

UNIVERZITA JÁNA AMOSA KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁRSKE KOMBINOVANÉ ŠTÚDIUM

2010 – 2013

BAKALÁRSKA PRÁCA

Ingrid Fabiánová

**Starnutie a staroba, starostlivosť o seniorov
v domácom prostredí**

Praha 2013

Vedúci bakalárskej práce: PhDr. Edita Ondříšková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Ingrid Fabiánová

**Ageing and old age; care for the elderly in home
environment**

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PhDr. Ondříšková

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená bakalárska práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Všetku literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala, v práci riadne citujem a uvádzam v zozname použitých zdrojov.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe dňa 8.3.2013

Ingrid Fabiánová

Pod'akovanie

Chcela by som sa pod'akovať PhDr. Edite Ondriškovej za ústretovosť, trpezlivosť a cenné rady, ktoré mi pri spracovaní bakalárskej práce poskytla.

Ingrid Fabiánová

Anotacia

Bakalárska práca sa vo svojej teoretickej časti zaoberá spracovaním prehľadu informácií o starnutí a starobe doplnených novými poznatkami o opatrovaní seniorov a o ich súčasných problémoch. Jej cieľom je posúdenie spokojnosti a zmyslupnosti života seniorov, zistiť z čoho majú najväčšie obavy a aké majú ciele do budúcnosti. Vychádza z obsahovej analýzy dostupnej odbornej literatúry z oblasti zdravotníctva, psychológie, sociológie, sociálnej práce, gerontológie. Praktická časť na základe prieskumu a dlhoročnej praxe autorky hľadá odpovede na problematiku starostlivosti o seniorov.

Kľúčové pojmy

Adaptácia na starobu, ageizmus, domáca opatrovateľská starostlivosť, edukácia, etika, farmakoterapia, geriatria, geriatrické posudzovanie, geriatrické syndrómy, gerontológia, choroba, integrita, komunikácia, kvalita života, multimorbidita, nevhodné správanie, senior, sociálna politika, starnutie, staroba, stres, syndróm vyhorenia, zrelosť.

Annotation

The theoretical part of the bachelor thesis offers a compiled summary of information on ageing and old age, supplemented with the new knowledge on care for the elderly and their contemporary problems. This part of the thesis aims to assess satisfaction and meaningfulness of lives of the elderly, find out what are their major concerns and goals for the future. It is based on the content analysis of available professional literature in the field of health care, psychology, sociology, social work and gerontology. The practical part seeks to find answers to the issues of care for the elderly based on the conducted research and many years of experience of the author.

Key words

Adaptation to old age, ageing, ageism, burnout syndrome, communication, disease, education, the elderly, ethics, geriatric assessment, geriatrics, geriatric syndromes, gerontology, home nursing care, inappropriate behaviour, integrity, maturity, multimorbidity, old age, pharmacotherapy, social policy, quality of life, stress.

OBSAH

ÚVOD	8
1 STARNUTIE A STAROBA	9
1.1 Pojmy starnutie a staroba	9
1.1.1 Teórie starnutia	13
1.1.2 Disciplíny zaoberajúce sa problematikou starnutia	14
1.1.3 Demografický vývoj a starnutie populácie	15
1.2 Zmeny v starobe	17
1.2.1 Telesné zmeny v starobe	17
1.2.2 Starobné zmeny psychiky	18
1.2.3 Sociálne zmeny sprevádzajúce jednotlivca	21
1.3 Príprava na starobu a dôchodok	22
1.3.1 Adaptácia seniorov a kvalita života	24
1.3.2 Zvládacie stratégie – coping	26
1.3.3 Moderná doba a ageizmus	27
1.3.4 Chápanie vlastnej role v starobe a pozitívne myslenie	29
1.3.5 Osobnostné dozrievanie a zrelosť	31
1.4 Podpora zdravého starnutia	31
1.5 Edukácia seniorov	33
2 PROBLEMATIKA DOMÁCEJ STAROSTLIVOSTI SENIOROV	36
2.1 Domáca opatrovateľská starostlivosť	36
2.1.1 Sociálna starostlivosť o seniorov a jej problémy	37
2.2 Problémy v starostlivosti o seniorov	39
2.2.1 Syndróm vyhorenia	40
2.3 Geriatrické syndrómy	41
2.3.1 Geriatrické posudzovanie	44
2.3.2 Multimorbidita a následky chorôb v starobe	45
2.4 Formy nevhodného správania	45
2.5 Komunikácia s geriatrickým pacientom	49
2.6. Farmakoterapia	50
2.7 Etika	51
3 Praktická časť	52
3.1 Cieľ prieskumu	52
3.1.1 Stanovenie hypotéz	52
3.1.2 Použité metódy a techniky zberu dát	53
3.1.3 Charakteristika výberového súboru	56
3.2 Interpretácia výsledkov prieskumu	57
3.3 Zhrnutie a odporúčanie pre prax	96
ZÁVER	98
ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV	99
ZOZNAM GRAFOV A TABULIEK	101
ZOZNAM PRÍLOH	105

ÚVOD

Zloženie ľudskej populácie sa v súčasnej dobe mení. Stále viac ľudí sa dožíva vysokého veku. Podľa štatistických prognóz má byť 21. stor. storočím seniorov, aspoň v prvých 50. rokoch. Behom nasledujúcich 50 r. bude prvý krát v histórii ľudstva žiť na zemi viac ľudí starších ako 60 r. než osôb mladších ako 15 r. Už teraz stúpa počet osôb vo veku nad 80 r. a táto skupina bude narastať. Pre spoločnosť to znamená zvýšené zameranie na geriatrickú opateru.

Je mnoho seniorov, ktorí si udržujú svoje fyzické, psychické i spoločenské aktivity. Všetkým nie je táto schopnosť daná, a tak je niekedy starý človek prehlíadaný, odsúvaný, nie je mu dostatočne prejavovaná úcta a rešpekt. Mnohí seniori sú veľmi závislí na opatere svojou rodinou. Tiež je podceňovaný fakt, že mnoho detí našich seniorov sú už sami seniori.

Stále častejšie zlyhávajú i profesionáli, ktorí liečia a ošetrojú seniorov. Prestávajú chápať zmenené potreby seniorov, alebo sú pri svojej práci vyčerpaní fyzicky i psychicky a nedokážu pomenovať svoj syndróm vyhorenia...

Cieľom bakalárskej práce je spracovanie dostupných informácií o starnutí a starobe doplnenej o nové poznatky v problematike starostlivosti o seniorov. Ďalej sme rozobrali adaptáciu seniorov na dôchodok, zvládacie stratégie. V praktickej časti sme skúmali, ako sú spokojní seniori s ich kvalitou života, z čoho majú najväčšie obavy, aké si dávajú ciele do budúcnosti.

Myslíme si, že je dôležité naučiť sa chápať zmeny starnúceho človeka a rešpektovať jeho potreby, jednať s ním ako s plnohodnotným človekom a pomáhať mu naplniť svoju životnú rolu v starobe. Dávať seniorom dostatok priestoru a času, prijať svoje fyziologické zmeny, nechápať starobu ako chorobu a nelipnúť na činnostiach, na ktoré už sily nestačia. Pomáhať hľadať vnútornú energiu, prijať nové podmienky a stavať na tom, čo senior vie a čo dokáže, kam smeruje a čo chce.

Každý z nás je jedinečná, neopakovateľná bytosť. Každý z nás má v sebe mnoho krásneho, dobrého, ale samozrejme i to, čo nám vadí, či dokonca škodí. Prečo si nepriznať, že všetci máme nedostatky, drobné chybičky i chyby. Určite je cieľom každého z nás vyzdvihnúť to, čo je dobré, a prežiť láskavý a spokojný život v ktorejkoľvek jeho etape.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 STARNUTIE A STAROBA

1.1 Pojmy starnutie a staroba

Starnutie je prirodzený a biologicky zákonitý proces prejavujúci sa znížením adaptačných schopností organizmu a úbytkom funkčných rezerv. (Štilec, 2004) Je doprevádzané zhoršením telesného a duševného stavu. Starnutie je individuálne variabilný proces s ohľadom na čas, rozsah a závažnosť prejavov v spojení so vzájomným pôsobením dedičných predpokladov a vonkajších vplyvov v priebehu života jedinca. (Vágnerová, 2007) Považuje dedičné predpoklady za základ primárneho starnutia a sekundárne podmienené starnutie za výsledok pôsobenia vonkajších vplyvov.

Proces starnutia môžeme za istých podmienok spomaliť – zlepšením kvality výživy a zníženia celkového objemu konzumovaných potravín, primeraným obsahom duševných a pracovných aktivít, telesnými a relaxačnými cvičeniami. (Spirduso in Štilec, 2004, s.14)

Staroba a starnutie sú rôzne pojmy. Starnutie je bio-fyziologický, zákonitý, nezvratný a postupný proces súvisiaci s genetickými danosťami jednotlivca, ovplyvňovaný chorobami, spôsobom života a životnými podmienkami a sociálnymi zmenami. Starnutie nie je choroba. Starneme v okamihu narodenia, je to celoživotný proces – cesta (Robbin, 2012).

Staroba je poslednou fázou života, ktorá končí smrťou. Ako prežijeme tretiu fázu života sa nerozhoduje tesne pred dôchodkom, ale v celom našom predchádzajúcom živote. Optimistickým zistením je, že aj v neskoršom veku sa vytvárajú nové spojenia v mozgu – dospelá neurogenéza. Výskumy dokázali, že múdrosť človek získava celý život, je schopný sa naučiť novému aj v neskoršom veku. Úlohou posledného úseku života by malo byť kultúrne i osobnostne dozrievať a dozrieť na plne vyvinutú, ucelenú

a úctyhodnú harmonickú bytosť, ktorá sa stále snaží podieľať na kultúrnom dedičstve a odovzdáva ho ďalej (Křivohlavý, 2011)

O procese starnutia a jeho príčinách bolo vedených a ešte stále sa vedie mnoho polemík. Zhrnutím vznikli dva hlavné typy vysvetlení:

- **epidemiologický prístup** – starnutie a umieranie sú deje náhodného charakteru, ovplyvnené vonkajšími podmienkami a udalosťami, neexistuje prirodzená smrť ako vyústenie starnutia,
- **gerontologický prístup** – starnutie a umieranie sú zákonité deje dané genetickými informáciami, existuje prirodzená smrť ako vyústenie starnutia a istá hranica života, za ktorú sa ani v dokonale optimálnom prostredí predĺžiť život nedá.

Viditeľné prejavy starnutia sa neprejavujú u každého človeka rovnako, ide tu o **heterochronicitu**, teda rôznorodosť v čase nástupu viditeľných prejavov starnutia, tiež rozličné prejavy procesu starnutia v rôznych štruktúrach organizmu.

Vlastnosti starnutia:

- 1, vnútorné – geneticky dané, ovplyvňované vonkajšími faktormi. Fajčením, zlou životosprávou, chorobami, znečistením ovzdušia, atď. sa urýchľuje proces starnutia,
- 2, progresívne – priebeh sa nedá zastaviť,
- 3, nezvratné – už prebehnuté zmeny sa nedajú vrátiť späť,
- 4, nerovnomerné – z hľadiska rôznej opotrebovanosti vnútorných orgánov (vplyv vonkajších faktorov)
- 5, postupujúca prevaha starobných zmien. (Krajčík, 2006)

Nie každý človek starne rovnako. Existujú výrazné rozdiely v prejavoch starnutia medzi rovesníkmi u starých ľudí. V mladších vekových skupinách nie sú tak markantné. Pre súčasnú generáciu je typické zrýchlené starnutie vplyvom vonkajších a vnútorných faktorov. Hlavnou úlohou gerontologickej prevencie je transformácia zrýchleného starnutia na spomalené, ktoré vedie k dlhovekosti, predchádzanie vekom podmienenej patológie a opotrebovanosti organizmu človeka

Starnutie sa deje na molekulárnej úrovni až po úroveň celého organizmu. Ubúda počet buniek v tele, klesá množstvo vody a niektorých iónov v organizme. Chradnú svaly a zvyšuje sa objem tuku v tele. Kĺby sa stávajú menej ohybnými, cievy a väzivo sú tuhšie a menej pružné.

Tiež svaly oka sú menej pružné, je potrebná korekcia zraku okuliarmi. Oči sú menej citlivé na svetlo, starí ľudia potrebujú dostatočne osvetlené priestory, avšak nie oslnivými svetlami. Časté sú operácie šedého zákalu. Aj odtok slz je sťažený.

Seniori majú problém rozumieť reči, keď je okolitý šum, prípadne vrava viacerých ľudí, tiež schopnosť rozoznať samohlásky a vysoké tóny – sluchová ostrosť. Ľudia v starobe sú náchylní na časté pády a úrazy. Koordinácia pohybov je ťažšia, reakčný čas dlhší.

U starých ľudí je znížená činnosť imunitného systému, sú náchyľnejší na infekcie, ktorých prejavy sú oslabené a zmenené. Často je narušená i termoregulácia. Celkovo sú regulačné mechanizmy v tele starého človeka oslabené. Je znížená schopnosť potenia, hrozí riziko podchladenia či prehriatia. Oslabuje sa pocit smädu, môže dôjsť k dehydratácii. Zmenšením masy svalov (bazálny metabolizmus) klesá i potreba energie a teda sa znižuje aj chuť do jedla. Napriek tomu starí ľudia potrebujú väčšie dávky bielkovín a vápnika, keďže dochádza k horšiemu využitiu týchto živín.

Starým ľuďom sa ťažšie prehĺta, často pri zle spracovanej potrave alebo v prípade chýbajúcej alebo nevhodnej protézy. Evidentné je spomalenie činnosti čriev, starí ľudia trpia často zápchou. Pečeň nemá úplnú schopnosť spracovať nežiaduce účinky liekov.

Následky starobných zmien sa výrazne prejavujú počas fyzickej záťaže, choroby a stresu seniora. Srdce slabne, vitálna kapacita pľúc klesá. Zvýšený výskyt zápalu pľúc u starých ľudí – zníženou účinnosťou kašľa. (Krajčík, 2006)

Starnutie rozdeľujeme:

1, Biologické - telesné, dotýka sa všetkých orgánov, nastávajú najmä tieto telesné zmeny:

- zmena vzhľadu, úbytok svalovej hmoty, zmeny termoregulácie, zmeny činnosti, zmyslov, degeneratívne zmeny, kardiopulmonálne zmeny, zmeny v tráviacom systéme, zmeny vylučovania moču, zmeny sexuálnej aktivity.

2, Psychické – prejavuje sa zmenou osobnostných rysov, zníženou adaptačnou schopnosťou, poruchou kognitívnych zložiek osobnosti, ďalej je to zhoršenie pamäti (pamätá sa skôr minulosť a krátkodobá pamäť zlyháva), problematické osvojovanie nových vedomostí, nedôverčivosť, podozrievavosť, znížená sebadôvera, sugestibilita, emočná labilita, zmeny vnímania, zhoršenie úsudku, depresie, striedanie nálad.

Pozitívne zmeny: trpezlivosť, rozvaha, múdrosť a skúsenosti.

3, Sociálne - najväčšiu záťaž pociťujú seniori s prechodom do dôchodku a smrťou partnera.

Periodizácia období života človeka

Ľudský život rozdeľujeme z biologického hľadiska na nasledujúce obdobia:

- detstvo a dospievanie 0 – 18 rokov
- dospelosť 19 - 45 rokov
- stredný vek 46 - 59 rokov
- staroba 60 a viac rokov

Avšak dolná hranica staroby v západnej Európe (zároveň hranica zákonného nároku na dôchodok) je 65 rokov. (Krajčík, 2006)

Staroba sa rozdeľuje podľa viacerých kritérií (biologické, psychologické, sociálne, ekonomické) najčastejšie sa používa členenie Múhlpachra (2004) na obdobia:

- mladí starí ľudia 65 – 74 r.
- starí starí ľudia 75 – 84 r.
- veľmi starí ľudia 85 a viac r.

Životné obdobia človeka podľa WHO:

Roky	Vek
0 – 14	Detský
15 – 29	Mladý
30 – 44	Dospelý
45 – 59	Stredný
60 – 74	Starší
75 – 89	Starý
nad 90	Dlhovekosť

Zdroj: Hegyi, Krajčík, 2006

Prax ukazuje, že od 75. roku života narastá potreba sociálnej i zdravotnej starostlivosti. Do 84. roku je to obdobie **tretieho veku**. Po 85. roku života hovoríme o **štvrtom veku**.

Podľa ekonomického kritéria delíme život na predproduktívny vek (deti a mládež), produktívny vek (pracujúci) a postproduktívny vek (Krajčík, 2006).

Dôležitý je pomer počtu produktívnych obyvateľov (ekonomicky činných) k počtu predproduktívnych a postproduktívnych, ktorí sú konzumentmi starostlivosti.

1.1.1 Teórie starnutia

Ľudstvo sa už celé veky snaží prísť na príčiny starnutia a oddialiť ho. Zastaviť či spomaliť proces starnutia a skutočnosť blížiaceho sa konca zvrátiť. Počas výskumov sa vytvárali mnohé hypotézy a teórie „spúšťačov staroby“.

Pred 20 rokmi experti predpokladali (37 % opýtaných expertov), že ku koncu 20. storočia sa tempo starnutia človeka s pomocou preparátov spomalí, neskorší prieskum udáva koniec roka 2010. Dnes vidíme, že sa tieto prognózy nenaplnili.

Teórie o príčinách starnutia sú vysvetľované a chápané z pohľadu biologických zmien, sociálnych a psychologických vplyvov. V súčasnosti existuje približne 300 teórií starnutia. Tento vysoký počet je spôsobený zložitou mechanizmom starnutia a množstvom získaných poznatkov. Teórie starnutia možno rozdeliť do dvoch veľkých skupín – na teórie z opotrebovania (stochastické) a teórie programovaného starnutia. Mnohé teórie sa často navzájom prelínajú. (Hegyí, Krajčík, 2006, s. 25)

1, genetická teória - podstatou je vplyv dedičných faktorov na dĺžku života, starnutie ako dôsledok zmeny štruktúry a funkcie nukleových kyselín. Starnutie je zapríčinené postupným hromadením chýb v DNA v bunkách. Čím vyšší vek, tým viac mutácií. V starých bunkách nestíhajú reparačné mechanizmy zabezpečiť opravu, bunka starne a umrie.

2, teória programového starnutia - zakladá sa na predpoklade, že všetky vývinové obdobia jedinca sú súčasťou genetického programu bunky.

3, autoimúnna teória - s pribúdajúcim vekom klesá schopnosť organizmu čeliť náporu infekcií a autoimúnnych porúch.

4, teória prekríženia - kolagénové tkanivá sú v starobe prekrížené, sú ako stĺpy, stráca sa pružnosť, čo sa prejavuje najmä na koži, v podkožnom tkanive, tepnách, kĺboch...

5, hormónová teória - predpoklad, že postupom veku sa znižuje reakcia buniek hormónu hypofýzy, ktorý reguluje starnutie buniek

6, teória voľných radikálov - pri redukcii kyslíka na vodu dochádza k úniku elektrónov. Reaktívne zlúčeniny kyslíka vstupujú do metabolických dejov, menia chemické zloženie a funkciu biologicky významných molekúl, čo zapríčiňuje starnutie buniek.

7, Teória rýchlosti života - dĺžka života je úmerná rýchlosti, ktorou organizmy, teda i človek, mŕňajú energiu.

8, Lipofuscínová teória - lipofuscín (starecký pigment) poškodzuje bunky, jeho koncentrácia s vekom rastie.

Dĺžka života je ovplyvňovaná mnohými faktormi: nadmorskou výškou, prijímanou potravou, telesným pohybom, chorobami a ich priebehom. „Výskumy ukázali, že na zdravie obyvateľstva vplýva spôsob života (45 – 55%), životné prostredie a prírodno-klimatické podmienky (17-20%), genetické faktory (8-10%) a zdravotníctvo (8-10%)“. (Koval, 2007, s. 554-555)

Existuje niekoľko kritérií na určovanie veku:

- chronologická dĺžka života (počet rokov),
- biologický stav organizmu,
- mentálne zdravie,
- myšlienková (kognitívna) výkonnosť,
- sociálna kompetencia a produktivita,
- spokojnosť so životom. (Křivohlavý, 2011, s. 20)

1.1.2 Disciplíny zaoberajúce sa problematikou starnutia

Gerontológia je prírodná veda zaoberajúca sa problematikou starnutia a staroby. Komplexná veda, ktorá vychádza z podstaty človeka a procesu starnutia. Študuje biologické, psychologické a sociálne aspekty starnutia, interdisciplinárne sa zaoberá zákonmi, príčinami, mechanizmami a prejavmi starnutia, prevenciou predčasného

starnutia a starostlivosťou o starých ľuďoch. Zahrňuje hľadisko zdravotné, psychologické a sociálne. Gerontológia je chápaná ako sociálna nutnosť postmodernej spoločnosti. Kedysi sa ľudia nedoživali vysokého veku. So zvyšovaním životnej úrovne sa postupne zvyšovala aj priemerná dĺžka života človeka. Dnes, keď už vieme, že ľudstvo starne, uvedomujeme si, že starí ľudia budú mať v budúcnosti nezanedbateľnú úlohu.

Geriatria je súčasťou gerontológie, zaoberá sa prevenciou, diagnostikou a liečbou ochorení v starobe, fyziológiou a patológiou staroby. Náplňou odboru geriatria nie je dlhodobé ošetrovanie, ale zachovanie a obnova sebestačnosti a podpora špeciálneho geriatrického režimu.

Gerontológia a geriatria sú mladé odbory, termín gerontológia vznikol v 30. rokoch 20. storočia. (Haškovcová, 2010). Pôvod slova je z gréckeho gerón – starý človek, logos – veda. Termín geriatria má pôvod v gréckom geró – stavec a iatró – liečim.

Neoddeliteľnou súčasťou gerontológie je **gerontopedagogika**. Gerontopedagogika nie je len pedagogickou disciplínou zaoberajúcou sa výchovou a vzdelávaním seniorov v starobe a k starobe, výchovným pôsobením na starých ľuďoch, sebavzdelávaním, sebavýchovou ale i multidisciplinárnu disciplínou, ktorá sa venuje komplexnej liečbe, pomoci a podpore seniorov pre uspokojovanie ich potrieb a vzdelávania, avšak mimo oblasť medicíny.

Sociálna pedagogika sa nezaobrá len deťmi a mládežou, ale tiež dospelými ľuďmi v rôznych prostrediach. Cieľom je zlepšenie kvality života. Ako veda má vzťah k sociológii, psychológii, psychiatrii, geriatrickej, filozofii, ekonómii, právu, ekológii, politológii, teológii a iným spoločenským disciplínam (Kraus, Poláčková, 2001).

1.1.3 Demografický vývoj a starnutie populácie

Očakávaná dĺžka života je dôležitý demografický parameter, ktorý sa dá vypočítať pre každú vekovú skupinu. Na očakávanú dĺžku života vplývajú životné podmienky, výživa a tiež úroveň sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Bežne sa uvádza očakávaná dĺžka života pri narodení, avšak v geriatrickej a gerontológii sa udáva vo veku 60, prípadne 65 rokov.

Z pohľadu do minulosti je zrejmé, že očakávaná dĺžka života sa postupne predlžovala. Nárast bol vyšší u osôb s vyšším sociálnym zabezpečením a úmerný

ekonomickému postaveniu v spoločnosti. Vysoká pôrodnosť v minulosti eliminovala negatívne následky detskej úmrtnosti. Začiatkom 20. stor. začalo dochádzať k zvyšovaniu životnej úrovne, a tým aj znižovaniu úmrtnosti. Čoraz viac ľudí sa dožívalo reprodukčného veku a populácia narastala. Hrozila populačná explózia a preľudnenie.

Tento proces pretrváva do súčasnosti - v rozvojových krajinách.

Narastá počet ľudí, ktorí sa dožívajú staroby, je predpoklad, že ich počet sa viac ako zdvojnásobí do roku 2050. So zvyšovaním počtu starých ľudí sa znižuje pôrodnosť, v prípade starých štátov EÚ je pôrodnosť nepostačujúca na prirodzenú reprodukciu. Aby sa udržal počet obyvateľov, muselo by sa jednej žene narodiť minimálne 2,4 detí. Na začiatku 3. tisícročia by mali dosiahnuť väčší počet 60 a viacroční v porovnaní s počtom detí mladších ako 15 rokov. Nepredpokladá sa však preľudnenie, keďže klesá pôrodnosť.

V severnej Afrike vymrela veľká časť populácie v reprodukčnom veku (AIDS), o deti sa starajú starí rodičia. Pokles pôrodnosti a nárast počtu starých ľudí zapríčinia, že sa zníži počet ľudí v produktívnom veku pripadajúcich na 1 človeka v dôchodkovom veku.

Na Slovensku sa zníži zo 6 na 2, v krajinách ako Taliansko, Rakúsko bude pomer 1:1.

Dôjde i k zmene vekovej štruktúry starých ľudí. Asi 18 násobne sa zvýši počet starých obyvateľov vyžadujúcich najvyššiu potrebu starostlivosti (dvojité starnutie). Očakávaná dĺžka života pri narodení sa na Slovensku počas minulého storočia v dôsledku zlepšenia životných podmienok a zdravotnej starostlivosti zdvojnásobila: u mužov z 36,5 na 68,6, u žien z 38,6 na 76.

Z geografického hľadiska je podiel starých ľudí na Slovensku rôzny. Najnižší je v lokalitách s vysokou pôrodnosťou, teda Orava, Kysuce, Spiš, Prešov...

V oblastiach s vysokou nezamestnanosťou, kde mladí ľudia odchádzajú za prácou do zahraničia, je väčší počet starých ľudí a percentuálny podiel bude rásť rýchlejšie.

Rómska populácia vykazuje črty rozvojových krajín – vysoká natalita, ale i detská mortalita, kratšia očakávaná dĺžka života. (Křivohlavý, 2011, s. 7-9)

1.2 Zmeny v starobe

Zmeny spôsobené v starobe sa odohrávajú na úrovni psychickej, telesnej aj sociálnej. Každý človek prežíva svoj život svojším a originálnym spôsobom. Existujú isté špecifiká, ktoré sú typické s príchodom vyššieho veku.

Funkčný stav seniorov v dnešnej dobe negatívne ovplyvňujú najmä tieto choroby:

- ischemická choroba srdca, postihnutia mozgových tepien, choroby tepien dolných končatín, osteoartróza, osteoporóza, Alzheimerova choroba, poruchy zraku, poruchy sluchu (Plevová, 2011).

1.2.1 Telesné zmeny v starobe

Biologické starnutie označuje zmeny organizmu, ktoré prebiehajú na fyziologickej úrovni. Zmeny postihujú telesné tkanivá a orgány, avšak neprebiehajú u každého jedinca rovnako, sú determinované genetickými dispozíciami a životným štýlom. Jednotlivé systémy v tele zaznamenávajú spomalenie a oslabenie pôvodných funkcií a pokles biologických adaptačných mechanizmov. Ako všeobecný znak starnutia môžeme hodnotiť atrofiu, ktorá postihuje všetky orgány a tkanivá.

Medzi najtypickejšie telesné zmeny starých ľudí patria:

- celková zmena fyzického vzhľadu,
- zmeny na koži (starecké škvrny, strata pružnosti kože, prejavy degeneratívnych zmien ako výrastky, bradavice), zmena kvality a farby vlasov, nechťov,
- zhoršenie regeneračnej schopnosti kože, riziko vznikov dekubitov,
- úbytok svalových vlákien po 50.roku života, nedostatok síl; náchylnosť kostí na zlomeniny,
- degeneratívne zmeny kĺbov, stuhnutosť, obmedzenie pohyblivosti,
- zmeny kardiovaskulárneho a kardiopulmonálneho systému spôsobujú problémy pri fyzickej námahe a duševnom strese,
- náchylnosť k respiračným infekciám,
- zhoršená elasticita ciev zhoršuje prekrvenie a okysličovanie tkanív, mení sa krvný tlak,

- spomaľuje sa trávenie a vstrebávanie nielen živín ale i liekov, oslabenie peristaltiky, zápcha, nechutenstvo,
 - strata pocitu smädu, možnosť dehydratácie,
 - filtračná schopnosť obličiek sa znižuje, podobne aj kapacita a tonusu močového mechúra – inkontinencia,
 - oslabenie kognitívnych funkcií; vplyvom oslabeného nervového systému je predĺžený reakčný čas,
 - zmeny sexuálnej aktivity, termoregulačné, ale aj oslabenie imunitného systému.
- (Malíková, 2011, s. 19-20)

1.2.2 Starobné zmeny psychiky

Vplyvom pôsobenia fyziologických zmien, skúseností a sociálno-ekonomického pozadia dochádza aj k zmenám na psychike starého človeka.

Starý človek je váhavejší, opatrnejší, či už v pohybe alebo rozhodnutiach. Ak nie sú starí ľudia v časovom strese, dokážu vyriešiť problém úspešne – intelekt zostáva zachovaný.

Pamäť sa oslabuje, lebo sa menej používa, jej funkcia je ovplyvnená dĺžkou času prežitého na dôchodku. Pamäť akoby sa stávala selektívnou, pozitívne skúsenosti a zážitky sa pamätajú lepšie a rýchlejšie sa zabúda na negatívne – hovoríme tomu „**spomienkový optimizmus**“. Starí ľudia porovnávajú súčasnosť spojenú s chorobami, samotou, jednotvárnosťou dní s minulosťou – keď boli mladí a plní životného elánu.

Prejavuje sa u nich nechť sledovať súčasné dianie, politiku, zložité témy, zmeny v legislatíve. Mnohí starí ľudia uprednostňujú súkromie a pohodlie svojho domova pred podmienkami v domovoch dôchodcov. Nechce sa im meniť miesto, zvyky, spôsob života.

Ďalšie znaky starobných zmien psychiky:

- prehĺbenie typických charakterových čŕt - nedôverčivý sa stáva sťažovateľom, šetrný lakomcom, neistý bojzlivým a nedôverčivým...,
- žiarlivosť na schopnosti a možnosti svojich rovesníkov, vzťahovnosť,
- citová labilita a emočná labilita,
- depresia, zmeny vo vnímaní, horšie osvojovanie si nového,

- pokles nápaditosti, nedôvera, znížená sebadôvera... (Krajčík., 2006)

Typické psychické poruchy starých ľudí:

Delírium – vzniká rýchlo, v priebehu niekoľkých hodín. Vo všeobecnosti je to stav kvalitatívnej poruchy vedomia, pozornosti a vnímania spojený s dezorientáciou v čase a priestore, halucináciami. Sú prítomné vegetatívne prejavy ako búšenie srdca, potenie, bledosť, zmeny krvného tlaku. Postihnutý môže byť letargický, nepokojný, až agresívny. Býva sprievodným javom pri abstinenčnom syndróme (alkohol, drogy).

Depresia – dochádza k nej buď chorobami a starobnými zmenami na mozgu, alebo aj z vonkajších príčin ako sú napr. životné udalosti, zmena kvality života. Pri liečbe je dôležité včasné rozpoznanie depresie a odlíšenie od demencie.

Medzi najznámejšie príznaky depresie patria pocit viny a smútku, poruchy spánku, strata plánovania do budúcnosti, zhoršenie sústredenia a pozornosti, zníženie sebadôvery, nechutenstvo, pomýšľanie na sebevraždu a sebaškodzovanie.

Depresie sú u starých ľudí príčinou samovrážd, najmä u mužov a u osamelých seniorov. Vyskytujú sa častejšie po úmrtí blízkej osoby a u ľudí žijúcich v zariadeniach. Každý náznak treba brať vážne, pokusy o samovraždu bývajú dokonané.

Depresia nie je samozrejmom súčasťou staroby, ale ak ňou človek trpí, výrazne ovplyvňuje kvalitu jeho života. Depresie sa delia na mierne, stredne ťažké a ťažké.

Prístup k depresívnym seniorom – vid' príloha D.

Demencia je v starobe najčastejšou organickou duševnou poruchou. Starému človeku sa postupne zhoršuje sebestačnosť a stáva sa závislým na starostlivosti druhých. Predpokladá sa, že každý štvrtý človek prežije určitú časť svojho života ako dementný.

Demencia vzniká ako následok ochorenia mozgu. Ochorenie býva buď progresívne alebo chronické. Pri ochorení dochádza k:

- **poškodeniu kognitívnych (poznávacích) funkcií,**
- **poškodeniu pamäte** (trvalé, iné ako porucha spojená so starnutím, kedy si človek nakoniec potrebné slovo alebo meno osoby vybaví),
- zhoršeniu až strate schopnosti naučiť sa nové informácie,

- typická je **afázia** – poškodenie reči (opisné vyjadrovanie slova, nepresné pomenovanie predmetov, neskôr nezrozumiteľné výrazy, slabá artikulácia, neidentifikovateľné zvuky, nakoniec onemie); **apraxia** - zabúdanie niektorých činností napriek zachovanej pohyblivosti končatín (ručné práce, písanie); **agnózia** – neschopnosť poznávať osoby alebo určovať predmety (senior nespoznáva rodinných príslušníkov a neskôr ani sám seba v zrkadle). (Krajčík, 2006)
- k narušeniu vykonávacích funkcií (varenie, používanie prístrojov, nakupovanie, sebaobsluha),
- mozog prestáva ovládať telo, narušenie až strata kontroly vylučovacích funkcií,
- nehybnosť – posledné štádium, úplné uzavretie sa do seba.

I. Kognitívne symptómy pri demencii

- 1, **Poruchy pamäte** spôsobujú zlú orientáciu, nesprávne pochopenie situácie, úzkostlivosť, vymýšľanie si (**konfabulácia**), opakovanie otázok, problémy so získaním nových informácií.
- 2, **Problémy reči** zapríčiňujú nedorozumenia, nepochopenie myšlienok, je ťažké niečo si dopredu naplánovať, tiež vyhodnotiť činnosť a situáciu, sú problémy v komunikácií, zlé zoradovanie viet, chýbajúce slová, zdĺhavé opisovanie.
- 3, **Poruchy pozornosti** sa javia ako zmätené reakcie, je znížená schopnosť reagovať, neschopnosť rozlíšiť dôležité, nemožnosť začať a skončiť zadanú úlohu.
- 4, **Poruchy vnímania** ako úzkosť, neistota, zlý odhad vzdialeností, nesprávne vysvetlenie a pochopenie podnetov, ilúzie, problémy s nájdením cesty, neschopnosť spoznať ľudí a veci.
- 5, **Poruchy úsudku** majú za následok odmietanie pomoci, stratu zábran, nepredvídateľnosť dôsledkov, chýbajú predstavy o abstraktných veciach, odmietanie pomoci (nevnímanie reality, zlé vyhodnotenie situácie), vzťahovnosť.

II. Poruchy emocionality

- 1, **Poruchy nálad** - v začiatkoch si chorý začína silne uvedomovať, že stráca svoje schopnosti. Reakciou na to je depresia. Často sa objavujú úvahy aj o sebevražde.

2, **Sploštená emocionalita** - nastáva vymiznutie primeraných emočných reakcií, vytráca sa neverbálny prejav a citové reakcie, vytvára to zdanie nechoty zapájať sa do života rodiny a nezájum. Senior je pre svoje okolie nezrozumiteľný.

3, **Emočná labilita** - je opakom sploštených emócií, citové prejavy seniora na situácie sú neprimerané, napríklad rýchlym striedaním smiechu a plaču.

4, **Strata vyšších citov** - vo vyšších štádiách - vymiznutie vedomia o základných ľudských hodnotách a postojoch, padajú spoločenské zábrany a seniorovi chýba hanba.

III. Behaviorálne symptómy - nezdržanlivé správanie na verejnosti (vyprázdňovanie, obnažovanie, sexuálne prejavy), agresívne chovanie, od verbálneho až po fyzické napádanie, nedodržiavanie osobnej hygieny, strata záujmu, znížená vôľa, spomalenie, opakovanie otázok, verbálna naliehavosť. (Venglářová, 2007, s. 29-31)

Funkčné problémy ako znížená sebestačnosť až nesebestačnosť v starostlivosti o seba a domácnosť, riziko úrazu či spôsobená nehoda vedú k rozhodnutiu o umiestnenie chorého do ústavu.

Faktory, ktoré ovplyvňujú obraz duševných porúch:

Faktor prostredia - prostredie celkovo vplýva na ľudí, o to viac, keď sú chorí. Seniori trpiaci demenciou sú obzvlášť citliví na zmenu prostredia, každé hospitalizovanie a presťahovanie vedie k zhoršeniu príznakov choroby. Môžeme to nazvať aj ako **adaptačný syndróm**. U pacienta pozorujeme poruchy vnímania a myslenia, zhoršenie nálad a v neposlednom rade zmätenosť a neklud. Tieto poruchy správania trvajú dlhšie, niekedy aj 3 mesiace po premiestnení do inštitúcie.

Faktor opatrovateľa - komunikácia, ktorá je len z nutnosti, vedie k napätiu medzi opatrovatelkou a seniorom. Ich vzťah sa po rozvinutí choroby zhorší.

1.2.3 Sociálne zmeny sprevádzajúce jednotlivca

Možnosti starých ľudí sú z dôvodu sociálnych zmien (odchod do dôchodku, strata partnera), chorobnosti a starobných zmien organizmu a psychiky obmedzené.

Odchod z aktívneho pracovného života do dôchodku znamená nielen zníženie príjmov, ale aj obmedzenie až stratu spoločenských kontaktov a stretnutí, prípadne stratu spoločenského uznania. V tomto období sú časté manželské problémy, partneri trávia spolu viac času, čo pri starobných zmenách psychiky môže viesť ku konfliktom. Ťažkou životnou skúškou je i strata partnera a relatívne nízka šanca nájsť nového, najmä v prípade ovdovelých žien. V 60. roku života pripadá na 1000 mužov asi 1316 žien a vo veku 85 rokov je to až 2428 žien. (Krajčík, 2006)

Problémy partnerov sa môžu vyostriť odchodom detí z domova – tzv. syndróm prázdneho hniezda.

Schopnosť adaptovať sa na starobu a akceptovať nevyhnutné zmeny súvisiace so starnutím nie je u všetkých seniorov rovnaká. Potreba zaradiť sa je jednou zo základných ľudských potrieb, čo v starobe nie je jednoduché. Proces adaptácie je rôzny:

1, **Konštruktívna adaptácia** – starí ľudia sú aktívni, prispôsobia svoje aktivity svojim schopnostiam, akceptujú nezvratnosť krátiaceho sa času, sú zmierení s blížiacou sa smrťou (veriaci ľudia, ľudia z vidieka)

2, **Pasivita** – starí ľudia sú radi, že sú v klúde, na dôchodku, žijú utiahnuto.

3, **Obranný postoj** – strach zo staroby, potlačanie jej prejavov, niekedy prílišná aktivita. U niektorých ľudí sa vyskytne syndróm zatvárajúcich sa dverí (opustenie partnera, milostné vzťahy, športové aktivity) alebo syndróm Dorianu Greya (muži vyhľadávajú vzťahy s mladšími partnerkami, neprimerane veku si upravujú zovňajšok).

4, **Nepriateľstvo** – život v ústraní až izolácii, sú príliš kritickí k mladým ľuďom, nepriateľskí, hľadajú vinníkov za svoje neúspechy.

