

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Pavλίna Zitová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Úloha rodiny v péči o seniory

Pavčina Zitová

Bakalářská práce

2010

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2009/2010

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

Jméno a příjmení: **Pavčina ZITOVÁ**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Úloha rodiny v péči o seniory**
Zadávatel katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování:

1. Sběr informací a vyhledání odborné literatury.
2. Stanovení cílů, výzkumných záměrů a metod pro vypracování.
3. Zpracování teoretické části.
4. Sestavení dotazníku.
5. Výběr respondentů a míst, kde bude výzkum probíhat. Rozdání dotazníků.
6. Sběr dotazníků, zpracování dat a interpretace výsledků.
7. Zhodnocení cílů, výzkumných záměrů a celé bakalářské práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R.; a kol. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
2. HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek sociální gerontologie. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
3. PICHAUD, C.; THAREAUONOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
4. SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontolociologie. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
5. HOLEKSOVÁ, T. Ležící nemocný člověk v domácím prostředí. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0212-6.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Levová, DiS.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. dubna 2010**


prof. MUDr. Arnošt Pešava, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Mlsová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. února 2010

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Mladé Boleslavi, dne 18.4. 2010

Pavλίna Zitová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce Mgr. Janě Levové za věnovaný čas, ochotu, pomoc a cenné rady, které mi poskytla při vypracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickému a ošetrovatelskému personálu za ochotu při výběru respondentů v Penzionu pro seniory, v Domě s pečovatelskou službou a v LDN Na Celně v Mladé Boleslavi a klientům těchto zařízení za ochotu a pomoc při provedení mého výzkumu. V neposlední řadě také děkuji mé rodině za podporu, pomoc a trpělivost.

V Mladé Boleslavi, dne 18.4. 2010

Pavλίna Zitová

ANOTACE

Tato práce se zabývá úlohou rodiny v péči o seniory žijící ve vybraných institucích (penzion pro seniory, dům s pečovatelskou službou a léčebna dlouhodobě nemocných). Jedná se o rozsáhlé téma, a proto se zaměřuji především na postoj seniora k dané problematice a na fungování mezigeneračních vztahů. V teoretické části je probrána problematika stárnutí a stáří, poměr společnosti a rodiny k seniorům či možnosti péče o seniory. V praktické části je pozornost věnována důvodům pobytu seniora v dané instituci, vlivu, který má vztah seniora a jeho rodiny na psychosociální pohodu a fyzický stav seniora, a míře spolupráce rodiny se zdravotnickým personálem v péči o seniora.

KLÍČOVÁ SLOVA

rodina, senior, ústavní péče, biopsychosociální pohled na osobnost

TITLE

The Role of Family in the Care about the Seniors

ANNOTATION

This Bachelor thesis is concerned with the role of family in the care about elderly seniors living in selected types of institutions (retirement home, assisted living and long-term care institute). It is a broad topic and therefore I focused primarily on senior's attitude about these problems and on the functioning of intergenerational relationship. The theoretical part deals with the problems of old age and ageing, with the ratio of society and family to elderly seniors and with the forms of the elder care. The practical part concentrates on the reasons for which elderly senior resides in the institutions mentioned above, how is elderly senior's psychosocial well-being and physical condition influenced by his relationship with his family, and on the rate of cooperation between family and medical staff.

KEYWORDS

family, senior, institutional care, the biopsychosocial approach to personality

Obsah

Úvod	11
Cíle práce	12
Teoretická část	13
1 Péče o starého člověka v historii	13
2 Moderní pohled na péči o seniory	15
2.1 Demografické stárnutí	16
3 Periodizace stáří	17
3.1 Změny v průběhu stárnutí	17
3.1.1 Anatomické a fyziologické změny v průběhu stárnutí	18
3.1.2 Psychické změny v průběhu stárnutí	18
3.1.3 Změny v životní orientaci	20
3.1.4 Změny v oblasti citového života	21
3.1.5 Změny v oblasti kreativity	21
4 Vliv prostředí na seniora	22
5 Rodina	24
5.1 Rodina a senioři	24
6 Možnosti péče o seniory	26
6.1 Zdravotní služby a péče pro seniory	27
6.2 Sociální služby a péče pro seniory	28
6.2.1 Odbor sociálních věcí	28
6.3 Zábavně-terapeutické programy v ústavních zařízeních	29
6.4 Seniorské kluby	30
6.5 Dům s pečovatelskou službou	30
6.6 Penzion pro důchodce	30
6.7 Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	30
Výzkumná část	31
Výzkumné záměry	31
1 Metodika výzkumu	32
1.1 Metoda výzkumu	32
1.2 Sběr dat	32
1.3 Zpracování dat	32
2 Interpretace výsledků	34

3 Diskuze	49
Závěr	53
Soupis bibliografických citací	55
Seznam zkratek	57
Seznam příloh	58

Úvod

Rodina by měla být základem pro každého z nás. Bohužel zdaleka ne všechny rodinné vztahy jsou dobré. Mnoho seniorů si zakládá na dobrém fungování rodiny a vzájemných vztazích. Například často pouze na oslavě narozenin se sejde celá rodina, což ji, i nevědomě, sceluje. Když prožíváme špatné životní období, hádáme se a máme jiné problémy, naši starší blízcí to cítí a řeší s námi. Pokud se byť jen částečně staráme o rodiče či prarodiče, pomáháme jim s vedením domácnosti, musíme myslet nejen na fyzické pohodlí a zajištění, ale také na psychickou pohodu. Spousta lidí zajišťuje seniorovi nejrůznější pomůcky pro usnadnění života, ale přitom on o ně nestojí tolik, jako o popovídání, sdělení novinek v osobním životě a naopak předání svých zkušeností. Senioři odchází/Jsou umístěni rodinou do ústavního zařízení v případě, kdy rodina není schopna nebo nemá zájem postarat se o svého starého blízkého, nebo pokud senior již nezvládá běžné denní činnosti a potřebuje pomoc, nebo když nechce „být na obtíž“ a podá si žádost do některého ústavního zařízení sám. Tímto se bohužel některé rodinné vazby přeruší a senior poté strádá.

Dnes, v době celosvětové ekonomické krize, záleží v péči o seniory na celé řadě faktorů. Například zdravotní stav (náš i seniora), finanční situace a typ osobnosti. Ne každá rodina má potřebné zázemí, aby mohla pečovat o svého blízkého. Dále se tomuto tématu budu věnovat v teoretické části.

Toto téma mě zajímá především z osobních důvodů a také proto, že je velmi aktuální, vzhledem k demografické situaci, nejen v České republice. Chtěla bych svým výzkumem zjistit, jak se senioři, umístěni v institucích, cítí. Mé zkušenosti doposud byly jen z nemocničního prostředí, také z LDN, kde budu provádět část svého výzkumu, a byly spíše negativní. Setkala jsem se zde, jen s málo rodinami, které často navštěvují svého blízkého, a ani z vyprávění zdravotnického personálu jsem neslyšela o mnoha takových. Zajímá mě tedy pohled seniorů na péči a podporu, kterou jim rodina dává.

Cíle práce

1. Zjistit, jaké jsou důvody pobytu seniorů v ústavních zařízeních.
2. Zjistit, do jaké míry se rodina zajímá o seniora umístěného v ústavním zařízení.
3. Zjistit, jak se rodina podílí na péči o seniora umístěného v ústavním zařízení.

Teoretická část

1. Péče o starého člověka v historii

Úloha rodiny v péči o seniory se během staletí značně měnila. Nejprve se o své staré a často nemocné členy starala pouze rodina. S rozvojem společnosti se tato péče přesouvala z domácností do institucí. Čím modernější společnost byla, tím se péče zkvalitňovala, ale spíše po stránce biologické. Psychická a sociální složka osobnosti člověka se ocitla na okraji zájmu.

Nejrychleji se tato péče rozvíjela v dobách míru a rozvoje společnosti. Naopak v době válek a při společenských krizích (kulturní, ekonomická, aj.) se toto tempo značně zpomalilo. Ve středověku vznikaly rytířské řády pro ošetřování nemocných a raněných během válek. Jejich obětavost se projevila i ve vztahu k opuštěným a bezmocným starým lidem. Chudým rodinám často pomáhala šlechta a církev. Právě tato pomoc dala první impuls rozvoji charitativní činnosti. V raném středověku vznikaly první církevní instituce, zabývající se pomocí starým lidem – gerontotrofium a chudým – ptochotrofium. Následně vznikaly chudobince a starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy. Později se změnily na domovy důchodců, kterým zajišťoval vedení a organizaci městský nebo obecní úřad, eventuálně klášter.

U nás, přibližně ve 12. století, zřizovaly církevní řády špitály, které plnily funkci spíše sociální než léčebnou. Chudým a starým lidem poskytovaly nocleh, stravu a odpočinek. Byla to tedy první zařízení pro dlouhodobý i trvalý pobyt seniorů. V domácím prostředí nebo v klášterních nemocnicích byli léčeni jen bohatí. S vývojem společnosti vznikaly obecní ústavy pro zchudlé a staré občany a od 17. století byly zakládány první klasické nemocnice. V nich ale převládala léčebná péče, proto byli senioři umisťováni opět do starobinců a chudobinců.

Za vlády Josefa II. (1741 – 1790) se začala rozvíjet cílená péče o staré. Základem novodobého systému sociální péče se stala tato práva: tzv. domovské právo, podle kterého byla domovská obec povinna se o chudé, handicapované a staré postarat a poskytnout jim nutnou výživu a opatření v nemoci. Objevují se tedy první známky institucionalizované péče. Nově budovány a provozovány byly pastoušky a nemocnice pro chudé. Péče v nich byla obecně na nízké úrovni – malý počet ošetrovatelek, navíc bez odborné přípravy a vzdělání. Důležitá tu proto byla vzájemná spolupráce a pomoc.

Velký rozvoj sociální péče nastal během první republiky. Začala vznikat nová zařízení a péče z domácího prostředí se přesunula převážně do institucí. V roce 1929 založil R. Eiselt v Praze první specializovanou instituci pro seniory na světě – Klinikum nemocí stáří. Po druhé světové válce nastává masivní rozvoj ústavní péče, která se zaměřila především na materiální a sociální zabezpečení. Z původních domů odpočinku vznikají domovy důchodců. Nastává také rozvoj pečovatelských služeb pro osamělé staré lidi. O dvacet let později se budují první domy s pečovatelskou službou, kde jsou senioři z různých, vzdálených míst. V sedmdesátých letech jsou budovány první léčebny dlouhodobě nemocných. V osmdesátých letech vznikají specializované geriatrické ordinace a oddělení. Se změnou politické situace po roce 1989 a vlivem především církevních subjektů vznikají nové instituce a služby. Roku 1990 je založena domácí ošetrovatelská péče a o něco později, v roce 1995 jsou vybudována i první hospicová zařízení. (1)

2. Moderní pohled na péči o seniory

V dnešní moderní společnosti se snažíme o preferování domácí péče nad tou ústavní. U starého člověka se totiž nejedná jen o stránku zdravotní, ale především o tu psychickou a sociální, u někoho i spirituální. Samozřejmě jsou těžké stavy nemocných seniorů, u kterých je hospitalizace s kontinuální péčí nezbytná, ale i přesto dnes máme možnosti prakticky celodenních návštěv, dokonce přespání se svým nemocným blízkým (v určitých institucích) a mnoho dalších možností, např. domácí zdravotní péče. Bohužel mnoho rodin z nejrůznějších důvodů tyto možnosti nevyužívá, někdy jsou ignorovány i přes to, že o nich rodinní příslušníci vědí a mají potřebné finanční prostředky.

Jak všichni víme, senioři jsou mnohem více náchylní ke vzniku nemoci než dospělí lidé. Důležitou roli ve vzniku nemocí hraje osobnost a životní styl člověka, prostředí, ve kterém žije, strava a návyky. Abychom tedy zabránili vzniku některých nemocí, měli bychom se zaměřit na ty faktory, které můžeme ovlivnit. Každému seniorovi je třeba věnovat individuální péči. Činností se jednotlivé biologické i psychické funkce posilují, udržují a rozvíjejí, naopak nečinností se ztrácejí. (1, 4)

Musíme konstatovat, že staří lidé mají se současným světem své obtíže a naopak. S přibývajícím věkem ubývá schopnost rychlé adaptace na nové a nezvyklé. Současný, rychle se pohybující svět, tuto schopnost adaptace vyžaduje, ale stáří touží po klidu a uctívanými slovy jsou stabilita a jistota, aniž vnímá, že to může být krycí název pro stagnaci nebo dokonce regresi. Starý člověk se tak v některých oblastech života pro své stáří více či méně nemůže realizovat, což se potom neprávem přenáší jako charakteristika platná na celou jeho osobnost. (3)

Další problém má povahu ekonomickou a finanční. Péče o staré lidi se jeví jako nákladná. Ústavní péče je ale mnohdy nákladnější, než domácí péče, a právě pro životní tempo a nároky, dnes běžné, se jeví často jako těžko uskutečnitelná či málo akceptovatelná. Staří lidé se tedy ve světě zaměřeném na výkon jeví jako „neproduktivní a nákladná“ součást společnosti (důchod, léky, zdravotní pomůcky, ošetřovatelství, pečování aj.). Že byli sami dlouhá desetiletí produktivními osobami, tedy vytvářeli hodnoty nejen pro sebe, ale i pro druhé, nebývá mladší generací viděno, natož pak ceněno. Ekonomické náklady ovšem nejsou tím jediným, co společnost „zatěžuje“, protože senior, stejně jako každý jiný člověk, nemá jen potřebu zajistit svůj život tím nejnütnější (stravou, apod.), ale i potřebu obohacovat se o nové zážitky a poznání. V současnosti se mají staří lidé v této republice poměrně dobře - jejich primární potřeby jsou víceméně naplněny. Hladem se u nás neumírá, ale nedostatkem

sociální důstojnosti, mezilidských vztahů a lásky od bližních trpí hodně lidí (nejen v naší zemi). (3)

2.1. Demografické stárnutí

V současnosti dochází, zejména v hospodářsky vyspělých státech, k demografickému stárnutí. To znamená, že se zvětšuje podíl starých osob a snižuje se podíl dětí a mládeže. S prodlužováním lidského věku díky medicíně, technologickým pokrokům a tak podobně, přibývá v populaci nejstarší věková skupina, tedy lidé nad 85 let včetně dlouhověkých seniorů nad 100 let věku. (2)

Mezi důsledky demografického stárnutí patří především problém s ekonomickým zajištěním seniorů. Vystává tu tedy otázka: „Bude schopna mladá generace zaopatřit seniory?“ Na tuto otázku zatím neumíme odpovědět. Dalším celospolečenským problémem je nárůst počtu invalidních, chronicky nemocných a duševně postižených starých lidí. S tímto souvisí i zvýšené nároky na poskytování zdravotní péče. V sociologické a sociálně psychologické oblasti se projevují měnící se chování obyvatel, jako změny v charakteru rodiny (z více generační na jednogenerační), změny v charakteru ekonomické aktivity nebo v bydlení, ve vzdělanosti, v životní a kulturní úrovni. Proto je důležité vytvoření dobrého celospolečenského klimatu, v postavení k seniorům, ale také individuální příprava na stárnutí a stáří. Hlavním životním zázemím starého člověka musí i do budoucna zůstat fungující rodina. (1)

Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku nad 85 let a téměř tři miliony osob starších 65 let. Plodnost stále zůstává na nízké úrovni a v dlouhodobém pohledu nezajistí rovnoměrnost jednotlivých věkových skupin. Dnešní průměrný věk dožití v naší zemi je u žen 78 let a u mužů 73 let. V současnosti je v celé populaci České republiky 14,6 % osob starších 65 let, tedy skoro jeden a půl milionu lidí, v roce 2030 vzroste tento podíl na 22,8 %. (3, 4)

3. Periodizace stáří

Nemůžeme určit přesnou hranici, odkdy člověk začíná stárnout, protože stárnutí je individuální proces a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech. Věk je jednou ze základních charakteristik člověka. Z chronologického hlediska stárneme všichni stejně, avšak níže popisované známky stárnutí se neobjevují u všech stejně a u výjimek některé vůbec. Někdo si uchová fyzickou zdatnost a duševní svěžest do konce svého života, zatímco jiní pocítí projevy (příznaky) stáří mnohem dříve, než to odpovídá jeho kalendářnímu věku.

