

Komprehenzivní rehabilitace seniorů v domácím prostředí

Zdeněk Plachý

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zdeněk PLACHÝ**
Osobní číslo: **H118237**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Komprehenzivní rehabilitace seniorů v domácím prostředí**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009).

Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na vymezení seniorské populace
- na vymezení komprehenzivní rehabilitace
- na specifika péče o seniory v domácím prostředí
- na návrhy a opatření

Součástí práce bude kvalitativní výzkum realizovaný formou případových studií a řízených rozhovorů.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Bargel, M. ml., Mühlpachr, P. Senioři z pohledu sociální pedagogiky. Brno: Institut mezioborových studií, 2011. ISBN 978-80-87182-21-5

Mühlpachr, Pavel. Schola gerontologica. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1

Mühlpachr, Pavel. Sociální práce jako životní pomoc. Brno: MSD, spol.sr.o., 2006. ISBN 80-86633-62-4

Solárová, Sayoud, Kateřina. Analýza sociálně pedagogických a speciálně andragogických přístupů k terapii osob s neurologickým onemocněním v seniorském věku. Brno: MSD, spol. sr.o., 2010. ISBN 978-80-210-5287-1

Vítková, Marie. Somatopedické aspekty. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**
Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **16. března 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2013**

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

ZDENĚK PLACHÝ
.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně 19. 4. 2013


.....
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovníté vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odvírá-li autor takového díla udělit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady coby důsledku projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jin dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k větší výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci jsem se zabýval v první kapitole stářím a stárnutím obyvatelstva, ve druhé kapitole demografickými aspekty stárnutí, kde jsem popsal, co nám přináší a jaké to má důsledky. Ve třetí části jsem poukázal na rodinu, jaké plní funkce, jaký je rozdíl mezi dřívějšími formami rodin a jejím současným vývojem. V kapitole číslo čtyři jsem definoval pojem komprehenzivní rehabilitace s formami a typy rehabilitací. V poslední teoretické kapitole jsem se zaměřil na domácí péči o seniora, využití služeb pečovatelské péče, ošetrovatelské péče a obvodního lékaře. V praktické části jsem provedl kazuistiku několika případů domácí péče, společně s rozhovory pečujících osob a osob, které nemají v péči nesoběstačného seniora.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, gerontologie, komprehenzivní rehabilitace, domácí péče, pečovatelská služba, andragogika, polymorbidita, ageismus.

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

In the first chapter of my thesis I focused on the old age and the ageing process of the population. In the second chapter I focused on the demographic aspects of ageing describing the real consequences of ageing. The third chapter of my thesis includes the family and the function of a family along with the difference between the earlier forms of family and its current evolution. In chapter four I defined the meaning of comprehensive rehabilitation while applying different forms and types of rehabilitation. In the last theoretical chapter I focused on homecare for the elderly, nursing care and cooperation with GPs. In the practical part I described some homecare cases along with the interviews of caregivers and people who do not care of elderly persons.

Keywords: old age, ageing, gerontology, comprehensive rehabilitation, homecare, nursing care, andragogy, polymorbidity, ageism.

Poděkování

Děkuji panu prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi za odbornou metodickou pomoc, cenné rady a čas, který mi věnoval při zpracování mé bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a použil jsem literaturu uvedenou v seznamu literatury, která je součástí bakalářské práce. Elektronická a tištěná verze jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ	11
1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	11
1.2 PROCES STÁRNUTÍ	12
1.3 KLASIFIKACE SENIORSKÝCH ETAP.....	14
1.4 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ.....	16
2. DEMOGRAFICKÉ VÝVOJ.....	19
2.1 DEMOGRAFICKÉ ASPEKTY STÁŘÍ.....	19
2.2 VYMEZENÍ DEMOGRAFIE JAKO VĚDY.....	19
3. RODINA	22
3.1 RODINA A JEJÍ FUNKCE.....	22
3.2 RODINNÉ PROMĚNY	24
3.3 RIZIKA PEČUJÍCÍCH OSOB	26
4. KOMPREHENZIVNÍ REHABILITACE	28
4.1. VYMEZENÍ KOMPREHENZIVNÍ REHABILITACE.....	28
4.2. DRUHY REHABILITACE	30
4.3 TYPY REHABILITACE:.....	31
4.4 PŘÍKLADY ADRESNÝCH OPATŘENÍ V OBLASTI PODPORY	31
4.5 ZÁSADY REHABILITAČNÍ PÉČE.....	33
5. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY.....	35
II. PRAKTICKÁ ČÁST	40
6. PRAKTICKÁ ČÁST	41
6.1 KAZUISTIKY.	431
6.2 ROZHOVORY S PEČUJÍCÍMI OSOBAMI.....	52
6.3 ROZHOVORY S NEPEČUJÍCÍMI OSOBAMI	56
6.4 VYHODNOCENÍ	64
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67

ÚVOD

Přestože věda značně pokročila a naše lékařství se ocitlo na vrcholu v Evropské unii, tak přes všechnu snahu nedokáže prodloužit lidský věk na hranici 110 let. Zajisté, někteří jedinci se tohoto věku dožijí, ale jsou to jedinci a většina společnosti je ráda, pokud se dožije věku kolem 85 let v relativním zdraví. Žádná doba neměla tolik vědomostí a znalostí o člověku jako současná doba, ale současně žádná doba toho nevěděla méně než dnešní doba, co to vlastně člověk je. Stáří a stárnutí je v dnešní době hodně diskutovaný, ale ne dostatečně řešený problém, který se naše společnost snaží čím dál více posouvat a oddalovat na pozdější dobu. Stává se celosvětovým problémem, který zasahuje do české i světové populace. Počet starých lidí vzrůstá, zároveň se neustále prodlužuje délka života. Společnost se tak dostává do nových a nečekaných situací, na které nestačí včas reagovat. Zasahují do celé struktury státu na poli ekonomickém, zdravotním a sociálním.

V současné době je třeba, aby tento aktuální problém nezapadl, ale naopak se stal předmětem zájmu široké veřejnosti a politických stran k nalezení řešení s tímto problémem spojeným. Pro stát je dobrý ten, kdo mu platí formou daní peníze. Naopak všichni ti, kteří mu peníze odčerpávají, politikům život komplikují. Myslím si, že všichni bychom se měli nad sebou zamyslet a uvědomit si, že jednou i naše generace zestárne a přesto budeme chtít žít dál. Proto neopovrhujeme seniory, protože byli a stále jsou to lidé jako my. Už delší dobu je také opomíjena výchova k úctě ve stáří. Říká se, že je to věc rodiny, ale je pravdou, že už i dnešní forma rodiny nestojí na tradičním vzoru a stále více se rozměňuje a postrádá soudržnosti. Častěji vzniká konflikt, který se tvoří mezi mladými a starými lidmi, ten však může narůst až ke společenské tragédii. Jsem přesvědčen o tom, že bychom si seniorů měli vážit, mít je rádi, mít pochopení pro jejich slabší stránky, ale hlavně bychom je měli ctít. Téma „Komprehenzivní rehabilitace seniorů v domácím prostředí“, jsem si zvolil z důvodu, že se v naší rodině s tímto problémem pravidelně setkávám.

Zároveň při stoupajícím počtu stárnoucích obyvatel stoupá i počet zdravotně postižených lidí. Při zvýšeném počtu postižených lidí stoupá jejich závislost na druhých osobách. Většinou je to rodina, jejich blízcí a známí, popřípadě sousedé, kteří jsou ochotni jim pomoci. Přitom je v současné době stále obtížnější se o své blízké postarat. Vyžaduje to obrovskou fyzickou i psychickou zátěž, kterou ne každý je schopen zvládnout. V této části nastupuje stát se systémem sociálních služeb. Sociální služby zahrnují tři základní oblasti služeb – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Stáří není

třeba se bát, vždyť k němu všichni spějeme a záleží jen na nás, abychom svůj život prožili co nejlépe. Člověk je pouze tak starý, jak se cítí.

Již v dávných dobách lidé řešili otázku, jak se postarat o nemocné a postižené staré lidi. Proto začali zakládat různé charity a domovy pro tyto skupiny lidí, ale teprve v dnešní době je seniorům poskytována péče, kterou si zaslouží. Je to péče, která je profesionální, etická, ohleduplná a smysluplná. Je to práce, která se stále rozvíjí a je jen na nás, jakou mírou k ní přispějeme.

Hlavním smyslem mé práce bude poukázat na specifika péče o seniory v domácím prostředí se všemi situacemi, popřípadě obtížemi, které se mohou vyskytnout a také pomoci rodinným příslušníkům, popřípadě budoucím pečovatelům, kteří se připravují na pomoc svým blízkým a potřebují načerpat teoretické i praktické poznatky o dané situaci.

Cílem mé bakalářské práce je popis stáří, stárnutí, jak bylo chápáno od historických dob po současnost a s tím související pečovatelskou péčí a kvalitou života ve stáří a faktory, které kvalitu života ovlivňují. Dále popsat jednotlivé služby, které mohou senioři využívat, zaměřit se na rehabilitaci a aktivizaci seniorů a na prožití důstojného stáří a zachování maximální možné soběstačnosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ

1.1 Stáří a stárnutí

„Člověk je ten, kdo v sobě nosí větší bytost, než je on sám.“

Antoine de Saint-Exupéry

Již v počátcích vzniku lidstva se mnoho lidí snažilo najít kámen mudrců či pramen věčného mládí, statečnosti a odvahy, ale jelikož se jim to doposud nepodařilo, končí každý život stářím a smrtí. Dosud se dokonce nenašel ani návod, ani prostředky ke zpomalení stárnutí, nebo navrácení mládí. Pokud tedy chceme najít nesmrtelnost tak jediné v našich činech a skutcích (Mühlpachr, 2005).

V dřívějších počátcích se pojmem stáří a stárnutí nebylo nutno zabývat. Bylo to zapříčiněno tím, že na množství nemocí neexistovali protilátky proti infekčním nemocem a proto dosáhnout věku překračujícího 65 let bylo téměř nemožné. Tento pojem vyvstal až v současné době, kdy kvalitní lékařskou péčí se snížila dětská úmrtnost na minimum, a zvýšil se počet lidí, kteří dosahují důchodového věku (Mühlpachr, 2005).

Stárnutí není jednostranný proces, ale skládá se z mnoha dílčích procesů. Je podmíněno úbytkem funkčnosti jednotlivých orgánů a stárnutím orgánových buněk. Proces stárnutí je podmíněn genetickými předpoklady, vlivem okolí a životním stylem. Není jednoduché určit, kdy vlastně začínáme stárnout, je to již od početí, nebo až okamžikem narození? Každý z nás ať si sám posoudí, kdy začíná stárnout. Naopak za vrchol našich fyzických sil, můžeme označit věk okolo třiceti let a duševní vrchol je dán věkem o deset let později. Dá se tedy usuzovat, že důležitým příznakem stárnutí je přemíra involučních změn v lidském organismu. Jindy ho můžeme brát jako přirozený věk, ke kterému spějeme všichni, ale každý jinou cestou.

Mýtus, že stáří je nemoc, která se mimo jiné vyznačuje zpomalením pohybu s myšlením, je již dávno překonána. Zjišťujeme, že tělo i mysl se dají vytrénovat, aby fungovaly lépe a zdravěji i v pozdějším věku (Rheinwaldová, 1999).

Stáří se také nedá spojovat s pojmem choroby, i když je potencionálně spojeno se zvýšeným výskytem nemocí i zdravotních obtíží, které se mohou vzájemně prolínat a se

sklonem k chronicitě. Tělo je opotřebenější a vyžaduje déle času na zotavenou, na načerpání nových sil.

Stárnout není snadné, ale je na člověku samém, jak se v každém věku rozhodne, jak bude žít, jak si ho uspořádá, pozmění nebo i případně zlepši a také jestli se to povede úspěšně či neúspěšně (Dessaintová, 1999).

Zárným příkladem jsou univerzity třetího věku, které získávají každým rokem čím dál větší oblibu, a zájem o studium na těchto školách stále roste. Stále více občanů využívá této formy studia k tomu, aby se naučila novým věcem a vyplnila svůj čas smysluplnou činností a v neposlední řadě získala nové přátele a k tomu se naučí ovládat moderní technologie, nebo je budou spojovat společné zájmy, či koníčky. V této fázi se mluví o pojmu andragogika, což v překladu znamená věda o vzdělávání a výchově dospělé populace. Současným trendem je forma školy s celoživotním vzdělávacím programem, aby ho mohly využít všechny vrstvy obyvatel a tím si zvýšili kvalifikaci (Gulová, 2011).

1.2 Proces stárnutí

Je to proces, ve kterém jsou zahrnuty všechny změny v organismu, k nimž dochází v průběhu celého života. Tyto komplexní změny jsou pozorovány ve všech úrovních: tělesné (vnější vzhled, konstituce), funkční, psychické a biochemické (zdraví, 2006).

Stárnutí je proces, který na nás působí během celého života s tím, že se začne zřetelněji projevovat na přelomu 4. a 5. desetiletí (Solárová, 2010).

Může být spojován s projevy oslabování myšlení i vštípivosti paměti, může také docházet k zpomalování psychomotorické frekvence a snížení fantazie. S tím může být spojován nezájem o řešení aktuálních situací a událostí a útek do dávných vzpomínek. Projevují se taktéž v opakování zavedené činnosti a konzervatismu, nechuti učit se novým věcem.

Důležité je seniorům ukázat cestu k jejich aktivizaci, a nenechat je jen nečinně sedět opodál a nevsímat si jich. Pokud bychom je tak nechali, mohou začít stagnovat a stávají se často apatičtí, mrzutí a mohou rezignovat na svůj osud a mohou snadno podlehnout i běžné civilizační nemoci.

S přibývajícímí lety přirozeně klesá dynamika a tomu se musí přizpůsobit i běžné denní aktivity. Mnozí senioři musí mnoho činností opustit či omezit, přesto zůstává dost úkolů,

kteřé mohou udělat sami. V každém případě by senioři měli mít radost z každé maličkosti a ostatních denních radostí. Měli bychom mít vždy v úctě drobné starosti seniora, protože často bývají jediným smyslem jeho života. Starší lidé také čas od času bilancují a posuzují životní zisky i ztráty. Nezapomínejme, že velmi bolestivě prožívají životní období ztrát, ať již ovdovění, nebo úmrtí některých svých přátel a známých. Mnohdy se tímto okamžikem stávají osamělými a snadno zranitelnými. Osamělí lidé mají taktéž potíže s navazováním a udržováním nových sociálních vztahů, mnohdy zaujímají pasivní roli a u některých se snižují komunikační dovednosti, proto přistupují k novým známostem s velkou dávkou opatrnosti a nedůvěrou. Někdy je pro ně přímo charakteristická přecitlivělost a úzkost. Určitě bychom změnili názor na seniory, kdybychom je potkávali veselé, vitální, s velkou dávkou energie a kdybychom viděli, jak z nich číší pozitivní energie (Mühlpachr, 2005).

Zamyšlení o stárnutí a stáří bylo v dávné minulosti výsadou především filosofů a lékařů. Ti jako první zdůrazňovali v přístupu společnosti ke starým lidem etický rozměr. Ti druzí nemocné staré lidi léčili a postupně upozorňovali na nevyužívané formy prevence a pomoci.

Současná moderní doba vykládá faktory ovlivňující délku života následně: 1. strava, 2. tělesný pohyb, 3. častost a průběh onemocnění, 4. vyspělost a modernizace lékařské péče.

Snahou je udržet mysl a tělo svěží co možná nejdéle, toho můžeme dosáhnout, když žijeme skromně v přírodní harmonii s řádem bytí, když se nesnažíme znásilnit svoji vlastní přirozenost a není naší snahou se hrát si na někoho, kým v podstatě nejsme (Štílec, 2003).

Předmětem intenzivního zkoumání jsou změny dané věkem v oblasti učení a paměti. K výrazným rozdílům dochází mezi epizodickou a sémantickou pamětí. Epizodická paměť se pojí k určitému místu a době např. kde jsem odstavil svoje kolo. Stárnutím se epizodická paměť zhoršuje. Naproti tomu se sémantická paměť skládá z celoživotních zkušeností, slouží jako základ k dalšímu učení. Stáří má ale i svá pozitiva, vlivem zkušenosti a vyzrállosti dochází ke zklidnění a zmoudření celkově. Zvyšuje se také trpělivost a přesnost při provádění pracovních činností. Dalším významným kladem je větší empatie a stálost v názorech a vztazích. Zvyšuje se diplomatické jednání a vystupování v osobním projevu.

Mezi primární hrozby stáří spočívá obava z ukončení nezávislosti. Obava je spojena s pojmy ponížení z bezmocností, ignorace okolí se strachem z odloučení, nesoběstačnost, ztráta samostatnosti (Tošnerová, 2009).

1.3 Klasifikace seniorských etap

Gerón znamená řecky starý člověk, logos je nauka. Gerontologie je tedy chápána jako nauka o pojmech stárnutí a stáří lidí. Zkoumá veškeré příčiny, zákonitosti, mechanismy a projevy stárnutí a zpracovává odborné vědecké podklady pro zdravé stárnutí a pro komplexní péči o staré občany.

