

Univerzita Karlova v Praze

**Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetřovatelství**

Sociální opora u gerontologických pacientů

Bakalářská práce

Kamila Zajíčková

**Vedoucí práce : Anna Hubertová
Hradec Králové 2008**

Charles University of Prague

**Medical faculty of Hradec Králové
Institute of Social medicine
Department of nursing**

Social support of geriatric patients

Bachelor's thesis

Autor : Kamila Zajíčková
Supervisor : Anna Hubertová

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované odborné literatury.

V Hradci Králové dne 25. dubna 2008

Lajnová Kamila

Děkuji vedoucí práce paní Anně Hubertové, MuDr.Boženě Juraškové Ph.D, vrchní sestře Kliniky gerontologické a metabolické Bc. Daně Vaňkové a sestřám z oddělení
“ A „, za pomoc, kterou mi poskytly při tvorbě této práce. Poděkování patří též mé rodině, která mi byla oporou při celé době studia.

OBSAH:

Úvod	8
I. Teoretická část	
1.1. Cíle práce	11
1.2. Gerontologie, geriatrie	12
1.3. Zdraví a nemoc	12
1.3.1. Sociální vlivy zdraví a nemoci	13
1.4. Stáří	13
1.4.1. Projevy involuce	14
1.4.2. Psychologické aspekty stáří	15
1.4.3. Jak zdravě zestárnout	15
1.4.4. Různé postoje ke stáří	16
1.4.5. Funkční různorodost seniorů	17
1.4.6. Důstojnost starého člověka.....	18
1.4.7. Ageizmus	19
1.5. Sociální prostředí gerontologického pacienta	20
1.5.1. Sociální role	20
1.5.2. Sociální postavení	20
1.5.3. Sociální vyloučení	21
1.6. Sociální opora	21
1.6.1. Hlavní směry zkoumání sociální opory	22
1.6.2. Druhy sociální opory	22
1.6.3. Význam sociální opory	23
1.7. Nemocný senior	23
1.8. Současné formy péče o staré občany.....	24
1.8.1. Rodina	24
1.8.2. Zdravotnictví	24
1.8.3. Sociální služby	27
1.8.4. Hmotné zabezpečení ve stáří.....	29
1.9. Specifika v ošetřování gerontologických pacientů	31
1.9.1. Nejčastější ošetřovatelské diagnózy u gerontologických pacientů	32

II. Empirická část

2.1. Cíle empirické části	35
2.2. Metoda výzkumu	36
2.2.1. Zkoumaný soubor pacientů	36
2.2.2. Použitá metoda	38
2.3. Analýza výsledků	39
2.4. Diskuze k výzkumu	63
Závěr	66
Literatura	69

MOTTO :

„ Stáří se nevysmívej – vždyť k němu směřuješ.“

Menandros z Athén

Úvod

Již několik let mě jako zdravotní sestru velmi zajímá problematika gerontologie. Zvláště nyní je o gerontologii velký zájem, neboť populace nezadržitelně stárne. Musíme se učit jak se co nejlépe postarat o tak velkou skupinu populace, jakou senioři bezesporu jsou a budou. Dnešní společnost vidí seniora jako překážku, jako něco, co nás zpomalí v našem rychlém rytmu. Staří lidé jsou neatraktivní, mají mnoho problémů, jsou pomalejší. Někdy se mi až zdá, že společnost vůbec nechce staré lidi vidět. Samo téma stáří vyvolává u mladších lidí takřkajíc „kopřivku“. Stáří máme podvědomě spojené s nemocemi, ztrátou soběstačnosti, smrtí. Tyto pojmy se nám samozřejmě nelíbí. Snažíme se stáří jakoby „zametat pod koberec“, děláme, že se nás netýká. Ať už se stářím bojujeme svěžím duchem, mladistvou módou nebo plastickými operacemi, nevyhneme se mu. V lehčím slova smyslu se vlastně jedná o jedinou spravedlnost, která nás čeká.

Nyní se jako zdravotní sestra mohu podílet na péči o gerontologické pacienty. Tato péče je velmi náročná, neboť každý člověk je individualitou, a ve stáří snad ještě více naše svérázné vlastnosti vystupují na povrch. Často se setkávám s lidmi velmi nemocnými, jejichž situace je nelehká. Již dávno jsem pochopila, že jednou z neuspokojených potřeb je u gerontologického pacienta potřeba komunikace a sounáležitosti. Je smutné, že v nemocničním zařízení, kde by se člověk neměl cítit osamocen, jsou nejsilněji cítit právě tyto potřeby. Je pravdou, že na některých odděleních se komunikace scvrkává na pouhé fráze typu: Uděláme Vám vyšetření, zde podepište souhlas. Byla stolice? Změřte si teplotu! Pro starého člověka je přechod z domácího do nemocničního prostředí velkým stresem. Adaptaci na nové prostředí však může hodně napomoci vstřícnost a laskavost personálu. Pacient se poté stane otevřenějším a lépe snáší diagnostické a léčebné výkony i samotný pobyt. Důležití jsou kromě personálu i další lidé, především rodina pacienta. Pro gerontologického pacienta jsou návštěvy jeho blízkých důkazem, že se s ním počítá, že na něj nezapomněli. Udrží ho v kontaktu s okolním světem, stávají se psychickou oporou, hlavně při delších hospitalizacích. Lidé v našem okolí nás podporují, sdílejí s námi dobré i zlé, zvláště ve stáří tyto vztahy sílí. U starých pacientů, bývá tento okruh rodiny a přátel často velmi malý, ale pro pacienta samotného neméně důležitý.