Způsobů periodizace stáří je mnoho. Ve svém výzkumu jsem pracovala s konceptem Topinkové a Neuwirtha, kteří dělí lidský věk po desetiletých etapách. Ve věku 65 – 74 let jsou mladí senioři, kteří se vyznačují problémy s adaptací na penzionování, s volným časem, aktivitami a seberealizací. Mezi 75 – 84 lety jsou staří senioři, kteří mají specifické medicínské problémy, změny ve funkční zdatnosti a atypické průběhy chorob. Velmi staří senioři jsou potom ve věku nad 85 let - důležité je u nich sledovat zejména soběstačnost a zajistit jejich biopsychosociální potřeby. (1, 3)

3.1. Změny v průběhu stárnutí

Stárnutí a stáří má svou anatomii a fyziologii a vyznačuje se morfologickými a funkčními změnami, mezi nimiž existuje určitá paralelita. Změna struktury má za následek změnu funkce. Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrováný a asynchronní: nastupuje v různé době a pokračuje různou rychlostí, přičemž jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle. Tento proces je individuální, a proto kalendářní věk nemusí souhlasit s věkem funkčním.

Stárnutí doprovázejí příznačné funkční involuce a regrese, které jsou primární (na úrovni buněk, tkání, orgánů) a sekundární (na základě již proběhlých patologických procesů). Stárnutí je důsledkem vzájemného působení zděděných vlastností – genetických informací – a faktorů vnějšího prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje. Homeostatické mechanismy se ve stáří stávají labilnějšími, a proto se snižují adaptační schopnosti organismu v biologickém i psychosociálním smyslu. Stárnoucí organismus si však dokáže vytvořit nové, kvalitativně odlišné mechanismy, které mu umožňují udržovat homeostázu i v měnících se podmínkách. (1, 5)

3.1.1. Anatomické a fyziologické změny v průběhu stárnutí

Průběh stárnutí je ovlivněn genetickými dispozicemi a životním stylem. Primárně probíhají změny ve struktuře tkání, buněk, a poté změny funkcí – jejich postupné zpomalení a úbytek.

(1)

V průběhu stárnutí probíhají jednotlivé změny různě rychle. Biologické změny se projevují na pohybovém aparátu atrofií svalových vláken a snížením jejich počtu, z čehož vyplývá úbytek svalové síly. Zhoršuje se jemná motorika, ovšem není to pravidlem. V kardiovaskulárním systému a jeho činnosti se projevuje stáří především na stavu cév – vzniká arterioskleróza a s ní související hypertenze, která je ve výskytu stále častější. Ateroskleróza je zároveň příčinou i například cévních mozkových příhod či infarktu myokardu. Dochází také mnohdy k vážným změnám na zažívacím traktu, jako je nedostatek kyseliny chlorovodíkové či dyspeptický syndrom. Tyto změny doprovází zácpa nebo průjem. Ovlivněná je do značné míry i funkce regulace tělesné teploty. Problémy způsobuje hlavně adaptace na změněnou teplotu prostředí, ve kterém se senioři nacházejí. Často je jim zima a nemohou se zahřát. Snižuje se rychlost dýchání a menší jsou také ventilační objemy. Pomocné dýchací svaly jsou oslabené a mají, stejně jako ostatní svaly, snížený počet svalových vláken. Klesá proto hrudník, což vede k hypoxii. Dochází také k poruše funkce štítné žlázy. Kostra seniorů se mění - řídne její struktura. Oslabené kosti mají větší náchylnost ke zlomení. Chrup starších lidí postupně ubývá a je nahrazen zubní protézou. V obličeji se prohlubují vrásky a jejich počet přibývá. Vlasy řídnou a ztrácejí svoji kvalitu. Hubeným lidem se zvýrazňují rysy, obézním lidem se objevuje, mimo jiné, tzv. druhá brada. (1, 5)

Toto je jen část z anatomicko-fyziologických změn, které v průběhu stárnutí probíhají – mění se tedy obecně celkový vzhled a stav starého člověka. (5)

3.1.2. Psychické změny v průběhu stárnutí

Psychika seniorů je ovlivňována mnoha faktory: fyzickými změnami a celkovým zdravotním stavem, osobností člověka, různými životními událostmi a dalšími činiteli, které se utvářely a měnily v průběhu života. Nedochozí nutně ke zhoršení u všech. Některé zůstávají nezměněny a jiné se dokonce zlepšují (vytrvalost, trpělivost či schopnost úsudku). Na kvalitu psychiky seniorů má největší vliv osobnost člověka. Charakteristické osobnostní rysy se zvýrazňují nebo upadají, mění se povaha člověka. Stejně tak se posouvá pořadí v žebříčku životních hodnot. Psychické změny můžeme rozdělit na ty, které probíhají v jednotlivých (dílčích) mentálních funkcích v průběhu stárnutí, tedy na percepční změny, a na ty, které probíhají v kognitivní činnosti (intelektové a myšlenkové). (1, 6)

Percepční změny probíhají ve smyslových orgánech. Projevují se poruchami v přenosu informací a v jejich centrálním zpracování. Reakce na podněty jsou zpomalené a často neadekvátní dané situaci. Stoupá nebezpečí úrazů. Snížený příjem zevních podnětů vede až k psychickému odtažení se od reality. Také se často vyskytují pocity úzkosti, nejistoty a strachu, nebo může omezení přísunu informací ze zevního prostředí vyvolat stavy nudy až deprese. K oslabování percepčních funkcí dochází postupně, takže je může stárnoucí člověk kompenzovat zpomalením tempa, větším úsilím (posilováním těchto funkcí) a kontrolou všech procesů. Nejvýraznějším příznakem jsou změny zrakové ostrosti, související se ztrátou pružnosti čočky, a změny ve vnímání barev. Zhoršení sluchu, zvláště snížení citlivosti k vyšším frekvencím akustického spektra, je další příznačnou změnou. Hlavně po 75. roce života se stále častěji vyskytuje nedoslýchavost. Dále se objevuje snížení chuti k jídlu, související především se snížením prahu chuti sladké a slané. Vnímání vůní a pachů je relativně málo ovlivněno. V oblasti řečové schopnosti se stárnutí projevuje různorodě. Do vysokého stáří zůstává obsahová stránka řeči v dobrém stavu, ale prodlužuje se latence odpovědí. Spánek je nekvalitní. Nejvýraznější změnou je časté probouzení v jeho průběhu a po probuzení nemají staří lidé pocit odpočinutí jako dříve. (1, 6)

Mezi změny v kognitivní činnosti řadíme oblast inteligence. Psychologové, pomocí klasických testů inteligence, zjišťovali rozdíly, ke kterým dochází během stárnutí. Tento úkol se ukázal podstatně složitějším než běžné testování inteligence, ale pomohlo rozlišení tzv. fluidní inteligence (schopnost poměrně rychle se učit a řešit rychle dané úkoly, případně řešit úkoly blízké běžné praxi, v nichž převažuje tzv. senzomotorická činnost) a tzv. krystalické inteligence (schopnost řešit úkoly, k nimž je třeba bohatých podkladových znalostí a vědomostí – celoživotního vzdělání, úkoly verbální povahy s výsledky vyjadřující se slovy). Výsledky ukázaly, že fluidní inteligence má vrchol v mládí (například v 17 letech) a krystalická inteligence vrcholí v době raného stáří (například v 60 – 65 letech). Dále je obvyklé snížení funkcí paměti. Typické je zachování dlouhodobé paměti a negativní změny v paměti krátkodobé. Poruchy se projevují především ve složce všípivosti a reprodukce. Na výkon paměti má vliv také druh podávaných informací. Například pokud si senior pouze přečte nějaké jméno, hůře si jej zapamatuje, než když ho uslyší. I ve vysokém stáří se lidé mohou učit, trvá jim to jen déle a vyžaduje to větší úsilí. (1, 6)

Objevuje se pokles schopnosti psychické adaptability, pocity nejistoty a úzkosti v neznámém prostředí a při kontaktu s cizími lidmi. (1)

3.1.3. Změny v životní orientaci

Prožívání stárnutí a stáří závisí na osobním přístupu jedince, na jeho osobnosti a povahových rysech, na celém jeho předchozím životě a životních zkušenostech. Mnozí lidé jsou na stáří poměrně nepřipraveni. Málo počítají se změnami, jsou překvapení, bezradní a nejistí. Nejvýraznější rozdíl mezi staršími lidmi žijícími doma s rodinou a těmi, kteří žijí v domovech důchodců či jiných institucích, je vidět v plánování budoucnosti. Senioři v domácím prostředí jsou vitálnější, mají více plánů do budoucnosti, kdežto lidé umístění v institucích nemají příliš šťastné stáří. Příliš mnoho plánů ale také není nejlepší, proto je třeba seniory doma občas mírnit. Na druhou stranu seniory, kteří upadají do letargie, musíme podněcovat k činnosti. Stárnoucí lidé si také kladou různé cíle. Při jejich utváření jsou do jisté míry ovlivněni biopsychosociálními změnami, které je ve stáří potkávají. Stáří klade relativně nové úkoly, jež je třeba zvládat. Patří mezi ně změny zdravotního stavu, ekonomické změny, změny životosprávy či odchod partnera/partnerky. Ve stáří dominuje retrospektivní pohled na život, se kterým je také třeba se vyrovnat. Nám, jakožto pečovatelům či rodinným příslušníkům, jde především o to, aby se seniorům a našim blízkým neztratil prospektivní pohled na život, aby měli pro co žít a jejich život dával smysl. (1, 6)

Objevují se tedy různé pocity při očekávání stáří a různé reakce na přicházející změny. Způsoby vyrovnání se stářím se liší podle přístupu k němu. Bromley, který v roce 1966 hodnotil prožívání stárnutí a stáří, rozdělil typické přístupy jedinců k nastávajícímu stáří do pěti strategických adjustačních modelů:

1. Konstruktivní přístup – člověk je smířen se stárnutím, je soběstačný, stanovuje si přiměřené cíle a plány. Jeho chování je otevřené a tolerantní. Snadno navazuje kontakty s druhými lidmi, počítá s jejich oporou. Vůči životu je optimistický, spokojený, má smysl pro humor.
2. Strategie závislosti – člověk se chová více pasivně a je nesoběstačný. Očekává pomoc druhých. Není a dříve nebyl ctižádnostivý. Prvotní je pro něj odpočinek, pohodlí a bezpečí. Je podezřívavý a neochotný vůči kontaktům s ostatními lidmi, protože by bylo narušeno jeho pohodlí.
3. Obranná strategie – je typická pro profesně a společensky úspěšného člověka, který v životě spíše dával a sám byl vysoce soběstačný. Odmítá přijmout stáří, bojí se závislosti. Svoji společenskou pozici se snaží udržet a do penze odchází až na nátlak.
4. Nepřátelský postoj – člověk zastávající tento postoj je pro sebe i okolí ničím. Vinu za své neúspěchy svaluje na jiné. Je agresivní a podezřívavý, neschopen konstruktivně a realisticky

reagovat. Žije spíše sám, často až v izolaci. Vůči stáří a odchodu do důchodu pocítuje odpor. Bývá nevrlý, mrzutý, závislý a nepřátelský k mladým lidem.

5. Strategie sebenenávisti – člověk je nepřátelský vůči sobě samému, připisuje si všechnu vinu za své nezdary. Svůj život hodnotí kriticky a pohrdavě, netouží ho znovu prožít. Je smířen s faktem stáří, ale neumí zaujmout konstruktivní postoj. Zanedbává společenské styky, cítí se osamělý a zbytečný. Věří v osudovost života a považuje se za oběť. (1)

3.1.4. Změny v oblasti citového života

U většiny seniorů dochází ke zploštění citové emotivity – oslabena je především schopnost vyšších citů a snižuje se rovněž u citů estetických a sociálních. Typicky se projevuje emoční labilita, která je způsobena funkčními změnami nervové soustavy. Starší lidé mají sklon především k úzkostem a depresím a jsou citově zranitelnější. Mají větší potřebu projevů náklonnosti a očekávají od druhých ohledy a porozumění. (1)

3.1.5. Změny v oblasti kreativity

V období stáří klesají některé výkony, jako například sportovní. Naopak zde vrcholí výkony v umělecké, filozofické a duchovní sféře. (6)

4. Vliv prostředí na seniora

Osobnost člověka tvoří individuální charakteristiky a způsoby chování, které svým uspořádáním determinují jedinečné přizpůsobení jednotlivce prostředí, jež ho obklopuje. S poklesem schopnosti psychické adaptability souvisejí pocity nejistoty a úzkosti v neznámém prostředí nebo při kontaktu s cizími lidmi. Senioři projevují nedůvěru a někdy i nechut' ke všemu novému, tedy i ke změně prostředí. Právě prostředí má vliv na pocity, zdraví a chování seniorů, a proto by mělo být uzpůsobeno pro potřeby daného starého člověka. Pokud je člověk v domácím prostředí, prostředí si podle důležitosti a četnosti svých potřeb uzpůsobí. Rodina pomáhá seniorovi, pokud jsou jejich vzájemné sociální vztahy dobré a podle svých možností a prostředků s uspokojováním všech potřeb. Pomáhat druhým není snadný úkol, ale funguje-li vzájemná spolupráce dobře, je možné jej zvládnout. Jiným případem jsou staří lidé, kteří potřebují pomoc, ale rodina jim není schopna nebo nechce pomoci. Umístí tedy svého blízkého podle stupně soběstačnosti do některé z institucí, věnující se péči o seniory. (1, 6, 7)

Jaké nedostatky mají instituce s dlouhodobou péčí? Je to především malé množství podnětů, výběru možností, nudné prostředí, denní rutina sloužící především personálu a ne obyvatelům, monotónní jídlo a mnoho dalších. Zvláště s porovnáním s domácím prostředím je tu na staré lidi často nahlíženo jako na pacienty. Nesledují se tu individuální potřeby seniorů. Se změnou prostředí se může dostavit i dezorientace, kterou diagnostikujeme jako psychotickou (tzv. klient trpí ztrátou reality). Staří lidé proto často unikají z ochuzeného prostředí do sebe, do své fantazie – tento únik je podobného charakteru jako psychóza. Nedostatečně podnětné a vyhovující prostředí seniorům, může vyvolávat také stres v důsledku nudy, úzkosti a osamělosti. Při vytváření prostředí vhodného pro staré lidi musíme dbát na pohodlí a bezpečnost. Používáme jasná označení (nadpisy, značky a symboly rozlišovat pomocí barev a světél), zvláště s ohledem na možná nebezpečí (například schodiště). Musíme mít na mysli, že někteří senioři téměř vůbec nevycházejí ze svého pokoje. Proto dáváme důraz na vizuální a auditivní stimuly, které ovšem obměňujeme nebo k nim přidáváme nové - respektujeme při tom přání dotyčného seniora a/nebo rodiny. Volbou vhodného prostředí můžeme seniorovi pomoci kompenzovat fyzické nedostatky (zrak, sluch, aj.). Vhodné prostředí by mělo být alternativou k minulému prostředí, mělo by působit esteticky a stimulovat všechny smysly, mělo by činit život uvnitř hodnotným. Obsahovat by mělo něco ze starého prostředí a zároveň i věci nové, které budou podněcovat obyvatele k aktivitě. V penzionech pro seniory či jiných institucích dbáme na to, aby prostředí poskytovalo

kulturní, různorodé podněty, aby se vyznačovalo maximální dostupností informací, zábavy a společenských kontaktů. Zároveň má být zachován co možná největší prostor pro soukromí.

