

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA PSYCHOSOCIÁLNÍCH VĚD A ETIKY**

Diplomová práce:

**Podpora soběstačnosti ve stáří**

Support of self-sufficiency in seniors

Vedoucí diplomové práce: prof. PhDr. Beáta Krahulcová

Diplomant: Leona Klímová

Obor: Husitská teologie - psychosociální studia

Forma studia: Prezenční

Praha 2008

Děkuji prof. PhDr. Beátě Krahulcové za odborné vedení práce, poskytování rad a za trpělivý a vlídný přístup při zpracování této diplomové práce.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem podpora soběstačnosti ve stáří napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a souhlasím s jejím prezenčním zpřístupněním v knihovně HTF UK.

V Praze dne 1.4. 2008

Klímová Leona

## **Anotace**

Většina této diplomové práce se týká seniorů jak celku, tak i jednotlivců a problematice spojené s péčí o ně.

V teoretické části se věnuji image seniorů, které mají ve společnosti. Následuje charakteristika stáří a nejčastější zdravotní problémy ve stáří. Další část je věnována pracovníkům se seniory a problémům, které je potkávají a mohou potkat v praxi.

Na závěr jsem uvedla jednotlivé druhy zařízení, užitečné odkazy, kde hledat pomoc nebo radu, a charakteristiku sociálního zařízení poskytujícího nadstandardní péči o seniory – Domov Sue Ryder.

Praktická část je založena na průzkumu spokojenosti klientů s poskytovanými službami v již zmiňovaném zařízení. Obsahuje jednotlivé dotazy a vyhodnocení odpovědí klientů.

## **Annotation**

The major part of my diploma thesis is concerned seniors as a whole as well as individuals, and problems associated with care of them.

The theoretic part of my work I dedicate senior's society image. It is followed by characterization of senility and the most frequent health problems in old age. The further part is dedicated to workers with seniors and to problems which they could encounter or face in the profession.

I've described particular types of institutions, helpful references where one may ask for help or consultation, and a social institution providing above standard care for seniors characteristic - Sue Ryder Home in the end of the theoretic part.

The practical part is based on client's satisfaction with offered services in aforementioned institution research. It contains research's questions and clients' answers analysis.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	7
<b>1. IMAGE STÁŘÍ</b>	9
1.1. <i>Ageismus</i>	10
<b>2. CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ</b>	12
2.1. <i>Rané stáří ( 60-74 )</i>	12
2.1.1. <i>Tělesné změny</i>	12
2.1.2. <i>Psychické změny</i>	13
2.1.3. <i>Postoje a sociální chování starých lidí</i>	15
2.2. <i>Pravé stáří ( 75-89 )</i>	17
2.2.1. <i>Změny psychiky</i>	17
2.2.2. <i>Změna způsobu života</i>	18
2.3. <i>Problematické chování</i>	20
2.3.1. <i>Modely vysvětlení problematického chování</i>	21
2.3.2. <i>Formy nevhodného chování</i>	21
<b>3. PARADOXY PÉČE O SENIORY</b>	23
3.1. <i>Ošetřující v geriatрии</i>	23
3.2. <i>Syndrom vyhoření ( Burn-out )</i>	24
3.2.1. <i>Burn-out u pracovníků se seniory</i>	27
3.2.2. <i>Supervize</i>	27
3.2.3. <i>Prevence</i>	29
<b>4. ROZDÍLNOSTI TEORIE A PRAXE</b>	31
<b>5. NEJČASTĚJŠÍ ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY VE STÁŘÍ</b>	33
5.1. <i>Delirium, delirantní stav</i>	33
5.2. <i>Deprese</i>	33
5.3. <i>Demence</i>	34
5.4. <i>Smyslové poruchy</i>	36
5.5. <i>Instabilita</i>	37
5.6. <i>Pády a úrazy ve vyšším věku</i>	37
5.7. <i>Proleženiny – dekubity</i>	38
5.8. <i>Imobilizační syndrom</i>	38
5.9. <i>Chronická bolest pohybového aparátu</i>	39
5.10. <i>Dehydratace</i>	39
5.11. <i>Inkontinence</i>	40
5.12. <i>Porucha výživy ve stáří ( malnutrice )</i>	40
<b>6. AKTIVIZACE VE STÁŘÍ</b>	41
6.1. <i>Ergoterapie</i>	41
6.2. <i>Rehabilitace</i>	43
<b>7. ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ PÉČI O SENIORY</b>	44
7.1. <i>Typy poskytované péče</i>	44
7.2. <i>Pastorační péče</i>	47

<i>7.3. Kde hledat pomoc</i>	50
<b>8. DOMOV SUE RYDER</b>	51
<b>9. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ SPOKOJENOSTI KLIENTŮ V SOCIÁLNÍM ZAŘÍZENÍ DOMOV SUE RYDER</b>	54
<i>9.1. Cíl a vymezení problému</i>	54
<i>9.2. Metody, metodika a úkoly šetření</i>	54
<i>9.3. Získané výsledky šetření a jejich interpretace</i>	56
<i>9.4. Závěr průzkumu a doporučení</i>	70
<b>ZÁVĚR</b>	74
<b>SHRNUTÍ</b>	76
<b>POUŽITÁ LITERATURA</b>	77
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	80
<b>PŘÍLOHY</b>	81

## ÚVOD

Evropská i celosvětová populace stárne. Lidé se dožívají vyššího a vysokého věku a současně klesá počet narozených dětí. Klasický strom života, který vyjadřuje vzájemný poměr různých věkových skupin populace, se dramaticky změnil a převrátil. V této souvislosti je možné hovořit o společenské starosti o to, jak zajistit každému člověku základní a důstojné materiální předpoklady pro kvalitní prožívání stáří a jak zajistit dostupnou a kvalitní péči. (HAŠKOVCOVÁ, 2002, s. 14)

Odborníci neustále zdůrazňují, že stáří není nemoc. Přesto se většina lidí mladších věkových kategorií panicky bojí stáří a často se od starých lidí odvrací, i když v obecné rovině panuje shoda v tom, že o staré spoluobčany by se měl někdo postarat, a to způsobem ohleduplným a kvalitním. V současnosti je ideálem člověk úspěchu. A protože starší a starý člověk zpravidla už nezvládá a nemůže zvládnout vysoké požadavky, které se váží k plnému úspěchu, je odsunován na druhou kolej. Z běžné denní praxe víme, že naději na slušné zaměstnání mají především ti, kterým je 25-30 let, kteří jsou flexibilní, ovládají angličtinu a práci na počítači. V takové atmosféře se už i příslušníci střední generace cítí jako odepsaní. Lidé, kteří reprezentují ekonomicky úspěšnou a mladší část populace, hovoří o tom, že dříve narozeným dávají důchody, aniž dopovědí, že starobní důchod je část platu, vyplácený později. Nevhodná argumentace se také týká faktu, že občané nad 60 let spotřebovávají 35-40% veškerých nákladů na zdravotní péči, aniž by dodali, že každý občan platí zdravotní pojištění, které spotřebovává teprve tehdy, kdy zdravotní péči potřebuje, tedy především ve stáří. (HAŠKOVCOVÁ, 2002, s. 26)

Průměrná délka lidského života se postupně během staletí měnila. V každé době žili staří a dokonce i velmi staří lidé. Jejich počet v populaci však kolísal.

Ve starém Řecku a Římě byla průměrná délka lidského života 25 let. Teprve počátkem 19. století došlo k významnému posunu k hranici 30 let. V roce 1940 byl průměrný věk 50 let. Pak už se proces prodlužování délky lidského života dramaticky zrychlil. Na nízké hodnotě průměrného věku se podílela hlavně vysoká kojenecká i dětská úmrtnost a také vysoká úmrtnost lidí středního věku na infekční choroby a úrazy. Mnoho lidí se nedožilo svého vlastního stáří, protože zemřeli v důsledku hladomoru a válek.

Průměrná délka lidského života je statistický údaj získaný tím, že jsou sečteny roky, které prožili všichni zemřelí a děleny jejich počtem. Dnes je spíše užíván odborně přesnější výraz

střední délka života ( pravděpodobná nebo očekávaná doba dožití, tzv. life-span ). V dnešní České republice je střední délka života 78,1 let u žen a 71,5 let u mužů. ( HAŠKOVCOVÁ, 2002, s. 11)

Podle kritérií Světové zdravotnické organizace se za staré obyvatelstvo považuje populace, v níž je více než 7 % osob starších 65 let. Zatímco v roce 1950 žilo v Československé republice 7,8 % osob starších 65 let, v roce 1970 přesáhl jejich počet 11 %. V současné době u nás počet dosahuje hodnoty 13,8 % a pokud bychom zahrnuli do tohoto součtu i občany, kteří dosáhli věku 60ti let dostaneme hodnotu 18,1 %.

Podle oficiálních odhadů OSN se tak reálně může stát, že Česká republika bude v polovině 21. století nejstarší populací na světě, a to s 40 % podílem obyvatel starších 60 let. ( HAŠKOVCOVÁ, 2002, s. 14)

# 1. IMAGE STÁŘÍ

„Budu-li prožívat své stáří hezky, budou určitě šťastnější a spokojenější i ti mladší, kteří žijí kolem mne a mé stáří vnímají. Nebudou se pak totiž bát stáří. Stáří patří k životu, tak jako k lesu patří i staré stromy. Takže my, staří, patříme také k životu, bez nás by společnost lidí nebyla úplná. Patříme k životu, i když mnozí z nás si to neuvědomují a nechápou, v čem je smysl jejich stáří.“ (MATULOVÁ, s 97)

Postoj současné společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní. Stáří je chápáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat, v nejlepším případě si zachovává část toho, co získal dříve. Jeho zkušenosti i kompetence ztrácejí svůj význam, pro společnost není takový člověk ničím přínosný. Hodnotový systém této společnosti, který zdůrazňuje zachování všech kompetencí mládeži, staré lidi silně znevýhodňuje. Tuto tendenci podporují i média, která různým způsobem potvrzují značný význam vnějšího vzhledu a proklamované svěžesti jako současnou normu. To znamená, že cokoliv, co takové není, je považováno za podřadné. (VÁGNEROVÁ, 2002, s.443)

Tento stereotypní pohled na stáří pojímá staré lidi jako homogenní skupinu bez individuálních rozdílů, jež je pro společnost spíše zátěží, protože odčerpává významnou část společenských zdrojů na financování důchodů a na pokrytí nákladů zdravotní a sociální péče. Jde o pohled postrádající snahu najít pozitivní hodnoty stáří a zaznamenat významnou roli velkého počtu seniorů, kteří prospívají společnosti svou prací nebo naplňují svůj čas jiným smysluplným alternativním programem.( MATOUŠEK, 2005, s.163)

Mladší generace ztrácí vědomí kontinuity všech generací, které se udržovalo společným soužitím rodinných příslušníků různého věku. Vzhledem k tomu nepocítuje se starými lidmi sounáležitost, chápe je jako příslušníky jiné, podřadnější kategorie, s níž nemá nic společného. Stáří z tohoto pohledu nemá žádné hodnotné kompetence a v závislosti na tom ani přijatelný sociální status. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s.443)

Předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku nebo skupině starších nazýváme AGEISMEM. Hovoříme o stereotypech, kdy v záporném stereotypu jsou vynechány příznivé charakteristiky. Jedná se o výroky a postoje bez

pravdivého základu, ale se zdáním, že mají v jádru pravdu. Některé projevy diskriminace jsou zřejmé, některé v podtextu nevyslovené.<sup>1</sup>

## 1.1. Ageismus

Myšlenkový stereotyp, jehož podstatou je diskriminace osob na základě jejich věku, týká se zejména starších osob, u nichž se automaticky předpokládá snížená fyzická a psychická odolnost. ( OTTOVA VŠEOBECNÁ ENCYKLOPEDIÉ A-L, 2003, s. 21 )

Pojem ageismus poprvé použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968 v článku Washington Post v souvislosti se segregací bytovou politikou. V roce 1975 Butler ve své knize „Why Survive? Being Old in America“ pojem rozpracovává a v roce 1979 byl „ageism“ poprvé zahrnut do slovníku „The American Heritage Dictionary of the English Language“.

První česká sociologická definice zní:

„Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“

Obyvatelstvo České republiky, tak jako i jiných zemí, stárne a blíží se k momentu, kdy v něm budou lidé nad 65 let tvořit téměř jednu čtvrtinu. Tato skutečnost se v období vrcholné modernity snoubí s dalšími změnami v sociální realitě na makro i mikro úrovni (globalizace, hodnotové změny, variabilita životních cyklů a stylů, individualizace rizik, konzumní kultura). I biologicky podmíněné stárnutí jedince a demografické stárnutí společnosti se v interakci s těmito novými skutečnostmi mění a některé změny samo determinuje. Stáří se stává multidimenzionálním prostorem, ve kterém se mísí sociální, ekonomické, kulturní a psychologické vlivy, a v němž se odehrává jedna z výjimečných a neopakovatelných zkušeností životního cyklu.

Jednou ze změn, které stáří v moderní společnosti doprovází, je výrazná změna jeho sociálního statusu. V moderní společnosti došlo ke snížení sociálního statusu stáří, mnohdy až

---

<sup>1</sup> <http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=197777>, dne 21.11.07

na tak nízkou úroveň, že se začíná hovořit o diskriminaci seniorů z důvodů věku – ageismu.

Koncept ageismu se pomalu dostává i do českého odborného diskursu. Některá dílčí témata ageismu, jako jsou mýty a stereotypy o stáří, jsou zmiňována Haškovcovou (1989) a později také v brožuře Tošnerové (2002). Prvním pokusem o komplexnější představení fenoménu věkové diskriminace v českém kontextu je práce Vidovičové (2005), která definovala ageismus jako ideologii založenou na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovanou skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci. Vidovičová (2005) ve spolupráci s Rabušicem provedla v roce 2003 první empirický výzkum na téma ageismu, kde ukázala, že problematika věkové diskriminace je v české společnosti živá, diskriminační techniky a instituce jsou identifikovatelné a individuální zkušenosti a reakce na věkově diskriminativní chování empiricky popsitelné. Hlavními oblastmi, kterým byla věnována pozornost, byl pracovní trh, populární kultura, otázky občanství a otázky důchodového a zdravotního systému.

Přestože je zdravotnictví a sociální systém pod největším tlakem perspektivně stárnoucích společností, je zde problematika věkové diskriminace téměř tabuizována. Naopak s jedním z nejexplicitnějších a nejlépe dokumentovaných projevů věkové diskriminace se můžeme setkat na pracovním trhu (Glover a Braine 2001; Chiu et. al 2001, Walker 2000 aj.). Řada oblastí zůstává stále ještě neprobádána a množství kulturně determinovaných oblastí nebylo dosud v českém kontextu představeno. Je pravděpodobné, že důvodem není absence problému věkové diskriminace, ale spíše a právě neuvědomění si šíře a hloubky, s jakou je v naší společnosti zakořeněna. Inkluzivní společnost, jakou se snažíme společně vytvořit, si však již nemůže dovolit věkové bariéry přehlížet. Čím dříve se začneme problematikou ageismu zabývat, tím komplexněji se budeme moci připravit na nadcházející hluboké změny v demografické struktuře české společnosti.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> <http://www.ageismus.cz/index.php?m=2>, datum 21.11.07

## **2. CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ**

### **2.1. Rané stáří ( 60-74 let )**

Z hlediska psychologických teorií má období stáří v rámci kontinuity lidského života svůj specifický význam. Podle E. Eriksona je hlavním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. To se projevuje přijetím svého života jako celku a pochopení jeho smyslu. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout jeho konec. Starý člověk by měl svůj život akceptovat takový, jaký byl, bez velké lítosti nad tím, co se neuskutečnilo nebo mohlo být jinak. To zahrnuje i přijetí své vlastní nedokonalosti a smíření se svými nedostatky. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 444 )

Postoj k vlastnímu stárnutí a ke stáří obecně bývá individuálně rozdílný. Lidé se mohou lišit z hlediska přiměřenosti svých názorů, prožitků i chování. Adaptace na stárnutí může mít různý průběh v čase, zpravidla v závislosti na vnějších stresorech i změnách psychického a somatického stavu. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 446 )

#### **2.1.1. Tělesné změny**

Stárnutí přináší zhoršení tělesného i duševního stavu. Tento proces bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Proces stárnutí závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých vlivů prostředí.

- a) Genetické dispozice – jedna z příčin značných interindividuálních rozdílů, obecně lze, že lidé mají zakódován počátek a průběh stárnutí i určitou pravděpodobnou délku života
- b) Vnější faktory – tzv. sekundárně podmíněné stárnutí, ve stáří se projeví způsob prožití všech minulých fází ( životní styl, výživa..)

Základním znakem nemocnosti ve stáří je polymorbidita, to znamená, že starý člověk trpí současně větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění. (VÁGNEROVÁ, 2002, s. 448 )

Staré lidi netrápí jen somatické choroby, ale i duševní potíže, které nebývají vždycky správně diagnostikovány. Mohou zůstat skryty nebo jsou považovány za reakci na somatické onemocnění a životní zátěž. Četnost duševních onemocnění je ve stáří až překvapivě velká, předpokládá se, že postihuje až 20 % lidí.

Stáří mění viditelným způsobem i zevnějšek člověka a tímto způsobem ovlivňuje jeho sociální status. Rychlost a míra proměny zevnějšku není u všech lidí stejná, mívá individuální průběh. V některých případech může dojít k tak kvalitativní změně, že starý člověk ztrácí své typické rysy. Může nápadněji ztloustnout, vyhubnout, shrbit se, stane se vrásčitým, zešedivý mu vlasy atd. Zevnějšek také může signalizovat, jaký je jeho celkový somatický a psychický stav. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 449 )

### **2.1.2. Psychické změny**

Psychické změny ve stáří jsou podmíněny, jak biologicky, tak psychosociálně. Doba, kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat je opět individuální.

#### **a) Biologicky podmíněné změny**

- mohou to být změny, které jsou pouhým projevem stárnutí a ty lze považovat za normální
- pak to mohou být změny, které vyvolal nějaký chorobný proces a nelze je proto vyhodnotit jako pouhý důsledek stárnutí.

#### **b) Psychosociálně podmíněné změny**

- tzv. kohortova zkušenost, jedná se o jev, kdy na lidi stejné generace působili stejné sociokulturní vlivy, získali obdobnou sociální zkušenost nebo byli zatíženi stejnými makrosociálními traumaty a stresy
- individuálně specifický životní styl a různé návyky
- očekávání a postoje společnosti, které manipulují staré lidi k přijetí určitého modelu chování.

## Poznávací procesy

Dochází k nerovnoměrnému úpadku různých dílčích schopností i celkové struktury. Změny nastávají u procesů, které slouží k zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Probíhá změna aktivační úrovně. Starší lidé jsou celkově pomalejší, prodlužuje se jejich reakční časy. Zpracování informací a rozhodování vyžaduje delší dobu než dřív. Zpomalení tempa se projevuje i v celkové těžkopádnosti a rychlejší unavitelnosti. Na druhou stranu se může pomalost projevovat i pozitivně: staří lidé bývají rozváznější a trpělivější.

Také dochází ke změnám v oblasti orientace v prostředí. Zhoršuje se sluch i zraková ostrost. Při pohybu v prostředí se musí mnohem více soustředit, aby dobře viděl i slyšel všechno, co potřebuje. V případě potřeby musí užívat kompenzační pomůcky, které ovšem někdy nepomohou k lepší orientaci.

Následuje také úbytek paměťových kompetencí a obtížnost při učení se nových věcí. Poruchy paměti jsou běžné známým projevem stárnutí. Lidé takové problémy očekávají a často si myslí, že budou mnohem horší, než nakonec jsou. Postupně dochází k celkovému útlumu a zpomalení všech paměťových procesů-ukládání i vybavování. Tzv. sémantická paměť, která obsahuje obecné znalosti, bývá trvanlivější. Její výhodou je, že může sloužit jako kompenzační mechanismus, jako základ pro učení.

Ukázalo se, že paměť funguje hůře u lidí s nižším vzděláním a z toho vyplývajícím životními stereotypy, např. s tendencí k rezignaci a intelektuální nečinnosti. Pokud je paměť trénovaná, jsou její funkce narušeny mnohem méně a uchovávají se delší dobu.

Změny intelektových funkcí jsou individuální a závisí na mnoha faktorech. Mohou je ovlivnit dědičné dispozice, které byly předpokladem rozvoje intelektových schopností v průběhu života. Tyto změny jsou také závislé na dosaženém vzdělání, na způsobu života i na různých osobnostních vlastnostech, které mohou v souhrnu ovlivnit uchování těchto vlastností.

( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 450-453 )

Starý člověk hůře chápe nové situace, obtížněji se čemukoliv novému přizpůsobuje. Zátěž pro něj může představovat jakákoliv změna, dokonce i taková, která je obecně chápána jako pozitivní. Dost často se objevuje rezignace na cokoliv nového. Bývají konzervativní, protože zaběhaný stereotyp je pro ně méně náročný. Standardní situace dovedou řešit bez větších problémů, dovedou je i předvídat, a proto nezvyšují její obavy a neposilují jejich úzkostnost. Nové situace je nezajímají a považují je za zbytečné. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 454 )

## Regulační procesy

Jedním z typických znaků stárnutí je zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí. V důsledku toho dochází ke snížení adaptability a k narušení odolnosti k zátěžím.

### 1. emoční prožívání a emoční reaktivita

Staří lidé bývají citově labilnější a hůře své emoční projevy ovládají, mívají větší sklon k úzkostem a depresím a také bývají více emočně ovlivnitelní. K těmto změnám mohou přispívat různé somatické změny nebo také psychogenní vlivy. Většinou je to výsledek působení více faktorů najednou.

### 2. změny vůle

Aktivní vůle bývá dost často inhibována, staří lidé se dost obtížně, neradi a pomalu rozhodují. Bývají ulpívaví a někdy až tvrdohlaví. Pasivní vůle, což je stálost, vytrvalost a trpělivost, bývá někdy ještě silnější než dříve. ( VÁGNEROVÁ , 2002, s. 456 )

## Změny osobnosti ve stáří

V průběhu stáří se může nějakým způsobem měnit i osobnost starého člověka. Nejčastěji dochází ke zdůraznění některých vlastností. V důsledku toho se mění struktura celé osobnosti a samozřejmě i projevy chování takového člověka.

Změny osobnosti jsou obecně považovány za negativní, i když je nelze vždycky takto hodnotit. Můžeme je rozdělit na tři kategorie:

- zvýšení opatrnosti, nerozhodnosti a puntičkářství
- vyhranění vlastností jako je bázlivost, úzkost a sklony k nespokojenosti
- zvýraznění sobectví, familiárnosti až dotěrnosti, podezíravost, vztahovačnost, nesnášenlivost, lakota, samotářství. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 459 )

### **2.1.3. Postoje a sociální chování starých lidí**

Kontakt s lidmi je pro staré lidi důležitý, ale musí být přiměřený z hlediska kvality i kvantity. Potřebují své soukromý, aby nebyli vystaveni zátěži nadměrné stimulace. Preferují kontakty se známými lidmi, kteří je příliš nezatěžují. Tuto potřebu zpravidla uspokojuje vlastní rodina a přátelé, jenže s pokročilým věkem se tento počet lidí zmenšuje a starý člověk

se může cítit osamělý. K tomuto pocitu přispívá i omezenější schopnost navazovat nové kontakty.

Setkávání se s vrstevníky přináší jiný pocit uspokojení než kontakt s mladšími lidmi. Věkově blízký okruh známých starému člověku lépe rozumí, má stejné zkušenosti a chápe i jeho současné obtíže. Tento mechanismus podobnosti usnadňuje sociální kontakt a posiluje pocit akceptace. Vrstevníci vytvářeli svět starého člověka po celý jeho život.

( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 460 )

Lidé žijící sami hledají způsoby, jak se vyhnout samotě a opuštěnosti, respektive jak se s ní vyrovnat. Velký význam zde hrají lidé v sousedství, kteří vytvářejí jeho sociální teritorium. Dalším významným prostředkem k udržení sociálního kontaktu je telefon, pomocí něj může být neustále v kontaktu i s lidmi, kteří jsou fyzicky vzdáleni. Náhradním společníkem také může být domácí zvíře nebo média, rozhlas a televize. Televize nabízí starému člověku jakousi náhradní společnost seriálových hvězd s nimiž prožívá jejich osudy. Prostřednictvím psa lze navazovat sociální kontakty s jinými majiteli psů a kromě toho je zvíře samo o sobě akceptovaným partnerem. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 461 )

Dle mého názoru může fungovat pes i jako dobrý motivační prostředek. O pejska se majitel musí starat a musí jej chodit venčit. Tato skutečnost donutí starého člověka k aktivitám, které by jinak asi neměl potřebu dělat. Procházky, nákupy, vaření a kontakt s jinými lidmi. A ve chvíli, kdy senior žije sám bez rodiny, mu domácí zvířátko dává pocit potřeby, užitečnosti a hlavně mu dává lásku.

Při používání telefonu jako prostředku ke kontaktu s dalšími lidmi nastává v dnešní době pro seniory problém. V této době je ve velké oblibě užívání mobilních telefonů a většina starších lidí se s nimi přes všechnu snahu nenaučí pracovat. Potom se stává, že se dovolají jinam nebo nedovolají vůbec a začnou vytvářet katastrofické scénáře různých nehod. Mnoho seniorů mobilní telefony raději ani nepoužívá a když, tak s velkým sebezapřením nebo aby udělali radost dětem.

Pro komunikaci se seniory je typická pomalost. Je potřebná delší doba pro zpracování sdělené informace a delší doba pro formulaci vhodné odpovědi. Další obtíží je nedoslýchavost, kdy senior musí vynaložit velkou námahu pro zachycení informace a někdy dojde k nezachycení celého obsahu. Vzhledem k tomu může dojít k nepřiměřené reakci. Poruchy paměti také ovlivňují komunikaci se seniory, hůře si vybavují některá jména, slova nebo situace, o kterých chtějí mluvit. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 462 )

## 2.2. Pravé stáří ( 75-89 let )

V tomto období, kterého se část starších lidí nedožívá, je starý člověk ohrožen zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci. Tyto zátěže mohou být, vzhledem k aktuálnímu stavu starých lidí, někdy subjektivně téměř nezvládnutelné. Ovšem míra závažnosti zátěže pro určitého člověka je individuální. Rozdílnost mezi lidmi v této věkové skupině je značná. Na jedné straně jsou lidé, kteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled, zatímco na druhé straně jsou lidé, kteří jsou poznamenáni značným psychickým i somatickým úpadkem.

Typicky zátěžové situace tohoto období jsou nemoc a úmrtí partnera nebo dalších blízkých lidí. Následuje zhoršení zdravotního stavu, úbytek tělesných i psychických schopností spojený s postupnou ztrátou soběstačnosti a očekáváním smrti. Dále je to ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 492 )

Od 90ti let dál nastává období, které je nazýváno dlouhověkostí.

### 2.2.1. Změny psychiky

Senior je ohrožen různými chorobnými změnami, které se mohou projevit i v oblasti psychiky.

Běžným problémem stáří jsou arteriosklerotické změny, které postihují až 90% lidí starších 75 let. Nejčastěji se projevují změnami emočního prožívání, unavitelností, zhoršováním paměti a koncentrace pozornosti. Dochází k citlivosti ke všem druhům zátěží, obtížnému rozhodování a odmítání změn. Nepříjemné bývají i častější deprese, skleslost a situaci nepřiměřené výkyvy emočního ladění. Jestliže se stav nemocného zhoršuje, zvyšuje se riziko cévní mozkové příhody a dalšího poklesu psychických funkcí.

Lidé, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, bývají bradypsychičtí, obtížně se soustředí a pomalu reagují. Jejich výkonnost je kolísavá a horší, než byla dřív.

Subjektivně značná a někdy nezvládnutá zátěž může vést k neurotizaci. Senioři bývají častěji depresivní, trpí ve větší míře úzkostí, strachem a pocity bezmocnosti. Tyto stavy mohou být reakcí na různé stresy v typické pro období stáří. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 494 )

### 2.2.2. Změna způsobu života

Úbytek schopností, který je standartním projevem pokročilejšího stáří, bývá nejčastějším důvodem ke změně životního stylu. Starý člověk začne potřebovat pomoc i v každodenní činnosti.

Jednou z možností řešení tohoto problému je pečovatelská služba. Hlavní výhodou této služby je, že umožní starému člověku žítí dosavadním způsobem života v soukromí vlastního bytu. Pečovatelka se stává významným zdrojem sociálního kontaktu, přispívá k vytvoření určitého denního režimu a poskytuje psychickou podporu. Může se stát, že si senior do pečovatelské služby projektuje svou potřebu osobního vztahu. Mnohdy jsou jeho očekávání nesplnitelná a nereálná. Může se stát, že se nepřiměřeně fixuje a pečovatelská služba má pro něj větší hodnotu než má reálně mít. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 495 )

Opačným případem je, kdy senior pečovatelskou službu obviňuje nebo podezírá z nějakých špatných činů nebo úmyslů. V důsledku toho se může cítit zanedbáván, je přesvědčen, že se o něj dobře nestará, chodí pozdě, kupuje mu nekvalitní a předražené zboží atd. Pečovatelka se stane objektem pro odreagování negativních emocí v situaci, kdy starý člověk nějakým způsobem strádá.

Další možností je umístění do domova důchodců nebo do jiného zařízení. Toto řešení představuje pro seniora zásadní změnu životního stylu. Dochází ke ztrátě zázemí a s ním spojené identity. Umístění do ústavu symbolicky potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti starého člověka a je chápáno jako signál blížícího se konce života.

Tato změna se projeví i v oblasti základních psychických potřeb.

#### A) Potřeba přiměřené stimulace a orientace

Život v jakékoliv organizaci bývá často méně stimulující a je typický značnou organizovaností a tlakem na dodržování určitých pravidel, např. dodržování doby na jídlo a odpočinek. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 496 ) Aby se senior v novém prostředí mohl orientovat, je potřeba mít dostatek informací a pochopit chod nového místa. Pobyt v ústavu může být na jedné straně chápán jako určitá varianta sociální izolace, ale na druhé straně bývá starý člověk přesycen kontakty s mnoha dosud cizími lidmi.

## B) Potřeba citové jistoty a bezpečí

Soukromí vlastního domova představovalo určitou jistotu a tu teď nemá. Ztrácí pocit bezpečí a reaguje různými obrannými mechanismy. Pod různými záminkami vyžaduje víc než dřív, když žil ve svém bytě. V komunikaci využívá somatických stesků, a tak na sebe upozorňuje. Pokud má málo kontaktů, může se přehnaně upínat na někoho z personálu a hledat v tomto vztahu náhradní citové uspokojení, tato tendence je sice pochopitelná, ale pro personál velmi zatěžující. U seniora se také může projevit odmítání a nechuť k pečujícím. Ví, že je potřebuje a že je na jejich péči do jisté míry závislý. Ideální stav je, když senior dosáhne přijatelné rovnováhy mezi potřebou samostatnosti a potřebou jistoty a bezpečí. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 497 )

## C) Potřeba seberealizace

V ústavu stará člověk ztrácí motivaci k různým aktivitám, které byly dříve nezbytné, ale nyní by neměli smysl. Některým může chybět smysluplná činnost a aktivity nabízené většinou institucí se omezují jen na četbu, poslouchání rozhlasu a procházkami. K jiné aktivitě obyčejně není příležitost a mnohdy chybí i motivace.

Důležitá je taky potřeba kontroly nad svým životem, senior nechce být pasivní a manipulovatelný objekt. V ústavním zařízení je ovšem možnost samostatného rozhodování omezena, klient je automaticky považován jako bytost, která má omezené kompetence, a proto potřebuje pomoc. Proto lze občasný a zdánlivě nesmyslný negativismus chápat jako projev potřeby uplatnit svou vůli.

## D) Potřeba otevřené budoucnosti

Umístěním do instituce je chápáno jako poslední fáze, po níž už nic nenásleduje, pouze smrt. Senior získává roli obyvatele domova důchodců, která má nižší sociální status a tato změna je definitivní. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 498 ) Budoucnost se zdá v takové situaci velmi chmurná. Starý člověk v takové situaci už nic neočekává a jedinou obranou reakcí mohou být nerealistické představy. Je to jakási obdoba bájevé lhavosti, kdy dochází k identifikaci s vlastními nereálnými představami.

### *Adaptace při nedobrovolném umístění do domova důchodců*

Tento proces má tři fáze:

1. Fáze odporu – vůči personálu i k ostatním klientům ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 499 )

2. Fáze zoufalství a apatie – nastupuje po vyčerpání a zjištění, že odpor nikam nevede, projevuje se rezignací a nezájmem o všechno, může dojít až ke smrti ( tzv. smrt z maladaptace)

3. Fáze vytvoření nové pozitivní vazby – někdy se podaří navázat nový vztah s někým s personálu nebo s někým s obyvatel domova, který jim pomáhá sdílet novou situaci a dává novému životu nějaký smysl.

#### *Adaptace na dobrovolný odchod do domova důchodců*

Tento proces bývá méně problematický.

1. Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu – senior se nejprve orientuje v novém prostředí a získává informace. Dochází k bilancování a srovnávání současné situace, je-li pro ně horší nebo lepší. Je důležité, aby první zážitky byly co nejlepší. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s. 500 )

2. Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu – po určité době dochází ke smíření se ztrátou svého zázemí a postupně se vytvoří nový životní stereotyp a vzniknou nové sociální kontakty. Je však velice obtížné se s novým místem identifikovat a považovat ho za svůj domov. ( VÁGNEROVÁ, 2002, s.501 )

### **2.3. Problematické chování**

Základní teze v přístupu k problematickému chování jsou:

- vždy nejde jen o projev choroby
- člověk má omezenou možnost naplnit své potřeby, hledá náhradní možnosti jejich uspokojení
- dobrý přístup a kvalitní péče je prevencí problémů
- vždy je lepší problémům předcházet, než napravovat následky

Každodenní péče o klienty, u kterých se projevují poruchy chování způsobené onemocněním, je nesmírně náročná. Při dotazu, co je nejnáročnější na této práci, většina dotazovaných uvádí, že psychická zátěž a až na druhém místě fyzická.

### **2.3.1 Modely vysvětlení problematického chování**

#### I. Teorie nenaplněných potřeb

Starý nemocný člověk musí volit náhradní způsoby uspokojování svých potřeb. Jako první jsou uspokojovány fyziologické potřeby. Pokud jsou uspokojeny, může následovat uspokojení psychických potřeb. Nejdůležitější je pocit bezpečí, potřeba lásky a blízkosti, potřeba sebeúcty a seberealizace. Ovšem naplňování těchto potřeb má jinou formu a jiný průběh u člověka nemocného demencí než u zdravého jedince.

#### II. Model posilování nevhodného chování formou učení

Člověk opakuje chování, které se mu osvědčilo. Z různých oblastí péče víme, že klient, který je obvykle nějakým způsobem problematický, sklízí velkou pozornost. Personál řeší jeho problémy, které kolem něj vznikají. Někdy se věnují cílené prevenci, nabízejí klientovi více, než je běžné. Lidé, kteří vyvolávají konflikty, mnohdy dosáhnou na více služeb a péče je nadstandardní.

#### III. Působení stresorů z okolí

Prostředí, ve kterém se klient pohybuje, na něj působí mnoha vlivy. Jsou to vlivy sociální, ale také fyzikální. Někdy tyto podněty přesáhnou hladinu, která je příjemná a snesitelná a on se stává podrážděným a vzniklé napětí uvolňuje různými způsoby.

### **2.3.2. Formy nevhodného chování**

#### A. Slovně neagresivní chování

Jedná se o projevy v rámci verbální komunikace. Je to stálé opakování dorazů, zdlouhavé opisování, nedorozumění a nepochopení, stálé vyprávění stejných historek. Pokud se nemůžeme dobře dorozumět, ztrácíme představu o potřebách druhého člověka.

## B. Fyzicky neagresivní chování

Projevuje se blouděním, stálou chůzí, nesmyslnou manipulací s předměty, svlékání se, nevhodné doteky vůči personálu nebo noční neklid. Tyto projevy odrážejí psychomotorický neklid a souvisí to s neschopností přijímat a udržet informace.

## C. Slovně a fyzicky agresivní chování

Slovní agresí rozumíme křik, nadávky a používání vulgarismů. Postupně se nadávky stupňují a nemocný může začít vyhrožovat fyzickým útokem. Toto jednání má různé vyvolávající příčiny. Agresivita může být chápána jako způsob dosažení cíle, jako emoční reakce, jako projev při špatném chápání reality nebo jako povahový rys. Také ji může vyvolat nevhodné chování pečujícího personálu. ( VENGLÁŘOVÁ, 2007, s. 38-44 )

### 3. PARADOXY PÉČE O SENIORY

Ošetrovatelské povolání je velmi náročné a vyžaduje určité osobnostní předpoklady. V praxi se sestra dostává do velmi náročných situací, které musí zvládat odborně a především lidsky. Sestra by měla být cílevědomá, diskrétní, důvěryhodná, kolegiální, mít ráda nemocné, nezištná, obětavá, odpovědná, ohleduplná, ochotná, optimistická, odolná vůči psychické i fyzické zátěži, poctivá, spolehlivá, taktní, trpělivá, tvořivá, vlídná, velkorysá. Také by měla mít sebeovládání a sociální citění. ( KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 44-45 )

Ze své zkušenosti bych ještě ráda dodala, že sestra musí být manuálně zručná a musí umět spoustu věcí opravit, počínaje rozbitým telefonem a konče ústředním topením nebo odpadem na pokoji. Dále jsou důležité znalosti z dalších oborů jako třeba dějiny, matematika a cizí jazyky. Z tohoto popisu vyplývá, že sestra by měla být jakýsi nadčlověk, někdo kdo vše umí a vše zvládá s profesionálním přehledem. Bohužel musím konstatovat, že sestra je taky jenom člověk a má lidské chyby stejně jako ostatní a na to by se nemělo zapomínat.

Mezinárodní pravidla pro chování zdravotní sestry:

- udržení a podpora zdraví, zmírnění utrpení
- sestra na sebe vždy klade nejvyšší požadavky
- musí být pro svou práci dobře vzdělaná
- má mít ve vážnosti náboženské vyznání pacienta a brát na něj ohled
- je si vědoma odpovědnosti a hranic své pravomoci, bez lékařského pověření neprovede sama ošetření mimo nutné případy
- sestra je povinna uvážlivě a loajálně provádět nařízení lékaře
- sestra posiluje důvěru v lékaře a další ošetřující personál
- sestra nepřijímá žádné úplatky mimo malé pozornosti
- sestra se řídí etickými zásadami, které zvyšují vážnost jejího povolání ( KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 46 )

#### 3.1. Ošetřující v geriatрии

Lidé si myslí, že nemocné stáří patří zdravotníkům a údrava je podle nich především , často dokonce pouze věcí zdravotníků. Oni jsou povinni, oni jsou tady od toho, jim to ani

nepřijde pečovat o svéhlavého seniora či věčně nespokojenou seniorku, oni jsou otrlí, zvyklí vidět problémy stáří a starých lidí zblízka. A oni jsou také za své činy zřídka pochváleny, mnohem častěji jsou za ně kritizováni. Kritika pečujících bývá anonymní, všeobecná a útočná. Teprve když se příbuzný nebo sám senior setká s pečujícím, když detailně pozná nelehkou práci zdravotníků, pochopí a ocení jejich práci. Poté často slyšíme: „ tu jejich práci jim nezávidím“, „já bych to dělat nemohl“.

Každý nováček v geriatrici je šokován prací, jejíž obtížnost mu byla zatajena. Z geriatrických pracovišť se samozřejmě propouštějí nemocní, ale častěji tam několik týdnů a měsíců stůňou a také umírají. Charakter péče dostává jiný ráz. Starý člověk potřebuje nejen léčbu, ale také ošetrovatelskou péči domácího typu. Poskytovat denně tuto péči je náročné.

Mylně je tato práce, a to jak v kruzích odborných, tak i ve veřejných považována za méně hodnotnou ve srovnání s prací v atraktivnějších oborech. V důsledku toho procházejí pečovatelé v prvních týdnech a měsících práce u lůžka starých nemocných jistou duševní proměnou. Nemocní pro své onemocnění jim často vděk projevit nemohou a rodiny tuto práci berou jako samozřejmost. Cílem této práce nebývá navrácení plného zdraví a plné soběstačnosti, ale zmírnění strádání pacienta. To je úkol nejjednodušší, ale současně vysoce lidsky a eticky žádoucí. Předpokladem je nejen rozumět potřebám starých nemocných, ale vytvořit si k nim adekvátní, profesně i lidsky vstřícný vztah. ( HAŠKOVCOVÁ, 1990, s. 303-311 )

### **3.2. Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření (také syndrom vyhasnutí, vyhaslosti, vyprahlosti, angl. burnout) byl poprvé popsán v roce 1975 H. Freudengerem. Existují různé definice (např. ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka pomáhajících profesí nebo vyhoření jako výsledek procesu, v němž lidé velice intenzívně zaujatí určitým úkolem nebo ideou ztrácejí své nadšení), které se shodují v určitých bodech:

Jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání. Vyskytuje se zvláště u profesí obsahujících práci s lidmi nebo alespoň kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení. Tvoří ho řada symptomů především v oblasti psychické, částečně i fyzické a sociální. Klíčovou složkou syndromu je emoční vyčerpání, kognitivní vyčerpání a „opotrebení“ a často i celková únava. Všechny hlavní složky syndromu vyhoření vycházejí z chronického stresu.