My, jako zdravotníci profesionálové, bychom měli empaticky přistupovat jak k pacientovi, tak k jeho blízkým.

I. Teoretická část

1.1. Cíle práce

V bakalářské práci jsem si vytyčila tyto cíle:

V teoretické části:

1. Charakterizovat změny spojené se stářím.
2. Poukázat na důstojnost starého člověka.
3. Definovat pojem sociální opora a její význam.
4. Charakterizovat současné formy péče o starého člověka.
5. Přiblížit specifika v ošetřování gerontologických pacientů.

1.2. Gerontologie, geriatrie

Gerontologie (řecky gerón = starý člověk, logos = nauka, slovo) je souhrn poznatků o stárnutí, stáří a životě ve stáří.

Rozdělení gerontologie :

Gerontologie experimentální – zabývá se příčinami a mechanismy stárnutí živých organismů.

Gerontologie sociální – zabývá se společenskými souvislostmi individuálního i populačního stárnutí. Zahrnuje sociologii, psychologii, politologii, sociální práce, pedagogiky a dalších oblastí.

Gerontologie klinická – zabývá se problematikou zdraví, chorob, funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života ve stáří. Označuje se také jako geriatrie (řecky iatró = léčím), nauka o léčbě chorob charakteristických pro stáří.

1.3. Zdraví a nemoc

Definování pojmů jako je zdraví a nemoc je složitý multidimenzionální problém. Dle světově uznávané definice WHO je „zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Bartlová,1999, str.17). Zdraví není konečným stavem, nýbrž dynamickou skutečností. Dle R. Bureše je zdraví „potenciál vlastností člověka vyrovnat se s nároky působení vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí“(Bartlová,1999,str.18). „Nemoc je tedy v tomto pojetí poruchou systému zdraví. Je to potenciál vlastností organismu, které zmenšují respektive omezují možnosti organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije. Nemoc má stejně jako zdraví svůj aspekt biologický, psychický a společenský“(Bartlová, 1999, str.19).

1.3.1. Sociální vlivy na zdraví a nemoc

K nejslabším místům našeho odborného i laického myšlení vždy patřila problematika sociálních vlivů na zdraví a nemoc. Cílem medicíny byla odjakživa etiologická léčba, vycházející z odhalování příčin onemocnění. Vítězství moderní medicíny začalo objevem, že za určité nemoci mohou odpovídat specifickí původci z vnějšího světa. Tím bylo možné bojovat proti příčinám nemoci. Ovšem vedle biologických původců jsou významné i jiné příčiny. V posledních letech je přijímán názor, že nemoc stejně jako zdraví má multifaktoriální, bio-psycho-sociální základ. Nejen jednotlivé faktory životního prostředí (biologického či sociálního), ale především jejich vzájemné interakce s naším organizmem a způsobem života člověka zapříčiňují nemoci anebo přispívají k jejich rozvoji. V současnosti si nemůžeme klást za cíl jen zbavit člověka nemoci a usilovat o to, aby dosáhl co nejlepšího stavu fyzické, psychické a sociální pohody. Stále více musíme mít na zřeteli potřebu optimálního rozvíjení a využívání všech biologických, psychických a sociálních vlastností a schopností. S rozvojem civilizace se dostává stále více do popředí problematika jejich negativních důsledků.

Hlavní negativní důsledky civilizace:

- znečišťování ovzduší, vody, půdy chemikáliemi, prachem,...
- nebezpečné změny klimatu v důsledku znečišťování
- nadměrný hluk
- zneužívání alkoholu a drog
- kouření
- nedostatek tělesné aktivity, a s tím spojený nadměrný příjem potravy
- rychlé životní tempo, stres
- nevhodné sexuální chování

(Bartlová,1999)

1.4. Stáří

Samo stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti, adaptability organismu. Často dochází k rozporu mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (jeho zdatnosti, mírou involuce).