(7)

K tvorbě prostředí a rozvoji služeb pro starší osoby je nezbytné, aby ti, kdo toto prostředí a služby koncipují a provozují, věděli o potřebách a omezeních seniorů a aby do jejich plánování, tvorby a poskytování zapojili starší osoby a jejich rodiny. Residenční zařízení pro seniory by se měla orientovat na prevenci - bezpečí seniorů, rozvoj sociálních aktivit a na podporu rodiny a pečovatelů. Bezpečné, bezbariérové a stáří vstřícné prostředí využívající moderních technologií přispívá k podpoře nezávislosti a samostatného života seniora, a může tak usnadnit situaci pečovatelům a snížit potřebu poskytování péče nebo její náročnost. (4)

5. Rodina

Rodina je základní a nejdůležitější společenskou jednotkou, jejíž společenský význam je nezastupitelný. Z tohoto důvodu je pod ochranou státu a chráněna zákonem. Členové rodiny jsou spojeni společným soužitím, vzájemnou morální odpovědností a vzájemnou pomocí. (8)

Rodina má různé formy. Definovat ji také můžeme jako sociální systém složený ze dvou nebo více lidí, kteří žijí spolu a které spojuje legální a/nebo pokrevní vztah, narození nebo adopce dítěte. Friedman definoval rodinu jako vzájemné spojení (dvou nebo více) lidí, žijících na geograficky blízkém území, na citovém základě. Rodina je základní sociální systém – skupina lidí, která má své kulturní hodnoty, zvyky, specifickou funkci, strukturu a prochází různými vývojovými etapami. Struktura rodiny má výrazný vliv na její fungování. Její členové jsou na sobě závislí, a proto ovlivnění jednoho člena ovlivní celou rodinu. Každý člen má vliv na řešení každodenních problémů. Rodina potřebuje i ekonomické zajištění a vzájemnou oporu mezi svými členy, aby se všichni mohli adaptovat na změny. (9)

Rodina je většinou tvořena třemi, dnes častěji čtyřmi generacemi. Úkolem rodiny je utvářet podmínky pro zdravý vývoj dětí, který je jedním z předpokladů zdraví v průběhu života a ve stáří. Důležité je udržovat soudržnost a solidaritu. Dobré mezigenerační vztahy jsou přínosem pro rozvoj jedince (a to v každém věku) a společnosti. I když jsme členy jedné rodiny, můžeme být každý úplně jiný. To, co je v jedné rodině pohlazením, může být ve druhé vnímáno jako útok. Mnohé z rodinných trampot nepostrádají prvky humoru. Proto zdůrazňujeme tyto komické prvky, protože s úsměvem jde i v rodině všechno lépe. (4, 10)

5.1. Rodina a senioři

Role rodiny nemusí spočívat jen v poskytování péče, ale také v zajištění psychické pohody seniora. Rodina musí chtít, umět, ale také mít možnost se o starého člověka postarat. Staří lidé potřebují pomoc, protože nezvládají běžné denní činnosti, jako je hygiena, oblékání nebo příprava jídla, sami. Někteří očekávají, že péče, kterou oni věnovali svým dětem, se jim nyní vrátí. Někteří dokonce používají tzv. citové vydírání – extrémní příklad: „Musíte mi pomoci, protože jste moje dcery, sama nic nemohu, jsem stará a slabá.“ V případech, kdy příbuzenstvo žije v těsné blízkosti, očekávají staří lidé jeho pomoc. Senioři by ovšem měli pamatovat na to, že poznatky o rodinné péči se mohou výrazně lišit v závislosti na sociální situaci rodiny. Pomoc tedy není vždy možná tak, jak by si jiní představovali. (4, 5, 11)

Úloha rodiny v péči o seniory se mění spolu se změnami životního stylu. Klasický model pečující rodiny je dnes narušen důrazem na individualitu, touhou po moci a samostatnosti. Lidé v produktivním věku se nechtějí vázat, ale užívat si života, poznávat nové věci a

cestovat. Často odcházejí za prací do měst, někdy si svých starších blízkých přestávají vážit a ztrácí s nimi kontakt. V moderních rodinách dnes obvykle oba partneři pracují a ve zbývajícím čase se sotva stačí postarat o své děti, nebo mají jiné zájmy, např. sport. Především mladým rodinám dnes finanční podmínky neumožňují bydlet ve velkých bytech, kde je prostor pro další osobu/y – pro staré rodiče. (1, 7)

Někteří senioři zůstávají až do sklonku života aktivní a nezávislí. Adekvátní zdravotní péče zaměřená na funkční zdraví, prevenci a intervenci může výrazně minimalizovat riziko závislosti a potřebu dlouhodobé péče. Jiní senioři naopak potřebují celodenní péči a noční dohled, což jim děti samy nemohou zajistit. Nový, bezpečný domov, by měli senioři nalézt v instituci zvolené podle jejich soběstačnosti, polohy bydliště a také finančních možností. Zde by měli najít radost a motivaci k životu, bavit se a mít se na co a z čeho těšit. Bohužel, realita není tak radostná. Spousta seniorů v těchto umělých domovech pouze vegetuje, v pravém slova smyslu nežije. (4, 7)

Z minulosti víme, že nejlepší volba péče o starého člověka je v domácím prostředí, kde je podporován rodinou. Seniorovi to přináší pocit jistoty a bezpečí. Soužití manželského páru ve stáří většinou pozitivně ovlivňuje pocit životní spokojenosti a sociální vztahy. Manželé obecně jsou zpravidla víceméně samostatní - potřebují jen doplňkovou pomoc a citovou oporu i od rodiny. Radikální změnou je vdovství. Velmi důležitá je potom kvalita zbylých vztahů a schopnost navazovat vztahy nové.

Seniorům je třeba nabídnout prostřednictvím rodiny nebo různých institucí vhodnou a smysluplnou péči, která by plně respektovala jejich individuální potřeby. Občasná péče o seniora většinou rodin nepůsobí problémy. S přibývajícím věkem je však tato péče stále náročnější a dlouhodobější, a tak je i více náročná pro rodinu, která často nestačí vše zvládnout sama. Poskytování péče v domácnosti také přináší značnou zátěž a změnu ve způsobu života jedince i rodiny, zvláště když se jedná o dlouhodobou péči. Pro rodinu je to fyzicky i psychicky zatěžující a může to vést ke zhoršení vztahů v rodině, ztrátě přátel, izolaci od společnosti a někdy i ke zdravotním a ekonomickým problémům. Podpora seniora však přináší rodině také pozitiva, mezi která patří např. posilování vzájemných vazeb nebo pocit sounáležitosti a z toho vyplývající spokojenosti. (1)

Cíle naší pomoci mají být realistické. Jejich dosažitelnost však z velké části záleží na vůli člověka, o kterého pečujeme. (10, 12)

6. Možnosti péče o seniory

Starý člověk, který žije osaměle a nemůže očekávat pomoc a péči od své rodiny (z nejrůznějších důvodů – viz výše), zvažuje ústavní péči. Většinou ale nemá dostatek informací, a proto neví, podle jakých kritérií by si měl vybrat svůj budoucí domov. Podobné pocity a rozpaky prožívají také členové rodiny, kteří uvažují o ústavní péči pro svého blízkého. Ve fázi rozhodování by těmto lidem mohla pomoci některá kritéria, která uvedla ve známost zakladatelka ČALS – Iva Holmerová, viz Příloha C. (13)

Komunitní institucionální péče se u nás poskytuje v domovech/penzionech pro důchodce/seniory, v domovech důchodců, geriatrických centrech, klubech důchodců a v domácí ošetrovatelské péči. Od konce 60. let spěje pečovatelská služba v zemích EU postupně k menším, individualizovanějším a humánnějším zařízením. Dnes se snažíme o přesunutí péče z institucí do domácího prostředí a využívat více ambulantního léčení a ošetřování. K projevům moderní doby patří ztráta důvěry v kolektivistická řešení sociálních a jiných problémů. Objevila se nedůvěra ke kvalitě a efektivnosti péče poskytované státem a institucemi. V 60. letech přišlo většině lidí normální svěřit staré rodiče do domova důchodců nebo do podobného ústavu, kde byla kolektivně poskytovaná péče. Postoje k tomuto tématu se mění s dobou - dnes je důraz na kvalitu péče, ne na kvantitu. Tato zařízení plní pozitivní poslání, ale na rozdíl od minulosti pohlížíme skeptičtěji na atributy této formy péče a zdaleka není považována za ideální a jediné řešení. Neznamená to ale, že nejsou tyto instituce potřebné, a že se proto dají nahradit integrovanými formami péče. (9, 14)

Jak se o staré občany co nejlépe postarat v oblasti zdravotní i sociální? Jak zajistit co nejdéle jejich soběstačnost? Jaké místo a roli jim v současné společnosti vymezit? Toto jsou aktuální otázky, na které je nyní, vzhledem k demografické situaci, již poměrně nutné najít odpovědi. Na jejich řešení by se měla podílet rodina, komunita, kraj či region. Při koncipování této péče je zapotřebí akceptovat velkou rozdílnost uvnitř populace a snažit se o individualizovaný přístup k potřebám seniorů. (1)

Institucionální i neinstitucionální formy péče o seniory by měly vycházet z modifikace principů, které byly v následujícím znění deklarovány na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří už v roce 1982:

demecinalizace – akcent na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na autonomii;

deinstitucionalizace – prioritou ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, prioritní rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti;

desektorizace – akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče;

deprofesionalizace – podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví. (1)

Zařízení pro starší by měla být vedena potřebami seniorů. Na jednom pokoji by se neměli míchat psychicky nemocní a lidé s tělesným handicapem. Chodící a soběstační by neměli sdílet pokoj se smrtelně nemocnými a umírajícími lidmi. Tyto chyby profesionálního personálu vytváří špatnou atmosféru (psychické rozladění) a negativně působí na kvalitu života seniora. U každého jedince se proto snaží zdravotnický personál o vytvoření individuálního plánu péče podle jeho potřeb a celkového stavu. Cílem péče, v institucích obecně, je spokojenost a zlepšení současného stavu seniorů, jak jen to je možné. Používá se holistický a humanistický model péče, který je již v rozvinutých společnostech obvyklý a jehož smyslem je zajistit, aby se lidé cítili důstojně a mohli tak spokojeně trávit poslední etapu svého života. (7)

Mezi službami poskytovanými seniorům dominují služby sociální a zdravotní. Jejich cílem je podpora zdraví a pohody seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb a podpora co nejdějšího setrvání seniora v domácím prostředí. Tato péče je poskytována přímo v domácím prostředí (dokud to celkový stav seniora dovolí) speciálními organizacemi a institucemi k tomu určenými. Zdravotně sociální péče je kombinací, kdy se může jednat o péči zdravotní s výraznými prvky sociální péče nebo naopak, nebo o péči integrovanou, kde jednotlivé prvky těžko odlišíme. Komplex zdravotně sociální péče obsahuje akutní a následnou, u seniorů zpravidla dlouhodobou péči. (1)

6.1. Zdravotní služby a péče pro seniory

Pojetí primární péče v českém zdravotnictví je výrazně redukováno na jednotlivé poskytovatele, kterými jsou např. stomatologové či praktiční lékaři. Používáme proto spíše termín komunitní péče. (1, 9)

Geriatrická ambulance je součástí nemocničního geriatrického oddělení. Jejím cílem je komplexní přístup k seniorům – prevence, diagnostika a léčba nemocí či stavů spojených se stárnutím a stářím. Poskytuje mj. i poradenství pro pečující rodiny a odborníky z jiných lékařských oborů včetně výukové činnosti. Geriatrické denní centrum poskytuje seniorům možnost 6-12hodinového pobytu. Přijímání jsou zde klienti, kterým nestačí ambulantní ošetření, ale nepotřebují kontinuální péči, pro léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační výkony,

pro psychickou aktivizaci, ergoterapii a kognitivní trénink. Geriatrické oddělení v nemocnici je akutní oddělení specializované na péči o seniory s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti. Cílem je tedy zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti seniora a návrh dalšího postupu a péče. Předpokládaná délka pobytu je do 3 týdnů. Pro rehabilitační a doléčovací pobyt jsou senioři umístěni v zařízení následné péče, jejímž cílem je obnovení soběstačnosti seniora. Další možnost péče o seniora je na ošetřovatelském oddělení, kde je zajištěna krátkodobá, dlouhodobá i trvalá ošetřovatelská péče. Poskytována je klientům ve stabilizovaném nebo v neovlivnitelně progredujícím stavu, kterým nestačí domácí péče – tři ošetřovatelské návštěvy denně po třech hodinách. Jejím cílem je udržení a zlepšení stávajícího stupně soběstačnosti, kvality života a zachování důstojnosti včetně terminální péče. Zvláštní formou ošetřovatelského zařízení jsou hospicová zařízení, která mohou poskytovat (poskytují) také respitní péči. Domácí péče je náhrada nebo určité oddálení hospitalizace seniora. Cílem je zmírnění příznaků – ošetřování, především převazy ran, aplikace léků a rehabilitační ošetřovatelství, zachování nebo zlepšení soběstačnosti a kvality života. Provádí ji kvalifikovaná sestra v domácím prostředí. Podstatná je tu spolupráce s rodinou a/nebo se sociálními službami. (1)

6.2. Sociální služby a péče pro seniory

Zahrnují především poskytování sociálních dávek a služeb. Může být realizována státními i soukromými subjekty. Do ústavní péče o seniory řadíme domovy/penziony pro důchodce/seniory a domovy důchodců. Preferována jsou menší zařízení tohoto typu s hustší sítí. Důvod je ten, aby senioři mohli setrvat v komunitě, na kterou jsou zvyklí, kde žijí převážnou část nebo celý život. Výhodné pro obě strany (zřizovatele i klienta) je zřizování jiných služeb v rámci ústavního zařízení (kadeřnictví, kavárna aj.). Terénní služby pro seniory tvoří pečovatelské služby, stacionáře (domovinky) a respitní péče. Kromě plnění potřeb seniorů by tato forma péče měla sloužit také k podpoře rodin pečujících o seniora doma a nabízet a poskytovat specifické služby, které jim tuto péči umožní a ulehčí. Komunitní péče o seniory podporuje chráněné a sociální bydlení pro seniory – domy s pečovatelskou službou. Zajišťuje sociální poradenství pro seniory a jejich rodiny, koordinaci poskytovatelů služeb v této oblasti, vzdělávání pracovníků v oblasti péče o seniory a další. (1)

6.2.1. Odbor sociálních věcí

Zajišťuje svoji činnost prostřednictvím oddělení dávek sociální péče, příspěvkových organizací Pečovatelská služba a Penzion pro seniory a dalších. Pracovníci oddělení dávek

sociální péče rozhodují o jednotlivých dávkách pro občany se zdravotním postižením a dále o přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany. Podle druhu a stupně postižení vystavují k těmto výhodám průkazy TP, ZTP a ZTP/P. V souladu se zákonem rozhodují o dávkě příspěvku na péči. Na oddělení jsou také evidovány žádosti občanů o byty v domech zvláštního určení – domy s pečovatelskou službou. Čekatelé jsou v pořadníku, kde se jejich počet pohybuje kolem 80 žadatelů. Pro zajímavost přikládám tabulku vyplacených příspěvků v Mladé Boleslavi za rok 2009 – viz Příloha E. (15)

6.3. Zábavně-terapeutické programy v ústavních zařízeních

Senioři, kteří jsou v ústavním zařízení, pociťují často samotu a izolovanost od okolního světa. Jejich rodiny o ně nemají zájem nebo nemají čas se za nimi, byť jen na chvíli, zastavit. Takovým lidem rychleji ubývají fyzické síly a psychické schopnosti. Nejčastější a nejznatelnější je slábnutí zraku, zhoršení sluchu, horší orientace v prostoru nebo jiné, hlavně tělesné obtíže, které jim znemožňují pohyb mimo jejich pokoj či byt. Uzavírají se do sebe. Ubývají jim přátelé a nejtěžší, často nevyrovnatelná je ztráta životního partnera. Takoví lidé žijí a pohybují se vedle sebe ve stejných prostorech (společenská místnost, jídelna aj.), ale nenavazují vzájemný kontakt. Zůstávají osamělí, oddělení, bez rodin a přátel. Proto je úkolem a zájmem pracovníků v těchto institucích vzájemná spolupráce a podpora nejen mezi personálem a seniory, ale také mezi seniory navzájem. Je pro ně třeba nacházet zajímavé společné aktivity, které napomáhají jejich sblížení. Kvalitní program pro seniory je nutným terapeutickým doplňkem péče. Poskytuje starým lidem fyzickou činnost, mentální stimulaci a pro psychiku nutný společenský život.

