

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**

**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**SPOLUPRÁCE SESTRY S RODINOU PŘI  
LÉČBĚ NEMOCNÉHO**

Bakalářská práce

Autor práce: **Erika Slavíková**

Vedoucí práce: **MUDr. Lubomír Hadaš**

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE  
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**THE COOPERATION OF A NURSE WITH FAMILY  
DURING THE CARE OF A PATIENT**

Bachelor's thesis

Autor: **Erika Slavíková**  
Supervisor: **MUDr. Lubomír Hadaš**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Hradci Králové dne 27.4. 2007

.....

Erika Slavíková

## **Poděkování**

Touto cestou bych nejprve chtěla velmi poděkovat vedoucímu této práce MUDr. Lubomíru Hadašovi za cenné rady a připomínky. Bez jeho podpory by tato práce nevznikla. Dále pak všem zúčastněným zařazených do výzkumu a v neposlední řadě své rodině.

## MOTTO

Mladá generace má pocit, že s ní přichází lepší svět. Stará garda má pocit, že s ní lepší svět odchází.

*Karel Čapek*

# OBSAH

<b>1. Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>2. Teoretická část</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1. Cíle teoretické části</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2. Jak se stáváme pacienty</b> .....	<b>10</b>
2.2.1. Zollův model pěti momentů, které uvádějí v činnost chování při narušeném zdraví.....	10
2.2.2. Rozhodování: jít či nejít k lékaři.....	11
<b>2.3. Pacient v nemocnici</b> .....	<b>13</b>
2.3.1. Jak se mění psychika pacienta při přechodu do nemocnice.....	13
<b>2.4. Starý člověk jako pacient</b> .....	<b>15</b>
2.4.1. Problematika stárnutí a stáří .....	15
2.4.2. Stárnutí jako proces .....	15
2.4.3. Chronologický, biologický, psychologický a sociální věk člověka.....	15
2.4.4. Jak se pozná biologické stáří .....	16
2.4.5. Změny v dílčích psychických funkcích v průběhu stárnutí .....	16
2.4.6. Změny kognitivních funkcí v průběhu stárnutí.....	17
<b>2.5. Utrpení, nemoc, smrt</b> .....	<b>17</b>
2.5.1. Životní krize.....	17
2.5.2. Smysl utrpení .....	18
<b>2.6. Náročnější povahy z řad starších lidí</b> .....	<b>19</b>
<b>2.7. Sociální začlenění</b> .....	<b>20</b>
2.7.1. Kontrola a moc.....	20
<b>2.8. Mezilidské kontakty</b> .....	<b>21</b>
<b>2.9. Klasifikace a náplň domácí péče</b> .....	<b>22</b>
2.9.1. Definice domácí péče.....	22
2.9.2. Cíle domácí péče.....	22
<b>2.10. Historie domácí péče</b> .....	<b>23</b>
2.10.1. Vývoj domácí péče v České republice.....	24
2.10.2. Domácí péče v České republice.....	26
2.10.3. Pět základních forem poskytování domácí péče.....	28
<b>2.11. Technické a prostorové vybavení</b> .....	<b>30</b>
2.11.1. Vybavení kontaktního pracoviště .....	30

<b>2.12. Kontrola kvality poskytované péče.....</b>	<b>32</b>
<b>2.13. Rozvoj domácí péče .....</b>	<b>32</b>
2.13.1. Očekávané trendy vývoje domácí péče .....	32
2.12.2. Výzkum.....	33
<b>    3. Empirická část.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1. Cíle empirické části .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2. Metodika výzkumu .....</b>	<b>34</b>
3.2.1. Předvýzkumné šetření.....	34
3.2.2. Metoda šetření.....	34
<b>3.3 Analýza výsledků.....</b>	<b>36</b>
<b>    4. Diskuse .....</b>	<b>64</b>
<b>    5. Závěr .....</b>	<b>69</b>
<b>6. Anotace .....</b>	<b>72</b>
<b>7. Literatura</b>	
<b>8. Přílohy</b>	

## 1. ÚVOD

Denně se setkávám a ošetřuji seniory, často jsou ve velmi vážném zdravotním stavu. Pro téma „Spolupráce sestry s rodinou při léčbě nemocného“ jsem se rozhodla ihned a nabídla se mi tím příležitost prozkoumat to, co zajímá mne i ostatní. Myšlenka psát práci o seniorech mne provázela dlouho.

Naše populace stárne. Toto je nevyvratitelný údaj. Jsme schopni zajistit našim seniorům kvalitní, plnohodnotné stáří, plné radosti a ne jen obavy z nemoci, bolesti a ztráty rodiny? I oni měli svou práci, zájmy a koníčky! Proč jim nedopřát tuto možnost i ve stáří? Namítáte, že nejsou v již tak dobré psychické a fyzické kondici? A právě proto, že nejsou, bychom jim to měli připomenout to, co dělali, co je zajímalo. Nabídněme jim naši pomoc, péče, starost. Buďme jejich rodinou, přáteli, zpovědníky i kazateli. Starali se o nás, když jsme byli malé děti. Prokažme jim obdobnou službu, a starejme se o ně. Nejsme jim to tak trochu dlužni?

Záměrně bude předmětem mého zkoumání senior(starý člověk) a ne dospělý. Dospělý, mohoucí člověk je nezávislý, má s kým se poradit, bojuje za svá práva. Jak si pomůže starý, nemocný, handicapovaný člověk? Od toho je tady jeho rodina, příbuzní, aby podali pomocnou ruku a nabídli oporu v obtížné životní situaci, jakou bezpochyby stárnutí a nemoci s ním spojené jsou.

Pamatuji si vyprávění mé babičky o tom, jak prožívala smrt své babičky. Byla ještě malé děvče, ale do smrti na to nezapomněla. Celá rodina prožívala smutek umírající v jedné místnosti, spolu. Modlili se. Moje babička klečela u postele. Tenkrát tomu tolik nerozuměla, ale později pochopila. Semknutí celé rodiny při smutku je vlastně stmelovalo. Pomáhali sobě navzájem svou přítomností a také nemalou měrou i umírající. Dříve se tomu nevěnovala taková pozornost, protože to bylo samozřejmostí.



I dnes staří a nemocní lidé chtějí vědět, že nezůstali sami, že nežili svůj život zbytečně, na darmo, pro nikoho. A rodina by měla projevovat zájem a péči o příbuzného seniora. Ne všichni staří lidé však mají příbuzné nebo starající se příbuzné. Od toho jsou tu ale instituce, které poskytují potřebnou péči. Starají se a někdy nahrazují kontakt s okolím, bohužel i rodinu a vynakládají nemalé úsilí k zajištění ekonomické stránky problému.

## **2. TEORETICKÁ ČÁST**

### **2.1. Cíle teoretické části**

- charakterizovat zdravého člověka a jeho změnu na pacienta
- definovat starého člověka jako pacienta
- charakterizovat zdraví proti utrpení, nemoci, smrti
- přiblížit sociální začlenění a mezilidské kontakty starých lidí
- definovat domácí péči, její historii, organizaci

### **2.2. JAK SE STÁVÁME PACIENTY**

Pacientem se obvykle nerodíme. Proces, který charakterizuje změnu relativně zdravého člověka v pacienta, má svou fyziologickou a patofyziologickou stránku. Mezi zjištěním existence určitých příznaků negativně změněného zdravotního stavu daného člověka a jeho příchodem a odevzdáním se do rukou lékaře se něco odehrává v pacientově psychice.

#### **2.2.1. Zollův model pěti momentů, které uvádějí v činnost chování při narušeném zdraví**

- 1) Do jaké míry je daný člověk znepokojen až poděšen příznakem, který se u něho objevil.
- 2) Jaké povahy a kvality je tento příznak.
- 3) Do jaké míry tento příznak ohrožuje vzájemný vztah daného člověka s druhými lidmi, zvláště s lidmi mu nejbližšími – např. v rodině, v zaměstnání, ve skupině přátel.
- 4) Do jaké míry překáží objevení zdravotního problému uskutečnění zamýšlené činnosti – např. dovolené, prázdninového výletu, dokončení vědecké práce.
- 5) Jaké sociální sankce stojí v pozadí dané situace – např. zda zaměstnavatel vyhrožuje danému pracovníkovi propuštěním, nebude-li se léčit, zda manželka odmítá s manželem žít, když se nebude léčit.

V souvislosti tímto obtížným rozhodováním o tom, zda se při zjištění určitého příznaku narušeného zdravotního stavu organismu obrátíme, nebo neobrátime na lékaře, se vyskytují dva druhy extrému:

- a) lidé, kteří přicházejí k lékaři příliš pozdě;
- b) lidé, kteří přicházejí k lékaři, avšak jejich podezření na nemoc je nesprávné, nepravé až falešné; (Křivohlavý, 2002)

### 2.2.2. Rozhodování: jít či nejít k lékaři

Jak se zvyšuje přesvědčení daného člověka o tom, že jeho zdravotní stav se zřejmě změnil k horšímu, roste i naléhavost jeho rozhodnutí, zda má, či nemá navštívit lékaře. Toto rozhodnutí má svá úskalí. Ne jedno, ale hned dvě. Lze je vyjádřit maticí, kde z jedné strany jsou uvedeny možnosti *jít, či nejít k lékaři* a z druhé strany je uvedena *závažnost zdravotního stavu*:

Pacient se rozhoduje, zda jít k lékaři

Situace je	→	vážná	jít	nejít
	→	nedůležitá	OK	MS
			FA	OK

OK: situace je správně vyřešena:

- v jednom případě je situace vážná a pacient skutečně k lékaři jde;
- ve druhé případě příznaky onemocnění nejsou tak vážné, aby daný člověk měl jít k lékaři a on k lékaři nejde;

MS: nesprávné rozhodnutí (MS = missed signal = signál nebyl zachycen); situace byla vážná, avšak daný člověk ji podcenil a lékaře nenavštívil.

FA: nesprávné rozhodnutí (FA = false signal); signál nebyl vyslán, avšak daný člověk považoval to, co viděl a prožíval, za vážný signál onemocnění.

V obou případech, kdy daný člověk udělal chybu, má jeho rozhodnutí negativní důsledky. FA – daný člověk cítí, že udělal chybu. Cítí se zahanben v první řadě před lékařem a zdravotní sestrou, která byla přítomna ambulantnímu vyšetření, neboť se ukázalo, že neumí správně zhodnotit svou zdravotní situaci a je „citlivka“ či „strašpytel“ – člověk až příliš úzkostlivý o své zdraví. Z těch samých důvodů se cítí zahanben před členy své rodiny i před svým zaměstnavatelem či spolupracovníky. Nejen to – ztratil čas návštěvou lékaře a to, co v tom čase měl udělat, musí napracovat. MS – daný člověk udělal chybu. Ve skutečnosti nemocen je, ale tím, že lékaře nenavštíví, se jeho zdravotní stav může zhoršovat. Až konečně rozhodne lékaře navštívit, může být pozdě. Necítí se též dobře, neboť se ukazuje, že nedovede správně posoudit a zvážit svůj zdravotní stav. A to mu na jeho vážnosti v očích druhých lidí nepřidá. Může se stát, že jde o příklad disimulace – zastírání a skrývání určitých zdravotně důležitých příznaků nemoci, o stírání rozdílů mezi skutečností a zdravým stavem. Může též jít až o přetvařování. (Křivohlavý, 2002)

## 2.3. PACIENT V NEMOCNICI

Existuje řada rozdílů mezi pacientem v ambulantní péči a pacientem v nemocnici. Ukazuje se například, že málo pacientů přichází do nemocnice z vlastního rozhodnutí (z vlastní vůle), kdežto 98% pacientů je do nemocnice přikázáno ošetřujícím (odborným) lékařem. Když šel pacient k praktickému lékaři – k lékaři prvního kontaktu - šel tam do určité míry dobrovolně a s představou možnosti určité partnerské kooperace. Když přichází pacient do nemocnice, musí počítat s tím, že tam bude mít jeho život spíše charakter poslušání autority nežli charakter spolupráce. Když šel pacient k ošetřujícímu lékaři, měl naději, že jeho zdravotní stav není tak vážně ohrožen. Když přichází do nemocnice, je si vědom toho, že jeho stav je zřejmě vážnější, než si dosud připouštěl. To znamená, že toto povědomí dostává pacienta do stresu a distresu. Ten se přidává k stávajícímu již značně psychickému napětí – pramenícímu například z jeho celkově změněné zdravotní situace. (Křivohlavý, 2002)

### 2.3.1. Jak se mění psychika pacienta při přechodu do nemocnice

Hospitalizace (umístění a léčení pacienta v nemocnici) je pro pacienty téměř vždy zážitkem poměrně nového druhu. Mnohé se mění – nejen v pacientovi (v jeho těle), ale i v jeho psychice (případně v jeho duchovním životě). Právem se proto ptáme: „Co se děje v psychice pacienta při přechodu do nemocnice?“ Některé změny v pacientově psychice jsou popsány v následujícím textu.

#### **Aktivita:**

- zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě, kdežto pacient a zvláště nemocniční pacient je předmětem péče mnohých lidí – sester, lékařů.

#### **Relativní nezávislost:**

- zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce – není na druhých lidech závislý. Existuje jistá forma závislosti pacientů v nemocničním zařízení. Nemohou dělat, co by chtěli, ale musí dělat, co jim druzí určí.

#### **Životní rytmus:**

- zdravý člověk si svůj vlastní životní rytmus do značné míry určuje sám, na rozdíl od nemocného pacienta, který si musí zvykat na rytmus, jaký mu je předkládán v nemocnici.

**Sebedůvěra:**

- zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá. To mu dává sebedůvěru a kladné sebehodnocení. Pacient musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá. To snižuje jeho sebevědomí.

**Sociální interakce:**

- zdravý člověk žije v tzv. sociální síti své vlastní rodiny, pacient v nemocničním prostředí je v relativní sociální izolaci.

**Životní prostředí:**

- zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova.. Nemocný je uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí.

**Zájmy:**

- zdravý člověk má celkem stabilizovaný rozsah svých vlastních, životním během ovlivněných zájmů. Okruh zájmů pacienta se v době nemoci podstatně zužuje.

**Zvládání problémů:**

- zdravý člověk poměrně zvládal dobře problémy, které mu život stavěl do cesty. Pacient svému fyzickému i psychickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním vládu.

**Emoce:**

- v životě zdravého člověka převládají kladné emoce – radost ze smysluplného života, jistota budoucnosti. Emocionální stav pacienta charakterizují negativní emoce – strach, obavy, bolest, nejistota.

**Časový prostor:**

- dosud zdravý člověk žil v poměrně široké časové dimenzi, ale pacient žije jen a jen v přítomnosti.

## **2.4. STARÝ ČLOVĚK JAKO PACIENT**

Sledujeme-li věk pacientů, kteří se obracejí na lékaře, je nápadné, že jednotlivé věkové úseky nejsou zastoupeny stejnoměrně či rovnoměrně. Na jedné straně je možné vidět ve zdravotnických zařízeních relativně nadprůměrnou četnost návštěv maminek s nejmenšími občánky (dětmi). Na druhé straně dominuje vůbec největší frekvence návštěv zdravotnických zařízení starými a nejstaršími lidmi. Za těmi také praktičtí lékaři nejčastěji jezdí do jejich domovů a bytů, když staří pacienti již sami nemohou lékaře navštívit. (Křivohlavý, 2002)

### **2.4.1. Problematika stárnutí a stáří**

O starších lidech je možné hovořit jako o lidech ve třetím věku (kde prvním myslíme věk dítěte, druhým věkem dospělého člověka). Je možné se na ně dívat jako na lidi v určitém směru se odlišující od lidí ve věku dospělém. Stárnutí a stáří bychom měli chápat jako proces. Není něčím, co by přicházelo neočekávaně a naráz – jako například zranění při nehodě. Právě naopak. Stárnutí je plynulým přechodem v rámci celého života člověka.

### **2.4.2. Stárnutí jako proces**

Na stárnutí je možné se dívat z různých úhlů pohledu. Otázce starých lidí a stárnoucí populace se soustavně věnuje demografie. Stále intenzivněji je studována biologická problematika stárnutí buněk a organismu. Stárnutí je možné vidět i z psychologického hlediska a sledovat například činnost jednotlivých psychických funkcí (vnímání, paměti, myšlení), změny v osobnosti, emocionální stav stárnoucích lidí, jejich snahy, záměry. Na stárnutí je možné se dívat i z hlediska sociologického a vidět například místo stárnoucích lidí – seniorů – ve společenském životě. Ke slovu se hlásí i ekonomové, kteří sledují ekonomickou úroveň dospělé populace a její změny v průběhu přechodu starších lidí do důchodu, případně i v průběhu celého déletrvajícího důchodu až po exitus. (Křivohlavý, 2002)

Rozčlenění vyššího věku:

Předdůchodový věk : 56 – 65 let

Věk uvolňování aktivit: 65 – 70 let

Stáří: 70 – 75 let

Věk senility: 75 let a výše

### **2.4.3. Chronologický, biologický, psychologický a sociální věk člověka**

Hledání odpovědi na otázku „Od kdy člověk stárne?“ nás vede k potřebě odlišit tzv. chronologický věk od věku biologického i od psychického věku (viz. lidé psychicky čilí i při relativně špatném biologickém stavu), případně i od věku sociálního (viz. intenzita angažování daného člověka ve společenském životě).

### **2.4.4. Jak se pozná biologické stáří?**

Relativně nejdůkladněji zatím postoupilo sledování biologických změn v procesu stárnutí organismu. Při měření celé řady biologických ukazatelů (krevního tlaku, vitální kapacity plic, síly sevření pěsti, rychlost reakce na vizuální a akustické podněty, ostrosti zraku i sluchu, obsahu dobrého i špatného cholesterolu) u lidí různého věku (od 10 let do 60 let) se v rozsáhlé studii fakulty Harvardovy univerzity zjistilo, že relativně nejlepšími ukazateli stárnutí jsou:

- změny pružnosti pokožky;
- reakce na akustické podněty různé výšky a intenzity; (Křivohlavý, 2002)

### **2.4.5. Změny v dílčích psychických funkcích v průběhu stárnutí**

Nejvýraznějším příznakem stárnutí jsou změny zrakové ostrosti související se ztrátou pružnosti čočky. Dochází také ke změnám ve vnímání barev.

V průběhu stárnutí se snižuje citlivost zvláště k vyšším frekvencím akustického spektra.

V pozdější době se stále častěji vyskytuje nedoslýchavost.

Ukázalo se, že zhruba do 70ti let je vnímání chutí poměrně stálé, i když dochází v průběhu stárnutí k relativnímu snížení prahu percepce chuti pro slané a sladké



podněty. Vnímání vůní je věkem poměrně méně negativně ovlivněno. Ukazuje se však, že zde má praxe (cvičení) pozitivní vliv na udržení dobré funkce čichu. Vliv stárnutí se projevuje v oblasti řeči různě. Na jedné straně zůstává řeč věkem téměř nedotčena. Týká se to zvláště obsahové stránky řeči. Na druhé straně se latence odpovědi, to je doba, která uplyne od chvíle, kdy zazní otázka, po začátek odpovědi, v průběhu stáří prodlužuje. Spánek starších lidí vykazuje řadu změn. Nejvýraznější z nich je častější probouzení se v průběhu spánku.