5, **Sebanenávisť** – prísna sebareflexia, pohrdanie sebou samým, zveličovanie svojej bezmocnosti, neschopnosti, ľútosť, depresia. Pocit osamelosti a zbytočnosti, vyhýbanie sa sociálnym kontaktom, to všetko sťažuje snahy o ich opateru. Je ťažké umiestniť ich v domove dôchodcov, sú nedôverčiví, depresívni, agresívni, odmietajú pomoc – maldaptačný geriatrický syndróm.

1.3 Príprava na starobu a dôchodok

Mala by začínať už v detstve výchovou k úcte a tolerancii k starým ľuďom. Okolo 40. roku života by mala byť výchova zameraná na problematiku zvládnutia

najbližších 10 rokov, obzvlášť s ohľadom na vlastné zdravie, partnerské a pracovné vzťahy. Po dovŕšení 50. roku je potrebné pripravovať sa postupne na zmenu ekonomického statusu a zaujímať sa o metodiku výpočtu a nároku dôchodkových dávok. Približne dva až tri roky pred samotným nárokom na odchod do dôchodku je potrebné zahájiť konkrétnu praktickú prípravu na starobu, ktorá by neskôr napomohla adaptácii na novú situáciu. (Pacovský, Hermanová, 1981)

Aktívny prístup a zodpovednosť za vlastné zdravie, život a vzťahy v rodine o okoliu, odovzdávanie skúseností a dôležitých hodnôt druhým ľuďom, vedú k dôstojnejšiemu postaveniu starých ľudí v spoločnosti.

Dôchodkový syndróm sa môže objaviť u ľudí fixovaných na svoju profesiu, ktorí odchodom do dôchodku strácajú motiváciu pre ďalší aktívny život, existujúce sociálne väzby.

Odchod do dôchodku je radikálna zmena života. Prechodom z druhej do tretej fázy života sa dejú zmeny vonkajšieho správania, vzťahov k druhým ľuďom, našej sociálnej komunikácie, kontaktov, postavenia v spoločnosti, mení sa identita, záujmy.

Odchod z druhej etapy života by sme mali osláviť. Bilancovať a rekapitulovať, rozlúčiť sa a odpustiť. Vstupom do tretej fázy života sa neocitáme sami.

Fázy adaptácie na dôchodok - fáza prípravy na dôchodok, kedy človek zvažuje výhody a možnosti, je dôležitá.

Fáza bezprostrednej reakcie na zmenu nastáva po odchode do dôchodku, je to prechodná fáza typická pocitom oslobodenia od pracovných povinností a radosti z voľného času, ale aj pocitom neistoty, strachu z budúcnosti.

Fáza dezilúzie a postupného prispôsobovania prichádza napriek tomu, že sa človek na dôchodok tešil. Mnoho seniorov pociťuje rozčarovanie, nudu a sklamanie.

Fáza adaptácie na život dôchodcu, stabilizácia nového stereotypu, charakteristická upevňovaním rolí, novými kontaktmi, relatívnej spokojnosti. (Vágnerová, 2007)

Spôsob života seniora ovplyvňuje jeho zdravotný stav, stupeň sebestačnosti, ekonomická situácia, osamotený alebo rodinný spôsob života, bývanie, a iné aspekty. Keďže sa predlžuje priemerná dĺžka života, zvyšuje sa aj hranica pre odchod do dôchodku, situácia si vyžiadala reformu dôchodkového systému. S rozvojom starostlivosti o starých ľuďoch vznikajú aj nové pracovné miesta.

Z hľadiska kvality života seniorov a nákladov na poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti je dôležité predĺženie obdobia, kedy nepotrebujú pomoc iných. Obdobie, kedy človek nepotrebuje starostlivosť – **život bez disability** alebo **disability free**. Dĺžka tohto obdobia sa líši a závisí od vyspelosti sociálnej a zdravotnej starostlivosti.

Na Slovensku je toto obdobie 63,5 rokov u mužov a 69,4 rokov u žien. Na porovnanie v Nemecku je to 69,6 rokov u mužov a 74 u žien.

Potreby starých ľudí - potrebu rozumieme ako prejav nedostatku, či nadbytku smerujúci k obnoveniu homeostázy (rovnováhy, optima, pohody).

Faktory ovplyvňujúce uspokojovanie potrieb: okolnosti, za ktorých potreba vznikla, vek, kvalita medziľudských vzťahov a väzieb, osobnosť jedinca, choroba.

V priebehu života človeka sa rebríček hodnôt mení. Zákonite dospelý človek potrebuje iné ako napríklad dieťa. A takisto starý človek bude považovať za dôležité niečo iné ako dospelý človek v produktívnom veku.

Hierarchiu usporiadania ľudských potrieb podľa amerického psychológa - A. Maslowa vysvetľujeme tak, že nižšie potreby musia byť dostačujúco uspokojené skôr, ako sa začnú uplatňovať vyššie potreby. To znamená, že sa musia postačujúco uspokojiť potreby istého stupňa v hierarchii, inak nenastáva vzostupný krok. Podrobnejšie – viď príloha E.

1.3.1 Adaptácia seniorov a kvalita života

Gerontologické intervenčné štúdie poukázali na fakt, že starnúci človek nepracuje na hranici svojich možností - hovoríme o **latentnej rezerve**. Laboratórnymi štúdiami sa zistilo, že starnúci ľudia sú cvičením pamäte schopní vyrovnáť schodok v kognitívnych aktivitách.

Existujú dva druhy pamäte: fluidná pamäť (týka sa zapamätania si určitých dát) a kryštalická pamäť (týka sa spôsobov - „ako to či ono spraviť“). Ukázalo sa, že :

1, starší človek je schopný zlepšovať výkon u oboch typov pamäte.

2, starí ľudia sú schopní vyrovnávať nedostatok kognitívnej kapacity pragmatickými skúsenosťami.

Kľúčovým pojmom v psychológii seniorov je **adaptácia**, to, ako sa človek vyrovnáva s tým, čo ho postretne, ako zvládne zmeny. Adaptácia sa týka plasticity správania sa človeka v priebehu času a zmien v živote. Ďalšie pojmy:

- 1, **selekcia** – s vyšším vekom selektujeme činnosti, oblasť záujmu
- 2, **priorita** – ujasňujeme si rebríček hodnôt
- 3, **optimalizácia** – snažíme sa obohatiť svoj a nielen svoj život
- 4, **kompenzácia** – nachádzame nové možnosti ako náhradu za tie staré

Model kompenzácie v spojení so selekciou a optimalizáciou je návodom, ako zvládnuť úbytok kognitívnych funkcií. Selekcia, optimalizácia a kompenzácia sú vyššími adaptačnými schopnosťami, ktoré nám vo vyššom veku napomáhajú vyrovnáť zníženú rezervnú kapacitu. (Křivohlavý, 2011, s. 56)

Kvalitu života možno popisovať pomocou dvoch skupín kritérií: Jednu skupinu tvoria objektívne merateľné kritéria ako je materiálne zabezpečenie, zdravotný stav a zdravotná starostlivosť. Druhú tvoria subjektívne kritéria, ktoré sú obsiahnuté v škálach tzv. "**well - being**" - pohody, spokojnosti so životom, prežívaním zmysluplnosti života atď., ktoré predstavujú individuálny psychologický rozmer kvality života.

Z výskumov vyplynulo, že objektívne parametre kvality života seniorov nemali taký dosah na prežívanie spokojnosti so životom, ako sa predpokladalo, resp. aký význam sa im pripisuje v mladšom veku. Vyššia subjektívna kvalita života bola sprevádzaná najmä vyššou schopnosťou prispôbovať osobné ciele zmeneným podmienkam života.

Sebahodnotenie, pocit osobného riadenia vlastného života, že držíme udalosti vo vlastných rukách, skóre depresivity a pod., akoby nereflektujú negatíva staroby. Výskum hľadá odpovede na tieto zdanlivo paradoxné javy. Efektívny sa ukazuje konštrukt tzv. "**pružného ja**" (resilient self), ktorý zahrňuje celý systém rôznych podôb "ja", pomocou ktorých sa udržuje pozitívny sebaobraz. V rámci tohoto systému nejde iba o to, kto som, ale aj o to, kto som bol, kto by som chcel byť... Významnú úlohu zohráva schopnosť zmeniť osobné ciele a úrovne aspirácii tak, aby zodpovedali možnostiam starnúceho človeka.

Ukazuje sa, že seniori sa významne odlišujú v tom, ako sa vedia vyrovnáť (zvládať) s veľkým množstvom strát a obmedzení v dôležitých oblastiach života, ktoré

starnutie prináša. Zistilo sa, že práve schopnosť zvládať nové podmienky (ktoré sú žiaľ v starobe spravidla negatívne, resp. limitujúce) má veľký význam pre prežívanie spokojnosti a zmysluplnosti života, pre udržanie pozitívneho sebaobrazu a sebahodnotenia, že táto schopnosť vedie k tzv. neproblémovému - úspešnému starnutiu.

Seniori, ktorí sú **flexibilní** pri zmene - **akomodovaní cieľov** vzhľadom na meniace sa podmienky svojho života, si lepšie udržujú osobnú integritu a kontinuitu ako tí, ktorí na svojich nerealizovateľných cieľoch a očakávaniach zotrávajú.

Pre manažment zvládania mentálnych a fyzických strát, ktoré vek prináša je efektívna aj stratégia "**selektívnej optimalizácie s kompenzáciou**". Napríklad - na otázku ako si udržuje svoju virtuozitu 80-ročný Rubinstein odpovedal, že redukuje svoj repertoár (selekcia), ďalej, že selektovaným kusom venuje viac času ako v minulosti (optimalizácia) a používa špeciálnu stratégiu pri hre, t.j. spomalí tempo pred rýchlymi časťami, čím v nasledujúcich vytvorí dojem rýchleho tempa (kompenzácia).

Starý človek je jedinečná bytosť, výsledok interakcie biologických, kultúrnych a individuálnych potenciálov svojho života, ktoré sa realizujú v rozsahu dlhých desaťročí. A tak je len prirodzené, seniori vytvárajú heterogénny obraz starnutia a staroby... Práve táto mnohotvárnosť staroby je najnáročnejší problém pri výskume, posudzovaní a optimalizovaní podmienok kvality života seniorov.

1.3.2 Zvládacie stratégie – coping

Moderný život pred nás dennodenne stavia úlohy a požiadavky vysokej náročnosti, na ktoré žiaľ často reagujeme stresmi, frustráciami, depriváciami, konfliktmi... Aby to tak nebolo, môžeme využívať pozitívne stratégie zvládania záťaž. Psychológia ich intenzívne študuje, lebo ich poznanie môže seniorom pomôcť v konkrétnom živote, vytvárať preventívne a prekonávacie programy ťažkostí.

V odbornej literatúre sa zaužíva pojem copingu na označenie zvládania, prekonávania náročných životných situácií. Rozlišuje sa:

Zvládanie zamerané na problém - vymedzuje problém, hľadá a zvažuje alternatívy na základe námahy a prínosu, neskôr zvolenú alternatívu realizuje. Stratégia riešenia problému môže byť orientovaná navonok - napr.: zmeny sociálneho prostredia, alebo dovnútra - ak senior realizuje zmeny sám v sebe - napr.: mení svoje ciele, hľadá

nové spôsoby uspokojenia, osvojuje si nové zručnosti...

Zvládanie zamerané na emócie - sa používa, ak problém nie je ovplyvniteľný.

K obranným mechanizmom zvládania vlastných negatívnych emócií, ktoré menia spôsob, akým človek vníma a myšlienkovu spracováva stresovú situáciu zaraďujeme:

Vytesnenie - vylúčenie bolestivých spomienok z vedomia (najmä obsahy vyvolávajúce pocity hanby, viny...).

Potlačenie - človek úmyselne ovláda svoje impulzy a prania (pripúšťa ich v súkromí, verejne ich však popiera).

Racionalizácia - zmiernuje sklamanie človeka pri neúspechu (poskytuje prijateľné zdôvodnenie pre jeho správanie).

Reaktívny výtvor - človek utajuje pohnútku pred sebou samým (vyjadrí opak).

Projekcia - vlastné nevhodné vlastnosti si nepriznávame, iným ich pripisujeme vo zvýšenej miere.

Intelektualizácia - so stresovou situáciou sa vyrovnávame pomocou abstraktných intelektuálnych termínov (snaha o získanie emocionálneho odstupu).

Popretie - ak je skutočnosť veľmi nepríjemná, človek popiera jej existenciu.

Presun - ak je potreba zameraná na náhradný cieľ (alebo istým spôsobom nemôže byť uspokojená).

Ovládanie stresu umožňuje psychická podpora a záujem druhých ľudí. Ak je senior sám (smrť partnera), alebo ak má málo sociálnych väzieb, častejšie trpí chorobami vyvolanými stresom. Dôležitá je forma spätnej väzby.

1.3.3 Moderná doba a ageizmus

V našej spoločnosti dlho pretrvával model šesťdesiatych rokov, ktorý úspešne starnutie videl v trávení voľného času v klude domova, v ochote prijať zmeny sociálnych rolí, postupne sa vzdať spoločenských a **životných rolí**, dobrovoľne niest sociálnu osamelosť v starobe a odpočívať doma s myšlienkou "veď si to zaslúžim, napracoval som sa dost".

Preto ani spoločnosť nepripravovala s odchodom človeka do dôchodku nejaké programy pre seniorov, tí dostali nálepku "dôchodca" - a tým zmizol ich životný príbeh. Okolie živí seniorov často myšlienkou – „nič nemusíš robiť. Keď bude najhoršie, máme

nemocnice a domovy dôchodcov - tam ti bude najlepšie“. Chýbajú však rehabilitačné programy pre seniorov, ktoré by im umožňovali návrat do domáceho prostredia a v neposlednej rade aj kapacity v sociálnych zariadeniach...

Ústav sociálneho lekárstva v Plzni previedol v roku 2001 prieskum, ktorý bol zameraný na medzigeneračnú solidaritu a vzájomné pochopenie. 74% respondentov vo veku 35 r. odpovedalo, že staroba nie je prínosom pre spoločnosť. Iba 15 % hodnotilo starobu ako prínos a uznávalo múdrosť, zásluhy a morálnu ústretovosť.

Atribútom súčasnej spoločnosti je **tvrdý individualizmus**, úsilie dosiahnuť vzdelanie, vytváranie osobitných životných štýlov. Človek nechápe, že potrebuje žiť s druhým a pre druhých, a tak sa nedarí vytvárať kvalitné ľudské vzťahy. Niekam sa vytráca láska k človeku a pochopenie pre odlišnosti iných. Meniaca sa štruktúra rodiny dosiaľ nevytvorila rolu pre starého človeka.

Ageizmus – (Koval, 2001, s. 24) uvádza, že: „termínom používaným na vykreslenie istých stereotypov a iných škodlivých negatívnych tendencií zameraných proti starším ľuďom sa stal ageizmus“.

Na začiatku 3. tisícročia je preto nevyhnutné odstrániť diskriminácie starého človeka. Problém starých ľudí je vo väčšine vyspelých štátov čoraz aktuálnejší. Tí, ktorí majú negatívny pohľad na seniora a sú šíritelia diskriminácie považujú starnúceho a starého človeka vo všeobecnosti za „senilného, rigidného a otravného tvora, ktorý sa stáva bremenom pre rodinu a okolie“ (Palát, 2003, s. 33).

„Problém ageizmu je problémom modernej spoločnosti. Existencia tohto problému si vyžaduje zabránenie znehodnocujúcich aktivít, ktoré smerujú voči starnúcim ľuďom. Vypelost' spoločnosti sa prejavuje aj tým, akým spôsobom sa dokáže postarať o seniorov“ (Palmore, 1981, s.431). Je jedným z autorov, ktorý sa zaoberá zdrojmi ageizmu a uvádza celú škálu zdrojov ageistických postojov, predstavuje ich na úrovni individuálnej (najmä strach zo smrti a starnutia; patrí medzi ne frustrácia a agresia, z ktorých pramení hostilita – nepriateľstvo, snaha ublížiť a škodiť iným), sociálnej (u starších ľudí potreba obhajoby iných hodnôt v porovnaní s mladšou generáciou; konflikt hodnôt) a kultúrnej (zahŕňajú mediálnu kultúru, hodnotové systémy, jazyk, literatúru, umenie, humor).

Ageizmus sa vyskytuje vo všetkých oblastiach spoločenského a aj súkromného života. Balogová (2006, s. 62) potvrdzuje, že : „postoj k starým ľuďom sa môže odvíjať:

- na mikroúrovni – v rodine a v domovoch sociálnych služieb; na úrovni inštitúcií – väčšinou v úradoch, v zdravotníckych zariadeniach a v sociálnej oblasti; na úrovni celospoločenskej – ide predovšetkým o nevyhovujúcu dôchodkovú politiku štátu.“

Prvý krát v histórii ľudstva existujú v jednom časovom horizonte 4 generácie rodinných vzťahov, ktoré nemajú ujasnené vzájomné role. Starí ľudia sa cítia ohrozovaní dobou, v ktorej žijú, a upozorňujú na nevhodnú spoločenskú klímu a výchovné vzory pre mladšiu generáciu. Spoločenskú prestíž má mladosť, krása, ladnosť, sila a dokonalosť. Väčšina starých ľudí nie je pripravená na úskalia svojho vyššieho veku. Sami nečakali, že sa dožijú tak vysokého veku, a možno to nečakali ani ich deti. Štát čiastočne prevzal na seba niektoré rodinné funkcie, ale zabúda na podporu tých rodín, ktoré sú ochotné naďalej poskytovať opateru svojim rodičom vo vysokom veku. Seniorská populácia oslobodzuje svojich mladých od povinností s odôvodnením, že majú veľa svojej vlastnej práce, a očakávajú väčšiu pomoc od sociálnych a zdravotných zariadení. Stredná generácia necíti zodpovednosť pripraviť sa na vlastnú starobu, a ani viesť svoje deti k úcte k starobe...

Etapa staroby je rovnako dôležitá ako každá iná etapa ľudského života a nezaslúži si byť prehliadaná. Jej obdobie trvá 30 - 40 r. a je rovnako dlhé ako mladosť a dospelosť. Hlavný dôraz kladie na uchovanie **pohybových schopností** a **psychosociálny rozvoj osobnosti**. Staroba nie je koniec života, až smrť prináša koniec života. Predĺženie ľudského života a vzájomné spolužitie všetkých vekových skupín v spoločnosti dáva priestor k vytvoreniu nového modelu, kde bude ľudský život chápaný ako nepretržitý celok od narodenia až po smrť.

1.3.4 Chápanie vlastnej role v starobe a pozitívne myslenie

Seniori 21. storočia - súčasní seniori sú skupinou vnútorne veľmi heterogénnou, staroba jednotlivcov je veľmi individuálna, hlboko ovplyvnená minulosťou i súčasnosťou. Väčšina súčasných seniorov prežila jednu alebo dve svetové vojny, päťdesiate roky, tri menové reformy, normalizáciu i politické zmeny po r. 1989. Ich život priniesol mnoho strát, úzkosti, na vlastnej koži zažili nedostatok. Premeny doby poznamenali hlboko ich ľudské osudy, náhľad na súčasnosť i víziu ich budúcnosti. Museli si hodne odriekať, naučili sa žiť skromne a sú stále pripravení myslieť na horšie

časy a šetriť. Sú zvyknutí očakávať pomoc od druhých a tej sa im nejako nedostáva...

V každom veku, a v starobe obzvlášť je potrebné svoj pozitívny vzťah k životu opierať o drobné radosti a malé sociálne pohladenia. Statočne prijímať svoje obmedzenia, nelipnúť na činnostiach, na ktoré už sily nestačia a svoju energiu tvorivo smerovať k iným životným hodnotám. Naučiť sa, že zmeny sú súčasťou života.

Autori knihy "Moderní příručka dlouhověkosti" (Mahoney, Restak 2000) píšú, že optimizmus je povahový rys, ktorý sa môžeme naučiť. Pokiaľ sa budeme snažiť o optimistické chovanie, upevníme ho v sebe a stane sa našim postojom ku všetkému v našom okolí. Naš mozog prijme povel, že všetko dobre dopadne. Ich tvrdenia podporujú aj výskumy. Môžeme mať množstvo myšlienok, ale je na nás, ktoré si v myslí ponecháme. Niekoľkokrát denne sa ubezpečujeme myšlienkou: Všetko pôjde dobre. Dôverujem si. Dnes to nešlo tak dobre, ale zajtra to pôjde skvele.

Činorodá staroba prekvapuje kreatívnymi schopnosťami človeka. Pablo Picasso maľoval do svojich 92 rokov, Tizian namaľoval obraz Námorná bitka v 97 rokoch. Giuseppe Verdi komponoval vo svojich osemdesiatich rokoch, J.W.Goethe dokončil Fausta v 82 rokoch. Diela vzniknuté vo vyššom veku vychádzajú z osobnej skúsenosti a vnútornej vyrovnanosti. To nám potvrdzuje, že trvalá tvorivosť, záujem o dianie a činnosti predlžujú aktívny vek. Nespočíva to len v samotnom umeleckom nadaní, ale i v ochote tvoriť a poznávať čokoľvek. Okolo nás je množstvo starších ľudí, ktorí svoj život prežívajú tvorivo a zmysluplne.

Doporučné stratégie pre všetkých – žiaľ je pravdou, že staroba bola a je modernou spoločnosťou vyradovaná z celospoločenského uvažovania, a tým seniori postrádajú dôstojný kredit. Úlohou každého z nás je a bude vytvoriť si vlastný model aktívneho starnutia, dokázať prijímať a správne vyberať pre seba užitočné nové informácie, tvorivo pracovať a kvalitne odpočívať. Učiť sa spôsobu života, ktorý nám prináša radosť, aj napriek zmenám, ktoré nás v starobe môžu sprevádzať.

Rady k zamysleniu (z knihy R.Carlsona : Nekažte si život 1997):

- Zmierte sa s nedokonalosťou, nekažte si život kvôly maličkostiam.
- Staňte sa trpezlivejšími, keď niečo robíte, robte len jednu vec.
- Naučte sa žiť v prítomnosti, pýtajte sa sami seba: Bude na tomto záležať ešte za rok?
- Myslite na to, čo máte, a nie na to, čo by ste chceli mať, buďte vd'ačný, keď sa cítite

dobre, a s nadhľadom prijímajte situácie, keď Vám nie je práve najlepšie.

- Vytvorte si svoje vlastné rituály, zaháňajte negatívne myšlienky, naplňte svoj život láskou.

1.3.5 Osobnostné dozrievanie a zrelosť

Podobne ako odlišujeme starnutie a starobu, dospievanie a dospelosť, odlišujeme dozrievanie od zrelosti. Zrenie človeka sa týka stability, vycibrenosti a hĺbky charakteru, **vnútornej istoty a integrity**. Situácie, s ktorými sa v živote stretne, nás ovplyvňujú a podmienky tvarujú každého inak. Preto niekto dozrieva v istej psychickej rovine výraznejšie a v inej môže byť stále nedozretý. Dôležitá je celková celistvosť osobnosti.

Charakteristika zrelého človeka a jeho **silného ega**:

- je si vedomý svojich prianí, túžob ale i neuskutočnených cieľov, oplýva zdravým sebavedomím,
 - je trpezlivý, dokáže čakať na uspokojenie svojich prianí,
 - vie si priznať slabé stránky, vidí a prijíma svoje schopnosti a možnosti a je schopný ich posúdiť,
 - vie smútiť nad stratami bez toho, aby ho to zlomilo,
 - vie povedať „nie“, vie udržať rovnováhu medzi dávaním a prijímaním,
 - vyznačuje sa harmonickou osobnosťou, vie sa podeliť a zdieľať svoje skúsenosti s druhými. Prehľad silných stránok charakteru – vid' príloha F
- E. H. Eriksonova (1902 – 1994) teória psychosociálneho vývoja – vid' príloha G

1.4 Podpora zdravého starnutia

Počas posledných rokov vznikajú organizácie, občianske združenia a nadácie, svojpomocné skupiny, ktoré sa venujú programom pre seniorov. Zároveň sa snažia ovplyvniť celospoločenský pohľad na starnutie a starobu.

12.4.2002 bol prijatý v Madride na záver II svetového zhromaždenia o starnutí **Medzinárodný akčný plán pre problematiku starnutia**. Dokument vymedzuje tieto úlohy: **Mladá generácia** nie je pripravená na starobu a plne nechápe prínos seniorskej

populácie pre spoločnosť. V popredí záujmu je dôležitosť prijatia princípu nediskriminácie a solidarity, uznanie starších občanov ako pravoplatných členov spoločnosti ako stálej hodnoty v ľudskom spoločenstve.

Stredná generácia, ako ekonomicky aktívna časť spoločnosti, je zodpovedná za svoju vlastnú prípravu na starnutie a presadzovanie celospoločenských opatrení v prospech seniorov. Súčasťou je výskum v oblasti rodiny, kvality života, názorov a postojov strednej generácie, sledovanie dodržiavania ľudských práv.

Seniorska generácia svojimi aktivitami a prístupom má prispieť ku zmene vnímania procesu starnutia a staroby. Je potrebné poskytovať seniorom dostatočný priestor a podmienky k aktívnej účasti na spoločenskom a politickom živote. Zároveň sa seniori musia sami snažiť využiť všetky možnosti, ktoré im spoločnosť ponúka. Znamená to tiež ich zodpovedný a aktívny prístup k vlastnému životu, starostlivosti o zdravie, účasť na spoločenských, kultúrnych a dobrovoľných aktivitách.

Existuje tiež moderný celoeurópsky program zdravotnej výchovy pre starých občanov "**Stárnuť zdravo v Európe**". Cieľom tohto programu je dosiahnuť predĺženie aktívneho nezávislého života seniorov a zahrňuje tiež informácie o zdravom životnom štýle a zdravotnej výchove v jednotlivých regiónoch.

Program WHO "**Zdravie 21**" obsahuje princípy zdravého starnutia.

V roku 1990 OSN vyhlásila 1. október **medzinárodným dňom seniorov**, každoročne sú usporiadané mnohé akcie pre seniorov.

V centrách sociálnych služieb fungujú kluby dôchodcov. Boli zriadené linky pre seniorov, kam môžu seniori bezplatne zatelefonovať a požiadať v prípade potreby o radu. Sú vydávané **časopisy** Senior revue, Generace a rada ďalších, ktoré sú určené pre širokú seniorsku verejnosť a venujú sa otázkam zdravého starnutia, zamerávajú sa na objasnenie rady chorôb a ich príčin a doporučujú režimové opatrenia. Prínosom v týchto časopisoch sú tiež rozhovory so staršími ľuďmi, ktorí vedú stále aktívny a spokojný život a sú nám všetkým príkladom.

Existujú vzdelávacie **centrá pre seniorov**, vytvárajú sa možnosti získavania informácií v oblasti informačnej technológie.

Rozvíja sa dobrovoľnícka činnosť. V rade miest a obcí funguje **informačné a poradenské centrum** pre seniorov (právna poradňa, bytové a finančné otázky, pomoc pri vyplňovaní formulárov a pod.)

1.5 Edukácia seniorov

Vzdelávanie starých ľudí a ich aktivizácia

Na aktivizácii starých ľudí by mala mať záujem celá spoločnosť, je to účinná forma oddialenia ich pobytu v inštitúcii či ústave. Pasivita zapríčiňuje nespokojnosť, zvýšené sebaopozorovanie, zhoršenie zdravotného stavu, zanedbávanie sa, depresiu.

Starí ľudia môžu byť aktivitami užitoční nielen pre seba ale i pre spoločnosť, majú dlhoročné skúsenosti, môžu pracovať v poradenských firmách ako špecialisti seniori. Oblíbenými sa stali univerzity tretieho veku. Účinné sú i rôzne techniky na zlepšenie a posilnenie pamäte.

V mestách fungujú kluby dôchodcov, kde sú rozbehnuté rôzne aktivity (cvičenie, tanec, hudba, šach, ručné práce...). Starí ľudia sa osvedčili v dobročinných a dobrovoľníckych organizáciách.

Vzdelávacie potreby starších a starých ľudí boli v minulosti ignorované, považované za zbytočné. Dnes sa vzdelávanie orientuje aj na ľudí v postproduktívnom veku. Vznikol nový vedný odbor – gerontopedagogika – teória výchovy človeka k starobe a v starobe (Krajčík, 2006).

Význam vzdelávacích aktivít v postproduktívnom veku

Kvalita života v postproduktívnom veku zahŕňa viacero atribútov – vek, zdravotný stav, rodinné pomery, životná a vzdelanostná úroveň, sebestačnosť, aktivita, pocit užitočnosti a pod.

Vzdelávanie v neskoršom veku je formou kompenzácie ako sa vyrovnáť so sociálnymi zmenami odchodu do dôchodku, prispieva k pocitu dôstojnosti a k opätovnému začleneniu sa do spoločnosti, k fyzickému a duševnému zdraviu. Prostredníctvom nových informácií majú starí ľudia lepšiu orientáciu v stále meniacom sa svete, je to cesta ako byť spokojnejší a vyrovnanejší.

Funkcie vzdelávania v postproduktívnom veku: preventívna, anticipačná, rehabilitačná a posilňovacia.

Vzdelávacie aktivity sú jedným z najdôležitejších faktorov udržania kvality života v postproduktívnom veku. Prispieva k mobilizácii intelektuálnych a kognitívnych

funkcií, upevňovaní fyzického a duševného zdravia, k posilňovaní sebadôvery a spokojnosti so svojim životom.

Formy vzdelávania v postproduktívnom veku

Eudové univerzity – forma vzdelávania, kedy sa človek v postproduktívnom veku zúčastňuje štúdií s mladými študentmi, kedy dochádza k vzájomnému ovplyvňovaniu a zblížovaniu dvoch generácií. Osvedčili sa ako forma vzdelávania v škandinávskych štátoch a nemecky hovoriacich štátoch.

Akadémie tretieho veku a Kluby aktívneho starnutia – obsahom sa prispôsobujú lokálnym potrebám a individuálnym záujmom seniorov, fungujú pod záštitou napr. Červeného kríža, Akadémie J.A. Komenského, Domov kultúry obzvlášť v oblastiach, kde chýbajú vysoké školy. Typické sú pevnejšie, neformálne vzťahy a dlhodobejšie sociálne kontakty.

Univerzity tretieho veku – študijné odbory sa otvárajú podľa záujmov prihlásených seniorov, absolventi končia s vysokoškolským diplomom. Je to najvyššia možná forma štúdia seniorov. Nevzniká tým nárok na profesijné uplatnenie, ide skôr o osobnostný rozvoj. Prvú Univerzitu tretieho veku založili v r. 1973 vo Francúzsku, odkiaľ sa táto myšlienka rýchlo začala šíriť do ďalších krajín. Poľsko (1975), Čechy (1986 – Olomouc, 1987 Praha, dnes skoro 50 vysokých škôl a fakúlt) .

V r. 1977 bolo založené Medzinárodné združenie Univerzít tretieho veku, ktoré podporuje zakladanie univerzít tretieho veku po celom svete, nadväzuje a podporuje kontakty medzi členmi, koordinuje vzdelávanie, výskum, poskytuje informačné služby a spolupracuje s ďalšími inštitúciami.

Okrem úlohy udržania primeranej kvality života je dôležitá aj úloha prevencie možného sociálneho napätia medzi mladou a staršou generáciou, podporovanie výmeny skúseností.

Vzdelávanie ľudí tretieho veku zahŕňa viacero okruhov aktivít. Okrem prvoplánovej ponuky na voľný čas, bežnej osvetovej a náučnej činnosti, sú to krúžky seniorských expertov, rôzne zamerané prednášky, orientované na oblasti možných záujmov a na edukáciu v oblasti nových technológií (počítače, médiá), problémoch spoločnosti v enviromentálnej a ekologickej sfére, kurzy kreatívneho myslenia,

komunikácie, asertivity, adaptácie na starobu, telesnej výchovy, relaxačných aktivít, ucelené cykly zamerané na zakladanie a vedenie seniorských centier, na ochranu záujmov seniorov, jazykové kurzy a pod.

Metodika výučby je rozdielna oproti vzdelávaniu mládeže výberom tém, vhodných pomôcok, v tom, že rešpektuje tempo seniorov a použitím špecifických gerontagogických postupov. Dôležitá je aj spätná väzba.

2 PROBLEMTIKA DOMÁCEJ STAROSTLIVOSTI SENIOROV

2.1 Domáca opatrovateľská starostlivosť

Domácu opatrovateľskú starostlivosť definujeme ako starostlivosť poskytovanú ľuďom v ich domovoch, zahŕňa zabezpečovanie potrieb fyzických, psychických, paliatívnych a duchovných. Jej cieľom je poskytnúť seniorovi komplexnú opatrovateľskú starostlivosť metódou opatrovateľského procesu zameranú na udržanie a zlepšenie kvality života, zmierňovanie utrpenia v chorobe ale i v terminálnej fáze života, predchádzanie zdravotných komplikácií, doliečovanie po skončení ústavnej starostlivosti a udržiavať seniora v sebestačnosti.

V rámci celého procesu poskytovať zdravotnú výchovu, poradenstvo a informácie o prevencii chorôb, zvyšovať povedomie o zodpovednosti za vlastné zdravie (Schon, Sperlich, Neumann, Somlayay, 2008).

Na všetky tieto činnosti a sféry domácej starostlivosti by mala byť vypracovaná metodika a jednotlivé zložky (medicínska, psychoterapeutická, rehabilitačná, doplnková a pod.) by mali spolu účinne kooperovať a nadväzovať na seba. Domáca starostlivosť môže byť poskytovaná viacerými spôsobmi: ako akútna, dlhodobá a hospicová.

Členovia **rodiny** a iní dobrovoľní laickí **opatrovatelia** sú dôležitým faktorom v kvalite starostlivosti o seniorov. Ak majú podporu a citlivé vedenie odborníkov, prispievajú významne k zlepšeniu alebo udržaniu pohody chorého. Môžu mu zaistiť sociálnu stimuláciu i psychologickú a citovú podporu .

Skúsenosti ukazujú, že keď starý človek žije v známom domácom prostredí, dlhšie si udrží zdravie a sebestačnosť v porovnaní s osobami žijúcimi v inštitúciách. U svojich príbuzných a blízkych nachádza pomoc, radu, lásku, oporu a pocit spolupatričnosti, v rodinnom kruhu nestráca pocit bezpečia. Už samo prostredie napomáha k uzdravovaniu (Barden, 2010).

Domáca starostlivosť je humánnejšia oproti inštitucionalizovanej starostlivosti, je efektívna, proklientsky orientovaná a poskytovaná v jeho vlastnom sociálnom prostredí. Z ekonomického hľadiska je výhodnejšia oproti starostlivosti v inštitúciách. Skrátením pobytu človeka v nemocnici a jeho doliečením a starostlivosťou v domácom prostredí sa znižujú náklady o polovicu.

V dnešnej dobe vnímame viaceré faktory, ktoré sťažujú fungovanie domácej opateru rodinnými príslušníkmi. Okrem takmer vymiznutia viacgeneračného modelu rodiny je tu fakt, že obyvateľstvo starne a častokrát už deti dnešných starých seniorov sú sami pred dôchodkovým vekom, či vo veku, kedy by potrebovali pomoc. Mnohí nevládzu či už z objektívnych alebo subjektívnych príčin starať sa 24h o svojich starých rodičov. Opatrovanie je pre nich záťažou. Musia si udržať prácu, aby neohrozili svoj budúci dôchodok, majú povinnosti voči členom vlastnej rodiny a mnohí tiež bývajú zaťažení výpomocou pri vnúčatách. Obzvlášť pri dlhodobom opatovaní sú sami frustrovaní a takáto veľká záťaž môže vyústiť do viacerých sociálnych a zdravotných problémov. Pozitívami domácej opatrovateľskej starostlivosti je pocit spoločného zdieľania a posilňovanie rodinných väzieb.

2.1.1 Sociálna starostlivosť o seniorov a jej problémy

Na Slovensku má sociálna starostlivosť stále rezervy. Je potrebné vytvoriť prepracovanú sieť služieb, ktoré pomôžu rodinám zosúladiť ich pracovné povinnosti so starostlivosťou o svojich seniorov v záujme zotrvania v domácom prostredí. Sociálni pracovníci posudzujú, či klient má vôbec nárok na určitú formu pomoci. Zaznamenaný je i neústretný postoj sociálnych pracovníkov (Krajčík, 2006).

Súčasnú formu sociálnej starostlivosti pre seniorov predstavujú sociálne dávky, peňažné príspevky na kompenzáciu a sociálne služby. Od 1. januára 2009 platí u nás zákon č. 448/2008 Z. z. „O sociálnych službách“, ktorý vystriedal dovtedy platný zákon č. 195/1998 Z. z. „O sociálnej pomoci“

Zákon „O sociálnych službách“ vymedzuje podľa druhu základné sociálne služby, z ktorých pre seniorov prichádzajú do úvahy najmä: podporné služby (napr. odľahčovacia služba, poskytovanie sociálnej služby v jedálni, dennom centre), sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku (napr. požičiavanie pomôcok, opatrovateľská, prepravná, sprievodcovská a predčitateľská služba...)

Inštitucionálna starostlivosť môže byť v zásade krátkodobá (akútna) a dlhodobá (chronická). Poskytuje sa osobám, ktoré zo zdravotných, sociálnych alebo iných príčin nie sú schopné žiť s rodinou alebo samy vo svojej domácnosti.

Jej negatívami sú najmä nedostatok miest v sociálnych zariadeniach, dlhé čakacie doby, nízky počet opatrovateliek, chýbajúce štandardy, súkromie a kapacity pre dementných obyvateľov, vyššia finančná spoluúčasť v súkromných zariadeniach.

Výraznú negatívnu úlohu zohráva **inštitucionalizácia**. Jedinec podlieha anonymite, uniformite, stráca svoju identitu, stáva sa súčasťou inštitúcie. Seniori majú pocit vlastného zlyhania, krivdy, sťažujú sa na stratu kontaktov a príbuzenských vzťahov, stratu súkromia, nevhodné správanie personálu, na zmenu sebahodnotenia. Častým problémom je relokačný syndróm (blúdivosť, nepokoj, hľadanie niekoho známeho), ale aj geriatrický maladaptívny syndróm (neschopnosť prispôbiť sa, odmietanie spolupráce).

Opatrenia na zjemnenie negatívneho dopadu pobytu seniorov v inštitúcii by mali zahŕňať aj možnosť neobmedzeného prístupu rodiny a známych s možnosťou prenocovať. Tiež pomáhajú aktivity ako návšteva kultúrnych podujatí, obchodov a späťosť s okolitým svetom. (Krajčík, 2006)

„Prieskumom sa zistilo, že 16,8 % obyvateľov domovoch dôchodcov nie je schopných vstať z postele bez pomoci, 26,6 % obyvateľov je dementných a 14,3 % obyvateľov sú diabetici. Úmrtnosť obyvateľov, ktorých priemerný vek sa pohybuje medzi 75 až 79 rokov, je 142 na 1000 obyvateľov ročne. Súčasný stav poskytovania zdravotnej starostlivosti je vzhľadom na nedostačujúci počet stredného a nižšieho personálu nevyhovujúci“ (Hegyí, 2000, s. 52-54).

