

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

**Kvalita života a sociální problémy
seniorů ve společnosti**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

Zpracovala:
Kateřina Papulová

Brno 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Kvalita života a sociální problémy seniorů ve společnosti“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V dne

.....

Podpis

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat svým dětem za podporu a trpělivost, kterou mi poskytli při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Kateřina Papulová

OBSAH

Úvod	2
Teoretická část	4
1. Vymezení základních pojmů	4
1.1 Kvalita života	4
1.2 Stáří a dlouhověkost	7
1.3 Možnosti péče o seniora u akutního lůžka	9
1.4 Závislost na osobě pečující	12
1.5 Domácí péče	13
1.6 Domovy pro seniory	16
2. Zdroje sociálních problémů seniora	19
2.1 Rodina	19
2.2 Nemocnice	22
2.3 Domov pro seniory	25
Praktická část	27
1. Charakteristika místa šetření	27
2. Kazuistika č.1	29
3. Kazuistika č.2	37
4. Kazuistika č.3	41
Závěr	46
Resumé	48
Anotace	49
Seznam použité literatury	50

Úvod

Pracuji 20 let ve zdravotnictví, u akutního lůžka v nemocnici, na různých odděleních. Za tu dobu došlo k výraznému pokroku v péči o pacienty v nemocnici i zvyšování úsilí zajistit kvalitnější dlouhodobou péči o nemocného doma nebo v ústavech sociálních služeb. Zlepšila se komunikace mezi pacientem a zdravotními sestrami, mezi příbuznými a zdravotními sestrami, mezi pacientem a lékařem i mezi příbuznými a lékařem. Tito všichni jmenovaní se určitým způsobem podílí na léčebném procesu nemocného. Pokládám zde za důležité vyzdvihnout fakt změny postoje k imobilnímu seniorovi. Starý člověk již není fyzická anonymní schránka se ztrátou individuality. Komunikace mění styl, již to není jen předávání a získávání informací od nemocného, ale také utváření mezilidských vztahů. I když zdravotníci a rodinní příslušníci mají mnohdy výraznou převahu nad nemocným v komunikaci, začínají si uvědomovat autonomii nemocného. Ovšem je pořád mnoho dospělých dcer a synů, kteří neváhají ani na okamžik a „odkládají“ svého rodiče do sociálních zařízení, kde nikoho neznají, do míst, kde nejsou spjati žádnými pouty. Je třeba zamyslet se, proč tomu tak je.

K výběru tématu méjí bakalářské práce mi pomohl střípek všedního dne, který ovšem změnil značným způsobem život jedné rodiny. Zdravotní sestra po vstupu do nemocničního pokoje zaslechla útržek hovoru mezi příbuznými nad lůžkem vážně nemocné pacientky, jejich maminky. Povzdech dcery, že by si maminku vzali domů, kdyby neměla hadičku na výživu, nenechala bez povšimnutí. Věnovala asi 15 minut edukaci a výsledkem byli udivení a nadmíru spokojení příbuzní, ochotni aktivněji se podílet při péči o nemocnou. Celou situaci komentovali slovy: „s takovou ochotou jsme se nikdy v nemocnici nesetkali“. Jistě sehrála svoji roli i schopnost sestry empatie – vcítění se - do zdánlivě bezvýchodné situace dcer pacientky. Tato situace mě přivedla k poznání, že chybí jakási pomocná ruka pro příbuzné. Řešení sociální situace rodiny je plně v rukou sociální pracovnice nemocnice. Příbuzní, kteří jsou plní elánu a odhodlání a chtějí v domácím prostředí pečovat o seniora velice záhy zjišťují, jaký nelehký úkol mají před sebou. Nejsou vybaveni pomůckami k obsluze a péči o imobilního seniora. Senior se po několika málo dnech vrací zpět do lůžkového zařízení a vyčerpaní příbuzní žádají o umístění příbuzného do léčebny dlouhodobě nemocných.

Cílem této práce je poukázat na okolnosti a jevy doprovázející rozhodování o zajištění další péče o seniora dříve samostatného, nyní závislého na péči druhých. Zjistit, jaký dopad

má toto rozhodnutí na kvalitu života seniora.

Svoji práci jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou. Teoretickou část jsem rozdělila na dvě kapitoly. První kapitola se věnuje změnám ve stáří, faktorům působícím na kvalitu života seniora. Popisuji Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 (Kvalita života ve stáří). Dále zde analyzuji možnosti péče o seniora u akutního lůžka v nemocnici, domácí péči, domovy pro seniory, vznik závislosti na osobě pečující. Ve druhé kapitole popisuji zdroje sociálních problémů seniora v rodině, v nemocnici, v domově pro seniory.

Do praktické části jsem zahrnula kazuistiky tří seniorů s rozhovory s nemocným i jeho blízkými a nestrukturované pozorování.

Ke zpracování mé bakalářské práce jsem využila nejen praxe, ale i poznatků získaných z odborné literatury týkající se této problematiky.

Teoretická část

1. Vymezení základních pojmů

1.1 Kvalita života

Kvalita života je pojem nejednoznačně vymezený, neexistuje jedna obecně přijímaná definice. O kvalitě života se mluví v různých souvislostech v psychologii, sociologii, ekologii, medicíně, politice.

„Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců a společnosti.“ (Payne a kol., Kvalita života a zdraví, 2005, str. 207)

V rovině objektivní znamená kvalita života splnění sociálních a materiálních podmínek života, fyzického zdraví a sociálního postavení. Subjektivní kvalita života závisí na všeobecné spokojenosti se životem. Otázkou tedy je, jak by kvalita života měla být měřena?

Každý jedinec má jiné požadavky na podmínky života. Tyto požadavky se v průběhu života mění v závislosti na získaných znalostech a zkušenostech. S přibývajícimi lety přehodnocuje své priority, mění se náhled na život. Postupně se učí radovat z maličkostí všedního dne, učí se v rodině vytvářet harmonické vztahy, hledá člověka, kterého potřebuje a který potřebuje jeho, který ho miluje a váží si ho. Vnímá krásu kolem nás, smiřuje se s nedostatky svými i svých blízkých. Snaží se naplno žít slušný kvalitní život.

Kvalita života jedince je výsledkem působení mnoha faktorů - vlivu genetiky, vlivu prostředí i způsobu života. Zejména se v kvalitě života odráží míra schopnosti jedince reagovat na změny prostředí, na jeho postoji ke zdraví, flexibilitě v jednání a myšlení a schopnosti domýšlení důsledků svého jednání.

Podle WHO je zdraví stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. V medicíně se operuje s pojmem kvalita života ovlivněná zdravím. Zejména v oblasti péče o tělesně

a duševně nevléčitelně nemocné. K těmto lidem se v posledních letech mění přístup, mění se cíl terapie. Nejvýznamnějším ukazatelem v rozhodování určité terapie je to, zda bude zlepšením kvality života nemocného. Nejjednodušší se ukazuje zajištění pohody fyzické, pohoda psychická a sociální se odvíjí od vytvořených mezilidských vazeb před onemocněním.

„ Jakmile se nebudeme zaměřovat pouze na samu délku života a podíváme se rovněž na další faktory, které spíše vypovídají o kvalitě než o kvantitě života, ve vysokém stáří se nám naskytne obrázek nedostatečnosti, nepředvídatelnosti a utrpení.“ (Gruss, Perspektivy stárnutí, 2009, str. 21-22) . Zde můžeme spatřovat nelehkou životní cestu seniora – pocity životní nespokojenosti, nemožnosti znovunalezení smyslu života, pocity osamělosti i v kruhu rodiny.

Ve stáří má zdraví jiné dimenze – za zdravého lze považovat člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je soběstačný (volně podle Pacovského, 1994).

Období raného stáří 60-80 let se vyznačuje poměrně vysoce zachovanou autonomií, senioři přispívají k sociálnímu životu i celospolečenské produktivitě. Posunutí hranic odchodu do důchodu udržuje jedince aktivní, subjektivní pocity jsou stabilní.

Čtvrtý věk zahrnuje ty nejstarší 80 a výše let. „ Nejstarší lidé jsou méně spokojeni, často hovoří o osamění a o ztrátě kontroly nad svým životem, o nemožnosti svůj život i nadále řídit.“ (Gruss, Perspektivy stárnutí, 2009, str.19)

Ztráta **autonomie** je významným subjektivním faktorem hodnocení kvality života velmi starých lidí. Myslíme tím omezení nebo úplnou ztrátu seniora přijímat vlastní rozhodnutí, vyrovnat se s jeho důsledky, sledovat vlastní cíle zejména určovat směr své existence.

Více seniorů a stále méně mladých narušuje fungování systémů zdravotních a sociálních. Je ovlivněn ekonomický rozvoj, soužití společnosti jako celku, což se odráží na průběhu života všech členů společnosti. Stárnutí populace se již zobrazuje v přizpůsobování a v rozhodování na vládních a politických úrovních.

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří) z usnesení vlády ČR ze dne 9. ledna 2008 již stanovuje kvalitu života ve stáří jako téma průřezové, přesahující kompetence administrativy a veřejné správy. Je zde zdůrazněna potřeba dlouhodobého partnerství mezi vládou a samosprávou s tím, že hlavní úlohu má mít regionální a místní samospráva.

Z dalších principů přístupu ke starším osobám vyplývá nutnost prevence vzniku dlouhodobé

závislosti, přijímání řešení koncepčnějších, efektivnějších a levnějších. Zdůraznění důstojnosti ve stáří a spouzdohodování o rozsahu a místě poskytování péče je krok správným směrem, který podporuje snahu o zachování autonomie seniora. Mezi opatřeními, které vláda přijala je i podpora větší informovanosti starších osob o způsobech řešení obtížných situací v životě seniora.

Cíle stanovené v programu jsou: aktivní stárnutí, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovatelů, podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv. Prostředím a komunitou je zde myšleno zejména dostupnost služeb veřejné dopravy, zdravotní a sociální péče, bezpečné bydlení. Důležité v tomto programu je zdůraznění přirozeného prostředí k životu dlouhověkových, přijímání opatření spočívajících ve změně přístupu, nikoliv jen v rozšiřování kapacit rezidenčních domů pro seniory. Umožnění života ve vlastním domově a rozvoj dlouhodobé péče s větší flexibilitou mezi formálními a neformálními poskytovateli péče.

V programu je negativně hodnoceno snížení rozsahu pečovatelských služeb poskytované v domácnostech. Zmíněné riziko nepřehlednosti a nekoordinace ve službách seniorům je překážkou v cílech stanovených v péči o seniory. Opatření je zde nutnost upravit podmínky v předávání pacientů a informací o nich poskytovatelům zdravotní a sociální péče. Podpora prevence institucionalizace péče a podpora návštěvních služeb v domácnosti, podpora edukace na podporu zdraví směřuje k minimální potřebě hospitalizace seniora na akutním lůžku v nemocničních zařízeních.

Bohužel musím konstatovat smutnou skutečnost, že zdravotnický personál, včetně mé osoby, v době práce na bakalářské práci neměl o Národním programu na stárnutí na období let 2008 až 2012 ani nejmenší povědomost.

1.2 Stáří a dlouhověkost

Stáří, názor na stáří, postoje ke starým lidem jsou produktem společenského dění. Pro vytváření mravního vztahu ke stáří a ke starým lidem je důležitá celá atmosféra společnosti.

Stárnutí je proces, spojený s postupným ubýváním všech tělesných funkcí. Zhoršují se základní smyslové funkce, zrak a sluch. Z tohoto důvodu je pozornost a naslouchání namáhavější. Velký dopad na psychiku má nedoslýchavost, která způsobuje problémy se slovní komunikací, problémy v porozumění řeči. Komunikace se stává natolik náročnou, že se ji staří lidé vyhýbají. „Sociální hluchota“ - je častá příčina izolace osob s tímto poškozením.

Tělesná síla a pohybová koordinace klesá, zpomaluje se rychlost a pohotovost reakcí. Proto jisté uspokojení zažívají v kontaktu s vrstevníky, cítí solidaritu a pochopení. Mladí lidé nemají trpělivost přizpůsobit se pomalejšímu tempu. Tempo stárnutí je individuální a neovlivňuje změny tělesných funkcí a tělesný vzhled rovnoměrně. Gerontologové mluví o biologickém věku, který vyjadřuje aktuální úroveň určitých tělesných i duševních funkcí. Biologický věk nemusí odpovídat věku chronologickému. Stárnoucí člověk si svou zranitelnost uvědomuje. Postoj k vlastnímu stárnutí a ke stáří bývá individuální. Závisí na osobnosti jedince a jeho schopnosti emočního vyrovnání se se stárnutím. Staří lidé hůře zvládají své emoce, bývají citově labilnější. Naopak bývají trpělivější, vytrvalejší až tvrdohlaví. Toto je možné chápat jako snaha prosazení sebe sama.

Sociální teritorium starého člověka se zužuje na sousedy, náhradním společníkem se stává zvíře, nejčastěji pes nebo kočka. Významné místo v životě seniora zaujímají média – televize, rozhlas. Internet pro svoji technickou a finanční náročnost stojí v pozadí.

Sociální role starého člověka se mění a ubývají. Odchodem do důchodu ztrácí roli profesní, která měla určitou prestiž. „Odchod do důchodu zasahuje všechny složky lidské osobnosti, mění prožívání, uvažování a chování starého člověka. Ovlivňuje jeho postoj ke světu i k sobě samému.“ (Vágnerová, Vývojová psychologie, 2000, str. 466) Role důchodce je spíše anonymní, v každém případě s horším sociálním statutem. Záleží na tom, zda je optimistický a aktivní, zda hledá způsoby, jak obtíže zvládnout. Pokud je pasivní a závislý na jiných, nehledá ani smysl života. Ovšem senior, který se nesmíří se stárnutím je aktivní, odmítá nabízenou

pomoc a ukazuje svoji samostatnost, dělá vše pro to, aby nevypadal jako stařec. Jiní mohou považovat stáří a odchod do důchodu jako katastrofu, pesimismus a nenávisť mládež vystupuje do popředí. Zahořklost a nenávisť napomáhají pocitům osamění. Ten kdo rezignuje se propadá do depresí, nic dobrého již neočekává a nevidí východisko z této situace.