#### **2.4.6. Změny kognitivní oblasti v průběhu stárnutí**

- s rostoucím věkem rostou obtíže lidí přijímat nové podněty;
- je oslabena schopnost tvořit nové spoje;
- je snížená adaptabilita;
- je snížená schopnost přepracovat osvojené vzory chování;
- je snížená flexibilita;
- je zvýšená fixace;
- je zvýšená integrace;

### **2.5. UTRPENÍ, NEMOC, SMRT**

V dnešní době můžeme nabýt dojmu, jako by tyto pojmy současný člověk nechtěl ani příliš slyšet, natož aby se jimi zabýval a přemýšlel o jejich významu. Realita každodenního života nás sice mnohdy donutí k tomu, abychom utrpení, nemoc i smrt vzali na vědomí a respektovali skutečnost, že zcela přirozeně náleží k životu, popřípadě o nich diskutovali, ale většinou jsme velice rádi, děje-li se tak v situacích, které se nedotýkají nás samotných. (Janovský, 2003)

Současnost preferuje jednoznačně zdraví, mládí, úspěch a výkon. Kvalita života se odvíjí právě od těchto hodnot, a proto jakékoliv odkazy na význam utrpení, bolesti a nemoci pro osobní růst každého jednotlivého člověka jsou považovány téměř za nepatřičné. Z našeho pohledu nemůžeme ovšem tuto velmi závažnou problematiku rozhodně opomenout, anebo snad dokonce bagatelizovat. Nečiníme tak proto, že bychom se chtěli daným problémem zabývat s jakousi masochistickou posedlostí, ale spíše z úcty a respektu k přirozenému běhu života, kde radost a bolest, štěstí a utrpení,

nemoc a zdraví, ale i jiné póly života tvoří rub a líc téže mince, tedy patří k plnosti bytí nás všech. (Janovský, 2003)

### **2.5.1. Životní krize**

Běh lidského života je lemován menšími či většími krizemi, společně s utrpením a nemocemi jsou jeho důležitým katalyzátorem a dokážou zakotvit náš život ve smyslu. Člověk touží po naplnění významu svého života, po tom, aby byl jeho život celistvý, měl smysl. V lidském životě totiž přichází mnoho změn. Vznikají nové skutečnosti, vazby. Ovšem na straně druhé něco uprostřed všech těchto změn zůstává, trvá. Právě to, co trvá, nám dodává pocit jistoty a jsme schopni si uvědomit kontinuitu naší cesty.

### **2.5.2. Smysl utrpení**

Jedno ze starých přísloví říká, že „Utrpení je rychlý kůň na cestě poznání.“ Pravdivost tohoto přísloví se jeví jako nesporná. V případě katastrofické krize není moudré reagovat pasivitou, rezignací, podrobením se zlu, respektive „zatnutím zubů a podřízením se vůli Všemohoucího“. To by bylo až příliš jednoduché a paradoxně dokonce i v jistém slova smyslu pohodlné. Utrpení je událostí v životě člověka, ze které lze těžit lidskost, pokoru a životní moudrost. (Janovský, 2003)

Odmítání reality utrpení v životě současného člověka vede nakonec ke slepotě vůči skutečnosti, v níž lidský život a vztahy ztrácejí svou charakteristickou hloubku. Prvním krokem ke zlidštění utrpení je „zápas proti oněmění“. Člověk má plné právo dosáhnou úlevy pláčem, nářkem, prosbou i obžalobou. Dále je zapotřebí být trpícím nablízku, pomoci mu zvládnout nepřízeň osudu. (Janovský, 2003)

Předpokladem pro spolupráci je dialog a to otevřený dialog. Komunikace, ať již verbální či neverbální, dává prostor pro vypovídání se, postěžování si, napomáhá přijetí utrpení i rozvoj solidarity s trpícím. Utrpení tak postupně získává lidskou pozici, jinými slovy: zlidšťuje náš život, stává se fenoménem lidského zranění. A i když může nakonec utrpení pominout, skutečnost, že jsme trpěli, trvá navždy a umožňuje člověku osobní růst.

## 2.6. NÁROČNĚJŠÍ POVAHY Z ŘAD STARŠÍCH LIDÍ

Staří lidé jsou povahově rozmanití jako ostatní, nejde o nějaký zvláštní typ osobnosti. Specifická problematika ve stáří je dána procesem stárnutí spojený s řadou změn organismu. To s sebou často přináší sníženou schopnost orientace v aktuálních problémech života a obtíže při sebeovládání. Ztráta životního smyslu pak může vést i k rezignaci na dodržování společenských, kulturních a hygienických pravidel. Popudlivost starších lidí je často dána vědomím vlastního handicapu a pocitu, že druzí jsou na tom lépe a na ostatní neberou ohledy. (Staňková a kol., 2003)

Typická je např. agresivita starých lidí v dopravních prostředcích, starců čekajících ve frontách vůči mladším. Vědomí vlastní nedostatečnosti a pocit nutnosti zohlednit vlastní práva vedou často staré lidi k různým praktikám citového vydírání. Příznačné je to zejména vůči členům rodinného prostředí. Příčinou popudlivosti a různých forem manipulace okolím není ale charakterový deficit, nýbrž deficit schopnosti přiměřené adaptace. (Staňková a kol., 2003)

Důvody proč se může obtížně jednat s některými staršími lidmi, spočívají v následujících skutečnostech:

- starý člověk v nás evokuje podvědomý strach z vlastního stáří a úzkost z vlastní smrti;
- řada z nás v sobě nemá dořešeny konflikty s vlastními rodiči, narůstá v nás pocit bezmoci a nemožnosti řešit řadu chronických poruch ve stáří;
- podvědomě si přejeme vyhnout se „marnění času a úsilí“ ve zřejmě neúspěšných snahách;
- máme podvědomé obavy z reakcí pacienta a z reakcí jeho rodiny;
- máme podvědomý strach z toho, že pacient zemře;
- naše profesionální práce se nám zdá málo perspektivní;

Všechny tyto podvědomé strachy a zábrany v nás působí jako pudivé a odpudivé síly. Jsou zcela přirozené, zákonité a nejsou ve své latentní podobě ničím „nemravným“. Přiznání jejich existence a jejich plné uvědomění je nezbytným předpokladem, abychom nad nimi získali „nadvládu“. Přispívá totiž jejich zvládnutí. (Staňková a kol., 2003)

## 2.7. SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ

Smysl toho, že někam patříme, spočívá v naplňování určitých rolí v rodině, ve společnosti nebo v zaměstnání. Potřebu udržet si identitu a zachovat důležité funkce uspokojuje osoba plněním běžných úkonů na svém posledním pracovišti. Avšak nesprávný úsudek a špatné plánování začnou působit obtíže. Osoba, která si připadá nedůležitá a bezcenná, se může stáhnout nebo může vybuchnout a zaútočit. Může bojovat o svou integritu tím, že zakrývá a odmítá, že by sama mohla udělat chybu, nebo viní ostatní. (Zgola, 2003)

Orientace zaměřená na hledání příležitosti ke smysluplným aktivitám jakožto k hlavním složkám péče může pro zmírnění nepříjemných pocitů bezcennosti udělat mnoho. Smysluplné zaměstnání je důležité jak v domácnosti jednotlivce, tak v ošetrovatelském zařízení, denním stacionáři či domově důchodců. Osoba tak nadále zůstává ceněnou součástí celku. Všichni lidé, ať už zdraví či postižení, mají tendenci splňovat očekávání druhých. I když jsou tato očekávání přehnaná. Když si osoba bude připadat jako užitečný, ceněný člen komunity, její chování bude odrážet tuto představu o sobě samé. Osoba, která má pocit, že je bezcenná, se bude chovat tomu odpovídajícím způsobem.

### 2.7.1. Kontrola a moc

Velká část vzdorovitého a agresivního chování, které pozorujeme u osob s narušenou poznávací funkcí, je výrazem jejich potřeby mít věci pod kontrolou. Ve většině případů „agresivního chování“ jsou příčiny často způsobeny okolnostmi, kdy někdo odnesl osobě šaty, dával jí léky, koupal jí, vyměňoval jí spodní prádlo nebo ji přemísťoval. Dělá snad tento člověk něco jiného, než že se brání a bojuje o moc? Kontrola nad vlastním tělem, majetkem a osobním prostorem je velmi silnou potřebou člověka a je velmi snadné ji ohrozit, stejně jako uspokojit. Jakékoliv zapojení nebo aktivní účast, kterou můžeme závislé osobě dovolit, má na její pocit kontroly nad svým tělem veliký vliv, který nemůže být přehlédnut.

## 2.8. MEZILIDSKÉ KONTAKTY

Kdykoliv se setkávají pohledy dvou lidí, ať si to dotyční uvědomují či nikoliv, dochází mezi nimi k jisté komunikaci, k předání vzkazu. Vzhledem k tomu, že osoba s kognitivní poruchou je mimořádně závislá na svém prostředí, má každé setkání významný vliv na to, jak se cítí i jak se chová. Každý by měl udělat vše pro to, aby setkání bylo pokud možno pozitivní. To se může podařit, když se každý snaží dodržovat následující pravidla:

- dělá vše pro to, aby chránil důvěru nemocného člověka a jeho pocit, že má kontrolu nad svým tělem;
- snaží se objevit schopnosti, které v každém člověku zůstávají a porozumět jim;
- hledá význam a účel, který je skrytý za chování osoby;
- snaží se rozvíjet a udržovat partnerství; (Zgola, 2003)

Důvěra osoby je tím jediným a zároveň neúčelnějším prostředkem, který máme k dispozici. Můžeme jej však snadno ztratit. Bohužel v prostředí každodenní péče mnohdy dochází k příhodám, které důvěru nemocného podkopávají. Naštěstí lze většinu z nich eliminovat. Jen pár příkladů pro ilustraci:

- říkáme, že je vše pořádku, když tomu tak není;
- přemístujeme lidi, kteří jsou na vozíčku, aniž by byli předem upozorněni a dali s přemístěním souhlas;
- oslovujeme lidi zdvořilou;
- vyrušujeme lidi od jídla podáváním léků;
- vstupujeme do osobního prostoru, bez předešlého souhlasu osoby;
- odnášíme talíře, hrnky bez upozornění;
- podáváme talíře, hrnky bez upozornění; (Zgola, 2003)

Povšimněme si, že i člověk s vysokým stupněm kognitivního postižení si zachovává schopnost prožívat emoce, jako je láska, strach, smutek, hanba, radost, hrdost a účast. Proto je důležité, abychom osobu slušně poprosili, když chceme, aby něco udělala, a poděkovali jí, když nám vyhověla.

Každé setkání je příležitostí k posílení vztahu. Jestliže se naučíme kontrolovat situaci, budeme umět zastavit začarovaný kruh reaktivity a nalézt způsob, jak dát osobě pocit, že má náš respekt i podporu. ( Zgola, 2003)

## **2.9. KLASIFIKACE A NÁPLŇ DOMÁCÍ PÉČE**

Koncepce domácí péče vychází z koncepce ošetrovatelství a koncepcí souvisejících oborů.

### **2.9.1. Definice domácí péče**

Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti a zajištění klidného umírání a smrti. ( Pochylá, 2005)

Komplexní domácí péče je definovaná jako integrovaná péče. Je jedním z funkčních prvků primární péče. Vychází z filozofie, z principu pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým sociálním prostředím. V rámci komplexní domácí péče pak bývá poskytována zejména odborná zdravotní péče (ošetřující lékař klienta), sociální péče, laická pomoc (blízké osoby). (Pochylá, 2005)

### **2.9.2. Cíle domácí péče**

- Zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péči a pomoci pacientům, kterým je tato péče poskytovaná na základě doporučení k tomu příslušným lékařem, a to v jejich vlastním sociálním prostředí.
- Eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotní stav pacientů. (Pochylá, 2005)

## 2.10. HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče jako přirozený způsob péče o člověka existuje od nejstarších dob. Zmínky o jejich prvních formách se objevují od počátku 12. století, kdy byly služby potřebným poskytovány prostřednictvím řeholních řádů. Masivněji se pak rozvíjelo ošetrovatelství v domácnostech na konci 13. století, kdy byla členkám církevních řádů zakázána sužba ve špitálech. Řeholnice ženy (např. řád Bekyně) pak vykonávaly opatrovnictví v domech nemocných. Dohled nad jejich prací měl místní farář. V 15. století provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví Diakonky, které byly pro tuto práci speciálně školeny. Po církevním zákazu činnosti (1545) se musely stáhnout zpět do klášterů a v městě vznikaly v soukromých domech lazarety, kde obsluhovaly nemocné neškolené starší ženy vybrané pražskými konšely.

Od druhé poloviny 18. století se mohli přednášek na lékařských fakultách zúčastňovat porodní báby a ranhojiči. Ve druhé polovině 19. století pak bylo rozhodnuto o potřebě odborně připravené ženy pro péči o raněné.

Sestry začaly být vzdělávány v civilních ošetrovatelských školách, které absolvovaly jako diplomované sestry. Současně probíhalo vzdělávání ošetrovatelek v řeholních ošetrovatelských školách.

Práce sester při ošetrování chudých a starých nemocných v rodinách byla těžká a narážela často na nepochopení úřadů. Oficiálně se s návštěvním ošetrováním v rodinách začalo v roce 1920, ale pro nedostatek sester se udrželo pouze do roku 1925, jako ojediněle organizovaná činnost. Negativní důsledky hospodářské krize, které mimo jiné přinesly vyšší nemocnost, byly jedním z důvodů pro obnovení ošetrovatelské a zdravotní službě v rodinách.

Po druhé světové válce dochází k masivnímu rozvoji ošetrovatelských škol (celkového počtu 3690 ošetrovatelek působilo v Čechách v roce 1946 pouze 24 % diplomovaných sester). Mezi nově zavedené obory patřila mimo jiné také odborná výchova sester pro úsek ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách..

S novými medicínskými objevy a rozvojem techniky se také ošetrovatelství stává více techničtější a začíná se více medicinalizovat.

Po roce 1948 dochází k vytěsňování řeholních sester ze zdravotnictví a hlavní těžiště práce civilních sester se přesouvá z obce do nemocnic a institucí. Organizace ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách je zajištěna nově vzniklým Ústavem národního zdraví. Od 19.8.1952 přebírá podle zákona č. 103/1951 Sb. odpovědnost za provádění domácí péče stát. Tento segment péče se stává součástí zdravotní péče, jež je poskytována ve zdravotních obvodech. Mnohé sestry, které pracovaly v domácí péči v rámci Československého červeného kříže, začaly pracovat jako geriatrické sestry v rámci geriatrických ambulancí. Od poloviny sedmdesátých let se počet geriatrických sester zvyšoval a v roce 1990 dosáhl počtu 1557. Reforma zdravotnictví spojená s rozvolněním bývalých Ústavů národního zdraví a s probíhající privatizací zdravotnických zařízení způsobila po roce 1989 postupný rozpad sítě geriatrických sester.

### **2.10.1. Vývoj domácí péče v České republice**

Po roce 1989 nastává v České republice zlom v poskytování zdravotní péče. Začíná období transformace, reformy, struktury, řízení a financování zdravotnictví. První pracoviště, zajišťující domácí ošetrovatelskou péči, vzniklo po několika měsících od politických změn v České republice. V březnu 1990 byly zřízeny zdravotníky tzv. střediska ošetrovatelské péče při České katolické charitě a bylo ošetřeno prvních osmnáct nemocných v domácím prostředí.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky v roce 1991 právně legalizovalo domácí péči jako jeden segment zdravotní činnosti definovaném jako zvláštní forma zdravotní péče. V říjnu byla založena při nemocnici v Pardubicích první agentura domácí péče dnešní podoby Niké, která byla financována z rozpočtu nemocnice. Ke konci téhož roku působilo v České republice celkem 26 agentur domácí ošetrovatelské péče (z toho 25 charitních), které zajišťovaly ošetrovatelskou péče pro 1495 klientů. V agenturách bylo zaměstnáno 451 pracovníků.

K výraznému nárůstu počtu agentur domácí péče došlo během roku 1992. V České republice působilo celkem 68 agentur, které poskytovaly ošetrovatelskou péči 6742 klientům. Domácí péče byla v tomto roce zajišťována celkem 1344 pracovníky. Dochází k nárůstu sociálních služeb poskytovaných klientům v rámci agentur.



Rok 1993 je charakterizován bouřlivým rozvojem agentur domácí péče, který souvisel s rozšířením informací o službách domácí péče (veřejná média, konference, workshopy), ale především se vznikem zdravotních pojišťoven a se zavedením povinného zdravotního pojištění v České republice (Všeobecná pojišťovna vytvořila interní metodický plán pro poskytování domácí péče.). Ve 179 agenturách bylo zaměstnáno 3011 odborných pomocných pracovníků.

Na jaře téhož roku byla založena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR), která dodnes nepovinně sdružuje poskytovatele domácí péče – sestry, lékaře, sociální pracovníky, psychology a ostatní participanty domácí péče.

V roce 1994 bylo v registru Asociace domácí péče evidováno 353 agentur s 3632 zaměstnanci. V několika centrech a agenturách domácí péče byl aplikován nový model hospicové péče pro klienty v terminálním stadiu života. V červenci 1994 v souladu s Národním plánem opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení bylo Asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče, jehož úkolem je poskytovat informace o komplexní domácí péči, zajišťovat koordinaci služeb a edukaci profesionální a laické veřejnosti.

V lednu 1995 byl v České republice po konsensu Asociace domácí péče, Sdružením praktických lékařů pro dospělé a Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost zahájen projekt Primární péče, který vychází zejména ze zkušeností švýcarských expertů. Asociace domácí péče evidovala ke konci roku 399 řádně registrovaných agentur domácí péče, které poskytovaly komplexní domácí péče.

V průběhu dalších tří let (1996 – 1998) došlo v systému domácí péče k realizaci několika projektů. Mezi ně patří např. komunitní péče o duševní zdraví, dále projekt Národního centra domácí péče zaměřen na komunální politiku ve vztahu k domácí péči a na strukturu a funkčnost agentur domácí péče. Počet zdravotnických zařízení poskytující domácí zdravotní péči se zvýšil ze 436 (roce 1996) na 454 (v roce 1999).

V dalších letech byla poptávka po domácí péči postupně saturována a nárůst počtu nových agentur domácí péče nebyl již tak výrazný. V roce 2000 působilo v České republice celkem 475 registrovaných agentur, v roce 2001 to bylo 477. (Jarošová, 2006)

I když o úspěších v české domácí péči není pochyb, je nutné zmínit se o některých faktorech, které měly a stále mají vliv na další rozvoj domácí péče a na její pozici v systému zdravotnictví. Jedním z důvodů vzniku a podpory rozvoje domácí péče v České republice byl často zdůrazňovaný ekonomický aspekt této formy péče. Bylo uváděno, že domácí péče je mnohokrát levnější, a že postupně bude nahrazovat nákladné hospitalizace komplexem služeb poskytovaných v domácím prostředí. Nyní se ukazuje, že k úspoře finančních prostředků v rámci celého systému zdravotnictví nedošlo. Důvody dle výzkumu mohou být: překotný nekonceptní a nekoordinovaný nárůst počtu agentur domácí péče se zaměřením převážně na dílčí nekomplexní ošetrovatelské úkony a nedostatečná koordinace v poskytování zdravotních, sociálních služeb.

### **2.10.2. Domácí péče v České republice**

Domácí péče je v České republice podle vyhlášky MZ ČR č. 55/2000 (Seznam diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami ve znění vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb.) formálně evidována jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče a je indukována formou zdravotní a sociální péče poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí klienta. O jejím obsahu, rozsahu i frekvenci rozhoduje ošetřující lékař klienta (praktický lékař) nebo ošetřující lékař za hospitalizace klienta – ten pak maximálně po dobu 14 dnů po ukončení hospitalizace. (Jarošová, 2006)

Domácí zdravotní péče doplňuje a plynule navazuje na léčebnou péči praktických lékařů pro dospělé, pro děti a dorost, ambulantních specialistů, ošetřujících lékařů ve zdravotnických zařízeních. Dále zajišťuje paliativní hospicovou péči a pokračuje v odborné péči, která byla klientovi poskytována v ústavech sociální péče. Metodicky je domácí zdravotní péče řízena Ministerstvem zdravotnictví a je poskytována všem občanům bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, náboženství nebo politické orientace. U každého klienta je vedena samostatná ošetrovatelská dokumentace.

S ohledem na indikační skupiny pacientů v domácí péči, kteří bývají často plně či částečně závislí na pomoci druhé osoby, je doporučována ideální nepřetržitá dostupnost domácí péče (24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce). V průběhu dne by pak měla existovat dostupnost na ošetřujícího lékaře a sociálního pracovníka klienta. V noci pak musí být zajištěna dostupnost na zařízení přednemocniční neodkladné péče. Časové omezení pro poskytování domácí péče v České republice není - pokud klient potřebuje a ošetřující lékař ji indikuje, může být poskytována nepřetržitě.