Mnozí lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní, jiní působí předčasně zestárlým (progerickým) dojemem. V hospodářsky vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let. Často se však o věku 65-74 let (někdy dokonce 65-79 let) hovoří jen jako o počínajícím stáří a hranice vlastního stáří se posouvá do věku 75-80 let. Za dlouhověkost se považuje věk 90 a více let, i zde však dochází k posunu až k hranici 100 let. Příčinou posouvání hranic stáří do vyššího věku je přibývání seniorů a zlepšování jejich zdravotního i funkčního stavu (Kalvach, Onderková, 2006). Za zakladatele české klinické gerontologie, je považován profesor Rudolf Eiselt, který založil v Čechách první a velice rozsáhlý Ústav pro nemoci stáří. Dalšími významnými geriatry byly například J.A. Trojan, J. Charvát, F. Tvaroh a V. Pacovský (Haškovcová, 2002).

1.4.1. Projevy involuce

Projevy a změny, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, se označují jako genotyp stáří. Mají obecné rysy, avšak jejich časová manifestace, rozsah i úplnost vyjádření jsou velmi individuální. Na stárnutí se významně podílejí i fylogenetické vlivy, dlouhodobě nové generace stárnou v lepší kondici, než generace starší. Tento fakt vytváří trvalý tlak na zkvalitňování služeb pro seniory. Mezi projevy involuce patří postupné snižování tělesné výšky, ubývání aktivní tělesné hmoty a přibývání tuků. Snižováním pružnosti tkání se mění výraz obličeje, stárne a vrásčí se kůže, vypadávají vlasy, ale také se mění svaly a slábne svalová síla. Ztráta chrupu závažně mění výraz úst. Nápadné jsou změny postoje a chůze, až vytvoření hrbu. Sarkopenie (úbytek svalové hmoty), významně závisí na fyzické aktivitě. Za jedny z nejdůležitějších involučních změn jsou pokládány změny smyslového vnímání. Ve zrakovém systému dochází ke změně akomodace, ve sluchovém aparátu k úbytku sluchové ostrosti. Vnitřní prostředí se především mění pro ubývání celkové tělesné vody, tím pádem jsou senioři více náchylní k dehydrataci. Poruchy regulačních mechanismů, ortostatická hypotenze a s ní spojené zvýšené riziko pádů. Řídnutí kostí, snadné poškození kosterního aparátu. Snížení soběstačnosti, obávaná imobilizace, riziko dekubitů. Snížený svalový tonus, inkontinence. Ateroskleróza, stáza krve, embolie, diabetes mellitus. Poruchy paměti, demence, Alzheimerova choroba. Toto je pouze chabý výčet nemocí jež přicházejí ve stáří. Nikdy se s nimi nesmíříme, ale musíme být alespoň částečně připraveni, že přijdou. Že to co je dnes, již zítra být nemusí (Kalvach, Onderková, 2006).

1.4.2. Psychologické aspekty stáří

V této oblasti je třeba zdůraznit, že osobnost starého člověka se i ve vysokém věku nemění, ale některé vlastnosti jakoby více vystupují na povrch. Je třeba respektovat osobnost starého člověka i s jeho špatnými vlastnostmi.. Je nutné udržovat životní kontinuitu. Naopak narušení této kontinuity se projeví maladaptací a psychickým strádáním. Také intelektové schopnosti zůstávají dobře zachovány do nejpokročilejšího věku. Je třeba zdůraznit, že přirozená involuce nevede k syndromu demence. S věkem klesá schopnost nacházení nových řešení, rychlého zvládnání situací (tzv. fluidní inteligence), zachována však zůstává tzv. krystalizovaná inteligence, která využívá k řešení zkušenosti. Z hlediska psychického výkonu ve stáří vystupuje do popředí potřeba spánku, zajištění dostatečného klidu a určení vlastního tempa. Nepřítelem starých lidí je často časový stres a obavy z neúspěchu. Při učení je třeba empaticky respektovat zhoršení všímavosti, nutnost opakování má velký význam v edukaci gerontologických pacientů (Kalvach, Onderková,2006).

1.4.3. Jak zdravě zestárnout

V každé vyspělé společnosti by se měla již od dětství pěstovat v lidech základní úcta k dříve narozeným. Každý člověk ve středním věku by měl začít uvažovat o svém stáří. Vhodné je, aby zahájil různé aktivity již dříve a po odchodu do penze je již pouze rozvíjel. Začínat s různými koníčky a zájmy až v penzi je velmi náročné a obtížné. Důležitost různých zájmů se skrývá v tom, že jsou jakýmsi dalším „hnacím motorem“. Po odchodu ze zaměstnání náhle nemáme co dělat, potácíme se od ničeho k ničemu, náhle ztrácíme povinnosti, které jsme museli po tolik let vykonávat. Toto období nic nedělání a vlastního nenaplnění, se může lehce stát živnou půdou pro různé formy psychických problémů až deprese. Starý člověk by měl efektivně využít svůj volný čas, zároveň by se však neměl přetěžovat. Další, již bezprostřední formou přípravy na stáří, by se měla stát praktická příprava svého okolí, např. úprava koupelny (instalace madel u vany,...). Každý člověk by měl být schopen přijmout existenci svého stáří a měl by přiměřenými aktivitami udržovat svou praktickou soběstačnost. Byl vytvořen dokument jak „Zdravě stárnout v Evropě“ a jeho modifikace „Zdravě stárnout v České republice“.

