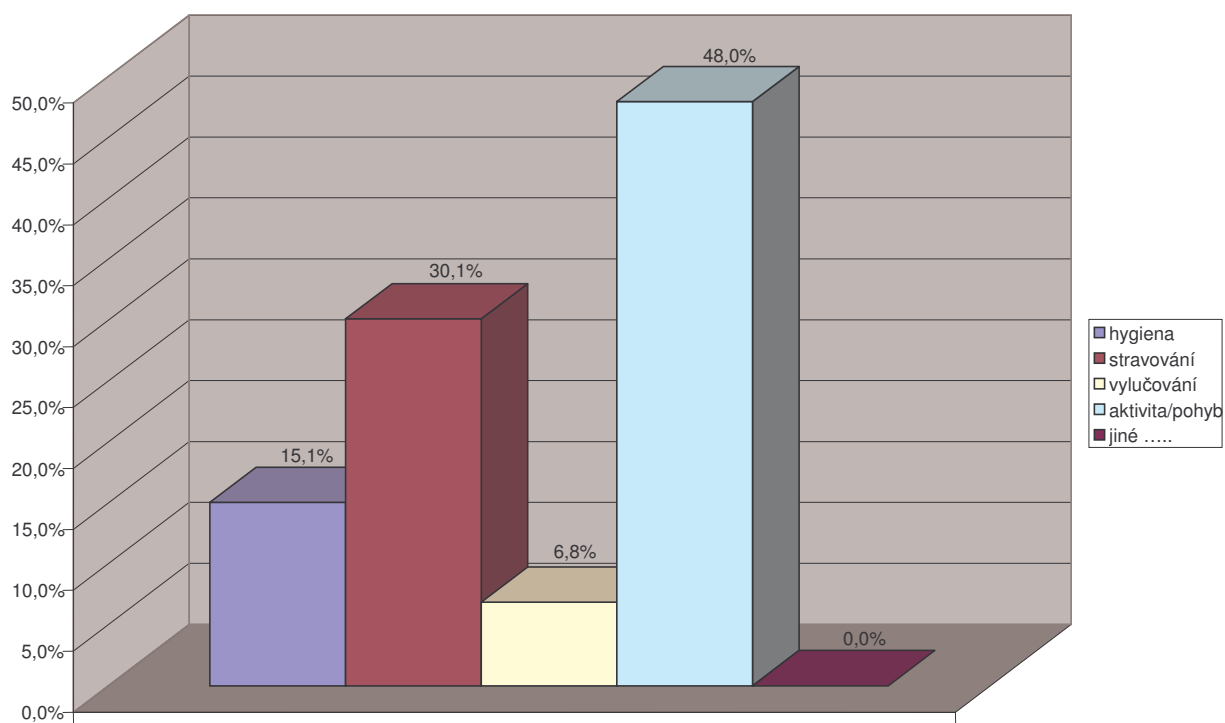
Graf 8 Zapojení rodiny do ošetrovateľskej péče



Z 55 (100 %) respondentů odpovědělo 37 (67,3 %) respondentů, že se jejich rodina zapojuje do ošetrovateľskej péče o ně a rodina 18 (32,7 %) respondentů se nezapojuje do ošetrovateľskej péče.

Graf 9 Oblasti zapojování rodiny do ošetrovatelské péče

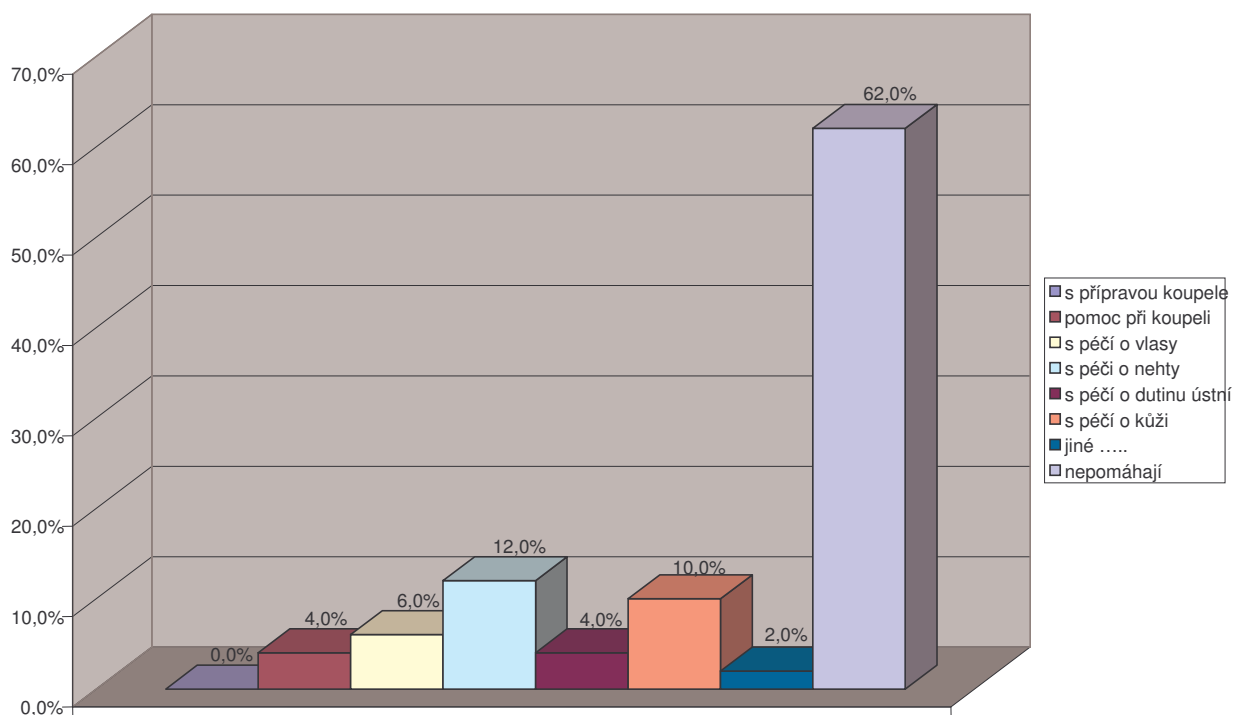
n=37



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 73 (100 %) odpovědí připadá 11 (15,1 %) odpovědí na oblast hygieny, 22 (30,1 %) odpovědí na oblast stravování, 5 (6,8 %) odpovědí na oblast vylučování, 35 (48 %) odpovědí na oblast aktivizace a žádná odpověď u možnosti jiné.

Graf 10 Zapojení rodiny v oblasti hygieny

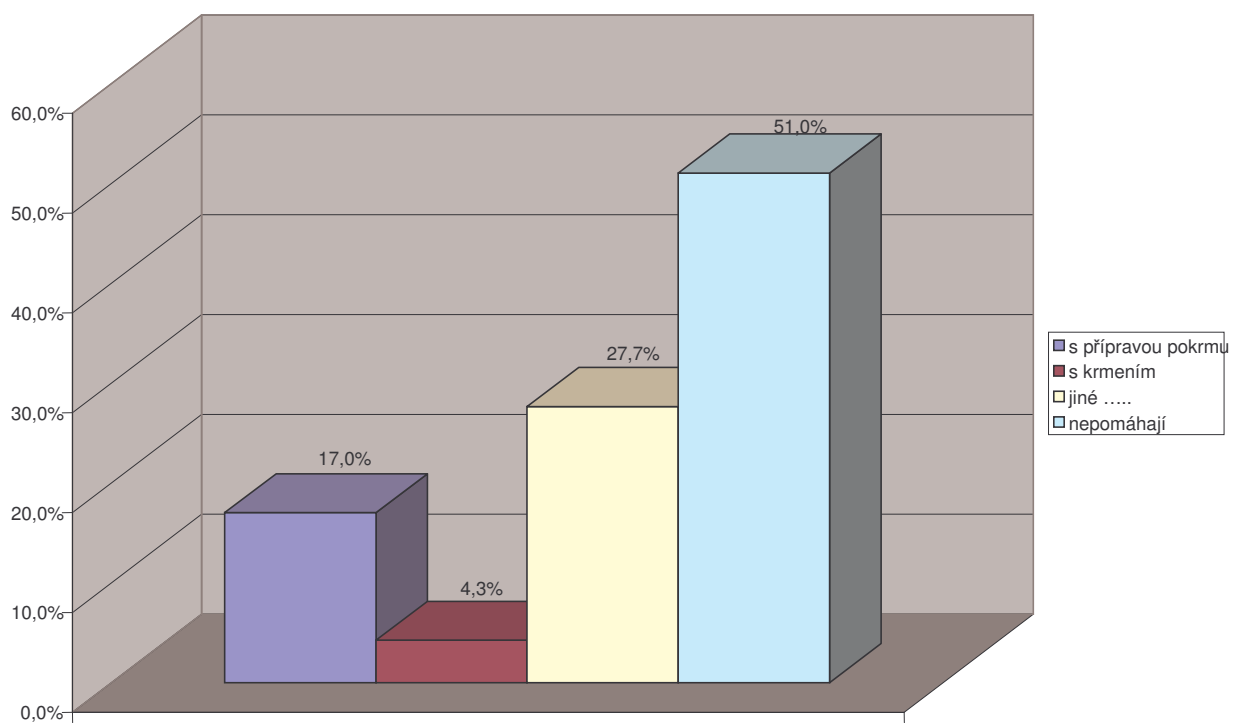
n=37



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z 50 (100 %) odpovědí není žádná odpověď u možnosti přípravy koupele, 2 (4 %) odpovědi jsou u možnosti pomoci při koupeli, 3 (6 %) odpovědi jsou u možnosti péče o vlasy, 6 (12 %) odpovědi u možnosti péče o nehty, 2 (4 %) odpovědi u možnosti péče o dutinu ústní, 5 (10 %) odpovědí je u možnosti péče o kůži, 1 (2 %) odpověď u možnosti jiné, která zahrnuje pomoc při oblékání a 31 (62 %) odpovědí u možnosti nepomáhají.

Graf 11 Zapojení rodiny v oblasti stravování

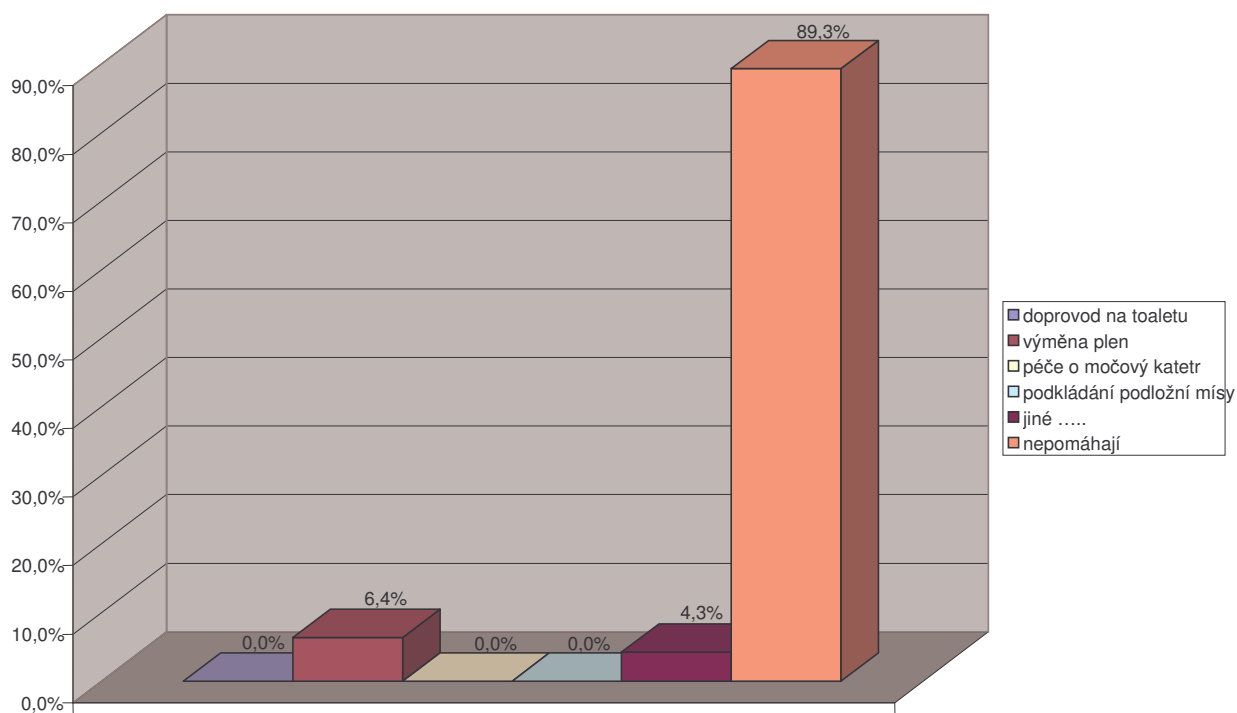
n=37



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Ze 47 odpovědí je 8 (17 %) odpovědí u možnosti pomoc s přípravou pokrmu, 2 (4,3 %) odpovědí u možnosti pomoc s krmením, 13 (27,7 %) odpovědí u možnosti jiné, která zahrnuje donášku jídla a 24 (51 %) odpovědí u možnosti nepomáhají.