Stárnutí vytváří tlak na změnu hodnotového systému, je třeba se přizpůsobit realitě. Člověk musí skutečnost vlastního stárnutí přijmout a adaptovat se na ni, ale tento proces trvá určitou dobu. Odhaduje svoje schopnosti, vybírá si jen to na co stačí, omezuje svůj životní program. Hledá způsoby, jak využít svoje stávající schopnosti. Starý člověk může svými schopnostmi a zkušenostmi vyrovnávat úbytek jiných kompetencí. Tyto metody adaptace na stáří jsou popisovány jako adaptivní strategie – selekce, optimalizace, kompenzace. V roce 1990 je popsali M. Baltesová a P. Baltes. Mnozí autoři se k nim ve svých pracích o seniirech vrací.

Stáří je charakteristické větší potřebou jistoty a stability, proto větší množství podnětů vyvádí seniora z rovnováhy. Nové informace zpracovává pomaleji, může je vnímat jako ohrožení. „Schopnost a potenciál učit se se u velmi starých lidí neustále snižuje, a to i v případě, že netrpí demencí.“ (Gruss 2009, Perspektivy stárnutí, str. 19)

Jistota a bezpečí se stávají prioritou jejich snahy. Dochází ke změně osobnosti, kterou okolí může vnímat negativně. Opatrnost, bázlivost, úzkostnost, nerozhodnost, častá nespokojenost až puntičkářství jsou zvláště výrazné vlastnosti, které je třeba akceptovat.

Stáří přináší mnoho problémů. „I ten, kdo v 90 letech demencí netrpí, spotřebovává stále více svých psychických sil ke každodennímu zajištění a řízení běžných činností.“ (Gruss, Perspektivy stárnutí, 2009, str.8) Kromě fyzických a psychických změn dochází i ke změnám sociální situace. Zvyšuje se strach z opuštěnosti.

Stárnutí je spojeno se ztrátou dosažených sociálních pozic, prostředků i citového zázemí. Těmito ztrátami může dříve nebo později dojít k sociální exkluzi seniora. „Sociální exkluze je klíčovým pojmem současné debaty o sociálních problémech moderních společností“.

(Bargel, Mülpachr a kol., Inkluze versus exkluze – dilema sociální patologie, 2010, str. 30) Příčinami sociální exkluze jsou zejména finanční tíseň, zastaralé, neadekvátní nebo nedostatečné vzdělání, diskriminace. V případě seniorů je možné zařadit mezi příčiny i omezené komunikační dovednosti, ztrátu orientace ve službách bankovních, poštovních, správních orgánů. „Spíše než o náhodně rozloženém riziku je dnes přiměřenější mluvit

o prekérním postavení určitých skupin, o jejich chronické zranitelnosti.“ (Bargel, Mülpachr a kol., Inkluze versus exkluze – dilema sociální patologie, 2010, str. 33) Za tuto skupinu lze bez jakýchkoliv pochybností označit i seniory. Stárnutí moderních společností graduje, rozvíjejí se formy věkové diskriminace, což může mít určitou vypovídající formu o sociálním klimatu společnosti. Ageismus, neboli věková diskriminace, je závislý na tom, zda společnost stáří a vyšší věk respektuje nebo zda cítí narůstající ohrožení. Ve vztahu ke stáří je možné ageismus chápat jako otevřené opovržení a averzi. Staří lidé jsou v mladších generacích viděni jako senilní, staromódní v dovednostech a morálce, rigidní ve svém myšlení. Věk je neovlivnitelný vůlí jedince, je podmíněn biologicky. Každý člověk zestárne, pokud předčasně nezemře, a z diskriminujícího se časem může stát diskriminovaný. Proto se potencionálně **věková diskriminace** dotýká každého z nás.

1.3 Možnosti péče o seniora u akutního lůžka

Nemocnice je instituce anonymizující. Velkým problémem ve zdravotnických institucích je depersonalizace to znamená ztráta úcty, respektu pacienta. Většina seniorů nepřichází do nemocnice z vlastní vůle, ale je odesláno ošetřujícím ambulantním lékařem, eventuálně přivezeno rychlou lékařskou pomocí v akutním stavu. Je si vědom závažnosti svého zdravotního stavu, ovšem nerozumí docela všemu, ocitá se tak ve velmi stresující situaci. Jako pacient je postaven do situace, na kterou není zvyklý, rytmus zdravotní péče je v mnoha směrech nepřirozený. O nemocničního pacienta, seniora, pečují celá řada osob. Od lékaře, zdravotní sestry, fyzioterapeuty, ošetřovatelky a další pomocný personál. Tito všichni vyžadují určité plnění činností, které senior neovládá, netuší k čemu směřují. To samozřejmě snižuje jeho sebevědomí. Prostředí nemocnice je neznámé, cizí se spoustou technických vymožeností. Senior je v roli pacienta, která se vyznačuje zejména omezením svobody pohybu, omezením možnosti jednání a rozhodování. Očekává, že bude spíše autoritu poslouchat, než že se od něj bude očekávat spolupráce. Jednání ze strany zdravotníků může senior vnímat jako neosobní, zejména strach ze smrti, z bolesti jej mohou až paralyzovat. Tito potom nejsou schopni se na nic soustředit. Nemá mnoho času, aby se zorientoval v nemocničním pokoji a už je odvážen na nejrůznější vyšetření, podrobován nejmodernějším diagnostickým

a terapeutickým procedurám. Na vše je v podstatě sám, mezi cizími lidmi , v cizím prostředí. „Od pacienta se očekává, že se bude snažit „, nedat se“ a nepoddat se nemoci.“(Křivohlavý, Psychologie nemoci, 2002, str. 32-33)

Důležité po přijetí seniora do nemocnice je zjistit z jakého prostředí senior přichází, jaké má sociální vazby, jaký má postoj k životu a ke zdraví. Všechna zjištění napomáhají ovlivňovat průběh a účinnost léčby. Veškerá péče o seniora je zajišťována zdravotnickým personálem. Příbuzní přichází v doporučené době návštěv plni obav, u lůžka nemocného stráví čas spíše sledováním okolí, neboť i pro ně je prostředí nemocnice naprosto cizí a neosobní. Neví, co mohou očekávat. Lékař je informuje o diagnóze, průběhu léčby a předpokládané době pobytu. Pacient od příbuzných očekává, a také ji potřebuje, velkou emoční podporu.

Na druhé straně bývá značně přecitlivělý, podrážděný a vztahovačný. Ve výsledku tedy pacient může poskytnout svému okolí velmi málo, ale vyžaduje velmi mnoho. „ Dlouhé utrpení mění i vztahy k nejbližším lidem, může dojít ke ztrátě společných témat, které posilují vzájemnou vazbu.“(Vágnerová, Vývojová psychologie, 2004, str. 91)

Současné nemocnice nejsou většinou připraveny na doprovod dospělého pacienta, nejen prostorami. Není zajištěno zázemí příbuzným. Samy sestry přebírají iniciativu a hledají možná řešení, zejména v případě pacientů umírajících. Ve velké většině lidé umírají sami, s profesionální péčí, ale daleko od svých blízkých. Členové rodiny nebývají se svými blízkými do posledních chvil života. Moderní doba naučila předat umírajícího do nemocnice. Z rodiny je sejmuto nelehké břemeno, ovšem chybí odvaha rozloučit se se svým blízkým, což může napomoci vyrovnat se s jeho odchodem.

Jednou z dalších možností péče o seniora u akutního lůžka je přítomnost blízké osoby během dne. Příbuzný přichází ráno a celý den pobývá u lůžka nemocného, napomáhá mu s běžnými úkony – hygienou, stravováním, doprovází je na všechna vyšetření, je přítomen při vizitách. Stává se velkou sociální oporou nemocnému. Velmi důležité je poukázat na skutečnost, že blízký nemocného se tak může mnohému naučit. Sleduje manipulaci s nemocným, používání různých pomůcek ulehčující péči o imobilního pacienta. Pokud zdravotník zapojí blízkého do ošetrovatelského procesu otevírá se velký prostor pro edukaci příbuzného a příprava na případné propuštění seniora do domácí péče. Bohužel mnozí příbuzní

vidí tuto snahu spíše jako pokus zdravotníků o ulehčení své práce. Proto je nutná systematická práce i s blízkými nemocného. Již okolnosti a způsob předávání informací příbuzným může výrazně ovlivnit důvěru a odhodlání ke spolupráci. Nemocní i příbuzní mnohdy hodnotí kvalitu péče podle dovedností zdravotníků, lékařů a sester, komunikovat s nimi. Cílem snahy je rozvíjení a upevňování kladného vztahu nejen pacient – senior a zdravotníci, ale i zdravotníci a příbuzní. Příbuzné přizvat ke spolupráci jako ko - terapeuti. U dětských pacientů již tato metoda patří dlouhodobě mezi standartní.

Náhled zdravotníků na doprovod nebývá pozitivní, doprovod je spíše chápán jako překážka v ošetrovatelském a léčebném procesu. Přítomnost rodiny je však pro nemocného velmi pozitivní. Už jen lékařské vyjadřování může být komplikací v sociální komunikaci s pacientem. Lékař mluví často odbornou řečí a přítomnost rodiny napomáhá pacientovi pochopit smysl sdělovaného. „ Prvním krokem na cestě zvládnutí problému typu nemoci jsou pro pacienta informace.“ (Křivohlavý, Psychologie nemoci, 2002, str. 34)

V případě pacienta seniora je důležité informovat i rodinu. Ovšem za předpokladu, že s tím souhlasí pacient. Společně s pacientem a jeho blízkými je nutné stanovit krátkodobé cíle, které jsou danému zdravotnímu stavu seniora přiměřené, lépe dosažitelné. Vhodné je vyhnout se slibům, které nejsou reálně splnit.

V péči o nesoběstačného seniora se využívá multidisciplinární přístup. Podílí se na něm internista, radiolog, neurolog, logoped, psycholog, rehabilitační lékař. Všichni tito specialisté spolupracují i s rodinami hned v nemocnici. Navázaná spolupráce s rodinnými příslušníky upevňuje a prohlubuje jejich snahu o spolupráci. Je tím výrazně omezena izolace seniora, napomáhá s adaptací na náhlou životní změnu a rozvoji jeho aktivity.

Ve večerních hodinách blízký nemocného odchází domů s pocitem, že i on svým dílem přispěl k uzdravování. Pacient senior má pocit jistoty, že na cestě k uzdravení není sám. Jeho pocit jistoty a bezpečí není otřesen v samých základech.

Další varianta, která se při péči o seniora v nemocnici nabízí, je nepřetržitá přítomnost některého člena rodiny. Na tuto variantu zatím české zdravotnictví není připraveno.

1.4 Závislost na osobě pečující

Nesoběstačný senior je odkázaný na péči druhých. Tito pečující se stávají v zásadní míře významnými sociálními oporami. Poskytují starému člověku nejen fyzickou, ale i psychickou oporu. Staří lidé nečekají jen vykonání fyzických prací, ale i projevení zájmu o jeho osobu. Pečovatelé se stávají velice rychle součástí života seniora. Senior jim přikládá větší význam, než ve skutečnosti mají, odpovědnost za svůj život delegují poměrně ochotně na pečující blízké. Vytrácí se rovnováha mezi snahou o samostatnost a nutností pomoci. Tendence pečovatелů pomáhat více než je nutné, manipulovat s nemohoucím jen proto, že je to pro ně jednodušší a rychlejší vede ke vzniku závislosti na pečující osobě.

Poměrně často se můžeme setkat i se situací, kdy na dotazy směřované k seniorovi odpovídá pečovatel i když na straně seniora není při komunikaci překážka. Senior v tomto chování neshledává nic špatného. Proč by mluvil, když vše za něj jistě bude řečeno ústy jiných, předpokládá, že i lépe. Senior postupně ztrácí schopnosti postarat se o sebe aspoň částečně sám.

Z těchto důvodů je vhodné, pokud seniora zařadíme do určité kategorie – objektivně zjišťujeme možnosti a schopnosti seniora. Cílem této kategorizace, určité diagnostiky, je stanovení postupů vedoucí k udržení stavu nebo jeho zlepšení, je prostředkem k možné změně. Základní myšlenkou je zachovat co největší samostatnost. Přemíra péče jistým způsobem škodí. Napomáhá pohodlnosti a vzniku pocitu závislosti. To platí i u seniorů odkázaných na péči druhých – pečovatелů formálních i neformálních.

Je důležité zmínit i osobu pečující, neboť negativní důsledky přemíry péče se jí také dotýkají. Osobní a emocionální zátěž pečovatele je velická ihned od počátku. Je jistě dobré připravit se na tuto skutečnost předem. Profesionál přicházející do kontaktu se seniorem má představu co může očekávat, je schopen lépe vyhodnocovat aktuální situaci i případná hrozící rizika. Zná hranici, kam až může při aktivizaci seniora zajít. Tím lze samozřejmě předcházet vzniku závislosti na osobě pečující. V tomto směru spatřujeme v edukaci příbuzných při péči o seniora určité nedostatky. U akutního lůžka řešíme především aktuální fyzický zdravotní stav, při edukaci blízkých se zaměřujeme na zajištění materiálního vybavení domácnosti tak, aby příchod seniora po propuštění z nemocnice do domácí péče byl co nejméně zatěžující.