Vážnym, hoci skrytým problémom je porušovanie ľudských práv u seniorov žijúcich v inštitúciách. „Pre zabezpečenie dôstojného starnutia a staroby si seniori v zariadeniach prajú rešpektovanie práv slušného správania, prístupu založeného na úcte, slobody pohybu, súkromia a plnohodnotného života. Obyvatelia sa domnievajú, že najviac je porušovaná ich sloboda a súkromie a znižovaná ich dôstojnosť infantilnosťou“ (Bužgová, Ivanová, 2008, s. 28-33).

Odchodom do inštitúcie dochádza i k pozitívnym i negatívnym zmenám v živote seniorov – obyvatelia získali istotu a zbavili sa úzkosti, žijú v kolektíve a nie sú

osamelí, nemajú žiadne starosti – o všetko je postarané, prostredie v zariadení je lepšie ako doma, žijú a bývajú na úrovni.

Medzi negatívne stránky patrí odpútanie od rodiny, priateľov; chýbanie domácich zvierat, zamestnania a práce, zmena života v dôsledku zhoršenia zdravotného stavu (Motlová, 2007, s. 343-352).

2.2 Problémy v starostlivosti o seniorov

Poruchy správania, ktoré sú spôsobené ochoreniami, robia každodennú starostlivosť o seniorov nesmierne náročnou. Medzi najťažšie v starostlivosti o seniorov patrí: narušený spánkový režim chorého a s tým súvisiaci nočný nepokoj, nespokojnosť pri každodenných činnostiach, blúdenie po dome, bezcieľne prechádzanie sa (je odrazom dezorientácie a prejavom psychomotorického nekludu, toto napätie sa uvoľňuje pohybom), agresivita zo strany seniorov voči opatrovatelkám, ale aj iným seniorom (od nadávok až po fyzické útoky), neustále opakovanie otázok a dožadovanie sa odpovedí (poruchy aktuálnej pamäte). Veľká fyzická záťaž je opatrovatelkami uvádzaná až na druhom mieste (Venglářová, 2007).

Dostatok medziludských kontaktov a komunikácia sú dôležitými vplyvmi na **pocit istoty a bezpečia** seniora. Ak seniori nemajú dostatok ľudí, na ktorých sa môžu pri problémoch obrátiť, môže sa stať, že ich budú vyhľadávať nevhodným spôsobom.

Poruchy kognitívnych funkcií majú za následok strácanie nadobudnutých schopností. Seniorov treba podporovať a viesť k nácvikom na **podporu samostatnosti**. Zároveň je to spôsob ako stráviť voľný čas - záujmové činnosti – ručné práce, hudba, terapie v skupinách na zlepšenie stavu pamäte, cvičenia, fyzioterapia. Tieto aktivity majú blahodárny vplyv na seniora, získava lepšiu kontrolu nad svojou pamäťou a telom, čo má pozitívny účinok na jeho náladu. Pri skupinových aktivitách vidí senior podobné problémy aj u iných. Celkovo pociťuje väčšiu dôveru k opatrovatelkám.

Súčasťou práce so seniormi je vhodná miera **aktivizácie**, zmysluplnými aktivitami ich nenásilnou formou stimulujeme a udržiavame ich kognitívne funkcie. Tipy na vhodný aktivizačný program: podpora seniora v cvičení pamäti, napríklad spýtame sa na film, ktorý sledoval, či na správy v novinách (rozhlase), naplánujeme so

seniorom jeho celodenné úlohy, večer si s ním prejdeme, ako sa mu ich podarilo splniť a oceníme jeho snahu. Do tréningu sa snažíme zapojiť všetky denné činnosti.

Zabezpečenie bezpečného prostredia - keďže vedieme seniorov k samostatnosti a činorodosti, z toho dôvodu im musíme zabezpečiť na výkon týchto činností bezpečné prostredie. Rizikové sú najmä: manipulácia s ostrými predmetmi, kuchynským náradím, plynovými a elektrickými spotrebičmi, blúdenie, túlanie, dezorientácia, treba zabezpečiť východy a schodiská, výrazne ich označiť.

Senior môže ťažko prijať tieto opatrenia a môže to viesť až k výbuchom hnevu. Celkovo to na starého človeka pôsobí negatívne, keď ho obmedzíme v používaní vecí, ktoré bral v bežnom živote ako samozrejmosť. Seniori sa tak či tak snažia tieto opatrenia obísť a ísť si za svojím (Venglářová, 2007, s.40).

2.2.1 Syndróm vyhorenia

Rodinní príslušníci seniorov alebo opatrovatelia sú pri práci so seniormi vystavovaní rôznym ťažkým situáciám, vtedy môže prísť k nahromadeniu faktorov, ktoré spôsobia stres, niekedy až syndróm vyhorenia.

Syndróm vyhorenia je stav psychického, fyzického a emocionálneho vyčerpania. Nastáva, keď sa človek dlhodobo pohybuje v ťažkom emocionálnom prostredí. Postihuje zdravých ľudí v súvislosti s pracovnou vyťaženosťou.

Procesy vyhorenia (podľa Alfréda Laenglea, logoterapeuta):

1. fáza: Nadšenie, zmysluplnosť, jasný cieľ práce.,
2. fáza: Zmysel sa stráca, človek pracuje „za nič“, pocit prehry, strata energie.,
3. fáza: Život v popole:
 - a) strata úcty k druhým, bezohľadné správanie irónia, cynizmus, sarkazmus,
 - b) strata úcty k vlastnému životu a telu, nežije, skôr prežíva (Venglářová, 2007, s. 80)

Zhodnotenie svojej aktuálnej situácie – test – vid' príloha O

Základné predpoklady na vznik syndrómu vyhorenia:

1/ Prítomnosť stresových faktorov – napr. obavy o osud seniora, strach z možných konfliktov

2/ Frustrácia – z nedocenenia práce, iba prechodné zlepšenia zdravotného stavu

3/ Negatívne vzťahy - existencia nedorozumení a konfliktov, nedostatok dôvery

4/ Vplyv prostredia, pracovných podmienok, organizácia práce - zlá komunikácia, nadmerná zodpovednosť, nezmyselnosť požiadaviek

Čo môžeme pre seba urobiť?

1, Starostlivosť o seba a zdravý životný štýl

2, Sociálne opory

3, Profesionálny rast

4, Zmeniť profesiu

Test na mieru zraniteľnosti vplyvom stresu – viď príloha P (Venglářová, 2007)

2.3 Geriatrické syndrómy

Týmto názvom sa označujú najčastejšie disability a poruchy v starobe. Majú viacero príčin, ktorých riešenie nie je jednoduché a je navyše aj finančne náročné. Starí ľudia bývajú preto umiestňovaní do ústavov. Pre geriatrické syndrómy je typické, že sa navzájom na seba nabaľujú a sú prítomné viaceré u jedného človeka.

Imobilita (*poruchy pohyblivosti*) - v prípade starých ľudí ide o častý jav spôsobený mnohými chorobami, napr. mozgovou príhodou, Parkinsonovým syndrómom, chorobami kĺbov, kostí a pod.

Na nepohyblivosť sa viaže vznik preležanín, nielen u ležiacich pacientov, ale aj u dlhodobo sediacich. Dôležitá je prevencia, teda častá zmena polohy – každú hodinu. Vhodné a praktické pomôcky ako špeciálne matrace, podložky a polohovateľné postele sú veľkou úľavou pre dlhodobo ležiacich, najmä kvôli zníženiu tlaku.

Imobilní pacienti ľahko podľahnú zápalu pľúc, žilovej trombóze dolných končatín, je potrebná rehabilitačná starostlivosť.

Instabilita (*poruchy rovnováhy a pády*) a **úrazy seniorov** - koordinácia pohybov je v starobe zhoršená. Príčinou pádov sú jednak choroby (vnútorné príčiny – potrebné lekárske vyšetrenie) a na druhej strane sú to vplyvy prostredia (vonkajšie príčiny) – ako napríklad nerovný či šmykľavý povrch, slabé osvetlenie priestoru, kde sa človek pohybuje, nízke predmety (stolíky, el. šnúry), o ktoré môže zakopnúť, poškodená pomôcka na chodenie, obliekanie spodnej časti tela v stoji, nepozornosť starého človeka, a pod. Pády bývajú často pri záklone hlavy v dôsledku zníženia prietoku krvi do mozgu. Tiež pri vstávaní z postele, z WC, pri vystupovaní z vane... Kosti starých ľudí sú krehké. Niekedy i malý náraz spôsobí zlomeninu, často o tom starý človek ani nevie. Nebezpečné sú zlomeniny hornej stehennej kosti a bedrových

kĺbov. V prípade takejto akútnej príhody je nutný okamžitý nástup zdravotníckej a sociálnej starostlivosti, tiež je potrebná úprava obydľia a samozrejme každodenná pomoc.

Inkontinencia (neudržanie) **moču a stolice** - dôležité je dodržanie hygieny. Inak dochádza k poškodzovaniu kože a nepríjemnému zápachu, čo vytláča týchto ľudí na okraj záujmu v kolektíve. Niekedy stačí vhodný režim, úprava odevov (zjednodušiť obliekanie, vyzliekanie), zlepšenie dostupnosti toalety, alebo použitie prenosného WC. Pomôže aj vodenie na WC, najlepšie v pravidelných intervaloch. Väčšina inkontinentných seniorov však potrebuje asistenciu opatrovateliek.

Infekčné choroby a poruchy imunity - oslabená imunita, spôsobuje ľahší prienik infekcie do organizmu. Rizikovými sú: ochabnutie svalstva vonkajšieho ústia močovej rúry u žien a zväčšenie prostaty u mužov, zmenšenie schopnosti vykašľať hlieny, oslabená činnosť riasinkového epitelu v pľúcach.

Kvôli absentujúcej horúčke (ako príznaku choroby) sa aj niektoré infekčné choroby rozpoznávajú až neskôr. Prognóza infekčnej choroby je vekom horšia.

Preveniou (očkovaním proti chrípke a zápalu pľúc, hygienou, kvalitnou stravou) a dodržiavaním **hygienických zásad** zvýšime šance seniorov na vyhnutie sa infekciám.

Izolácia - existuje geografická a sociálna izolácia. Sociálna izolácia môže vyplynúť z nedostatku príbuzenstva, rovesníkov, z nezáujmu okolia, poruchy sluchu. Nedostatok sociálnych kontaktov zapríčiní celkový úpadok osobnosti, starý človek menej o seba dbá (hygiena, zovňajšok, zdravie), horšie sa stravuje, stráca motiváciu starať sa o seba. Badať negatívny dopad na pamäť a vyjadrovacie schopnosti.

Izolácia má ťažší dopad, ak senior zostal sám náhle. Tí, čo žijú sami dlhodobo, sa už postupne adaptovali na tento stav. Mnohí využívajú ponuky klubov dôchodcov, kde sa organizujú rôzne spoločenské akcie.

Insomnia - poruchy spánku sú bežným sprievodným znakom staroby. Mnoho starších ľudí si počas dňa pospí, idú skôr spať a potom sa aj skoro prebudia. Príčinou zlého spánku býva aj nutkanie na močenie (najmä pri chorobách srdca, obličiek, prijímaní príveľa tekutín), tiež bolesti rôzneho charakteru.

U dementných ľudí nastane občas obrátenie denného rytmu – v noci sú bdeli a aktívni, cez deň pospávajú – syndróm zapadajúceho slnka.

Denné pospávanie by nemalo trvať dlhšie ako 45 minút. Aktivitami a zaujímavým programom by sa malo predchádzať nude a prídlhému driemaniu.

Poruchy výživy - u seniorov úzko súvisia s neúplným chrupom, zle padnúcou zubnou náhradou, tým pádom nedokonalým mechanickým spracovaním potravy, poruchami prehĺtania. Vplyv na prijímanie potravy má aj izolácia, slabá motivácia u depresívnych ľudí, prítomnosť demencie.

Až 50% starých ľudí trpí obezitou, ktorej výskyt s postupom veku klesá a nad 75 rokov prevažuje **malnutrícia** - podvýživa. Jej prejavom je najčastejšie chudnutie. Podvýživa má závažné následky, znižuje schopnosť organizmu odolávať infekciám a zhoršuje ich priebeh; oslabuje celkový organizmus, pribúda riziko pádov, zvyšuje sa riziko smrti. Chuť do jedla ovplyvňujú starobné zmeny. Sú vhodné menšie a častejšie porcie jedla, kvôli tomu, že starý človek sa rýchlejšie zasýti.

Ak je chudnutie výrazné, t.j. 2,5% za posledný mesiac, 10% za pol roka, je potrebné lekárske vyšetrenie na zistenie príčiny (Krajčík., 2006).

Na prvotné zhodnotenie stavu výživy sa používa test MNA (Multinutritional Assessment). V priebehu 10-15 minút sa dá jednoduchými otázkami zhodnotiť stav výživy pacienta. Skladá sa zo skríningovej a posudzovacej časti.

Starí ľudia zvyknú trpieť na nedostatok vitamínov, je zaznamenaných až 40% prípadov nedostatku vitamínu C. Častý je aj nedostatok vitamínu D – u osôb nechodiacich na slnko, tiež nedostatok folátov v krvi – nízky príjem listovej zeleniny, z toho vznikajúca málokrvnosť a poruchy nervového systému. Diabetici sa musia vyvarovať výkyvov hladiny cukru v krvi, nesmú jesť sladkosti a sladké ovocie. Ľudia s nesolenou diétou nesmú jesť jedlá s vysokým obsahom soli, napr. tvrdé syry, údeniny, konzervované jedlá... (Ruhland, 2009)

Impakcia - zápchu spôsobuje nedostatok vlákniny v strave, nedodržovanie pitného režimu, nedostatok pohybu, potraviny ako čokoláda, kakao, zrelé syry, lieky proti kŕčom, žalúdočnej kyseliny, morfium...

Je sprevádzaná nepríjemnými pocitmi (nafúknutie, bolesti konečníka, nechutenstvo). Zvýšením príjmu potravín s obsahom vlákniny (celozrnné pečivo, ovocie, zelenina) a pitným režimom sa upravuje chodenie na toaletu, na ktoré je ale potrebné dbať.

Poruchy zmyslových orgánov - sú to najmä poruchy sluchu a zraku následkom degeneratívnych ochorení.

Sluch. Vo vnútornom uchu degenerujú nervové zakončenia, človek horšie počuje, najmä ak sa pridá bočný šum z televízie, rozhlasu. Seniori ťažšie vnímajú vysoké tóny, spoluhlásky – niekedy pri povrchom posudzovaní budia dojem dementných, obzvlášť keď si domýšľajú slová, ktoré nepočujú.

Pre udržiavanie rovnováhy je stav vnútorného ucha dôležitý, preto sa u ľudí s týmito poruchami častejšie vyskytujú pády.

Zrak. Cukrovka, zelený zákal a degenerácia žltej škvrny sú najčastejšími príčinami stareckej slepoty. Starí ľudia sa ťažko na tento stav adaptujú. Sivý zákal šošovky je ochorenie, ktoré sa dá operovať, ak sa včas diagnostikuje.

Insolvencia - chudoba je stresujúcim faktorom v starobe. Nedostatok prostriedkov na kvalitné potraviny (ovocie, zelenina, mäso, mliečne výrobky a doplnky stravy), údržbu a chod domácnosti, má negatívny dopad na kvalitu života vo všetkých jeho aspektoch. Starí ľudia sa často cítia ako druhotriedni, nemôžu si dopriať to, čo iní (cestovanie, kultúru...). Veľa z ich finančných prostriedkov ide na lieky, dopláca sa na špeciálne vyšetrenia a sociálnu starostlivosť.

2.3.1 Geriatrické posudzovanie (Geriatrický odhad, Geriatric assessment)

Starého človeka je potrebné posudzovať komplexne, rešpektovať jeho vek a individualitu. Nepriamym posudzovacím nástrojom na funkčný stav seniora je obodovanie ošetrovateľskej záťaže personálu – sčítanie času potrebného na zabezpečenie potrieb pacienta. Zvlášť osobitný dôraz sa kladie na posúdenie stavu kože starého človeka – prítomnosť dekubitov.

Cieľom geriatrického assessmentu je vypracovanie optimálneho spôsobu starostlivosti o chorého starého človeka na základe posúdenia jeho zdravotného a funkčného stavu, prognózy zlepšenia a za predpokladu poznania možností jeho rodiny. Je to multidisciplinárny proces zahŕňajúci spoluprácu odborníkov viacerých profesií (lekári špecialisti, sestry, rehabilitační pracovníci, psychológovia...).

Posudzuje sa tiež sebestačnosť pacientov, či sú schopní vykonávať bežné každodenné činnosti:

- **ADL** (activities of daily living) – aktivity denného života – jedenie, chôdza, obliekanie, umývanie, kúpanie, ovládanie vylučovania, užívanie liekov.

- **IADL** (instrumental activities of daily living) – inštrumentálne aktivity denného života – používanie spotrebičov, telefónu, verejnej dopravy, narábanie s peniazmi a pod.
- **AADL** (advanced activities of daily living) – vypisovanie šekov, vedenie konta, vybavovanie na úradoch apod. (Krajčík., 2006)

2.3.2 Multimorbidita a následky chorôb v starobe

V starobe je zvýšený výskyt úrazov a vyššia chorobnosť ako v ktoromkoľvek inom veku. Starí ľudia často trpia na viac chorôb súčasne - **multimorbidita**. Ich prejavy a priebeh sú rôzne a sú závislé aj od starobných zmien organizmu.

Oligosymptomatický priebeh choroby – nevýrazné prejavy choroby, napr. absencia horúčky. Dokonca tak nevýrazné, že i v prípade napr. závažnej infekčnej choroby pacient pociťuje len stratu vitálnosti a záujmu o okolie.

Fenomén Padovca – opisuje sa ako náhodné zistenie závažného ochorenia pri vyšetrení na prvý pohľad zdravého človeka.

Znížením funkčnej rezervy organizmu dochádza aj pri malej záťaži k výraznému zhoršeniu zdravotného stavu a poruchám funkcií.. Tento jav sa nazýva **krehkosť** – zraniteľnosť organizmu (frailty, angl.). (Krajčík, 2006)

Kvalitu života ľudí v starobe zhoršujú degeneratívne ochorenia kostí a kĺbov. Vyskytujú sa u 60% ľudí starších ako 80 rokov. Lieky proti bolesti majú nežiaduce účinky, čím trpia ostatné orgány tela a zhoršuje sa celkový stav. Starí ľudia najčastejšie zomierajú na následky aterosklerózy (infarkt srdcového svalu, cievne príhody, mozgové príhody, hypertenzia), zhubné nádory (rakovina priedušiek, hrubého čreva, prsníkov, maternice), chronické zápaly pľúc.

Choroby v starobe majú chronický charakter, vyliečenie nebýva úplné. Každé ochorenie si vyžaduje špeciálnu starostlivosť.

2.4 Formy nevhodného správania

1, Slovné neagresívne správanie - ide o prejavy vo verbálnej komunikácii, pretože sa jedná o stále sa opakujúce situácie (opakovanie rovnakých historiek, stále tie

isté otázky, zdĺhavé opisy nedorozumenie, nepochopenie). Opatrovateľkami aj príbuznými uvádzané ako nesmierna záťaž.

2, Fyzicky neagresívne správanie - nevhodné dotyky voči opatrovateľke či iným seniorom, neutíchajúca chôdza, prekladanie a manipulácia s predmetmi, vyzliekanie a blúdenie. Všetko toto odráža psychomotorický neklud, má to priamy súvis s neschopnosťou prijať a udržať informácie.

Prehľad prejavov fyzického neagresívneho správania:

Prejavy	Možné ciele a dôvody správania
blúdenie po dome a túlanie	snaha správať sa ako predtým, snaha vyhľadať niečo zaujímavé, nájsť cestu domov, nadbytok energie
nevhodné dotýkanie	túžba po fyzickom kontakte, nerozpoznanie toho koho sa dotýkam, pokusy o neverbálnu komunikáciu
závislé správanie	potreba ubezpečenia, pomoci, kontaktu neschopnosť verbálne vyjadriť strach, bolesť
nočný nepokoj	časová dezorientácia, málo fyzickej námahy cez deň, skorá večierka v inštitúcii

Zdroj: Venglářová, 2007, s. 42

3, Slovné a fyzicky agresívne správanie - krik, nadávky, vulgarizmy, vyhrážanie sa fyzickým útokom, podaním sťažnosti.

Príčiny: a, agresivita ako **spôsob dosiahnutia cieľa**,

b, agresivita ako **emočná reakcia** – seniori sa ťažšie vyrovnávajú so svojimi emóciami a sú citlivejší. Hnev môže byť iba odzrkadlenie bolesti zo straty a smútku nad svojím ťažkým osudom.

c, agresivita pri **chybnom chápaní reality** - vinou kognitívnych porúch môže byť nesprávne pochopenie situácie, v ktorej sa senior nachádza. Senior nerozumie, prečo musí zostať niekde, kde nechce byť, môže sa brániť napr. vyzliekaniu.

d, agresivita ako **povahová črta** - ako človek starne, vychádzajú na povrch niektoré črty osobnosti, ktoré sa mu v aktívnom veku podarilo lepšie zvládať. Pokiaľ sa začne na seniora tlačiť, môže nastať u neho výbuch emócií.

e, agresivita ako **odpoveď** - na seniora majú vplyv aj osoby, ktoré sa o neho starajú, to ako k nemu pristupujú môže u seniora vyvolať agresiu z bližšie neurčených dôvodov,

ide napríklad o nervozitu pri starostlivosti, uponáhľanie, spôsob komunikácie a neprimerané nároky (Venglářová, 2007, s. 44).

Blúdenie a nepokoj - pri senioroch so stredne ťažkou až ťažkou demenciou sa asi v tretine prípadov vyskytuje blúdenie a nepokoj. Nočné blúdenie, nepokoj a nespavosť sú závažné poruchy správania, ktoré nadmerne vyčerpávajú okolie postihnutého. Príčiny pre blúdenie dementného človeka sú rôzne, napr. osamelosť, bolesť, hlad, smäd, zápcha, dezorientácia a neistota pacienta v neznámom prostredí. Nočné blúdenie vyplýva z neschopnosti rozoznať deň a noc, strata pamäti, nevie, kde je, prebytok energie, snaha upútať pozornosť, strach z odlúčenia, hľadá známe tváre, hľadanie vecí, ľudí, napríklad aj z minulosti, nuda, vplyvom liekov (neuroleptiká) na zvládnutie tohto stavu sa senior stáva nepokojnejším. (Krajčik, 2006)

Starostlivosť o nepokojných seniorov – vid' prílohu H

Rušivé správanie - prejavuje sa:

- nezmyselným krikom, vrieskaním (prejav kognitívneho a funkčného deficitu),
- dlhotrvajúcim šomraním, mrmlaním, sťažovaním sa, časté sú hádky, opakované pútanie pozornosti (prejav strachu, osamelosti – obyčajne pri včasnej demencii),
- nárekmi a stonaním (prejav bolesti).

Všetky prejavy sú rušivé a obťažujú okolie. Vyskytujú sa u 1/3 obyvateľov ústavov. V domácnosti sú ťažšie zvládnuteľné a menej tolerované. Najčastejšie sa chorí takto prejavujú pred jedlom, v noci (pocit neistoty), pri toalete, hygiene.

Alternatívy riešení rušivého správania – vid' príloha I

Agresívne správanie starých ľudí - vyskytuje sa asi v 20% prípadov demencie, v ústavoch dokonca až 50% obyvateľov.

Agresívne správanie má viacero stupňov, ktorým dementní seniori ohrozujú svoje okolie. Podráždenie, vzrušenosť, verbálne útoky, najagresívnejšie pôsobí fyzické násilie. Verbálna agresia sa vyskytuje asi 2x častejšie.

U mužov sa agresivita vyskytuje častejšie, tiež u alkoholikov a seniorov s bludmi. Agresivita má rôzne príčiny a vyskytuje sa aj u seniorov, ktorí netrpia demenciou. Častou príčinou je ignorancia potrieb starých ľudí, či už domnelo subjektívna alebo skutočná a tiež snaha dovolať sa pomoci. Tiež nevyliciteľne chorí alebo ťažko chorí mávajú prejavy agresie.

Predpokladáme tieto **príčiny agresivity**:

- pocit nebezpečenstva, strachu, privolať pomoc, alebo len pozornosť,
- nezvládnutie problému, pacient nie je schopný sám zhodnotiť situáciu,
- konflikt s opatrovateľom, ktorý má zamedziť blúdeniu či stavu dezorientácie.

Prevenencia a ako zvládnuť agresívne správanie – vid' príloha J

Poruchy správania dementných seniorov a praktické problémy v starostlivosti o nich - pre okolie sú veľmi zaťažujúce, viac ako strata kognitívnych funkcií. Patrí sem blúdenie, agresivita, hlučné prejavy, obnažovanie a pod.

Starí a chorí ľudia trpiaci demenciou, nevedia dať najavo svoje problémy. Poruchou reči a intelektu ochudobnení o tieto schopnosti, často trpia banálnymi problémami (neskrátené nechty na nohách), ktoré majú negatívne následky (bolestivá až nemožná chôdza). Tiež zranenia sa nemusia prejaviť hneď a keď sú rozpoznateľné, môžu prerásť do fatálnych dôsledkov (zápal pľúc). Nedodržiavaním osobnej hygieny môžu prepuknúť kožné problémy, infekcie, je zistená prítomnosť parazitov. Konzumáciou starých či pokazených potravín, liekov dochádza k poruchám trávenia, hnačkám (potrebný dohľad pri užívaní liekov) (Konig, Zemlin, 2011).

Kompetencie dementných seniorov - i keď je senior zbavený svojprávnosti (čo určí súd), má možnosť rozhodovať o bežných veciach.

Praktické problémy starostlivosti o dementných:

Stravovanie dementných seniorov - problémom dementných seniorov a obzvlášť seniorov trpiacich Alzheimerovou demenciou býva podvýživa. Jej výskyt je častý, v ústavoch je to až 50%. Seniori sú chudí a ročne stratia na váhe priemerne 5kg.

Príčiny podvýživy:

- nepostačujúce kognitívne funkcie narúšajúce nakupovanie a prípravu jedla,
- nevhodné zloženie potravy, málo potravy,
- ochabnuté svalstvo a slabá motorika horných končatín, ťažko sa vedia sami najesť,
- neúplný chrup, neschopnosť spracovať potravu, poruchy prehĺtania,
- nepokoj oberá seniora o energiu.

V počiatkoch demencie postačuje taká forma pomoci, kedy seniorovi zabezpečíme nakúpenie potravín, navarenie a neskôr tiež dohľad pri jedení. Seniori majú ťažkosti s rozpoznávaním vôní, jedia neobvyklé kombinácie potravín, maškrtia, nedodržiavajú pitný režim. Niekedy jedlo vynechajú, inokedy jedia dvakrát.

Dozor je potrebný v neskorších štádiách, aby jedlo prehltli a neškrečkovali v ústach (hrozí vdýchnutie). Nedokážu použiť príbor, preto je nutné ich kŕmiť. Niektorí majú problém rozpoznať jedlo a nechcú otvoriť ústa. Iní naopak zjedia všeličo, aj rôzne predmety. Seniori s poruchou reči a navyiac ležiaci sú vyživovaní sondou (Krajčík, 2006)

Opatrenia na zlepšenie príjmu potravy u dementných seniorov - vid' prílohu I

2.5 Komunikácia s geriatrickým pacientom

Je nevyhnutné komunikovať s geriatrickým pacientom, byť spravodlivý, láskavý a zodpovedný, sú to tri hlavné hodnoty v jednaní s pacientom (Kutnohorská, 2007).

Senior by mal byť informovaný počas celého procesu, na invazívny zákrok je potrebný jeho súhlas. Komunikácia je základným prostriedkom uplatňovania etického princípu autonómie. Senior má možnosť prejavíť slobodnú vôľu, participuje na rozhodovacích procesoch a preberá časť zodpovednosti za svoj zdravotný stav. Odstránením anonymity sa priblížime k seniorovi, čo výrazne napomôže v jeho spolupráci pri nevyhnutných úkonoch, utvára a upevňuje sa dôvera k opatrovatelkám. Komunikácia má pozitívny vplyv na znižovanie psychickej záťaže, pocitu ostychu, neistoty, strachu, úzkosti.

Problémoví seniori - opatrovatelky udávajú ako najobtiažnejších na spoluprácu a komunikáciu agresívnych seniorov, seniorov závislých od alkoholu, neochotných spolupracovať, dementných seniorov, chronických sťažovateľov a seniorov neustále kladúcich otázky. Odporúčania pre komunikáciu so seniorom agresívnym, depresívnym, úzkostlivým, manipulatívnym a seniorom s pedantskými sklonmi – vid' prílohu L

Poruchy komunikácie s dementnými osobami - súvisia s ťažkosťami dementných seniorov pri vytváraní svojich vlastných myšlienok, pri hľadaní slov potrebných na vyjadrenie myšlienky, ďalej pri posudzovaní myšlienok a nepochopením myšlienok druhých ľudí.

Odporúčania pre komunikáciu s dementnými seniormi – vid' prílohu M

Bežné ťažkosti v komunikácii s dementnými seniormi sú detailne rozobraté v prílohe N

Komunikácia so seniormi s pokročilou demenciou - ak sa s dementným seniorom komunikuje netrepezlivo a nevlúdne, obyčajne to v ňom vyvoláva zlosť alebo sa stiahne. Je dôležité hovoriť jasne, vlúdne a láskavo. To často pripomenie spomienky na milované osoby a odbúrava stres. Nie je ani tak dôležité, čo mu povieme, ale ako.

Dôležitý je očný kontakt i neverbálna komunikácia: pomocou postoja (**kinetika**), vzdialenosti (**proxemika**) a dotykov (**haptika**). Dotyky sú intímna záležitosť, preto postupujeme opatrne. Väčšina reaguje na dotyky priaznivo. Nesmieme seniora vystrašiť dotykom odzadu, prístupujeme z predu a dotkneme sa lakt'a, ktorý je neutrálnou zónou. (Krajčík, 2006)

2.6 Farmakoterapia

Starí ľudia patria medzi najväčších konzumentov liekov a ich spotreba narastá s vekom a počtom diagnóz. Farmakoterapia je významnou súčasťou liečby seniora. Zmierňuje symptómy, utišuje bolesť, pomáha vyliečiť akútne ochorenie, ale zároveň je tu riziko nežiadúcich účinkov či skreslenie klinického obrazu chorôb.

Zo strany seniora sa stretávame s nedostatočnou spolupracou pri podávaní liečiv, neinformovaním zdravotníckych pracovníkov o užívaní liekov, samomedikáciou, svojvoľnou úpravou dávkovania liekov, zámerným neužívaním a podobne. V domácom prostredí sa vyskytujú najmä tieto problémy s podávaním liekov: nedostatočná koordinácia starostlivosti, podcenenie vzhľadom k veku klienta, samovoľné užívanie alebo naopak neužívanie liekov, problémy s nesprávnym uskladnením liekov, nedostatočné používanie dávkovacích pomôcok, nedostatok odborného personálu. Treba dbať na presné a dôkladné záznamy o užívaní liekov a taktiež treba dôsledne seniora počas užívania liekov sledovať. Neopodstatnené zvyšovanie podávaných dávok liekov negatívne ovplyvňuje kvalitu života seniora.

Liekové skupiny používané v geriatrickej praxi:

Lieková skupina 1: **Kognitívne** - priaznivé ovplyvnenie porúch v správaní, sústredenosti a zlepšenie pamäti.

Lieková skupina 2: **Hypnotiká** - podpora spánku.

Lieková skupina 3: **Antipsychotiká** - ovplyvní sa nimi problematické správanie, myslenie a vnímanie (halucinácie).

Lieková skupina 4: **Neuroleptiká**- podobné ako u antipsychotík (starší typ liečiv).

Lieková skupina 5: **Benzodiazepíny**- ukludnenie.

Lieková skupina 6: **Antidepresíva**- ovplyvnenie porúch nálady, liečba depresie (Venglářová, 2007, s. 45)

2.7 Etika

Etika je vedecká disciplína, ktorej náplňou je morálka – systém pravidiel a noriem, ktoré určujú správanie a konanie ľudí. Je súčasťou kultúry každej spoločnosti. Predstavuje zdieľané, naučené a odovzdávané hodnotové systémy, presvedčenie, názory, tradície a normy skupiny ľudí. Morálka určuje, čo je spoločensky žiadúce a nežiadúce. Ľudská dôstojnosť a jej zachovanie v starobe je hlavnou entitou ošetrovateľskej etiky v geriatrickej. Opatrovateľ by mal dbať na to, aby starý človek neustratil dôstojnosť.

Charta práv pacienta v SR prijatá 11.4.2001 – jednotlivé práva pacientov v zdravotnej starostlivosti sa zakladajú na práve človeka na ľudskú dôstojnosť, sebaurčenie a autonómiu. Dokumenty a programy zahrnujúce problematiku ochrany starších ľudí:

WHO, program Zdravie pre všetkých v 21. storočí – cieľ č. 5- **Zdravé starnutie**,

Národný program ochrany starších ľudí (vláda SR prijala 11.8.1999).

Z pohľadu komplexnej starostlivosti o seniorov ide o uspokojenie všetkých ich potrieb:

- biologických potrieb (zamerané na starostlivosť o telo, hygienu a prevenciu preležaním, príjem potravy, tekutín, vyprázdňovanie),
- psychických potrieb (zmiernenie, odstránenie bolesti, predchádzanie a zmiernenie strachu a úzkosti, podávať informácie o zdravotníckych a ošetrovateľských výkonoch, zabraňovanie strate sebaúcty),
- sociálnych potrieb (zmiernenie sociálnej izolácie, zabezpečenie kontaktov s príbuznými, pomoc pri sebarealizácii),
- kultúrnych potrieb (umožnenie sledovania spoločenského diania, médií, estetika prostredia)
- duchovných a spirituálnych potrieb

Je dôležité vnímať potreby pacienta z hľadiska jeho priorit, komunikovať s chorým. Cieľ súčasnej ošetrovateľskej etiky je poľudštenie a zlepšenie medziľudských vzťahov najmä medzi ošetrovateľským personálom a klientom a jeho rodinou. Adekvátne sa usilovať o uspokojenie všetkých potrieb klientov. Pomoc klientovi zlepšiť jeho život.

3 PRAKTICKÁ ČASŤ

3.1 Cieľ prieskumu

Poslednú kapitolu bakalárskej práce sme venovali prieskumu. Zamerali sme ho na problematiku seniorov, a to najmä ich opatrovaníu z pohľadu opatrovateliek, rodinných príslušníkov seniorov a samotných seniorov. Nemenej dôležité bolo aj zisťovanie spokojnosti a zmysluplnosti života seniorov, z čoho majú najväčšie obavy, a ako vidia svoju budúcnosť.

Cieľom prieskumu bolo zistiť formou dotazníka najčastejšie sa vyskytujúce problémy v starostlivosti o seniorov. Ďalším cieľom bolo zistiť spokojnosť seniorov s kvalitou ich života, z čoho majú najväčšie obavy a aké majú ciele do budúcnosti.

3.1.1 Stanovenie hypotéz

S ohľadom na zvolenú tému a ciele prieskumu bakalárskej práce boli stanovené tieto hypotézy na overenie:

Hypotéza č. 1: Veľká fyzická záťaž v stupnici obtiažnosti v opatrovaní je až na druhom mieste, a to až za psychickou záťažou, ktorá je na prvom mieste.

Hypotéza č. 2: Ciele seniorov tretieho veku sú zamerané na zlepšenie zdravotného a funkčného stavu (aktivizácia života), zatiaľ čo ciele seniorov štvrtého veku sa zameriavajú na udržanie, prípadne obnovenie zdravotného alebo funkčného stavu.

Hypotéza č. 3: So zvyšujúcim vekom seniora sa zvyšujú najmä obavy zo straty životného partnera a izolácie, mobility a autonómie, pocitu istoty a bezpečia a obavy z finančných problémov a izolácie.

Hypotéza č. 4: Medzi najčastejšie opatrovatelkami udávané geriatrické syndromy patria inkontinencia, imobilita, demencia.

Tieto konkrétne hypotézy sme si zvolili až po oboznámení sa s odbornou literatúrou zaoberajúcou sa problematikou starnutia a staroby, psychológiou, opatrovatelstvom, fyziológiou, etikou a sociológiou. Následovne bola aj konzultovaná

problematika opatrovania s lekármi, zdravotnými sestrami a opatrovatelkami. Ďalej sme sa opierali aj o naše praktické skúsenosti.

3.1.2 Použité metódy a techniky zberu dát

Kvantitatívna metóda pre náš prieskum sa nám javila ako najvhodnejšia. Na zozbieranie dát sme zvolili anonymný dotazník, pretože je nielen najzaužívanejšou a najvhodnejšou technikou hromadného získavania údajov, ale aj ich nasledujúceho spracovania. Nezabudli sme ani na spätnú väzbu, všetci respondenti boli informovaní o výsledkoch nášho prieskumu.

Typický dotazník sme mohli použiť pri zozbieraní údajov od opatrovateliek a rodinných príslušníkov pacientov; pri senioroch bola situácia trochu iná. S prihliadnutím na ich vek a s tým súvisiacim psychickým a fyzickým zdravotným stavom bolo dôležité, aby bol dotazník jednoduchý, zrozumiteľný a rozdelený na viac častí – tak ho mohol senior vyplňovať aj na viac krát, podľa momentálneho stavu a nálady.

Najskôr sme si všetky tri typy dotazníkov overili na malej vzorke náhodne vybraných rodín, ktorým naša agentúra sprostredkovala opatrovanie. S ohľadom k nezrovnalostiam, pripomienkam, prípadne nepochopeniu niektorých otázok sme dotazník prepracovali do súčasnej podoby. Najviac práce sme mali s korekciami dotazníka pre seniorov, lebo aj pri snahe maximálne zjednodušiť formuláciu otázok sa vyjadrovali seniori k úplne iným problematikám. A tak sme boli časovo nútení vyplňovať dotazníky priamo s nimi, pri ich návšteve u nich doma, čo sa ukázalo ako nesmierne zdĺhavé. Často bolo potrebné podrobnejšie vysvetľovať obsah väčšiny z položených otázok. Ako najvhodnejšia forma otázok sa nám pri senioroch osvedčila tabuľka, museli som však dbať na to, aby bola celá tabuľka na jednej strane, a dostatočne veľká.

Naše dotazníky obsahujú na úvod základné otázky týkajúce sa pohlavia, veku, rodinného stavu a dosiahnutého vzdelania. Výnimka je pri dotazníku pre opatrovatelky, kde je vynechaná otázka týkajúca sa pohlavia, pretože všetci respondenti sú tvorení ženami (100%). Namiesto toho sa nachádza ešte v dotazníku otázka týkajúca sa dĺžky praxe opatrovania.

Vek každého respondenta je potrebné doplniť ako číselný údaj, u ostatných položiek týkajúcich sa pohlavia, rodinného stavu, dosiahnutého vzdelania sa vyberá jedna z navrhnutých možností, či už zaškrtnutím alebo označením políčka pri vhodnej odpovedi.

Dotazník pre seniorov - väčšina otázok alebo výrokov z konkrétnych problematik je sústredených v tabuľkách; majú vždy formu uzavretú. Na konci každej otázky (pod tabuľkou) je vyhradené miesto, kde môže senior vyjadriť svoj názor k danej otázke (otvorená forma).

