

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Rodina a senior

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kressa

Autor práce: Miluše Kopicová

Studijní obor: Sociální pedagogika, specializace v pedagogice

Forma studia: kombinovaná

Datum odevzdání: 31. 3. 2011

Prohlášení:

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

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

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Poděkování:

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Jiřímu Kressovi za pomoc při vedení bakalářské práce a jeho cenné rady.

ANOTACE:

Tato práce je zaměřena na rodinu a seniora. Popisuje, k jakým vzájemným interakcím mezi rodinou a seniorem dochází, co od sebe vzájemně očekávají. V teoretické části jsou vysvětleny a popsány pomocí odborné literatury základní charakteristiky seniora, rodiny a péče o seniora. Jedná se o stručný popis změn, které provází stárnutí a stáří, jakým způsobem na to může senior reagovat. Rodina je popsána z pohledu toho, co se od ní ve vztahu k seniorovi očekává, jaké nejčastější problémy mohou nastat, jak je řešit.

Cílem práce bylo zjistit pomocí případových studií, v čem jsou shodné nebo v čem se rozcházejí názory rodiny a seniora na to, co od sebe do budoucna vzájemně očekávají. Praktická část popisuje konkrétní čtyři případové studie, které byly tvořeny pomocí rozhovorů jak s rodinou, tak se seniorem. Výsledkem výzkumu je porovnání obou rozhovorů a popsání zjištěných rozdílů.

Klíčová slova: rodina, senior, interakce, domácí péče, vztahy

ANNOTATION:

This thesis is focused on family and seniors. It describes a mutual interaction between family and seniors and what they expect from each other.

The theoretical part explains and describes, by means of technical bibliography, the essential of senior characteristic, family and senior care. This work briefly describes changes, which accompany aging, old-age and how a senior might respond to those facts. A family is described from that point of view of what is expected from the family in a senior relation and which most frequent problems might occur and how they should be solved.

The objective of this thesis was to determine through case studies that based on similar or different views of families and seniors, what is expected from each other in futures. The practical part describes the four specific case studies, which were made out by interviews with a family and a senior themselves. The outcome of the research is a comparison of both interviews and description of ascertained differences.

Key words: family, seniors, interaction, home care, relations

OBSAH:

1. Úvod	8
2. Teoretická část	10
2.1 Senior	10
2.1.1 Reakce na stárnutí a stáří	10
2.1.2 Charakteristika stárnutí a stáří	11
2.1.3 Změny seniora v oblasti socializace	12
2.1.4 Postavení seniora ve společnosti	13
2.1.5 Vztah seniora k rodině	14
2.2 Rodina	16
2.2.1 Rodina jako primární sociální skupina	16
2.2.2 Změny rodiny působené vývojem	17
2.2.3 Dysfunkční rodina a senior	18
2.2.4 Týrání a zanedbávání seniorů	19
2.3 Péče o seniora	21
2.3.1 Pozitiva a negativa domácí péče	21
2.3.2 Výhody a nevýhody ústavního pobytu	22
2.3.3 Sociální služby pro seniory	23
2.3.4 Běžné pečovatelské problémy	24
2.3.5 Vztahy mezi rodinou, seniorem a zdravotníky	25
2.3.6 Poslední fáze života	26
2.4 Závěr teoretické části	28
3. Praktická část	29
3.1 Cíl práce a výzkumné otázky	29
3.1.1 Cíl	29
3.1.2 Výzkumné otázky	29
3.2 Metody výzkumu	30
3.2.1 Použitá metodika	30
3.2.2 Charakter zkoumaného souboru	31
3.3 Kazuistiky	32
3.3.1 Kazuistika č. 1	32
3.3.2 Kazuistika č. 2	35
3.3.3 Kazuistika č. 3	38
3.3.4 Kazuistika č. 4	41

3.4 Výsledky výzkumu	45
4. Závěr	47
Seznam literatury a pramenů:	49
Přílohy:	52

1. Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma „Rodina a senior“. Se starými lidmi se setkávám denně ve svém zaměstnání, protože pracuji na Oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích. Na tomto oddělení jsou hospitalizováni především staří lidé, a proto jsem svědkem a zároveň i účastníkem mnoha interakcí, ke kterým dochází mezi rodinou a seniorem. Rodina se často dostává do situace, kdy musí řešit další péči o nesoběstačného seniora, jsou postaveni do role pečovatele, aniž by měli nějaké předchozí zkušenosti, nebo se musí rozhodnout, zda využijí možností ústavní péče. Bohužel se na našem oddělení setkáváme i s tím, že rodina o seniora zájem neprojevuje a ten je pak odkázán pouze na péči zdravotníků.

Rodina je vždy pro seniora to nejdůležitější, její role je pro něho nenahraditelná. Dnešní rodina se však velmi liší od dřívější tradiční rodiny, kdy bylo běžné, že společně bydlelo několik generací, starali se o sebe navzájem a postarat se o seniora patřilo k základním úlohám rodiny. Velké rodiny se postupně rozpadly na základní, kdy v jednom bytě bydlí většinou jen rodiče a děti, které si po dosažení dospělosti často zařizují bydlení vlastní. Pro současné lidi v produktivním věku není problém cestování nebo dokonce stěhování se za prací. Staří lidé pak zůstávají v bytě sami a když zemře jeden z manželů, je problém, kdo bude pomáhat a starat se. Díky snižování se porodnosti ubývá i možnosti, kdo by se dál o rodiče a prarodiče postaral. Zvyšující se věk odchodu do důchodu dostává člověka v předdůchodovém věku, který by se rád o rodiče postaral, do svízelné situace, zda zvolit možnost zůstat doma se seniorem a odejít ze zaměstnání, s neadekvátní kompenzací ztráty příjmu, a zároveň obavy z toho, zda po skončení pečovatelského závazku najde další pracovní uplatnění.

Dříve byli staří lidé bráni za rozumné, mladí si k nim chodili pro radu, to už v dnešní době také neplatí. Právě pro rozmach technologií, kterým staří lidé nerozumějí, neumí s nimi zacházet, se stávají pro mladé lidi spíše brzdou jejich rozvoje, nestačí jejich tempu. Paradoxně ty samé technologie však způsobily, že se lidský věk prodlužuje a starých lidí přibývá. Právě proto je více pravděpodobné, že čím starší člověk je, tím méně zůstává soběstačný. Mnoho seniorů, i přes postupné zhoršování zdravotního stavu, chce zůstat v domácím prostředí a spoléhá na rodinu, která mu toto přání umožní.

Touto prací bych chtěla poukázat na řadu problémů a situací, do kterých se může dostat každý z nás. Dle mého názoru by se tomuto tématu mělo věnovat více pozornosti,

protože mnoho lidí si neuvědomuje, že tak, jak se rodiče starají o své děti, by se měly i děti postarat o své rodiče.

V teoretické části mé práce se zaměřuji na to, k jakým vztahům a interakcím dochází mezi rodinou a seniorem a jaké mohou vznikat problémy.

První kapitola pojednává samostatně o seniorovi, jak lidé prožívají své stárnutí a stáří, jak se může člověk změnit a reagovat, co čeká od společnosti a od své rodiny.

Druhá kapitola popisuje rodinu, její základní funkce, vývoj a věkem podmíněné proměny. Zároveň obsahuje i negativní stránky pohledu na rodinu, kterými mohou být týrání nebo zanedbávání seniora.

Třetí kapitola je zaměřena na péči o seniora, jaké jsou rozdíly v domácí a ústavní péči, k jakým problémům může docházet mezi pečujícími lidmi a seniorem. Zároveň popisuje i poslední fáze života, tedy umírání a smrt.

V praktické části mé práce pomocí kvalitativního výzkumu analyzuji čtyři případové studie. Pomocí rozhovoru, pozorování a analýzy dokumentů, které jsem uskutečnila na oddělení, kde pracuji, jsem získala informace, díky kterým jsem si mohla zodpovědět výzkumné otázky. Cílem bylo zjistit, k jakým interakcím dochází mezi rodinou a seniorem, jaké mají představy o budoucnosti, zda by se rodina chtěla o seniora postarat, nebo zda mají určité informace, které se týkají další péče o seniora. Aby se tyto názory daly porovnat, vedla jsem rozhovory jak se seniorem, tak s jeho rodinou.

2. Teoretická část

2.1 Senior

Senior je odborné označení pro starého člověka. Stáří je životní období nad 60 let. Toto životní období můžeme dále dělit na rané stáří: 60 – 74 let, pokročilý věk, pravé stáří: 75 – 89 let, dlouhověkost: 90 let a výše.¹

V seniorském věku dochází k mnoha změnám po stránce fyzické, psychické i sociální. To, jak se s tím každý člověk vyrovná, závisí také na genetických předpokladech, životních zkušenostech nebo prostředí, ve kterém žije.²

2.1.1 Reakce na stárnutí a stáří

Důležitým momentem v životě člověka je odchod do důchodu. Pro většinu znamená vstup do stáří, ztrátu kontaktu s lidmi ze zaměstnání, vzniká „prázdnota“, kterou je třeba vyplnit. Lze využít k realizaci plánů, na které dosud nezbýval čas.

V rodinném životě dochází k mnohým změnám, přesto, že se staří lidé snaží udržet svou domácnost, mohou být časem závislí na svých dětech, na okolí.

Další zkouškou bývá partnerova smrt. Partner zůstává osamocen, pociťuje, že se něco rozbíjí. Kromě partnera postupně mizí i stejně staří přátelé, další smrt jen oživuje vzpomínky na tu předešlou a může vyvolat strach: „Příště to budu já“.³

Některé reakce na stáří jsou v mezích normy, jiné lze považovat za maladaptaci. Pacovský popisuje následující modely reakce na stáří:

Konstruktivnost – člověk se smířil se stárnutím, realizuje plány, schopnost přizpůsobení se, tolerance. Jde o projev dobré a výhodné adaptace.

Závislost – člověk je více pasivní a závislý na okolí, rád odpočívá, převládá neochota navazovat styky, krédem takového člověka je: „necht' se ostatní postarají“.

Obranný postoj – většinou lidé, kteří měli významné role, odmítají pomoc, jen aby dokázali, že nejsou ještě staří, brání svůj předcházející život.

Nepřátelství – týká se lidí, kteří již v předcházejícím životě měli sklon svalovat vinu za své neúspěchy na jiné, žijí v ústraní, hrozí izolace, reagují na problémy stáří mrzutostí.

¹ JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: 2002, s. 113

² VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: 2007. s. 15

³ JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: 2002, s. 118 - 120

Sebenenávist – nepřátelství obracejí vůči sobě samým, jsou pasivní, smiřují se s faktem stáří, ale neumí k němu zaujmout konstruktivní postoj. Jsou nepraktičtí a rádi přehánějí svou tělesnou i duševní neschopnost, považují se za oběť okolností, cítí se osamělí, zbyteční.⁴

Projevy maladaptivního chování jedince mohou dle Pacovského dále být: nerespektování běžných občanských norem, i když je jedinec dobře zná, neochota ke kompromisu s ohledem na partnera nebo rodinu, konflikty s jinými osobami nebo institucemi, ztráta reálného pohledu na své možnosti, sklon ke zvýšené agresivitě vůči sobě i okolí, neochota navazovat vztahy, snížený zájem přijímat podněty z okolí, deprivace, sklon k abúzu alkoholu a některých léků.⁵

Do jaké míry se maladaptivní chování u člověka projeví, záleží především na osobnosti jedince, jeho adaptabilitě, nebo na podpoře rodiny a jeho rodinném zázemí.

Pro seniora i jeho okolí je vhodné znát určité skutečnosti, které stárnutí a stáří doprovází.

2.1.2 Charakteristika stárnutí a stáří

Stáří je posledním vývojovým obdobím v životě člověka, které v sobě nese pečeť období předcházejících, tj. odpovídá do značné míry stylu života, který člověk žil zejména ve středním věku, ve fázi dospělosti. Je to biologický proces, který je charakterizován tím, že je nezvratný a končí smrtí jedince.⁶

Stárnutí se týká složky biologické, psychologické a sociální. Všechny tyto oblasti se vzájemně prolínají a vytvářejí tak celkový obraz přirozeného stárnutí člověka.

Biologické stárnutí představuje zpomalení a oslabení všech funkcí, snížení adaptačních schopností, odolnosti k zátěžím, pokles imunity, zpomalení psychomotorického tempa, zhoršené vnímání tzv. zevními smysly (zrak, chuť, sluch, čich, hmat), úbytek svalové hmoty a s tím spojené aktivní tělesné síly, snížený průtok krve důležitými orgány.

Psychické stárnutí je závislé na osobnosti člověka, charakteristické rysy osobnosti se mohou měnit dle aktuální změny potřeb, hodnot a cílů. Dochází ke změnám motivace, citové prožívání ztrácí na intenzitě, někdy dochází až k netečnosti. Převládá touha po soukromí a pohodlí. Dochází ke změnám poznávacích schopností, zpomalené

⁴ PACOVSKÝ, V. *Geriatricie*. Praha: 1994, s. 87 – 89

⁵ PACOVSKÝ, V. *Geriatricie*. Praha: 1994, s. 90

⁶ GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. Č. Budějovice: 1998, s. 5

psychomotorické tempo se projevuje zvláště v zátěžových situacích, bývá ochuzená fantazie, nechutí řešit problémy. Bývají změny v paměti a učení, obtížné vybavování nových poznatků, ožívují se však staré vzpomínky.