Nedostatek ucelených informací, chybějící poradenství pro ošetřování imobilních nemocných má za následek přetížení neformálních pečovatelů. Jejich snaha vyhovět všem požadavkům seniora může být až likvidační. Od žádného pečovatele nemůžeme očekávat maximální výkon nepřetržitě. Dlouhodobé potlačování zájmů a potřeb pečovatele a preferování obětavosti může zapříčinit paradoxní situaci, kdy je nutná léčebná péče o pečovatele, protože nezvládl fyzické a psychické vypětí objevující se při péči o seniora. Stresujícím se stává i narůstající zodpovědnost. Mnozí pečovatelé se stáhnou ze společnosti a jsou omezeni jen na domov, případně blízké okolí. Pečovatel se může cítit osamělý a ocitá se v kruhu nikdy nekončící pomoci seniorovi, i když tato pomoc není bezprostředně nutná.

1.5 Domácí péče

Do oblasti zdravotně - sociální péče vstoupil v poměrně nedávné době nový subjekt. Domácí péče neboli home care znamená, že ošetřovatelka nebo zdravotní sestra dochází do domácnosti klienta, pomáhá při odborné ošetřovatelské péči. Lidé často zaměňují službu pečovatelskou se službou domácí péče. Pečovatelská služba zajišťuje běžné denní úkony například nákupy, různé pochůzky a úklid domácnosti za předem dohodnutou finanční částku, hrazenou klientem. Poskytovateli této péče bývají obce, církve (katolická Charita, evangelická Diakonie).

Rozsah domácí péče je smluvně, přesněji taxativně stanoven a je hrazen zdravotními pojišťovkami nebo klientem. Poskytují odborné ošetřování, sledování fyziologických funkcí, zejména krevního tlaku a pulsu, převazy ran, odběry krve, podávání léků i ve formě injekcí, aplikaci hydratačních (zavodňovacích) infuzí, edukaci aplikace inzulínu, rehabilitaci včetně chůze v chodítku. Nedílnou součástí této péče je poradenství samotného seniora i jeho blízkých. Poskytovateli této péče bývají církve již výše zmíněné, nestátní zdravotnická zařízení a soukromé agentury.

Domácí péče není v laické veřejnosti vůbec známá. Proto zde sehrává nejdůležitější roli přístup zdravotníků a jejich snaha skutečně pomoci. Nabídka služeb agentur domácí péče není známá ani většině zdravotnického personálu v nemocnici.

Ošetřující lékař v nemocnici, po domluvě s rodinou je oprávněn vystavit při propuštění doklad – poukaz na domácí péči v době trvání 14 dní po propuštění. Rodinní příslušníci tím získají dostatek času na kontaktování praktického lékaře a plánování další péče. Optimální se jeví konzultace pracovnice domácí péče přímo u lůžka seniora v nemocnici. Ošetřující lékař stanoví jaké výkony je třeba u nemocného po propuštění do domácnosti provádět.

Narážíme ovšem hned na několik zásadních problémů:

Pacient si vybírá zdravotnické zařízení dle svého uvážení, to může znamenat mimo lokalitu působení domácí péče nasmlouvanou zdravotní pojišťovnou. Pokud je pracovnice domácí péče ochotna přicestovat ke konzultaci jedná tak na náklady agentury, které pojišťovnou nebudou proplaceny. Pokud lékař doporučí zajištění domácí péče, složitě se vyhledávají kontakty, která agentura v daném regionu pracuje.

Mnoho seniorů se po propuštění z nemocnice nevrací do své domácnosti, ale do domácnosti svých blízkých. Všechny administrativní kroky jako je dočasná nebo trvalá registrace u jiného praktického lékaře nelze realizovat v době trvání hospitalizace. Stejný problém je i se zajišťováním pomůcek k dlouhodobé péči o imobilního seniora. Poukazy k vydání pomůcek hrazených zdravotní pojišťovnou nelze vystavit za hospitalizace. Aby byla příprava na propuštění seniora optimální jeví se vhodná konzultace erudovaného pracovníka i v domácnosti, kde bude o seniora pečováno. Například rady o umístění nábytku se mohou laikovi zdát zbytečné, ale například lůžko umístěné v koutě místnosti je velká překážka v zajišťování kvalitní péče a tuto péči blízkému velmi ztěžuje. Ochotný blízký musí překonávat mnoho překážek v systému. Ne každý tento počáteční kolotoč zvládne a rezignuje. Mnohem schůdnější je cesta umístění seniora do léčebny dlouhodobě nemocných.

V ambulantní sféře péče o seniory sehraává praktický lékař nejdůležitější roli. Lékař specialista není oprávněn službu domácí péče zajistit, může ji pouze doporučit. Pokud praktický lékař spolupracuje s agenturou domácí péče musí zde mezi nimi existovat určitá důvěra. Lékař může spoléhat na informace pracovnic domácí péče o zdravotním stavu a pokud nedojde k akutnímu zhoršení zdravotního stavu seniora vyžadující neprodleně lékařské ošetření, dochází praktický lékař do domácnosti jednou za měsíc na kontrolu.

Domácí péče může být poskytována roky. Návštěvy jsou rozděleny do 4 typů dle časové

náročnosti – 15, 30, 45, 60 minut denně, včetně víkendů a svátků.

Poměrně krátkou dobu je v praxi nově zaveden takzvaně signální kód. Tento kód nelimituje provedení úkonů v určitém časovém rozpětí, je variabilní a plně se přizpůsobuje aktuálním potřebám klienta. Využívá se v případech, kdy je nutná intenzivnější a časově náročnější péče o nemocného. Zejména se využívá u umírajících s infaustní prognózou (s nepříznivou předpovědí), kdy nemocný i rodina preferují umírání v domácím prostředí. V těchto případech se pracovnice domácí péče stává poradcem a oporou nejméně ceněnou.

Pracovnice domácí péče vstupuje do rodiny, pro kterou je náhlá změna životního tempa novinkou. Senior i sami rodinní příslušníci se teprve s touto složitou a zatěžující situací vyrovnávají, adaptují se.

Důležité před zahájením péče je zjistit, jaká jsou očekávání ze strany seniora a jaká ze strany pečujících blízkých. Uvést na pravou míru možnosti domácí péče i její hranice. Čím větší rozpor je mezi očekáváním a realitou, tím mohou být následky horší.

Senior i jeho pečující se nedobrovolně ocitají v určité izolaci, jak je již zmíněno výše, proto se ošetřovatelka z agentury stává i nenahraditelným zdrojem sociálního kontaktu, je součástí denního režimu. Je přijímána nejen jako fyzická pomoc při konkrétních úkonech, ale i jako osoba projevující přirozený lidský zájem.

Ošetřovatelka se stává součástí života rodiny, přesto do domácího prostředí vstupuje i s určitými riziky. Mohou se proti ní obrátit negativní emoce seniora i jeho pečujících. Proto je vhodné kontaktovat rodinné příslušníky i seniora hned u akutního lůžka i z důvodu prevence těchto potencionálních závažných situací.

V době, kdy se ve všech sférách státního rozpočtu hledají úsporná opatření dochází k paradoxním situacím. V pensíoních pro seniory se ruší pracovní místa zdravotních sester, přičemž jejich práce se rozmělnjuje mezi pečovatelky, zde bychom mohli spatřovat jistou úsporu na platovém ohodnocení, a mezi agenturu domácí péče. Takže do penzionu dojíždí zajišťovat odbornou péči agentura svými dopravními prostředky. V době strmého nárůstu cen pohonných hmot můžeme jen spekulovat, zda to byl krok správným směrem.

Domácí péče je jedním ze způsobů jak v maximální možné míře podporovat lidskou důstojnost, umožňuje seniorům žít ve svém přirozeném prostředí a zapojovat se do života rodiny.

1.6 Domovy pro seniory

Za nejdůležitější problémy v sociálně zdravotní oblasti v péči o seniora lze považovat bydlení, bezpečnost, zdravotní péči a dopravu. Domov pro seniory plní v péči o méně soběstačného seniora významné místo v sociálním systému. Zajišťuje bydlení, zdravotní péči a v mnohém i bezpečnost seniora. Domovy pro seniory mají propracovány plány aktivizačních programů pro co nejširší počet tamních obyvatel s cílem zachovat nebo zlepšit soběstačnost a z ní plynoucí samostatnost.

Domovy pro seniory patří mezi institucionalizovaná zařízení, jejichž služeb využívají senioři z nejrůznějších důvodů. Nejčastěji přichází z důvodu snížené soběstačnosti a nutnosti každodenní péče o svoji osobu. V mnoha případech je řešením jediným, není ideálním. Tato zásadní změna životního stylu je významným okamžikem pro seniora i jeho rodinu. Přináší sebou mnohé problémy. Zejména ztráta domácího prostředí, změna denního režimu, kontakty s cizími lidmi představuje zátěž, na kterou senior zřídka bývá připraven. Pocity opuštěnosti vedou k upínání se na personál nebo naopak k uzavírání se do sebe a k apatii.

Cílem všech snah poskytovatelů péče v domově pro seniory je vytvořit takové podmínky, které budou respektovat a podporovat lidskou důstojnost, pro kterou jednou z podmínek je kvalita života. Nosným prvkem kvality života v rezidenčních zařízeních je lidská blízkost. Tento lidský rozměr je třeba vnímat jako nejpotřebnější, podpora rozvoje rodinných vztahů seniora, klima zařízení vyznačující se přívětivostí, vlídností a trpělivostí podporuje adaptaci nově přichozícího seniora do tohoto zařízení. Lidé se liší ve schopnostech tyto změny přijmout, vyrovnat se s nimi. Změna musí být pro seniora přínosem, musí pochopit její smysl, potom ji může snadněji přijmout. „ Rozhodnutí změnit takovým zásadním způsobem svůj život (pokud vůbec jde o vlastní rozhodnutí), bývá obvykle jen racionální. Emočně akceptováno nebývá, přinejmenším na počátku.“ (Vágnerová, Vývojová psychologie, 2000, str. 499) Pokud se sám senior může porozhlédnout po více zařízeních a má možnost srovnání, jeho volba je výsledkem srovnání více faktorů. Zejména kraj, ve kterém má své kořeny, zda je místo dobře dostupné pro návštěvy. Důležitou roli hraje i finanční stránka a čekací doba.

Změny v okolí mají na seniora mnoho dopadů. Před příchodem do domova byl navyklý na určitý způsob života, na svoje životní tempo, na způsoby chování, které okolí přijímalo se samozřejmostí. Po vstupu do institucionalizovaného zařízení ze dne na den nic z toho neplatí. Starší člověk je zaskočen a hledá svoje místo. Z tohoto důvodu je třeba věnovat maximální péči nově příchozímu. Chybami v přístupu jsou zejména bagatelizace, zlehčování nové situace seniora, doporučování různých aktivit, které naopak seniora více zatíží. Ponechání seniora sama sobě také není vhodným přístupem, zde hrozí postupné propadání seniora do deprese a nezvládání ani běžných denních záležitostí. Není neobvyklé výrazné zhoršení zdravotního stavu během několika dnů po umístění do domova pro seniory, jehož následkem je hospitalizace v nemocnici.

Na péči o seniora se podílí dlouhodobě stabilní tým lidí, se kterými se senior postupně seznamuje. Lékař navštěvuje pravidelně zařízení, zdravotní sestry jsou k dispozici nepřetržitě, stejně tak pomocný personál. Součástí týmu je fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční specialista, sociální pracovník, lze se setkat i s muzikoterapeuty. Skupina seniorů má svou kmenovou pečovatelku, která nejlépe zná jejich zvyklosti a způsoby. Zná osobně návštěvy přicházející k seniorovi. Všichni tito specialisté se podílí na plánování péče o seniora. Důležitým bodem v plánování péče je míra aktivizace seniora. Mnoho aktivit probíhá ve skupině, aktivita je dobrovolná, program musí zohledňovat konkrétní skupinu. Společné aktivity přispívají ke zlepšování nebo alespoň udržování určitých schopností, na kterou jsou tyto aktivity zaměřeny. Senior se seznamuje s ostatními obyvateli domova, vidí, že i ostatní mají podobné problémy. Ziskává důvěru v personál. Zkušený personál poměrně brzy zmapuje zvyklosti a reakce seniora. Zapojením rodiny do aktivit domova je přínosem nejen jejich blízkému, ale i ostatním obyvatelům domova. Většina seniorů v domově trpí nedostatkem sociálních kontaktů. „Pokud má málo kontaktů, může se přehnaně upínat na někoho z personálu a hledat v tomto vztahu náhradní citové uspokojení.“(Vágnerová, Vývojová psychologie, 2000, str. 497) Různost podnětů je důležitá, stimulují zájem o okolní dění.

V posledních letech nacházíme v domovech pro seniory klece s papoušky, kočky domácí v rámci felinoterapie, na návštěvu chodí psi v rámci canisterapie. Fantazii se meze nekladou, jedinou podmínkou je veterinární očkování a ošetřování zvířat. Zooterapie ulehčuje

komunikaci, uvolňuje bariéry a vyvolává vzpomínky. Návštěva terapeuta se stává pevným bodem v plynutí času v ústavu, dává podněty k rozhovoru.

Ani sebelepší ošetřovatelská a zdravotní péče nenahradí teplý dotek, blízkost a přítomnost někoho, kdo má opravdu rád. Samozřejmě je třeba dodržovat určité zásady jak ze strany zvířete, tak ze strany ošetřovatelského personálu. Je třeba dopředu domluvit, kteří klienti si návštěvu přejí, ne každý má ke zvířatům kladný vztah. Těm, kteří si návštěvu nepřejí nevnucujeme kontakt se zvířetem. Zájem může přijít později, po referencích ostatních klientů nebo po osmělení. Zooterapie je jedním ze způsobů jak poskytovat kontakt s vnějším světem.

Na místě je vhodné konstatování, že za posledních dvacet let došlo v péči o seniory v domovech k radiálním proměnám. V mnohých domovech pro seniory jen těžko hledáte typické znaky dřívějších zařízení tohoto typu. Bílé zdi, nemocniční oděv, zapáchající ovzduší, nemožnost opustit zařízení, jídelníček bez výběru, návštěvní dny ve středu a v neděli. Život bez jakéhokoliv smyslu.