Graf 12 Zapojení rodiny v oblasti vylučování

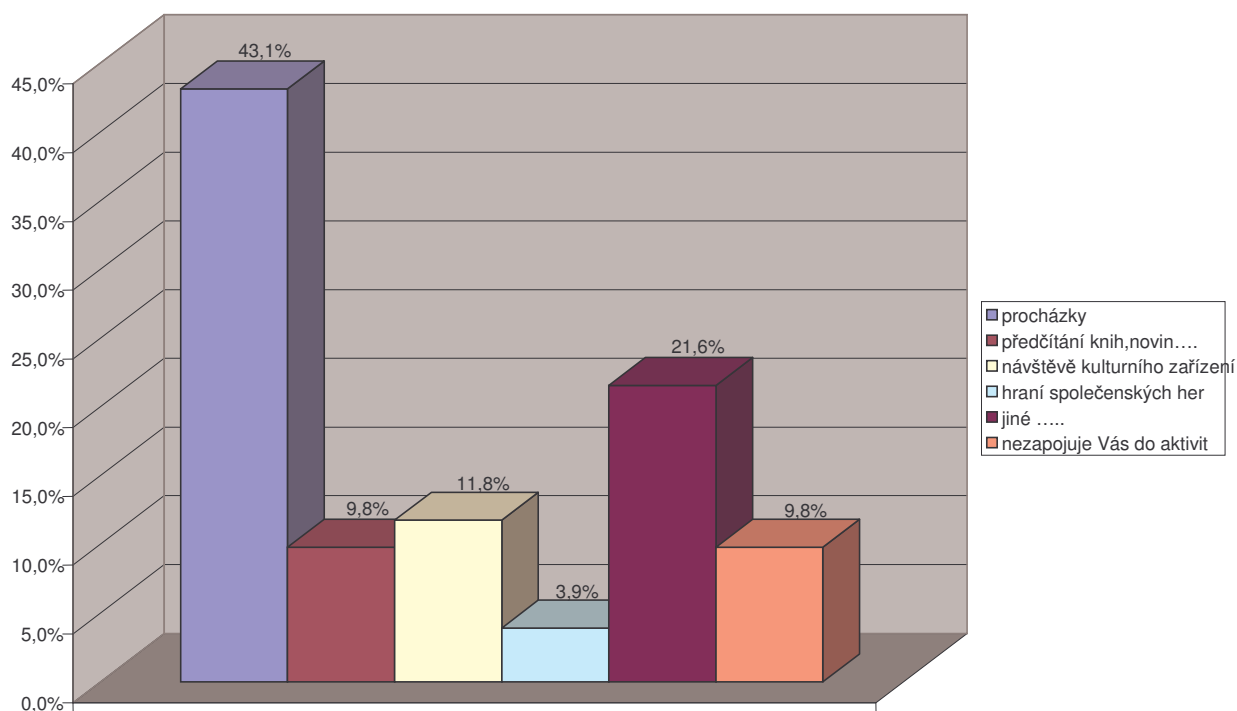
n=37



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 47 odpovědí v oblasti vylučování není žádná odpověď u možnosti doprovod na toaletu, 3 (6,4 %) odpovědi jsou u možnosti výměna plen, žádná odpověď není u možností péče o močový katétr a podkládání podložní mísy, 2 (4,3 %) odpovědi jsou u možnosti jiné, která zahrnuje donášku pomůcek pro inkontinentní – vložky, podložky a 42 (89,3 %) odpovědí u možnosti nepomáhají.

Graf 13 Zapojení rodiny v oblasti aktivizace

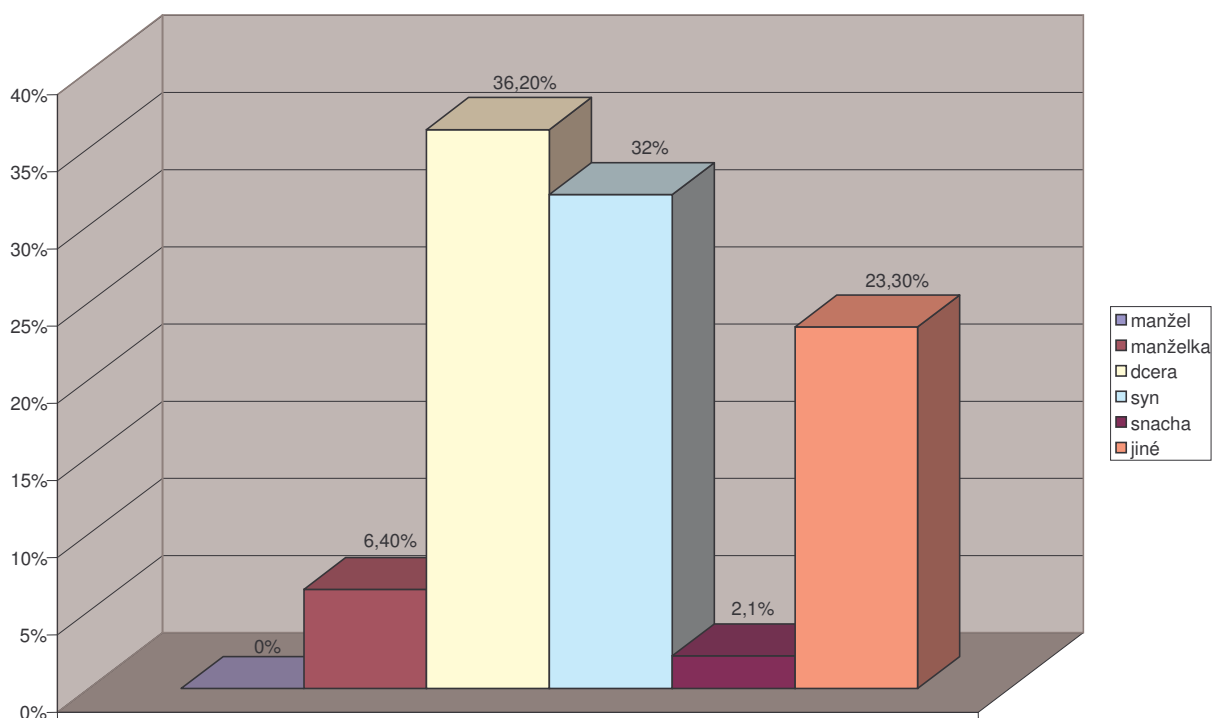
n=37



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 51 (100 %) odpovědí v oblasti aktivizace zaujímá 22 (43,1 %) odpovědí možnost procházek, 5 (9,8 %) odpovědí možnost předčítání knih, 6 (11,8 %) odpovědí možnost návštěv kulturního zařízení, 2 (3,9 %) odpovědí možnost hraní společenských her, 11 (21,6 %) odpovědí možnost jiné, která zahrnuje návštěvy a dovolené - 8 odpovědí, povídání – 3 odpovědi, a 5 (9,8 %) odpovědí možnost nezapojování do aktivit.

Graf 14 Členové rodiny zapojující se do ošetrovatelské péče

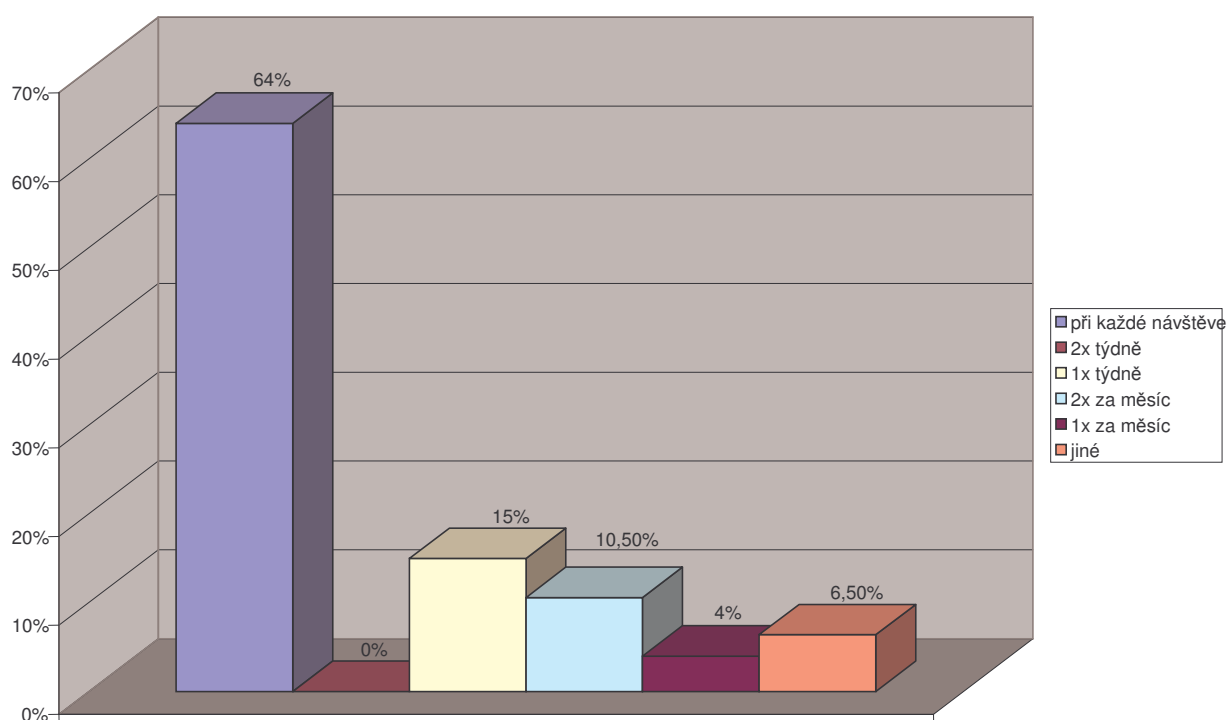
n=37



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 47 (100 %) odpovědí není žádná odpověď u možnosti manžel, 3 (6,4 %) odpovědi jsou u možnosti manželka, 17 (36,2 %) odpovědí je u možnosti dcera, 15 (32 %) odpovědí u možnosti syn, 1 (2,1 %) odpověď u možnosti snacha, 11 (23,3 %) odpovědí u možnosti jiné, která zahrnuje 2 odpovědi u možnosti zapojení celé rodiny, 5 odpovědí u možnosti vnoučata a 4 odpovědi u možnosti sourozenci respondentů

Graf 15 Častost zapojení rodiny do ošetrovatelské péče

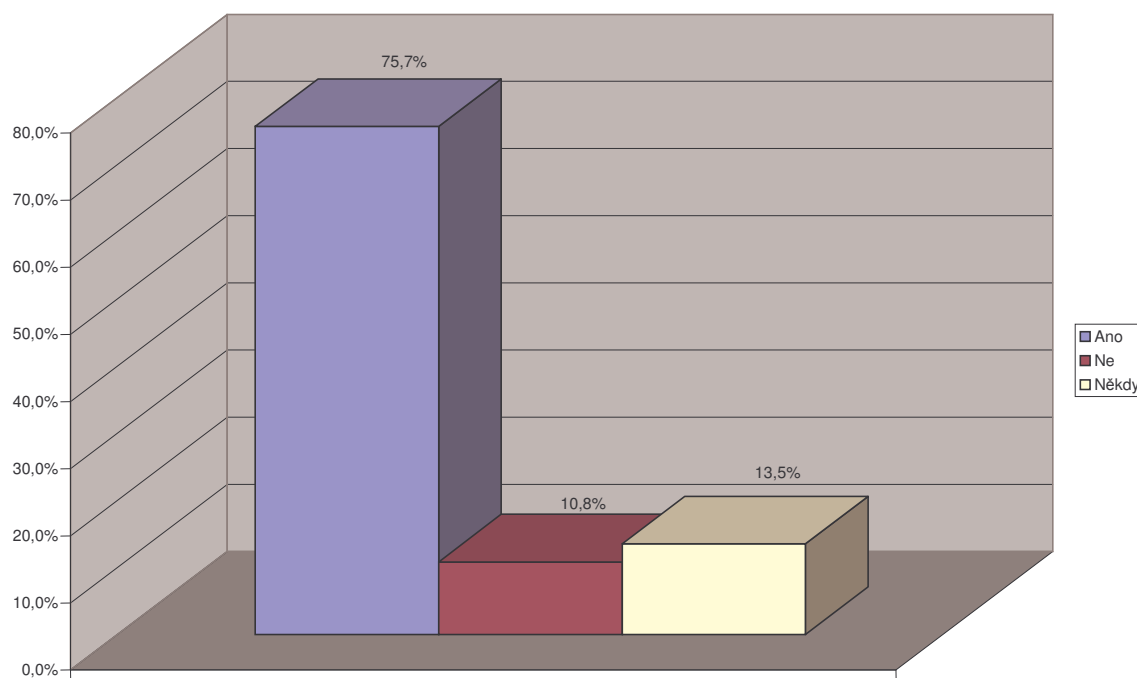
n=37



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 47 (100 %) odpovědí je 30 (64 %) odpovědí u možnosti zapojení rodiny do péče o seniora při každé návštěvě, žádná odpověď není u možnosti zapojení rodiny 2x týdně, 1x za týdně se rodina zapojuje dle 7 (15 %) odpovědí, možnost zapojení rodiny do péče 2x za měsíc obsahuje 5 (10,5 %) odpovědí, podle 2 (4 %) odpovědí se rodina zapojuje 1x měsíčně a 3 (6,5 %) odpovědi jsou u možnosti jiné, která zahrnuje zapojení do péče o seniora dle potřeby.