Zdravotní péče indikovaná ošetřujícím lékařem v rámci domácí péče je financována zdravotními pojišťovnami, v minimální míře pak přímou platbou klientů jako nadstandardní péče. Sociální péče je hrazena prostřednictvím sociálních referátů městských úřadů při spoluúčasti klienta. Maximální rozsah frekvence domácí péče hrazeného z fondu zdravotního pojištění je stanovena na 3 hodiny odborné péče denně. Po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny lze v odůvodněných případech rozšířit rozsah až na 5 hodin denně. V domácí péči existují formálně čtyři typy návštěv, které se liší časovým rozsahem: 15 minut, 30 minut, 45 minut a 60 minut (vždy s maximální frekvencí 3 návštěvy denně).

V rámci domácí péče je poskytována péče léčebná, preventivní, ošetrovatelská, rehabilitační, psychoterapeutická, včetně sociální péče a pomoci, a to ve vlastním sociálním prostředí, klientům všech věkových kategorií, indikačních a diagnostických skupin podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře, který domácí péči indikuje. Jedná se zejména o klienty, jejichž zdravotní či duševní stav si vyžaduje odbornou péči a pomoc druhé osoby. Na základě doporučení ošetřujícího lékaře a dle aktuálního stavu klienta je poskytována základní a zdravotní a sociální péče (např. zajištění osobní hygieny, prevence dekubitů, obklady), odborná zdravotní a sociální péče (sledování vitálních funkcí, odběry biologických materiálů, převazy, edukace klienta a jiné) a specializovaná zdravotní a sociální péče (např. podpůrná psychoterapie, aplikace diagnostických přístrojů). (Jarošová, 2006)

### **2.10.3. Pět základních forem poskytování domácí péče**

#### **1. Akutní domácí péče(domácí hospitalizace)**

Akutní domácí péče je indikována u klientů s krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje jeho hospitalizaci nebo jako alternativa hospitalizace. Nejčastější indikací u klientů s akutní exacerbací onemocnění jsou choroby kardiovaskulární, neurologické, urologické. Tato forma zahrnuje specializovanou domácí péči a je určena klientům v pooperačním poúrazovém stavu. Bývá poskytována převážně krátkodobě v rozsahu dnů nebo týdnů.

#### **2. Dlouhodobá domácí péče**

Dlouhodobá domácí péče je nejrozšířenější formou domácí péče v České republice a je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Jsou to obvykle klienti po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, i imunodeficitem či chronickou bolestí. Tuto formu domácí péče doplňují aktivity zdravotního i sociálního charakteru. Jedná se o typicky integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče, která bývá poskytována v rozsahu měsíců až několik let.

#### **3. Preventivní domácí péče**

Tato péče je určena klientům, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Provádí se např. měření fyziologických funkcí, monitoring celkového stavu. Tato forma domácí péče je poskytována ve frekvenci týdně nebo měsíčně, kterou na základě stavu klienta určí ošetřující lékař.

#### 4. Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče zahrnuje péče o klienty v preterminálním či terminálním stadiu života. Takovouto formu péče ordinuje ošetřující lékař, pokud předpokládá ukončení terminálního stadia do následujících šesti měsíců. Pracovníci domácí péče zajišťují odbornou péče zahrnující léčbu bolesti, emocionální podporu.

#### 5. Domácí péče ad hoc

Jednorázová domácí péče je mimořádné využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů sestrami z ordinací praktických lékařů či jiných ošetřujících lékařů. Provádějí se např. jednorázové aplikace injekcí, odběr biologického materiálu bez zavedení domácí péče. Je indikována u provozních komplikací ordinačních hodin nebo když nelze zajistit návštěvní službu sester v rodinách u klientů, jejichž stav si vyžaduje okamžité poskytnutí odborné péče a pomoci. (Jarošová, 2006)

Pracoviště domácí péče mohou zajišťovat v rámci komplexní domácí péče také úkony pečovatelské služby. Takovéto služby obvykle organizují, poskytují a zajišťují orgány státní zprávy i samosprávy pro těžce zdravotně postižené občany, kteří nejsou schopni si sami obstarat nutné práce v domácnosti, pokud takovou péči nemohou poskytnout rodinní příslušníci. Pečovatelská služba je dle platných norem poskytována za plnou nebo částečnou úhradu klientem s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu a majetkovým poměrům.

Domácí péče je zajišťována prostřednictvím agentur domácí péče. Vzhledem k vysokému podílu dlouhodobé péče o chronicky nemocné převážně ve vyšším věku, je preferována nepřetržitá dostupnost. Doporučené personální zajištění poskytovatelů domácí péče pro zajištění kvalitní a dostupné péče zohledňuje očekávaný nárůst klientů (především seniorů) v budoucích letech a akceptuje doporučení Evropské unie. Doporučená profesionální struktura týmu českých agentur domácí péče vypracovaná odborníky v rámci projektu PHARE:

- 1,0 úvazku všeobecná sestra
- 2,5 úvazku všeobecná sestra se specializací
- 1,0 úvazku dětská sestra nebo porodní asistentka
- 1,0 úvazku fyzioterapeut
- 0,25 úvazku ergoterapeut
- 0,25 úvazku klinický psycholog
- 1,0 úvazek ošetřovatelka (Jarošová, 2006)

## **2.11. TECHNICKÉ A PROSTOROVÉ VYBAVENÍ**

Technické a prostorové vybavení zařízení poskytujícího domácí péči musí splňovat požadavky pro bezpečný provoz dle platných právních předpisů. Dále je pracoviště vybaveno přístroji a pomůckami určenými k ošetřování a provádění výkonů v domácí péči.

### **2.11.1. Vybavení kontaktního pracoviště**

Základní doporučené vybavení:

- kancelářský nábytek pro administrativní práci;
- uzamykatelná kartotéka pro zdravotnickou dokumentaci pacientů;
- uzamykatelná skříň na léčiva;
- lednička s chladícím boxem;
- pevné i mobilní telefonní linky + záznamníky;
- informační technologie, včetně záložního zdroje

Doporučení vybavení:

- osobní automobil ve vlastnictví nebo smluvně zajištěnou dopravu;

#### Pomůcky a přístroje:

- tonometry;
- fonendoskopy;
- teploměry;
- injekční stříkačky a jehly;
- glukometry;
- sterilizátor nebo zajištěná sterilizace;
- nůžky, peány, pinzety, emitní misky;
- irigátor, rektální rourky, cévky;
- elektroodsávačka;
- obvazový materiál sterilní, nesterilní;
- rukavice sterilní, nesterilní;
- roušky sterilní, nesterilní;
- dezinfekční prostředky;
- boxy na likvidaci kontaminovaného materiálu;
- ochranné pomůcky a oděvy pro personál;
- brašny pro terénní pracovníky;
- sklad pomůcek pro momentální potřebu klientů (berle, zábrany);
- polohovací pomůcky, zvedáky, antidekubitní podložky a matrace;
- přenosná WC, podložní mísy;
- přenosné EKG;

#### Doporučené pomůcky:

- infuzní pumpa;
- injekční dávkovač;
- infuzní stojan;
- inhalátor;
- ambuvak;
- oxygenátor;
- biotronová lampa;
- nemocniční lůžka; (Jarošová, 2006)

## **2.12. KONTROLA KVALITY POSKYTOVANÉ PÉČE**

Kvalitní domácí péče je základním cílem současného ošetřovatelství. Kvalitu domácí péče určují ošetřovatelské standardy, které současně stanovují její měřitelná kritéria.

Součástí hodnocení domácí péče je:

- průběžné hodnocení probíhající péče;
- zpětné hodnocení poskytnuté péče na základě studia zdravotnické dokumentace a jiných písemných dokumentů;

## **2.13. ROZVOJ DOMÁCÍ PÉČE**

Vzhledem k demografickému vývoji je nutné uspokojit komplexní potřeby obyvatelstva. Programy domácí péče budou zaměřené na zlepšování podmínek v oblasti zajištění kvality, dostupnosti, komplexnosti a efektivity zdravotní péče se specifickým zaměřením na kvalitu života občanů. (Pochylá, 2005)

### **2.13.1. Očekávané trendy vývoje domácí péče**

V budoucích letech budou trendy zaměřeny na:

- posílení významu domácí péče v systému zdravotní a sociální péče a v povědomí veřejnosti;
- posílení koordinace oboru s ostatními obory v systému zdravotní a sociální péče;
- zařazení výuky do systému domácí péče a dalších studijních vzdělávacích programů podle platných právních předpisů;



### **2.13.2. Výzkum**

Výzkum v domácí péči je součástí výzkumu ve zdravotnictví. Zařízení domácí péče jsou do výzkumu zapojeny přímo nebo prostřednictvím institucí v souladu s Resortním programem výzkumu a vývoje Ministerstvem zdravotnictví 2004 – 2006 a Národním programem výzkumu. Výzkum v oboru je realizován na univerzitních pracovištích a v zařízeních domácí péče. Vstupem do EU bude výzkum zaměřen také na rámcové programy, které jsou spravovány Evropskou komisí na podporu výzkumu a vývoje. (Pochylá, 2005)

## **3. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **3.1 Cíle empirické části**

- zjistit, jak nemoc seniora působí na ostatní členy rodiny
- zjistit, jak se vybraná populace staví k možnosti domácího ošetřování
- zjistit povědomí lidí o práci sester v agentuře domácí péče

### **3.2. Metodika výzkumu**

#### **3.2.1. Předvýzkumné šetření**

Po sestavení dotazníku byla provedena malá pilotní studie na malém počtu respondentů. Dotazník byl rozdán pěti osobám (tři muži, dvě ženy). Po vyhodnocení výsledků, se upravilo znění dvou otázek a jedna byla vyjmuta.

#### **3.2.2. Metoda šetření**

Výzkum byl proveden v oblasti venkovského prostředí, kde se lidé navzájem znají. Bylo tedy vhodné a potřebné zvolit metodu anonymního dotazníku. Dotazník byl sestaven za účelem tohoto výzkumu a následně vyhodnocen v této bakalářské práci. Cílem bylo zkoumat názor padesáti osob z již zmíněné venkovské oblasti. Rozdala jsem 54 dotazníků a jejich návratnost teda byla 92 %.

Respondenti v tomto dotazníku byli na počátku seznámeni s účelem vyplnění dotazníku a ujištění o anonymitě. Součástí úvodního slova byl také návod na jeho vyplnění a upozornění na možnost vepsání svých vlastních postřehů a názorů. Poděkování a mé jméno je též součástí úvodního slova.

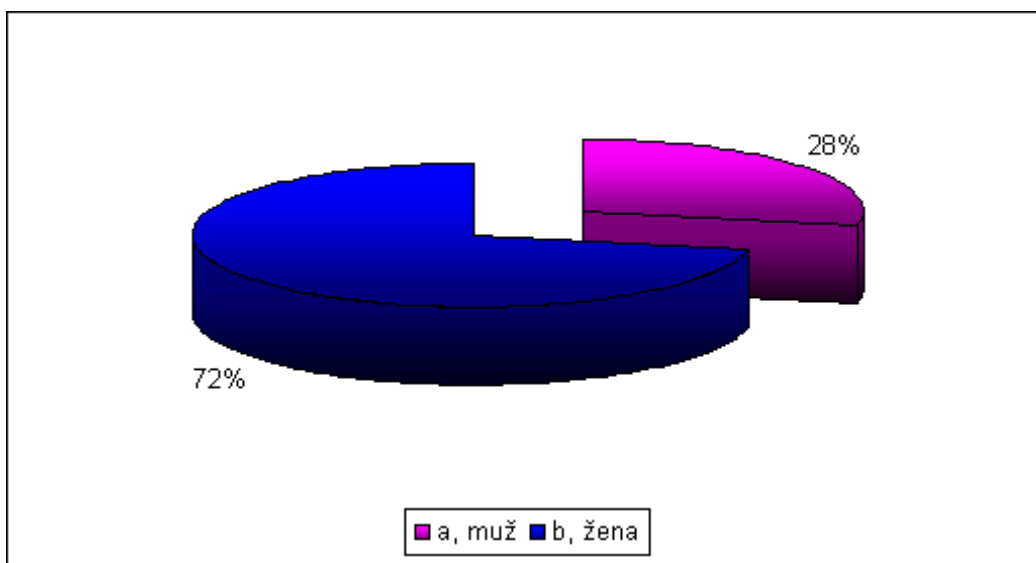
Dotazník obsahoval 21 otázek, na které měli dotazovaní odpovědět. V deseti z nich mohli vyjádřit svůj názor. První tři otázky se zaměřily na demografické údaje jako jsou věk, pohlaví a úroveň vzdělání. V dalších čtyřech otázkách mne zajímalo, jak se lidé cítí, jaké mají obavy při hospitalizaci jejich seniora. Zda-li se dokáží odreagovat v tomto období a jak často ho navštěvovali. Jak celkově prožívají nemoc člena rodiny (seniora).

Další blok otázek se zaměřuje na rodinu. Kdo s vámi žije ve společné domácnosti a jak by partner a ostatní členové rodiny reagovali na myšlenku domácí hospitalizace. Zda o této alternativě péče dotazovaní uvažovali. Otázka opuštění zaměstnání je také kladena a zajímal mne názor na umístění seniorů. Kde je nejlépe strávit stáří.

Dále jsou otázky orientovány na úskalí domácího ošetřování a získávání prvních informací o této možnosti péče. Poslední otázky v dotazníku se specializují na problematiku agentur domácí péče- jakých služeb by dotazovaní využili a prostor zde mají otázky zaměřující se na práci sester.

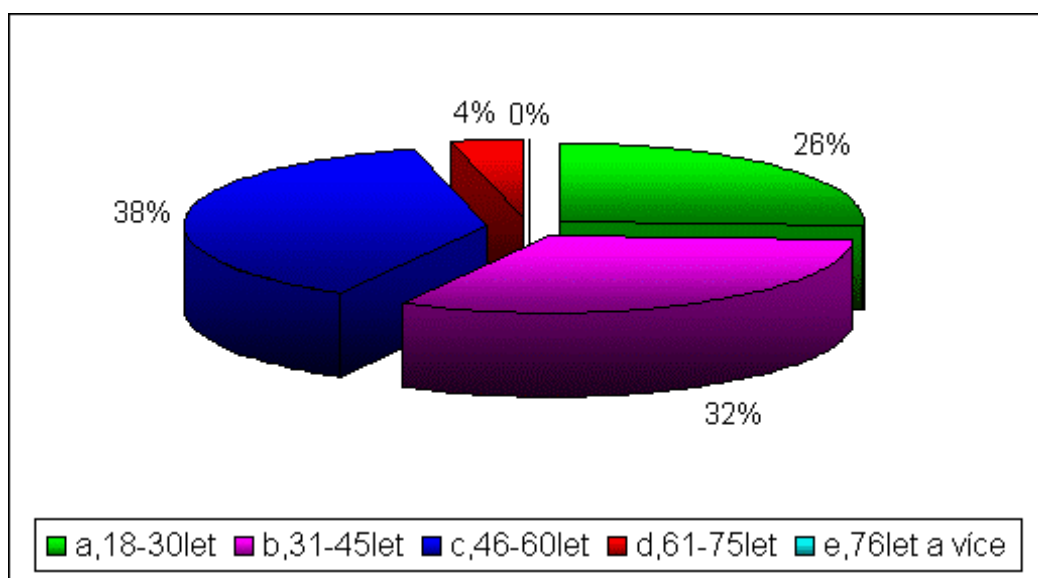
### 3.3. Analýza výsledků

Otázka č. 1. Pohlaví



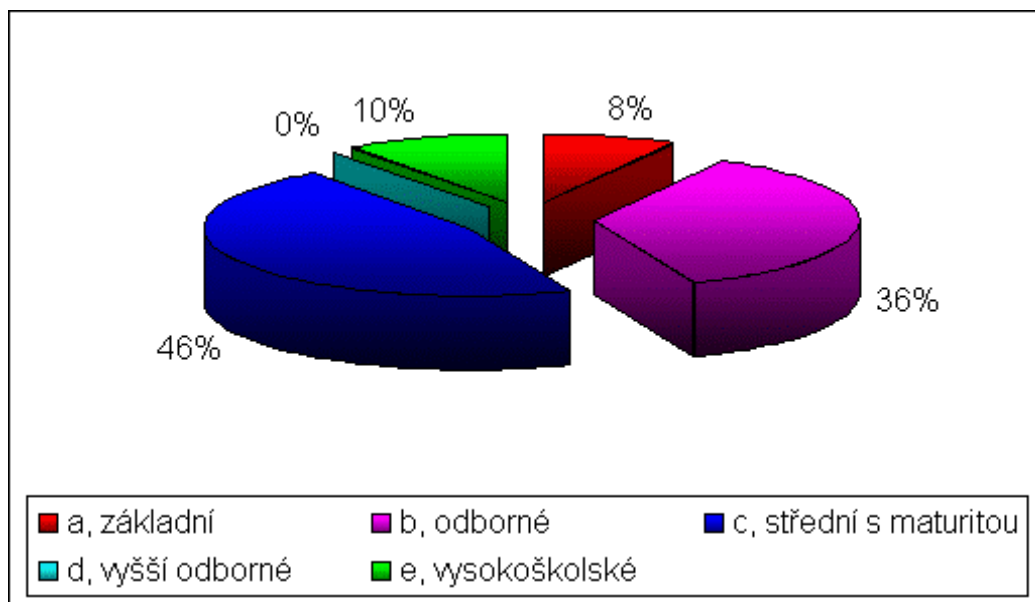
Celkem bylo dotazováno 50 respondentů, z toho podstatnou část tvořily ženy 72 % ( 36) a mužů přispělo 28 %(14).

Otázka č. 2.Věk



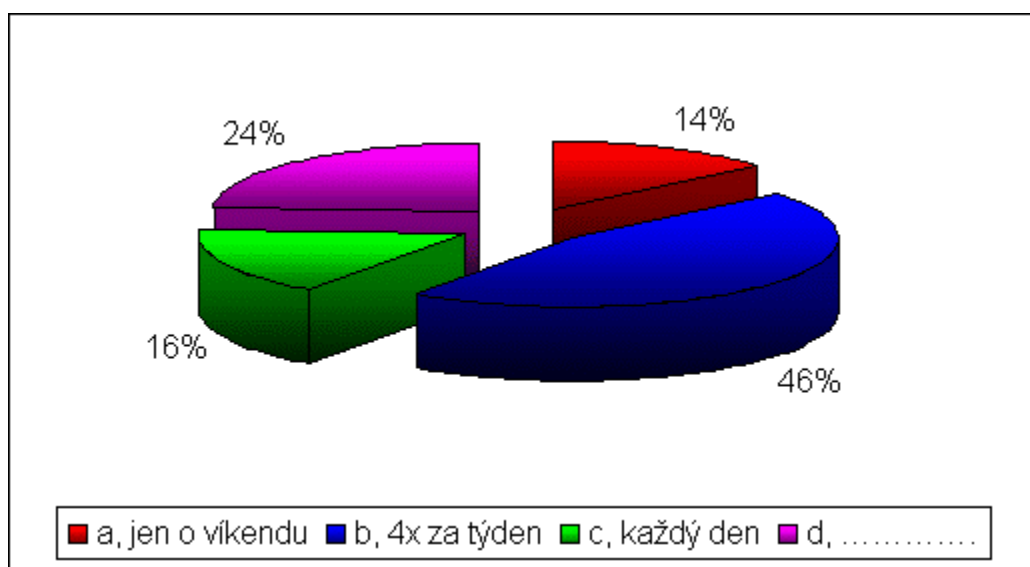
Jednou z otázek byl také věk. Z dotazovaných padesáti osob odpovědělo 26 %(13) ve věku 18- 30let, dále 32 %(16) ve věku 31- 45let, ve věku 46- 60let vyplnilo dotazník 38 %(19) a pouze 4 %(2) ve věku 61- 75let, ve věku 76 a více 0 %(0).