Gerontologie se skládá ze tří částí:

1. *experimentální (biologická) gerontologie* - poukazuje na živé organismy, proč a jak stárnou.
2. *sociální gerontologie* - souvisí s komplexním vztahem společnosti a starého člověka, seznamuje nás s tím, co od společnosti staří lidé potřebují, současně s tím, jak stárnutí obyvatelstva ovlivňuje společnost. Je to problematika, která zahrnuje sociologii, psychologii, urbanistiku, demografii, ekonomii, potažmo andragogiku a jiné vědecké oblasti.
3. *klinická gerontologie* - je to zkoumání zdravotního stavu a zvláštnosti příčin chorob ve stáří. Je zde brán zřetel na jejich výskyt, průběh, klinický obraz, léčení a sociální souvislosti (Mühlpachr, 2006).

Pojem gerontologie použil poprvé pravděpodobně Ilja Iljič Mečnikov (1845-1916), spolupracovník Louise Pasteura v Paříži a nositel Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství.

Podle gerontologie rozeznáváme následující druhy věku seniorů:

- 65-74 let: jsou označováni jako mladí senioři, u kterých dominuje přizpůsobení na příchod do penze, aktivit, volného času a vlastní seberealizace.
- 75-84 let: jsou označováni jako staří senioři, u kterých nastává změna funkční zdatnosti, je zde možný atypický průběh chorob i specifická medicínská problematika,
- 85 a více let: ti jsou označováni jako velmi staří senioři, u kterých již nabývá na významu sledování jejich vlastní soběstačnosti a zabezpečení. Senioři, kteří dovrší více než 90 let, zařazujeme do skupiny, kterou nazýváme dlouhověkost. Dlouhověcí zatím tvoří nepatrný zlomek populace, ale jejich současné počty se stále intenzivněji navyšují.

Dále můžeme rozlišovat teoretické členění stáří:

Kalendářní (chronologické) - jeho vymezení je určeno dosažením stanoveného věku, od něhož se nápadněji projevují změny involuční.

Biologické - je označením involučních změn například atrofie, sestup funkční zdatnosti, popřípadě regulační a adaptační změny mechanismů, převážně těsně propojených s těmi chorobami, které se s vysokou pravděpodobností vyskytují ve vyšším věku.

Sociální stáří - časový úsek vymezující kritéria sociálních změn – nejběžnějším dosažením důchodového věku (Mühlpachr, 2005).

V souvislosti se sociálním stářím nám vyvstává periodizace stáří:

- První věk (předproduktivní) - časové období zahrnující dětství a mládí, které je specifické růstem, vývojem, vzděláním, znalostí, zkušeností, pracovní přípravou.
- Druhý věk (produktivní) - časový úsek spadající pod dospělost, produktivity biologické, sociální a hlavně pracovní.
- Třetí věk (postproduktivní) - pokles zdatnosti, vitality a odpočinku
- Čtvrtý věk (závislostní) – je ukázkou protikladů závislost a soběstačnost (Mühlpachr B. , 2011).

Každý jedinec se srovnává se svým věkem jinak. Proto je definováno pět strategií, jak se každý jedinec se svým věkem vyrovnal:

1. konstruktivnost - nejlepší přizpůsobení na stáří. Jedinec je optimistický, plný očekávání nových věcí a příležitostí,
2. závislost - plná závislost na nejbližším okolí,
3. obranný postoj - snaha pracovat co nejdéle a tím oddalovat odchod do penze,
4. nepřátelství - tyto lidé vedli neuspokojivý život a všechny z okolí viní, že za to mohou,
5. sebenenávist - pasivní dopady směřují na vlastní osobu (Doňková, 2010).

Geriatric a gerontologie klinická se zabývá určitými zvláštnostmi chorob, nemocností a zdravotního stavu ve stáří.

1.4 Charakteristika stáří

Jde o proces asynchronní, který nerovnoměrně postihuje struktury a funkce organismu v souvislosti s jejich zatížením a stimulováním nebo poškozováním.

V nejběžnější terminologii je stárnutí chápáno jako postupné opotřebovávání a negativní proměny projevující se ubýváním energie, stagnací, únavou, funkčními výpadky a v nejzávažší formě může vést až k degeneraci. Z primárního hlediska jde o biologický proces, který probíhá v živých organismech, jehož podstatou je pokračující odumírání buněk v těle a jejich nahrazení buňkami menší kvality (Vodáková, 2009).

Rozlišujeme tyto druhy involuce:

Biologická involuce - vychází z jedincových genetických vloh.

Tělesná involuce - dovršením 60. roku přibývá tělesných involucí zrychleným tempem, který postihuje všechny složky organismu.

Duševní involuce - zde se mísí biologické vlivy věku mozku a těla s působením zkrácené životní prosperity, obměněného vzhledu a ostatních společenských faktorů, které přináší věk a determinují duševní involuci. V této fázi je pro seniora důležitější přesnost na úkor rychlosti (Mühlpachr, 2005).

Senioři musí také počítat s tím, že jak léta přibývají, přibývají s tím také nemoci. Není neobvyklé, když senior má více nemocí současně, tomuto stavu se říká - *polymorbidita*. Co se týká stáří, lékaři si uvědomují fakt, že klesá funkčnost organismu a také vstřebatelnost živin a léků do tělesných orgánů.

Výrazným mezníkem stárnutí je odchod do důchodu. Pomalu dochází k úbytku sil, ke zpomalení tempa života, zhoršuje se zdravotní stav a k tomu je ještě nutno přičíst zhoršení ekonomické stránky. Velkou ranou je pro seniory úmrtí svého blízkého partnera nebo svých vrstevníků. Ne každý se s tím snadno vyrovnává. Senioři poté mají pocity zbytečnosti, což může vyústit k psychologickým problémům. Tímto utrpí jejich sociální vazba na společnost, která může vést k sociální izolaci. Někteří senioři přímo vyhledávají soukromí a uzavírají se do izolace, ale my bychom to neměli dopustit, protože tím ztratí veškeré sociální vazby, které měli. Stárnutí je záležitost značně individuální z hlediska času, rozsahu a závažnosti projevů. Časem se u seniora snižuje manuální zručnost a nastávají problémy s orientací. Důležité pro každého seniora je udržovat sociální vazby a získávat nová přátelství.

Pro mnoho lidí v produktivním věku je práce jedním z hlavních smyslů života, proto pro starší lidi, kteří odcházejí na důchodu, může znamenat ohromné psychické trauma. Zatímco dříve měli přesně nalinkovaný harmonogram, teď mají více času a neví co s ním. Zpočátku zažívají radost a uvolnění z každodenní pravidelnosti, časem pokud nemají zájmy a koníčky, kterým by se mohli věnovat, může nastat problém s využitím volného času.

Proto bychom měli využít opatření, mezi které patří:

- komplexní integrace seniorů do společenského života a včasná prevence segregace,
- mezigenerační přístup k toleranci s vyloučením jakýchkoliv prvků ageismu - diskvalifikace kvůli věku,
- je veden důraz na kvalitu a smysl života ve stáří,
- maximální využití všech složek a forem péče, čerpání nákladů a služeb,
- nabídka pomoci všem rozvojovým zemím, aby zvládly navyšující se počty seniorů (Mühlpachr, 2004).

Stáří a dětství jsou životní dráhy od sebe nejvíce vzdálené, ale i blízké. Zatímco dítě získává na síle a jeho schopnosti rostou, starý člověk sílu ztrácí a jeho schopnosti klesají. Stáří je obdobím, kdy jedinec vzpomíná na své dětství, a konfrontuje svůj prožitý život s hodnotami, které mu byly v dětství předány a představami, jenž měl o životě.

Každý z nás sám pozná na sobě, jak vlivem přibývajících let mu ubývá síl, jak mu ubývá svalovina, jak se zpomaluje jeho myšlení, zpomaluje se chůze a ještě k tomu se mu zmenšuje postava. Každý orgán v lidském těle ztrácí postupně část své funkce. Organismus se stává náchylnější k chorobám a je stále méně odolný, dochází k jeho degeneraci a poruchám látkové výměny a stáváme se stále více zranitelnými (Dienstbier, 2011).

Nejčastějšími nemocemi, které postihují seniory jsou:

Kardiovaskulární onemocnění - zejména choroby srdce a oběhového systému.

Onemocnění plic a dýchacích cest - klesá výkonnost plic.

Poruchy imunity - tělo hůře odolává nemocem.

Poruchy metabolických procesů.

Nádorová onemocnění - všechny typy jsou vysoce rizikové.

Neurologická onemocnění - Alzheimerova choroba, mrtvice, Parkinsonova nemoc.

Kožní onemocnění - proleženiny, opary, vředy.

Pohybové onemocnění - osteoporóza, osteoartróza, výměna kyčlí a kloubů.

Poruchy sluchu, chuti a zraku – zelený, šedý zákal.

Gerontopedagogiku rozeznáváme - v užším slova smyslu je vnímána jako disciplína pedagogická, která se zabývá výchovou a vzděláváním seniorské populace.

- v širším slova smyslu je vnímána jako teoreticko-empirická dimenze zabezpečující ucelenou péči, pomoc s podporou seniorům při snaze uspokojit jejich potřeby.

Se stárnutím obyvatel stoupá také podíl lidí chronicky nemocných, invalidních a duševně postižených a jako mezní věk se jeví hranice 75 let (Solárová, 2010).

„Národy v průběhu dějin nepřezívají silou svého bohatství, ale silou pramenící z pomoci svých nejchudších členů. Národy nepřezívají díky své moci, nýbrž díky péči, nabídnuté slabým a nemocným. Civilizace se stává nezranitelnou pouze tehdy, když se stará o své zraněné“.

Jonathan Sacks

2. DEMOGRAFICKÉ VÝVOJ

2.1 Demografické aspekty stáří

V současné době zažíváme, aniž si to zcela uvědomujeme, převratné období, které se vyznačuje výraznými demografickými změnami populace. Stárnutí populace je výrazným fenoménem současné doby. Každým rokem u nás klesá podíl dětí a mládeže a současně s tím se zvyšuje počet lidí seniorského věku. Střední délka života obyvatel vyspělých zemí se význačně prodlužuje. Je to společenský jev, který má značné dopady, a proto je nezbytné jej řešit systémově. Sociální rozvoj, lepší životní a pracovní podmínky, medicínské pokroky a prosazování sociálních práv vedou k tomu, že méně lidí umírá předčasně v dětství, nebo během pracovního života. Získané roky života jsou cenou samy o sobě. Více lidí má možnosti prožít život delší než v minulosti a starší lidé tak tvoří významnější část populace než kdykoliv předtím. Stáří se stává přímou zkušeností stále se zvyšujícího se počtu osob. Současná doba je charakteristická plánováním dětí a oddalováním početí dětí do pozdějších let. Výrazně tomu napomohlo lékařství, které vynalezlo léky proti početí dětí. Stárnutí populace nastoupilo v české společnosti s mírným opožděním oproti jiným západoevropským zemím. Stárnutí naší populace má neblahý vliv zejména enormními náklady finančními, zdravotními a sociálními na zajištění osob v důchodovém věku.

2.2 Vymezení demografie jako vědy

Demografie je vědní obor, který se zabývá reprodukcí lidské populace. Demografie je řeckého původu, je to složenina dvou slov – *démos*, což je lid a *grafein*, což je psát. Znamená to tedy popis respektive studium lidu. Jde o zkoumání takových procesů, jako jsou porodnost, potratovost, sňatečnost, úmrtnost a rozvodovost (Klufová, 2010).

Tento pojem jako první použil A. Guillard v roce 1855.

Struktura lidské populace se v současnosti značně mění. V celosvětovém měřítku více lidí se dožívá vysokého věku a podle statistik má být 21. století stoletím seniorů. Poprvé se staneme svědkem, kdy osoby starší 60 let budou v převaze k osobám mladším 15 let. Již nyní stoupá věk osob k 80 letům a současný vývoj nepředpokládá, že by se to mělo měnit. Současně s tímto jevem se stále zřetelněji projevuje aspekt segregace starých lidí, jejich přehlížení, neosobní jednání a odsouvání stranou. Tento jev vznikl poslední dobou a je

pojmenován *ageismus* což znamená diskriminační vyčleňování starších osob z různých aktivit a jejich vyčleňování na periferii společnosti. Z demografického hlediska je stárnutí procesem, v jehož průběhu se mění věková struktura osob starších 60 nebo 65 let za snižování podílu osob mladších 15 let. V roce 1980 bylo osob, které převyšují 65 let v České republice 76 600, z toho 33 700 mužů a 42 900 žen. V roce 1990 to už bylo 83 200 osob a v dalších letech tento nárůst pokračuje, v roce 2000 to je 85 900 osob a v roce 2011 podle českého statistického úřadu je osob, které překročili 65 let 145 300, což je obrovský nárůst, přičemž mužů je 67 500 a žen 77 800. To jasně dokazuje, že počet osob starších 65 let stále narůstá, a proto je nutno tento fenomén začít řešit. Důchodového věku se dožívá stále více lidí a většinové zastoupení zde mají ženy, které se zpravidla také dožívají vyššího věku. Rostoucí počty obyvatel ve vyšším a vysokém věku budou znamenat postupně rychle rostoucí ekonomické zatížení obyvatelstva v produktivním věku – v roce 2020 bude připadat 51 neaktivních na 100 aktivních obyvatel a zároveň se bude prodlužovat doba dožití. Důležité je uzpůsobit politiku zaměstnanosti, důchodovou politiku a služby probíhající, sociálním a demografickým změnám. Mezi hlavní úkoly politiky přípravy na stárnutí z pohledu MPSV patří důraz na lidská práva, respektování genderového aspektu problematiky stárnutí, celoživotní přístup ke zdraví a stárnutí, důraz na rodinu a vztahy mezi generacemi. Předpověď obyvatel pro Českou republiku do roku 2020 předpovídá hlubší pokles porodnosti a menší snížení úmrtnosti. Podle této předpokládané úvahy by v naší republice měla činit délka života při narození u mužů 73 až 75 let a 78 až 80 let u žen. Koncept úspěšného stárnutí, který vznikl v USA a jako hlavní cíl si stanovil nezvyšování kapacit pro nesoběstačné osoby, ale aktivní zlepšování funkčního a zdravotního stavu stárnoucích osob s komplexní prevencí vzniku závislosti.

Absolutně i relativně se zvedá podíl starých lidí a současně s tím se snižuje relativní podíl populace dětí a mládeže. Proto diskutujeme o absolutním stárnutí populace i stejně relativním stárnutí populace, což ve své podstatě znamená stoupající podíl starých osob na celkovém počtu obyvatel (Dvořáčková, 2012).

Což znamená, že u věkové skladby obyvatelstva se stále rozšiřuje koruna, ale zároveň s tím se zužuje kmen.

V období od roku 2001-2005 sice nastal porodní boom, kdy se v České republice narodilo více dětí, ale současně nedokážeme předpovídat, jak se tento trend bude vyvíjet

v dalších letech. Bylo to zapříčiněno tím, že se silné ročníky ze 70-80. let rozhodly pro rodičovství a zakládání rodiny. V návaznosti na tento aspekt, přesto bude nadále přibývat lidí ve vyšším věku a s tím spojených vyšší výskyt zdravotních rizik a komplikací. Napadá mě však otázka, kolik získané doby připadne na naději dožití v dobrém zdravotním stavu? Seniorská populace bude průměrně věkově starší, ale bude ve větším rozmezí postižena chronickými a degenerativními chorobami. Tyto choroby nepovedou přímo k úmrtí, ale budou se projevovat postupnou ztrátou soběstačnosti. To v důsledku zatíží společenské náklady a náklady na veřejné zdravotnictví a sociální služby. Generace seniorů je tvořena lidmi, jež navzájem něco spojuje a naopak vůči mladším, ale předchozím starým generacím, něco diferencuje. I při vnitřní diferenciaci generace seniorů existují znaky, které je spojují. Konflikt mezi mládeží a seniory je dán tím, že mladí mají jiné potřeby než senioři, ale zároveň, jak stárnou, si postupně přisvojují potřeby starších ročníků. Zaměříme se nyní podrobněji na naději na dožití.

Současný vývoj naděje na dožití jednoznačně dokládá postupné prodlužování délky lidského života. Současná politika státu vnesla do systému jeden důležitý faktor, a to, zatímco dříve se snižoval odchod do důchodu a zvyšoval se důchod, a tedy se zlepšovalo finanční zabezpečení stáří, současný vývoj je spíše opačný, prodlužuje se délka odchodu do důchodu a přitom důchody stagnují. Mezi mladými lidmi se také vyskytuje názor, že staří zabírají pracovní místa, která by byla pro ně vhodná. Současně k tomu lze přičíst fakt, že jakmile občan, který má nad padesát let, ztratí zaměstnání, velmi těžko nějaké zaměstnání sežene. Současná společnost ho bere jako neproduktivního, myslí si, že je pomalý, opotřebovaný a nepotřebný (Kolesárová, 2012).

Mnozí starší lidé jsou také značně závislí na své rodině, která se ale své odpovědnosti mnohdy zbavuje a odsouvá své blízké do sociálních a zdravotních zařízení. Tam se dostávají stárnoucí lidé do izolace, ztrácí tam své soukromí a mnohdy ani péče ze strany pečujícího personálu není ohleduplná na potřeby stárnoucích osob. Přitom každý z nás je jedinečnou osobností se svými dobrými i špatnými vlastnostmi. Je potřeba dát jim čas a prostor k vlastnímu vyjádření se. V přímé linii s tím se musí senioři snažit využít všech pobídek, které společnost nabízí. To značí jejich aktivní přístup v životě, zdravý a plný společenské a kulturní integraci.

