

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Šibová Veronika

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Veronika Šibová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VLIV RODINY NA PROŽÍVÁNÍ NEMOCI
A REKONVALESCENCI U SENIORŮ V DOMÁCÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

PLZENĚ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 17. 3. 2012

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Bohumile Hajšmanové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky. Dále děkuji všem pracovníkům domácí péče v Plzni, Karlových Varech a Dolním Rychnově za pomoc při vyplňování dotazníků.

OBSAH	
TEORETICKÁ ČÁST	12
ÚVOD.....	12
1 STÁRNUTÍ.....	13
1.1 Pojem stárnutí.....	13
1.2 Pojem stáří.....	14
1.3 Změny ve stáří	15
2 RODINA.....	17
2.1 Struktura rodiny	17
2.2 Vztah seniora k rodině	18
3 DOMÁCÍ PÉČE.....	21
3.1 Pojem domácí péče	21
3.2 Historie domácí péče.....	22
3.2.1 Období před druhou světovou válkou	22
3.2.2 Období po druhé světové válce.....	23
3.3 Formy domácí péče.....	23
4 REKONVALESCENCE.....	24
4.1 Psychika pacientů	24
4.2 Přesvědčení pacienta k dodržení léčebného režimu	24
4.2.1 Reaktivní hypochondrie	25
4.2.2 Vhodná životní filosofie.....	26
5 PROŽÍVÁNÍ NEMOCI	27
5.1 Nemoc a její následky	27
5.2 Pacientovo vnímání nemoci	28
5.2.1 Rozdíly ve vnímání pacientů	28
5.2.2 Faktory ovlivňující vnímání nemocí	29
PRAKTICKÁ ČÁST	31
6 FORMULACE PROBLÉMU	31
6.1 Hlavní problém	31
6.2 Dílčí problém.....	31
7 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU.....	31

8 METODIKA VÝZKUMU.....	32
8.1 Metodika zpracování výsledků.....	32
9 HYPOTÉZY.....	33
10 VZOREK RESPONDENTŮ.....	33
11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ, GRAFY, KOMENTÁŘE.....	34
11.1 Identifikace vzorku výzkumu.....	34
11.2 Zpracování vlastního výzkumného šetření.....	41
12 DISKUSE.....	56
ZÁVĚR.....	63
LITERATURA A PRAMENY.....	65
SEZNAM GRAFŮ.....	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	70

Anotace

Příjmení a jméno: Veronika Šibová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv rodiny na prožívání nemoci a rekonvalescenci u seniorů v domácí péči

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Počet stran: číslované 53, nečíslované 27

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: stárnutí – rodina – domácí péče – rekonvalescence – prožívání nemoci

Souhrn:

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala problematikou stárnutí, rodinou, domácí péčí, rekonvalescencí a prožíváním nemoci. V praktické části práce zkoumám vliv rodiny na prožívání nemoci u seniorů v domácí péči, pochopení seniorů jejich rodinnými příslušníky, dostupnost a srozumitelnost informací o problematice stárnutí. Osloveno bylo 104 respondentů, rozdělených do tří skupin po třiceti čtyřech respondentech. V první skupině byli nemocní senioři, ve druhé jejich rodinní příslušníci a ve třetí sestry z domácí péče.

Annotation

Surname and name: Šibová Veronika

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Family impact on the emotional experience and recovery of the elderly
in home care

Consultant: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Number of pages: 53

unnumbered pages: 27

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 25

Key words: aging – family – home care – recovery – illness experience

Summary:

In the theoretical part of the thesis I dealt with the issue of aging, family, home care, convalescence, and the experience of an illness. In the practical part of the thesis I investigated the family impact on the emotional experience of illness in the elderly in home care, understanding of the elderly by their family members, accessibility and clarity of information on aging issues. I contacted 104 respondents, divided them into three groups each with thirty-four respondents. The first group had illelderly patients, the second group was made up of their family members, and the third group consisted of home care nurses.

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

Stárnutí je přirozenou součástí našeho života. Týká se bez výjimky každého z nás. Poslední fází v procesu stárnutí je stáří, které by ale nemělo být spojováno s koncem života, i když přirozeně končí smrtí.

Z demografických průzkumů vyplývá, že populace celkově stárne. Což je spjato s přirozeným pokrokem v medicíně, vývojem nových farmaceutických preparátů, apod. Tento vývoj většina z nás jistě hodnotí jako přínosný. Na druhé straně se ale začíná ukazovat celá řada nedostatků v sociálním systému, který není schopen se o tak velké množství seniorů postarat. Stáří samo o sobě neznamená, že by člověk musel být na někom závislý. Ale v období stáří se začínají častěji objevovat různé nemoci, které mohou seniora odkázat na pomoc druhé osoby. Pokud je senior propuštěn z lůžkového zařízení do domácího ošetřování, přichází na řadu rodina, která by mu měla poskytnout potřebnou péči.

V mé bakalářské práci se budu zabývat tím, jak ovlivňuje přístup rodiny prožívání nemoci a rekonvalescenci u seniorů v domácí péči. Toto téma jsem zvolila proto, že se všichni můžeme ocitnout v roli pečovatele, ale také proto, že my sami budeme možná ve stáří péči potřebovat. Toto tvrzení a fakt, že je téma stárnutí stále diskutovanějším, potvrzuje, že jde o téma aktuální. Už pět let jsem zaměstnaná jako sestra v domácí péči a denně se setkávám s nemocnými seniory a jejich rodinami. Bohužel ne všichni rodinní příslušníci, kteří se starají o nemocného seniora, k němu přistupují s ohledem na změny, které s sebou stáří bezpochyby přináší. Proto se také domnívám, že rodinní příslušníci nemají dostatek srozumitelných informací o těchto změnách. A proto také nechápou zvláštnosti seniorského věku. Pokud se mi tyto hypotézy potvrdí, chtěla bych vytvořit informační leták pro rodinné příslušníky, kteří pečují o nemocného seniora. Jako návod pro pečující osoby, aby co nejlépe porozuměli křehké psychice seniora a poskytovali mu co možná nejlepší péči nejen o tělo ale i o duši.

1 STÁRNUTÍ

Stárnutí a s ním spojené stáří je fenoménem současné doby. Dnešní lidé se dožívají velmi vysokého věku díky novým objevům, vymoženostem a pokroku nejen zdravotnických zařízení. Problematikou stárnutí a stáří se zabývá samostatný vědní obor gerontologie. Gerontologie pochází z řeckých slov geron - stařec a logos - věda. Je to interdisciplinární, integrovaná a komplexní věda, která vychází z biopsychosociální podstaty člověka a procesů stárnutí. Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí. Vypracovává také vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany. Gerontologie není samostatnou vědní disciplínou, ale představuje multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří. (Mühlpachr, 2009)

Gerontologie se dělí na tři části. Rozeznáváme gerontologii teoretickou, klinickou a sociální. Gerontologie teoretická se zabývá příčinami a mechanismy stárnutí. Zkoumá biologické aspekty stáří. Gerontologii klinickou můžeme též nazvat geriatrií. Jedná se o lékařskou disciplínu, která se zabývá fyziologickým a patologickým stářím. Zdravotníci sledují pacienta a jeho zdravotní stav a choroby, dále ho léčí, vyšetřují apod. Sociální gerontologie se zajímá o vztahy seniora s okolím, jeho aktivitu. Zabývá se především vztahy mezi seniorem a společností. (Mühlpachr, 2009)

1.1 Pojem stárnutí

Stárnutí můžeme rozlišovat na úrovni jednotlivce a na úrovni populace. U jednotlivce znamená stárnutí zvyšující se věk. Je to biologický proces, který probíhá celý život - od narození až do smrti. Pokud stárne celá populace, znamená to, že je méně mladých lidí a méně se rodí děti. Tento jev představuje již celosvětový problém. (Pikola, 2010)

Vědci si odedávna kladli otázku, co způsobuje stárnutí organismu a jaký význam má stáří v rámci celého lidského společenství. Teorií stárnutí je mnoho, ale žádná proces stárnutí zatím nerozřešila. Švancara (1983) chápe proces stárnutí jako důsledek postupné ztráty informací a organizace živého systému. Z hlediska společenského můžeme považovat za starého takového jedince, který je za starého pokládán ostatními členy společnosti.

Stárnutí je fyziologický proces, ve kterém organismus prochází řadou změn. Jedná se o změny psychické i fyzické. Stárnutí je „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti*“ (Langmaier, Krejčířová, 2007, s. 184). Znaky jsou u každého seniora velmi individuální. Proces stárnutí se neděje jen ve stáří, ale lidé jím prochází celý svůj život. V období stáří tento proces ale pociťujeme intenzivněji. Stárnutí je ovlivněno geneticky, ale samozřejmě velkou roli hrají i vnější vlivy např. prostředí, ve kterém jedinec žije, životospráva člověka apod. I když je stárnutí velmi individuální, některými změnami si prochází každý. Stáří tedy můžeme rozdělit na stárnutí biologické, psychologické a sociální.

Každý člověk se se stárnutím vyrovnává jinak. Někdo ho bere jako přirozenou součást života, někdo se s ním nemůže dlouho vyrovnat. Není pravda, že senior musí být vždy nemocný, vysoký věk není často ani příčinou nemocí u seniorů. Pravdou ale je, že ve starším věku se vyskytuje více onemocnění. (Krahulcová, 2002)

Stárnutí je přirozeným faktem života. Pokud senior nabude tohoto přesvědčení, pravděpodobně se vyrovná se stárnutím a zvládne danou situaci. Dále je dobré, když si senior uvědomí, že je v koloběhu přírody a že se jedná o biologický projev, který je zcela přirozený. Toto uvědomění stárnoucím lidem pomáhá se se situací vyrovnat a lépe ji zvládat. (Křivohlavý, 2002)

1.2 Pojem stáří

Starý člověk bývá charakterizován tím, že dosáhne věku 60 let, spíše 65 let. Pojem starý člověk je spojován se sociálním statutem důchodce a je považován za neaktivního a neproduktivního. Dále je charakterizován svými zdravotními problémy, určitou nesamostatností a ztrátou soběstačnosti. Bohužel, takto stereotypní je dnešní pohled mnoha mladých lidí na stáří a stárnutí. Jde o pohled, který postrádá snahu najít kladné hodnoty stáří a přiznat velkou roli mnoha seniorům, kteří prospívají společnosti svou prací nebo jinou smysluplnou činností. Věk sám o sobě není důvodem pro zvýšenou potřebu péče. Zvýšená potřeba péče a sociální práce se starými lidmi se objevuje až v mimořádných situacích způsobenými zdravotními či sociálními problémy. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005)

Výsledkem procesu stárnutí je stáří. Stáří bývá označováno za poslední fázi lidského života. Je známo mnoho definic stáří. Stáří můžeme vymezit jako souhrn ireverzibilních biologických a psychologických změn, které jsou důsledkem celoživotního procesu stárnutí jednotlivých složek organismu. (Mühlpachr, 2009, s. 18) říká, že stáří „je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí).“ (Kuric, 2001)

Stáří můžeme nazvat také jako období třetího věku. Je to období, kdy lidé odchází do důchodu. První věk je dětství a mládí, za velmi produktivní je označován druhý věk, což je dospělost. Někdy bývá uváděn i čtvrtý věk, který označuje závislost člověka na dalších lidech. Ne vždy ale senior musí dojít do této fáze. Podle Vágnerové (2007) je čtvrtý věk po dovršení 80. let. Tento věk je ale trochu sporný. Stáří můžeme také členit na různá období. Podle Vágnerové (2007) je dělení následující. Rané stáří je v období 60-75 let. Období je charakterizováno odchodem do důchodu. Další období je ve věku 75 a více let a je označeno za období pravého stáří. Dle světové zdravotnické organizace (in Skorunková, 2007) je stáří děleno na tři období. Rané stáří (60-75 let), pravé stáří (75-90 let) a dlouhověkost (nad 90 let). Právě dlouhověkost dnes již nebývá výjimečným jevem, přesto dlouhověcí lidé tvoří jen malé procento populace. Dlouhověkost je dosažena u mnoha lidí především díky pokroku ve zdravotnictví a zvyšující se životní úrovni.

Pokud mluvíme o lidech starších, můžeme mluvit o seniorech. Za seniora se považuje člověk s určitými změnami, které vznikly díky procesu stárnutí. Senior je mimo pracovní proces a pobírá penzi. Senior není jediné označení, můžeme také používat slova jako geront či senescent. Důchodce, penzista či stařec se dnes již moc nepoužívá. Slovo senior zní důstojně, je významově neutrální. (Jarošová, 2007)

1.3 Změny ve stáří

Během stárnutí tělesná schránka chátrá, projevují se následky předešlých nemocí, předešlé náročné fyzické práce. Svalová síla a kapacita plic mají přibližně poloviční sílu než u jedince, který je v období mladé dospělosti. V některých orgánech ubývá funkčních tkání, kosti začínají být křehčí. Lidé ve starším věku začínají mít různé

srdeční a cévní choroby, nemoci kloubů, páteře a nohou. Lidé po sedmdesátce často trpí několika chronickými nemocemi zároveň. (Stuart-Hamilton, 1999)

Lidé mívají zhoršené smyslové vnímání, především však zrakové a sluchové percepcie. Toto zhoršení samozřejmě přináší i celou řadu dalších rizik, jelikož seniorova bezpečnost je ohrožena a také je zhoršena komunikace s ostatními lidmi. Zhoršuje se také paměť, především však krátkodobá. Vzpomínky starší (z dětství, mladé dospělosti) bývají zachovány, ale přesto jsou někdy obsahově zkresleny. Věci, které se staly v minulosti, jsou často nadhodnocovány, posuzovány výhradně kladně, což je často interpretováno jako obrana proti pocitu ohrožení ze strany mladší generace. (Stuart-Hamilton, 1999)

Emocionalita lidí ve stáří má svá specifika. Člověk se stahuje do sebe, do svého vnitřního světa. Často se příliš soustředí na své problémy, tím pádem ztrácí zájem o své okolí. Tím, že lidé sebe sami příliš často a tak důkladně pozorují, může dojít až k hypochondrii. Pocit izolace umocňuje také často ovdovění, dále sociální i zdravotní problémy. Staří lidé mají často neurózy, které jsou vyvolané depresemi, citlivostí, zranitelností, stresem a ztrátami. Depresivně reagují na úmrtí partnera, ale také např. na umístění do domova pro seniory. Staří lidé častěji páchají sebevraždy. (Stuart-Hamilton, 1999)

Duševní život se u seniorů velmi zpomaluje, adaptace na změny je nízká. Ve vysokém věku již také klesá inteligence. Především seniorům dělá problémy naučit se nové věci, řešit složitější problémy apod. Ukazuje se, že u lidí, kteří mají intelektově náročné povolání a celý život se vzdělávali, se duševní schopnosti nemusí s věkem zhoršovat. Ve velmi vysokém věku ale přesto dochází k úpadku sil a schopností, v jaké míře k tomuto úpadku dochází je individuální.

2 RODINA

„Rodinu můžeme definovat jako společenství různých generací, blízkých na základě určitého biologického vztahu (ale i sociálně nebo právně podloženého).“ (Matoušek, 2003, s. 68) Další definice rodiny je, že „Rodina byla dlouhou dobu místem, kde se mohla projevit mezigenerační solidarita. Děti, kterým rodiče poskytovali stravu a přístřeší, péči vracely. V současnosti tuto pečovatelskou funkci do jisté míry naplňuje sociální systém, ale rodina i nadále zůstává důležitým místem projevování solidarity.“ (Montousse, Renouard, 2005, s. 19)

2.1 Struktura rodiny

Rodinná struktura je u nás individuální a často odlišná. Rodina může být nukleární, dvougenerační i vícegenerační. Senioři, kteří spolu žijí ve svazku manželském, ale jejich děti s nimi již nežijí, se nazývají rodinou gerontologickou. Gerontologická rodina je velmi křehká, často jeden z páru umírá a ten druhý se ocitá sám, což je pro něj velkou zátěží. Častěji dříve umírají muži, ženy se tedy ocitají v roli vdovy. Současná moderní rodina je velmi křehká, jelikož je závislá jen na citech. Lidé se již většinou neberou z finančních či jiných důvodů, ale prostě jen z lásky. Za nukleární rodinu považujeme takovou, kde žijí jen rodiče a jejich děti. Senior či stárnoucí starší generace chce žít samostatně a nezasahovat do života jejich dětí. (Haškovcová, 2010)

Došlo tedy k tzv. atomizaci rodiny, to znamená, že každý bydlí ve svém. Atomizace ne vždy znamená, že generace se mezi sebou nemají rády. Vznikla mezi nimi intimita na dálku a vztahy mohou být velmi dobré. Nejlepší vztahy jsou samozřejmě mezi prarodiči a vnuky. Společné soužití generací je dnes již celkem výjimečný jev. (Haškovcová, 2010)

Vícegenerační rodiny se docela často rozpadávají, ale stále ještě zcela nezanikly. Někdy u nás ještě stále přetrvávají v původní podobě (především na vesnicích a ve velkých rodinných domech), jejich formy existence se však změnily. Rozpadly se na menší, nukleární rodiny. Nukleární rodina má menší sociální motilitu členů. Dále v nukleární rodině žena pracuje, což dříve ve vícegeneračních rodinách nebývalo a také

hospodaří odděleně. Toto všechno se do života seniorů a jejich vztahů k rodině velmi odráží. (Pacovský, 1994)

Rodinný život manželů závisí především na tom, jak se jejich vztah utvářel během předchozích období. Stáří už jen umocňuje předchozí hloubku vztahu nebo naopak problémy či averzi. Sňatky nebo rozvody u seniorů nejsou výjimečné. Sexualita je často pro ostatní u seniorů tabu. Nehovoří se o ní a lidé si myslí, že u seniorů neexistuje. Pravdou ale je, že senioři i po šedesátce mohou dlouhou dobu aktivně sexuálně žít. Lidé by se měli zbavit předsudků, že ke stáří sexualita nepatří. Není-li omezen zdravotní stav partnerů, hraje sex pro stárnoucí partnery stejnou roli jako kdykoliv předtím. (Pacovský, 1994)

Nesnáze většinou přináší vícegenerační soužití. Problémy vyplývají především z odlišných názorů na životní styl a hodnoty, na výchovu dětí a nesrovnalosti jsou i ve vymezení teritorií v rámci společné domácnosti. Zdrojem neshod bývá i odlišný vztah seniorů k věcem, ke kterým mladší generace nemá vztah žádný. Obě generace si stěžují na nedostatek klidu a soukromí. Na druhou stranu si obě strany pomáhají a potřebují se. Najít rovnováhu mezi tímto rozporem je někdy velmi těžké. Jediným možným řešením je vzájemná tolerance vyplývající z respektování chyb a zvláštností všech lidí žijících společně. Tyto problémy se netýkají jen soužití, objevují se i při odděleném bydlení.