### Otázka č. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání



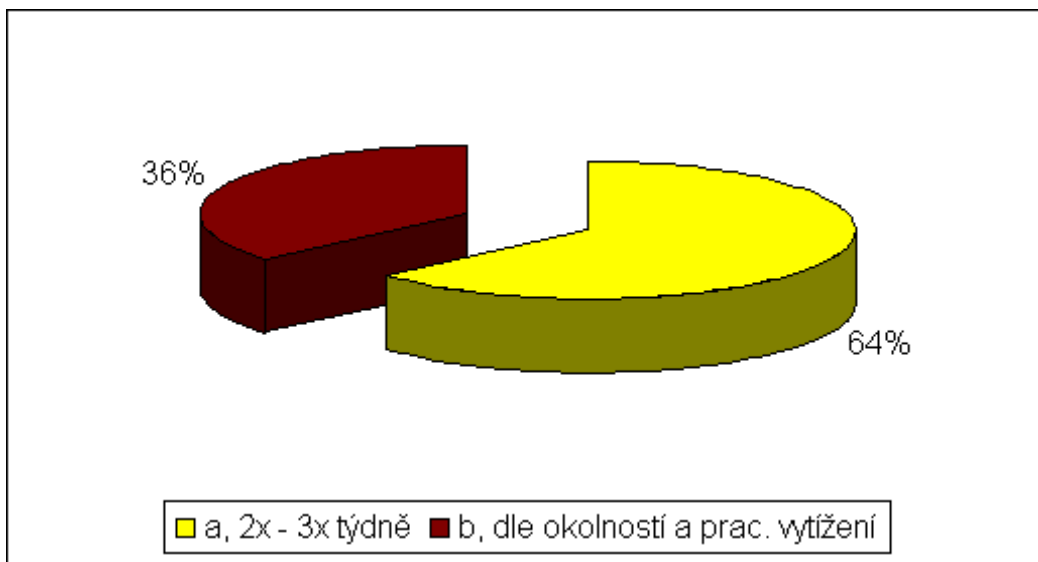
Další otázkou v dotazníku bylo i vzdělání. Úroveň vzdělání dramaticky neovlivnila výsledky. Z oslovené populace mělo 8 % (4) základní vzdělání, dále 36 % (18) odborné a nejvíce dotázaných 46 % (23) mělo střední vzdělání s maturitou. Nikdo z oslovených neabsolvoval vyšší školu a 10 % (5) osob uvedlo vysokoškolské vzdělání.

Otázka č. 4. Pokud jste měli člena rodiny(seniora) v nemocničním zařízení, jak často jste ho navštěvovali?



Na následující otázku odpověď „a“ jen o víkendu zvolilo 14 % (7) dotázaných, odpověď „b“ 4x za týden vybralo 46 % (23) a odpověď „c“ každý den a tedy poslední z nabídnutých možností označilo 16 % (8). Odpověď „d“ byla možnost pro ty, co se jim žádná z nabídnutých situací nelíbila či nebyla pravdou a následující graf ukazuje výsledky ve volné odpovědi.

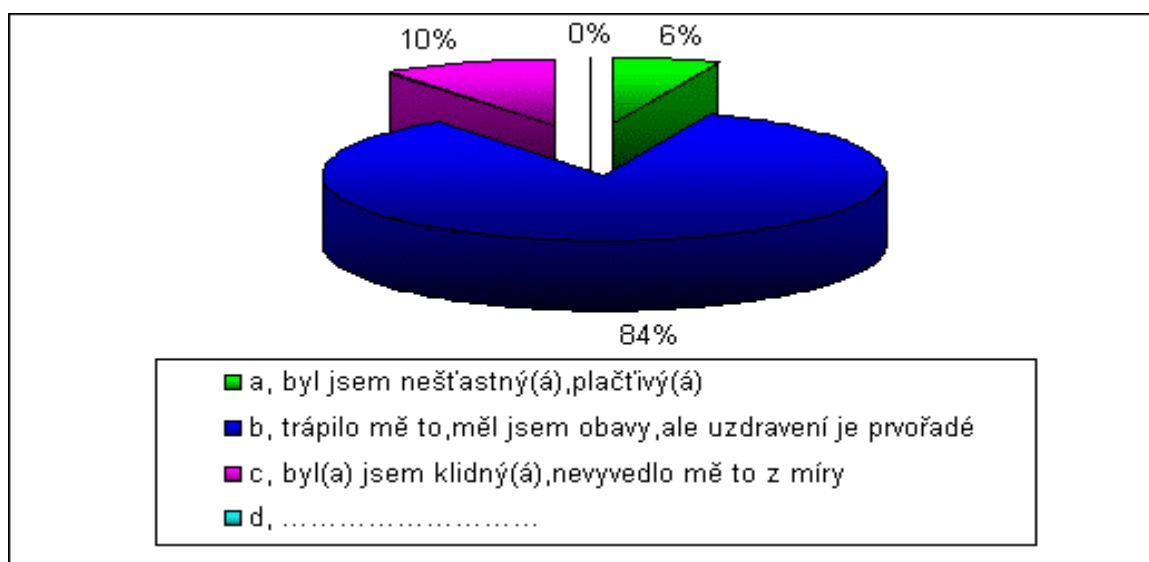
Graf k volné odpovědi „d“ otázky č. 4.



Volbu volné odpovědi zvolilo 24 %(12) z celkového počtu vyplňující dotazník. Z toho celkem 64 %(7) navštěvuje svého příbuzného(seniora) 2x - 3x týdně. Další dotazovaní, 36 %(4), písemně uvedli, že vše záleží *na okolnostech a pracovním vytížení*.

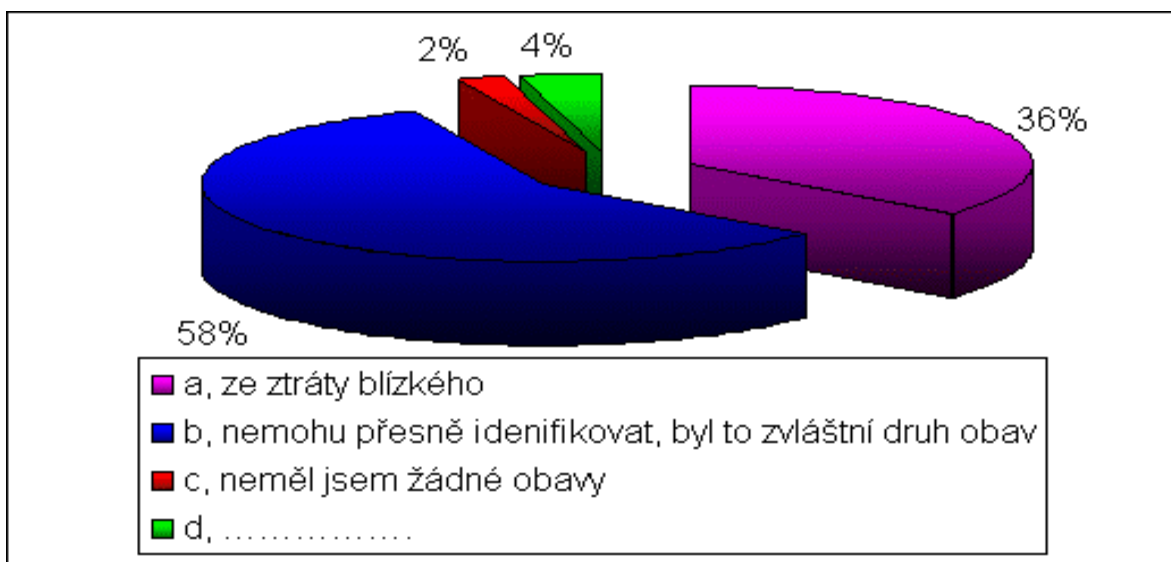


Otázka č. 5. Jak jste prožívali nemoc člena rodiny(seniora)?



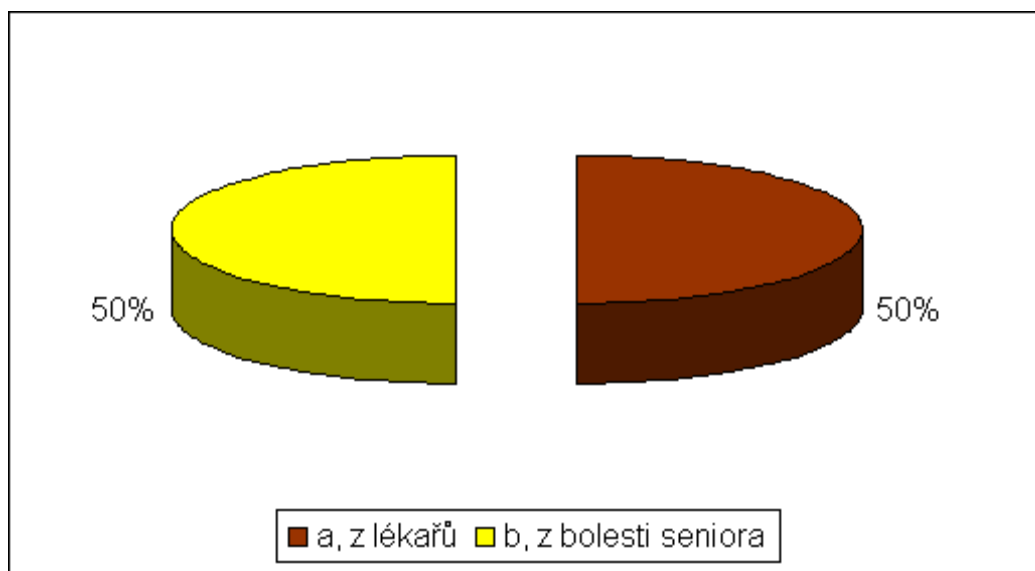
V této otázce nikdo nevyužil možnosti vlastní odpovědi. Nemoc člena rodiny (seniora) prožívalo dle odpovědí a možnost „a“ uvedlo 6 %(3). Nabídnutou odpověď „b“ využilo 84 %(42) osob a byl jsem klidný(á), nevyvedlo mě to z míry vyznačilo 10 %(5).

Otázka č. 6. Z čeho jste měli obavy, strach, pokud byl Váš příbuzný(senior) v nemocnici?



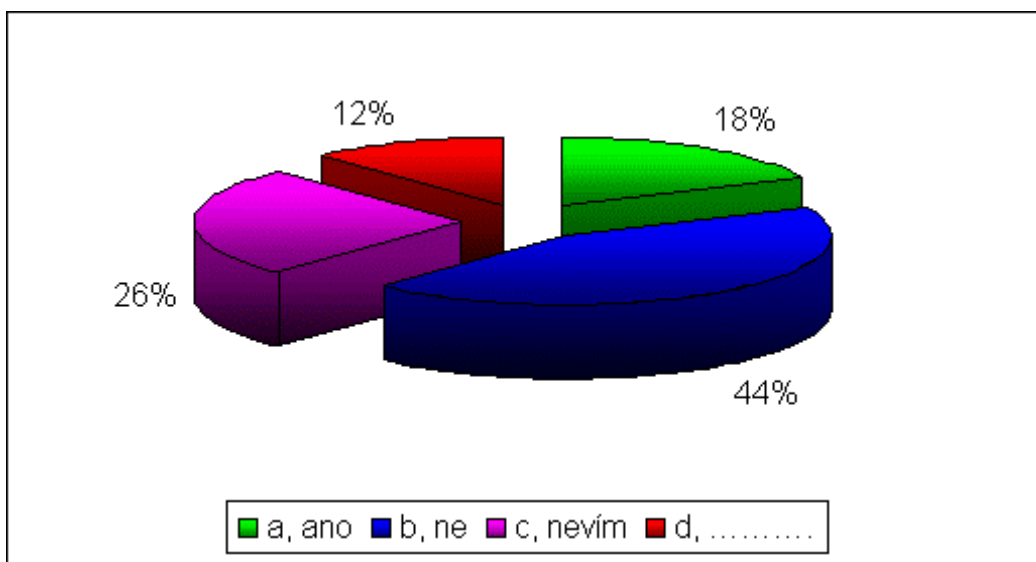
Při tomto dotazu mne překvapily volné odpovědi, ale k tomu se vrátíme v dalším grafu. Pokud budeme hodnotit tento graf, pak výsledky dopadly takto: první možnou odpověď zakroužkovalo 36 %(18) respondentů. Na dotaz v druhé možnosti této otázky popisuje neidentifikovatelné obavy 58 %(29) a poslední možnou odpověď před vepsáním své vlastní, „neměl jsem žádné obavy“ zvolila pouze 2 %(1).

Graf k volné odpovědi „d“ otázky č.6



Volné odpovědi využili v této otázce pouze dva lidé. Jeden z nich(50 %) uvádí *strach z lékařů*, což je jev neobvyklý, ale vyskytující se. Druhý dotazovaný (50 %) vepsal obavy z *bolesti seniora*. Další názor na tuto otázku.

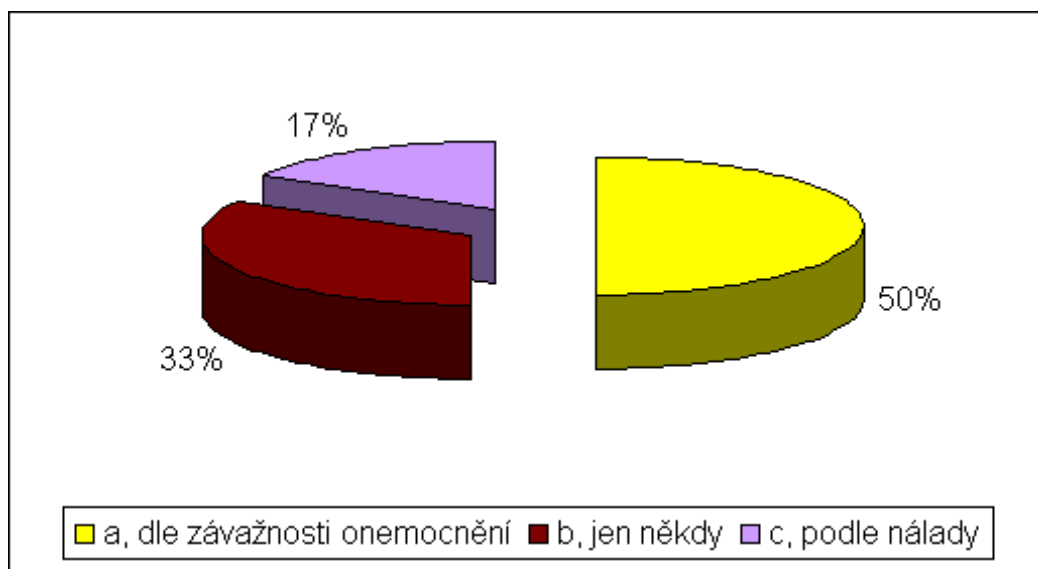
Otázka č.7. Dokážete se odreagovat, relaxovat, při pocitu, že je Váš příbuzný (senior) v nemocnici(divadlo, restaurace)?



Otázka č. 7. je také položena záměrně neboť i relaxace v období hospitalizace seniora je důležitá. Odpověď „ano“ vyslovilo 18 %(9) osob.

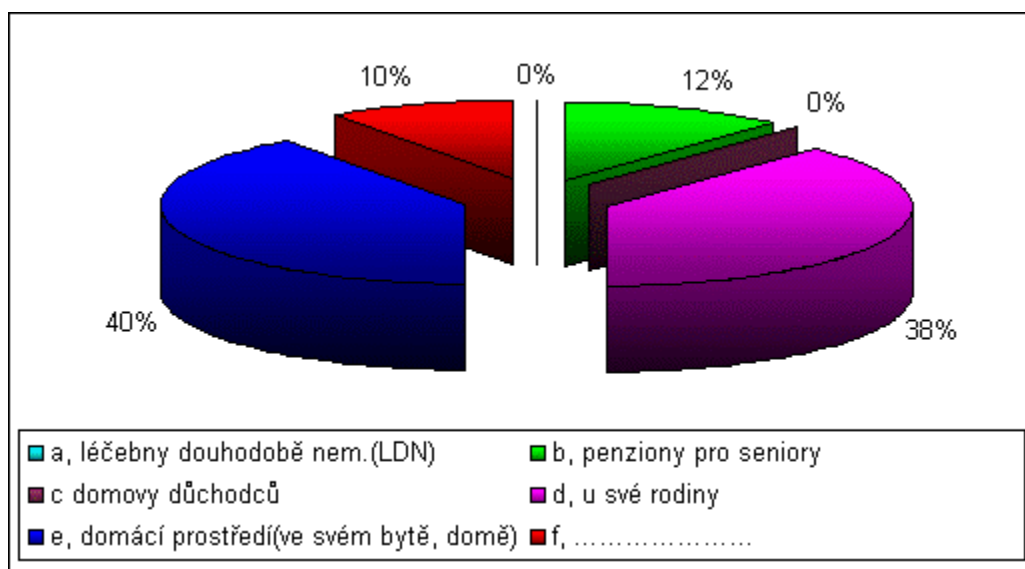
Možnost „ne“ si zvolilo 44 %(22) a odpověď „nevím“ uvedlo 26 % (13). Pro volnou odpověď v této otázce je určen graf na následující straně.

Graf k volné odpovědi „d“ otázky č.7



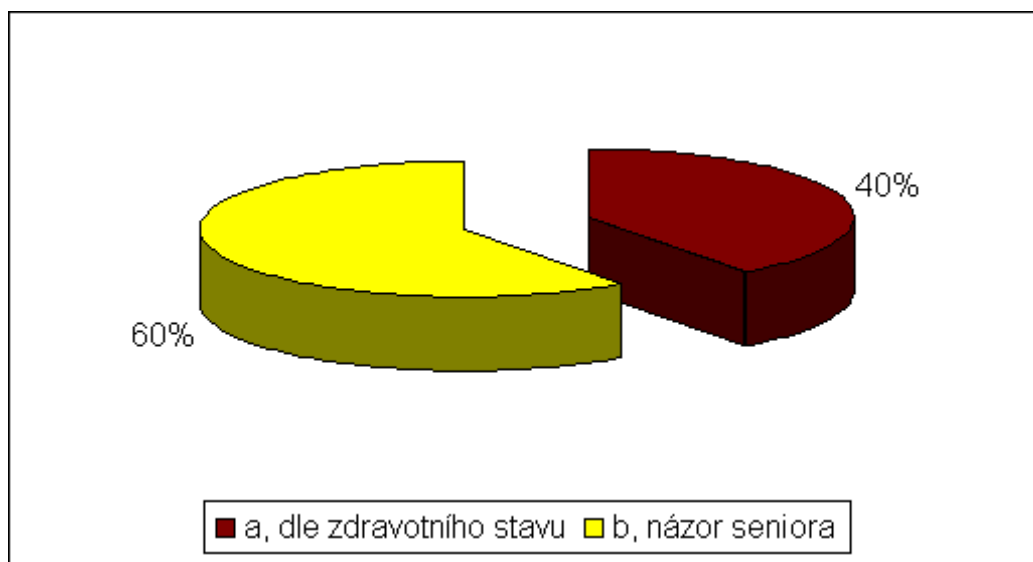
Z celkového počtu padesáti dotazovaných vepsalo svoji odpověď 6 osob, z toho 50 %(3) poukazuje na *závažnost onemocnění*. Dalších 33 %(2) uvádí jako svůj názor, že se *jen někdy* dokáží odreagovat a poslední volnou odpovědí byla uvedena možnost - *podle nálady* 17 %(1).

Otázka č. 8. Jaký máte názor na umístění seniorů? Kde je nejlépe strávit stáří?



Samozřejmě mě potěšilo, že si nikdo nevybral možnosti „a“ a „c“, ale realita je někdy bohužel jiná. Penzióny pro seniory si vybralo 12 %(6) dotazovaných. U svého rodiny(tím je myšleno u svého příbuzného, syna, dcery....) Tuto eventualitu uvedlo 38 %(19) respondentů. Domácí prostředí (ve svém bytě či domě) považuje za správné umístění 40 %(20) osob. Na volnou odpověď zde byl v této otázce také prostor, ale to již v následujícím grafu.