Sociální stárnutí začíná v okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne. Tím začíná jeho reakce a adaptace na stáří. Velký vliv má průběh celého života. Jedinci, kteří dovedou „držet krok“, mají schopnost co nejlépe využít zkušeností předcházejícího života ke zvládnutí situací nových. Dochází k odchodu z aktivního života, stahování se z některých společenských rolí, vždy by k nim ale mělo dojít na základě dobrovolného rozhodnutí seniora.⁷

Sociální stránka stárnutí má na seniora velký vliv, často ovlivňuje jeho další budoucnost.

2.1.3 Změny seniora v oblasti socializace

Stále více starých lidí žije samo. Je to především tím, že i stárnoucí člověk si nade vše cení své intimity a odmítá případně možné stěhování se, ať již k dětem nebo do instituce.⁸

Teritorium, v němž se odehrává život starých lidí, se stále zužuje. Může jít o prostor domova nebo různé sociální instituce. Ztrácí tak většinu sociálních kontaktů a zůstává osamocen, izolován od společnosti. Značný význam pro seniory tak mají lidé ze sousedství, proto je pro ně tak stresující měnit bydliště. Další důležitý prostředek pro sociální kontakt je telefon, podporuje dostupnost společnosti, pocit bezpečí a jistoty, že může někomu zavolat. Náhradním společníkem může být také zvíře (společné téma s jinými majiteli zvířat), dále také rozhlas nebo média, které nahradí společnost. Staří lidé intenzivně prožívají osudy v seriálech, jsou pro ně zajímavější než jejich vlastní, který je chudý na jakékoliv události.

Komunikace někdy vážne kvůli postupnému zhoršování sluchu, úbytku paměti nebo zhoršené koordinaci motoriky mluvidel. Problémy se tak objevují v oblasti vyjádření, ale i porozumění. V pozdním stáří se objevuje sklon k nutkavému mluvení, jde o povídání si pro sebe, nejde o projev sdělení někomu jinému.⁹

⁷ PACOVSKÝ, V. *Geriatricie*. Praha: 1994, s. 22 – 25

⁸ JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. Brno: 1991, s. 21

⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: 2007, s. 415, 416

Senior se tak lehce dostane do sociální izolace. Rizika jsou dle Pacovského:

- 1) **Psychosociální faktory** – odchod do důchodu, pocit nepotřebnosti, ztráta motivace
- 2) **Přítomnost hendikepů** – záměrné vyhýbání se společnosti z důvodu hendikepu
- 3) **Osamocený způsob života** – jsou přesvědčeni, že si sami vystačí
- 4) **Sociálně rizikové osoby** – asociální chování, bezdomovectví, propuštění z vězení

Projevy sociální izolace mohou být: deprivace, syndrom osamělosti, závislost a podřízenost, ztráta pocitu bezpečí, syndrom čtyř stěn, ponorková nemoc, zanedbávání sama sebe i domácnosti nebo vynucování pozornosti.¹⁰

Negativní vliv sociální izolace na seniora je nesporný. Vždy je proto potřeba u seniora izolaci předcházet nebo se alespoň snažit o její minimalizaci.

Změny v chování seniora v oblasti socializace vzájemně souvisí s tím, jak seniora vnímá společnost.

2.1.4 Postavení seniora ve společnosti

V minulosti, kdy bylo málo pravděpodobné, že se člověk dožije vysokého věku, bylo stáří respektováno a ctěno. Společnost se snažila zajistit péči o starého člověka především v rodině, pokud to nebylo možné, byly zakládány starobince a chudobince. Se zvyšující se pravděpodobností dožít se vysokého věku se stalo stáří společenským jevem, staří lidé tvoří stále větší procento společnosti.¹¹

Postupně dochází podle Gruberové k degradaci stáří, a to z několika příčin:

- 1) **Rozvíjející se technologie** – stárnoucí člověk není schopen udržet tempo s mladými, není schopen zvládnout nové postupy, takže se nemůže uplatnit v práci. Ve společnosti je ctěn ten, kdo vydělává, starý člověk dostává důchod, dostává se do pozice závislosti na společnosti.
- 2) **Uvolnění rodinných svazků** – dříve bylo mnoho vícegeneračních rodin, kde se děti podřizovaly rodičům a měly úctu k prarodičům, bylo samozřejmostí si pomáhat nebo se o starého člena rodiny postarat. Dnes je povinnost postarat se o starého člověka prezentována pouze morálně, nikoliv právně. Přispívá také časnější uzavírání sňatků, prodloužení délky života, ale především oddělené bydlení generací.
- 3) **Sebehodnocení starých lidí je nízké** – odchod do důchodu je často brán negativně, jde o ztrátu role ve společnosti nebo ztrátu denního programu. V naší společnosti k tomu

¹⁰ PACOVSKÝ, V. *Geriatricie*. Praha: 1994, s. 113 – 115

¹¹ GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. Č. Budějovice: 1998, s. 24

přibývají i ekonomické problémy, výška důchodu zajišťuje přežití, ale nedovoluje ekonomickou nezávislost.

Velmi důležitá je společenská aktivita starých lidí, jsou organizovány různé společenské a kulturní akce, různé přednášky, turistické vycházky a výlety. K tomuto účelu jsou zřizovány seniorkluby, kluby aktivního stáří nebo univerzity třetího věku. Nejvíce se senioři věnují svým zálibám. Ze strany společnosti je důležité tyto činnosti podporovat. Zachovat společenskou aktivitu je nejlepším způsobem, jak dosáhne starý člověk uspokojení, i když je osamělý.

Následkem rozpadu vícegenerační rodiny žije dnes většina starých lidí osaměle. Jakmile se ale člověk stane nesoběstačným, vznikají problémy. Při péči má nezastupitelnou roli rodina. Vznikají však situace, kdy se rodina nemůže postarat, důvodem pak mohou být např. současné bytové poměry, strach o ztrátu zaměstnání, nemocnost dospělých dětí, ale i neochota pečovat o své rodiče.

Institucionální péče by měla být posledním řešením, protože taková péče má velmi vysoký dopad na psychiku starého člověka.¹²

Důležitým faktorem v péči o seniora jsou dlouhodobé vztahy v rodině, ale také změny v jeho chování způsobené stárnutím.

2.1.5 Vztah seniora k rodině

Vzájemný vztah seniora a rodiny je založen na emoční vazbě, která se vytvářela a udržovala v průběhu celého života. Velmi důležitá pro seniora je vzdálenost od bydliště svých dětí a tím i související četnost kontaktů. Děti a vnuci přinášejí uspokojení citové potřeby, ve vztahu k nim bývají senioři často sentimentální, vděční za jakýkoliv projevený zájem nebo společné aktivity.

Život dětí a vnuků jim přináší nové podněty do jinak stereotypního života, poskytují nové informace a zkušenosti, které překračují hranice jejich generační skupiny. I když jsou na své potomky silně citově fixováni, nechtějí se vzdát samostatného života a podřídit se pravidlům domácnosti svých dětí. Soběstačnost má pro seniory velkou hodnotu pro jejich sebeúctu, což se zpětně projevuje v chování k jiným lidem, včetně vlastních potomků.

Postupné zvyšování závislosti starších lidí jim bere pocit, že sami mohou pomáhat, proto je pro ně obtížné si přiznat, že pomoc potřebují sami. Taková proměna postavení je

¹² GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. Č. Budějovice: 1998, s. 25 – 27

pro seniory velmi těžká. Vědí, že se pro své děti mohou stát zátěží, proto se cítí nepříjemně, mají pocit vlastního selhání, nemohoucnosti a snaží se najít řešení. Tento moment může být zdrojem konfliktů, kdy senior raději akceptuje profesionální pomoc. Narůstající závislost je spojena s pocity úzkosti, strachu z budoucnosti, proto je potřeba emoční opory od rodiny mnohem významnější.

Někdy může dojít k úbytku soudnosti vlivem různých onemocnění, takový člověk se pak stává egocentrickým, bezohledným, považuje za povinnost, že se o něho děti postarají bez ohledu na to, zda je to pro ně možné.¹³

Některé negativní reakce seniora jsou: výčitky, verbální útoky, fyzická agrese, chronické neshody, odmítání některých běžných aktivit jako jsou toaleta a jídlo, podezíravost, obviňování a mnoho dalších.¹⁴

¹³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: 2007, s. 384 – 392

¹⁴ KOLIBÁŠ, E.; PIDRMAN, V. *Změny jednání seniorů*. Praha: 2005, s. 44

2.2 Rodina

Rodina je důležitá sociální skupina, která plní funkci biologickou, ekonomickou, sociální a psychologickou. Poskytuje svým členům zázemí, uspokojuje potřeby a zprostředkovává zkušenosti, které nelze získat jinde.¹⁵

2.2.1 Rodina jako primární sociální skupina

Nejdůležitější úlohou rodiny je výchovná funkce. V socializaci dětí plní rodiče ničím nezastupitelnou úlohu. Rodina je také nejdůležitější při předávání hodnot z generace na generaci.

Další úlohou je ochrana a upevňování zdraví, vytvářejí se charakterové rysy, návyky, pěstuje se lidskost a pocit odpovědnosti. Rodina představuje místo seberealizace, pocit jistoty. Včasné a důsledné uskutečnění preventivních a výchovných opatření v podmínkách rodinného způsobu života má blahodárný vliv na vztah ke starším členům rodiny a starým lidem vůbec. V minulosti člověk stárnul nepozorovaně, stále zachovával svou roli v rodině, až na tolerantní výměnu pracovního zařazení podle těžkosti a věku.

Výrazným problémem zůstává ekonomická závislost mladší generace na starší a opačně. Někdy nastávají problémy včleněním seniora do domácnosti vdané dcery nebo ženatého syna, zasahováním do života mladé generace včetně výchovy vnoučat. Nemoc, závislost a potřeba ošetřování starého člověka v domácím prostředí tak změní mladší rodině život.¹⁶

Sociologicky je rodina primární skupinou, kde se mohou rozvíjet osobní interpersonální vazby a komunikace. Každá rodina má své určité zákonitosti, kterými jsou např. hierarchie interpersonálních vztahů, každý člen má svou specifickou roli, vztah rodiny k jiným skupinám, vnitřní pravidla soužití, skupinové normy. To vše tvoří základ pro výchovu dětí.¹⁷

Schopnost rodiny vychovávat děti a vyrovnávat se s těžkostmi je závislá na tom, jak je rodina napojena na své sociální okolí. To představují: rodiny na sobě závislé, přátelé, známí, profesní pracovníci.

¹⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: 2004, s. 589

¹⁶ KOVAL, Š. *Antropologický rozmer epidemiologie staroby*. Košice: 2002, s. 80 – 84

¹⁷ HINTNAUS, L. *Člověk a rodina*. Č. Budějovice: 1998, s. 26

Rodina se stává prvním modelem společnosti pro dítě. Určuje osobnostní vývoj, hodnoty, určuje sexuální role, podporuje duševní a fyzický vývoj jedince a dodává pocit bezpečí. Rodina je prostředí, kde si lidé k sobě musejí vytvářet vztahy a musejí komunikovat. Umožňuje jednotlivci, aby v ní našel oporu, ztotožňoval se s ní, zároveň dává svobodu k tomu, aby si budoval a zachovával svou osobní odlišnost. Život v rodině se pohybuje mezi sdílením a osobním soukromím.¹⁸

Člověk se na sklonku svého života ohlíží zpět na „šťastná léta“ a k promarněným šancím, bilancuje. Vzpomínky na mládí sblíží prarodiče s vnoučaty. Ve stáří se těžko hledá cíl do budoucna, na který by se člověk těšil. Svůj pozitivní vztah k životu opírá jen o drobné radosti a malá sociální pohlazení.

Opuštěnost starého člověka znásobuje ještě ztráta životního druha, případně pohled do hrobu svých dětí, dožívá-li se sám vysokého věku

V současných liberálních rodinách na starou generaci není čas. Prarodiče to často odsuzuje k pocitu opuštěnosti. Mladá generace by neměla zapomínat, že stáří čeká i je a v této oblasti rodinných vztahů dávají svým dětem identifikační vzor.¹⁹

2.2.2 Změny rodiny působené vývojem

Dříve založení rodiny, její velikost ani způsob rodinného soužití nebyly věcí individuální volby. Byly zakládány kvůli státu nebo kvůli zachování rodu. Teprve během 20. století bylo založení rodiny a početí dětí bráno jako jedno z nejvýznamnějších životních rozhodnutí, lidé se řídili tím, co osobně cítí a co preferují.

V dnešní době roste počet nesezdaných manželství a v rozvinutých zemích se rodí dětí čím dál méně. V dobách, kdy o staré a nemocné nepečoval sociální stát, byly rodiny s mnoha dětmi nutností, tehdy se musely starat o své nemohoucí členy. Přežití bez této podpory bylo pro lidi jakkoli hendikepované téměř nemožné. Dnes je rodina s mnoha dětmi spíše anomálií.²⁰

Kdysi rodina plnila ekonomické funkce, tzn., že její členové společně žili, ale i pracovali, aby se užívali. Zkušenosti byly předávány z jedné generace na druhou, neboť bydliště i pracoviště všech členů rodiny byly shodné. Model mezigenerační výměny a tolerance působil výchovně, ale také ovlivňoval celkové emocionální ladění rodiny. Starý člověk byl navíc garantem moudrosti, protože byl zkušený.