Prvá skupina nasledujúcich otázok je spracovaná v tabuľke č. 1 s názvom: Čo pokladáte vo Vašom živote za najdôležitejšie? Je zameraná na zistenie miery spokojnosti v rôznych oblastiach života seniorov. Tabuľku vyplňovali seniori formou priradovania príslušného bodového ohodnotenia pri každej jednotlivej kategórii (oblasti života) z ponúkutej škály 1 až 5 bodov, kde 1 bod znamená výraznú nespokojnosť a 5 bodov predstavuje maximálnu spokojnosť s vybranou oblasťou života. Niektorí seniori mali problém s pochopením jednotlivých pojmov. Napríklad autonómiu nechápali ako slobodu rozhodovania, jednania, ale skôr ako zvládanie každodenných bežných činností, prípadne ako fyzickú sebestačnosť.

Druhá skupina otázok je sústredená v tabuľke číslo 2 s názvom: Z čoho máte najväčšie obavy ohľadom budúcnosti? Postup pri jej bodovaní bol obdobný ako v 1. tabuľke, pričom 1 bod znamenal rozhodne nie a 5 bodov – rozhodne áno.

Tretiu skupinu otázok sme venovali negatívnym javom v spoločnosti zameraným proti seniorom, tzv. ageizmus. Mnoho seniorov spočiatku tvrdilo, že o tom nič nevedia, že ich to nezaujíma a že aj tak s tým nič nezmôžu. Bolo ich treba dlhšie nabádať, aby k tejto problematike zaujali postoj. Nakoniec nás často prekvapili, ako detailne túto problematiku poznajú. Tabuľka č. 3 s názvom: Jednotlivé oblasti ageizmu obsahuje viaceré výroky k danej téme. Seniori z nich mali vybrať 5 podľa nich najvýstižnejších možností a označiť ich v krížikom v pravom stĺpci.

Tabuľka č. 4 zhrňuje silné stránky charakteru, duševnú silu. Seniori sa mali zamyslieť nad tým, ktoré z týchto vlastností sú typické pre nich a zakrúžkovať z nich 6.

V piatej skupine otázok sa mali seniori zamyslieť nad pozitívnymi vlastnosťami opatrovateliek vo všeobecnej rovine a zakrúžkovať 3 pre nich najdôležitejšie. Táto

otázka bola pre nás dôležitá preto, lebo seniori bez nej mali zábrany vyplniť tabuľku č. 5; obávali sa, že ich odpovede vezme opatrovatel'ka osobne (ako negatívnu kritiku).

V otázke č. 6 sme prešli zo všeobecnej roviny na konkrétnejšiu, senior sa zamýšľal nad tým, ako by sa mala opatrovatel'ka ku nemu správať, aby bol s jej prácou spokojný. Opäť mal vybrať 3 pre neho dôležité výroky a označiť ich krížikom.

V poslednej otázke č. 7 boli sústredené otázky týkajúce sa cieľov do budúcnosti. Seniori si mali z nich vybrať 3, s ktorými sa najviac stotožňujú a označiť ich krížikom.

Dotazník pre rodinných príslušníkov seniora sme rozdelili po úvodných základných otázkach do dvoch skupín. Pre jednoduchosť a názornosť sme ich spracovali do dvoch tabuliek. Aby sme sa vôbec dopracovali k ich vráteniu, museli sme ich viac-krát zredukovať, pretože inak neboli respondenti ochotní ich vyplniť. Zdôvodňovali to najmä pracovnou vyťaženosťou a zaneprázdnenosťou. Otázky v dotazníku boli sústredené do 2 tabuliek, z ktorých si mali vybrať 5 najvhodnejších odpovedí a označiť ich krížikmi. Väčšie množstvo otázok neboli ochotní vyplniť, takže sme ich museli vyradiť.

V prvej tabuľke sme sa zamerali na charakterizovanie fyzickej a psychickej situácie rodinných príslušníkov v tom konkrétnom období, keď ešte opatrovali rodičov oni sami, bez pomoci opatrovateliek.

Druhá tabuľka vymenuje najčastejšie problémy opatrovania seniorov. Z nich si mali vybrať tie, s ktorými boli konfrontovaní počas opatrovania svojich rodičov. Aj tu sme sa snažili kombinovať uzavretú formu výrokov v tabuľkách s otvorenou otázkou pod každou tabuľkou, kde sa mohli respondenti vyjadriť k danej problematike ich postrehmi a skúsenosťami.

Dotazník pre opatrovatel'ky po úvodných základných otázkach sme rozdelili na tri časti a spracovali sme ich do tabuliek.

V prvej tabuľke sú uvedené najčastejšie geriatrické syndrómy seniorov; druhá tabuľka sa venuje problematike obtiažnych (problematických) seniorov.

Do tretej tabuľky sme umiestnili problematiku opatrovateliek spojenú s ich výkonom povolania – z čoho majú pri výkone svojej opatrovateľskej práce najväčšie obavy, strach. Aj oni si mali vybrať z viacerých alternatív päť pre nich najvýstižnejších a označiť ich krížikom. Taktiež mali možnosť pod tabuľkou vyjadriť svoj názor.

Návratnosť dotazníkov u seniorov a opatrovateliek bola 100% - (pravidelné osobné stretnutia). Rodinní príslušníci nám odovzdali z celkového počtu 60 dotazníkov iba 38.

3.1.3 Charakteristika výberového súboru

Výberový súbor č. 1 je tvorený 60 respondentmi vo veku od 70 r. do 98 r. Ide o **seniorov**, ktorým naša agentúra sprostredkovala opatrovateľské služby. Priemerný vek je 83,62 r. Najmladšia oslovená žena má 77 r., najstaršia – 98 r. Vekový priemer všetkých oslovených žien je 85,14 a pri mužoch je 82,1. Najmladší oslovený muž má 70 r. a najstarší 92 r. Pre účely prieskumu sme respondentov rozdelili podľa delenia staroby na seniorov tretieho veku (ženy a muži do 84 r.) a seniorov štvrtého veku (ženy a muži nad 85 r.). Každú podskupinu tvorí 15 ľudí – 15 žien tretieho veku, 15 žien štvrtého veku, pri mužoch je to podobne – 15 mužov tretieho veku a 15 mužov štvrtého veku. Najväčší problém výberu nám robila skupina mužov štvrtého veku – jednak sú v našej agentúre zastúpení najmenším počtom, a z toho ešte žiaľ sú viacerí s obmedzenou komunikáciou alebo pokročilejšou demenciou.

Výberový súbor č. 2 – **rodinní príslušníci seniorov** - je tvorený 38 respondentmi. Z pôvodných 60 oslovených respondentov sa nám vrátilo 38 vyplnených dotazníkov. Jedná sa o rodinných príslušníkov (syn alebo dcéra seniora). Snažili sme sa o polovičné zastúpenie mužov i žien, ale žiaľ to nevyšlo. Nakoniec sme obdržali vyplnené dotazníky od 28 žien a 10 mužov. Vek respondentov je v rozpätí od 36 r. do 68 r. Vek najmladšej oslovenej ženy je 36 rokov, vek najstaršej oslovenej ženy – 68 r. Priemerný vek oslovených žien je 51,75 r. Najmladší oslovený muž mal 38 r. a najstarší 67 r. Vekový priemer oslovených mužov je 50,9 r. Priemerný vek všetkých respondentov je 51,33 r. Pôvodne sme mali v úvode dotazníka ešte dve otázky týkajúce sa najvyššieho ukončeného vzdelania a rodinného stavu, ale nakoľko väčšina respondentov v nich neuviedla žiadnu odpoveď, boli dodatočne vylúčené.

Výberový súbor č. 3 – **opatrovatelky** - tvorí 120 respondentiek. Ide o ženy - opatrovatelky vo veku od 21 r. do 62 r. Ich priemerný vek je 43,53 r. Ich najvyššie ukončené vzdelanie je stredné bez maturity (91 žien), alebo stredné s maturitou (29 žien). Žiadna respondentka nemala iba základné vzdelanie, alebo vysokoškolské

vzdelanie, prípadne vyššie odborné. Čo sa týka rodinného stavu – 58 žien je vydatých, 31 rozvedených, 13 slobodných, 12 žijú s partnerom v spoločnej domácnosti a 6 je ovdovených.

Pre nízky počet respondentov a náhodnosť ich výberu nie je možné interpretovať výsledky prieskumu ako všeobecne platné závery. Z toho vyplýva, že nemôžu byť zovšeobecnené pre všetkých rakúskych seniorov, ich rodinných príslušníkov, ako aj pre všetky slovenské opatrovatelky.

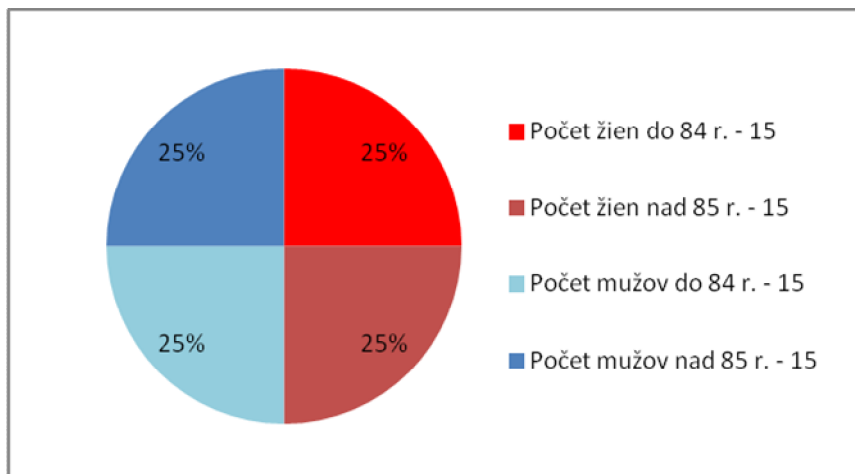
3.2 Interpretácia výsledkov prieskumu

Výsledky zo všetkých troch dotazníkov sme spracovali s maximálnou snahou o ich najprehľadnejšiu interpretáciu. Pre názornosť sme sa snažili vytvoriť ku každej otázke v dotazníkoch tabuľku s jednotlivými grafmi:

Tabuľka č.1: Zloženie respondentov prieskumu podľa veku a pohlavia

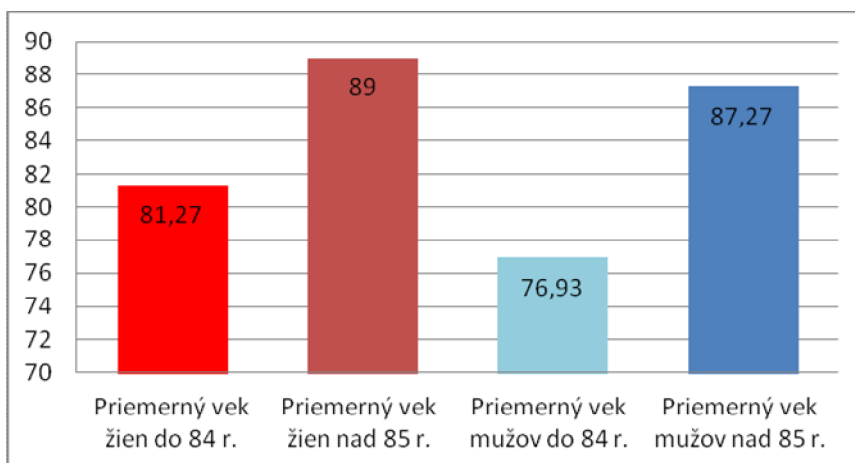
Respondenti	Ženy do 84 r.	Ženy nad 85 r.	Muži do 84 r.	Muži nad 85 r.
Počet	15	15	15	15
Priemerný vek	81,27	89	76,93	87,27

Graf č. 1A: Priemerné zastúpenie respondentov podľa veku a pohlavia



Graf č. 1A znázorňuje zastúpenie respondentov v jednotlivých skupinách – 15 seniorov v každej skupine

Graf č. 1B : Priemerný vek respondentov vo vekových skupinách



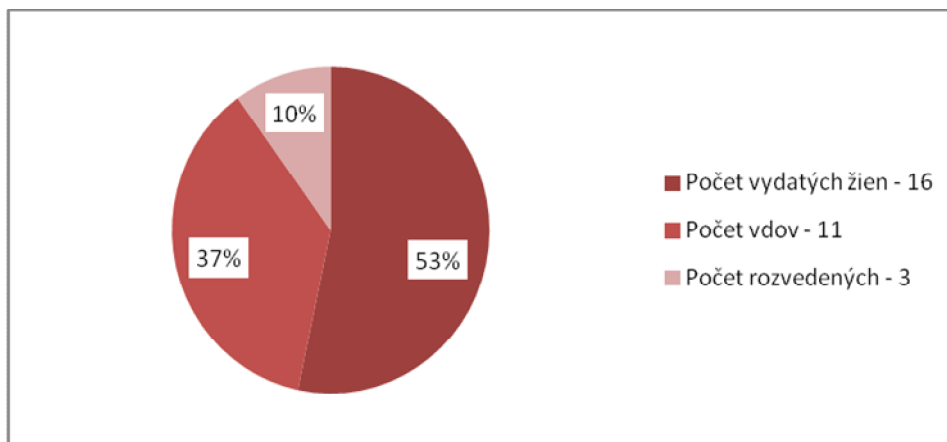
Z grafu 1B vyplýva, že priemerný vek žien tretieho veku (do 84 r.) je 81,27. Priemerný vek mužov tretieho veku (do 84 r.) je zreteľne nižší – 76,93. Pri senioroch štvrtého veku (nad 85 r.) je priemerný vek pri ženách 89,00 a mužoch je 87,27.

Tabuľka č. 2: Zloženie respondentov podľa rodinného stavu

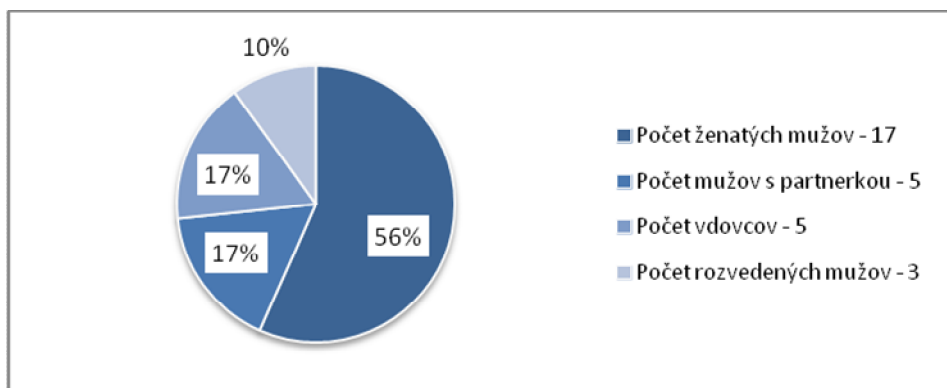
Rodinný stav respondenta:	Ž do 84 r.	Ž od 85 r.	Všetky ženy	Muži do84r.	Muži od 85r.	Všetci muži	Seniori do 84 r.	Seniori nad 85 r.
slobodný/á	0	0	0	0	0	0	0	0
ženatý/vydat á	10	6	16	8	9	17	18	15
s partnerom / kou	0	0	0	3	2	5	3	2
vdovec/vdov a	4	7	11	2	3	5	6	10
rozvedený/á	1	2	3	2	1	3	3	3

Vysvetlivky: Ž – ženy

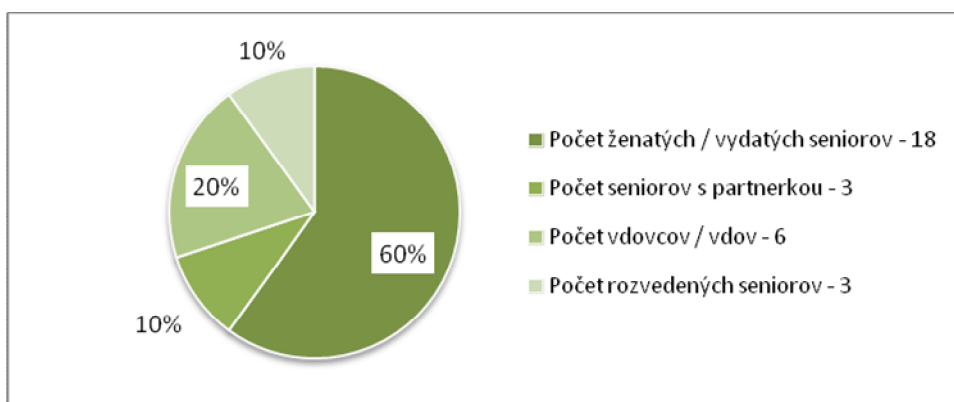
Graf č. 2A: Percentuálne zatúpenie všetkých žien podľa rodinného stavu



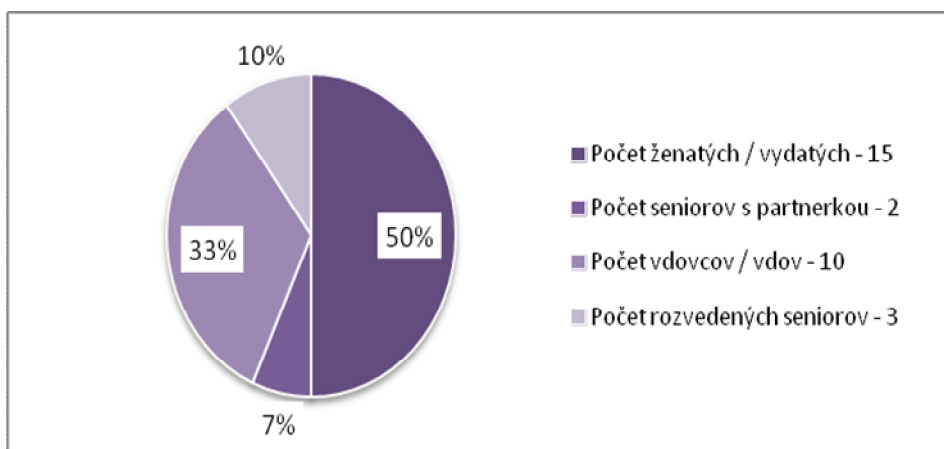
Graf č. 2B: Percentuálne zatúpenie všetkých mužov podľa rodinného stavu



Graf č. 2C: Percentuálne zastúpenie všetkých seniorov do veku 84 r. podľa rodinného stavu



Graf č. 2D: Percentuálne zastúpenie všetkých seniorov vo veku nad 85 r. podľa rodinného stavu



Z grafu 2A vyplýva, že celkového počtu žien je 53% vydatých, 37% vdov a 10% rozvedených.

Graf č.2B nám znázorňuje percentuálne zastúpenie všetkých mužov podľa rodinného stavu – 56% mužov je ženatých, 17% mužov je ovdovených, rovnako 17% mužov žije s partnerkou a 10% mužov je rozvedených.

Graf č.2C nám znázorňuje percentuálne zastúpenie všetkých seniorov do veku 84 r. podľa rodinného stavu – 60% tvoria ženatí a vydaté, 20% je ovdovených seniorov a po 10% tvoria seniori rozvedení a žijúci s partnerkou.

Z grafu č.2D vyplýva, že 50% seniorov vo veku nad 85 r. je ženatých/vydatých, 33% je ovdovených, 10% je rozvedených a 7% seniorov žije s partnerkou.

Otázka: Do akej miery ste spokojný s kvalitou Vášho života v uvedených oblastiach?

Tabuľka č. 3: Spokojnosť s kvalitou života v uvedených oblastiach

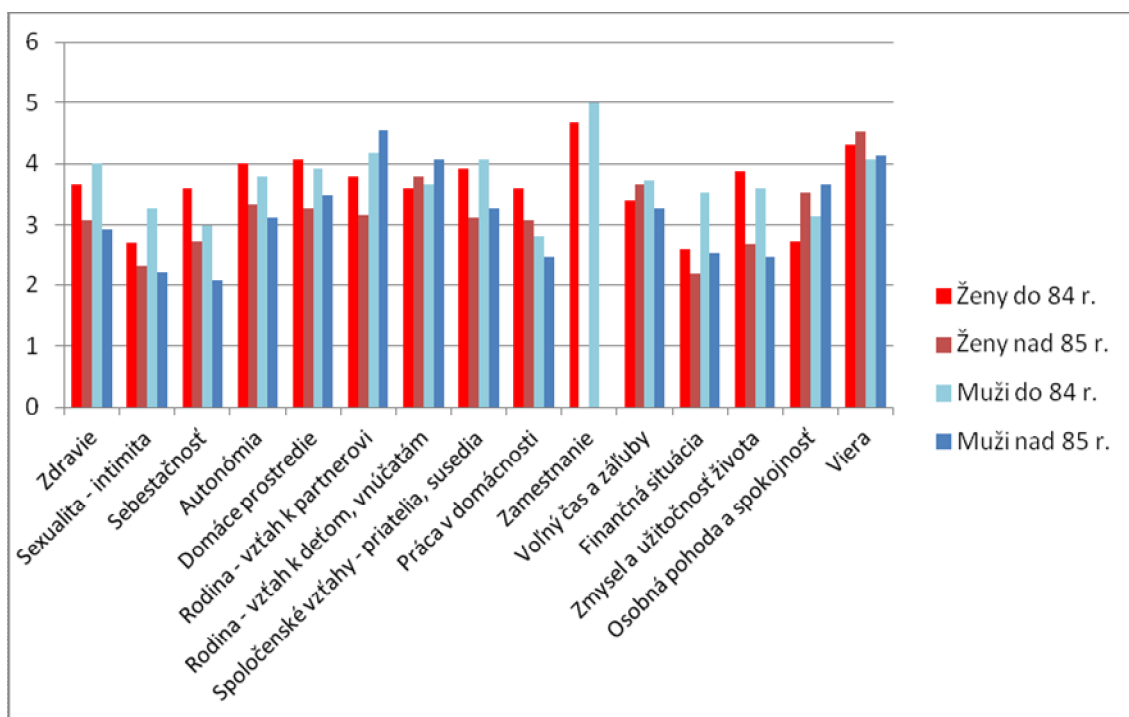
Oblasti života	A	B	C	D	E
Zdravie	3,67	3,07	4,00	2,93	3,42
Sexualita - intimita	2,70	2,33	3,27	2,22	2,63
Sebestačnosť	3,60	2,73	3,00	2,07	2,85
Autonómia	4,00	3,33	3,80	3,13	3,57
Domáce prostredie	4,07	3,27	3,93	3,47	3,69
Rodina – vzťah k partnerovi	3,80	3,17	4,18	4,56	3,93
Rodina – vzťah k deťom, vnúčatám	3,60	3,80	3,67	4,07	3,79
Spoločenské vzťahy – priatelia, susedia	3,93	3,13	4,07	3,27	3,60
Práca v domácnosti	3,60	3,07	2,80	2,47	2,99
Zamestnanie	4,67	0	5	0	2,42
Voľný čas a záľuby	3,40	3,67	3,73	3,27	3,52
Finančná situácia	2,60	2,20	3,53	2,53	2,72
Zmysel a užitočnosť života	3,87	2,67	3,60	2,47	3,15
Osobná pohoda a spokojnosť	2,73	3,53	3,14	3,67	3,27
Viera	4,33	4,53	4,07	4,13	4,27
Všetky oblasti života	3,64	2,97	3,72	3,02	3,32

Vysvetlivky:

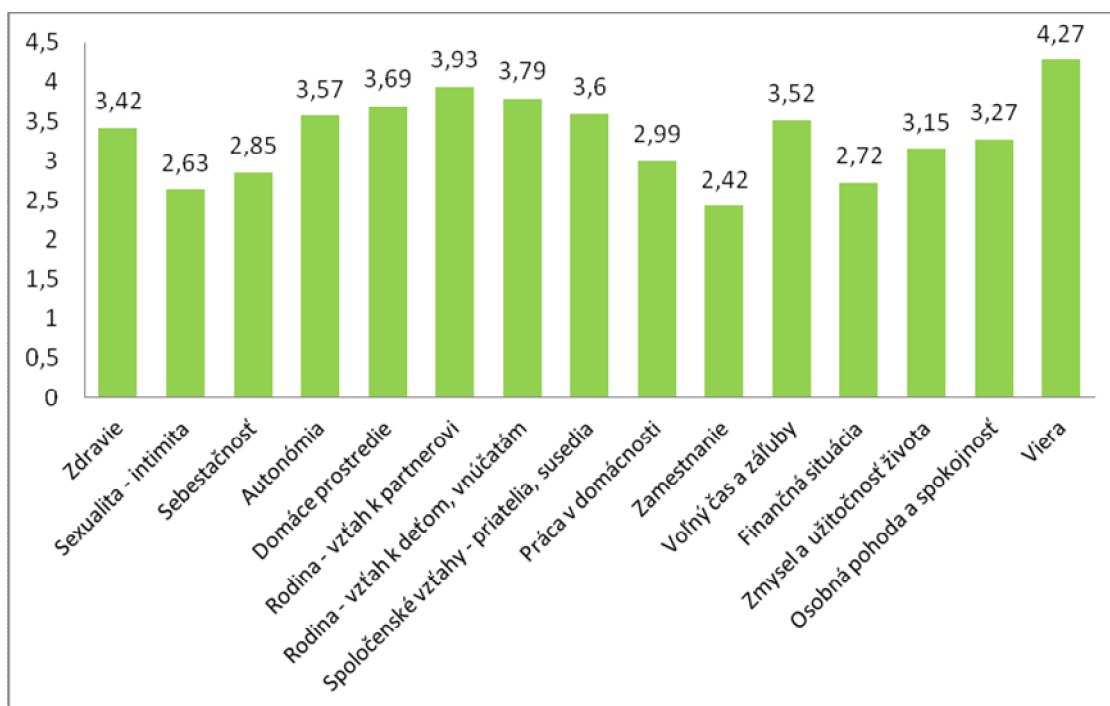
A – Ženy do 84 r.; B – Ženy nad 85 r.; C – Muži do 84 r.; D – Muži nad 85 r.;

E – Všetci seniori

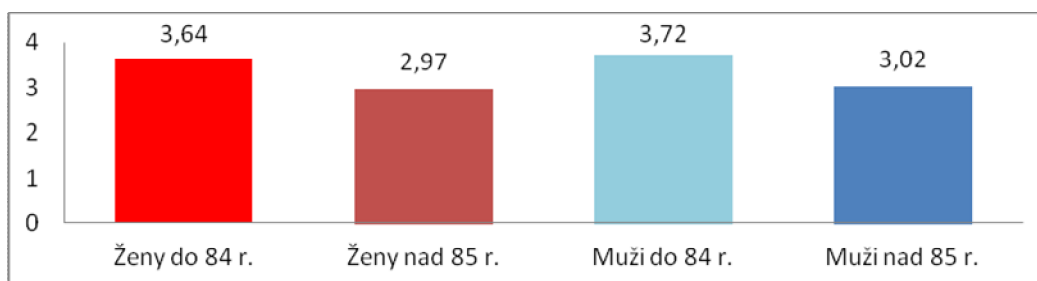
Graf č. 3A: Priemerná spokojnosť v jednotlivých oblastiach života v skupinách respondentov členených podľa pohlavia a veku



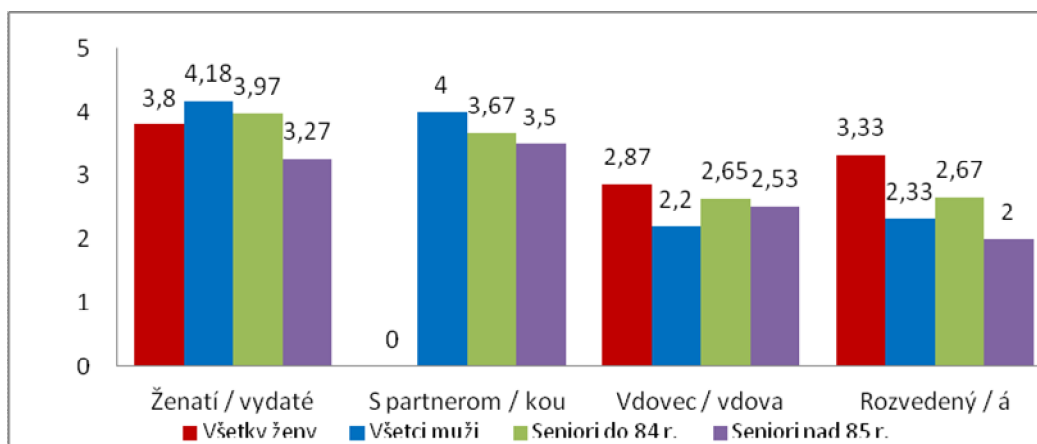
Graf č. 3B: Priemerná spokojnosť respondentov v jednotlivých oblastiach života



Graf č. 3C: Priemerná spokojnosť respondentov vo všetkých oblastiach života vzhľadom na pohlavie a vekové skupiny



Graf č. 3D: Priemerná spokojnosť respondentov vo všetkých oblastiach života vzhľadom na ich rodinný stav



Grafy č. 3A a 3B nám ukazujú mieru spokojnosti seniorov v jednotlivých oblastiach života. Najmenšiu spokojnosť vykazujú oblasti: zamestnanie (2,42), sexualita – intimita (2,63), finančná situácia (2,72). Najvyššiu v oblastiach: viera (4,27), rodina – vzťah k partnerovi (3,93), rodina – vzťah k deťom, vnúčatám (3,79), domáce prostredie (3,69) a spoločenské vzťahy – priatelia, susedia (3,60).

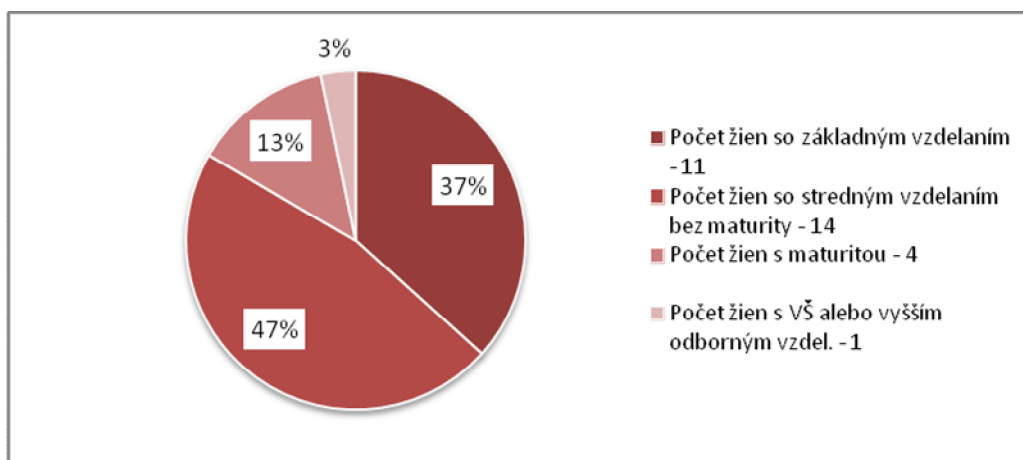
Grafom č. 3C sme získali obraz o celkovej spokojnosti seniorov so súčasnou kvalitou života v jednotlivých skupinách. Najspokojnejšiu skupinu tvoria muži do 84 r., potom nasledujú ženy do 84 r., muži starší než 85 r. a poslednú skupinu tvoria ženy nad 85 r.

Z grafu 3D vyplýva, že najspokojnejší so svojim životom sú muži v prípade, že žijú s manželkou (4,8) alebo partnerkou (4,0). Ovdovení alebo rozvedení muži (2,2 a 2,33) sú najmenej spokojní so svojim životom. Absolútne najmenej spokojní (2) sú rozvedení seniori 4.veku (nad 85 r.).

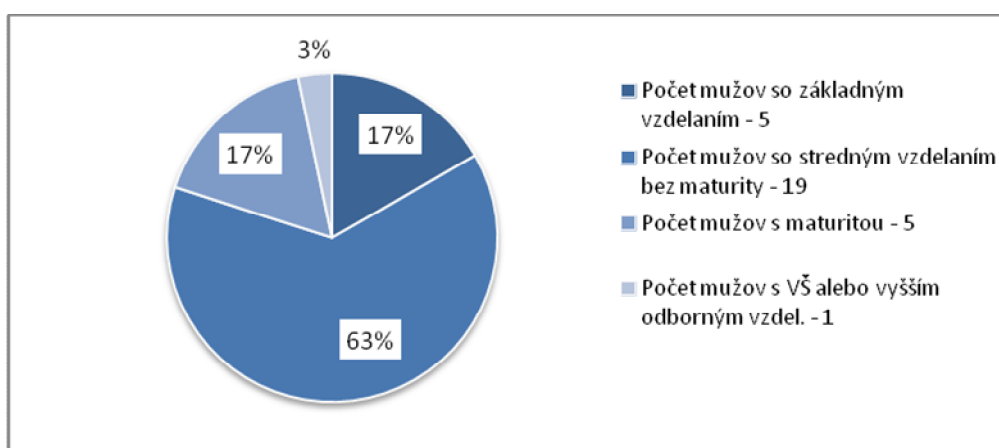
Tabuľka č. 4: Zloženie respondentov podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania

Najvyššie ukončené vzdelanie:	Ženy do 84 r.	Ženy nad 85 r.	Všetky ženy	Muži do 84 r.	Muži nad 85 r.	Všetci muži	Seniori do 84 r.	Seniori od 85 r.
základné	4	7	11	2	3	5	6	10
stredné bez maturity	8	6	14	9	10	19	17	16
stredné s maturitou	2	2	4	3	2	5	5	4
vysokoškolské alebo vyššie odborné	1	0	1	1	0	1	2	0

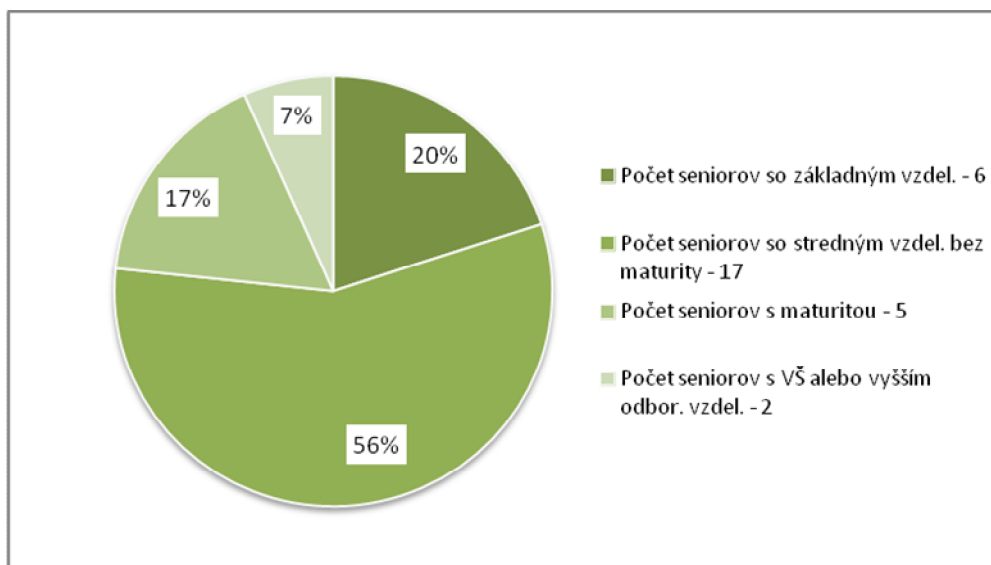
Graf č. 4A: Percentuálne zatúpenie všetkých žien podľa dosiahnutého vzdelania



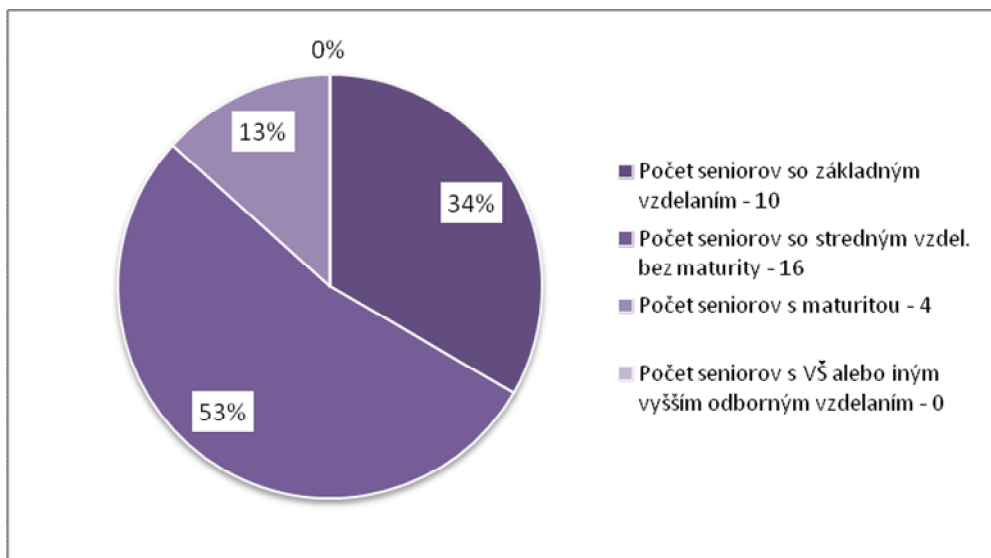
Graf č. 4B: Percentuálne zatúpenie všetkých mužov podľa dosiahnutého vzdelania



Graf č. 4C: Percentuálne zatúpenie všetkých seniorov vo veku do 84 r. podľa dosiahnutého vzdelania



Graf č. 4D: Percentuálne zatúpenie všetkých seniorov vo veku nad 85 r. podľa dosiahnutého vzdelania



Grafy 4A, 4B, 4C a 4D nám znázorňujú percentuálne zastúpenie respondentov podľa dosiahnutého najvyššieho vzdelania podľa pohlavia a vekovej kategórie. Najviac respondentov má stredoškolské vzdelanie bez maturity (33 seniorov), potom základné vzdelanie (16 seniorov), 9 seniorov má stredoškolské vzdelanie s maturitou a len 2 seniори majú vysokoškolské vzdelanie.

Otázka: Z čoho máte najväčšie obavy ohľadom budúcnosti?