Graf k volné odpovědi „f“ otázky č.8



Tento graf naznačuje výsledky volné odpovědi, a jak již bylo zmíněno v předchozím textu.

Ve dvou případech, tedy ve 40 %(2), by se lidé orientovali *dle zdravotního stavu* a ve třech případech, 60 %(3), vyslovili myšlenku, že by o svém umístění měl *rozhodnout sám senior*. Celkem svůj názor vepsalo 5 dotazovaných.

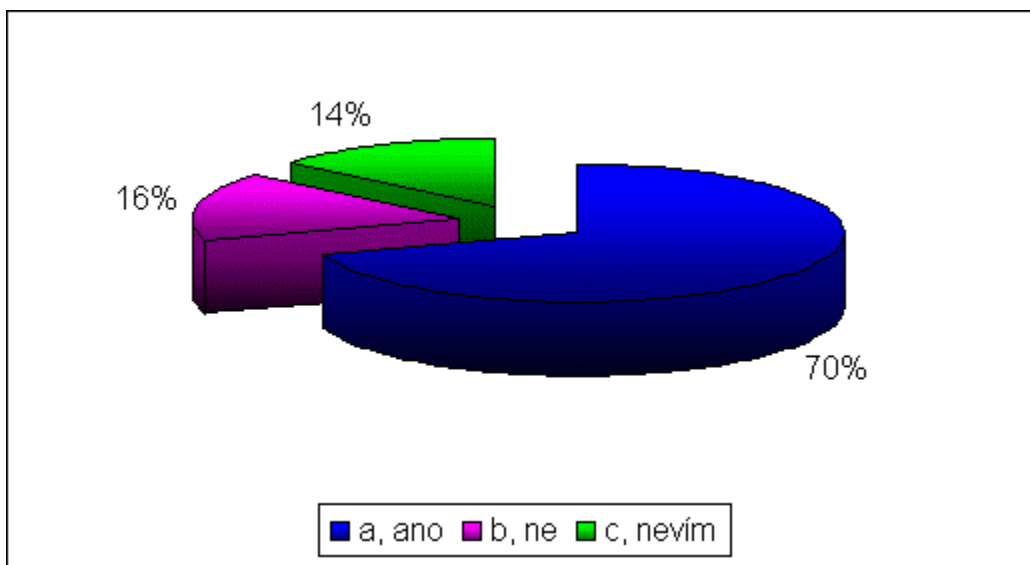
Tabulka k otázce č.9. Kdo s Vámi žije ve společné domácnosti?

<b>Varianta odpovědi</b>	<b>Počet osob žijících v uvedených možnostech</b>
sami	10
v páru	21
s dětmi	26
více generační domácnost	15
sourozenci	4
zvíře	3

Osaměle bydlí 10 osob ze všech dotazovaných. V páru žije 21 osob a s dětmi společnou domácnost obývá 26 lidí odpovídajících v dotazníku. Více generační obydlí spravuje 15 dotázaných a pouze 4 z dotazovaných žijí i se sourozenci. Další 3 osoby uvedly, že jejich společné bytové prostory obývá zvíře.

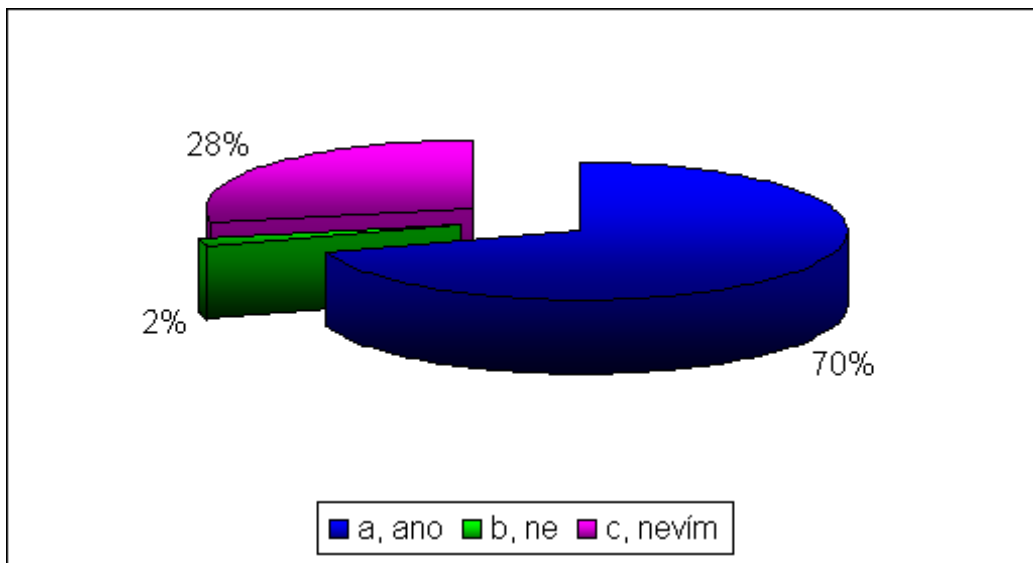


Otázka č. 10. Přemýšleli jste o tom, že byste o svého příbuzného seniora pečovali doma?



Domovem se předpokládá všude tam, kde je pro seniora „doma“. Možnost „a“ zvolilo 70 %(35) dotázaných. 16 %(8) osob o této situaci nepřemýšlelo a uvedlo možnost „b“ tedy jejich odpověď zněla ne. A poslední volbu nevím zapsalo 14 %(7) respondentů.

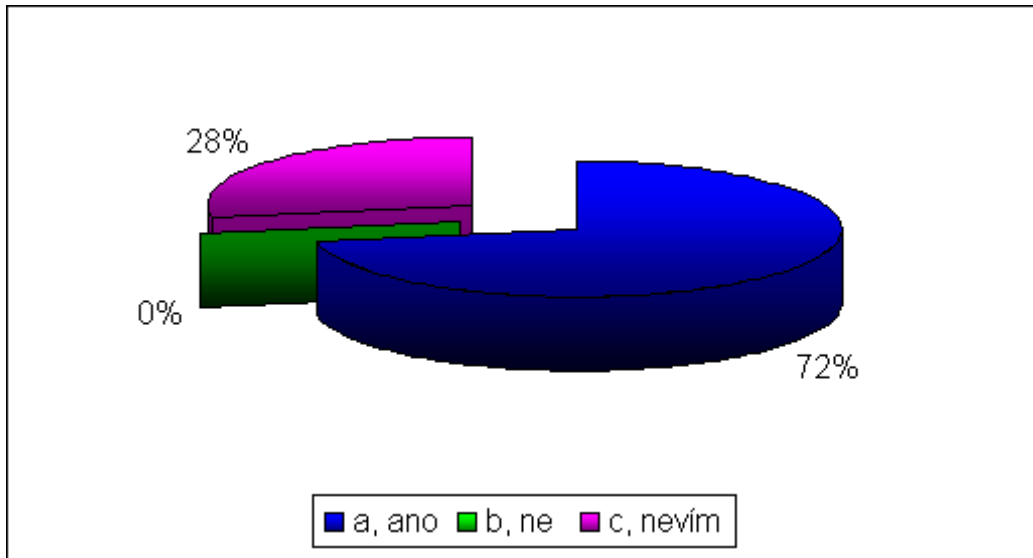
Otázka č. 11. Podpořil by Vás partner ve Vašem rozhodnutí, starat se o rodiče doma?



Předpokládáte-li úmysl, starat se o svého příbuzného v domácím prostředí, měl by jistě o vašem záměru vědět Váš partner.

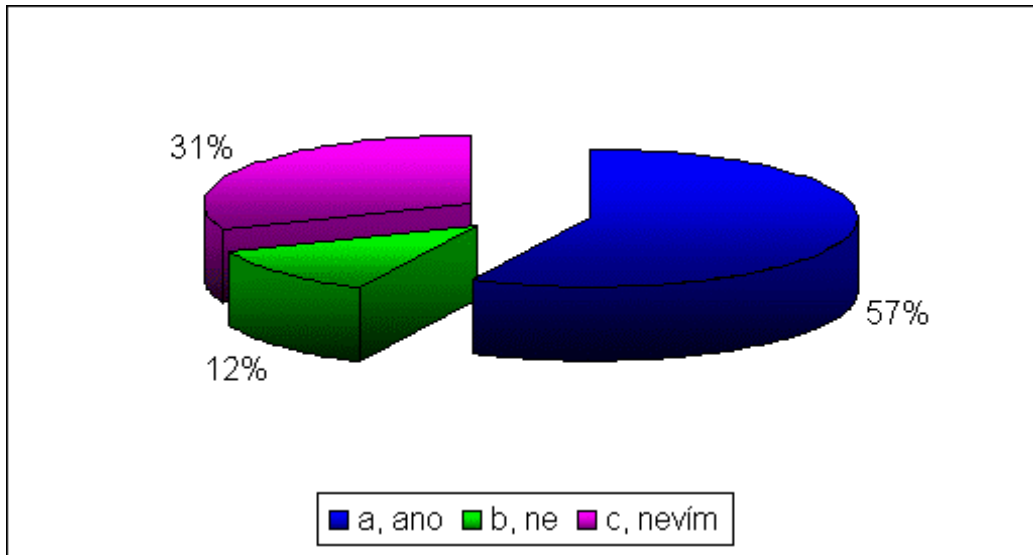
V 70 %(35) by partner podpořil konání svého protějšku. Jeden z respondentů, tedy 2 %(1) ví, že jeho partner by nebyl vstřícný k jeho úmyslu pečovat o své příbuzné doma. A podstatná skupina lidí 28 %(14) neví, o názoru svého partnera na toto téma.

Otázka č. 12. Podpořili by Vás i ostatní členové rodiny, žijící ve společné domácnosti?



Další neopomenutelnou podmínkou je, aby i ostatní členové rodiny žijící ve stejné domácnosti, souhlasili a byli rozhodnuti pomoci v péči o seniora. Zápornou odpověď nikdo neuvedl 0 %(0). K možnosti nevím se vyjádřilo 28 %(14) dotazovaných. Největší počet respondentů 72 %(36) věří v kladnou odpověď své rodiny.

Otázka č. 13. Dokázali byste opustit i zaměstnání?

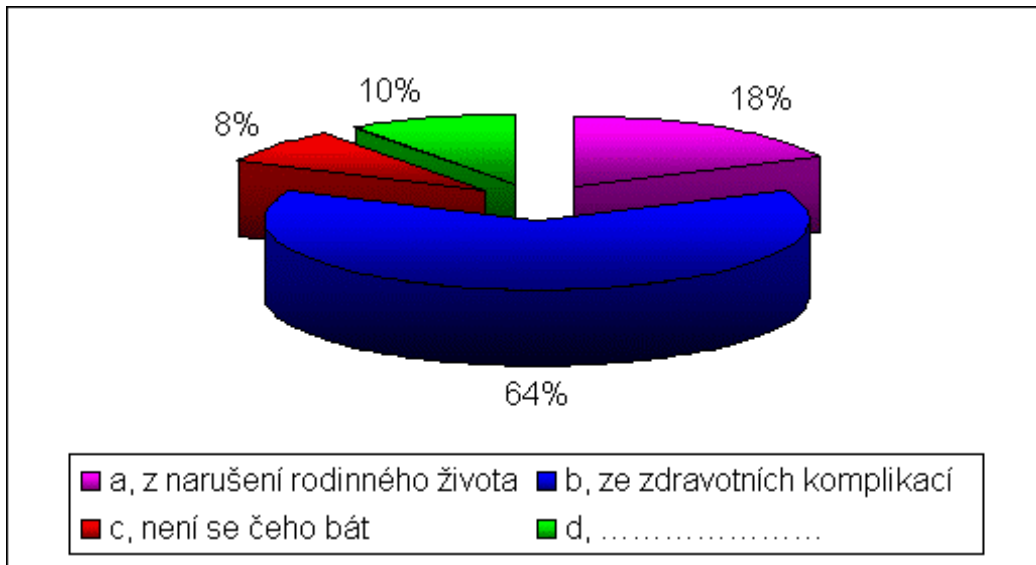


Tato otázka je také velmi důležitá, neboť i finanční zabezpečení péče o seniora v domácím prostředí je finančně náročné.

Odpověď „a“ vepsalo 57 % (24) dotazovaných.

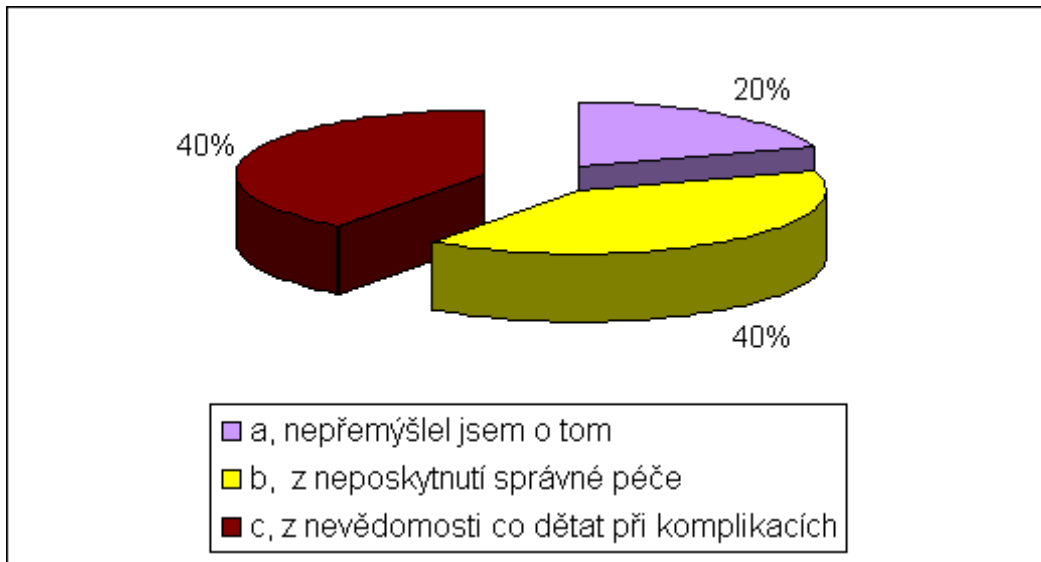
Možnost „b“ vybralo 12 % (5) lidí vyplňujících dotazník a poslední z možností „c“ uvedlo 31 % (13).

Otázka č. 14. Z čeho byste měli největší obavy při domácím ošetřování?



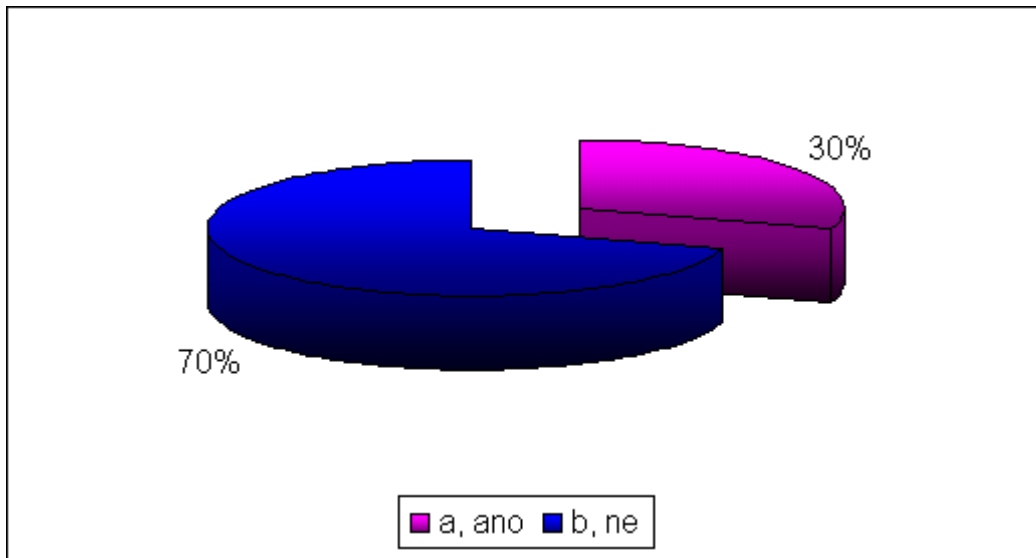
Na tuto otázku se vyslovilo 18 %(9) lidí z celkového počtu dotázaných, že by byl jistě poznamenán jejich rodinný život. Příchod nového člena domácnosti samozřejmě narušuje běžný chod života. Nejvíce obav však měli dotazovaní ze zdravotních komplikací a to v 64 %(32). Naproti tomu, odpověď „c“, není se čeho bát, zvolilo 8 %(4) osob. Možnost vlastního názoru využilo 10 %(5) a jejich odpovědi jsou popsány v následujícím grafu.

Graf k volné odpovědi „d“ otázky č. 14.



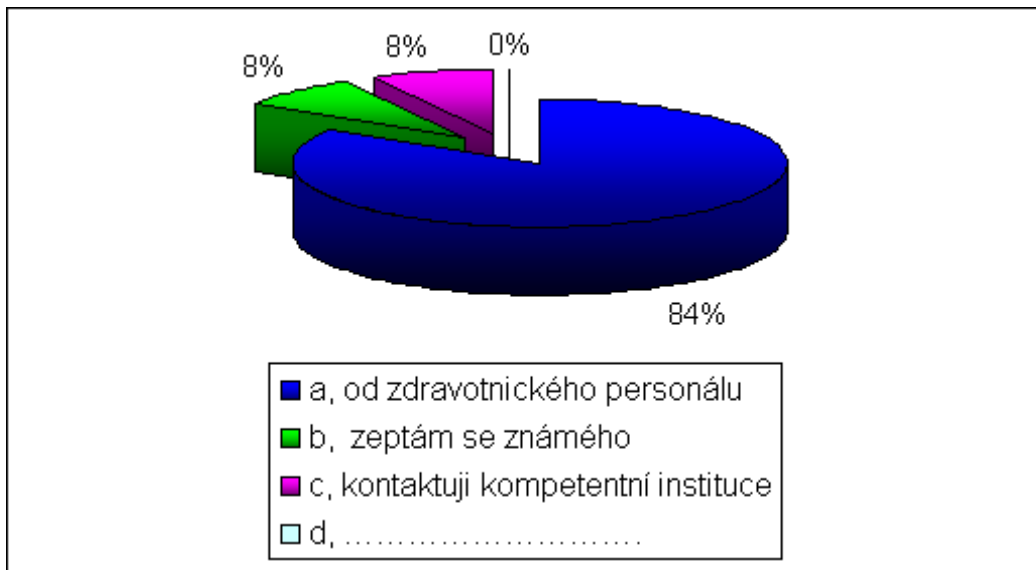
Doplněné odpovědi v možnosti „d“ u otázky číslo 14 využilo 5 dotázaných. Shodně po dvou dotázaných, 40 %, uvedlo v jednom případě *neposkytnutí správné péče*, což je u laiků častá obava a ve druhém případě *z nevědomosti při komplikacích*. Jeden z tohoto počtu, 20 %, uvedl, že o takto vzniklé situaci *nepřemýšlel*.

Otázka č. 15. Ocitli jste se již v takové situaci?



V této otázce možnost „a“ uvedlo a tedy vlastní zkušenost s pečováním o svého příbuzného má 30 %(15). Ale větší počet dotázaných, 70 %(35), se s touto zkušeností nesetkalo.