Graf 16 Spolupráce rodiny se zdravotnickým personálem

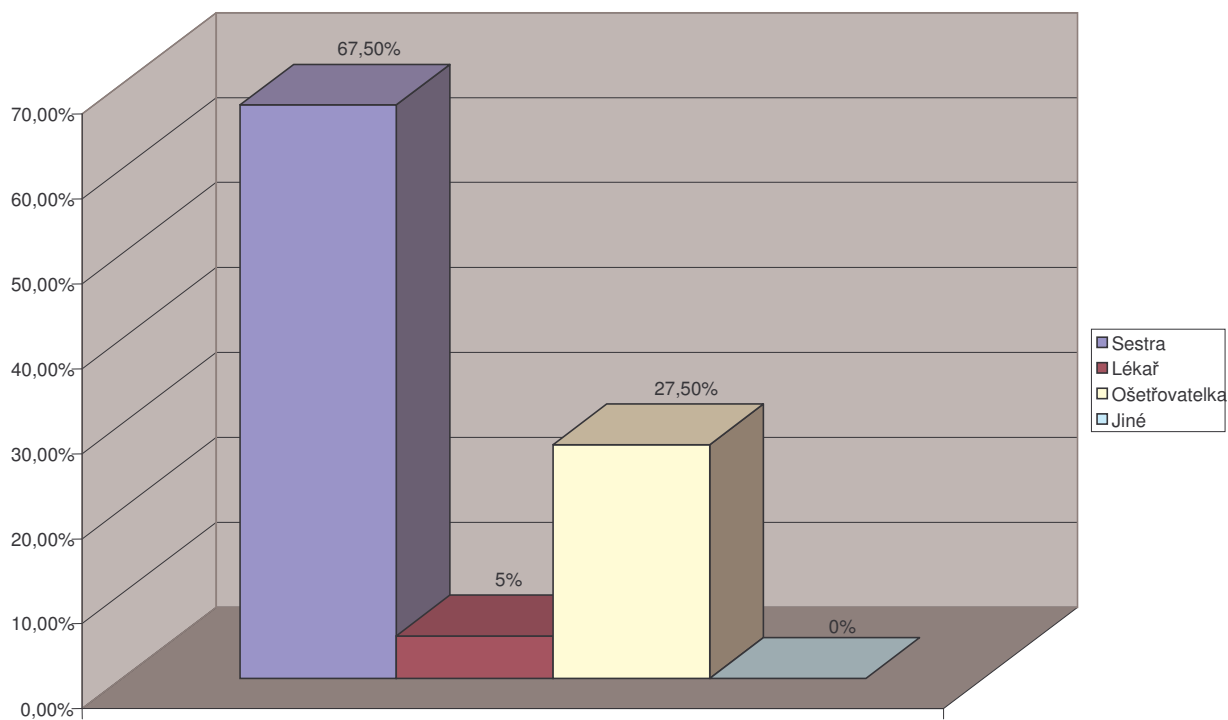
n=37



Ze 37 (100 %) respondentů jich 28 (75,7 %) odpovědělo, že jejich rodina spolupracuje s personálem DS, 4 (10,8 %) odpověděli, že jejich rodina nespolupracuje s personálem DS a 5 (13,5 %) respondentů odpovědělo, že jejich rodina spolupracuje s personálem DS jen někdy.

Graf 17 Nejčastější spolupráce rodiny se zdravotnickým personálem

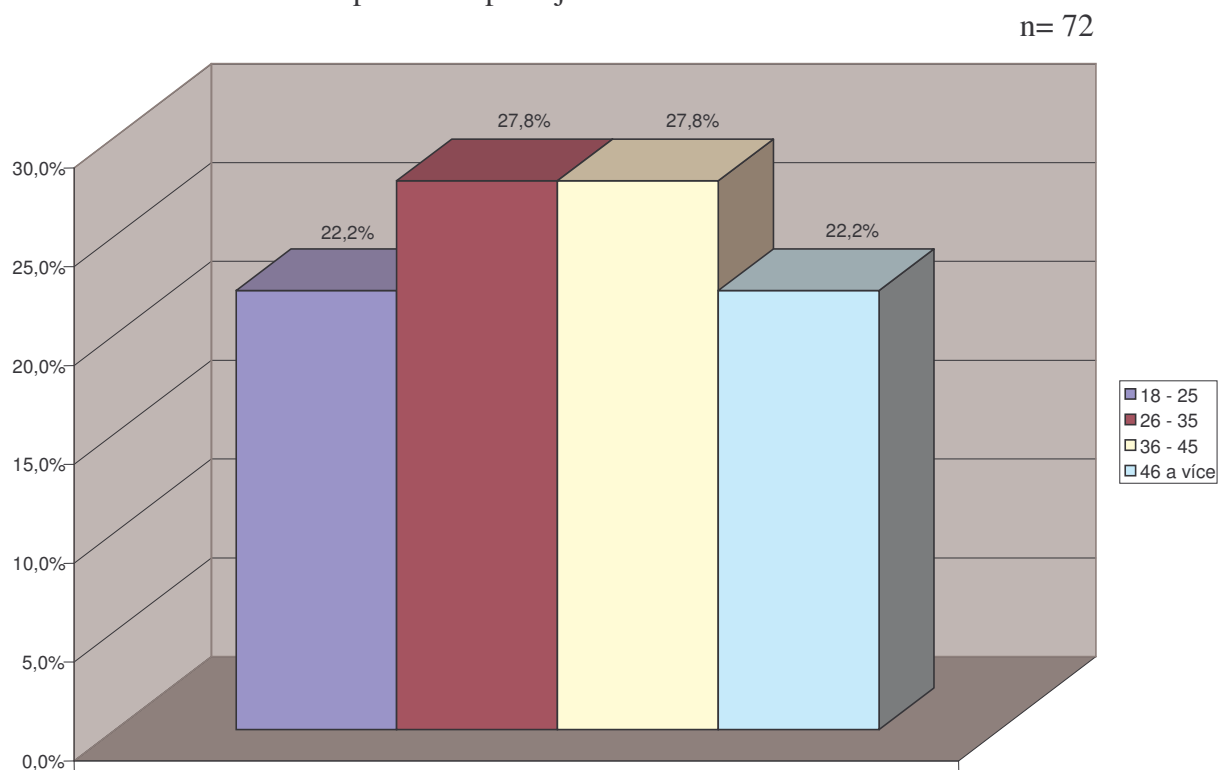
n=28



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 40 odpovědí je 27 (67,5 %) odpovědí u možnosti spolupráce rodiny se sestrou, 2 (5 %) odpovědi jsou u možnosti spolupráce s lékařem, 11 (27,5 %) odpovědí je u možnosti spolupráce s ošetřovatelkou a žádná odpověď není u možnosti jiné.

## 4.2 Výsledky výzkumného souboru zdravotnického personálu DS

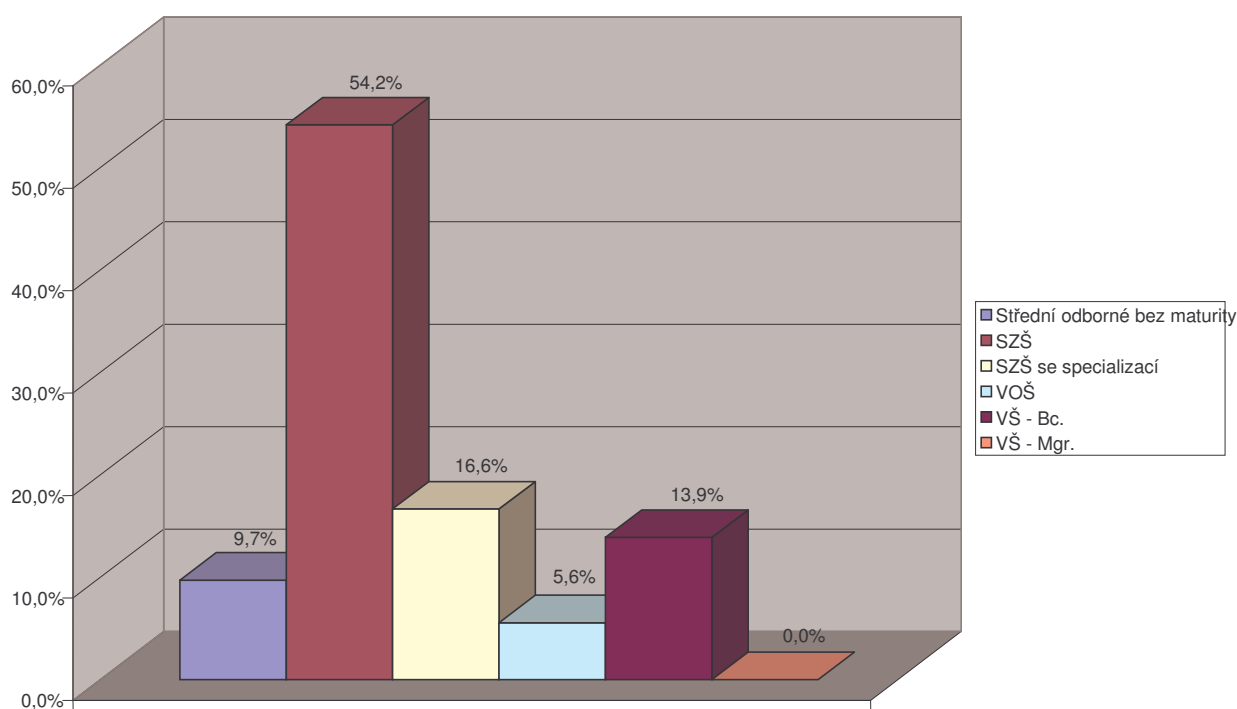
Graf 18 Věk zdravotnického personálu pracujícího v DS



Ze 72 (100 %) zdravotnických pracovníků pracujících v DS, je jich 16 (22,2 %) ve věku 18-25 let, 20 (27,8 %) jich je ve věku 26-35. Ve věku 36-45 je 20 (27,8 %) zdravotnických pracovníků a 16 (22,2 %) pracovníků je více než 46 let.

Graf 19 Vzdělání zdravotnických pracovníků pracujících v DS

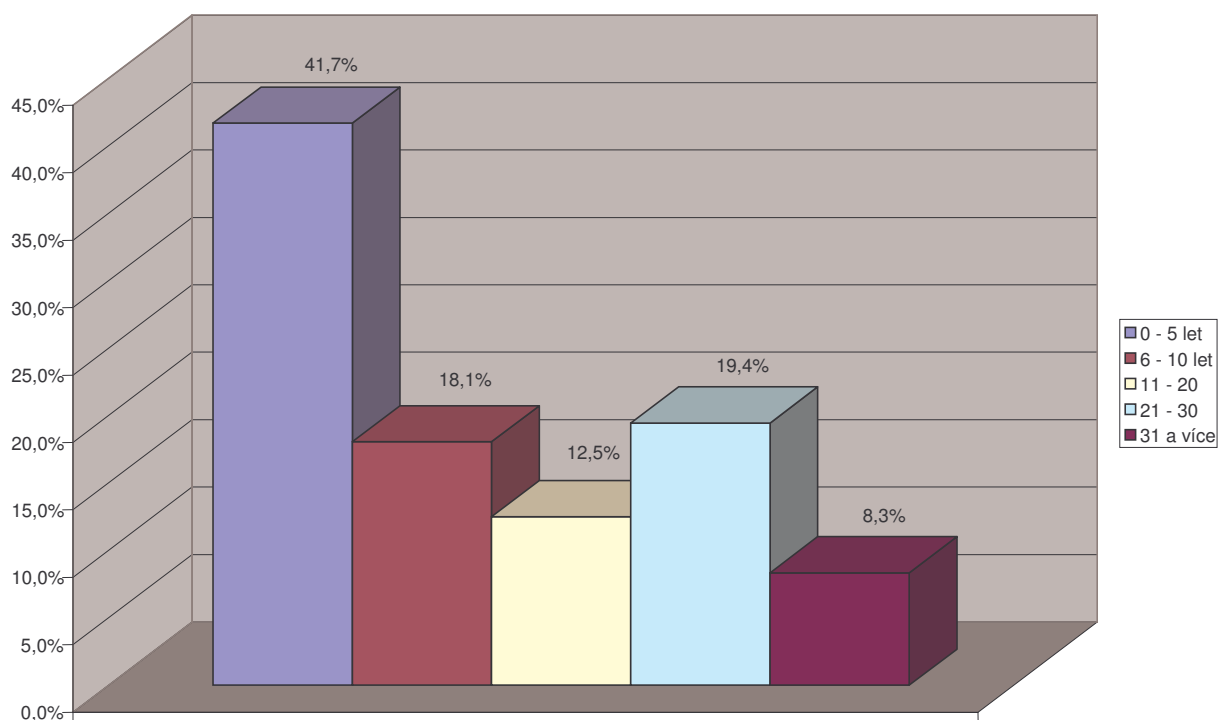
n=72



Střední odborné vzdělání bez maturity má 7 (9,7 %) pracovníků pracujících v DS, SZŠ má 39 (54,2 %) sester, 12 (16,6 %) sester má SZŠ se specializací, VOŠ vystudovaly 4 (5,6 %) sestry a VŠ – Bc. vystudovalo 10 (13,9%) sester, magisterské vzdělání neměla žádná sestra pracující v DS.