¹⁸ MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: 1997, s. 68, 72

¹⁹ HINTNAUS, L. *Člověk a rodina*. Č. Budějovice: 1998, s. 24

²⁰ MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: 2003, s. 181, 182

Rodina se v důsledku výrobních a ekonomických změn také změnila. Vícegenerační rodina žijící na stejné adrese je spíše výjimkou. Dnes je možné spatřit současně žijící čtyři generace, a přesto spolu žijí jen vzácně. Společné bydliště má především nukleární rodina, tedy rodiče a děti.²¹

Současná rodina oproti minulému století značně zdemokratizovala. Projevuje se to v emancipaci žen a také v postavení dětí. Zakládají se rodiny programově bezdětné, homosexuální registrovaná partnerství, je velké množství neúplných rodin, nebo je módní volné partnerské soužití. Tyto trendy zdůrazňují práva a svobodu jedince. Prognóza dalšího vývoje rodiny je tudíž nejistá.²²

Vývoj současné kultury změnil umění soužití na komplikovaný proces. Starý člověk v dnešní rodině může být příjemný, občas i prospěšný, ale přece jen stojí vedle, na druhé koleji, mimo život potomků.²³

2.2.3 Dysfunkční rodina a senior

Dysfunkční rodina je chápána jako rodina, kde se vyskytují vážné poruchy některých funkcí rodiny. Ty již bezprostředně ohrožují nebo poškozují rodinu jako celek. Tyto poruchy již rodina není schopna zvládnout sama, je nutná realizace řady opatření z okolí, známých pod pojmem sanace rodiny. Tento stav je svízelný, jde o to, kam až podporovat rodinu a odkdy se postavit v zájmu jejích členů proti ní, např. zbavením rodičovských práv.²⁴

Starý člověk nepříznivě reaguje na déle trvající nesoulad v rodině, v níž žije nebo je s ní úzce spojen. V mnoha rodinách je nutná pomoc mladších rodinných příslušníků. Staří lidé se velmi špatně vyrovnávají s reorganizací v rodinných strukturách, rozpadem rodiny, rozvodem, odchodem některého člena nebo s úmrtím v rodině. Vztahy v rodině jsou pro něho velmi důležité. Problémy nevznikají tak často, pokud je senior částečně soběstačný a potřebuje pomoc nejbližších jen ojediněle. Situace je však zásadně jiná, když je v rodině hendikepovaný starý člověk. Vždy je důležité, aby rodina o starého člena pečovat chtěla, což je ovlivněno morálními zásadami člověka, výchovou v rodině a žebříčkem hodnot. Péče musí být ovšem také přijímána ze strany seniora.

²¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: 1989, s. 77 – 81

²² HINTNAUS, L. *Člověk a rodina*. Č. Budějovice: 1998, s. 12

²³ KOVAL, Š. *Antropologický rozmer epidemiologie staroby*. Košice: 2001, s. 84

²⁴ FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: 2009, s. 143

Dalším kritériem je, aby rodina pečovat mohla, což je ovlivněno rozpadem rodiny, zaměstnaností žen, nebo je nutné, aby děti přestaly chodit do zaměstnání, aby mohly zůstat s rodiči doma. To má na rodinu dopad ekonomický, ale i sociální, např. ovlivnění vnitřních vztahů v rodině nebo změna životního stylu. Velkým problémem mohou být také prostorové podmínky v bytě.

Problémem taky může být, že rodina o staršího nemocného pečovat neumí. Péče o nemohoucího člověka vyžaduje jisté znalosti a dovednosti. Často je proto senior dán raději do zdravotnické péče.

Opakem pak bývá péče nadměrná, kdy se rodina snaží dělat vše za starého člověka, aniž by si o to řekl. Někdy to může vést až ke ztrátě soběstačnosti a vzniku závislosti na jiných.

Zvýšená tolerance rodiny je nutná při psychických změnách ve stáří, které mohou vést až k patologickému chování.²⁵

2.2.4 Týrání a zanedbávání seniorů

Týraný senior je starý člověk, na němž je páčáno fyzické nebo psychické násilí. Fyzické násilí je u nás častější především v rodinách s nízkou sociální úrovní. Častěji týrané jsou staré ženy, především svým partnerem. Psychickým týráním jsou projevy nenávisti, ztrpčování života, hrozby, nebo úsilí příbuzných o zbavení svéprávnosti seniora.²⁶

Mezi seniory v ohrožení patří především ti, kteří se neumí přizpůsobit aktuálním změnám ve svém životě, nebo ti, co zůstávají závislí na svém okolí. Dále tam patří senioři žijící osaměle, nebo ti, co jsou dlouhodobě v ústavní péči.

Se seniory může špatně zacházet např. partner, dítě, příbuzný, sousedé, dobrovolní pracovníci, sociální nebo zdravotní pracovníci. Existuje pět základních typů zneužívání:²⁷

1. Tělesné týrání – vědomé způsobování bolesti, zraňování nebo omezování. Příznaky jsou: podlitiny, pohmožděniny, popáleniny nebo zlomeniny.

2. Sexuální týrání – může být v souvislosti s psychickými deviacemi (gerontofilie), nevyskytuje se tak často jako u dětí. Příznaky jsou: poranění genitálií, záněty atd.

²⁵ PACOVSKÝ, V. *Geriatric*. Praha: 1994, s. 111, 112

²⁶ PACOVSKÝ, V. *Geriatric*. Praha: 1994, s. 115

²⁷ SBORNÍK: *Problematika – generace 50 plus*. Č. Budějovice: 2006, s. 70 – 73

3. Ekonomické zneužívání – týká se majetku a finančních zdrojů seniorů. Příznaky: náhlý nedostatek financí, bezdůvodný převod majetku jiné osobě, mimořádný zájem rodiny o majetek starší osoby.

4. Emocionální týrání – ponižující výroky, vydírání, hrozby odloučením od rodiny a přátel, umístěním do domova důchodců. Příznaky: úzkostné a panické stavy, přehnaný strach, myšlenky na sebevraždu, nezájem o sebe a o okolí.

5. Zanedbávání péče – jde o selhání osoby odpovědné za péči o závislou osobu. Příznaky: poruchy výživy, prochlazení, nedostatečná hygiena, dekubity, sociální izolace.

Důvodem ke zneužívání může být to, že zneužívaná osoba má velmi malý kontakt se společností, značnou úlohu zde hrají dlouhodobé vztahy mezi zneužívanou osobou a trýznitelem nebo již dříve páchané násilí v rodině. Trýznitel také může být osoba s porušeným duševním zdravím, nebo je závislý na alkoholu či drogách.

Existují však různé linky bezpečí, které se zabývají oběťmi domácího násilí nebo přímo násilí páchaného na seniorech (Senior linka).²⁸

²⁸ SBORNÍK: *Problematika – generace 50 plus*. Č. Budějovice: 2006, s. 70 – 73

2.3 Péče o seniora

V minulosti připadala starost o staré a nemohoucí zejména rodině, často na sebe tento úkol převzala také církev. Později vznikaly „domy pro staré lidi“, chudobince nebo starobince. V osmdesátých letech jsou zřizována již specializovaná geriatrická oddělení, domácí ošetrovatelská péče, nebo první hospicová zařízení.²⁹

2.3.1 Pozitiva a negativa domácí péče

Domácí péče je komplexní zdravotní, ošetrovatelská i sociální péče poskytovaná klientovi v jeho vlastním domácím prostředí. To je zároveň jedna z největších výhod, protože každý se cítí lépe doma.³⁰

V dnešní době lidé preferují soběstačnost a nezávislost. Starat se však o starého, nemocného člověka znamená pro rodinu redukovat některé činnosti, přizpůsobit svůj denní život v rodině také potřebám seniora. Není to lehké, ale není to nemožné. I dnes platí, že jak se chováme ke svým rodičům, tak se k nám pravděpodobně jednou budou chovat naše děti.³¹

Výhodou domácí péče je, že nesporně přispívá k psychické pohodě člověka, což hraje významnou úlohu v procesu uzdravování. V současné době dochází k velkému rozvoji agentur, které pomáhají lidem s péčí o seniory. Poptávka o tyto služby stoupá především z důvodů stárnutí populace, rozvoje technologie ve smyslu přístrojů, které se mohou užívat v domácím prostředí, ale především se opět zvyšuje snaha o zachování životního stylu v přirozeném prostředí. Další výhodou je individuální přístup k jedinci, který v ústavních zařízeních není, nejvíce však senior ocení přítomnost a zájem rodiny nebo nejbližších přátel o jeho osobu.³²

Nevýhodou je domácí péče především pro rodinu seniora. Jde o velkou fyzickou zátěž, nejen s péčí o seniora a uspokojování jeho potřeb, ale zároveň zvládnutí běžných domácích činností, které jsou nezbytné. Dále jde také o finanční zátěž, úhradu všech výdajů, jako jsou např. léky, speciální strava nebo pomoc odborníků s péčí o seniora. V některých případech je nutností nainstalovat různé pomůcky, jako jsou zábradlí nebo nájezdové rampy.

²⁹ JAROŠOVÁ, M. *Péče o seniory*. Ostrava: 2006, s. 39 – 41

³⁰ Časopis SESTRA. 1/2009, s. 46

³¹ JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. Brno: 1991, s. 20

³² JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: 2006, s. 54 - 56

Někdy nastanou situace, kdy se senior odmítá odstěhovat ze svého domova a je nutné, aby se pečující osoba nastěhovala k němu domů. Pak může nastat izolace od rodiny. Pečovatel může také strádat po stránce citové, kdy nemůže hospodařit s vlastním časem, je odtrhnutý od přátel a společenského života, má velkou zodpovědnost, někdy to může vyústit až ve zvýšenou závislost na příjemci péče.³³

2.3.2 Výhody a nevýhody ústavního pobytu

Pro seniory jsou dostupné služby zdravotnické a sociální. Mezi zdravotnické patří: geriatrická a ošetrovatelská oddělení, zařízení následné péče, hospice, geriatrické denní centrum a další. Mezi sociální patří: domovy důchodců, penzióny pro seniory, pečovatelská služba, přechodné pobyty, sociální hospitalizace a další.³⁴

Ústavní péče je v podstatě náhradním řešením, pokud z nějakého důvodu nemůže fungovat péče domácí. Větší riziko maladaptace na ústavní pobyt je při krátkodobých hospitalizacích než u dlouhodobějšího pobytu. K akutní hospitalizaci dochází především při závažném nebo akutním onemocnění, nemocnici často senior hodnotí jako nepřátelskou, ale záleží především na důvodu hospitalizace.

O podání žádosti do domova důchodců uvažují senioři většinou ve vysokém věku, žijí-li osaměle, nebo pokud jsou ve špatném zdravotním stavu a nepříznivé sociální situaci. Odchod do domova důchodců je většinou vynucen okolnostmi.

Po příchodu seniora do zařízení probíhá adaptační reakce, která je s vyšším věkem zhoršená. Často dochází zpočátku k odmítání jídla, mlčenlivosti, nezájmu o okolí, pesimismus může vyústit až k celkovému zhoršení zdravotního stavu nebo k depresím. V souvislosti s maladaptací na ústavní pobyt je vysoká úmrtnost, která je zvýšená v prvních čtyřech týdnech. Zvýšené riziko je u osob opravdu starých nebo s psychickou poruchou.³⁵

Vstupem do ústavního pobytu ztrácí senior svou intimitu, má uniformní způsob života se stejně starými a neznámými lidmi. Jsou ale situace, kdy je odchod do domova důchodců jediným východiskem z nouze pro řadu lidí, kteří zůstali sami, o které se rodina nezajímá, nebo pro ty, kteří děti nemají.

³³ Asociace manželských a rodinných poradců ČR. *Příručka pečovatele*. Praha: 1998, s. 12, 13

³⁴ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: 2006, s. 45 - 50

³⁵ PACOVSKÝ, V. *Geriatric*. Praha: 1994, s. 90 - 92

Pro mnoho seniorů odejít do ústavní péče znamená odejít na „poslední staci“. Není divu, že na člověka padá hrůza, znamená to přijmout roli dožívajícího, zůstat odloučený, v ústraní.³⁶

Dle Pacovského je každá, i ta nejlépe myšlená a nejkvalitněji realizovaná institucionální péče náhradní a doplňková.³⁷

2.3.3 Sociální služby pro seniory

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů, psychoterapie a socioterapie.

Cílem služeb bývá mimo jiné podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu. Dále také rozvíjet schopnosti uživatelů služeb, umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život. Zároveň snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

Jednotlivé druhy sociálních služeb jsou: sociální poradenství, sociálně zdravotní služby, sociální rehabilitace, osobní asistence, pečovatelská služba, podporované bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, stacionáře denní a týdenní, domovy pro seniory, služby následné péče a doléčovací.

Sociální služby poskytují: obce a kraje, nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, ministerstvo práce a sociálních věcí.

Žádost o sociální službu musí podat žadatel sám, buď u příslušné obce nebo u kraje. U nestátní neziskové organizace uzavírá její uživatel s poskytovatelem smlouvu.³⁸

Senior má také nárok na příspěvek na péči. Na ten má nárok osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Dělení stupňů závislosti a výše příspěvků viz příloha I.³⁹

³⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: 1989, s. 186 - 194

³⁷ PACOVSKÝ, V. *Geriatricie*. Praha: 1994, s. 92

³⁸ <http://www.mpsv.cz/cs/9>

³⁹ <http://www.nrzp.cz/prispevku-na-peci/#2>

2.3.4 Běžné pečovatelské problémy

Pečovat znamená dbát o někoho, starat se, nebýt lhostejný, věnovat se někomu. Jde o pozitivní lidské konání ve prospěch někoho jiného. Péče o starého člověka se orientuje na uspokojování jeho potřeb a problémů. Někdy senior takové potřeby projevoval nemůže, nechce nebo neumí. Proto je musí pečovatel rozpoznávat sám.