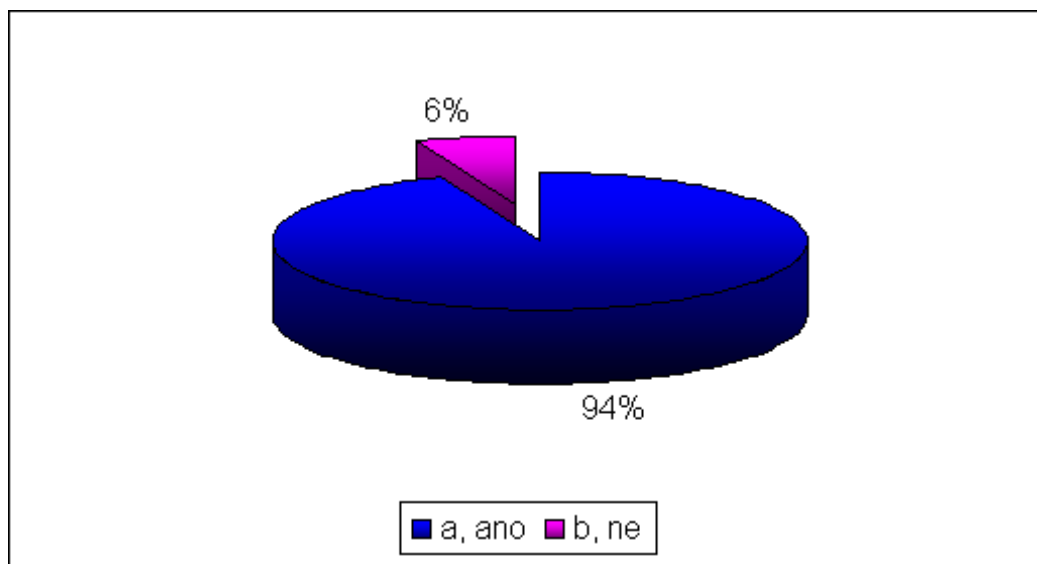
Otázka č. 16. Pokud se rozhodnete pro péči v domácím prostředí, kde budete hledat pomoc a první informace?



Tato otázka vyšla téměř jednoznačně ve prospěch zdravotnického personálu, neboť by se na něj s žádostí o první informace obrátilo 84 % (42). Od známého by si nechalo poradit 8 % (4) a ten samý počet dotazovaných by požádalo o pomoc kompetentní instituce (úřady, agentury domácí péče) ,tedy opět 8 % (4). Volné odpovědi nikdo nevyužil.

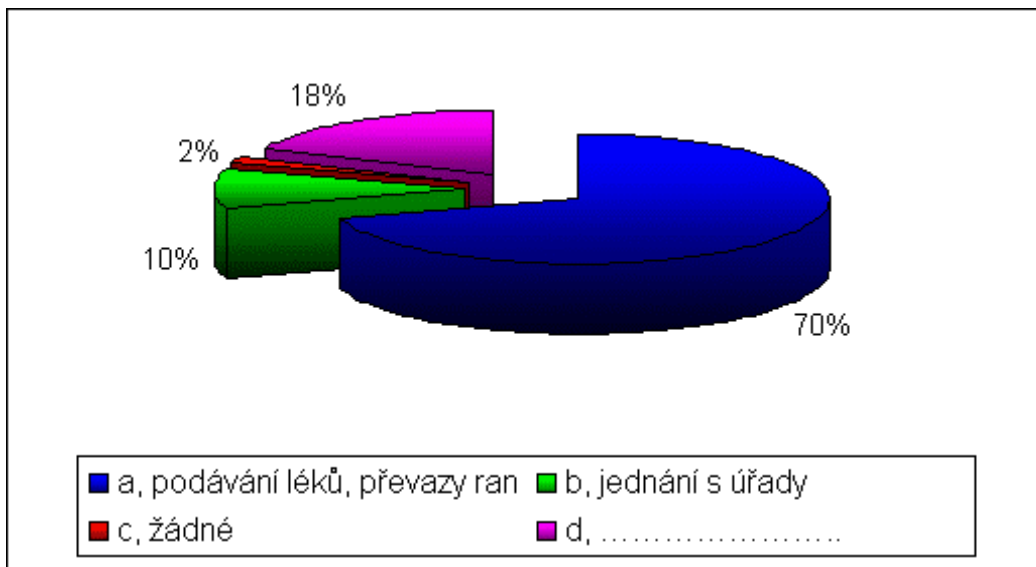


Otázka č. 17. Víte o tom, že existují agentury domácí péče?



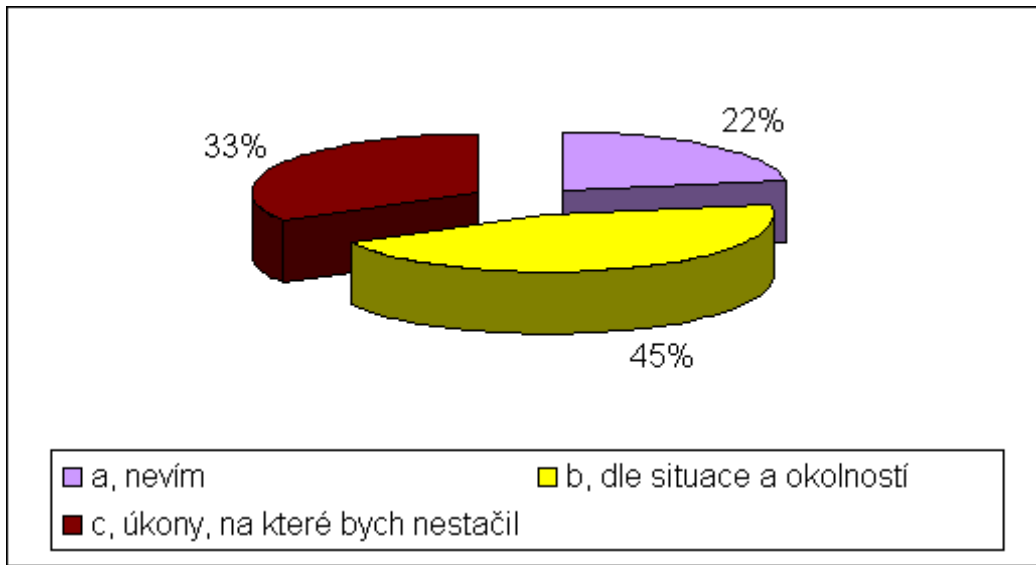
O existenci agentur domácí péče má povědomí 94 %(47) dotazovaných. Negativní odpověď na tento dotaz uvedlo 6 %(3) z celkového počtu padesáti respondentů.

Otázka č. 18. Jaké služby domácí agentury byste využili?



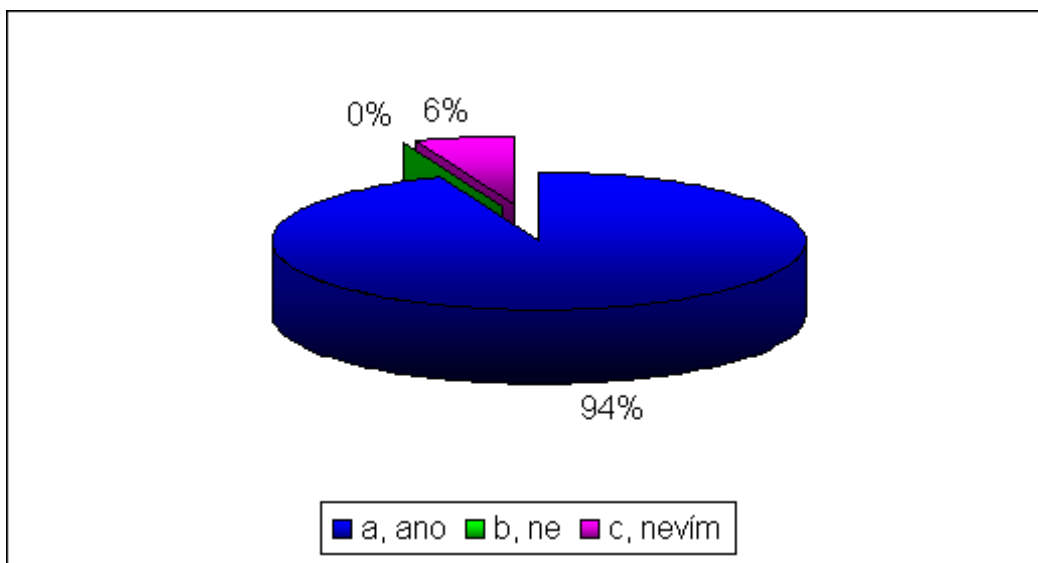
Služby zahrnuté v odpovědi „a“ by využilo 70 %(35) dotazovaných. Možnost „b“, jednání s úřady, by uvítalo 10 %(5) respondentů. A poslední odpověď , kterou si vyplňující mohli vybrat bylo, že žádné služby nepotřebují. Tuto variantu zvolila 2 %(1) dotázaných. V následujícím grafu se zobrazí možnost „d“ dle názoru zbývajících devíti osob.

Graf k volné odpovědi „d“ otázky č. 18.



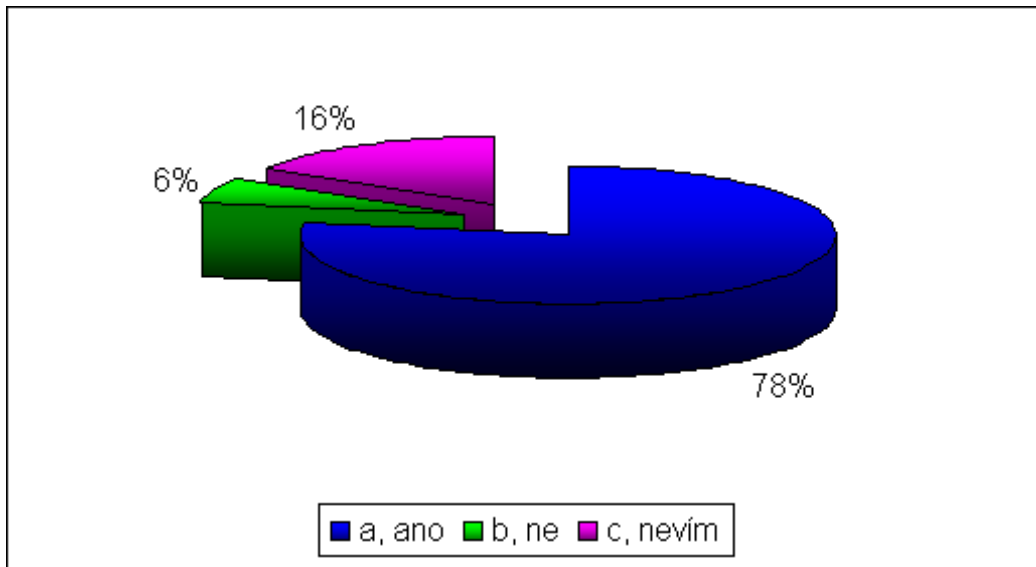
Celkem se ve volné odpovědi v otázce č. 18 vyslovilo 9 dotázaných. Největší počet z nich 45 %(4) by se rozhodlo až podle *situace a okolností* , které služby by využilo. Dalším údajem je 33 %(3). Toto je počet lidí, kteří by se orientovali *dle svých možností a úkonů*, na které by nestačili. A nejmenší počet odpovědí, 2 %(2), *neví*, které služby využít.

Otázka č. 19. Myslíte si, že služby domácí péče a sester, které pracují v domácí agentuře jsou potřebné?



Z celkového počtu dotázaných si myslí 94 %(47), že služby a práce sester domácích agentur jsou potřebné. Nikdo neuvedl negativní odpověď, položka „ b“ je tedy názorem 0 %(0). Nevím a možnost „c“ zvolilo 6 %(3) respondentů.

Otázka č. 20. Chtěli byste mít možnost poznat sestru domácí agentury, která pečuje o Vašeho blízkého?



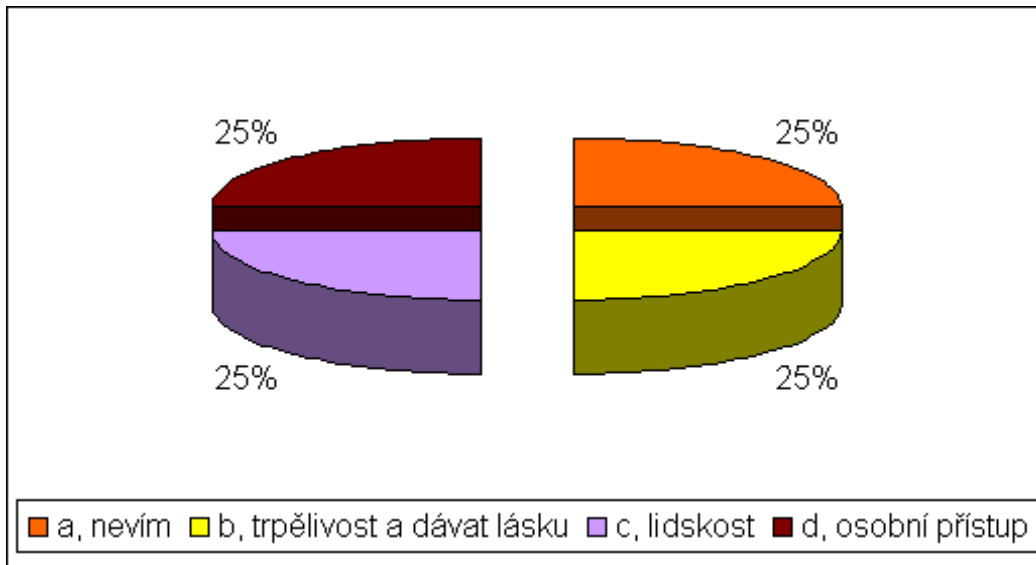
Poznat sestru domácí agentury, která pečuje o jejich příbuzného chce v 78% (39) odpovídajících. Ale odpověď ne a možnost „b“ si vybralo 6%(3) dotazovaných. A nevím, tedy odpověď „c“ uvedlo 16 %(8) lidí z celkového počtu osob vyplňujících dotazník.

Otázka č. 21. Co je podle Vás důležité při ošetřování a péči o seniory?



V této poslední otázce dotazníku odpovídalo již zmíněných padesát respondentů a zajímalo nás, co je důležité při ošetřování seniorů. Odpověď „a“ a tudíž vzdělání v oboru preferuje 20 %(10) dotázaných. Zkušenosti v oblasti péče o seniory vyhodnotilo jako důležité 72 %(36) respondentů a nikdo, 0 %(0), lidí si myslí, že tato práce nevyžaduje speciální školení. Odpověď „d“ a tedy možnost volby využilo 8 %(4) z dotazovaných. Jejich odpovědi nalezneme v následujícím grafu.

Graf k volné odpovědi „d“ otázky č. 21.



Shodně po 25 % získal názor každého odpovídajícího ve volné odpovědi. Napsat svůj vlastní názor mohl kdokoli z vyplňujících a této možnosti využili čtyři z respondentů. Jedním z názorů byl- *mít trpělivost a dávat lásku*, dalším například *lidskost* nebo *osobní přístup*. Poslední odpověď zněla *nevím*.

## 4. DISKUSE

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se dotazovaná laická veřejnost z venkovské prostředí staví a zná možnosti ošetřování v domácím prostředí, postoj k agenturám domácí péče a v neposlední řadě prožívání hospitalizace nemocného seniora rodinou. Bylo by velmi zajímavé provést tento výzkum výhradně u lidí žijících ve městě a porovnat oba výzkumy. Výsledky by mohli být jistě velmi zajímavé. Další námět na téma bakalářské práce pro následující ročník.

První tři otázky se orientovaly na demografické údaje. Podle pohlaví tvořily většinu odpovídajících ženy. V odpovědích se ženy od mužů výrazně nelišily. Mým úmyslem nebylo rozdat více dotazníků jednomu či druhému pohlaví, ale celkový pohled na danou problematiku.

Předpokládala jsem, že největší počet lidí odpovídajících na dotazník bude ve věku mezi 46- 60 lety. Tento předpoklad se ovšem nevyplnil. Jako velká konkurence se s dalším velkým počtem procent ukázala věková hranice mezi 31 – 45 lety. Nikdo z dotazovaných, ve věku 76 let a více, neodpovídal na dotazník, aby mohli obohatit dotazník svými odpověďmi. Lidé v tomto věku mají na některá stanoviska odlišné pohledy, a proto mne mrzí nemožnost porovnání. Z mého výzkumu vyplývá, že malý počet respondentů odpovídalo ve věkové hranice 61 let – 75 let. Je těžké posoudit, čím je to zapříčiněno. Dotazník byl dostupný i pro toto spektrum obyvatelstva.

Lidí se středoškolským vzděláním bylo více a to o celých deset procent. Jedna z variant vysvětlení je, že se lidé ve velké míře stěhují na venkov a tím s sebou přináší nejen své vzdělání, ale také osvětu o nutnosti vzdělávání. Na druhé straně již nemůžeme říci, že na venkově, v dnešní době, žijí jen venkované pracující v zemědělství. I na toto povolání jsou v dnešní době zapotřebí schopní manažeři (k řízení výroby a produkce). Je však skutečností, že mladí lidé stále vyhledávají pro svůj život venkov. Jen se rozhlédneme, jak se dnešní venkovské okraje rozrůstají. Jak se neustále posunují hranice obcí. S tím by také měla vzrůstat dopravní obslužnost, což se tak v mnoha lokalitách neděje. Je nutností vlastnit řidičské oprávnění a dopravní prostředek. Lidé přesouvají svůj život, někdy i své zaměstnání, na venkov. Není to jistě jen pro dobré životní podmínky, klidné prostředí, ale i pro možnost vyřešení své bytové situace. Mnoho rodin dnes žije ve více generačních domech. Nejen že tím mladí lidé vyřeší za rozumnou cenu svou bytovou situace, ale také rodiče tím získávají vyhlídky na částečně vyřešenou budoucnost v podobě dětí, které se o ně postarají ve stáří. A pro srovnání, patnáct respondentů, jak vyplývá z výzkumu, takto žije. Výzkum obohatilo o své názory též 5 osob vysokoškolsky vzdělaných. Vzhledem k celkovému počtu dotazovaných je těžké určit, zda je tento počet dostatečný či nikoli. Nikdo z dotázaných neuvedl vyšší odborné vzdělání. Je těžké určit, co je příčinou. Zda malá informovanost o dalším typu vzdělávání či nízké cílevědomosti. Lidé se jistě zamyslí nad dalšími výhodami a také uplatněním na pracovním trhu. Dalším ukazatelem nízkého počtu absolventů vyšší škol, je také jejich krátká doba trvání.



Otázka počtu návštěv byla zařazena záměrně i možnost návštěv 4x týdně. Tuto odpověď jsem čekala nejčastěji a to se také stalo. V této otázce lidé poprvé vyjadřovali svůj názor a jejich postřehy jsou více než zajímavé. Odpověď 2x – 3x týdně nebyla v nabídnutých možnostech a právem ho považují za další názor sedmi lidí zapojených do výzkumu. Více mne zaujala odpověď čtyř osob, kteří jak uvedli v dotazníku, by se orientovali dle okolností a pracovního vytížení. Někde v koutku mysli jsem s odpovědí *okolnosti* počítala. Pracovní vytížení je u některých lidí velké. Spousta lidí pracuje a své práci dává 24h ze dne, a kdyby měl den o jednu hodinu více, jistě by jim nestačila. Každá práce má svá úskalí i radosti. V dnešní době je práce a z ní finanční prostředky nutností. Z tohoto pohledu chápu snížený počet návštěv. Nejsou mi však jasné okolnosti, které mohou vést ke nízkému počtu návštěv seniorů v nemocnici. Seniori, tak jako ostatní nemocní potřebují vidět svou rodinu. Musím podotknout, že nemoc člena návštěvní delegace je omluvitelná. Už méně dopravní nedostupnost a ještě méně zdravotní stav seniora, a čím vážnější, tím více potřebuje podporu rodiny. Příchod rodiny na návštěvu do neznámého prostředí, jakým nemocnice jistě je potěší, a pokud se stav zlepšuje či je alespoň stabilní, tak mi jako rodina odcházíme s pocitem uspokojení.