Graf 20 Počet let odpracovaných ve zdravotnictví

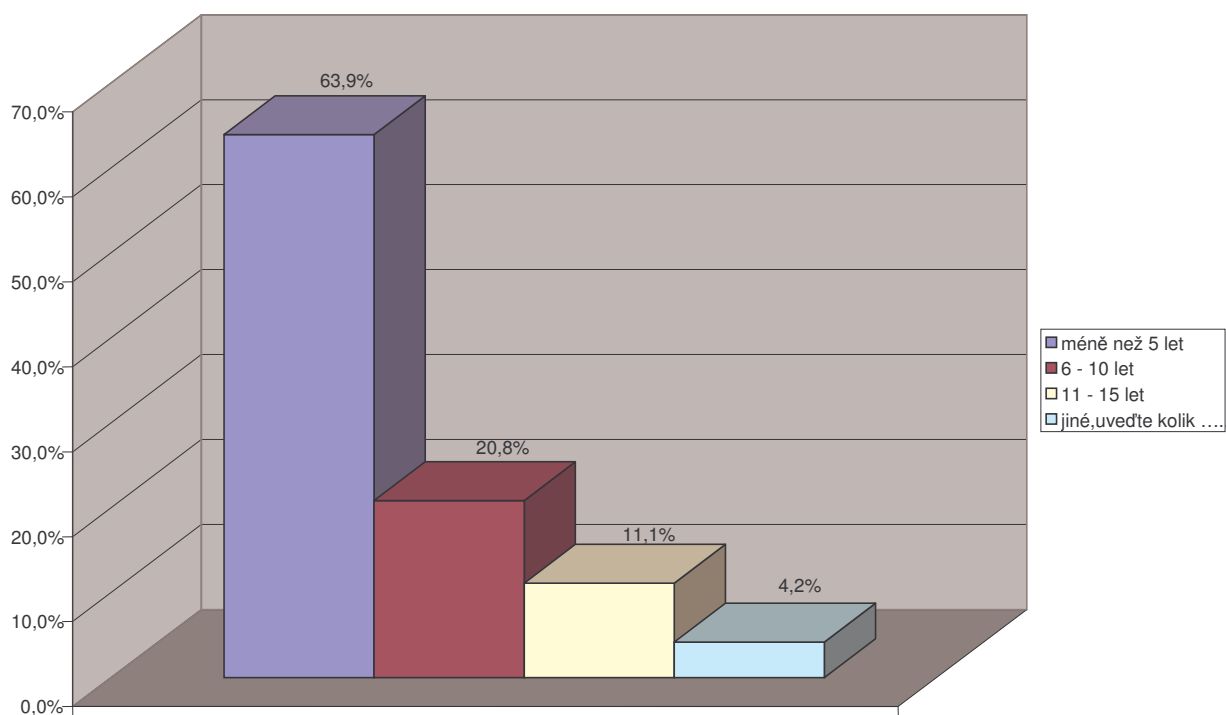
n=72



30 (41,7 %) ze 72 zdravotnických pracovníků odpovědělo, že má praxi v oboru 0 - 5 let, 13 (18,1 %) pracovníků pracuje v oboru 6 – 10 let, 9 (12,5 %) jich má praxi 11 – 20 let, 21 – 30 let pracuje v oboru 14 (19,4 %) zdravotnických pracovníků a 6 ( 8,3 %) jich má praxi 31 a více let.

Graf 21 Počet let odpracovaných v DS

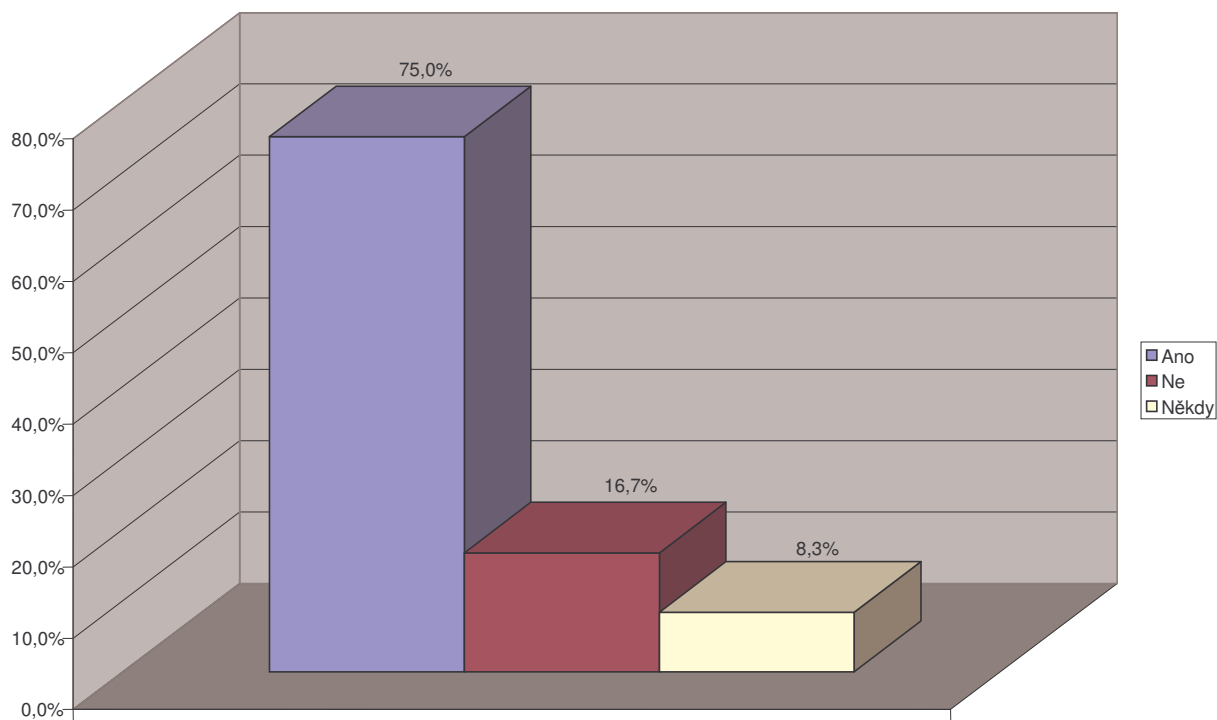
n=72



Méně než 5 let pracuje v DS 46 (63,9 %) zdravotnických pracovníků, 6 – 10 let pracuje v DS 15 (20,8 %) zdravotnických pracovníků, 8 (11,1 %) jich pracuje v DS 11 – 15 let a více jak 20 let v DS pracují 3 (4,2 %) zdravotnických pracovníků.

Graf 22 Získávání informací o pobytu klienta v DS

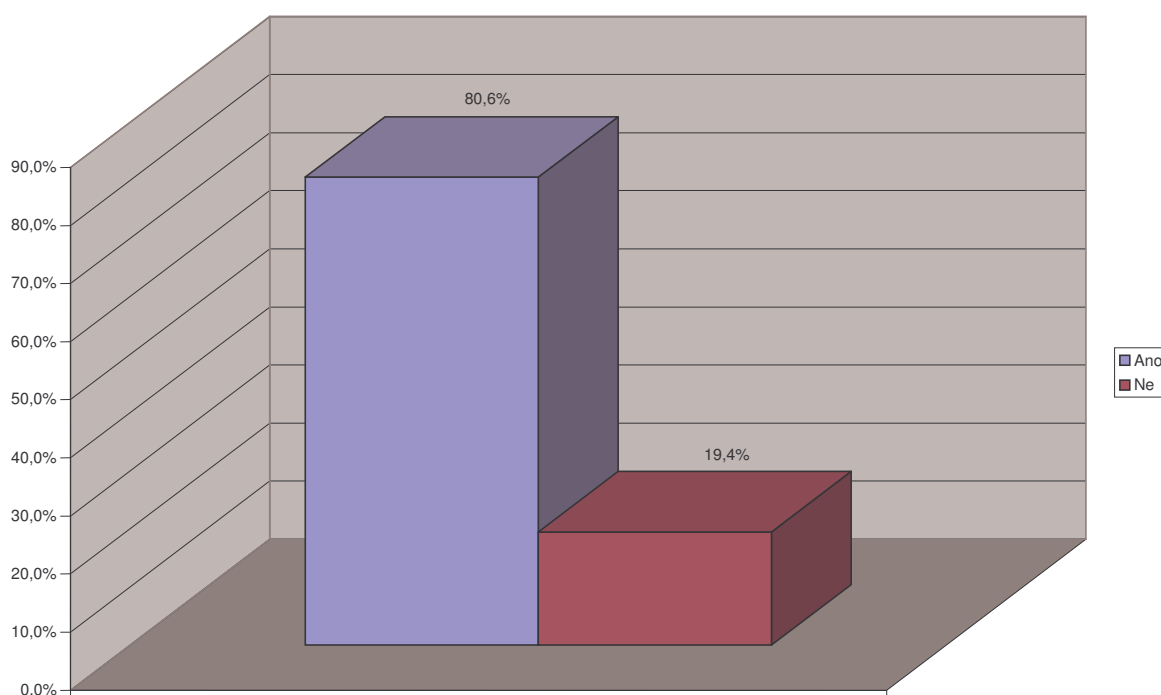
n=72



54 (75 %) zdravotnických pracovníků odpovědělo, že od nich rodina klienta získává informace o jeho pobytu v DS, 12 (16,7 %) jich odpovědělo, že se rodina neinformuje a 6 (8,3 %) pracovníků uvedlo, že se rodina informuje jen někdy.

Graf 23 Zájem rodiny o ošetrovatelskou péči

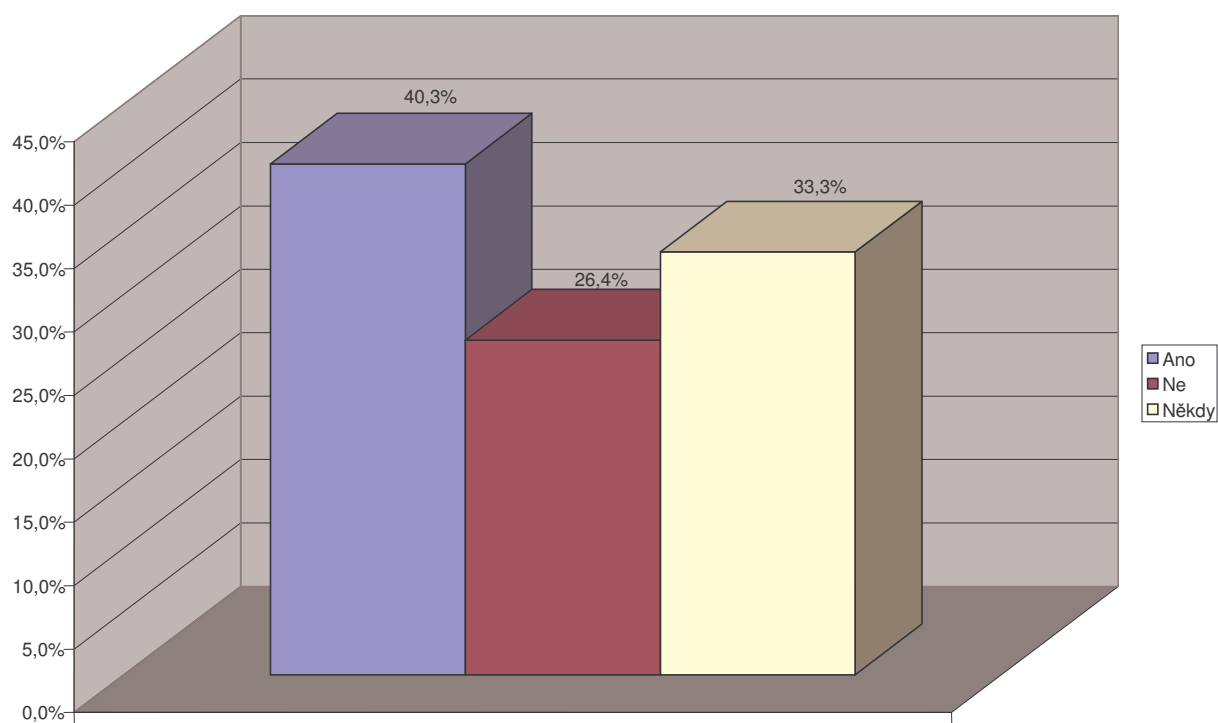
n=72



58 (80,6 %) zdravotnických pracovníků odpovědělo, že se rodina zajímá o ošetrovatelskou péči o klienta a 14 (19,4 %) zdravotnických pracovníků odpovědělo, že se rodina o ošetrovatelskou péči nezajímá..

Graf 24 Zapojení rodiny do ošetrovatelské péče

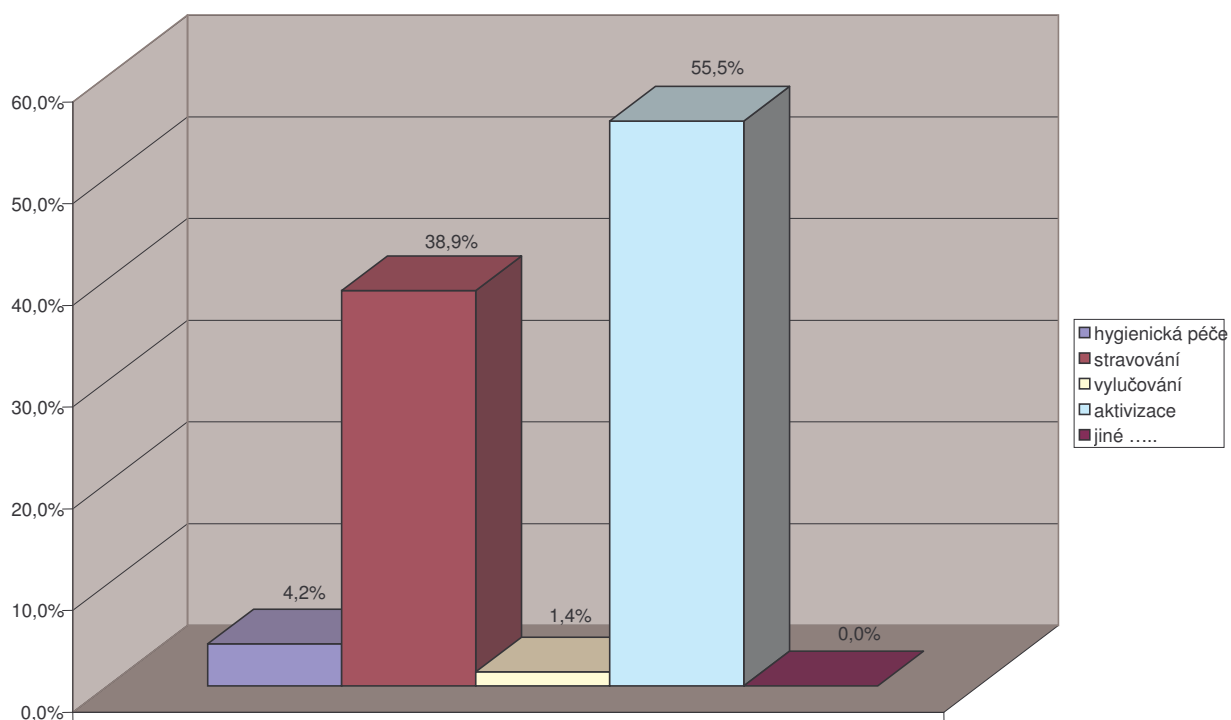
n=72



29 (40,3%) zdravotnických pracovníků odpovědělo, že se rodina zapojuje do péče o seniora, 19 (26,4%) jich odpovědělo, že se rodina nezapojuje do péče o seniora a 24 (33,3%) zdravotnických pracovníků uvedlo, že se rodina zapojuje jen někdy.