Naopak příjemné teplé barvy, snaha o co největší zachování soukromí, snaha o minimální izolaci, osobní věci dle přání klienta seniora, jídelníček s možností výběru. Nabídka nejrůznějších rehabilitačních pomůcek je samozřejmostí. Tento ohromný posun umožňuje výrazné zvýšení kvality života seniora mimo rodinu.

2. Zdroje sociálních problémů seniora

„Sociální problém je stav, který značné množství lidí definuje jako úchylku od nějaké normy, jíž si pěstují. Každý sociální problém tak sestává z objektivního stavu a subjektivní definice. Objektivní stav je ověřitelná situace, jejíž existenci a rozměry mohou přezkoumat nestranní a kvalifikovaní pozorovatelé. Subjektivní definice je vědomím jistých lidí, že daný stav představuje hrozbu pro určité s láskou pěstované hodnoty.“ (Thompson, Klíčové citace v sociologii, 2001, str. 120)

Sociální problémy seniorů jsou mnohdy tabuizované, veřejností odmítané. Mohou mít podobu nekvalitně poskytovaných služeb, projevující se nedostatkem respektu sociální autonomie, práva na rozhodování o vlastním životě, zneužívání závislosti na péči. Lze hovořit o špatném zacházení, porušování základních práv, jako je právo na svobodu a na soukromí. Tyto problémy můžeme spatřovat na úrovni rodiny, ústavních i terénních služeb.

2.1 Rodina

Rodina je specifickou skupinou, jejímž členem se člověk stává narozením. Plní významné a vzájemně propojené funkce, plní úkoly vůči svým příslušníkům, ale i ve vztahu ke společnosti. Umožňuje plnohodnotný život a rozvoj svých členů, ale může se stát i zdrojem psychických zátěží a poruch. Ideální rodina je úspěšná, optimálně fungující, zajišťující určité hodnoty a splnění určitých úkolů. Velký vliv na obraz rodiny mají sociální, kulturní a etnické normy. Nejobecněji můžeme tvrdit, že rodina je normální, pokud splňuje průměr pro to, co je obvyklé a typické. Běžné rodinné vzorce ovšem mohou být nezdravé až destruktivní. A naopak nekonvenční rodiny, které neodpovídají typickému normálnímu obrazu rodiny, fungují velmi dobře.

Mezi běžné vzorce chování v současné době patří delegování zdravotnických a sociálních pracovníků rodinnými členy seniora v rozhodování o umístění seniora, který již není schopen

o sebe sám pečovat. Tíha odpovědnosti je na lékařích a sociálních pracovnících nemocnice. Autonomie seniora je podkopána rozhodnutím rodiny. Na druhé straně vyžadujeme po seniorovi návrhy řešení, očekáváme jeho aktivitu. Ovšem senior tuto aktivitu očekává od svých nejbližších.

Nezřídka se dočká pouze psychického a citového vydírání – nadávky, ponižování, zdůrazňování nadbytečnosti. Senior je naprosto bezbranný a vtažen do řešení otázky: „co se mnou teď bude?“ Vidíme neskrývanou beznaděj a zoufalství. Rodinný systém je dysfunkční, shledáváme v rodině atmosféru nedůvěry, nepřátelství. Potřeby člena rodiny jsou viděny jako nepřijatelné. Jedná se o konflikt přesahující generační hranice a my shledáváme vyhýbání se odpovědnosti a výraznou neangažovanost.

Pokud se podaří umístit tlakem na rodinu seniora zpět do domácího prostředí, riskujeme velmi závažné komplikace. Seniora tak můžeme nevědomky vystavit fyzickému násilí – bytí, vystavování nepřiměřeným teplotám (mrazu, nadměrnému horku, netlumení bolesti, odpírání jídla i pití, omezování pohybu). V této situaci je senior naprosto bezbranný, neschopen zavolat pomoc. Prokazování **domácího násilí** páchané na seniorech je velmi obtížné, neboť jejich hematomy, otoky a zlomené končetiny lze přičíst špatné hybnosti, slabému srdci a podobně. Pokud je rychlá lékařská pomoc přivolána ke kolapsu s poraněním, mechanismus pádu je uklouznutí na schodech, zakopnutí o kobereček, případně s nárazem na komodu nebo židli. Oběti samy potom uvádí zamotání hlavy, šokbrnutí. Tito lidé ve vyšším věku trpí obrovským studem za své děti. Stud jim brání ve vyhledání pomoci. Opakovaně se potom vrací na oddělení chirurgie nebo vnitřního lékařství. K vyřešení situace je nejlepší na čas ze společně obývaného bytu odejít a řešit situaci z bezpečného a klidného místa. Dočasně lze útočiště hledat v pečovatelských domech, penzionech, v léčebnách dlouhodobě nemocných.

V hledání pramenů těchto obtíží musíme nahlédnout do systému fungování rodiny jako celku. Na její výchovné působení, které se vyvíjí spolu s proměnami rodiny v současnosti. Významnou úlohou rodiny je příprava dětí a mladistvých na život ve společnosti v souladu s jejich potřebami, zkušenostmi a jejich aktivním zpracováním. Rodina je modelem pro osvojování sociálních rolí otce a matky, muže a ženy. V životě rodiny se pozitivně nebo negativně odráží celkové dlouhodobé důsledky výchovy.

Současná rodina se velmi rychle proměňuje. Někdy se mluví o krizi a přežití. Snížila se stabilita rodiny. Mění se struktura rodiny, klesá počet dětí, multigenerační soužití vidíme spíše ojediněle. Je oslabené celkové soužití rodiny a postavení hlavy rodiny, která již nemůže řídit a rozhodovat. Její zkušenosti a znalosti ztrácí na ceně, mnohdy již nejsou adekvátní nově vzniklým potřebám. Staří lidé přestávají být sociálním pojítkem. V současné malé rodině nemají své stabilizované místo i přesto, že často prarodiče pomáhají svým vnoučatům tím, že podporují a posilují rodinu. Prarodiče jsou nepostradatelným prvkem, působí svými zkušenostmi, zklidňují, vnáší do života jiný úhel pohledu. Přesto všechno současná rodina přijímá závislost dětí jako samozřejmost, naopak neakceptuje závislost rodičů na dětech. Nemoc a psychické změny rodiče nebo prarodiče přestávají členové rodiny chápat. Záleží na dětech nebo vnucích, aby jim včas a někdy i přes odpor pomohli. Zpravidla se jedná o jednoho člena rodiny, který se ujme role pečovatele. Dobré je zapojovat do péče všechny členy rodiny, včetně dětí předškolního věku. Pokud děti nejsou od této péče izolovány z důvodu obav, aby netrpěli při pohledu na babičku nebo dědečka a podobně, jsou nepřímo vychovávány k solidaritě, k úctě ke stáří, toleranci, citlivosti vůči problémům. V dospělosti automaticky přebírají péči o své rodiče.

Důsledkem vzdělanosti a zaměstnanosti žen přibývá dvoukariérových manželství. Tradiční pečovatelky jsou ekonomicky více aktivní, soustředí se na svůj profesní růst. Proto žena jako tradiční pečovatelka není v každé rodině k dispozici. Úspěšnost rodin se vztahuje k určitým hodnotám, nemáme na mysli hodnoty materiální, ale věrnost, vzájemné porozumění, toleranci a vzájemné obohacování. Důležitost vzoru pro výchovu je nezpochybnitelná. Ovšem rodiči se stávají osoby ve vyšším věku, prarodiče se tak stávají stále starší osoby, které jsou vzhledem ke změnám v důchodovém systému déle zapojeny v pracovním procesu nebo již samy jsou odkázány na péči druhých. Ve středním věku se proměňuje vztah k vlastním rodičům, lidé tohoto věku se stávají dominantnější, na nich závisí jejich stárnoucí rodiče. Mění se jejich chápání generativity a intimity. Prarodiče předávají svá životní moudra vnukům jiným způsobem než rodiče. Autorita prarodičů je jiná, svojí ochotou pomoci napomáhají své vnuky vést.

Život dětí a vnuků přináší starému člověku mnohé podněty a zážitky, vztah k nim je jedním z nejvýznamnějších zdrojů uspokojení potřeby citové jistoty, představuje symbolické zázemí.

Z tohoto důvodu senioři, kteří odtrženi nedobrovolně od rodiny dlouhodobě přebývají v léčebně nebo domově pro seniory, citově strádají, ztrácí někdy i definitivně kontakt se svými vnoučaty. Jsou izolováni od obvyklých rodinných vazeb.

Ekonomicko – zabezpečovací funkce rodiny je důležitá nejen pro samotnou existenci rodiny, ale i pro rozvoj systému ekonomie ve společnosti. Prostředky, které má rodina k dispozici využívá, ukládá a tím přispívá ke stabilitě ekonomického systému. Stát usnadňuje svými sociálními opatřeními finanční zatížení. Senior může být spatřován v rodině jako významný prostředek k dlouhodobému získávání finančních prostředků. Je finančně a majetkově zneužíván zejména svými dětmi a vnuky. Forma může být různá – odebírání sociálních dávek (výplaty starobního důchodu, příspěvku na péči), tlak na nedobrovolné převody movitého i nemovitého majetku, ovlivňování až nátlak na sepsání závěti s určitým obsahem, omezování vlastnických práv.

Ochranná funkce je důležitá nejen pro děti, ale pro všechny členy rodiny. Spolu s funkcí emocionální vytváří zázemí pro pocit bezpečí a jistoty seniora.

2.2 Nemocnice

Do nemocnice přicházíme většinou za okolností nepříznivých po náš zdravotní stav. Očekáváme profesionální pomoc a vyřešení všech našich obtíží. V každé společnosti i zde narážíme na problémy, které nám mohou naši situaci ztížit. Adaptace mladého člověka probíhá v cizím prostředí lépe a rychleji než adaptace seniora. Adaptace seniora závisí na mnoha okolnostech. Faktory ovlivňující kvalitu péče o seniora jsou zejména odborná péče ze stran lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků. To je ovšem jen jedna ze součástí péče o seniora. Aby péče byla komplexní a pokrývala uspokojování všech potřeb, je nutné zamyslet se, zda k zajištění společného cíle při péči o seniora jsou zohledňovány jeho specifické potřeby. Cílem není jen seniora fyzicky uzdravit nebo minimalizovat poškození způsobená nemocí, ale také udržet nebo zlepšit zdraví i po stránce psycho-sociální. Musíme při péči o něj vyloučit nebo omezit možné zdroje sociálních problémů. Těmi mohou být zdravotníci-lékaři i ostatní personál nemocnice, příbuzní přicházející na návštěvu, ostatní pacienti. Tato rozmanitá skupina osob může seniora svým jednáním a chováním omezit nebo i ohrozit.

Musíme se zaměřit na faktory, které ovlivňují komunikaci ve zdravotnictví:

- organizační podmínky – nedostatek personálu, zvyšující se tlak na výkon, nedostatek vhodných prostor (personál jedná pod neustálým tlakem, pozornost je odváděna neustálým řešením provizorních situací)
- sociální normy – jen velmi pomalu se odbourává pravidlo -co nejméně mluvit, držet se dále, poskytovat co nejméně informací
- etické normy – autonomie pacienta, etické kodexy, strach z poškození pacienta nevhodnými informacemi
- společenské podmínky – obavy ze stížností a právních sporů, očekávání pacientů a jejich příbuzných, právní úpravy
- dovednosti komunikovat – komunikační bariéry, neobratnost v komunikaci

V ošetrovatelství nevystačíme s komunikací, kterou užíváme v běžném životě. Zdravotnictví je oblast, která v moderní civilizaci zajímá velkou část populace. Z hlediska preventivního i léčebného, z hlediska nutnosti věnovat se potíží stále více stárnoucí populace. Zdravotnictví obecně je profesí pomáhající, která klade vysoké požadavky na výkon a zodpovědnost, přináší zdravotníkům zátěž v podobě protrahovaného nebo chronického stresu. Poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní je nerovný. Pomáhající více vydává než získává, emoční nebo osobní zisk z práce nebývá tak velký, jak je očekáván.

Z těchto důvodů ze strany zdravotnického personálu dochází k závažným nepříjemným situacím. Podrážděná a napjatá sestra není schopna adekvátně reagovat na požadavky a potřeby nemocných. S poklesem elánu a zaujetí klesá i motivace, snižuje se schopnost uvažovat reálně, řešit problémy a rozhodovat se. Při případném konfliktu z pocitu zklamání, odporu nebo hněvu může ze strany seniora docházet k unikání a uhýbání ze strachu a pocitu ohrožení. Výsledkem je zcela opačný efekt než očekáváme. Vidíme rezignaci a pasivitu. Neochota starého člověka vyslechnout, nadměrně jej ubezpečovat o uzdravení, vnucovat mu vlastní návody na řešení problémů vede ke snaze seniora co nejdříve opouštět nemocniční zařízení i přesto, že není zajištěna další péče ze strany rodiny. Důvodem je nedůvěra seniora. Dodržování etických norem není vynutitelné. Slova mají ohromnou sílu výchovnou i ovlivňující. Mohou seniora potěšit i ranit.

Žádný záměr nedokážeme realizovat proti vůli jiného člověka. Máme-li zájem na dobrém

spolupráci ze strany seniora je naprosto nezbytné, abychom si pro důležitá rozhodnutí získali jeho podporu a zaujali ho. Komunikovat jako profesionál znamená uvědomovat si své projevy a to, co jimi sdělujeme. Zde ovšem nesmíme tolerovat přístup některých zdravotníků, kteří ve snaze sdělovat celou pravdu a očekávat pochopení a aktivizaci ze strany seniora, uvědomí jej o neochotě rodinných příslušníků podílet se na další péči slovy typu: „vaši vás doma nechtějí, co s vámi.....?“ I tohle je bohužel občas realita, kterou můžeme zaslechnout. Můžeme se jen domýšlet s jakým záměrem jsou tato slova vyřčena nahlas. V každém případě silně ublíží, narušují vztahy v rodině seniora a nemotivují k větší aktivizaci. Z pocitu zklamání, odporu či hněvu senior upadá do beznaděje a pasivity nebo se stává agresivním k sobě i svému okolí. Odmítá jakékoliv snahy o pomoc. Jednou ztracená důvěra se těžko získává zpět. Při vyrovnávání se s touto novou skutečností se obrací nenávist proti lékaři.