Každý z nás prožívá nemoc člena rodiny (seniora) jiným způsobem. Jsme různé individuality a různě reagujeme na odlišné problémy. Ať je to pláč či agrese nebo to někoho nevyvede z míry, je klidný, ale tento klid nemusí vycházet z jejich nezájmu. Ba právě naopak existují lidé, kteří hospitalizaci svého příbuzného seniora neprožívají navenek. Své emoce nedávají nebo nechtějí ukázat a přitom v nich emoce mohou bouřit. A v případě našich rodičů si nedokážu představit člověka, kterému by byl lhostejný jejich zdravotní stav. Velkým překvapením pro mne nebyl výsledek úspěchu možné odpovědi v dotazníku, že rodinu *trápila* nemoc seniora, ale uzdravení je prvotné. Někteří lidé ve výzkumu popisují svůj prožitek nemoci seniora nešťastně a pláčem. Je možné přemýšlet o tom, zda jsou tyto lidé méně odolní k těžkým životním situacím a pláčem se vyrovnávají se zátěží tohoto typu nebo potřebují pomoc odborníka.

Neustále hovoříme o obavách a starostech, ale z čeho? Jak je definovat? Zkusme popsat, jak ty naše obavy vypadají? Těžké že? Jsou většinou neurčitého charakteru a někdy neopodstatněné, ale jsou. Co nás vede k těmto pocitům, co je vyvolává? Zájem o člena rodiny, o blízkou osobu, která nás např. vychovala, starala se o nás? Dotazovaní ve výzkumu uvedli, že mají tyto neurčité obavy a tato odpověď získala nejvyšší počet procent z celkového počtu možných.

Ve výzkumu jeden člověk uvedl, což je také zajímavé, že se bojí lékařů. Co ho vedlo k této odpovědi? Je to pouze jeden z dotazovaných, ale vede to k zamyšlení. Může mít špatnou zkušenost s lékaři již z dětství nebo až v dospělosti. Neochota lékaře či nedostatečná komunikace. Nemyslím si však, že by tato odpověď měla rovinu lékařského zanedbání, ale nemám přesné vyjádření dotazovaného neboť dotazník byl anonymní a tudíž nelze dohledat respondenta. Jeden člověk ve stejné otázce vepsal, že se obává bolesti seniora. Práh bolesti máme nastavený individuálně. Odlišně vnímáme a prožíváme bolest, ale tlumení bolesti je prvořadé. Toto tvrzení pravděpodobně vypovídá o špatné zkušenosti.

Dlouhodobá hospitalizace seniora je náročná pro zvládnání rodinou. Nejen časově, ale i duševně. Myslíme na nemocného. Jak se mu daří, co právě dělá. Odreagování se a dostatečná relaxace je důležitá nejen pro rodinu, ale také pro další vývoj návštěv a povzbuzení pacienta. Máte co vyprávět, co jste dělali, co vás pobavilo a nějaké ty „klepy“ z okolí. Ale většina dotazovaných ve výzkumu zvolila zápornou odpověď. Neměla jsem při pokládání této otázky představu, jak budou dotazovaní odpovídat. Velkou úlohu také hraje momentální naladění. Pokud víte, že je stav nemocného velmi vážný až kritický, není vhodné jít s přáteli do kina na výbornou komedii. Při dlouhodobé hospitalizaci je někdy nutné opustit realitu v podobě příjemného setkání.

Údělem stáří není jen klidný život a užívání si po tolika letech práce starobního důchodu, ale také nemoci a ubývání sil. Jak si představují prožití svého třetího věku senioři není předmětem tohoto zkoumání, ale jejich názor by měl mít velkou váhu v rozhodování okolí o jeho umístění. Jsem ráda, že ve výsledku výzkumu zazněla odpověď, že i názor seniora, kde chce prožít stáří, má váhu na rozhodování jeho rodiny. Téměř shodně ve výsledcích dopadly varianty odpovědí domácího prostředí a u své rodiny. Tento výsledek není na jednu stranu překvapující. Je možné, že lidé hodnotili a orientovali se na svůj vlastní život. Kde by oni chtěli bydlet na konci svého života. Nikdo z dotázaných nevybral možnosti domovy důchodců a léčebny dlouhodobě nemocných. Jsou lidé k těmto druhům zařízení skeptičtí a proč? Příčiny mohou být různé. Jsou to špatné zkušenosti nebo pocit odložení seniora? Dnes již existují soukromá zařízení k zajišťování péče o seniory. Nikde není napsáno, že za každou cenu musíme mít příbuzného seniora ve své péči. Necháme se nejprve informovat, co vše taková péče obnáší. Pomoci s péčí o seniora doma nám mohou pomoci instituce a úřady k tomu kompetentní. Dnes již nečiní problémy starat se o nemocné seniory v jejich domácím prostředí, i když žijí sami. O náročnosti péče o seniory není pochyb. Nejsme tu jako rodina sami na tuto péči a není hanbou obrátit se s žádostí o pomoc a zajistit příbuznému kvalitní péči, tam kde je šťastný.

Velmi mne překvapilo, že ve třech případech, lidé do své rodiny zahrnuli svého domácího miláčka, což ve všech odpovědích byl pes. Je až překvapující, jak zvíře ovlivňuje chod a myšlení rodiny i jednotlivce, že ho lidé nezapomenou zapsat do dotazníku jako je tento.

Je zajímavé, jak nás myšlenka péče o příbuzného napadá až od určitého věku. Musíme do této myšlenky dozrát? Je to těžké rozhodnutí, pečovat či nepečovat. Hodnotíme všechna pozitiva a negativa. Hodnotíme celý, doposud žitý život, co vše se pro nás změní. Alespoň myšlenku o této alternativě zvolilo nejvíce dotazovaných, což se nerozchází s mými předpoklady.

Nestačí jen naše rozhodnutí. A co náš partner, co na to bude říkat? Zním ho tak dobře, že vím co mi odpoví? Máme strach jít za ním s touto otázkou? Nebo to vyplyne ze situace a bez řečí víme, co si ten druhý myslí a jak se rozhodne. Než celkový výsledek, mne překvapila odpověď jedné osoby, která uvádí jistotu negativní odpověď svého partnera. Otázkou je, zda tato osoba již takovou zkušenost má za sebou, a ví že partner již souhlasit nebude, nebo se tato osoba již předem obává záporné odpovědi. Podstatnou skupinu odpovědí tvořily odpovědi váhavé. Nepředpokládala jsem, že to bude tak velký počet, tedy 24 % (14). Můj odhad se pohyboval kolem 8 % - 10 %.

Pokud náš postoj sdílí i partner, jak budou reagovat ostatní členové domácnosti? Není možné bez jejich podpory, přičinění a snahy vzít k sobě nemocného seniora a starat se o něj. Vycítí, že zde není vítán. Na rozdíl od předchozích odpovědí, v otázce partnera, si jsou nyní respondenti jisti, že by ostatní členové domácnosti nebyly v opozici tohoto úmyslu. Je pozoruhodné, jak jsou shodné odpovědi neví v obou otázkách. Mají stejný počet procent. To znamená, že s největší pravděpodobností ten kdo neví, jak by na tuto alternativu péče reagovat partner, neví, jak by se k této situaci postavila rodina.

Někdy je nutné při péči o seniora opustit i zaměstnání. Je odlišné, zda by se o nemocného seniora měl starat potomek po studiích, na počátku kariéry nebo děti ve středním až pozdním věku s pracovní kariérou u konce. Otázka, zda opustit zaměstnání či nikoli, záleží také na tom, komu je kladena. Pro toho, kdo finančně zabezpečuje rodinu, je jistě nemožná jen úvaha o opuštění zaměstnání. Každý z nás máme jiný postoj k práci. Pro někoho jen nástroj výdělků, pro jiného seznamování s lidmi, kariéra a katastrofa při pomyslení na opuštění povolání, i když je jeho rodina v sázce. Pro někoho neřešitelná situace, pro jiného problém již vyřešený, bez pochybností. Výsledky této otázky mne zvláště nepřekvapily. Čekala jsem velké počet negativních i váhavých odpovědí.

Jestliže se rozhodneme pečovat o svého příbuzného ve své domácnosti, co nás bude v prvních fázích trápit a z čeho budeme mít největší obavy? Jinak bude fungovat chod rodiny, zaběhnuté stereotypy se ruší. V prvních dnech se vše soustřeďuje na seniora. A co zdravotní komplikace? Budeme se umět správně zachovat? Tato rizika a i ostatní musely být zváženy před zahájením domácí hospitalizace. Čekala jsem více odpovědí, které by poukazovali na narušení rodinného života, ale výsledky byly jiné. Je pro mne zkušeností, jak lidé více myslí na zdravotní komplikace než na vlastní život. Druhá stránka věci je taková, že odpovídali medicínsky nevzdělaní lidé a jejich obavy v jejich situaci jsou oprávněné.

Důležité jsou též předchozí zkušenosti s domácí péčí o seniory. Takovéto situace nepřicházejí vícekrát za život. Pokud se přece jen opakuje, jsem již připraveni.

Jednoznačně ve prospěch zdravotnického personálu vyšly výsledky výzkumu o podávání prvních informací v otázkách domácí péče. Tak vysoký počet procent jsem nepředpokládala. Vysvětluji si to tím, že je to jistě zapříčiněné blízkým kontaktem s personálem zdravotnického zařízení. Nemocný senior je v mnoha případech propuštěn po předešlé hospitalizaci v nemocničním zařízení. Informacím od známých lidí či příbuzných, kteří mají či nemají zkušenost s domácí hospitalizací, nepřikládají dotazování velkou váhu. Ti mohou podpořit či zradit od úmyslu domácí péče. S úřady se většině z nás jednat nechce, ani když je to v záležitosti velmi nutné, jakou je pomoc při poskytování domácí péče. Ani v tomto výzkumu není situace jiná. Mým předpokladem bylo, že lidé budou více spoléhat na názor známého. Ale je tu otázka, zda někdo v blízkém okolí či v rodině má takovou zkušenost. Mrzí mne, že nikdo nevyužil možnosti vepsání vlastního názoru.

O existenci agentur domácí péče je povědomí dobré. Nečekala jsem takto vysoký výsledek. Ve své podstatě jsem ráda a doufám ve využití těchto služeb při tak dobré informovanosti o existenci agentur domácí péče.

Pokud někdo potřebuje a využije služeb agentur domácí péče, měl by vědět, co mu taková agentura domácí péče může nabídnout. Aby si nemyslel, že je tu na všechno sám nebo na druhé straně, že za něho veškerou odpovědnost a úkony vyřídí pracovníci agentury domácí péče. Ať je to zdravotní sestra, fyzioterapeut nebo jiný člen týmu. Lidé ve výzkumu ukázali svou potřebu pomoci v ošetrovatelských úkonech. Na počátku jsem toto stanovisko chtěla porovnávat s pomocí úřadů. Ty však dopadly podstatně odlišně a s tak nízkým procentem bych při pokládání této otázky nepočítala. Dobrý postřeh přišel od tří dotazovaných, kteří uvedli, že by spolupráci s agenturou domácí péče uvítali při úkonech, na které by nestačili. Velkou úlohu mají v domácí péči samozřejmě praktičtí lékaři, kteří tuto péči předepisují a tudíž spolupráce agentur domácí péče a praktických lékařů je úzká. Velké procento lidí si myslí, že služby, které poskytují agentury domácí péče jsou potřebné a práce sester v těchto agenturách je ve prospěch společnosti. Tento názor koresponduje i s mými předpoklady.

Překvapil mne vysoký počet lidí, kteří nechtějí či neví, zda by chtěli poznat sestru, která pečující o jejich příbuzného. Čím je to asi zapříčiněno? Přiznávám velmi optimistické předpoklady při kladení této otázky. Domnívala jsem se, že přece jen malé procento lidí bude váhat a vepíše odpověď *nevím*. Avšak v mých úvahách před vyhodnocením výsledků, není odpověď *ne*. Tuto odpověď jsem nečekala. To znamená, že spolupráce s těmito lidmi by byla přinejmenším komplikovaná. Personál agentury domácí péče zasahuje do rodinného života. Nelze přece vymazat tuto skutečnost.

Zdravotní sestry a ostatní personál zajišťující domácí péči by měli mít odpovídající vzdělání. Avšak zkušenosti v oblasti péče o seniory uvádí ve výzkumu nejvíce dotázaných. Mé domněnky se potvrdily a lidé si nejvíce cení a požadují zkušenosti s péčí o seniory. Na druhé straně je vzdělávání zdravotnických pracovníků jejich povinností. Zazněly i další názory, jejichž přítomnost by měla být součástí chování personálu agentur domácí péče, jako jsou osobní přístup, lidskost a trpělivost.

## 5. ZÁVĚR

Svoji bakalářskou práci jsem rozdělila na část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části byla snaha zaměřit se na starého člověka jako pacienta a na člověka, který se musí vyrovnat s nemocemi a blíží se smrti. V dnešní moderní době, kde má přednost zdraví, mládí, dravost a ctižádost se starý člověk ztrácí. Přijde mezník, časový zlomek a staří lidé neudrží krok a zaostávají. Mohou si připadat méněcenní, bez sociálních kontaktů. Zjistí, že si s mladou populací nerozumí a mají pocit odsunutí na druhou kolej. Rodina by tu měla být, aby vyplnila prázdnotu a zahнала smutek.

Pro pomoc v této složité situaci jsou organizace a instituce, které pomáhají nejen starým občanům v naší společnosti, ale také však jejich rodinám. Jsou partnery v péči a to samé partnerství čekají od nás klientů.

Agentury domácí péče se začaly ve velkém míře rozvíjet po roce 1989. Služby pečovatelské a charitativní však mají dlouhou historii. Známe péči o nemocné poskytovanou řadovými sestrami, tedy církví, která poskytovala péči dlouhá staletí.

V mé bakalářské práci jsem se pokusila najít odpovědi na péči o seniory, tak jak ji vnímá venkovská veřejnost.

Cíle teoretické části byly stanoveny jako pohled na nemoc a zdraví zaostřené zejména na problematiku stáří a nemoci a na péči o tyto pacienty. Jednotlivé body stanovené jako cíle teoretické části jsem přehledně zpracovala do jednotlivých kapitol.

V empirické části bakalářské práce hodnotím výsledky výzkumu. V dotazníku sestavený pro tento výzkum, se hodnotili dopovědi na 21 otázek.

Z dotazníku vyplynulo, že podstatnou část účastníků ve výzkumu tvořily ženy. Je to jistě náhodný jev a není úmyslem podporovat či zohledňovat jedno nebo druhé pohlaví.

Nejvíce osob, které se podíleli na výzkumu bylo ve věku 46 -60 let, ale v těsném výsledku 32 % se mu přibližuje věk 31 -45 let.

Výše vzdělání respondentů velkým způsobem neovlivnila konečné výsledky. Nejvíce vybrané populaci venkovského prostředí dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou a to v 46 %. Další nejvyšší počet osob (36 %) disponovalo odborným vzděláním. Dle výsledků výzkumu nikdo z dotazovaných neabsolvoval vyšší odborné vzdělání.

V další kladené otázce mne zajímalo, jak často lidé navštěvují svého příbuzného seniora. Z nabídnutých možností se odpovědi nevyomykaly mým předpokladům. Při pokládání této otázky jsem uvažovala, že nejvíce odpovědí bude na možnost 4x týdně a ta se také vyplnila. Zajímaly mne volné odpovědi. Kdy poprvé v dotazníku mohli respondenti vyjádřit svůj názor. Sedm lidí by navštěvovalo svého příbuzného seniora dle pracovního vytížení a okolností. A na stejnou otázku v dotazníku odpověděli, v té samé volné odpovědi čtyři osoby, kteří by návštěvu vykonávali 2x- 3x týdně.

Nemoci seniora by v 84 % dotazovaní prožívali s obavami, trápilo by je pomyšlení nemoci seniora, ale jeho uzdravení je prvořadé. Odpovědi v dalších možnostech byli spíše podprůměrné.

I otázka strachu a obav z hospitalizace seniora byla zařazena do tohoto výzkumu. Z něho vyplývá, že 58 % z všech osob, které dotazník vyplnilo, mělo neurčité obavy, ne přesně identifikovatelné. Ztráty blízkého se obávalo 36 % respondentů, což byla druhá nejčastěji uváděná odpověď v této otázce. Velmi zajímavé byly volné odpovědi, které byly také součástí této otázky. Této volby využili dva respondenti. Jeden z nich se při hospitalizaci seniora obává lékařů a druhý bolesti seniora.

Z výzkumu také vyplynulo, že 44 % respondentů nedokáže během hospitalizace příbuzného seniora relaxovat. Další nabízené možnosti „ano a ne“ měli vyrovnané výsledky. Opět zde byla možnost vepsání svého názoru a tuto variantu využilo pět z celkového počtu padesáti dotazovaných. Tři z nich uvedli, že by rozhodovali okolností. Na rozdíl od druhé nejčastější odpovědi, že by jejich relaxace probíhala jen někdy a pouze jeden člověk uvedl dle nálady.

Odpovědi na otázku nejlepšího pobytu ve stáří, kde je nejlépe strávit stáří se téměř shodně vyjádřili spoluobčané zapojeni do tohoto výzkumu, že u své rodiny, nebo ve svém vlastním bytě či domě. Odpovědi na tyto dvě možné odpovědi se pohybovali kolem 40 %. Opět téměř shodný výsledek (10 %) dosáhli odpovědi penzióny pro seniory a volné odpovědi. Na ty se vyjádřilo celkem pět osob. Tři z nich by se rozhodovali dle názoru seniora a poslední dva by se orientovali dle zdravotního stavu nemocného seniora.

V deváté otázce dotazovaní vypisovali členy rodiny, kteří s ním žijí ve společné domácnosti. Velký počet deseti osob žije samostatně. Ve většině případů však žijí lidé vyplňující dotazník ve více generačních domácnostech. A zajímavý dodatek, kdy ve třech případech lidé považují za člena domácnosti i zvíře.

Už jen myšlenka o možnosti domácí péče se může v situaci kdy nastane stát již věcí rozhodnutou. Z dotazníku vyplynulo, že 70 % dotazovaných přemýšlelo a možnosti domácí hospitalizace. Odpovědi „ne a nevím“ se pohybovali na hranici kolem 15 %.

Ve výsledku výzkumu je patrný údaj o většinovém souhlasu partnera při domácím ošetřování seniora. Takto svému partnerovi důvěřuje 70 % všech dotázaných. Pouze 2 % osob je přesvědčeno, že by jeho partner nebyl nakloněn takovému kroku. Poslední údaj v této otázce naznačuje neznalost názoru svého partnera na toto téma neboť nevěděli, jak partner smýšlí o této problematice. Ale souhlas partnera přece jen nestačí. Je zapotřebí seznámit s vaším rozhodnutím i další členy domácnosti. Zde 72 % dotázaných uvedlo kladnou odpověď a naopak zápornou nikdo. Možnost nevím využilo 28 % z celkového počtu.

Zajímavé výsledky též ukazují odpovědi na otázku opuštění či setrvání v zaměstnání. Kladné odpovědi zazněly v 57 % a ve 12 % lidé odpovídající v dotazníku uvedli negativní odpověď. A čas na rozmyšlenou, pro lidi, kteří neví, by potřebovalo 31 % osob.

Jisté obavy z nové zkušenosti, jakou domácí ošetřování je, má jistě každý člověk vyskytující se v této nové situaci. Otázka v dotazníku zněla: Z čeho byste měli největší obavy při domácím ošetřování? Z výzkumu vyplývá, že 64 % respondentů má obavy ze zdravotních komplikací. Následující možnosti se pohybují pod hranicí 20 % a z nich největší počet odpovědí poukazovalo na narušení rodinného života. Ve volné odpovědi k této otázce se vyjádřilo pět osob. Zazněly celkem tři názory: nepřemýšleli o této skutečnosti, z neposkytnutí správné péče a z nevědomosti, co dělat při komplikacích.

Největší důvěru v poskytování prvních informací o formě této péče se dostalo v 84 % zdravotnickému personálu. Další možnosti nepřekročily hranici 10 %.

Z dotazníku vyplynulo, že 70 % osob zapojených do výzkumu se s touto situací nesešlo, na rozdíl od zbylých 30 % již má zkušenost s možností takovéto péče o příbuzné. Povědomí o existenci agentur domácí péče má 94 % všech dotazovaných.

