

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDÍ
Institut mezioborových studií Brno

Péče o seniory v domácím prostředí

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.

Vypracovala:
Alena Sádlová

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Péče o seniory v domácím prostředí“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 23. 08. 2012

.....

Alena Sádlová

Poděkování

Děkuji panu doc. Ing. Antonínu Řehořovi, CSc. za metodickou pomoc, věcné připomínky a cenné rady, které mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla obzvláště poděkovat celé své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Alena Sádlová

Obsah

ÚVOD	2
1. STÁŘÍ Z POHLEDU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE.	4
1.1 Biologické stárnutí	5
1.2 Psychické stárnutí	6
1.3 Sociální stárnutí	6
2. RODINNÁ PÉČE O SENIORA	8
2.1 Důvody péče o seniora v rodině	9
2.2 Význam seniora pro rodinu a rodiny pro seniora	10
2.3 Institucionální podpora pečující rodiny	10
3. PROBLEMATICKÉ SITUACE PŘI PÉČI O SENIORA	14
3.1 Problémy plynoucí z fyzického stavu seniora	14
3.2 Problémy plynoucí z duševního stavu seniora	17
3.3 I pečující je jenom člověk- co tíží pečujícího	20
4. RODINNÁ PÉČE O SENIORA A SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA	24
5. PRAKTICKÁ ČÁST	25
5.1 Cíl praktické části a základní popis použité metody	25
5.2 Kazuistiky	26
5.3 Analýza dat a interpretace výsledků	33
ZÁVĚR	35
RESUMÉ	36
ANOTACE	37
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	38
SEZNAM PŘÍLOH	40

ÚVOD

Ve své bakalářské práci bych se chtěla zaměřit na problematiku péče o seniory v domácím prostředí.

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala mimo jiné proto, že současná péče o „mé“ dva seniory není pro mě „premiérou“ ale již „druhým kolem“, kdy koncem osmdesátých let jsme jako rodina pečovali o babičky (matka otce a matka matky).

To, že v jedné rodině, a v jednom bytě, žije více generací, pro mě bylo zcela přirozené. V současnosti tento způsob vícegeneračního soužití ale není tak častý, a zvláště ve městech spíše žijí nukleární rodiny¹. Fungující rodina je ale pro seniora prakticky nenahraditelná, profesionální péče ji nemůže v plné šíři zastoupit. Bohužel pokud rodinné vztahy nefungují, případně došlo k rozpadu rodiny či přetrhání rodinných svazků, zůstává senior často nakonec sám.

Tam, kde rodina kvalitně funguje v péči o seniora, nastává jiný problém. Současná doba přináší sice pečovatelům v rodině mnoho zjednodušení a zlepšení po technické stránce, na druhé straně zvyšující se věk odchodu do důchodu, snižující se porodnost, a nedostatek pracovních příležitostí pro lidi ve věku nad padesát let péči o seniora v domácím prostředí komplikuje. Pečující je pak často postaven před otázku, co obětovat; zda péči o svého rodiče nebo zaměstnání.

Mezigenerační solidarita v dnešní době není příliš populární. Zde má sociální pedagogika co říci jak těm nejmladším, střední generaci, ale i těm starším. Domnívám se, že pokud si pojem sociální pedagogika přeložím jako učení se žít spolu, ve společnosti jiných lidí, nemohu přehlížet fakt, že součástí společnosti jsou i staří lidé. Zamezit prohlubování propasti mezi generacemi je pro sociální pedagogiku, domnívám se, velká výzva.

Tento rok je vyhlášen Evropskou unií jako Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity. V současnosti probíhají různé mediální kampaně, které na bilboardech i v médiích upomínají na problematiku života seniorů. Je smutné, pokud na

¹ Nukleární rodina – rodina skládající se z otce, matky a dětí

něco tak samozřejmého, jako je péče o dříve narozené, musí být připomínána, a není organickou částí našich životů.

Pokud ale kampaň probíhá, měla by být výzvou pro každého člověka, protože všichni máme ve svém okolí nějakého dědečka či babičku, tetu... nebo sousedku, kteří nás potřebují. Můžeme jim pomoci tak, že jsme je například ochotni vyslechnout, aby měli alespoň minimální sociální kontakt. Protože to nejhorší na stáří je, domnívám se, samota. Důchodci v mém okolí naštěstí mají svou rodinu, přátele. A právě pomoc rodiny seniorům je tématem mé práce.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak vnímají pomoc svým rodinným příslušníkům pečující a jakým způsobem se udržují ve fyzické a psychické kondici.

Moje bakalářská práce se v první části zaměřuje na vymezení pojmu stáří a stárnutí. Ve druhé části teoretického zpracování se zabývám rodinnou péčí o seniora, s přihlédnutím k hodnotě seniora pro rodinu a také institucionální podporou pečující rodiny. Třetí část je věnována problematikým situacím při péči o seniora v rodině, včetně problémů pečujících.

V praktické části této bakalářské práce provedu kvalitativní výzkum. Uskutečním jej pomocí polostrukturovaného rozhovoru a jeho cílem bude zachycení individuálních pozitivních i negativních zkušeností pečujících o osoby blízké v domácím prostředí.

1. STÁŘÍ Z POHLEDU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE

Stárnutí je přirozený a nezvratný biologický proces, který začíná početím a končí smrtí jednotlivce. Stárnutí se týká všech a stejným způsobem. Rozdíly ale nalzáme v podobě a průběhu tohoto děje. Mezi hlavní charakteristiky stáří a procesu stárnutí totiž náleží značné individuální rozdíly závislé na aktuálním zdravotním a psychickém stavu jednotlivce, jeho rodinném zázemí a dlouhodobých vztazích uvnitř rodiny, vlastním sebepojetí i hodnotovém žebříčku a postojevém vybavení a také na vývoji jeho života a životním stylu. Často se v tomto kontextu setkáváme s pojmy kalendářní stáří, psychologické stáří, sociální stáří.

Mühlpachr rozlišuje stáří kalendářní, biologické a sociální;

- *„Kalendářní: Je definováno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky zpravidla nápadněji projevují involuční změny. Uplatňuje se rovněž demografické hledisko – čím více seniorů ve společnosti (čím starší populace), tím vyšší hranice stáří. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace.*
- *Biologické: Je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obyčejně těsně spojených se změnami způsobenými těmi nemocemi, které se vyskytují s vysokou četností hlavně ve vyšším věku (např. arteroskleróza).*
- *Sociální: Je období charakteristické dosažením určitého věku, v němž vzniká nárok na starobní důchod. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost.“²*

² MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, s. 19 – 20

1.1 BIOLOGICKÉ STÁRNUTÍ

BIOLOGICKÉ STÁŘÍ je teoretické označení konkrétní míry involučních změn, tj. úbytku a zániku biologických funkcí vlivem přirozených změn organismu, které jsou obvykle těsně spojeny se změnami vyvolanými chorobami, jež jsou typické pro vyšší věk.

Stanovit biologické stáří se dosud nepodařilo, proto se toto stanovení nevyužívá. Existují dva přístupy, které vysvětlují stárnutí a stáří z biologického pohledu, a to takto:

▪ **„epidemiologický přístup**

- *stárnutí a umírání jsou nahodilé děje (variabilita a podmíněnost vnějšími a chorobnými vlivy);*
- *přirozená smrt neexistuje, pouze smrt jako nehoda;*
- *v optimálních podmínkách může být život dlouhý.*

▪ **gerontologický přístup**

- *stárnutí a umírání jsou zákonité děje (jsou kódovány v genech);*
- *přirozená smrt stářím existuje;*
- *ani v optimálních podmínkách nelze život prodloužit nad jistou hranici, pokud nedojde ke genetickému ovlivnění.“³*

Biologické stárnutí postihuje celý organismus - snižuje se imunita, zhoršuje se myšlení, funkčnost smyslových orgánů a obecně orgánů v těle.

Problémy se zrakem přiznávají starší lidé velmi ochotně, ale problémy se sluchem přiznávají velmi neradi. Se sluchem souvisí komunikace. Nastává pokles výkonu při pracovních činnostech, omezují se i různé volnočasové aktivity, snižují se možnosti sociální komunikace, vlivem ztráty sluchu může být podezřívavější, protože nerozumí zcela všemu, zvyšuje se nebezpečí úrazu, spousta lidí nezohledňuje vývojový stupeň těch ostatních - řidič na přechodu. Velkou pomocí jsou různé kompenzační pomůcky - naslouchadlo, brýle, hůlka.

³ MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, s. 19

Úbytek senzomotorických schopností je závislý na tom, co lidé dělali během svého produktivního života - úbytek v této oblasti je pozvolnější. Lze sledovat velké individuální rozdíly, dané mimo jiné genetickým vybavením a způsobem předchozího života. „*Stárnutí je velmi individuální záležitost, ovlivňují její aspekty biologické, genetické, výchovné i sebevýchovné a vzájemné lidské vztahy v konkrétním sociálním prostředí.*“⁴.