Nejpodstatnějším znakem je posledně zmiňovaný chronický stres vycházející z pracovní činnosti, který může být doprovázen další zátěží z osobního života, sociálního i fyzikálního okolí atd. Profese je charakteristická vysokými nároky na výkon, bez možnosti delší úlevy a závažnými následky v případě omylu. Výkon takové práce bývá spojen s velkou odpovědností a nasazením, někdy s pocíťováním „poslání“ profese.

Vyhoření je tedy důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, mezi ideály a skutečností.

Samotné vyhoření je výsledek dlouhého pozvolného procesu, který má následující fáze:

Nultá fáze, předfáze: jedinec pracuje co nejlépe, snaží se, přesto má pocit, že požadavkům není možné dostát a jeho snaha není dostatečně ohodnocena, tato fáze představuje jakési podhoubí pro vznik syndromu vyhoření

1. fáze: pocit, že jedinec nic nestíhá, jeho práce začíná ztrácet systém
2. fáze: vyskytují se symptomy neurózy (např. úzkost) spolu s pocitem, že jedinec stále musí něco dělat, přičemž výsledkem je chaotické jednání
3. fáze: pocit, že „něco uděláno být musí“, mizí a nahrazuje ho opačný pocit – že se nemusí nic; pouhá přítomnost druhých lidí jedince dráždí, přidružuje se ztráta veškerého nadšení a zájmu, převládá únava, zklamání a vyčerpání.

Zvláště v této poslední fázi se vyskytují tyto příznaky: únava a pokles výkonu, deprese a úzkosti poruchy paměti a soustředění, poruchy spánku, tělesné potíže (trávicí trakt, dýchací soustava, sexualita, kardiovaskulární systém, ...), nespokojenost, dysforie, neschopnost uvolnit se, tendence k návyku na psychoaktivní látky (alkohol, tabák, ...), snížení sebedůvěry a poruchy v interpersonálních vztazích.

Je to tedy stav, kdy se u jedince vyskytuje ztráta čínorodosti a poslání, pocity zklamání a hořkosti při hodnocení minulosti. Jedinec ztrácí zájem o svou práci i o osobní rozvoj, spokojuje se s každodenním stereotypem, snaží se pouze přežít, „nemít problémy“, je emočně „oploštělý“, dochází k redukci tvořivosti, iniciativy a spontaneity, převažují negativní pocity od hostility po depresi, přidružují se i somatické potíže.

Vyhoření postihuje lidi z pomáhajících profesí, nejčastěji pak lékaře, zdravotní sestry, učitele, psychology, sociální pracovníky, manažery, policisty atp.

Při prevenci vyhoření je důležitý vlastní postoj člověka k práci – samozřejmě v ní má být pocíťován smysl, ale neměla by být jediným cílem, smyslem a zájmem v jeho životě a sociální opora, jejímiž hlavními zdroji jsou: rodina, kolegové v práci, přátelé, zájmy a koníčky a celkově trávení volného času.<sup>3</sup>

### **Co vede k psychickému vyhoření:**

- dlouhodobý bezprostřední, osobní styk s lidmi
- dlouhodobé neúspěšné jednání s lidmi
- dlouhou dobu trvající pracovní přetížení, kladení mimořádných požadavků na pracovníka
- příliš strohý pracovní režim, příliš přísná pravidla
- diktátorský režim, bezohledné manipulování lidmi
- přetěžování, tzn. když je příliš velké množství úkolů v poměru ke kapacitě pracovníků
- v případě, kdy se něco nepříjemného dlouhodobě vleče a nic se nelepší
- v případě, že lidé neustále dávají a nic nedostávají zpět
- když je nedostatek příležitosti k odpočinku
- když je zatížení pracovníka nepoměrně větší než je jeho kapacita ( KŘIVOHLAVÝ, 1998, s. 18-19 )

---

<sup>3</sup> [http://cs.wikipedia.org/wiki/Syndrom\\_vyho%C5%99en%C3%AD](http://cs.wikipedia.org/wiki/Syndrom_vyho%C5%99en%C3%AD) , 3.1.08

### **3.2.1. Burn-out u pracovníků se seniory**

Mnozí pracovníci se seniory u sebe pozorují stresové reakce v podobě únavy, nedostatku energie, podrážděnosti, negativního přístupu k sobě, druhým a k práci. Tím ovšem trpí nejen oni sami, ale i jejich kolegové a kolegyně, a hlavně senioři, kteří bývají navíc přecitlivělí a berou špatné chování osobně. Občas mívají až pocit viny, že toto chování zavinili oni. Pečující mívají často chuť od všeho utéct, cítí se vyčerpaní, mají pocit prázdnoty a osamělosti.

Pracovníci se seniory zastávají práci, která je náročnější než mnohá jiná zaměstnání. Spojuje v sobě totiž více profesí. V zařízení pro seniory je nutné, aby personál pracoval jako tým s hlavním cílem: ulehčit a zpříjemnit obyvatelům poslední etapu života, pomoci jim využívat všech schopností, které mají, tak aby dosáhli pocitu vlastní hodnoty, smyslu života a harmonie. Tato stránka povolání je důležitější než ustlané postele nebo úklid a podobně. Milé slovo a úsměv by mělo doprovázet každou činnost pracovníků při vykonávání jakékoliv funkce v domově. Vedle rutinní práce by se měli zaměstnanci podílet také na rekreačně-terapeutických programech a trávit s obyvateli domova většinu své pracovní doby. To je ovšem velmi náročné a stresující.

Stres sám o sobě není škodlivý, ale pokud překročí míru přizpůsobivosti, organismus není schopen vrátit se do stavu vyrovnanosti. Bohužel si stres často způsobujeme sami svým přístupem k tomu, co se děje. Pečující si musí uvědomit, že nemá mít nerealistická očekávání a neměl by se rozčilovat, pokud se druzí nechovají podle jeho očekávání. Je třeba si stále připomínat, že senioři nám nedělají naschvály, že nás nechtějí úmyslně rozčilovat, ale že jsou ve stavu, kdy nemají nad sebou kontrolu a žijí částečně ve svém světě minulých problémů. Syndrom vyhoření nevyplývá jenom z chování obyvatel, ale i z nepochopení nadřízených, kteří si neuvědomují přílišnou psychickou zátěž, která vedle fyzického přetížení vyčerpává personál. ( RHEINWALDOVÁ, 1990, s. 80-82 )

### **3.2.2. Supervize**

Prioritou supervize je profesionální rozvoj pracovníků. Základním principem je bezpečný vztah, proto je obtížné, když je v roli supervizora nadřízený pracovník.

## Formy supervize:

### A. Individuální supervize

Jedná se o setkání jednoho pracovníka se supervizorem. Je důležité hned vymezit hranice, aby se supervize nezměnila v individuální terapii. Je vymezeno místo setkávání, doba sezení a frekvence schůzek. Tato forma se užívá v případě řešení soukromých věcí, které pracovník nechce projednávat před více kolegy.

### B. Skupinová supervize

V tomto případě se diskutuje o pracovních problémech ve skupině. Pracuje se s 8-10 člennou skupinou pracovníků a pozornost se hlavně věnuje vztahům v této skupině.

Týmová supervize zahrnuje všechny členy týmu, tedy pracovního kolektivu. Zaměřuje se na vztahy v týmu, pozice jednotlivých pracovníků a efektivitu práce.

### C. Další formy

- vzájemné konzultování dvou kolegů
- intervize, setkání bez supervizora
- autovize, sebereflexe

Nejčastější zakázky na supervizi v zařízeních pečujících o seniory jsou prevence syndromu vyhoření, případové supervize týkající se probrání postupu práce s konkrétním klientem a zlepšení komunikace v týmu.

### D. Balintovská skupina

Je to systematická metoda, která je velmi rozšířená ve zdravotnictví. Má standardní postup, který se skládá z 5 fází.

1. představení případu
2. otázky
3. fantazie
4. praktické náměty na řešení
5. vyjádření protagonisty ( VENGLÁŘOVÁ, 2007, s. 86-89 )

### 3.2.3. Prevence

- naučit se rozeznávat příznaky stresu, aby se včas dalo rozeznat, že se člověk dostává do stresu a mohl ihned něco udělat pro zlepšení situace
- v případě rostoucího napětí a stresu zkusit zavřít oči a představit si místo, které je nám blízké nebo milé. Nebo zkusit uvolnit paže a nechat je viset volně podél těla a po té sevřít vší silou ruce v pěst. Toto lze opakovat několikrát po sobě.
- je-li člověk z práce unaven, je dobré si po příchodu domů dopřát několik minut na odpočinek a s nikým nic neřešit.
- dobrou formou odpočinku je práce na zahrádce
- při řešení problémů doma je dobré si vyhradit určitý čas, pokud se řeší v nevhodnou chvíli, může docházet k dalšímu napětí.
- dalším pomocným prvkem je hudba, můžeme ji poslouchat před spaním nebo během dne, pokud někdo umí hrát na hudební nástroj doporučuje se i to nebo třeba zpěv.
- před spánkem je dobré si dát teplou sprchu nebo si číst beletrii, před usnutím je dobré nic neřešit a třeba si zrekapitulovat celý den a pokusit se najít nějaký pozitivní bod. Před spánkem se nedoporučuje užívat látky na povzbuzení ( tein, kofein, nikotin, alkohol ) a velmi těžko se usíná s plným žaludkem.
- další pomocí pro zvládnání stresu je klidný start do dalšího dne, vstávat v pravidelnou hodinu, rozmyslet si co nás čeká a naplánovat si celý den.
- pro dobře odvedenou práci je i důležitý odpočinek. Při práci to může být třeba krátká relaxace formou změny stylu práce, protažením se, procházkou nebo imaginací. Doporučuje se také dát si něco k jídlu nebo pítí.
- důležité je také rozumné nakládání se silami, které máme. ( KŘIVOHLAVÝ, 1998, s. 117-126 )

## Autogenní trénink

Je to jedna z hlavních relaxačních léčebných metod. Druhou základní složkou je koncentrace. Můžeme jej tedy také označit jako koncentrativní sebeuvolnění. Jedná se tedy o stav duševního soustředění při maximálním tělesném uvolnění. Cílem této metody je dokonalé uvolnění a plný intenzivní odpočinek tělesný i duševní. Rychlé osvěžení a obnovení sil během krátké doby. Pomáhá též k rychlému usnutí, vydatnému spánku a okamžitému probuzení v určený čas v plné síle. Nabízí také dokonalé zklidnění a uvolnění ve stresových situacích. Umožňuje také schopnost lepšího soustředění, schopnost lepší mobilizace sil fyzických i psychických, zvýšení odolnosti, zlepšení paměti i schopnosti usuzování a rozhodování. Zklidnění a harmonizace se týká nejen psychiky, ale také vegetativních tělesných funkcí. ( VOJÁČEK, 1988, s. 47-51 )

## 4. ROZDÍLNOSTI TEORIE A PRAXE

Už čtvrtým rokem pracuji v pečovatelském zařízení pro seniory a po nastudování teorie z knih zjišťuji, že teorie a praxe se od sebe hodně liší. Hlavní problémem v praxi je nedostatek kvalitního kvalifikovaného personálu. Málokdo chce pracovat se starými lidmi a pečovat o ně. Pokud se někdo k této práci odhodlá, buď nesplňuje předpoklady nebo s hrůzou odchází. Setkala jsem se s názory, že tato práce je vlastně „pohodička“ a „určitě tam celý den sedíme a pijeme kafe“. Opak je pravdou. Velmi často se stává, že si nestihneme uvařit ani to kafe, natož si ho v klidu vypít. Tím, že je nedostatek kvalitních pečovatелů, trpí ti, kteří již pečují o seniory v některém zařízení. Pravidelně mívá každý velké množství odpracovaných přesčasových hodin a směny bývají ve sníženém počtu personálu, což se odráží i na kvalitě péče. Riziko syndromu vyhoření se tím zvyšuje. Motivace je nízká, finanční ohodnocení nedostatečné, uznání od nadřízených minimální a čas na odpočinek téměř žádný. Veškeré školení o prevenci burn-out syndromu přichází na zmar, když takový pracovník přijde domů po třetí dvanáctihodinové směně. Má se jít projít nebo cvičit, když sotva sedí? Nebo si má číst, když je psychicky vyčerpaný a hlavu má zahlcenou starostmi o druhé? Neví. No a v nejhorším případě vás ještě čekají problémy doma s rodinou a dětmi.

Stejně tak jsem se setkala s nesmyslným lpěním na vypisování dokumentace a zakládáním a tříděním různých papírů. Čas strávený tímto „papírováním“ je čas, který může pečující strávit s klienty. Nebo lpění na vzorném úklidu, který jde až do absurdity. Místo, aby se pečovatel snažil sundat závěsy z oken nebo vytrít prach pod postelí, mohl by tento čas strávit prováděním některých volnočasových aktivit, procházkou nebo povídáním si s klienty.

Také mě překvapily pocity, které se ve mně objevili při čtení některých knih. Zdálo se mi, že každý senior je vlastně chudák, kterého musíme litovat a hájit, a místo toho se k nim všichni chováme nepřiměřeně a nepřijatelně. Podle mě, i dalších, je starý člověk stejný jako mi ostatní a je třeba k němu přistupovat individuálně stejně jako ke každému jinému. Teorie, že si toho prožili v životě hodně je sice pravdivá, ale podle mě to není omluva pro jakékoliv nepřiměřené chování z jejich strany. Jen já osobně znám mnoho lidí, kteří zdaleka nedosahují důchodového věku a zažili toho taky opravdu hodně a nikdo z nich se na to nevymlouvá ani tím neomlouvá své chování. Alkoholika nebo toxikomana také neomlouvá to, že měl těžké dětství nebo mládí. Stejně tak nechápu omlouvání nepatřičného chování seniorů všeobecně a podkládání to různými teoriemi. Pokud se ten člověk takto choval celý život, bude se takto

chovat i dál a není třeba to vysvětlovat a tolerovat, pokud již překročí nějakou hranici. Během svého působení v domově pro seniory jsem se setkala s velkým množstvím lidí, s různými způsoby jak si naklonit personál anebo jak ho oklamat. Také jsem se setkala se spoustou členů rodin, kteří se chovali nevhodně, arogantně a někdy až nesmyslně. Mohu uvést pár příkladů:

- dávání dáreků ve formě kávy, sladkostí a peněz a následné vydírání pomocí těchto dáreků. „Ale sestřičko, já vám dala to a to a vy to pro mě neuděláte?!“

- zažila jsem i několik klientů, kteří byli schopni sehrát pád a následně si vychutnat zvýšenou pozornost a starostlivost ze strany pečujících

- častá psychická manipulace a snaha poštvat personál proti sobě větami typu: „vy jste ta nejhodnější, ale ta druhá ta pro mě nic neudělá...!“ a takto se to opakuje u každého pečovatele

- předstíraná náklonnost a spokojenost s péčí a personálem, a potom následovně stěžování si všem, kteří jsou ochotni naslouchat a překrucování pravdy

- osahávání nebo obtěžování ze strany klienta, verbální nebo fyzické útoky nejsou také výjimkou při péči o seniory

- klient si chtěl za každou cenu vynutit zvýšenou pozornost a i když byl soběstačný, vyžadoval na personálu stále více dopomoc. Když byl slušně upozorněn na to, že tím škodí sám sobě, odvětil, že si bude stěžovat na toto drzé chování a také si stěžoval.

- neuznání a nepochopení náplně práce ze strany rodiny, kdy 25 letý vnuk jednoho klienta si spletl pečovatele se sluhy a křičel, že ho budou na slovo poslouchat a budou dělat, co on si usmyslí.

- jedna dcera od klientky chtěla, aby pečovatele stříhali z použitých plen suché části a ty potom opět používali, protože měla pocit, že je příliš vysoká spotřeba plen.

## **5. NEJČASTĚJŠÍ ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY VE STÁŘÍ**

Pacient vyššího věku vyžaduje v mnoha aspektech odlišný přístup do přístupu k pacientům mladších věkových skupin. Nejtypičtějším rysem onemocnění ve stáří je multimorbidita, přítomnost několika onemocnění najednou. Tato onemocnění se vzájemně prolínají ve své symptomatologii a dochází k modifikaci klinického stavu. Důsledkem tohoto stavu je polypragmázie ( užívání mnoha léků najednou ). Typické také je, že mezi komplikující faktory patří nejen následky a příznaky onemocnění samotných, ale také nežádoucí účinky různých léků či důsledky léčebných postupů. Další zvláštností onemocnění ve stáří je symptomatologie vzdáleného orgánu. U pacienta dojde k poruše jednoho systému, ta se však projeví příznaky, které bychom přičítali spíše poruše systému jiného. Také dochází ke stavům, že se typické a očekávané příznaky onemocnění neprojeví vůbec.

### **5.1. Delirium, delirantní stav**

Jedná se o poruchu mozkové činnosti v důsledku různých příčin. Mohou to být infekční onemocnění, srdeční selhání, které způsobí nedostatečné prokrvení mozku, ale také bolest, retence moči, hypoglykémie, sensorická deprivace, důsledek užívání nebo náhlého vysazení psychofarmak. Jedná se o akutní stav, který je vratný, trvá řádově hodiny až dny. Je přítomna porucha myšlení, orientace, paměti, vnímání, pozornosti, neklid, agresivita, halucinace a bludy.

Tento stav je zapotřebí odlišit od demence. Rozvinul-li se tento stav během několika hodin nebo dní, nejedná se o demenci. Je však nutné počítat s tím, že delirium se může vyskytnout i u pacientů s demencí a výrazně zhoršit jejich stav. Delirium je vždy stavem, který musí řešit lékař.

### **5.2. Deprese**

Deprese je velmi časté onemocnění ve věku seniorském. Jedná se o chorobnou změnu nálady a dlouhodobý smutek, jehož důvod není zřejmý nebo neexistuje. Jestliže smutek a

špatná nálada přetrvávají dlouhodobě, jsou provázeny pocity beznaděje, vlastní nicotnosti, opuštěnosti a bezvýznamnosti, nejedná se o normální stav, ale o onemocnění. Deprese je onemocněním závažným, jejím fatálním vyústěním může být sebevražda. Staří lidé mnohdy nechtějí hovořit o psychických příznacích, často se za ně stydí. Proto chodí k lékaři s různými stesky, které se často mění a jejich pravá příčina nemusí být zřejmá. Lékaři se napřed zaměřují na somatickou stránku onemocnění a na možnost psychického onemocnění nepomyslí. Zejména bychom měli být pozorní u pacientů, kteří jsou smutní, apatičtí, hovoří o sebevraždě, nevidí význam svého života, neprospívají, špatně se s nimi komunikuje a spolupracuje.

Deprese se také může projevovat tím, že se pacient vyššího věku hůře soustředí, orientuje a řeší problémy. Tento stav se může rozvinout až do obrazu výrazné kognitivní poruchy, kterou nazýváme pseudodemencí při depresi.

### **5.3. Demence**

Demence je vždy důsledkem choroby, nikdy není důsledkem pouhého stárnutí. Stařecká demence jako taková neexistuje. I když není demence součástí normálního stárnutí, je častější u starších lidí. Pro seniora můžeme hodně udělat právě tím, že příčinu demence budeme diagnostikovat včas. Naopak můžeme seniora poškodit, když budeme každého z nich považovat za dementního.

Demence vzniká v důsledku poškození mozku samotného. Nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba, degenerativní onemocnění postihující mozkovou tkáň. Dále ji způsobuje poškození cév a v důsledku toho poškození mozkové tkáně hovoříme o vaskulární demenci. Mezi vzácnější příčiny demence řadíme Pickovu nemoc. Jedná se o degenerativní onemocnění mozku, které se projevuje kromě demence také nevhodným společenským chováním pacienta již v relativně časných fázích onemocnění. Dále je to nemoc s Lewyho tělísky. Je to onemocnění podobné Parkinsonově nemoci, u něhož se popisují také časté halucinace. Mezi vzácné příčiny patří demence při AIDS, Creutzfeld-Jacobova nemoc a demence při extrémní podvýživě a nedostatku vitamínů.

Příznaky:

- Kognitivní poruchy – poruchy paměti, soustředění, orientace a myšlení.
- Poruchy chování a psychické příznaky – tyto příznaky často předcházejí kognitivním poruchám. Může se jednat o nápadné změny, jako je nevhodné chování a netaktnost. Nebo může jít o úzkost, depresivitu a poruchy spánku. V pokročilejších fázích onemocnění se vyskytuje zejména neklid, halucinace a bludy, agresivita, bloudění.
- Sociální změny – přicházejí také velmi záhy. Nemocný se straní společnosti více než dříve. Někteří si zneprátní své okolí svým chováním. Později dochází ke zhoršení soběstačnosti nejprve u denních aktivit a později i v základních aktivitách.

Průběh:

1. Počínající a mírná demence, kdy dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí.
2. Středně pokročilá demence, která se již projevuje poruchou soběstačnosti a pacient vyžaduje častý nebo převážný pohled.
3. Pokročilá forma demence, kdy je pacient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit.