Umístění do nemocnice staří lidé chápou jako přechodné, doufají, že se jejich zdravotní stav natoliklepší, že se budou moci vrátit domů. Někdy ja tato naděje marná. Přesto se téma smrti stává aktuálnější a častější. „ Staří lidé, kteří už nemají tak velkou potřebu smrt popírat, event. pokud už to vzhledem k realitě není možné, o ní častěji mluví.“ (Vágnerová, Vývojová psychologie, 2000, str. 503) Člověk dlouhodobě hospitalizovaný má vyčerpanou výdrž a trpělivost. Snadnějí podléhá negativním emocím a my se přesto snažíme atmosféru udržovat v mezích přívětivosti, ochoty, opravdového zájmu o jeho osobu. Významným způsobem zde vstupuje do hry faktor přirozené autority lékaře, srozumitelnost jeho projevu, ale také schopnost naslouchat a empaticky vystupovat vůči nemocnému.

Konfliktním situacím s nemocným a jeho rodinnými příslušníky lze předcházet včasnou spoluprací a jejím upevňováním a prohlubováním, čímž omezujeme izolaci seniora, pomáháme v rozvoji aktivit rodiny. Postupy této systematické péče nelze zobecňovat, ale přizpůsobovat individuálně podle rodinných poměrů. Ucelenou prací s příbuznými můžeme předcházet sociálním problémům seniora po propuštění z nemocnice.

2.3 Domov pro seniory

„Jde o příliš velkou změnu pro křehké tělo starce či stařeny a měli byste dlouho váhat, než vynesete takové rozhodnutí.“ (Hovorka, Cesta do stáří aneb dopisy i pro mladé, 1980, str. 201)

Rozhodnutí dospělých dětí umístit rodiče do domova pro seniory vnáší do rodin uklidnění, ovšem neuvědomují si následky pro své rodiče. Pro seniora tato změna není pouze změna bydliště, ale životní změna, která se projeví zejména v oblasti duševní. Naplno se projeví adaptační schopnosti starého člověka. Musí se ve velmi krátkém čase naučit žít v jiném prostředí, s jinými lidmi, dodržovat jiný řád. Příbuzní, kteří dříve seniora v domácnosti navštěvovali pravidelně každý týden, dochází do domova velmi sporadicky. Rodina očekává, že zařízení převezme veškerou péči. Senior se cítí odložený, osamělý, zrazený, podváděný, mnohdy i uražený. Pokud blízcí přijdou na návštěvu často slyší od seniora výčitky nebo stížnosti na personál. Má falešnou naději, že jej blízcí vezmou zpět domů. Rodinní příslušníci mohou personálu vyčítat málo ochoty a zájmu, naprosto věří seniorovi, aniž by si vyslechli argumenty personálu. Pokud má rodina pocity viny ve chvílích, kdy umisťuje seniora do domova, může se tato vina přeměnit v agresivitu vůči zaměstnancům domova.

V rámci stanoveného řádu je nezbytná určitá kontrola nad chováním obyvatelů domova pro seniory. Řád má zajišťovat bezpečí obyvatel. Může být ovšem stanoven tak, že nadbytečně omezuje.

V domově pro seniory se senior dostává do situace, kdy kontrolu nad jeho životem z velké části přebírá instituce. Jsou ohroženi ztrátou soukromí, musí se přizpůsobovat časovému rozvrhu - době podávání stravy, době provádění hygieny i době návštěv. Někteří senioři nejsou schopni svou vůli projevit, jiní svůj postoj prosazují velmi rázně, čímž sobě mohou i ublížit. Pokud pracovník domova trvá energicky na dodržování pravidel vzniká problém, který senior může vnímat jako ztrátu autonomie. Tento problém se přenáší i na ostatní obyvatele a na zaměstnance. Někteří pracovníci se chovají tak, jako kdyby klient nebyl autonomním

jedincem. Jsou si plně vědomi, že senioři jsou odkázáni na jejich péči, proto svého nadřazeného postavení mohou zneužívat. S takto oslabeným klientem mohou manipulovat bez omezení. Seniora se nemá kdo zastat, protože velmi často jsou senioři umístováni podle nemohoucnosti.

Důležité je připomenout, že pobyt klienta v domově není časově omezen. Z tohoto důvodu může docházet ze strany klienta nebo personálu až k „ponorkové nemoci“. Při dlouhodobém soužití malých skupin lidí v uzavřeném prostředí se mezilidské vztahy mohou postupně narušit i nevýznamnými událostmi.

Hádky o porce jídla u stolu v jídelně, večer v pokoji rozsvícené světlo a podobně. Tyto situace se týkají vztahů mezi seniory navzájem. O těchto problémech ošetřující personál nemusí mít žádnou povědomost.

Velký problém můžeme spatřovat v domovech v menších městech, kde není možnost anonymity. Lidé se znají po desetiletí a náhle se setkávají v jedné místnosti, například dříve velmi uznávaný lékař a jeho bývalý pacient, nyní mají stejné sociální role. Může docházet ke konfliktům, které musí řešit personál stěhováním klientů a podobně. Příbuzní mohou mít pocit, že jejich maminka nebo tatínek dělají ostudu a vyvolávají konflikty záměrně.

Senior ztrácí sociální oporu u svých nejbližších. Výčitkami nebo naopak bagatelizováním mu nepomohou zvládat zátěž spojenou se změnou životní situace.

Praktická část

Na základě teoretických poznatků o snahách zajišťování kvalitního života seniorů a charakteristice možných druhů péče, můžeme konstatovat, že institucionalizované prostředí vytváří mnoho situací a vlivů, které zásadně mohou ovlivňovat až zabraňovat uspokojování psycho – sociálních potřeb seniora.

Cílem mého šetření bylo zmapovat, jaké příčiny mají vliv na umístění seniora do léčebny dlouhodobě nemocných a do domova pro seniory.

Zvolila jsem šetření kvalitativního charakteru, použila jsem následující techniky a metody: nestrukturovaný rozhovor se seniory a jeho příbuznými, nestrukturované pozorování nemocného seniora a příbuzných při komunikaci.

Hlavním cílem použitých metod bylo zjišťování postojů a jednání, porozumět člověku. Základními rysy jsou dlouhodobost, intenzivnost, podrobný popis. Hlavními složkami jsou údaje – informace pocházející z různých zdrojů, nejčastěji z rozhovoru a pozorování. Pomocí analytických a interpretačních postupů docházíme k vytváření závěrů.

Rozhovory jsem volila nestrukturované, vzhledem k omezeným možnostem nemocných seniorů. Důležitá byla zejména trpělivost a atmosféra důvěry. Tempo rozhovoru jsem volila možnostem seniora, délku hovoru na aktuální kondici seniora. Rozhovor jsem vedla tak, abych co nejméně manipulovala respondenty a maximálně respektovala přirozený systém znalostí, zkušeností, postojů a pocitů seniora. Proto jsem délku hovoru nelimitovala. Délka individuálně kolísala v intervalech 10 – 25 minut. Kratší se nevyskytly, delší než 25 minut jen vyjíměčně.

1. Charakteristika místa šetření

Svá šetření jsem prováděla v nemocnici v Ivančicích na interním oddělení v období březen 2010 – březen 2011, se souhlasem primáře interního oddělení.

Personál interního oddělení pečuje o pacienty dospělého věku s akutním onemocněním, zasahující nejrůznější systémy organismu. Dále zajišťuje péči o nemocné, kteří vyžadují dlouhodobou ošetrovatelskou péči a čekají na umístění do léčebny dlouhodobě nemocných.

Respondenty pro moje šetření byli tři senioři, jejich příbuzní- čtyři ženy, tři muži. Kazuistiky jsem zpracovala u těchto seniorů – žena 85 let, žena 99 let, muž 91 let. Ve zpracování kazuistik se zabývám rodinnou anamnézou, potom samotným případem seniora. Jeho příchodem, pobytem i odchodem z nemocnice. V kazuistice č.3 jsem seniorku navštívila s časovým odstupem za 5.měsíců po příchodu do domova pro seniory.

2. Kazuistika č. 1

Žena, paní K. 85 let, dříve švadlena, nyní ve starobním důchodu. Byla přivezena na standartní interní oddělení z jednotky intenzivní péče z Brna, ve velmi vážném zdravotním stavu.

Při příjezdu byla orientovaná místem i osobou, nikoliv časem. Snažila se spolupracovat i přes rozrušení a plačtivost. Následkem cévní mozkové příhody byla náhle imobilní, odkázaná na péči jiné osoby. Během dne se uklidnila. Z rozhovoru jsem zjistila, že je vdaná, žije s manželem v bytě. Veškerou péči o domácnost zajišťovala zejména ona. Její dvě dcery je pravidelně navštěvovaly. Cévní mozková příhoda ji postihla před třemi dny, po návratu domů z nákupu. Do Brna ji přivezla rychlá lékařská pomoc, kterou zavolal její manžel.

Žena se poměrně rychle zotavovala, postupně se její zdravotní stav zlepšil, aktivně rehabilitovala na lůžku a za pomoci fyzioterapeutky i v chodítku. Vzhledem k výraznému zlepšení stavu a vůli rehabilitovat byla snaha ze strany lékařů zajistit překlad na rehabilitační oddělení. Po konziliárním vyšetření nebyl překlad na lůžko rehabilitačního oddělení doporučen, byl indikován překlad do léčebny dlouhodobě nemocných. 10. den hospitalizace byla s rodinou konzultována eventuální dimise (propuštění do domácího prostředí) pacientky. Zde však rodina nemohla zajistit intenzivní ošetrovatelskou péči. Po domluvě s rodinou byl objednáno překlad do léčebny. Poté, co se o této skutečnosti dověděla pacientka od lékaře, došlo rapidně během jednoho dne k výraznému zhoršení zdravotního stavu. Pacientka náhle nemohla polykat, nezvládala ani sed na lůžku, fyzioterapeutka zajišťovala pouze pasivní cvičení na lůžku. Pacientka odmítala sedět v křesle, byla výrazně negativistická, depresivně laděná. I přes každodenní návštěvy jejích dcer a manžela již nedošlo k zásadnímu zlepšení zdravotního stavu.

Na interním oddělení byla hospitalizována 27 dní. Následoval překlad do léčebny dlouhodobě nemocných. Zde žena za 6 měsíců zemřela.

Pozorování

Pozorování jsem prováděla v doporučené době návštěv. Zejména jsem zjišťovala, jakým způsobem reagují dospělé dcery na matčin stav, chování a jednání manžela a reakce nemocné ženy na blízké. **1. den pobytu** nemocné vstupují do pokoje dvě ženy, přichází opatrně k lůžku, rozhlíží se na ostatní pacientky na pokoji. S vážným výrazem ve tváři mluví na pacientku, ta začíná plakat. Ženy nad pacientkou stojí, občas ji pohladí. Jedna z žen vychází z pokoje na chodbu. Návštěva trvala 45 minut. **3. den pobytu** přichází manžel spolu s jednou z dcer, usmívají se, všichni hovoří. Pacientka je veselá, ukazuje, jak sama cvičí s končetinami, rodina pacientce nabízí kompotované ovoce. Návštěva trvala 2 hodiny. **5. den pobytu** v nemocnici přichází manžel a obě dcery. Společně upravují věci v nočním stolku, nemocná sedí podepřená polštáři na lůžku živě spolu hovoří, po 30 ti minutách vstupuje do pokoje mladý muž a srdečně se s pacientkou zdraví. Návštěva všech trvala 95 minut v srdečné atmosféře. **9. den pobytu** přichází manžel v klidu spolu hovoří, manžel drží nemocnou po celou dobu návštěvy za ruku. Návštěva trvala 50 minut. **11. den pobytu** přichází obě dcery, ve tváři mají velmi vážný výraz, maminku zdraví. Ta jim neodpovídá a začíná plakat, dcery se snaží ženu uklidnit, ale s malým výsledkem. Po 20 ti minutách odchází. **14. den pobytu** přichází mladý muž, nese řezané květiny. Pacientka jej sleduje, občas promluví bez výrazné gestikulace. Mladý muž si sedá k pacientce na lůžko a vypráví ženě, ta poslouchá, občas jej pohladí po ruce. Návštěva trvala 40 minut. **15. den pobytu – 21. den pobytu** přichází pouze manžel. Spolu s pacientkou mnoho nevypráví, manžel ji hladí po ruce. Žena nemá zájem o aktivní pohyb, pasivně leží na lůžku. Občas promluví velmi strohé věty. Tyto návštěvy trvají 50 -60 minut denně. **23. den pobytu** přichází dcery, opatrně nahlédnou do pokoje a jdou dále. Maminku zdraví, políbí na čelo. Žena neodpovídá, jen pootočí hlavu. Dcery usedají na židli vedle lůžka a snaží se maminku rozebrat, hladí ji, usmívají se. Nemocná odpovídá stroze, bez zájmu. Do pokoje vstupuje personál k provedení hygieny pacientek. Dcery, aniž by byli vyzvány se rychle rozloučí a odchází. Návštěva trvala 20 minut, přestože nebyli vyzváni k ukončení návštěvy. **24. den pobytu - 26. den pobytu** přichází pouze manžel, usedá na židli vedle lůžka nemocné, potichu vypráví a žena se občas usměje. **27. den pobytu** je nemocná žena přeložena do léčebny dlouhodobě nemocných bez přítomnosti rodiny.