Tento dokument si za hlavní cíle klade :

- prodloužit věk prožitý v úplném zdraví bez postižení
- podporovat plný a aktivní společenský život
- prodloužit dobu kvalitního života (životní styl a stimulační prostředí)

Je třeba uvést, že Organizace spojených národů vydala principy a zásady o postavení starších občanů, které se soustřeďují na těchto pět oblastí :

- nezávislost
- společenské zapojení
- péče
- seberealizace
- důstojnost

Lidé by měli při stárnutí udržovat přiměřenou tělesnou aktivitu (zachovávat své zájmy, částečně se podílet na péči o vnoučata), zachovávat duševní aktivitu, být otevření novým poznatkům (kluby seniorů, univerzita třetího věku). Neměli by se stranit ostatních lidí, zachovávat pozitivní přátelské vztahy (kontakty s rodinou, s bývalými kolegy), navazovat nové přátelské vztahy (např. formy dobrovolnictví). Měli by mít potěšení z drobných věcí, které život doposud dává. Měli by dodržovat správnou životosprávu, jak v oblasti výživy, pitného režimu, tak v oblasti spánku a odpočinku. Také by se měli vyhýbat emočně rozrušujícím situacím, svá rozhodnutí rozmyslet vždy s moudrostí. Měli bychom mít na paměti heslo: „Přidat život létům, nikoliv léta životu!“ (Haškovcová, 2002).

1.4.4. Různé postoje ke stáří

Tak jak jsme každý jiný po celý život, tak máme i každý jiný přístup ke stárnutí a stáří. Ve stáří dochází ke zvýraznění některých osobnostních rysů (např. nedůvěřivost může přejít do paranoi, uzavřenost až k samotářství a úzkosti). V období stáří se každý musí svým způsobem vyrovnat s vlastní smrtelností. Většina lidí se ohlíží zpět a hodnotí svůj dosavadní život. Zde je nástin základních postojů ke stáří, ale je zřejmé, že se jedná o dělení nedokonalé, neboť postoje ke stáří jsou vysoce individuální a různě se prolínají v různých životních situacích.

Postoj konstruktivní

Je to optimální postoj ke stárnutí a stáří, tito lidé si uvědomují nedostatky ale i přednosti stáří, vědí co mohou a co ne, bývají činní, soběstační, mají smysl pro humor, mají rodinné zázemí, jsou nekonfliktní. Většinou se dobře adaptují na nové situace.

Závislost

Tento sklon se většinou objevuje u lidí, kteří byli po celý život pasivní, spoléhali na druhé, a i nyní očekávají, že se o ně bude někdo starat, chtějí být maximálně fyzicky i psychicky podporováni druhými lidmi. Těžko se vedou k vlastní aktivitě.

Nepřátelství

Projevuje se často nespokojeností „ubrblaností“ , podezíravostí až agresivitou, agresivně vyžadují, nebo odmítají pomoc, často terorizují okolí, obviňují, nemají rádi mláď. Svě chování odůvodňují, že takový musejí být.

Obranný postoj

Tito lidé byli dříve velmi aktivní a nezávislí, nyní sobě i ostatním dokazují svou nezávislost, brání se stáří, odmítají pomoc. Jsou přecitlivělí na nabídnutí pomoci.

Sebenenávist

Tito lidé byli dříve pasivnější, depresivnější, měli málo přátel. Nepřátelství obracejí proti sobě, zdůrazňují svoji neschopnost, cítí se osaměle. Někdy se považují za oběť okolí, vydírají své okolí přístupem „starejte se“. (Kalvach, Zadák, Jiráček a kol., 2004).

1.4.5. Funkční různorodost seniorů

V seniorské populaci je velmi výrazná heterogenita. Nejvíce se dotýká oblasti funkční zdatnosti. Z ošetrovatelského hlediska je nutné bránit jakémukoliv poklesu zdatnosti u pacienta a je nutné rozvíjet zdatnost v rámci rehabilitace i mimo ni.

Z ošetrovatelského hlediska je užitečné seniory rozlišovat do těchto kategorií:

Zdatní senioři

Jsou velmi zdatní i přes svůj věk vykonávají fyzicky náročné činnosti, dobře zvládají zdravotnické výkony i rehabilitaci po nich.

Nezávislí senioři

Dobře zvládají aktivity denního života, za běžných okolností nepotřebují žádnou výraznější pomoc rodiny, nebo pečovatelské služby. Zvládají nákupy, vedení domácnosti. Selhávají při zvláštních situacích vyžadujících neobvyklou zátěž (porucha výtahu s nutností chůze do schodů).

Křehcí senioři

Jsou zvýšeně ohroženi náhlým zhoršením stavu, náhlou nezabezpečeností. Potřebují pomoc rodiny, nebo pečovatelské a ošetrovatelské péče. Také se využívá tísňového volání (Areión).