S postupující progresí onemocnění potřebuje pacient stále více péče a pozornosti ze strany pečujících. Péče o takto nemocného seniora klade na pečující mnohdy neúměrné nároky, které často zcela přesahují jejich síly a možnosti. ( HOLMEROVÁ, 2003, s. 46-50 )

- Alzheimerova choroba

Jedná se o progresivní zhoršování mentálních funkcí způsobené degenerací mozkové tkáně. Dochází k postupné degeneraci mozkových buněk a v mozku se ukládá abnormální bílkovina. Následkem toho se zmenšuje mozková tkáň a objevuje se postupná ztráta duševních schopností, známá jako demence. Základní příčina destrukce tkáně je neznámá, ačkoliv někdy mohou být zapojeny genetické faktory.

Příznaky: ztráta paměti, špatná koncentrace, obtížné chápání psané a mluvené řeči, toulání a ztrácení se i v důvěrně známém prostředí, pomalé pohyby a vratká chůze, prudké změny nálady, změny osobnosti, agresivita a pocit pronásledování.

Stanovení diagnózy: neexistuje jednoduchý test na stanovení diagnózy, je nutné probrat příznaky s postiženou osobou a jeho rodinou. Dále se provádí CT vyšetření ( zobrazovací metoda, která používá rentgenových paprsků k vytvoření snímků řady řezů tělem), PET ( pozitronová emisní tomografie je druh radioizotopového vyšetření, při kterém vzniká obraz založený na fungování jednotlivých buněk uvnitř orgánu nebo tkáně), nebo MNR ( magnetická rezonance je počítačová zobrazovací metoda, která využívá silné magnetické pole a rádiové vlny). Také se provádí paměťový a písemný test pro stanovení závažnosti demence.

- Multiinfarktová demence

Zhoršení duševních schopností následkem poškození mozkové tkáně způsobeného krevními sraženinami v drobných krevních cévkách. Je známá také jako vaskulární demence. Každá tato sraženina způsobuje odumření tkáně v postižené oblasti.

Příznaky: u různých lidí se liší, protože závisí na tom, která část mozku je postižena. Na rozdíl od ostatních typů demence se tato zhoršuje během každé epizody. Jinak jsou příznaky stejné jako u ostatních typů např. špatná paměť, obtížné rozhodování, problémy s rutinními činnostmi, sklon k toulání a bloudění.

Stanovení diagnózy: provedení CT nebo MNR. ( APLTAUEROVÁ a kol., 2002, s. 247-537 )

## **5.4. Smyslové poruchy**

Tyto poruchy jsou považovány za součást normálního stárnutí.

Zrak – k poruše zraku dochází již od 45. roku života. Jedná se o zhoršení elasticity oční čočky, které znemožňuje zaostřit nablízko. Dále se objevuje katarakta, tzv. zákal čočky, který se dnes odstraňuje již ambulantně.

Sluch – ve velmi vysokém věku dochází ke zhoršení sluchu, kterému říkáme presbycusis (stařecký sluch). Vždy je nutné seniora vyšetřit a odstranit příčinu poruchy sluchu nebo doporučit vhodné kompenzační pomůcky.

Čich a chuť – s vyšším věkem také ubývá čich a chuť. To je důležité vědět, protože stále přetrvává mýtus, že se seniorům nemá jídlo moc kořenit. O všem opak je pravdou, pro snížené chuťové a čichové vnímání má být strava starších lidí dostatečně výrazná.

Propriocepce – sníženo je také vnímání vlastního těla, jeho polohy a pohybu. Také proto jsou starší lidé náchylnější k pádům, jejichž důsledky jsou v tomto věku velmi závažné.

Syndrom multisenzorického postižení – je typickým stavem vysokého věku, kdy je přítomno více smyslových poruch najednou. V důsledku toho se senioři cítí nestabilní, i když nemají závratě v pravém slova smyslu. Léky proti závratím jim spíše škodí. Tito pacienti jsou také ohroženi častějšími pády, proto je potřeba jednotlivé smyslové poruchy kompenzovat a popřípadě doporučit užívání kompenzačních pomůcek.

## **5.5. Instabilita**

Je typickým příznakem, který se objevuje ve stáří. Její výskyt je důsledkem zhoršené funkce a koordinace muskuloskeletálního systému, oslabení smyslového a prostorového vnímání. Nepříznivě také působí některé léky. Mohou to být nepřiměřeně dávkovaná diuretika nebo také hypnotika a mnoho jiných psychoaktivních látek, jejichž vedlejším účinkem může být slabost, obluženost, závratě i hypotenze.

## **5.6. Pády a úrazy ve vyšším věku**

Pády závažně ohrožují seniory a mají závažné důsledky. Souvislosti každého pádu by se měli důkladně prošetřit, a jestli se nepodaří pád uspokojivě vysvětlit vnějšími příčinami, měli bychom vždy volit lékařské vyšetření. Mnoho pádů je způsobeno závažnými poruchami zdravotního stavu. Úrazové děje vedou ve vyšším věku častěji ke zlomeninám. Jejich projevy mohou být relativně nevýrazné, a proto je po nich třeba aktivně pátrat. Ve stáří se daleko častěji vyskytuje osteoporóza ( úbytek kostní tkáně ) a kosti jsou proto lámavější a křehčí. Pro seniory vyššího věku a pro seniory s osteoporózou je také charakteristické, že ke zlomenině vede relativně nenápadný úrazový děj. Klinický obraz zlomenin ve vyšším věku a v osteoporotickém terénu je jiný. Bývá přítomna bolest, která však nemusí být výrazná, často

bývá nápadné jen jiné postavení končetin. Bolest se může promítat zcela atypicky a krevní výron v okolí zlomeniny může být překvapivě malý.

Chirurgická léčba je obdobná jako v mladším věku, ovšem pro rehabilitaci platí jiné pravidlo. Je potřeba co nejdříve rehabilitovat, aktivizovat a mobilizovat. Je nutné zachovat jejich fyzickou kondici a aby nedošlo k rozvoji imobilizačního syndromu.

## **5.7. Proleženiny – dekubity**

Dekubity mohou vzniknout v terminálních stavech jako důsledek celkového metabolického rozvratu a vyčerpání veškerých rezerv organismu. V jiných případech by dekubity vzniknout neměly, to znamená, že jsou vždy považovány za důsledek nedostatečné ošetrovatelské péče. Starší lidé jsou samozřejmě k tvorbě dekubitů náchylnější než lidé mladí. Je to způsobeno jednak sníženou hybností, horším prokrvením, velmi často také špatným stavem výživy a samozřejmě i místními faktory, kam patří zejména nedostatečná hygiena a vlhko. Klíčovou roli hraje tlak těla v určitých místech, kde vznikají dekubity snáze než na jiných místech těla. Jedná se zejména o křížovou oblast, oblast hrbolů kyčelní kosti a paty. Důležitá je prevence, která zahrnuje jednak správnou výživu a dostatečnou hydrataci, dále zejména včasnou a dostatečnou mobilizaci a v případech, kdy to není možné, alespoň pravidelné polohování, aby byly stejnoměrně zatěžovány různé oblasti těla. Pro prevenci je samozřejmě důležitá také správná hygiena a péče o kontinenci.

## **5.8. Imobilizační syndrom**

Vzniká v důsledku omezení pohybu. Staří lidé jsou i v tomto ohledu citliví, proto v geriatrici jen velmi neradi vidáme trvalé upoutání klienta na lůžko. Prostředky, které cíleně omezují pohyb pacienta je třeba naprosto minimalizovat a jejich častější užívání považovat za špatnou praxi. Senioři jsou v důsledku imobilizace ohroženi rychlým úbytkem svalové a kostní hmoty, velmi často vznikají proleženiny. Dochází ke zpomalení krevního oběhu se všemi důsledky včetně rizika trombozy a embolie, dále je zhoršena motilita zažívacího traktu,

vzniká úporná zácpa, může také dojít k retenci moči. Imobilizační syndrom je extrémně závažným stavem s dalekosáhlými následky.

## **5.9. Chronická bolest pohybového aparátu**

Druhým nejčastějším problémem ve stáří je bolest pohybového aparátu. Přestože je to velice známý fakt, málokdy se odhalí pravá příčina těchto obtíží. Senioři užívají množství analgetik, nesteroidních antirevmatik a dalších léků. V důsledku toho nastávají zažívací obtíže, nechutenství, dehydratace a z toho následují další komplikace. Nejčastějšími příčinami bolestí pohybového aparátu ve stáří jsou osteoartróza, osteoporóza, degenerativní změny páteře a také nesmíme opomíjet osteomalácii a nádorová postižení.

Je třeba si uvědomit, že chronická bolest může být také příčinou psychických změn ústících až do deprese. Stárnoucí člověk si začíná uvědomovat, že onemocnění přibývá a že je stále více limitován svým zdravotním stavem.

## **5.10. Dehydratace**

Následky dehydratace bývají velmi závažné. Hlavní příčinou sníženého příjmu tekutin je snížený pocit žízně a také strach z většího přísunu tekutin pro obavy z inkontinence. Dalším důvodem je špatná péče zdravotníků a jejich podcenění problémů ze sníženého příjmu tekutin. Důsledky dehydratace jsou: urologické ( může dojít k infekcím močových cest ), gastrointestinální ( chronická zácpa, nechutenství ), zhoršení cévního zásobení nervového systému, kardiopulmonální ( plicní embolizace, bronchopneumonie, infarkt myokardu ), zhoršení hybnosti v důsledku centrální i periferní poruchy, změna psychického stavu ( apatie, únava, ospalost ). Důležité je, aby pečovatelé ve zdravotnických zařízeních dbali na dostatečný příjem tekutin, monitorovali příjem tekutin a zjistili důvody sníženého příjmu tekutin. Někdy to může být pouze v nabízeném nevhodném pití. Někdo pije raději čaj a jiný zase vodu.

## **5.11. Inkontinence**

Močová inkontinence je častá zejména u starších osob. Mnoho lidí se za tuto poruchu stydí a jsou v rozpacích požádat o pomoc, kterou by potřebovali. Někteří si myslí, že potíže, které mají jsou nevyhnutelnými průvodními jevy stárnutí. Inkontinence může mít mnoho příčin, nadměrně nebo naopak málo dráždivý močový měchýř, překážka v odtoku moči, infekce, vedlejší účinek užívání léků a podobně. Může být také průvodním příznakem daleko vážnějšího onemocnění. V každém případě by měl být vždy informován lékař. Léčba může být buď medikamentózní nebo operační, ale existuje také mnoho kompenzačních pomůcek.

## **5.12. Porucha výživy ve stáří ( malnutrice )**

Malnutrice je stav, k němuž dochází, pokud je příjem základních energetických složek nižší než jejich výdej. Nemocný člověk vyšší věkové kategorie musí samozřejmě vyvinout větší úsilí na určité zcela běžné úkony a tím dochází k většímu energetickému výdeji. Pokud dojde k nerovnováze mezi příjmem a výdejem energie, začne organismus čerpat energii z vlastních zásob. Důvodů pro snížený příjem stravy je mnoho, může to být defekt chrupu, postižení slinných žláz, onemocnění dutiny ústní, gastrointestinálního traktu a jater, psychické poruchy ( deprese, demence ), snížená chuť k jídlu nebo omezená hybnost. Ve zdravotnických zařízeních je třeba dbát na správnou úpravu jídla a podávat pestrou a na živiny bohatou stravu. Pokud se senior nezvládne najíst sám, je důležité mu jídlo dát tak, aby to bylo v jeho možnostech, eventuálně jej nakrmit. Další důležitou věcí je, aby jídlo vypadalo chutně a bylo teplé. Je možné také podávat kašovitou nebo mletou stravu. Jako doplněk stravy lze podávat i různé nutriční přípravky. ( HOLMEROVÁ, 2003, s. 51-66 )

## **6. AKTIVIZACE VE STÁŘÍ**

Počet starých lidí se stále zvyšuje a důsledkem toho je i rostoucí počet lidí s demencí a dalšími duševními nemocemi. O spoustu z nich se starají jejich blízcí a partneři, kteří také bývají v důchodovém věku. Proto je důležité rozšířit ambulantní péči, která poskytne odpočinek rodinám a smysluplnou náplň dne pro nemocného. Ukázalo se, že ambulantní centra a ambulantní nemocniční zařízení poskytují svým klientům mnohem více příležitostí k navázání lidským kontaktům než lůžková oddělení nemocnic a domovy pro staré lidi, kde společně strávený čas klientů spočívá ve společném posezení nebo jiné neformální aktivitě. Z tohoto důvodu je důležité provádět skupinové aktivity a také z důvodu, že u starých lidí se zhoršují sociální a interakční dovednosti. ( WALSH, 2005, s. 16-17 )

Důsledná aktivizace člověka přispívá k harmonii jeho tělesného a duševního potenciálu. Aktivizace by se měla týkat psychické i fyzické stránky jedince, ale je třeba brát zřetel i na individuální rozdíly. Fyzická aktivizace zlepšuje tělesnou kondici, a tím ovlivňuje i duševní zdraví. Fyzická i psychická aktivizace má vycházet z přání a možností jedince, aby chtěl, uměl a mohl tuto činnost provádět.

Důležitá je aktivizace u seniorů se smyslovými vadami a poruchami hybnosti, kteří mohou být ohroženi imobilizačním syndromem. Psychická aktivizace je nutná především u jedinců depresivních se sklony k izolaci od okolí a s apatií, která bývá nejčastěji zapříčiněna neúspěšnou adaptací na stáří nebo osobní situací. Tyto pocity bývají velmi časté u obyvatel domovů důchodců či ošetrovatelských ústavů. Aktivizace může probíhat různou formou. Může to být trénink paměti, petterapie, ergoterapie, zájmové kroužky, soutěže, poznávací výlety, různá kulturní vystoupení nebo olympiády pro seniory. ( časopis SESTRA 7-8, 2004, s. 54-55 )

### **6.1. Ergoterapie**

Existuje velké množství ergoterapií. Mezi nejčastější druhy patří trénování paměti, canisterapie a muzikoterapie.

### Trénování paměti

Průzkumy ukazují, že člověk si i ve stáří ponechává schopnost učit se, že se může i dále psychicky rozvíjet a že má k dispozici velkou kapacitu myšlení. Trénování paměti se provádí formou nenásilné hry, v níž nejde o soutěž, ale o spolupráci ve skupině. Vybírají se smysluplná témata, která se vztahují ke každodennímu životu. Provádějí se cvičení k tréninku nejruznějších částí mozku, např. zapamatování si, vzpomínání, rozhodování nebo hodnocení. Každý účastník skupiny musí pocítit prožitek úspěchu. Společně se vyhodnocují všechna cvičení a témata, každý má možnost se vyjádřit k tomu, co se mu líbí a co ne. Trénink nesmí probíhat v časovém tlaku. Tréninky jsou vždy uzpůsobeny skladbě klientů a jsou upravovány podle potřeby.

### Canisterapie

Je způsob podpůrné terapie, která využívá pozitivního působení psa na člověka. Základem této léčby je poznatek, že nejspolehlivějším přítelem v nemoci a osamění je zvíře. Možnost setkávat se s živým tvorem je prospěšné především pro udržení rovnováhy citového, společenského a duševního života.

### Muzikoterapie

Tato forma terapie posiluje emoční a fyzickou integraci klienta a jejím přednostním prvkem je pohyb. Používá se hudební doprovod, který působí jako zdroj představ a stimulant nálady. Ovlivňuje určité emoce a pohyby a její význam je pro klienty spočívá především v poznání sebe sama a vlastního pohybového rejstříku. (časopis SESTRA 7-8, 2003, s. 66)

### Vaření a pečení

Při provádění této aktivity si lze ověřit schopnosti seniora při činnostech v kuchyni a následně lze použít uvařené nebo pečené jídlo při odpoledním kávovém nebo čajovém posezení. Také je dobré začlenit upečení dortu pro členy, kteří mají v ten den narozeniny. (WALSH, 2005, s. 174)

## 6.2. Rehabilitace

Rehabilitace v geriatрии je nedílnou složkou péče. Cílem je posílení a zvýšení životní aktivity, obnovení a zvýšení schopnosti sebeobsluhy, soběstačnosti a nezávislosti. Vrací člověku cenné hodnoty v oblasti emoční, morální a vede k pocitu lidské důstojnosti a zájmu o život.

Rehabilitaci u seniorů rozdělujeme do tří stupňů:

1. cílená léčebná rehabilitace – zahrnuje kondiční cvičení individuální i skupinové, dechovou gymnastiku, senzomotorickou stimulaci, cvičení na míči, cvičení na rotopedu nebo motomedu. Výběr metodik je závislý na typu onemocnění a pohybových schopnostech starého člověka.
2. aktivizující léčebná rehabilitace – indikována u nemocných s chronickým onemocněním bez většího onemocnění hybnosti.
3. preventivní rehabilitace – je zaměřená na zdravé seniory, pravidelná pohybová aktivita prodlužuje délku života a vede k větší soběstačnosti ve stáří a delšímu plnohodnotnému životu.

Vyšetření funkčního stavu: základem rehabilitace je vyšetření a posouzení funkčního stavu, která zahrnuje fyzickou, duševní a sociální oblast. Významné je odhalení omezení soběstačnosti a stupně závislosti. Vyšetření funkčního stavu zahrnuje testování fyzického výkonu ( Barthelové index, test instrumentálních všedních činností, funkční index soběstačnosti ), testování duševního stavu ( minimal test ) a jednoduché klinické testy.

Cílem rehabilitace v sociálních zařízeních je prevence imobilizačního syndromu, výcvik v sebeobslužných úkonech a aktivitách denního života, výcvik vertikalizace a lokomoce – sed, stoj a chůze. ( časopis SESTRA, 2004, s. 26 )

## 7. ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ PÉČI O SENIORY

Péče o staré občany musí zahrnovat čtyři podstatné složky: individuální, sociální, zdravotní a hmotnou. Senior potřebuje mít pocit osobní jistoty a spokojenosti v rámci určitého rodinného či jiného integrovaného společenství. Toho je možné dosáhnout jen za předpokladu přiměřeného zdraví a jisté úrovně hmotné zajištěnosti. Teprve v posledních létech se stává aktuální problematika psychické pohody a sociální pospolitosti. Požadavky dnešního člověka i dnešního starého člověka jsou vysoké. Senior nebo jeho příbuzní nárokují splnění všech potřeb a to nejlépe ihned. Přejí si mít pocit, že je o něj všestranně pečováno. Jenomže chtít je málo a je třeba i pomáhat. Zatím se nedaří poskytnout starým lidem skutečně vše. Někdy se komplexní péče blíží svým pojetím ideálu, jindy ne. Staří lidé to přijímají s lítostí nebo agresí a příbuzní také. Lidé hanlivě hovoří o domovech důchodců, nezřídka se hanlivě vyjadřují i o jiných typech zařízení. Žádají okamžitou změnu k lepším, ale sami nechtějí nic měnit. ( HAŠKOVCOVÁ, 1990, s. 183-184 )

### 7.1. Typy poskytované péče

- Léčebna pro dlouhodobě nemocné

Nemocnice reprezentuje nejznámější typ institucionální péče o staré a nemocné lidi. Dosavadní systém byl obohacen o další pracoviště a tím je léčebna pro dlouhodobě nemocné ( dále LDN ). Tam jsou přijímáni ti nemocní, u nichž se předpokládá, že nezbytná doba léčení a případná rehabilitace budou relativně dlouhé. Lidé různých onemocnění a různých věkových kategorií se mohou dostatečně dlouho léčit. Ve skutečnosti jsou však do léčeben přijímáni především staří lidé. Tato praxe zavdává příčinu tvrzení, že LDN jsou vyhrazeny jenom pro péči o staré a nemocné lidi. ( HAŠKOVCOVÁ, 1990, s. 262 )

- Hospic

Zdravotní sociální lůžkové zařízení pečující s výrazným přispěním rodiny o osoby se závažnou nebo nevléčitelnou chorobou. Původně tak byl nazýván klášterní útulek pro poutníky. ( OTTOVA VŠEOBECNÁ ENCYKLOPEDIJE A-L, 2003, s. 473 )

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že bude v každé situaci respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, ale i jeho blízkých. Hospice poskytují pomoc rodině i po smrti blízkého.