V těchto institucích je nezbytný týmový přístup, vytvoření cíle/ů a individuálního plánu péče. Podle potřeb a zájmů seniorů jsou pak vybírány příhodné činnosti pro každého jednotlivce i pro celek. Programy by měly být vyvážené (vhodné je spojení zábavy s terapeutickým účinkem). Činnosti se musí neustále obměňovat, aby měly pozitivní účinek. Úspěch programů je závislý na motivaci a nadšení celého personálu, včetně dobrovolníků, kteří se na těchto činnostech podílejí spolu s profesionály. U nás převažují rukodělné práce nebo cvičení. Realizaci programu by měly mít na starosti zdravotní a/nebo sociální sestry, které však nemají dostatek času a často ani odborné školení. Nejlepším řešením této situace by byli specialisté vyškolení pro vedení zábavně-terapeutických programů.

Každý z nás potřebuje někam patřit, být prospěšný, užitečný a mít solidní zázemí. Díky programům mají senioři pocit vlastní ceny a možnost dosáhnout uznání. Tyto pocity jsou

nutné ke zdravému stárnutí a k vědomí smyslu života. Programy spojují a proměňují osamělé jedince v živý celek. (7)

6.4. Seniorské kluby

Protože i v pozdním věku je důležité zůstat aktivní, mají senioři možnost docházet do klubu seniorů. Tady mohou zažít mnoho zajímavého, poznat nové přátele, něčemu se naučit a naopak se pochlubit s tím, co znají a umí. Podrobnější informace o jednotlivých klubech v Mladé Boleslavi najdete v Příloze F. (16)

6.5. Dům s pečovatelskou službou

Představuje formu individuálního bydlení starých lidí. Jeho zřizovatelem je městský úřad. Byty jsou pro jednotlivce nebo pro seniorský pár a nájem si platí sami. Součástí komplexu bývá i prádelna, ordinace lékaře, klub důchodců aj. Poskytovány zde jsou různé služby, jako například pečovatelská nebo asistenční služba. Možností využití volného času je tu tedy mnoho. Podstatné na tomto zařízení je to, že lidé mají soukromí, dostatek všech služeb a také bohatý společenský život. (1)

6.6. Penzion pro důchodce

Je určen pro seniory, kterým jejich zdravotní stav a reálné schopnosti (soběstačnost) umožňuje poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách. Ubytování a základní péče je poskytnuta seniorům na základě jejich vyplněné žádosti. Seniorům jsou tu plněny jejich základní potřeby, a zároveň jsou zde vytvořeny podmínky pro rozvoj kulturního a společenského života. (1)

6.7. Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)

Je specializované lůžkové zdravotnické zařízení, které slouží k rekonvalescenci seniorů – léčebná, ošetrovatelská a rehabilitační péče poskytovaná týmem specialistů. Je tu neustále plný stav klientů a také nedostatečná kapacita. Senioři jsou zde hospitalizováni po různé dlouhou dobu. Někteří týdny, jiní roky. (1)

Výzkumná část

Výzkumné záměry

Výzkumný záměr 1: Většina seniorů ve výzkumném vzorku je v ústavním zařízení proto, že rodina o ně odmítá pečovat.

Výzkumný záměr 2: Více než polovina rodin navštěvuje seniora méně než párkrát měsíčně.

Výzkumný záměr 3: Většina rodin se na péči o seniora žijícího v ústavním zařízení nepodílí.

Výzkumný záměr 4: Kontakt s rodinou má pozitivní vliv na náladu seniora.

1. Metodika výzkumu

1.1. Metoda výzkumu a výzkumný vzorek

Pro získání dat jsem použila metodu dotazníku. Ten obsahuje 19 otázek a je zcela anonymní (viz Příloha A). Použila jsem tyto typy otázek: otevřené, polouzavřené, filtrační, identifikační a uzavřené – dichotomické, polytomické výčtové a výběrové. Otázky jsou zaměřeny na důvod pobytu seniora v instituci, na zájem rodiny o něj a na vliv rodiny na seniora.

Výzkumným vzorkem pro mou práci bylo 63 respondentů ve věku nad 65 let, bez rozdílu pohlaví. Výběr tohoto vzorku jsem provedla metodou randomizace. Výzkum jsem zaměřila pouze na soběstačné a částečně soběstačné seniory jednak, abych vyloučila, že důvodem pro umístění seniora do ústavu není pouze nesoběstačnost, a aby respondenti mohli vyplnit můj dotazník sami. Soběstačnost respondentů jsem ověřila pomocí Barthelova testu základních všedních činností (viz Příloha B).

1.2. Sběr dat

Výzkum probíhal během měsíce ledna 2010 ve třech institucích. Zvolila jsem Penzion pro seniory, Dům s pečovatelskou službou a LDN v Mladé Boleslavi.

V Penzionu pro seniory jsem se obrátila na ředitelku této instituce, která mi výzkum povolila. Předala jsem jí tedy 20 dotazníků s Barthelovými testy. Z důvodu studu a nedůvěry klientů vyplnili dotazníky respondenti o samotě a předali zdravotnickému personálu, ten následně ředitelce, která mě kontaktovala a vyplněné dotazníky mi předala. V Domě s pečovatelskou službou jsem aktivně spolupracovala s koordinátorkou služby Tísňová péče pro seniory, která mi pomohla vybrat odpovídající respondenty. Především z důvodu získání důvěry jsme nejprve obešli jednotlivé respondenty spolu. Po jejich souhlasu jsme se domluvili na dni a času mé návštěvy. Těmto seniorům, pokud splnili mnou stanovené podmínky (uvedeny výše), jsem předala dotazník k vyplnění a později jsem se pro něj stavila. LDN je detašovaným oddělením Oblastní nemocnice v Mladé Boleslavi, proto jsem zde mohla výzkum provést až po souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, primáře a vrchní sestry LDN. Sběr dat zde probíhal obdobně, jako v předchozích dvou institucích.

1.3. Zpracování dat

Návratnost dotazníků byla 100 % a všechny byly vyplněny správně, a tedy zařazeny do výzkumu a zpracování dat. Pro přehlednou interpretaci výsledků jsem vytvořila tabulku a/nebo graf v programu MS Excel a MS Word 2007 ke každé otázce. Analýza a zpracování dat proběhlo metodou absolutní a relativní četnosti dle vzorce: $f_i = (n_i / n) \times 100$, kde f_i

vyjadřuje relativní četnost, ni absolutní četnost a n celkový počet respondentů. Otevřené otázky jsem pro přehlednost shrnula do jednotlivých tabulek, v nichž jsem použila tyto zkratky: PS (Penzion pro seniory), DPS (Dům s pečovatelskou službou) a LDN (Léčebna dlouhodobě nemocných).

2. Interpretace výsledků

Barthelův test

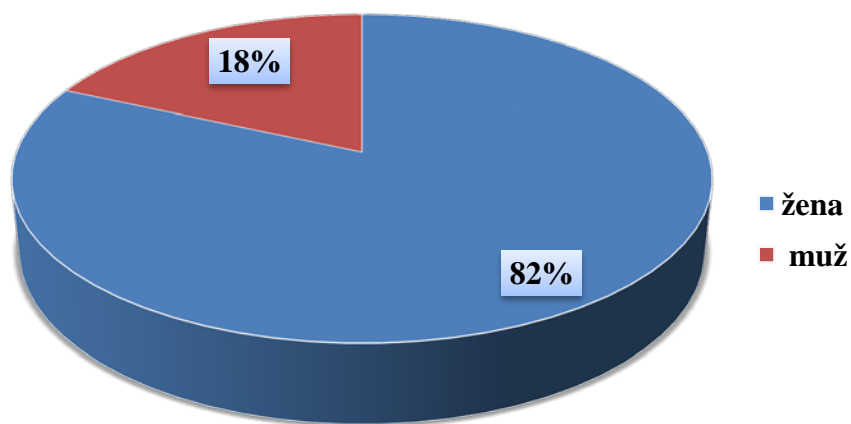
Tab. 1 Stupeň závislosti respondentů

Stupeň závislosti	Počet bodů	ni	fi [%]
nezávislost	96 – 100	15	24
lehká závislost	65 – 95	45	71
závislost středního stupně	45 - 60	3	5
n		63	100

(17)

Tento test jsem použila pro určení soběstačných a částečně soběstačných seniorů, kteří můj dotazník následně vyplnili sami. Ve všech třech institucích mi při výběru respondentů pomáhaly vedoucí pracovnice. Pouze ve třech případech byl součet bodů u těchto respondentů nižší, než 65 a to 60. Tito respondenti tedy dotazník nevyplňovali. Z 63 respondentů bylo 24 % (15) nezávislých, 71 % (45) lehce závislých a 5 % (3) se závislostí středního stupně.

Otázka č. 1: Vaše pohlaví?

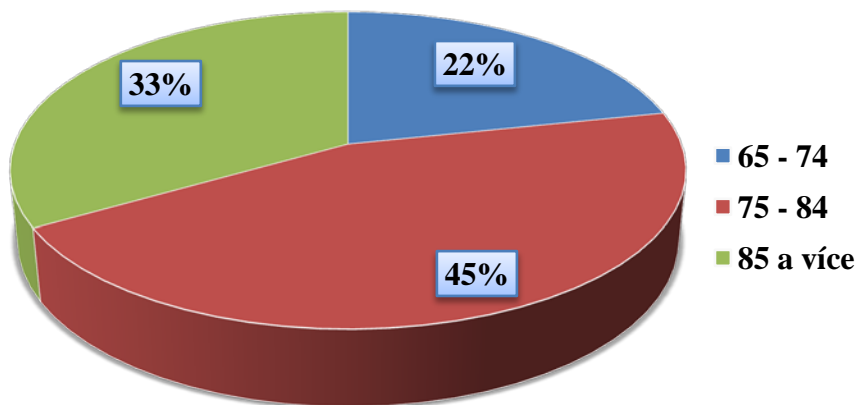


Obr. 1 Graf – pohlaví respondentů

Z celkového počtu 60 respondentů bylo 82 % žen (49) a 18 % mužů (11).

Otázka č. 2: Kolik Vám je let?

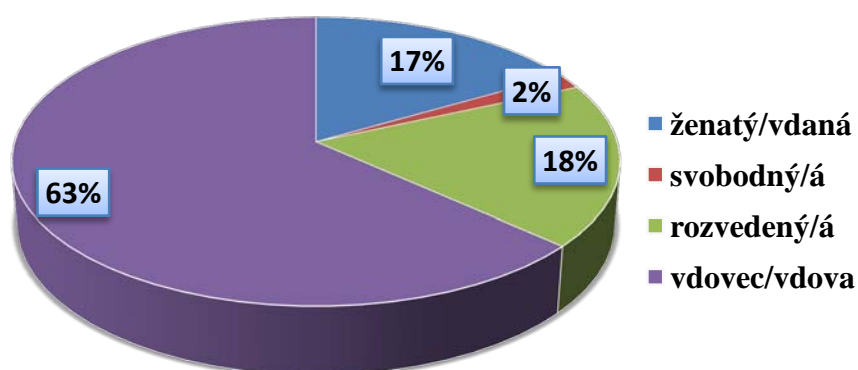
Seniory jsem rozdělila do tří věkových skupin podle Topinkové a Neuwirtha. Ve věku 65 – 74 let jsou mladí senioři, mezi 75 – 84 lety jsou senioři staří a velmi staří senioři jsou potom ve věku nad 85 let. (1, 3)



Obr. 2 Graf – věk respondentů

Ve věku 65 – 74 let bylo 22 % respondentů. Nejvíce respondentů, tedy 45 %, bylo ve věku 75 – 84 let a 33 % seniorů bylo starších 85 let.

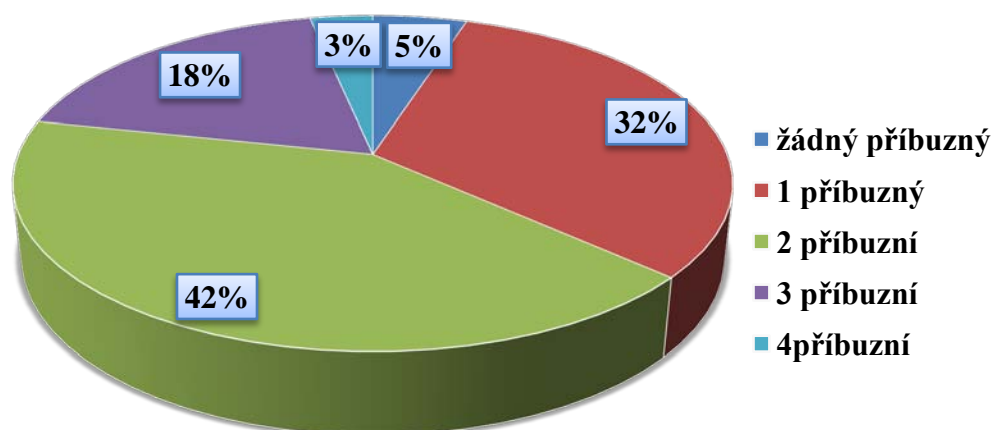
Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?



Obr. 3 Graf – rodinný stav respondentů

Z celkového počtu 60 respondentů je 17 % (10) ženatých/vdaných, 2 % (1) svobodný/á, 18 % (11) rozvedených a 63 % (38) je vdovcem/vdovou.

Otázka č. 4: Které osoby tvoří Vaši rodinu?



Obr. 4 Graf – počet nejbližších příbuzných respondentů

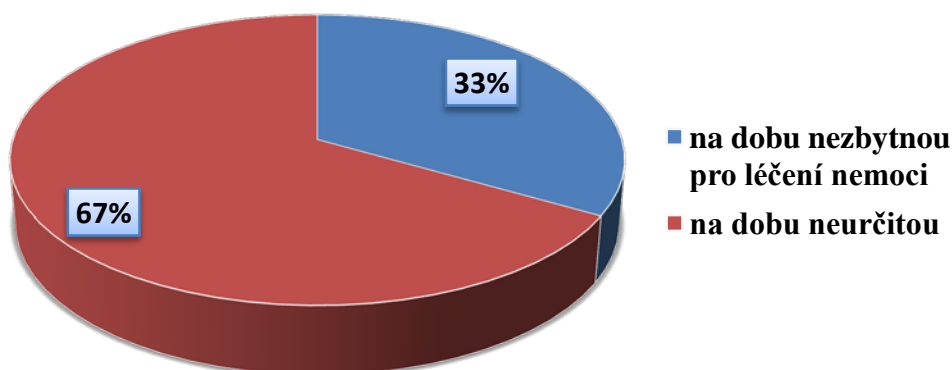
Z 60 respondentů má 42 % (25) dva nejbližší příbuzné, 32 % (19) jednoho, 18 % (11) tři a 3 % (2) respondentů má 4 příbuzné. Žádného příbuzného nemá 5 % (3) dotázaných.