Ve stáří se mění hierarchie potřeb, do popředí z fyziologického hlediska vystupují potřeby vyprázdnit se, snižují se potřeby jídla a pití, větší tolerance k bolesti z důvodu přesvědčení, že bolest ke stáří patří. Deficit péče vzniká při nedostatečném pokrytí potřeb, když nejsou pečovatelem rozpoznány. Na druhé straně může vzniknout i tzv. „přepečování“, kdy je poskytována pomoc i tomu, kdo ji nepotřebuje, tím se postupně omezuje jeho aktivita a vzniká závislost na druhé osobě.

Mezi běžné pečovatelské problémy patří problém s aktivitou. Staří lidé jsou rychleji unavení, jsou méně aktivní. Důvody mohou být různé, od předávkování léky na spaní po různé psychické poruchy. Je důležité tyto lidi aktivizovat a udržovat je v kondici, co nejdéle soběstačné a pohyblivé.

Dalším problémem jsou poruchy výživy. Starý člověk nemá téměř žádný pocit žízně, je nutné mu neustále připomínat, že se má napít, často trpí dehydratací. Poruchy příjmu potravy mohou souviset se změnou chuti k jídlu, poruchami žvýkání, špatně padnoucí zubní protézou nebo s dietními opatřeními. Způsob stravování starých lidí vede často k malnutrici, tedy nedostatečné výživě.

Poruchy vyprazdňování jsou také časté. Lidé trpící inkontinencí (samovolným únikem moči) trpí často sociální izolací, protože se za svůj hendikep stydí. Pozornost starých lidí je často zaměřena na vyprazdňování stolice. Změna stravování, nedostatek tekutin a omezený pohyb způsobují zácpu. Proto je důležité dbát na prevenci, zařazovat do jídelníčku vhodné potraviny.

Změny spánku patří ke stárnutí a stáří. Klesá celková doba spánku, prodloužená doba usínání, spánek je méně hluboký. Proto je vhodné dodržovat spánkovou hygienu, pravidelnost, dbát na klid při usínání.

U seniora často dochází k závratím a následným pádům. Je to z důvodu porušené kontroly rovnováhy, zakopnutí nebo uklouznutí. Důležitá je pomoc při vstávání, neustálý dohled nebo doprovod na obtížnějších úsecích.

Mezi další běžné pečovatelské problémy patří změněné postoje k vlastnímu zdraví. Projevují se neochotou pečovat sám o sebe a zajišťovat své základní životní potřeby, i když to tělesný a psychický stav umožňuje. Patří sem např. problémy s vlastní hygienou,

projevující se zanedbáním zevnějšku, nebo domácnosti, neochota nebo neschopnost přijímat zdravotní péči nebo sociální podporu.

K dalším problémům patří nedodržování léčebného režimu, nejčastěji problém s užíváním léků.

Často se vyskytuje také negativismus, což je chorobný, nesmyslný odpor proti požadavkům okolí. Může být proti jedné osobě nebo proti všem osobám.⁴⁰

Vlivem změn kognitivních funkcí dochází ke zhoršení intelektu, což vyvolává problémy při zvládnání nových situací. Dále dochází ke zhoršování komunikace, projevuje se to tím, že senior hůře hledá slova, hůře si vybavuje, nerozumí sdělení. Někdy dochází k poruše orientace a tím k bloudění, zvláště v neznámém terénu.

Poruchy soustředění a paměti vedou k častému hledání věcí, nepozornosti, vyžaduje opakování informací, často dochází k nařčení z krádeže svých věcí. Dochází ke zintenzivnění některých povahových rysů, do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti. Vždy je nutné odlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševních či somatických poruch.⁴¹

2.3.5 Vztahy mezi rodinou, seniorem a zdravotníky

Nemoc člověka působí na jeho rodinný život převážně negativně. Vážné onemocnění vyvolává v ostatních často obavy, soucit, smutek, někdy pocit viny nebo selhání. Čím déle trvá hospitalizace nemocného, tím větší má rodina tendenci zařídit rovnováhu v rodině bez nemocného. Dobré rodinné vztahy jsou jedním z nejvýznamnějších činitelů příznivého vývoje nemoci. Zájem rodiny pomáhá překonat apatii a lhostejnost k léčbě.

Návštěvy nemocného mohou působit příznivě, ale někdy také negativně nebo dokonce škodlivě. Především v těch případech, kdy příbuzní sdělují informace, které mohou rozrušit nebo negativně ovlivnit. Psychologie příbuzných a návštěv je dána jejich osobností, aktuálním postojem k nemocnému a zkušeností s onemocněním jako takovým. Úzká spolupráce zdravotnického týmu, rodinných příslušníků a nemocného může mít velmi pozitivní vliv na celý léčebný proces.⁴²

Starší pacienti a jejich rodiny často podléhají představě, že uzdravení a péče o starého člověka je pouze věcí zdravotníků, ti jsou „povinni“ a „jsou tady od toho“. Péče o

⁴⁰ PACOVCKÝ, V. *Geriatric*. Praha: 1994, s. 85, 86, 105 - 137

⁴¹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: 2007, s.16

⁴² ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. Praha: 2006, s. 71, 72

svéhlavé nebo často nespokojené seniory je nezatěžuje, protože „jsou otrlí“, zvyklí vidět problémy stáří zblízka. Kritika ošetřujícího personálu bývá často anonymní, útočná, ale při bližším poznání obsahu práce se seniory často příbuzní i sami nemocní ocení a dokonce i pochválí. Velmi často můžeme slyšet: „Tu práci jim nezávidím, to bych já dělat nemohl“.

Pro geriatrická pracoviště je typický dlouhodobý pobyt v zařízení. Charakter péče proto dostává jiný ráz. Starý člověk potřebuje nejen léčbu, ale stejnou měrou také ošetrovatelskou péči domácího typu. Poskytovat denně takovou péči je pro zdravotníky fyzicky i psychicky náročné.

Některé rodiny se o starého člověka vzorně starají a po dobu hospitalizace projevují skutečný zájem. Je jich ale méně než ostatních. Zdravotníci musí čelit i skutečností, že přes veškerou jejich péči o uzdravení a znovunalezení soběstačnosti se starý člověk nemá kam vrátit, buďto doma není vítán, nebo už nikoho nemá. Také se setkávají s projekcí viny příbuzných. Ti, kteří se o seniora již nechtějí starat, prožívají pocit viny. Ten se může manifestovat formou kritických až agresivních komentářů namířených vůči zdravotnickému personálu.⁴³

2.3.6 Poslední fáze života

Více než 80 % populace umírá ve věku nad 60 let. Většinou v nějaké instituci, nejčastěji v nemocnici. O umírání a smrti se často nemluví, toto téma je často tabuizováno, lidé se nechtějí otázkou smrti zabývat, často nejsou připraveni akceptovat vlastní smrtelnost.⁴⁴

Dříve o nemocné a umírající pečovala především rodina. Péče byla samozřejmá a převážně laická, každý z rodiny měl svou roli. Zkušenosti s umíráním a se smrtí přecházely z generace na generaci, proto se lidé méně báli umírání, protože věděli, co bude následovat, znali to, co zažili.

Dnes rozumíme pojmem důstojná smrt především umírání bez velkých bolestí a zajištění bio-psycho-sociálního komfortu. Se zrychlujícím se životním tempem se také zrychlily pohřební rituály. Člověk je rychleji pohřbíván, na pohřby chodí méně lidí. Smrt ztratila charakter přirozenosti, chápeme ji především jako nesmyslnou, zbytečnou nebo předčasnou prohru.

Umírání znamená postupné a nevratné selhávání důležitých životních funkcí, jehož výsledkem je smrt. K lidskému umírání patří „lidská blízkost“ nebo uklidňující slova. Je

⁴³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: 1989, s. 303 - 319

⁴⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: 2007, s. 429

známo, že umírající svou situaci prožívá a nechce být sám. Zdravotnický personál věnuje pozornost především vnějším potřebám, ale důležité je, aby člověk nezemřel dříve psychicky a sociálně než fyzicky. Nepostradatelný je zde zájem rodiny, která má nezastupitelnou roli. Může zajistit mnohem lépe psychickou pohodu nemocného, pomocí neverbální komunikace, pohlazení i objetí. Důležitá je emoční podpora a lidský doprovod, ale pro okolí a především pro rodinu to není vždy lehké. Často nevědí, jakou formu pomoci zvolit, připomíná jim to myšlenku vlastní smrti.⁴⁵

Zvyšující se trend umírání v institucích má několik příčin:

- 1. Pokroky medicíny** – stoupá potřeba vyčerpat všechny léčebné možnosti, ústavní péče je často pokládána za vrchol těchto možností.
- 2. Atomizace rodiny** – rozpad tradičních třígeneračních rodin, změněné bytové podmínky, zaměstnanost žen, vyšší věkové hranice pro odchod do důchodu.
- 3. Tabuizace smrti** – ze strany příbuzných strach ze smrti, obavy z psychického i fyzického vyčerpání, neschopnost péče, často umírající dají do nemocnice proto, aby nebyli rodině na očích.

Klidnému umírání nejvíce brání: fyzické bolesti, osamělost, neakceptace smrti člověkem z neznalosti blízkosti smrti, neadekvátní a bolestivé zásahy lékařů, kteří chtějí nemocnému za každou cenu prodloužit život.⁴⁶

Starý člověk umí někdy lépe odhadnout, kdy zemře, než jeho lékař. Důležitým příznakem je ztráta vůle k životu. Psychická zátěž se „somatizuje“ a člověk, který se rozhodl nežít, může opravdu zemřít. Velmi časté jsou u nás smrtelně končící maladaptace na umístění starého člověka do trvalé ústavní péče.

Někteří staří lidé vytěsňují smrt ze svého vědomí. Naopak někteří akceptují smrt tehdy, jsou-li břemena stáří a nemoci příliš těžká a přináší-li život více utrpení než radosti. Většina starých lidí si přeje zemřít důstojně, klidně a pokojně. Nemají strach z vlastní smrti, ale z umírání (kde to bude, jaké to bude, bude se mnou někdo či nikoliv). Pokojnému umírání odpovídá termín „eutanázie“, který původně v řečtině skutečně znamenal právě dobrou, vhodnou a přiměřenou smrt. Opakem je „dystanázie“, nesnadné umírání, spojené s mnoha útrapami člověka. Vždy pak musí následovat pomoc formou zvýšené péče, psychické podpory, farmakoterapie.⁴⁷

⁴⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: 1989, s. 372 - 378

⁴⁶ GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. Č. Budějovice: 1998, s. 77 - 80

⁴⁷ PACOVSKÝ, V. *Geriatric*. Praha: 1994, s. 116 - 117

2.4 Závěr teoretické části

Postupné stárnutí a stáří je nevyhnutelné pro každého člověka. V tomto posledním vývojovém období dochází k řadě změn v psychice, sociální oblasti, ale i k tělesným změnám. Dochází k úbytku sil, zpomalení všech životních funkcí, zpomaluje se celkové tempo člověka. Jak se s těmito změnami každý vyrovná, závisí především na tom, jaké byly během života osobnostní rysy člověka, jaká je míra jeho adaptability nebo jaké má rodinné a sociální zázemí.

Starý člověk si těžko zvyká na změny, nestačí zrychlujícímu se tempu života. Velmi důležitou se proto stává přítomnost a podpora rodiny. Především pokud dojde ke ztrátě životního partnera, je rodina to jediné co seniorovi zůstává. Znamená pro něho i určité spojení se světem a předchází sociální izolaci seniora. Ta se vyskytuje často, mnoho seniorů zůstává opuštěných, izolovaných. Ne vždy je vina na straně rodiny, někdy sám senior žádnou pomoc nepřijímá, cítí se být na obtíž, zbytečný a nepotřebný.

Je však také mnoho seniorů, kteří žijí aktivním životem, dokud jim to jejich zdravotní stav dovolí. Tito senioři se pak se svým stárnutím vyrovnávají mnohem lépe, vnímají ho jako součást života.

Rodina se stává nepostradatelnou pro seniora také v době, kdy dochází ke zhoršení jeho soběstačnosti, kdy sám nezvládne uspokojit určité základní lidské potřeby. Od rodiny se pak očekává, že bude vždy nablízku, že pomůže. Někdy je však tato pomoc pro rodinu nemožná z důvodu vzdálenosti, zaměstnanosti nebo zdravotního stavu některého člena. V horším případě rodina pomoc seniorovi odmítá, přestože k tomu nemá žádný důvod, prostě nechce. Pak platí pravidlo, že jeden rodič se zvládne postarat o několik dětí, ale několik dětí se nezvládne postarat o jednoho rodiče. Těchto případů je bohužel mnoho, pak je často nevyhnutelné umístit seniora do péče ústavní. Tam je sice o seniora postaráno, ale rodinu a přátele nenahradí žádný zdravotnický personál.

Starý člověk se také často zabývá myšlenkou umírání a smrti. Vidí to kolem sebe, kdy postupně umírají jeho známí, přátelé, nebo příbuzní. Myšlenky se často netýkají smrti samotné, ale umírání. Především toho, jak to bude probíhat a zda senior nezůstane v této chvíli sám. Bohužel dnes je trend takový, že pokud se zdravotní stav natolik zhorší, že smrt je neodvratná, preferuje mnoho rodin o umírajícího rodiče nebo prarodiče péči ústavní. Každý by si měl ale uvědomit, co by si sám přál, kdyby byl v situaci seniora, a podle toho se pak zachovat.