1.2 PSYCHICKÉ STÁRNUTÍ

PSYCHOLOGICKÉ STÁŘÍ je subjektivní vnímání vlastního věku, poukazuje na psychický stav jedince, tj. na kolik let se cítíme, jak uvažujeme, jak pružné máme myšlení apod. Nemusí odpovídat věku kalendářnímu – senior se může cítit mladší/starší)

Elementární psychické procesy jsou na vrcholu na začátku mladší dospělosti, potom postupně klesají, po 70 letech dochází k prudkému zlomu a úbytek je rychlejší. Paměť se zhoršuje v podstatě od 20 let, ve stáří je problém si zapamatovat nové informace, staré vzpomínky zůstávají zachovány – tzv. Ribotův zákon. Dochází ke změně ve vnímání. Minulé vzpomínky jsou vnímány jako pozitivní - vzpomínkový optimismus. Je rovněž narušena krátkodobá paměť. Učení, schopnost učení - nejenže člověk potřebuje mnohem více času na naučení, ale navíc udělá 4 x více chyb při učení. Celková integrita osobnosti je zachována, jen dochází k jemným posunům v jednotlivých vlastnostech - například hodnotový žebříček.

1.2 SOCIÁLNÍ STÁRNUTÍ

SOCIÁLNÍ STÁRNUTÍ je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění, tj. stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost, kterou je penzionování.

Z pohledu sociálního stáří lze vymezit 4 věky lidského života (tzv. sociální periodizace života):

- „*první věk* = předproduktivní – období dětství a mládí; typické růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí;

⁴ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2008, s. 24

- **druhý věk** = produktivní – období dospělosti; typická produktivita biologická (založení rodiny), sociální a zejména pracovní;
- **třetí věk** = postproduktivní – období poklesu zdatnosti a odpočinku, bez produktivního přínosu; toto pojetí je nebezpečné, protože zdůrazňuje pracovní, výrobní roli jedince a potlačuje možnost jeho osobnostního rozvoje až do nejvyššího stáří;
- **čtvrtý věk** = fáze závislosti – nevhodné označení, protože naznačuje, že nesoběstačnost ke stáří nutně patří; je to však období, kdy je senior opravdu odkázán na pomoc druhých.“⁵

V případě sociálního stárnutí jde o to, vyrovnat se změnou nové role; důchodce nemá velkou prestiž, mění se ekonomické zázemí, stává se čím dál víc závislý na péči ostatních.

Většina lidí odchází do důchodu a prožívá pocity neužitečnosti, nikdo ho nepotřebuje, sedí sám doma a tím se snižuje jeho sebevědomí, musí se adaptovat na nový denní režim, navíc spoustu známých už lze navštívit akorát na hřbitově. Míra společenské izolovanosti toho konkrétního člověka souvisí s úpadkem toho člověka a tím rychleji umírá.

Dalším důležitým faktorem je soběstačnost toho člověka, často se uzavírá do sebe, nekomunikuje s okolím. Typické vlastnosti, které měl člověk předtím, zůstávají, ale zesilují - starostlivý je úzkostný, spořivý se stává lakotným. Staří lidé jsou velmi málo adaptabilní, nejsou ochotni ke změně, lpí na všem zažitém. Hodně často žijí ve vzpomínkách a ve svém minulém životě.

⁵ MŮHLPACHR, P. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, s. 19 – 20

2. RODINNÁ PÉČE O SENIORA

Za nejpriznivější způsob péče o seniora je pokládána možnost co nejdélejšího setrvání starého člověka v domácím prostředí za podpory a péče rodiny. Rodinná péče o starého, nemocného člověka může přinášet problémy a komplikace jak na straně pečujícího, tak na straně pečovaného.

Rodina není připravena na situaci, kterou může nemocné stáří přinést. Na roli závislého člověka nejsou připraveni ani senioři, nechtějí zatěžovat své potomky. V některých rodinách se může stát, že péče o seniora je pro její členy přítěží a v extrémních případech dochází k týrání a zneužívání seniora.

Rodinnou péči o starého člověka nejčastěji zajišťuje manželský partner, partnerka, děti nebo jejich partneři. Jedním z nejčastějších případů péče o starého člověka v rodině je manželka, která sama pečuje o svého starého, nemohoucího manžela. Péče o staré lidi v rodině může mít různé podoby. Nemusí se jednat pouze o neformální rodinnou péči, ale také o profesionální péči zajišťovanou formou placených služeb zvenčí, ale vykonávanou v domácím prostředí.

Domácí péče o nesoběstačného blízkého se odráží i na fungování celé rodiny. Intenzita domácí péče je vždy spojena s lékařskou diagnózou seniora. Například rodinný příslušník trpící pokročilou Alzheimerovou chorobou nebo onkologicky nemocný vyžaduje mnohdy celodenní péči. Naopak některé typy nemocí, zvláště v raném stadiu (cukrovka, lehká artritida) příliš intenzivní pomoc nevyžadují.

Tato péče však s sebou nese pouze negativa, protože na druhé straně přináší pečujícímu mnoho životních zkušeností, se kterými se po celý život nesešel, posiluje vzájemné vztahy mezi pečujícím a pečovatelem, vytváří pocit sounáležitosti a lásky.

Rodina, která se rozhodla pečovat o svého blízkého seniora, musí především chtít, umět a mít možnost se o něj starat. Občasná péče o seniora rodinám většinou nepůsobí obtíže, ale mnoha seniorům je nutné s přibývajícím věkem a nemocemi poskytovat náročnější péči.

2.1 DŮVODY PÉČE O SENIORA V RODINĚ

Senioři jsou velmi rádi, pokud nemají pocit, že jsou na obtíž a rodiče zase, že jim mohou přesunout část svých povinností. Pokud babička nebo dědeček mohou pohlídat děti, pomoci v domácnosti s pracemi ať už je to vyžehlení prádla, nebo drobné práce na zahradě a úklid nebo vypracování úkolů s vnoučaty.

Pomoc, kterou nám senior v rodině může poskytnout, je prospěšná pro obě strany. Babička se necítí osamělá a zbytečná, rodiče mají více času na děti. Děti se naopak naučí, že starší generace nemá tolik energie, že je potřeba pomoci, mít ohled, a v neposlední řadě je tu i jakási kontinuita rodu. Že ta rodina má kořeny v minulosti, o které se učí děti v dějepise a babička jim jí může přiblížit vlastními slovy a zážitky. Život se seniory v rodině může mít spoustu výhod.

Ale ne vždy je vše takto ideální. Jsou i dysfunkční rodiny, kde dochází třeba i k týrání seniorů, často také děti své rodiče „odloží“ do domova seniorů, aniž by respektovaly přání svých rodičů zůstat ve známém prostředí.

„Soužití různých generací lze charakterizovat od ideálního pojetí až k negativnímu:

Realistické, rovnocenné soužití – vyvážené vztahy a osobnosti v rodině, akceptují se zájmy starší generace.

Liberální soužití – každý je pánem svého času, patrné oslabení citových vazeb, neuvědomování si povinností vůči starší generaci.

Podbízivé soužití – členové rodiny si získávají sympatie členů úsluhami, je zde patrné ochabnutí citových vazeb, bezmocnost vůči mladší generaci a snaha o zachování dobrých vztahů.

Nesmiřitelné soužití – silný negativní postoj k soužití starší a mladší generaci, nemorální postoje.

Vynucené soužití – generace jsou nuceny bydlet spolu, jde o nedobrovolné soužití. Nemusí jít ale vždy o negativismus. Příkladem je nutnost pečovat o nemocného seniora nebo dočasné řešení náhle vzniklé bytové situace.

Vychytralé soužití – využívání rodičů nebo prarodičů s předstíraným zájmem o ně, kde může jít například o finanční zneužívání.“⁶

2.2 VÝZNAM SENIORA PRO RODINU A RODINY PRO SENIORA

Takzvaná vícegenerační rodina je složena z prarodičů, rodičů a dětí. Soužití těchto lidí by mělo být založeno na demokracii, solidaritě a úctě k druhému člověku. Dobře fungující rodina poskytuje pocit bezpečí všem svým členům. Vícegenerační soužití je výchovné a má i etický dopad. Každý člen rodiny zde má své soukromí, ale také společnost a pochopení.

Tam, kde je rodina funkční, funguje i vícegenerační soužití. Zvláště v období, kdy seniori jsou ještě fyzicky i psychicky aktivní, mohou svá vnoučata vést v jejich koníčcích a zájmech více, než vlastní rodiče prostě proto, že mají na vnoučata více času. Častokrát se setkáváme třeba v rozhovorech s mladými lidmi, kteří jsou úspěšní ve svém oboru, jak se odvolávají na to, že je to či ono naučil dědeček nebo babička. Stáří má s dětstvím také více trpělivosti.