Rozhovory

Rozhovory vedené s nemocnou seniorkou :

Rozhovor v den přijetí nemocné:

tazatelka: „ Dobrý den, paní K., copak se přihodilo?“

paní K: „ Dobrý sestřínko, podívejte, jaký je ze mě teď lazar. Přišla jsem domů z nákupu, dělalo se mi mdlo a už to bylo...“

tazatelka: „ Paní K., jak se cítíte?“

paní K: „ No, tak všelijak, hlavně, že jsem blíž k domovu. Naši za mnou můžou každý den. To jsem zvědavá, jak to náš taťka doma zvládá. Ale holky mu pomůžou. V Brně za mnou nebyl, taková dálka. A já tady ležím a nic nemůžu.....“ (žena pláče)

tazatelka: „ Holky jsou vaše dcery?“

paní K: „ Jo, mám dvě. Už se těším, jak zdřímnu, ta cesta mi dala co proto.“

tazatelka: „ Nebudu vás rušit. Nashledanou.“

Rozhovor 5. den hospitalizace:

paní K. : „ Jé, sestři, vy jste se přišla za mnou podívat. Zítra zkusíme s rehabilitační chodítko. Trochu se bojím, ale ona mi pomůže. Chci být brzy fit, copak by ten děda doma dělal sám. Holky se o něj nemůžou porád starat.“

tazatelka: „ Dobrý den paní K, koukám, jak vám to jde. Udělala jste kus práce, ale ještě je před vámi kus cesty. Dnes jsem přišla, abych se vás zeptala, jestli přemýšlíte nad tím, kdo vám první dny po propuštění doma pomůže?“

paní K. : „ To víte, že na to myslím, ale já budu taťkovi říkat, co a jak. A jak odpoledne přijdou holky, tak nám pomůžou, co bude třeba. My jsme skromní, neotravujeme, když to není nutné. I vnuk pomůže, dívejte jakou kytku mi dnes přinesl. Jsou na nás hodní.“

tazatelka: „ Víte, že budete nějaký čas potřebovat ještě ošetřovatelku, než se úplně rozchodíte?

paní K. : „ Ale to víte, že jo. Sousedka ji taky měla. Už jsem říkala taťkovi, ať se ji zeptá, kde se to vyřizuje. A taky kolik to stojí. Jo, dneska není nic jen tak“

tazatelka: „ Paní K., jsem ráda, že o tom přemýšlíte. Nezapomeňte na pomůcky, které vám tady usnadňují pohyb.“

„Až příště přijdu, mohu vám poradit. Nashledanou.“

Rozhovor 8. den hospitalizace :

tazatelka : „ Zdravím vás, paní K. Jak se daří? Slyšela jsem, že děláte pokroky.“

paní K.: „ Dobrý den, sestři, nejde to tak rychle jako zpočátku, ale bojuju, mě jen tak něco nepoloží. Mám tady ten seznam, schovaný v šuplíčku, mrkněte jestli jsme s taťkou na něco nezapomněli. Vypadá to, že mě co nevidět pustí. Dnes tady byl za mnou doktor z rehabilitace. Až to řeknu holkám, to budou koukat.“

tazatelka: „ Paní K. vědí dcery, že se tak brzy chystáte domů?“

paní K.: „Já myslím, že jo. Včera s nimi paní doktorka mluvila. Jen jsem je zahlídla na chodbě, když odcházeli.“

tazatelka: „ Jak přijdou, tak vám jistě řeknou, co se dověděli nového. Seznam máte perfektní, chválím vás. Mějte se hezky. Určitě za vámi ještě přijdu.“

Rozhovor 12. den hospitalizace:

tazatelka: „ Dobrý den paní K., jak se cítíte?“

paní K.: „ Sestři, já jsem tak nešťastná, naši mě doma nechtějí, mám jít na léčebnu, dyť tam umřu, všichni tam umírají, to je to se mnou tak špatný? Taťka by se postaral, všechno bylo naplánovaný. I na tu pečovatelku se na obci ptal. Teď je všechno marný.....“ (žena pláče)

tazatelka: „ Dcery se nemohou o vás postarat?“

paní K.: „ Můžou, ale nechcou. Co vám budu povídat.....“

„ Nějak mě opustila nálada, raději běžte, ať se kolegyně nezlobí, že si se mnou tady povídáte.“

Od tohoto 12. dne je seniorka stále více pasivní, přestává s personálem komunikovat. Odmítá jakékoliv hovory na jakékoliv téma.

Rozhovory vedené s manželem seniorky :

Rozhovor vedený 3. den hospitalizace :

tazatelka: „ Dobrý den, pane K., jmenuji se sestra Katka, jdu se vás zeptat, jak se má manželka?“

pan K. : „ Dobrý den, manželka je spokojená, že je tady u vás. To víte, pro mě je Brno strašný, já vocad' vždycky dojedu naprosto zbitej, ani za manželkou jsem nebyl, když ji tam odvezli. Holky mě dnes přivezli, to víte autobusem si netroufnu. Doufám, že tady dlouho nebude a brzy ji pustí domů. Co myslíte, pustí ji brzo?“

tazatelka: „ Pane K., propuštění závisí na mnoha okolnostech. To vám dnes asi nikdo neřekne.“

„Záleží, jak rychle se manželka postaví na nohy, aby mohla být doma aspoň Trochu samostatná. „

pan. K.: „ Sestři, to já ji pomůžu. My sme jedna duše, jedno tělo. Holky taky pomůžou. Jak nebude mít ty kapačky, tak se puđu paní doktorky zeptat, sousedka měla doma nějakou pomocnici od úřadu, tak se tam puđu zeptat co a jak.“

tazatelka : „ Dobře, zjistěte si na úřadu co a jak, promluvte si s dcerami, protože jejich pomoc bude naprosto nezbytná. Ve vašem případě je ještě možnost pomoci cestou domácí péče. Pokud by šla vaše paní domů, mohli bychom ji objednat, aby chodili za vaší paní domů, pokračovat v rehabilitaci. Zpočátku dvakrát denně, potom jednou denně. Záleží, jestli by z vaší strany byl zájem. Domácí péče je bezplatná. Pokud by jste měli doma problém s ošetřováním, tak se sestřičky můžete zeptat na cokoliv.“

pan K. : „ Teda sestři, to je něco.....takový rady, to je k nezaplacení. No to já s holkama doma proberu. U maminy ne, nebudu ji rozrušovat. Už tak je toho na ni moc.“

tazatelka : „ Dobře, kdyby jste se na cokoliv chtěli zeptat, nebylo vám něco jasné, klidně se na mě obraťte. Ráda jsem vás poznala. Hezký den. Nashledanou.“

pan K. : „ Díky za všechno, zatím nashle. Já se vám určitě ozvu.“

Rozhovor vedený 9. den hospitalizace:

pan K. : „ Dobrý den sestři, jdu za vámi.....tak je to špatný, holky mamku doma nechcou. Ani za vámi dneska nechtěli. No nutit je nemůžu, ale je to rána pod pás. Teda, jak já to té naší mamce řeknu. To bude těžká chvílka, pro nás pro oba. Chtějí ji dát do ústavu. Takle nás rozdělit.....no, je to těžký....“

tazatelka : „ Jsem ráda, že vás zase vidím. Ale to není radostná zpráva. Nevzdávejte to. Lékařka bude s dcerami ještě mluvit, zkusíme najít schůdné řešení. Pokud

dcery změni názor, hned se ozvěte. Chcete se na něco zeptat?“

pan K. : „Já ani nevím, na co bych se teď ptal, ale jste hodná. Vám já můžu věřit. Vidíte nakonec vás zklamou nejbližší.....tak já utíkám za mamkou, už se na ni těším.“

tazatelka : „Nashledanou.“

Rozhovor vedený 19. den hospitalizace:

tazatelka: „Dobrý den, pane K., jak se máte? Dlouho jsem s vámi nemluvila.“

pan K. : „Dobrý den, sestři, no to víte, dobrý to není. Mamka na tom není dobře. Nemluví, myslím to vzdala. Nemůžu ji z toho dostat, tak sedím u ní, nemůžu ji pomoci. Stáří přišlo. Proti tomu není obrany. Čeká na tu léčebnu, ale jak se tam může rozcvičit, když tady nechce. To je konec, to vám povídám. Dcery ani nejdou sem, hanba jim to nedovolí. Doma mi pomůžou, ale je to špatný.“

tazatelka: „Jste moc hodný, že jste za mnou přišel. Já vím, že to není dobré. Pokud dcery nepřijdou, můžeme jim zatelefonovat, ale abych pravdu řekla, taková situace se telefonicky řeší špatně. Zkuste jim domluvit, ať chodí na návštěvy. Vaši paní potěší určitě jejich přítomnost. Třeba to jen nedá najevo.“

pan K. . „Dobře, zkusím to. Jste laskavá, tohle jsem potřeboval slyšet. Zatím nashledanou.“

Rozhovory vedené s dcerami seniorky :

Rozhovor 10. den hospitalizace matky:

tazatelka: „Dobrý den, jsem sestra Katka. Přišla jsem za vámi, zda by jste mi mohli odpovědět na pár otázek souvisejících s péčí o vaši maminku po propuštění z nemocnice. Nezdržím vás dlouho. Mohu se zeptat, co vás vede k rozhodnutí nevzít maminku domů, ale umístit do léčebny?“

dcera č. 1. : „Jistě sestři, ani pro nás toto rozhodnutí není jednoduché. Ale nemůžeme se strarat o oba, to prostě nejde. Taťka hodně zapomíná, občas zaškobrtne.. Copak mohou zůstat sami doma bez dozoru? Na taťku nám dohlíží soused, když jsme v práci, odpoledne si ho já nebo tady sestra bereme domů. A na noc ho vozíme zpět.“

dcera č. 2 : „To vážně nejde, taťka byl na obci kvůli pečovatelce, ale ta nepomůže s mamkou.“

Maximálně nachystá obědy na talíře a to tat'ka taky zvládne.“

tazatelka: „Slyšeli jste někdy o domácí péči?“

dcera č. 2 : „Jo, to říkala ta pečovatelka,ale my potřebujeme někoho na celý den k mamce.“

„Nemůžeme zůstat doma z práce. Je nám přes padesát, jestli dáme výpověď nikde nás potom už nevezmou.Mamce je přes osmdesát let, jak dlouho tady může ještě být.....“

dcera č. 1 : „no to je pravda, máme je rádi, ale to si nemůžeme dovolit. To prostě nejde.“

tazatelka: „Já vám nic nevyčítám, to jsou velmi pádné argumenty. Děkuji vám za váš čas.“

„Nashledanou.“

dcera č. 1 : „Nashledanou, ale raději někde jinde.“

dcera č. 2 : „Nashle.“

Rozhovor vedený 23. den hospitalizace:

dcera č. 2 : „Dobrý den, sestří, jak na tom mamka je? Tat'ka říkal, že je to nějaký špatný.

Dlouho jsme tady nebyly, tat'ka chodil každý den. Vozil ho soused. Kdy mamka půjde na tu léčebnu, tam se určitě zlepší.“

tazatelka : „Dobrý den, na zdravotní stav se zeptejte lékařky. Já jsem si všimla, že maminka je horší od té doby co se dověděla, že půjde na léčebnu. Počítala s tím, že půjde domů. Hodně na vás spoléhala. Nechcete vaše možnosti ještě jednou probrat?“

dcera č. 1 : „Mluvila jsem doma s manželem, vzali bychom ji k nám domů. Jenomže tak na týden, na dva. Ale sama vidíte, že to je na dlouho, jestli ne napořád.

V práci by mi dali na 14 dní neplacené volno, ale co pak?“

dcera č. 2 : „...no mě teda volno nedaj, leda bych dala výpověď, to říkala šéfka, že by mě pustila dohodou, ale v domácnosti jen tak být nemůžu, nevyšli bychom s penězi.“

dcera : „A nepočítá se to do důchodu, tak bohatí nejsme“

tazatelka : „Jsem ráda, že jste nad tím doma znovu uvažovali. Zkuste tyto argumenty mamince vysvětlit, ale nakolik je pochopí to vážně nevím.

Tak dobře vaši maminku neznám. Nashledanou.“

dcera č. 1 : „Nashledanou a děkujeme.“

dcera č. 2 : „Nashledanou, zkusíme to.“

Shrnutí a dílčí závěr

Chováním a jednáním seniorky zpočátku vidíme úspěšný proces adaptace na novou skutečnost, kterou je náhlé upoutání na lůžko a nesoběstačnost. Velkou oporou je v jejím případě manžel, který se velmi aktivně zapojil do příprav na příchod manželky po propuštění z nemocnice. Zásahem dcer dochází k radikální změně situace. Ztráta motivace paní K. byla důležitý faktor zabraňující úspěšné adaptaci. Odmítnutí blízkých postarat se o maminku v domácím prostředí hodnotil velmi negativně i její manžel. Rozhodnutí o umístění seniorky do léčebny nebylo zpočátku zpochybněno. Dcery rozhodnutí učinili hned na místě v nemocnici, situaci s manželem nemocné seniorky neřešili. Po uskutečněných rozhovorech můžeme sledovat jistý posun. Doma situaci znovu rozebrali se svými nejbližšími, zjišťovali možnosti v zaměstnání. Můžeme konstatovat, že dcery měli zájem situaci řešit. Z rozhovorů vyplynula ovšem podstatná skutečnost. Nejdůležitější faktor rozhodnutí o umístění maminky do léčebny se ukázala finanční situace. Ani jedna z dcer neargumentovala nedostatkem prostoru ve své domácnosti, neargumentovala nedostatkem času.

Zodpovědnost za nemocnou seniorku převzaly dcery, přestože s jejich rozhodnutím seniorka nesouhlasila. Tímto došlo k významné až absolutní ztrátě autonomie. Svým negativním postojem dala sama žena jasně najevo, že s rozhodnutím nesouhlasí. **Kvalitu života ženy můžeme hodnotit jako velmi nízkou.** Rozhodnutí dcer významně negativně ovlivnilo kvalitu života nejen nemocné seniorky, ale i jejího manžela. Objektivní realita se výrazně lišila od subjektivního hodnocení samotnou seniorkou.