3. Praktická část

3.1 Cíl práce a výzkumné otázky

3.1.1 Cíl

Cílem praktické části mé bakalářské práce je zjistit pomocí kazuistik, zda se shodují či rozcházejí názory rodiny a seniora na to, co od sebe vzájemně očekávají. Zda zájem a opora rodiny mají vliv na celkové prospívání seniora, jaké jsou jejich představy o budoucnosti.

Také porovnání toho, co by rodina chtěla seniorovi poskytnout, s tím, co si v dané situaci může dovolit poskytnout.

Dále bych také chtěla zjistit, zda znají možnosti sociální výpomoci státu, ať už finanční, nebo pomoc při péči o seniora.

3.1.2 Výzkumné otázky

Otázka č. 1. Má rodina zájem o seniora?

Otázka č. 2. Je rodina ochotna a schopna postarat se o nemohoucího seniora?

Otázka č. 3. Má senior v rodině oporu?

Otázka č. 4. Zná rodina a senior možnosti sociální výpomoci státu?

Otázka č. 5. Shoduje se představa rodiny a seniora o jeho budoucnosti?

3.2 Metody výzkumu

3.2.1 Použitá metodika

Pro zpracování kazuistik jsem zvolila několik metod sběru dat.

ROZHOVOR je nejčastější používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se hloubkový rozhovor, jež definujeme jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka pomocí několika otevřených otázek. Cílem rozhovoru je porozumět pohledu jiných lidí, bez omezení výběru položek jako v dotazníku.⁴⁸

Rozhovor jsem vedla pomocí předem připravených otázek jak se seniorem, tak s rodinou, nebo pouze s některými členy rodiny. Otázky jsou v příloze II.

POZOROVÁNÍ je dlouhodobé a systematické sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces. Cílem není jen pozorování, ale také nalezené zprostředkovat čtenáři.⁴⁹

Mé pozorování se týkalo chování seniora během hospitalizace, ale také rodiny, četnosti návštěv, vzájemného vztahu mezi nimi a zájmu o seniora.

ANALÝZA DOKUMENTŮ je metoda, která využívá dokumentů osobních i veřejných jako materiálu pro sociologický výzkum. Dokumenty mohou být podrobovány vícero druhům rozborů, z nichž nejvýznamnější je analýza obsahová.⁵⁰

V tomto případě byly použity chorobopisy, do kterých se zaznamenávají všechna data o průběhu hospitalizace v nemocnici. Obsahuje základní anamnézy, dále denní záznamy o provedené zdravotnické a ošetrovatelské péči. Souhlas se zpracováním zdravotnické dokumentace jsem nepotřebovala, protože jako zdravotnický pracovník s ní denně pracuji a podílím se na její tvorbě. Anonymita byla zachována.

PŘÍPADOVÁ STUDIE (KAZUISTIKA) je detailní studium jednoho nebo několika případů, které pomáhá porozumět sociálním jevům. Základem případového šetření musí být sběr skutečných dat vztahujících se k objektu výzkumu. Pro získání údajů jsou využívány veškeré dostupné zdroje a metody sběru dat v jeho přirozeném prostředí. Cílem je interpretovat

⁴⁸ ŠEĐOVÁ, K.; ŠVAŘÍČEK, R. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: 2007. s. 159 - 160

⁴⁹ ŠEĐOVÁ, K.; ŠVAŘÍČEK, R. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: 2007. s. 143

⁵⁰ <http://leccos.com/index.php/clanky/analiza-dokumentu>

interakce mezi případem a okolím. Případovou studii využíváme v situacích, kdy se ptáme, jak nebo proč se dějí určité současné jevy, nad kterými máme omezenou nebo žádnou kontrolu.⁵¹

3.2.2 Charakter zkoumaného souboru

Pro zpracování kvalitativního výzkumu jsem si zvolila čtyři případy seniorů, hospitalizovaných na Oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích. Toto místo jsem si vybrala z toho důvodu, že tu pracuji a denně se setkávám lidmi, kteří řeší problémy spojené s následnou péčí o seniora po propuštění z ústavní péče. Výzkum proběhl u seniorů ve věku od 72 do 79 let, kteří byli hospitalizovaní delší dobu, abych mohla uplatnit metodu pozorování. Výběr konkrétních lidí byl podmíněn ochotou spolupráce nejen seniora, ale i jeho rodiny nebo alespoň její části. Další kritérium výběru bylo také to, aby rodiny chodily navštěvovat seniora do nemocnice, abych měla možnost se s nimi setkat a spolupracovat.

Některé informace, které jsem získala od rodin seniorů, jsem porovnávala s informacemi, které měl ošetřující lékař a sociální sestra, kteří s rodinami úzce spolupracují.

⁵¹ ŠEĐOVÁ, K.; ŠVAŘÍČEK, R. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: 2007. s. 96 - 97

3.3 Kazuistiky

3.3.1 Kazuistika č. 1

Osobní anamnéza:

Paní M. K., narozena 1938 v Třeboni, vzdělání základní, pracovala jako dělnice v závodu na oděvy. V 19 letech se vdala, nyní již 8 let vdova, má 3 děti. Nyní je ve starobním důchodu. Je částečně soběstačná, chodí pomocí 2 francouzských holí.

Rodinná anamnéza:

Bydlí sama v bytě se schody, má 1 dceru a 2 syny, 4 vnoučata a 1 pravnouče. Manžel zemřel před 8 lety, od té doby se stýká pouze s dětmi. Synové a jejich děti dochází velmi často, zvláště jeden syn, který bydlí blízko. Dcera bydlí ve vzdálenějším městě, proto jsou její návštěvy málo časté. Základní péči o sebe zvládá, ale má problém s vycházením ven, protože s berlemi neujde bez cizí pomoci schody z bytu. Proto je zcela závislá na dětech ohledně nákupů, vyřizování úředních věcí apod.

Zdravotní anamnéza:

Paní M. K. prodělala běžné dětské nemoci, měla 3 porody bez větších potíží, v roce 1985 operace žlučníku, před 9 lety výměna kyčelního kloubu. Nyní postupné zhoršování artritických potíží, zhoršující se bolesti kloubů kyčelních i kolenních, osteoporóza s opakovanými zlomeninami kostí. Chodí pomocí 2 holí, ale pouze na kratší vzdálenosti s častým odpočinkem. Nosí brýle nablízko. K lékaři chodí pravidelně pro recepty na léky, které užívá.

Sociální anamnéza:

Bydlí sama, s rodinou se stýká. Pobírá starobní důchod, jiné sociální dávky nevyužívá. Žádost do sociálního zařízení podanou nemá. Od pondělí do pátku má zajištěny donášky obědů od sociálních služeb města.

Rozhovor se synem:

Rozhovor probíhal se synem, který svou matku navštěvuje nejčastěji, protože bydlí blízko. I z častých návštěv v nemocnici je patrné, že mají k sobě velmi dobrý vztah. Při rozhovoru měl o matku velký zájem a starost. Chce jí pomáhat v její domácnosti, ale neumí si představit situaci, kdy by se matka musela přestěhovat k němu domů. Má malý

byt, kde jsou již zvyklí mít každý alespoň kousek soukromí. Doufá, že její zdravotní stav vydrží co nejdéle takový jaký je, protože mu zbývají ještě 4 roky do starobního důchodu. Pak již bude doma a nebude problém trávit u matky mnohem více času. O tom, že by musel změnit nebo úplně opustit zaměstnání zatím neuvažoval, takové věci by řešil v době, až si to situace vyžádá.

O finanční zátěži, co se týče péče o nesoběstačného seniora, si myslí, že není tak velká, pokud by tím ovšem nepřišel o zaměstnání. V tomto případě neví, na jakou finanční výpomoc by měl nárok, pokud by se musel na někoho obrátit, tak asi na pracovní úřad a ošetřujícího lékaře své matky. Bere v úvahu pouze tu možnost, že by on jako pečovatel měl pobírat nějaké peníze za to, že musel opustit zaměstnání. O příspěvcích na bezmocnost pro matku neví, myslí si, že nic takového není, že je povinnost rodiny vše zabezpečit.

O žádosti do domova pro seniory nebo jiného ústavního zařízení zatím neuvažuje, pouze při velkém zhoršení zdravotního stavu matky. Pokud by péče o ni musela být nepřetržitá, poslal by ji do nemocnice, kde jí jistě pomohou, pokud by tento stav byl trvalý, zůstala by na LDN nebo by žádost o ústavní péči podal. Čekací doba na tento pobyt je podle něho několik týdnů nebo málo měsíců, protože jde o pobyt placený, tak mají jistě tyto ústavy o budoucí klienty zájem. Pokud by matka zůstala zcela nesoběstačná a ležící, neumí si představit, jak by o ni pečoval. Péči by měla podle něho zajišťovat spíše žena, ale jeho manželka je sama také nemocná a nemůže se fyzicky namáhat. Sestra, která bydlí daleko, by si ji dle jeho názoru vzít nechtěla, protože se stýká s matkou minimálně. Jeho bratr je rozvedený a bydlí sám, že by se staral o matku, si neumí představit vůbec.

Péče o ležícího člověka se mu zdá velmi náročná, má strach z toho, že by tuto péči nezvládl, že by něco zanedbal, protože s tím nemá zkušenosti, je lepší, když by se starali odborníci. Při otázce umírání je zcela přesvědčen o tom, že by chtěl být matce nablízku, ale raději by byl, aby byla zároveň pod lékařským dohledem. Nikdy by si neodpustil, že něco zanedbal.

Rozhovor se seniorem:

Z rozhovoru s paní M. K. je patrné, že se obává budoucnosti především pro svůj zhoršující se pohyb a s tím související ztrátou soběstačnosti. Pokud by zůstala nepohyblivá, raději by zůstala doma s tím, že budou děti, především syn, docházet častěji a nějak to zvládnou. Obědy jí nosí již nyní, tak by to určitě nebyl takový problém.

K synovi by se přestěhovat nechtěla, je zvyklá mnoho let na svůj byt a také by je nechtěla obtěžovat. Se snachou má sice přátelský vztah, ale to, aby jí nějakým způsobem sloužila, po ní nechce.

Žádost do domova pro seniory nezvažuje, zatím si myslí, že to s ní není tak špatné, aby musela opustit domov a jít někam dožít mezi cizí, už jen ta myšlenka na ni působí velmi depresivně. Pokud má zemřít, tak doma a v klidu. Myšlenkou na umírání a smrt se občas zaobírá, ale více o tom hovořit nechce. O dalších sociálních službách přehled nemá, pouze o donášce obědů. Neví, co jiného by měla po kom žádat, zatím si vystačí sama s pomocí syna. Ten ji odveze k lékaři, když potřebuje, a to stačí.

O finančních sociálních dávkách a příspěvcích na bezmocnost neví, pobírá starobní důchod, s tím nějak vyžije. Nějaké peníze má našetřené a ví o tom, že všichni důchodci jsou na tom s penězi velmi špatně. Pokud by zůstala zcela bezmocná, spoléhá pouze na syna a jeho rodinu, finančně náročné si myslí, že to bude stejně, ať je v lepším, či horším stavu. Ona se starala celý život o tři děti, tak se o ni určitě postarají. Jen ji mrzí, že dcera bydlí tak daleko a proto s ní nemůže být častěji, ale kdyby se něco stalo, tak dcera určitě na nějaký čas přijede. Na otázku zaměstnání dcery a jejího času na delší pobyt u matky říká, že by si dcera čas nějak udělala nebo vzala dovolenou, ona je hodná a pomohla by. Druhý syn, který je rozvedený, by určitě také pomohl, ale má starostí dost sám se sebou, když zůstal sám. Musí si sám vařit a uklízet.

Na téma péče o vlastní rodiče a prarodiče paní M. K. vzpomíná ráda. Byli všichni pohromadě, měla hodně sourozenců a pěkné vztahy. O své rodiče se starala, byla již v důchodu, otec zemřel doma ve spánku na mozkovou příhodu a maminka v nemocnici. Byla s nimi téměř do poslední chvíle.

ZÁVĚR:

Z těchto dvou rozhovorů je patrné, že největší rozpor je v péči o matku v případě, že bude nesoběstačná. Ta jakékoliv umístění v ústavní péči odmítá, nepřipouští si, že by péče mohla být pro syna až taková zátěž. Ani jeden se nechťejí vzdát svého domova. Zemřít by chtěla také raději doma, syn by s ní byl velmi rád, ale má obavy ze zanedbání péče, více věří odborníkům. Ostatní dvě děti omlouvá zaměstnaností či vzdáleností, spoléhá pouze na jednoho svého syna, protože je blízko a stará se o ni nejvíc už nyní. Oba nemají téměř žádný přehled o možnostech čerpání sociálních dávek či jiné výpomoci. Syn také spoléhá na to, že pokud bude donucen okolnostmi umístit matku do domova pro seniory, stačí podat žádost a zanedlouho tam bude, tato informovanost je také minimální. Problém zde může nastat, až dojde ke zhoršení zdravotního stavu, protože oba chtějí vše řešit až v momentě, kdy to bude aktuální. Vztah mají mezi sebou hezký, ale zřejmě se oba obávají budoucnosti, toho neznámého, co je čeká.

3.3.3 Kazuistika č. 2

Osobní anamnéza:

Pan J. M., narozen 1931 v Týně nad Vltavou, kde stále bydlí, vzdělání základní, pracoval v cihelně. Ženatý od 26 let, nyní je 12 let vdovec. Nyní je ve starobním důchodu, bydlí sám, je plně mobilní, soběstačný jen částečně.