Závislí senioři

Senioři, kteří potřebují dopomoc v oblasti sebeobsluhy v základních činnostech denního života.

Zcela závislí senioři

Vyžadují speciální péči, jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, většinou trpí poruchami vědomí. Péče spočívá hlavně v antidekubitním režimu, hygieně, hydrataci, výživě. U těchto nemocných je velké riziko vzniku imobilizačního syndromu.

Umírající senioři

Senioři, kteří mají specifické potřeby komplexní paliativní péče (Kalvach, Onderková, 2006).

1.4.6. Důstojnost starého člověka

Jedna ze závažných priorit zdravotní péče je zachování důstojnosti pacienta.

Hlavními cíly zdravotní péče jsou :

- záchrana života
- odstraňování chorob a posilování zdraví
- mírnění utrpení
- ochrana důstojnosti v souvislosti se stonáním a s poskytováním zdravotní péče

Častým problémem medicíny je její dehumanizace, klade se velký důraz na záchranu života a léčbu nemocí, zatímco paliativní péče, ochrana důstojnosti a smysluplnosti života jsou považovány pouze za jakýsi přívěsek. Zvláště u křehkých gerontologických pacientů s chronickými zdravotními problémy je mnohdy důležitější důraz na důstojnost a paliaci. Nikdy by zdravotní péče neměla způsobovat utrpení ani ponižovat lidskou důstojnost.

K častým formám ponižování důstojnosti gerontologických pacientů patří :

- nerespektování pacientovi vůle, nepřiměřené odnímání kompetencí a kontroly nad děním
- nerespektování pacientova soukromí a jeho autonomie
- nerespektování pacientova studu (nepřiměřené obnažování, používání tzv. anděľů u chodících pacientů)
- vybízení pacientů k močení do absorpčních plen, odmítání pomoci k užití toalety
- ponižující krmení a mytí místo vedení k vlastní aktivitě
- anonymizace nemocných
- infantilizace starých nemocných, nevhodné oslovování (např. babičko)
- nedostatečná komunikace
- přeceňování výskytu a závažnosti kognitivního deficitu (falešná diagnostika syndromu demence)
- obecné podcenění schopností gerontologického pacienta (Kalvach, Onderková,2006)

1.4.7. Ageizmus – věková diskriminace starých lidí

Senioři jsou ohroženi ageizmem, z důvodu své involuční křehkosti, snížené obranyschopnosti a narůstající zranitelností. Věková diskriminace může mít různé podoby. Může se jednat o hrubé podoby ve formě odpírání léčby z důvodu věku, ale také se jedná o předsudky různého druhu, nevhodné chování k seniorům. Jde také o infantilizaci starých lidí, o nepřiměřené odebírání jejich kompetencí, podceňování jejich schopností, nerespektování jejich osobnosti, ponižování jejich důstojnosti. Pečující profese by měly trvale dbát na kontrolu, zda svým jednáním se starými lidmi nedopouštějí, byť neúmyslně, věkové diskriminace. (Kalvach, Onderková,2006).

1.5. Sociální prostředí gerontologického pacienta

Každý z nás žije v určitém sociálním prostředí. Je jím škola, domov, pracovní prostředí. Se svým sociálním prostředím jsme v neustálé interakci. Prostředí působí na nás a my na něj. Sociální prostředí může mít na nás jak vlivy pozitivní tak negativní. Působí jako jedna ze součástí naší výchovy a růstu po celý život. Není to pouze budova nebo místo našeho bydliště, jsou to také lidé, kteří nás obklopují, se kterými se setkáváme, činnosti, které vykonáváme a jejich důsledky. Někteří staří lidé mají své sociální prostředí značně omezené, například kvůli své nemoci, snížené soběstačnosti. V některých vyhocených případech může dojít k sociální izolaci, nebo až k tzv. sociální smrti, kdy tito lidé nemají spojení s vnějším světem, např. nemají rodinu, nedochází za nimi návštěvy. To výrazně ovlivňuje jejich psychický stav.

1.5.1. Sociální role gerontologického pacienta

Během svého života projdeme řadou sociálních rolí. Jsme žáky, studenty, zaměstnanci, rodiči, důchodci, prarodiči,... Každá z nich nás svým způsobem formuje a posouvá dál. Na každou z těchto rolí bychom se také měli psychicky připravit, což zlepší naši adaptaci. U starších lidí se schopnost adaptace snižuje, i adaptace na novou sociální roli např. roli pacienta. Takový člověk se poté těžko smiřuje s nově nabytou skutečností, a vyžaduje specifický přístup.

1.5.2. Sociální postavení gerontologického pacienta

Sociální postavení starých lidí se v průběhu dějin značně mění. V některých kulturách byli staří a nemocní ponecháni svému osudu a opuštění, v jiných byli staří lidé uctíváni pro své zkušenosti a moudrost. Ostatní si k nim chodili pro rady a pomoc v důležitých životních situacích. Měli vážnost a úctu celé společnosti, kterou nabyli právě věkem. Dnes se pohled na staré občany značně změnil. Je na ně pohlíženo spíše jako na nežádoucí element. Zkušenosti se dnes již tak necení. Také neoplývají dnes tak žádanou flexibilitou, dynamičností, agresivním přístupem. Se starými lidmi se musí jednat pomalu a s rozvahou, což v dnešní uspěchané době není zrovna módní.