Kazuistika č. 2

Muž, pan A., 91 let, ženatý, dříve elektromontér, nyní ve starobním důchodu byl přivezen z domu pro náhlé celkové zhoršení zdravotního stavu. Při přijetí ležící, při vědomí, orientovaný místem, časem i osobou. Během hospitalizace však nedochází v důsledku stanovené diagnózy k výraznému zlepšení fyzické kondice. Po týdnu byl propuštěn domů, na žádost rodiny.

Po 18 ti dnech byl hospitalizován opět. Tentokrát s defektem na dolní končetině, způsobeným nedostatečnou ošetrovatelskou péčí v domácím prostředí. Při přijetí ležící, neschopen pohybu bez pomoci, orientovaný, snaží se spolupracovat. Z rozhovoru jsem zjistila, že o něj doma pečuje manželka, které je 80 let, odpoledne potom přijíždí dcera s přítelem a pomáhají manželce. Veškerou péči zajišťuje pouze rodina, bez asistence pečovatelky nebo domácí péče.

Během 1.rehospitalizace, trvající 9 dní, se defekt částečně zhojil. Další pobyt v nemocnici nebyl nezbytný, proto po domluvě s rodinou byl senior propuštěn domů. Během návštěv byla manželka informována o možnosti využití agentury domácí péče. O tuto péči paní projevila zájem. Po propuštění docházela pracovnice domácí péče k panu A. domů obden a defekt převazovala.

Po 30 ti dnech byl pan A. opět přivezen zpět do nemocnice, kde po 4 dnech hospitalizace zemřel obklopen svými nejbližšími.

Pozorování během 1.rehospitalizace

Pozorování jsem prováděla denně, v době návštěv. Zejména jsem zjišťovala, jakým způsobem reagují blízcí na mužův stav, chování a jednání manželky a reakce nemocného muže na blízké. **1. den pobytu** nemocného přichází manželka. V prostředí nemocničního pokoje se orientuje velmi dobře, je sebejistá, ošetřující personál zdraví srdečně, bez ostychu. Manžela políbí, nabízí mu ovoce. Muž klidně leží, povídají si o všedních věcech. Muž je spokojený, občas se usměje. Návštěva manželky trvala 105 minut. Ode dveří při odchodu mává manželovi, usmívá se. **2. den pobytu** přichází manželka s dcerou a jejím přítelem. Zdraví hned ode dveří, usedají na židle kolem lůžka, všichni nemocného občas pohladí.

Nabízí mu jídlo. Nemocný se usmívá, není hovorný. Atmosféru v nemocničním pokoji nenaruší ani příchod lékařky. Návštěva trvala 80 minut. **3. den pobytu přichází** manželka, nese kelímek s kávou. Muž ji mává ke dveřím. Muž popíjí kávu, žena jej hladí po ruce. Manželka muže oholí, opět si povídají. Návštěva trvala 90 minut. **4. den pobytu přichází** dvě dcery s manželkou, jdou uvolněně, hned ode dveří nahlas zdraví. Muž mává ke dveřím. Tlumeně hovoří, občas muže pohladí, usedají na židle kolem lůžka. Návštěva trvá 60 minut. **5. den pobytu přichází** manželka s dcerou. Krmí muže, nabízí mu tekutiny, povídají si. Po dvaceti minutách přichází přítel dcery, zdraví se podáním ruky s mužem na lůžku. Přisedá na židli vedle lůžka. Všichni si povídají, muž všechny pozoruje v naprostém klidu. Návštěva trvala 90 minut. **6. den pobytu přichází** přítel dcery, muže oholí, nabízí mu tekutiny. Po krátkém hovoru odjíždí. Návštěva trvala 30. minut. **7. den pobytu přichází** dcery, usedají k lůžku, muž je drží obě za ruce, povídají si. Jedna dcera muže krmí, občas nabízí tekutiny, druhá dcera odchází. Po chvíli jde zpět, nese 3 kelímky s kávou z automatu. Po vypití kávy obě dcery odchází, mávají ode dveří, usmívají se. Návštěva trvala 90. minut. **8. den pobytu přichází** manželka, objímá muže na lůžku a políbí ho. Usedá na židli vedle lůžka, přichází lékařka, s oběma hovoří. Manželé se na sebe usmívají. Lékařka odchází z pokoje. Manželé spolu krátce hovoří a žena odchází, ode dveří mává. Návštěva trvala 45 minut. **9. den pobytu** je muž propuštěn do domácího ošetřování.

Rozhovory

Rozhovor s manželkou nemocného seniora:

Rozhovor vedený v den přijetí seniora:

tazatelka: „Dobrý den, paní A. Copak se doma přihodilo?“

paní A: „Dobrý den sestři, představte si muž má na noze nějakou ránu a paní doktorka mi říkala, že je to otláčené z toho ležení. No flikovali jsme to doma všelijak, to víte jsem s ním většinou sama. Odpoledne přijede dcera s přítelem, potom se starají oni. Ale dlouho to nevydržíme.“

tazatelka: „Slyšeli jste někdy o agentuře domácí péče?“

paní A.: „Jasně. To chodí pečovatelky pomáhat, ale kdo by k nám přijel. Vždyť nejsme sami.“

tazatelka: „Já mám na mysli odbornou zdravotnickou pomoc, manželovi by ošetřili nohu a vy by jste měla možnost se na cokoliv zeptat. Nic by vás tato péče nestála.“

paní K.: „Jejda sestři, no to by bylo vážně dobrý. Tak nám to zařídíte? Nebo mám na nějaký úřad skočit sama?“

tazatelka: „Nikam nemusíte, všechno vyřídíte u nás na oddělení. Než bude muž propuštěný, vše domluvíme.“

paní K.: „Moc vám děkuji, škoda, že to nešlo už minule. Třeba by tady teď nemusel zůstat. Nashledanou.“

tazatelka: „Nashledanou.“

Rozhovor vedený 6. den hospitalizace s přítelem dcery:

muž: „Dobrý den, sestro já jdu za vámi ohledně pana A. Jsem přítel jeho dcery a mamka mi minule říkala, že s vámi mluvila o domácí péči. Díval jsem se na internet a to bysme chtěli. Mamka by nebyla s tatškou celé dopoledne sama. Jsme rádi, že jste o tom mluvila. Mamka má víc elánu, už aby byl tatka zase doma. Těšíme se na něj.“

tazatelka: „Jsem ráda, že jsem pomohla. Na propuštění se musíte domluvit s lékařkou.“

muž: „To domluví ženský, já jsem jen vyběhl kvůli holení. Mějte se a děkujem. Nashle....“

tazatelka: „Nashledanou.“

Rozhovor vedený s panem A. 8. den pobytu:

tazatelka: „Dobrý den pane A., jdu se podívat jak se vám daří. Jak se máte?“

pan A.: „Jo, jde to. Prý zítra jdu domů, tak je to dobrý. Babička je šikulka, já vím proč jsem s ní 60 let. To je co? Ta všechno zvládne.“

tazatelka: „Mějte se doma hezky, ať se vám daří.“

pan A.: „Doma je to výborný, všichni mi pomáhají.“

tazatelka: „Nashledanou.“

Shrnutí a dílčí závěr

Z pozorovaného chování i rozhovorů vyplývá, že v rodině fungují na velmi vysoké úrovni interpersonální vztahy. Senior má zajištěný v rámci rodiny vysoký stupeň kvality života. Blízcí neprojeví při rozhovorech negativní emoce, neprojeví snahu umístit seniora do jakéhokoliv institucionalizovaného zařízení.

Senior má i přes nepříznivý zdravotní stav zachovanou vysokou kvalitu života,

má pevné rodinné zázemí. Má naprostý pocit jistoty a bezpečí. Odpovědnost za svůj život delegoval na blízké. Objektivní pozorovaná realita se shoduje se subjektivními pocity seniora.

Kazuistika č. 3

Paní P., 99 let, vdova, dříve pomocná síla ve škole a v nemocnici, nyní ve starobním důchodu. Byla přijata do nemocnice po pádu doma a následném strádání v důsledku nemožnosti přivolat pomoc. Po pádu byla nalezena až za 3 dny ošetřovatelkou. Při příjezdu byla při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou. Cítila se velice zahanbeně, že je znečištěna. Ochotně po celou dobu hospitalizace spolupracovala, příjemná ke každému, k personálu i ostatním pacientům. Velice rychle zvládla úspěšně rehabilitaci a během týdne byla opět ve své dlouhodobé kondici. Chtěla se vrátit do svého bytu v panelovém domě, kde ji nákupy obden obstarávala pečovatelská služba. Vařila si sama, péči o osobní hygienu také zvládala sama. Každý týden přijížděl do jejího bytu syn s manželkou na návštěvu a provést větší úklid. Po epizodě pádu doma, již seniorce neumožnili návrat do domácího prostředí. Seniorka byla donucena rodinou k pobytu v léčebně dlouhodobě nemocných a následně umístěna do domova pro seniory. Neměla možnost vybrat si sama osobní věci, které si odstěhuje sebou. Neměla možnost výběru domova pro senior. Syn se snachou vše zařídili i přes opakovaný protest seniorky.

Seniorka byla umístěna po dobu 6 ti měsíců v léčebně a následně přemístěna do domova pro seniory. Zde oslavila významné životní jubileum 100 let.

Pozorování

Na návštěvu přichází **6. den pobytu** syn se snachou. Po vstupu na pokoj chvatně vybalují hygienické potřeby, pochutiny, krátce s paní P. hovoří a odchází. Seniorka pláče. Návštěva trvala 6 minut. **10. den pobytu** přichází opět syn se snachou, usedají na židle vedle lůžka seniorky. Krátce spolu všichni hovoří. Snacha se rozhlíží po pokoji, potom přistupuje k oknu a dívá se 15 minut z okna. S paní P. hovoří pouze syn. Paní P. si opakovaně prohlíží snachu stojící u okna. Syn paní P. objal a se snachou odchází. Návštěva trvala 25 minut. **11.den pobytu** je seniorka přemístěna do léčebny dlouhodobě nemocných. Bez přítomnosti rodiny.

Rozhovory se seniorkou:

Rozhovor vedený v den přijetí.

tazatelka: „Dobrý den paní P, copak se přihodilo?“

paní P. : „Dobrý den, představte si v pátek jsem vyprovodila pečovatelku a jak jsem šla ode dveří, tak jsem vám najednou škobrtla o nožku skříňky v předsíni a svalila jsem se do obýváku na zem. Nic mě nebolelo, ale stoupnout mi nešlo. Dívejte na mé kolena, ty to dostali, jak jsem se snažila postavit, pořád dokola, tak jsem si je o koberec spálila. O pomoc jsem volala a pak ležela a modlila se ať už je konec...“

tazatelka: „Vy bydlíte sama?“

paní P.: „Ano, ale pečovatelka pravidelně chodí na nákupy, syn přijíždí každý týden uklidit. Manžela už dlouho nemám. Však dnes mě našla pečovatelka, ještěže má klíče.“

tazatelka: „Bydlíte v domku nebo na sídlišti v bytě?“

paní P.: „V bytečku, topení mám, vodu. Pro mě je to výborné. O nic se nemusím starat. Doufám, že budu brzy doma, ale teď si ráda odpočinu. Myslíte, že mě sestřičky vykoupou? Je mi hanba. Dva dny, dvě noci jsem tam v tom ležela.“

tazatelka: „To víte, že vás celou dají do pořádku, nemusíte mít obavy. Přeji vám, ať jste brzy fit. Já za vámi ještě přijdu.“

paní P.: „Děkuji sestři. A určitě se zastavte, s vámi se hezky vykládá.“

Rozhovor vedený 6. den hospitalizace:

tazatelka: „Dobrý den, paní P. Jak se máte? Už máte lepší barvu, tvářičky růžové, sluší vám to.“

paní P: „Sestřínko, vy jste přišla. Nevíte co naši? Ještě tady nebyli. Čekám, až přijdou, abych se s nimi domluvila. Musí vyhodit ten koberec z pokoje. Víte, jak jsem na něj spadla. Mohla bych brzy domů, tak asi sanitkou. Mám tady číslo na pečovatelku, ta by přišla hned ten den. Třeba i odpoledne, aby mi nakoupila.“

tazatelka: „Myslíte vaše děti?“

paní P: „Ano, syn s manželkou, ti co ke mně jezdí domů pravidelně. Druhý syn bydlí v Praze a je dost nemocný. To víte už ty moje děti stárnou...“

tazatelka: „A kolik je vašim synům let?“

paní P.: „Pražskému je 75 let, a tomu z Brna 77 let. No už jsou to taky dědci.“

tazatelka: „Vím, že včera telefonovali a ptali se na vás. Já se za vámi zítra zastavím, kdyby nepřijeli, zavoláme jim sami.“

paní P.: „Dobře, tak já se na vás budu těšit. Nashledanou.“

tazatelka: „Nashledanou.“

Rozhovor vedený 7. den hospitalizace:

tazatelka: „Dobrý den, paní P., jak se vám daří?“

paní P.: „Dobrý den, není to dobré, chodím už dobře, to jo. Víte naši tady byli, ti z Brna, no ti mě dali. Že už toho mají dost a že zařídí nějaký domov, prý půjdu do léčebny a potom jak bude místo, tak do domova.“

tazatelka: „Bydlet s nimi by jste nemohla?“

paní P.: „Kdepak, mají hodně schodů, tam bych nevyšla. Doma jsem jela výtahem, ale u nich to nejde. Bydlí ve starém čizáku. Navíc syn je nemocný, ani mluvit o tom nechci, ale co kdyby zemřel dřív než já? Prapodivné věci se dějí na tomto světě.....“

tazatelka: „Jsem ráda, že o tom mluvíte. Víte i tato možnost zde bohužel může nastat. Doma si sbalíte, co máte nejraději. Asi syna vyděsilo, že by se váš pád mohl opakovat. Přece jen už máte roky a riziko u vás je veliké.“

paní P.: „Kdepak, domů se už nepodívám. Už to stěhuji, nábytek a všechno.“ (pláč)

tazatelka: „Paní P., neplačte, třeba v domově budete spokojená. Nebudete pořád sama.“

paní P.: „Nelíbí se mi to, ale co nadělám.....Malé děti šlapou po sukni a velké po srdci.“

tazatelka: „Až budete v domově přijedu se za vámi podívat, co říkáte?“

paní P.: „To budu ráda, nikoho tam nebudu znát.“

tazatelka: „Dobře, jsme domluveni. Zatím nashledanou.“

paní P.: „Nashledanou a držte mi palce.“

Rozhovor vedený se synem a snachou seniorky 10. den pobytu:

tazatelka: „Dobrý den, mohla bych, prosím, s vámi mluvit o situaci vaší maminky? Nezdržím vás dlouho.“

muž: „Dobrý den sestři, jistě, nespěcháme.“

tazatelka: „Paní P. mi říkala, že vyřizujete domov pro seniory. Pro ni to byla velice nepříznivá informace. Myslíte, že je tato radikální změna jejího života nezbytná? Rehabilitací

je zpět ve své původní kondici. Pádu nelze zabránit ani v domově. Paní je naprosto samostatná. Pečovatelku má dlouhodobě zařízenou. Určitě by mohla chodit na návštěvu denně?“