Rodinná anamnéza:

Má dva syny, z nichž jeden bydlí delší dobu na Slovensku, je ženatý a druhý bydlí ve vedlejší vesnici vzdálené 7 km, je svobodný, vnoučata nemá. Má sestru, které je 76 let, ta bydlí v Českých Budějovicích. Bydlí sám a je částečně závislý na pomoci okolí a rodiny. Nejčastěji ho navštěvuje sestra, která mu uklízí a uvaří. Někdy ho navštíví i syn, který mu obstarává větší nákupy, které sám nezvládne. Syn, který bydlí na Slovensku, za ním jezdí tak dvakrát za rok.

Zdravotní anamnéza:

Pan J. M. má běžné nemoci, které se vyskytují ve stáří, jako např. hypertenze, diabetes mellitus 2. typu závislý na dietě, ale největší problém je postupně se zhoršující demence Alzheimerova typu. Projevuje se neustálým blouděním, zapomínáním kde je, nevybavuje si datum svého narození, místo bydliště a mnoho dalších věcí. Proto byl umístěn do nemocnice, protože nezvládal být doma sám. Byl přivezen sanitkou po upozornění sousedů na jeho zhoršující se soběstačnost a časté bloudění, kdy hledal domov.

Sociální anamnéza:

Bydlí sám, pobírá starobní důchod, nemá podanou žádost do domova pro seniory. Nevyužívá žádnou ze sociálních služeb pro seniory.

Rozhovor s rodinou:

Rozhovor probíhal postupně se sestrou seniora a s jeho dvěma syny. Sestra pana J. M. navštěvovala denně, je ve starobním důchodu. Sama na tom není zdravotně nejlépe, proto si ani nepřipouštěla, že by se o bratra měla dále starat. Největší strach by měla z toho, že by ho musela neustále hlídat, což pro ni není možné, protože sama tráví mnoho času u lékařů a kdykoliv může být sama hospitalizovaná. Věří, že synové se nějakým způsobem o svého otce postarají nebo zajistí nějaké sociální zařízení.

Další rozhovor probíhal se synem ze Slovenska, který během hospitalizace za otcem přijel třikrát. K sobě domů si ho vzít nechce, především z toho důvodu, že když viděl otce, jak se zhoršil, tak zjistil, že by potřeboval neustálý dohled a to mu on není schopný poskytnout. Má na Slovensku prosperující stavební firmu, kterou nemůže opustit a není schopen říct, co by tomu řekla manželka. Raději jí ani tuto variantu nenavrhol. Na bratra se prý v těchto záležitostech spolehnout nemůže, zná ho dobře a ví, že by otce jen využíval. Během návštěv v nemocnici spolupracoval se sociální sestrou a podali několik žádostí o přijetí do psychiatrických léčeben a domů pro seniory s uzavřeným oddělením. Často opakoval, že pokud bude třeba něco platit, tak to není pro něho problém, hlavně aby bylo o otce dobře postaráno.

Druhý syn o rozhovor se mnou neměl zájem, řekl, že tyto věci vyřizuje jeho bratr s tetou a s těmi on nekomunikuje. Z jakého důvodu mi neřekl.

Rozhovor se seniorem:

Pan J. M. je nyní spokojený, věří, že až se zlepší jeho zdravotní stav, tak se vrátí domů. Pořád se usmívá, na dotazy odpovídá rád, někdy odpovídá přiléhavě, ale někdy odbíhá od tématu a začne vyprávět sám nějaké zážitky, na které si právě vzpomněl. Otázka budoucnosti ho netrápí, ví, že se o něho jeho „klucí“ nějak postarají. V nemocnici se mu líbí, kdyby měl jít dál do nějakého zařízení, tak mu to vadit nebude. Trápí ho jen to, že starší syn bydlí na Slovensku, teď se s ním už nevidí tak často a snachu viděl jen jednou. Ta se přijela podívat k němu domů a jen obešla dům a řekla, že to za moc peněz nebude. Myslí si, že si syn nevybral právě tu pravou, ale je to jeho věc.

Druhý syn je sám, ale moc se nestýkají, prý zajde pouze když něco potřebuje, jinak ne.

Co se týče financí, tak má peněz dost, z důchodu si vystačí, nic nepotřebuje. Někdy dá nějaké peníze mladšímu synovi, který je teď bez práce, tak je potřebuje určitě víc než on. Otázkou smrti se nezabývá, umřít musí každý, tak až to přijde, tak to bude. Je mu jedno kde, jestli doma, nebo v nemocnici. Pamatuje si, že teď nedávno podepsal nějaké papíry do „důchodů“, tak bude čekat, až mu rodina řekne, co bude dál.

ZÁVĚR:

Z jednání s rodinou a seniorem je patrné, že rodina nezvládá zajistit takovou péči, jakou vyžaduje zdravotní stav seniora. Ale sám senior se netrápí myšlenkou, že by mohl

zůstat v nějakém sociálním zařízení. Jeho přístup k budoucnosti je velmi ovlivněn jeho mozkovou dysfunkcí, neuvědomuje si obavy z toho, co bude, užívá si momentální chvíle nebo vzpomíná na minulost. Neřeší otázky financí ani úředních záležitostí.

Sestra se snaží s ním trávit mnoho času, mají hezký vztah. Plně si uvědomuje jeho zdravotní stav a spolupracuje se starším synem v zařizování další péče o jeho otce.

Druhý syn ho navštěvuje velmi zřídka, nekomunikuje s rodinou, pouze s otcem. Když syn odejde z návštěvy, je pan J. M. vždy zamlklý a zamyšlený, ale mluví o něm vždy hezky, tvrdí, že potřebuje od otce stále pomáhat.

Během hospitalizace přišlo vyjádření z psychiatrické léčebny v Jihlavě, že pana J. M. přijímají k pobytu. Když přijel syn ze Slovenska připravit otci věci potřebné k pobytu v léčebně, zjistil, že v bytě zmizelo několik cenných věcí a z účtu otce bylo vybráno dvacet tisíc korun. Teprve pak nám řekl, že jeho mladší bratr hraje automaty, proto ho vyhodili z práce a otci bral peníze celou dobu. Z tohoto důvodu mu starší syn nechal zřídit účet, na který se mladší bratr nedostane. Ale během hospitalizace v nemocnici od otce nějakým způsobem získal klíče od bytu a přístup k účtu.

V současné době je již pan J. M. v Jihlavě a starší syn se snaží zbavit otce svéprávnosti, aby zachránil alespoň domek, ve kterém otec žil, aby ho jeho mladší bratr nemohl prodat.

3.3.3 Kazuistika č. 3

Osobní anamnéza:

Paní M. F., narozena 1933, bydlí v Trhových Svinech, vyučená jako prodavačka, pracovala jako prodavačka, později zůstala v domácnosti a pečovala o postiženého syna. Je mobilní pomocí jedné hole, soběstačná jen částečně. Je vdova již 21 let. Bydlí v domku s dvěma syny.

Rodinná anamnéza:

Má tři děti, jednu dceru a dva syny, z nichž je jeden tělesně postižený a druhý v invalidním důchodu. Dcera je vdaná a bydlí v 10 km vzdálené vesnici. Dále má od dcery dvě vnučky a jednoho pravnuka.

Když se jí narodil nejmladší syn, který byl tělesně postižený, zůstala s ním doma a pečovala o něho. Nyní o něho i o ni převážně pečuje starší syn, který je v invalidním důchodu. Dcera jezdí s rodinou převážně o víkendech spolu s vnučkami a pravnukem.

Zdravotní anamnéza:

Nevýznamná, nejvíce limitující je silný stupeň osteoporózy, která způsobuje opakované zlomeniny žeber a končetin. Nyní hospitalizovaná pro velké bolesti kostí, které ji omezují v pohyblivosti.

Sociální anamnéza:

Bydlí s dvěma syny, pobírá starobní důchod, o jiné sociální dávky zažádáno nemá. Žádost do sociálního zařízení podanou nemá, ani o ní neuvažovala. Při pomoci s domácností spoléhá na svého staršího syna, který jí dosud velmi pomáhal.

Rozhovor s rodinou:

Rozhovor probíhal se starším synem paní M. F., který chodí pravidelně každý den na návštěvy. O matku se stará velmi rád, přijde mu to už po těch létech automatické, zároveň se stará o mladšího bratra, který je tělesně postižený. Zvládá domácí práce jako vaření, praní a uklízení, byl celý život zvyklý matce pomáhat, když se starala o mladšího bratra ona.

Při otázkách na nárok sociální nebo finanční pomoci od státu není informovaný, neví, že by mohli brát různé příspěvky. Peníze jim stačí, nemají jich mnoho, ale po žádné stránce nestrádají.

Matku nechce dávat do žádného sociálního zařízení, ani o tom neuvažoval, neumí si bez ní život představit, potřebuje ji. Ženatý nikdy nebyl, ani mu to nevadí, matka a bratr ho potřebují víc, tak zůstal s nimi. Pokud se její zdravotní stav zhorší tak, že by přestala chodit, tak si myslí, že to také zvládne. Kdyby si nevěděl rady, tak by zavolal sestře, ta by mu pomohla, má s ní také pěkný vztah.

Kdyby se měl rozhodnout, zda matku nechá zemřít doma nebo v nemocnici, tak neví, záleželo by to na jejím zdravotním stavu. Kdyby ji nechal doma, asi by nevěděl, co má dělat, ale kdyby si to přála, tak by jí vyhověl.

Rozhovor se seniorem:

Paní M. F. je nyní smutná ze svého zdravotního stavu, vadí jí, že je postupně víc a víc omezována bolestmi, které jí brání v pohybu. Byla zvyklá se celý život starat o své dva syny, kteří s ní zůstali doma, a poslední roky to již nezvládá tak, jak by chtěla.

Nejvíce jí pomáhá starší syn, který takhle pomáhá celý život. Poslouchá téměř na slovo, vždy ve všem vyhověl, nikdy s ním nebyly problémy. Nyní, co je v invalidním důchodu, je to fajn, je doma celý den, tak se nebojí, kdyby se náhodou něco stalo. Dříve třeba někde upadla nebo něco rozbila, tak musela čekat, až přijde domů z práce, ale to už teď nemusí.

S dcerou a jejími dětmi se stýká často, ta k ní jezdí téměř každý víkend. Také jí pomáhá, když potřebuje, ale syn to většinou vše zastane sám.

Myslí si, že by ji syn nikdy nedal do žádného sociálního zařízení, doma to nějak zvládnou. Bojí se jen toho, kdyby zemřela, tak jak se syn zvládne starat ještě o svého bratra. Dělá to sice pořádkem, ale veškerá rozhodnutí jsou na ní a synové na ni ve všem spoléhají. V tomto směru by spoléhala více na dceru, která je velmi dobře zná, tak by věděla, jak jim pomoci.

Sama o své rodiče ve stáří nepečovala, o to se postarala její sestra, která je již také po smrti. Snažila se jí pomáhat, jak to šlo, ale sestra to většinou zvládala sama, byla již v důchodu, tak měla čas. Otec zemřel doma a matka v nemocnici na náhlý infarkt. Neumí si představit, že by své rodiče měla přestěhovat na stáří někam do ústavu. Když jsou zvyklí celý život doma, tak tam také mají zůstat. Stejně tak by si to přála i ona a věří, že to tak bude.

ZÁVĚR:

Ze vztahů v této rodině je vidět, že paní M. F. byla celý život pro rodinu nepostradatelná. Především pro své dva syny, kteří jsou na ní dodnes svým způsobem

závislí. Osamostatnila se pouze dcera, která si založila svou vlastní rodinu. Na návštěvu chodily často i obě vnučky s pravnukem.

Myslím si, že tato paní se nemusí obávat své budoucnosti, protože jsou všichni zvyklí starat se o sebe navzájem. Především je výhodou, že již nikdo nechodí do zaměstnání, tak na to mají čas a nemusí se obávat o ztrátu zaměstnání.

Starší syn je na matku hodně fixovaný, vždy čeká na to, co řekne matka, a pak se podle toho zařídí. Není samostatný, což by mohlo být problémem, až bez ní zůstane s bratrem sám a bude muset různé věci zařizovat sám.

Problémem je, že se nikdo z nich neumí orientovat v příspěvcích na péči, neví, na co mají nárok nebo v čem mohou využívat jisté výhody.

Tato rodina funguje bez větších problémů, ale potíže by mohly nastat v momentě, kdy by se staršímu synovi stalo něco, že by nemohl o svou matku a o mladšího bratra pečovat tak, jak to dělá dodnes. Myslím, že na něho všichni spoléhají a tuto možnost si ani nepřipouštějí.

3.3.4 Kazuistika č. 4

Osobní anamnéza:

Paní O. H., narozena 1931, bydlí v Hosíně, vzdělání základní, pracovala jako dělnice ve Sfinxu. Ve 23 se vdala, nyní je 5 let vdova, má 2 syny. Je ve starobním důchodu, částečně soběstačná, chodí s pomocí dvou berlí.

Rodinná anamnéza:

Má dva syny. Mladší syn je ženatý, bydlí ve městě vzdáleném 3 km. Ten má syna a dceru. Jeho manželka je zdravotní sestra, přebírá většinu péče o manželovu matku. Starší syn bydlí stále s matkou, je svobodný a bezdětný, dva roky je v invalidním důchodu. Před čtyřmi lety u něho byla zjištěna Parkinsonova nemoc. Dochází u něho k postupnému zhoršování zdravotního stavu. Projevuje se to tím, že se zhoršuje v základní sebepečí, zhoršena je i jemná motorika, často zakopává. Střídají se u něho období, kdy je bez větších problémů, naopak někdy dojde na nějaký čas ke zhoršení, pak na něho jeho matka musí dohlížet, pomáhat mu při základních činnostech.