Tabuľka č.5: Obavy respondentov do budúcnosti v jednotlivých oblastiach života členených podľa pohlavia a veku

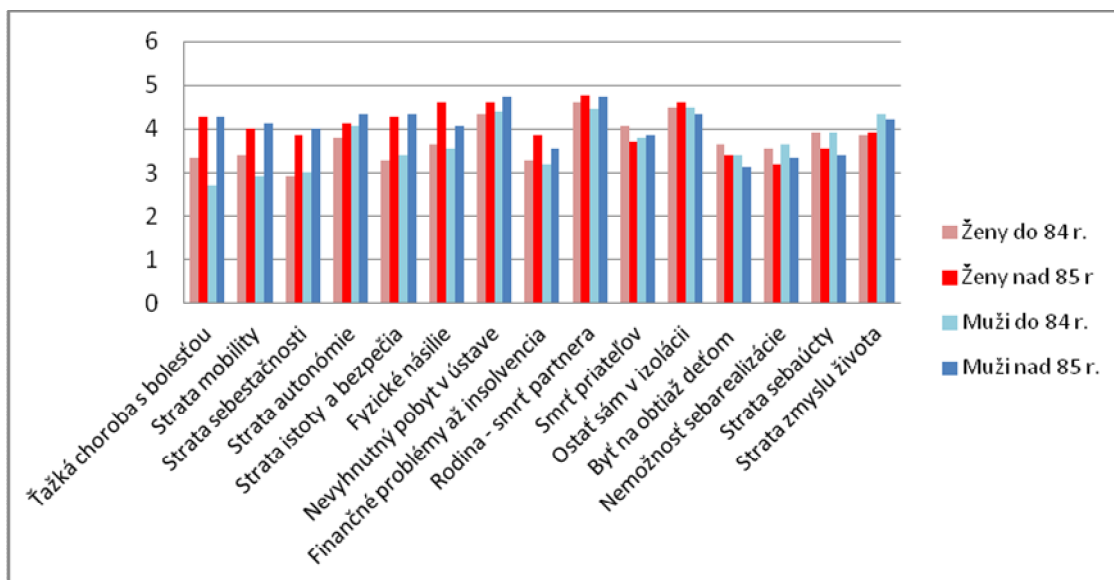
Možné obavy	A	B	C	D	E
Ťažká choroba sprevádzaná bolesťou	3,33	4,27	2,73	4,27	3,65
Strata mobility	3,40	4,00	2,93	4,13	3,62
Strata sebestačnosti	2,93	3,87	3,00	4,00	3,45
Strata autonómie	3,80	4,13	4,07	4,33	4,08
Strata istoty, bezpečia	3,27	4,27	3,40	4,33	3,82
Nevyhnutný pobyt v ústave	4,33	4,60	4,40	4,73	4,52
Fyzické násilie	3,67	4,60	3,53	4,07	3,97
Finančné problémy až insolvenca	3,27	3,87	3,20	3,53	3,47
Rodina – smrť partnera	4,60	4,78	4,45	4,73	4,64
Smrť priateľov	4,07	3,73	3,80	3,87	3,87
Ostať sám - v izolácii	4,47	4,60	4,47	4,33	4,47
Byť na obtiaž deťom (neschopnosť im pomôcť)	3,67	3,40	3,40	3,13	3,40
Nemožnosť seberealizácie	3,53	3,20	3,67	3,33	3,43
Strata sebaúcty	3,93	3,53	3,93	3,40	3,70
Strata zmyslu života	3,87	3,93	4,33	4,20	4,08

Vysvetlivky:

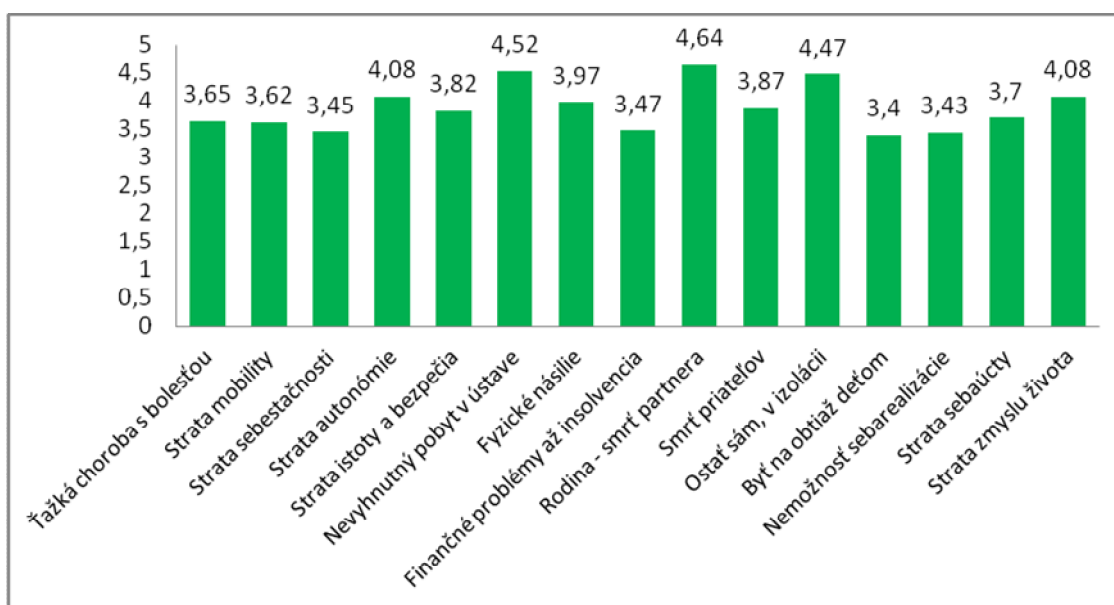
A – Ženy do 84 r.; B – Ženy od 85 r.; C – Muži do 84 r.; D – Muži nad 85 r.;

E – Všetci seniori

Graf č. 5A: Priemerné hodnoty obáv do budúcnosti uspokojovania ľudských potrieb v skupinách respondentov členených podľa pohlavia a veku



Graf č. 5B: Priemerné hodnoty obáv uspokojovania ľudských potrieb do budúcnosti všetkých respondentov



Z graf 5A a 5B vyplýva, že seniori majú najväčšie obavy zo smrti partnera (4,64), pobytu v ústave (4,52), zo života v izolácii (4,47), zo strany autonómie a zmyslu života (4,08). Najmenej obáv majú muži do 84 r. z ťažkej choroby sprevádzanej bolesťou a muži nad 85 r. byť na obťaž deťom. Ženy do 84 r. vykazujú najmenšie obavy zo straty sebestačnosti, ženy nad 85 r. v nemožnosti sebarealizácie.

Otázka: Ako by sa mala správať Vaša ideálna opatrovatel'ka?

Tabuľka č.6: Alternatívy správania sa ideálnej opatrovatel'ky respondentov členených podľa pohlavia a veku

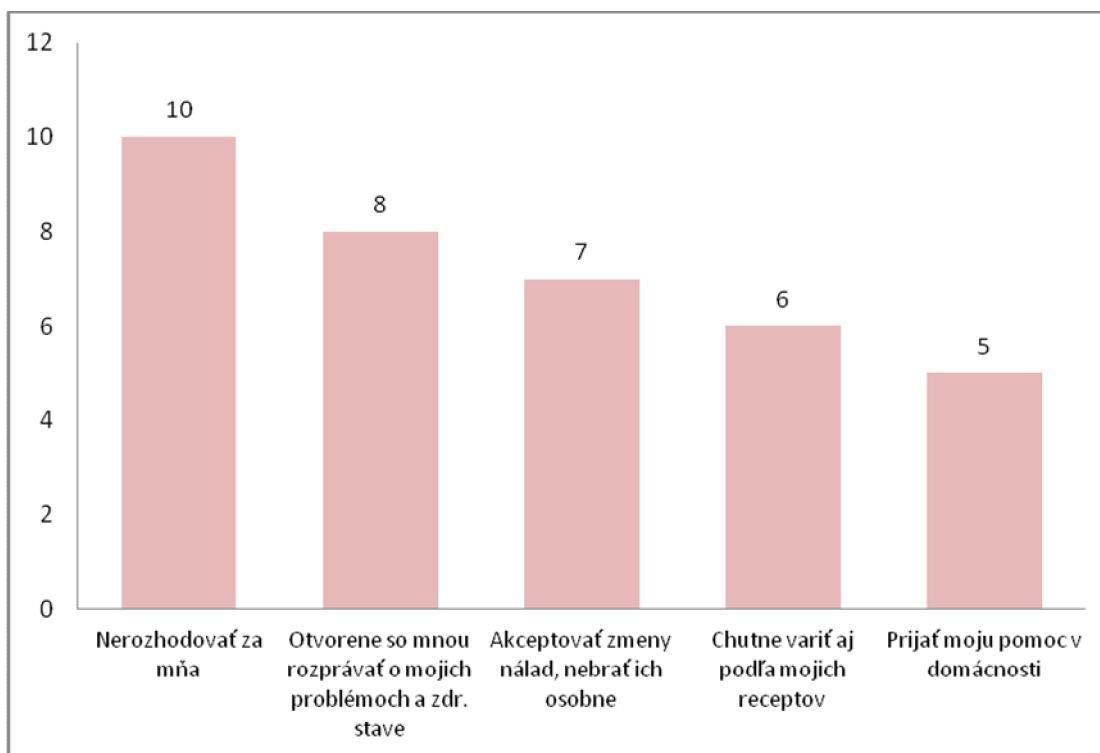
Možnosti správania opatrovatel'ky	A	B	C	D	E
milá, láskavá, usmievavá, s dobrou náladou	1	8	10	12	31
akceptovať zmeny mojich nálad, nebrať ich osobne	7	1	1	2	11
menej prísna, občas dovoliť aj to, čo by som nemal (napr. maškrtenie, víno)	1	11	7	8	27
chutne variť podľa mojich receptov	6	2	1	0	9
nerozhodovať za mňa (napr. o dennom režime a varení...)	10	2	2	1	15
častejšie sa pýtať na môj názor	3	2	5	3	13
prijať moju pomoc v domácnosti, aj keď to už nezvládam tak dobre ako ona	5	1	1	0	7
viac sa mi venovať-pozeráť so mnou Tv, fotoalbum, hrať karty	2	7	4	8	21
častejšie sa so mnou rozprávať, smiať sa	0	5	2	4	11
otvorene sa so mnou rozprávať o mojich problémoch, zdr.stave	8	1	5	2	16
častejšie so mnou chodiť na prechádzky, alebo stretnutia s priateľmi	2	5	7	5	19

Vysvetlivky:

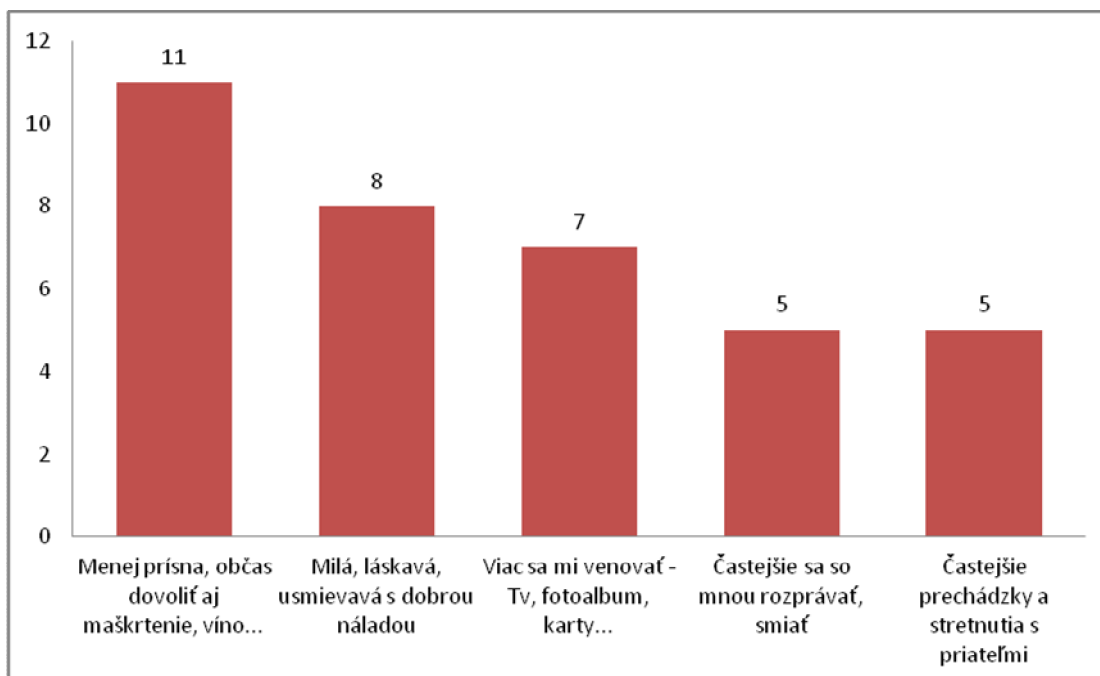
A – Ženy do 84 r.; B – Ženy od 85 r.; C – Muži do 84 r.; D – Muži nad 85 r.;

E – Všetci seniori

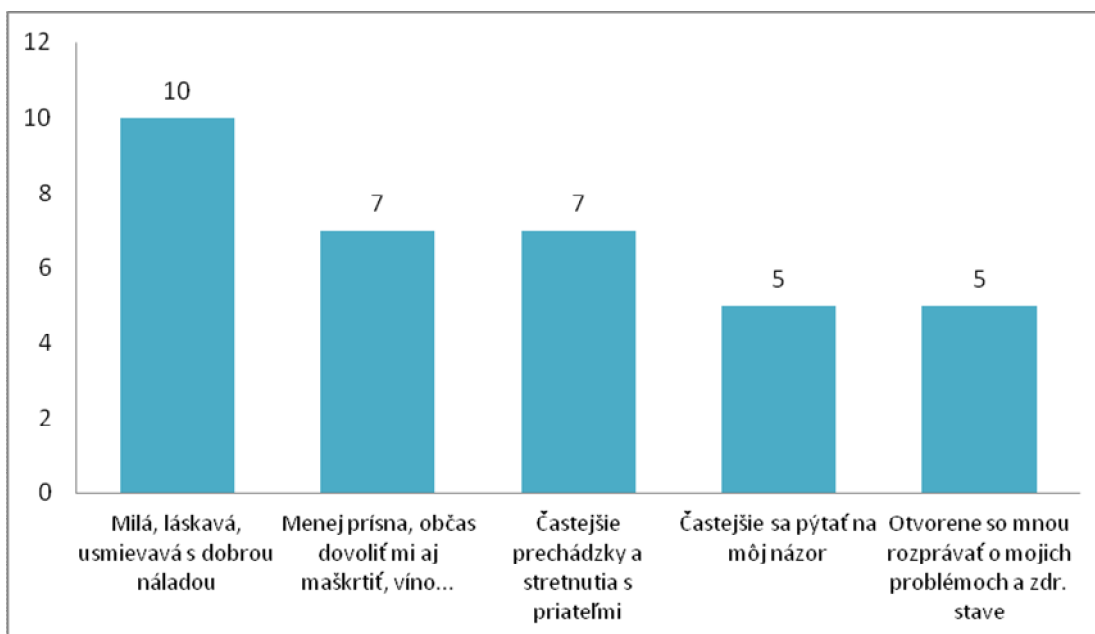
Graf č.6A: Najčastejšie zvolené výroky týkajúce sa opatrovateliek žien do 84 r.



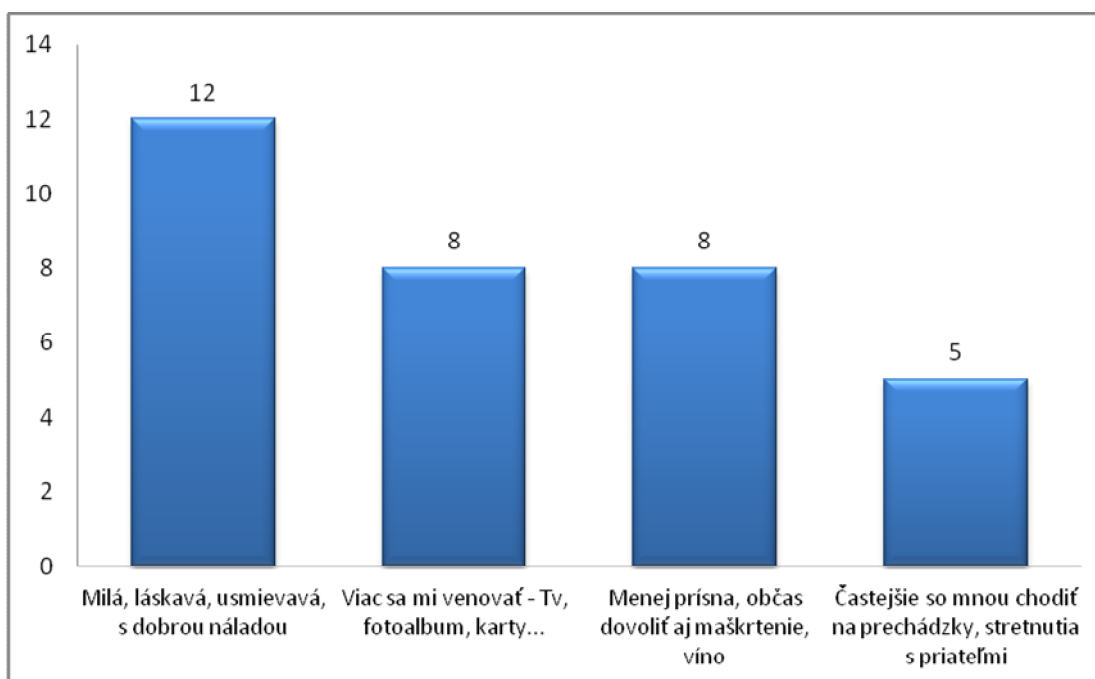
Graf č.6B: Najčastejšie zvolené výroky týkajúce sa opatrovateliek žien nad 85 r.



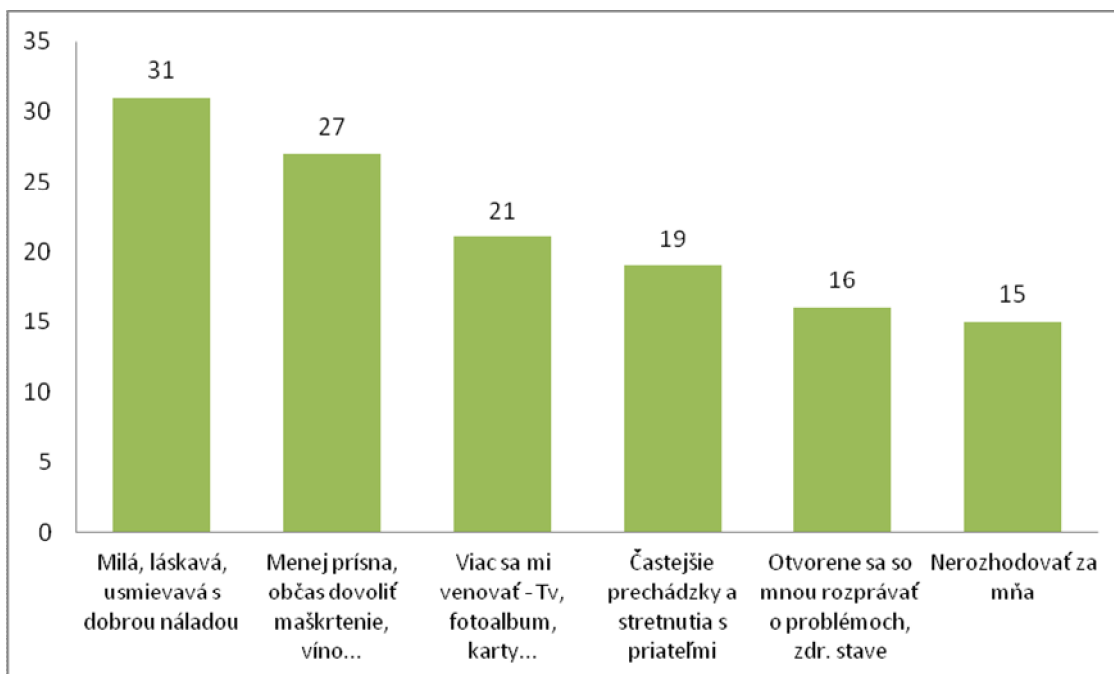
Graf č.6C: Najčastejšie zvolené výroky týkajúce sa opatrovateliek mužov do 84 r.



Graf č.6D: Najčastejšie zvolené výroky týkajúce sa opatrovateliek mužov nad 85 r.



Graf č. 6E: Najčastejšie zvolené výroky týkajúce sa opatrovateliek všetkých respondentov



Z grafu č.6A a 6B sa dozvedáme, že podľa žien do 84 r. bolo najdôležitejšie, aby opatrovatel'ka za nich nerozhodovala a otvorene sa s nimi rozprávala o problémoch a zdr. stave. Ženám nad 85 r. bolo najdôležitejšie to, aby bola opatrovatel'ka menej prísna a občas dovolila aj to, čo by nemali (maškrtenie, víno...) a aby bola milá, usmievavá s dobrou náladou.

Grafy 6C a 6D nám znázorňujú správanie ideálnej opatrovatel'ky mužských respondentov. Najdôležitejšie podľa nich je, aby opatrovatel'ka bola milá, láskavá, usmievavá, s dobrou náladou a byť menej prísna, občas dovoliť aj maškrtenie alebo víno. Pre mužov do 84 r. bolo ešte dôležité, aby častejšie s nimi chodila na prechádzky, strenutia s priateľmi. Mužom nad 85 r. bolo dôležitejšie aby sa im viac venovala – pozerala s nimi Tv, fotoalbum, hrala karty...

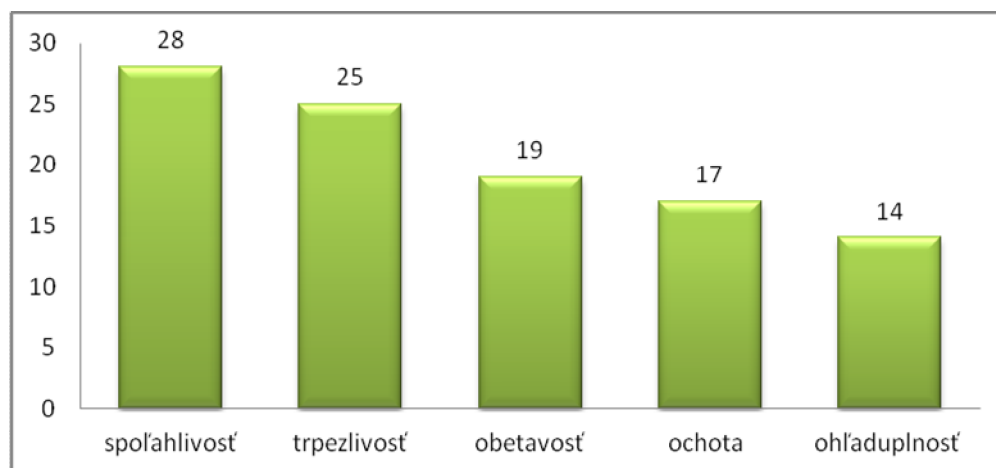
Graf č. 6E nám poukázal na najčastejšie zvolené výroky týkajúce sa správania ideálnej opatrovatel'ky všetkých respondentov. Najdôležitejšie je, aby opatrovatel'ka bola milá, láskavá, usmievavá, s dobrou náladou ale aj byť menej prísna, občas dovoliť aj maškrtenie alebo víno a aby častejšie s nimi chodila na prechádzky.

Otázka: Aké charakterové vlastnosti opatrovateliek postrádate najčastejšie pri Vašom opatrovaní ?

Tabuľka č.7: Charakteristické vlastnosti opatrovateliek, ktoré respondenti postrádajú

Charakteristické vlastnosti	Počet zvolení	Charakteristické vlastnosti	Počet zvolení
Spôľahlivosť	28	Sociálne cítenie	5
Trpezlivosť	25	Radosť	4
Obetavosť	19	Nezištnosť	4
Ochota	17	Diskrétnosť	4
Ohľaduplnosť	14	Taktnosť	3
Zodpovednosť	13	Vľúdnosť	3
Dôveryhodnosť	10	Tvorivosť	2
Láska k chorému	8	Kolegialita	2
Poctivosť	7	Veľkorysosť	1
Optimizmus	5	Cieľavedomosť	1
Sebaovládanie	5		

Graf č. 7: Najčastejšie zvolené charakteristické vlastnosti opatrovateliek, ktoré postrádajú respondenti



Graf č. 7 nám znázorňuje to, že seniori najviac postrádajú pri opatrovatelkách tieto tri vlastnosti: spoľahlivosť (28 zvolení), trpezlivosť (25 zvolení), obetavosť (19 zvolení).

Otázka: Čo Vám najviac vadí (čo Vás hnevá, rozčuľuje, príp. znepokojuje), keď sa v spoločnosti hovorí o senioroch?

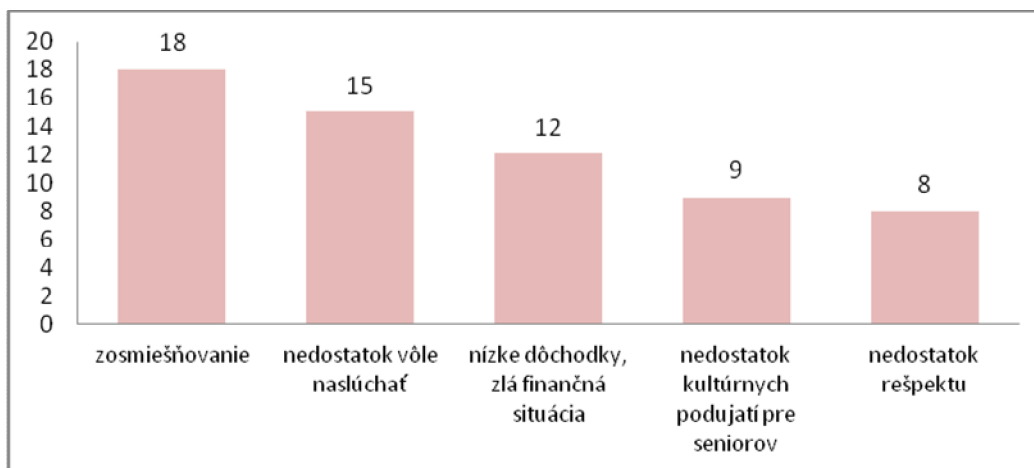
Tabuľka č. 8: Najčastejšie formy ageizmu, s ktorými sa stretli respondenti členení podľa veku a pohlavia

Jednotlivé oblasti ageizmu	A	B	C	D	E
nedostatok rešpektu	8	6	10	12	36
zosmiešňovanie	18	0	0	1	19
nedostatok vôle naslúchať mojim názorom, nezáujem	15	9	7	9	40
nedostatok času naslúchať (uponáhľaný svet)	3	0	0	0	3
neprimeraná komunikácia – rozprávanie rýchlo, potichu, nezreteľne	0	0	0	1	1
infantilizácia seniorov	2	0	0	1	3
jednanie ako s ťažko dementnými pacientami	2	3	10	14	29
jednanie ako s bezcennými	3	17	7	16	43
prezentácia v médiách - seniori sú pomalí, hlúpi, škaredí...	2	0	13	2	17
najmarkantnejšia je nevraživosť najmä zo strany mladých	0	0	0	0	0
v politike – „O nás bez nás“, ignorácia sťažností	1	0	15	1	17
nemožnosť sa zamestnať od určitého veku	0	0	0	0	0
neprijateľný prístup nemocníc (lekárov, zdr. sestier) k seniorom	0	13	5	11	29
nevhodný prístup sociálnych pracovníkov	0	12	0	0	12
nízke dôchodky (zlá finančná situácia)	12	15	0	7	34
nedostatok vhodných bytov – bezbariérových	0	0	0	0	0
nedostatok kultúr. podujatí pre seniorov – divadlo, koncerty, filmy	9	0	8	0	17
nedostatok ponúk dovolení vhodných pre seniorov	0	0	0	0	0
nedostatok edukačných ponúk, kurzov	0	0	0	0	0
nedostatok špeciálnej dopravy (nevhodná MHD)	0	0	0	0	0
nemám žiadne problémy s mojim okolím, som spokojný /á	0	0	0	0	0
nehody s okolím riešim otvorene a bez obáv z možných následkov	0	0	0	0	0

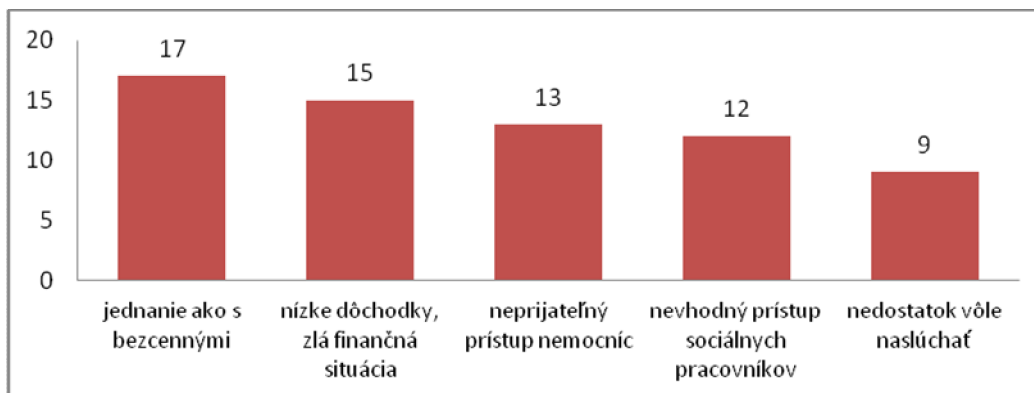
Vysvetlivky: A – Ženy do 84 r.; B – Ženy nad 85 r.;

C – Muži do 84 r.; D – Muži nad 85 r.; E – Všetci seniori

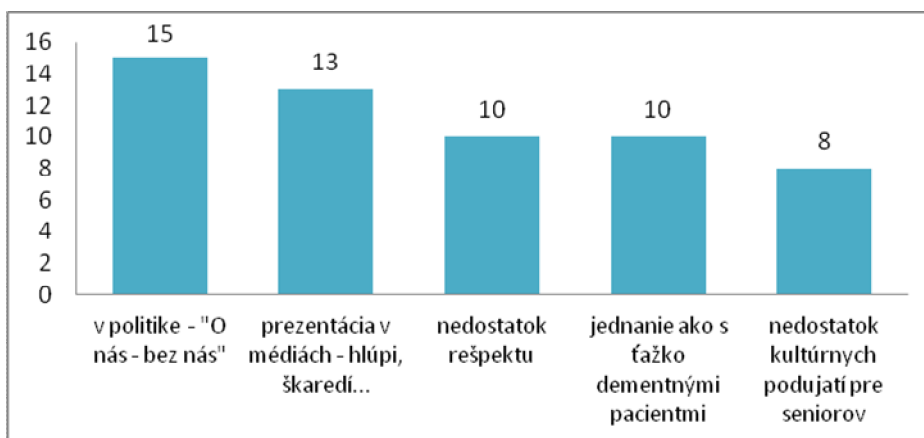
Graf č. 8A: Najčastejšie zvolené negatívne formy ageizmu, s ktorými najviac nesúhlasia ženy do 84 r.



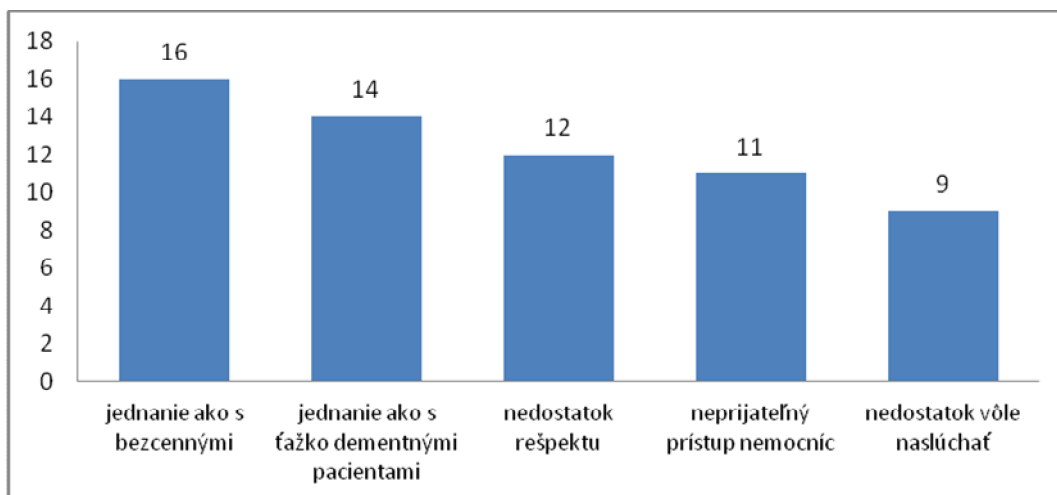
Graf č. 8B: Najčastejšie zvolené negatívne formy ageizmu, s ktorými najviac nesúhlasia ženy nad 85 r.



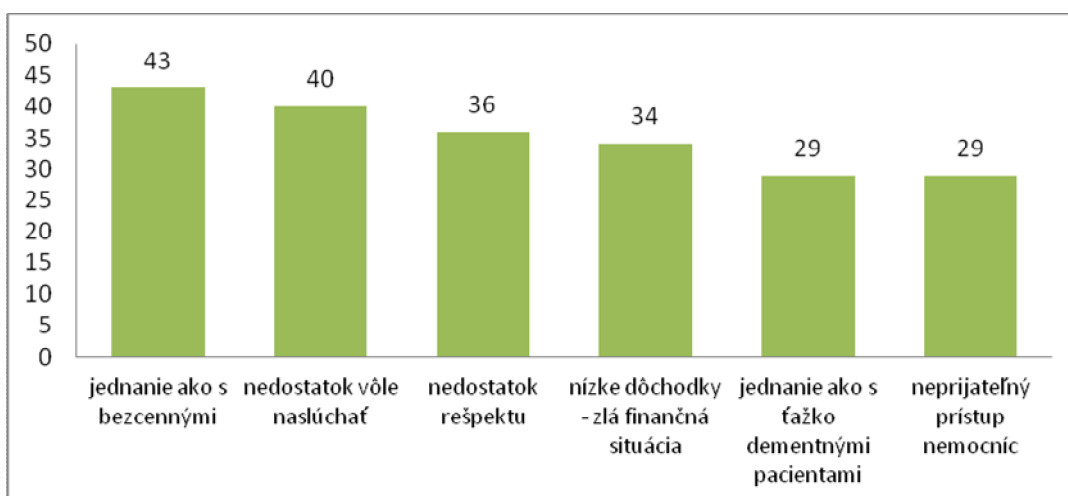
Graf č. 8C: Najčastejšie zvolené negatívne formy ageizmu, s ktorými najviac nesúhlasia muži do 84 r.



Graf č. 8D: Najčastejšie zvolené negatívne formy ageizmu, s ktorými najviac nesúhlasia muži nad 85 r.



Graf č. 8E: Najčastejšie zvolené negatívne formy ageizmu, s ktorými najviac nesúhlasia všetci seniori



Grafy 8A, 8B, 8C, 8D a 8E nám znázorňujú najčastejšie zvolené negatívne formy ageizmu, s ktorými najviac nesúhlasia seniori. Ženy do 84 r. sa najviac stretli so zosmiešňovaním (18 zvolení) a nedostatkom vôle naslúchať (15 zvolení). Ženy nad 85 r. skôr s jednaním ako s bezcennými (17 zvolení). Muži do 84 r. si zvolievali najmä v politike – „O nás – bez nás“ (15 zvolení) a s prezentáciou v médiách ako hlúpi, škaredí... (13 zvolení). Muži nad 85 r. si zvolili najmä jednanie ako s bezcennými (16 zvolení) a jednanie ako s ťažko dementnými pacientami (14 zvolení). Všetkým seniorom najviac vadilo jednanie ako s bezcennými (až 43 zvolení).

Otázka: Čo si myslíte, aké sú typické vlastnosti seniorov?

Tabuľka č.9: Vlastnosti typické pre respondentov členených podľa veku a pohlavia

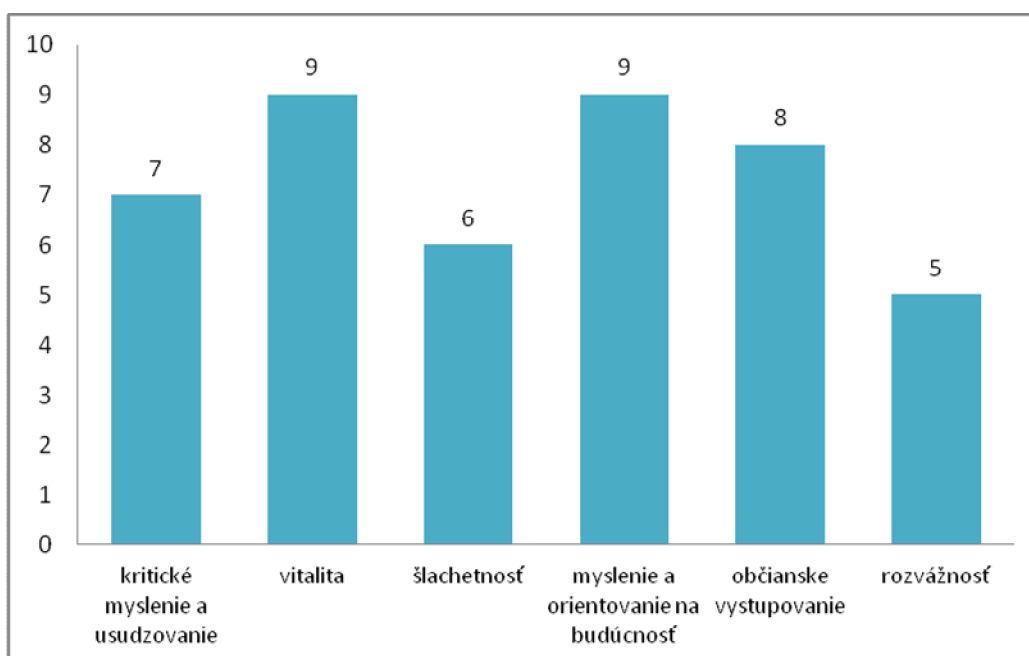
Typické vlastnosti seniorov	A	B	C	D	E	F	G
Férovosť	3	2	4	3	7	5	12
Hľadania nových riešení	2	1	3	1	5	2	7
Hodnotenie krásy a dokonalosti	3	3	0	1	3	4	7
Kritické myslenie a usudzovanie	2	1	7	2	9	3	12
Láska	8	2	0	0	8	2	10
Láskavosť	2	7	0	1	2	8	10
Loajalita	2	2	1	6	3	8	11
Múdrosť	3	2	3	7	6	9	15
Myslenie a orientovanie na budúcnosť	3	1	9	1	12	2	14
Nadšenie	7	0	4	1	11	1	12
Nádej	2	2	1	8	3	10	13
Nenáročnosť	1	3	0	9	1	12	13
Občianske vystupovanie	1	0	8	0	9	0	9
Otvorenosť k novým skúsenostiam	2	1	4	2	6	3	9
Poctivosť	2	2	0	3	2	5	7
Pokora	1	3	0	9	1	12	13
Rozvážnosť	1	1	5	3	6	4	10
Sebariadenie	4	0	3	0	7	0	7
Skromnosť	1	10	0	2	1	12	13
Slušnosť	3	5	1	3	4	8	12
Sociálna zodpovednosť	5	1	1	2	6	3	9
Spiritualita	6	3	1	1	7	4	11
Statočnosť	1	1	3	5	4	6	10
Súcit	2	3	0	4	2	7	9
Šlachetnosť	1	2	6	1	7	3	10
Tvorivosť	9	1	4	1	13	2	15
Umiernenosť	1	10	1	3	2	13	15
Usilovnosť	2	4	3	0	5	4	9
Veľkomyseľnosť	0	1	1	2	1	3	4
Viera	3	9	1	3	4	12	16
Vitalita	3	0	9	0	12	0	12
Vodcovstvo	0	0	4	1	4	1	5
Vytrvalosť	1	1	1	2	2	3	5
Zvedavosť	3	6	2	3	5	9	14

Vysvetlivky: A – Ženy do 84 r.; B – Ženy nad 85 r.; C – Muži do 84 r.; D – Muži nad 85 r.; E – Všetci seniori do 84 r.; F – Všetci seniori nad 85 r.; G – Všetci seniori

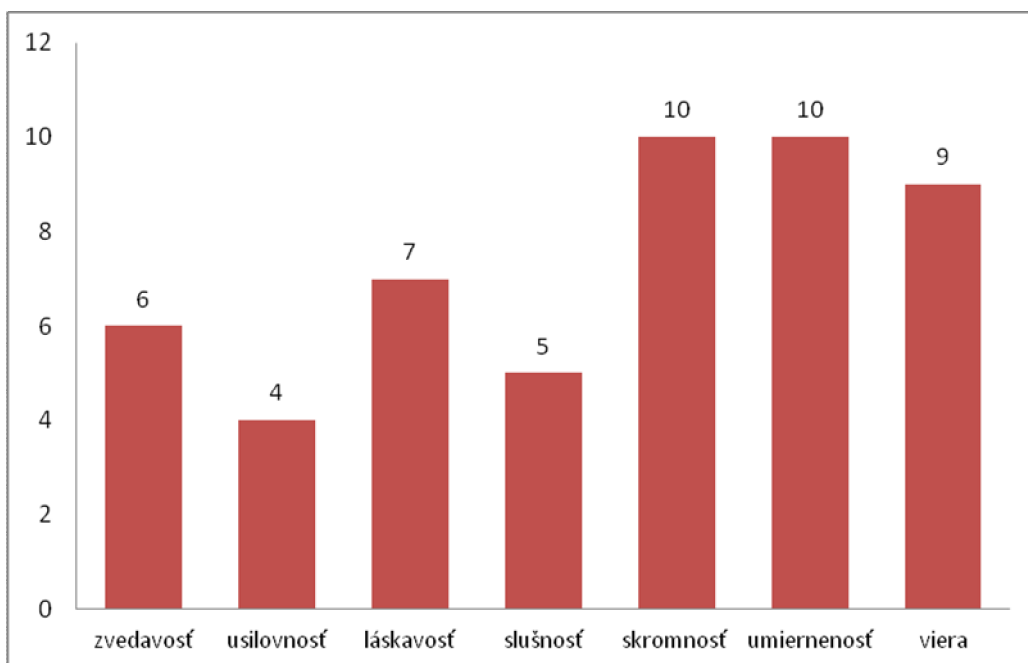
Graf č. 9A: Najčastejšie zvolené typické vlastnosti seniorov pri ženách do 84 r.