1.5.3. Sociální vyloučení

Senioři patří ke skupinám ohroženým nejen diskriminací, ale také tzv. sociální exkluzí, sociálním vyloučením. Původně byla exkluzí myšlena chudoba a jí podmíněná nerovnost v přístupu ke zdravotní péči. V současnosti se exkluze chápe jako úpadek a dezintegrace vztahů mezi jedincem a většinovou společností. Dochází ke ztrátě sounáležitosti, mizí sdílení hodnot i společenských statků. Důsledkem je frustrace, rezignace, někdy asociální či antisociální chování, jindy ztráta sebeúcty až autoagrese. I při poskytování zdravotní péče je třeba myslet na to, aby napomáhala začleňování nemocných starých lidí (Kalvach, Onderková, 2006).

1.6. Sociální opora

Pojem sociální opora je poměrně nový, o jeho zavedení se postarali tři badatelé: Caplan (1974), lékař-epidemiolog Cassel (1976) a psychiatr Cobb (1976). Takový jev zde pochopitelně existoval již předtím, ale měl jiné pestřejší názvy: vstřícný přístup personálu, soudržnost rodiny, bezvýhradné pozitivní akceptování, pomoc v nouzi, sdílení radostí a strastí. (Mareš a kol., 2001)

Různé definice sociální opory :

Sociální opora je definována v termínech zdrojů, které uspokojují jedincovy potřeby... Emocionální opora se týká chování, které navozuje pocity klidu a jistoty, vede jedince k přesvědčení, že si ho lidé váží, respektují ho, mají ho rádi a jsou ochotni o něj pečovat a zajistit mu bezpečí. Kognitivní opora se týká informací, znalostí a rad, které pomáhají jedinci porozumět svému světu a vyrovnat se s jeho změnami. Materiální opora se týká zboží a služeb, které mohou pomoci vyřešit praktické problémy jedince (Jacobson, 1986).

Sociální oporou se běžně rozumí pomocné funkce vykonávané pro nějakého jedince lidmi, kteří jsou pro něj sociálně významní jako členové rodiny, přátelé, spolupracovníci, příbuzní a sousedé. Tyto funkce obvykle zahrnují socioemoční pomoc, instrumentální pomoc a informační pomoc (Thoitsová, 1985).

Sociální opora je vztahová opora v prostředí, v němž člověk žije, zvyšuje odolnost vůči stresu a chuť přežít i životní prohry a krize, důležitý pilíř duševního zdraví (Hartl, Hartlová, 2000).

Sociální opora je dynamický proces, jehož forma a úroveň se proměňuje v čase, mění se v závislosti na situacích, životních událostech, na věku a sociálním začlenění jedince. Sociální opora má interakční podobu, může být vnímána odlišně poskytovatelem, příjemcem i nezávislým pozorovatelem. Dají se u ní identifikovat jak kvantitativní, tak kvalitativní stránky. Její účinky mohou být nejen pozitivní, ale též negativní (Mareš a kol. 2001). Odborníci diskutují spojení sociální opory a zvládání zátěže, zda se tyto dva aspekty ovlivňují a jak. Nejvíce příznivců má názor, že sociální opora a zvládání zátěže se ovlivňují, sociální opora má podobu „pomoci při zvládání“ (Mareš a kol. ,2001).

1.6.1. Hlavní směry zkoumání sociální opory

- a) sociologický směr (staví na diagnostice sociálních vztahů mezi lidmi a na sociálních sítích)
- b) psychologický směr (zabývá se subjektivním vnímáním sociální opory jedincem a hodnotí poskytovanou sociální oporu)
- c) komunikačně-interakční směr (diagnostikuje průběh, poskytování, přijímání a využívání sociální opory)

1.6.2. Druhy sociální opory

Instrumentální opora

Jedná se o konkrétní pomoc, vzniká však z vlastní aktivity poskytovatele, ne nemocného. Jde např. o zajištění pomůcek pro nemocného.

Informační opora

Jedná se o oporu formou naslouchání, „vypovídání se“ nemocného. Patří sem i podávání informací od zdravotnického personálu. Důležitou roli zde hraje empatie.

Emocionální opora

Pro jedince v životní krizi, poskytování naděje a podpory.

Hodnotící opora

Je spjata s posilováním sebevědomí, kladným sebehodnocením (Nováková, 2004, bakalářská práce).

1.6.3. Význam sociální opory

Jisté je, že význam sociální opory je obrovský. V celém našem životě neustále potřebujeme být v interakci se svým okolím. Je pro nás životně důležité mít vedle sebe někoho, kdo nás podpoří, zajímá se o nás, komu nejsme lhostejní. Zvláště pak, když zestárneme, potřebujeme pomoci, některé činnosti již sami nezvládneme. Přítomnost blízkého člověka velmi ovlivňuje náš psychický stav.