3. RODINA

3.1 Rodina a její funkce

Rodina je zpravidla tvořena rodiči a jejich dětmi, jedná se vlastně o společenství osob, které jsou spojeny pokrevním příbuzenstvím nebo manželstvím. Rodina plnila zpravidla funkci reprodukční, ekonomickou, ochrannou a socializační. Při stanovování postavení a úlohy rodiny v životě jednotlivce je běžný určitý typ či model. Obvyklá je nukleární rodina, která je tvořena oběma rodiči a jejich dětmi, žijící spolu v samostatné domácnosti, odděleně od příbuzenstva. Jestli rodinu rozšíříme o prarodiče, vznikne jádrová rodina. Jestli do systému rodiny přičleníme sourozence rodičů, pak se nám utvoří rozšířená rodina (Vavřík, 2010).

V průběhu dějin měla její ekonomická, emociální a výchovná funkce mnoho podob. Tradiční evropská rodina byla složena z členů rodiny, kteří společně žili a pracovali, aby se užívali. Výhodou takové rodiny byla spolehlivě fungující výměnná služba mezi generacemi (Haškovcová, 2010).

Rodina může být charakterizována podle následujících znaků:

1. **biologicko-reprodukční** za hlavní úkol si stanovila plození dětí a uspokojení potřeb,
2. **ekonomická funkce** je určována jako ekonomická výrobní jednotka či společné hospodaření,
3. **socializační a akulturační funkce** zprostředkovává výchovu a vzdělání dětí, přejímání kulturních hodnot a určování životního stylu,
4. **emociální**, ve které se snažíme uspokojit citové touhy a vzájemnou podporu,
5. **ochranná**, před vnějším prostředím (Mühlpachr, 2008).

Pamatujme hlavně na to, že člověk je tvor společenský a rodí se do konkrétního kulturního a společenského prostředí. Původní pojmenování starých lidí znělo asi takhle. Na začátku to byl starý člověk, pak se pojmenování změnilo na geront, a současná forma je senior. Nejpřirozenější místo, kde by chtěli staří lidé zemřít, je u vlastní rodiny, v domácím prostředí, které důvěrně znají a kde se cítí v bezpečí, v klidu a mezi svými. To znamená, že děti a senioři byli v rodině tolerováni jako ekonomicky závislí členové. Stárnoucí a staří lidé se podíleli na ekonomickém zajištění rodiny dle svých aktuálních možností. Stárnoucí člověk postupně v rodině měnil svou funkci za méně namáhavou, ale podstatné bylo, že

neztratil svoji rodinnou roli, že stále někam patřil a byl buď přijímán, nebo alespoň tolerován. Dříve staří lidé stonávali jen zřídka, anebo jen krátce. Staří lidé až do poslední chvíle pracovali, protože museli, chtěli a také i mohli. O poskytování kvalitní lékařské péče, jako je v dnešní době, si mohli nechat jenom zdát.

V současné době v naší společnosti je rodinná soustava velmi pestrá. Můžeme se setkat s rodinným uskupením dvougeneračním nebo také čtyřgeneračním. Pokud se jedná o svazek starých manželů, jejichž děti se osamostatnily, jedná se o geronickou rodinu. Rodinný život starých lidí je velmi důležitý i z hlediska udržení jejich soběstačnosti v návykovém prostředí. Mnohé domácnosti starých lidí by vůbec nemohli existovat, kdyby jim nepomáhali mladí rodinní příslušníci. Současná rodina má přes všechny změny, jimiž v minulosti prošla, nadále důležité místo v centru rozšířené příbuzenské sítě. Starý člověk nadále hraje v rodině významnou roli. Zajímá se o problémy rodiny i ve velmi vysokém věku a na oplátku očekává zájem o svou osobu. Žije-li starý člověk sám a neudrzuje kontakty se svou rodinou nebo se známými, ocitá se v sociální izolaci. Do stejné izolace se může dostat i stará manželská dvojice v důsledku konfliktních vztahů v rodině nebo z jiných důvodů. Některá rodina neplní, nemůže, popřípadě ani nechce naplňovat svou úlohu, co se týká podpory a péče o stárnoucí osoby, na kterou mají tyto osoby nárok morální i legální, v případě, že rodina v tomto případě není schopna se o seniora postarat, je nutno k tomu využít veřejnou péči (Pacovský, 1981).

Generační rozpory mezi rodinou vážně ztěžují situaci kolem starého člověka. Zdrojem těchto rozporů se může stát jak starý člověk sám se svými postoji a svým jednáním v minulosti i v současnosti. Jindy je hlavní problém u mladší generace. Některá rodina zažívá tíživé finanční a psychické nároky, jestliže se má starat o svého starého, většinou již ne zcela soběstačného a samostatného příslušníka. Starý a chronicky nemohoucí člověk je pro příslušníky rodiny mimořádnou a nezvyklou zátěží. Pro rodinu by mělo být povinností ohleduplně uspokojit specifické potřeby stárnoucího člověka, neboť starý člověk je odkázán na pomoc rodiny ve všedních činnostech, které si za normálních okolností zajišťoval sám. Současně může nastat situace, kdy závislost seniora je v takové míře, že situace si vyžaduje stálou přítomnost člena rodiny. Někdy se stává, že když projevíme snahu se o své blízké postarat, preferujeme zejména materiálně-sociální zabezpečení. Méně si uvědomujeme, že tito lidé potřebují naši lásku a cit. Myslíme si, že pečovatelská služba, kterou zajistíme, všechny tyto potřeby vyřeší, ale pro staré lidi jsou to hlavně a především cizí lidé. Rozhodující vliv na postoje mládí ke stáří je dán především v dětství, kdy posuzujeme

vztah našich rodičů k jejich rodičům. Jaký příklad dali rodiče svým dětem, takový mohou očekávat ve stáří. Na jedné straně chceme stáří uctívat, milovat, ale na straně druhé nás popuzuje svou pomalostí, zevnějškem a neschopností. Současný mladý člověk opěvuje hlavně mládí, krásu a hlavně výkon, proto chápe stáří jako nutné zlo.

Žádná osoba nechce být závislá na pomoci druhá, partnera, dětí, ale naopak její snahou je soběstačnost a sebeobsluha. Někdy ovšem už postižený jedinec svou úlohu nezvládá a sám se ostýchá požádat o pomoc, tak je na nás, abychom věděli, jak a s čím mu pomoci a měli bychom mu být schopni pomoci. V současné době nespátřujeme ve stáří moudrost, vyrovnanost a zkušenost jako naši předchůdci a to bohužel není správné.

Moderní rodina vykazuje model vysoce flexibilní sociální skupiny, kdy se každé pokolení musí vždy znovu adaptovat na nejnovější životní podmínky a situace, měla by být nejlepší zárukou takové adaptace (Alda, 1989).

3.2 Rodinné proměny

Na prahu 21. století se změnila pozice otce jako ochránce a pečovatele rodiny, jenž vedl výchovu a ukazoval morální zásady dětem. S tím byla také spojena role hlavy rodiny a živitele. Muži jako živitelé rodin často opouštěli domovy a trávili mnoho času v práci. Postupem času ztráceli autoritu a prestiž a rodina s dětmi byla více orientována na matku. Tímto vzniká nový útvar rodiny a jsou tvořeny nové aspekty současných rodin. Počátek stárnoucí rodiny je dán tím, že se vztahy v rodině postupně mění. Zpočátku rodiče svým dětem pomáhají, jak finančně, tak také vypomáháním s hlídáním jejich dětí a pomocí v domácnosti. Postupně se však vztah obrací. Rodičům ubývá sil, může se i zhoršit jejich zdraví a poté sami potřebují pomoci a v tom okamžiku se role obrací. Nakonec bývají děti samy zaskočeny situací, která vyžaduje péči o své rodiče a zahrnuje denní návštěvy nebo přijetí rodiče do vlastní domácnosti. Mnozí staří rodiče tuto formu očekávají, ale ne vždy se tak i stane. Sociální síť by v těchto ohledech měla být adaptabilnější, aby rodinná péče nebyla soustavně zatížena, zvláště v dnešní době, kdy existují různé formy služeb, které rodinné péči mohou ulehčit. Tím, že se o nesoběstačného seniora postaráme, mu tím zároveň dáváme najevo, že nám není lhostejný a nadále patří do naší rodiny.

Sociální péče o staré občany, kteří již z jakéhokoliv důvodu se o sebe nemohou starat, patří k morálním právům a povinnostem, aby se o ně postarali lidé v produktivním věku a

zdraví. Tato forma byla uplatňována po dlouhá staletí u všech kulturních národů (Malíková, 2011).

Před desítkami let, smrt byla s lidským pokolením vždy po boku, dnes je vnímána smrt jen se stářím. Tento posun je především dán tím, že se zlepšila zdravotní péče a nemoci jako spalničky, příušnice, černý kašel nebo zarděnky se podařilo odstranit. Tím je dáno, že život již není „darem“, ale jakousi samozřejmostí. Může se stát, že v důsledku nízkého počtu dětí a značné rozvodovosti bude některým starým lidem chybět kontakt a pozornost ze strany svých dětí a nadále se bude diferencovat skupina osamělých osob. Smrt není zlá, zato umírání je těžké. Rodina v současnosti tvoří jednu z největších světových organizací, která pečuje a ujímá se starých a nesoběstačných lidí. V Evropském společenství je vytvářen předpoklad, že o 70-80% starých a nesoběstačných lidí se stará alespoň jeden člen domácnosti (Clément, 1998).

Jestliže mluvíme o důstojném stáří, stojí za zmínku, že senioři jsou v republikové populaci, k produktivní věkové třídě mocensky i ekonomicky značně znevýhodněni právě kvůli značnému limitovanému přístupu k sociálním a produktivním rolím, mnohdy to stojí na hranici věkové diskriminace (Sýkorová, 2007).

Vztahy, které se promítají mezi mladší a starší generací prochází mnohými změnami. Přichází krize v manželství a přináší s sebou časté rozvody i změny funkcí v rodině. Obvykle se považuje za soužití dvou generací v jednom bytě při péči o starého rodiče za žádoucí.

Rodina se řadí mezi nejvýznamnější společenské instituce a její výchovná funkce je nezastupitelná. Rodina má počátky ve všech historicky známých společenstvích a kulturách. Má různou velikost, strukturu a má rozličné vazby na společnost. Za členy rodiny se také považují členové, kteří jsou přibráni do rodiny např. adopcí. Vztahy uvnitř rodiny jsou důvěrné a bezprostřední, převažují zde skupinové zájmy, plánování budoucnosti, vzájemná pomoc a spolupráce. Většinová rodina vytváří vlastní rámec, který dává člověku jasně najevo, kdo do ní patří a kdo ne, je jedinečná a má výsadní postavení (Přadka, 2004).

V současnosti se stále mění rozsahy a struktury rodin, bohatství vztahů, ukazuje se nižší akceptace rodinných hodnot, dělba práce stejně jako forma spolužití se mění, je ohrožen samý základ rodiny, ukazuje se křehkost a ztráta stability rodiny a rodinných vztahů (Bakošová, 2008).

3.3 Rizika pečujících osob

Mezi rizika, která ohrožují pečující osoby, řadíme snížené materiální a technické vybavení domácnosti. Nemusí být zajištěna komplexní péče v domácím prostředí, psychická a fyzická náročnost. Sociální změny kdy se ustálené role začínají převracet. Značná časová náročnost, kdy nám nezůstává téměř žádný volný čas na uspokojování vlastních potřeb. Nízká úroveň podpory, která je určena osobám pečujícím. Vysoké riziko chudoby, kdy rodina přijde o jeden stálý plat.

Současná funkce rodiny posílila v dnešní době, kdy vystupuje jako pilíř jistoty a stability před vnějším světem. Základní funkcí rodiny je biologicko-reprodukční funkce, k tomu patří jistě i sociálně ekonomická funkce, poté ochranná funkce po vstupu do školských zařízení, socializačně-výchovná funkce, pro odpočinek by měla plnit rekreační, relaxační a zábavnou funkci a v poslední řadě i emocionální funkci, která působí na každého člena domácnosti a vytváří v něm citové zázemí, lásku, bezpečí a jistotu. Pokud rodina nesplňuje tyto následné funkce, může dojít k nárůstu citově deprimovaných nebo týraných dětí (Kraus, 2008).

Současné není možné, aby rodiče své děti celý život zklamávali a na stará kolena čekali jejich lásku, úctu a něhu. Láska je oboustranným dáváním během života. Největšími protivníky starého člověka jsou úzkost na straně jedné a samota na straně druhé. Senior nepláče, že zažívá tyto stavy a proto se nám může zdát, že je v podstatě spokojený, avšak bývá tomu právě naopak. Souboj proti samotě je nutno začít včas na úrovni prevence (Farková, 2009).

Rodinní příslušníci se mnohdy snaží ze všech sil, aby péči o blízkou osobu věnovali maximum času, a to často na úkor svých zájmů, zálib a přátel. Často se může zdát, že sami pečující jsou méně důležití než pacient a to může vést k předčasnému a zbytečnému vyčerpání popř. syndromu vyhoření. Proto se často nabízí služby odlehčovací, aby tomuto chování předešly a dokázaly minimalizovat rizika (Holmerová, 2007).

Rodina v absolutní většině zůstává na prvním místě v pomoci starým lidem, poskytuje jim citovou pomoc, upravuje svoje bydlení, je nápomocna při nemoci, vyjadřuje oporu a zastání. Je předpokládáno, že 85 procent péče zaštiťují děti, sousedi, přátelé a příbuzní. Rodina, která přišla pomoci svému starému člověku, může trpět, pokud se naruší jejich zvyklosti a řád. Mnohdy v důsledku toho členové rodiny se zdržují méně času doma a může to vyústit i rozpadem rodiny. Současné také přibývá finanční zátěže na zdravotní

pomůcky, dopravu, léky a vlastní péči. Starý člověk, který měl dobré vztahy v dětství, dokáže snáze pochopit stáří a jeho důsledky.

Současná mladá generace není jakkoliv připravena na stáří a současně postrádá jakýkoliv přínos seniorské populace ve vztahu ke společnosti. Proto je národním zájmem, aby senioři nebyli v žádném případě diskriminováni a byla jim poskytnuta solidarita a uznání a stali se právoplatnými členy společnosti. Společnost musí mít nastavena taková pravidla, aby se předešlo šikaně páchané na seniorech a zcela se zamezilo ageismu kvůli věku.

V rodině, která se stará o nesoběstačného seniora, může vyvstat řada stresových faktorů, se kterými se pečující osoba nemusí zcela vyrovnat, mezi tyto faktory patří:

- změna v přímém vztahu k nesoběstačné osobě,
- pocit nekončícího nasazení v pečování,
- absolutní nedostatek času pro vlastní osobní život,
- neustálé denní starosti spojené s obavami,
- vnímání, že nikdo jiný mi nepomůže a zůstanu na vše sám,
- ztráta partnera nebo rodiče,
- obvinění, že za ztrátu partnera mohu jen já,
- absence podpory od své rodiny a blízkých,
- obava, že se mohu nakazit stejnou nemocí (Pacovský, 1990).

Z těchto faktorů při neustálém psychickém a fyzickém zatížení organismu se mnohdy časem začnou projevovat různé zdravotní obtíže a komplikace a sama pečující osoba potřebuje pomoci. Je to způsobeno stresem a každý člověk se s tímto moderním faktorem srovnává jinak. Lidé, kteří mu snadno podlehnou, zažívají deprese, stále častěji navštěvují svého lékaře a současně se zvyšuje spotřeba léků, bez nichž už nedokáží být. Jak bylo v této kapitole formulováno, není péče v rodině snadným úkolem a každá rodina, která tuto péči poskytuje svým blízkým, by si zasloužila velké ocenění za obětavost a statečnost, že se rozhodla postavit se k tomuto problému čelem.

4. KOMPREENZIVNÍ REHABILITACE

4.1. Vymezení komprehenzivní rehabilitace

Pojem rehabilitace se začal používat v průběhu první světové války ve Spojených státech amerických. V té době se vracelo z války v Evropě mnoho vojáků, kteří utrpěli mnohá těžká zranění. Bylo snahou jim aktivně pomoci, aby se mohli, v co nejkratší době vrátit do společenského i soukromého života. U nás i v Evropě se rehabilitace začala prosazovat až koncem druhé světové války. Komprehenzivní rehabilitace – ucelená (anglicky *comprehensive rehabilitation*), kdy se jedná o plynulé, koordinované úsilí, optimální začlenění zdravotně postižených občanů do života. Rehabilitace zahrnuje zdravotnickou, sociální, vzdělávací, technickou, pracovní, kulturní, ekonomickou, legislativní a politickou problematiku (Kolár, 2009).

Koncové skupiny ucelené rehabilitace jsou tvořeny osobami se zdravotním postižením, kde není omezení věkem, u kterých může dojít, případně i došlo následkem vrozené vady, případným onemocněním nebo úrazem k výraznému ztížení aktivit a přizpůsobení do společnosti (Kolár, 2009).

Jedná se o osoby, u kterých v důsledku jejich zdravotního postižení dochází k omezení jejich pracovního uplatnění a kterým jejich zdravotní postižení znemožňuje dosáhnout optimální úrovně soběstačnosti a vzdělání. A jedná se o stav, který je dlouhodobý, popřípadě i trvalý a jeho stav nelze léčbou úplně odstranit. Negativní vliv je možné jen zmírnit systémem důmyslných opatření, na kterém se bude spolupodílet celá společnost.