2.2 Vztah seniora k rodině

V rodině ve vztahu rodiče a dítěte bývá normou dobrý vztah. Dobrý vztah znamená, že když má dítě nějaký problém, rodič mu pomůže. V nižším věku jsou za ně zodpovědní a také se podle toho chovají a ve vyšším věku je respektují. Obrácený vztah už ale není takovou samozřejmostí. V případě nouze rodičů není tak jisté, že dítě vždy pomůže. Pokud ano, můžeme mluvit o nadstandardu. V dnešní době je spíše samozřejmostí, že se o seniory postará stát a instituce, než jejich potomstvo. V Evropě je vztah poněkud odlišný než u nás. Hraje tam hlavní roli rodina, až potom se stará o seniora stát. (Vaďurová, Muhlpackr, 2005)

Senior má jistě v rodině svou pozici a místo. Samozřejmě i senior ve vyšším věku se zajímá o chod domácnosti, jejich problémy a naopak očekává zájem o svou osobu.

I když se soužití rodiny dost změnilo, stále ještě přetrvávají silné citové vazby mezi generacemi. Pacovský (1994) dokonce pokládá odcizení potomstva od svého rodiče a prarodiče za sociální mýtus. Zdravý starý člověk nejen finančně podporuje své potomstvo, ale také se podílí na tzv. mezigenerační výměnné službě.

Starý člověk má své uplatnění v rodině i ve společnosti. Pomáhá své předchozí generaci jako pomocník i partner. Problém seniora, vzhledem ke skutečnosti, že dnes více žijí samostatně, je hrozba izolace. Senioři jsou velmi často zklamáni tím, že jejich děti se o ně nechtějí, nemohou, nebo nedokáží postarat. Často jsou umístováni v institucích, kde se necítí dobře. Rozdíly mezi generacemi se nejvíce projevují mezi dětmi, rodiči a prarodiči. Prarodiče mají více času na vnoučata, starají se o ně, proto bývá tento vztah více bezproblémový než mezi rodiči a jejich dětmi. Přesto se někdy problémy také vyskytují, zejména v případech, kdy vnoučata nevidí ve svých prarodičích babičky a dědečky, ale cizí staré osoby, k nimž nemají vztah. Postoje a vztahy v rodině jsou velmi individuální. Postoje se liší především podle věku, společných zážitků, původních vztahů a podle spousty dalších věcí. (Haškovcová, 2010)

Ve vztahu rodiny ke starým členům se objevují převážně dva typy postojů. První postoj proudí z velké lásky dětí ke svým rodičům. Na základě této lásky se děti o svého rodiče starají, mají zájem o jejich potřeby, přání a snaží se je naplnit. Také se chtějí o ně ve stáří postarat samy, nechtějí je dát do institucí. Druhý postoj proudí především ze strachu se o rodiče starat. Děti se bojí, že na své rodiče nebudou mít čas a tudíž se o ně nemohou postarat. Umístí tedy seniora do instituce. Děti ale následně trpí výčitkami, trpí úzkostí ze ztráty svého rodiče, cítí se vinni, prolínají se v nich i pocity nenávisti. (Matoušek, 2003)

Společností jsou považovány dětství a stáří za neproduktivní. Lidé ve středním věku podle společnosti nesou zátěž za obě skupiny, musí na ně vydělávat peníze, platit daně apod. Děti jsou na pozici o něco lepší, jelikož starat se o děti znamená investovat do budoucnosti. Pro mladší generace je stáří už jen neproduktivní věk s žádnou budoucností, berou ho i jako finanční dluh. Odchodem do důchodu se senioři stávají ekonomicky neproduktivní, tudíž dojde k této situaci. Tím, že technický pokrok jde v dnešní době velmi rychle kupředu, staří lidé se v očích mladších stávají lidmi, kteří na tuto dobu nestačí. Neumí pracovat s počítači, novými telefonními přístroji ani jinými technologiemi. To je pro mladší generaci zásadní nedostatek. (Matoušek, 2003)

Závislost stárnoucích lidí na jejich dětech stále stoupá. Pro starší lidi je důležité, aby nezůstali sami, zvláště když trpí chorobami. Nechtějí dožít v nemocnici, domově pro seniory či v jiném zařízení a také chtějí pro někoho žít. V posledních fázích umírání se již jedná o plnou fyzickou i psychickou závislost seniorů na jejich okolí.

3 DOMÁCÍ PÉČE

Senioři více trpí různými chorobami a mají různé neduhy spojené se stárnutím. Bohužel kvůli tomu jsou více závislí na svém okolí. Pro okolí je zátěž starat se o seniora, proto přichází na řadu péče odborná - domácí péče. Tato forma péče o seniora v jeho domově má velký význam pro celou rodinu, protože ta po určité době potřebuje pomoc s kvalitní péčí, zvláště pokud péče vyžaduje větší úsilí.

3.1 Pojem domácí péče

Domácí péčí rozumíme zdravotnické a sociální služby, které jsou poskytovány v domácnosti pacienta a jsou odlišné od služeb v nemocnici. Home care je jen domácí zdravotnická péče a home help je orientovaná naopak jen na sociální péči a pomoc. Pacovský (1994, s. 4) uvádí: *„Posláním domácí péče je zajistit v rámci primární péče ve vlastním sociálním prostředí klienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, který je dle aktuálních podmínek, poznatků vědy a výzkumu možný tak, aby k hospitalizaci klienta, nebo jeho umístění do ústavu sociální péče docházelo jen když je to nezbytně nutné.“*

Domácí péče je definovaná Světovou zdravotnickou organizací jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Zajišťují se fyzické, psychické, paliativní i duchovní potřeby. Ministerstvo zdravotnictví definuje domácí péči jako zdravotní péči, která je poskytovaná na základě nějakého doporučení lékaře. Domácí péče je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení a zajištění klidného umírání a smrti. (Jarošová, 2007)

Také je *„definovaná jako domácí odborná zdravotní péče, kterou provádí především zkušené zdravotní sestry.“* (Haškovcová, 2010, s. 25) Domácí péče je poskytována především seniorům, kteří nepotřebují nutně pobyt v nemocnicích či jiných zařízeních. K domácí péči patří také laická péče, tedy je aplikovaná u seniorů, kterým tato péče stačí. Domácí péče je samozřejmě hrazena pojišťovnou s omezením 3 hodin denně nebo 2-3 návštěvami. Pokud je tento časový limit překročen, seniorovi je již doporučen pobyt v nemocnici. Tyto služby domácí péče jsou nejčastěji využívány dvěma typy pacientů. První skupinu tvoří senioři, kteří se vrátili z dlouhodobého pobytu

v nemocnici a nyní se potřebují doléčit. Druhou skupinu tvoří senioři dlouhodobě nemocní, kteří ale nepotřebují neustálou péči v nemocnici. Domácí péče je často kombinována s domácí laickou péčí (home help).

3.2 Historie domácí péče

První hospice u nás vznikly již v 10. století v Praze. V těchto hospicích civilní sestry poskytovaly základní pomoc. Ošetřovatelství bylo jen laickou pomocí nemocnému člověku, které mělo vysoce humánní charakter. Ve 12. století byly služby poskytovány nemocným prostřednictvím řeholních řádů. Ošetřování doma nabralo na obrátkách ve 13. století, kdy členky řeholního řádu měly dokonce zakázáno pomáhat ve špitálech. Katolíci orientovali církevní řády k poskytování péče nemocným a potřebným lidem. V protestantských zemích se o nemocné staraly diakonky. Diakonky už nebyly úplnou laickou pomocí, jelikož byly proškoleny lékařem. Poté jim církev činnost zakázala a tak diakonky opět pomáhaly jen v klášterech. (Kafková, 1992)

3.2.1 Období před druhou světovou válkou

Za doby Josefa II. se začala rozvíjet péče o seniory. V této době byla obec dokonce povinna postarat se o chudé, nemocné a staré, živit je a poskytnout jim pobyt v nemocnicích. Tato dvě práva se stala základem nového systému sociální péče. Během první republiky vznikala nová zařízení pro staré lidi. Poskytovala se státní péče pomocí institucí, ale také poskytovaly péči různé dobročinné organizace a církve. Péče o staré lidi byla v této době rozdělena na péči zdravotní a sociální. S rozvojem medicíny se také zvyšovala odbornost opatrovníků. Historicky významnou událostí je založení první ošetřovatelské školy v Londýně v roce 1860. Zakladatelka Florence Nightingelová poprvé učila ošetřovatelky pro nemocnici i pro domácí službu. Ošetřovatelství se velmi rozvinulo v meziválečném období, v roce 1919 vznikl Československý červený kříž. Domácí péče se ale stala velmi vyčerpávající, proto byli do práce nasazeni nekvalifikovaní pracovníci a rodinní příslušníci. (Kafková, 1992)

3.2.2 Období po druhé světové válce

Po druhé světové válce nastala druhá vlna ošetrovatelství, mimo jiné také v rodinách. Válečné poměry a zvýšená potřeba sester pozitivně ovlivnily rozvoj nemocničního ošetrovatelství. Odpovědnost za domácí péči přebírá v roce 1952 stát. V roce 1990 dosáhl počet sester starajících se o staré nemocné lidi 1557. Geriatrické sestry ale postupně zanikly a po roce 1989 vznikaly u nás nové instituce a služby pro seniory - domácí ošetrovatelská péče, které poskytují agentury domácí péče. Tyto agentury nabízejí zdravotní i sociální služby. Agentury se dodnes neustále rozrůstají a veškerá péče zažívá velký rozvoj. (Kafková, 1992)

3.3 Formy domácí péče

Domácí péče má pro seniora několik výhod. Jednou z nich je, že není izolován od společnosti. Udrží seniora v domácím prostředí, které je mu příjemné, ve kterém se orientuje a kde se především cítí dobře. Nevýhodou však je, že senioři někdy nemohou, nebo nechtějí signalizovat své potřeby. Mohou to být lidé chudí, či žijící osaměle. Proto je vždy důležité při domácí péči zachovat péči zdravotních sester, či sociálních pracovníků a nenechat domácí péči odkázanou jen na rodinu. Odborný personál na seniora může dohlížet a pomáhat mu odstranit trápení. Pokud je senior odkázán pouze na péči rodiny, hrozí riziko vyčerpání a zdravotního selhání primárních pečovateli. Dále hrozí riziko špatného zacházení, tj. fyzického, psychického i ekonomického týrání. (Pacovský, 1994)

Pokud se zeptáme seniora na jeho názor na domácí péči, odpovědi dostaneme různé. Pro některé seniory je domácí léče jedinou nadějí na další život na tomto světě, jiný senior chápe svůj zdravotní stav a v případě nouze se nechá hospitalizovat v nemocnici. Senior má samozřejmě vždy na výběr. Pokud to jeho zdravotní stav dovolí, každý senior je rád, pokud může zůstat v domácím prostředí, kde se cítí dobře.

4 REKONVALESCENCE

Rekonvalescenci můžeme také nazvat zotavování. Je to období, kdy mizí příznaky určité nemoci, ale člověk ještě není zcela zdravý. Rekonvalescence pomáhá lidem dostat se do stavu úplného zdraví. Organismus se zbavuje choroby, upravuje svůj stav do normálu. Rekonvalescence může být různého charakteru, může jít o jizvy po úrazech, operacích, obnovení tukových zásob, adaptaci na ztrátu končetiny apod.

4.1 Psychika pacientů

Chceme-li rozumět tomu, co se děje v psychice pacientů, nestačí sledovat obecné charakteristiky propadání se do nemoci a zvládání obtíží. Je potřeba také zjistit, co pacienta trápí. (Mlčák, 2005)

Některé nemoci a zdravotní potíže jsou zaviněny psychickým stresem, tedy obavami. Tyto obavy se častěji týkají lidí s existenčními problémy. Některé nemoci jsou dokonce úzce spojeny se skrytými emočními poruchami, možná jsou jimi i v mnoha případech zaviněny. Biomedicínkový model tedy dnes již nestačí na celkové vysvětlení zdraví a nemoci. Zdraví a nemoc jsou ovlivňovány třemi faktory. Biologickými, sociálními a také psychologickými. Mezi biologické faktory patří viry, bakterie nebo poškození tkání. Stačí, když senior dostane rýmu a jeho zdraví je okamžitě ovlivněno. Mezi sociální faktory patří zařazení do určité společenské třídy, dále zaměstnání a etnikum. U zaměstnání je to nejvíce znát. Pokud je člověk celý život zaměstnaný jako dělník, nebo pracuje v prašném či hlučném prostředí, jeho zdraví je tím ovlivněno. Posledními psychologickými faktory může být chování, názory, stres i bolest. (Mlčák, 2005)

4.2 Přesvědčení pacienta k dodržení léčebného režimu

Někdy je rekonvalescence velmi složitá, protože přesvědčit pacienta ke spolupráci při rekonvalescenci může být někdy obtížné. Když pacient věří, že díky dodržování určitých pravidel se jeho zdravotní stav zlepší, pak vše dodržuje a spolupracuje. Pacient

vždy důsledněji dělá to, čemu sám věří a méně důsledně dělá to, čemu sám nevěří. Pokud má pacient momentální bolesti a chápe závažnost svého onemocnění, tak zdravotní režim dodržuje. Pokud ne, je to o něco horší. Dobré je přesvědčit pacienta, že jeho vlastní aktivita mu pomůže zlepšit jeho zdravotní stav. (Křivohlavý, 2002)

Pacientovi velmi při rekonvalescenci psychicky pomáhá, když věří, že co mu lékař předepíše, mu také skutečně pomůže. Dále mu pomáhá, pokud lékař pacientovi vše řádně vysvětlí. Především, jak se má při rekonvalescenci chovat a jedná s ním jako s partnerem. Záporně při rekonvalescenci působí, pokud se pacient vyhýbá zvládnutí nemoci, když příznaky odezněly, tak pacient není někdy dále ochoten spolupracovat. Nedobře také na pacienta působí, pokud musí dlouho čekat v lékárně či na rehabilitaci, pokud se pacient léčí příliš dlouho nebo pokud je léčení složité. (Křivohlavý, 2002)

Důležité u seniorů je podporovat zdravý životní styl a tím podporovat dobrý zdravotní stav. Ve společnosti lidé žijí sedavým způsobem života, je tedy dobré mít nějakou fyzickou aktivitu. Zlepšení zdravotního stavu závisí také na jídelníčku. Lidé by měli jíst dostatek ovoce a zeleniny, méně tepelně upravených potravin. Lidé bývají nemocní kvůli špatnému životnímu stylu, dále díky znečištěnému životnímu prostředí a velkým stresům. (Hayes, 2003)

K období rekonvalescence se hodí podle Hayese (2003) toto úsloví: *"Lékaři doléčili, Bůh uzdravuje"*. Je to období, kdy pacient už není nemocný tak, aby byl hospitalizován, lékaři s léčbou skončili, ale zcela zdravý pacient není. Pacient si myslí, že když lékař přestane s léčbou, je zcela uzdravený a jeho stav bude stejný, jako byl dřív. Bohužel ale tohle se nestává. Skončením léčení lékaři teprve nastává dlouhé období rekonvalescence, kdy se tělo vzpamatovává z nemoci. Rozhodně to není lehké období a vyžaduje mnoho úsilí.

4.2.1 Reaktivní hypochondrie

V hlavě člověka se utváří určitý systém obran, který nás zbavuje strachu z některých méně pravděpodobných věcí. Například víme, že v parku se lidé okrádají či přepadávají, přesto do parku chodíme i sami. Tento strach vymazala psychická obrana popření, díky které nemáme strach vždy a všude, když je i malá pravděpodobnost, že se něco stane. (Klimeš, 2012)

Přepadení v parku ale stejně jako chemoterapie po nádorovém onemocnění systém obran prolomí. Díky tomuto jevu mají pacienti strach z návratu nemoci. Překonávání strachu z návratu nemoci je hlavní složkou rekonvalescence u onkologického onemocnění. Rekonvalescence je jiná u každého onemocnění, jiná bude při zlomené ruce a jiná při nádorovém onemocnění. Díky tomu, že lidé prožívají těžkou nemoc, více si všímají svého těla. Více reagují na příznaky, i na ty, na které by před nemocí nikdy nereagovali. I když pacient projde úspěšně rekonvalescencí, stejně trvá dva nebo tři roky, než se tento systém obran obnoví a než zmizí reaktivní hypochondrie. (Klimeš, 2012)

4.2.2 Vhodná životní filosofie

K rekonvalescenci také patří vhodná životní filosofie. Existuje mnoho vět, které i když nejsou pravdivé, nám mohou pomoci při překonávání nemoci i při rekonvalescenci. Např.: "Nemoc je otázka vůle, když se jí nepoddám, tak nad ní zvítězím." Tato věta může někdy fungovat, ne však při závažných onemocněních. Nemoc může být někdy silnější než zdravá psychická stránka člověka. Pokud jedinec větě naprosto věří, může pro něj nemoc, či smrt znamenat určité osobní selhání. Toto není příliš vhodná strategie, stejně jako potřeba svou nemoc zcela ovládnout. Platí, že čím více se strachu z nemoci jedinec poddává, tím větší má sílu. Není tedy dobré žít přehnaně zdravě, najednou začít velmi sportovat, jíst jen zdravá jídla apod. Tyto procedury při nemoci zhoršují naši duševní stabilitu, jelikož chronicky vyvolávají představy o neúspěchu. Navíc lidé, kteří se takto velmi snaží nemoc zahnat, často zanedbávají spánek, který je při období rekonvalescence velmi důležitý. Dále je dobré při rekonvalescenci vidět psychické následky choroby a nepřepínat se, více odpočívat, dodržovat pitný režim, zdravý životní styl, dodržovat pokyny lékaře či jiných zdravotníků nebo sociálních pracovníků. (Klimeš, 2012)

5 PROŽÍVÁNÍ NEMOCI

"Každý proces zdravého člověka v pacienta má svou stránku fyziologickou, patofyziologickou, psychologickou i sociální." (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 20) Při narušení zdraví, negativních změnách zdravotního stavu dochází ke změně sociální role a biologickým změnám. Podle Křivohlavého (2002) je několik bodů chování, které se projevují při narušeném zdraví. Tyto body jsou nazvány Zolův model pěti momentů. První moment je, když člověk zjistí, jak je nemocen, tak to, do jaké míry je znepokojený. Druhý moment je jaké povahy a kvality je nemoc. Třetím momentem je do jaké míry nemoc ohrožuje vzájemný vztah daného člověka s druhými lidmi. Dále do jaké míry překáží objevení se zdravotního problému uskutečnění zamýšlené činnosti (dovolená, výlet apod.). Poslední momentem je, jaké sociální sankce stojí v pozadí situace. Může jít o vyhrožování zaměstnavatele propuštěním při neléčení, zda manželka chce s manželem žít, pokud se neléčí. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

5.1 Nemoc a její následky

Nemoc znamená pro člověka změnu sociální situace a prostředí, ve kterém se odehrává každodenní život. Nemoc také zbavuje člověka mnoha povinností, např. nechodí do práce, pokud je uznán neschopným, je omluven ze školy, zbaven domácích povinností. Lidé na tuto změnu nemusí reagovat vždy pozitivně. Lidé, kteří jsou velmi aktivní jak pracovně tak i společensky, se mohou cítit depresivně a mohou mít pocity méněcennosti. Jiní situaci prožívají jako výhodu a do starého života se vrátit nechtějí. Poté dochází k tomu, že si svojí situace vědomě či nevědomě snaží prodloužit. Za výhodu se dají považovat jen mírné neduhy, nikoliv těžké nemoci, může se jednat o únavu, bolesti hlavy, břicha, smutnou náladu. Reakce nemocného na nemoc jsou velmi individuální. Snaží se vyrovnat s náročnou životní situací tak, jak si ji v průběhu života osvojil. Každý pacient reaguje jinak, i když mají stejnou diagnózu. Existuje ale několik mechanismů, které pacienta chrání a z nichž naprostá většina z nich je nevědomá. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

5.2 Pacientovo vnímání nemoci

Jak pacient vnímá svou nemoc a jak ji prožívá je složitější, než se na první pohled může zdát. Nemoc má několik různých stránek, jak člověk může prožívat svou nemoc. Prožívání a pohled na nemoc má šest různých dimenzí pacientova pohledu na nemoc. Jedná se o emocionální stránku nemoci, tady sledujeme, jak pacienta nemoci bolí, jakou má náladu, jestli je skleslý. Dále existují různé příznaky, které pacient prožívá např. zčernání kůže, zvracení, nespavost atd. Důležité je, jestli pacient dokáže svou nemoc pojmenovat - jestli dokáže říci, mám rakovinu. Různě prožívá nemocný důsledky svého zdravotního stavu. Za důsledek může být považována dieta, pobyt v nemocnici nebo doma na lůžku. Pacient by si měl umět představit dobu svého léčení a také by měl mít představu o tom, jak se zhorší jeho zdravotní stav. Jestli bude schopen jít do práce, jak dlouho bude nemocný apod. (Křivohlavý, 2002)

"Ukazuje se, že pacientovy představy o tom, co mu je, ovlivňují daného člověka při jeho vnímání jeho vlastního zdravotního stavu a zároveň ho i ovlivňují při jeho interpretaci toho, jak na tom zdravotně je a co se s ním ze zdravotního hlediska děje." (Křivohlavý, 2002, s. 19) Jde o to, jak svou nemoc prožívá, jestli příznaky nemoci bere jako drobnosti nebo jestli je chápe jako příznaky nemoci, které jsou důležité. Dále je důležité, jestli vidí svou hospitalizaci v nemocnici jako nejlepší způsob léčení, nebo jestli chce hledat i jiné cesty. Pro zlepšení prožívání nemoci je důležité, aby jedinec vnímal příznaky a jejich rozpoznávání jako závažné příznaky nemoci a aby porozuměl, pochopil a správně si vyložil vše, co dané příznaky znamenají.