Tab. 2 Osoby, které tvoří rodinu respondenta

Rodinní příslušníci	ni
syn	53
dcera	41
manželka	5
manžel	5
sestra	3
bratr	3
žádní příbuzní	3

Nejčtetnějším rodinným příslušníkem (viz Tab. 2) v rodinách 60 respondentů je syn (53krát), dále dcera (41krát). 10 respondentů je ženatých/vdaných. Dále byli uváděni sourozenci (sestru, bratra) a to celkem 6krát a 3 dotázaní nemají žádné příbuzné, proto jsem je vyloučila z dalšího zpracování dat.

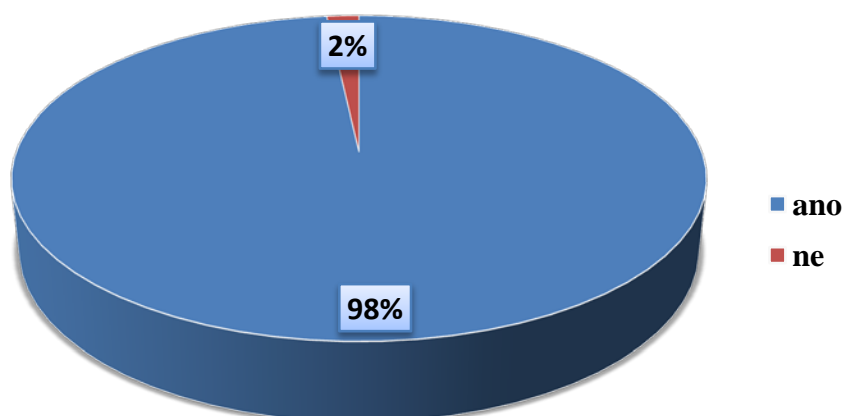
Otázka č. 6: Na jak dlouhou dobu jste byl/a do tohoto zařízení přijat/a?



Obr. 5 Graf – délka pobytu respondentů v instituci

Na dobu nezbytnou pro léčení nemoci bylo přijato do instituce 33 % (20) respondentů a zbylých 67 % (40) na dobu neurčitou. Další dvě možnosti odpovědí nezvolil žádný z respondentů. Byla to možnost: dokud si mě rodina, která se o mě stará, nevezme domů a možnost: jiné. Odpovědi respondentů byly ovlivněny institucí, ve které se nacházeli.

Otázka č. 7: Znáte důvod svého pobytu v tomto zařízení? Pokud ANO, jaký je to důvod?



Obr. 6 Graf – znalost respondentů o jejich důvodu pobytu v ústavním zařízení

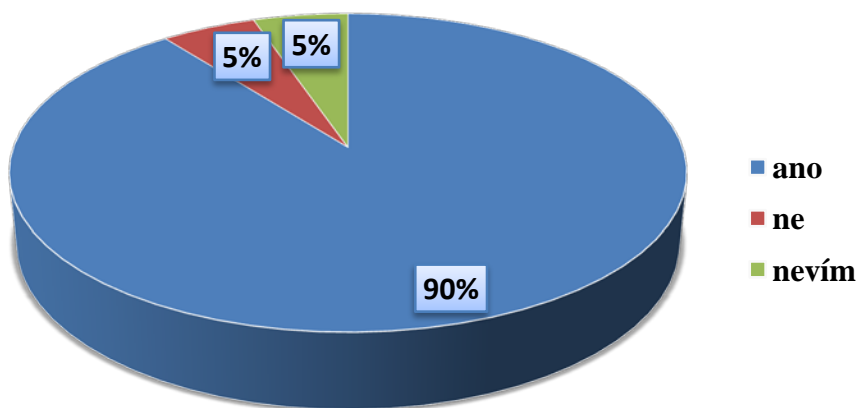
Z celkového počtu 57 respondentů 98 % (56) zná důvod svého pobytu v tomto zařízení a jen 2 % (1) jej nezná.

Tab. 3 Důvod pobytu respondentů v instituci

Důvod pobytu	PS	DPS	LDN	Počet respondentů	
				ni	fi [%]
zdravotní důvody (RHB, po úraze, doléčení nemoci, kompletní péče, tlumení velkých bolestí)	5	2	18	25	45
nesoběstačnost, osamělost, potřeba pomoci	8	7	0	15	27
na vlastní žádost	6	8	0	14	25
„nechci do domova důchodců“	0	2	0	2	3
n	19	19	18	56	100

V tabulce (Tab. 3) a jsou uvedeny odpovědi (důvody pobytu seniorů v jednotlivých institucích) respondentů, které jsem sloučila do těchto celků. 45 % dotázaných uvedlo zdravotní důvody, 27 % je v ústavním zařízení z důvodu nesoběstačnosti či osamělosti. 25 % respondentů uvedlo na vlastní žádost a 3 % doslova napsali: „Nechci do domova důchodců.“

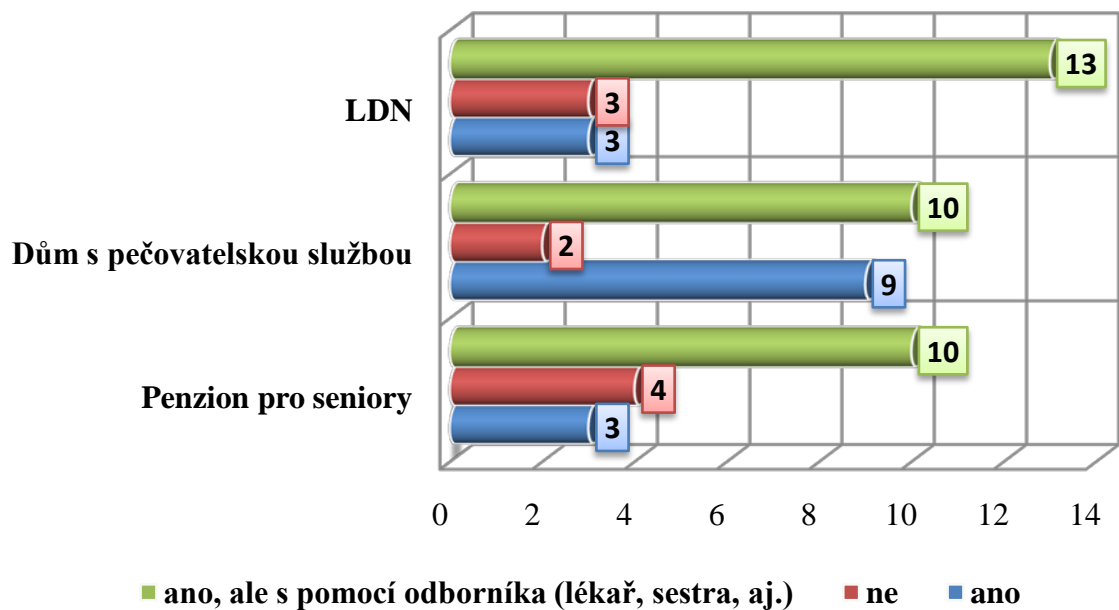
Otázka č. 8: Myslíte si, že Vaše rodina dobře zná Váš zdravotní stav?



Obr. 7 Graf – znalost zdravotního stavu respondenta rodinou

90 % (51) respondentů si myslí, že jejich rodina zná jejich zdravotní stav a 5 % (3), že nezná. 5 % (3) dotázaných nevědělo, zda jejich rodina zná jejich zdravotní stav.

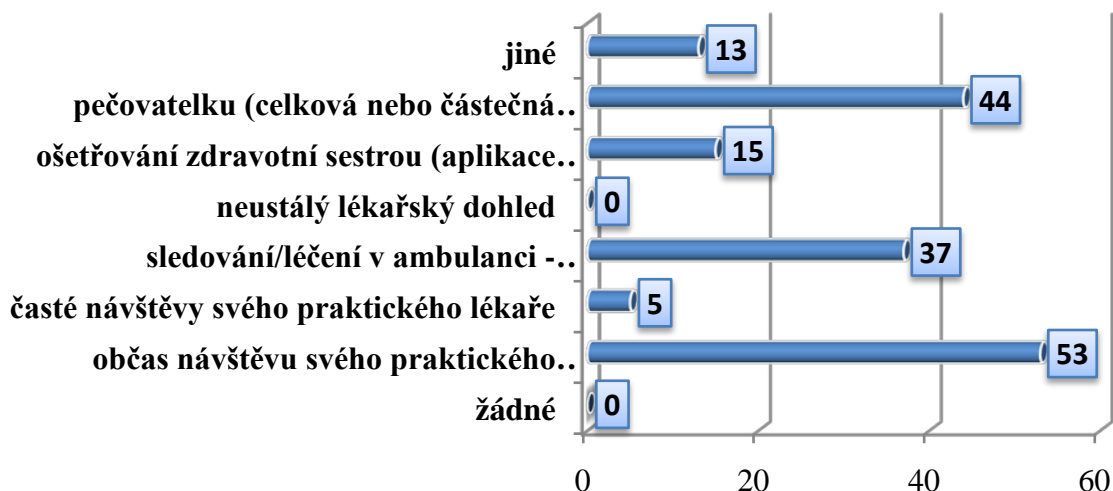
Otázka č. 9: Domníváte se, že by Vám Vaše rodina byla schopna sama zajistit potřebnou péči?



Obr. 8 Graf – zajištění potřebné péče respondentovi rodinou

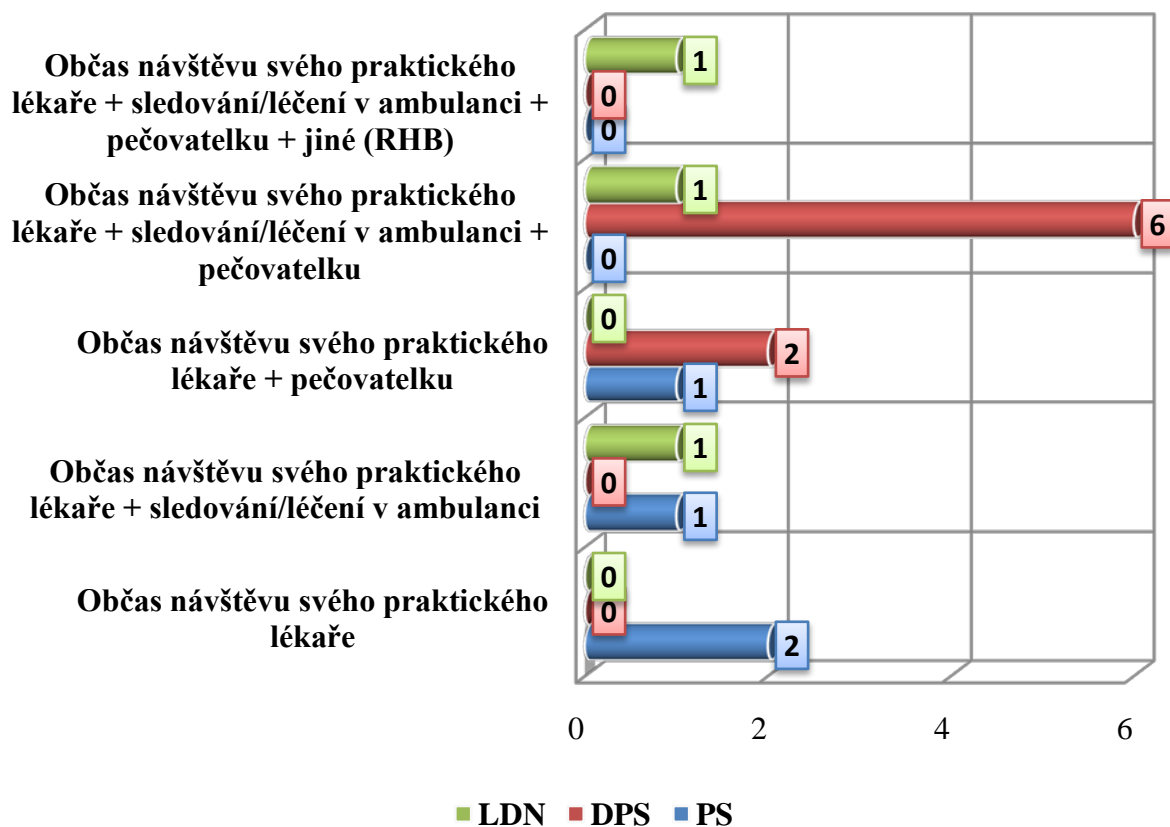
U této otázky odpovědělo 26 % (15) respondentů ano, jejich rodina by byla schopna zajistit jim potřebnou péči. U 16 % (9) dotázaných nebyla a 58 % (33) dotázaných se domnívá, že by jejich rodina potřebnou péči zajistila s pomocí odborníka.

Otázka č. 10: Pokud byste byl/a doma, jaké zdravotní nebo sociální zajištění byste potřeboval/a? Označte jednu i více odpovědí.



Obr. 9 Graf – sociální či zdravotní zajištění respondenta doma

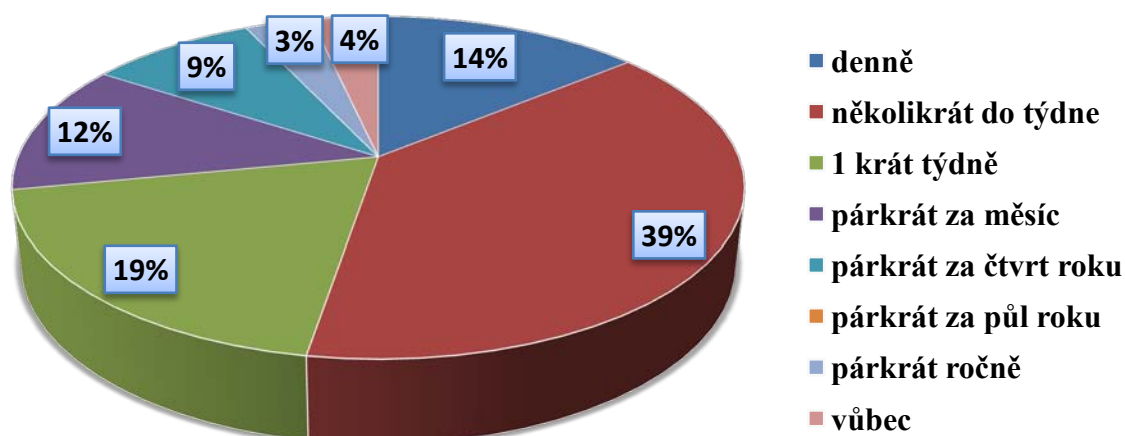
U této otázky byla možnost více odpovědí, pro jsou uvedena absolutní čísla. Možnost odpovědi žádné zajištění nezvolil nikdo z respondentů. Občas návštěvu svého praktického lékaře by potřebovalo 53 respondentů. Časté návštěvy svého praktického lékaře by potřebovalo 5 respondentů. Být sledován/léčen v ambulanci by bylo nutné u 37 seniorů. Žádný respondent nepotřebuje neustálý lékařský dohled. Ošetřování zdravotní sestrou by bylo nutné u 15 respondentů a pečovatelka u 44 seniorů. Jiné zajištění péče, a to rehabilitační, by bylo potřeba u 13 respondentů.