Právě v současné době, zaměřené spíše na jednotlivce a výkon, se důležitost seniora v rodině projevuje tím, že ukazuje mladší generaci, že sounáležitost, opora, fungující mezilidské vztahy a láska k rodičům jsou nenahraditelné. Nezapomínejme, že jak se my chováme k svým rodičům, tak se naše děti budou chovat k nám.

2.3 INSTITUCIONÁLNÍ PODPORA PEČUJÍCÍ RODINY

V této části zúžím tuto podporu z celorepublikového systému na konkrétní místo a to na služby Centra sociálních služeb Praha 2, neboť s ním přicházím nejčastěji do styku a využívám jejich služeb pro mé rodiče.

Centrum sociálních služeb Praha 2 poskytuje služby nejen seniorům, ale i zdravotně handicapovaným, pečujícím rodinám a rodičům s dětmi do tří let. Centrum sociálních služeb

⁶ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd.

Praha: Grada Publishing,a.s.,s. 81

Praha 2 je organizace zřízená městskou částí Praha 2. Služby sociální péče poskytuje ve shodě s ustanoveními zákona č. 108/06 Sb., o sociálních službách. Pro poskytování zdravotnických služeb je Centrum sociálních služeb Praha 2 registrováno u odboru zdravotnictví Magistrátu hl. m .Prahy.“⁷

Podporu a pomoc s některými činnostmi všedního dne jako je nákup, oběd, drobný úklid či pomoc s hygienou zajišťuje seniorům a zdravotně handicapovaným občanům terénní pečovatelská služba, a to v přímo v jejich bytě.

Pokud je zapotřebí provést některé zdravotnické úkony (například odběr krve, převazy), podobné činnosti, a pro seniora by toto bylo příliš namáhavé, nebo komplikované pro něj či jeho rodinu, sestra domácí zdravotní péče navštíví domácnost a na základě údajů praktického lékaře a žádanky od něj potřebné úkony vykoná s pacientem doma.

K dispozici je zde i terénní odlehčovací služba, která může zastoupit či vystřídat na určitou domluvenou dobu člena rodiny a se seniorem, který potřebuje soustavnější péči, tuto dobu stráví a také pro něj přichystá nějaký program (procházka, čtení, povídání...).

Velmi využívanou službou je půjčovna zdravotních pomůcek, kdy za přiměřené částky lze seniorům, kteří jsou nějak pohybově omezení, zapůjčit vše potřebné. Jsou to nejen chodítka a to v několika variantách, ale i různá madla, kolečková křesla, hygienické pomůcky (tzv. gramofony) a i polohovací postele nebo k běžné posteli přistavitelná takzvaná hrazda pro lepší možnost zdvižení se z lůžka. Zde velmi kladně hodnotím, že pokud služba zdravotní pomůcku přiveze, tak ji také nainstaluje a naučí s ní pacienta zacházet, a také zajistí případný odvoz pomůcky.

Často využívanou službou je také možnost pozvání rehabilitačních sester do domácnosti, aby s klientem trénovaly pohyblivost. Tato služba také vyžaduje předchozí indikaci obvodním lékařem.

V centru sociálních služeb je i jídelna s dovážkovou službou a Klub aktivních seniorů s různými aktivitami.

⁷ <http://www.cssp2.cz/>

Součástí centra sociálních služeb je také stacionář, kde jeho pracovníci zastoupí každý všední den od 7 do 17 hodin rodinu, která tak vedle péče o svého člena může chodit do zaměstnání či si zařídit potřebné věci. Bohužel zde je nutným předpokladem ochota seniora na tento režim přistoupit. Ne každý je k tomu nakloněn a koneckonců i osobnostně vybaven. Ve stacionáři je možné potkat i lidi se zdravotním handicapem, kteří rodinu nemají, potřebují péči a společnost, a zároveň chtějí bydlet ve své domácnosti.

Pro seniory, kteří potřebují péči a podporu 24 hodin denně, lze využít pobytových služeb v domově pro seniory nebo zařídit přechodný pobyt tamtéž. Přechodný pobyt v domově pro seniory je využíván jako odlehčující služba. Je poskytována osobám se sníženou nebo úplnou ztrátou soběstačnosti nebo zdravotním postižením, u kterých zdravotní stav nevyžaduje denní návštěvu lékaře či nepřetržitou lékařskou péči, a o které jinak pečuje nebo pečují osoby blízké v jejich domácím prostředí. Cílem služby je umožnit těmto pečujícím osobám, rodině, blízkým, nezbytný odpočinek (např. dovolená). Tato odlehčovací služba řeší i situace např. po propuštění klienta ze zdravotnického zařízení kdy by pečující osoba počáteční nutnou péči sama nezvládla.

Často se seniorům podpora či pomoc nedostává v přirozeném tj. domácím prostředí. Někdy je to z důvodu úmrtí partnera, jindy nemožnost či neschopnost dětí postarat se o svého rodiče, či nakonec varianta, že senior zůstal zcela sám z celé rodiny. Dostatečná péče není o něj možná ani se zapojením terénních sociálních služeb. Pokud má senior sníženou nebo úplnou ztrátu soběstačnosti, ale jeho zdravotní stav nevyžaduje denní návštěvu lékaře či nepřetržitou lékařskou péči, přičemž ale potřebuje každodenní pomoc a podporu, je mu nabídnuta možnost využít dlouhodobý pobyt v Domově pro seniory. Zpravidla se jedná o dlouhodobý / trvalý pobyt.

„V Praze 2 funguje i Domov s hospicovou péčí, který je určen nemocným lidem, kteří si přejí strávit poslední týdny života důstojně a v přívětivém prostředí, ale nemají blízké, kteří by se o ně mohli celodenně doma starat, a nebo je pro jejich rodinu pomoc svým nejbližším v terminálním stadiu fyzicky náročná či nemožná. Nabízí klientům specializovanou paliativní péči domácího hospice 24 hodin denně 7 dní v týdnu, neomezené návštěvy a možnost podílení se na péči i přespání pro nejbližší osoby. Domov s hospicovou péčí provozuje Městská část

Praha 2 prostřednictvím své příspěvkové organizace Centra sociálních služeb Praha 2 a Hospicové občanské sdružení Cesta domů.“⁸

⁸ <http://www.cssp2.cz/>

3. PROBLEMATICKÉ SITUACE PŘI PÉČI O SENIORA

Péče o seniora je závislá na tom v jakém duševním a fyzickém stavu je. Pokud je senior v rodině navzdory vyššímu věku relativně fit psychicky i fyzicky, a potřebuje pomoc jen při náročnějších situacích, pokud má sociální kontakt s okolím, tím myslím lehké pochůzky, schůzky s přáteli, zájmové kroužky pro seniory, je to výborné. Bohužel ale k stáří patří postupné zhoršování zdravotního stavu a senior, který včera bez problémů zvládal vycházky, dnes již nemůže vyjít bez doprovodu.

Obecně s věkem klesá vitalita a energie. Dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické funkční koordinace. Dochází také k zpomalení reflexů (např. při přecházení vozovky). Jako typické jsou ve stáří považovány poruchy paměti. Co se týče inteligence, její úroveň bývá prakticky zachována až do stáří. Dochází ke zhoršení vnímání, snižování koncentrace pozornosti.

Struktura osobnosti však zůstává neměnná – mohou se však měnit: hodnoty, potřeby, motivace, postoj k druhým lidem a ke společnosti, city – emoční labilita, psychická adaptabilita klesá.

3.1 PROBLÉMY PLYNOUCÍ Z FYZICKÉHO STAVU SENIORA

Fyzický stav seniora se odvíjí jak od jeho dřívějšího způsobu života, tak i od způsobu života, jaký vede v současnosti, také však od životních podmínek a interakcí s prostředím. Nicméně stárnutí jako takové sebou nese bohužel povolné chátrání organismu.