5.2.1 Rozdíly ve vnímání pacientů

Každý člověk vnímá jinak co se s ním děje. Rozdíly jsou nejvíce vidět na vnímání bolesti. Někdo malou fyzickou bolest (štípnutí) vnímá jako nepatrnou, malou, někdo to může cítit jako obrovskou bolest.

Rozdíly jsou také v typu osobnosti mezi lidmi. Některé typy osobnosti určité věci přecházejí jako nepodstatné a nedůležité, nevšímají si jich. Toto pravidlo uznávají ve svém životě ve všem, tedy i v příznacích nemoci. Odborně se toto nevšímání si nazývá "blunting" - necitlivost, otupělost. Jiní lidé ale mohou být naopak velmi citliví, tudíž vše hodně prožívají, sebemenší změny si ihned všímají a řeší jí, jsou velmi bdělí. Tady se jedná o vigilanci - bdělosti. Odborně se tento typ osobnosti nazývá

"monitoring" - monitorování, přísný dohled, citlivý detektor. Při určité změně zdravotního stavu ji první skupina typu osobnosti zcela samozřejmě přehlídí, druhá skupina ji zjistí velmi rychle a ihned ji řeší, jelikož ji vnímají jako velmi důležitou. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

Rozdíly ve vnímání jsou i podle osobního zaměření jedince. Tyto typy lidí jsou rozděleni na "typ chování A" a "typ chování B". Typ chování A jsou lidé, kteří pro svou zaneprázdněnost v práci zapomínají na základní podmínky udržování dobrého zdravotního stavu. Skupina typ chování B se naopak na svůj dobrý zdravotní stav zaměřuje a snaží se pro něj něco dělat, např. pravidelně cvičí, chodí na procházky, sportuje apod.. První skupině lidí mnoho příznaků nemoci ujde, jelikož jsou zaměřeni na nějakou svou důležitou činnost, druhá skupina lidí příznak dříve objeví a řeší. (Křivohlavý, 2002)

Je zajímavé, že se ukázalo, že lidé, kteří jsou neurotičtí, u sebe pozorují více negativních příznaků nemoci či změn zdravotního stavu. Neurotičtí lidé vnímají svůj zdravotní stav mnohem pozorněji. Klidné lidi naopak malé změny tolik nepolekají. Také lidé v negativním emocionálním stavu vnímají nemoc mnohem citlivěji. Pokud jsou lidé ve stresu, tak se domnívají, že jsou ohroženi ze všech stran, tedy i zdravotně. Svou nemoc tedy vnímají intenzivněji. Negativní stránkou osob vystavených stresům je ta, že lidé vystavení stresu mají fyziologické příznaky stresu, ale tyto lidé je mohou považovat za příznaky nemoci. (Křivohlavý, 2002)

5.2.2 Faktory ovlivňující vnímání nemocí

Do našeho vnímání nemoci vstupují obranné mechanismy. Ty zabraňují tomu, abychom vnímali, co se s námi doopravdy děje. Obranné mechanismy také pomáhají, abychom nevnímali všechny příznaky tak výrazně. Snažíme se tedy bolest i jiné příznaky tolik nevnímat, nevnímáme co je nám nepříjemné, co nechceme vidět, slyšet. Určitý negativní příznak tedy díky těmto změnám nemusíme zaregistrovat. Nálada je další faktor, který nás ovlivňuje ve vnímání nemocí. Máme-li dobrou náladu, negativního příznaku si moc nevšímáme, my rozhodujeme o tom, čemu budeme věnovat pozornost. Člověk ve špatné náladě je velmi pesimistický. Psychologové také rozlišují lidi zaměřené na sebe a lidi, kteří jsou zaměřeni spíše na okolní svět. Introvert je zaměřený spíše na sebe a extrovert spíše na to, co je okolo něho. Lidé, kteří jsou

zaměření spíše na sebe, citlivěji vnímají svou nemoc a citlivěji také odhalují příznaky nemoci. (Křivohlavý, 2002)

Vliv na vnímání nemoci mají situační faktory. Lidé, kteří mají zajímavou práci, jsou méně citliví k příznakům nemoci než lidé, kteří se ve své práci příliš nerealizují a mají ji nudnou. Nemoci a jejich příznaků si všímáme více, jsme-li v práci, než když jsme doma. Nemoc vnímáme mnohem intenzivněji, pokud se o nemoc více zajímáme, čteme si o ní apod.. Např. studenti medicíny příznaky různých nemocí na sobě objevují častěji než ostatní lidé. (Křivohlavý, 2002)

Naše vnímání nemoci mohou ovlivnit i masové sdělovací prostředky. Ovlivňuje to zájem o nemoci a jejich příznaky. V televizi, novinách i časopisech je informací o nemocech velmi mnoho, více než dříve. Nejčastější onemocnění u nás nejsou infekční nemoci, ale nemoci, které mají širokou škálu příznaků a příčin - AIDS, rakovina apod. Informace si také lidé vyměňují mezi sebou. Může se jednat i o tzv. falešný poplach, kdy jeden člověk řekne druhému o své nemoci a o svých příznacích a ten druhý člověk zjistí, že má podobné příznaky. Přehled faktorů, které ovlivňují vnímání příznaku i jeho hodnocení ukazuje, že tzv. kognitivní faktory (myšlenky lidí, názory lidí, představy, postoje a přesvědčení) zde hrají důležitou roli. (Křivohlavý, 2002)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

V mé bakalářské práci se zabírám problematikou péče o nemocné seniory v domácí péči jejich rodinnými příslušníky. Domnívám se, že vliv rodiny na seniora v období nemoci a v průběhu rekonvalescence je aktuálním tématem, protože stárnutí je nevyhnutelnou fází v životě každého z nás. A to nejen proto, že se můžeme stát těmi, kdo pečují o svého blízkého, ale také proto, že i my se můžeme stát těmi, kteří budou ve stáří péči potřebovat.

6.1 Hlavní problém

Praktickou část své bakalářské práce jsem věnovala výzkumnému šetření, ve kterém se pokusím zjistit, zda přístup rodiny k nemocnému seniorovi ovlivňuje jeho prožívání nemoci a období rekonvalescence.

6.2 Dílčí problém

Jako dílčí problém vidím to, že rodinní příslušníci nechápou odlišné nároky seniorů v období nemoci. Podle mého názoru to úzce souvisí s nedostatečnou informovaností veřejnosti o změnách psychiky a rozdílných potřebách seniorů.

7 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem mého výzkumného šetření je získání co největšího množství informací od tří skupin respondentů. Na jedné straně jsem zjišťovala informace od nemocných seniorů, na straně druhé od příbuzných, kteří o ně pečují. Jako nezávislý pohled, jsem zvolila sestru z agentury domácí péče, která je s nemocnými seniory a jejich rodinami v úzkém kontaktu. Na základě výsledků mého šetření se potvrdí či vyvrátí mnou předem stanovené hypotézy. Výsledná analýza získaných dat by měla umožnit ucelený pohled

na problematiku péče o nemocné seniory jejich rodinnými příslušníky v domácím prostředí.

8 METODIKA VÝZKUMU

K získání dat k mému výzkumnému šetření jsem zvolila dotazníkovou metodu. Dotazník byl rozdán třem cílovým skupinám respondentů. První skupinou byli nemocní senioři, druhou jejich rodinní příslušníci, kteří o ně pečují v období nemoci a třetí sestry z agentury domácí péče, které k nemocným dochází. Kromě demografických a sociologických otázek se dotazník skládal z patnácti otázek společných pro všechny tři skupiny dotazovaných.

Otázky do dotazníku byly formulovány jednoduchou, srozumitelnou formou. Důraz jsem kladla především na to, aby svou formulací nepodbízely respondenty k odpovědi. Před samotným výzkumným šetřením byla provedena pilotní studie u tří skupin respondentů. Dotazník byl pro ně srozumitelný, proto jsem ho použila bez dalších úprav. Dotazníky pro všechny tři skupiny respondentů jsem rozdala třiceti pěti sestrám z agentur domácí péče v Plzni, Dolním Rychnově a Karlových Varech. Každá z nich si pak vybrala seniora, kterého navštěvuje a jeden dotazník mu dala k vyplnění, druhý dala jeho rodinnému příslušníkovi, který o něj nejvíce pečuje a jeden dotazník vyplnila sama.

8.1 Metodika zpracování výsledků

Pro lepší orientaci jsem rozdělila analýzu získaných dat do dvou samostatných oddílů. V prvním oddílu jsem vyhodnotila demografické a sociální aspekty o respondentech. Všechny údaje o respondentech jsou znázorněny v grafech. Použit byl vždy typ grafu, který je nejvhodnější k danému typu problematiky. Pod každým grafem je krátký komentář.

Ve druhém oddílu jsem graficky znázornila výsledky samotného výzkumného šetření. Jako první jsou vyobrazeny grafy, které se vztahují k první hypotéze. Následně grafy vztahující se ke druhé a třetí hypotéze. Grafů je celkem osmnáct, z toho tři jsou souhrnné a jsou umístěny vždy v závěru u každé z hypotéz. Hlubšímu rozboru získaných dat se věnuji v diskusi.

9 HYPOTÉZY

1. Předpokládám, že přístup rodiny ovlivňuje prožívání nemoci a rekonvalescenci seniorů v domácí péči.
2. Předpokládám, že rodinní příslušníci nechápou zvláštnosti seniorského věku.
3. Předpokládám, že rodinní příslušníci nemají srozumitelné informace o změnách psychiky a potřebách seniorů.

10 VZOREK RESPONDENTŮ

Dotazníky pro všechny tři skupiny respondentů jsem rozdala třiceti pěti sestřím z agentur domácí péče v Plzni, Dolním Rychnově a Karlových Varech. Každá z nich si pak vybrala seniora, kterého navštěvuje a jeden dotazník mu dala k vyplnění, druhý dala jeho rodinnému příslušníkovi, který o něj nejvíce pečuje a jeden dotazník vyplnila sama.

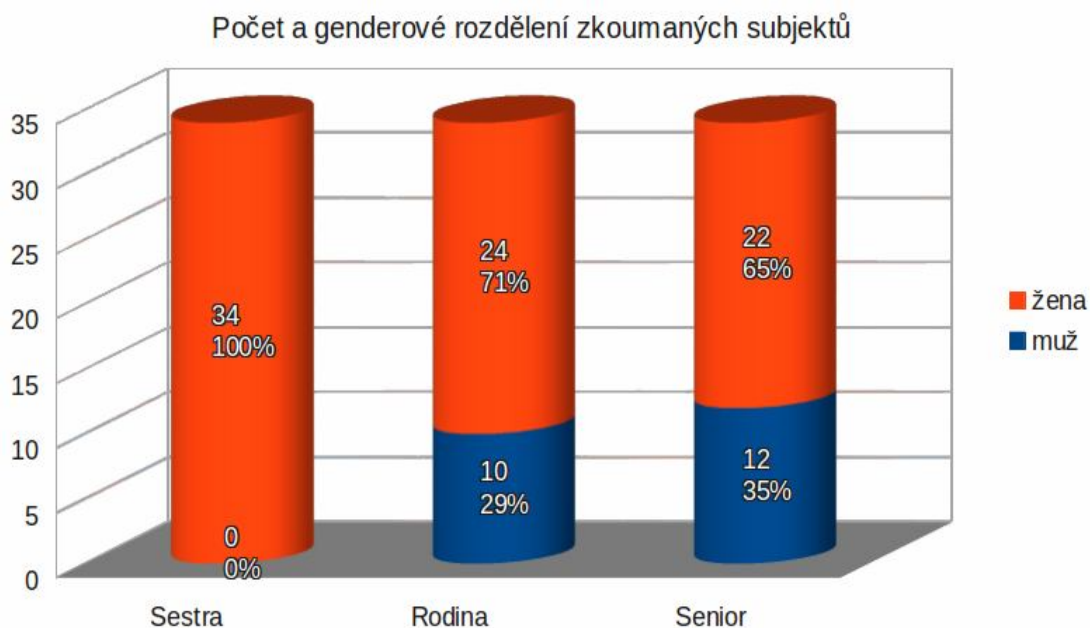
Každé ze tří skupin respondentů bylo rozdáno 35 dotazníků, celkem jich tedy bylo rozdáno 105. Jedna sestra dotazníky nevrátila, to znamená, že celkový počet vrácených a vyhodnocených dotazníků byl 102. Návratnost tedy činila 97,14 %.

Období výzkumného šetření: prosinec- leden 2011/2012.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ, GRAFY, KOMENTÁŘE

11.1 Identifikace vzorku výzkumu

Graf č. 1

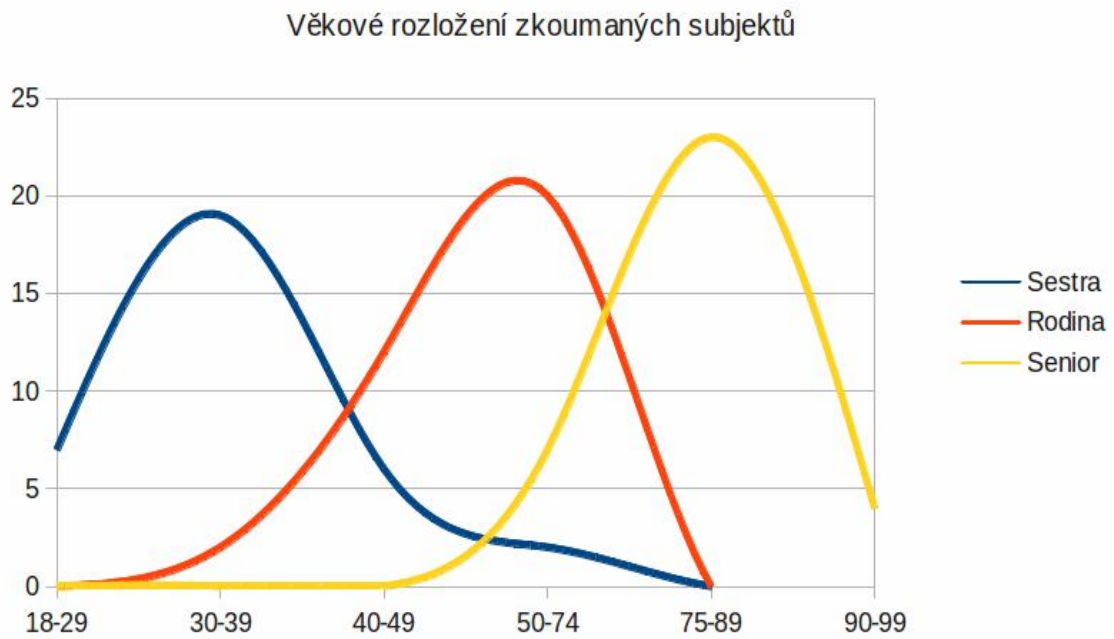


Komentář:

V tomto grafu je znázorněn počet a poměrové rozvržení mužů a žen ve zkoumaném vzorku.

Skupina sester byla ve 100 % ženského pohlaví. Ve skupině respondentů rodinných příslušníků odpovídalo 71 % žen a 29 % mužů. Seniorů se výzkumného šetření zúčastnilo 65 % žen a 35 % mužů.

Graf č. 2

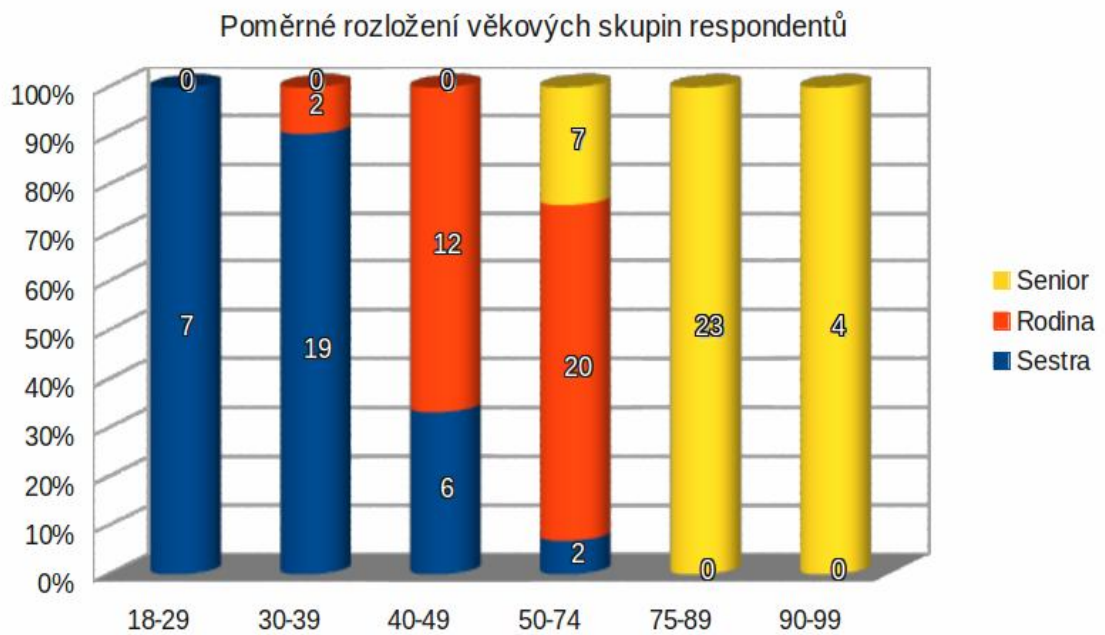


Komentář:

Na tomto grafu je znázorněno třemi křivkami věkové rozložení všech třech skupin respondentů.