Obr. 10 Odpovědi ANO na otázku č. 9 a odpovědi na otázku č. 10 u těchto respondentů

Pro zajímavost jsem v grafu (viz Obr. 10) zobrazila odpovědi na otázku č. 9 a 10, tedy potřeby respondentů, kteří by mohli být ošetřováni doma. V Penzionu pro seniory by potřebovali zajistit 2 respondenti jen občas návštěvu svého praktického lékaře, 1 senior tuto návštěvu u lékaře a být sledován/léčen v ambulanci a 1 občas návštěvu praktického lékaře a pečovatelku. V Domě s pečovatelskou službou by 2 respondenti potřebovali občas návštěvu svého praktického lékaře a pečovatelku, dalších 6 seniorů návštěvu praktického lékaře, sledování/léčení v ambulanci a pečovatelku. V léčebně dlouhodobě nemocných by 2 respondent potřeboval občas návštěvu svého praktického lékaře a sledování/léčení v ambulanci, 1 senior návštěvu praktického lékaře, sledování/léčení v ambulanci a pečovatelku a 1 návštěvu praktického lékaře, sledování/léčení v ambulanci, pečovatelku a rehabilitační péči.

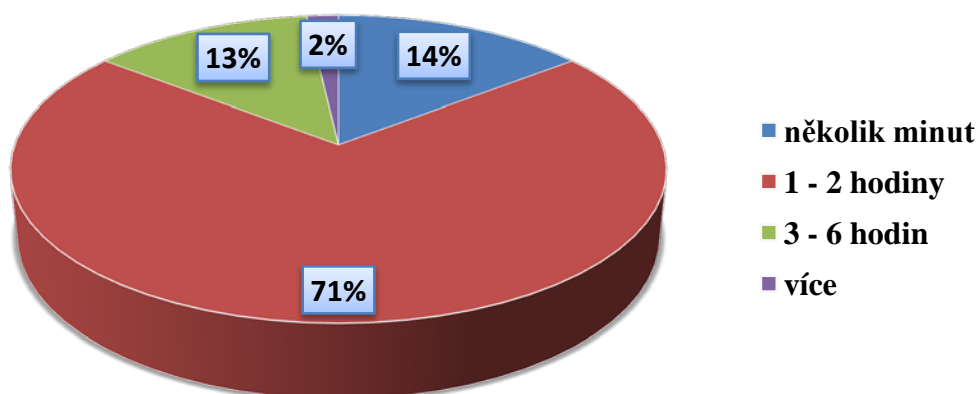
Otázka č. 11: Jak často se scházíte s Vaší rodinou?



Obr. 11 Graf – četnost návštěv respondenta rodinou

Denně se schází se svou rodinou 14 % (8) respondentů, několikrát do týdne 39 % (22), 1 krát týdně 19 % (11), párkrát za měsíc se schází 12 % (7), párkrát za čtvrt roku 9 % (5) a párkrát ročně 3 % (2) dotázaných. Se svou rodinou se vůbec neschází 4 % (5) respondentů. Po této otázce jsem vyloučila z výzkumu 2 dotazníky.

Otázka č. 12: Jak dlouho trvá návštěva Vaší rodiny?



Obr. 12 Graf – délka návštěvy u respondenta rodinou

Několik minut trvá návštěva u 14 % (8) respondentů. Nejčastěji, u 71 % (39) respondentů, zůstává rodina u seniora 1 – 2 hodiny. 3 – 6 hodin bývá dlouhá návštěva u 13 % (7) respondentů a u 2 % (1) trvá 12 hodin.

Otázka č. 13: Kdo za Vámi nejvíce chodí?

Tab. 4 Nejčastější návštěvy za respondenty

Rodinní členové	ni
syn/synové	15
všichni, střídají se	14
dcera/dcery	13
vlastní děti (dcera, syn)	8
manžel a synové	2

V tabulce (viz Tab. 4) vidíme rodinné členy, kteří nejčastěji navštěvují seniory. 15 dotázaných uvedlo, že za nimi chodí nejvíce syn/synové, 14 respondentů uvedlo všechny rodinné členy, kteří se na návštěvách střídají. Dcera/dcery navštěvují 13 respondentů, za 8 chodí nejvíce děti (dcera, syn) a za 2 dotázanými chodí manžel se syny. Další uváděné možnosti byly například kamarádi, sousedé, vnuci/vnučky, a další, které do tabulky neuvádím, protože to nejsou nejbližší členové rodiny respondentů.

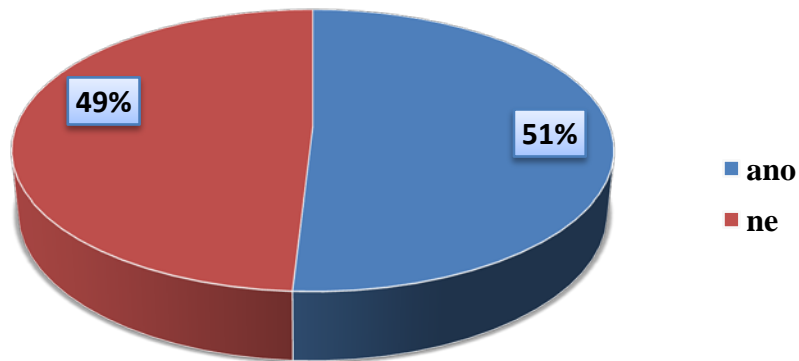
Otázka č. 14: Jaký člen rodiny je Vám nejbližší? (Ke komu máte nejbližší vztah?)

Tab. 5 Nejbližší členové rodiny dotázaných

Rodinní členové	ni
všichni	21
syn/synové	17
dcera/dcery	13
manžel/ka	2
sourozenci	2

V tabulce (viz Tab. 5) vidíme členy rodiny, uvedené respondenty, ke kterým mají nejbližší vztah. 21 dotázaných uvedlo ke všem, 17 k synovi/synům, 13 ke dceři/dcerám, 2 k manželovi/manželce a 2 k sourozenci.

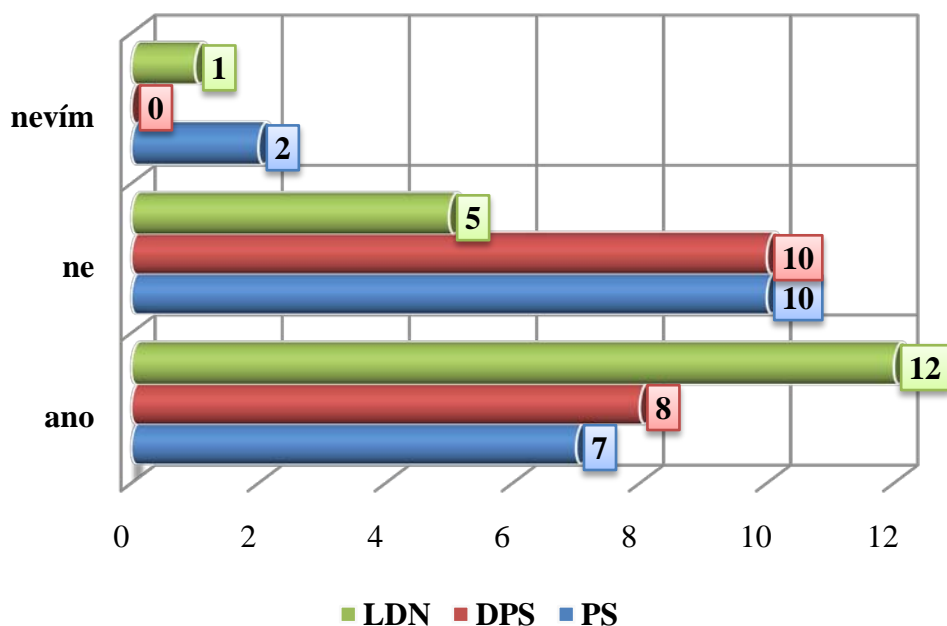
Otázka č. 15: Bere si Vás rodina někdy domů? Pokud ANO, jak často a na jako dlouho?



Obr. 13 Graf – pobyt respondenta u rodiny doma

Z 55 respondentů bývá u rodiny doma 51 % (28) respondentů a 49 % (27) seniorů ne. Důvody, proč nechtějí na návštěvu k rodině domů jsou: náročná cesta nebo proto, že nechtějí obtěžovat/zatěžovat své blízké. Téměř všichni, kteří bývají na návštěvě u rodiny, jezdí na rodinné oslavy a svátky (zejména na Vánoce). 1 respondentka jezdí s rodinou na chatu každý víkend, podle jejího zdravotního stavu.

**Otázka č. 16: Spolupracuje Vaše rodina v péči o Vás se zdravotnickým personálem?
Pokud ANO, vypište prosím činnosti, které u Vás rodina dělá.**



Obr. 14 Graf – Spolupráce rodiny a ošetřujícího personálu

Podle vyjádření respondentů, spolupracuje s ošetřujícím personálem na péči o něj 52 % (27) rodin a 42 % (25) nespolupracuje. 6 % (3) dotázaných neví, zda jejich rodiny se zdravotnickým personálem spolupracují.

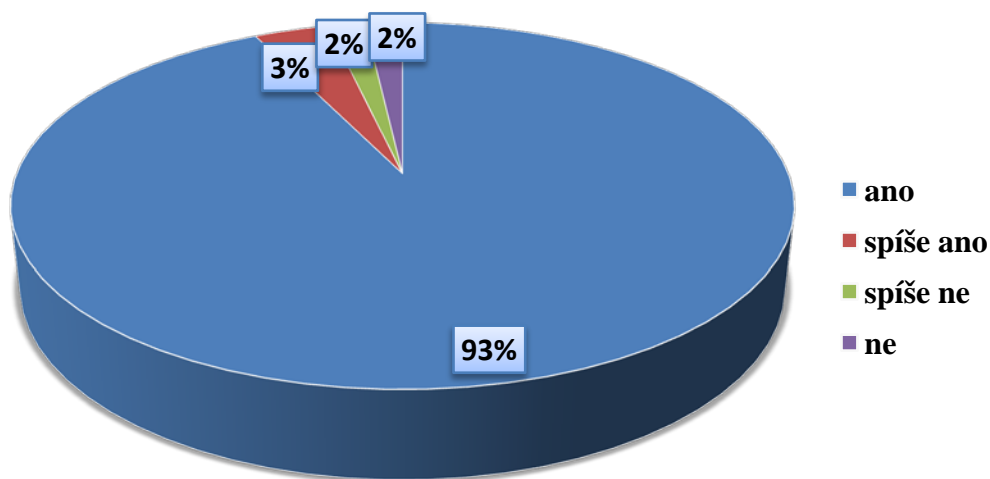
Na grafu (viz Obr. 14) vidíme spolupráci rodiny a personálu v jednotlivých zařízeních. V PS spolupracuje rodina u 7 dotázaných, u 10 nespolupracuje a 2 respondenti nevěděli. V DPS spolupracuje rodina u 8 respondentů a u 10 nespolupracuje. V LDN spolupracuje rodina u 12 respondentů, u 5 nespolupracuje a 1 dotázaný nevěděl.

Tab. 6 Činnosti, na kterých spolupracuje rodina se zdravotnickým personálem

Jednotlivé činnosti	PS	DPS	LDN	ni
nakupování a zajištění jídla	5	7	4	16
praní prádla	2	2	11	15
koupání	2	4	2	8
úklid	4	3	0	7
zajištění léků	3	2	0	5
doprovod k lékaři	3	1	0	4
RHB cviky	0	0	1	1

V tabulce (Tab. 6) jsou vypsány činnosti, na kterých spolupracuje rodina se zdravotnickým personálem. Nejčtenější činností je nakupování a zajištění jídla – 13krát, dále praní prádla – 12krát, 4krát byl uvedený úklid i koupání, 3krát doprovod k lékaři, 2krát zajištění léků i RHB cviky.

Otázka č. 17: Zlepšuje Vám kontakt s rodinou (návštěva, telefonát, SMS zpráva, aj.) náladu?



Obr. 15 Graf – zlepšení nálady respondenta po kontaktu s rodinou

Po kontaktu s rodinou se zlepší nálada 93 % (51) respondentů a 3 % (2) se spíše zlepší. Náladu se nezlepší 2 % (1) dotázaných a 2 % (1) spíše nezlepší.

Otázka č. 18: Jaké konkrétní pocity ve Vás přítomnost rodiny vzbuzuje? Označte jednu, i více odpovědí.

Tab. 7 Pocity, které rodina v respondentovi vyvolává

Pocity seniora	ni
radost, štěstí	51
jiné pocity: <ul style="list-style-type: none">• hektické pocity• vzpomínky• spokojenost (5 krát)• pohodu• špatné vzpomínky, není na ně spolehnutí• stesk• důvěru	11
mrzutost	3
úzkost	1
lhostejnost	1

U této otázky byla možnost více odpovědí, proto v tabulce (Tab. 7) uvádím absolutní čísla. Nejčastěji, tedy 51 respondentů má pocity radosti a štěstí. Mrzutost cítí 3 dotázaní, úzkost 1 a stejně tak i lhostejnost pocítuje 1 respondent. Možnost jiné pocity zvolilo 11 respondentů - 5 z nich uvedlo spokojenost, dále byly uvedeny vzpomínky, důvěra, stesk a jiné pocity, viz Tab. 7. K této otázce měli respondenti také možnost připojit svůj komentář, který uvádím v diskuzi.

Otázka č. 19: Můžete vlastními slovy popsat, co pro Vás rodina dělá?

Tab. 8 Činnosti rodin pro respondenty

Činnosti rodiny	Počet respondentů	
	ni	fi [%]
„Vše.“ / „Vše, co potřebuji.“	35	64
„Co je v jejich silách.“	7	13
„Podpora - osobně, nebo i telefonicky.“	4	7
„Odvezení a doprovod k lékaři.“	2	3
„Nic.“	2	3
„Navštěvují mě a berou si mě na svátky k sobě domů.“	1	2
„Mají zájem o můj zdravotní stav, pomohou s úklidem a nákupem.“	1	2
„Rodina mi občas pomáhá - dává mi malé dárky a jídlo.“	1	2
„Já od nich nevyžaduji nic, sami mají hodně starostí, a když si nevím rady, máme svoji zdravotnici na poschodí, která mi pomůže, a zároveň si spolu i popovídáme.“	1	2
„Jen ty návštěvy.“	1	2
n	55	100

Z 55 respondentů odpovědělo 64 % (35), že pro ně dělá rodina vše/vše, co potřebují. 13 % (7) respondentů uvedlo, že pro ně dělá rodina to, co je v jejich silách. Dalších 7 % (4) dotázaných rodina podporuje osobně či telefonicky. 3 % (2) respondentů rodina doprovází k lékaři. Pro 3 % (2) respondentů nedělá rodina nic. Další odpovědi se vyskytly u 2 % (1) dotázaných: „Navštěvují mě a berou si mě na svátky k sobě domů.“, „Mají zájem o můj zdravotní stav, pomohou s úklidem a nákupem.“, „Rodina mi občas pomáhá - dává mi malé dárky a jídlo.“, „Já od nich nevyžaduji nic, sami mají hodně starostí, a když si nevím rady, máme svoji zdravotnici na poschodí, která mi pomůže, a zároveň si spolu i popovídáme.“ a „Jen ty návštěvy.“

3. Diskuze

Po analýze získaných dat z dotazníků jsem dospěla k následujícím výsledkům. Respondenti byli nejčastěji ve věku 75 – 84 let, podle rozdělení věkových skupin po desetiletých etapách podle Topinkové a Neuwirtha tedy senioři staří (1, 3). Zastoupení žen ve výzkumném vzorku činilo 82 %. Tento fakt přisuzuji tomu, že se ženy obecně dožívají vyššího věku a ve výše zmíněné věkové skupině populace převažují. 63 % respondentů bylo vdovou/vdovcem, z čehož vyplývá, že samota bude patřit k častým důvodům jejich rozhodnutí pro odchod do ústavního zařízení. Mezi osoby, které tvoří rodinu seniora, patří v sestupné posloupnosti nejčastěji syn, dále dcera, manžel/ka a sourozenci. Celkem 8 % (5) respondentů uvedlo, že nemají žádnou rodinu nebo se s nimi nestýkají, a proto jsem je z dalšího zpracování dat vyloučila. V interpretaci výsledků neuvádím otázku č. 5, která slouží pouze pro mou lepší orientaci mezi dotazníky (místo výzkumu – PS, DPS nebo LDN).