„Biologické aspekty stáří

- *Složení organismu:*
- *atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku,*
- *úbytek tzv. lean body mass (netučné tělesné hmoty),*
- *zvýšení obsahu tělesného tuku (až o 25%) s posunem výškováhových indexů,*
- *ztížená mobilizace tuku (rezistence k lipolytickým podnětům),*
- *zmenšení objemu celkové tělesné vody (souvisí s přírůstkem tuku) s větší závažností nedostatečného příjmu tekutin,*
- *ukládání vápníku v tkáních, jeho průnik do membrán buněk.*

Řízení organismu:

- *oslabení a zpomalení regulačních mechanismů,*
- *úbytek funkčních rezerv,*
- *zhoršení adaptačních schopností a odolnosti vůči zátěži,*
- *oploštění variability periodických dějů.*

Pohybový aparát:

- *pokles svalové síly, úbytek kostní density,*
- *stárnutí chrupavky odlišné od osteoartrótických změn,*
- *zhoršení hlubokého cití a pohybové koordinace (poruchy stereotypu chůze).*

Nervový systém:

- *zpomalení nervového vedení a prodloužení reakční doby,*
- *poruchy spánku,*
- *atrofie mozku s lehkým zhoršením vstřípivosti a výbavnosti.*

Metabolismus:

- *ztížení vstupu glukózy do buněk s 30% výskytem porušené glukózové tolerance (ovlivnitelné pohybovou aktivitou),*
- *snížení maximální spotřeby kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiiovaskulárního systému, snížení bazálního metabolismu (až o 20%) a zhoršení vytrvalosti.*

Endokrinní systém:

- *rezistence tkání na hormonální stimulaci,*
- *snížení produkce růstového hormonu,*

Oběhový systém:

- *snížení průtoku krve všemi orgány,*
- *zvětšování světlosti tepen*
- *snížení elasticity tepen s poruchou pružníku (zvětšování systolicko-diastolické amplitudy) a zatížením levé komory srdeční,*

- *snížení poddajnosti levé komory srdeční se sklonem k diastolickému typu srdečního selhávání*
- *menší urychlování tepové frekvence,*
- *zánik buněk převodního systému s poruchami tvorby vzruchů a oplošťování variability tepové frekvence,*
- *Respirační systém:*
- *zvýšení dechové práce,*
- *zvětšování mrtvého prostoru a pokles vitální kapacity plic,*
- *snížení citlivosti dechového centra ke změnám krevních plynů a snížení aktivity řasinkového epitelu.*

Vylučovací systém:

- *pokles schopnosti ledvin filtrace i očišťování asi o 50% v 80 letech,*
- *pokles maximální koncentrační schopnosti ledvin (v 70 letech asi o 25%),*
- *poruchy funkce močového měchýře.*

Trávicí systém:

- *opotřebenání a ztráta chrupu,*
- *poruchy pohyblivosti trávicí trubice,*
- *snížení kyselosti žaludečních šťáv*

Imunitní systém:

- *horší efekt imunizace ve stáří,*
- *zvýšená tvorba autoprotilátek.*

Ostatní:

- *atrofie kůže s poklesem pružnosti a úbytkem potních žláz s poruchou termoregulace (pocení),*
- *snížená vitalita tkání a zpomalené hojení,*

- *zhoršení smyslového vnímání (presbyopie, zhoršení adaptace na šero i osvit, presbyakusis, zhoršení sluchové ostrosti pro vysoké tóny, oslabení chuti i čichu, zhoršení propriocepce).*“⁹

•

3.2 PROBLÉMY PLYNOUCÍ Z DUŠEVNÍHO STAVU SENIORA

Tak jako fyzický stav u seniora lze upravovat (alespoň do jisté míry a po jistou dobu), tak i duševní stav pečovaného lze aktivizací alespoň udržovat. Bohužel, u nemalé části seniorů se časem objeví níže uvedené choroby, které péči o seniora velmi zkomplikují, a mnohdy i znemožní.

„DEMENCE – choroby, u kterých dochází k významnému snížení kognitivních funkcí (paměť, intelekt, pozornost, motivaci), a následně také dochází k úpadku všech dalších psychických funkcí – poruchy emocí, vnímání (iluze, halucinace), myšlení (bludy). Demence vznikají kdykoli po vytvoření základů poznávacích funkcí, tj. po 2–4 roce života a jsou chorobou získanou, nikoli vrozenou. Demence je jakousi časoprostorovou dezorientací.

Diagnostikou onemocnění se zabývá výlučně medicína, diagnostikou symptomů (příznaků) se zabývají jiné disciplíny – gerontopedagogika, sociální práce, speciální pedagogika, a ty mohou iniciovat zavedení medicínské léčby a následně o tyto osoby pečovat.

S diagnostikovanou demencí lidé žijí cca 5–8 let, v ČR má tuto diagnózu cca 150 000 osob, v EU cca 1,5 mil. osob. Největší výskyt onemocnění je u lidí nad 60 let (nad 80 let je to až 12 % populace).

V průběhu demence dochází k těžké degradaci osobnosti a následně ke snižování až zániku schopnosti péče o sebe sama, neschopnosti provádět běžné denní úkony. Na demenci jako takovou se neumírá, ale umírá se na její projevy (úrazy, zápaly plic vlivem snížené imunity apod.).

⁹ MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, s. 23-25

Podle příčiny se demence dělí do 3 skupin:

- 1. primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence – stav, kdy se mozek zbytnuje (houbovatí, tj. je narušena vnitřní struktura) a degeneruje, chátrá;
– Alzheimerova choroba, demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonova chorea.*
- 2. ischemicko-vaskulární demence – vzniká nedostatečným prokrvením a okysličením mozku (narušeno žilní zásobení mozku), a pak může dojít k tzv. infarktu mozku, tj. zamezení přívodu krve do mozku;
– multiinfarktová demence, Bingswangerova nemoc.*
- 3. symptomatické (sekundární) demence – vznikají jako důsledek jiného (primárního) onemocnění, úrazu, intoxikace;
– demence infekčního původu (při AIDS, při nemoci šílených krav, při Kreuzfeldt-Jakobově chorobě), demence poúrazové, při nádorových onemocněních (mozku i jinde), způsobené intoxikací (Wernickeho-Korsakovův syndrom – u alkoholiků).*

Podle stupně poklesu paměti se demence dělí na 3 stádia:

- 1. mírná – patrný pokles paměti, ale je možný soběstačný život,*
- 2. středně těžká – paměť narušena ve všech složkách, není možné vykonávat smysluplnou činnost,*
- 3. těžká – paměť těžce narušena ve všech složkách, člověk je zcela odkázán na péči okolí.*

Pro diagnostiku demence je významná tato „triáda diagnostiky“:

- 1. projevy – pacient 6 měsíců trpí úbytkem paměti, poklesem úsudku, myšlení, orientace v prostoru a čase, logického myšlení, představivosti; objevují se poruchy emocí a motivace; změny sociálního chování; důležité je, že tyto projevy nelze vysvětlit jinak než demencí.*
- 2. testy – k základním otázkám pro zjišťování demence patří: otázky časoprostorové orientace (místo, rok, den, měsíc); zapamatování si tří jednoduchých předmětů, na které se po chvíli znova dotážeme; odečítání sedmiček od padesátky; test se opakuje po 4 týdnech*

- *Folsteinův MMSE: minivýšetření duševního stavu, které vyšetřuje některé základní neuropsychologické funkce poškozené syndromem demence – paměť, časoprostorovou orientaci, orientaci osobou, řeč a jazyk; hranicí pro diagnostikování demence je 23 bodů z celkových 30; test je zaměřen spíše na diagnostiku Alzheimerova choroby; spolehlivě určuje střední a těžkou demenci.*
- *Hachinskeho skóre – zaměřen na diagnostiku vaskulární demence; celkové skóre je 18 bodů (nad 7 bodů – multiinfarktová demence, pod 4 body – atroficko-degenerativní demence).*

3. potvrzení – pomocí magnetické rezonance (CT).

ALZHEIMEROVA CHOROBA – primárně degenerativní demence; byla objevena ve 20. st. lékařem Aloisem Alzheimerem: pitvou pacientky ve středním věku zjistil, že žena má na mozku plaky, a tento nález se výrazně lišil od demence senilní. Alzheimerova choroba je onemocnění mozku, při kterém vznikají neuronální plaky a rozšiřují se v různých částech mozku.

Vývoj choroby je plíživý (3–8 let) a končí smrtí: zpočátku se projevuje zapomínáním každodenních událostí (dávné vzpomínky jsou ale neporušené); přidává se porucha jazyka (plynulá řeč bez obsahu, afázie = ztráta schopnosti verbálně komunikovat); vznikají různé druhy apraxie (neschopnost provádět naučené úkony, např. odemykat/zamykat), alexie/agrafie/akalkulie (neschopnost rozumět čtenému textu/psát/počítat) apod.; často dochází k poruchám sexuálních funkcí – snížení nebo naopak zvýšení zájmu, výjimečně až k sexuálně-deviantnímu jednání; v dalším průběhu přibývá bloudění, neklid, bludy a halucinace – to vše vede k těžké degradaci osobnosti a nakonec ke smrti.