Kromě synů se paní O. H. často stýká se svou sestrou, která je o 2 roky mladší. Ta bydlí v Č. Budějovicích a jezdí za paní O. H. často na návštěvy.

Zdravotní anamnéza:

Paní O. H. prodělala běžné dětské nemoci, několik let má zjištěnou hypertenzi, diabetes mellitus, kompenzovaný dietou, revmatoidní artritidu. Pro zánětlivé komplikace při onemocnění střev má kolostomii (vyústění střeva břišní stěnou), kterou si ošetřuje sama, má ji již 21 let. Nikdy si na ni ale nezvykla, stále si připadá velmi omezená. Po tomto výkonu se u ní začal projevovat depresivní syndrom, který se s věkem stále zhoršuje. Paní je proto často plachá, i menší problém pro ni představuje katastrofu.

Sociální anamnéza:

Bydlí se synem, pobírá starobní důchod a již několik let příspěvek na péči. Nyní staršímu synovi snacha zařizuje rovněž příspěvek na péči. Společně využívají také místní jídelnu, kam jim chodí syn denně pro obědy, přes víkend jim většinou vaří snacha. Žádost do sociálního zařízení nemá ani o ní neuvažuje.

Rozhovor s rodinou:

Rozhovor probíhal se snachou a se sestrou paní O. H. Snacha pracuje jako zdravotní sestra v nemocnici, na stejném oddělení, kde paní ležela, navštěvovala ji tedy denně. Starají se s manželem o jeho matku již mnoho let, nyní jim k tomu přibyla ještě péče o manželova bratra. Uvědomují si, že zdravotní i psychický stav paní O. H. se zhoršuje, nechtějí ji ale nikam umisťovat, do žádného sociálního zařízení, protože by to pro ni bylo velmi stresující. Chtějí, aby byla co nejdéle doma, pokud to bude možné. Kdyby zůstala zcela závislá na pomoci druhé osoby, vzali by si ji k sobě domů.

Aby ji udrželi co nejdéle soběstačnou, nechali jí před několika měsíci předělat dům na bezbariérový. Vyžadoval to také zdravotní stav švagra, který se také zhoršuje.

Snacha nyní podala žádost o příspěvek na péči, protože si myslí, že svého švagra budou muset do sociálního zařízení časem umístit nebo minimálně bude nutno nějaké sociální služby využívat. Ten s tím zatím nesouhlasí, je spíše depresivní ze svého zdravotního stavu, často vyhrožuje sebevraždou. Za optimální řešení považuje to, že se vnuk paní O. H. přestěhuje k nim a bude jim pomáhat. Zcela neakceptuje to, že vnukovi je 23 let, chodí do zaměstnání na směny a má svůj život.

Snacha dále uvádí, že se švagrem a tchýní řeší spoustu problémů po telefonu. Je prý zcela běžné, že ji volají v noci, že jeden z nich spadl nebo hůř dýchá. Oba vyžadují dohled, protože si také často pletou léky. Přestože je tam mají předem připravené a přesně popsané, není nic neobvyklého, když snacha přijede a najde v krabičkách jiné léky, než tam patří, některá platička s léky jsou zcela prázdná, ale ani jeden z nich neví, kdo si je kdy vzal.

Snacha, která pracuje mnoho let se starými lidmi, si uvědomuje, co obnáší péče o starého člověka, zná veškeré možnosti sociální pomoci státu, nebo na koho se obrátit v případě nějakých potíží.

Sestra paní O. H. je sama nemocná, ale jezdí často svou sestru navštěvovat. Je pro ni velmi smutné vidět svou sestru nemocnou a nemohoucí, nejvíce ji trápí sestřiny deprese. Bojí se, aby je také nedostala, ale zatím žádné příznaky prý nemá. O budoucnost sestry strach nemá, protože si myslí, že se o ni snacha s manželem postarají, už dnes prý pro ni dělají mnoho.

Rozhovor se seniorem:

Rozhovor s paní O. H. probíhal v několika etapách, protože se často rozbřečela již po krátkém vyprávění svého života. Nyní ji nejvíce trápí, co doma dělá její starší syn, nemůže na něho dohlížet a nebude tam, kdyby ji potřeboval. Celkově svůj stav nese hodně špatně, chce umřít, nemá tady už co dělat a je všem jen na obtíž. Snad jen tomu synovi je

k něčemu. O sociálním zařízení nechce ani mluvit, doma se narodila a doma chce i zemřít. To by jí jistě snacha neudělala, je prý strašně hodná, jen by mohla jezdit častěji k nim domů, je to pro ně lepší, když tam je. K ní a k synovi by se také stěhovat nechtěla, tím by je přece obtěžovala a to nechce. Stejně musí dohlížet doma na staršího syna, tak ani nikam nemůže.

Co se týče financí, tak ví, že pobírá důchod a pak jí k důchodu nosí listonoška složenku na nějaké peníze, kterou podepíše a listonoška jí je pak doma vyplatí. Ty peníze jsou příspěvek na pomůcky. Protože má problémy s udržení moče, potřebuje vložky, jednorázové podložky, snacha kupuje i nějaké žínky a mastičky.

Na své rodiče a sourozence vzpomíná velmi ráda. Její matka zemřela celkem mladá v 58 letech na astma. Otec se dožil vyššího věku a několik let se o něj starala, ale byl chodící. Pak si zlomil nohu a zemřel také v nemocnici. Jen její matka byla často smutná, ale už si vlastně nevzpomíná proč. Měla i bratra, tak ale také zemřel, tak jí zůstala jen sestra, se kterou se stýká stále. Jedině vzpomínka na ni ji přinutí se usmívat, vypráví, že sestra je rázná, upřímná, vždy jí pomáhala při řešení problémů. Má ji velmi ráda a velmi ji obdivuje.

Starala se ale o manžela, ten byl vážně nemocný. Měla ho stále doma, ale zemřel v nemocnici. Měla ho velmi ráda.

ZÁVĚR:

Představa o budoucnosti paní O. H. se shoduje částečně i s představou snachy a mladšího syna. Shoduje se v tom, že paní nechtějí umístit do sociálního zařízení, ale rozchází se v tom, že by si ji vzali k sobě domů, kdyby to bylo nutné. To ona nechce. Chce být doma pro svého staršího syna, ale neuvědomuje si, že ona je na tom zdravotně mnohem hůř než on.

Co se týče informovanosti rodiny o sociální pomoci, je výborná, především díky tomu, že snacha pracuje v oboru zdravotnictví. Díky tomu si také rodina dokáže představit budoucí péči o seniora. Všichni ale spoléhají pouze na snachu, která by to vše měla zvládnout sama. I přes časté návštěvy by paní O. H. uvítala návštěvy častější, což zřejmě pro snachu již není časově možné.

Další problém pro rodinu představuje starší syn paní O. H., který se staví negativně k umístění do sociálního zařízení, neuvědomuje si svůj stav a zcela důvěřuje svému bratrovi a jeho rodině, že se o něho také postarají. V tomto případě se ale jeho názor a názor rodiny rozchází. Ta už si péči o dalšího člověka s tím, že si ho přestěhují také domů, představit neumí.

Během hospitalizace paní O. H. si její starší syn uvědomil, že sám v domácnosti zůstat nemůže, nezvládá to. Začíná tedy uvažovat, zda by opravdu nebylo vhodné si podat žádost do nějaké ústavní péče.

3.4 Výsledky výzkumu

Z výzkumu, prováděného se seniory hospitalizovanými na Oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích a jejich rodinami, jsem dospěla k těmto závěrům:

Otázka č. 1. Mají rodiny v popisovaných kazuistikách zájem o seniora?

Z kazuistik je zřejmé, že rodina má zájem o seniora. Někdy má zájem pouze některý člen rodiny, jak ukazuje kazuistika č. 1. Limitujícím faktorem může být i zdravotní stav některého člena rodiny, kvůli kterému nemůže chodit na návštěvy nebo dále se o seniora starat. V mých případech rodiny se zdravotníky spolupracovaly, zajímaly se také o zdravotní stav a další péči o seniora.

Výsledek může být zkreslený tím, že jsem si vybírala rodiny, které chodily na návštěvy a měly zájem o spolupráci.

Otázka č. 2. Je rodina ochotna a schopna postarat se o nemohoucího seniora?

V tomto případě se názory liší. O nemohoucího seniora není schopna nebo nechce se rodina postarat v případě kazuistiky č. 1 a 2. Důvodem je zaměstnání dětí, které nechtějí opustit a zůstat se seniorem doma, především z finančního hlediska. Další důvody jsou strach z nezvládnutí péče nebo nutnost stěhování, ať už seniora k dětem nebo dětí k seniorovi. Pro starší příbuzné je nejčastěji uváděn jejich špatný zdravotní stav, který neumožňuje péči o další osobu.

V kazuistikách č. 3 a 4 je rodina schopna a ochotna se postarat. Je to dáno především zkušenostmi s péčí o někoho, kdo je závislý na jiné osobě, nebo tím, že je některý člen domácnosti doma a nemusel by proto opouštět své zaměstnání.

Otázka č. 3. Má senior v rodině oporu?

Ze všech čtyř kazuistik je patrné, že senior má v rodině oporu. V celé rodině cítí senior oporu v kazuistikách č. 2 a 3, kdy v kazuistice č. 3 celá rodina spolupracuje, chodí často na návštěvu více členů rodiny a mají o svou matku a babičku zájem. V kazuistice č. 2 cítí senior oporu v obou synech, přestože spoleh je pouze na jednoho. V tomto případě však může být výsledek zkreslený psychickým onemocněním seniora, který si neuvědomuje realitu a nepřipouští si žádné problémy.

Pouze na jednoho člena rodiny se zcela spoléhají senioři v kazuistice č. 1 a 4. Ostatní členy rodiny většinou omlouvají tím, že mají oni sami se sebou hodně starostí.

Otázka č. 4. Zná rodina a senior možnosti sociální výpomoci státu?

Ve třech případech pobírají senioři pouze starobní důchod a nevyužívají žádnou finanční pomoc státu. Informovaná je pouze rodina v kazuistice č. 4 proto, že snacha pracuje ve zdravotnictví a má o této problematice přehled a senior pobírá již několik let příspěvek na péči pro bezmocnost.

V kazuistice č. 2, syn navštívil sociální sestru kvůli zařizování další ústavní péče o svého otce a tím získal informace o příspěvcích na bezmocnost, které jsou součástí žádosti o umístění do ústavní péče.

Ostatní dvě rodiny ani senioři se neinformovali. Z rozhovoru s nimi vyplynulo, že neví nic o příspěvcích a nikdo s nimi o tom nepromluvil.

V kazuistice č. 1 a 4 senior využívá v obci, kde bydlí, donášení obědů domů.

Otázka č. 5. Shoduje se představa rodiny a seniora o jeho budoucnosti?

Představa rodiny a seniora o seniorově budoucnosti se zcela shoduje pouze v jednom případě, a to v kazuistice č. 3. Výhodou je zde společné bydlení syna s matkou a zároveň to, že syn je v invalidním důchodu a stará se také o svého bratra.

V ostatních případech si senior vždy představuje svou budoucnost doma, ve svém bytě. Pouze v kazuistice č. 2, seniorovi nezáleží, kde bude dále žít, a neodsuzuje pobyt v ústavní péči. V dalších případech do ústavní péče senior nechce, spoléhá na rodinu, proto nikdo z nich nemá podanou žádost do domova pro seniory.

Problémy jsou především ve stěhování, kdy člen rodiny by se v žádném případě k seniorovi nepřestěhoval, v jednom případě by si snacha vzala seniora k sobě domů, což si ovšem nepřeje senior.

V kazuistice č. 1 vidí syn ústavní péči jako jediné řešení, pokud by tedy byla matka závislá na péči druhé osoby, ovšem matka si myslí, že by jí to nikdy neudělal.

Z obou stran jsou ve všech případech patrné obavy z budoucnosti.

4. Závěr

Problematika péče o nemohoucího příbuzného je vždy složitá. Z kazuistik je zřejmé, že mnohdy nestačí jen dobrá vůle péči poskytnout, ale jsou zde různé jiné limity, se kterými se musí počítat. Většina dotázaných si dovede péči o příbuzného představit jen do té míry, pokud nebude příbuzný závislý plně na péči druhé osoby. Liší se i představy samotných seniorů. Někteří senioři nejsou schopni realistického pohledu na danou situaci a lpí na pobytu doma.

Domácí péči je nutné více podporovat. Především proto, že domácí prostředí je pro člověka nenahraditelné a fungující vztahy velmi důležité. Rozhodnutí postarat se o nemohoucího seniora vždy zasáhne do běžného chodu rodiny, která má své různé aktivity a zaměstnání. Za pomoc rodiny lze považovat běžné nákupy, vyřizování úředních záležitostí, až po výpomoc při základní hygieně. Domácí péče však může mít na pečovatele i negativní vliv. Ten může trpět depresemi, emočním vyčerpáním, sociální izolací, někdy může vést až k rodinné krizi. Život může být zcela podřízen seniorovi, pečovatel pak ztrácí svůj soukromý život. Na druhou stranu získává určitý pocit uspokojení z toho, že dělá něco pro své rodiče nebo že zvládá určitou novou roli, se kterou neměl dosud zkušenosti.