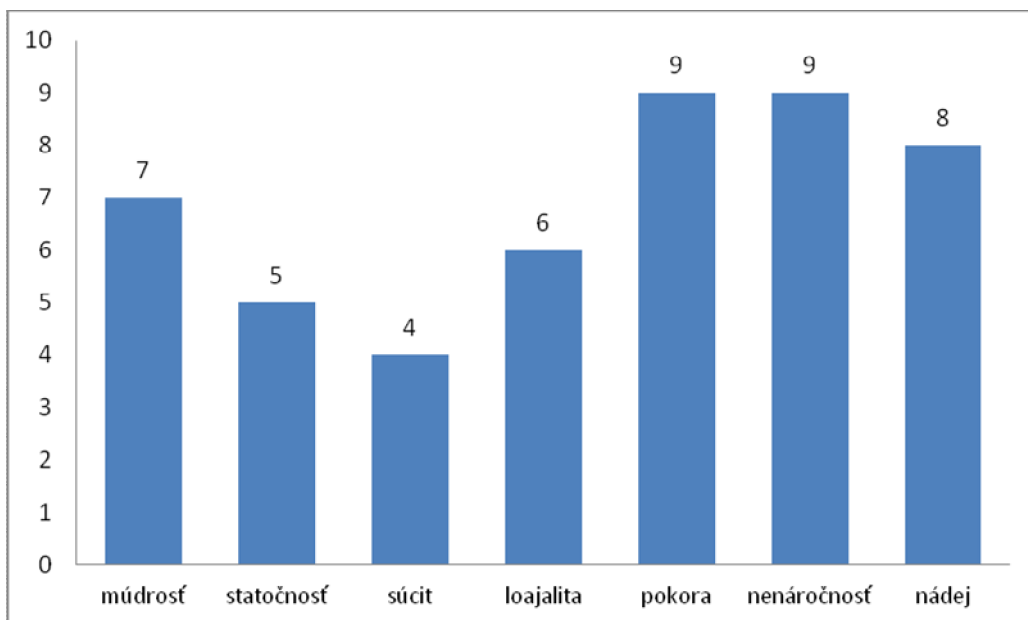
Graf č. 9B: Najčastejšie zvolené typické vlastnosti seniorov pri mužoch do 84 r.



Graf č. 9C: Najčastejšie zvolené typické vlastnosti seniorov pri ženách nad 85 r.



Graf č. 9D: Najčastejšie zvolené typické vlastnosti seniorov pri mužoch nad 85 r.



Z grafu 9A, 9B, 9C a 9D je zrejmé, že muži a ženy do 84 r. sa vidia skôr „aktívne“ – volili vlastnosti ako napr.: tvorivosť, nadšenie, láska, vitalita, myslenie a orientovanie na budúcnosť, občianske vystupovanie; zatiaľ čo muži a ženy nad 85 r. volili skôr „pasívne“ vlastnosti – napr. skromnosť, umiernenosť, viera, pokora, nenáročnosť, nádej.

Otázka: Často sa zamýšľate nad budúcnosťou? Na čo sú zamerané Vaše plány?

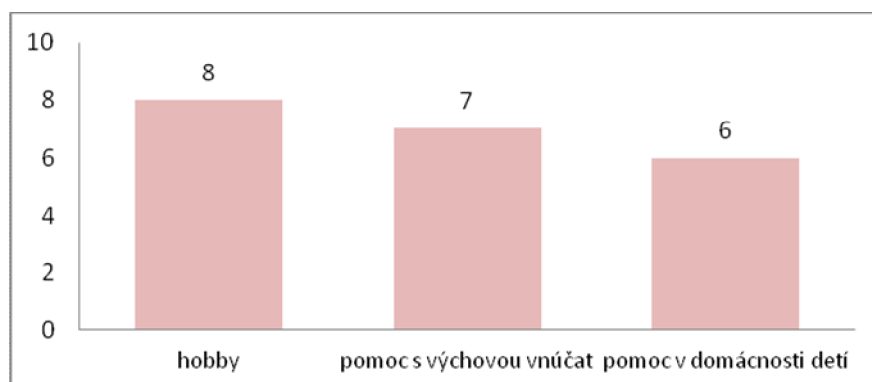
Tabuľka č.10: Ciele a plány seniorov do budúcnosti členených podľa veku a pohlavia

Zameranie plánov do budúcnosti:	A	B	C	D	E	F
hobby	8	4	9	2	17	6
edukácia, kurzy	3	1	4	0	7	1
zamestnanie	0	0	3	0	3	0
domáce práce	4	2	3	1	7	3
pomoc v domácnosti detí	6	2	2	1	8	3
pomoc s výchovou vnúčat	7	3	3	1	10	4
zlepšenie mobility	5	9	7	8	12	17
zlepšenie jemnej motoriky	1	7	2	2	3	9
zlepšenie komunikácie	1	2	2	9	3	11
precvičovanie kognitívnych schopností	3	6	2	4	5	10
ostať čo najdlhšie bez bolesti	3	2	3	7	6	9
spokojne si ešte doma požiť	3	4	3	4	6	8
momentálne neviem	1	3	2	3	3	6

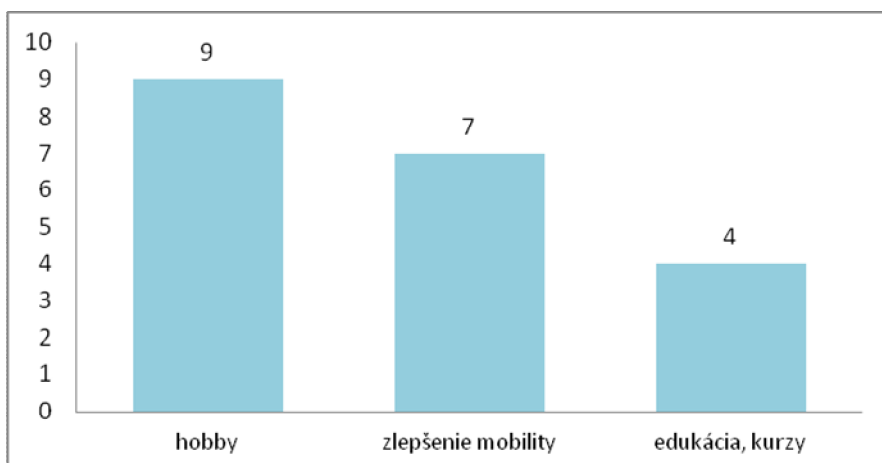
Vysvetlivky: A – Ženy do 84 r.; B – Ženy nad 85 r.; C – Muži do 84 r.;

D – Muži nad 85 r.; E – Všetci seniori do 84 r.; F – Všetci seniori nad 85 r.

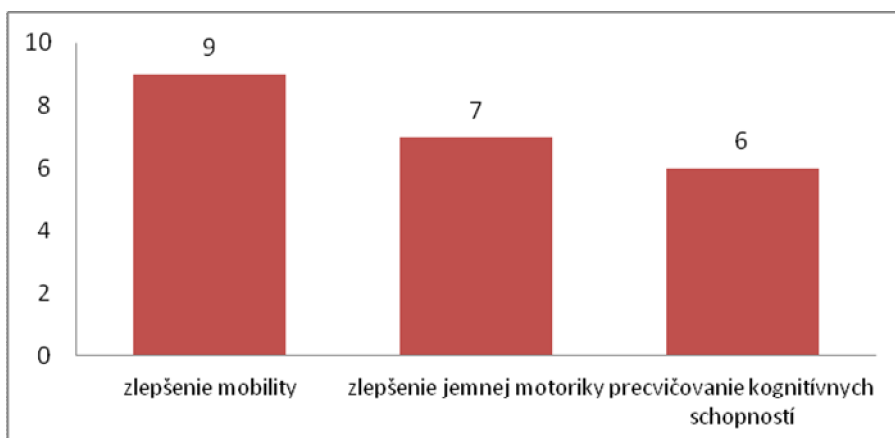
Graf č. 10A: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri ženách do 84 r.



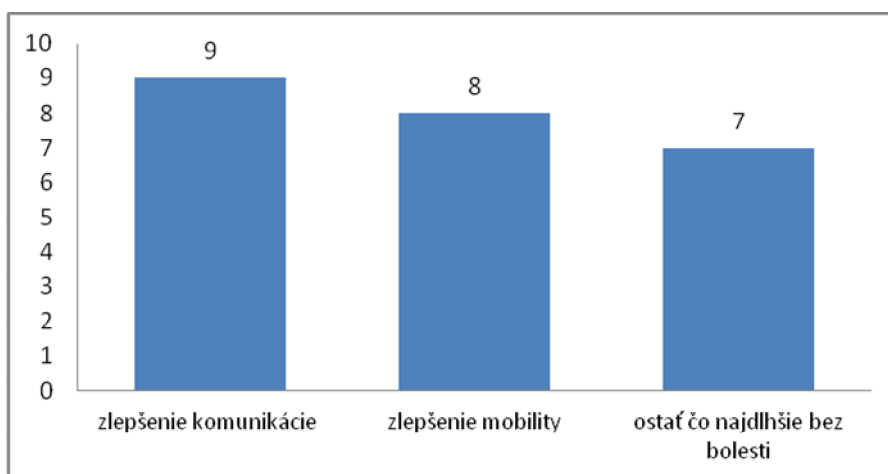
Graf č. 10B: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri mužoch do 84 r.



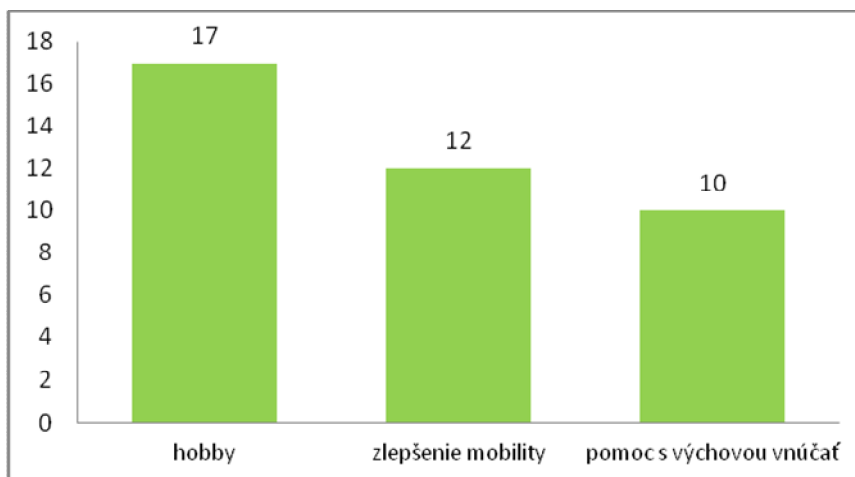
Graf č. 10C: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri ženách nad 85 r.



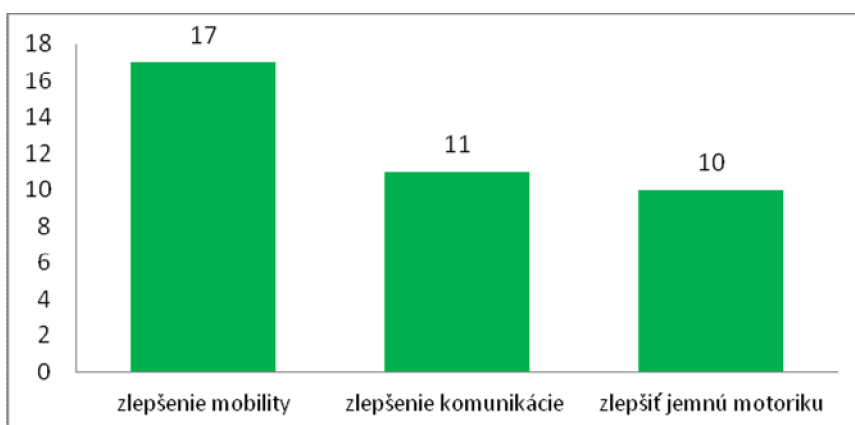
Graf č. 10D: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri mužoch nad 85 r.



Graf č. 10E: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri všetkých respondentoch do 84 r.



Graf č. 10F: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri všetkých respondentoch nad 85 r.



Graf č. 10A, 10B, 10C a 10D nám znázorňujú zameranie cieľov do budúcnosti. V kategórii ženy do 84 r. si najviac respondentiek zvolilo hobby a pomoc s výchovou vnúčať a muži do 84 r. najmä hobby a zlepšenie mobility. Ženy nad 85 r. si zvolili zlepšenie mobility a jemnej motoriky a muži nad 85 r. skôr zlepšenie komunikácie a zlepšenie mobility.

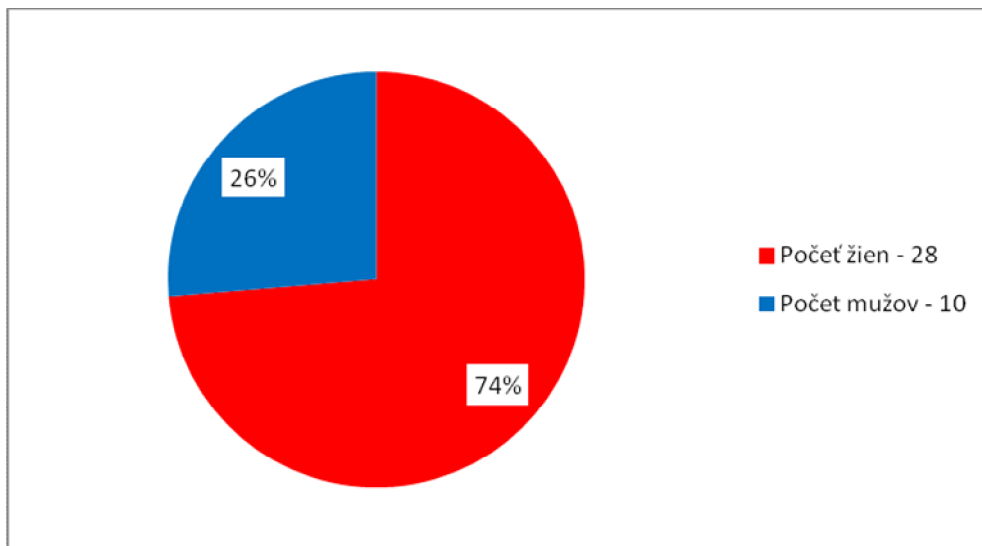
Graf č. 10E nám znázorňuje že, u seniorov do 84 r. prevládajú ciele ako : hobby, zlepšenie mobility, pomoc s výchovou vnúčať (snaha o aktivizáciu života).

Graf č. 10F nám znázorňuje, že pri senioroch nad 85 r. prevládajú ciele ako: zlepšenie mobility, komunikácie, jemnej motoriky (snaha o uchovanie, alebo zlepšenie funkcií).

Tabuľka č. 11: Zloženie respondentov – rodinných príslušníkov

Respondenti	Muži (synovia seniorov)	Ženy (dcéry seniorov)
Počet respondentov	10	28

Graf č. 11: Percentuálne vyjadrenie zloženia respondentov podľa pohlavia



Graf č. 11 nám znázorňuje percentuálne vyjadrenie zloženia respondentov – rodinných príslušníkov. Žien (dcéry seniorov) je 28, čo tvorí 74% a mužov (synov seniorov) je 10, čo tvorí 26%.

Otázka: Ako by ste charakterizovali posledné obdobie Vami prevádzaného opatrovania matky (otca)? Môžete si spomenúť ako ste sa v tom čase cítili?

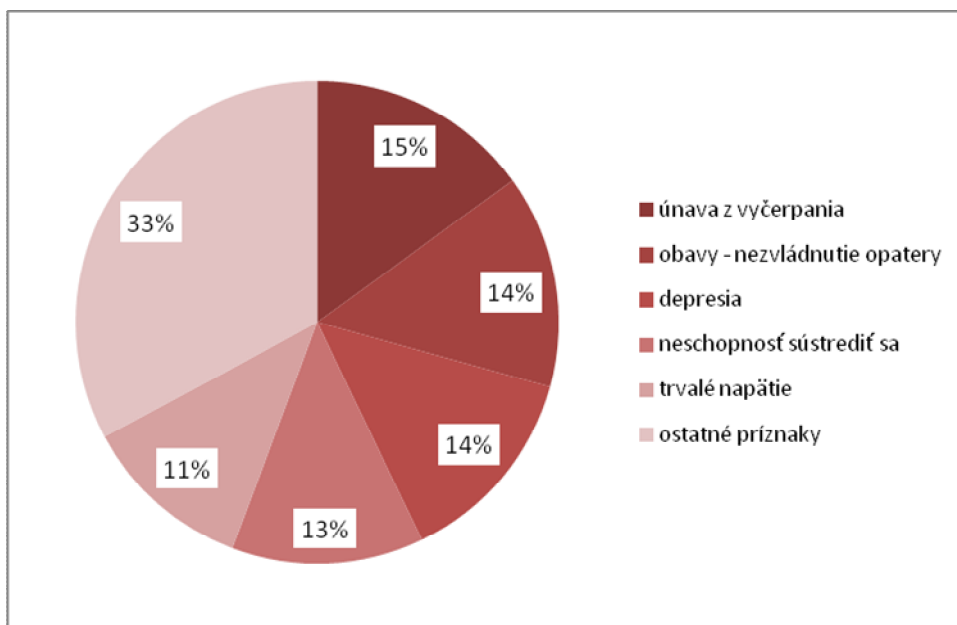
Tabuľka č. 12: Pocity a charakteristika situácie respondentov, v ktorej sa nachádzali v poslednej fáze opatrovania matky (otca)

Popísanie mojej situácie	A	B	C
neschopnosť sústrediť sa	18	2	20
popudivosť	4	5	9
náladovosť	5	2	7
trvalé napätie	16	1	17
únava z vyčerpania	21	3	24
poruchy spánku	8	9	17
depresia	19	7	26
strach z budúcnosti	0	1	1
obavy z nezvládnutia opateru	20	11	31
pocit zlosti, hnevu	2	4	6
popieranie diagnózy	2	1	3
snaha o izoláciu	0	0	0
prerušenie kontaktu s priateľmi	1	2	3
myslím, že som opateru zvládol/a, stálo ma to ale veľa sily	6	1	7
myslím, že som opateru zvládol/a ešte celkom dobre	3	0	3
myslím, že som opateru zvládol/a výborne	0	0	0
obdivoval/a som otcov/matkin optimizmus, nádej aj napriek ťažkej chorobe	5	1	6
vzťah s mojím otcom/matkou sa ešte viac prehĺbil a zintenzívnil	4	0	4
odovzdávanie otcových/matkiných celoživotných skúseností a vedomostí; spirituality	4	0	4

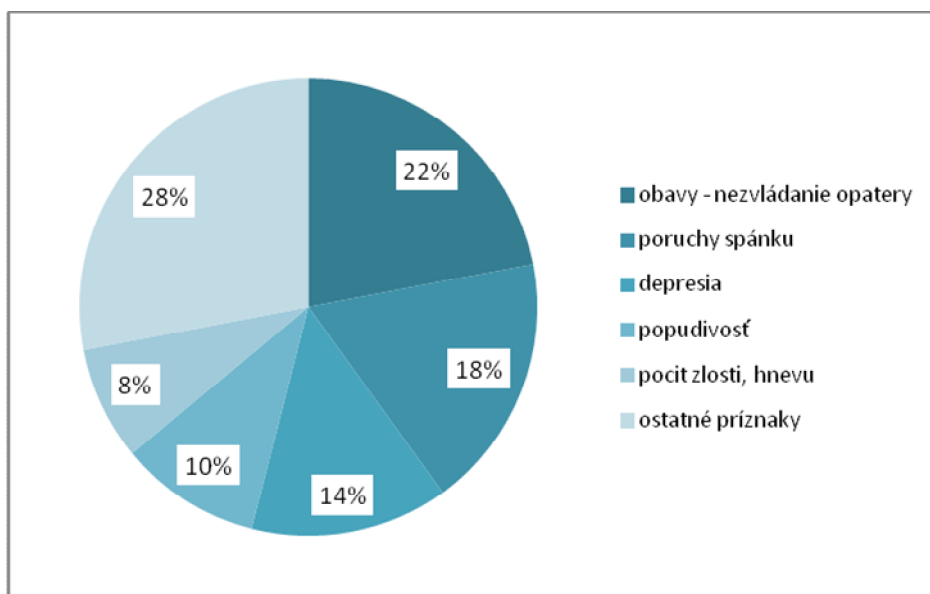
Vysvetlivky:

A – Ženy; B – Muži; C – Všetci respondenti

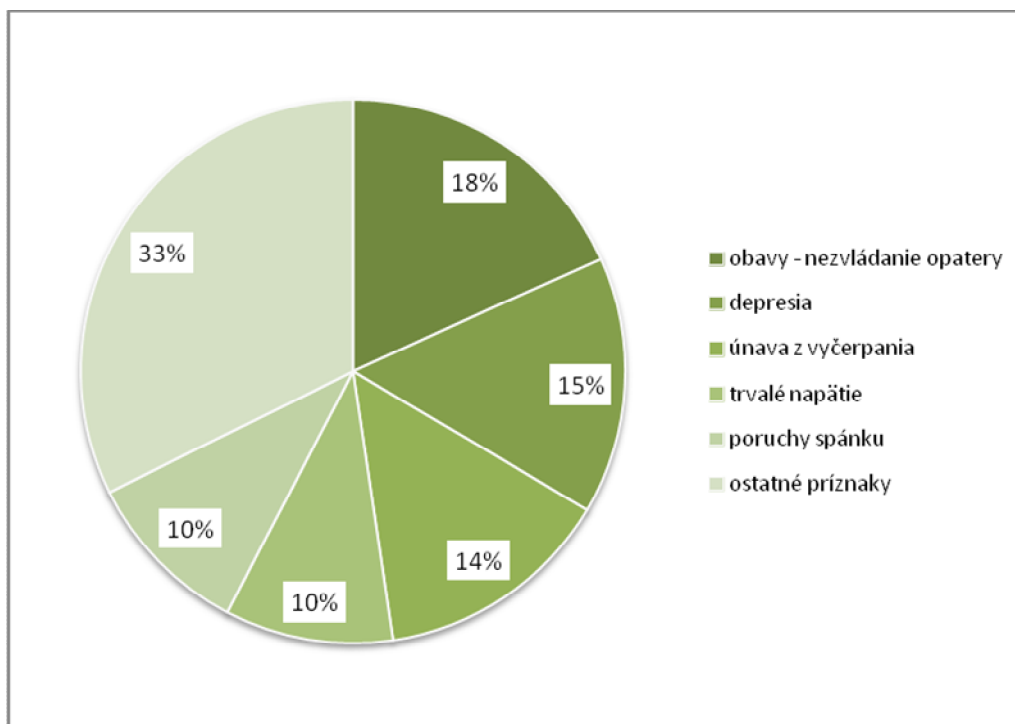
Graf č. 12A: Percentuálne vyjadrenie vybratých najtypickejších príznakov burn-out syndrómu v poslednej fáze opatrovania rodiča pri respondentoch ženského pohlavia



Graf č. 12B: Percentuálne vyjadrenie vybratých najtypickejších príznakov burn-out syndrómu v poslednej fáze opatrovania rodiča pri respondentoch mužského pohlavia



Graf č. 12C: Percentuálne vyjadrenie vybratých najtypickejších príznakov burn-out syndrómu v poslednej fáze opatrovania rodiča pri všetkých respondentoch



V grafoch č.12A a 12B sú znázornené najtypickejšie príznaky burn-out syndrómu v poslednej fáze opatrovania rodiča. Ženy uvádzajú únavu z vyčerpania (15%) a obavy z nezvládnutia opatery (14%) ako najtypickejšie. Muži uvádzajú najmä obavy z nezvládnutia opatery (22%) a poruchy spánku (18%).

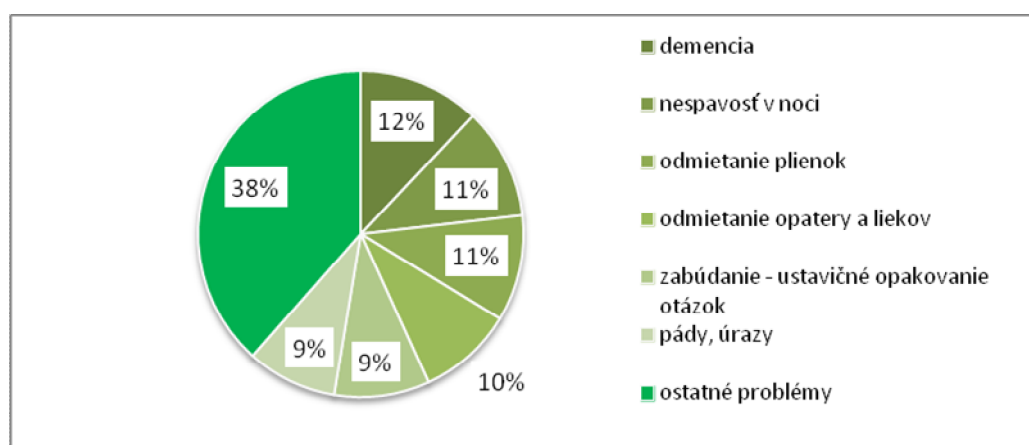
Graf č.12C nám znázorňuje percentuálne vyjadrenie vybratých najtypickejších príznakov burn-out syndrómu v poslednej fáze opatrovania rodiča. Až 18% respondentov si vybralo obavy z nezvládnutia opatery a 15% depresiú ako charakteristiku situácie, v ktorej sa nachádzali v poslednej fáze opatrovania matky (otca).

Otázka: S akými problémami ste sa najčastejšie stretávali pri opatrovaní Vašich rodičov? Čo bolo pre Vás najnáročnejšie?

Tabuľka č. 13: Najnáročnejšie problémy pri opatrovaní rodičov

Jednotlivé problémy	Počet vybratí
odmietanie opatery a liekov (nedôvera)	18
odmietanie inkontinent. pomôcok (plienok)	20
odmietanie osobnej hygieny	5
odmietanie katétra	5
odmietanie sondy	3
odmietanie stravy (podvýživa, poruchy výživy)	11
odmietanie tekutín (dehydratácia)	7
dekubity (najmä pri imobilných pacientoch)	14
pády, úrazy	17
depresia	10
demencia	23
zhoršovanie pamäti – zabúdanie, neustále vypytyvanie	8
poruchy aktuálnej pamäti – neustále opakovanie otázok	18
blúdenie (problémy s orientáciou)	3
narušený spánkový režim, nočný neklud	21
agresivita verbálna (krik, nadávky, vulgarizmy) a fyzická (fyzický útok)	3
emocionálna labilita - (problém vyjadriť emócie)	4

Graf č. 13: Percentuálne vyjadrenie najčastejších problémov všetkých respondentov pri opatrovaní rodiča

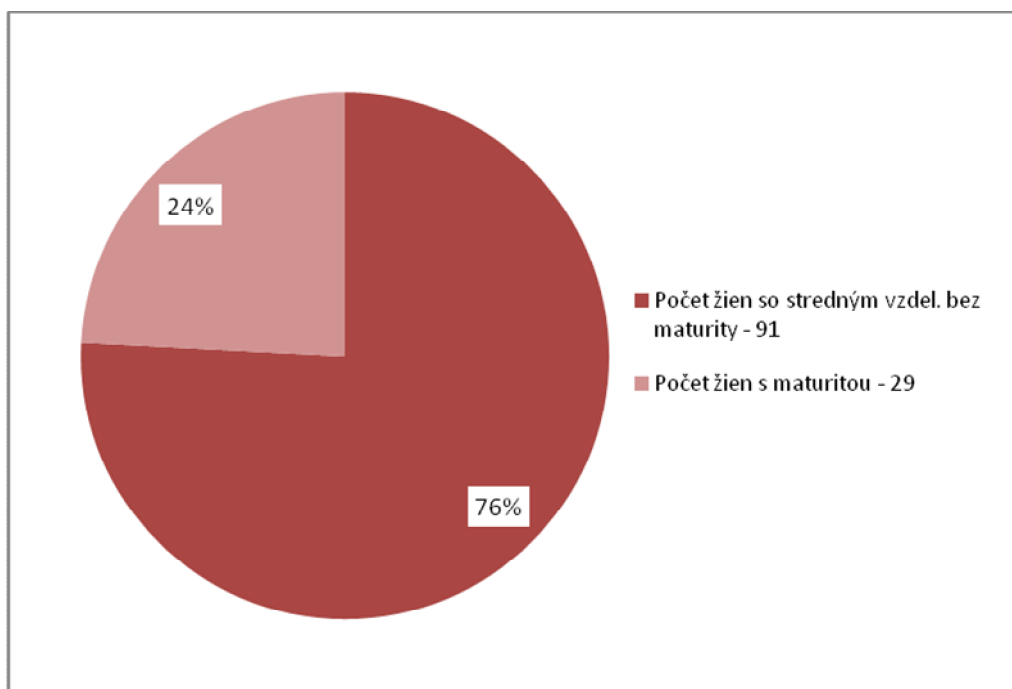


Ako z grafu č. 13 vidieť, respondenti udávajú ako najčastejšie problémy : demenciu – 12%; nespavosť v noci – 11%; odmietanie plienok 11%.

Tabuľka č. 14: Zloženie respondentiek podľa dosiahnutého vzdelania

Respondentky	Dosiachnuté vzdelanie	
	stredné bez maturity	stredné s maturitou
Počet respondentiek	91	29
Percentuálne zastúpenie (v %)	76	24

Graf č. 14: Percentuálne zloženie respondentiek podľa dosiahnutého vzdelania

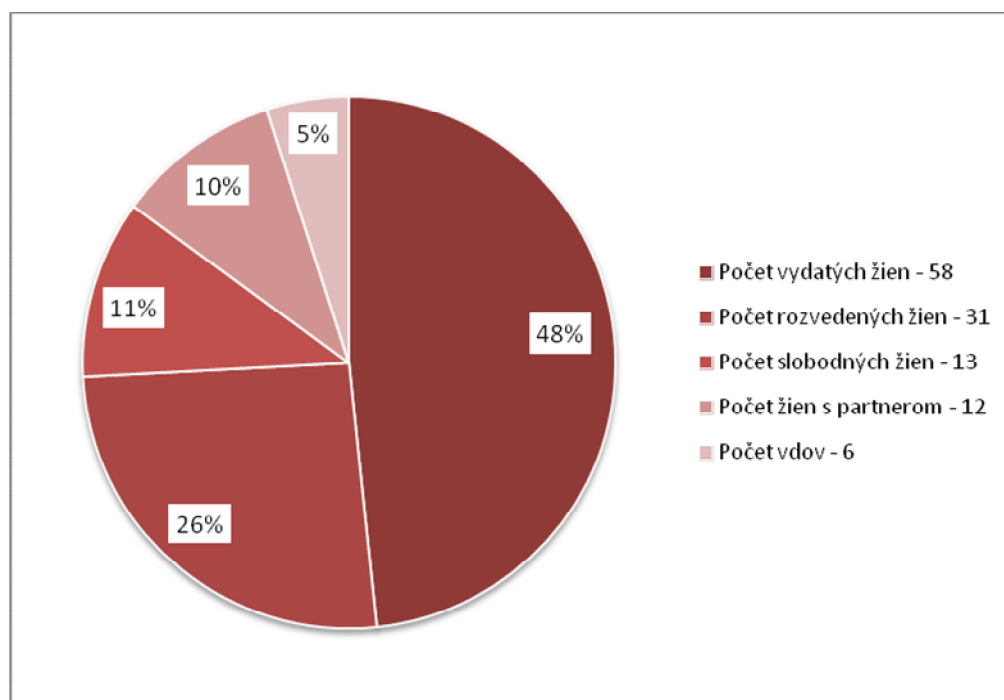


Graf č. 14 nám znázorňuje percentuálne vyjadrenie zloženia respondentiek – opatrovateliek podľa dosiahnutého vzdelania. Žien so stredným vzdelaním bez maturity je 91, čo tvorí 76% a žien s maturitou je 29, čo tvorí 24% z celkového počtu 120 respondentiek.

Tabuľka č. 15: Zloženie respondentiek podľa rodinného stavu

Respondentky	Rodinný stav:				
	vydatá	rozvedená	slobodná	žije s partnerom	vdova
Počet respondentiek	58	31	13	12	6
Percentuálne zastúpenie (v %)	48	26	11	10	5

Graf č. 15: Percentuálne zloženie respondentiek podľa rodinného stavu

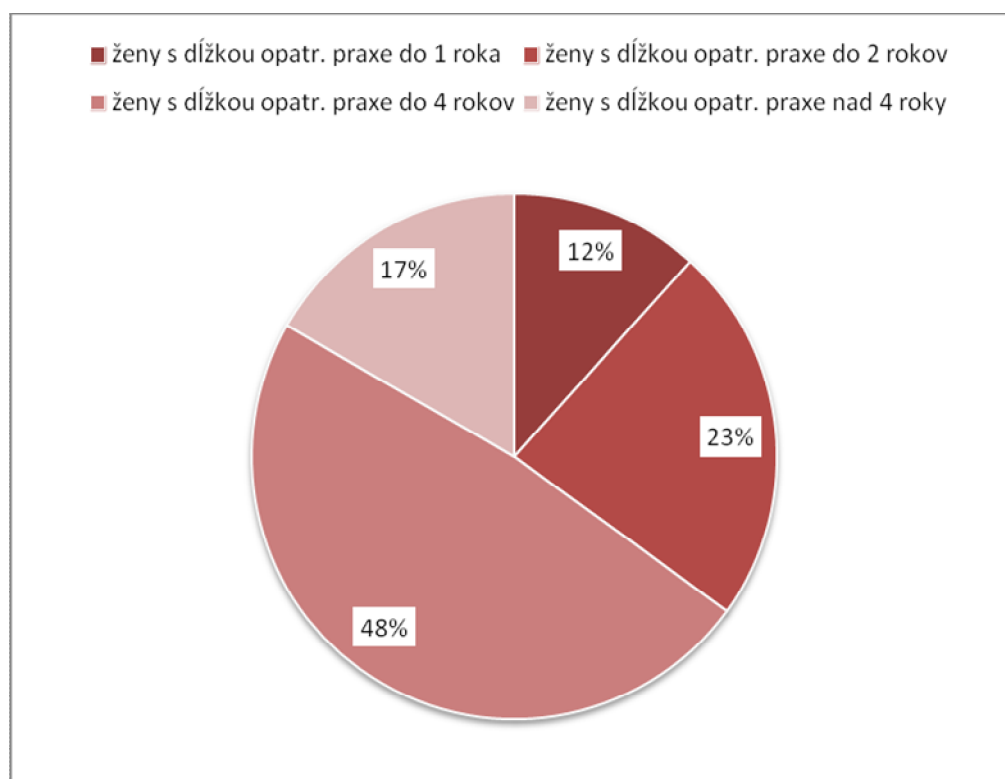


Graf č. 15 nám znázorňuje percentuálne vyjadrenie zloženia respondentiek – opatrovateliek podľa rodinného stavu. Vydatých žien je 58, čo tvorí 48%, rozvedených je 31, čo tvorí 26%, slobodných je 13, čo je 11%. Žien žijúcich s partnerom je 12, čo tvorí 10% a vdov je 6, čo tvorí 5% z celkového počtu respondentiek (120).

Tabuľka č. 16: Zloženie respondentiek podľa dĺžky praxe

Respondentky	Dĺžka praxe			
	do 1 r.	do 2 r.	do 4 r.	nad 4 r.
Počet respondentiek	14	28	58	20
Percentuálne zastúpenie (v %)	12	23	48	17

Graf č. 16: Percentuálne zloženie respondentiek podľa dĺžky praxe



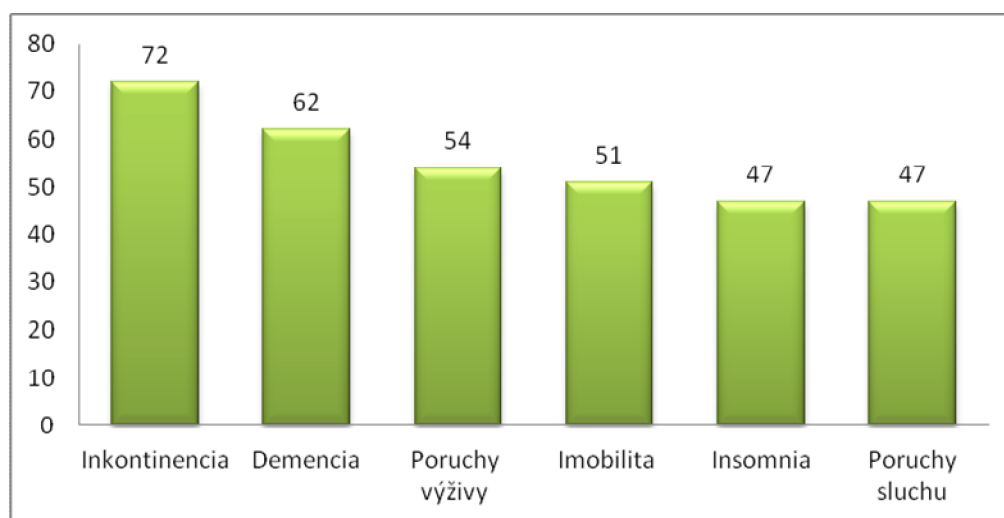
Graf č. 16 nám znázorňuje percentuálne vyjadrenie zloženia respondentiek – opatrovateliek podľa dĺžky praxe. 14 respondentiek s dĺžkou praxe do 1 roka tvorí 12%, 28 respondentiek s dĺžkou praxe do 2 rokov tvorí 23%, 58 respondentiek s praxou do 4 rokov tvorí 48% a 20 respondentiek s dĺžkou praxe nad 4 roky tvorí 17% z celkových 120 respondentiek.