1.7. Nemocný senior

Přestože je uváděno, že stáří není nemoc, následkem involuce a nižší adaptace na změny vnějšího prostředí, dochází ve stáří k markantnímu výskytu rozmanitých chorob. Pro stáří je typická polymorbidita, tj. výskyt více nemocí současně a atypický průběh některých nemocí. Často se také vytváří tzv. řetězová reakce kdy projev jedné nemoci spouští dekompenzaci dalších nemocí. Nejobávanějším problémem pro staré lidi je ztráta soběstačnosti a závislost na druhých. Kromě somatických nemocí nejrůznějšího druhu je třeba zdůraznit celou řadu psychických chorob. Mezi nejrozšířenější patří poruchy chování, úzkosti, deprese a také demence. O demenci se hovoří jako o epidemii 21. století. Statistické údaje uvádějí, že demence postihují 5-8 % populace nad 65 let s tendencí růstu úměrně ke zvyšujícímu se věku. Demence má výrazně negativní efekt pro jedince samotného, jeho rodinu, ale i pro společnost. Ve stáří bývá nemocnost ovlivňována sociálními faktory, např. nízkým důchodem, nevhodným bydlením, úmrtím partnera, hospitalizací. Z těchto důvodů často mluvíme o vzájemné sociální a zdravotní podmíněnosti situace seniorů. Komplexní péče o seniory dynamicky zahrnuje obě složky (Haškovcová, 2002).

1.8. Současné formy péče o staré občany

1.8.1. Rodina

Je neměnnou pravdou, že člověku je nejlépe v rodině. Za zmínku stojí tzv. výměnkářský systém, kdy staří z rodiny odešli bydlet do výměnku a dům přenechali mladší generaci. Staří měli smluvně zaručené dávky potravin a základní živobytí do konce života. Často pomáhali svým dětem v hospodářství a tím se vlastně zaslouhovali o svůj příjem. Vývojem doby, změnou životního stylu došlo ke vzniku tzv. nukleární rodiny. Tento výraz znamená soužití rodičů a dětí, starý člověk žije odděleně. Všechny generace si zvykly na nezávislost a těžko se jí vzdávají. Došlo k tzv. atomizaci rodiny, kdy mladí a staří žijí odděleně, ale to neznamená, že by jejich vztahy byli negativní. Vznikla tzv. intimita na dálku, kdy se generace vzájemně navštěvují, telefonují si, jsou spolu v kontaktu, ale žijí si každý ve svém. I přes tento trend stále přetrvává i společné soužití několika generací v jedné domácnosti, většinou na malých vesnicích. Intermitentní péče o staré příbuzné nebývá pro většinu rodin problémem. Je dokázáno, že až 80 % potřeb starých lidí pokrývá jejich rodina, nebo sousedé. Vážným problémem se stává nutnost dlouhodobé a trvalé péče, s omezenou nadějí na zlepšení stavu. Nemožnost vzít si starého člověka do domácího ošetřování (malý byt, nemožnost přestavby domku), vysoká zaměstnanost, to jsou faktory, které nutí rodinu vyhledat specializovanou péči. Je nutné rodinám pomoci hlavně rozšířením sociální a zdravotní pomoci. Hlavně se jedná o agentury domácí péče a respitní péči. Nutný je rozvoj sociálních dávek, při péči o svého nemohoucího příbuzného (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004).

1.8.2. Zdravotnictví

V současnosti dochází k tzv. geriatrizaci medicíny, což znamená, že staří nemocní využívají služeb většiny zdravotnických oborů. Právě toto je důvod proč by v gerontologii měli být vzděláni všichni profesionálové. Alespoň co se týče přístupu ke starému člověku, pochopení jeho specifických potřeb a problémů. Při hospitalizaci gerontologického pacienta se často vyskytuje strategie „ping pongového míčku“, kdy se pacient pro dekompenzaci jednoho onemocnění překládá na jedno oddělení a záhy pro dekompenzaci dalšího onemocnění na další oddělení. Při snížené adaptaci starého