Kdybychom se historicky vrátili do dávných dob, kdy ještě existovaly kmeny a rody, tak jejich úsilím bylo zbavovat se nemocných a postižených jedinců. Později je vylučovaly ze svého středu nebo je i opustily. Až vlivem křesťanství se začaly měnit postoje a náhledy na lidi s postižením. O tělesně postižené, kteří si nebyli s to zajistit obživu žebráním, se starali v kláštřech, hospicích anebo pomocí nadací. Je to velmi bolestné zjištění, když zvážíme fakt, že když byli společnosti prospěšní, tak měli přístup ke všem požitkům, ale jakmile ztratili své schopnosti, byli odsunuti na okraj společnosti. Řekové, kteří byli na svém vrcholu a od nich se učili i samotní Římané, tak narozené děti, které byly tělesně nebo duševně postižené, shazovali do propasti v pohoří Taygetos, aby si zaručili zdravý rod, tak kruté to byly časy. Zákazy zabíjení dětí s postižením byly uplatňovány jen

v Izraeli a egyptských Thébách. Naštěstí tyto časy jsou za námi a my v současné době máme propracovaný systém komplexní péče o tyto občany.

U nás se myšlenka rehabilitační péče věnoval profesor MUDr. Rudolf Jedlička se svými spolupracovníky, ke kterým patřili František Bakule a Augustin Bartoš. Úsilí pana profesora bylo zúročeno založením Jedličkova ústavu pro zmrzačené, který se nachází v Praze na Vyšehradě (Vítková, 2006).

Rehabilitace u seniorů si vyžaduje individuální přístup a terapeutickou snahou je minimalizovat nemoci a postižení, které nejvíce omezují kvalitu života. Někdy se vyskytují rezignace, apatie a deprese nezávisle na fyzických nebo psychických stavech, mnohdy se tímto prodlužuje doba léčby a následné rehabilitace, která postupuje po malých krůčcích. K seniorům je nutno přistupovat empaticky a pomalu, protože u mnohých z nich klesá schopnost koncentrace a klesá výkon paměti. Proto je v této fázi potřebné vtáhnout, pokud je to možné, do terapeutického procesu rodinu. Zde je velmi ceněn pevný a strukturovaný režim dne. Potížíím s adaptací se můžeme vyhnout tím, že seniora nebudeme učit mnoha novým věcem, ale využijeme stávající režim dne seniora. Neměli bychom dopustit, aby postižení vyčlenilo staré lidi ze společnosti a sociálních vztahů. Rehabilitace ve stáří je úzce provázána s rehabilitací rodinných příslušníků, kteří bývají často přetíženi a jsou vystaveni dennímu zatížení a starostím o seniora. Těžištěm rehabilitace seniorů, se kterým je spojen pojem intervenční gerontologie, spočívá jak v obnovení, tak uchování existujících schopností a dovedností. Senior by měl zůstat samostatný a kompetentní, pokud to jen půjde. Rehabilitace je stálým vyrovnáváním se s realitou a dosáhnutím vytyčených rehabilitačních cílů (Vítková, 2006).

Rehabilitace podle WHO je definována jako obnova plnohodnotného a nezávislého tělesného sociálního a duševního života osob následkem po úrazu, nemoci nebo zmírnění následků trvalé povahy či postižení pro práci a život člověka.

Preventivní péče vychází ze stanoviska, že je účelnější zamezit vzniku nemoci nebo defektu, než odstraňovat vzniklý defekt či vadu, mnohdy finančně nákladnou a ne vždy zcela úspěšnou.

„Vadou těla se duše nezohaví, ale krásou duše se zdobí i tělo“

Seneca

4.2. Druhy rehabilitace

Podle rehabilitačních opatření a charakteru využívaných prostředků rozlišujeme tyto základní oblasti rehabilitace:

- a) *léčebnou* (medicínskou) – léčba radikální (operace) či konzervativní (léky),
- b) *sociální* - zajištění pracovního místa pro osoby se změněnou pracovní schopností, úprava pracoviště, bydlení a začleňování do společenského a kulturního života,
- c) *pedagogickou* - zajištění výchovy a vzdělání,
- d) *pracovní* - pracovní rekvalifikace dospělých osob.

K nim můžeme ještě přiřadit i čtyři odborné složky:

- e) *psychologická - klinická* psychologie se uplatňuje v psychodiagnostice a psychoterapii,
- f) *technická* - výzkum a vývoj v ortopedii,
- g) *právníká* - vydávání právních norem k zajištění lidských práv,
- h) *ekonomická* - zřizování a provoz chráněných dílen (Kábele, 1993).

Léčebná rehabilitace je nedílnou součástí zdravotní péče a zahrnuje soubor terapeutických, rehabilitačních, diagnostických a organizačních opatření, která směřují k maximální funkční zdatnosti jedince a k vytvoření podmínek pro jejich dosažení. Tato rehabilitace je zajišťována v rámci nemocniční lůžkové péče, péče v odborných léčebných ústavech včetně lázeňských a ambulantní péče.

U léčebné rehabilitace se stanoví dva druhy plánů:

- 1) Krátkodobý léčebně - rehabilitační plán, u kterého doba léčení netrvá déle než 3 měsíce nebo se jedná o dobu léčení v konkrétním zařízení. Je to vlastně stanovení konkrétních léčebně - rehabilitačních postupů v časově omezeném úseku a délka léčení závisí na akutnosti a zdravotním stavu nemocného,
- 2) Dlouhodobý léčebně - rehabilitační plán stanovuje dalších medicínské postupy, které jsou nutné pro úspěšné naplnění léčebné rehabilitace a také vytváří podmínky pro přechod do dalších složek ucelené rehabilitace. K jeho stanovení slouží rehabilitační konference týmů, jejíž závěry vycházejí z dosavadního průběhu, objektivního testování a všech dalších podkladů, které jsou nutné k určení dlouhodobé prognózy.

Aktivity jsou jednoduše řečeno věci, které konáme. Lidé se jich mohou buď aktivně zúčastňovat, nebo jen pasivně sledovat. Aktivity posilují důstojnost a sebeuvědomění, protože určují smysl a účel života člověka.

4.3 Typy rehabilitace:

Podle použitých metod rozlišujeme:

Ergoterapie je posilování soběstačnosti a sebeobslužných činností u pacientů s demencí.

Kognitivní rehabilitace je složena z různých cvičení, která zlepšují fungování jednotlivých úrovní poznávacích (kognitivních) funkcí. Cílem je zlepšit kognitivní schopnosti a tak omezit či zabránit vzniku problémů, u kterých v důsledku této poruchy dochází.

Senzorická stimulace - určitá informace, kterou si ukládáme do paměti a kterou je třeba smyslovými orgány zachytit. Máme zrakovou, čichovou, chuťovou, sluchovou a hmatovou paměť.

Reminiscenční terapie se skládá z aktivizační metody. Využívá vzpomínek a jejich vybavení pomocí různých podnětů.

Kinezioterapie je léčbou pomocnou, která má vliv působící paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie.

Arteterapie je to v podstatě léčba uměním včetně hudby, poezie, prózy, tance a výtvarného umění.

Terapeutické vaření je velmi vděčnou činností, které se dá s pacienty dělat.

Muzikoterapie je léčba pomocí hudby.

Kanisterapie je léčení za pomoci zvířat.

Léčba světlem je pro pacienty, kteří mají poruchu denního rytmu.

Bazální stimulace je léčba pomocí doteků (Holmerová, 2007).

4.4 Příklady adresných opatření v oblasti podpory

- Odborný lékař (ortoped, neurolog) - pomáhá ve zlepšování zdravotního stavu, jeho ustálení a vliv na zpomalení zhoršení zdravotního stavu.
- Lékař odborný v léčebné rehabilitaci, fyzioterapeut popřípadě ergoterapeut - zabývá se vypracováním a realizačními kroky rehabilitačního plánu, postupným znovuzískáním a

udržením maximální možné soběstačnosti, hybnosti, sebeobsluhy i nácvikem k užívání kompenzačních pomůcek.

- Speciální pedagog - somatoped, logoped – vypracováním individuálního plánu či dokončení vzdělání.
- Sociální pracovník - získáním sociálních dávek a sociální péče.
- Psycholog - diagnostikování psychických problémů nebo odchylek.

Individuální péče o postiženého seniora je pozvolným procesem, který na počátku začíná posílením samostatnosti a povzbuzením jeho aktivity. Aktivizovat v podstatě znamená něco konat, ať už aktivně nebo pasivně, samostatně či skupinově. Jako cíle aktivizace můžeme mít udržení případně zlepšení stávajících dovedností, smysluplné vyplnění volného času, eliminace nežádoucích poruch chování, pozitivní vliv na emoce pacienta, komunikace a pravidelnost režimu.

Nemoc popřípadě postižení seniorů nepředstavuje jen problém somatický, ale s tím spojený psychický a sociální. Postižení je jak stavem těla, tak i aspektem sociální identity, který uvádí do pohybu příčiny somatické, ale definice a významy mu dává společnost (Novosad, 2011).

Nejdůležitějším posláním osob pečující o postižené lidi je pochopit a zvolit léčbu, která bude na humánní profesionální úrovni a bude vycházet z jejich potřeb (Friedlova, 2007).

Myslím, že si nikdo v naší společnosti neklade otázku, zda staří lidé s postižením mezi nás patří. Vždyť člověk, který přišel při nehodě o hybnost, není o nic méně člověkem, než jsme my sami. Důležitým faktem je, že důsledky které znevýhodňují tělesné postižení, mohou být zesíleny nejen mezilidským, dopravními a architektonickými bariérami, ale také neinformovaností, obavou či předsudkem postojům veřejnosti. Medicínský pohled se snaží postihnout co je normální a co abnormální při posuzování odlišnosti, jinakosti a specifčnosti.

Koordinovaná rehabilitace - perspektivní, aktuální přístup ke komplexní a adresné pomoci lidí s tělesným postižením. Dříve byla pojmenována jako ucelená rehabilitace. Ucelená je české pojmenování procesu, který se netýká jen lékařů a zdravotníků, ale také dalším pomáhajícím profesím, aby obsáhla všechny oblasti klientovy existence, které byly zasaženy nemocí, úrazem nebo postižením.

4.5 Zásady rehabilitační péče.

- a) *zásada komplexnosti* – je zaměřena na tělesně, zdravotně, mentálně a smyslově postižené osoby,
- b) *zásada jednotnosti* – znamená, že je třeba jednotně řídit a koordinovat všechny složky a oblasti,
- c) *zásada dispenzarizace* – je to evidence a sledování osob zdravotně, tělesně, mentálně či smyslově po celý život,
- d) *zásada socializace* – je to komplexní rehabilitační péče postižených,
- e) *zásada optimálního prostředí* – zařazování postižených jedinců do vyšší výchovně vzdělávací kategorie,
- f) *zásada prevence* – se zabývá preventivním opatřením vzniku nemoci (Kábele, 1993).

Základním rysem zdravotní péče o seniory patří snaha o tělesnou i duševní aktivitu. Nesmíme opomenout také účast na kulturním životě, návštěvou výstav, vernisáží, divadel a kin. Stáří se nesmí stát konečnou zastávkou, kde autobusy už nejezdí. Vždy je nutné aktivně se snažit zařadit do života určitý program a tohoto programu se držet nadále. Vždy musíme aktivizovat lidský organismus jako jednotný celek a tím podporovat obranyschopnost a potlačovat patologické jevy. Je vhodné působit rehabilitací již v počátku na onemocnění působením na restituční a rehabilitační postupy.

Za rizikové geronty jsou považováni ti lidé, kteří se obtížně rychle přizpůsobují na náhlé životní změny a změny ve zdravotním stavu. Míra rizika náleží v tom, že zhoršená adaptace, nebo její faktické chybění přispívají k závažným důsledkům:

- vedou ke ztrátě samostatné existence,
- k využití trvalého ústavního pobytu,
- k dekompenzaci absolutní většiny psychických a fyzických funkcí,
- k viditelnému zhoršení zdravotního a sociálního stavu,
- v mezním případě k úmrtí.

Mezi rizikové geronty zařazujeme:

1. Osoby, které jsou velmi staré. S věkem se snižuje soběstačnost v přímé úměře se stoupající závislostí.
2. Osoby žijící v jednočlenných domácnostech a vyššího věku. Nebezpečí bývá eliminováno především sousedskou výpomocí a častými návštěvami.
3. Staré osamělé ženy. Na základě statistik bylo prokázáno, že se ženy dožívají vyššího věku než muži.
4. Lidé žijící v ústavech. Mezinárodní statistiky hovoří o tom, že většina starých lidí v ústavu umírá během prvního půl roku. Rozhodující roli hraje špatná adaptace na nové prostředí.
5. Staří lidé, kteří žijí v sociální izolaci. Existuje velké nebezpečí z odstupů a neangažovanosti v sociálním životě.
6. Bezdětné manželské páry. Pomoc ve stáří od dětí bývá ve většině případů velmi významná.
7. Staří lidé, žijící se zdravotním handicapem. Handicap znamená v životě osoby s handicapem nesporný rizikový faktor, protože ústí v dekompenzaci vztahu člověk - prostředí.
8. Staré páry, ve kterých je jeden partner vážně nemocný nebo invalidní. Některé jazyky tvrdí, že manželství a jeho setrvání je nejmocnější zbraní proti pobytu v ústavu. Ale situace není až tak jednoznačná.
9. Lidé, kteří žijí z minimálních důchodů. S nižším důchodem klesá životní úroveň a poté je na řadě sociální pomoc.

5. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

V krajních případech, kdy soběstačnost seniora se natolik sníží, že již není schopen žít ve své vlastní domácnosti, a pomoc rodinných příslušníků chybí vůbec nebo je nedostačující, přichází na řadu péče institucionální. Jak se ale posuzuje soběstačnost nebo závislost? Starý člověk, který žije v souladu se svým prostředím, je adaptibilní a přizpůsobuje mu svoje požadavky, je soběstačný. Jestliže není člověk přizpůsobivý a rovnovážný vztah se naruší, je potřeba společenské zdroje, to znamená, že senior je nesoběstačný. Když klesá soběstačnost, přibývá závislost.

Přitom na financování sociálních služeb se podílí stát, občan, rodina, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna, popřípadě vlastní pojištění.

Už v Maslowově pyramidě je základem kamenem všeho uspokojení biologických a fyziologických potřeb, potřeba jistoty a bezpečí, sociální potřeba a zároveň touha po důvěře, spolehlivosti, jistotě a stabilitě, přátelství a lásce.

Primární základní lékařskou péči poskytuje obvodní praktický lékař. Pomocí sociálních služeb je poskytována péče o vlastní osobu, stravování, ošetřování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při uplatnění práv. Cílem bývá podpora rozvoje nebo částečné zachování aktuální stávající soběstačnosti uživatele, jeho navrácení do domácího prostředí, zachování nebo obnovení životního stylu, který vedl předtím, snížení zdravotních a sociálních rizikových faktorů, které souvisí se způsobem života uživatelů (Dvořáková, 2012).

Zdraví představuje určitý žádoucí stav integrity a ucelenosti představuje určitou normu, ale nedosažení tohoto stavu po stránce funkční, vzhledové, orgánové a výkonové je považováno za vybočení ze šablony a pojmenováno tělesné postižení. Hlavně musíme brát na zřetel, že na prvním místě jsou to lidé, nikoliv jejich postižení. Jestliže dojde u seniora ke zhoršení zdravotního stavu a ke ztrátě soběstačnosti a bude potřeba dlouhodobé péče, může vzniknout krize v rodině, kdy je na úkor rodiny upřednostňován senior. V této situaci nám může pomoci terénní sociální služba. Pečovatelská služba je nejrozšířenější terénní službou, která je poskytována seniorům a osobám těžce zdravotně postiženým, kteří si nejsou schopni pro svou nesoběstačnost obstarat nutné práce. Rodiny si mohou zvolit i odlehčovací službu, která pomáhá rodinám odpočinout si od každodenní péče o nesoběstačného seniora.

Pečovatelská služba – je to státní nebo soukromá terénní, ambulantní či pobytová služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností a sníženou schopností sebeobsluhy a péče o domácnost. K důvodům omezené soběstačnosti můžeme zařadit zdravotní a mentální postižení, chronickou nemoc, celkové oslabení organismu, popřípadě věk (Mlýnková, 2010).

Pečovatelská služba je k tomu cílena na občany, kteří naléhavě vyžadují pomoc při osobních činnostech nutných k běžnému životu (nasycení, osobní hygiena, oblékání, přípravění léčiv) nebo při pomoci v domácnosti (nákup pomůcek, potravin, jednání na úřadech, dovoz jídla), v případě, že zajištění péče nemohou poskytnout členové rodiny, kteří žijí v jedné domácnosti s postiženým (Pacovský, 1990).

Nejčastější je využívána pečovatelská služba a je službou placenou. Účelem pečovatelské služby je komplexní a kvalitní péče o občana, výživu a domácnost. Má ve svém důsledku starým nebo postiženým lidem pomoci při jejich snížené soběstačnosti v jejich domácím prostředí a tím je oddalována možnost ústavní péče.

Aktivizace seniora je prováděna hlavně když chceme udržet nebo zlepšit stávající dovednosti. Dále jsou to činnosti naplňující volný čas, které poslouží jako prevence hospitalismu. Časovou náročností omezuje nevhodné formy chování, má pozitivní vliv na klienta, zvyšuje mu sebevědomí, uspokojuje jeho potřeby. Aktivizace také přispívá k pravidelnosti zažitých režimů. Skupinové aktivity s pečovatelem udržují vzájemnost vztahu mezi účastníky aktivit.