Existují tři formy hospicové péče. Může to být domácí hospicová péče, která bývá pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Další formou je stacionární hospicová péče neboli denní pobyty, kdy je možno pacienta dovést do stacionáře a zůstává tam jenom přes den. A v poslední řadě je lůžková hospicová péče. Návštěvy jsou zde časově neomezené a pokud si pacient přeje stálou přítomnost některého člena rodiny, je mu poskytnuto ubytování. Rodina se také může o svého blízkého starat. V hospici není zaveden pravidelný režim a je vždy uzpůsoben přání pacienta. O přijetí nemocného rozhoduje hospicový lékař po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta. Přednost mají vždy ti pacienti, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v brzké době povede ke smrti. ( SVATOŠOVÁ, 1999, s. 123-131 )

- Domácí péče

U nás se také často používá synonymum home care. Jedná se o zdravotnickou činnost kvalifikovaných zdravotních sester, která je vykonávána v domácnostech pacientů. Nejčastějšími poskytovateli této péče jsou agentury domácí péče, ale může být také součástí komplexu služeb gerontologických center nebo některých nemocnic. ( HOLMEROVÁ, 2003, s. 32 )

Domácí péče představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. Pokrok v medicíně a v ošetřovatelství umožňuje poskytovat kvalitní péči také v jeho přirozeném domácím prostředí.

Cílem je pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím. Zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí. Zabezpečit komplexní péči, udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech, edukovat klienta a jeho rodinu a zajišťovat dodržování léčebného režimu.

Výhodou domácí péče je ekonomičnost, víceoborovost, individualizovaná péče, komplexnost, dlouhodobá péče a podpora zdraví. ( JAROŠOVÁ, 2007, s. 60-62 )

- Služby sociální péče

Poskytují pomoc k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti zabezpečením základních životních potřeb osob. Pro oblast sociálních služeb se základními životními potřebami rozumí zajištění stravy, bydlení, základní hygieny, údržby domácnosti a kontaktu se společenským prostředím. Cílem služeb je posílit nebo nahradit soběstačnost osob, která je zhoršena vlivem změn zdravotního stavu.

Obecné principy poskytování sociálních služeb:

- Důstojnost – uznání přirozené hodnoty člověka bez ohledu na podmínky ve kterých se nachází, respektování jeho jedinečnosti a zvláštních osobitých potřeb.
- Soukromí – právo člověka být ušetřen nežádoucího zájmu o jeho soukromí či narušování jeho soukromí.
- Nezávislost – podporování a respektování nezávislosti člověka v maximální možné míře, respektování jeho práva na informovaný výběr a odpovědnosti za možné důsledky vlastního rozhodnutí.
- Volba - člověk musí mít možnost vybrat si z řady nabídek, na jeho volbu musí být brán zřetel.
- Práva – práva člověka musejí být chráněna a podporována tak, aby každému byla zajištěna rovnost a kvalita života bez ohledu na věk, pohlaví, fyzické a duševní schopnosti, rasu nebo vyznání.
- Naplnění – realizace osobních aspirací a schopností ve všech aspektech denního života.
- Zplnomocnění – právo člověka na rozhodování o svém životě a kontrolu nad tím, co se bude dít.

Mezi služby sociální péče řadíme:

#### 1. Domov důchodců

Toto zařízení je trvalým pobytovým zařízením režimového typu, které slouží starším občanům, kteří nejsou schopni žít samostatně pouze s občasnou dopomocí, ale potřebují pomoc, péči a dohled po většinu dne.

#### 2. Penzion pro důchodce a dům s pečovatelskou službou

Penziony jsou zřizovány státem a domovy s pečovatelskou službou jsou zřizovány obcí nebo městskou částí. Jsou trvalými pobytovými zařízeními pro seniory, kteří potřebují pouze občasnou pomoc ve své domácnosti a při jiných instrumentálních všedních aktivitách, ale v základních aktivitách denního života jsou soběstační.

#### 3. Respitní péče

Jedná se o převzetí péče o seniora vyžadujícího celodenní dohled a tuto péči mu poskytuje rodina. Jde o zajištění odpočinku a úlevy pro rodinu. Může být poskytována formou krátkodobých či denních pobytů v instituci nebo přímo v domácnosti pacienta převzetím péče pravidelně na několik hodin týdně.

#### 4. Pečovatelská služba

Zajišťuje samostatně žijícím seniorům určité výkony, které potřebují pro chod své domácnosti. Např. rozvoz obědů, úklid, vyprání prádla, nákup. ( HOLMEROVÁ, 2003, s. 39-40 )

## **7.2. Pastorační péče**

Pastorační péčí v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje.

Pastorační péče v uváděném širším slova smyslu není omezena jen na křesťany, přesněji řečeno na ty, kdo se ke křesťanským církvím hlásí. Evangelní příklady nám ukazují, že Ježíš se postaral o toho, kdo u něho pomoc hledal a zkušenost ukazuje, že pastýřská péče bývá vyhledávaná i těmi, kdo do církve nepatří a přesto právě v ní hledají pomoc. Je ovšem nutné předpokládat, že největší část pastorační činnosti církve se bude konat ve prospěch křesťanů a že oni budou právem očekávat péči z křesťanských aspektů kompetentní.<sup>4</sup>

Vnímání utrpení v dnešní době

Při bližším zkoumání můžeme objevit dva světy: "veřejný svět" úspěchu, mládí, krásy, svět, který nejpregnantněji zpodobuje a předkládá reklama. Tam není stáří, nemoc, neúspěch, člověk s jakýmkoliv handicapem. Tento svět mládí, úspěchu a všeobecné funkčnosti není v podstatě nereálný, ale je to určitá výseč z reálného světa. Zpravidla po něm lidé touží, a to je v podstatě zdravé. Nezdravé je, když uvěří, že zakoupením výrobku, který reklama nabízí, se stane jejich svět zcela zdravý, ideální, fungující - prostě "přestěhují" se do ideálního světa reklamy a ten bude jejich světem reálným. Existuje však také druhý svět, svět utrpení, který bychom mohli označit za svět skrytý. Není to jen svět nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných a ústavů pro mentálně i tělesně postižené, ale je to také svět televizních zpráv, které sice ukazují mnohdy jen "krev a bolest" - ale jako svět, který je reálný, ale jaksi jen "pro ty druhé". Divák se tedy má buď zaradovat nad tím, že do něho nepatří, nebo ještě lépe - má se honem přestěhovat do ideálního světa televizní reklamy, která hned po těchto zprávách následuje. Jakmile se ale objeví utrpení v osobní blízkosti, tedy u někoho, na jehož životě je člověk nějak blíže citově, vztahově angažován, je najednou nucen zaujmout osobní stanovisko, nemá kam uniknout. A zde se mnohdy člověk dneška propadá do bezradnosti. Neví, jak si s takovouto věcí poradit.

#### Pastorační péče v sociální práci

Nejen teologie říká, že všichni lidé – tedy i laici a to zejména – mají využít a naplnit svá obdarování. I praxe ukazuje, že není možné prostě rozdělit práci tak, že biskup, kněz či jáhen bude konat všechno "pastorační" a laici vše ostatní. Jsou-li "radosti a naděje, smutek a úzkost lidí naší doby, zvláště chudých a všech, kdo nějak trpí, radostí i nadějí, smutkem a úzkostí

---

<sup>4</sup> [http://www.knihovna.net/KNIHA/0054\\_t01.html](http://www.knihovna.net/KNIHA/0054_t01.html) , dne 22.3.2008

učedníků Kristových“, jak čteme v pastorální konstituci Druhého vatikánského koncilu, potom nelze tento postoj jen deklarovat, ale je také třeba ho prakticky provádět.

Sociální péče a práce pak může být jedním z těchto praktických kroků. Pastorační péčí pak v této práci rozumíme tu složku starostlivosti o potřebného člověka, která se týká jeho samého, jeho osoby, která přesahuje odbornou praktickou pomoc ať v sociální nebo ve zdravotní oblasti a která blízce nebo vzdáleně souvisí buď s vírou potřebného, nebo s vírou pomáhajícího nebo konečně s vírou obou dvou. Pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.

V jednotlivých bodech:

*- jednání s člověkem*

Zdůraznění lidské individuality (ne „případ“, ne „jakýsi dědeček“ apod.) je zde nutné.

*- respektování jedinečnosti člověka*

Každý člověk má svou osobní historii, své osobní preference (záliby, potřeby) a to vše má být jak jen možno respektováno.

*- doprovázení v obtížích, nemoci a utrpení a přístup z pozice křesťana*

Slovo "doprovázení" není jen slovem v pastorační literatuře módním, je to nejlepší vyjádření žádoucího postoje. Doprovázení není ani manipulace, ani indoktrinace.

*- pomoc k lidsky důstojnému zvládnutí situace*

Neblahou situací utrpení či handicapu není doprovázející zpravidla schopen odstranit nebo zásadně změnit. Může ale trpícímu pomoci k tomu, aby své obtíži čelil lidsky důstojně, aby ji také integroval do celku svého života.

*- pomoc na stupni víry, který je nemocnému dostupný*

Je projevem jak úcty k nemocnému, tak naděje v Boží milosrdenství, že je doprovázející schopen přizpůsobit se úrovni víry, na které se nemocný nachází.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> <http://www.hospice.cz/pastsoc.html> , dne 22.3.2008

### **7.3. Kde hledat pomoc**

Organizace zabývající se informačními aktivitami

Život 90 – informační a poradenské centrum pro starší lidi a jejich blízké, tel. 222333500, [www.zivot90.cz](http://www.zivot90.cz)

o.s. Za důstojné stáří – poradenství rodinám k péči o seniory, tel. 222248006, [www.oszds.webz.cz](http://www.oszds.webz.cz)

KONTAKT – informační centrum sociální pomoci, tel. 222646151, [www.mcssp.cz](http://www.mcssp.cz)

Domov Sue Ryder o. p. s. – informační centrum širšího zaměření, tel. 244029158, [www.sue-ryder.cz](http://www.sue-ryder.cz)

Česká alzheimrovská společnost – informace o demencích, tel. 283880346, [www.alzheimr.cz](http://www.alzheimr.cz)

Internetové adresy

[www.pecujici.cz](http://www.pecujici.cz), [www.stari.cz](http://www.stari.cz), [www.alzheimrforum.cz](http://www.alzheimrforum.cz), [www.zapominate.cz](http://www.zapominate.cz),  
[www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz), [www.elpida.cz](http://www.elpida.cz) ( MĚSTSKÉ CENTRUM SOCIÁLNÍCH  
SLUŽEB A PREVENCE, 2005, s. 5-7 )

## 8. DOMOV SUE RYDER

Domov Sue Ryder, o. p. s. nabízí svým klientům - seniorům laskavé a klidné prostředí, ve kterém jim poskytuje komplexní ošetrovatelskou a sociální péči. Péče respektuje jedinečnost každého klienta a napomáhá ke kvalitně prožitému závěru života. Domov dále seniorům poskytuje pobyty v denním stacionáři, osobní asistenci přímo v místě bydliště klienta a také sociálně – právní poradenství pro seniory i širokou veřejnost. Potřebným seniorům slouží také půjčovna kompenzačních pomůcek. Odborná ošetrovatelská péče, nácvik soběstačnosti a vhodná rehabilitace pomáhají klientům strávit zbytek života aktivně a co nejkvalitněji. V mnohých případech umožní návrat seniorů do domácího prostředí.

Cílem domova je vytvořit pro takto postižené občany místo, kde se budou cítit vítáni, respektováni a kde je bude obklopotovat atmosféra pohody a přátelství

V domově pro seniory jsou dvě ošetrovatelská oddělení s celkem padesáti šesti místy pro klienty na přechodné i trvalé pobyty a pět garsoniér pro pět klientů na trvalé pobyty.

Našimi klienty jsou

senioři, kteří jsou v důsledku chronické choroby či postižení trvale odkázáni na pomoc druhé osoby

- senioři ve svízelné sociální situaci
- veteráni druhé světové války
- senioři, kteří potřebují pro přechodnou dobu zvýšenou ošetrovatelskou a rehabilitační péči

Mezi nejčastější diagnózy patří stavy po mozkové mrtvici s různým stupněm poruchy hybnosti, roztroušená skleróza, choroby kardiovaskulárního systému, degenerativní choroby kloubů a demence. Průměrný věk našich klientů je 86 let.

Druhy pobytů

Domov Sue Ryder nabízí pobyty na dobu přechodnou i časově neomezenou.

Přechodné pobyty:

Délka se pohybuje v rozmezí od 3 dnů do 3 měsíců. Žádost o přechodný pobyt musí být doplněna lékařskou zprávou o aktuálním zdravotním stavu žadatele.

Rozdělujeme je na:

- respitní pobyty - umožní pečující osobě načerpat novou sílu, podstoupit léčení nebo odjet na dovolenou
- rekonvalescenční pobyty - zejména pro seniory po úrazu, po propuštění z nemocnice, s potřebou rehabilitace a nácviku soběstačnosti
- sociální pobyty – např. při ztrátě životního druha, při přestavbě bytu

Klienty na přechodné pobyty vybírá tříčlenná sociální komise, která se schází dle potřeby, obvykle jednou týdně.

Časově neomezené pobyty:

Dlouhodobé pobyty – jsou určeny pro klienty s potřebou trvalé ošetrovatelské péče, kteří jsou ve stabilizovaném zdravotním stavu a v důsledku chronické nemoci, postižení nebo úrazu tuto pomoc potřebují. Tito klienti jsou vybíráni nezávislou pětičlennou komisí, jejímiž členy jsou zástupci MČ P4, lékař, zástupce vedení organizace, zástupce veřejnosti a duchovní. Čekací lhůta se u tohoto typu pobytu pohybuje od 5 do 8 let.

Smluvní dlouhodobé pobyty – výhodou tohoto typu pobytu je zkrácení čekací lhůty na 0,5 – 2 roky. Domov disponuje omezeným počtem těchto míst a platba za ně se blíží skutečným nákladům Domova.

Filozofie péče

Pocit domova netvoří jen vybavení, stěny a střecha nad hlavou, ale především laskavá a přátelská atmosféra, kterou je vyplněn.

Filozofií péče o naše klienty je vytvoření pocitu domova, podpora a rozvoj zachovaných schopností a poskytnutí asistence při činnostech, které klient již sám nezvládne.

I klienti, kteří jsou v důsledku své choroby trvale upoutáni na lůžko, tráví co nejvíce času mimo něj, v denních šatech. Jsou zapojováni do nejrůznějších aktivit, výtvarných i společenských.

Naši klienti jsou častými návštěvníky koncertů, divadelních představení i přednášek, které domov pořádá. V centru denní péče s větší či menší asistencí např. malují na porcelán, pracují v keramické dílně, vytvářejí svíčky a podobně.

#### Naše cíle

- poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči, která se zaměřuje na uspokojování potřeb celé osobnosti klienta – nejenom na potřeby fyzické a biologické, ale i na potřeby sociální, psychické a duchovní
- pomoci našim seniorům žít tak nezávisle a plně, jak jim to jejich zdravotní stav dovoluje
- respektovat etické principy péče, jako je právo na důstojnou péči, právo na svá vlastní rozhodnutí či hájení zájmů jednotlivců i seniorů jako skupiny
- s pomocí dobrovolníků a studentů odborných škol podpořit integraci chronicky nemocných, postižených a osamělých seniorů mezi zdravou populaci

vytvářet klidné a laskavé prostředí, s možností setkávat se s veřejností v prostorách kaple, knihovny, divadla, restaurace, galerie či parku.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> <http://www.sue-ryder.cz/>, dne 3.1.2008

## **9. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ SPOKOJENOSTI KLIENTŮ V SOCIÁLNÍM ZAŘÍZENÍ DOMOV SUE RYDER**

Užitý dotazník je vytvořen Domovem Sue Ryder a jeho vyplňování je součástí rozsáhlého šetření o spokojenosti klientů s poskytovanými službami v tomto zařízení. Dotazník a zjištěné výsledky jsou použity se souhlasem Domova. Tohoto šetření jsem se účastnila po dobu jednoho týdne.

### **9.1. Cíl a vymezení problému**

Cílem tohoto dotazníkového šetření je zjištění spokojenosti klientů v Domově Sue Ryder ( dále jen DSR ). Poskytování sociálních služeb je náročná práce a potřeby klientů se neustále mění a klienti jsou stále náročnější ve svých požadavcích. Z tohoto důvodu se pravidelně provádí dotazníkové šetření, aby se mohly vytipovat oblasti, ve kterých je potřeba provést změny podle potřeb a přání klientů. Dalším důvodem je samozřejmě zkvalitnění nebo případné rozšíření nabízených služeb.

### **9.2. Metody, metodika a úkoly šetření**

Tento výzkum je založen na předem vytvořeném dotazníku, který se skládá z 29 otázek a ty jsou následovně rozděleny do jednotlivých úseků. Otázky jsou položeny tak, aby se získané výsledky daly dobře zhodnotit. Na jednotlivé dotazy se odpovídalo číslicemi 1 až 5, které mají stejný význam jako známkování ve škole. Dotazník je anonymní, nikdo nemusí uvádět své jméno ani věk.

Podle zdravotního stavu klientů se zvolil postup vyplňování dotazníků. Pokud byl klient schopný dotazník vyplnit sám, tak ho vyplnil v klidu a soukromí sám. Pokud byla potřeba asistence druhé osoby, byl dotazník s klientem vyplňován s pomocí další nezávislé osoby formou řízeného rozhovoru. Pokud byla spolupráce klienta vyloučena z důvodu špatného zdravotního stavu, byly dotazníky zaslány nejbližšímu rodinnému příslušníku emailem

společně s průvodním dopisem, kde jsou vysvětleny důvody pro dotazníkové šetření a s prosbou o co nejrychlejší vyplnění a doručení zpět. Průvodní dopis je nachystán i pro klienty, kteří budou dotazník vyplňovat sami.

Dotazníky byly vyplňovány s klienty po dobu 14 dní na jednotlivých odděleních Domova Sue Ryder. Celkový počet klientů na odděleních je 56. Čas a doba vyplňování dotazníků byla vždy uzpůsobena možnostem jednotlivých klientů tak, aby se nenarušil jejich pravidelný režim a jednotlivé naplánované aktivity v daný den. Dotazníky byli vyplňováni vždy v soukromí a s dostatečnou časovou rezervou. Na oddělení A jsem dotazníky vyplňovala s klienty já, na oddělení B a C byly dotazníky vyplňovány praktikantkou.

Dotazník je rozdělen na několik částí a každá z nich je zaměřena na určitou zkoumanou oblast. Začátek dotazníku je věnován všeobecným informacím o klientovi jako je věk, pohlaví, vzdělání, průměrná délka pobytu, zdravotnímu stavu a návštěvám rodiny nebo přátel. První a nejobsáhlejší část dotazů se týká ošetrovatelského oddělení, způsobu přijetí do DSR a přístupu a práce personálu na odděleních. Další část dotazů se týká doplňujících služeb jako je úklid v Domově, stravování a praní prádla. Následují dotazy ohledně nabízených aktivit v denním centru, kulturních akcí a práce rehabilitace. Na to navazují dotazy týkající se peněz a jejich zabezpečení a přístupnosti pro klienty. Na závěru dotazníku jsou otázky ptající se na celkovou spokojenost klientů v DSR a jestli by toto zařízení doporučili někomu ze svých blízkých nebo známých. Poslední otázka dává možnost klientů k vyjádření svých připomínek nebo nápadů ohledně změny některých věcí v DSR.

U sedmi dotazů je ještě věnován prostor pro klienty, aby mohli vyjádřit případné komentáře k položené otázce.

U každého dotazu vypočítám průměrnou známku hodnocení klientů a procentuelní poměr. K některým dotazům pro lepší přehlednost odpovědí přidám grafické vyhodnocení.

Vzhledem k časové tísní bude vyhodnocena jenom část získaných dotazníků.

Hodnocení bude probíhat následujícím způsobem. Každý dotaz bude vyhodnocen zvlášť, a poté vyhodnoceny jednotlivé zvolené úseky. Vždy bude vypočítána průměrná známka jednotlivé otázky, procentuální hodnocení četnosti odpovědí klientů a také vyhodnocení zvoleného úseku.

Při hodnocení budu co nejvíce objektivní, i přes to, že v tomto zařízení pracuji čtyři roky jako zdravotní sestra. Ovšem k některým dotazům budu vkládat poznámky a postřehy

z pohledu pečujících, a také poznámky, které klienti přidávali k některým dotazům, i když tam nebyla kolonka pro doplňující informace.

Celé znění dotazníku je v příloze č. 2 a souhlas s použitím dotazníku je v příloze č. 1.

### **9.3. Získané výsledky šetření a jejich interpretace**

Z celkového počtu 56 dotazníků se mi povedlo získat 24. Prvních pět dotazů se týká všeobecných informací. Dotazník vyplňovalo 18 žen a 6 mužů. Z toho 16 klientů má středoškolské vzdělání, 8 vysokoškolské. 18 klientů z dotazovaných je částečně pohyblivých, 2 zcela omezeni v hybnosti a 4 klienti jsou zcela pohybliví. V častosti návštěv rodiny nebo přátel se 13 klientů shodlo na tom, že návštěvy jsou dostatečně časté. 6 klientů by si přálo častější návštěvy, 2 klienti tvrdí, že jsou návštěvy nedostatečné a 3 klienti nemají nikoho, kdo by je navštěvoval.

Průměrná délka pobytu všech dotazovaných klientů je 2,64 roku což je asi 32 měsíců.