Je důležité vědět, jaké služby poskytují agentury domácí péče a jaké služby bychom využili. Nejvíce dotázaných by využila služeb, jako jsou převazy ran a podávání medikamentů, méně již služby pomoci při jednání s úřady a 2 % dotázaných by nevyžilo žádných služeb. Možnosti vlastního názoru využilo devět osob. Nejvíce z nich a to 45 % by se rozhodlo dle situace a okolností. Následuje 33 % osob. Ti by chtěli od agentury domácí péče takové služby, na které by nestačili. Zbylé procento neví, jaké služby využít.

O potřebě sester pracujících v agenturách domácí péče nepochybuje 94 % všech lidí zapojených do výzkumu. Potřebu poznat sestru agentury domácí péče, která pečuje o blízkého seniora chce 78 % dotázaných. Překvapující je, že 6 % osob nechce poznat tuto sestru a 16 % dotazovaných neví, zda by vůbec tuto sestru chtělo poznat.

Z poslední otázky v dotazníku vyplývá, že 72 % respondentů upřednostňuje zkušenosti v oboru při péči o seniory. Druhá nejčastější názor uvádí důležitost vzdělání v oboru a to ve 20 %. Volnou odpověď využili čtyři osoby vyplňující dotazník. Každá z nich je odlišná. Jeden z nich upřednostňuje lidskost, druhý osobní přístup. Názor třetího člověka poukazuje nad trpělivostí a láskou k lidem a poslední dotazovaný neví.

Závěrem své práce bych chtěla zdůraznit, že péče o seniory je náročná a velmi důležitá. Mysleme na to, že jednou až přijde čas, kdy budeme potřebovat pomoc druhých i my.

## 6. ANOTACE

**Autor:** Erika Slavíková

**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF HK v Hradci Králové  
Oddělení ošetrovatelství

**Název práce:** Spolupráce sestry s rodinou při léčbě nemocného

**Vedoucí práce:** MUDr. Lubomír Hadaš

**Počet stran:** 72

**Počet příloh:** 2

**Rok obhajoby:** 2007

**Klíčová slova:** starý člověk, nemocný senior, domácí ošetřování, agentury domácí péče

Tato bakalářská práce na téma „Spolupráce sestry s rodinou při léčbě nemocného“ je rozdělena do dvou částí. Za první teoretická část a ta přibližuje témata; změny zdravého člověka na pacienta, snaží se definovat starého člověka jako pacienta, charakterizuje zdraví oproti nemoci a smrti a v neposlední řadě se zabývá domácí péčí, její historií a organizací.

V druhé, empirické části se popisuje samotné hodnocení výsledků výzkumu jehož cíle byly; zjistit, jak nemoc seniora působí na ostatní členy rodiny, dále pak zhodnotit, jak se vybraná populace staví k možnosti domácího ošetřování a posledním cílem empirické části bylo zjistit, jaké je povědomí o práci sester v domácí péči. Pro tento výzkum byl sestaven dotazník, na který odpovídala laická veřejnost žijící na venkově. Dotazovaných padesát respondentů odpovídalo na dvacet jednu otázku. Ve výzkumné části mne nejvíce zaujala odpověď, kdy větší počet dotazovaných nechce nebo neví, zda chce poznat sestru agentury domácí péče, která pečuje o příbuzného seniora.

This Bachelor Thesis entitled "The cooperation of a nurse with the family during the care of a patient" consists of two parts. The first part, a theoretical one, defines the subject: the change of a healthy person into a patient, and seeks to define an elderly person as a patient, provides the characteristics of good health condition in comparison to those of an illness and, last but not least, deals with the concept of home care, its evolution and organisation.

The second, empirical part, outlines the evaluation of the results of the research intended to identify the way in which an illness of an elderly influences other members of his or her family, and to assess the attitude of the chosen part of the population to the possibility of taking advantage of home care arrangements. The last issue looked at in this empirical part was the public awareness and views of the work of nurses in the home care. For this purpose, a survey form had been set up to target the public in the countryside. Fifty persons interviewed were to answer 21 questions. In the empirical part, the most interesting result was the fact that more than a half of those interviewed do not want / cannot say if they want to get to know in person the nurse from the home care agency who actually looks.



## 7. LITERATURA

1. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Charty seniorů a chronicky nemocných. ČALS 2001. 1. vyd.: ISBN 80-86541-1-0. ISSN 1213-4082. s.16- 21.
2. FIŠEROVÁ, J., *Etika v ošetrovatelství. Pomocný učební text. Brno. IDVPZ, 1994* 57-60s
3. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. 194-195s.* ISBN 80-7262-132-7
4. HASTINGSOVÁ, D., *Domácí sestřička. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1997. 133-139s.* ISBN 80-7176-452-3
5. HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., *Vybrané kapitoly z gerontologie. Studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZČR. 2002: GEMA*
6. JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. 126-130s.* ISBN 80-7254-329-6
7. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 52-66s.* ISBN 80-7368-110-2
8. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 13-14s. 48s. 135-138s.* ISBN 80-247-0179-0
9. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví. 1.vyd. Praha. Portál, 2001. 155-158s.* ISBN 80-7178-551-2
10. POCHYLÁ, K., *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 1. Praktická příručka pro sestry. 2. přepracované vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 24-30s.* ISBN 80-7013-420-8
12. SCOLLON, R., SCOLLON, S.W., *Intercultural communication: a discourse approach. 1. vyd. Oxford: Blackwell, 2001. 316s.* ISBN 0-631-22418-1
13. STAŇKOVÁ, M., BLÁHA, K., VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 13. Praktická příručka pro sestry. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 33-34s.* ISBN 80-7013-388-0
14. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O., *Autonomie ve stáří, strategie jejího zachování. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 72s.* ISBN 80-7326-026-3
15. TOŠNEROVÁ, T., *Příručka pečovatele. 3. aktualizované vydání české verze. Praha. Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 11-12s. 38-39s.* ISBN 80-238 8541-3

16. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 11s. ISBN 80-247-1919-3
17. ZGOLA, J.M., *Úspěšná péče o člověka s demencí.* 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 71-72s. 83-84s. ISBN 80-247-0183-9
18. <http://galium.cz/clanky>
19. <http://www.cormier.cz/zdrav>
20. <http://www.sprg.cz/index.php?id=9>

## 8. PŘÍLOHY

### Příloha 1 - Dotazník

**Vážená paní, Vážený pane,**

Jmenuji se Erika Slavíková, jsem studentkou Lékařské fakulty v Hradci Králové a v současné době zpracovávám závěrečnou bakalářskou práci na téma *Spolupráce sestry s rodinou při léčbě nemocného*. Dotazník ,který Vám předkládám je zcela anonymní a jeho data nebudou jinde prezentována.

Prosím Vás touto cestou o jeho pečlivé vyplnění.

Vybrané odpovědi zakroužkujte a pokud se Vám žádná nehodí, vepište Váš názor.

Děkuji vám. Erika Slavíková, ARO - Nemocnice Chrudim

1. Pohlaví

a, muž

b, žena

2. Věk

a, 18 - 30let

b, 31 - 45let

c, 46 - 60let

d, 61 - 75let

e, 76 a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

a, základní

b, odborné

c, střední s maturitou

d, vyšší odborné

e, vysokoškolské

4. Pokud jste měli člena rodiny(seniora) v nemocničním zařízení, jak často jste ho navštěvovali?

a, jen o víkendu

b, 4x za týden

c, každý den

d, .....

5. Jak jste prožívali nemoc člena rodiny(seniora)?

a, byl(a) jsem nešťastný(á), plačtivý(á)

b, trápilo mě to, měl jsem obavy, ale uzdravení je prvořadé

c, byl(a) jsem klidný(á), nevyvedlo mě to z míry

d, .....

6. Z čeho jste měli obavy, strach, pokud byl Váš příbuzný v nemocnici?

a, ze ztráty blízkého

b, nemohu přesně identifikovat, byl to zvláštní druh obav, neurčitý pocit

c, neměl jsem žádné obavy

d, .....

7. Dokážete se odreagovat, relaxovat, při pocitu, že je Váš příbuzný v nemocnici(divadlo, restaurace)?

a, ano

b, ne

c, nevím

d, jak .....

8. Jaký máte názor na umístění seniorů? Kde je nejlépe strávit stáří?

- a, léčebny dlouhodobě nemocných(LDN)
- b, penziony pro seniory
- c, domovy důchodců
- d, u své rodiny
- e, domácí prostředí(ve svém bytě, či domě)
- f,.....

9. Kdo s Vámi žije ve společné domácnosti?

.....  
.....

10. Přemýšleli jste o tom, že byste pečovali o svého příbuzného seniora v jeho nemoci doma?

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

11. Podpořil by Vás partner ve Vašem rozhodnutí, starat se o rodiče doma?

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

12. Podpořili by Vás i ostatní členové rodiny, žijící ve společné domácnosti?

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

13. Dokázali byste opustit i zaměstnání?

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

14. Z čeho byste měli největší obavy při domácím ošetřování?

- a, z narušení rodinného života
- b, ze zdravotních komplikací
- c, není se čeho bát
- d, .....

15. Ocitli jste si již v takové situaci?

- a, ano
- b, ne

16. Pokud se rozhodnete o péči v domácím prostředí, kde budete hledat pomoc a první informace?

- a, od zdravotnického personálu(lékař, sestra)
- b, zeptám se známého
- c, kontaktuji kompetentní instituce(úřady,agentury domácí péče)
- d, .....

17. Víte o tom, že existují služby domácí péče?

- a, ano
- b, ne

18. Jaké služby domácí agentury byste využili?

- a, podávání léků, injekcí, převazy ran
- b, jednání s úřady, finanční podpory
- c, žádné
- d, .....

19. Myslíte si, že služby domácí péče a sester, které pracují v domácí agentuře jsou potřebné?

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

20. Chtěli byste mít možnost poznat sestru domácí agentury, která pečuje o Vašeho blízkého?

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

21. Co je podle Vás důležité při ošetřování a péči o seniory?

- a, důležité je hlavně vzdělání v oboru
- b, především zkušenosti v oblasti péče o seniory, znát psychologii stáří
- c, tato práce nevyžaduje speciální školení
- d, .....

## **Příloha 2 – Charta práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby.**

Národní nadace pro gerontologii, Francie  
Ministerstvo práce a sociálních věcí, Francie 1996

Stáří je obdobím života, ve kterém by měl pokračovat rozvoj lidské osobnosti.

Většinou jsou lidé vyššího věku samostatní, zachovávají si dobrou psychickou kondici až do posledních dnů svého života. Závislost na péči druhé osoby přichází z důvodu onemocnění, které může být jak psychické tak somatické. Ale i v situacích závislosti na péči jiné osoby je zapotřebí, aby starším občanům nejen náležela, ale aby měli možnost aktivně využívat všechna práva i svobody tak, jako jiní občané. Měli by zůstat v původním prostředí, v kontaktu s ostatními generacemi.

Účelem této výsadní listiny je připomenutí a uznání důstojnosti, kterou mají požívat starší občané se sníženou soběstačností.

### **Článek I Svoboda volby**

Každý občan se sníženou soběstačností má právo vybrat si sám způsob svého života. Musí požívat autonomie dle svých fyzických a psychických možností, a to i za cenu určitého rizika. Je však třeba, aby byl o tomto riziku informován a přizpůsobil mu prostředí, ve kterém žije. Rodina a ošetřující by měli co nejvíce respektovat jeho volbu.

### **Článek II Domácnost a prostředí**

Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností, by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám. Je třeba, aby tyto lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by mělo také odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti. Možnost setrvání doma může mít své meze, a proto je třeba, aby se tyto lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci. Častou příčinou, proč je třeba volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění. V tomto případě je třeba, aby pacient a jeho rodina volili vždy individuálně dle potřeb pacienta. Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak, aby odpovídala potřebám soukromého života. Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňující dobrou orientaci.



### **Článek III**

#### **Sociální život s handicapem**

Všichni lidé, kteří jsou v důsledku svého onemocnění závislí na pomoci a péči druhých osob, by měli mít garantovanou svobodu volně komunikovat, neomezeně se pohybovat a podílet se na společenském životě.

Urbanisté by měli vzít v úvahu stárnutí populace. Veřejná prostranství a veřejná doprava by měly být přizpůsobeny změnám potřebám zdravotně postižených tak, aby se tyto občané mohli snáze podílet na kulturním a společenském životě. Všichni starší občané by měli být jasným, srozumitelným a přesným způsobem informováni o svých sociálních právech a o legislativních změnách, které jsou pro ně důležité.

### **Článek IV**

#### **Přítomnost a role blízkých a příbuzných**

Pro občany se sníženou soběstačností je zásadně potřebné, aby si mohli zachovat a udržovat dosavadní přátelské a příbuzenské vztahy. Je třeba společensky respektovat roli pečujících rodin, které by měly být zejména psychologicky podporovány. Také instituce by měly dbát na spolupráci s rodinami pacientů, která je důležitá pro zlepšení kvality jejich života. V případě, že tyto lidé rodinu nemají, je třeba, aby její roli nahradili profesionálové či dobrovolníci. Je třeba, aby si tyto lidé také mohli zvolit a prožívat své intimní vztahy. Citový život je člověku vlastní v každém věku. Také sexuální aktivita bývá zachována do vysokého věku. To je nezbytně třeba respektovat.

### **Článek V**

#### **Majetek**

Všechny starší osoby s omezenou soběstačností mají nezpochybnitelné právo si zachovat movitý i nemovitý majetek. S tímto majetkem si mohou sami disponovat, a to pouze kromě případů, kdy je soudem rozhodnuto jinak. V případě, že tyto lidé nejsou sami schopni nést náklady svého handicapu, je třeba jim pomoci.

### **Článek VI**

#### **Aktivní život**

Je třeba umožnit všem starším občanům, kteří jsou závislí na pomoci a péči druhé osoby, aby si co nejdéle zachovali své dosavadní aktivity. Potřeba vyjádřit se a kreativně uplatnit trvá i v situaci těžkého zdravotního i duševního postižení. Je třeba vytvořit centra, která se této problematice budou věnovat a zapojit do jejich činnosti také dobrovolníky a odborné pracovníky. Tyto aktivity by neměly být nikdy pouhým stereotypem, ale měly by respektovat přání a tvořivost starších občanů. Také ti, kteří jsou postiženi duševní nemocí, zejména demencí, by se na nich měli podílet. Při koncipování těchto aktivit je třeba se pečlivě vyvarovat dětinských či jinak degradujících prvků.

## **Článek VII**

Každý starší člověk se sníženou soběstačností musí mít možnost podílet se na náboženských či filosofických aktivitách dle vlastní vůle a volby. Každé zařízení by mělo tuto potřebu respektovat a umožnit je prostorově i přístupem zástupců různých církví a vyznání. Vykonávání náboženského obřadu je možné za oboustranného souhlasu.

## **Článek VIII**

Stáří je fyziologickým normálním stavem. Nesoběstačnost je vždy důsledkem tělesné či psychické choroby. Některým z těchto chorobných stavů je možné předcházet. Proto je důležité prosazovat takové medicínské postupy, které povedou k prevenci nesoběstačnosti. Způsoby, jakými lze těmto stavům předcházet, by měli být předmětem informací určených široké veřejnosti, zejména pak občanům vyššího věku.

## **Článek IX**

### **Právo na péči**

Každý člověk se zhoršenou soběstačností by měl mít přístup k takovým službám, které potřebuje a jsou mu užitečné. V žádném případě by se však neměl stát pouhým pasivním příjemcem služeb, a to ani v instituci, doma nebo v nemocnici. Přístup ke službám by se měl řídit individuálními potřebami každého nemocného a nesmí docházet k věkové diskriminaci. Služby zahrnují všechny lékařské a jiné zdravotnické činnosti, které dovolí vyléčení v každém z těch případů, které mají na vyléčení šanci. To má význam zejména pro prevenci zhoršení soběstačnosti. Cílem je zlepšení kvality života a zmírnění obtěžujících příznaků, zlepšení či udržení dobrého duševního stavu pohodlí nemocného, vrácení naděje, perspektivy a radosti.

Nemocnice by si měly zachovat charakter a všechny náležitosti veřejných institucí, které budou sloužit také starým nemocným. Instituce obecně by měly být personálně i věcně a architektonicky vybaveny pro možnost přijetí nemocných starších občanů, a to i těch, kteří jsou nemocní duševně. Musejí být zrušena veškerá administrativní opatření, která vedou ke zbytečnému čekání na příslušnou službu a jsou vlastně jednou z forem špatného zacházení se starými lidmi. Služby by se měly vždy přizpůsobovat potřebám starších lidí s omezenou soběstačností nikoli naopak.

## **Článek X**

### **Kvalifikace pracovníků**

Všichni, kteří pracují se staršími pacienty, by měli získat vzdělání v gerontologii odpovídající jejich profesi. Toto vzdělání musí být úvodní a kontinuální, mělo by se zabývat zvláště, ale nikoli výhradně, zvláštnostmi onemocnění a potřebami pacientů ve vyšším věku. Všichni profesionálové by měli mít možnost analyzovat své postoje a praktické přístupy ve spolupráci s psychologem.

## **Článek XI**

### **Úcta ke konci života**

Nemocnému v terminálním stadiu onemocnění i jeho rodině by měla být poskytnuta péče, pomoc a podpora. Je samozřejmé, že nelze směřovat stavy závažné a stavy neodvratitelné vedoucí ke smrti. Odmítnutí terapie u osoby, která má naději na vyléčení je stejným omylem jako nadbytečné a obtěžující léčení toho, kdo se nachází v terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění. Jakmile se smrt neodvratitelně blíží, je třeba nemocného obklopit péčí a pozorností přiměřenou jeho stavu. Neznamená to však marné pokusy o intenzivní terapii, ale citlivé doprovázení tímto stavem a zmírňování všech nepříjemných psychických i fyzických příznaků, které stav doprovázejí. Staří lidé v terminálních stádiích nevléčitelných onemocnění by měli svůj život končit co nejpřirozenějším a nejpohodlnějším způsobem, obklopeni blízkými, s respektem na jejich víru, přání a mínění. Ať již smrt nastane v domácnosti, nemocnici či jiné instituci, ošetřující profesionálové by vždy měli umět co nejcitlivěji a nejprofesionálněji doprovázet pacienta a jeho rodinu obdobím před i po smrti.

## **Článek XII**

### **Výzkum: priorita a povinnost**

Prioritou by měl být multidisciplinární výzkum o stárnutí a všech aspektech a souvislostech soběstačnosti. Jenom výzkum umožní větší znalost poruch a chorob, které se váží ke stárnutí, a tím také k jejich lepší prevenci. Takový výzkum musí zahrnovat kromě disciplin biomedicínských veřejného zdravotnictví také humanitní a ekonomické aspekty. Rozvoj takového výzkumu by měl vést ke zlepšení kvality života osob se zhoršenou soběstačností, ke zmírnění jejich utrpení a také by měl přinést ekonomický efekt.

## **Článek XIII**

### **Informace – nejlepší prostředek boje proti exkluzi**

Veřejnost by měla mít efektivní informace o obtížích, se kterými se setkávají lidé s omezenou soběstačností. Tyto informace by se měly šířit v co největším měřítku. Neznalost a nevědomost vedou příliš často k sociálnímu vyloučení lidí, kteří by se díky svým zachovaným schopnostem mohli a přáli podílet na společenském životě. K exkluzi může vést jednak nerespektování oprávněných potřeb pacientů, ale i nadbytečná infantilizující a invalidizující péče. Informace by se měly šířit také o bezprostředních možnostech pomoci. Pojmenovat reálnou situaci, poukázat na tento problém v celé složitosti a seznámit s ním veřejnost, je významný krok k prevenci sociálního vyloučení starších lidí s omezenou soběstačností.

Pokud naše společnost a všichni její členové budou respektovat, že starší lidé s omezenou soběstačností mají absolutně stejná práva a stejnou důstojnost lidského života jako ostatní dospělí členové společnosti, naplní se poslání této charty. (Fišerová, 1994)