Sociální pracovník musí vycházet ze situace člověka, která je daná jeho věkem. Zejména je to dáno těmito faktory:

- postupným a soustavným úbytkem fyzických a psychických sil, což se může projevit jeho zranitelností,
- postupnou nesoběstačností a závislostí na druhé osobě,
- narušení rovnováhy všech složek osobnosti.

Co znamená pojem sociální práce – její působení je v naplnění lidských potřeb a možností s dodržováním humanistických a demokratických idejí. Sociální péče je služba zastřešena státem, je tedy veřejná připadající jedincům nebo skupinám, kteří se ocitají ve ztížené životní situaci, a umožňuje těmto osobám zapojit se do života společnosti, i když jsou zdravotně, sociálně nebo jinak postiženi. Mezi sociální služby můžeme zařadit

osobní asistenci, pečovatelskou službu, služby tlumočnické a předčitatelské také služby odlehčovací a služby v domácích centrech. Sociální služby se mohou uskutečňovat v těchto místech:

1. služby spojené s bydlením v zařízení,
2. služby spojené s návštěvou zařízení,
3. služby spojené s návštěvou uživatele.

Jako další členění můžeme sociální služby ještě rozdělit na: pobytové, ambulantní a terénní.

Do systému zdravotní a sociální péče spadají také domácí péče. U nás se začaly využívat v roce 1990. Jsou poskytovány osobám na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v domácím prostředí. Touto osobou je myšlen klient, který je odkázán na pomoc druhé osoby v důsledku změny zdravotního a sociálního statusu. Tato péče je vysoce erudovaná a odborná pomoc, která dokáže pomoci klientům svým rozsahem a kvalitou urychlit rehabilitační proces. Na základě lékařského doporučení se sjednává pro klienty, kteří by jinak museli být hospitalizováni v ústavním zařízení. Jednoznačným rysem domácí péče je respektování integrity v jeho vlastním sociálním prostředí (Mühlpachr, 2006).

Domácí péče je také realizována pro pacienty, kteří se po operaci vrací domů a je nad nimi potřeba stále ještě dohled a odborná zdravotní péče místo hospitalizace v nemocnici. Bylo prokázáno, že pacienti se v domácím prostředí cítí lépe a bezpečněji, snáze se vyrovnávají i se svou nemocí. Nárok může vzniknout člověku se změněným sociálním nebo zdravotním stavem, který je zcela, nebo zčásti odkázán na erudovanou pomoc jiné osoby. Jako jedno z přímých pozitiv se jeví zachování integrity pacienta v jeho soukromém sociálním prostředí.

Jako zacílená pomoc osobám je určena:

- lidem v pooperační péči,
- poúrazové péči,
- s chronickým onemocněním,
- jako součást preventivní a hospicové domácí péče.

Typologii péče o seniory lze rozčlenit na 3 dimenze:

1. rodinná péče o starého občana,
2. sociální pomoc a péče o starého občana, které jsou poskytovány v ambulantních podmínkách,
3. péče o občana v ústavních podmínkách.

System domáci péče – je poskytován nemocným starším lidem na základě jejich propuštění ze zdravotnického nemocničního ošetřování do podmínek domáci péče. Je pro ně připraven speciální zdravotní program, který má za cíl pokrytí pečovatelských i ošetřovatelských oblastí s dohledem sociální pracovníce a geriatrické sestry. Ucelená domáci péče by měla obsahovat: ošetřovatelské úkony spolu s rehabilitačními, psychosociální pomoc, úklid domácnosti, dohled a dozor dietetického charakteru a obstarání kompenzačních pomůcek pro nemocného doma. Tyto sociální formy by měli být financovány obcemi, zdravotními pojišťovnami a samotným pacientem.

Domáci péči je možné nárokovat každým pacientem na doporučení od praktického lékaře. Je pro pacienta vhodnější, protože je v pacientově přirozeném prostředí a je zde možnost zapojení rodinných příslušníků do jeho péče.

Domáci péče je poskytována komukoliv, kdo si vyžaduje zdravotnickou péči, která může být poskytována v domácím prostředí a současně není možné péči poskytovat v nemocničním zařízení nebo ambulanci, kam by byl nucen pacient přicházet. O domáci péči si může zažádat nejenom nemohoucí senior, ale také děti či lidé v produktivním věku. Pacienti ji využívají, protože pozitivně působí na jejich psychiku a je minimalizována nozokomiální nákaza, kterou je možné se nakazit v nemocnici (Pacovský, 1990).

Hospicová péče – působí na principu celkové paliativní léčby a péče beroucí ohledy na potřeby pacienta v terminálním stádiu, u kterého byly využity všechny formy kauzální léčby, při které pokračuje léčení s cílem minimalizace bolesti a zmírnění obtíží. Zdravotní postižení je dlouhodobý nebo přetrvávající stav, který již nejde léčením odstranit.

Ošetřovatelství prošlo během vývoje třemi hlavními směry:

- Neprofesionální ošetřovatelství - laická pomoc, která se praktikovala v rodině, v péči o blízké osoby a v komunitě.

- Charitativní ošetrovatelství – bylo chápáno jako pomoc trpícího člověka v jeho tíživé životní situaci. Jeho základem bylo uspokojování základních potřeb a vycházelo ze zakořeněných humánních tradic.
- Profesionální ošetrovatelství – základ byl položen rozvojem medicíny.

Ošetrovatelská péče je rozčleněna na základní, specializovanou a vysoce specializovanou. Základní ošetrovatelská péče je tvořena péčí o pacienty bez porušených fyziologických funkcí a v žádoucím psychickém stavu. V navazující specializované a vysoce specializované péči je zacíleno na pacienty s narušenými selhávajícími životními funkcemi, s patologickými změnami stavu psychického s možnými omezenými aktivitami denního života či s pacienty v terminálním stadiu.

Ošetrovatelská péče je rozdělena na ambulantní péči, kterou tvoří činnosti, mezi které spadá podpora zdraví, prevence, vyšetřování, léčení, rehabilitace a ošetrování v blízkém prostředí každého občana.

Ošetrovatelská péče nepomáhá jen jedinci, ale také rodinám i skupinám, aby byli schopni uspokojit svoje fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Je nápomocna nemocnému k sebeobslužné činnosti a edukuje jejich nejbližší v poskytování laické ošetrovatelské péče (Policar, 2009).

Prvořadým úkolem ošetrovatelství je zachování a obnova zdraví obyvatelstva, které jsou určující podmínkou pozitivního fungování každé lidské bytosti, které souvisí se všeobecným úsilím člověka zaručit si v životě určitý standart pohody a spokojenosti. Málo z nás si uvědomuje, že zdraví je jedinečnou hodnotou, darem, jež si musíme chránit celý život (Kuberová, 2010).

Komunitní péče o pacienty mimo ústavní zařízení je zaměřena na prevenci a výchovnou činnost. Jejím obsahem je také péče o nevléčitelně nemocné a zdravotně postižené občany v rámci komunity.

Dalším článkem je ústavní péče zahrnující zdravotní péči v nemocnicích a specializovaných léčebných ústavech.

Někdy, když rodinná péče o seniora nepostačuje, dochází k umístění klienta do ústavní péče. Ta je založena na principu respektu z volby k rozhodování. Ústav přijímá klienta na základě souhlasu, nebo na doporučení lékaře, soudu nebo jiného státního orgánu na základě nedobrovolnosti.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6. PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části jsem popsal základní názvosloví vztahující se ke stáří a domácí rehabilitační péči. Součástí praktické práce budou případové studie a strukturované rozhovory s lidmi, kteří se starají o nesoběstačné seniory v domácím prostředí. K tomu jsem ještě připojil rozhovory s lidmi, kteří se nestarají o nesoběstačného seniora, ale mohou poskytnout informace, jak by se v dané situaci, kdyby nastala, zachovali. Cílem výzkumu bude zjistit, jakých služeb využívají rodinní příslušníci při péči o nesoběstačného seniora, jak se projevila péče o seniora ve vlastní rodině, zda by se rozhodly dneska jinak, jaké formy pomoci znají a jaký je jejich postoj k seniorům? Případových studií je 6 a rozhovorů respondentů, kteří se starají o nesoběstačného seniora, jsou 3. K tomu je připojeno 5 rozhovorů s lidmi, kteří se nestarají o nesoběstačného seniora.

6.1 KAZUISTIKY

Jméno: Paní E.

Věk: 85 let

Pohlaví: žena

Osobní a rodinná anamnéza

Paní E., se narodila v roce 1927. Pocházela ze tří sourozenců, ale dospělého věku se dožili pouze dva, nejmladší člen rodiny zemřel v 10 letech na záškrť. Do základní školy chodila v Lužicích. Po absolvování základní školy se vyučila dámskou kadeřnicí. Tuto práci dělala s radostí a zde se seznámila se svým budoucím manželem a spolu se přestěhovali do okolí Kyjova, kde začala pracovat na farmě JZD. Zde patřila k nejlepším pracovnícím, neboť práce na poli si velmi oblíbila. V roce 1949 se provdala a se svým mužem vychovali spolu dvě děti. S manželem postavili rodinný dům, a jelikož u domu měli velkou zahradu, začali pěstovat zeleninu ve velkém. Pěstovali ji v tak velkém množství, že ji vozili i do výkupu. Brzy poté dostala pracovní nabídku na pozici mistrové do navijárny motorů. Práce v navijárně ji začala tak bavit, že zde byla několikrát vyhodnocena jako nejlepší pracovník, pokud měl někdo nějaký problém, obracel se vždy na ni a ona ho vyřešila. Odtud po 15 letech odešla do zaslouženého důchodu. I v důchodu byla velmi spokojena a nikdy nezahálela. Věnovala se svým dvěma dcerám a čtyřem vnukům. Její největší chloubou byla zahrada, kde trávila každou volnou chvíli. O zeleninu z její zahrady byl vždy

zájem a ona byla ještě ráda, že si ke svému důchodu přivydělala. Do 77 let nebyla nikdy vážněji nemocná a k lékaři téměř nechodila. Pak přišel rok 2004 a první srdeční příhoda, která ji potkala v poledne na poli, kde pracovala. Po zotavení a propuštění z nemocnice se hned, jak přišla domů, vrátila na pole, neboť zahrada byla její život a bez ní ona nedokázala žít. Jelikož trávila na zahradě celé dny a hlavně bývala na poli i přes poledne, stalo se něco, co se dalo předpokládat. A stalo se to proto, že nerespektovala příkazy lékaře, a tak po krátké době opět dostala mozkovou mrtvici. V listopadu téhož roku ji byl ve fakultní nemocnici u sv. Anny voperován kardiostimulátor. Během prosince 2004 prodělala znovu několik mozkových příhod, které ji už nenávratně poznamenaly. V současné době má 86 let a je prakticky nesoběstačná, vyžaduje stálý dohled naší rodiny, Homedicy, Charity a ošetřovatelek, kteří se o ni s námi starají. K jejím nemocem přibyla nejtěžší choroba, a to Alzheimer, v současné době se jedná o poslední stádium této nemoci. V letošním roce v březnu jsme s ní byli u psychiatra MUDr. Klimenta a ten nám sdělil, že její nemoc se rapidně zhoršila, jelikož v předchozím období jí naměřil 8 bodů a v letošním roce to už bylo jen 6 bodů. K dalšímu doktorovi, panu MUDr. Mlejnkoví, přichází jednou za půl roku a ten se stará o její srdíčko, tlak i cukr. K obvodnímu lékaři chodíme 1x za měsíc, aby nám vypsali recept na papírové kalhotky a předepsal léky, které jí chybí.

Pracovní den u paní E., probíhá následovně: v 8.00 přijede Homedica, nachystá jí jídlo, umyje ji a převlékne, dá jí prášky a pak vše uklidí a odjíždí. V 10.30 tam přijíždí dcera, nachystá jí pití, léky a uklidí, mezitím z Těmic přivezou oběd. Oběd ji přichystá na talíř, a vyčká, dokud všechno nesní, pak vše umyjeme, uklidíme nádobí a jedeme domů. V sobotu a neděli vaříme obědy doma a pak je tam vozíme v případě slunečného počasí na kole, nebo v zimě autem. V 13.30 tam přichází pečovatelka, která zkontroluje paní E., a postará se o ni, umyje ji, převleče, přitopí, přikryje ji dekou, přichystá odpolední jídlo, léky a pití a chvíli si s ní promluví. Odpoledne tam jezdíme celá rodina, a při starosti o babičku se ještě postaráme o její docela rozlehlou zahradu, kde ji vypěstujeme téměř vše, co potřebuje. Nejhorší stavy pro nás nastávají v okamžiku, kdy si nechce vzít léky a celý den nepije, potom co se ji marně snažíme převléct, pro nás nastává děsivá situace. Když se ji snažíme postavit, tak začne křičet, kopat, kousat a dá nám to obrovské úsilí ji dostat do koupelny, abychom ji umyli. Abychom si částečně odpočinuli, zvolili jsme pro ni i ústavní léčbu v Brně Bohunicích. Poprvé zde pobývala asi 3 měsíce a to hlavně z medicínského hlediska, jelikož lékaři chtěli vyzkoušet, které léky a jak na ni působí, ale po nátlaku jejího manžela jsme ji museli vzít brzy zpět. Již ten samý večer nám volal, jestli pro ni nepřijedeme, aby-

chom ji přivezli zpátky do ústavu, že se to s ní nedá doma vydržet. Na toto jsme příliš nereflektovali, protože jsme mu vysvětlili, že pokud ji vezmeme domů, musíme počkat nějaký čas, než ji můžeme znovu přihlásit do ústavní péče. Po určitém čase jsme ji dali ještě jednou do Brna a to už zde pobývala téměř rok a tak jsme každý víkend za ní jezdili a vozili jídlo a při tom jsme ji brávali do parku na lavičku, na procházky a poptávali jsme se na její zdravotní stav u sester. Babička se ale v psychiatrické léčebně necítila dobře, psychicky byla na dně, při naší návštěvě vždy plakala a chtěla, abychom ji už konečně vzali domů. Téměř po roce jsme ji vzali zpátky domů, protože se nám zdálo, že tam začala neuvěřitelně chudnout a stála velice obtížně na nohou. Doma jsme s ní každý den chodili po chodbě, masírovali záda a nohy, natírali krémem nohy a při této péči se brzy zotavila a od této doby je v domácím prostředí a už ani neuvažujeme o tom, že bychom ji tam znovu poslali.

Bydlení v domě jsme přizpůsobili babičce tak, že jsme zrušili vanu a místo ní tam zabudovali sprchový kout. V koupelně jsme zřídili WC, dřívě bylo jen na dvoře, protože jsme měli obavy, aby v zimě na schodech neupadla a nezranila se. Paní E., je vlivem slabšího srdce zesláblá a dělalo ji velké potíže překročit okraj vany. K dalším úpravám domu jsme přistoupili po úniku vody a plynu. Koupili jsme sporák s pojistkou, který se okamžitě vypne, když zhasne plamen. Vodu vypínáme ve sklepě, aby se nemohl vytopit dům. V případě potřeby, všichni kdo se o paní starají, vědí, kde se pouští voda – také jsme to barevně označili. Pro běžné umytí v potrubí vždy ještě nějaká voda je. Jako další úpravu domu jsme zvolili zábradlí, které je zabudováno podél celých schodů a protiskluzový povrch dlaždic. I když se paní E., nachází v posledním stádiu nemoci, tak nás zatím pořád ještě poznává, zná naše jména, a proto věříme, že ji tu mezi námi budeme mít co nejdéle.

Kazuistika pana J.

Jméno: Pan J.

Věk: 88 let

Pohlaví: muž

Osobní a rodinná anamnéza

Pan J. se narodil v roce 1924. Byl druhým dítětem, které se v manželství narodilo, jako sourozence měl starší sestru. Do základní školy chodil v Kyjově. Po ukončení základní

školy vystudoval zemědělskou školu a po ukončení tohoto studia působil jako zemědělský technik na Valašsku, kam denně z rodné vesnice dojížděl. V roce 1949 se oženil a s manželkou vychovali dvě dcery. Krátce po svatbě změnil své zaměstnání a začal pracovat jako administrativní pracovník v Insemináčnické stanici Kyjov. Práce ho zde velmi bavila, ale jelikož tento podnik byl pak zrušen, tak přešel pracovat do PŠD Vracov, kde působil jako vedoucí až do doby, než odešel do důchodu. Jako vedoucí byl velmi oblíbený, protože vycházel svým pracovníkům ve všem vstříc. Ani po odchodu do důchodu nesložil ruce v klín a byl neustále velmi pracovitý. Ještě v důchodu chodil do Bzence do Trudu na vrátnici hlídat, a byl zde až do doby, než podnik definitivně zavřeli.

Po příchodu do důchodu se věnoval svým vnukům, se kterými objížděl místa, kde dříve pracoval, často je brával na výlety po celé České republice, pak to bylo zahrádkaření a vinnice, kde pracoval až do pozdního věku, než mu to znemožnilo jeho zdraví. Že byl skutečně dobrý vinař, svědčí asi 40 diplomů z výstav z okolních obcí a měst. Nejraději to měl ale na Valašsku, toto místo ho velmi uchvátilo a ještě v dobách, kdy jeho zdraví bylo již chatrné, tak vyjádřil touhu, že by se ještě jednou rád podíval do Valašských Klobouk, Vsetína a Rožnova pod Radhoštěm.