Graf 25 Oblasti zapojení rodiny do ošetrovatelské péče

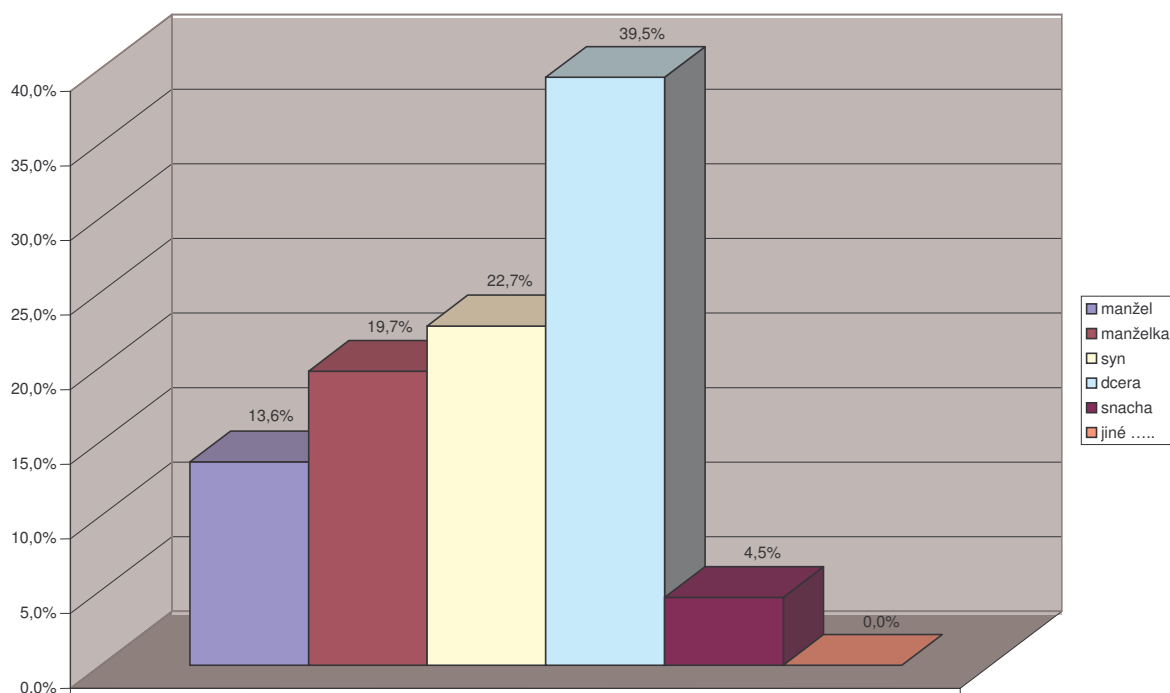
n=53



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 72 (100 %) odpovědí vyplývá, že se rodina nejčastěji zapojuje do aktivizace klienta, u této možnosti je 40 (55,5 %) odpovědí, počet 28 (38,9 %) odpovědí je u možnosti stravování, u možnosti hygienické péče jsou 3 (4,2 %) odpovědi a možnost vylučování zahrnuje 1 (1,4 %) odpověď, žádná odpověď je u možnosti jiné.

Graf 26 Členové rodiny zapojující se do ošetrovatelské péče

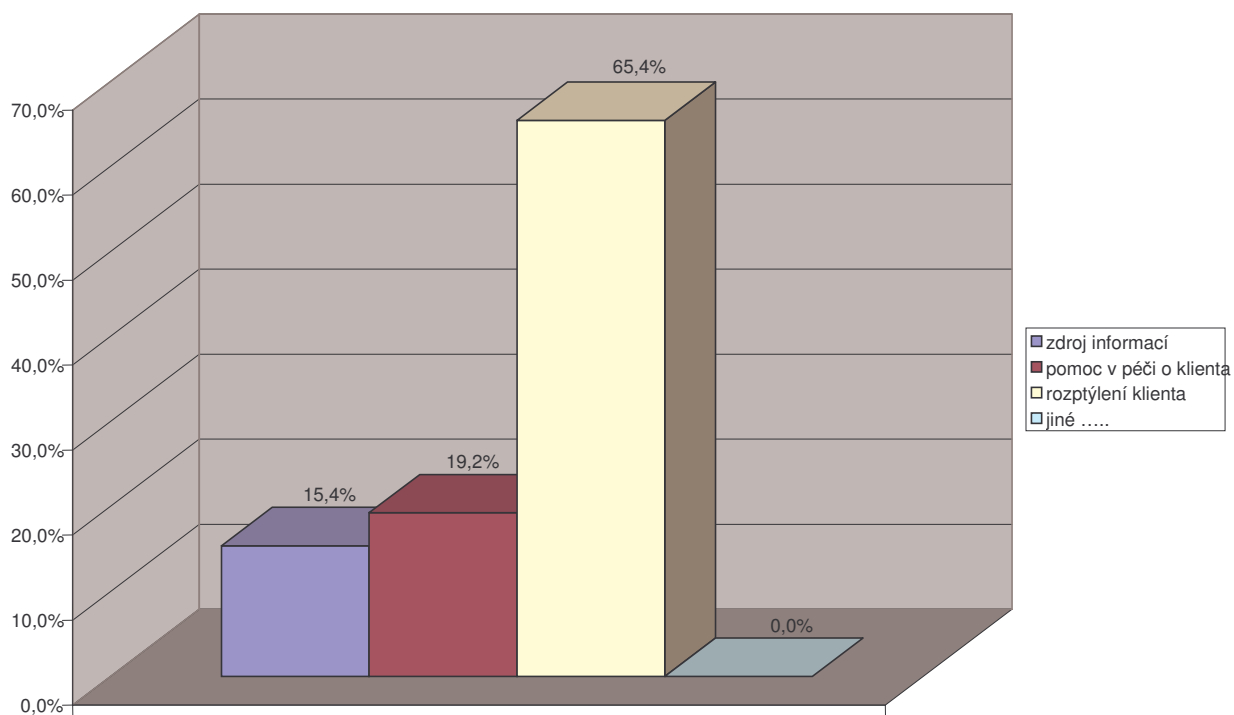
n=53



Z grafu vyplývá, že se nejčastěji do ošetrovatelské péče zapojuje dcera klienta, odpovídá tomu počet 26 (39,5 %) odpovědí, 15 (22,7 %) odpovědí je u možnosti zapojení syna, 13 (19,7 %) odpovědí patří k možnosti zapojení manželky klienta, 9 (13,6 %) je u možnosti zapojení manžela, u možnosti zapojení snachy jsou jen 3 (4,5 %) odpovědi a možnost jiné nezahrnuje žádnou odpověď.

Graf 27 Vnímání přítomnosti návštěv zdravotnickými pracovníky

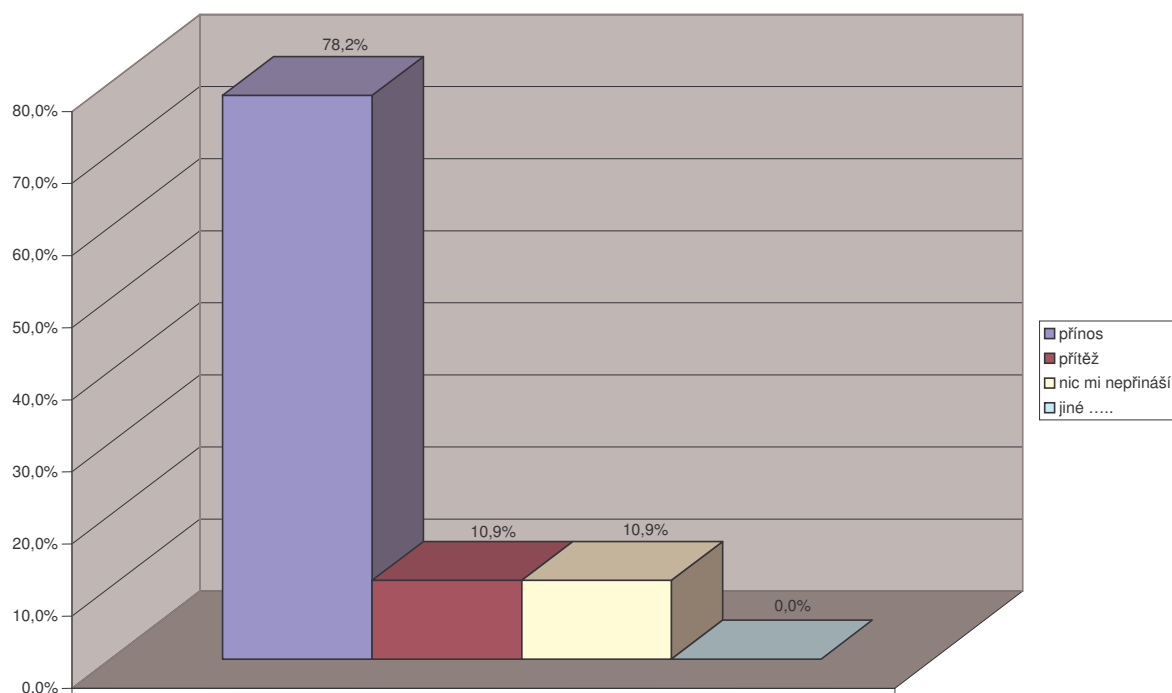
n=53



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z počtu 51 (65,4 %) odpovědí vyplývá, že většina zdravotnických pracovníků vnímá přítomnost návštěv jako rozptýlení klienta. 15 (19,2 %) odpovědí je u možnosti pomoc v péči o klienta, u možnosti zdroj informací je 12 (15,4 %) odpovědí a možnost jiné nezahrnuje žádnou odpověď.

Graf 28 Význam spolupráce rodiny pro zdravotnické pracovníky

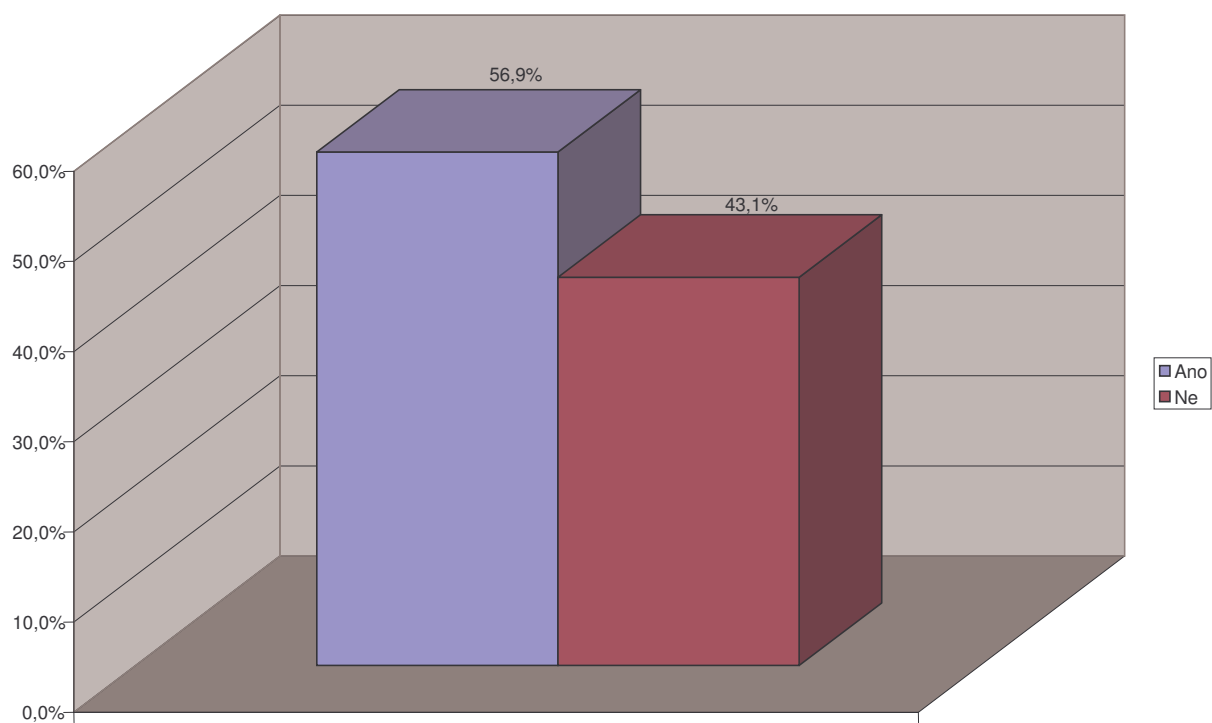
n=53



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Ze 43 (78,2 %) odpovědí vyplývá, že spolupráce rodiny je pro většinu zdravotnických pracovníků přínosem, ze 6 (10,8 %) odpovědí vyplývá, že je to pro některé i přítěž a u dalších 6 (10,9 %) odpovědí jim spolupráce s rodinou nic nepřináší. U možnosti jiné není žádná odpověď.