Rizikové faktory vzniku demence

- *věk – čím vyšší věk, tím vyšší výskyt demence*
- *pohlaví – u žen je více atroficko-degenerativní demence, u mužů spíše ischemicko-vaskulární; u demencí sekundárních není výskyt závislý na pohlaví lidí (tedy není to zatím nijak potvrzeno)*
- *genetické faktory – pokud se demence objeví před 60. rokem věku, jedná se zřejmě o demenci geneticky podmíněnou*

- *Downův syndrom (DS) – lidé s DS se dožívají nejčastěji 35 let, ale i věk těchto lidí se prodlužuje, a pak déležijící lidé s DS trpí demencí*
- *poranění hlavy, užívání protizánětlivých léků, kouření, alkohol*

Choroby, které se s demencí zaměňují:

- *normální stárnutí*
- *psychiatrické syndromy (např. těžké deprese, schizofrenie)*
- *delirium (akutní, přechodná celková porucha poznávacích funkcí a pozornosti)*
- *amnestický syndrom (příznak Wernickeho-Korsakovova syndromu, který je důsledkem chronické závislosti na alkoholu)*
- *progresivní afázie, progresivní apraxie*
- *Diogenův syndrom (pokles úrovně chování i sociální úrovně člověka – zanedbanost).¹⁰*

Péče o seniory s těžkým duševním postižením je často nakonec směřována do specializovaných zařízení, ať už psychiatrických, nebo do domovů pro seniory takto zaměřených. Péče o duševně postižené seniory je nesmírně vyčerpávající a mnohdy prakticky nemožná.

3.3 I PEČUJÍCÍ JE JENOM ČLOVĚK - CO TÍŽÍ PEČUJÍCÍHO

Při vyhledávání definice pečujícího jsem narazila na publikaci Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky-Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele od MUDr. Tošnerové. V této knize je definován pojem „pečující“ organizací Národní asociací rodinných pečovatelů (USA) mnohem lépe, než bych to svedla já vlastními slovy a proto cituji:

„Co je pečovatelsví a jak definujeme rodinného pečovatele? ...V roce 1994, kdy Národní asociace rodinných pečovatelů (National Family Caregivers Association -NFCA) prováděla svůj první členský průzkum, hledala společný prvek, aby definovala spojovací článek mezi všemi pečovateli. ...

¹⁰ MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, s. 40 – 72

Společné prvky pečovatelsví

Je to hluboký smutek, který je pociťován, protože někdo, na kom nám záleží, utrpěl mozkové zranění, ztrácí svou mobilitu a nikdy již nedosáhne normálního životního fungování. Je to smutek, který je vyvolán představou ztráty zázraku normality. Je to otřes v rodině, který se objeví proto, že život se převrátil naruby a není stanoven rozvrh péče během bolestivých období zármutku, která pečovatelé i příjemci péče zakoušejí svou vlastní a vnitřní cestou.

Jde o pocit izolace způsobený životem mimo normu, každodenními činnostmi – oblékáním, chůzí, hygienou, dýcháním, jasným myšlením – vše, co kdokoliv jiný považuje za dané, se stává centrem pozornosti a soustředění. Je to frustrace, která je všemi prožívána, protože je tak těžké věci dokončovat, protože ne-pečovatelé jednoduše nerozumí, protože zdraví lidé parkují na místech pro invalidy a protože lidé, kteří mají znát odpověď, ji většinou neznají.

Jde o stres, který je pociťován, protože není dost volného nebo osobního času a společným prvkem pečovatelsví je bohužel těžká deprese, neboť mnoho z pečujících jí trpí.

Toto jsou společné prvky pečovatelsví, které svazují jednoho k druhému, které rozvíjejí přirozené pochopení pro bolest u druhých, zmařené sny druhých a jejich obavy. Tyto sdílené emoce, tyto velmi těžké emoce, jsou společným prvkem pečovatelsví.

Existuje ale ještě jiný společný prvek, další sdílená emoce, která zůstává velmi často nerozpoznána. Je to vnitřní síla, o které většina nikdy nevěděla, že ji má. Je to statečnost pokračovat nehledě na bolest. Je to studnice naděje. Je to chytrý způsob, kterým pečovatelé řeší složitý problém. Je to vědomí, že jsou zkoušeni ohněm a přežili.

Vnitřní síla je dar, který jim byl dán. Je to „odplata“, za bolest a ačkoliv většina z nich by ji ráda vyměnila za jednodušší život a zdraví jejich milovaných, měli by zhodnotit její mimořádnou cenu.“¹¹

¹¹ Tošnerová T.: Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky

Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele. Ambulance pro poruchy paměti
Praha 2001, str. 14

Život pečujícího není lehký a z uvedeného úryvku vysvítá, že stejné problémy řeší lidé napříč kontinenty. Péče o staršího člena rodiny je svého druhu stres a mimo jiné může nastat i takzvaný syndrom vyhoření. Na internetových stránkách, které jsou založeny pečujícími a pro pečující,¹² je mimo mnoho dobrých rad a odkazů také dotazník pro pečujícího, pro určení míry stresu (viz příloha č. 1). Sám pečující pak může rozeznat, zda již není vhodné, aby sám vyhledal odbornou pomoc.

Pokud mohu vycházet z vlastní zkušenosti, pro mě je největším problémem nemožnost si cokoli naplánovat, protože kdykoliv se může doma něco stát. Druhým problémem je zásobování rodičů, kdy je nejsem schopna „donutit“, abych mohla udělat velký nákup jednou týdně, ale každý den se domlouvám, co doma chybí a tak neustále chodím s nákupní taškou a kupovat tam, kde je zrovna levnější to či ono. Udělám to ráda, ale bývá to časově a fyzicky náročné.

Paradoxně pro mě není problém, pokud je třeba zvednout otce z podlahy, když upadl a znečistil se. Pro tyto situace jsem již při péči o babičky používala metodu, které říkám „vypnutí emocí“. Zkrátka pomůžu, utřu, zvednu, jsem u toho v rámci možností laskavá a vlídná, ale „nepustím tuto situaci dovnitř“. Že se ale v podvědomí uchová, to vím. Takto dodnes nemohu ani koupit, natož jíst tzv. Biskupský chlebiček, protože ho mám spojený s fyzickým i psychickým chátráním babičky.

Problém času je u mých známých, kteří také pečují o své blízké, asi největším oříškem. Obvykle již také nejsou tak mladí, aby jim k relaxaci stačilo sednout si na chvíli v parku. I když mají děti, na které je možno část povinností kolem seniora převést, není to možné vždy a komplikace typu „vnuk má převléci babičku“ jsou časté. Odlehčovací služby, pokud jsou k dispozici, také nemusí řešit situaci, pokud senior prostě nechce.

A to stále mluvím jen o seniorech, u kterých nebyla diagnostikována např. Alzheimerova choroba, kdy jsou moje problémy jen procházkou růžovým sadem, proti těm, které zažívají jejich pečující.

¹² <http://www.pecujici.cz/>

Pokud mám shrnout, co trápí pečující, tak velmi lapidárně se to dá shrnout do čtyř slov:
málo času, hodně únavy.

4. RODINNÁ PÉČE O SENIORA A SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Pedagogika a vzdělávání se dříve zaměřovaly na mladou generaci. Se změnou sociálních, ekonomických a společenských vztahů se proměňuje i přístup uvedených oborů k seniorům.

Vzhledem k zvyšující se věku dožití je část života, kterou tráví člověk v postproduktivním období, podstatně delší než před lety. Sociální pedagogika jako dvojdimenzionální obor má své místo i zde, mezi staršími. Značná část studentů sociální pedagogiky pracuje na různých sociálních odborech městských úřadů a ze své pozice mohou ovlivňovat postavení seniorů ve společnosti, tj. odstranění věkové diskriminace, posilování mezigenerační sounáležitosti, zlepšení sociálního postavení tam, kde je to třeba. Toto je náplní sociální dimenze.

Pokud se budeme zabývat dimenzí pedagogickou, jde nejčastěji o pomoc poradenskou (krizové linky pro seniory, linky důvěry) a vzdělávací (rekvalifikace, školení, univerzity třetího věku). Nabízí se také linie celoživotního vzdělávání, takže senior si může udržet své místo na trhu práce. Nezanedbatelná je také možnost dobrovolnictví seniorů, více populární v zahraničí než u nás.

Bohužel obě uvedené dimenze narážejí na zeď, kterou v současnosti stvoří sociální politika státu. Nejen vzhledem k ekonomické krizi stát v současnosti není prosociální, ale spíše antisociální. Obecně prospěšné společnosti a sociální zařízení dostávají od státu na svůj provoz stále méně peněz.

A na tomto místě se sociální pedagogika může „otočit na patě“ a zaměřit své snažení na mládež. Protože pokud nebudou stacionáře, kluby důchodců, domovy důchodců a sociální bydlení v množství a ceně přijatelné pro střední a nižší třídu, ti dědečkové a babičky prostě budou muset bydlet se svou rodinou, se svými syny, dcerami, vnuky a vnučkami. A pokud se nechtějí, ve velké nadsázce řečeno „navzájem pozabíjet“, budou se muset naučit spolu žít. Někdo je to bude muset znovu naučit. Kde jinde než ve škole (pokud ne doma), a kdo jiný, než sociální pedagog.

5. PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části se zabývám významem rodinné péče o seniory a zkušenostmi rodinných příslušníků s péčí o seniory. Ve svém okolí jich mám mnoho, a proto jsem se obrátila na tři bývalé i současné kolegyně z práce a oslovila jsem maminku své kamarádky.