Než vážně onemocněl, pomáhal i přes svůj vyšší věk se starat o svou nemocnou manželku, která je již několik let vážně nemocná a jejíž stav vyžaduje neustálou péči a dohled. V lednu loňského roku si při pádu na zem zlomil nohu v krčku a od té doby mu zdravotních problémů přibývalo. Jeho zdravotní stav se natolik zhoršil, že vyžadoval i práci Charity a ošetrovatelek. Vzali jsme si do pronájmu od Charity polohovací lůžko a sestrojili jsme mu mobilní toaletu, aby to měl co nejlíže. V jeho poměrně vysokém seniorském věku jsme mu zakoupili i seniorský telefon, aby v případě potíží zavolał někoho z rodiny nebo pomoc. Z počátku jsme moc nedoufali, že se bude snažit naučit volat, ale zvládl to na výbornou. Pro časté dýchací potíže jsme museli několikrát volat rychlou záchrannou pomoc. Přestože byl velmi nemocen, hýřil humorem, vtipkoval a všichni, kteří se o něho v době nemoci starali, ho proto měli rádi. Z dalších rehabilitačních pomůcek využíval francouzské hole a masážní přístroj na léčení ztuhlosti zad. Prodělané nemoci - Bechtěrevova choroba, Alzheimerova choroba počáteční stádium, výměna kloubů obou kolen, výměna kyčlí, slabé srdce, bronchitida, nosní polypy a v posledním měsíci měl i infekci močových cest, zavedli mu vývod a to všechno oslabovalo jeho imunitu a vůli žít. Jako pomocné služby jsme využili Homedicu, Charitu a dvě soukromé ošetrovatelky. Jedna pracovala jen přes pracovní dny a druhá ošetrovatelka přes víkend. Po výměně kolen a kyčlí navštěvoval

lázně v Hodoníně a lázně v Darkově a po návratu jsme pokračovali v dalších rehabilitacích doma s pomocí rehabilitační sestry. Vždy odpoledne jsme se ho snažili nutit, aby chodil a stával se samostatným.

Nějaké vážné onemocnění v rodině nebo v příbuzenské linii nebylo zjištěno.

Příznaky nemoci Bechtěrevova choroba - když jezdil i ve vysokém věku automobilem měl velké potíže s auty, která jezdila zprava nebo zleva. Velmi špatně se otáčel a měl stále ztuhlou páteř. Když byla ještě babička zdravá, tak mu vždycky hlásila, jestli je volno a on mohl vyjet. Proto jsme o něj měli velký strach, když jsme několikrát přijeli k nim na návštěvu a babička nám řekla, že vyjel autem ostříhat vinohrad. Jeho stylem bylo, že dojel do křižovatky z vedlejší ulice, nemohl se podívat ani na jednu stranu, tak tam prostě vjel a spoléhal, že bude mít štěstí. Po našem zásahu s obvodní lékařkou nedostal potvrzení, že může řídit a on sám pak pochopil, že už na řízení automobilu zkrátka nestačí.

Alzheimerova nemoc, počáteční stadium indikované MUDr. Klimentem – se projevovalo hlavně v poslední době, když byl upoután na lůžko. Když ještě mohl chodit po domě a zajít na zahrádku, tak si toho člověk ani nevšiml, ale když se cítil zle a my ho nechali převést rychlou lékařskou pohotovostí, tak nedokázal poznat, kde je. Pořád lékařům říkal, co dělají u něho doma v pokoji a podobné zkazky a byl velmi zmatený. Ale jakmile se dostal domů, tak téměř vždy se mu rozzářily oči a my jsme všichni viděli, jak to doma poznává a jak to tu má rád.

Výměna kolenních a kyčelních kloubů – s koleny se léčil v nemocnici v Uherském Hradišti a vcelku si to pochvaloval, jak po stránce provedené operace, tak i přístupu personálu. S kyčlemi šel do Kyjova, my jsme mu to rozmlouvali, ať jde znovu do Uherského Hradiště, kde byl spokojen, ale on si prosadil svou a šel na operaci do Kyjova. Jak už to tak bývá, operace v Kyjově se opravdu nepovedla a pan doktor nám sdělil, že žádná další operace v jeho věku by nebyla vhodná. Prý se z narkózy nemohl dlouho probít a podruhé už by to nemuselo tak dobře dopadnout. Po absolvování lázní v Darkově, v Hodoníně a znovu Darkově a po návratu domů si už jenom stále stěžoval, že se nemůže ani předklonit, zavázat si boty, po krátké vycházce ho kyčle začaly znovu pobolívat, a tak se pohyboval čím dál méně. Pak už jenom čas od času přišel za zahrádku nás zkontrolovat, jestli tam nemáme mnoho plevelu a chvíli tam na lavičce poseděl. I když měl život rád, časté nemoci ho vždy srážely a braly mu energii do dalšího života, i přes to se snažil tvářit optimisticky, i když jsme to na něm poznali, že mu není dobře. Rozloučili jsme se s ním letos v únoru.

Kazuistika pana J.

Jméno: Pan J.

Věk: 72 let

Pohlaví: muž

Osobní a rodinná anamnéza

Pan J. se narodil v roce 1941. Do základní školy chodil do Kyjova, kde po ukončení studia nastoupil do zaměstnání v JZD, jako krmič skotu. Ještě před válkou si udělal řidičský průkaz na traktor, osobní a nákladní automobil. Na vojně jezdil spojařským autem a vojnu absolvoval ve Střelských Hošticích. Po návratu z vojny se znovu vrátil pracovat do JZD jako řidič traktoru a zde také poznal svoji budoucí ženu. Spolu vychovali čtyři děti. JZD už neopustil a pracoval tam až do zaslouženého důchodu. Mezi jeho záliby patřilo zahrádkaření, pití dobrého vína a piva, kouření. Už když pracoval v družstvu, tak si stěžoval na časté bolesti zad. Po odchodu do důchodu chodil zvelebovat vinný sklípek svého kamaráda a přitom se z něj stal milovník vína. Ke konci pracovní kariéry to už s jeho zdravím nebylo příliš optimistické, bolesti zad a k tomu ještě kouření a celkový nezdravý životní styl se mu později stal i osudným. V krátkém čase za sebou měl třikrát mozkovou mrtvici a ochrnl na levou polovinu těla. Byl sice i v speciálním iktovém centru, ale i přes veškerou pomoc lékařů, fyzioterapeutů a psychologů zůstal ochrnutý. Jelikož ze strany manželky a dcery přicházely podněty spíše záporné, tak v domácím prostředí nikdy pořádně nezrehabilitoval. Naštěstí po druhém infarktu jim byla přislíbena pomoc ze strany kyjovské pečovatelské služby, která k nim denně dochází a snaží se pana J. udržet v mezích možností. Největší potíže mu dělá vstávání a oblékání. U stolíku vedle sebe má zvonek, kterým, když potřebuje na toaletu, tak zacinká. Několikrát se postavil i sám, když nikdo nepřicházel. Jako pomocníka při chůzi používá chodítka s kolečky, pomocí kterého snáze udrží rovnováhu. V domě s ním žijí ještě jeho dvě děti, jeho syn pracuje a dostane se domů až večer a jeho dceři se narodil syn, takže její hlavní náplní je běhání okolo něho. Manželka jeho onemocnění bere na lehkou váhu a tak prognóza zlepšení není téměř žádná. Úpravy, které provedli v domě, byly zaměřeny na přimontování různých držáků a úchytlů po celém domě, aby se v případě krajní nouze mohl pohybovat po domě, nebo dojít na toaletu, v chůzi si pomáhá stabilizačním vodítkem. Po mozkové mrtvici také obtížně komunikuje a izoloval se od sociálních kontaktů. V poslední době se zcela pohroužil do sebe a přestává už celkem komunikovat. Jediný koho ještě občas přijme, jsou jeho synové

s dětmi a bratr. Částečně se na jeho stavu podepsala i dnešní doba, protože jeho syn se chce o svého otce starat, ale dostane se domů z práce až večer a tak veškerá péče zůstává na jeho manželce, která ovšem má mnoho zájmů a tak ji na péči o manžela moc času nezbývá. O víkendech za ním přichází i ostatní děti s vnoučaty a snaží se mu zpříjemnit jeho dlouhé chvílky.

Kazuistika pana J.

Jméno: Pan J.

Věk: 58 let

Pohlaví: muž

Osobní a rodinná anamnéza

Pan J. se narodil v roce 1958. V rodině měl ještě jednoho sourozence – bratra. Dětství prožil v rodné obci, v kompletní rodině. Nemoci a zranění, u dotyčné osoby nevybočovaly z běžné populace, sem tam nějaký výron či řezné poranění, jinak nic vážného. Ve svých 21 letech si vzal za manželku A. s níž má syna a dceru. V domě s ním žije ještě jeho matka, manželka a syn. Dcera bydlí v Brně, kam musela přesídlit za prací, protože v okolí žádnou práci nemohla sehnat. Jeho velkou zálibou bylo vinařství a každou volnou chvíli trávil buď na zahradě, nebo ve vinohradě. K tomu účelu i se svým bratrem postavili vinný sklípek, který si přistavili i do patra, aby zde mohli odpočívat. Před dvěma lety jel na kole do vinného sklepa stáčet víno, spadl při jízdě z kola a při pádu si poranil míchu v krční oblasti. Jelikož se to stalo k večeru, nikdo přesně neví, jak dlouho tam ležel, protože jeho bratr ho našel, až když se do noci neukázal doma. Rychlá záchranná služba ho přivezla do Kyjova, kde byl následně helikoptérou přepraven do Brněnské fakultní nemocnice. I přes okamžitou operaci byla diagnóza zdrcující pro celou rodinu, porušení míchy v krční oblasti a ochrnutí na celém těle. V nemocnici v Brně strávil dlouhou dobu a poté byl převezen do rehabilitačního sanatoria v Hrabyni. Zde poměrně dlouhou dobu rehabilitoval a doufal alespoň v částečné zlepšení, to ale nepřišlo. Po ukončení všech rehabilitačních úkonů si ho rodina přivezla domů s tím, že se o něj budou společně s pečovatelskou službou, charitou a jeho vlastní matkou a manželkou starat. Každý den s ním prováděli speciální cviky, aby jeho svaly a šlachy dostávaly opakované impulsy a svaly nepřestaly pracovat. Také obědy

mu každý den dováží pečovatelská služba. Rodinu mu zakoupila speciální polohovací lůžko s ortopedickou matrací, aby zabránili proleženinám a případným otokům. Jednou za určité období se znovu vrací do rehabilitačního sanatoria, kde se mu věnují specialisté a odborníci. V létě ho vozí rodina na invalidním vozíčku po okolí, aby se dostal z domu a přišel na jiné myšlenky. I když je po terapeutické a rehabilitační stránce o něj maximálně dobře postaráno, jeho vyhlídky na zlepšení zdravotního stavu při současné medicínské pomoci jsou zatím stále mizivé. Rodina se za svého manžela plně postavila a neuvažuje, že by svého muže dala do ústavního zařízení. Manželka, když poznala, že jeho vlastní matka s ním má veliké potíže s obracením, tak opustila své zaměstnání, aby se o něho mohla maximálně postarat. Jelikož prognóza je jasná, rodina mu vychází maximálně vstříc. I dcera se za ním zastavuje, aby mu pomohla v této těžké situaci.

Kazuistika pana Z.

Jméno: Pan Z

Věk: 80 let

Pohlaví: muž

Osobní a rodinná anamnéza

Pan Z se narodil v roce 1933. Měl jednoho bratra, který byl o 10 let mladší. V roce 1943 mu zemřel otec, o rok později matka, a když mu bylo 14 let i babička, která se o oba chlapce do té doby starala. Výchovy pana Z se ujala rodina otcova bratra a o výchovu mladšího se postarala rodina z matčiny strany. Oba bratři tak vyrůstali odděleně a až do předčasné smrti mladšího, v roce 1987, k sobě nenašli bratrský vztah. Pan Z byl a dosud je, vzhledem ke svému složitému dětství tvrdý k sobě i ke svému okolí. Nemá, kromě své rodiny, téměř žádné přátele a ani se nesnažil je získat, nebo udržet. Pan Z vychodil základní školu v Hodoníně a po jejím absolvování se vyučil stolařem. Tuto práci však jako svoje zaměstnání nikdy neprovozoval. Stala se pouze jeho koníčkem. Krátce po vyučení nastoupil na základní vojenskou službu, kde byl zařazen jako osobní řidič velících důstojníků. Ještě před nástupem na vojnu se oženil a v průběhu vojny se novomanželům narodil první syn. Po návratu z vojny byl zaměstnán jako řidič nákladní dopravy v MND Hodonín a později přešel do ZPD v Hodoníně. Zde se přihlásil do kurzu strojvedoucích a začal pracovat jako strojvedoucí závodní vlečky. Postupně se vypracoval až na vedoucího vlečky a tuto práci v

ZPD vykonával až do odchodu do důchodu. S manželkou vychovali dva syny a jednu dceru. Po odchodu do důchodu zůstal doma a věnoval se zahrádce a domu, který sám, jen s pomocí své rodiny postavil. V té době byl poměrně samotářský a moc se nezajímal o dění kolem sebe. I přes svou tvrdou povahu to ale byl dobrosrdečný člověk, který vždy pomohl a poradil všem, kteří o to požádali nebo jeho pomoc potřebovali. V 65. letech si našel práci jako pomocník školníka na nedaleké ZŠ. Tato práce ho velice bavila a pan Z., rázem ožil a projevoval zájem o celé své okolí. Zdravotní stav pana Z., byl po celý jeho život velmi dobrý. Nikdy nebyl vážně nemocen a neměl ani žádný větší úraz. Po ukončení práce v ZŠ se však jeho povaha a přístup k životu pomalu a postupně vracel do podoby let po nástupu do důchodu. Zdravotní potíže začaly asi v 77 letech. Nejprve zhoubná choroba krvetvorby, která byla pomocí chemoterapií a mnohých hospitalizací v nemocnici překonána. Postupně se ale rozvíjela Alzheimerova choroba.

Pan Z začal díky této nemoci a díky své pesimistické povaze postupně rezignovat na vše kolem sebe, začal se uzavírat do svého světa a vše v okolí hodnotil velmi negativně. Postupně přestával chodit, později i sedět a v současné době, těsně před dovršením svých 80. let je již rok pouze ležící, odkázaný pouze na péči okolí. V poslední době už sám ani nejí a musí být krmen.

Veškerý servis mu zabezpečuje manželka za pomoci odborného personálu Homedis. Pečovatelky dochází k panu Z., dvakrát denně a postarají se o těžší práce a manipulace s panem Z., na které již jeho manželka fyzicky nestačí.

O chod domácnosti, péči o dům a zahradu a o nutné administrativní úkony, na které již manželce nezbývají síly nebo čas, se starají děti a jejich rodiny. Největší podíl na péči a pomoci má v současné době dcera, která je v invalidním důchodu a za všech sourozenců má nejvíce volného času. Oba synové pana Z., jsou stále zaměstnaní a jejich pracovní vytížení jim neumožňuje se péči o otce více věnovat. I tak ale pravidelně 3x až 4x týdně dochází za otcem a pomohou se vším, co je potřeba.

Pan Z., je i přes svou nepohyblivost závislý na svém okolí a vyžaduje neustálou pozornost a společnost, což je zejména pro manželku vyčerpávající. Cele se oddala péči o manžela a to tak silně, že téměř neodchází od jeho postele. Kromě rodiny se nechce s nikým nestýkat, ani se svými známými a kamarádkami.

Kazuistika pana F.

Jméno: Pan J.