Graf 29 Aktivní vyhledávání spolupráce zdravotnickými pracovníky

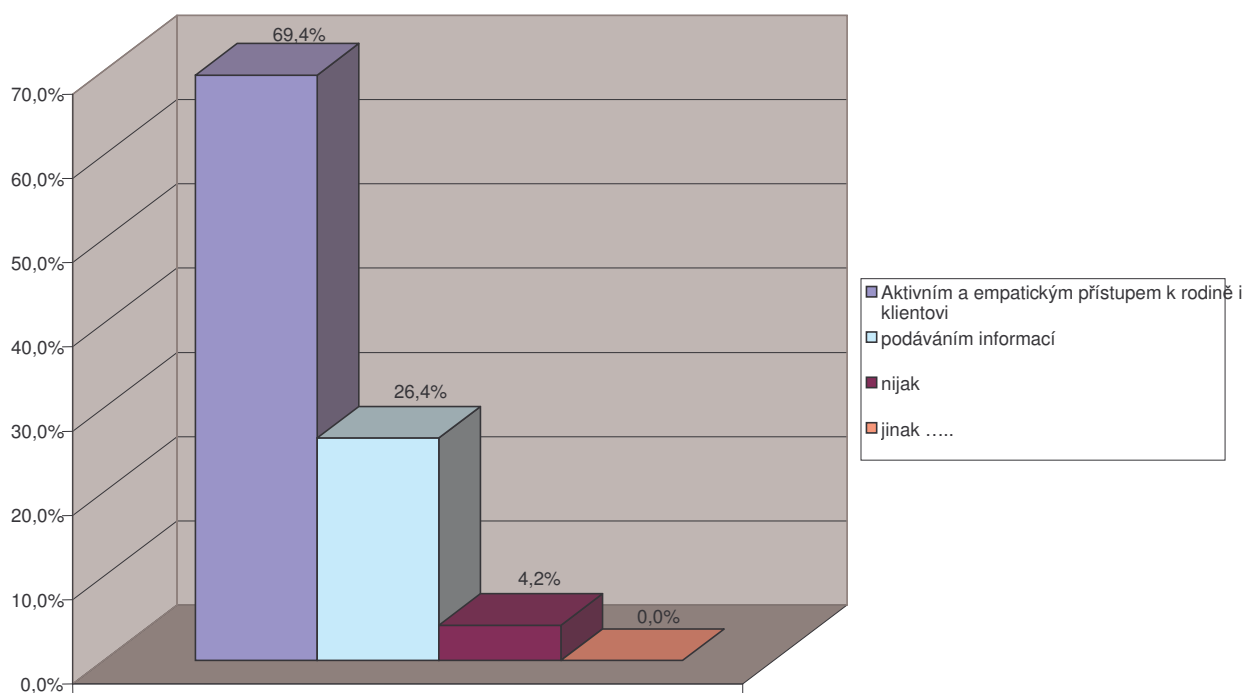
n= 72



41 (56,9 %) zdravotnických pracovníků aktivně vyhledává spolupráci s rodinou a 31 (43,1 %) jich spolupráci aktivně nevyhledává.

Graf 30 Způsob motivace rodiny ke spolupráci

n=72



Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Zdravotnickí pracovníci by nejčastěji zvyšovali zájem rodiny ke spolupráci aktivním a empatickým přístupem k rodině i seniorovi, tato možnost zahrnuje 50 (69,4 %) odpovědí, 19 (26,4 %) odpovědí je u možnosti zvyšování zájmu podáváním informací, 3 (4,2 %) odpovědi patří k možnosti zvýšení zájmu žádným způsobem a žádná odpověď není u možnosti jinak.

## 5. Diskuse

Soubor respondentů byl vybrán v domovech pro seniory v Českých Budějovicích, Hluboké nad Vltavou a Prachaticích. Celkový počet dotazovaných respondentů byl 152 z toho 80 klientů DS a 72 zdravotnických pracovníků DS.

Klienti DS byli ze 2/3 ženy a z 1/3 muži. Nejčastěji byli ve věku vyšším než 81 let a pobývali v DS ze zdravotních důvodů nebo proto, že žili sami. Jen o 10 dotazovaných klientů neměla rodina vůbec žádný zájem.

Zdravotnický personál, který byl prostřednictvím dotazníků dotazován, tvořilo 90 % sester, a dle uvedeného vzdělání usuzuji, že i 10 % ošetrovatelek. Více jak polovina sester vystudovala SZŠ, 12 sester má SZŠ se specializací a pouze 10 sester má vysokoškolské bakalářské vzdělání. Myslím si, že v dnešní době, ve které nároky na vědomosti sester stoupají, je to malé zastoupení vysokoškolsky vzdělaných sester. Aby sestra mohla být rovnocenným partnerem lékaře, sama se rozhodovat a plnohodnotně spolupracovat v péči o seniora i s ostatními členy týmu, měla by se dále vzdělávat. V tomto souhlasím s názorem Mastiliakové. Předpokládám, že toto malé procentuální zastoupení vysokoškolsky vzdělaných sester je zapříčiněno tím, že v DS pracuje polovina sester v rozmezí 36 – 46 nebo více let. Tyto sestry, které mají ve zdravotnictví dlouholetou praxi, už většinou nemají chuť se dále vzdělávat, ale myslím si, že u nich vzdělání nahradí cenné zkušenosti získané právě tou dlouholetou praxí.

Spolupráce se zdravotnickým personálem některých DS byla nesnadná. Z původně sta rozdaných dotazníků se jich vrátilo pouze sedmdesát dva. V každém DS jich bylo rozdáno personálu 25, z toho v jednom DS se jich deset ztratilo a ze druhého se osmnáct dotazníků vrátilo nevyplněných.

Dle názoru Šafránkové a Nejedlé má starý člověk nezastupitelnou roli v rodině a rodina hraje nezastupitelnou roli v životě i v péči o starého člověka. Návštěvy rodiny u seniorů v DS jsou velice důležité. Nejenže zvyšují chuť do života a zlepšují psychický stav seniora, ale dokáží ho motivovat i k lepší spolupráci se zdravotníky. Tento názor sdílí i 78,2 % zdravotnických pracovníků, pro které je spolupráce rodiny přínosem. Dle výpovědí zdravotníků se 80,6 % rodin zajímá o ošetrovatelskou péči a 19,4 % rodin se o ošetrovatelskou péči o seniora nezajímá.

Z výsledků, získaných od zdravotnických pracovníků znázorněných na grafu popisujícího zapojení rodiny do ošetrovatelské péče, vyplývá, že se 40,3 % rodin do péče o seniora zapojuje, 33,3 % rodin se do péče zapojuje jen někdy a 26,4 % rodin se nezapojuje vůbec. Z vyhodnocených výsledků získaných od klientů DS vyplývá, že 2/3 rodin své blízké navštěvuje v DS a 1/3 rodin své blízké v domově důchodců nenavštěvuje. Z těchto 68,7 % rodin, což je 55 rodin, které seniora navštěvují, se 67,3 % zapojuje do ošetrovatelské péče o své blízké a 32,7 % rodin se do péče nezapojuje.

Podle zdravotnického personálu se nejčastěji do péče o seniora zapojuje dcera 39,5 %, v 22,7 % se zapojuje syn, snacha jen ve 4,5 %. Skoro vyrovnané je zapojení do péče manžela 13,6 % či manželky 19,7 % seniora. Senioři uvedli, že nejčastěji se do péče o ně zapojují jejich děti. Z 36,2 % odpovědí je to dcera a z 32 % odpovědí je to syn. Manžel se dle seniorů do péče nezapojuje, myslím si, že je to spíše z toho důvodu, že většina dotázaných byly ženy ve stavu vdovském, než že by se do péče o svoji manželku zapojovat nechtěl. Manželka se do péče dle 6,4 % odpovědí zapojuje též málo, ale jak jsem se dozvěděla od pánů, kteří dotazník vyplňovali, je to z toho důvodu, že ji většina už nemá a i proto teď bydlí v DS. 23,3 % odpovědí uvádí, že se do péče o seniory zapojují i jiní členové, než kteří byli uvedeni ve výčtu možností. Z těchto 23,3 % jsou to nejčastěji vnoučata, pak sourozenci seniorů a méně často se zapojuje celá rodina. Snacha se zapojuje jen zřídka.

Podle 38,9 % odpovědí zdravotnických pracovníků spolupracují tito členové rodiny s personálem v oblasti stravování. Podle výpovědí zdravotníků se rodina v oblasti stravování zapojuje spíše nevhodným způsobem. Ve většině případů se jedná o donášení jídla, které je pro seniora nevhodné a není v souladu s jeho dietou. Na opakované upozornění personálu na nevhodnou stravu však rodina často nedbá. Podle 30,1 % odpovědí seniorů spolupracuje rodina se zdravotníky v oblasti stravování. Z 27,7 % odpovědí vyplývá, že se rodina nejčastěji zapojuje v oblasti stravování donáškou jídla, ale jak už jsem uvedla výše, je to pro zdraví seniora často nevhodné. Podle 4,3 % odpovědí pomáhá rodina s krmením klienta a dle 17 % odpovědí připravuje rodina pokrm klientovi. Dle 51 % se však rodina do péče v oblasti stravování nezapojuje.

Při uspokojení potřeby hygieny se rodina zapojuje jen velmi málo. V oblasti hygieny jsou to dle výpovědí zdravotníků jen 4,2 % odpovědí. Dle 15,1 % odpovědí seniorů se rodina zapojuje do péče v oblasti hygieny. Při uspokojování této potřeby se podle žádných odpovědí seniorů rodina do přípravy koupele nezapojuje, podle 4 % odpovědí seniorů jim rodina pomáhá při koupeli, podle 6 % odpovědí spolupracuje rodina v péči o vlasy a dle 12 % odpovědí pomáhá rodina s péčí o nehty. V péči o dutinu ústní, která spočívá ve vyčištění zubní protézy a nákupu ústní vody, pomáhá rodina dle 4 % odpovědí. Podle 10 % odpovědí se rodina zapojuje i do péče o kůži. Při oblékání pomáhají seniorovi ve 2 % odpovědí. Dle 62 % odpovědí seniorů se však jejich rodina v uspokojování potřeby hygieny neangažuje vůbec.

Zapojení rodiny do péče v oblasti vylučování a spolupráce se zdravotnickým personálem v této oblasti je dle získaných výsledků také velmi ojedinělá, pouze 1,4 % odpovědí zdravotnického personálu a 6,8 % odpovědí seniorů. Ti na otázku „S čím Vám rodina pomáhá v oblasti vylučování“ odpověděli, že jejich rodina dle 6,4 % pomáhá s výměnou plen a podle 4,3 % odpovědí se rodina stará o nákup inkontinentních pomůcek, při doprovodu na toaletu, podkládání podložní mísy a péči o močový katétr nepomáhá nikdo z rodiny a dle 89,3 % odpovědí seniorů se jejich rodina v péči o vylučování neangažuje. Tuto péči přenechávají raději zdravotnickému personálu. Při uspokojování této potřeby si myslím, že je to hlavně z důvodu inkontinence seniora. Mnoho rodin neví, jak se pečuje o permanentní močový katétr. Souhlasím s názorem Trachtové, že péče o močový katétr je odborná činnost, která patří do rukou zdravotníků. Jiné to je ale u potřeby vylučování stolice. V této oblasti není péče nikterak složitá a není k ní potřeba odborných znalostí. Pro mnoho rodin je ale snazší, když v této oblasti o seniora pečuje sestra. Z vlastní zkušenosti vím, že je mnoha lidem péče o tuto stránku vylučování nepříjemná a nechávají ji raději také na starost personálu. Už asi zapomněli, že jsou to většinou jejich rodiče nebo prarodiče, kteří o ně ve stejné oblasti pečovali, když oni byli malí a nemohli si tuto potřebu uspokojit sami.

Nejčastěji se rodina zapojuje v uspokojování potřeby aktivity a pohybu. Podle odpovědí zdravotnického personálu je to 55,5 % odpovědí a podle odpovědí seniorů je to 48 % odpovědí. Z 43,1% uvedených odpovědí seniorů vyplývá, že v době

návštěv chodí rodina se seniory nejčastěji na procházky nebo je na vozíčku vyveze do parku a blízkého okolí. U 11,8 % odpovědí navštěvuje rodina se seniorem různá kulturní zařízení a u 3,9 % odpovědí hraje rodina se seniorem společenské hry. Podle 9,8 % odpovědí seniorů si s ním rodina ve volném čase čte noviny, knihy a z 21,6 % odpovědí u možnosti jiné vyplývá, že si v 72,7 % rodina bere seniora domů na delší návštěvu, jezdí s ním na dovolenou nejen v České republice, ale i do ciziny a v 27,3 % si členové rodiny se seniorem povídají, líčí mu, co se u nich nového stalo a často se ho ptají na řešení nějakého problému, protože si ho cení pro jeho životní zkušenosti. Také Langmeier a Krejčířová zdůrazňují nezastupitelnou roli starého člověka v rodině a poukazují na jeho moudrost a cenné zkušenosti. Pouze v 9,8 % odpovědí se rodina do uspokojování této potřeby nezapojuje. Myslím si, že toto zaměstnávání starého člověka je velice důležité, protože pomáhá zlepšovat nejen paměť a fyzickou kondici, ale prohlubuje a zkvalitňuje vztahy v rodině společnými zážitky. Starý člověk je pak také ve středu zájmu rodiny a necítí se odstrčený a nepotřebný. Zapojení rodiny i do jiných oblastí péče o seniora mu pak ukazuje, že i když se o něj jeho rodina nemůže postarat doma, stále ji zajímá, jak je o něj postaráno a co by v těchto oblastech pro něj mohla udělat víc. Dává mu tím najevo, že je pro svoji rodinu stále důležitý. Na emocionální funkce rodiny zajišťující uspokojování citových potřeb, vědomí jistoty, uznání a vzájemné podpory upozorňuje Buriánek s Gillernovou. Některé rodiny toto však nechápou a za starým členem své rodiny pak nepřijdou ani na návštěvu, natož aby projevíli zájem v péči o něj.