5.1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI A ZÁKLADNÍ POPIS UŽITÉ METODY

V této praktické části bych ráda si ověřila svůj názor, že rodinná péče je pro pečujícího vyčerpávající, a tak si ať již vědomě, či podvědomě, hledá způsoby, jak zregenerovat své síly. Zajímalo mě také, jaké klady pečující spatřují v péči o své rodiče. Cílem praktické části je zjištění způsobů obnovy sil pečujících.

Pro svou práci jsem si zvolila metodu rozhovoru, protože touto formou lze získat velké množství informací o pečujících, o jejich současném životě, o tom co je trápí nebo těší, nahlédnout do rodinných vztahů, poznat jejich důvody péče o seniora. Využila jsem situace, kdy se tři pečující sešly, neboť jsou to bývalé kolegyně ze zaměstnání, a přizvala jsem i čtvrtou pečující. Odpovědi na otázky jsem zaznamenávala na diktafon, z důvodu obsáhlosti výpovědí jsem však odpovědi (viz příloha č. 3) musela zkrátit. Snažila jsem se maximálně dodržet výpovědní hodnotu a obsah odpovědi.

Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Měl by mít svoji základní strukturu. Jeho příprava by měla vést k vytvoření základního schématu dotazů. Na začátku konverzace jsou kladeny úvodní otázky, které informují dotazovaného o projektu. Otázky by měly být jednoduché a měly by dávat najevo empatii s účastníkem.

Další složkou jsou hlavní otázky, jež tvoří jádro výzkumu. Ukončení rozhovoru mezi badatelem a účastníkem by nemělo probíhat ve spěchu a měl by být dodržen a zdůrazněn princip důvěrnosti.

5.2 KAZUISTIKY

KAZUISTIKA I.

Paní M., 78 let, vdaná

Osobní, rodinná a profesní anamnéza

Paní M. se narodila v roce 1935 v Praze. Matka paní M. byla, jak se tehdy říkalo, služka, otec pracoval jako dělník u Pražské kanalizace.

Paní M. vystudovala dvouletou ekonomickou školu (jako nejstarší ze tří sourozenců nebylo tehdy myslitelné, aby studovala déle) a začala pracovat jako účetní v ČKD v Praze. V roce 1957 se seznámila se svým manželem, který byl také zaměstnán v ČKD jako referent propagace.

V roce 1958 se paní M. narodil syn, v roce 1964 dcera. V manželství neměla žádné větší potíže. Nikdy neuvažovala o rozvodu. Neshody mezi nimi byly většinou z důvodu spolužití s tchýní, která byla na svého syna velmi fixovaná. Manžel se nakonec vypracoval na pozici technického pracovníka v nakladatelství Svoboda. Do důchodu odešel v roce 1988. Paní M. odešla do starobního důchodu, až ve věku 72 let, od odchodu z ČKD v roce 1995 pracovala nejdříve na plný a později na poloviční úvazek na základní škole jako hospodářka.

V letech 1980 až 1989 se starala o svou maminku i o tchýni, jelikož již nebyly soběstačné. Tchýně paní M. bydlela ve společné domácnosti s rodinou, maminka paní M. na druhém konci Prahy. Nejdříve se péče skládala spíše z podpory jen některých činností, ale postupem doby začala spočívat v poskytování i těch nejběžnějších úkonů. Tchýně již nemohla sama jíst, pít ani se obracet v posteli apod. S maminkou paní M. vypomáhal synovec i dcera paní M. Syn paní M. v té době dostudovával vysokou školu a následně nastoupil povinnou vojenskou službu. Matku i tchýni „dochovala“ paní M. doma až do jejich smrti.

V současné době (od roku 2012) je již imobilní její manžel, pro těžkou artrózu a artritidu, a metabolický syndrom. Již dříve (2008) byl odkázán na berle. Používá pomůcky zapůjčené sociálním odborem, a v současné době za ním dochází sestřička ze sociální péče na cvičení.

Bohužel se u něj rozvinula i závislost na alkoholu. Manžel paní M. nebyl nikdy jednoduchá osobnost, a stáří jeho osobnostní rysy jen zvýraznilo. Situaci zvládá paní M. opět za pomoci dcery, která žije s nimi ve společné domácnosti, a syna.

Popis problému

Paní M. byla vždy člověkem, který se o vše zajímal. Byla stále aktivní, věnovala se zahrádkářství, cestování. Vždy byla přátelská a milá. Tyto vlastnosti jí zůstávají i dnes.

Vzhledem k dlouhodobé péči, nejdříve o svou matku a tchýni a následně o svého manžela, se většiny koníčků a zálib vzdala. Také omezila návštěvy svých známých. Ve svém věku trpí paní M. již také mnoha nemocemi, jako například artrózou, cukrovkou a rozpadem sítnice. To vše ji velmi vyčerpává. O své dřívější koníčky nemá zájem, vyjma zahrádky. Syn i dcera paní M. pomáhají, jak mohou. I přes to má paní M. pocit, že stále není vše, jak má být. Neustále uklízí a převléká postele, aby byl manžel v čistém prostředí, neustále vaří, aby měl co jíst.

Druhým problémem je, že není schopna opustit pečovanou osobu. Ne, že by nechtěla, ale manžel paní M je na své ženě závislý, a to jak fyzicky tak i psychicky. Paní M. vyčerpává nejvíce jeho alkoholismus, který se s věkem zhoršuje a s ním i značná náladovost a popudlivost. Paní M. mu „musí“ být permanentně k ruce.

Analýza a vyhodnocení případu pečujícího

Paní M. je člověkem, který chce o svého partnera starat. Dělá to i na úkor své psychické pohody a svého fyzického zdraví. Problém je zde nikoliv v osobě samotného pečujícího, ale v osobnosti pečovaného. Vzhledem k věku manžela paní M. je již alkoholismus de facto neléčitelný, paní M. do jisté míry rezignovala na jakoukoliv snahu o zlepšení svého života. To, čeho se nechce vzdát, je péče o zahrádku a s ní i sociální kontakty se sousedy.

KAZUISTIKA II.

Paní E., 70 let, vdaná

Osobní, rodinná a profesní anamnéza

Paní E. se narodila v roce 1942 v Praze. Matka paní E. v byla v domácnosti, později pracovala jako prodavačka. Otec paní E. pracoval jako prokurista v malé firmě. Po roce 1951 byl v rámci "akce 77" což byl přesun 77 000 úředníků do továren a výroby, zaměstnán jako elektrikář u ČSA.

Paní E. vystudovala čtyřletou ekonomickou školu s maturitou a pracovala jako referentka v Státním technickém nakladatelství v Praze. V roce 1963 se seznámila se svým manželem, který byl zaměstnán jako technik na Ruzyňském letišti. V roce 1965 se paní E. narodila dcera.

V manželství nebyly žádné větší potíže. Neshody mezi nimi byly většinou z důvodu rozdílných názorů na výchovu a péče o zdraví. Paní E. je v současné době v důchodu, do kterého odešla v roce 2001. Manžel paní E. odešel do důchodu v roce 1999.

Od roku 2005 se stará o svého manžela. Nejdříve se péče skládala spíše z podpory částečně, ale nyní je již zapotřebí podpory a pomoci ve všem. Manžel paní E. utrpěl v roce 2005 infarkt, a v současnosti trpí vaskulární demencí. Nechce vycházet z bytu, trpí úzkostmi a depresí, tak jak je to u této choroby časté. Současně je také silný kuřák.

Popis problému

Paní E. byla vždy velmi činorodá, měla plno aktivit (plavání, fotografování), ráda cestovala Je v komparsním rejstříku a dokud to bylo možné, vodila na natáčení manžela. Od roku 2005 se svých zálib postupně vzdávala. Paní E. je celkem v dobrém zdravotním stavu. S manželem paní E. pomáhá i dcera, která ji podle možností vystřídá u tatínka. Nejvíce paní E. trápí zhoršující se stav jejího manžela a jeho duševní chátrání.

Analýza a vyhodnocení případu pečujícího

Paní E. se o svého manžela stará ráda a představa, že by jej dala do specializovaného zařízení, je pro ni zatím nepřijatelná. Pečuje o svého muže na úkor své psychické pohody, ale snaží se udržet si, abych tak řekla, zdravou dávku „sobectví“.

Paní E. v rámci možností pěstuje své dvě největší záliby, a to je plavání, a dochází do klubu důchodců na hraní Scrabble. Nechala si zavést internet. Její aktivity, ač je omezila, jí pomáhají se vyrovnat se situací.

KAZUISTIKA III.

Paní L., 58 let, rozvedená

Osobní, rodinná a profesní anamnéza

Paní L. se narodila v roce 1954 v Praze. Matka paní L. v roce 1939 odešla přes Ukrajinu do Sovětského svazu, kde byla posléze internována v gulagu a v roce 1942 vstoupila do Československé vojenské jednotky v Buzuluk. Jako spojačka dělostřelectva se s touto jednotkou v roce 1945 vrátila zpět do Československa.