Věk: 76 let

Pohlaví: muž

Osobní a rodinná anamnéza

Pan F., se narodil v Jihlavě v roce 1936. Ve zdejší městě vyrůstal se svými rodiči i s mladšími sourozenci bratrem a sestrou. V Jihlavě chodil do školky a základní školy a měl vždy výtečné známky. Po ukončení základní školy si dal přihlášku na gymnázium ve Znojmě, které úspěšně završil zkouškou z dospělosti v 19 letech s vyznamenáním. Po ukončení gymnázia chtěl jít pracovat, ale po nátlaku rodičů si podal přihlášku na stavební fakultu v Brně. Zde byl po úspěšném složení zkoušek přijat a začal zde i bydlet na internátě, takže domů se dostával jen o víkendech. Ve volných chvílích hrával fotbal a stolní tenis, ke kterému časem přibily ještě kuželky. Byl často zván na různé turnaje a pravidelně si přivázel různá ocenění. Na univerzitě ale více než učení ho bavil noční život a byl nakonec rád, když vysokou školu na druhý pokus ukončil. Po ukončení univerzity si ani nestačil hledat nějakou práci, protože dostal vojenský povolávací rozkaz do Olomouce, kde měl na starosti výstavbu a opravy budov na velitelství v Olomouci. Ještě na vysoké škole se seznámil se slečnou J., se kterou se mu v průběhu vojenské služby narodil syn František, který se vyučil také na stavební fakultě v Brně. Na vojně se zasnoubili a po ukončení vojny se vzali. Ze svazku se ještě narodil syn Josef a dcera Kateřina. Syn Josef se stal vedoucím malého závodu na výrobu textilních vláken a dcera se vyučila učitelkou a pracuje ve školství dodnes. Sám pan J. se stal stavbyvedoucím ve firmě ve Znojmě, kde působil ještě v důchodu. Po revoluci nesložil ruce v klín a založil si vlastní stavební firmu. Začátky byly těžké a jeho pracovníci se museli převlékat ve staré stavební buňce, kde se moc netopilo. Časem ale získal stálou klientelu a firmě se začalo dařit a časem se rozrostla na 30 lidí a to už musel si vzít na pomoc svého syna Františka, na kterého převedl polovinu firmy, a začali spolu podnikat. V té době byl předvolán na preventivní prohlídku ke svému obvodnímu lékaři, který mu zjistil pokročilou cukrovku. Ani to ho neodradilo a každý den chodil do práce, kde si během dne píchal inzulin. Jediné co ho mrzelo, že musel omezit sladké, které měl tak rád. Jak firma rostla, rozhodl se se svým synem, že si vybudují reprezentativní sídlo, kde budou mít kanceláře i administrativní pracovníci. Jednou v roce 2010, šel ke svému obvodnímu lékaři s tím, že už pár dní nebyl na toaletě, doktor mu předepsal projímadlo, ale

to nezabíralo a bolesti břicha byli velké. Proto byl okamžitě objednan na operaci ve znojemské nemocnici, kterou provedli na druhý den. Při operaci ale našli v tlustém střevě rakovinový nádor a tak panu F., udělali vývod a operaci okamžitě ukončili. Pana J. objednali do Brna na Žlutý kopec, kde se těmito nemocemi zabývají. Pan F. si pochvaloval, jak tam všechno dobře funguje a jaký tam mají dobrý přístup k pacientům. Zde mu udělali všechny možné vyšetření, a jelikož měl tolik let, tak se rozhodli, že operaci odloží a zatím mu předepíší léky, které by měli účinkovat na jeho typ rakoviny. Zde ho objednali na pravidelné kontroly, které pravidelně navštěvoval. Už se všechno zdálo v pořádku, ale jednou po příjezdu do nemocnice v Brně se mu přitížilo a byl zde hospitalizovaný. Ráno jak přišla vizita, tak přišla krutá zpráva, že léky nezabírají, tak jak by měly a musí být udělána operace. Při operaci lékaři zjistili, že už jsou zasaženy další životně důležité orgány. Po operaci zde pobýval ještě několik dnů a musel začít podstupovat chemoterapii a teprve pak si ho rodina konečně mohla odvést domů. Po chemoterapii byl ale značně zesláblý a tak museli v domě vše přizpůsobit tak, aby se cítil co možná nejlépe a měl vše po ruce. Poté ještě jezdil do Brna na další ozařování, ale léčbu špatně snášel a ke konci už byl tak zesláblý, že se téměř nemohl zvednout z postele. Báł se také cokoliv jíst protože všechno hned vyzvracel. K rodině vždy po ránu přijížděla doktorka, která mu dávala kapačky a o pana F. se starala. S doktorkou byli bývalí spolužáci a ona vždy k němu přijížděla před ordinačními hodinami a potom šla do své ambulance. Manželka, která byla v důchodu, tak okolo pana F. neustále chodila a starala se o něj. V noci měla vedle jeho postele rozkládací pohovku a tam se ho snažila hlídat, kdyby se mu přitížilo. Dokonce mu i vyměňovala vývod, který mu byl udělán v tlustém střevě. K nemocnému také každý den přijížděla pečovatelská služba, aby provedla všechny hygienické úkony a o pacienta bylo dobře postaráno. Ke konci už nemohl ani pít a tak mu vlhkým vatovým tamponem vytírala ústní dutinu. To s rodinou přespávali všichni členové rodiny a hlídali, jestli se mu nepřitíží. Jednou v noci se mu udělalo velmi špatně a tak byli nuceni přivolat záchrannou službu, tam nastala ve voze záchranné služby krátká zástava srdce, ale lékařům se ho podařilo vrátit zpátky do života. Za tři dny si ho vzala rodina domů a na druhý den po převozu z nemocnice pan F., dostal zápal plic, a jelikož už neměl žádnou imunitu, nemohl této nemoci čelit a svůj boj o život prohrál. Do poslední chvíle u něho byli všichni nejbližší členové rodiny.

6.2 ROZHOVORY S PEČUJÍCÍMI OSOBAMI

První rozhovor je s pečující dcerou, která pečuje o závislé rodiče osmým rokem v jejich domácím prostředí. Dcera bydlí ve vedlejší vesnici a dojíždí 2-3x krát denně se postarat o své rodiče. S péčí jí pomáhají pečovatelská služba, dvě ošetřovatelky, Charita a rozvážková služba obědů. V případě potřeby pomůže i soused, o víkendech manžel se syny. Na starosti nejen velký dům, ale i rozlehlou zahradu.

Když se staráte o nesoběstačného rodinného příslušníka, využíváte při tom i zdravotnických nebo sociálních služeb?

Ano, využíváme služeb Charity, která přichází každé ráno kolem půl osmé, nachystá nemocnému snídani a zabývá se i základní hygienickou očistou. Dále využíváme služby Homedica, která jezdí během dopoledne a postará se o převaz, částečně s rodinným příslušníkem rehabilituje a v případě, že je nutno dát seniorovi injekci, není nutno volat obvodního lékaře, protože se toho sama ujme.

Máte pocit, že v domácím prostředí je jim poskytována komplexní péče, kterou potřebují?

Jsem přesvědčena o tom, že každý člověk se v domácím prostředí cítí lépe, připadá si více zdravý, než kdyby byl umístěn v ústavním zařízení, a to všechno se projeví na jeho celkovém stavu. Myslím si, že je o člověka v domácím prostředí lépe postaráno.

Neuvažovali jste někdy o využití ústavní péče?

Ano, již dvakrát jsme využili ústavního zařízení, ale v současné době již neuvažuje o této formě pomoci. Jedná se přece o moje rodiče a mojí povinností je se o ně postarat, nehledě k tomu, že v ústavním zařízení jim určitě není poskytnuta taková péče jako doma.

Zjišťovala jste někde informace, jak se o své rodiče postarat?

Pokud se týká jejich nemocí, tak se přiznám, že informace jsem čerpala na Internetu, při návštěvě u lékaře jsem čerpala informace u příslušného lékaře. Pokud se týká ústavní péče, tak jsem si informace obstarala u známých a také na Internetu.

Pomáhá Vám s péčí o své rodiče někdo z rodiny?

Ano, pomáhá mi manžel s dětmi, ale jelikož jsem sama nemocná a moje nemoc mi neumožňuje se o ně postarat tak, jak bych si to představovala, proto mi musí pomáhat.

Uvědomovala jste si, že péče o rodiče bude tak náročná?

Zpočátku jsem si to neuvědomovala, myslela jsem si, že to celkem lehce zvládnou, ale jelikož doba, po kterou se o ně starám, je už hodně dlouhá, tak cítím, že někdy už nemám ani sílu to zvládnout, proto potřebuji s tím pomoci.

Co Vám péče o rodiče přinesla?

Uvědomila jsem si, jak někdy je život pro starého člověka těžký a že je nutno jim pomáhat, aby se necítili na obtíž. Chtěla jsem jim dokázat, že přestože jsou nemocní, máme je pořád stejně rádi a vždy se o ně postaráme, pokud to bude jen trochu v našich silách.

Hrozil Vám při této péči syndrom vyhoření?

Ano, párkrát jsem to zažila a nebylo to nic příjemného. Člověk se cítí na konci svých sil a úplně vyčerpaný, zdá se mu, že není tuto péči možné už zvládat. V tom případě je nutné, aby nás někdo na nějakou dobu vystřídal, abychom mohli po určité době zase v této péči pokračovat.

Rozhodla byste se dneska stejně?

Ano, svého rozhodnutí jsem nikdy nelitovala ani litovat nebudu. Rodiče se o nás postarali v mládí, takže ve stáří bychom jim tuto péči měli vrátit a také si myslím, že si zaslouží, abychom se o ně postarali až do konce jejich života.

Jak se projevila péče o seniora na Vaší rodině?

Je to velmi těžké období, protože člověk se stará v podstatě o dvě domácnosti, takže je třeba, aby všichni členové rodiny byli k sobě tolerantní, ve všem si pomáhali, hlavně v situacích, co se týkají seniora. Člověk bývá častěji nemocný, je hodně unavený, často se stává, že bych se chtěla odstěhovat někam, kde budu sama, abych měla ode všech klid a pokoj, někdy se mně nechce ani odpovídat na otázky členů rodiny, což mně mají i někdy za zlé.

Druhý rozhovor

Druhý rozhovor je veden se synem pana J, o kterého se stará spolu s matkou pátým rokem. Manželka je ve starobním důchodu a s pomocí jim vypomáhá rehabilitační sestra a pečovatelská služba jinak se starají sami a jiných služeb nevyužívají. O víkendech jim s péčí pomáhají sourozenci s dětmi.

Když se staráte o nesoběstačného rodinného příslušníka, využíváte při tom i zdravotnických nebo sociálních služeb?

Ano, ze zdravotních služeb využíváme obvodního lékaře spolu s pečovatelskou službou a charitou.

Máte pocit, že v domácím prostředí je mu poskytována komplexní péče, kterou potřebuje?

Myslím si, že péče, která se mu dostává od nás a naší rodiny je plně dostatečná a sám si nikdy nestěžoval, že bychom se mu dostatečně nevěnovali. Sami mu naopak vytváříme prostředí, aby se co cítil pokud možno co nejlépe.

Neuvažovali jste někdy o využití ústavní péče?

Zatím jsme o této formě neuvažovali, protože si myslíme, že tam patří lidé, kteří jsou na tom daleko hůř, než je náš otec. Myslím si, že v domácím prostředí se cítí lépe, má svůj zažitý stereotyp, kterého by se nerad vzdával. Navíc v ústavní péči by ztratil svoje soukromí a špatně by to snášel.

Zjišťovali jste někde nějaké informace, jak se o svého otce postarat?

Ne, žádné informace jsem nesháněl, protože jsme byli vystaveni před hotovou věc. Myslím si, že nejlepší škola je život a při něm se naučíte všechny věci, které budete jednou potřebovat.

Pomáhá Vám s péčí o svého otce ještě někdo z rodiny?

Ano, při péči o otce se staráme ve dvou, já a moje matka. Když jsem v práci stará se matka, jak přijdu domů z práce, tak se staráme společně. O víkendu za námi ještě přijíždí bratr se sestrou a jejich dětmi.

Uvědomovali jste si, že péče o svého rodiče bude tak náročná?

Ne, to v žádném případě, protože jsem se dosud v naší rodině nikdy s něčím takovým neseťkal. Myslím si, že na takou situaci se nemůžete nikdy připravit. Je to jako v autoškole, chodíte na hodiny smyku, ale jakmile dostanete na vozovce smyk, kolikrát nestačíte ani zareagovat. Bral jsem to tak, že všichni v naší rodině mají zdravý kořínek a něco takového se nás netýká.

Co Vám péče o svého otce přinesla?

Přinesla mi hlavně pokoru a obdiv pečovatelské služby a charity za práci, kterou odvádějí. Za to jim patří velký dík.

Hrozil Vám při této péči syndrom vyhoření?

Zatím se staráme třetím rokem, takže zatím ne, ale někdy bývám podrážděný a vulgární, ale pak si uvědomím, že on za to nemůže.

Rozhodli byste se dneska stejně?

Ano, vždyť se o mě v mládí staral, takže tímto mu to můžu částečně oplatit.

Jak se projevila péče o seniora na Vaší rodině?

Hlavně nám zabrala strašně mnoho času a sil, jak psychických tak fyzických.

Třetí rozhovor

Třetí rozhovor syna pečujícího o svého otce Z., desátým rokem. Pan Z., bydlí ve stejném městě a má to k domu pana Z., asi 3 kilometry. V rodině s panem Z., bydlí jeho manželka, která se o něj svědomitě stará. Oba jsou ve starobním důchodě.

Když se staráte o nesoběstačného rodinného příslušníka, využíváte při tom i zdravotnických nebo sociálních služeb?

Ano, využíváme služby Homedis a Homedika.

Máte pocit, že v domácím prostředí je jim poskytována komplexní péče, kterou potřebují?

Určitě je a z psychického hlediska je to lepší než ústavní péče.

Neuvažovali jste někdy o využití ústavní péče?

Až když bychom na to z nějakého důvodu nestačili sami.

Zjišťovali jste někde informace, jak se o své rodiče postarat?

Jen u lékaře.

Pomáhá Vám s péčí o své rodiče někdo z rodiny?

Je to záležitost celé rodiny.

Uvědomovali jste si, že péče o rodiče bude tak náročná?

Neuvěřovali.

Co Vám péče o rodiče přinesla?

Neumím odpovědět. Asi nic. Takové ty řeči, že péče o postiženého nebo nemohoucího nás nějak naplňuje nebo snad obohacuje, považuji za blbost. Je to jenom mnoho povinností navíc a v době, kdy mám vlastní rodinu a zaměstnání, děti, vnuky, kamarády a přátele, koníčky a záliby, tedy svůj vlastní život, je to spíš přítěž.

Hrozil Vám při této péči syndrom vyhoření?

Nevím, co je syndrom vyhoření. Život mám rád, se vším co přináší a užívám si ho.

Rozhodli byste se dneska stejně?

Nic jiného by mi nezbývalo.

Jak se projevila péče o seniora na Vaší rodině?

Nijak. Je to komplikace a povinnost na víc, ale takový je život. Děje se tak mezi slušnými lidmi od nepaměti. I když doufám, že takovou péči nebudu sám potřebovat, tak kdyby k tomu jednou přece jen došlo, doufám, že jsem své děti vychoval tak, že mě to vrátí.

6.3 ROZHOVORY S NEPEČUJÍCÍMI OSOBAMI

V této části jsem využil rozhovoru s respondenty, kteří nepečují o nesoběstačného seniora, ale zajímal mě jejich postoj na problematiku péče o nesoběstačného seniora. Také mě zajímal jejich postoj k seniorům, a zda by v případě, že by nastala situace, kdy by bylo nutné pečovat o nesoběstačného seniora, jak by se k ní postavili.

První rozhovor

Jméno: Marek

Věk: 26

Vzdělání: vysokoškolské

1. Myslíte si, že současná rodina plní dostatečně svou funkci?

Ne, i když to lze posuzovat případ od případu.

2. Myslíte si, že se vaše děti o Vás postarají v případě potřeby?

Ano, ale zatím jsou malé, tak doufám.

3. Postarali byste se sami o své rodiče, kteří by nebyli soběstační?

Ano, pokud by nepotřebovali speciální péči, kterou bych nebyl schopen poskytnout.

4. Víte, jakých sociálních služeb byste využili nebo mohli využívat?

Pečovatelská služba, Charita, dovoz jídla, nákupy a obchůzky úřadů.

5. Víte, kde v nejbližším okolí sídlí charita, pečovatelská služba nebo ošetřovatelka?

Všechny potřebné informace dostanu na městském úřadu Hodonín.

6. V případě, že by váš rodič nebyl soběstačný, volil byste domácí, nebo ústavní péči?

Záleží, zda bych péči zvládal, jinak bych volil ústavní péči, myslím si, že je komplexnější.

7. Kde si myslíte, že se dostane lepší péče, v ústavním zařízení, nebo v domácí péči?

Péče v domácím prostředí je pro pacienta lepší, je to prostředí, které důvěrně zná a cítí se zde bezpečně a důstojně.

8. Byli byste schopni opustit i své zaměstnání v případě, kdyby to Váš blízký potřeboval?

Pokud by to bylo finančně únosné, tak ano, ale bohužel bez zaměstnání nebudou peníze na poskytování péče.

9. Víte, kdo by vám pomohl s domácí péčí, kdyby to Váš blízký potřeboval?

Charita, Pečovatelská služba, Sociální odbor na městském úřadě, kde je k nahlédnutí adresa poskytovatelů služeb v regionu.

10. Kdo si v péči o seniora citlivější žena, či muž?

Jednoznačně žena, je více empatická než muž.

11. Používáte doma nějaké rehabilitační pomůcky popř. jaké?

Zatím nepoužívám žádné rehabilitační pomůcky.

12. Jak ovlivnila výchova Váš postoj k seniorům?

Jsou to lidi jako všichni ostatní, jen už mají něco za sebou, je potřeba jim pomáhat.

13. Víte, v kolika letech začíná seniorský věk?

Po 60 roce života.

15. Jaký je Váš názor na seniory?

Jak jsem předeslal výše, jsou to lidi jako my, jen jsou o něco starší a je na nás abychom je brali se všemi jejich klady a zápory.

Druhý rozhovor

Jméno: Zdeněk

Věk: 58

Vzdělání: středoškolské

1. Myslíte si, že současná rodina plní dostatečně svou funkci?

Ano, určitě a spoléhám na to, že u ostatních je to stejné.

2. Myslíte si, že se vaše děti o Vás postarají v případě potřeby?

Doufám, že ano. Nechci je ale v takovém případě jakkoliv omezovat.

3. Postarali byste se sami o své rodiče, kteří by nebyli soběstační?

Ano, již se staráme i celou svou rodinou.

4. Víte, jakých sociálních služeb byste využili nebo mohli využívat?

Homedika, Homedis.

5. Víte, kde v nejbližším okolí sídlí charita, pečovatelská služba nebo ošetřovatelka?

Všechny potřebné informace zjistím na internetu, nebo na městském úřadě.

6. V případě, že by váš rodič nebyl soběstačný, volil byste domácí, nebo ústavní péči?

Volil jsem domácí péči, ale jen při pomoci odborné péče. Homedis.

7. Kde si myslíte, že se dostane lepší péče, v ústavním zařízení, nebo v domácí péči?

Některá ústavní péče je dostatečně odborná a slušná. My jsme se nicméně rozhodli pro domácí péči, kde se o mého otce stará moje matka spolu s námi.