37 seniorů uvedlo, že 75,7 % rodin spolupracuje se zdravotnickým personálem a to nejčastěji se sestrou – 67,5 % odpovědí, v 27,5 % odpovědí spolupracuje s ošetřovatelkou a v 5 % odpovědí s lékařem. 10,8 % rodin s personálem nespolupracuje a 13,5 % seniorů odpovědělo, že jeho rodina spolupracuje se zdravotnickým personálem jen někdy.

Tímto byla potvrzena jak hypotéza H1: Rodinní příslušníci se aktivně zapojují do ošetřovatelské péče o seniora, tak hypotéza H2: Rodinní příslušníci spolupracují se zdravotnickým personálem. Ač byly obě hypotézy zadány pozitivně, na začátku výzkumu jsem byla skeptická. Zdravotnický personál, u kterého byly vyplněné

dotazníky k vyzvednutí, mi sdělil, že se do ošetrovatelské péče o seniory zapojuje jen asi 10 % rodin. Nakonec však výzkum ukázal, že rodin, které mají stále zájem o své staré členy rodiny, je procentuelně více.

## 6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit, zda se rodinní příslušníci zapojují do péče o seniory v DS a zda spolupracují se zdravotnickým personálem v péči o seniory v DS. Cíle práce byly splněny. Prostřednictvím dotazníků byla zjišťována spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem a oblasti, ve kterých rodina spolupracuje. Provedeným výzkumem se měly potvrdit či vyvrátit hypotézy.

Výsledky výzkumu potvrzují hypotézu H1: Rodinní příslušníci se aktivně zapojují do ošetrovatelské péče o seniora v 67,3 % dle seniorů a podle zdravotnického personálu se rodina aktivně zapojuje v 73,6 %. Potvrzena byla i hypotéza H2: Rodinní příslušníci spolupracují se zdravotnickým personálem v 75,7 % podle výpovědí seniorů.

Stále nám ale zbývá dle výsledků získaných od seniorů 1/3 rodinných příslušníků, kteří se do ošetrování seniora v DS nezapojují. Proto bychom chtěli rodinné příslušníky i zdravotnický personál seznámit s výsledky výzkumu a upozornit tak na důležitost návštěv rodiny. Také bychom chtěli vyzdvihnout význam spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem v péči o klienta, která se tím stává kvalitnější a plnohodnotnější. Zároveň bychom chtěli apelovat i na zdravotnický personál a povzbudit ho k aktivnímu vyhledávání spolupráce s rodinou.

V praxi bychom chtěli výsledky výzkumu prezentovat v jednotlivých domovech pro seniory a některé důležité části práce publikovat i ve formě článku v odborných časopisech.

## 7. Seznam použité literatury:

1 Centrum denních služeb pro seniory. [on line]. [cit. 07-03-21].

dostupné z: <<http://www.svitavy.caritas.cz/domovinka-pro-seniory.php>>

2 Domov důchodců Stachy – Kůsov. [ on line]. [cit. 07-05-01].

Dostupné z:

<<http://www.domovkusov.cz/index.php?nid=3051&lid=CZ&pic=MAIN>>

aktualizováno 24.4.2007.

3 Gillernová, I. Buriánek, J.: *Základy psychologie, sociologie*. 3. vyd. Praha: Fortuna, 2001. 157 s. ISBN 80 – 7168-748-9.

4 Holeksová, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 91 s. ISBN 80-247-0212-6.

5 Chlubnová Lenka. *Uspokojování potřeb klientů v DD*. 2003. RP. Vedoucí ročníkové práce Tóthová, V.

6 Jandová Pavla. *Domy s pečovatelskou službou*, [ on line]. [cit. 07-03-21].

dostupné z: <<http://www.c-budejovice.cz/CZ/04/SocialWork/20050222-001.htm>>

aktualizováno 22.2.2005.

7 Juřeníková, P. a kol. *Ošetřovatelství, 2. část*. Uherské Hradiště, 1999. 236 s. ISBN neuvedeno

8 Kalvach, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie, 1. díl, Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

9 Kalvach, Z. Onderková, A. *Stáří – Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80- 7262- 455- 5.

- 10 Kozierová, B. Erbová, G. Olivieriová, R. *Ošetrovateľstvo I*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- 11 Langmeier, J. Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing spol s.r.o, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
- 12 Marečková Kateřina. *Domy s pečovatelskou službou*. [on line]. [cit. 07-03-21]. dostupné z: <[http://www.ovajih.cz/view\\_doc.php?section=50&doc\\_id=147](http://www.ovajih.cz/view_doc.php?section=50&doc_id=147)> aktualizováno 2.1.2007.
- 13 Mastiliaková, D. *Úvod do ošetrovateľství, 1.díl systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- 14 Matoušek, O. *Ústavní péče*. 2. vydání. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80- 85850-76-1.
- 15 Misconiová, B. *Stručný průvodce domácí péčí*. Asociace domácí péče. 270 s. ISBN neuvedeno
- 16 Pichaud, C. Thareauová, I. *Soužití se staršími lidmi, Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přel. A. Kozlíková. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 160 s. Přel. z: Vivre avec les personnes âgées ISBN 80-7178-184-3.
- 17 *Stáří*. [on line]. [cit. 07-02-15]. dostupné z: <[http://zis.naskok.cz/index.php/studijni\\_materialy/psychologie/stari](http://zis.naskok.cz/index.php/studijni_materialy/psychologie/stari)>
- 18 Stuart - Hamilton , I. *Psychologie stárnutí*. Přel. Jiří krejčí. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80- 7178- 274-2.
- 19 Šafránková, A. Nejedlá, M. *Interní ošetrovateľství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 216 s. ISBN 80-247- 1777-8

20 Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

21 *ÚSP Máj – domov důchodců České Budějovice*. [on line]. [cit. 07-05-01]. dostupné z: <<http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&pic=MAIN>> aktualizováno 24.4.2007

22 Venglářová, M. Mahrová, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80- 247- 1262-8.

23 Králová, J. Rážová, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Praha: Anag, 2005. 303s. ISBN 80-7263-275-2.

## **8. Klíčová slova**

Rodina

Senioři

Spolupráce

Ošetrovatelská péče

Domov pro seniory

## **9. přílohy**

### ***9.1 seznam příloh***

Příloha 1 dotazník pro klienty DS

Příloha 2 dotazník pro personál DS

Příloha 3 žádost o přijetí do DS

Příloha 4 Vyjádření lékaře

Příloha 5 důvody pro nepřijetí do DS

## Příloha 1 Dotazník pro klienty DS

Dobrý den,

jmenuji se Iveta Sladká a jsem studentkou 3.ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity ke zpracování mé Bakalářské práce na téma “Spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem v péči o seniory v DS”. Prosím Vás, abyste věnovali pozornost těmto otázkám a odpovědi zaškrtnli dle nabídnutých možností.

Děkuji Vám za spolupráci

1) Kolik je Vám let?

- ☐ 65-70
- ☐ 71-80
- ☐ 81 a více

2) Pohlaví?

- ☐ Muž
- ☐ Žena

3, Jak dlouho jste v DD?

- ☐ méně než 5 let
- ☐ 6-10 let
- ☐ více než 10 let

4) Proč jste v DD? Uveďte, prosím.

- ☐ Žiji sám/a
- ☐ Rodina nemá zájem
- ☐ Ze zdravotních důvodů
- ☐ Nemá se o mě kdo postarat

- ☐ Nevím
- ☐ Jiné .....

5) Navštěvuje Vás rodina?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

6) Pokud jste na otázku č. 5 odpověděl/a Ano, pokračujte, prosím, otázkou č. 6.

Jak často Vás rodina navštěvuje?

- ☐ 1x měsíčně
- ☐ 2x měsíčně
- ☐ 1x týdně
- ☐ jiné .....

7, Když přijde Vaše rodina na návštěvu, informuje se u zdravotnického personálu?  
na Váš pobyt v DD?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Někdy

8) Zapojuje se rodina do ošetrovatelské péče o Vás?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

9) Pokud jste v otázce č. 8 odpověděl/a ANO, pokračujte, prosím, otázkami 9-15.

V jaké oblasti se vaše rodina zapojuje do ošetrovatelské péče o Vás?

- ☐ hygiena
- ☐ stravování
- ☐ vylučování
- ☐ aktivita/ pohyb
- ☐ jiné .....

10) S čím Vám rodina pomáhá v oblasti hygieny?

- ☐ s přípravou koupele
- ☐ pomoc při koupeli
- ☐ s péčí o vlasy
- ☐ s péčí o nehty
- ☐ s péčí o dutinu ústní
- ☐ s péčí o kůži
- ☐ jiné .....
- ☐ nepomáhají

11) S čím Vám rodina pomáhá v oblasti stravování?

- ☐ s přípravou pokrmu
- ☐ s krmením
- ☐ jiné .....
- ☐ nepomáhají

12) S čím Vám rodina pomáhá v oblasti vylučování? Uveďte, prosím.

- ☐ doprovod na toaletu
- ☐ výměna plen
- ☐ péče o močový katétr
- ☐ podkládání podložní mísy
- ☐ jiné .....
- ☐ nepomáhají

13) Jak Vás rodina při návštěvě zapojuje do aktivit ?

- ☐ procházky ( i vyvezení ven na vozíčku)
- ☐ předčítání knih, novin...
- ☐ návštěva kulturního zařízení
- ☐ hraní společenských her
- ☐ jiné .....

☐ nezapojuje Vás do aktivit

14) Kdo z rodiny se zapojuje do ošetrovatelské péče o Vás? Uved'te, prosím.

☐ manžel

☐ manželka

☐ dcera

☐ syn

☐ snacha

☐ jiné .....

15) Jak často se rodina zapojuje do ošetrovatelské péče o Vás?

☐ při každé návštěvě

☐ 2x týdně

☐ 1x týdně

☐ 2x za měsíc

☐ 1x za měsíc

☐ jiné .....

16) Spolupracuje Vaše rodina se zdravotnickým personálem v DD?

☐ Ano

☐ Ne

☐ Někdy

17) Pokud jste na otázku č. 16 odpověděl/a ANO, pokračujte, prosím, touto otázkou.

S kým ze zdravotnického personálu vaše rodina nejčastěji spolupracuje?

☐ se setrou

☐ s lékařem

☐ s ošetrovatelkou

☐ jiné.....

## Příloha 2 Dotazník pro personál DS

Dobrý den,

jmenuji se Iveta Sladká a jsem studentkou 3.ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity ke zpracování mé Bakalářské práce na téma “ Spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem v péči o seniory v DS”. Prosím Vás, abyste věnovali pozornost těmto otázkám a odpovědi zaškrtnli dle nabídnutých možností.

Děkuji Vám za spolupráci

1) Kolik je Vám let?

- ☐ 18-25
- ☐ 26-35
- ☐ 36-45
- ☐ 46 a více

2) Jaké máte ukončené vzdělání?

- ☐ Střední odborné bez maturity
- ☐ SZŠ
- ☐ SZŠ se specializací
- ☐ VOŠ
- ☐ VŠ – Bc.
- ☐ VŠ - Mgr.

3) Kolik let máte praxe v oboru?

- ☐ 0 – 5 let
- ☐ 6 -10 let
- ☐ 11 – 20
- ☐ 21 – 30
- ☐ 31 a více

4) Kolik let pracujete v DD?

- ☐ méně než 5
- ☐ 6-10 let
- ☐ 11-15 let
- ☐ jiné, uveďte kolik .....

5) Získává od Vás rodina klienta informace o jeho pobytu v DD?

☐ Ano

☐ Ne

☐ Někdy

6) Zajímá se rodina o ošetrovatelskou péči poskytovanou klientovi?

☐ Ano

☐ Ne

7) Zapojuje se rodina do ošetrovatelské péče o klienta?

☐ Ano

☐ Ne

☐ Někdy

8) Pokud jste na otázku č. 7, odpověděl/a ANO nebo NĚKDY, pokračujte, prosím otázkami 9-11. V jakých oblastech se rodina zapojuje do ošetrovatelské péče o klienta?

☐ hygienická péče

☐ stravování

☐ vylučování

☐ aktivizace

☐ jiné.....

9) Kdo z rodiny se nejčastěji zapojuje do ošetrovatelské péče o klienta?

☐ manžel

☐ manželka

☐ syn

☐ dcera

☐ snacha

☐ jiné .....

10) Přítomnost návštěv vnímáte jako: (Možno i více odpovědí)

☐ zdroj informací

☐ pomoc v péči o klienta

☐ rozptýlení klienta

☐ jiné.....

11) Co pro Vás znamená spolupráce rodiny?

☐ přínos

☐ přítěž

☐ nic mi nepřináší

☐ jiné.....

12) Vyhledáváte aktivně spolupráci s rodinou klienta?

☐ ANO

☐ NE

13) Jakým způsobem byste zvýšila zájem rodiny ke spolupráci v ošetrovatelské péči o klienta?

- ☐ aktivním a empatickým přístupem k rodině i klientovi
- ☐ podáváním informací
- ☐ nijak
- ☐ jinak .....