Po válce se matka paní L. stala zdravotní sestrou. Otec paní L. pracoval jako referent na Ředitelství pošt. Paní L. vystudovala čtyřletou ekonomickou školu s maturitou a pracovala jako referentka v Československých státních drahách v Praze.

V roce 1974 se seznámila se svým manželem, který byl také zaměstnán v Československých státních drahách. V roce 1977 se paní L. narodil syn, v roce 1979 druhý syn. V manželství do roku 1981 nebyly žádné větší potíže. Po tomto roce došlo k rozvodu z důvodu opakované nevěry manžela. Neshody mezi nimi byly většinou z důvodu nevěry. Paní L. je v současné době zaměstnána u Správy železniční dopravní cesty jako účetní.

Od roku 1992 se stará o svou maminku. Nejdříve se péče skládala spíše z příležitostné pomoci při některých činnostech, ale nyní je již zapotřebí podpory a pomoci ve všem. Maminka paní L, která se narodila v roce 1920, přestála malárii, má angínu pectoris, je částečně slepá, má artrózu, během bojů za osvobození republiky utrpěla zranění páteře, které jí „zlobí“ dodnes. V současné době je po lehké mozkové mrtvici.

Okolnosti zvládá paní L. opět za pomoci synů a jejich manželek.

Popis problému

Paní L. byla vždy aktivní, měla zájem o své okolí, ráda cestovala, scházela se s přáteli.

Od roku 1992 se svých zálib postupně vzdávala. Paní L. není sama není v současnosti zcela zdravá, je po infarktu (1999), má vysoký krevní tlak.

Synové s manželkami paní L. pomáhají, ale mají sami malé děti a oba synové pracují na směny. Maminka paní L. je silná osobnost (slovy paní L. - svérázná osoba), což ovšem poněkud komplikuje péči o ni. Paní L. nejvíc trápí její, jak sama říká, paličatost.

Analýza a vyhodnocení případu pečujícího

Paní L. se o svou maminku stará ráda a představa, že by ji dala do domova důchodců, je pro ni nepřijatelná. Pečuje o svou maminku i na úkor své psychické pohody a svého fyzického zdraví. Byla seznámena se možností využít denního stacionáře, ale v současné době to není možné, snad až po případné úpravě stavu maminky paní L.

KAZUISTIKA IV.

Paní H., 64 let, rozvedená

Osobní, rodinná a profesní anamnéza

Paní H. se narodila v roce 1948 v Praze. Matka paní H. (*1926) byla zaměstnána jako kuchařka v restauraci, otec paní E. pracoval jako dělník v tiskárně.

Paní H. vystudovala gymnázium a po maturitě začala pracovat jako referentka v ČKD v Praze. V roce 1970 se seznámila se svým manželem, který byl zaměstnancem OPBH jako elektrikář. V roce 1972 se paní H. narodila dcera, v roce 1975 syn.

V manželství byly již od začátku potíže. Neshody mezi nimi byly většinou z důvodu rozdílných názorů na způsob života manžela. Paní H. se rozvedla v roce 1980. V současné době je v důchodu, do kterého odešla v roce 2011.

Od roku 2000 se stará o svou maminku. Péče zpočátku nebyla potřeba soustavně, maminka paní H. bydlí velmi blízko své dcery, ale nyní je již zapotřebí podpory a pomoci trvale. Mamince paní H. byla diagnostikována v roce 2004 Alzheimerova choroba. Začátek choroby probíhal tak, že maminka paní H. podezřívala své okolí, že jí schovává peníze, později ztrácela orientaci v místě bydliště, v domě pomlouvala svou dceru, že jí nedá najíst a bije ji. Rozvoj choroby však byl vcelku pomalejší, a maminka paní H. měla i světlé chvíle.

Popis problému

Paní H. byla vždy velmi agilní, měla plno aktivit (šití, výlety), ráda cestovala. Od roku 2006 se cestování postupně vzdávala. Paní H. je celkem v dobrém zdravotním stavu, přestože prodělala rakovinu. Paní H. pomáhá s péčí její vnuk, kterého má v péči a v rámci možností i dcera, přestože bydlí mimo Prahu. Nejvíce paní H. trápí zhoršující se duševní stav maminky a zvyšující se komplikovanost péče o ni.

Analýza a vyhodnocení případu pečujícího

Paní H. se o svou maminku stará ráda, ale péče se stává stále obtížnější. Představa, že by ji dala do specializovaného zařízení, se pro ni stává přijatelná. Shodou okolností v době ukončování této bakalářské práce došlo k přijetí maminky paní H. do Domova pro seniory v Praze 8, který se specializuje na pacienty s touto chorobou.

Paní H. se snaží relaxovat tak, že zajíždí občas za svou dcerou, nebo za svou kamarádkou, mimo Prahu, ale jen na den, či dva. V té době o babičku pečuje vnuk.

5.3 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Pečující ze všech tří kasuistik začaly pečovat o své nejbližší v době, kdy tyto postihla nějaká nemoc, nebo významné zhoršení zdravotního stavu.

Svůj altruismus pokládají za něco zcela běžného a normálního, přestože jejich situace není jednoduchá. Jako významnou skutečnost vidím také to, že do péče o seniora jsou zapojeny dcery a synové. Dá se předpokládat, že model, který znají ze svých rodin, se budou snažit přenést i na své děti. Toto také dotazované spatřují jako kladnou stránku péče.

Všechny se k péči rozhodly po diskusi s rodinou. Délka péče je od čtyř do dvaceti let. Žádná svého rozhodnutí nelituje. Tři ze čtyř pečujících jsou již v důchodu, a tak jim péče o osobu blízkou nekomplikuje situaci v zaměstnání. Čtvrté pečující vycházejí v zaměstnání vstříc. Protože všechny pobírají příspěvek na péči, nemají zásadnější finanční problémy. Jen jedna pečující využívá služby sociálního odboru. Bohužel, na všech pečujících jsou jejich blízcí závislí. Všechny čtyři pečující zmiňují stres a únavu jako nutné zlo, které provází péči o své blízké.

Všechny pečující si našly nějaký způsob, jak si udržet náladu a energii, nějaký způsob odpočinku či relaxace. Nejčastěji zmiňovaná je televize; myslím si, že je to pro ně způsob, jak „přijít na jiné myšlenky“. Častá je také fyzická aktivita, ať už jako procházka, či práce na zahradě. Všechny zmiňují také nějakou formu komunikace s okolím, ať ji přes počítač, telefonicky, či osobně. V jednom případě jako relaxant funguje kočka domácí. Rady, které

mají tyto pečující pro jiné, jsou myslím paušálně platné a nijak nevybočují z toho, co se dočteme v naučné literatuře na toto téma.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se chtěla zaměřit na problematiku péče o seniory v domácím prostředí. Cílem mé bakalářské práce bylo zjištění, jak vnímají pomoc svým rodinným příslušníkům pečující a jakým způsobem se udržují ve fyzické a psychické kondici, a zachycení individuálních pozitivních a negativních zkušeností pečujících o osoby blízké v domácím prostředí.

Zajištění domácí péče není jednoduchou záležitostí. Je to velká změna životního stylu jak seniora, tak i rodiny. Pro seniora má domácí péče mnoho kladných hodnot, mezi něž patří setrvání v přirozeném domácím prostředí, individuální přístup pečujícího, zachování kontaktu s příbuznými, udržení sociálních vztahů. Rodina pomáhá seniorům udržet si samostatnost, nezávislost, lidskou důstojnost, zabraňuje sociálnímu vyloučení.

Pro pečujícího je důležitý pocit užitečnosti, zachování rodinných vazeb, kladný vzor pro děti, v případě dobrého zdravotního stavu seniora i pomoc v rodinných záležitostech, i kdyby jen na úrovni rady, či morální podpory.

Fyzická i psychická náročnost domácí péče, která vede mnohdy až k ohrožení zdraví pečovatелů, ke zvýšení neshod v rodině, stresům, ztráta kontaktu s okolím mnohdy až k sociální izolaci, to je bohužel odvrácená tvář péče o seniory.

Důležitou pomoc a podporu rodinám poskytují sociální služby, které zabraňují mnohdy úplnému vyčerpání sil pečujících.

Na základě studia materiálů a zvláště z šetření v praktické části bakalářské práce jsem si ověřila teorii, že domácí péče je pro seniora velmi významná, ale pro pečujícího leckdy velmi náročná, nelehká, mnohdy i smutná. Ale i obohacující, radostná, posilující.

Pokud bych si představila péči o seniora jako závod, tak utužení mezilidských vztahů, vzájemné porozumění a důvěra mezi seniorem a pečujícím je výhrou, a na pomyslném stupínku vítězů spolu stojí senioři i jejich rodiny.