#### Přijetí do Domova Sue Ryder

##### *6. Jaký byl Váš první dojem při přijetí do Domova Sue Ryder?*

Průměrná známka po vyhodnocení tohoto dotazu je 1,63. Nejhorší hodnocení bylo známkou tři od 16,7 % klientů, dvojku dalo 29,2 % klientů a jedničku 54,1%. Komentáře k udělenému hodnocení se týkalo hlavně vlastních pocitů klientů. Většina z nich měla obavy z nového prostředí, z neznámých lidí a z toho, co bude následovat dál. Pozitivně byl hodnocen přístup personálu při příchodu na oddělení. Také se líbila čistota pokoje.

##### *7. Představili se Vám pracovníci Domova Sue Ryder, když jste se s nimi setkal(a) poprvé?*

Průměrná známka po vyhodnocení tohoto dotazu je 1,58. Hodnocení známkou pět a čtyři dal vždy jenom jeden klient, což je 4,2%. Známkou za tři dalo 8,3% dotazovaných, za dva 12,5 dotazovaných a většina, 70,8%, odpovědělo, že se jim pracovníci při prvním setkání představili.

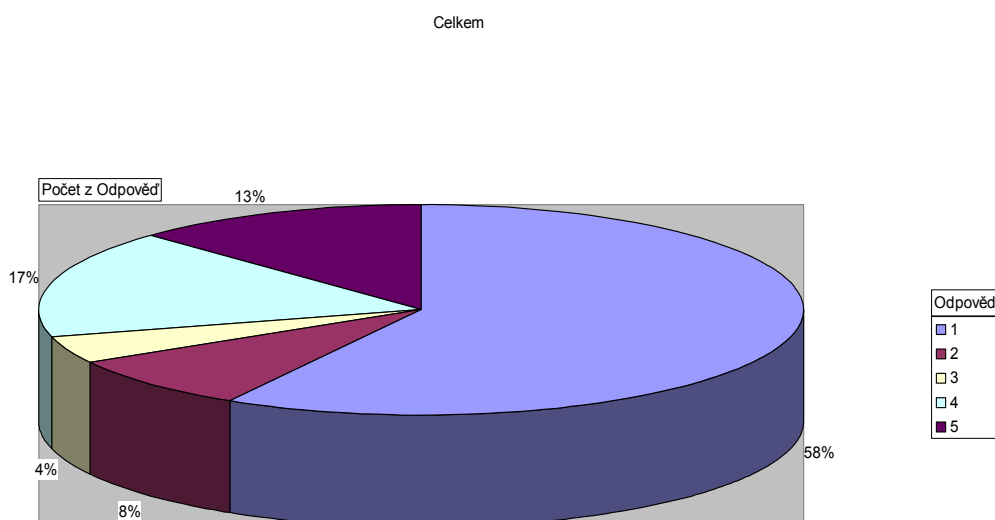
### 8. Byl(a) jste seznámen(a) s chodem Domova Sue Ryder a s jeho režimem?

Na tento dotaz poměrně velká část klientů uvádí, že s chodem domova nebyla seznámena. Průměrné hodnocení je 2,17. 58,3% klientů uvádí, že bylo seznámeno s chodem a režimem DSR, ale 12,5% uvádí, že vůbec ne a 16,7% uvádí, že téměř ne. Pouze 4,1% ( známka za 3 ) a 8,3% ( známka za 2 ) přiznává, že bylo částečně seznámeno s chodem Domova.

Otázkou zůstává, jestli si klienti při položení tohoto dotazu dostatečně uvědomili, co je to chod a režim Domova. Podle mého mínění je každý klient informován o době, kdy se podává jídlo, kdy jsou jednotlivé aktivity, koupání, ranní hygiena atd. Vzhledem k tomu, že se ve většině případů vše přizpůsobuje individuálním přáním a potřebám klienta, není v DSR pevně daný časový režim.

Graf č. 1, seznámení s chodem DSR a jeho režimem.

Otázka 8



### 9. Myslíte si, že jste si rychle zvykla na nové prostředí v Domově Sue Ryder?

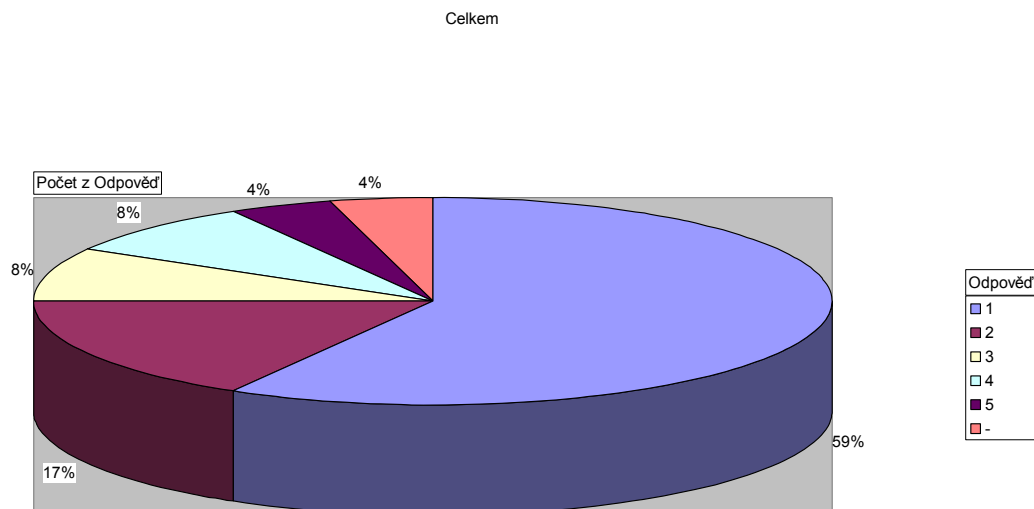
Průměrné hodnocení tohoto dotazu je 1,78. Jeden klient s k tomuto dotazu nevyjádřil vůbec. Tři klienti uvádějí, že si ještě nezvykli na nové prostředí. Dva klienti si už celkem zvykli a zbytek, což je 76%, tvrdí, že si zvykli na nové prostředí v podstatě rychle.

V době vyplňování těchto dotazníků bylo na oddělení několik klientů, kteří přišli do Domova teprve před krátkou dobou.

Vzhledem k tomu, že většina seniorů si na jakékoliv změny zvyká dost těžko, vyšel tento dotaz velmi pozitivně.

## Graf č. 2, zvyknutí si na nové prostředí v DSR.

Otázka 9



10. *Vnímal(a) jste podporu ze strany personálu v době, kdy jste si musel(a) zvykat na nové prostředí?*

U této otázky uvádějí pouze dva dotazovaní, že podporu ze strany personálu nevnímali vůbec. Další dva klienti uvádějí, že podpora sice byla, ale ne příliš velká. Zbývajících 83,3% bylo s podporou ze strany personálu spokojeno.

Při vyhodnocení tohoto souboru těchto dotazů vychází známka 1,76, což je nejhorší známka ze všech hodnocených úseků.

Na druhou stranu, když se nad tím více zamyslíme, existuje spousta faktorů, které nepříznivě ovlivňují příchod do nového prostředí. Může to být strach z toho, že tam klient zůstane napořád, i když by chtěl domů. Strach z přijetí od ostatních spoluklientů. Strach z nového množství personálu a obavy z toho, jak se k němu budou chovat. Strach z nového prostředí a orientace v něm, a také bezradnost z toho, co tam bude dělat. I přes veškerou snahu ze strany personálu nelze zbavit klienta všech těchto obav.

Také někteří klienti, při položení některého z uvedených dotazů, přiznali, že už si příchod do Domova moc nepamatují.

## Přístup personálu a jeho práce

### *11. Jste spokojen(a) s chováním a přístupem personálu k Vám?*

Po vyhodnocení tohoto dotazu vyšlo průměrná známka 1,67. 75% z dotazovaných je velmi spokojeno s přístupem personálu. Pouze 25% je spíše nespokojeno. U tohoto dotazu je prostor na vyjádření jejich připomínek, nejčastěji klienti uváděli, že jsou v podstatě s pečujícími spokojeni, ale občas se najde někdo, kdo by se mohl chovat lépe. Někteří klienti obhajují chování personálu tím, že by měl dostávat více peněz.

### *12. Jste spokojen(a) s odbornou prací sester (ošetřování, injekce, převazy, podávání léků atd.)?*

Hodnocení tohoto dotazu dostal známku 1,42. Pouze dva klienti jsou výrazně nespokojeni s odbornou prací sester. Zbývajících 91,7% je spíše spokojeno a nic negativního na práci sester neshledávají. Někteří klienti v poslední části dotazníku vyslovili přání o větší počet sester na oddělení. Nelíbí se jim, že jedna sestra mívá na starost celé oddělení a nemá dostatek času věnovat se klientům jednotlivě.

### *13. Jste spokojen(a) s prováděním ošetřovatelských činností (pomoc s osobní hygienou, se sebeobsluhou, s úpravou lůžek, pomoc s jídlem apod.)?*

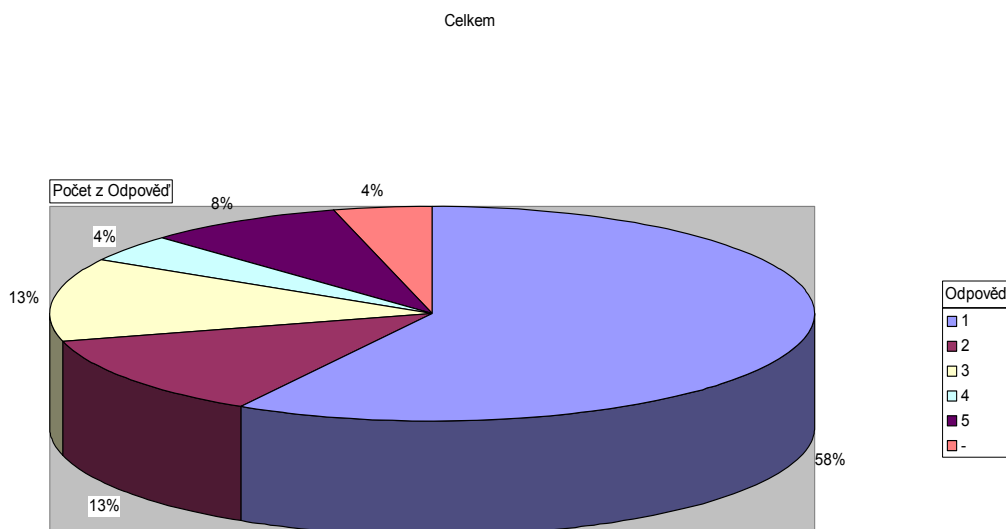
Vyhodnocení tohoto dotazu vychází podobně jako u předchozího dotazu. Dva klienti se k tomuto dotazu nevyjádřili vůbec, protože dle jejich slov, pomoc pečovatелů nepotřebují. Tři klienti hodnotí práci pečovatелů pouze jako průměrnou a v závěrečných připomínkách projevují přání o více kvalifikovaný ošetřovatelská personál. 82,6% je spokojeno s prací pečovatелů na oddělení.

### *14. Jak na Vás působí personál – je ochotný pomáhat Vám řešit Vaše záležitosti?*

K tomuto dotazu se jeden klient nevyjádřil vůbec. Šest klientů uvádí, že personál není vůbec nebo skoro vůbec ochotný řešit jeho problémy a záležitosti. 71% odpovědělo pozitivně a uvedlo, že je personál ochotný s ním řešit jeho záležitosti.

Graf č. 3, je personál ochotný řešit Vaše záležitosti a pomáhat Vám.

Otázka 14



15. Jste spokojen(a) s péčí ošetrovatelského personálu o víkendech (Netýká se chybějících aktivit denního centra a rehabilitace během víkendů, jejichž chod lze zajistit pouze ve všední dny.)?

K tomuto dotazu se opět jeden klient nevyjádřil. Celkové hodnocení je 1,43. Pouze dva klienti jsou výrazně nespokojeni s péčí o víkendu. Zároveň dodávají, že o víkendu je snížený počet personálu a chtělo by to více lidí. 95,7% klientů je spíše spokojeno s prací ošetrovatelů o víkendu.

16. Je ze strany personálu respektován Váš stud a Vaše soukromí?

Vyhodnocení tohoto dotazu je známkou 1,38. 91,7% klientů se shodlo na tom, že jejich stud je respektován a také jejich soukromí je dostatečně respektováno. Pouze dva klienti jsou při známkování tohoto dotazu velmi kritičtí a hodnotí personál velmi negativně.

K tomuto mohu pouze dodat, že většina personálu se při každé činnosti snaží zachovat maximum soukromí a ohleduplnosti ke klientům, bohužel to není vždy a za každé okolnosti možné.

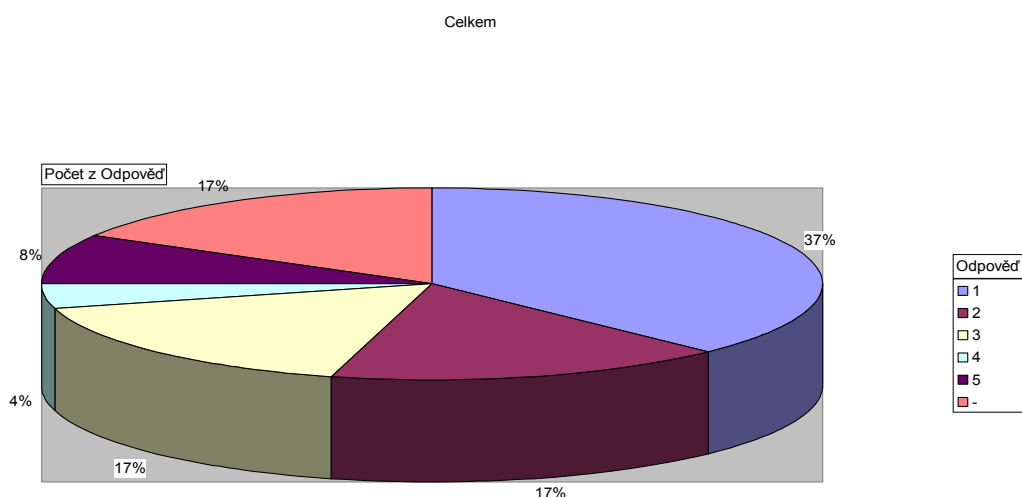
### 17. Když přivoláte sestru, přijde brzy?

Na tento dotaz neodpověděli čtyři klienti z důvodu, že ještě sestru nikdy nevolali a zatím ji nepotřebovali. 29,2% uvádí, že po přivolání sestry rozhodně brzy nepřijde. Zbývajících 70,8% je spokojeno s rychlostí příchodu sestry. Celkové hodnocení tohoto dotazu je známkou 2,15, což je třetí nejhorší hodnocení z celého dotazníku.

K tomuto dotazu mám ovšem výhrady. U této otázky není prostor k vyjádření jakýchkoliv připomínek nebo dodatků. Někteří klienti své špatné hodnocení obhajovali tím, že ví, že je tam sestřička sama, že toho má moc a přijde k nim hned jak může. Dále si nejsem jistá, jestli všichni klienti hodnotili pouze sestry jako takové nebo celkově ošetrovatelský personál. Na oddělení bývá zvykem oslovovat veškerý personál jednotným jménem sestřička a nerozlišuje se, jestli je to pomocnice v kuchyňce nebo vrchní sestry.

Graf č. 4, přijde sestry brzy, když ji přivoláte.

Otázka 17



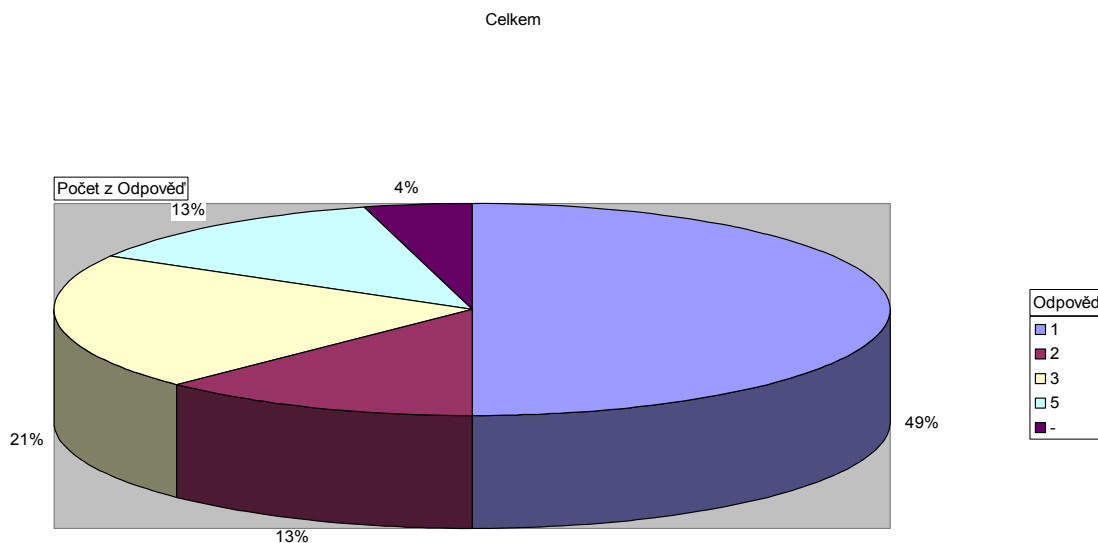
### 18. Cítíte, že se o Vás personál zajímá, vyslechne Vás, všimne si, když Vás něco trápí?

Hodnocení u tohoto dotazu vyšlo také dost negativně. Známkou je 2,09, což je čtvrté nejhorší hodnocení ze všech dotazů. Pouze 50% klientů uvedlo, že se o ně personál zajímá a vyslechne si je, když ho něco trápí. 33,3% tvrdí, že si ho personál spíše nevšimne a 16,7% se shodlo v tom, že je personál vůbec nevyslechne a nevšimne si, když ho něco trápí.

Na obhajobu personálu musím dodat, že někteří klienti sami uznali, že i když mají nějaké starosti, stejně by se s tím nikomu nesvěřili a snažili by se to nějak vyřešit sami.

Graf č. 5, cítíte zájem o vás ze strany personálu.

Otázka 18



Celkové vyhodnocení této části opět nedopadlo moc dobře. Průměrná známka, vypočítaná z vyhodnocení všech dotazů, je 1,67, což je druhé nejhorší hodnocení z celku.

Nejčastější stížnosti týkající se personálu jsou na chování některých pečovatелů, na jejich přístup a malé množství času věnovaného jednotlivci. Někteří klienti by si přáli více vstřícnější a ohleduplnější přístup k nim. Někteří také vyslovili přání o větší počet personálu a zkušenější personál.

Na obhajobu personálu bych ráda dodala, že na odděleních je poslední dobou většinu času snížený počet personálu, jehož počet je neúměrný k očekávaným výsledkům a zdravotnímu stavu klientů. Každý ošetřovatel je jenom člověk, i když profesionál, a taky se potýká se spoustou problémů jak v práci, tak v soukromí. Mezi klienty stráví pečovatel 12 hodin denně až pětkrát týdně a za tu dobu se bohužel může stát, že jeho chování v určité chvíli nemusí odpovídat přáním a očekáváním některých klientů. Pečovatel je sledován jak klienty, tak rodinami klientů, stejně tak i nadřízenými a v průběhu dne je na něj kladeno velké množství úkolů. Ve výsledku zjistí, že jeho ohodnocení, jak ze strany klientů, tak ze strany nadřízených, je nedostatečné.

Zajímavé a potěšující je, že i přes některé nedostatky personálu a ošetřovatelského oddělení jako celku, by pobyt v Domově Sue Ryder klienti doporučili svým příbuzným a

známým, až na jednoho klienta ( dotaz č. 29 ). A k dotazu číslo 28, týkajícího se celkové spokojenosti v Domově, většina shodně odpověděla, že je spokojená. ( viz. strana 69 )

### Doplňkové služby

*19. Jste spokojen(a) ze způsobem bydlení v Domově Sue Ryder (velikost pokoje, vybavení pokoje apod.)?*

Hodnocení spokojenosti se způsobem bydlení dopadlo dobře. 87,5% klientů je spokojeno se způsobem bydlení i velikostí pokoje. Pouze tři klienti jsou méně spokojeni. Jako výtku k bydlení uváděli velikost pokoje, přáli by si menší pokoj, a větší nábytek. Jinak žádné výtky nebyly.

Hodnocení tohoto dotazu je známkou 1,38. Pokoje v DSR jsou převážně uzpůsobeny pro dva klienty, výjimečně pro tři a některé jsou pouze pro jednoho. Do každého pokoje je možnost si přinést vlastní vybavení, každý klient může mít vlastní telefon i televizi.