Výzkumného šetření se zúčastnilo nejvíce sester ve věku 30- 39 let, rodinní příslušníci byli ve většině případů starší 50- ti let a seniorů bylo nejvíce ve věkové kategorii 75- 89 let.

Graf č.3



Komentář:

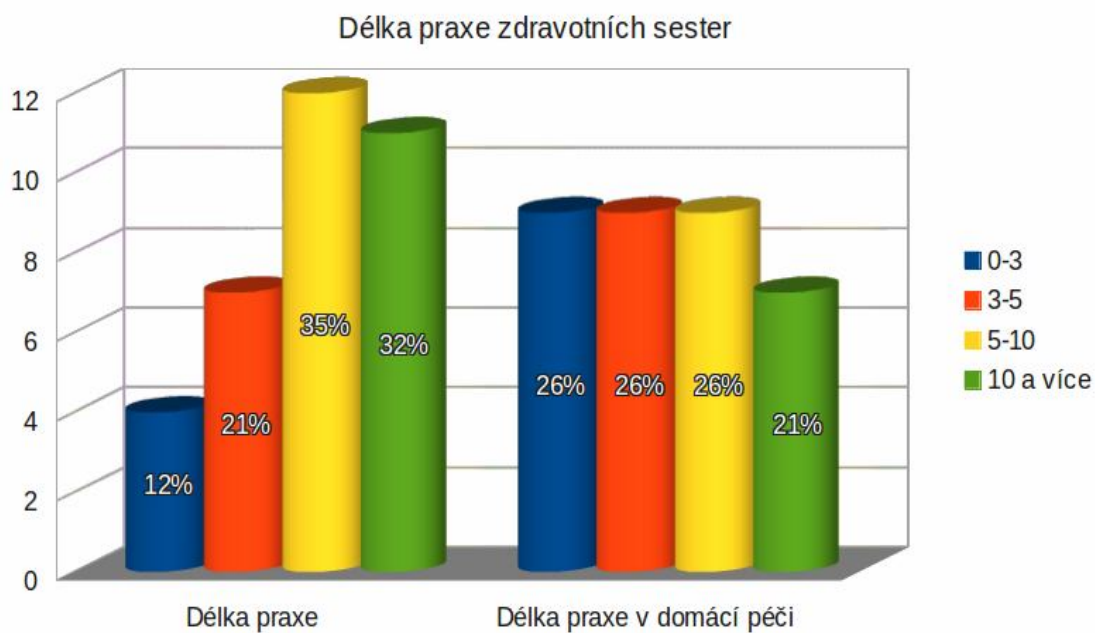
Na tomto sloupcovém grafu je znázorněno poměrové rozložení věku všech třech skupin dotazovaných respondentů.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 56 % sester mezi 30-39 lety, 20 % sester mezi 18-29 lety, 18 % mezi 40-49 lety a 6 % sester nad 50 let.

Rodinných příslušníků odpovídalo 59 % nad 50 let, 35 % dotazovaným bylo mezi 40-49 lety, 6 % dotázaných bylo mezi 30-39 lety, neodpovídal žádný respondent mladší 30- ti let.

Seniorů se zúčastnilo nejvíce ve věkovém rozmezí 75-89 let, což představovalo 68 %, druhou nejpočetnější skupinou byli senioři ve věku do 74 let, kterých bylo 20 %, nejmenší skupinou respondentů byli senioři ve věku 90-99 let, kterých bylo 12 %, z více jak stoletých se nezúčastnil nikdo, tzn. 0 %.

Graf č. 4



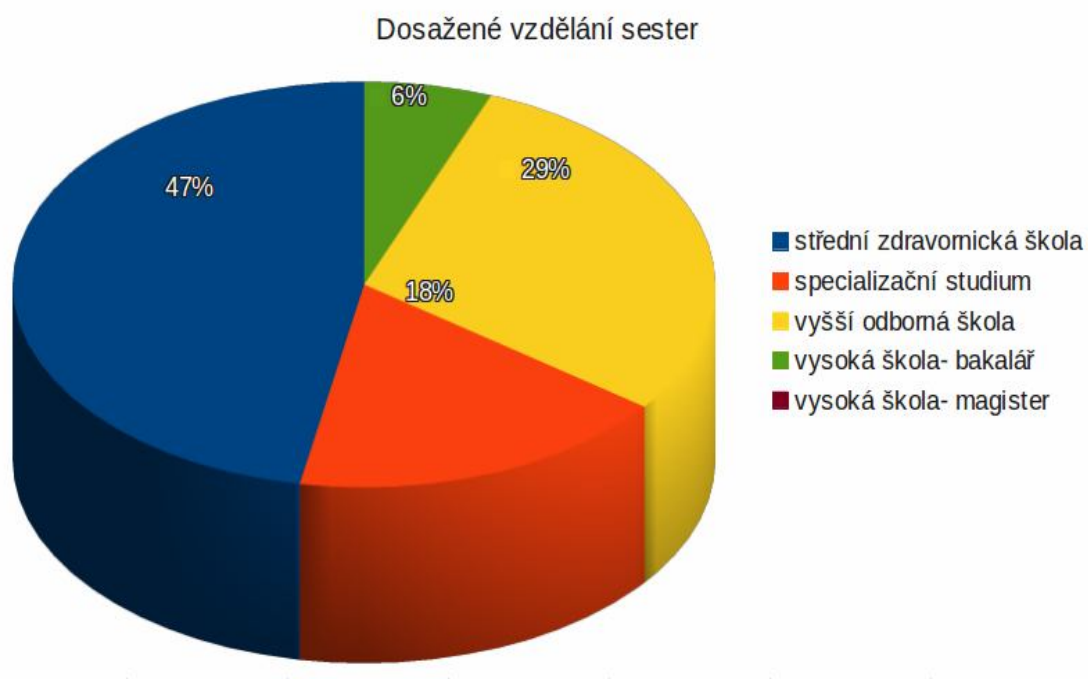
Komentář:

Na tomto grafu je znázorněna celková délka odborné praxe a délka praxe v domácí péči dotazovaného vzorku sester.

Výzkumného šetření se zúčastnily sestry s celkovou délkou praxe ze 35 % 5-10 let, ze 32 % byla délka praxe 10 a více let, z 21 % činila délka praxe 3-5 let a 12 % sester mělo praxi kratší jak 3 roky.

Dále je zde znázorněno, že 26 % oslovených sester pracuje v domácí péči méně jak 3 roky, 26 % sester 3-5 let, 26 % sester 5-10 let a 21 % sester je zaměstnáno v domácí péči více jak 10 let.

Graf č. 5

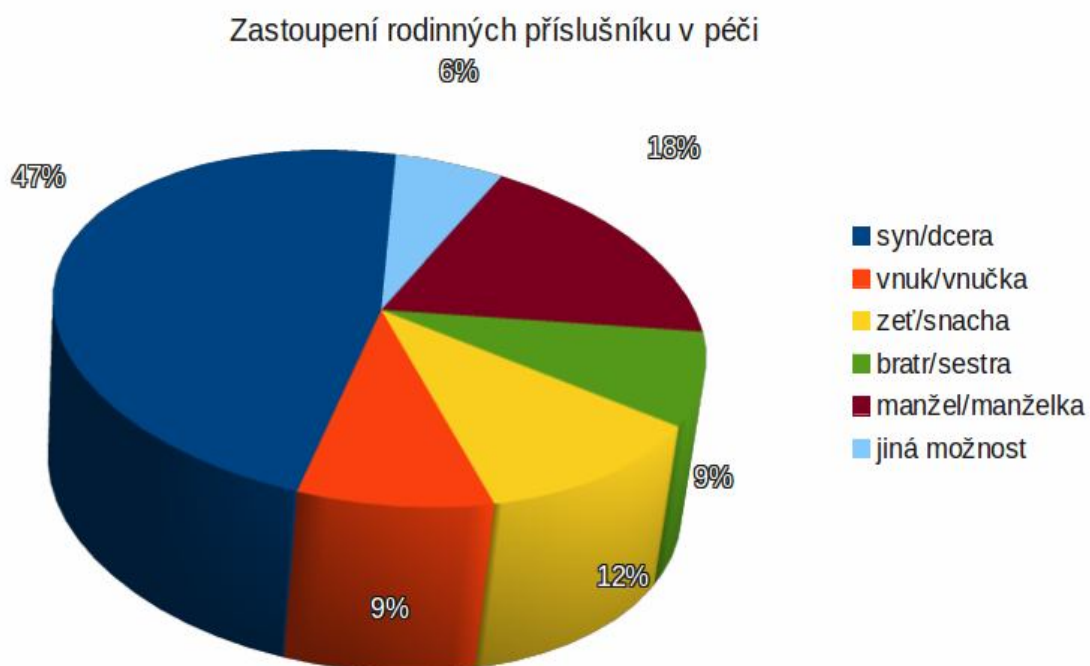


Komentář:

Tento koláčový graf znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání sester, které se zúčastnily výzkumného šetření.

Nejčastějším vzděláním sester, které se zúčastnily průzkumu, byla střední zdravotnická škola, to odpovídá 47 %, 29 % sester mělo vyšší odborné vzdělání, 18 % specializační studium, 6 % vysokou školu ukončenou bakalářským titulem a neodpovídala žádná sestra s magisterským titulem.

Graf č. 6

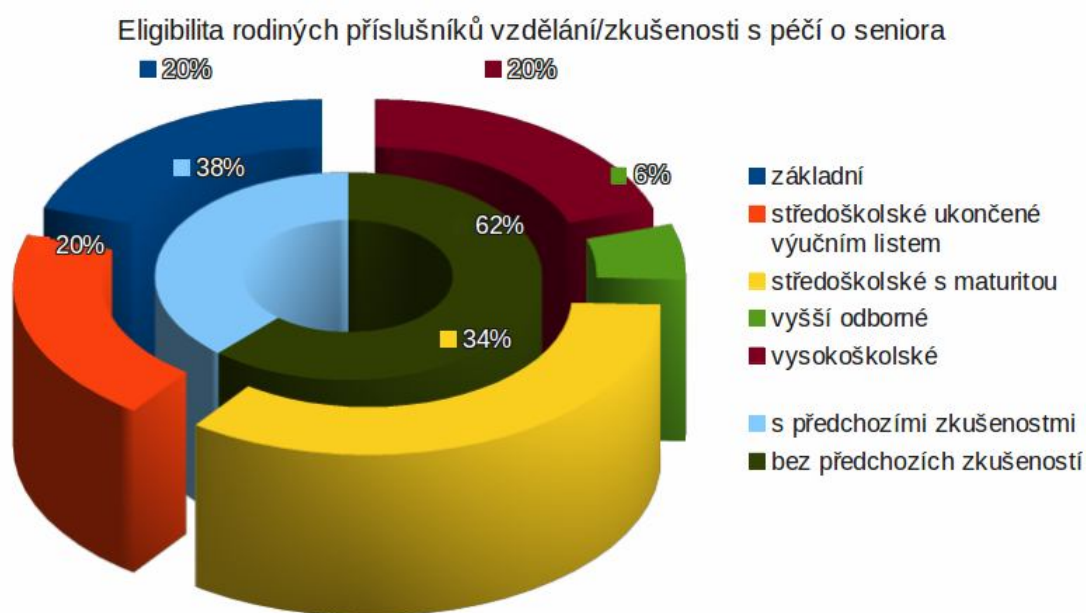


Komentář:

Tento koláčový graf znázorňuje procenticky zastoupení osob, které z pohledu seniorů o ně nejvíce pečují.

Z průzkumu vyplývá, že pečujícími osobami jsou ve 47 % případů potomci seniorů, dále už je zastoupení pečujících téměř srovnatelné a to v pořadí manžel/manželka v 18 %, zeť/snacha ve 12 %, vnoučata a sourozenci v 9 %, jinou možnost zvolilo 6 % respondentů, v jednom případě respondent uvedl, že o něj nejvíce pečují sestry z domácí péče a ve druhém respondentka uvedla, že o ni pečuje přítel.

Graf č. 7



Komentář:

V tomto koláčovém grafu je ve dvou rovinách znázorněna eligibilita (vhodnost, kvalifikační předpoklady) rodinných příslušníků v péči o nemocné seniory. A to z pohledu dosaženého vzdělání a předchozích zkušeností pečující osoby.

Z průzkumu vyplývá, že nejvyšší procento dotázaných a to 34 % mělo středoškolské vzdělání ukončené maturitou, základní vzdělání mělo 20 %, středoškolské ukončené výučním listem 20 %, vysokoškolské 20 % a nejmenší procento zastoupení a to 6 % měli rodinní příslušníci s vyšším odborným vzděláním.

Předchozí zkušenosti s péčí o nemocného seniora mělo 38 % dotázaných, oproti tomu 62 % rodinných příslušníků se nikdy v minulosti s tímto úkolem nesetkalo.

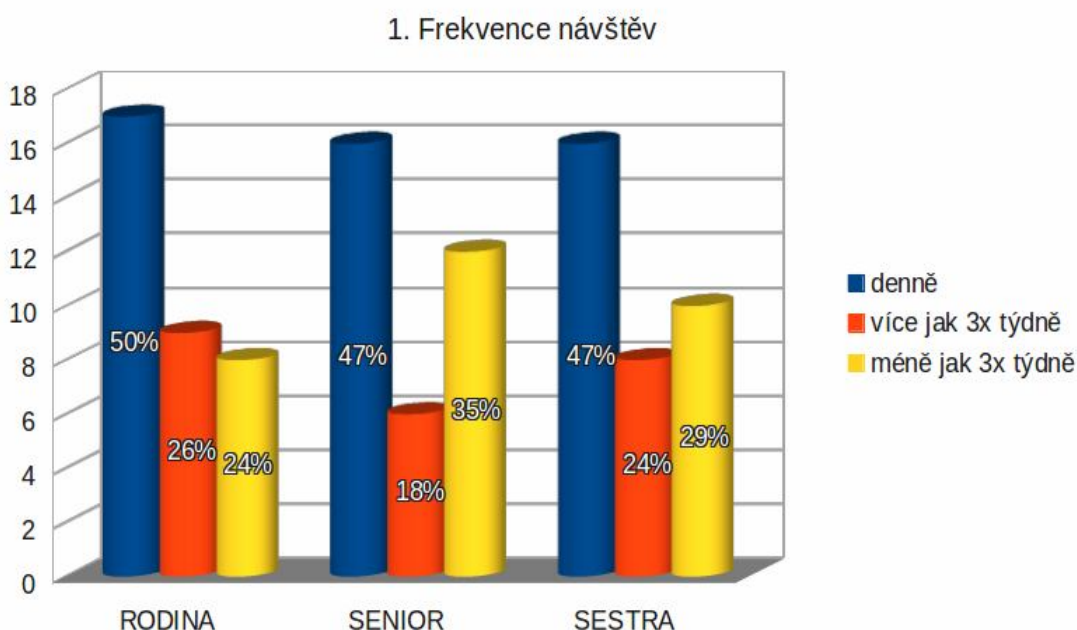
11.2 Zpracování vlastního výzkumného šetření

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že přístup rodiny ovlivňuje prožívání nemoci a rekonvalescenci seniorů v domácí péči.

K této hypotéze se v dotazníkovém šetření vztahují otázky č.: 1, 2, 7, 8, 15

Otázka č. 1 - Jak často jsou s nemocným seniorem jeho rodinní příslušníci v kontaktu?

Graf č. 8

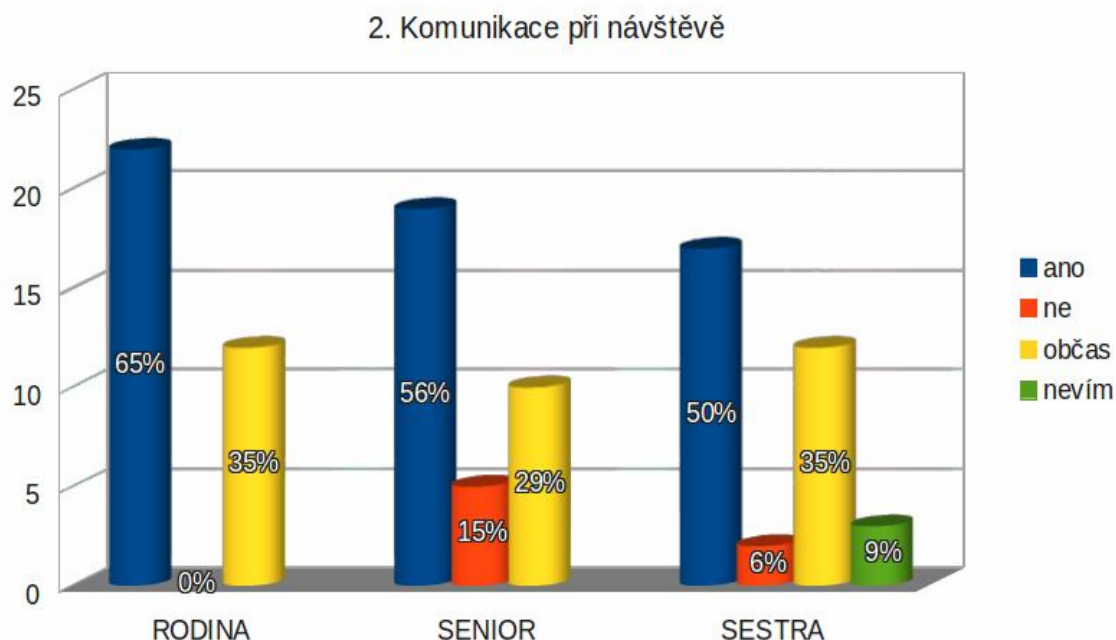


Komentář:

Odpověď „denně“ zvolilo 50 % respondentů ze skupiny rodina a shodně 47 % ze skupiny senior i sestra. Odpověď „více jak 3x týdně“ zvolila rodina ve 26 %, senior ve 18 % a sestra ve 24 %. Odpověď „méně jak 3x týdně“ zvolila rodina ve 24 %, senior ve 35 % a sestra ve 29 %.

Otázka č. 2 - Povídají si rodinní příslušníci se svým nemocným seniorem při návštěvách?