Dle mého názoru je v dnešní době pečujícím poskytovaná malá podpora. Ať už jde o podporu finanční, která je zcela nedostačující, nebo podpora pomocných služeb, která má omezenou nabídku. Dále také postrádám podporu na pracovním trhu v tom smyslu, že málokomu je umožněno snížit práci na poloviční úvazek nebo opustit zaměstnání s tím, že by se do něj mohl bez problémů vrátit, něco na způsob mateřské dovolené.

Čekací doby do domovů pro seniory jsou na několik let, většinou upřednostněné sponzorským darem. Většina lidí se pro takové řešení rozhodne, až když je situace nevladatelná. Děti si často uvědomují nežádoucí vliv změny prostředí při umístění rodiče do ústavní péče, bohužel v některých případech není možné jiné řešení, ale okamžitým řešením stejně není. Množství a kapacita domovů pro seniory je nedostačující, přestože se stále mluví o zvyšování procenta zastoupení starých lidí v populaci, viz příloha III. a IV.

Staří lidé očekávají, že jim rodina podporu a zázemí poskytne, vždyť oni sami se většinou starali o své rodiče a prarodiče, bylo to běžné. Pokud rodina tuto péči odmítne, často to vnímají jako selhání při výchově, neuvědomují si skutečnosti, které vedou jejich děti k takovému rozhodnutí. S postupným zvyšováním závislosti na druhé osobě se seniorovi snižuje sebevědomí i vlastní sebepojetí, cítí, že je pro ostatní zátěží. Umístění do ústavní péče pak pro něho může být zničující.

Této problematice by se mělo věnovat více pozornosti, protože dnešní pomoc seniorům a jejich rodinám je dle mého názoru nedostačující, ale čím dál více žádaná.

Seznam literatury a pramenů:

Seznam tištěných zdrojů:

FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2009. 218 s., ISBN 978-80-247-2781-3

GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. Č. Budějovice: JČU - SZF, 1998. 97 s., ISBN 80-7040-286-5

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989. 407 s., ISBN 80-7038-158-2

HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J.; ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2006. 229 s., ISBN 978-80-247-2068-5

HINTNAUS, L. *Člověk a rodina, smysl a funkce rodiny*. Č. Budějovice: JČU - ZSF, 1998. 83 s., ISBN 80-7040-315-2

JAROŠOVÁ, M. *Péče o seniory*. Ostrava: Universita - ZSF, 2006. 96 s., ISBN 80-7368-110-2

JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání, 1991. 182 s., ISBN 80-7013-109-8

JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání, 2002. 225 s., ISBN 80-7013-365-1

KOLIBÁŠ, E.; PIDRMAN, V. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. 189 s., ISBN 80-7262-363-X

KOVAL, Š. *Antropologický rozmer epidemiologie staroby*. Košice: PonT, 2001. 176 s., ISBN 80-967611-3-7

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 380 s.,
ISBN 80-7178-548-2

PACOVSKÝ, V. *Geriatricie*. Praha: Scientia medica, 1994. 150 s., ISBN 80-85526-32-8

ŠEĐOVÁ, K.; ŠVARŤÍČEK, R. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál,
2007. 377., ISBN 978-80-7367-313-0

ŠŤASTNÁ, P.; ŽIŽKOVÁ, B. *Sborník III. mezinárodní konference – problematika
generace 50 plus*. Č. Budějovice: JČU – ZSF, 2006. 186 s., Okruh C: Domácí násilí
páchané na seniorech. ISBN 80-7040-903-7

TOŠNEROVÁ, T. *Průručka pečovatele*. Praha: Hestia, 1998. 64 s.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s.,
ISBN 80-7178-802-3

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007. 461 s.,
ISBN 978-80-246-1318-5

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. 96 s.,
ISBN 978-80-247-2170-5

CEJHONOVÁ, M. *Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta*. *Sestra*, 2009, roč. 19,
č. 1, s. 46. ISSN 1210-0404

Seznam elektronických zdrojů:

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR [online]. 2007 [cit. 2010 – 10 - 5].
Dostupné na www: <<http://www.nrzp.cz/prispevku-na-peci>>

Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí ČR [online]. 2010

[cit. 2010 – 10 - 5]. Dostupné na www. <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>

Analýza dokumentu. Leccos. com. [online]. 2009 [cit. 2010 – 9 - 25]. Dostupné z www:

<<http://leccos.com/index.php/clanky/analyza-dokumentu>>

Demografické informační centrum [online]. 2010 [cit. 2010 – 10 - 18]. Dostupné z www:

<http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34>

< http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=569>. ISSN 1801 - 2914

Přílohy:

Příloha I.

Stupně závislosti:

Stupeň I. (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Stupeň II. (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Stupeň III. (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Stupeň IV. (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Úkony, které se hodnotí:

Pro účely stanovení stupně závislosti (péče o vlastní osobu):

- příprava stravy
- podávání, porcování stravy
- přijímání stravy, dodržování pitného režimu
- mytí těla
- koupání nebo sprchování
- péče o ústa, vlasy, nehty, holení
- výkon fyziologické potřeby včetně hygieny
- vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh
- sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě
- stání, schopnost vydržet stát
- přemísťování předmětů denní potřeby
- chůze po rovině
- chůze po schodech nahoru a dolů
- výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení

- oblékání, svlékání, obouvání, zouvání
- orientace v přirozeném prostředí
- provedení si jednoduchého ošetření
- dodržování léčebného režimu

Pro účely stanovení stupně závislosti (soběstačnost):

- komunikace slovní, písemná, neverbální
- orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
- nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
- obstarávání osobních záležitostí
- uspořádání času, plánování života
- zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
- obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
- vaření, ohřívání jednoduchého jídla
- mytí nádobí
- běžný úklid v domácnosti
- péče o prádlo
- přepírání drobného prádla
- péče o lůžko
- obsluha běžných domácích spotřebičů
- manipulace s kohouty a vypínači
- manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
- udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
- další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- 2000 Kč, jde-li o stupeň I. od 1. 1. 2011 sníženo na 800 Kč
- 4000 Kč, jde-li o stupeň II.
- 8000 Kč, jde-li o stupeň III.
- 12000 Kč, jde-li o stupeň IV.⁵²

⁵² <http://nrzp.cz/prispevku-na-peci>

Příloha II.

Otázky použité během rozhovoru:

Otázky pro rodinu:

Jste ochotný opustit zaměstnání a zůstat doma se seniorem?

Znáte možnosti sociální výpomoci státu?

Zvažujete do budoucna umístění seniora do Domova pro seniory?

Jste schopný zvládnout péči o seniora upoutaného na lůžko?

Jste ochotni tuto péči poskytnout?

Jste ochotni nechat zemřít vašeho příbuzného doma, kdyby to bylo jeho přání?

Otázky pro seniora:

Jste ochotný při zhoršení zdravotního stavu přestěhovat se k dětem?

Znáte možnosti sociální výpomoci státu?

Myslíte si, že rodina zvládne péči o Vás v případě, že zůstanete upoután na lůžko?

Zvažujete do budoucna podání žádosti do Domova pro seniory?

Starali jste se o své nemocné nebo nemohoucí rodiče doma?

Přejete si zemřít doma?

Příloha III.

Vybrané charakteristiky potencionální dostupnosti institucionální péče o seniory v krajích ČR v roce 2006

Kraj	kapacita DD+DP	počet obyvatel		počet osob na 1 místo v DD, resp. DP	
		60+	80+	60+	80+
Hl. m. Praha	3 654	266 852	47 920	73,0	13,1
Středočeský	5 092	235 610	36 308	46,3	7,1
Jihočeský	2 971	125 658	19 368	42,3	6,5
Plzeňský	2 056	116 582	17 208	56,7	8,4
Karlovarský	1 583	56 761	7 718	35,9	4,9
Ústecký	5 736	152 384	21 951	26,6	3,8
Liberecký	1 661	82 307	13 186	49,6	7,9
Královéhradecký	2 913	116 155	18 731	39,9	6,4
Pardubický	2 649	103 517	16 001	39,1	6,0
Vysočina	2 262	103 088	15 989	45,6	7,1
Jihomoravský	5 509	237 391	39 451	43,1	7,2
Olomoucký	3 657	128 873	20 661	35,2	5,6
Zlínský	3 836	120 732	18 598	31,5	4,8
Moravskoslezský	6 521	242 307	35 388	37,2	5,4
Celkem ČR	50 100	2 088 217	328 478	41,7	6,6

Zkratky: DD – domov důchodců, DP – domov-penzion pro důchodce

Pokud si uvědomíme, že kapacita domovů i domovů-penzionů pro důchodce je téměř zcela naplněna a mnohá z těchto zařízení mají dlouhé seznamy čekatelů na umístění, je možné konstatovat, že tento stav je z celorepublikového pohledu v tomto směru zcela neuspokojivý. Měla-li by ovšem situace setrvat i do budoucna alespoň na úrovni stavu dnešního, bylo by **nutné zvýšit kapacity ústavních zařízení do roku 2030 přinejmenším o 21 245 míst a do roku 2050 celkem o 37 487 míst oproti současnosti.**⁵³

⁵³ http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=569

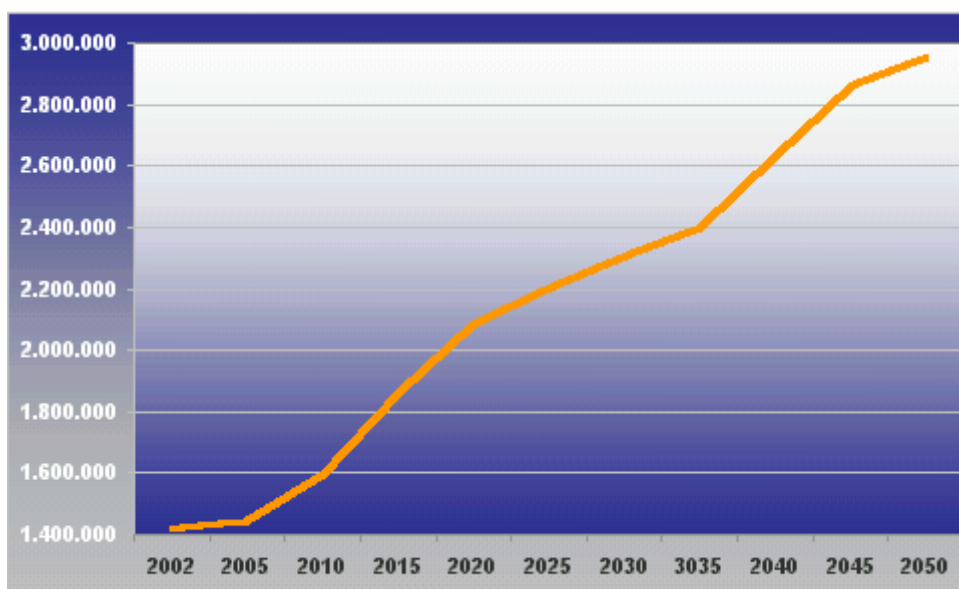
Příloha IV.

Přehled předpokládaného stárnutí obyvatel v ČR a v Evropě

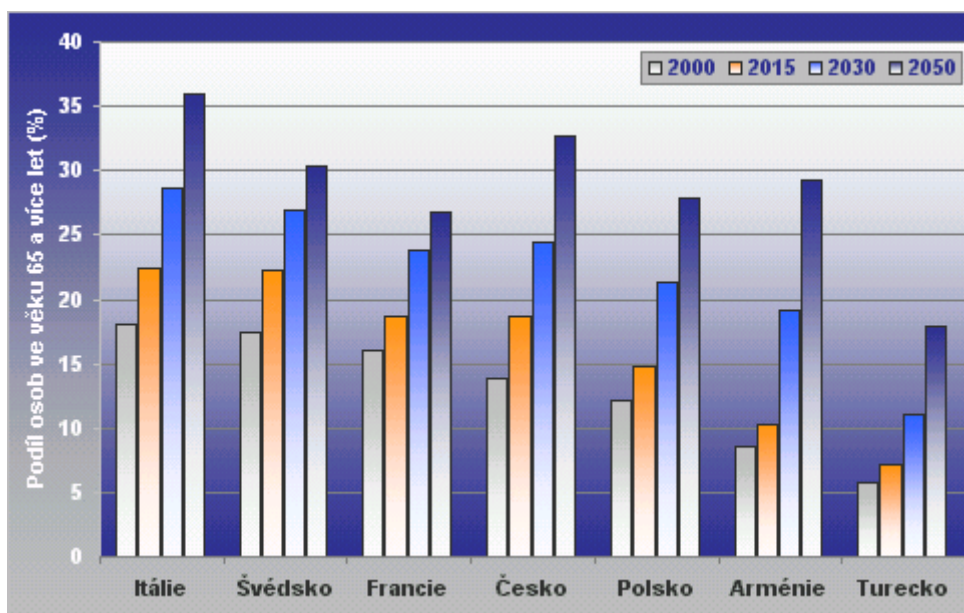
Budoucí vývoj složení obyvatel podle hlavních věkových skupin v ČR, 2002 – 2050 (v %)

	0-14	15-64	65+
2002	15,6	70,5	13,9
2005	14,5	71,3	14,1
2010	13,6	70,9	15,5
2015	13,8	68,1	18,1
2020	13,7	66,0	20,3
2025	13,2	65,3	21,5
2030	12,6	64,5	22,8
2035	12,2	63,6	24,1
2040	12,2	60,9	26,9
2045	12,4	57,9	29,7
2050	12,4	56,3	31,3

Budoucí vývoj počtu osob ve věku nad 65 let v ČR, 2002 – 2050



Vývoj podílu osob ve věku nad 65 let ve vybraných evropských zemích, 2000 – 2050⁵⁴



⁵⁴ http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artc1ID=34