žena: „Sestřičky, už na to nemáme nervy. Všude dělá ostudy, každý pátek k ní musíme jezdit a to už nejde. Manžel je nemocný a já všechno nestíhám, taky už nejsem nejmladší. Však ona si zvykne. Budeme jezdit za ní do domova. Byli jsme se ve dvou podívat a vybrali jsme ten, co je blíž k nám.“

muž: „Byt zatím necháme, kdyby si nezvykla a měla tam vážné problémy, musel bych se s bratrem poradit, co a jak dál. Ale vážně nevím. On je na tom zdravotně hůř než já. Taky už jsme dědci, jak říká matka.“

tazatelka: „Děkuji za vysvětlení a za váš čas. Nashledanou.“

muž: „Děkuji za váš zájem. Nashledanou.“

Rozhovor vedený se seniorkou za 5 měsíců po příchodu do domova pro seniory:

tazatelka: „Dobrý den paní P., přišla jsem se za vámi podívat. Jak se vám daří?“

paní P.: „Jé, Katuško, to jste vy. Tuhle jsem si na vás vzpoměla a říkala jsem si, že jste na mě jistojistě zapoměla. Pojd'te, posad'te se sem ke mně a povídejte, co nového v Ivančicích?“

tazatelka: „Paní P., nic moc nového. Ale vidím, že vy jen záříte, ráda vás takhle vidím.“

paní P.: „Vypadám dobře? To mi dlouho nikdo neřekl. Naši přijedou jednou za měsíc a nic. Zdrží se hodinu a jedou nazpět. Ale co, máme tady teplo, jídlo je dobré, nemáme si nač stěžovat. Jen kdyby pár řádků občas napsali, to snad ještě svedou, ne? Ale lidi jsou tady chudáci. Já se snažím co můžu, abych vypomohla. Ustelu si sama, jen s tou peřinou mi sestřička pomůže, umeju se sama, do jídelny dojdu. A už je venku teploučko, tak si s paní B. vyjdu ven na lavičku, posedíme. Doma jsem byla zavřená, tady s paní si povykládám, sestry jsou některé takové veselé. Kdybych to věděla, šla bych sem dřív.“

tazatelka: „Slyším, že jste spokojená. To mám radost.“

paní P.: „To víte, trvalo než jsem si zvykla, poplakala jsem si, hlavně v noci. Občas spadnu, tady paní zazvoní na sestru a oni mě zvednou. To není jak doma, tam jsem se modlila, ať už umřu. Ale už je dobře. Všichni jsou tady hodní.“

tazatelka: „ Já dnes musím už jet, ale zase za vámi přijedu. Opatrujte se a nashledanou.“

paní P.: „ Děkuji za návštěvu a zase za mnou přijedte, budu ráda.“

Shrnutí a dílčí závěr

Na základě pozorování a rozhovorů můžeme sledovat v rodině seniorky napětí v mezilidských vztazích a neochotu napomoci seniorce překonat závažnou životní situaci. Syn s manželkou rozhodli bez vědomí seniorky o následné změně bydliště. Argumentovali svým věkem, snažili se vykreslit ženu jako konfliktní osobu, což se v nemocnici nepotvrdilo.

Společenská a nekonfliktní povaha umožnila seniorce zdárnou adaptaci na novou situaci. Epizoda pádu otevřela seniorce nové možnosti života. Roky žila v poměrně velké izolaci svého bytu z důvodu špatné chůze s pomocí pečovatelky a nejbližší rodiny. Příchodem do domova pro seniory se seniorce naskytly možnosti poznávat nové lidi. V bezbariérovém prostředí je schopna bez pomoci druhých procházky v parku. Příjemné prostředí a personál je zdrojem uspokojování všech potřeb seniorky. Můžeme konstatovat, že v tomto případě se **významně zvýšila kvalita života seniorky**, což je zřejmé i z rozhovoru v domově pro seniory, který probíhal v srdečné atmosféře.

Závěr

V naší populaci převládá silné přesvědčení o stárnutí a stáří jako o jevu, kterého se máme celospolečensky obávat. Vždy ovšem v souvislosti s ekonomickými faktory. Zejména z tohoto důvodu jsou jedinci přesvědčeni o tom, že stáří je neperspektivní a nemá smysl do něj cokoliv investovat. Negativní postoje k seniorům převládají nad pozitivními.

Podíl seniorů ve společnosti se neustále zvyšuje. Proto nás opravňuje zamýšlet se nad jevy a skutečnostmi, kterým musí čelit senior v situaci náhlé bezmoci. Nejen, že se musí adaptovat na fyzickou nedostatečnost, ale paralelně se vypořádává s orientací v novém prostředí, omezenými možnostmi vytváří nové interpersonální vztahy, je nucen hledat náhradní zdroje uspokojování psycho – sociálních potřeb. Rodina jako základní sociální opora náhle selhává a deleguje stát, aby se postaral. Způsob, jakým dospělé děti přebírají zodpovědnost za své rodiče ukazuje, že v naší společnosti chybí respekt ke stáří. Staří rodiče jsou chápáni jako nepříjemná komplikace života, jako přítěž.

Důvody, kdy a proč umístit seniora do institucionalizovaného zařízení jsou rozmanité. Vidíme, že významnou roli má věk dospělých dětí. Věk předdůchodový a důchodový v zásadní míře ovlivňuje výsledná stanoviska nejbližších k řešení další péče o seniora. Dnešní situace na trhu práce není v žádném případě nakloněna možnosti odejít ze zaměstnání a pečovat v domácím prostředí o svého nejbližšího. Předpoklad, že pokud senior zemře, nemá opatrovatel žádnou záruku, je na místě. Panuje zde strach ze ztráty zaměstnání a pádu do subjektivní chudoby.

Pokud jsou dospělé děti již sami v důchodovém věku můžeme předpokládat narůstající riziko jejich nemoci. V tomto případě nemohou přebírat péči o svého rodiče. Není vyjimečné, že oni sami již potřebují pečovatele.

Nelze tedy obecně hovořit o neochotě pečovat o své blízké v domácím prostředí. Omezené možnosti jsou zcela jistě i výsledkem nedostatečné informovanosti společnosti o službách pro seniory a jejich rodiny. Chybí zde určitý koordinátor všech dostupných služeb hned v nemocnici. Sociální pracovník řeší požadavek o zajištění další péče až v době, kdy již není potřeba hospitalizace seniora na akutním lůžku. Direktivní prostředí kanceláře sociálního pracovníka, jednání s blízkými o seniorovi bez něj nahrává pro rychlé a nejjednodušší řešení

celé situace. Potřeby seniora jsou viděny pouze v otázce „kam s ním?“ Bez ohledu na stránku duševní a sociální.

Nelze vyvodit obecně platná pravidla, jak řešit situace seniorů, kteří se náhle ocitli bezmocní. Vždy je třeba jednat individuálně. Lze poskytnout doporučení, která by mohla vést ke zmírnění negativních postojů blízkých. Ucelenou systematickou prací s příbuznými, můžeme v některých případech ovlivnit jejich rozhodování, pomoci jim porozumět stárnutí, co je a co není normální. Ukazát jim možnosti a flexibilitu služeb pro seniory a jejich rodiny. Moralizováním a odsuzováním nepomůžeme seniorovi ani jeho blízkým.

Pokud chceme rozvíjet péči o seniora s cílem zachovat nebo zvýšit kvalitu jeho života, musíme tuto péči rozvíjet v dimenzi společenské jako pomoc životní. Prevencí minimalizovat vznik těchto problémů a pokud se vyskytnou multioborovým přístupem koordinovat pomoc.

Nechceme vyřešit jen jednu konkrétní situaci, ale změnit celospolečenský pohled na stárnutí a stáří. Cílenou edukací členů rodiny seniora podporovat rodinu jako síť multigeneračních vztahů, vychovávat k úctě k životu, předcházet nežádoucím jevům například exkluzi seniora a ztrátě jeho autonomie. Stanovení sociální diagnózy a volením metod k docílení našich snah o zlepšení života seniorů se jeví sociální pedagogika jako jedna z reálných a realizovatelných možností.

Resumé

Cílem práce bylo zmapovat faktory podílející se na rozhodnutí umístit seniora do institucionalizovaného zařízení. Zjistit, jaký dopad má toto rozhodnutí na kvalitu života seniora. V první kapitole teoretické části jsem se věnovala vymezení pojmu kvalita života. V jakých rovinách lze na kvalitu života nahlížet. Jakým způsobem pohlíží na kvalitu života senior. Věnuji se principům a cílům Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 -2012 (Kvalita života ve stáří).

Analyzuji možnosti péče o seniora u akutního lůžka v nemocnici. Jakým způsobem se senior stává závislým na osobě pečující. V rámci odborné praxe jsem se účastnila péče odborným personálem v domácím prostředí. Možnosti a problémy této péče rozebírám. Posuzuji domov pro seniory, možnosti práce se seniory, problémy vznikající v domově.

Ve druhé kapitole analyzuji zdroje sociálních problémů seniora v rodině, v nemocnici, v domově pro seniory. Analyzuji dopad změn ve vývoji současné rodiny na život seniora. Popisuji možné konfliktní situace při ošetrovatelské péči v nemocnici, možná úskalí života seniora v domově pro seniory.

V praktické části jsem se zaměřila na chování a jednání příbuzných a seniora v nemocnici, na jevy a okolnosti rozhodující o umístění seniora do léčebny a do domova pro seniory. Využila jsem nestrukturované pozorování a nestrukturované rozhovory.

V závěru práce shrnuji zjištěné skutečnosti rozhodující v neprospěch seniora. Navrhuji možnosti využití sociální pedagogiky ke změnám celospolečenského pohledu na stárnutí a stáří.

Anotace

Bakalářská práce „Kvalita života a sociální problémy seniorů v společnosti“ se zabývá problematikou seniorů v situaci náhlé bezmoci odkázaných na péči druhých.

Teoretická část mapuje všeobecnou problematiku stárnutí, možnosti péče o seniora, sociální problémy v rodině, v nemocnici, v domově pro seniory.

Praktická část obsahuje kazuistiky s rozhovory a pozorováním. Analyzuje příčiny umístění seniora do institucionalizovaného zařízení. Důležité je poznání: ne vždy je umístění do domova pro seniory vnímáno samotným seniorem jako zhoršení kvality života.

V závěru práce jsou nastíněny možnosti využití sociální pedagogiky při péči o seniora.

Klíčová slova: senior, kvalita života, sociální problémy, sociální opora, autonomie, rodina, nemocnice, domácí péče, domov pro seniory

Annotation

The bachelor thesis - "Quality of life and social problems of older persons in society" deals with the situation of older people in the sudden helpless dependent on the care of others.

The theoretical part discusses general issues of aging, the possibility of caring for an elderly person, social problems in family, in hospital, in home for the elderly.

The practical part contains casuistries with interview and observations. It analyzes causes of the location of senior in institutionalized facilities. Very important is the observations - is not always placed in homes for the elderly perceived themselves as senior impaired quality of life.

The end of my work there are possibilities of social education in the care of elderly people.

Key words: seniors, quality of life, social problems, social support, autonomy, family, hospitals, home care, home for the elderly

Seznam použité literatury:

- Anders, M., Uhrová, T., Roth, J. A kol. Depresivní porucha v neurologické praxi. Praha: 2005. ISBN 80-7262-306-0
- Bakošová, Z. Sociální pedagogika jako životná pomoc. Bratislava: public promotion, 2008. ISBN 978-80-969944-0-3
- Bargel, M., Mühlpachr, P. a kol. Inkluze versus exkluze – dilema sociální patologie. Brno: Institut mezioborových studií, 2010. ISBN 978-80-87182-12-3
- Gavora, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6
- Gruss, P. Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje. Praha : Portál, 2009. ISBN 978 – 80 – 7367 – 605 – 6
- Hovorka, J. Cesta do stáří aneb dopisy i pro mladé. Praha: Práce, 1980. ISBN 24-112-80
- Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-318-8
- Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3
- Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada. 2002. ISBN 80-247-0179-0
- Nakonečný, M. Sociální psychologie. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0690-7
- Novosad, L. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7
- Payne, J. A kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
- Sýkorová, D. Autonomie ve stáří, kapitoly z gerontosociologie. Praha: Slon, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5
- Thompson, K. Klíčové citace v sociologii: myslitelé, pojmy a témata. Brno: Barrister a Principal, 2001. ISBN 80-85947-68-4
- Vágnerová, M. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0
- Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-21170-5

Ostatní informační zdroje

www.mpsv.cz