Graf č. 9

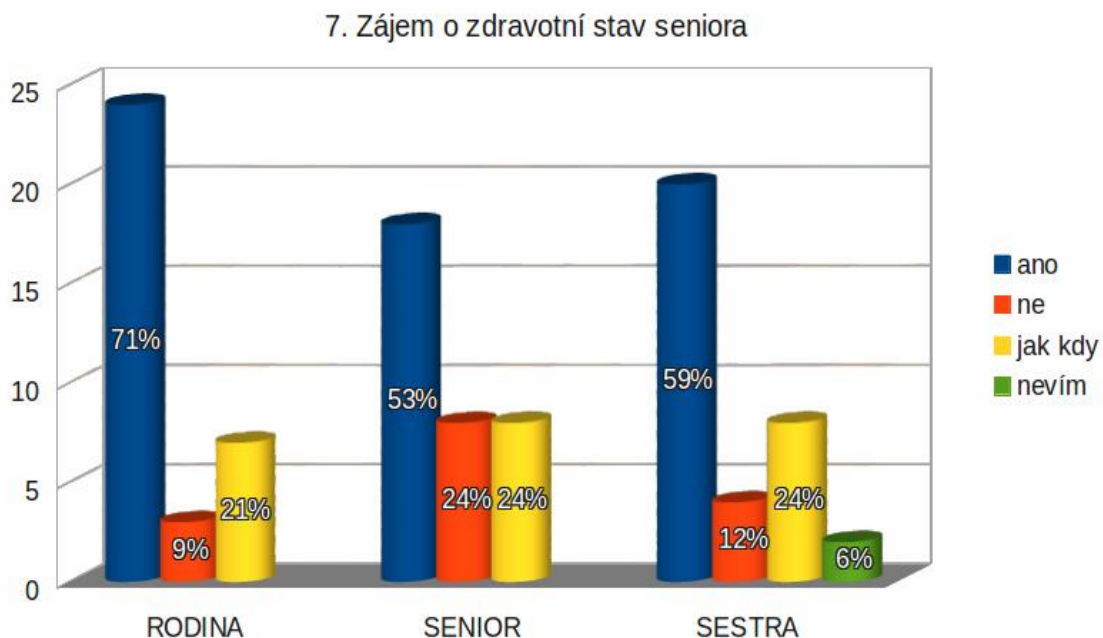


Komentář:

Odpověď „ano“ zvolilo 56 % respondentů z kategorie senior, oproti tomu rodina zvolila odpověď „ano“ v 65 % a sestra pouze v 50 %. Odpověď „ne“ zvolila skupina seniorů v 15 %, sestra v 6 % a z pohledu rodiny je to 0 %. Odpověď „občas“ zvolila shodně rodina a sestra ve 35 % a senior pouze ve 29 %. Sestra měla na výběr ještě možnost odpovědi „nevím“ a zvolila ji v 9 %.

Otázka č. 7 - Zajímají se rodinní příslušníci o aktuální zdravotní stav seniora?

Graf č. 10

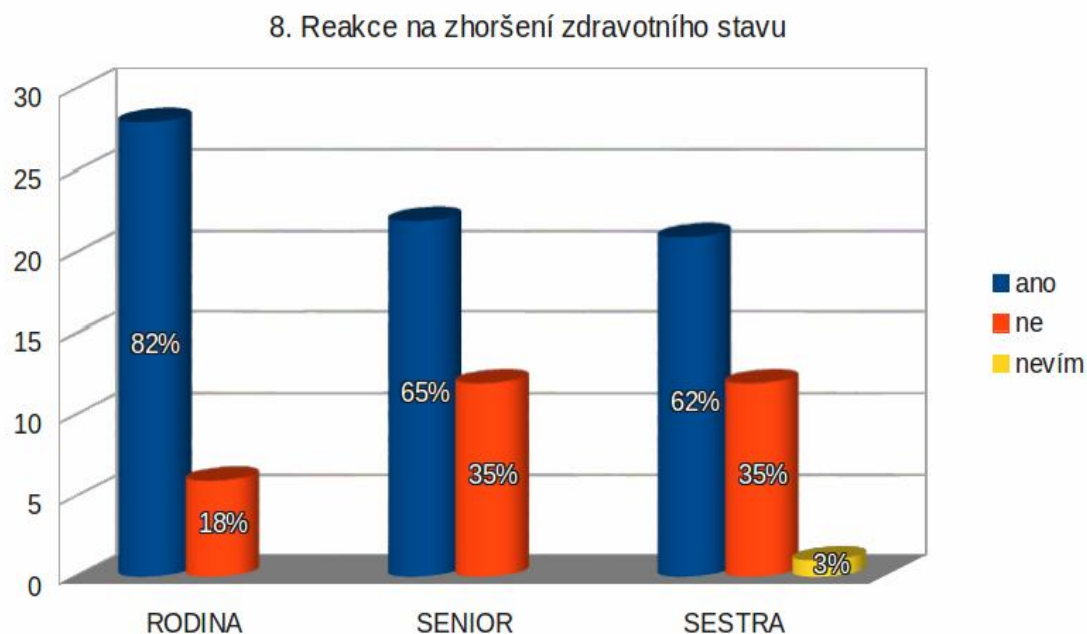


Komentář:

Odpověď „ano“ zvolila rodina v 71 %, senior pouze v 53 % a sestra v 59 %. Naproti tomu odpověď „ne“ zvolilo pouze 9 % respondentů ze skupiny rodina, ale skupina senior tuto odpověď volila ve 24 % a sestra ve 12 %. Odpověď „jak kdy“ zvolila rodina ve 21 %, tuto možnost zvolili senior i sestra ve 24 %. Odpověď „nevím“ měla na výběr pouze sestra a zvolila ji v 6 %.

Otázka č. 8 - Reagují příbuzní seniora na to, když jim nemocný sdělí, že se jeho zdravotní stav zhoršil (bolesti, ztížené dýchání, apod.)?

Graf č. 11

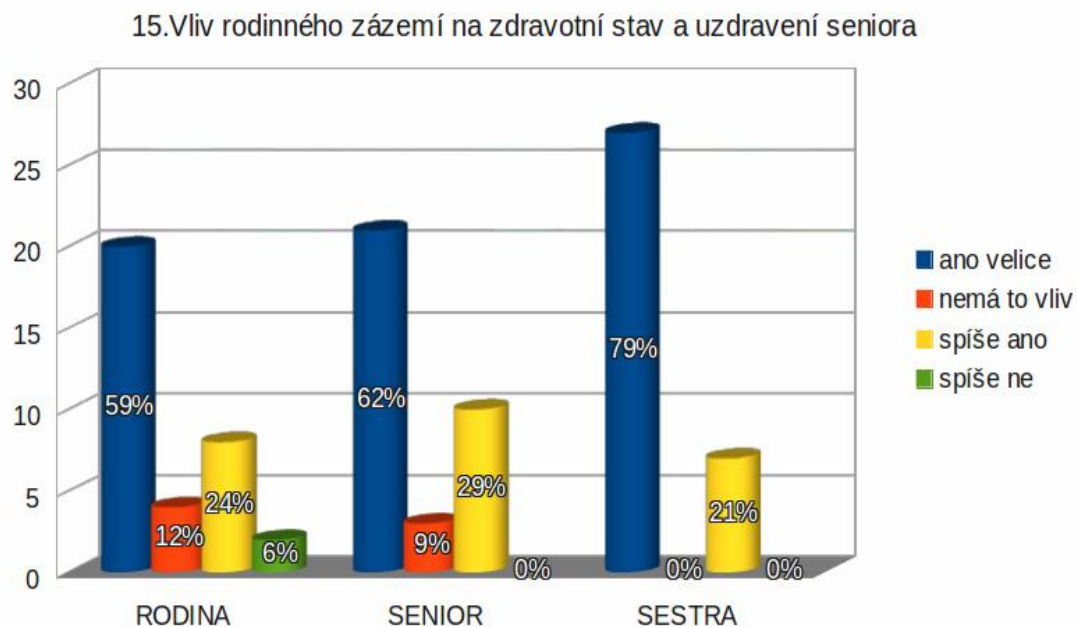


Komentář:

Odpověď „ano“ zvolilo 82 % dotázaných respondentů ze skupiny rodina, 65 % seniorů a 62 % sester. Odpověď „ne“ zvolilo pouze 18 % ze skupiny rodina a shodně 35 % seniorů a sester. Možnost odpovědi „nevím“ měla pouze sestra a zvolila ji ve 3 %.

Otázka č. 15 - Podílí se kvalitní rodinné zázemí na uzdravení seniora, popř. na jeho momentálním zdravotním stavu?

Graf č. 12



Komentář:

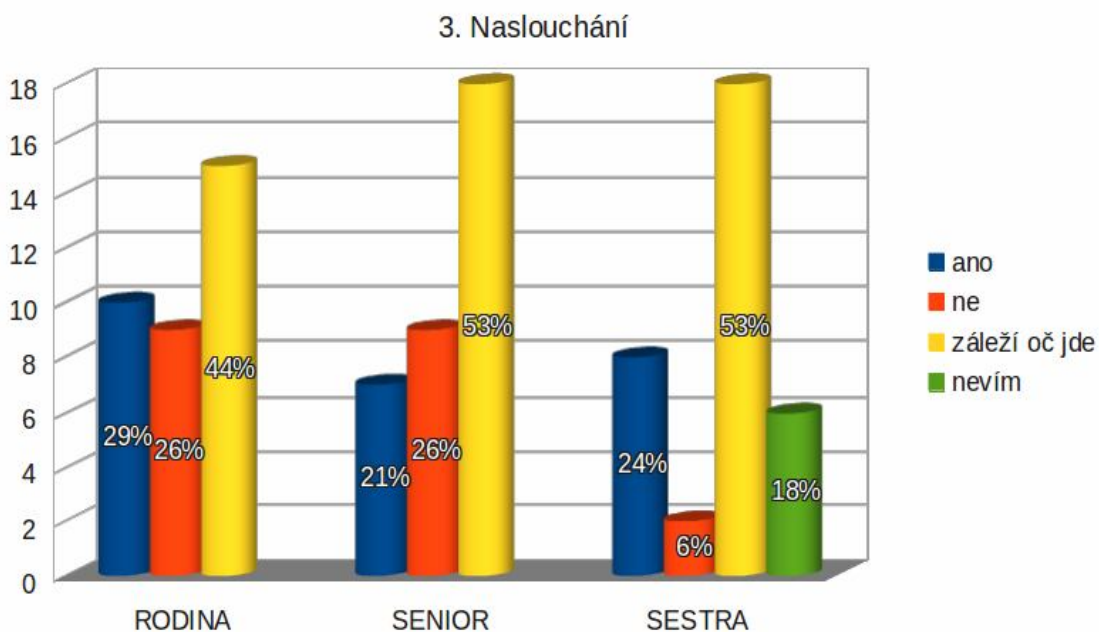
Odpověď „ano velice“ zvolily sestry v 79 %, rodina tuto odpověď zvolila v 59 % a senior v 62 %. Odpověď „nemá to vliv“ zvolila rodina ve 12 %, senior v 9 % a sestra v 0 %. Odpověď „spíše ano“ zvolila rodina ve 24 %, senior ve 29 % a sestra ve 21 %. Odpověď „spíše ne“ zvolila pouze rodina a to v 6 %.

Hypotéza č. 2 - Předpokládám, že rodinní příslušníci nechápou zvláštnosti seniorského věku.

K této hypotéze se v dotazníkovém šetření vztahují otázky č.: 3, 4, 5, 6, 9

Otázka č. 3 - Vyslechnou příbuzní seniora až do konce, i když jim stejnou informaci sdělujete opakovaně?

Graf č. 13

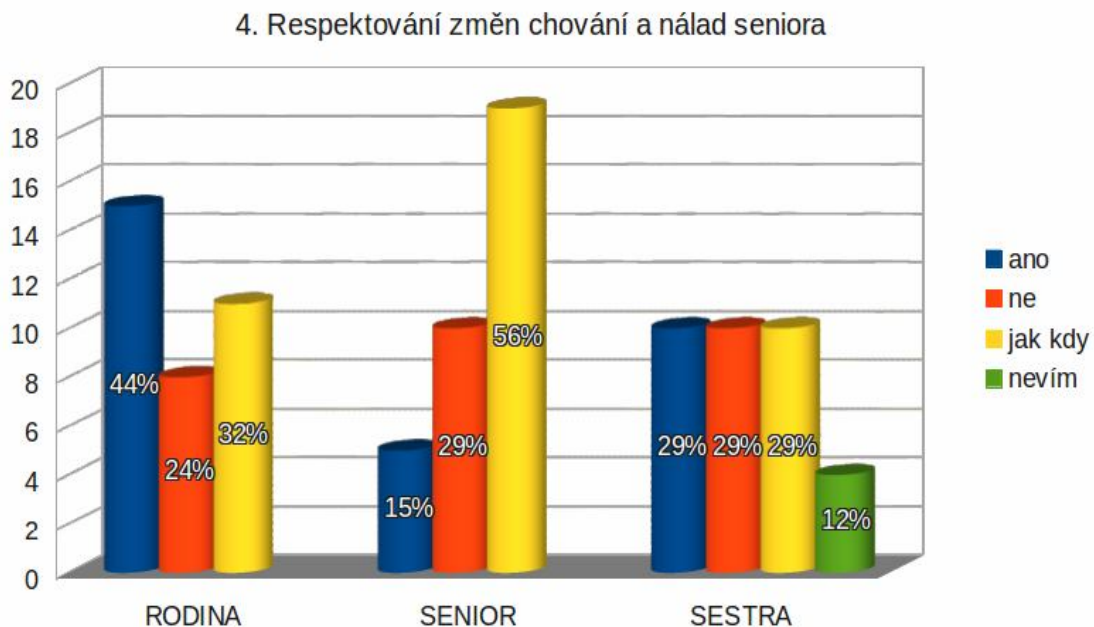


Komentář:

Odpověď „ano“ zvolila rodina ve 29 %, senior ve 21 % a sestra ve 24 %. Odpověď „ne“ zvolila ve 26 % shodně rodina a senior, a sestra odpověděla „ne“ v 6 %. Odpověď „záleží oč jde“ zvolila rodina ve 44 %, senior v 53 % a sestra v 52 %. Sestra měla navíc možnost odpovědi „nevím“ a zvolila ji v 18 %.

Otázka č. 4 - Respektují rodinní příslušníci změny chování a nálad seniora?

Graf č. 14

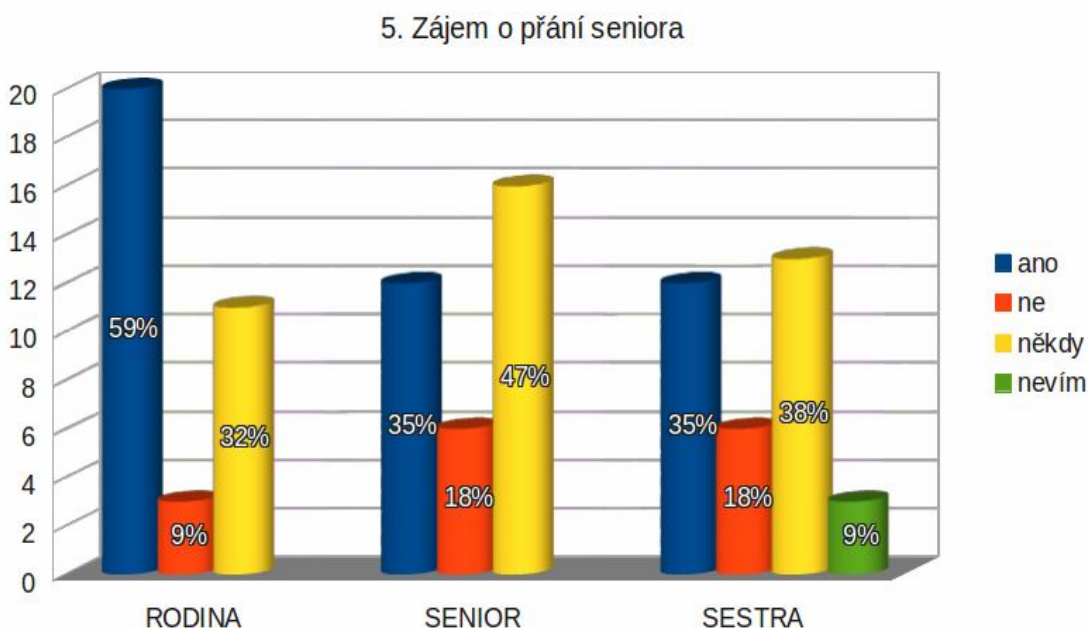


Komentář:

Odpověď „ano“ zvolilo 44 % respondentů ze skupiny rodina, senior volil tuto odpověď pouze v 15 % a sestra ve 29 %. Odpověď „ne“ zvolilo 24 % ze skupiny rodina a shodně 29 % seniorů a sester. Odpověď „jak kdy“ volila z 32 % rodina, z 56 % senior a z 29 % sestra. Sestra měla navíc možnost odpovědi „nevím“ a volila ji ve 12 %.

Otázka č. 5 - Zajímají se příbuzní o to, co by si senior přál, co by mu udělalo radost?

Graf č. 15

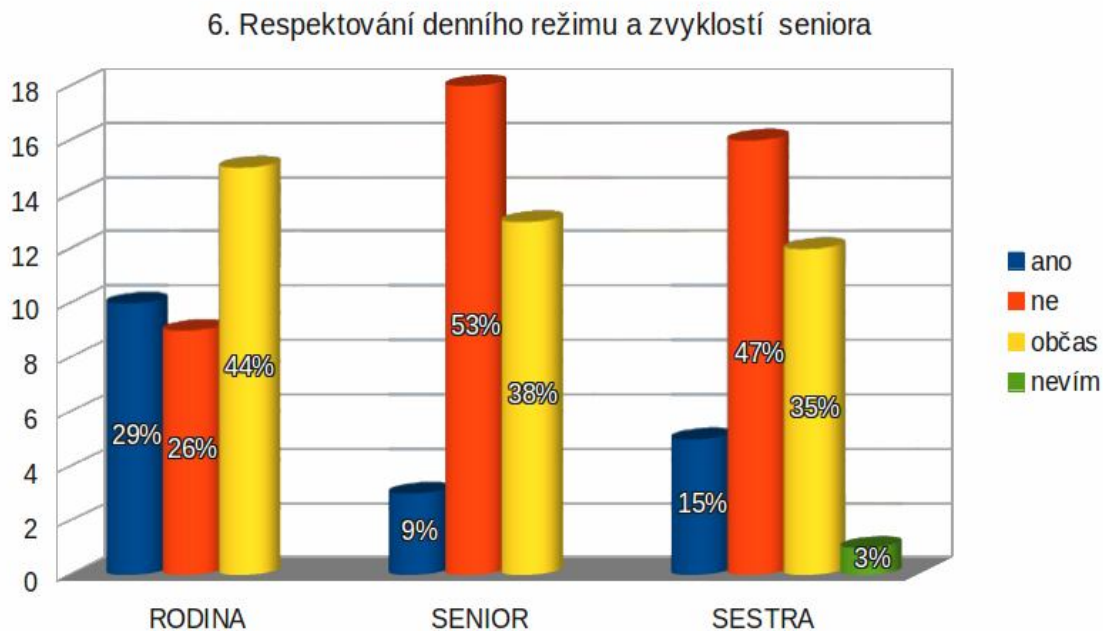


Komentář:

Odpověď „ano“ zvolila rodina v 59 %, senior a sestra shodně ve 35 %. Odpověď „ne“ zvolila rodina pouze v 9 %, senior a sestra zvolili odpověď shodně v 18 %. Odpověď „někdy“ zvolila rodina ve 32 %, senior ve 47 % a sestra ve 38 %. Sestra měla navíc možnost odpovědi „nevím“ a zvolila ji v 9 %.

Otázka č. 6 - Respektují příbuzní při návštěvách zvyklosti a denní režim seniora?