Příloha 3 Žádost o přijetí

DOMOV PRO SENIORY HVÍZDAL ČESKÉ  
BUDĚJOVICE



**Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, P. O.**

U Hvízdala 6

37011 České Budějovice

tel.: 385 521 296 –7

fax.: 385 520 597

[www.domovproseniory-hvizdal.cz](http://www.domovproseniory-hvizdal.cz)

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA PRO SENIORY

Číslo jednací: ..... Datum podání žádosti: .....

Žadatel : .....

*Příjmení (rodné příjmení)*

*Jméno*

Soudem určený opatrovník: .....

*Příjmení*

*Jméno*

Adresa: .....

Datum narození: .....

*Den, měsíc, rok*

*Místo narození, okres*

Rodné číslo: ..... Číslo občanského průkazu: .....

Bydliště: .....

*Adresa*

*Telefon/ mobil*

Státní příslušnost: ..... Národnost: .....

Rodinný stav: ..... Žije s druhem, družkou: .....

Životní povolání: .....

*Původní (vyučen)*

*Poslední*

*zaměstnání*

Druh důchodu: ..... Měsíčně Kč: .....

Splatnost důchodu: ..... Způsob výplaty: .....  
*Datum* *(předáván poštou, zasílán na účet apod.)*

Ostatní příjmy ve smyslu § 7 zák. č. 110/2006 Sb. o živ. a exist. minimu v platném znění:

.....  
V případě nepostačujícího příjmu uživatele jméno a adresa příbuzného (manžel, manželka, děti), se kterým by mohla být sepsána dohoda o spoluúčasti na úhradě (zákon č. 108/2006 Sb. § 71 odst. 3)

.....  
Stupeň a výše příspěvku na péči: ..... Dieta: .....  
Ošetřující lékař současný: .....

Po nástupu ošetřující lékař zařízení sociálních služeb: ANO NE

V případě, že se nezaregistrujete u lékaře našeho zařízení, uveďte jméno a adresu Vašeho budoucího ošetřujícího lékaře: .....

.....  
Zdravotní pojišťovna: .....

Kdo má být zpraven o vážném onemocnění nebo úmrtí žadatele, budu-li do zařízení přijat?

.....  
*(jméno, adresa, telefon)*

Pořídil žadatel závěť? ANO NE

U koho je v úschově? .....

Jméno, adresa a telefon osoby, která má vypravit pohřeb: .....

.....  
Individuální plán cílů žadatele

(z jakého důvodu žádám o poskytování sociální služby a jaké mé individuální cíle a potřeby má naplňovat)

.....

.....

.....

**Proč rodinní příslušníci sami nemohou pečovat o žadatele?**

.....

.....

.....

**Byl žadatel již dříve umístěn v nějakém zařízení sociálních služeb?**

**ANO  
NE**

**Ve kterém:** ..... **od** ..... **do** .....

**Ve kterém:** ..... **od** ..... **do** .....

**Proč žadatel v sociálním zařízení ukončil pobyt?**

.....

**Prohlášení žadatele (soudem určeného opatrovníka)**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, eventuelně i propuštění ze zařízení sociálních služeb.

.....  
***Čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo  
jeho soudem určeného opatrovníka***

.....

## INFORMACE

**Naše zařízení sociálních služeb poskytuje pobytové celoroční sociální služby dle:**

### **§ 48 Domov pro osoby se zdravotním postižením.**

#### **Jedná se o dvoulůžkové pokoje.**

Poskytujeme pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

### **§ 49 Domov pro seniory.**

#### **Jedná se o jednolůžkové pokoje.**

Zde poskytujeme pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

### **§ 50 Domov se zvláštním režimem.**

#### **Jedná se o dvoulůžkové pokoje.**

V domově se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v tomto zařízení při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

**O umístění žadatele podle daných paragrafů bude rozhodovat lékař našeho zařízení včetně přijímací komise.**

**Se současnou výší úhrady byl zájemce ústně seznámen a je přílohou této žádosti. Postupuje se podle vnitřních pravidel zařízení sociálních služeb.**

#### **Přílohy k žádosti:**

##### **§ 48 Domov pro osoby se zdravotním postižením a § 49 Domov pro seniory**

- lékařské vyjádření obvodního lékaře
- aktuální výměr důchodu, popřípadě ostatní příjmy ve smyslu §7 zákona č. 110/2006 Sb. o živ. a existenčním minimu v platném znění
- potvrzení o příspěvku na péči

##### **§ 50 Domov se zvláštním režimem k výše uvedeným náležitostem:**

- potvrzení od specializovaného lékaře s doporučením na oddělení se zvláštním režimem
- čestné prohlášení se souhlasem žadatele s umístěním na oddělení se zvláštním režimem

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v našem zařízení obsahují tyto úkony:

#### **a) poskytnutí ubytování:**

1. ubytování,
2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,

**b) poskytnutí stravy:**

zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,

**c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:**

1. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
3. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
4. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
5. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,

**d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:**

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC

**e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:**

1. pracovně výchovná činnost,
2. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
3. vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění,
4. volnočasové a zájmové aktivity,

**f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:**

1. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinnou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začlenění osob,

**g) sociálně terapeutické činnosti:**

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začlenění osob,

**h) pomoc při uplatňov. práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:**

pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

---

### Komu neposkytujeme své služby?

- osobám, jejichž zdr. stav vyžaduje poskytnutí ústavní péči ve zdravotnickém zařízení
  - osobám, které trpí akutní infekční nemocí, bacilonosičům
  - osobám, které trpí chronickým alkoholismem nebo závažnou toxikománií
- 

*Vyplněnou žádost s přílohami doručte osobně nebo poštou na adresu našeho zařízení, kde bude zaevidována dle kritérií do evidence žadatelů.*

*Vyřizují sociální pracovníce: Marešová J., Martínková J., Matoušová M.*

*E-mail: [j.maresova@domovproseniory-hvizdal.cz](mailto:j.maresova@domovproseniory-hvizdal.cz); [j.martinkova@domovproseniory-hvizdal.cz](mailto:j.martinkova@domovproseniory-hvizdal.cz);*

*[m.matousova@domovproseniory-hvizdal.cz](mailto:m.matousova@domovproseniory-hvizdal.cz)*

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

**o zdravotním stavu  
žadatele  
o umístění do zařízení  
sociálních služeb**

Doklad k žádosti

|                                               |       |
|-----------------------------------------------|-------|
| Občanský průkaz žadatele                      |       |
| číslo                                         | série |
| Rodné číslo žadatele (dle občanského průkazu) |       |

|                                                                                                          |                                  |                 |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------|------------------|
| <b>1. Žadatel</b>                                                                                        |                                  |                 |                  |
| .....                                                                                                    |                                  |                 |                  |
| narozen                                                                                                  | příjmení (u žen též rodné jméno) | jméno           |                  |
| .....                                                                                                    |                                  |                 |                  |
| bydliště                                                                                                 | den, měsíc. rok                  | místo           |                  |
| .....                                                                                                    |                                  |                 |                  |
| okres                                                                                                    | místo                            | ulice           | číslo nové/staré |
| .....                                                                                                    |                                  |                 |                  |
| pošta                                                                                                    |                                  | směrovací číslo |                  |
| .....                                                                                                    |                                  |                 |                  |
| <b>2. Anamnéza</b> (rodinná, osobní, pracovní):                                                          |                                  |                 |                  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                 |                                  |                 |                  |
| <b>3. Objektivní nález</b> (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis): |                                  |                 |                  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                 |                                  |                 |                  |

4. **Duševní stav** (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

|                                                                                                                              |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>5. Diagnóza</b> (česky)<br>hlavní choroby<br>a) hlavní<br>mezinárodního seznamu<br>b) ostatní choroby nebo chorobné stavy | Statistická značka<br>podle |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

|                    |                                                                                                                   |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. Přílohy         | a) popis rtg snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření |
|                    | územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu;                                              |
|                    | b) výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikován;                                                     |
| výsledky vyšetření | c) podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře nebo vedoucího lékaře soc. péče okresního úřadu –                 |
| vyšetření.         | neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních               |

|    |                                                                                                                                                                                                |     |       |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| 7. | Je schopen chůze bez cizí pomoci                                                                                                                                                               | ANO | NE *) |
|    | Je upoután trvale – převážně *) na lůžko                                                                                                                                                       | ANO | NE *) |
|    | Je schopen sám sebe obsloužit                                                                                                                                                                  | ANO | NE *) |
|    | Pomočuje se trvale                                                                                                                                                                             | ANO | NE *) |
|    | občas                                                                                                                                                                                          | ANO | NE *) |
|    | v noci                                                                                                                                                                                         | ANO | NE *) |
|    | Potřebuje lékařské ošetření trvale                                                                                                                                                             | ANO | NE *) |
|    | občas                                                                                                                                                                                          | ANO | NE *) |
|    | Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např.plicního,<br>neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického<br>a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *) | ANO | NE *) |
|    | Potřebuje zvláštní péči – jakou:                                                                                                                                                               |     |       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 8. Jiné údaje:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |    |
| Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ANO | NE |
| Trpí akutní infekční nemocí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ANO | NE |
| Bacilonosič                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ANO | NE |
| Chronický alkoholismus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ANO | NE |
| Závažná toxikomanie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ANO | NE |
| <p>Dne .....</p> <p>.....</p> <p>lékaře</p> <p style="text-align: right;">podpis vyšetřujícího<br/>(jmenovka)</p> <p style="text-align: center;">.....<br/>razítko ZZ</p>                                                                                                                                                                                                                         |     |    |
| <p>9. Vyjádření lékaře poskytovatele zařízení sociálních služeb o vhodnosti umístění žadatele do zařízení sociálních služeb – Domov pro seniory Hvízdal – dle § 48 - dle § 49 – dle § 50.</p> <p>Lékařské vyjádření přiložené k sociálnímu šetření před nástupem do zařízení nesmí být starší než 3 měsíce.</p> <p>Dne .....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">podpis (jmenovka)</p> |     |    |

\*) nehodící se škrtněte

## Příloha 5 Důvody pro nepřijetí do DS

Do DS nemohou být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a trvalé odborné ošetření ve zdravotnickém lůžkovém zařízení, a dále občany trpící těmito zdravotními postiženími:

- ❖ Infekční a parazitární choroby všech druhů a stádií, při kterých nemocný může být zdrojem onemocnění
- ❖ Tuberkulóza, s výjimkou stádií P III a M III a dalších stabilizovaných a inaktivních forem; potvrzení vydá příslušný odborný lékař zdravotnického zařízení,
- ❖ Psychózy a psychické poruchy, při nichž nemocný může ohrozit sebe i druhé, respektive jeho chování znemožňuje klidné soužití v kolektivu,
- ❖ Pohlavní choroby v akutním stadiu; v chronickém stadiu jen na základě vyjádření odborného lékaře příslušného zdravotnického zařízení,
- ❖ chronický alkoholismus a jiné závažné toxikomanie, pokud nedošlo k likvidaci návyku a chování občana znemožňuje klidné soužití v kolektivu. Potvrzení vydá odborný lékař – psychiatr příslušného zdravotnického zařízení, při respektování
- ❖ lhůt stanovených pokynem hlavního odborníka psychiatra Ministerstva zdravotnictví ČR,
- ❖ Imbecilita a idiotie,

Pokud není v domově důchodců zřízeno ošetrovatelské oddělení, nelze do domova důchodců přijímat osoby trpící těmito zdravotními problémy:

- ❖ Zhoubné novotvary všech typů a lokalizací, pokud nebylo po komplexní léčbě dosaženo remise, a v době uvažovaného příjmu do domova důchodců byly zjištěny metastázy,
- ❖ Diabetes mellitus nekompenzovaný standardní dietou a běžnými perorálními léky nebo inzulinem a při dočasném výskytu komplikací,
- ❖ Roztroušená mozkomíšní skleróza, nebylo-li komplexní léčbou dosaženo dlouhodobé remise, nebo nejde-li o stabilizovanou formu. Potvrzení vydá přednosta neurologického oddělení příslušného zdravotnického zařízení,

- ❖ Degenerativní nervové nemoci (amyotrofická mozková a mozečková atrofie apod.), nebylo-li komplexní léčbou dosaženo dlouhodobé remise, nebo nejde-li o stabilizovanou formu. Potvrzení vydá přednosta neurologického oddělení příslušného zdravotnického zařízení,
- ❖ Choroby srdeční ve stadiu dekompenzace spojené s výrazným omezením pohybu a sebeobsluhy,
- ❖ Chronická onemocnění jater ve stadiu dekompenzace,
- ❖ Chronická onemocnění ledvin ve stadiu selhání
- ❖ Těžké trofické změny na končetinách cévního původu a schematické změny na končetinách interní léčbou už neovlivnitelné a v gangrenózním stadiu,
- ❖ Selhávání dýchacích funkcí jakéhokoliv původu spojené s výrazným omezením hybnosti a sebeobsluhy,
- ❖ Chronické fistulující osteomyelitidy jakékoliv etiologie,
- ❖ Ireparabilní stavy po zlomeninách a luxacích, zejména dolních končetin a páteře s těžším omezením hybnosti,
- ❖ Stavy po amputacích s těžším omezením nebo znemožněním pohybu, při kterých nelze počítat s nošením protézy, respektive soběstačností s pomocí berlí nebo ovládáním vozíku pro invalidy,
- ❖ Postižení lokomočního aparátu jakéhokoliv původu s těžším anatomickým a funkčním omezením a se značným ztížením sebeobsluhy,
- ❖ Stavy po poranění nebo operacích mozku, míchy, páteře, s trvalou poruchou hybnosti, která značně omezuje sebeobsluhu,
- ❖ Postižení smyslových funkcí, zejména zraku a sluchu, která způsobují značné omezení nebo ztrátu orientace nebo běžného dorozumívání. (23)