Otázka: S akými problémami seniorov ste sa stretli počas Vašej opatrovateľskej praxe?

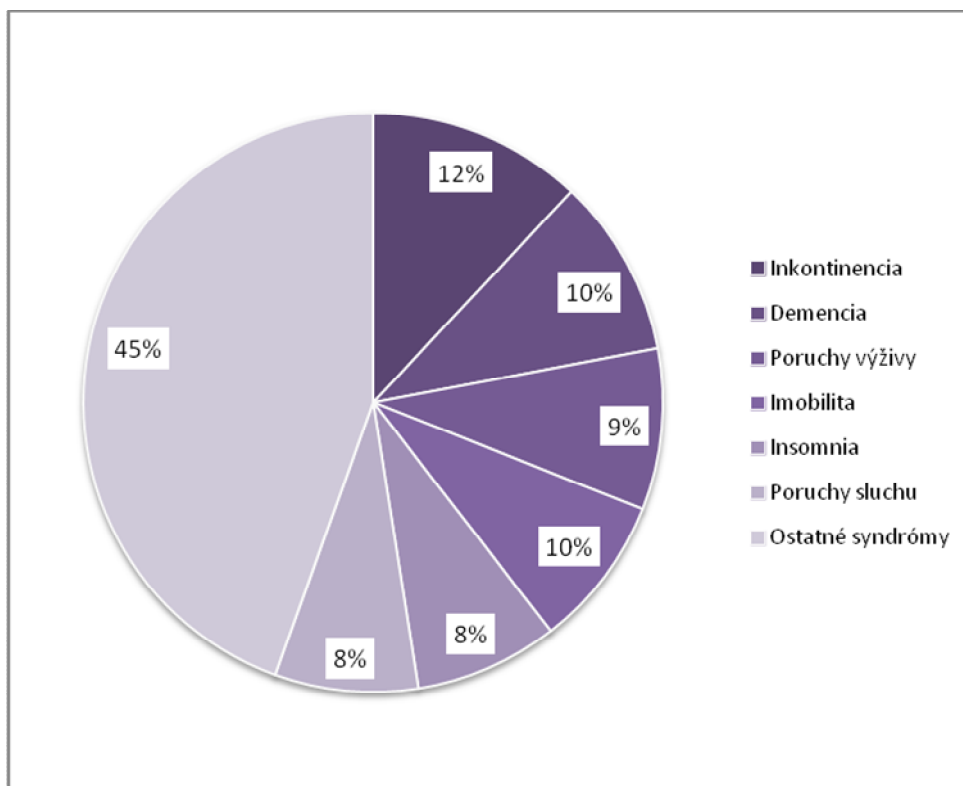
Tabuľka č. 17: Najčastejšie geriatrické syndrómy u pacientov počas opatrovateľskej praxe respondentiek

Problémy seniorov	Počet vybratí	Percentuálne vyjadrenie (v %)
inkontinencia	72	12
1. a 2. stupeň demencie	62	10
insomnia	47	8
instabilita	46	7,7
imobilita	51	8,5
poruchy výživy	54	9
infekčné choroby	46	7,7
poruchy sluchu	47	8
poruchy zraku	44	7,3
impakcia	44	7,3
izolácia	42	7
insolvencia	45	7,5

Graf č. 17A: Zloženie najčastejších geriatrických syndrómov u pacientov počas opatrovateľskej praxe respondentiek



Graf č. 17B: Percentuálne vyjadrenie zloženie najčastejších geriatrických syndrémov u pacientov počas opatrovateľskej praxe respondentiek



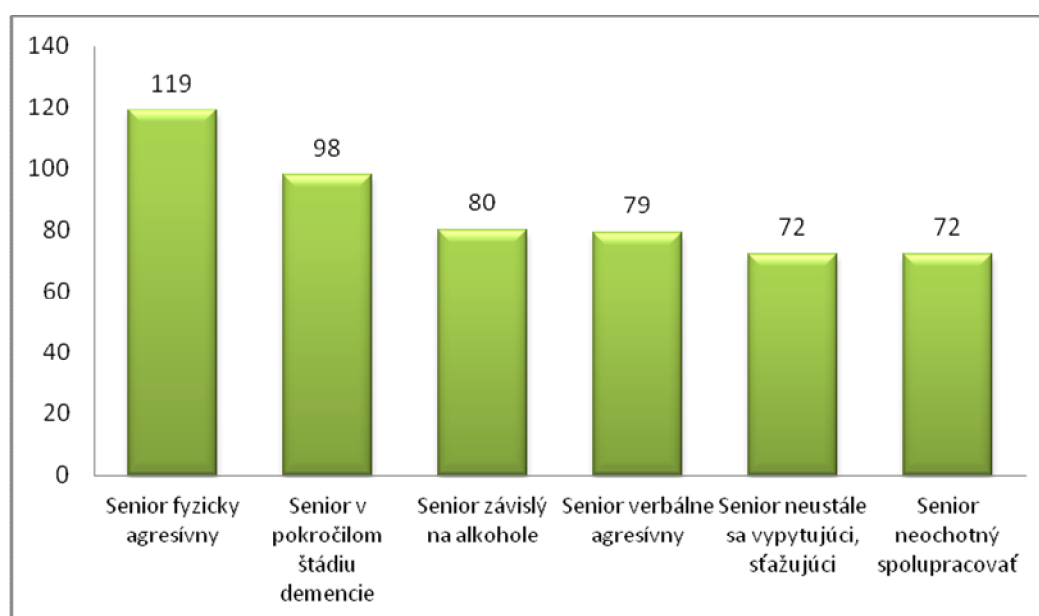
Z grafu č. 17A a 17B nám vyplýva, že medzi najčastejšie sa vyskytujúce geriatrické syndrómy patria: inkontinencia, demencia, poruchy výživy a imobilita. Inkontinencia tvorí 12%, demencia 10%, poruchy výživy 9% a imobilita 10%.

Otázka: Akých seniorov považujete za najobťažnejších (naproblematickejších)?

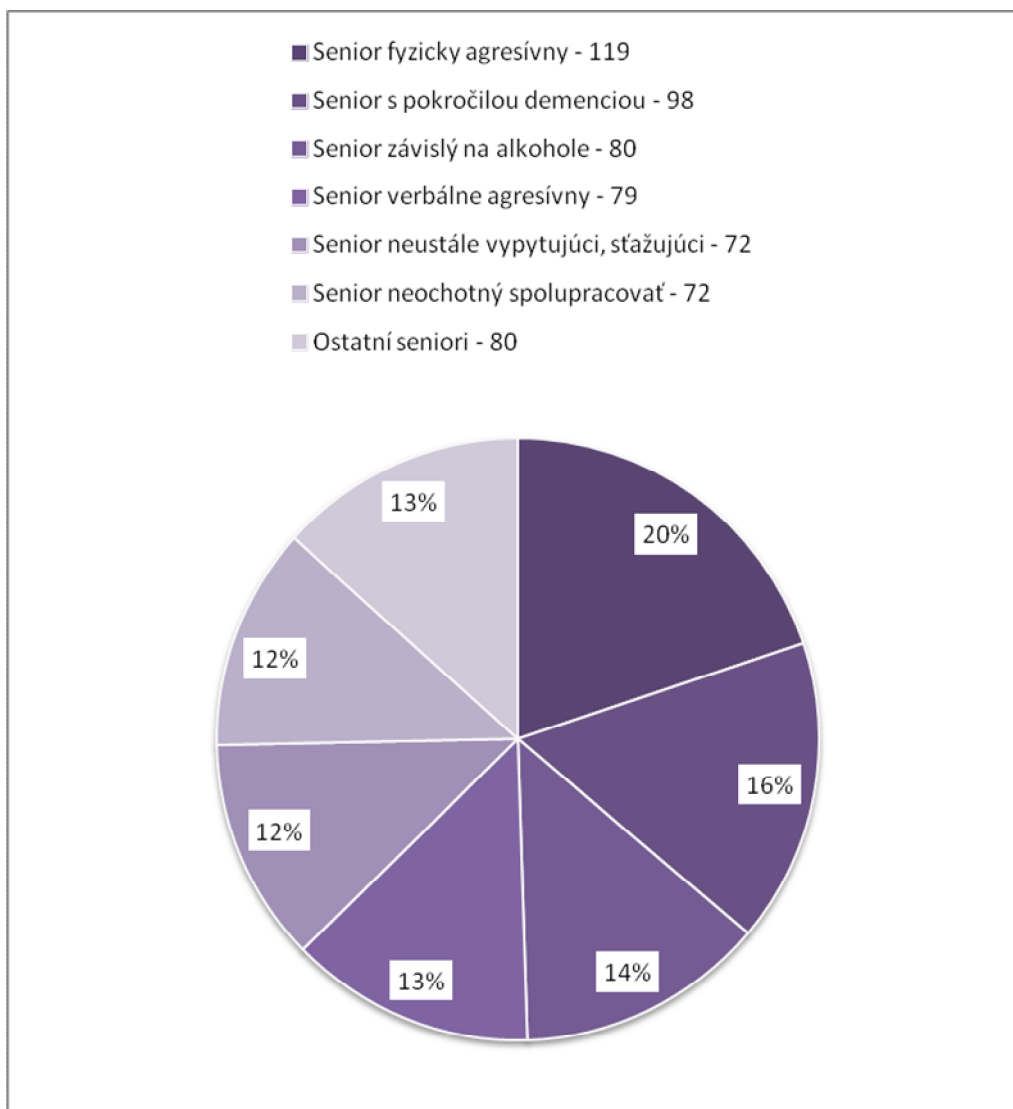
Tabuľka č. 18: Typy problematických seniorov

Problematický senior	Počet vybratí	Percentuálne vyjadrenie (v %)
agresívny fyzicky	119	20
agresívny verbálne	79	13
závislý na alkohole	80	14
neochotný spolupracovať	72	12
dementný v pokročilom štádiu	98	16
neustále sa vypyťujúci, sťažujúci	72	12
imobilný	20	3
vozičkár	17	3
mobilný inkontinentný	12	2
mobilný slepý, alebo hluchý	31	5

Graf č. 18A: Znázornenie najproblematičnejších seniorov podľa výberu respondentiek



Graf č. 18B: Percentuálne znázornenie najproblematickejších seniorov podľa výberu respondentiek



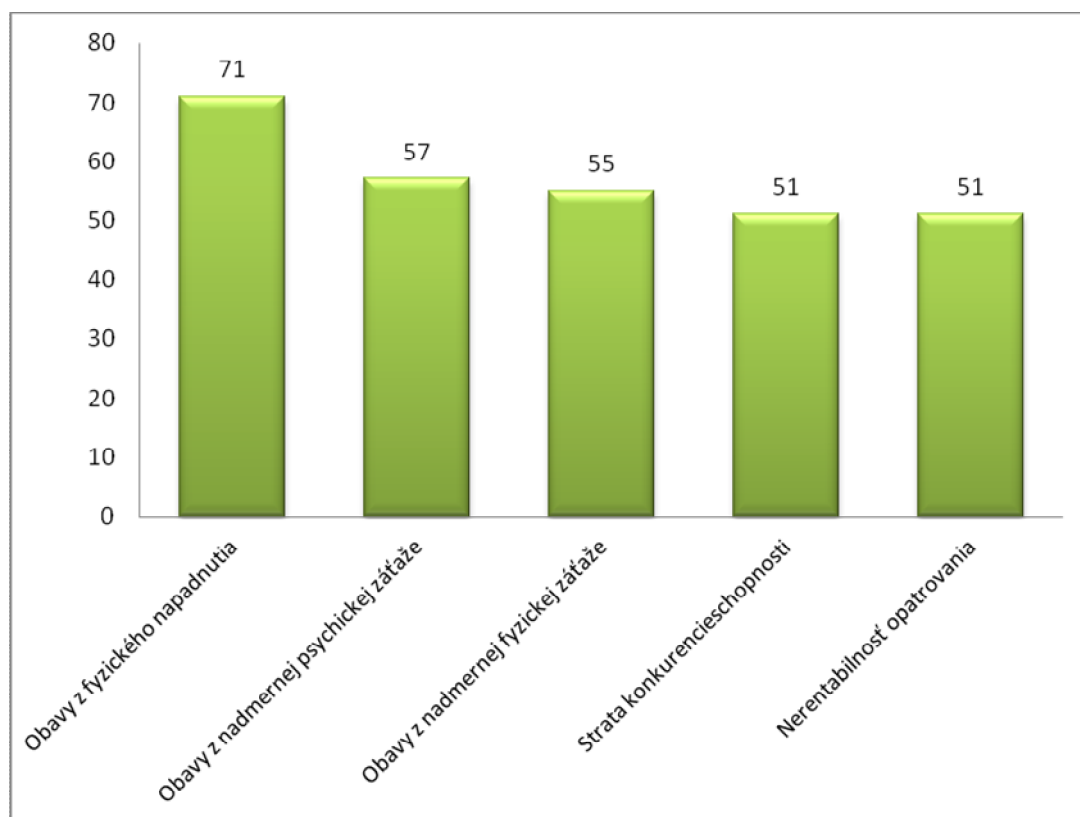
Grafy 18A a 18B nám znázorňujú výber respondentiek – opatrovateliek. Za najobťažnejších (najproblematickejších) seniorov stanovili fyzicky agresívnych (119 vybratí, čo tvorí 20%), seniorov s pokročilou demenciou (98 vybratí, čo tvorí 16%). Na treťom mieste sú seniori závislí na alkohole (14%), potom seniori verbálne agresívni (13%).

Otázka: Z čoho máte pri výkone opatrovania najväčší strach (obavy)?

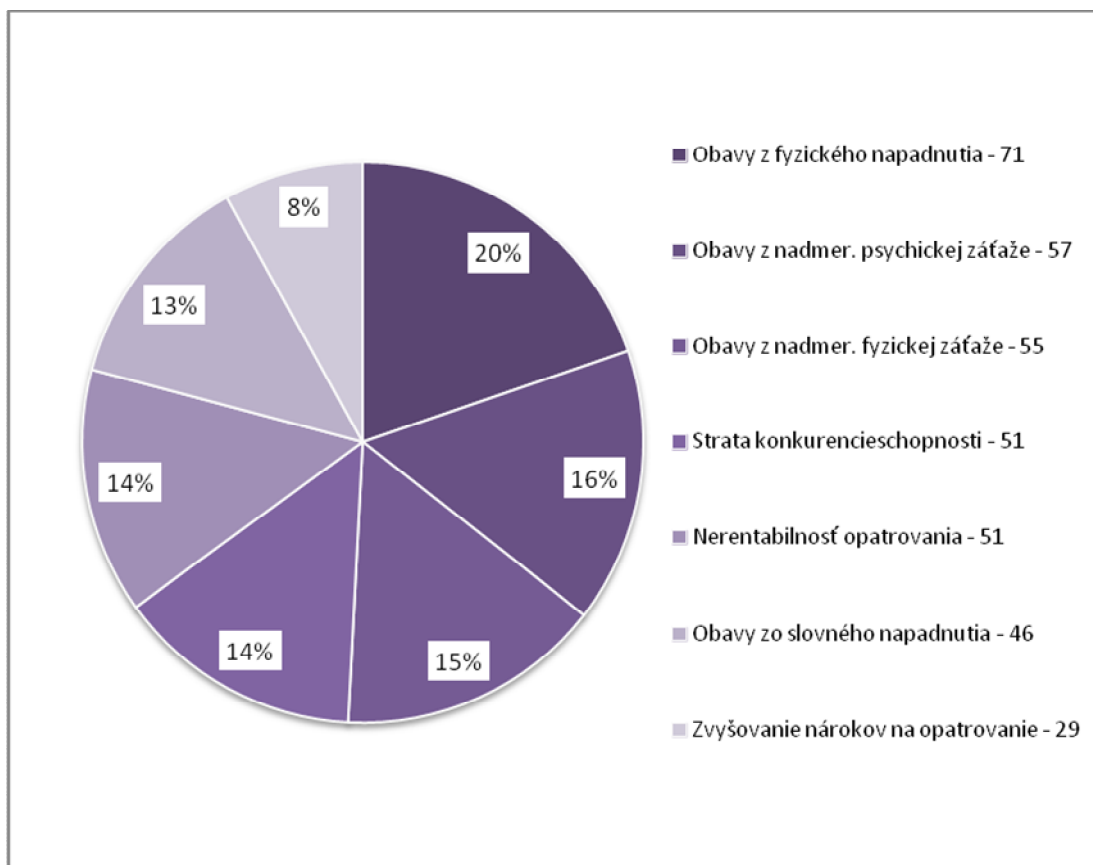
Tabuľka č. 19: Jednotlivé obavy (strach) pri výkone opatrovania zo strany opatrovateliek

Obavy (strach) pri opatrovaní	Počet vybratí	Percentuálne vyjadrenie (v %)
z fyzického napadnutia	71	20
zo slovného napadnutia	46	13
z nadmernej psychickej záťaže	57	16
z nadmernej fyzickej záťaže	55	15
obavy zo zvyšovania nárokov na opatrovanie	29	8
strata konkurencieschopnosti	51	14
opatrovanie sa stane pre mňa nerentabilné	51	14

Graf č. 19A: Znárodnenie najväčších obáv pri výkone opatrovania podľa výberu respondentiek



Graf č. 19B: Percentuálne znázornenie najväčších obáv pri výkone opatrovania podľa výberu respondentiek



Grafy 19A a 19B nám znázorňujú najväčšie obavy pri výkone opatrovania zo strany opatrovateliek. Patria medzi ne najmä: obavy z fyzického napadnutia seniorom so 71 vybratiami, čo tvorí až 20%. Na druhé miesto vybrali opatrovatelky obavu z nadmernej psychickej záťaže (57 vybratí, čo tvorí 16%), na treťom mieste sú obavy z nadmernej fyzickej záťaže (55 vybratí, čo tvorí 15%) na štvrtom mieste sú obavy zo straty konkurencieschopnosti a nerentabilnosti opatrovania (obidve po 51 vybratí, čo tvorí 14%).

3.5 Zhrnutie a doporučenie pre prax

Cieľom nášho prieskumu bolo overenie hypotéz, ktoré sme stanovili po preštudovaní literatúry, ale aj z našich praktických skúseností.

K hypotéze č.1: Veľká fyzická záťaž v stupnici obtiažnosti v opatrovaní je až na druhom mieste, a to až za psychickou záťažou, ktorá je na prvom mieste.

Vychádzali sme jednak z informácií PhDr. M. Venglárovej (2007, s. 38), ktorá v príručke pre zdravotníckych a sociálnych pracovníkov tvrdí, že zdravotnícky personál uvádza na prvom mieste obavy zo psychickej záťaže a až na druhom mieste veľkú fyzickú záťaž; a aj z našich praktických skúseností – naše opatrovatelky najčastejšie odmietajú v ponuke pacientov s pokročilou demenciou s odôvodnením, že je to psychicky veľmi náročné, niekedy až nezvládnuteľné. Aj grafy č. 19A a 19B to potvrdzujú – obavy z fyzického napadnutia a z nadmernej psychickej záťaže potvrdilo až 36%, obavy z nadmernej fyzickej záťaže uviedlo 15 %.

K hypotéze č. 2: Ciele seniorov tretieho veku sú zamerané na zlepšenie zdravotného a funkčného stavu (aktivizácia života), zatiaľ čo ciele seniorov štvrtého veku sa zameriavajú na udržanie, prípadne obnovenie zdravotného alebo funkčného stavu. Túto hypotézu sme stanovili najmä z našich praktických skúseností – z pravidelných osobných stretnutí so seniormi. Aj grafy č. 10E a 10F nám to čiastočne potvrdzujú – u seniorov do 84 r. prevládajú ciele ako napr.: hobby, zlepšenie mobility, pomoc s výchovou vnúčat; naproti tomu pri senioroch nad 85 r. prevládajú ciele ako zlepšenie mobility, komunikácie, jemnej motoriky.

K hypotéze č. 3: So zvyšujúcim sa vekom seniora sa zvyšujú najmä obavy zo straty životného partnera a izolácie, mobility, a autonómie, pocitu istoty a bezpečia a obavy z finančných problémov. Túto hypotézu čiastočne potvrdzuje graf č. 5A. Seniori nad 85 r. uviedli za najvyššie obavy smrť partnera, pobyt v ústave, ostať sám v izolácii, fyzické násilie, ťažkú chorobu s bolesťou, stratu zmyslu života, stratu istoty a bezpečia, stratu autonómie, mobility. Pri senioroch do 84 r. boli hodnoty často výrazne nižšie.

K hypotéze č. 4: Medzi najčastejšie opatrovatelkami udávané geriatrické syndrómy patria inkontinencia, imobilita, demencia. Grafy č. 17A a 17B to potvrdzujú – za najčastejšie geriatrické syndrómy u pacientov uviedli opatrovatelky v 12% inkontinenciu, v 10% demenciu, v 9% poruchy výživy a v 8,5% imobilitu.

Bakalárska práca je rozdelená do 3 kapitol. Témou prvej kapitoly je starnutie a staroba. Tu sú definované základné pojmy, vysvetlené teórie starnutia, telesné, psychické a sociálne zmeny v priebehu starnutia. Vedné disciplíny venujúce sa starobe, príprave seniorov na starobu (dôchodok), podporu zdravšieho starnutia a edukáciu seniorov. Ďalej tu rozoberáme zvládacie stratégie – coping, ako aj potreby ľudí, dozrievanie...

Druhú kapitolu sme zamerali na problematiku domácej starostlivosti seniorov. Vymenovali sme najčastejšie geriatrické syndrómy, konkretizovali sme jednotlivé problémy v opatrovaní, formy nevhodného správania, problematiku v komunikácii, ale aj farmakoterapiu a etiku. Nezabudli sme ani na syndróm vyhorenia, či stručne popísať typické vlastnosti chorôb seniorov.

Tretiu kapitolu sme venovali praktickej časti – nášmu prieskumu, v ktorom sme si stanovili 4 hypotézy, ktoré sa nám podarilo potvrdiť.

Doporučenie pre prax

Na základe praktických skúseností by sme odporúčali, aby si rodiny našli pre svojich blízkych (seniorov) viac času, viac sa im venovali, pri rozhovoroch volili adekvátne formy komunikácie (aj naslúchanie, empatia) a neobávali sa vyhľadať pomoc v prípade obáv z nevládania ich opatery. Chceli by sme upozorniť, že starnutie populácie si vyžaduje nie len zvýšené nároky na odbornú medicínsku, sociálnu pomoc, ale aj nevyhnutnosť zaistiť primerané hmotné zabezpečenie, bývanie a sociálnu integráciu v spoločnosti. Je potrebné vytvárať aj priaznivú spoločenskú atmosféru na riešenie životných problémov a medzigeneračných konfliktov. Dôraz kladieme na výchovu k úcte ku starším ľuďom a k rešpektovaniu rovnakých práv pre všetkých občanov vrátane seniorov.

Súčasná spoločnosť je založená na individuálnych záujmoch a úspechu, stráca sa zmysel pre rodinu, starí ľudia sa jednoducho ignorujú. Žiaľ, niekedy sa stretávame aj s diskrimináciou, či ponižovaním seniorov (ageizmom).

Generácie seniorov budú stále vzdelanejšie a tým aj sebavedomejšie a aktívnejšie. Ich nároky na kvalitu života a rozsah služieb budú narastať. Dôchodok budú považovať za obdobie, kedy môžu zrealizovať svoje koníčky, na ktoré im počas práce neostával nikdy čas, či už je to kultúra, cestovanie, záhradníctvo alebo návšteva divadla...

ZÁVER

V našej bakalárskej práci sme sa snažili zmapovať aktuálne vedomosti o starnutí, starobe, problematike opatrovania a doplniť ich s čo najnovšími informáciami. Nakoľko je oblasť života týkajúca sa seniorov veľmi rozsiahla, nepodarilo sa nám obsiahnuť všetky problémy, ktoré starých ľudí v našej spoločnosti trápia a treba ich akútne riešiť, preto je nevyhnutné, aby sa záujem o túto problematiku zvyšoval.

Naša práca by mohla slúžiť ako brožúrka, typy na zamyslenie sa najmä budúcim opatrovateľkám. Ďalej by mohla byť praktickou pomôckou pre sociálnych pracovníkov (ako sa k seniorom správať, ako s nimi jednať). Ďalším vítaným pomocníkom by mohla byť pre rodinných príslušníkov seniorov (najmä ich deti), ktoré sú často zaskočené potrebou a nutnosťou opatrovania svojich rodičov. Myslíme si, že by táto brožúra bola vhodná aj pre samotných seniorov, aby ich problematiku videli z viacerých uhlov pohľadu a lepšie chápali rôzne súvislosti, prípadne, aby im pomohla nájsť správny smer v ich ďalšej ceste životom.

V neposlednej miere by mohla nájsť naša brožúra uplatnenie v pedagogike – napríklad ošetrovatelstve pre zdravotné sestry, prípadne opatrovateľky, alebo pre študentov sociológie, ale aj pre základné a stredné školy – získať pozitívny vzťah k seniorom a tak zabrániť v budúcnosti rôznym formám ageizmu.

Nakoľko je problematika seniorov nesmierne rozsiahla, nemohli sme ani zďaleka popísať všetky aktuálne problémy, s ktorými sa naša spoločnosť momentálne zapodieva v oblasti života starých ľudí. Preto by sme chceli v našej práci ďalej pokračovať a rozšíriť ju v nasledujúcej diplomovej práci o ďalšie oblasti, ako napr. rôzne formy zlého zaobchádzania so starými ľuďmi (ako sú napr. zanedbávanie, zneužívanie, týranie, vykorisťovanie, obťažovanie), nové trendy inštitucionálnej starostlivosti o seniorov (namiesto veľkých sterilných komplexov vybudovaných pre stovky geriatrických pacientov prejsť na väčšie viac-generačné domy rodinného charakteru – symbióza seniori – deti). Ďalej by sme sa chceli venovať aj etickým problémom a hľadať nové možnosti, ako seniorov aktivizovať, mobilizovať a motivovať, aby sa naďalej podieľali na spoločenskom a kultúrnom živote spoločnosti.

ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV

Zoznam použitých slovenský a českých zdrojov

BALOGOVÁ, B. *Osamelosť ako dôsledok ageizmu a násilia na senioroch*. In: Zborník referátov: Psychosociálne a zdravotné aspekty nekvality života, 2006. s. 62.

BUŽGOVÁ, R. a K. IVANOVÁ. *Etické aspekty výzkumu týraní, zneužívání a zanedbávaní seniorů v institucionální péči*. In: Zdravotníctvo a sociálna práca. ISSN 1336-9326, roč. 2008, č. 3-4, s. 8-11.

CARLSON, R. *Nekažte si život*. 1997. ISBN 80-7197-160-X.

ERIKSON, E. H. *Životný cyklus rozšírený a dokončený*. Nakladateľstvo: Lidové noviny, 1999. ISBN 80-71-06-291-X.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří 2*. preprac. Vydanie Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HEGYI, L. *Starostlivosť o seniorov z aspektu verejného zdravotníctva*. 1. vyd. Bratislava: Charis, 2000. s. 52-54.

HEGYI, L. a Š. KRAJČÍK. *Geriatría pre praktického lekára*, 2. Bratislava: HERBA, 2006. ISBN 80-89171-36-2.

KOVAL, Š. *Antiageing - proces antistarnutia*. Via practica, 2007, ročník 4 (12) s. 554 - 555.

KOVAL, Š. *Týranie starých ľudí*. Košice: Posit s.r.o., 2001. s. 182.

KRAJČÍK, Š. *Geriatría pre sociálneho pracovníka*. vyd. Bratislava: Slovak Academic Press, 2006. ISBN 80-969449-8-3.

KRAUS, B. a V. POLÁČKOVÁ. *Člověk – prostředí – výchova: K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

MAHONEY, RESTAK. *Moderní průručka dlouhovekosti*. 2000. ISBN 80-20-00260-X.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. vyd. Praha: Grada Publishing 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

- MOTLOVÁ, L. *Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku*. In. Kontakt, 9. , 2007, č. 2, s. 343-352.
- MÚHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004.
- PACOVSKÝ, V. a H. HEŘMANOVÁ. *Gerontologie 1*. vyd. Praha: Avicenum, 1981.
- PALÁT, M. *Ageismus a současnost*. Revue medicíny v praxi. 1/4, 2003, s. 33.
- PALMORE, E. *The Facts on Aging Quiz: Part two*. *The Gerontologist*. 21, 1981. s.431 – 437.
- PISCOVÁ, M. *Aktívna staroba: želanie alebo realita?* Forum. Scientiae et Sapientiae. XIV/1, 2007, s.40 – 41.
- PLEVOVA, I. *Ošetrovatel'ství II*. Grada Publishing a.s. 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
- SŤILEC, M. *Program aktívneho stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie 2. Dospělost' a stáří*, 1. vyd. Praha: Karolínium, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VAŇO, I. a A. KIRÁLOVÁ. *Starnutie populácie ako výzva pre spoločnosť v súčasnosti*. vyd. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencie. VI/4, 2008, s. 9-10.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

Zoznam použitých zahraničných zdrojov

- BARDEN, I. *Der grosse Caritas-Ratgeber Hauskrankenpflege*. Stuttgart: TRIAS Verlag, 2010. ISBN 978-3-8304-3447-4.
- KONIG, J. a C. Zemplin. *100 Fehler im Umgang mit Menschen mit Demenz*. Schlutersche Verlagsgesellschaft, 2011. ISBN 978-3-89993-779-4.
- ROBBINS, J. *Gesund bleiben bis 100*. Hans – Nietsch – Verlag, 2012. ISBN 978-3-86264-202-1.
- RUHLAND, B. *Diabetes. Bescheid wissen – besser leben*. Hirzel Verlag, 2009. ISBN 978-3-7776-1626-1.
- SCHON, R., E. SPERLICH, T. NEUMANN, M. SOMLYAY. *Betreuung daheim*. Wien: MANZ'sche Verlag, 2008, ISBN 978-3-214-00519-1.

ZOZNAM GRAFOV a TABULIEK

Zoznam grafov

Graf 1A: Priemerné zastúpenie respondentov podľa veku a pohlavia	60
Graf 1B : Priemerný vek respondentov vo vekových skupinách	60
Graf 2A: Percentuálne zatúpenie všetkých žien podľa rodinného stavu	61
Graf 2B: Percentuálne zatúpenie všetkých mužov podľa rodinného stavu	61
Graf 2C: Percentuálne zastúpenie všetkých seniorov do veku 84 r. podľa rodinného stavu	62
Graf 2D: Percentuálne zastúpenie všetkých seniorov vo veku nad 85 r. podľa rodinného stavu	62
Graf 3A: Priemerná spokojnosť v jednotlivých oblastiach života v skupinách respondentov členených podľa pohlavia a veku	64
Graf 3B: Priemerná spokojnosť respondentov v jednotlivých oblastiach života	64
Graf 3C: Priemerná spokojnosť respondentov vo všetkých oblastiach života vzhľadom na pohlavie a vekové skupiny	65
Graf 3D: Priemerná spokojnosť respondentov vo všetkých oblastiach života vzhľadom na ich rodinný stav	65
Graf 4A: Percentuálne zatúpenie všetkých žien podľa dosiahnutého vzdelania	66
Graf 4B: Percentuálne zatúpenie všetkých mužov podľa dosiahnutého vzdelania	66
Graf 4C: Percentuálne zatúpenie všetkých seniorov vo veku do 84 r. podľa dosiahnutého vzdelania	67
Graf 4D: Percentuálne zatúpenie všetkých seniorov vo veku nad 85 r. podľa dosiahnutého vzdelania	67
Graf 5A: Priemerné hodnoty obáv do budúcnosti uspokojovania ľudských potrieb v skupinách respondentov členených podľa pohlavia a veku	69
Graf 5B: Priemerné hodnoty obáv uspokojovania ľudských potrieb do budúcnosti všetkých respondentov	69
Graf 6A: Najčastejšie zvolené výroky týkajúce sa opatrovateliek žien do 84 r.	71
Graf 6B: Najčastejšie zvolené výroky týkajúce sa opatrovateliek žien nad 85 r.	71
Graf 6C: Najčastejšie zvolené výroky týkajúce sa opatrovateliek mužov do 84 r.	72

Graf 6D: Najčastejšie zvolené výroky týkajúce sa opatrovateliek mužov nad 85 r.	72
Graf 6E: Najčastejšie zvolené výroky týkajúce sa opatrovateliek všetkých respondentov	73
Graf 7: Najčastejšie zvolené charakteristické vlastnosti opatrovateliek, ktoré postrádajú respondenti	74
Graf 8A: Najčastejšie zvolené negatívne formy ageizmu, s ktorými najviac nesúhlasia ženy do 84 r.	76
Graf 8B: Najčastejšie zvolené negatívne formy ageizmu, s ktorými najviac nesúhlasia ženy nad 85 r.	76
Graf 8C: Najčastejšie zvolené negatívne formy ageizmu, s ktorými najviac nesúhlasia muži do 84 r.	76
Graf 8D: Najčastejšie zvolené negatívne formy ageizmu, s ktorými najviac nesúhlasia muži nad 85 r.	77
Graf 8E: Najčastejšie zvolené negatívne formy ageizmu, s ktorými najviac nesúhlasia všetci seniori	77
Graf 9A: Najčastejšie zvolené typické vlastnosti seniorov pri ženách do 84 r.	79
Graf 9B: Najčastejšie zvolené typické vlastnosti seniorov pri mužoch do 84 r.	79
Graf 9C: Najčastejšie zvolené typické vlastnosti seniorov pri ženách nad 85 r.	80
Graf 9D: Najčastejšie zvolené typické vlastnosti seniorov pri mužoch nad 85 r.	80
Graf 10A: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri ženách do 84 r.	81
Graf 10B: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri mužoch do 84 r.	82
Graf 10C: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri ženách nad 85 r.	82
Graf 10D: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri mužoch nad 85 r.	82
Graf 10E: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri všetkých respondentoch do 84 r.	83
Graf 10F: Najčastejšie zamerania cieľov do budúcnosti pri všetkých respondentoch nad 85 r.	83
Graf 11: Percentuálne vyjadrenie zloženia respondentov podľa pohlavia	84
Graf 12A: Percentuálne vyjadrenie vybratých najtypickejšie príznakov burn-out syndrómu v poslednej fáze opatrovania rodiča pri respondentoch ženského pohlavia	86

Graf 12B: Percentuálne vyjadrenie vybratých najtypickejšie príznakov burn-out syndrómu v poslednej fáze opatrovania rodiča pri respondentoch mužského pohlavia	86
Graf 12C: Percentuálne vyjadrenie vybratých najtypickejších príznakov burn-out syndrómu v poslednej fáze opatrovania rodiča pri všetkých respondentoch	87
Graf 13: Percentuálne vyjadrenie najčastejších problémov všetkých respondentov pri opatrovaní rodiča	88
Graf 14: Percentuálne zloženie respondentiek podľa dosiahnutého vzdelania	89
Graf 15: Percentuálne zloženie respondentiek podľa rodinného stavu	90
Graf 16: Percentuálne zloženie respondentiek podľa dĺžky praxe	91
Graf 17A: Zloženie najčastejších geriatrických syndrómov u pacientov počas opatrovateľskej praxe respondentiek	92
Graf 17B: Percentuálne vyjadrenie zloženie najčastejších geriatrických syndrómov u pacientov počas opatrovateľskej praxe respondentiek	93
Graf 18A: Znázornenie najproblematickejších seniorov podľa výberu respondentiek	94
Graf 18B: Percentuálne znázornenie najproblematickejších seniorov podľa výberu respondentiek	95
Graf 19A: Znázornenie najväčších obáv pri výkone opatrovania podľa výberu respondentiek	96
Graf 19B: Percentuálne znázornenie najväčších obáv pri výkone opatrovania podľa výberu respondentiek	97

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Zloženie respondentov prieskumu	60
Tabuľka 2: Zloženie respondentov podľa rodinného stavu	61
Tabuľka 3: Spokojnosť s kvalitou života v uvedených oblastiach	63
Tabuľka 4: Zloženie respondentov podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania	66
Tabuľka 5: Obavy respondentov do budúcnosti v jednotlivých oblastiach života členených podľa pohlavia a veku	68
Tabuľka 6: Alternatívy správania sa ideálnej opatrovateľky respondentov členených podľa pohlavia a veku	70

Tabuľka 7: Charakteristické vlastnosti opatrovateliek, ktoré respondenti postrádajú	74
Tabuľka 8: Najčastejšie formy ageizmu, s ktorými sa stretli respondenti členení podľa veku a pohlavia	75
Tabuľka 9: Vlastnosti typické pre respondentov členených podľa veku a pohlavia	78
Tabuľka 10: Ciele a plány seniorov do budúcnosti členených podľa veku a pohlavia	81
Tabuľka 11: Zloženie respondentov – rodinných príslušníkov	84
Tabuľka 12: Pocity a charakteristika situácie respondentov, v ktorej sa nachádzali v poslednej fáze opatrovania matky (otca)	85
Tabuľka 13: Najnáročnejšie problémy pri opatrovaní rodičov	88
Tabuľka 14: Zloženie respondentiek podľa dosiahnutého vzdelania	89
Tabuľka 15: Zloženie respondentiek podľa rodinného stavu	90
Tabuľka 16: Zloženie respondentiek podľa dĺžky praxe	91
Tabuľka 17: Najčastejšie geriatrické syndrómy u pacientov počas opatrovateľskej praxe respondentiek	92
Tabuľka 18: Typy problematických seniorov	94
Tabuľka 19: Jednotlivé obavy (strach) pri výkone opatrovania zo strany opatrovateliek	96

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha A: Dotazník pre seniorov	I
Príloha B: Dotazník pre rodinného príslušníka seniora	IX
Príloha C: Dotazník pre opatrovatelky	XII
Príloha D: Prístup k depresívnym seniorom	XV
Príloha E: Hierarchia usporiadania ľudských potrieb v priebehu života (A. Maslow)	XVI
Príloha F: Prehľad silných stránok charakteru	XVII
Príloha G: Eriksonova teória psychosociálneho vývoja	XVIII
Príloha H: Starostlivosť o nepokojných seniorov	XIX
Príloha I: Riešenie rušivého správania	XX
Príloha J: Prevencia a zvládnutie agresívneho správania	XXI
Príloha K: Opatrenia na zlepšenie príjmu potravy u dementných seniorov	XXII
Príloha L: Odporúčania pre komunikáciu s agresívnym, depresívnym, úzkostlivým, manipulatívnym seniorom a seniorom s pedantskými sklonmi	XXIII
Príloha M: Odporúčania na komunikáciu s dementnými seniorimi	XXV
Príloha N: Bežné ťažkosti v komunikácii s dementnými seniormi	XXVI
Príloha O: Zhodnotenie svojej aktuálnej situácie (burn-out syndróm) test	XXVII
Príloha P: Miera zraniteľnosti vplyvom stresu - test	XXVII

Príloha A: **Dotazník pre seniorov**

Milí seniori!