RESUMÉ

Svoji bakalářskou práci s názvem Péče o seniory v domácím prostředí jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. Hlavní podstatou teoretické části bylo vysvětlení základních pojmů v oblasti práce se seniory v rodinné péči.

První kapitola je zaměřena na stáří z pohledu vývojové psychologie a jsou zde objasněny pojmy, jako je biologické, psychické a sociální stárnutí.

Druhá kapitola je zaměřena na význam rodiny a rodinného zázemí v životě seniora. Zmiňuji se zde o důvodech péče o seniora v rodině, významu seniora pro rodinu a zmiňuji i institucionální podporu pečující rodiny.

Třetí kapitola pojednává o problematických situacích při péči o seniora, kdy se zabývám problémy vyplývajícími z fyzického i duševního stavu seniora, a také tím, co sužuje pečujícího.

V praktické části se zabývám domácí rodinnou péčí s důrazem na pečujícího. Při zpracování tohoto průzkumu vycházím z metody rozhovoru s pečujícími. Závěr praktické části obsahuje shrnutí a zjištěné poznatky o významu rodiny v péči o seniory.

ANOTACE

Úloha rodiny v péči o seniory

Cílem práce je charakterizovat rodinnou péči o seniory v současných podmínkách České republiky. Teoretická část ukazuje medicínské a psychologické pojetí stáří a seznamuje s tělesnými i psychickými změnami organismu během stáří. Kromě toho je zde popsána domácí péče, její pozitiva a negativa. Praktická část obsahuje charakteristiku rodinné péče z hlediska poměru její kvality pro seniory a náročnosti pro pečující. Mapovány jsou způsoby relaxace v závislosti na náročnosti péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stárnutí, stáří, pečující, péče o seniory, rodinná péče, domácí péče, soběstačnost, vícegenerační rodina, vícegenerační soužití, potřeby seniorů.

ANNOTATION

The role of the family in senior care

The aim of the work is to characterize the family senior care in current conditions of the Czech Republic. The theoretical part shows medicinal and psychological concept of old age and familiarizes with somatic and psychic changes of organism during senescence. Besides, home care and its sunny and shady sides are described. The practical part includes the characterization of the family care from the viewpoint of its quality for seniors and demands to caring persons. Methods of relaxation in dependence to effortfulness of the care are mapped.

KEY WORDS

Senescence, old age, senior care, family care, home care, self-sufficiency, more generations family, coexistence of generations, senior needs.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s., ISBN 978-0-87109-19-9

JEŘÁBEK, H. et al. Rodinná péče o staré lidi. 1. vyd. Praha: UK FSV CESES, 2005, 99 s. ISSN 1801-1640

KALVACH, Z., et al, Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ D. Vývojová psychologie 2. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9

MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Praha: Karolinum, 2007, 461s. ISBN 80-246-1318-5

VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

ŠIKLOVÁ, J. Matky po e-mailu. Praha: Kalich, 2009. 160 s. ISBN 978-80-7017-124-0

ŠVAŘÍČEK, R. et al. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0

TOŠNEROVÁ T. Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky; Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele. Ambulance pro poruchy paměti. Praha 2001, 68 s. ISBN 80-238-8001-2

INTERNETOVÉ ZDROJE

Český statistický úřad

www.czso.cz

Česká správa sociálního zabezpečení Praha 2

<http://www.cssp2.cz/>

Pečující

<http://pecujici.cz/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Stresový test pro pečovatele

Příloha č. 2. Otázky k rozhovoru s pečujícími

Příloha č. 3. Vyplněný rozhovor s pečujícími

STRESOVÝ TEST PRO PEČOVATELE

(<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=141111>)

Následující test Vám pomůže si uvědomit svoje pocity, tlaky a stresy, které pociťujete.

Každý výrok označte písmenem podle toho, jak často s ním souhlasíte

(N = někdy, Č = často, O = obvykle):

- * Myslím, že nemám dost odpočinku
- * Nemám pro sebe dost času
- * Nemám čas k tomu, abych pro péči o svého svěřence byl/a pohromadě s ostatními členy rodiny
- * Cítím se vinen/a svou situací
- * Již na mnoho nestačím
- * S příjemcem péče jsem v konfliktu
- * Mám konflikty s ostatními členy rodiny
- * Denně pláči
- * Mám nesnáze s tím, abych vyšel/a s penězi
- * Mám pocit, že nebudu mít dost znalostí nebo zkušeností k tomu, abych poskytoval/a péči tak, jak bych si přál/a
- * Moje zdraví není v pořádku

Jestliže Vaše odpověď na jednu nebo více položek je O = obvykle, nebo Č = často, může být právě zralá chvíle k tomu, abyste se poohlédli po pomoci při poskytování péče o svého svěřence a také po pomoci pro sebe samého.

OTÁZKY K ROZHOVORU S PEČUJÍCÍM

1. Co Vás vedlo k rozhodnutí pečovat o osobu blízkou pečovat?
2. Rozhodla jste se sama, nebo po diskusi s rodinou?
3. Jak dlouho se o osobu blízkou staráte?
4. Pomáhá Vám někdo?
5. Kdybyste mohla, vzala byste svoje rozhodnutí zpět?
6. Komplikuje Vám péče o osobu blízkou situaci v zaměstnání?
7. Máte z důvodu péče o osobu blízkou finanční problémy?
8. Pobírá Vaše maminka či otec příspěvek na péči?
9. Využíváte nějaké služby sociálního odboru městské části?
10. Jak moc je na Vás maminka (otec) závislá/ý?
11. Máte kvůli péči o maminku (otce) zdravotní problémy?
12. Jak se bráníte psychickému vyčerpání?
13. Znáte pojem syndrom vyhoření?
14. Cítíte se fyzicky vyčerpaná?
15. Jakým způsobem si „dobíjíte baterky“?
16. Je něco, co byste chtěla poradit jiným pečujícím?

VYPLNĚNÝ ROZHOVOR S PEČUJÍCÍMI

1. Co Vás vedlo k rozhodnutí pečovat o osobu blízkou?

M.: Situace, kterou nebylo možné řešit jinak.

E.: Je pro mě nemyslitelné, že bych se nepostarala

L.: Je to moje matka, kdo jiný by se měl postarat.

H.: Je přirozené, že se o matku postarám tak, jak ona o mě, když jsem byla malá.

2. Rozhodla jste se sama, nebo po diskuzi s rodinou?

M.: Po diskuzi

E.: Po diskuzi

L.: Po diskuzi

H.: Po diskuzi

3. Jak dlouho se o osobu blízkou staráte?

M.: 4

E.: 7

L.: 20

H.: 12

4. Pomáhá Vám někdo?

M.: syn a dcera

E.: dcera

L.: synové a snachy

H.: dcera a vnuk

5. Kdybyste mohla, vzala byste svoje rozhodnutí zpět?

M.: ne

E.: ne

L.: ne

H.: ne

6. Komplikuje Vám péče o osobu blízkou situaci v zaměstnání?

M.: ne, jsem v důchodu

E.: ne, jsem v důchodu

L.: poněkud ano, zatím je to řešitelné

H.: ne, jsem v důchodu

7. Máte z důvodu péče o osobu blízkou finanční problémy?

M.: ne

E.: ne

L.: ne

H.: ne

8. Pobírá Vaše maminka či otec příspěvek na péči?

M.: ano

E.: ano

L.: ano

H.: ano

9. Využíváte nějaké služby sociálního odboru městské části?

M.: ano

E.: ne

L.: ne

H.: ne

10. Jak moc je na Vás maminka (otec) závislá/ý?

M.: hodně

E.: hodně

L.: hodně

H.: hodně

11. Máte kvůli péči o maminku (otce) zdravotní problémy?

M.: stres a únava

E.: stres a únava

L.: fyzické vyčerpání, stres

H.: stres a únava

12. Jak se bráníte psychickému vyčerpání?

M.: koukám na televizi, mazlím se s kočkou, jedu na zahrádku, vypovídám se

E.: koukám na televizi, hraji si s počítačem, skypeji s přáteli

L.: vypovídám se, koukám na televizi, jdu se na chvíli projít

H.: koukám se na televizi, popovídám si se sousedkou, zavolám dceři

13. Znáte pojem syndrom vyhoření?

M.: ano

E.: ano

L.: ano

H.: ano

14. Cítíte se fyzicky vyčerpaná?

M.: dost často

E.: někdy

L.: velmi často

H.: někdy

15. Jakým způsobem si „dobíjíte baterky“ ?

M.: prací na zahradě

E.: nějakou duševní aktivitou

L.: spánkem

H.: něco hezkého si koupím

16. Je něco, co byste chtěla poradit jiným pečujícím?

M.: péče o blízkou osobu není jednoduchá

E.: najděte si něco, co vám pomůže na chvíli „vypadnout z kolotoče“

L.: zapojte, koho můžete

H.: nezničte se, zničená nikomu nepomůžete