*20. Jste spokojen(a) s čistotou a pořádkem v Domově Sue Ryder?*

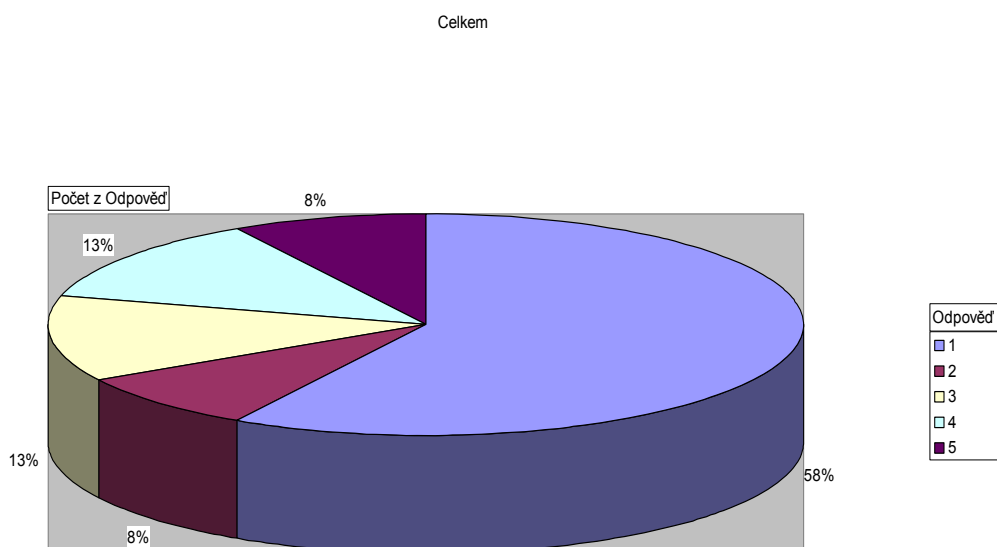
Úklid v DSR je hodnocen jako druhý nejlepší mezi všemi položenými dotazy. Výsledná známka je 1,17. Průměrný úklid se zdál pouze třem klientům. Zbývajících 87,5% nemá žádné výhrady.

*21. Jste spokojen(a) se stravováním v Domově Sue Ryder – s chutí jídla, kvalitou a množstvím jídla)?*

66% klientů je se stravováním spokojeno. Zbývajících 34% se přiklání spíše k mírné až maximální nespokojenosti. Celkové hodnocení je známka 2,04, což je čtvrté nejhorší udělené hodnocení. Klienti si převážně stěžovali na málo pestrou stravu, sníženou kvalitu jídla a malé porce. Také se některým nelíbí jejich diety a nedochucená jídla. Stejně tak by si přáli větší množství zeleniny a méně masa.

Graf č. 6, spokojenost se stravováním v DSR.

Otázka 21



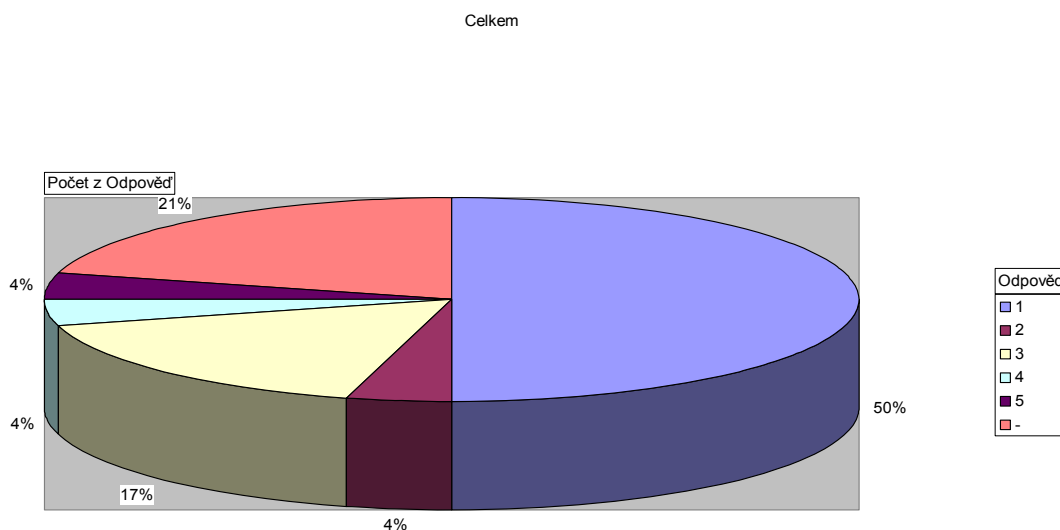
*25. Jste spokojen(a) se službou praní prádla?*

Na tuto otázku pět klientů neodpovědělo z důvodu nevyužívání těchto služeb. Průměrná známka je 1,79. 54% klientů je spokojena s praním prádla. Zbývajících 25% klientů je spíše nespokojena. Přípomínky byly k nedostatečně vyžehlenému prádлу, občasným záměnám nebo dokonce ztracení vlastního prádla.

V tomto případě myslím, že kritika klientů je neoprávněná. Stává se, že přes všechna zabezpečení se prádlo může ztratit, ale každý klient je upozorněn, aby si své prádlo označil čitelně svým jménem. Pokud není prádlo označené, může se stát, že se přiřadí k jinému a následně se velmi těžko dohledává. Dále si někteří klienti neuvědomují, že v případě nouze je jim půjčováno prádlo erární a to se jim po vyprání vrací z prádelny. Oni se pak mylně domnívají, že není jejich.

Graf č. 7, spokojenost se službou praní prádla.

Otázka 25



V celkovém hodnocení vyšly tyto doplňkové služby jako druhé nejlepší. Průměrná známka je 1,59. Je škoda, že první dva dotazy nejsou rozvedeny trochu více, aby se výsledky daly lépe hodnotit a zjistit s kterou částí jsou klienti nespokojeni.

Oba dotazy zahrnují upřesňující informace v závorce, ale hodnocení je celkové a není tedy možno s přesností určit, co by se mělo zlepšit. Ne každý klient se k těmto dotazům vyjadřoval nějak více, a proto je kritických nebo pozitivních postojů málo.

### Nabízené aktivity

22. *Vyhovuje Vám náplň denního programu v Domově Sue Ryder (aktivity v denním centru a kulturní programy)?*

Náplň denního programu vyšlo z hodnocení všech klientů nejlépe. Průměrná známka je 1,14. Pouze tři klienti na tento dotaz neodpověděli z důvodu neúčasti na jakýchkoliv aktivitách. Zbývajících 21 klientů hodnotilo aktivity v denním centru a kulturní program velmi

pozitivně a neměl téměř žádné výhrady. Naopak by uvítali rozšíření nabídky aktivit. Jedna klientka uvedla, že by uvítala více prakticky zaměřené činnosti, jako je třeba šití.

### *23. Jste spokojen(a) s rehabilitací v Domově Sue Ryder (s kvalitou, četností)?*

K tomuto dotazu se nevyjádřilo šest klientů, kteří se rehabilitace neúčastní. Výsledná známka je 1,39. Pouze dva klienti hodnotili nabídku a průběh rehabilitace jako průměrné. Zbývajících 88,9% klientů si rehabilitaci chválilo a nemělo výraznějších připomínek. Pouze někteří by si přáli delší dobu trvání a častější rehabilitaci.

Tato část vyšla nejlépe v hodnocení všech klientů. Průměrná známka je 1,26. A podle této známky je znát, že tyto aktivity jsou velmi oblíbené mezi klienty.

Bohužel k tomu mám opět výhrady. Obě tyto služby nabízí různé aktivity s různou častostí, intenzitou a oblibou, a proto by si zasloužili větší prostor věnovaný jednotlivým dotazům.

Obě tyto otázky mají sice kolonku pro případné připomínky, ale lépe by mi vyhovovalo více dotazů. Někteří klienti třeba vůbec nenavštěvují denní centrum, ale zajímají se o kulturní program a navštěvují koncerty a přednášky. Jiní zase navštěvují pouze denní centrum, ale na kulturní akce nechodí. Stejně tak je to i s rehabilitací. Někteří klienti přicházejí do Domova s cílem pouze rehabilitovat, jiní o rehabilitaci vůbec nemají zájem. Jediné co vítají jsou třeba masáže prováděné studenty na praxi.

V každém případě se oblíbenost obou aktivit nedá snižovat. Každý klient je rád, když může něco dělat a nějakým smysluplným způsobem strávit aspoň část dne.

## Finance

### *24. Máte pocit, že máte možnost dostatečně ochránit Vaše cennosti a peníze v Domově Sue Ryder?*

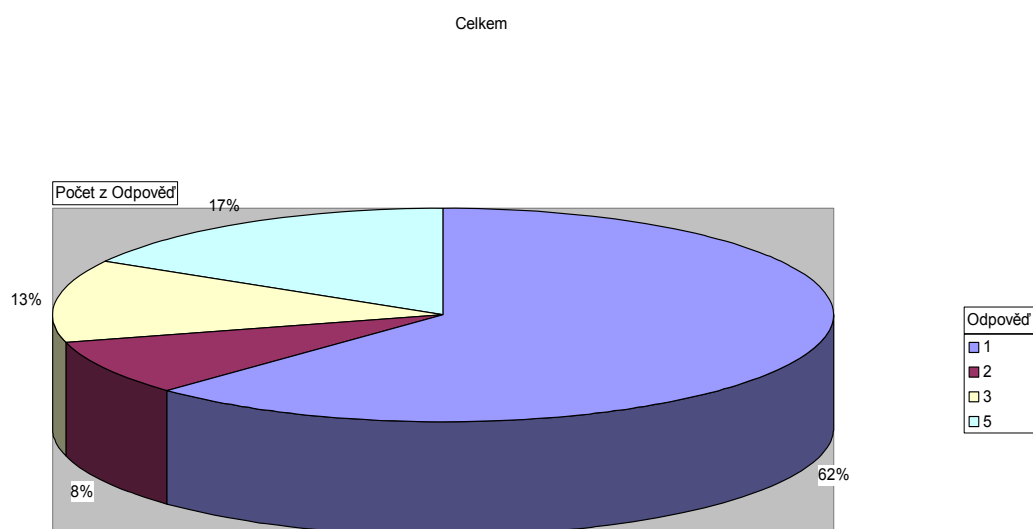
Bohužel známka u tohoto dotazu vyšla také spíše horší, průměrné hodnocení je 2,0. 16,7% klientů si myslí, že nemá vůbec žádnou možnost chránit své finance a cennosti. 12,5% je toho

názoru, že finance je schopno ochránit jen částečně a zbytek, 70,8% shodně uvádí, že má možnost své finance i cennosti ochránit.

Hlavní věc, která se klientů nelíbí je možnost volného přístupu jakýchkoliv osob na jejich pokoj. Zároveň ovšem chápou, že se tomu nedá zabránit a není na odděleních nikdo, kdo by hlídal pohyb všech osob.

Graf č. 8, ochrana cenností a financí v DSR.

Otázka 24



26. Máte přístup k Vaším penězům, k cennostem v trezoru a k přehledu o aktuálním stavu Vašich financí ve správě sociální pracovnice vždy, když potřebujete?

K tomuto dotazu se nevyjádřili čtyři klienti. Zbytek uvádí, že přístup ke svým financím má kdykoliv potřebuje. Hodnocení za jedna udává 85%. Znamku za dva a za tři dalo jenom 15%. Průměrná známka je 1,19.

Tento celek vyšel jako třetí nejhůře hodnocený. Zasluhu na tom má hlavně první dotaz, na který klienti odpovídali spíše negativně. Otázkou je, jak moc věřit tomuto hodnocení. Většina klientů je při příchodu do DSR upozorněna, aby si u sebe nenechávala větší finanční částky nebo nějaké cennosti, protože toto zařízení je otevřené a návštěvy jsou časově neomezené. Bohužel vlivem několika krádeží je zde jistá obava o majetek chápána. Druhým faktorem na tohoto špatného hodnocení je zdravotní stav klientů. Většina z nich má diagnostikovanou mírnou až střední demenci, která se projevuje schováváním cenností a následným

zapomenutím, kam si je dotyčná osoba schovala. A také nesmíme zapomenout na podezřívavost klientů vůči všem osobám pohybujících se v jejich pokoji.

Druhý dotaz je oprávněně hodnocen dobře, protože jakékoliv přání týkající se financí a ceností je velmi rychle splněno sociálními pracovníci.

### Samostatně hodnocené dotazy

*27. Nalezl(a) byste v Domově Sue Ryder mezi obyvateli někoho blízkého s kým si rád(a) popovídáte?*

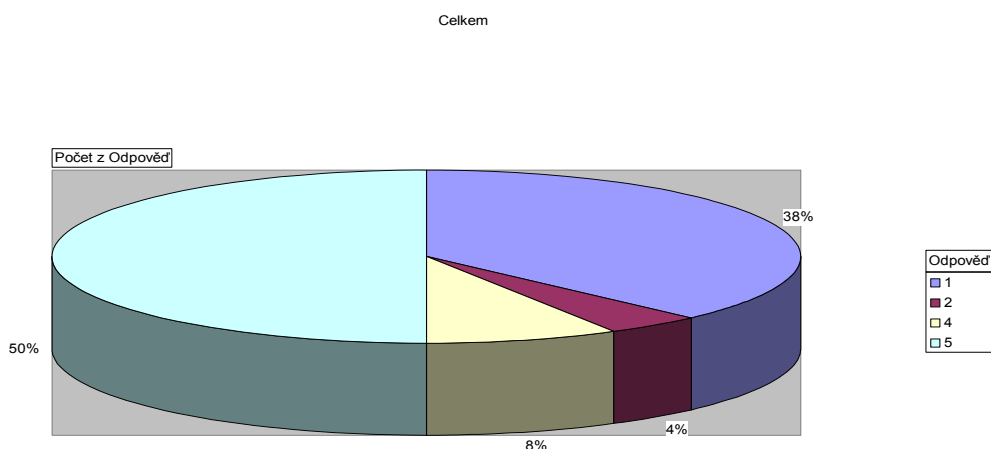
Tento dotaz vyšel nejhůře ze všech položených dotazů. Jeho hodnocení je 3,29. Pouze 41,7% uvedlo, že by zde našlo někoho, s kým si může popovídat. Zbývajících 58,3 % klientů uvedlo, že zde není nikdo s kým by si mohlo popovídat.

V tomto případě je hlavním problémem různý zdravotní stav klientů na odděleních. Klienti také nemají potřebu se přátelit a družít s jinými klienty. Také jsem se setkala s postojem některých, kteří tvrdili, že se nebudou zahazovat s ostatními klienty, protože je to pod jejich úroveň. Pokud se na odděleních někteří klienti více stýkají, tak pouze ti, jejichž fyzická i mentální úroveň je podobná.

Jinak si většina klientů vystačí sama a nemají potřebu se stýkat s ostatními.

Graf č. 9, nalezení někoho blízkého v DSR.

Otázka|27

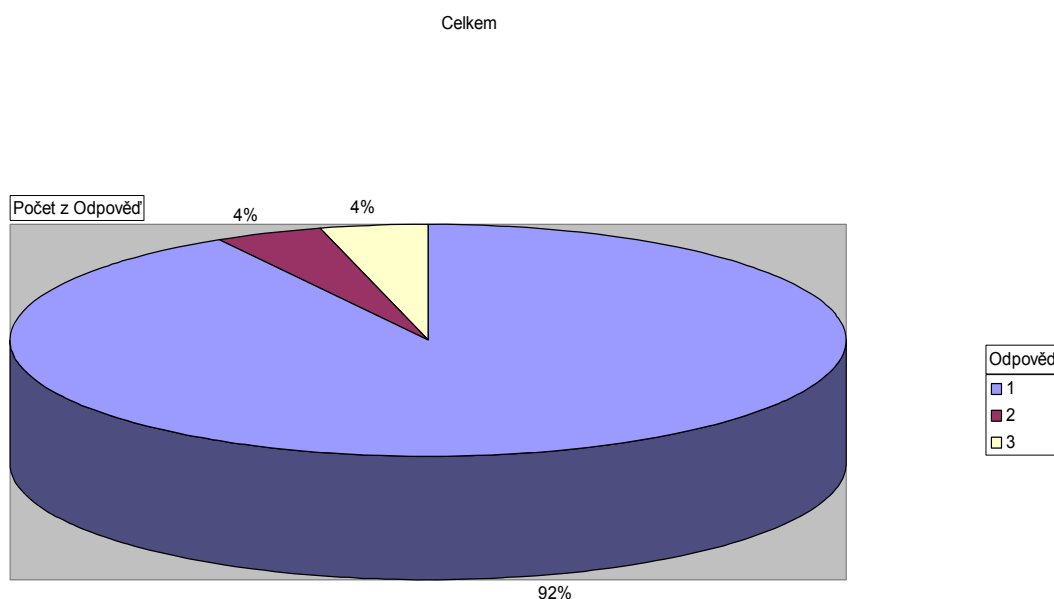


28. *Jste celkově spokojen(a) s péčí v Domově Sue Ryder?*

Tento dotaz jsem již zmínila v souvislosti s jiným hodnocením. Jeho hodnocení je 1,13 a je to druhé nejlepší hodnocení mezi dotazy. S výjimkou dvou klientů, kteří jsou méně spokojeni, jsou všichni klienti maximálně spokojeni s péčí v Domově.

Graf č. 10, celková spokojenost s péčí.

Otázka 28



29. *Doporučil(a) byste pobyt v Domově Sue Ryder někomu ze svých příbuzných či známých?*

Kromě jednoho klienta, který by v žádném případě pobyt v tomto zařízení nikomu nedoporučil, všichni odpovídali velmi pozitivně. 95,8% klientů by určitě toto zařízení doporučilo svým blízkým nebo známým. Jako důležitou připomínku jedna klientka uvedla, že pouze v případě, že by na to měli. Výsledná známka je 1,21.

*Kdybyste měl(a) možnost v Domově Sue Ryder cokoliv změnit, co by to bylo?*

Poslední dotaz nemá pořadové číslo, ale slouží spíše k vyjádření vlastních připomínek nebo návrhů ze strany klienta ke zlepšení čehokoliv v Domově.

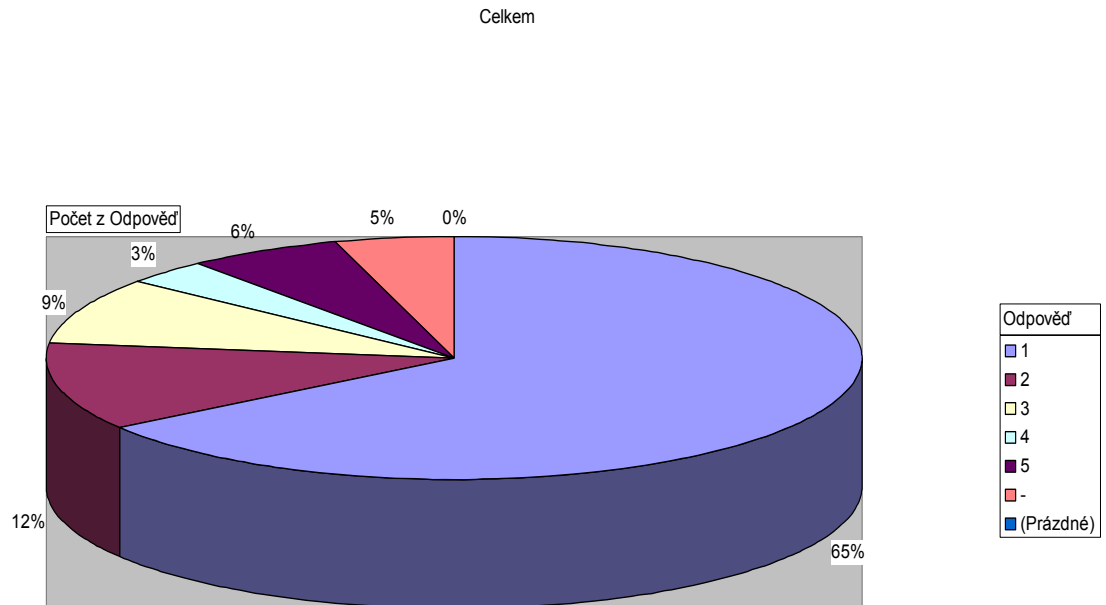
Většinu připomínek nebo nápadů jsem již uváděla v průběhu hodnocení jednotlivých dotazů nebo při hodnocení jednotlivých celků. Uvedu je ještě jednou pro větší přehlednost:

- větší počet personálu na odděleních a lepší přístup ze strany pečovatelů
- lékaře na oddělení a jeho častější návštěvy u klientů
- neplnění slibů, které byly dány při přijetí do Domova
- kvalitnější a různorodější strava
- častější rehabilitace
- více volnočasových aktivit
- lepší úklid na pokojích i na oddělení
- nepořádek v prádle a při jeho vracení
- více větrat na pokojích a chodbách
- lepší hospodaření se vším
- izolovaný pokoj pro nemocné
- zabránit krádežím

## 9.4. Závěr průzkumu a doporučení

Graf č. 11, znázornění odpovědí na všechny dotazy.