Graf č. 16

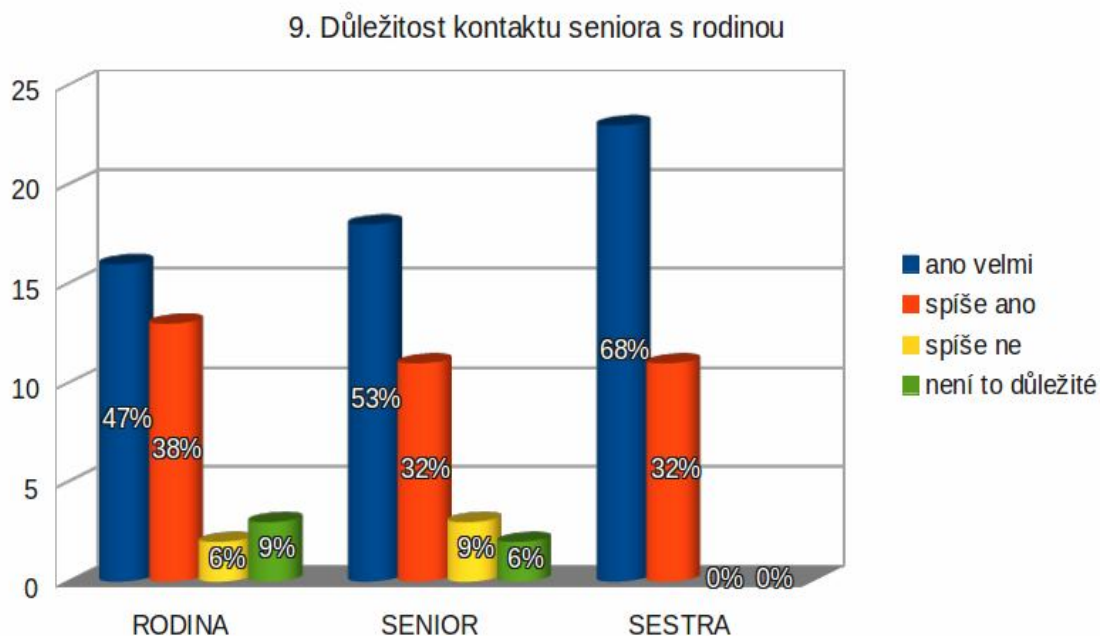


Komentář:

Na tuto otázku zvolilo odpověď „ano“ 29 % respondentů ze skupiny rodina, pouze 9 % ze skupiny senior a 15 % ze skupiny sestra. Odpověď „ne“ zvolila z 26 % rodina, z 53 % senior a ze 47 % sestra. Odpověď „občas“ zvolila rodina ze 44 %, senior ze 38 % a sestra z 35 %. Sestra měla navíc možnost odpovědi „nevím“ a volila ji ve 3 %.

Otázka č. 9 - Je pro nemocného seniora důležitý kontakt s rodinou?

Graf č. 17



Komentář:

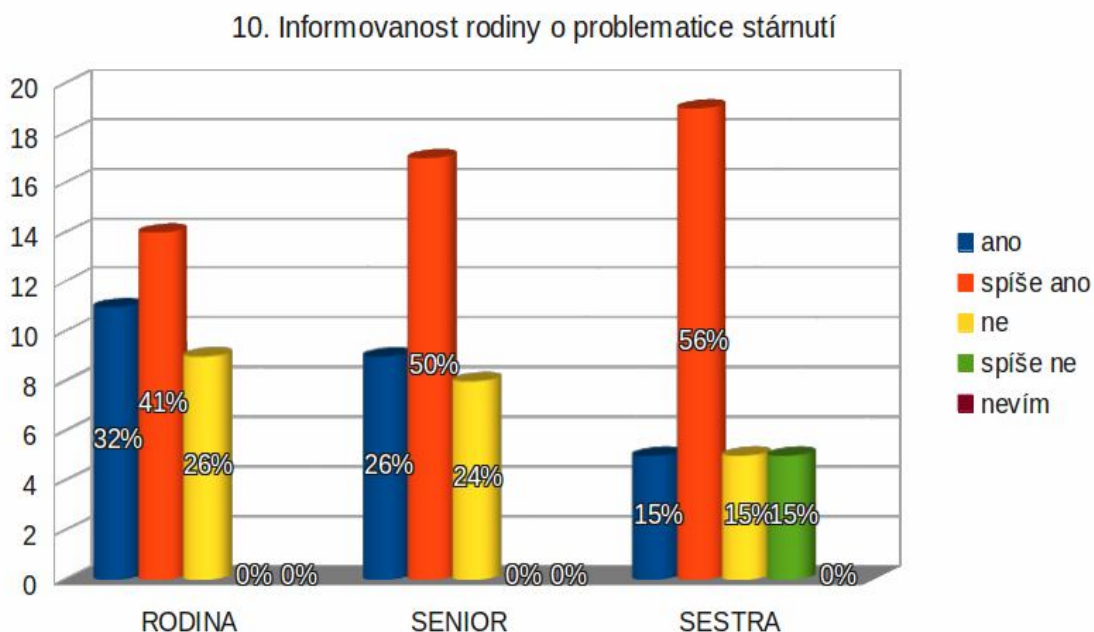
Odpověď „ano velmi“ zvolila rodina ve 47 %, senior v 53 % a sestra dokonce v 68 %. Odpověď „spíše ano“ zvolila rodina ve 38 %, senior shodně se sestrou ve 32 %. Odpověď „spíše ne“ zvolila rodina v 6 %, senior v 9 % a sestra tuto možnost nezvolila vůbec. Odpověď „není to důležité“ zvolila rodina v 9 %, senior v 6 % a sestra opět tuto možnost nezvolila vůbec.

Hypotéza č. 3 - Předpokládám, že rodinní příslušníci nemají srozumitelné informace o změnách psychiky a potřebách seniorů.

K této hypotéze se v dotazníkovém šetření vztahují otázky č.: 10, 11, 12, 13, 14

Otázka č. 10 - Jsou příbuzní seniora informováni o problematice stáří a o změněných potřebách seniorů?

Graf č. 18



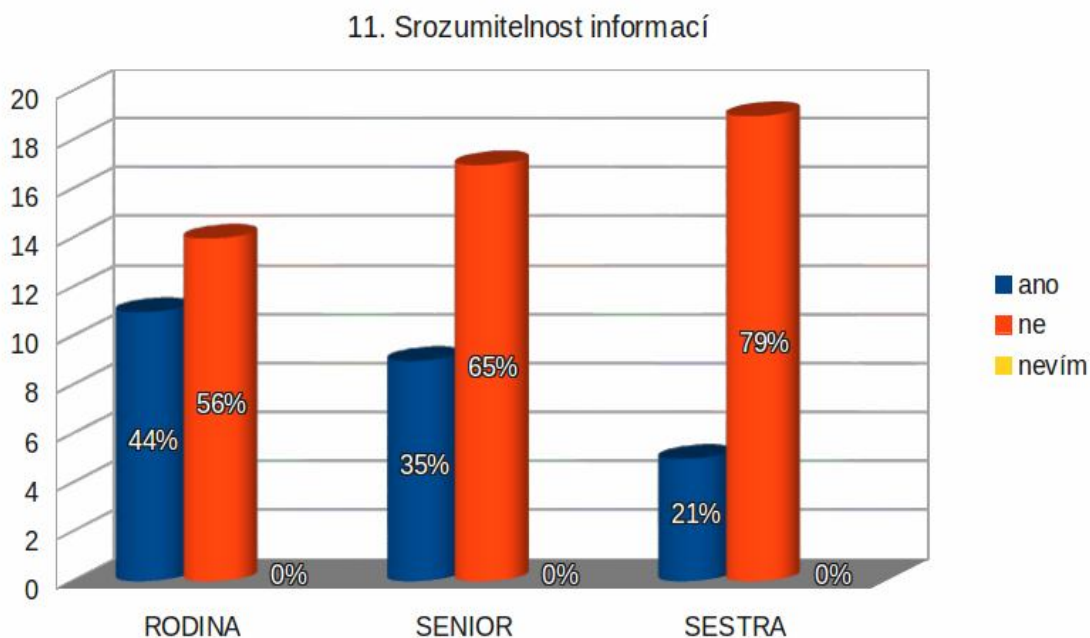
Komentář:

Na tuto otázku odpověděli „ano“ dotazovaní respondenti ze skupiny rodina ve 32 %, senior ve 26 % a sestra pouze v 15 %. Odpověď „spíše ano“ zvolila rodina ve 41 %, senior v 50 % a sestra v 56 %. Odpověď „ne“ zvolila rodina ve 26 %, senior ve 24 % a sestra v 15 %. Odpověď „spíše ne“ zvolila pouze sestra a to v 15 %. Odpověď „nevím“ nezvolil nikdo ani z jedné skupiny.

Otázka č. 11 - Jsou tyto informace srozumitelné?

(Na tuto otázku neodpovídali ti, kteří v předchozí otázce zvolili možnost ne)

Graf č. 19

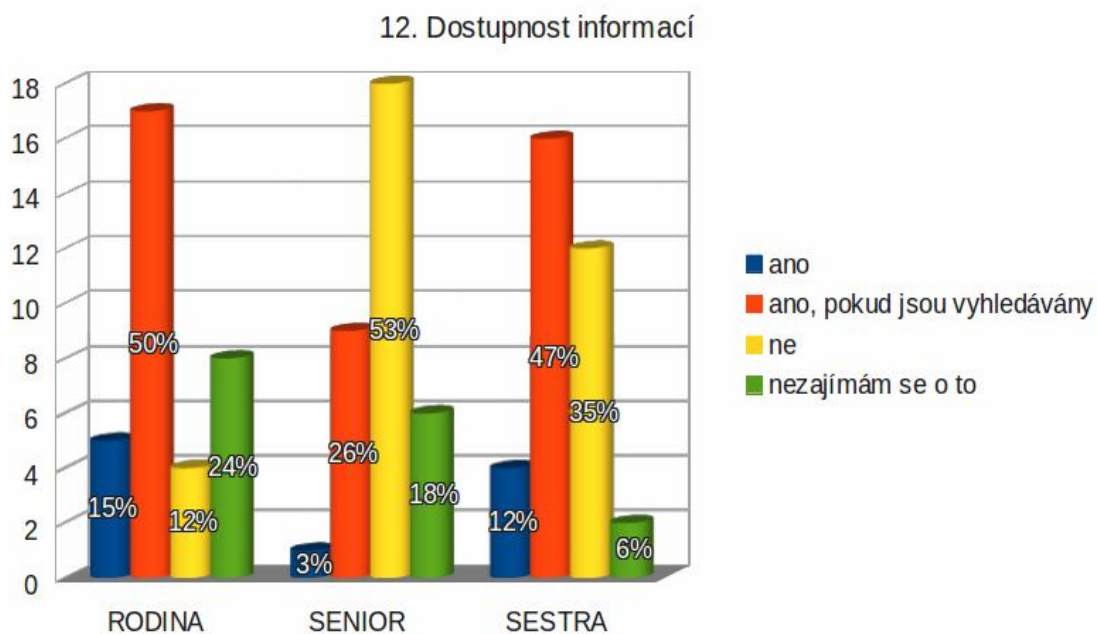


Komentář:

Na otázku srozumitelnosti těchto informací odpovědělo „ano“ 44 % respondentů ze skupiny rodina, 35 % ze skupiny senior a 21 % ze skupiny sestra. Odpověď „ne“ zvolila rodina v 56 %, senior v 65 % a sestra dokonce v 79 %. Odpověď „nevím“ nevybrala ani jedna skupina respondentů.

Otázka č. 12 - Je možné získat informace o problematice stárnutí z veřejně dostupných zdrojů (TV, tisk, rozhlas, internet)?

Graf č. 20

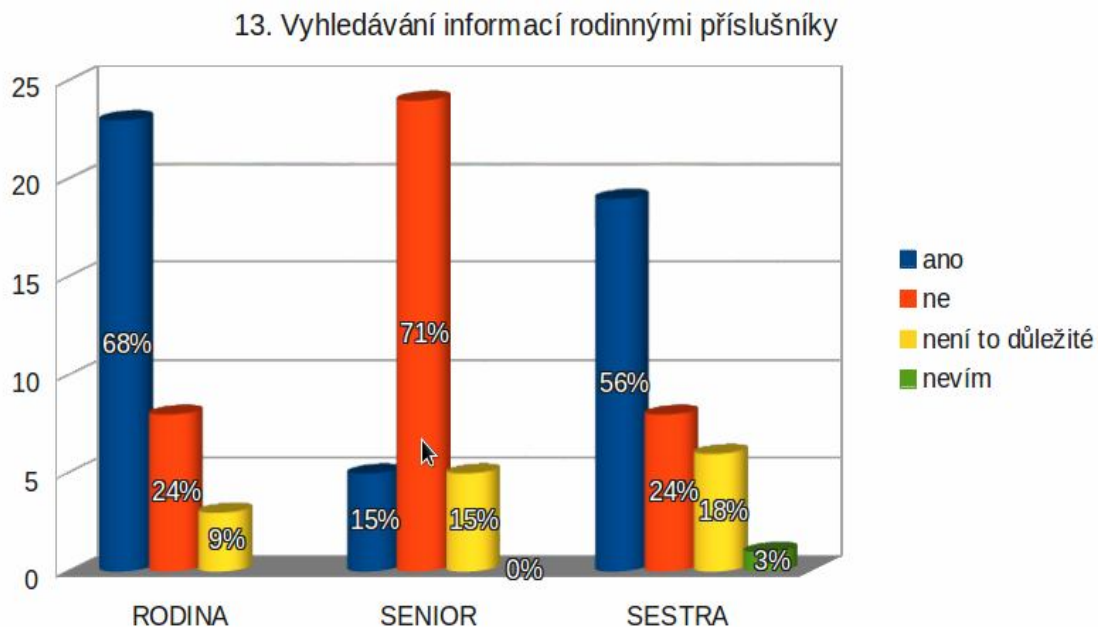


Komentář:

Na otázku, zda lze tyto informace získat z veřejně dostupných zdrojů odpověděla rodina „ano“ v 15 %, senior ve 3 % a sestra ve 12 %. Odpověď „ano, pokud jsou aktivně vyhledávány“ zvolila v 50 % rodina, ve 26 % senior a ve 47 % sestra. Odpověď „ne“ zvolilo 12 % respondentů ze skupiny rodina, v 53 % senior a ve 35 % sestra. Odpověď „nezajímám se o to“ zvolila ve 24 % rodina, v 18 % senior a v 6 % sestra.

Otázka č. 13 - Vyhledávají příbuzní seniora tyto informace?

Graf č. 21

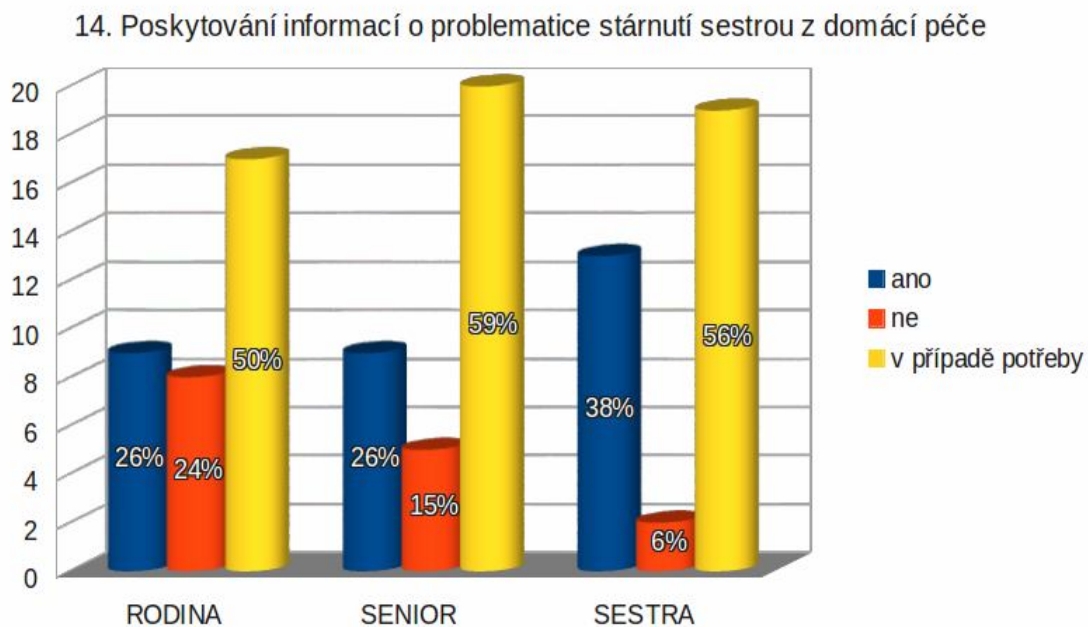


Komentář:

Odpověď „ano“ rodina zvolila v 68 %, senior pouze v 15 % a sestra v 56 %. Odpověď „ne“ rodina zvolila pouze ve 24 %, senior až v 71 % a sestra ve 24 %. Odpověď „není to důležité“ rodina zvolila v 9 %, senior v 15 % a sestra v 18 %. Sestra měla navíc možnost odpovědi „nevím“ a zvolila ji ve 3 %.

Otázka č. 14 - Informujete rodinu nemocného seniora o problematice stárnutí?

Graf č. 22



Komentář:

Odpověď „ano“ zvolila rodina a senior ve 26 % a sestra ve 38 %. Odpověď „ne“ zvolila rodina ve 24 %, senior v 15 % a sestra v 6 %. Odpověď „v případě potřeby“ zvolila rodina v 50 %, senior v 59 % a sestra v 56 %.

12 DISKUSE

V této části bych se ráda věnovala celkovému zhodnocení práce. Chtěla bych se věnovat hypotézám, které jsem si stanovila a každé jednotlivé otázce, která se k nim vztahuje. Cílem mé práce je zjistit, zda se mé hypotézy zakládají na pravdě či ne. Abych zjistila pravdivost těchto hypotéz, provedla jsem výzkumné šetření mezi nemocnými seniory, kteří jsou ošetřováni v domácím prostředí rodinnými příslušníky. K tomuto průzkumu jsem zvolila dotazníkovou metodu. Dotazníky byly v podobném znění rozdány stejnému počtu nemocných seniorů, rodinných příslušníků a sester z domácí péče. Zhodnocení pravdivosti hypotéz bylo vyhodnocováno na základě shody či difference mezi všemi skupinami respondentů, které se výzkumného šetření zúčastnili. Jako druhý cíl jsem si stanovila edukaci rodinných příslušníků, kteří pečují o své nemocné příbuzné v seniorském věku. Pro tento účel jsem vytvořila informační leták, který bych ráda nechala k nahlédnutí v ordinacích obvodních i odborných lékařů, ale také v lůžkových zdravotnických zařízeních, kde je nemocným seniorům poskytována péče v období nemoci.