Som študentkou 3.ročníka Univerzity Jána Ámosa Komenského v Prahe, Katedra andragogiky, odbor vzdelávanie dospelých.

Prosím Vás o vyplnenie nasledujúceho dotazníka, ktorý poskytne cenné informácie o kvalite života seniorov, ich starostiach a cieľoch. Moja bakalárska práca je zameraná na problematiku starnutia a opatrovania seniorov. Tento dotazník je anonymný a informácie v ňom budú chránené pred zneužitím. Bude slúžiť len k účelom mojej bakalárskej práce. O výsledku výskumu mojej práce Vás budem osobne informovať.

OSOBNÉ ÚDAJE:

Váš vek:

Vaše pohlavie: žena muž

Vaše najvyššie dosiahnuté vzdelanie:

- základné
- stredné bez maturity
- stredné s maturitou
- vysokoškolské, alebo vyššie odborné

Váš rodinný stav:

- slobodný / á
- ženatý / vydatá
- s partnerkou / partnerom
- žijem oddelene – sama / sám
- rozvedený / á
- vdovec / vdova

Pri nasledujúcich otázkach sa riad'te prosím pripojenými inštrukciami.

Otázka č. 1: Do akej miery ste spokojný s kvalitou Vášho života v uvedených oblastiach? Prosíme uveďte Vaše aktuálne subjektívne pocity – ako to vnímate teraz.

V tejto tabuľke je potrebné ku každej alternatíve (ku každej oblasti života) priradiť 1 až 5 bodov; pričom: *1 bod* – maximálne nespokojný / á; *2 body* – skôr nespokojný / á; *3 body* – ani nespokojný / á, ani spokojný / á (stredne); *4 body* – skôr spokojný / á; *5 bodov* – maximálne spokojný / á

Ak je nejaká oblasť života neuvedená, a je pre Vás dôležitá, uveďte ju vo voľnom riadku pod tabuľkou s názvom – Môj názor.

Tabuľka č.1:

Oblasti života	Počet bodov				
	1	2	3	4	5
Zdravie					
Sexualita - intimita					
Sebestačnosť					
Autonómia					
Domáce prostredie					
Rodina – vzťah k partnerovi					
Rodina – vzťah k deťom, vnúčatám					
Spoločenské vzťahy – priatelia, susedia					
Práca v domácnosti					
Zamestnanie					
Voľný čas a záľuby					
Finančná situácia					
Zmysel a užitočnosť života					
Osobná pohoda a spokojnosť					
Viera					

Môj názor:.....

Otázka č. 2: Z čoho máte najväčšie obavy ohľadom budúcnosti? Čo Vás najviac znepokojuje?

V tejto tabuľke je potrebné ku každému výroku priradiť 1 až 5 bodov; pričom:

1 bod – rozhodne nie; 2 body – skôr nie; 3 body – ani áno, ani nie (stredne);

4 body – skôr áno; 5 bodov – rozhodne áno

Tabuľka č. 2

Možné obavy	1	2	3	4	5
Ťažká choroba sprevádzaná bolesťou					
Strata mobility					
Strata sebestačnosti					
Strata autonómie					
Strata istoty, bezpečia					
Nevyhnutný pobyt v ústave					
Fyzické násilie					
Finančné problémy až insolvencia					
Rodina – smrť partnera					
Smrť priateľov					
Ostať sám - v izolácii					
Byť na obtiaž deťom (neschopnosť im pomôcť)					
Nemožnosť sebarealizácie					
Strata sebaúcty					
Strata zmyslu života					

V prípade, že by ste radi k tejto téme niečo uviedli, urobte tak prosím v nasledujúcich riadkoch:

Môj názor:

.....

Otázka č. 3: Čo Vám najviac vadí (čo Vás hnevá, rozčuluje, príp. znepokojuje), keď sa v spoločnosti hovorí o senioroch?

Z tejto tabuľky si vyberte 5 možností . Vybrané možnosti označte krížikom v pravom stĺpci; prípadne napíšte pod tabuľku Váš názor.

Tabuľka č. 3

Jednotlivé oblasti ageizmu	Stĺpec na označenie krížikom
nedostatok rešpektu	
zosmiešňovanie	
nedostatok vôle naslúchať mojim názorom, nezáujem	
nedostatok času naslúchať (uponáhľaný svet)	
neprimeraná komunikácia – rozprávanie rýchlo, potichu, nezreteľne	
infantilizácia seniorov	
jednanie ako s ťažko dementnými pacientami	
jednanie ako s bezcennými	
prezentácia v médiách - seniori sú pomalí, hlúpi, škaredí...	
najmarkantnejšia je nevraživosť najmä zo strany mladých	
v politike – „O nás bez nás“, ignorácia sťažností	
nemožnosť sa zamestnať od určitého veku	
neprijateľný prístup nemocníc (lekárov, zdr. sestier) k seniorom	
nevhodný prístup sociálnych pracovníkov	
nízke dôchodky (zlá finančná situácia)	
nedostatok vhodných bytov – bezbariérových	
nedostatok kultúr. podujatí pre seniorov – divadlo, koncerty, filmy	
nedostatok ponúk dovolení vhodných pre seniorov	
nedostatok edukačných ponúk, kurzov	
nedostatok špeciálnej dopravy (nevhodná MHD)	
nemám žiadne problémy s mojim okolím, som spokojný /á	
nezhody s okolím riešim otvorene a bez obáv z možných následkov	

Môj názor:.....

Otázka č. 4: Čo si myslíte, aké sú typické vlastnosti seniorov? Ktoré uvedené vlastnosti sú typické pre Vás?

Z tejto tabuľky si vyberte 6 podľa Vás najtypickejších vlastností seniorov a zakrúžkujte ich; prípadne napíšte pod tabuľku Váš názor, alebo iné vlastnosti, ktoré ste v tabuľke nenašli.

Tabuľka č. 4

Vlastnosti	
1, Múdrost' a vedomosti	tvorivosť, originalita, nápaditosť zvedavosť, záujem, hľadanie nových riešení, otvorenosť mysle k novým skúsenostiam kritické myslenie a usudzovanie, láska k učeniu
2, Odvaha	statočnosť, udatnosť, mužnosť, chrbrosť, hrdinstvo vytrvalosť, usilovnosť, húževnosť nadšenie, vitalita, energickosť, ráznosť
3, Ľudskosť	láska, láskavosť, opatera, súcit veľkomyselnosť, šľachetnosť, inteligentné pochopenie pre veci sociálne a emocionálne
4, Spravodlivosť	slušnosť, férovosť, poctivosť, lojalita sociálna zodpovednosť, občianske vystupovanie, vodcovstvo
5, Umiernenosť a sebaovládanie	odpustenie a zľutovanie pokora, skromnosť, nenáročnosť rozvážnosť a prezieravosť - sebaovládanie a sebariadenie
6, Spiritualita, náboženská viera	nádej, optimizmus, myslenie a orientovanie sa na budúcnosť, humor, hravosť schopnosť údivu, povznesenie mysle, hodnotenie krásy a dokonalosti

Môj názor:.....

Otázka č. 5: Aké charakterové vlastnosti opatrovateliek postrádate najčastejšie pri Vašom opatrovaní?

Aké vlastnosti by podľa Vás mala mať opatrovatelka, s ktorou by ste boli maximálne spokojný?

Z uvedených vlastností si vyberte 3 pre Vás najdôležitejšie a zakrúžkujte ich prosím. Budeme sa tešiť, keď po uvedení našich možností napíšete svoj názor, prípadne uvediete iné, pre Vás dôležité vlastnosti.

cieľavedomosť, zodpovednosť, spoľahlivosť
diskrétnosť, dôveryhodnosť, taktnosť, ohľaduplnosť, veľkorysosť
vládňnosť, trpezlivosť, sebaovládanie
sociálne cítenie, láska k chorému, nezištnosť, obetavosť, poctivosť
radosť, optimizmus, ochota, tvorivosť, koleģialita

Môj názor:.....
.....
.....

Otázka č. 6: Čo si myslíte, aká opatrovatel'ka je pre Vás najlepšia, najvhodnejšia?

Ako by sa mala správať Vaša ideálna opatrovatel'ka?

Z tejto tabuľky si vyberte 3 podľa Vás najdôležitejšie výroky. Tieto výroky označte krížikom v pravom stĺpci; prípadne napíšte pod tabuľku Váš názor, ako ste s Vašou opatrovatel'kou spokojný.

Tabuľka č. 5

Možnosti správania opatrovatel'ky	Stĺpec na označenie krížikmi
milá, láskavá, usmievavá, s dobrou náladou	
akceptovať zmeny mojich nálad, nebrať ich osobne	
menej prísna, občas dovoliť aj to, čo by som nemal (napr. maškrtenie, víno)	
chutne variť podľa mojich receptov	
nerozhodovať za mňa (napr. o dennom režime, o nákupoch a varení...)	
častejšie sa pýtať na môj názor	
prijať moju pomoc v domácnosti, aj keď to už nezvládam tak dobre ako ona	
viac sa mi venovať (pozerat' so mnou Tv, fotoalbum, hrať karty...)	
častejšie sa so mnou rozprávať, smiat' sa	
otvorene sa so mnou rozprávať o mojich problémoch, zdr. stave	
častejšie so mnou chodiť na prechádzky, alebo stretnutia s priateľmi	

Môj názor:.....

.....

.....

Otázka č.7: Často sa zamýšľate nad budúcnosťou? Na čo sú zamerané Vaše plány?

Z jednotlivých možností plánovania do budúcnosti si vyberte prosím pre Vás 3 s ktorými sa najviac stotožňujete a označte ich krížikom v pravom stĺpci. Prípadne napíšte pod tabuľku Váš názor k tejto téme.

Tabuľka č. 6

Zameranie plánov do budúcnosti:	Stĺpec na označenie krížikom
hobby	
edukácia, kurzy	
zamestnanie	
domáce práce	
pomoc v domácnosti detí	
pomoc s výchovou vnúčat	
zlepšenie mobility	
zlepšenie jemnej motoriky	
zlepšenie komunikácie	
precvičovanie kognitívnych schopností	
ostať čo najdlhšie bez bolesti	
spokojne si ešte doma požiť	
momentálne neviem	

Môj názor:.....

.....

Otázka č. 8: Na záver sa prosím pokúste sám / sama formulovať, čo Vás najviac trápí.

Aké situácie, prípadne problémy momentálne riešite.:

.....

Ďakujem Vám za Váš čas a ochotu vyplniť dotazník. Do vášho budúceho života vám prajem veľa životnej spokojnosti, radosti a pohody. Ingrid Fabianová

Príloha B: **Dotazník pre rodinného príslušníka seniora**

Vážení klienti!

Som študentkou 3.ročníka Univerzity Jána Ámosa Komenského v Prahe, Katedra andragogiky, odbor vzdelávanie dospelých.

Prosím Vás o vyplnenie nasledujúceho dotazníka, ktorý poskytne cenné informácie o kvalite života seniorov, ich starostiach a cieľoch. Moja bakalárska práca je zameraná na problematiku starnutia a opatrovania seniorov. Tento dotazník je anonymný a informácie v ňom budú chránené pred zneužitím. Bude slúžiť len k účelom mojej bakalárskej práce. O výsledku výskumu mojej práce Vás budem osobne informovať.

OSOBNÉ ÚDAJE:

Váš vek:

Vaše pohlavie:

muž žena

Vaše najvyššie ukončené vzdelanie:

základné stredné bez maturity
 stredné s maturitou vysokoškolské, alebo vyššie odborné

Váš rodinný stav:

slobodný / á ženatý / vydatá
 s partnerom / partnerkou rozvedený / á
 vdovec / vdova

Na ďalšie otázky odpovedajte prosím následovne:

V tabuľke č. 1 a 2 si vyberte 5 zo všetkých ponúkaných možností, ktoré sa Vám javia ako najvhodnejšie a označte ich krížikom v pravom stĺpci; prípadne napíšte pod tabuľku vlastné postrehy a skúsenosti.

Otázka č. 1: Ako by ste charakterizovali posledné obdobie Vami prevádzaného opatrovania matky (otca)? Môžete si spomenúť, ako ste sa v tom čase cítili?

Popísanie mojej situácie	Stĺpec na označenie krížikmi
neschopnosť sústrediť sa	
popudivosť	
náladovosť	
trvalé napätie	
únava z vyčerpania	
poruchy spánku	
depresia	
strach z budúcnosti	
obavy z nezvládnutia opateru	
pocit zlosti, hnevu	
popieranie diagnózy	
snaha o izoláciu	
prerušenie kontaktu s priateľmi	
myslím, že som opateru zvládol/a, stálo ma to veľa sily	
myslím, že som opateru zvládol/a ešte celkom dobre	
myslím, že som opateru zvládol/a výborne	
obdivoval/a som otcov/matkin optimizmus, nádej aj napriek ťažkej chorobe	
vzťah s mojím otcom/matkou sa ešte viac prehĺbil a zintenzívnil	
odovzdávanie otcových/matkiných celoživotných skúsenosti a vedomostí; spirituality	

Môj názor:.....

Otázka č. 2: S akými problémami ste sa najčastejšie stretávali pri opatrovaní Vašich rodičov? Čo bolo pre Vás najnáročnejšie?

Jednotlivé problémy	Stĺpec na označenie krížikmi
odmietanie opatery a liekov (nedôvera)	
odmietanie inkontinent. pomôcok (plienok)	
odmietanie osobnej hygieny	
odmietanie katétra	
odmietanie sondy	
odmietanie stravy (podvýživa, poruchy výživy)	
odmietanie tekutín (dehydratácia)	
dekubity (imobilní pacienti)	
pády, úrazy	
depresia	
demencia	
zhoršovanie pamäti – zabúdanie, neustále vypytyvanie	
poruchy aktuálnej pamäti – neustále opakovanie otázok	
blúdenie (problémy s orientáciou)	
narušený spánkový režim, nočný nekľud	
agresivita verbálna (krik, nadávky, vulgarizmy) a fyzická (fyzický útok)	
emocionálna labilita - (problém vyjadriť emócie)	

Môj názor:.....

.....

Ďakujem Vám za Váš čas a ochotu vyplniť dotazník. Prajem ešte veľa krásnych a plnohodnotných chvíľ prežitých s Vaším rodičom/rodičmi.

Ingrid Fabianová

Príloha C: **Dotazník pre opatrovatel'ky**

Milé opatrovatel'ky!

Som študentkou 3.ročníka Univerzity Jána Ámosa Komenského v Prahe, Katedra andragogiky, odbor vzdelávanie dospelých.

Prosím Vás o vyplnenie nasledujúceho dotazníka, ktorý poskytne cenné informácie o kvalite života seniorov, ich starostiach a cieľoch. Moja bakalárska práca je zameraná na problematiku starnutia a opatrovania seniorov. Tento dotazník je anonymný a informácie v ňom budú chránené pred zneužitím. Bude slúžiť len k účelom mojej bakalárskej práce. O výsledku výskumu mojej práce Vás budem osobne informovať.

OSOBNÉ ÚDAJE:

Váš vek:

Vaše najvyššie dosiahnuté vzdelanie:

- základné
- stredné bez maturity
- stredné s maturitou
- vysokoškolské, alebo vyššie odborné

Váš rodinný stav:

- slobodná
- vydatá
- s partnerom
- rozvedená
- vdova

Na ďalšie otázky odpovedajte prosím nasledovne:

V tabuľke č. 1 a 2 si vyberte 5 zo všetkých ponúkaných možností, ktoré sa Vám javia ako najvhodnejšie a označte ich krížikom v pravom stĺpci. V tabuľke č. 3 si vyberte 3 zo všetkých ponúkaných možností, ktoré najviac zodpovedajú skutočnosti a tiež ich označte krížikom v pravom stĺpci. Pod všetkými tabuľkami napíšte prosím vlastné postrehy a skúsenosti.

Otázka č. 1: S akými problémami seniorov ste sa stretli počas Vašej opatrovateľskej praxe?

Tabuľka č. 1

Problémy seniorov	Stĺpec na označenie krížikmi
inkontinencia	
1. a 2. stupeň demencie	
insomnia	
instabilita	
imobilita	
poruchy výživy	
infekčné choroby	
poruchy sluchu	
poruchy zraku	
impakcia	
izolácia	
insolvencia	

Môj názor:.....

.....

Otázka č. 2: Akých seniorov považujete za najobtiažnejších

(najproblematickejších)? Seniora s akým správaním by ste neradi opatrovali?

Tabuľka č. 2: Problematický senior	Stĺpec na označenie krížikmi
agresívny fyzicky	
agresívny verbálne	
závislý na alkohole	
neochotný spolupracovať	
dementný v pokročilom štádiu	
neustále sa vypyťujúci, sťažujúci	
imobilný	
vozičkár	
mobilný inkontinentný	
mobilný slepý, alebo hluchý	

Môj názor:.....

Otázka č. 3: Z čoho máte pri výkone opatrovania najväčší strach (obavy)?

Tabuľka č. 3: Obavy (strach) pri opatrovaní	Stĺpec na označenie krížikmi
z fyzického napadnutia	
zo slovného napadnutia	
z nadmernej psychickej záťaže	
z nadmernej fyzickej záťaže	
obavy zo zvyšovania nárokov na opatrovanie	
strata konkurencieschopnosti	
opatrovanie sa stane pre mňa nerentabilné	

Môj názor:.....

Ďakujem Vám za Váš čas a ochotu vyplniť dotazník. Želám Vám veľa pracovných úspechov do budúcnosti.

Ingrid Fabianová

Príloha D - Prístup k depresívnym seniorom

Depresívnych seniorov vnímame ako uzavretých do seba bez záujmu o akýkoľvek kontakt a spoluprácu, práca s takýmto človekom je veľmi zložitá. Sú prípady, kedy sú seniori až agresívni a odmietajú pomoc. Vedia to odôvodniť rôzne. Sprievodnými znakmi depresie je pocit viny a tendencia strániť sa, človek má pocit, že si starostlivosť nezaslúži a nepotrebuje ju. Priblížiť sa k takémuto seniorovi je možné aj tým, že sa pokúsime vcítiť do jeho stavu. Pomalým postupovaním dosiahneme viac.

Chyby v prístupe:

- veľká voľnosť - môže sa stať, že chorý človek nezvládne ani bežné denné činnosti, ak je ponechaný sám na seba,
- odporúčanie nových aktivít – chorý môže mať pocit, že sa na neho zvyšujú nároky, že sa musí prispôbiť, môže to spôsobiť psychické vypätie,
- zľahčovanie problémov - človek v depresii má pocit, že ho nikto nechápe.
- nútenie do rozhodovania – nevhodnými otázkami súvisiacimi s budúcnosťou

Príloha E - Hierarchia usporiadania ľudských potrieb v priebehu života (A. Maslow)

1. Základné biologické a fyziologické potreby - vyjadrujú potreby organizmu slúžiace k prežitiu a objavujú sa pri porušení homeostázy organizmu, sú to napr. potreba vzduchu, príjmu potravy, vyprázdňovanie moču a stolice, príjmu tekutín, odpočinku, tepla, pohodlia, spánku, sexuálnu aktivitu, bytie bez bolesti a pod. Prioritné pre daných jedincov sú hlavne v dobe choroby a u seniorov. Pred vyššími potrebami majú zvyčajne prednosť.

2. Potreba istoty bezpečia - je to hlavne potreba vyhýbania sa nebezpečeniu a ohrozeniu. Prejavuje sa túžbou po stabilite, samostatnosti, ekonomickom zabezpečení, pokoji, spoľahlivosti a dôvere.

3. Potreba lásky a blízkeho sociálneho kontaktu, spolupatričnosti - tiež potreba afilácia (afilácia - naviazanie osobného a tesného kontaktu vzťahu). Potreba byť milovaný, niekoho milovať, niekam patriť, byť sociálne integrovaný. Najhlavnejšia je v dobách samoty a osamotení.

4. Potreba uznania, ocenenia, sebaúcty - interpretuje potrebu sebahodnotenia a aj dôveru a rešpekt druhých, štatút vo vnútri sociálnej skupiny (napríklad postavenie v rodine), no ukazuje sa najviac pri strate rešpektu druhých, kompetencie alebo dôvere zo strany okolia.

5. Potreba seberealizácie, tvorivosti - človek sa snaží o realizáciu svojich plánov, zámerov; potreby estetické a potreby zmysluplného trávenia voľného času.

6. Spirituálne potreby. (Venglářová, 2007, s. 39)

Diagnostika potrieb - prebieha zhodnotením subjektívnych a objektívnych prejavov potrieb. Subjektívne prejavy sú napríklad hlad, smäd, únava, pocit zbytočnosti a podobne. Objektívne príznaky musí opatrovateľ vypozerovať na pacientovi. Musí byť vnímavý pri sledovaní zmien starého človeka, ktoré nemusia byť na prvý pohľad zrejmé. Napríklad suché či vysušené pery a jazyk, znížený kožný turgor (kožné napätie pri dehydratácii).

Príloha F – Prehľad silných stránok charakteru

Duševná sila a silné stránky charakteru

Určité charakterové rysy (môžeme povedať i cnosti) sa v ťažkých životných situáciách človeka prejavujú ako duševná sila.

Prehľad **silných stránok charakteru** podľa Ch. Petersona a M. Seligmana (2004):

1/ Múdrosť a vedomosti - tvorivosť, nápaditosť, originalita, záujem a otvorenosť k novým veciam, kritické myslenie a úsudok, láska k učeniu.

2/ Odvaha a statočnosť - hrdinstvo, chabrosť, vytrvalosť, húževnatosť, usilovnosť, poctivosť, integrita, nadšenie, vitalita.

3/ Ľudskosť - láska, láskavosť, altruizmus, šľachetnosť, súcit, schopnosť sociálne cítiť.

4/ Spravodlivosť - sociálna zodpovednosť, loajálnosť, občianska spoluzodpovednosť a vystupovanie, slušnosť, férovosť, vodcovstvo.

5/ Tvrdohlavosť a sebaovládanie - schopnosť odpúšťať, zľutovať sa, pokora, skromnosť, nenáročnosť, rozvážnosť, prezieravosť, sebaovládanie, sebakontrola.

6/ Transcendencia – spiritualita, nádej - schopnosť údivu, hodnotenie krásy a dokonalosti, vďačnosť, nádej, myšlienky orientované na budúcnosť, optimizmus, humor a hravosť, spiritualita, náboženská viera, zmysluplné smerovanie k cieľom. (In: Křivohlavý, 2011)

Príloha G – Eriksonova teória psychosociálneho vývoja

E. H. Eriksonova (1902 – 1994) teória psychosociálneho vývoja rozoberá zmenu sebaaponímania človeka (jeho ego, totožnosť) v priebehu celého jeho života. Erikson každej jednotlivej etape pripisuje jednu prioritnú potrebu, ktorú by mal človek uspokojiť. Podľa spôsobu naplnenia konkrétnej životnej potreby v konkrétnom vývojovom čase sa rozvíjajú pozitívne i negatívne základné postoje človeka vo vzťahu k sebe a svojmu okoliu v priebehu celého jeho života. Jednotlivé fázy je nutné postupne prežiť a spracovať, aby sme mohli vo svojom vývoji postúpiť ďalej. Nespracované vývojové fázy nám prinášajú kontroverzné postoje pri riešení každodenných situácií.

8 fáza je fázou zrelej dospelosti od 60 r. života. Človek rekapituluje svoj život, hľadá sebauspokojenie. Môže si položiť otázky : "Nežil som zbytočne? Čo som vlastne dokázal? Som schopný ďalej sa rozvíjať, alebo som zúfalý a neschopný prijať svoju starobu?" (Erikson 1999) . Staroba, ktorá ukončuje ľudský vývoj, je etapou, kedy by sme mali dôjsť k bilancovaniu doterajšieho života a prijať svoj život taký, aký bol. Všetko dobré i zlé, čo k nemu patrilo. Sám pre seba si povedať : Žil som ho, ako som najlepšie vedel a ako som mohol. Erikson hovorí o **dosiahnutí integrity** svojho ja - múdro sa vyrovnáť i so svojou nedokonalosťou. Dokázať chápať súvislosti minulosti a prítomnosti. Prijímať starobu ako normálny proces a byť ochotný vybrať si čo ešte môžem a chcem. Obhájiť si svoj spôsob života, ktorý som si zvolil, a dokázať ho zhodnotiť, byť spokojný sám so sebou. To môže podľa Eriksona ten, ktorý vie, že je pokračovaním života svojich predkov, a myslí na život svojich potomkov. Verí vo vlastné možnosti a schopnosti byť pre spoločnosť niečím užitočný. Vyrovnanie sa s vlastným životom potom uľahčuje i prijatie smrti, ktorá život zakončuje. Opačný postoj - nezdravý - je zúfalstvo nad tým, že som svoj život mal žiť inak.

V deviatej fáze Erikson dospieva k záveru, že vo vyššom veku človeku chýba istota mladosti. Až úbytok vlastných poznávacích zmyslov ho doviedol k pochopeniu ich významu pri poznávaní sveta. Súčasne hovoril o obmedzených a limitovaných výhľadoch do budúcnosti. Obohacujúci je pohľad späť. Čo však prináša prítomnosť? Vek v 9. a 10. decenií má nové požiadavky. Úlohou je objasniť výzvy staroby, porozumieť záverečnej fáze života a vidieť ju očami deväťdesiatnika. Viera a primeraná pokora sú tou najmúdrejšou cestou. Stať sa múdrom, prijať ľudský osud.

Príloha H - Starostlivosť o nepokojných seniorov

Zistenie príčin blúdenia je prvoradé. Znehybnenie, pripútanie k posteli je neetické a navyše sa tým narúša vzťah seniora a opatrovateľky.

Vhodné opatrenia:

- Upravíme prostredie seniora – nočné tlmené svetlá, spálňa, chodba ku WC, kúpeľni, odstránenie kolíznych predmetov, umiestnime smerovky uľahčujúce orientáciu.
 - Vhodné aktivity počas dňa, aby senior minul viac energie.
 - Zvolíme také denné aktivity mimo domova, aby ho zaujali a odvrátili jeho pozornosť od blúdenia. Zapájame ho do rodinných stretnutí a oddychových podujatí, vhodné sú tiež pravidelné prechádzky.
 - Ak treba kvôli bezpečnosti niektoré priestory uzamknúť, opatriť poplašným zariadením, robíme tak nenápadne, aby sme nevyvolali pocit väzenia.
 - Senior by mal mať pre prípad zablúdenia pri sebe kartičku s menom, adresou a tel. číslami na rodinu či zariadenie, najlepšie prišitú na vrecku vrchného odevu.
- Snažíme sa skôr zmierniť následky blúdenia ako zabrániť im. Zachováваме pokoj a pokúsime sa odvrátiť pozornosť od blúdenia. Je vhodnejšie seniora sprevádzať ako ho prehovárať a použiť silu na zabránenie blúdenia.

Príloha I - Riešenie rušivého správania

- Hlučné správanie môže byť prejavom bolesti, preto sa snažíme vylúčiť stavy, ktoré spôsobujú bolesť.
- Pokiaľ je to možné, nevšímame si hlučné správanie, vyvíjame úsilie o zvýšenie seniorovho záujmu správať sa ticho. Izolácie býva úspešná len zriedkakedy.
- Prístup k seniorovi volíme tichý, používame jemné dotyky, venujeme mu pozornosť. Orientujeme sa predovšetkým na osobu seniora a nie len na potrebné činnosti spojené s jeho napr. hygienou, jedením.
- Pocit istoty starého chorého človeka pomáhajú upevniť aj známe predmety.
- Okuliare či načúvací prístroj zlepšia kontakt s okolím, vhodné je spostenie prostredia jemnou hudbou, prítomnosťou príbuzných, spolubývajúcich.
- Hlasná hudba, nahlas pustený televízor či rádio nie sú vhodnými spoločníkmi dementných ľudí. Vyvoláva to v nich pocit správať sa hlučne.

Príloha J - Prevencia a zvládnutie agresívneho správania

- Rešpektujeme seniora, jeho osobný priestor, pokojne a jasne vždy vysvetlíme, čo sa bude diať.
- Snažíme sa byť pokojní, pracujeme v klude, neponáhľame sa.
- Na agresívne správanie reagujeme pokojne, nenecháme sa vyprovokovať.
- Seniora povzbudzujeme, snažíme sa o zachovanie jeho sebestačnosti.
- Pri pomoci sa nesnažíme byť dominantní.
- Zachovávame takt.
- Vyhýbame sa kritike, nesmejeme sa seniorovým chybám, omylom.
- Senior nesmie byť obmedzovaný v pohybe, nesmie byť trestaný.
- Zachováme trpezlivosť, dementný senior sa nevie poučiť zo skúseností.

Príloha K - Opatrenia na zlepšenie príjmu potravy u dementných seniorov

Príjem potravy by mal byť súčasťou rutiny a seniorovi lepšie chutí v kolektíve ako samému. Podávame jedlá, ktoré sú farbou i konzistenciou lákavé, stimulujeme tým apetít. Potrava by mala byť prijímaná posediačky, kvôli zhoršenému prehĺtaniu.

Netrváme striktne na zásadách slušného stravovania. Seniorovi necháme dlhší čas na jedenie a mali by sa podávať jedlá, ktoré pozná. Prax ukázala, že je výhodnejšie podávať jeden chod, ale niekedy je vhodné podávanie viacerých studených menších jedál.

Zloženie potravy u starých dementných ľudí si nevyžaduje iné zloženie ako u mladších seniorov, dôležitý je príjem tekutín, vlákniny a vhodné kombinácie jedál.

V prípade domácej starostlivosti je hlavným cieľom zabezpečiť nakupovanie potravín, alebo stravovanie v jedálňach, prípadne dovoz hotového jedla domov.

Prijímanie potravy dementných seniorov si vyžaduje komplexný prístup.

Príloha L - Odporúčania pre komunikáciu s agresívnym, depresívnym, úzkostlivým, manipulatívnym seniorom a seniorom s pedantskými sklonmi

Pri agresívnom seniorovi:

- zachováme pokoj, nezvyšujeme hlas a nekričíme,
- na agresiu nereagujeme agresiou, nenecháme sa vyprovokovať,
- akceptujeme hnev,
- po zistení, čo seniorovi vadí, sústredíme sa na príčinu problému,
- neprerušujeme seniora, keď hovorí,
- vyjadríme nesúhlas so správaním agresívneho seniora, nie s jeho osobou,
- rešpektujeme jeho osobný priestor,
- neotáčame sa mu chrbtom, nechávame si otvorenú únikovú cestu, v prípade nutnosti voláme o pomoc,
- dbáme na to, ako stojíme, nemala by z nás vyžarovať agresia či arogancia,
- nerobíme prudké pohyby,
- neponižujeme ani inak verbálne nenapádame seniora,
- neberieme si osobne to, čo senior v afekte povedal,
- ak sme to my, kto pochybil, ospravedlníme sa.

Asertívne techniky:

- technika pokazenej platne – opakujeme svoj pokyn bez obširnejšieho vysvetľovania
- technika otvorených dverí – akceptácia seniorových výčitiek a kritiky
- technika sebaotvorenia – otvorene povedať o svojich pocitoch, ako sa nás dotýka to, čo senior v agresii hovorí

Pri depresívnom seniorovi:

- rozhovor by mal prebiehať v pokoji, bez stresu,
- podporujeme aktivitu a samostatnosť seniora,
- zabezpečíme možnosť sociálnych kontaktov,
- pravdivo a presne informujeme seniora,
- aplikácia rodičovského prístupu je nevhodná, senior je partnerom,

- je zbytočné hovoriť prázdne pesimistické frázy,
- v prípade seniorových náznakov na sebevraždu, vyhľadáme odbornú pomoc, informujeme lekára, nevyhýbame sa však rozhovoru.

Pri úzkostlivom seniorovi:

- vnímame prejavy úzkosti,
- prejavíme záujem a pochopenie,
- hovoríme pomaly a kľudne,
- podporíme aktivitu seniora,
- neudržiavame očný kontakt,
- nepoužívame ponižujúce vety a frázy ignorujúce úzkosť,
- neignorujeme úzkosť.

Pri seniorovi s pedantskými sklonmi:

- udržiavame zrakový kontakt,
- komunikujeme kľudne a vecne,
- odpovedáme ochotne, stručne,
- nenariaďujeme a nekážeme, sme taktní.

Pri manipulatívnom seniorovi:

- dôležité je stanoviť jasné pravidlá, hranice,
- každé manipulatívne snahy seniora treba jednoznačne verbálne zamietnuť,
- hovoríme prívetivo ale stručne,
- neprepadáme pocitom viny.

Príloha M - Odporúčania na komunikáciu s dementnými seniormi :

- ak sú seniorovi indikované okuliare alebo načúvacie pomôcky, mal by ich používať,
- pri kladení otázok udržiavame očný kontakt, sedíme blízko seniora, aby dobre videl a počul, vhodný je dotyk ramena, dôležité oslovenie,
- treba eliminovať rušivé vplyvy ako televízor a rádio, rušná chodba,
- vety by mali byť jednoduché a krátke,
- hovoríme zreteľne,
- medzi vetami robíme krátke prestávky, uľahčíme tým pacientovi pochopiť podstatu,
- ak treba, vetu zopakujeme,
- kladieme dôraz na podstatné veci, slová,
- ak sa dá, názorne ukážeme na predmety, o ktorých hovoríme,
- vyhýbame sa ťažkým otázkam, kedy senior musí rozmýšľať o odpovedi,
- uprednostňujeme jednoduché otázky, kladieme také, na ktoré sa dá jednoznačne odpovedať.

Príloha N – Bežné ťažkosti v komunikácii s dementnými seniormi

- Seniora neupozorňujeme na chyby, aj keď vieme, že sú nepravdivé. Upozorňovanie na chyby spôsobuje u seniora zlosť, napätie, pocity úzkosti. Radšej citlivo zmeníme tému, alebo iným spôsobom privedieme pacienta k overeniu jeho tvrdenia .
- V seniorovej mysli sa vytvárajú myšlienky, ale je narušená ich organizácia , častokrát sa pýta na tie isté veci. Je zbytočné pripomínať, že sa na to už pýtal, radšej odvedieme jeho pozornosť na inú tému.
- Senior používa tú časť mozgu, v ktorej sú uložené spomienky na minulosť. Prežíva známe scény z minulosti, ktoré sa snaží riešiť. Uniká tak pred prítomnosťou. Reagujeme vľúdne. Z návratov do minulosti vychádza reminiscencia – práca so spomienkami (počúvanie dobovej hudby, prezeranie fotografií).
- Ak senior zabudne čo hovoril a v reči sa zasekne, je vhodné mu to pripomenúť (Hovorili ste o ...).
- Pomenúva veci nesprávnymi menami – nevšímame si to.
- Ak si nevie spomenúť na nejaké konkrétne slovo, napovieme mu, aby sa predišlo napätiu.
- V prípade, že reč nemá zmysel, snažíme sa význam pochopiť z mimiky a držania tela, intonácie a posunkov.
- Pre dementných senioroch sú vhodné jednoduché televízne programy, filmy o prírode, komédie, hudba. Majú problémy zachytiť zložitejší dej.
- Senior má ťažkosti s komunikáciou, udržiavaním rozhovoru, nové myšlienky sa nedostavujú. Je dobré, ak rozhovor vedie terapeut či blízka osoba. Používame albumy starých fotiek.
- Častokrát sa vyskytuje krik a hnev bez príčiny, lebo senior nechápe niektoré veci. Tieto prejavy nekomentujeme, zostávame pokojní, neberieme ich osobne, i keď sú nepríjemné a obviňujúce. So seniorom sa nehádame.

Príloha O – Zhodnotenie svojej aktuálnej situácie – test

Zažívate v práci vyhorenie? Bežne v práci vykonávané činnosti, ktoré ste považovali za zábavné, no teraz sa vám zdajú byť ako drina? V spoločnosti ste viac cynický a máte ťažké srdce na svoju prácu a vedúcich? Pociťujete obavy pri odchode do práce? Je váš osobný život ovplyvnený vzťahmi v práci? Trápia Vás vaši spolupracovníci? Pociťujete v práci únavu? Závidíte tým, ktorí sú v práci spokojní? Považujete svoje zamestnanie za nezaujímavé? Necítite sa dobre v nedeľu popoludní, keď si predstavíte, že prichádza pondelok a s ním celý týždeň?

Vyhodnotenie: Ak ste odpovedali viac ako 5x ÁNO, je predpoklad, že trpíte burn-out syndrómom.

Príloha P – Miera zraniteľnosti vplyvom stresu - test

Body za odpovede: 1 - skoro vždy; 2 – často; 3 - občas; 4 - zriedka; 5 - nikdy;

1. Jem jedno teplé jedlo denne., 2. Spím 7-8 hodín aspoň 4 noci v týždni., 3. Dávam a prijímam sympatie pravidelne., 4. Mám jedného príbuzného do 100km, na ktorého sa môžem spoľahnúť., 5. Cvičím až do spotenia jednekrát týždenne., 6. Fajčím menej než 10 cigariet denne., 7. Pijem menej ako 5 alkoholických nápojov týždenne (2dcl vína)., 8. Môj príjem stačí mojím základným potrebám., 9. Získavam silu z náboženskej viery., 10. Pravidelne navštevujem záujmový krúžok (alebo známych)., 11. Mám sieť známych a priateľov., 12. Mám jedného priateľa, ktorému môžem veriť., 13. Mám primeranú telesnú hmotnosť., 14. Cítim sa zdravý, vrátane zraku a zubov., 15. Som schopný otvorene hovoriť o svojich pocitoch. 16. Pravidelne hovorím s ľuďmi, s ktorými žijem, o rozdelení domácich prác a financií., 17. Robím niečo pre svoju zábavu aspoň jedenkrát týždenne., 18. Som schopný si účelne rozdeliť čas., 19. Pijem menej ako 3 šálky kávy denne., 20. Mám pre seba chvíľku času každý deň.

Výsledok: nad 30 = je možná vyššia zraniteľnosť stresom; 50 = vysoké ohrozenie stresom

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Ingrid Fabiánová

Odbor: Vzdelávanie dospelých

Forma štúdia: Kombinované

Názov práce: Starnutie a staroba, starostlivosť o seniorov v domácom prostredí

Rok: 2013

Počet strán textu bez príloh: 107

Celkový počet strán príloh: 27

Počet titulov českých a slovenských použitých zdrojov: 26

Počet titulov zahraničných použitých zdrojov: 5

Počet internetových zdrojov: 0

Počet ostatných zdrojov: 0

Vedúci práce: PhDr. Edita Ondrišková