Otázka (Vše)



Grafické znázornění celkových odpovědí na všechny dotazy. Soupis všech odpovědí je umístěn v tabulce v příloze číslo 3.

Už podle tohoto grafu je vidět, že převážná část odpovědí byla pozitivních a pochvalných a to negativní je v menšině. I přes to se v dotazníku objevuje množství stížností a potřeb něco změnit.

Napřed uvedu vyhodnocení celků:

1. Nabízené aktivity, hodnocení 1,26
2. Doplnkové služby, hodnocení 1,59
3. Finance, hodnocení 1,62
4. Přijetí do Domova Sue Ryder, hodnocení 1,67
5. Přístup personálu a jeho práce, hodnocení 1,76

Vyhodnocení nejlépe známkováného dotazu:

1. dotaz č. 28, týká se celkové spokojenosti v DSR, známka 1,13
2. dotaz č. 22, týká se aktivit v denním centru a kulturního programu, známka 1,14
3. dotaz č. 20, týká se pořádku a čistoty v DSR, známka 1,17

Vyhodnocení nejhůře známkováného dotazu:

1. dotaz č. 27, týká se nalezení někoho blízkého v DSR, s kým by si klient mohl popovídat, známka 3,29
2. dotaz č. 8, týká se seznámení s chodem a režimem DSR, známka 2,17
3. dotaz č. 17, týká se přivolání sestry a jejího brzkého příchodu, známka 2,15

Z tohoto souhrnného vyhodnocení je znát, že nejhůře dopadlo ošetřovatelské oddělení a nejvíce stížností se týká práce a přístupu personálu na odděleních.

Jak by se to dalo řešit?

Začněme přijutím klienta na oddělení. Důležité je, aby personál věděl, co vše je klientovi slíbeno a s jakým očekáváním do tohoto zařízení přichází on i jeho rodina. Potom se lze vyvarovat spoustě nedorozumění. Není vhodné slibovat něco, co nelze splnit. Zároveň bych navrhovala předávat rodinně řád s chodem a režimem v DSR k nastudování a seznámení klienta i rodiny ještě před příchodem do Domova a vyžadovala bych jejich písemný souhlas s tímto řádem. Důležitý je také důsledný dohled na dodržování tohoto řádu.

Přístup personálu a jejich práce. Toto je dost složitý problém na řešení a vyžadoval by dlouhodobý plán. V první řadě je důležitá správná motivace zaměstnanců ze strany nadřízených a vedení, stejně jako uzpůsobení pracovních podmínek. Motivace by měla být nejen finanční, ale také slovní. Je potřeba si všimnout dobře odvedené práce a patřičně ji ocenit. Důležité také je zajistit dostatečný počet kvalitního personálu ve službě. Samozřejmě kromě pozitivního hodnocení je dobré i negativní, aby pečovatel věděl, že si ho nadřízený všimá a ví, jak pracuje. Pokud tyto základní podmínky nejsou splněny a takový stav trvá dlouhodobě, dochází k demotivaci personálu a poklesu jejich snahy odvádět dobrou práci.

Nesmíme také zapomínat na prevenci syndromu vyhoření. Dobré je zajistit supervize a hlavně dostatek volného času, aby každý zaměstnanec mohl odpočívat. To znamená psát služby s časovým předstihem a pokud možno je už v průběhu měsíce neměnit.

Řešení ostatních připomínek:

Některé náměty na zlepšení nebo změnu jsou drobnosti, které by vyřešila dobrá komunikace mezi klienty a personálem. Častější větrání na chodbách a pokojích, úspora energie, teplé jídlo, větší nábytek na pokoji atd. To vše jsou věci, které se dají řešit ihned po vyslovení tohoto požadavku. Častější rehabilitace je jenom otázka požadavku, financí a možností v rehabilitaci. Rozšíření aktivit v denním centru je dobrý nápad a stačí ho jenom navrhnout při jakékoliv jiné prováděné aktivitě.

Vyřešení stravy je trochu složitější problém. Každý klient má nějakou určenou dietu a ne vždy je s ní spokojen. Pravdou je, že někdy jsou přiděleny menší porce, ale vždy je to jenom otázka komunikace a možností. Ovšem přikláním se k požadavku pestřejší stravy a většího množství zeleniny.

Lékaře na oddělení by si přáli jak klienti, tak personál. Bohužel zařízení DSR není zdravotnické zařízení, ale sociální.

Zabránit krádežím se bohužel úplně nedá, jak jsem již uváděla. DSR je otevřené zařízení poskytující velké množství služeb a nelze hlídat každou osobu pohybující se po areálu. Návštěvy jsou také neomezené.

Myslím si, že nejdůležitější pro řešení všech problémů je kvalitní vedení, zaměstnanci a dobrá komunikace mezi všemi. Objektivní posouzení všech konfliktů a požadavků. A každého člena týmu brát jako rovnocenného partnera.

## ZÁVĚR

Snad každý z nás si v určité době začne uvědomovat blížící se stáří a s tímto poznáním se i objevují představy o tom, jak by mělo vypadat. Mnozí si určitě budou přát klidné a bezpečné stárnutí v rodinném kruhu. Budou se věnovat svým zálibám a radovat se z vnoučat. Následuje důstojné dožití, ale hlavně aby to bylo doma ve známém prostředí. Jenže ne každému se to vyplní.

Trendem v současné době je orientace na mládí, výkon a úspěch. Lidé, kteří nemají tyto vlastnosti, jsou odsunováni do pozadí a vyčleňováni ze společnosti. Jsou označeni jako neproduktivní a neužiteční pro dnešní společnost. Z velké části je tento zkreslený pohled vytvořen médií, ale také ho vidáme u svých rodičů a známých, kteří se takto chovají zase ke svým rodičům. Bohužel tento pohled škodí teď a bude škodit i nám až zestárneme.

Někteří senioři jsou i ve vysokém věku stále aktivní jak na těle, tak i na duchu. Věnují se svým zájmům anebo se účastní některé z nabízených volnočasových aktivit. Jezdí na společné výlety, chodí na procházky po přírodě nebo navštěvují různé vzdělávací kurzy.

Jenže u některých seniorů se mohou postupem času objevit nějaké zdravotní problémy, které se neslučují se samostatným a plnohodnotným žitím a stávají se závislí na péči další osoby. Mnozí z nás si potom neví rady, co dělat. Máme se postarat o seniora sami, ale jak? Nebo ho umístit do nějakého zařízení, jenže které bude dostatečně kvalitní? A budu mít na zaplacení tohoto zařízení? Nebo bude stačit jenom částečný dohled a péče přes den? V tomto případě je dobré se poradit s odborníky a vyslechnout si jejich doporučení.

Někteří se postarají o svého příbuzného sami nebo jenom s menší dopomocí. Ale jsou i tací, kteří nemají možnost pečovat o svého blízkého nebo o něj pečovat nechtějí. V tomto případě přicházejí na řadu různá zařízení starající se o seniory. Mají různou kvalitu, samozřejmě i různou cenu pobytů a různě dlouhou čekací dobu na přijetí. Ta se většinou pohybuje kolem několika let.

Základem každého dobře fungujícího zařízení jsou peníze a následovně lidé, kteří tam pracují. Je překvapující a nespravedlivé, že pohled některých lidí na každého pracovníka se seniory je odsuzující nebo udivující a tato práce je stále zneuznávána. Stejně tak je to ale i v některých zařízeních. Na pečovatele je pohlíženo s nechutí a jsou považováni za něco podřadného a méně inteligentního jenom proto, že jsou v přímé péči a potýkají se s každodenními problémy seniorů. Jenže to je špatně. Na každého člověka, který ochotně plní

každodenně přání seniorů, pečuje o ně a dbá o jejich základní potřeby, by se mělo dívat s respektem a uznáním. A kdyby nebylo těchto lidí, nebyli by ani další služby, které tato zařízení nabízejí. Neměly by je totiž komu nabízet.

V každém případě je potěšující, že se objevují stále další zařízení, která pečují o seniory a že jejich kvalita se zlepšuje, stejně jako nabízené služby.

Důležité je, abychom si uvědomili, že pečovat o seniory je náročná práce a zároveň je to i svým způsobem poslání. I my jednou budeme staří a budeme doufat, že se o nás někdo dobře postará a budeme stárnout s pocitem důstojnosti, klidu a bezpečí.

Myslím si, že stejně důležité jako změnit pohled dnešní společnosti na seniory, je změnit i pohled seniorů na dnešní společnost. Neměli by se nechat ovlivňovat médii a tím, jak jsou prezentováni pro ostatní, ale sami ukázat lepší stranu stáří a jeho výhody.

# SHRNUTÍ

## **Podpora soběstačnosti ve stáří** **Support of self-sufficiency in seniors**

**Leona Klímová**

### SHRNUTÍ

V celé své práci jsem se zabývala seniory jako jednotlivci i jako skupinou. Snažila jsem se obsáhnout celkově problematiku stárnutí a stáří se všemi psychickými i fyzickými projevy.

Cílem bylo ukázat, že péče o seniory ve všech složkách není jednoduchá, ale naopak velmi náročná. Také jsem se snažila zdůraznit vysokou hodnotu kvalitních pracovníků se seniory a důležitost jejich dostatečného ohodnocení.

Výsledkem mé práce je snad lepší pochopení seniorů, jejich chování, a že jsou velmi důležitá zařízení, která poskytují kvalitní služby. Problémem jsou peníze. Pokud senior nebo rodina nemají peníze, nemůže si senior bohužel dovolit pobyt v tomto zařízení.

### SUMMARY

I engaged seniors as individuals and as a whole in all parts of my diploma thesis. I have endeavored to comprehend problems with senility and old age in general including mental and physical exposure.

My goal was to show that care about seniors in all its aspects is not simple but very complicated conversely. I also try to stress the high value of good class workers with seniors and the importance of their satisfactory valuation.

The result of my work is hopefully a better understanding of seniors, their society manners and that institutions providing high-quality services are very important. The problem is money. If seniors or their families lack of funds then they cannot afford the living costs in these institutions.

## POUŽITÁ LITERATURA

APLTAUEROVÁ, Marie a kol. Zdraví rodiny. Praha: Fortuna, 2002. 1. vyd. ISBN 80-7321-001-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Manuálek sociální gerontologie. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníku ve zdravotnictví, 2002. 1 vyd. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. 1 vyd. ISBN 80-7038-158-2.

HOLMEROVÁ, Iva a spol. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. 2. vyd. ISBN 80-86541-12-6.

JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Praha: Grada, 2007. 1. vyd. ISBN 978-80-247-2150-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetřovatelství. Praha: Grada, 2007. 1. vyd. ISBN 978-80-247-2069-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada, 1998. 1. vyd. ISBN 80-7169-551-3.

MATULOVÁ, Nina. Deník staré paní. České Budějovice: Mona.

MATOUŠEK, Oldřich. KODYMOVÁ, Pavla. KOLÁČKOVÁ, Jana. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. 1. vyd. ISBN 80-7376-002-X.

OTTOVA VŠEOBECNÁ ENCYKLOPEDIJE A-L. Praha: Cesty, 2003. 1. vyd. ISBN 80-7181-938.

RHEINWALDOVÁ, Eva. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada. 1990. 1. vyd. ISBN 80-7169-828-8.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce Homo. 1999. 4. vyd. ISBN 978-80-902049-2-9.

ŠOURKOVÁ, Petra a kol. Informace, kontakty a sociálně zdravotní služby pro seniory. Praha: Městské centrum sociálních služeb a prevence, 2005.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Praha: Portál, 2002. 1. vyd. ISBN 80-7178-308-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007. 1. vyd. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOJÁČEK, Karel. Autogenní trénink. Praha: Avicenum, 1988. 4. vyd.

WALSH, Danny. Skupinové hry a činnosti. Praha: Portál, 2005. 1. vyd. ISBN 80-7178-970-4.

Doplňující literatura:

DUŠOVÁ, Bohdana. Aktivizace ve stáří. Odborný časopis SESTRA 7-8, Praha 2004, s. 54-55

LECHOVÁ, Jaroslava. Specifika ergoterapie v geriatrii. Odborný časopis SESTRA 7-8, Praha 2003, s. 66

ZAHRADNICKÁ, Ilona. Ucelená rehabilitace v geriatrii. Odborný časopis SESTRA 11, Praha 2004, s. 26

Internetové zdroje:

<http://www.ageismus.cz/index.php?m=2>, dne 21.11. 2007

<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=197777>, dne 21.11. 2007

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Syndrom\\_vyho%C5%99en%C3%AD](http://cs.wikipedia.org/wiki/Syndrom_vyho%C5%99en%C3%AD) , dne 3.1.2008

<http://www.sue-ryder.cz/> , dne 3.1.2008

<http://www.hospice.cz/pastsoc.html> , dne 22.3.2008

[http://www.knihovna.net/KNIHA/0054\\_t01.html](http://www.knihovna.net/KNIHA/0054_t01.html) , dne 22.3.2008

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha číslo 1: Souhlas Domova Sue Ryder s použitím dotazníků ( dokument )


Příloha číslo 2: Celé znění dotazníku ( dokument )

Příloha číslo 3: Soupis všech odpovědí jednotlivých klientů ( tabulka )

# PŘÍLOHY

## Příloha číslo 1

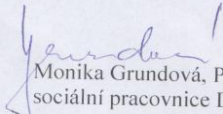
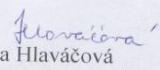
**Domov Sue Ryder, o. p. s.**  
Michelská 1/7  
Praha 4  
140 00  
Czech Republic



**Šance pro důstojné stáří**  
tel.: 244 029 111  
fax: 244 029 158  
E-mail: [info@sue-ryder.cz](mailto:info@sue-ryder.cz)  
[http:// www.sue-ryder.cz](http://www.sue-ryder.cz)

V Praze dne 27. 3. 2008

Souhlasíme, že Leona Klímová může použít dotazníky zjišťující spokojenost klientů s kvalitou jejich života v Domově Sue Ryder, o. p. s., vypracované tímto zařízením. Dotazníky použije pro vypracování praktické části diplomové práce na téma Podpora soběstačnosti ve stáří.

  
  
Monika Grundová, Pavla Hlaváčová  
sociální pracovníce Domova Sue Ryder, o. p. s.

**Domov Sue Ryder, o. p. s.**  
Sociální pracovníce ®  
140 00 Praha 4, Michelská 1/7  
tel.: 244 029 111, fax: 244 029 158  
IČO: 26204673, DIČ CZ26204673

Domov Sue Ryder, o. p. s. je nestátní, nepolitický subjekt,  
který provozuje Domov Sue Ryder - domov poskytující komplexní ošetrovatelskou péči seniorům.  
(Zapsán v rejstříku obecně prospěšných společností, vedeném KOS v Praze oddíl O, vložka 192, IČO: 26204673, DIČ: CZ26204673)  
Bankovní spojení: KB č.ú.: 51-1386970257 / 0100



9. Myslíte si, že jste si rychle zvykla na nové prostředí v Domově Sue Ryder?

ano – rychle 1 2 3 4 5 ne - dosud jsem si  
jsem si zvykl(a) nezvykl(a)

10. Vnímal(a) jste podporu ze strany personálu v době, kdy jste si musel(a)  
zvykat na nové prostředí?

ano 1 2 3 4 5 ne

11. Jste spokojen(a) s chováním a přístupem personálu k Vám?

velmi spokojen(a) 1 2 3 4 5 velmi nespokojen(a)

Uved'te prosím, co byste případně chtěl(a) změnit:

.....  
.....

12. Jste spokojen(a) s odbornou prací sester (ošetřování, injekce, převazy,  
podávání léků atd.)?

velmi spokojen(a) 1 2 3 4 5 velmi nespokojen(a)

13. Jste spokojen(a) s prováděním ošetrovatelských činností (pomoc s osobní  
hygienou, se sebeobsluhou, s úpravou lůžek, pomoc s jídlem apod.)?

velmi spokojen(a) 1 2 3 4 5 velmi nespokojen(a)

14. Jak na Vás působí personál – je ochotný pomáhat Vám řešit Vaše  
záležitosti?

ano, je velmi ochotný 1 2 3 4 5 ne, není vůbec  
ochotný

15. Jste spokojen(a) s péčí ošetrovatelského personálu o víkendech (Netýká se chybějících aktivit denního centra a rehabilitace během víkendů, jejichž chod lze zajistit pouze ve všední dny.)?

velmi spokojen(a) 1      2      3      4      5      velmi nespokojen(a)

Uved'te prosím, co byste případně chtěl(a) změnit:

.....  
.....

16. Je ze strany personálu respektován Váš stud a Vaše soukromí?

ano 1      2      3      4      5      ne

17. Když přivoláte sestru, přijde brzy?

ano 1      2      3      4      5      ne

18. Cítíte, že se o Vás personál zajímá, vyslechne Vás, všimne si, když Vás něco trápí?

ano 1      2      3      4      5      ne

19. Jste spokojen(a) ze způsobem bydlení v Domově Sue Ryder (velikost pokoje, vybavení pokoje apod.)?

velmi spokojen(a)      1      2      3      4      5      velmi nespokojen(a)

Uved'te prosím, co byste případně chtěl(a) změnit:

.....  
.....  
20. Jste spokojen(a) s čistotou a pořádkem v Domově Sue Ryder?

velmi spokojen(a)      1      2      3      4      5      velmi nespokojen(a)

21. Jste spokojen(a) se stravováním v Domově Sue Ryder – s chutí jídla, kvalitou a množstvím jídla)?

velmi spokojen(a)      1      2      3      4      5      velmi nespokojen(a)

Uved'te prosím, co byste případně chtěl(a) změnit:

.....  
.....

22. Vyhovuje Vám náplň denního programu v Domově Sue Ryder (aktivity v denním centru a kulturní programy)?

ano                      1      2      3      4      5      ne

Uved'te prosím, co byste případně chtěl(a) změnit:

.....  
.....

23. Jste spokojen(a) s rehabilitací v Domově Sue Ryder (s kvalitou, četností)?

velmi spokojena    1      2      3      4      5      velmi nespokojena

Uved'te prosím, co byste případně chtěl(a) změnit:

.....  
.....

24. Máte pocit, že máte možnost dostatečně ochránit Vaše cennosti a peníze  
v Domově Sue Ryder?

ano            1        2        3        4        5        ne

25. Jste spokojen(a) se službou praní prádla

velmi spokojen(a)            1        2        3        4        5        velmi nespokojen(a)

služeb nevyužívám

26. Máte přístup k Vaším penězům, k cennostem v trezoru a k přehledu o  
aktuálním stavu Vašich financí ve správě sociální pracovnice vždy, když  
potřebujete?

ano, vždy            1        2        3        4        5        ne, vůbec

27. Nalezl(a) byste v Domově Sue Ryder mezi obyvateli někoho blízkého  
s kým si rád(a) popovídáte?

ano            1        2        3        4        5        ne



Příloha číslo 3

Otázka	ID																								Celkem	Prů	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
6	1	1	2	2	3	2	3	3	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	39	1,	
7	1	3	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	5	1	1	1	2	1	38	1,	
8	1	4	1	5	1	1	2	1	5	1	1	4	1	5	2	3	1	4	1	1	1	4	1	1	52	2,	
9	1	1	1	4	1	1	1	1	2	2	-	1	3	1	2	5	1	1	4	2	1	1	1	3	41	1,	
10	1	1	2	3	1	1	1	2	1	1	5	1	5	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	40	1,	
11	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	4	1	1	3	2	2	1	1	3	3	3	3	1	1	1	40	1,
12	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	1	1	1	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	34	1,	
13	1	1	1	2	1	1	3	1	2	1	-	1	1	3	2	2	1	3	1	1	1	1	1	-	32	1,	
14	1	1	5	3	1	1	3	4	1	3	5	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	-	1	1	43	1,	
15	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	-	1	1	4	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	33	1,	
16	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	4	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	33	1,	
17	1	3	1	5	3	1	2	1	2	-	1	1	2	3	1	-	-	-	4	3	1	5	2	1	43	2,	
18	1	1	3	3	2	1	2	1	5	3	1	1	1	2	1	3	1	1	5	3	1	5	1	-	48	2,	
19	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	33	1,	
20	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	28	1,	
21	3	5	1	3	1	1	4	3	5	2	1	1	4	1	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	49	2,	
22	1	-	1	-	1	1	1	1	1	2	-	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	24	1,	
23	-	1	1	1	1	1	2	1	1	3	-	1	-	-	2	1	-	-	3	2	1	1	1	1	25	1,	
24	1	5	1	5	3	1	1	3	1	2	1	1	5	1	1	5	1	2	3	1	1	1	1	1	48	2,	
25	1	1	1	-	1	1	-	1	4	2	-	3	1	3	1	5	-	1	-	3	1	1	3	1	35	1,	
26	1	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-	1	-	1	1	25	1,	
27	1	5	5	5	5	2	5	4	1	5	4	1	5	5	1	5	1	5	1	1	5	1	1	5	79	3	
28	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	27	1	
29	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29	1	