V první části dotazníku jsem kladla dotazy ohledně demografického a sociálního rozložení respondentů. Z dotazníkového šetření vyplývá, že se průzkumu zúčastnily většinou ženy a to ve všech skupinách respondentů. Sestry byly nejčastěji ve věku 30 – 39 let, rodinní příslušníci byli většinou starší 50 – ti let a senioři byli nečastěji ve věkovém rozmezí od 75 do 89 let. Nejvyšší dosažené vzdělání sester byla nejčastěji střední zdravotnická škola. Celková délka odborné praxe sester byla ve většině případů delší jak 5 let. Z toho délka praxe v domácí péči činila stejně často období kratší tři let, kratší pěti let, ale také období delší jak pět let i více. U rodinných příslušníků jsem hodnotila jejich eligibilitu (vhodnost, kvalifikační předpoklady) k péči o nemocné seniory. Tento předpoklad k péči jsem chtěla alespoň částečně zhodnotit z pohledu jejich vzdělání a předchozích zkušeností s péčí o nemocného seniora. Z průzkumu vyplynulo, že se o nemocné seniory nejčastěji starají středoškolsky vzdělaní rodinní příslušníci a že více jak polovina z nich nemá žádné předchozí zkušenosti s péčí. Z pohledu seniora vyplývá, že o ně nejvíce pečují jejich potomci a to téměř v polovině

případů. Chtěla bych ještě zmínit jednoho respondenta, který v dotazníku zvolil „jinou možnost“ a uvedl, že: „o něj nejvíce pečují sestřičky z domácí péče.“ Pro mě je tato odpověď důvodem k zamyšlení, jakou má asi kvalitu života tento senior, který nemá nikoho bližšího, kdo by se o něj postaral než personál z agentury domácí péče. Důvody mohou být různé. Z určitého úhlu pohledu ale může mít toto sdělení i pozitivní význam. Z vlastní zkušenosti totiž vím, že citlivý přístup sester z agentur domácí péče někdy dokáže rodinu alespoň zastoupit a někdy možná i zcela nahradit. Což vlastně tento senior nepřímo potvrzuje.

První hypotéza k mému výzkumnému šetření zněla: *„Předpokládám, že přístup rodiny ovlivňuje prožívání nemoci a rekonvalescenci seniorů v domácí péči.“* V dotazníku k ní byly přiřazeny otázky číslo: 1, 2, 7, 8, 15.

Otázkou č. 1 jsem chtěla zjistit, jak často jsou s nemocným seniorem jeho rodinní příslušníci v kontaktu. Z dotazníkového šetření vyplývá, že se téměř polovina všech dotázaných shodla na odpovědi „denně“. Zbylé dvě možnosti odpovědi zvolil senior a rodinný příslušník spíše rozdílně, sestra stojí někde mezi nimi. Protože se odpovědi v polovině případů shodují a v polovině rozcházejí, nelze je hodnotit ani výrazně pozitivně či negativně.

Otázkou č. 2 jsem chtěla zjistit, zda si rodinní příslušníci při návštěvách se svým nemocným seniorem povídají. Z odpovědí vyplynulo, že kolem 50 % dotázaných ze všech skupin si myslí, že ano. Tuto odpověď hodnotím jako pozitivní. Naproti tomu ale zbytek respondentů volil z odpovědí spíše negativních či negativních. Takže pokud si uvědomím, že se jednalo také přibližně o 50 % dotazovaných. Celkově tyto odpovědi hodnotím spíše negativně. Protože dle mého názoru je komunikace se seniorem a obzvláště v období nemoci nezbytná.

Otázkou č. 7 jsem chtěla zjistit, zda se rodinní příslušníci zajímají o zdravotní stav seniora. Z dotazníkového šetření vyplývá, že vnímání seniorů v oblasti zájmu rodiny o jejich zdravotní stav je diametrálně rozdílné než pohled rodiny. Názor sestry stojí někde mezi nimi. Rodinní příslušníci spíše udávají, že mají zájem o zdravotní stav nemocného seniora. Oproti tomu toto senioři vnímají zcela rozdílně. Z názorů sester je zřejmé, že odpovědi na tuto otázku jsou subjektivní záležitostí každého respondenta a proto se tato otázka nedá zcela objektivně vyhodnotit. Pro mé výzkumné šetření má přesto vypovídací hodnotu. Pokud budu předpokládat, že má na nemocného seniora

negativní vliv vědomí, že jeho rodina nemá zájem o jeho zdravotní stav, nebo ho má pouze občas.

Otázkou číslo 8 jsem zjišťovala, zda příbuzní seniora reagují na to, když jim nemocný sdělí, že se jeho zdravotní stav zhoršil (bolesti, ztížené dýchání, apod.). Z dotazníkového šetření vyplývá, že názory seniorů a rodinných příslušníků jsou rozdílné. Je zřejmé, že ač si rodinný příslušník myslí, že na sdělení seniora o zhoršení zdravotního stavu reaguje, senior toto vždy nevnímá stejně a pohled sestry v tomto případě potvrzuje tvrzení seniora.

Otázkou číslo 15 jsem zjišťovala, zda se podle názoru respondentů podílí kvalitní rodinné zázemí na uzdravení seniora, popřípadě na jeho momentálním zdravotním stavu. Na tento dotaz odpověděly všechny tři skupiny respondentů vesměs kladně. Ve většině případů zvolili odpověď „ano velice“ a „spíše ano“, jen malé procento si myslí, že rodinné zázemí nemá žádný vliv. Je zřejmé, že drtivá část respondentů zastává názor, že se kvalitní rodinné zázemí podílí na uzdravení seniora a že ovlivňuje jeho zdravotní stav.

Po zhodnocení všech pěti dotazů, mohu konstatovat, že se mi první hypotéza potvrdila.

Druhá hypotéza ve výzkumném šetření zněla: *„Předpokládám, že rodinní příslušníci nechápou zvláštnosti seniorského věku.“* K této hypotéze se v dotazníkovém šetření vztahovaly otázky číslo: 3, 4, 5, 6, 9.

Otázkou číslo 3 jsem zjišťovala, zda příbuzní seniora vyslechnou až do konce, i když jim stejnou informaci sděluje opakovaně. Z odpovědí vyplývá, že pouze čtvrtina rodinných příslušníků nemocného seniora vyslechne vždy. Senior toto tvrzení sdílí téměř ve stejném počtu. Další čtvrtina respondentů ze skupiny rodinných příslušníků přiznala, že seniora neposlouchají, pokud jim sděluje opakovaně stejné informace. Stejný počet seniorů má tentýž názor. Polovina respondentů ze skupiny rodinných příslušníků a seniorů si myslí, že naslouchají nebo je jim nasloucháno, ale záleží, oč jde. Sestry tyto názory zhruba potvrzují.

Otázkou číslo 4 jsem se pokusila zjistit, zda rodinní příslušníci respektují změny chování a nálad seniora. Z odpovědí vyplývá, že se názor seniorů liší od názoru rodinných příslušníků. Téměř polovina dotázaných rodinných příslušníků si totiž myslí, že tyto změny respektují vždy, naproti tomu respondenti ze skupiny seniorů tuto

odpověď zvolili pouze v 15 % a zbytek si myslí, že rodinní příslušníci respektují jejich chování a nálady jen občas nebo vůbec. Sestry volily ve stejném počtu všechny tři možnosti odpovědí. Proto se výrazněji nekloní na stranu seniorů ani rodinných příslušníků.

Otázkou číslo 5 jsem chtěla zjistit zájem rodinných příslušníků o seniorova přání a o to, co by mu udělalo radost. Z průzkumu vyplývá, že pohled seniorů a sester je oproti odpovědím rodinných příslušníků spíše negativní. Rodinní příslušníci si totiž téměř v 60 % myslí, že zájem mají. Ale senioři si to myslí pouze ve 35 % a shodují se sestrami. Rozpor mezi seniory a jejich rodinami také potvrzuje to, že rodinní příslušníci odpověděli, že nemají zájem pouze v 9 %, naproti tomu senioři zvolili tuto možnost ve dvojnásobném počtu a to v 18 % a sestry jejich postoj sdílely.

Otázkou číslo 6 jsem chtěla zjistit, zda rodinní příslušníci respektují při návštěvách denní režim a zvyklosti seniora. Z odpovědí vyplývá, že se senioři a jejich rodiny v odpovědích opět neshodují. Senioři si myslí ve více jak 50 %, že rodinní příslušníci nerespektují jejich zvyklosti. Ale tuto možnost připustilo pouze 26 % rodinných příslušníků. Naproti tomu si pouze 9 % seniorů myslí, že jejich rodiny respektují jejich zvyklosti. Jejich rodinní příslušníci ale tuto možnost volili častěji a to téměř ve 30 %. Sestry opět spíše potvrzují pohled seniorů.

Otázkou číslo 9 jsem zjišťovala, zda je podle respondentů pro seniora důležitý kontakt s rodinou. Drtivá většina respondentů ze všech tří skupin si myslí, že ano. Pouze 15 % seniorů a rodinných příslušníků si myslí, že kontakt není důležitý, sestra tento názor nesdílí ani jedna. Podle mého názoru mohou být odpovědi těchto respondentů ovlivněny například špatnými rodinnými vztahy. I přesto z průzkumu jednoznačně vyplývá, že je podle většiny respondentů kontakt důležitý.

Po zhodnocení těchto otázek, mohu konstatovat, že se mi druhá hypotéza jednoznačně potvrdila.

Hypotéza číslo 3 zněla: „*Předpokládám, že rodinní příslušníci nemají srozumitelné informace o změnách psychiky a potřebách seniorů.*“ K této hypotéze byly v dotazníkovém šetření přiřazeny otázky číslo: 10, 11, 12, 13, 14.

Otázkou číslo 10 jsem chtěla zjistit, zda jsou příbuzní nemocných seniorů informováni o problematice stáří a o změněných potřebách seniorů. Z odpovědí

vyplývá, že si zhruba tři čtvrtiny respondentů myslí, že jsou o této problematice informováni. Zbývá jedna čtvrtina si myslí opak.

V otázce číslo 11 jsem zjišťovala, zda jsou také tyto informace pro respondenty srozumitelné. Proto na ni odpovídali pouze ti, kteří v předchozí otázce uvedli, že jsou o této problematice informováni. Z odpovědí je ale zřejmé, že přesto že respondenti uvádí, že mají dostatek informací, nejsou pro ně ve většině případů srozumitelné. Což ve své podstatě kvalitní informovanost rodinných příslušníků podstatně snižuje.

Otázkou číslo 12 jsem chtěla zjistit, zda je podle názoru respondentů možné tyto informace získat z veřejně dostupných zdrojů (televize, rozhlas, tisk, internet, apod.). Většina respondentů ze skupiny rodinných příslušníků a sester si myslí, že ano, ale pouze, pokud jsou aktivně vyhledávány. Ze skupiny seniorů si nejvíce respondentů myslí, že tyto informace z veřejných zdrojů získat nelze. Tento rozpor mezi seniory a ostatními respondenty by podle mého názoru mohl být způsoben tím, že v dnešní době je hlavním zdrojem k získávání informací internet a ten je pro seniory stále velkou neznámou. Co je podle mého názoru zarážející, že se celá čtvrtina rodinných příslušníků o tyto informace vůbec nezajímá.

Otázkou číslo 13 jsem zjišťovala, zda rodinní příslušníci vyhledávají informace o problematice stárnutí. Na tuto otázku odpověděla jedna čtvrtina rodinných příslušníků, že tyto informace nevyhledává a 9 % si myslí, že to není důležité. Přesto téměř 70 % rodinných příslušníků tyto informace vyhledává. Názor seniorů na tuto problematiku je o poznání skeptičtější. Celých 71 % seniorů si myslí, že jejich rodinní příslušníci tyto informace nevyhledávají. Více jak polovina sester si myslí, že rodinní příslušníci tyto informace vyhledávají. Z odpovědí mě překvapilo, že si 18 % sester myslí, že vyhledávání těchto informací není důležité.

Otázkou číslo 14 jsem zjišťovala zda, sestry z domácí péče informují rodinné příslušníky o problematice stárnutí. Podle mého názoru je získávání těchto informací od sestry z domácí péče pro rodinné příslušníky nejjednodušším způsobem, jak se o seniorech něco dozvědět. Z průzkumu vyplývá, že sestry informace nejčastěji poskytují podle potřeby.

Z průzkumu vyplývá, že rodinní příslušníci mají informace o problematice stárnutí, protože je vyhledávají, ale nejsou pro ně srozumitelné. Získají je pouze, pokud jsou

ve vyhledávání aktivní nebo v případě potřeby od sestry z domácí péče. Mohu tedy konstatovat, že se mi třetí hypotéza potvrdila pouze částečně.

K porovnání výsledků své bakalářské práce jsem bohužel nenašla ani jednu práci zabývající se alespoň z větší části podobnou tematikou. Výsledky svého výzkumného šetření bych tedy alespoň částečně chtěla porovnat se dvěma bakalářskými a jednou diplomovou prací. Bc. Taťána Tomečková (2011) srovnává výsledky své diplomové práce s diplomovou prací Kamily Svobodové a uvádí, že obě dospěly k podobným výsledkům. Konkrétně v tom, že většina seniorů očekává v případě potřeby a v období nemoci pomoc od svých dětí. Z jejího výzkumného šetření vyplývá, že by se respondenti v případě potřeby nespolehali na stát. Popisuje zde také myšlenku ideálního propojení odpovědnosti rodiny a státu jako instituce nezříkající se odpovědnosti za péči o stárnoucí populaci. Podle jejího názoru, který s ní bez výhrady sdílím, by měla společnost nabízet pečujícím rodinám dostatečnou sociální podporu a rodina by tuto pomoc měla vyhledávat a v případě potřeby také využít. Tomečková (2011) zkoumala životní hodnoty seniorů v závislosti na jejich věku. Z průzkumu vyplynulo, že téměř 70 % seniorů považuje za nejdůležitější spokojenost a zdraví dětí a jejich rodin, pak následovalo spokojené manželství. Z toho je zřejmé, že jsou pro většinu seniorů vztahy s rodinou opravdu důležité. Toto potvrzuje ve své bakalářské práci i Jana Žluvová (2011). Ve výzkumném šetření zjišťovala naplnění spirituálních potřeb seniorů hospitalizovaných v léčebnách dlouhodobě nemocných. A uvádí, že v těžkých chvílích seniorům více pomáhá vzpomínka na domov, než víra. Z jejího průzkumu vyplývá, že senioři neplánují budoucnost, ale spíše se těší ze vzpomínek a těší se na návštěvy svých rodin. Z výsledků jejího šetření je zřejmé, že v léčebnách dlouhodobě nemocných jsou sice naplňovány potřeby seniorů, ale pouze ty základní. Toto zjištění ještě více potvrzuje, že prožívání nemoci a rekonvalescence v domácím prostředí má jednoznačně svá pozitiva. A pokud to zdravotní stav seniora umožňuje, je to jistě vhodnější alternativa. Šárka Lampová ve své bakalářské práci uvádí, že více jak 80 % respondentů z jejího výzkumného šetření uvedlo, že by byli v případě nutnosti ochotni se postarat o svého starého příbuzného. Ale zároveň respondenti ze 70 % považují tuto péči za náročnou. Dále také uvádí, že by většina respondentů v případě těžké životní situace chtěla zůstat v domácím prostředí. Veškerá zjištění, která vyplývají z těchto průzkumů, potvrzují aktuálnost této problematiky.

Závěrem bych chtěla dodat, že by podle mého názoru měla lepší osvěta veřejnosti o tématice stárnutí, vedená nejlépe od dětství nebo zařazená do osnov výuky nesporný přínos pro nás všechny. Téma stárnutí si jistě zaslouží naši pozornost, protože si většina z nás tuto „rolí“ jednou vyzkouší na vlastní kůži.

ZÁVĚR

Závěrem bych chtěla připomenout, co bylo cílem mé bakalářské práce, zhodnotit cíle práce a výsledky výzkumného šetření. Jedním z cílů, které jsem si stanovila, bylo podat ucelené informace o problematice péče o nemocné seniory jejich rodinnými příslušníky v domácím prostředí. Toto bylo obsahem teoretické části práce, ale také výzkumného šetření, na jehož základě jsem vytvořila informační leták pro rodinné příslušníky. Lepší informovanost rodinných příslušníků pečujících o nemocné seniory byla totiž mým druhým cílem.

Teoretickou část jsem rozdělila do pěti hlavních kapitol. V první kapitole se zabývám stárnutím a stářím, jako poslední fází tohoto procesu. Zmiňuji zde gerontologii, která se jako samostatná vědní disciplína zabývá problematikou stárnutí. Kromě stárnutí jednotlivce, zde krátce popisuji stárnutí na úrovni populace. V samostatné podkapitole jsem popsala změny ve stáří a to jak na úrovni fyzické tak psychické.

Ve druhé kapitole jsem se zabývala rodinou a vztahem seniora k ní. Popisuji zde strukturu rodiny a vztahy mezi jednotlivými jejími členy. Krátce zmiňuji sexualitu seniorů.

Třetí kapitola je věnovaná domácí péči. Vymezuje pojem domácí péče - home care a domácí sociální péče a pomoci - home help. V rozvoji domácí péče bylo důležitým mezníkem období druhé světové války. Proto se historii domácí péče věnuji před druhou světovou válkou a po ní.

Rekonvalescence neboli zotavování, bylo náplní čtvrté kapitoly. Rekonvalescence je úzce spjatá s psychikou pacienta a jeho přesvědčením k dodržování léčebného režimu. Proto se ve dvou podkapitolách zabývám také těmito aspekty období zotavování. Vysvětluji zde pojem reaktivní hypochondrie. A krátce jsem se zmínila o vhodné životní filosofii v období rekonvalescence.

A poslední tedy pátou kapitolu jsem věnovala prožívání nemoci. Zmiňuji se zde o následcích nemoci, o rozdílech ve vnímání nemoci různými pacienty a o faktorech, které nemoc ovlivňují.

V praktické části práce jsem se věnovala analýze dat získaných z výzkumného šetření. V první části jsou graficky znázorněny demografické a sociální aspekty týkající se oslovených respondentů. A ve druhé části jsou znázorněny výsledky vlastního výzkumného šetření. Ty jsou vyobrazeny v grafech s krátkými komentáři v pořadí tak, jak se vztahovaly ke stanoveným hypotézám. Podrobnějšímu rozboru jednotlivých otázek jsem se věnovala v diskusi. Po zhodnocení všech otázek jsem došla k závěru, že se mi potvrdily dvě hypotézy a jedna částečně. Z těchto výsledků je jasné, že vliv rodiny na prožívání nemoci a rekonvalescenci seniorů v domácím prostředí je velmi podstatný. Proto je zjištění, že rodinní příslušníci jen málo rozumí svým nemocným seniorům velmi znepokojivé. Z průzkumu také vyplynulo, že rodinní příslušníci mají sice dostatek informací o této problematice, ale že jim velmi málo rozumí. I tento fakt pokládám za znepokojivý a nepříznivý pro zkvalitňování domácí péče o nemocné seniory. Proto bych jako nápravná řešení navrhovala více edukovat rodiny seniorů při propouštění z nemocničních i jiných lůžkových zařízení, odkud seniora propouštějí do péče rodiny. Tuto funkci by podle mého názoru mohli zastávat sociální pracovníci. Pokud by to z časových či jiných důvodů nebylo možné, měly by být k dispozici informační letáky nebo brožury s informacemi a radami pro rodinné příslušníky. Další možností jak zlepšit informovanost dalších generací je zavést tematiku stárnutí do osnov základních škol. Ráda bych touto cestou také apelovala na všechny rodiče, aby vedli své děti k zodpovědnosti za starší generaci. Protože sociální cítění a vzory chování přebírají naše děti od útlého dětství od nás dospělých. A my bychom měli myslet na to, že se nám naše snaha vrátí jednou právě na nich.