Výzkumný záměr 1: Většina seniorů ve výzkumném vzorku je v ústavním zařízení proto, že rodina o ně odmítá pečovat.

K tomuto výzkumnému záměru se přímo vztahuje otázka č. 7 a nepřímě otázky č. 6, 9 a 10.

Poměrná většina seniorů (45 %) je v ústavním zařízení ze zdravotních důvodů - tento výsledek je ovšem velmi ovlivněn respondenty z LDN, kteří mají tento důvod jako hlavní/jediný. Vyrovnané výsledky, 25 % a 27 %, jsou u odpovědí na vlastní žádost a z důvodu nesoběstačnosti (potřeby pomoci s každodenními domácími činnostmi) u respondentů z ostatních dvou institucí. Pouze jeden dotázaný nezná důvod svého pobytu v dané instituci.

Podle vyjádření respondentů by byla rodina schopná zajistit péči v domácím prostředí 26 % z nich. 16 % se k této možnosti vyjádřilo nesouhlasně a 58 % dotázaných se domnívá, že by jejich rodina potřebnou péči zajistila s pomocí odborníka. Podle výsledků, by tedy mohlo být doma 84 % respondentů. Jako nejčastější potřeby, které by jim měly být zabezpečeny, aby mohli zůstat doma, respondenti uvádějí návštěvu praktického lékaře, občasné sledování/léčení v ambulanci a přítomnost/docházení pečovatelky. Myslím si, že tyto požadavky mohou být dnes díky rozvoji sociálních služeb poměrně snadno uspokojeny - nejsou tedy nezbytným důvodem pro jejich odchod do ústavu. Za všechny poskytované služby, které seniorovi lze zajistit, jmenuji alespoň „Pomoc při osobní hygieně či Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – doprovod k lékaři“, pro další služby viz literatura: Ceník - Služby poskytované v domácnosti uživatele online (17). V případě, kdy

rodina bydlí příliš daleko od svého blízkého nebo je příliš časově vytížená, je možné zajistit seniorovi určité sociální služby, aby mohl zůstat doma. Tyto služby jsou však, podle jejich množství a náročnosti, spojeny s určitými peněžními náklady a je potřeba, aby se rodina na jejich úhradě se seniorem podílela.

Zjištění, že 25 % respondentů ve výzkumném vzorku je v ústavu (se sociálním zaměřením) čistě z vlastního rozhodnutí, je velmi povzbudivé, neboť svědčí o tom, že jejich rodiny jsou často jen neprávem odsuzovány za to, že se svých nejstarších členů doslova zbavily. I takové případy nelze vyloučit, přestože se v dotaznících neprojevily – jsou mi známy z vlastní zkušenosti a z rozhovorů se zdravotnickým personálem.

Má domněnka o neochotě rodiny pečovat o seniory se tedy nepotvrdila.

Výzkumný záměr 2: Více než polovina rodin navštěvuje seniora méně než párkrát měsíčně.

K tomuto výzkumnému záměru se přímo vztahuje otázka č. 11 a nepřímo otázky č. 8, 12, 13 a 14.

Nadpoloviční většinu respondentů navštěvují jejich rodiny častěji, než bylo předpokládáno. Denně probíhají návštěvy dokonce u 14 % respondentů. Několikrát do týdne potom u 37 % a 1krát týdně u 18 % dotázaných. Párkrát za měsíc se tedy s rodinou schází 12 % seniorů, ještě méně často 11 %. Rodina nenavštěvuje 8 % respondentů. Zvolila jsem slovo „párkrát“ pro jeho konotaci (přídavný význam) „málo, málokrát“, abych nemusela explicitně uvádět „někdy 2krát, jindy 3krát“, a přesto dosáhla srozumění s respondentem. Tyto výsledky mě mile překvapily, především podstatné procento denních návštěv - na odděleních v nemocnici jsem se totiž dosud setkávala pouze s návštěvami občasnými nebo s úplným nezájmem rodiny o svého blízkého.

Návštěvy rodiny trvají nejčastěji, tedy u 71 % respondentů, 1 – 2 hodiny. Pro zajímavost jsem porovnála otázky na četnost návštěv a dobu, kterou na nich rodina stráví. Nejčastěji byla uvedena tato kombinace: při návštěvě několikrát do týdne stráví rodina u seniora 1 – 2 hodiny. Myslím si, že je to přiměřená doba, pokud jsou návštěvy takto časté.

Z rodinných příslušníků chodí za seniory nejvíce synové, na druhém místě jsou uváděni různí členové rodiny bez rozlišení (víceméně rovnoměrně se střídají) a třetí nejčastější odpovědi jsou dcery. Navštěvují je také vnuci/vnučky a kamarádi. Největší počet respondentů přitom uvádí, že nejbližší vztah mají bez rozdílu k celé rodině, a vztah k vlastním dětem (dcera a syn), kteří se o respondenty zpravidla starají nejvíce, se objevuje až na druhém místě. Tento výsledek odráží mnou vypočítaný fakt, že senior začne brát péči těch, kteří se mu

nejvíce věnují, jako samozřejmost a přestane je odměňovat svou vděčností – tu naopak projeví při návštěvě méně vídaného člena rodiny. V závěru se pokusím navrhnout pro tuto situaci řešení.

90 % respondentů si myslí, že rodina zná jejich zdravotní stav, 5 % myslí, že ne, a 5 % respondentů nevědělo, zda je rodina s jejich zdravím obeznámena. Tento výsledek je velmi pozitivní a svědčí pro zájem rodiny o své starší blízké. Jejich důvody mohou být ovšem různé. Věřím ale, že zájem rodiny je upřímný.

Má domněnka, z níž tento výzkumný záměr vychází, se tedy nepotvrdila.

Výzkumný záměr 3: Většina rodin se na péči o seniora žijícího v ústavním zařízení nepodílí.

K tomuto výzkumnému záměru se vztahují otázky č. 15 a 16.

Zajímavé je, že výsledky otázky, zda si respondenty bere rodina někdy domů, jsou vyrovnané, tedy 51 % ano, bere, a 49 % ne. Většinou respondenti uváděli, že si to ani nepřejí, protože cesta je pro ně velmi náročná a že nechtějí zatěžovat své blízké. Téměř všichni, kteří jezdí na návštěvy k rodině, tak činí v době rodinných oslav a svátků, zejména na Vánoce. Jedna respondentka dokonce jezdí s rodinou na chatu každý víkend, pokud to její zdravotní stav dovoluje.

Dále 49 % dotázaných uvedlo, že rodina se zdravotnickým personálem spolupracuje, podle 45 % z nich nespolečně a 6 % neví. Nejčastější činnosti, na kterých rodina spolupracuje, jsou praní prádla, zajištění stravy včetně nakupování a úklid. To jsou běžné denní úkony, které lze, třeba i s pomocí sociálních služeb, zajistit seniorovi doma, stejně tak, jako i jiné služby - viz též výzkumný záměr 1.

Výsledky nehovoří zcela jednoznačně ani pro potvrzení, ani pro vyvrácení mé domněnky.

Výzkumný záměr 4: Kontakt s rodinou má pozitivní vliv na náladu seniora.

K tomuto výzkumnému záměru se přímo vztahuje otázka č. 17, nepřímo otázka číslo 18 a 19.

Po kontaktu s rodinou se zlepšila nálada celkem 96 % respondentů. Po vzájemném kontaktu, příp. při pouhém pomyšlení na něj, se nálada naopak celkem 4 % z nich zhoršila. V otázce na pocity respondentů, které v nich přítomnost rodiny vzbuzuje, bylo možné označit více odpovědí. Odpovědi s pozitivními emocemi (z významového okruhu štěstí a radosti) byly vybrány celkem 58krát. Negativní emoce, např. mrzutost, byly uvedeny celkem 8krát. K této otázce měli respondenti také možnost připojit svůj komentář. Nejčastěji, 8krát, bylo uvedeno: „Těším se, až přijdou.“ V dalších odpovědích čteme např.: „Někdy mě štve.“, „Stýská se mi po domově, když je vidím.“, „Mám nádherné stáří díky mé velké rodině, rodina je mojí

motivací do života.“, „Mám rád legraci a s rodinou je tedy pořádná.“, „Nejsem samotář, a proto je mi smutno, navíc přicházím o přátele.“. Komentáře ukazují hodnotu, jakou mají pro seniory jejich blízcí – jsou často ztělesněním domova a životního štěstí.

V následující, otevřené otázce respondenti vlastními slovy popisovali, co pro ně rodina dělá. Mile mě překvapilo, že nejčastější odpovědi dotázaných bylo, že jim rodina zajišťuje vše, co potřebují. Na druhém místě co do četnosti pak figurují odpovědi typu „Rodina dělá, co je v jejích silách.“ a na třetím je uváděna osobní a telefonická podpora.

Má domněnka o pozitivním vlivu kontaktu seniora s rodinou se mi potvrdila.

Dojem nezájmu rodiny někdy vzniká neoprávněně. Pokud jako personál vidíme, že si příbuzní svého blízkého ani na svátky nevezmou domů, odsuzujeme je. Ale je třeba se zamyslet i nad tím, jestli je to rozhodnutí jejich či seniora samotného. Respondenti vypovídali, že kvůli četným zdravotním problémům nechtějí náročnou cestu k rodině domů podstupovat. Navíc představa, že celý den jen prosedí v křesle, nadměrně obsluhováni, a že se nebudou moci adekvátně zapojit ani do konverzace, protože neznají aktuální dění v rodině, se mnohým z nich nelíbí. Pokud se však budou senioři zdržovat jen v ústavu a nebudou se účastnit žádných společenských (a s rodinou sdílených) aktivit, dojde k jejich postupnému vyčleňování ze společnosti. Nejdůležitější roli zde tedy hraje komunikace, protože je nejsnazší cestou, jíž může senior rodinné záležitosti sdílet. Mnoho seniorů je odkázáno na jednostranný komunikační kanál, kterým jsou média. Větším obohacením pro ně bude, když informace z okolního prostředí budou moci okomentovat/rozebrat s námi - můžeme jim předat náš moderní vhled a upozornit je na rizika (například podvodníci). Určitě budou také rádi, když budou moci využít a předat tak své zkušenosti. Za nutnost tedy považují větší informovanost na obou stranách – upozorňovat společnost i seniory na „problematiku seniorů a stáří obecně“.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá úlohou rodiny v péči o seniory žijící ve vybraných ústavních zařízeních (penzion pro seniory, dům s pečovatelskou službou a léčebna dlouhodobě nemocných), úzeji účasti rodiny na situaci seniorů a hodnotícími postoji, které ke své rodině senior zaujímá. Podklady pro vyvození závěrů byly získány pomocí dotazníků vyplněných seniory ve 3 uvedených institucích (zastoupených ve výzkumu pokaždé právě jednou).

Výzkum byl motivován poznatkem, že v důsledku demografického stárnutí je současný nepříznivý postoj společnosti k seniorům neudržitelný. Moderní společnost je orientována na výkon, a ekonomicky neaktivní seniory tak vnímá především jako zátěž. Bude se však muset postupně vyrovnávat se stále vyšším podílem těchto lidí v populaci a měnit svůj poměr k nim – a tato změna musí začít na úrovni rodiny, neboť ta je základní jednotkou společnosti. Dobré mezigenerační vztahy v rodině jsou základem pro pozitivní charakter vztahů celospolečenských. (9)

Prvním cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou důvody pobytu seniorů v ústavních zařízeních. Byla tedy stanovena domněnka, že většina seniorů ve výzkumném vzorku je v ústavním zařízení proto, že rodina o ně odmítá pečovat. Výsledky výzkumu však ukázaly, že toto očekávání bylo mylné – naprostá většina seniorů odchází do takového ústavního zařízení, které není zaměřeno čistě zdravotnický (jako je tomu v případě LDN), z vlastního rozhodnutí a z důvodu osamělosti a/nebo nesoběstačnosti. To, že uvedené příčiny neukazují rodinu v negativním světle, je podpořeno výsledky druhého výzkumného cíle.

Druhým cílem této práce bylo zjistit, do jaké míry se rodina zajímá o seniora umístěného v ústavním zařízení. Předpokládala jsem, že více než polovina rodin navštěvuje seniora v ústavním zařízení méně než párkrát měsíčně, což výsledky výzkumu nepotvrdily. Poskytly naopak příjemný poznatek: rodina se o své starší blízké, zúčastněné na výzkumu, opravdu zajímá, u většiny respondentů byla návštěvnost častá, s přiměřenou dobou strávenou se seniorem. Navazující domněnka, že kontakt s rodinou má na náladu seniora pozitivní vliv, byla potvrzena, a můžeme tedy říci, že se větší míra zájmu rodiny odráží v kladných emocích respondentů.

Třetím cílem práce bylo zjistit, jak se rodina podílí na péči o seniora umístěného v ústavním zařízení. Předpokládala jsem, že se většina rodin se na péči o seniora v ústavním zařízení nepodílí. Zajímavé zjištění představuje fakt, že výsledné hodnoty pro možnosti

spolupracuje – nespolupracuje jsou téměř vyrovnané. Spolupráce rodiny respondentů s personálem však přece jen lehce převažuje, a to je jistě přínosem nejen pro samotné respondenty, ale i pro personál, u kterého je pomoc jednoznačně vítána.

Co se týče praktických výstupů, které mohu ze své práce vyvodit, doporučila bych všem rodinám seniorů v ústavních zařízeních, aby jejich členové preferovali častější návštěvy svého blízkého trávající kratší dobu, aby byl pozitivní efekt jejich návštěvy dobře rozložen v čase a obešel se bez únavy na obou stranách.

Výsledky výzkumu naznačují, že u 84 % respondentů by teoreticky připadala v úvahu domácí péče. Toto zjištění by mohlo být tématem pro další výzkumné šetření: jak se k tomuto tématu, tedy k péči o seniory v domácím prostředí, staví rodiny.

Tato práce je pro mě určitě velkým přínosem do pracovního i osobního života. Doslova mi otevřela oči. Patřila jsem totiž právě k té skupině lidí, co si myslí, že rodina odloží svého starého blízkého do ústavu, jako je PS, a jen zřídka jej navštíví. Výsledky výzkumu jsou, dle mého názoru, velmi povzbudivé a ukazují, že hodnoty, jako je láska a pomoc bližním, přetrvávají i v této náročné době.