8. Byli byste schopni opustit i své zaměstnání v případě, kdyby to Váš blízký potřeboval?

Ne, to v žádném případě.

9. Kdo si v péči o seniora citlivější žena, či muž?

Žena, má to dáno od přírody se starat o děti a své blízké.

10. Používáte doma nějaké rehabilitační pomůcky popř. jaké?

Zatím mám jenom potíže s nohou a to používám ortopedické boty, jinak nemám potřebu.

11. Jak ovlivnila výchova Váš postoj k seniorům?

Kladně, protože mě rodiče vždy učili vážit si starších a zdravit je.

12. Víte, v kolika letech začíná seniorský věk?

U každého je to jiné, nicméně u mě to bude odchodem do důchodu v necelých 64 letech.

13. Jaký je Váš názor na seniory?

Jelikož jsem starší, tam mám pro ně pochopení.

Třetí rozhovor

Jméno: Petr

Věk: 41

Vzdělání: střední odborné učiliště

1. Myslíte si, že současná rodina plní dostatečně svou funkci?

Ne a doba kdy tomu tak bylo, je dávno za námi.

2. Myslíte si, že se vaše děti o Vás postarají v případě potřeby?

Nyní nedokážu odpovědět, moje dítě má 7 let.

3. Postarali byste se sami o své rodiče, kteří by nebyli soběstační?

Ano, je to moje morální povinnost.

4. Víte, jakých sociálních služeb byste využili nebo mohli využívat?

Ano, moje manželka pracuje na sociálním odboru v Kyjově.

5. Víte, kde v nejbližším okolí sídlí charita, pečovatelská služba nebo ošetřovatelka?

Ano.

6. V případě, že by váš rodič nebyl soběstačný, volil byste domácí, nebo ústavní péči?

Rozhodl bych se podle toho, jaký by byl aktuální zdravotní stav

7. Kde si myslíte, že se dostane lepší péče, v ústavním zařízení, nebo v domácí péči?

V rodinném prostředí.

8. Byli byste schopni opustit i své zaměstnání v případě, kdyby to Váš blízký potřeboval?

Záleželo by na dané situaci.

9. Víte, kdo by vám pomohl s domácí péčí, kdyby to Váš blízký potřeboval?

V první řadě by to byl lékař.

10. Kdo si v péči o seniora citlivější žena, či muž?

Žena.

11. Používáte doma nějaké rehabilitační pomůcky popř. jaké?

Ano, bederní pás a ortézu.

12. Jak ovlivnila výchova Váš postoj k seniorům?

Dle konkrétního seniora.

13. Víte, v kolika letech začíná seniorský věk?

Dosáhnutím věku 60 let.

14. Jaký je Váš názor na seniory?

Jednou mě to taky čeká, takže vesměs pozitivní.

Čtvrtý rozhovor

Jméno: Ivana

Věk: 46

Vzdělání: střední škola ekonomická

1. Myslíte si, že současná rodina plní dostatečně svou funkci?

Celý život na tom pracuji, ale to nelze říct paušálně.

2. Myslíte si, že se vaše děti o Vás postarají v případě potřeby?

Doufám, že ano.

3. Postarali byste se sami o své rodiče, kteří by nebyli soběstační?

Pokud budu moci tak ano.

4. Víte, jakých sociálních služeb byste využili nebo mohli využívat?

Zatím ne, ale v případě potřeby si to zjistím.

5. Víte, kde v nejbližším okolí sídlí charita, pečovatelská služba nebo ošetřovatelka?

Ano, vím.

6. V případě, že by váš rodič nebyl soběstačný, volil byste domácí, nebo ústavní péči?

Záleží na okolnostech. Je možné, že bych využila ústavní péči.

7. Kde si myslíte, že se dostane lepší péče, v ústavním zařízení, nebo v domácí péči?

Ústavní péče dokáže zajistit péči po profesionální stránce.

8. Byli byste schopni opustit i své zaměstnání v případě, kdyby to Váš blízký potřeboval?

Ne, kdo by to platil?

9. Víte, kdo by vám pomohl s domácí péčí, kdyby to Váš blízký potřeboval?

To zatím nevím, protože jsem tento problém neřešila, v případě potřeby zjistím.

10. Myslíte si, že byste zvládli se postarat v domácím prostředí o nesoběstačného seni-ora?

Tato péče je po všech stránkách velice náročná. Nevím.

11. Kdo si v péči o seniora citlivější žena, či muž?

Určitě žena.

12. Používáte doma nějaké rehabilitační pomůcky popř. jaké?

Ne, zatím není potřeba.

13. Jak ovlivnila výchova Váš postoj k seniorům?

Svůj vztah k seniorům jsem si vybudovala sama.

14. Víte, v kolika letech začíná seniorský věk?

Myslím, že je to hodně individuální.

15. Jaký je Váš vlastní názor na seniory?

Myslím si, že za celoživotní práci si každý zaslouží důstojný odpočinek.

Pátý rozhovor

Jméno: Štefan

Věk: 57

Vzdělání: vysokoškolské

1. Myslíte si, že současná rodina plní dostatečně svou funkci?

Ne. Oba rodiči jsou nuceni pracovat, často i v delších směnách, co ubírá rodičům čas pro výchovu dětí.

2. Myslíte si, že se vaše děti o Vás postarají v případě potřeby?

Ano, jsou k tomu vedeni.

3. Postarali byste se sami o své rodiče, kteří by nebyli soběstační?

Se sourozenci jsme se starali o otce.

4. Víte, jakých sociálních služeb byste využili nebo mohli využívat?

Ano, informace jsou dostupné.

5. Víte, kde v nejbližším okolí sídlí charita, pečovatelská služba nebo ošetřovatelka?

Ano.

6. V případě, že by váš rodič nebyl soběstačný, volil byste domácí, nebo ústavní péči?

Pracující člověk je nucen využít i ústavní péči.

7. Kde si myslíte, že se dostane lepší péče, v ústavním zařízení, nebo v domácí péči?

Těžko říct, každá forma má své výhody a nevýhody.

8. Byli byste schopni opustit i své zaměstnání v případě, kdyby to Váš blízký potřeboval?

Ne, neměl bych z čeho žít.

9. Víte, kdo by vám pomohl s domácí péčí, kdyby to Váš blízký potřeboval?

Ano, další příbuzní.

10. Myslíte si, že byste zvládli se postarat v domácím prostředí o nesoběstačného seni-ora?

Ano, v minulosti jsme to zvládli.

11. Kdo si v péči o seniora citlivější žena, či muž?

Myslím, že žena.

12. Používáte doma nějaké rehabilitační pomůcky popř. jaké?

Ne, žádné.

13. Jak ovlivnila výchova Váš postoj k seniorům?

Viděl jsem, jak se starali moji rodiče o své rodiče. Tudiž ovlivnila pozitivně.

14. Víte, v kolika letech začíná seniorský věk?

Ne, nikdy doposud jsem nad tím nepřemýšlel.

15. Jaký je Váš názor na seniory?

Jsou to lidi, kterým je potřeba pomáhat.

6.4 VYHODNOCENÍ

V praktické části jsem provedl kazuistiku případů domácí péče a rozhovory s pečujícími osobami a také s lidmi, kteří nepečují o nesoběstačné seniory. Výsledky šetření bych charakterizoval následovně. Lidé, kteří potřebují pomoc a využívají domácí péče, jsou s domácí péčí spokojeni. I péče, které se jim dostává ze strany pečovatелů, ošetřovatelů, charity nebo rodiny, je na dobré úrovni. Cítí se ve svém domově bezpečněji, zpravidla si s pečujícími osobami, vytvoří pěkný vztah založený na důvěře, dobré komunikaci a opoře, kdyby ji potřebovali. V dnešní době je dobrým znamením, že i přes značné oslabení rodiny se stále nacházejí rodiny, které se chtějí a starají o nesoběstačné seniory. Znají různé formy pomoci a ve většině případů je i využívají a snaží se od starostlivosti oprostít, aby u nich nevznikaly syndromy vyhoření. Na rozhovorech jasně vidíme, jak každý pečující člen považuje za standart něco jiného. Ale všechno co je spojuje, je starostlivost o člověka, kterého měli a mají rádi, o využití maximální možné podpory ze strany rodiny a neopuštění seniora, když to potřebuje a teprve až starostlivost přejde do takových rozměrů, že ji nemohou zvládat, volí ústavní péči. V další části jsem provedl rozhovor s lidmi, kteří se nestarají o nesoběstačného seniora, ale zajímal mě jejich pohled, jak by se zachovali v případě, že by se měli postarat o nesoběstačného člověka v jeho domácím prostředí. Z výzkumu vyplývá, že většina respondentů se domnívá, že rodina v současné době ne vždy plní dostatečně svou funkci, ale spoléhají se na svoje děti, že se v případě potřeby o ně postarají. Dále z šetření vyplynulo, že upřednostňují v péči o osobu blízkou domácí péči. Zároveň většina respondentů má přehled, na koho se obrátit v případě potřeby. Jednoznačně odpovídají na otázku, že více vnímavá a empatická je v péči o osobu blízkou žena. Z uvedených rozhovorů vyplývá, že všichni rodinní příslušníci se v případě potřeby postarají o své stárnoucí rodiče, i když jsou si vědomi toho, že jim to přinese spoustu nesnází a zkomplikuje se jim samým soukromý život. Již nebudou moci dělat jen to, co by sami chtěli a přáli si, ale musí svůj život přizpůsobit tomu, co potřebují jejich rodiče. Přejí si, aby jejich rodiče, pokud to bude v jejich silách, dožili svůj život ve známém prostředí, v okolí svých blízkých, tedy tam, kde jsou nejvíce spokojeni, a to je doma.

ZÁVĚR

Stáří a stárnutí je určitým fenoménem dnešní doby. Vidíme seniory, kteří ve svém každodenním životě srdnatě bojují za změny, které u nich nastávají v oblasti biologické, sociální a psychologické a statečně tyto změny přijímají. Je to cesta, která je nesnadná a je jen na samotném seniorovi, jak tuto cestu osobně zvládne. Stáří samozřejmě nemůžeme posuzovat, pokud neznáme předešlé životní etapy seniora. Z nich teprve můžeme poukázat na to, že svou minulou zkušenost mají vyřešenou a mohou tak otevřít další kapitolu s názvem stáří. Žijeme v době, kdy medicínská věda kráčí mílovými kroky a stále ještě zažíváme určité stavy bezmoci, kdy člověku, kterého jsme znali jako vitálního člověka plného plánů a aktivit, vidíme vlivem nemoci jako člověka závislého na naší pomoci. Potřebuje pomoci v situacích, které dříve bravurně zvládal a kdy si jakoukoliv závislost na druhých ani nepřipouštěl. Člověk je složitý organismus, na který působí životní prostředí, způsob života společnosti a životní styl. Většinou má náš organismus prostředky, aby jakékoliv těžkosti zvládl, ale někdy nastane čas a nemoc se dostává na vrchol a my ani celá lékařská věda si s tímto problémem nevíme rady. Dochází u seniora ke změně některých fyziologických funkcí a taky změnám objektivním i subjektivním vlivem choroby. Choroba je chápána jako sociální událost, která ovlivňuje chování, myšlení, sociální postavení, prestiž a úctu. S poskytováním zdravotní péče je velmi úzce spjatý celý komplex činností a starostí, který působí na všechny osoby, které jsou ve zdravotní terapii zainteresované. Vidíme lidi, kteří se maximálně snaží mobilizovat svoje síly, aby nemoc zvládli a znovu se začlenili do společenského života. A jsou také lidé, kteří pokud nemají vybudovanou základnu, o kterou se mohou opřít a najít porozumění u svých nejbližších, mohou snadno podlehnout. Právě dynamika choroby a její příznaky jsou určujícími faktory starostlivosti a jeho opětovného uzdravení a začlenění do společnosti. U některých případů chronického onemocnění je naším cílem mírnění projevených symptomů a prodloužení života se všemi aspekty, které k tomu patří. Pokud má senior vždy po ruce rodinu, která se mu snaží maximálně pomoci a která se o něho postará, v jeho domově, kde se cítí bezpečně, kde to důvěrně zná, pak zažívá pocity uspokojení, cítí se lépe psychicky a nemoc na sobě nedává znát. Pak je na řadě komplexní starostlivost o tohoto seniora, aby se v maximální možné míře stal samostatným a soběstačným. To v sobě zahrnuje komprehenzivní rehabilitaci zajišťovanou pečovatelskou službou, rehabilitační sestrou, charitou a nakonec rodinou, která se musí zapojit do procesu péče o seniora. Rodina je právě ta instituce, která dává podporu v léčení, je vždy po boku seniora a senior u ní vždy nachází zastání. V současné

době se stát snaží urychlit rekonvalescenci v nemocnici a už po pár dnech propouští nemocného jedince domů, kde má pokračovat v léčení. Ale je to právě stát, který v poslední době seškrtává všechny dávky a pak samotná rodina musí finančně přispívat pečujícím lidem, kteří se o nemocného postarají. Také péče v domovech je finančně velmi nákladná i přesto jsou domovy pro důchodce přeplněné a čekací doba se počítá na několik let, a když si senior zvolí cestu domácí péče, tak mu stát snižuje všechny dostupné dávky sociální pomoci na minimum. Potom sám senior jen s pomocí rodiny se snaží řešit tíživou sociální situaci a prakticky nenacházejí možnosti řešení. Stát zkrátka podporuje jen lidi pracující a na druhou stranu se alibisticky zajišťuje, chrání a vymýšlí teorie o zneužívání dávek. Co potom mají říkat lidé, kteří se zcela oddali péči o svého druha, manžela, rodiče a odešli ze zaměstnání a nemají dostatečný příjem, aby si mohli dovolit soukromé ošetřovatele, rehabilitační pomůcky, kdy všechna váha o nemocného je jen na nich. Pak může dojít k situacím, kdy již pečující člověk péči nezvládá a sám se může stát závislý na péči druhých. Často s tím přichází krize vlastní rodiny, kdy rodina již nechce akceptovat, že péči o seniora je upřednostněna na úkor vlastní rodiny a může to vést až k rozvratu rodiny. Nacházíme se v době, kdy seniorů stále více přibývá, a my se musíme snažit vytvořit co nejlepší podmínky, aby se rodina a koneckonců i stát podílel na péči o tyto osoby. Sociální služby vytvořené v současnosti nebudou časem stačit poskytovat péči v tak obrovském rozsahu, aby se na všechny seniory dostalo. Z toho důvodu, je potřeba okamžité intervence v této oblasti, protože pak problém naroste do gigantických rozměrů a bude pozdě jakkoliv reagovat. Poté se mohou začít vyskytovat nové formy ageismu a šikany seniorů. Základním kamenem všeho je výchova zaměřená na sociální aspekty života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989, 263 s. ISBN 80-7038-044-6.

BAKOŠOVÁ, Z. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. 3. vyd. Public Promotion, 2008, 97 s. ISBN 978-80-969944-0-3.

CLÉMENT, P. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 68 s. ISBN 80-7178-184-3.

DESSAINTOVÁ, M., P. *Nezačínajte stárnout*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 11-12 s. ISBN 80-7178-755-6.

DIENTSBIER, Z. *Ó, sladké stáří*. 1. vyd. Praha: Radix, 2011, 78 s. ISBN 978-80-87573-00-B.

DOŇKOVÁ, O., NOVOTNÝ, S., J. *Vývojová psychologie pro sociální pedagogy*. Brno: Institut mezioborových studií, 2010, 133-134 s.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 20-81 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 116 s. ISBN 978-80-247-2480-5.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 11-14 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

GULOVÁ, L. *Sociální práce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 72 s. ISBN 978-80-247-3379-1.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 53-54 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Jihlava: Vážka, 2007, 64-140 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

KÁBELE, F., KOLLÁROVÁ, E., aj. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: Karlova univerzita, 1993, 20-24 s. ISBN 80-7066-533-5.

KNIHOVNA ZDRAVÍ. *Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. Čestlice: Rebo Productions, 2006, 8 s. ISBN 80-7234-536-2.

- KOLÁR, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 2 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOLESÁROVÁ, K., SAK, P. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 2 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
- KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 81-83 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
- KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 67 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 11 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MLÝNKOVÁ, M. *Pečovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 93-99 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 10-27 s. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 10-123 s. ISBN 80-210-3838-1.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 65 s. ISBN 80-86633-62-4.
- MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2008, 152-153 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
- MÜHLPACHR, P., BARGEL, M., ml. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. 1.vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, 14 s. ISBN 978-80-87182-21-5.
- NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 69 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 96 s. ISBN 80-201-0076-8.
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 237 s. ISBN 08-044-81.

POLICAR, R. *Zdravotní dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 100 s. ISBN 978-80-247-2358-7.

PŘADKA, M., KNOTOVÁ, D., FALTÝSKOVÁ, J. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 26-27 s. ISBN 80-210-3469-6.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999, 8 s. ISBN 80-7169-828-8.

SOLÁROVÁ, S., K. *Analýza speciálně pedagogických a speciálně andragogických přístupů k terapii osob s neurologickým onemocněním v seniorském věku*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 38-57 s. ISBN 978-80-210-5287-1.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2007, 36 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠTILEC, M. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Karlova univerzita, 2003, 7 s. ISBN 80-246-0788-3.

TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009, 14 s. ISBN 978-80-2104-7.

VAVŘÍK, M. *Vybrané sociologické problémy*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2010, 6 s.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006, 253-255 s. ISBN 80-7315-134-0.