LITERATURA A PRAMENY

- 1 HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 364 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- 2 HAYES, Nicky. *Aplikovaná psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 224 s. ISBN 80-7178-807-4.
- 3 JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 99. s. ISBN 978-80-247-2150-7 (brož.).
- 4 KAFKOVÁ, Vlastimila. *Historie ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 185 s. ISBN: 80-7013-123-3.
- 5 KLIMEŠ, Jeroným. *Psychické záludnosti rekonvalescence*. In: KLIMEŠ, Jeroným. *Psychické záludnosti rekonvalescence* [online]. 2012 [cit. 2012-03-01]. Dostupné z: <http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/rekonvalescence.htm>
- 6 KRAHULCOVÁ, Beáta. *Postižený člověk v procesu senescence* 1. vydání. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2002. 107 s. ISBN 80-7290-094-3.
- 7 KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 8 KURIC JOSEF. *Ontogenetická psychologie*. 1. vydání. Praha: Cerm, 2001. 180 s. ISBN 10: 80-214-1844-3 (brož.).
- 9 LAMPOVÁ, Šárka. *Úloha rodiny při péči o seniora v domácím prostředí*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Fakulta lékařská. Vedoucí práce MUDr. Hana MELUZÍNOVÁ.
- 10 LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2007. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- 11 MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
- 12 MATOUŠEK, Oldřich; Kolářková, Jana; Kodymová, Pavla. *Sociální práce v praxi: specifikace různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 345 s. ISBN 80-7367-002-X.

- 13 MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. 1. vydání. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 2005. 224 s. ISBN 80-7368-035-1.
- 14 MONTOUSSÉ, Marc a Gilles RENOUARD. *Přehled sociologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 336 s. ISBN 80-7178-976-3.
- 15 MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7 (brož.).
- 16 PACOVSKÝ, Vladimír. *Ošetrovatelská diagnostika : (teorie a praxe)*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1994. 65 s. ISBN 80-7066-871-7.
- 17 PIKOLA, Pavel. *Vybraná problematika stáří v ČR*. časopis Vyšehrad [online]. 16.6.2010, č.6, [cit. 2012-02-28]. Dostupný z WWW: <<http://casopis.vsehrd.cz/2010/06/vybrana-problematika-stari-v-cr/>>. ISSN 1801-3678.
- 18 SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. 2. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 69 s. ISBN 978-80-7041-956-4 (brož.).
- 19 STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vydání, Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
- 20 ŠVANCARA, Josef. *Psychologie stárnutí a stáří*. 2. přepracované vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. 111 s. ISBN MDT: 159.91, 159.92, 613.9.
- 21 TOMEČKOVÁ, Taťána. *Interakce rodiny a seniora očima seniorů*. Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta lékařská. Vedoucí práce PhDr. Marie MACKOVÁ, PhD.
- 22 VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.
- 23 VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologické podmínky vzdělávání zdravotně, sociálně a sociokulturně znevýhodněných lidí*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007. 79 s. ISBN 978-80-7372-184-8 (brož.).
- 24 ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

- 25 ŽLUVOVÁ, Jana.: *Život seniora v nemoci, Bakalářská práce*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra pedagogiky, 2011. 65 l., 27 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Lenka Gulová, Ph.D.

SEZNAM GRAFŮ

- Graf číslo 1 Počet a genderové rozdělení zkoumaných subjektů
- Graf číslo 2 Věkové rozložení zkoumaných subjektů
- Graf číslo 3 Poměrné rozložení věkových skupin respondentů
- Graf číslo 4 Délka praxe sester
- Graf číslo 5 Dosažené vzdělání sester
- Graf číslo 6 Zastoupení rodinných příslušníků v péči
- Graf číslo 7 Eligibilita rodinných příslušníků vzdělání/zkušenosti s péčí o seniora
- Graf číslo 8 Frekvence návštěv
- Graf číslo 9 Komunikace při návštěvě
- Graf číslo 10 Zájem o zdravotní stav seniora
- Graf číslo 11 Reakce na zhoršení zdravotního stavu
- Graf číslo 12 Vliv rodinného zázemí na zdravotní stav a uzdravení seniora
- Graf číslo 13 Naslouchání
- Graf číslo 14 Respektování změn chování a nálad seniora
- Graf číslo 15 Zájem o přání seniora
- Graf číslo 16 Respektování denního režimu a zvyklostí seniora
- Graf číslo 17 Důležitost kontaktu seniora s rodinou
- Graf číslo 18 Informovanost rodiny o problematice stárnutí

- Graf číslo 19 Srozumitelnost informací
- Graf číslo 20 Dostupnost informací
- Graf číslo 21 Vyhledávání informací rodinnými příslušníky
- Graf číslo 22 Poskytování informací o problematice stárnutí sestrou domácí péče

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha číslo 1 Dotazník pro seniora

Příloha číslo 2 Dotazník pro rodinného příslušníka

Příloha číslo 3 Dotazník pro sestru

Příloha číslo 4 Informační leták

DOTAZNÍK JE URČEN PRO PACIENTA/ KLIENTA V DOMÁCÍ PÉČI!

Vážená paní/ Vážený pane,

jmenuji se Veronika Šibová a jsem studentkou 3. ročníku Západočeské univerzity, obor všeobecná sestra a jako téma mé bakalářské práce jsem si zvolila téma „*Vliv rodiny na prožívání nemoci a rekonvalescenci u seniorů v domácí péči*“. Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci, tj. vyplnění dotazníku, který se týká této problematiky. Dotazník **je zcela anonymní** a jeho vyhodnocení bude použito pouze pro účely mé bakalářské práce.

Odpovídejte, prosím, pravdivě a zaškrtněte **vždy pouze jednu odpověď**.

Děkuji za Váš čas.

Veronika Šibová

Označte Váš věk:

- a) do 74 let b) 75- 89 let c) 90- 99 let d) více jak 100 let

Pohlaví:

- a) muž b) žena

Který z rodinných příslušníků o Vás pečuje nejvíce?

- a) syn/ dcera
b) vnuk/ vnučka
c) zeť/ snacha
d) bratr/ sestra
e) manžel/ manželka
f) jiná možnost (doplňte).....

1. Jak často jsou s Vámi rodinní příslušníci/ příbuzní v kontaktu?

- a) denně b) více jak třikrát týdně c) méně jak třikrát týdně

2. Povídají si s Vámi příbuzní při návštěvě?

- a) ano b) ne c) občas

3. Vyslechnou Vás příbuzní až do konce, i když jim stejnou informaci sdělujete opakovaně?

- a) ano b) ne c) záleží oč jde

4. Respektují Vaši příbuzní změny Vašich nálad a chování?

- a) ano b) ne c) jak kdy

5. Zajímají se Vaši příbuzní o to, co byste si přál/ la, co by Vám udělalo radost?

- a) ano b) ne c) někdy

6. Respektují příbuzní při návštěvách Vaše zvyklosti a denní režim?

- a) ano b) ne c) občas

7. Zajímají se Vaši příbuzní o Váš zdravotní stav?

- a) ano b) ne c) jak kdy

8. Reagují Vaši příbuzní na to, když jim sdělíte, že se Váš zdravotní stav zhoršil (bolesti, ztížené dýchání, apod.)?

- a) ano b) ne

9. Je pro Vás důležitý kontakt s rodinou?

- a) ano velmi b) spíše ano c) spíše ne d) není to důležité

10. Jsou Vaši příbuzní informovaní o problematice stáří a o změněných potřebách seniorů?

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

Pokud jste v otázce č. 10 zvolil/ la odpověď c), na otázku č. 11 neodpovídejte.

11. Jsou tyto informace srozumitelné?

- a) ano b) ne c) nevím

12. Je možné získat informace o problematice stárnutí z veřejně dostupných zdrojů (TV, tisk, rozhlas, internet)?

- a) ano b) ano, pokud jsou vyhledávány
c) ne d) nezajímám se o to

13. Vyhledávají Vaši příbuzní tyto informace?

- a) ano b) ne c) není to důležité d) nevím

14. Informuje sestra z domácí péče Vaši rodinu o problematice stárnutí?

- a) ano b) ne c) v případě potřeby

15. Podílí se kvalitní rodinné zázemí na Vašem uzdravení, popř. na Vašem momentálním zdravotním stavu?

- a) ano velice b) nemá to vliv c) spíše ano d) spíše ne

DOTAZNÍK JE URČEN PRO RODINNÉHO PŘÍSLUŠNÍKA NEMOCNÉHO SENIORA V DOMÁCÍ PÉČI!

Vážená paní/ Vážený pane,

Jmenuji se Veronika Šibová a jsem studentkou 3. ročníku Západočeské univerzity, obor všeobecná sestra a jako téma mé bakalářské práce jsem si zvolila téma „*Vliv rodiny na prožívání nemoci a rekonvalescenci u seniorů v domácí péči*“. Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci, tj. vyplnění dotazníku, který se týká této problematiky. Dotazník **je zcela anonymní** a jeho vyhodnocení bude použito pouze pro účely mé bakalářské práce.

Odpovídejte, prosím, pravdivě a zaškrtněte **vždy pouze jednu odpověď**.

Děkuji za Váš čas.

Veronika Šibová

Označte Váš věk:

- a) 18- 29let b) 30-39 let c) 40-49 let d) 50 a více let

Pohlaví:

- a) muž b) žena

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
b) středoškolské ukončené výučním listem
c) středoškolské s maturitou
d) vyšší odborné
e) vysokoškolské

Máte z minulosti již nějakou zkušenost s péčí o nemocného seniora?

- a) ano b) ne

1. Jak často jste se svým nemocným seniorem v kontaktu?

- a) denně b) více jak třikrát týdně c) méně jak třikrát týdně

2. Povídate si při návštěvách se svým nemocným seniorem?

- a) ano b) ne c) občas

3. Vyslechnete Vašeho seniora až do konce, i kdyby Vám stejnou informaci sděloval opakovaně?

- a) ano b) ne c) záleží oč jde

4. Respektujete změny chování a nálad Vašeho seniora?

- a) ano b) ne c) jak kdy

5. Zajímáte se o to, co by si Váš senior přál, co by mu udělalo radost?

- a) ano b) ne c) někdy

6. Respektujete při návštěvách zvyklosti a denní režim seniora?

- a) ano b) ne c) občas

7. Zajímáte se o aktuální zdravotní stav seniora?

- a) ano b) ne c) jak kdy

8. Reagujete na to, když Vám nemocný sdělí, že se jeho zdravotní stav zhoršil (bolesti, ztížené dýchání, apod.)?

- a) ano b) ne

9. Je pro nemocného seniora důležitý kontakt s rodinou?

- a) ano velmi b) spíše ano c) spíše ne d) není to důležité

10. Jste informovaní o problematice stáří a o změněných potřebách seniorů?

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

Pokud jste v otázce č. 10 zvolil/ la odpověď c), na otázku č. 11 neodpovídejte.

11. Jsou tyto informace srozumitelné?

- a) ano b) ne c) nevím

12. Je možné získat informace o problematice stárnutí z veřejně dostupných zdrojů (TV, tisk, rozhlas, internet)?

- a) ano b) ano, pokud jsou vyhledávány
c) ne d) nezajímám se o to

13. Vyhledáváte tyto informace?

- a) ano b) ne c) není to důležité

14. Informuje Vás sestra z domácí péče o problematice stárnutí?

- a) ano b) ne c) v případě potřeby

15. Podílí se kvalitní rodinné zázemí na uzdravení seniora, popř. na jeho momentálním zdravotním stavu?

- a) ano velice b) nemá to vliv c) spíše ano d) spíše ne

DOTAZNÍK JE URČEN PRO SESTRU V DOMÁCÍ PÉČI!

Vážená paní/ Vážený pane,

jmenuji se Veronika Šibová a jsem studentkou 3. ročníku Západočeské univerzity, obor všeobecná sestra a jako téma mé bakalářské práce jsem si zvolila téma „*Vliv rodiny na prožívání nemoci a rekonvalescenci u seniorů v domácí péči*“. Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci, tj. vyplnění dotazníku, který se týká této problematiky. Dotazník **je zcela anonymní** a jeho vyhodnocení bude použito pouze pro účely mé bakalářské práce.

Odpovídejte, prosím, pravdivě a zaškrtněte **vždy pouze jednu odpověď**.

Děkuji za Váš čas.

Veronika Šibová

Označte Váš věk:

- a) 18- 29let b) 30-39 let c) 40-49 let d) 50 a více let

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) střední zdravotnická škola
b) specializační studium
c) vyšší odborná škola
d) vysoká škola-bakalář
e) vysoká škola- magister

Uveďte délku Vaší odborné praxe:

- a) 0-3 roky b) 3-5 let c) 5-10 let d) 10 a více let

Uveďte délku Vaší odborné praxe v domácí péči:

- a) 0-3 roky b) 3-5 let c) 5-10 let d) 10 a více let

1. Jak často jsou s Vaším pacientem jeho rodinní příslušníci/ příbuzní v kontaktu?

- a) denně b) více jak třikrát týdně c) méně jak třikrát týdně

2. Povídají si se svým nemocným seniorem při návštěvách?

- a) ano b) ne c) občas d) nevím

3. Vyslechnou příbuzní seniora až do konce, i když jim stejnou informaci sdělujete opakovaně?

- a) ano b) ne c) záleží, oč jde d) nevím

4. Respektují příbuzní změny chování a nálad seniora?

- a) ano b) ne c) jak kdy d) nevím

5. Zajímají se příbuzní o to, co by si senior přál, co by mu udělalo radost?

- a) ano b) ne c) někdy d) nevím

6. Respektují příbuzní při návštěvách zvyklosti a denní režim seniora?

- a) ano b) ne c) občas d) nevím

7. Zajímají se o aktuální zdravotní stav seniora?

- a) ano b) ne c) jak kdy d) nevím

8. Reagují příbuzní seniora na to, když jim nemocný sdělí, že se jeho zdravotní stav zhoršil (bolesti, ztížené dýchání, apod.)?

- a) ano b) ne d) nevím

9. Je pro nemocného seniora důležitý kontakt s rodinou?

- a) ano velmi b) spíše ano c) spíše ne d) není to důležité

10. Jsou příbuzní seniora informovaní o problematice stáří a o změněných potřebách seniorů?

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

Pokud jste v otázce č. 10 zvolil/ la odpověď c), na otázku č. 11 neodpovídejte.

11. Jsou tyto informace srozumitelné?

- a) ano b) ne c) nevím

12. Je možné získat informace o problematice stárnutí z veřejně dostupných zdrojů (TV, tisk, rozhlas, internet)?

- a) ano b) ano, pokud jsou vyhledávány
c) ne d) nezajímám se o to

13. Vyhledávají příbuzní seniora tyto informace?

- a) ano b) ne c) není to důležité d) nevím

14. Informujete rodinu nemocného seniora o problematice stárnutí?

- a) ano b) ne c) v případě potřeby

15. Podílí se kvalitní rodinné zázemí na uzdravení seniora, popř. na jeho momentálním zdravotním stavu?

- a) ano velice b) nemá to vliv c) spíše ano d) spíše ne

FYZICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ

- chátrá tělesná schránka
- zhoršené smyslové vnímání (zrakové i sluchové)
- ubývá funkčních tkání v některých orgánech
- kosti začínají být křehčí
- trpí srdečními a cévními chorobami
- trpí nemocemi kloubů, páteře a nohou

**DESATERO RAD
JAK ZVLÁDAT ZVLÁŠTNOSTI
SENIORSKÉHO VĚKU**

1. Respektovat požadavky a přání seniora.
2. Respektovat denní režim a zvyklosti seniora.
3. Zapojit seniora do dění v rodině (např. výpomoc v domácnosti, pomoc s vnoúčaty, zajistit drobný nákup, apod.).
4. Aktivně naslouchat informacím, které nám senior sděluje a komunikovat s ním.
5. Projevit vstřícnost a pochopení pro jeho výkyvy nálad.
6. V případě zhoršení seniorova zdravotní stavu vždy kontaktovat lékaře, ev. zajistit hospitalizaci v nemocnici.
7. Pravidelně a často ho v období nemoci navštěvovat.
8. Dohlížet na dodržování léčebného režimu (v případě, že senior žije sám a nezvládá nebo nerespektuje léčebné postupy, vztít si ho na nezbytně nutnou dobu domů či zajistit péči zdravotní sestry z Home-care).
9. Zajistit dodržování pokynů lékaře v období rekonvalescence a vysvětlit (i opakovaně) seniorovi jak se má chovat, aby byl brzy zase zdravý.
10. Být tolerantní, trpělivý, vstřícný a ochotný.

„Dbejme, aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši, když je dělá na tváři.“

Michel de Montaigne




Stárnutí je fyziologický proces, ve kterém organismus prochází řadou změn. Jedná se o změny psychické i fyzické. Proces stárnutí se neděje jen ve stáří, ale lidé jim prochází celý svůj život. V období stáří tento proces ale pociťujeme intenzivněji. Stárnutí je ovlivněno geneticky, ale samozřejmě velkou roli hrají i vnější vlivy např. prostředí, ve kterém jedinec žije, životospráva člověka apod.

Některé nemoci a zdravotní potíže seniorů jsou zaviněny psychickým stresem, tedy obavami. Některé nemoci jsou dokonce úzce spojeny se skrytými emočními poruchami, možná jsou jimi i v mnoha případech zaviněny.

Věk sám o sobě není důvodem pro zvýšenou potřebu péče. Zvýšená potřeba péče a sociální práce se starými lidmi se objevuje až v mimořádných situacích způsobenými zdravot-

ními či sociálními problémy. **Problém seniorů, vzhledem ke skutečnosti, že dnes více žijí samostatně, je hrozba izolace. Závislost stárnoucích lidí na jejich dětech stále stoupá a je pro ně důležité, aby nezůstali sami, zvláště, když trpí nějakými chorobami. Nechtějí dožít v nemocnici, v domově pro seniory, nebo v jiném zařízení. Chtějí pro někoho žít. V posledních fázích umírání se již jedná o plnou fyzickou i psychickou závislost seniorů na jejich okolí.**

Senioři více trpí různými chorobami a mají různé neduhy spojené se stárnutím. Bohužel kvůli tomu jsou více závislí na svém okolí. Pro okolí je starat se o seniora velkou zátěží a proto přichází na řadu **péče odborná - domácí péče**. Pokud je totiž senior odkázán pouze na péči rodiny, hrozí riziko vyčerpání a zdravotního selhání primárních pečovatelů. Tato forma péče o nemocného seniora v jeho domově má velký význam pro celou rodinu,

protože ta po určité době potřebuje pomoc s kvalitní péčí, zvláště pokud vyžaduje větší úsilí. Domácí péči rozumíme zdravotnické a sociální služby, které jsou poskytovány v domácnosti pacienta a jsou odlišné od služeb v nemocnici (jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou). Home care je pouze domácí zdravotnická péče a home help je orientovaná naopak jen na sociální péči a pomoc. Domácí péče je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmiřňování utrpení a zajištění klidného umírání a smrti.

Domácí péče má pro seniora několik výhod. Jednou z nich je, že není izolován od společnosti. Udrží seniora v domácím prostředí, které je mu příjemné, ve kterém se orientuje a kde se cítí dobře. Je vhodné při domácí péči poskytované rodinou, využívat i odbornou péči zdravotních sester, čí sociálních pracovníků.