Soupis bibliografických citací

1. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
2. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R.; a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
3. OPATRŇY, A. *Slovo 'stáří' zní skoro jako nadávka* [online]. Text úvodní přednášky ze Setkání křesťanských zdravotníků 2009 na téma: Péče o člověka na jeho životní cestě – stáří jako šance a úkol, které proběhlo v Praze v kostele svatého Karla Boromejského 16.5.2009 [cit. 2009-12-28].
Dostupný z WWW: < http://www.vira.cz/index1.php?sel_id=908>.
4. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 1. vyd. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2.
5. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
6. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
7. RHENWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
8. VESELÁ, R.; a kol. *Rodina a rodinné právo*. 1. vyd. Praha : Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 86432-48-3.
9. HANZLÍKOVÁ, A.; a kol. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-257-1.
10. NOVÁK, T. *Nyní jsme jedna rodina : kniha pro tchyně a snachy, tchány a zetě - příručka vzájemné tolerance v rodině*. 1. vyd. Praha : Motto, 1999. ISBN 80-7246-035-8.
11. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha : Scientia Medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.
12. SATIROVÁ, V. *Kniha o rodině*. 1. vyd. Praha : Práh, 1994. ISBN 80-901325-0-2.
13. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematická situace v péči o seniory : příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

14. GLOSOVÁ, D.; a kol. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno : ERA, 2006. ISBN 80-7366-057-1.
15. HORÁKOVÁ, V.; ŠUBRT, P. Odbor sociálních věcí. *Ročenka Mladá Boleslav 2009*, 2010, s. 16.
16. ŠUBRT, P. Kluby důchodců v Mladé Boleslavi hýjí aktivitou. *Boleslavan, Měsíčník statutárního města Mladá Boleslav*, 2010, roč. 14, č. 3, s. 14.
17. PEČOVATELSKÁ SLUŽBA MĚSTA MLADÁ BOLESLAV. *Ceník - Služby poskytované v domácnosti uživatele* [online]. Mladá Boleslav : Pečovatelská služba města Mladá Boleslav [cit. 2010-17-4].
Dostupný z WWW: < http://www.psmb.cz/sluzby/cenik_domacnost.php>.
18. TRACHTOVÁ, E.; a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN: 80-7013-324-4.
19. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematická situace v péči o seniory : příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. s. 90. ISBN 978-80-247-2170-5.
20. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. ISBN 159.92.

Seznam zkratk

ČALS – Česká Alzheimerovská společnost

TP – těžké postižení

ZTP – zvlášť těžké postižení

ZTP/P - zvlášť těžké postižení/průvodce

RHB - rehabilitace

PS – Penzion pro seniory

DPS – Dům s pečovatelskou službou

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

Obr. – obrázek

Tab. – tabulka

s. – strana

Neuvádím zde ustálené textové zkratky typu: tzv., aj., apod..

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Barthelův test

Příloha C: Kritéria, která uvedla ve známost Iva Holmerová

Příloha D: Pojmy – stáří, stárnutí a starý člověk

Příloha E: Tabulka vyplacených příspěvků v Mladé Boleslavi za rok 2009

Příloha A: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Pavlína Zitová a 3. rokem studuji v bakalářském programu obor všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění anonymního dotazníku k mé bakalářské práci na téma „Úloha rodiny v péči o seniory.“ Získané informace budou použity pouze pro účely této práce. Zakroužkujte prosím pouze jednu odpověď v každé otázce, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za Váš čas a ochotu k vyplnění mého dotazníku,

Pavlína Zitová.

1) Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2) Kolik Vám je let?

- a) 65 – 74
- b) 75 – 84
- c) 85 a více

3) Jaký je Váš rodinný stav?

- a) ženatý/vdaná
- b) svobodný/á
- c) rozvedený/á
- d) vdovec/vdova

4) Které osoby tvoří Vaši rodinu?

.....

.....

.....

5) Kde se momentálně nacházíte?

- a) Penzion pro seniory
- b) Dům s pečovatelskou službou
- c) LDN

6) Na jak dlouhou dobu jste byl/a do tohoto zařízení přijat/a?

- a) na dobu nezbytnou pro léčení nemoci
- b) dokud si mě rodina, která se o mě stará, nevezme domů
- c) na dobu neurčitou
- d) jiné.....

7) Znáte důvod svého pobytu v tomto zařízení? Pokud ANO, jaký je to důvod?

- a) ano.....
-
- b) ne

- 8) Myslíte si, že Vaše rodina dobře zná Váš zdravotní stav?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 9) Domníváte se, že by Vám Vaše rodina byla schopna sama zajistit potřebnou péči?
- a) ano
 - b) ano, ale s pomocí odborníka (lékař, sestra, aj.)
 - c) ne
- 10) Pokud byste byl/a doma, jaké zdravotní nebo sociální zajištění byste potřeboval/a?
Označte jednu i více odpovědí.
- a) žádné
 - b) občas návštěvu svého praktického lékaře
 - c) časté návštěvy svého praktického lékaře
 - d) sledování/léčení v ambulanci – interní, geriatrická, aj.
 - e) neustálý lékařský dohled
 - f) ošetřování zdravotní sestrou (aplikace injekcí, podávání léků, převazy ran, aj.)
 - g) pečovatelku (celková nebo částečná dopomoc - např.: při koupání, nakupování, apod.)
 - h) jiné.....
.....
- 11) Jak často se scházíte s Vaší rodinou?
- a) denně
 - b) několikrát do týdne
 - c) 1krát týdně
 - d) párkrát za měsíc
 - e) párkrát za čtvrt roku
 - f) párkrát za půl roku
 - g) párkrát ročně
 - h) vůbec

Pokud jste v otázce č. 11 odpověděl/a h) vůbec, nepokračujte dál ve vyplňování dotazníku. Děkuji za Váš čas a ochotu.

- 12) Jak dlouho trvá návštěva Vaší rodiny?
- a) několik minut
 - b) 1 – 2 hodiny
 - c) 3 – 6 hodin
 - d) více.....

- 13) Kdo za Vámi nejvíce chodí?
-

- 14) Jaký člen rodiny je Vám nejbližší? (Ke komu máte nejbližší vztah?)
-

15) Bere si Vás rodina někdy domů? Pokud ANO, jak často a na jak dlouho?

- a) ano -
- b) ne

16) Spolupracuje Vaše rodina v péči o Vás se zdravotnickým personálem? Pokud ANO, vypište prosím činnosti, které u Vás rodina dělá.

- a) ano:
.....
.....
.....
- b) ne
- c) nevím

17) Zlepšuje Vám kontakt s rodinou (návštěva, telefonát, SMS zpráva, aj.) náladu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

18) Jaké konkrétní pocity ve Vás přítomnost rodiny vzbuzuje? Označte jednu, i více odpovědí.

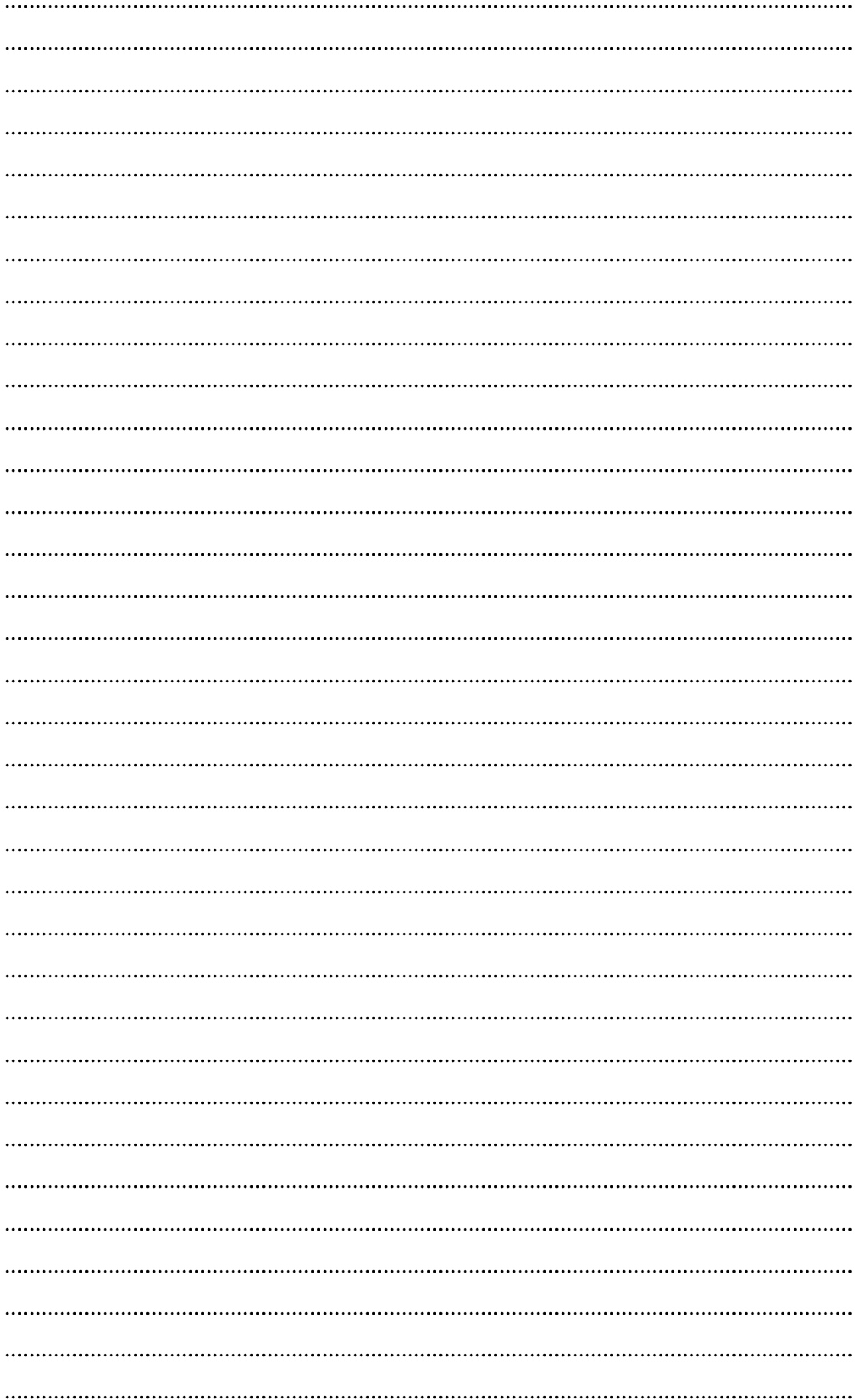
- a) radost, štěstí
- b) lhostejnost
- c) mrzutost
- d) úzkost
- e) jiné pocity.....

Chcete – li připojit svůj komentář k této otázce, můžete zde:

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

19) Můžete vlastními slovy popsat, co pro Vás rodina dělá?

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



Příloha B: Barthelův test základních všedních činností. (ADL - Activity Daily Living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení,napítí	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	0 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha C: Kritéria, která uvedla ve známost zakladatelka ČALS – Iva Holmerová:

- *„Je zařízení otevřené pro návštěvy bez omezení?*
- *Cítíte se při prohlídce zařízení příjemně a jste vstřícně přijímáni?*
- *Usmívají se pracovníci a dorozumívají se pohledem s klienty?*
- *Vypadá zařízení dobře, uklizeně, není tu něco nepříjemného cítit?*
- *Snažit se zařízení navštívit také v době podávání jídla, abyste viděli, že ti, kteří potřebují pomoc při jídle, ji také dostanou a jak se o ně personál stará.*
- *Podívejte se, jak funguje komunikace mezi jednotlivými pečujícími profesemi.*
- *Je možné umístit klienta pouze na zkoušku?*
- *Zeptejte se a nechte si ukázat jednotlivé aktivity, které jsou určeny klientům (kuchyňka, místnost pro ruční práce, dostatečné vybavení pro jednotlivé činnosti).*
- *Snaží se pečující podporovat co nejvíce samostatnost klientů?*
- *Jak se respektuje důstojnost seniorů? Jsou hezky upravení, jak je personál oslovuje?*
- *Snažte se komunikovat s co největším počtem zaměstnanců, na postoji k vám se nejlépe ukáže postoj ke klientům.*
- *Jak spokojeně klienti vypadají? Jsou spokojeni skutečně jako doma?*
- *Budete moci pohodlně a často seniora navštěvovat?“ (19)*

Příloha D: Pojmy - stáří, stárnutí a starý člověk

1. Stáří

Jako starší lidé jsou často nazýváni lidé ve třetím věku života. První věk je tedy dětství a druhý věk dospělost. Na stárnutí, jako plynulý proces života, se můžeme dívat z pohledu biologického, psychologického, sociálního a dalších. Každý z nich se na stáří dívá a popisuje jej jinak. Biologickou problematikou stárnutí se dnes zabývá geriatric a gerontologie. Z psychologického hlediska můžeme sledovat emoční stav seniorů, změny v osobnosti jedince a mnoho dalších psychických funkcí. Sociologie zkoumá postavení seniorů ve společnosti. Stáří je přirozený úsek v ontogenetickém vývoji člověka. Je to konečná časová etapa života. Obvyklý obraz stáří je dán kombinací involučních změn s kondicí a s projevy chorob. Stáří je také výrazně ovlivňováno a měněno vlivy a náročností prostředí. Vyznačuje se strukturními a funkčními změnami, které mají regresivní charakter a jsou nezvratné. Změny nastávají v biologické, psychické, sociální i duchovní složce člověka. Každý senior je jiný, a proto je důležitější věk biologický, než kalendářní. U nás, i v celosvětové populaci stále narůstá počet starých lidí. Tento fakt klade poskytovatelům zdravotní a sociální péče nové úkoly. Stárnoucí lidé potřebují stále více zdravotnických a sociálních služeb. Je to dáno životním stylem a prostředím. (1, 2, 9)

2. Stárnutí

Proces stárnutí je přirozeným jevem pro každého jedince, rodinu, komunitu a společnost. Není to nemoc, ale přirozený fyziologický proces. Na otázku „Kdy začíná člověk stárnout?“ již bylo vysloveno mnoho různých odpovědí. Jedna z nich nám říká, že člověk stárne od chvíle, co se narodil. Kde je ovšem potom ta pomyslná hranice mezi dětstvím, dospělostí nebo stářím? Každý se dívá na tuto problematiku jinak. Máme například hledisko biologické, ze kterého formuluje svou odpověď Balasz: „Stárnutí začíná ukončením procesu tělesného zrání a diferenciací.“ Takto bychom mohli pokračovat, protože lidských názorů je spousta. Stejně tak je i rozdílnost u lidí stárnoucích, protože nikdo není stejný a u každého člověka nastupuje tento proces jindy. Můžeme tedy říci, že stárnutí je multifaktoriální děj, skládající se z genetického základu a z procesů vnitřních a vnějších, které se vzájemně ovlivňují a prolínají. Výsledkem stárnutí, jako dlouhodobého procesu, je stáří. V náročném prostředí je spojeno s časným úmrtím. (1, 2, 6)

3. Starý člověk

Za nejvhodnější označení starého člověka se považuje termín senior, který označuje člověka v celém věkovém období sénia a nemá žádný emocionální nádech. Označení starý člověk se zakládá především na společenské konvenci, která má převážně ekonomické důvody – za starého jedince tedy pokládá člověka, jemuž vznikl nárok na starobní důchod. Můžeme najít stovky teorií a definic. Například, že starý člověk je ten, který žije v určitém společenství déle než ostatní lidé. (1, 20)

Příloha E: Tabulka vyplacených příspěvků v Mladé Boleslavi za rok 2009

Název	Kč
Příspěvek na živobytí	5 562 363,00
Doplatek na bydlení	842 628,00
Mimoř. okamž. pomoc z důvodu hrozby újmy na zdraví	62 470,00
Mimoř. okamž. pomoc z důvodu uhrazení jednorázového výdaje	60 995,00
Mimoř. okamž. pomoc z důvodu uhrazení nezbytných nákladů	144 253,00
Mimoř. okamž. pomoc z důvodu nebezpečí soc. vyloučení	42 029,00
Jednorázový příspěvek na opatření zvl. pomůcek	2 851 497,00
Příspěvek na úpravu bezbariérového bytu a garáže	48 000,00
Příspěvek na zakoupení, celkovou a opravu motorového vozidla	4 417 160,00
Příspěvek na provoz motorového vozidla	13 998 780,00
Příspěvek na individuální dopravu	144 788,00
Příspěvek na úpravu bytu	960 570,00
Příspěvek na úplně nebo prakticky nevidomým občanům	9 600,00
Příspěvek na péči	133 493 000,00
Celkem vyplaceno	162 538 133,00

(15)