člověka jsou tyto přesuny velkou zátěží jak pro jeho fyzický, tak psychický stav. Může doznat i pocit, že je nechtěný a přináší pouze problémy. Ano, bohužel často je tento pocit správný, pro mnoho zdravotníků je gerontologický pacient nechtěný, vyžaduje náročnou péči se specifickým přístupem, a z ekonomického hlediska je i drahý. V naší zemi máme velký nedostatek chronických lůžek, lůžek následné péče. Akutní lůžka jsou velmi specializovaná a drahá, je tedy logické, že nemocní budou doléčováni jinde, např. v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Zatímco nyní potřebuje následnou dlouhodobou péči asi 100 000 občanů, dosahuje počet lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných pouhých 6000. Tyto hodnoty jsou značně alarmující. Změna v systému je tedy více než nutná. Mezi základní strategie péče o staré lidi patří demedicalizace, kdy by péče o staré lidi měla být přenesena do ambulantní sféry. Dále je to deinstitucionalizace, která poukazuje na rozvoj starajících se rodin, podporu komunitní a domácí péče. Deprofesionalizace znamená, že v péči o starého člověka by nemělo být nikomu bráněno, jde o participaci lidí z blízkého okolí nemocného. Deresortizace je pojem, který znamená celospolečenské prostoupení seniorské problematiky. Tato strategie bývá nazývána 4xD a poprvé zazněla ve Vídni v roce 1982. Nezastupitelnou roli ve zdravotní péči o gerontologického pacienta má jistě domácí péče. Za její největší výhody je považovaná integrace nemocného do rodiny, nemocný se ve svém prostředí cítí lépe, rychleji se uzdravuje, výrazně se zlepšuje jeho psychický stav, snižují se náklady na zdravotní péči. Pro některé pacienty je každodenní setkání se svou ošetřující sestrou jediným sociálním kontaktem. Domácí péče má v péči o gerontologické pacienty dnes již svou nezastupitelnou roli. Nyní se zmíním o každém typu péče trochu podrobněji (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004).

Zdravotní péče o staré osoby:

Primární zdravotní péče

Základem je primární péče, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé. Praktičtí lékaři by měli sledovat a koordinovat zdravotní a sociální stav u starého pacienta. Praktický lékař je v první linii kontaktu s pacientem, zná jeho problémy, chronické nemoci, sociální prostředí. Praktický lékař spolupracuje v péči o starého člověka se všemi složkami primární péče – s rodinou, s domácí zdravotní péčí, pečovatelskou službou, charitou a jinými organizacemi. Vyhledává rizikové seniory a může včas zasáhnout proti nesoběstačnosti a závislosti, odesílá pacienty na podrobnější

vyšetření. Starý člověk přichází často za svým praktickým lékařem jako za přítelem, který jej již dobře zná a dobře mu poradí.

Specializovaná ambulantní odborná péče

Gerontologičtí pacienti jsou početnou skupinou, která navštěvuje specializované ambulance, především obory vnitřního lékařství, urologie, oční lékařství a neurologie. Samozřejmě, že tato spotřeba specializované péče souvisí s velkou polymorbiditou těchto pacientů.

Domácí péče

Tento druh péče je poskytován na základě doporučení praktického lékaře pro dospělé, nebo ošetřujícího lékaře v ústavním zařízení při propouštění pacienta. Je hrazena z prostředků zdravotního pojištění, nadstandardní služby jsou poskytovány za úhradu. Domácí péči zajišťují různé agentury, státní, soukromé, charitní. Domácí péče zajišťuje akutní péči o nemocné, péči po propuštění z nemocnice a dlouhodobou péči u chronicky nemocných. Pro indikaci této péče jsou nutné podmínky: stabilizovaný stav nemocného, domácí prostředí umožňující poskytování domácí péče (předpoklad zapojení rodiny do péče), a také dostupnost zdravotních a sociálních služeb. Domácí péče by měla pomáhat při snižování potřeby ústavní léčby. Agentury domácí péče se nejčastěji zaměřují na ošetřování chronických ran, stomií, aplikace inzulínu, a dalších léků. Některé agentury se specializují a vzrůstá podíl domácí rehabilitační služby. Významný přínos domácí péče tkví také v půjčování kompenzačních a rehabilitačních pomůcek.

Ústavní péče

Nemocniční péče je poskytována bez ohledu na věk a diferencovaně (dle charakteru nemoci). Bylo zjištěno, že nejčastější příčinou hospitalizace starých pacientů jsou problémy kardiovaskulární, kožní, respirační a onkologické. Hlavním problémem je nedostatek lůžek následné péče. Mnoho gerontologických pacientů vyžaduje v největší míře péči ošetrovatelskou. Markantně chybějí lůžka azylová, sociální, kdy je zapotřebí přijmout starého člověka pro jeho nezaopatřenost ne ze zdravotního důvodu. Díky tomuto deficitu lůžek následné péče dochází často k blokování akutních lůžek v nemocnicích.

Léčebny dlouhodobě nemocných, jsou specializovaná lůžková zdravotnická zařízení, sloužící k léčbě převážně starých a dlouhodobě nemocných s vysokým věkovým průměrem. Právě při těchto hospitalizacích hrají významnou roli faktory sociální. Jedná se většinou o pacienty osamělé, ovdovělé ženy, o které se nemá kdo postarat.

Hospic je poměrně novým typem ústavního zdravotnického zařízení s převážně symptomatickou a paliativní terapií. Toto zařízení poskytuje péči všem nemocným v terminálním stádiu různých onemocnění, nejvíce jsou zastoupeny onkologické choroby. Největší podíl péče se věnuje léčbě bolestí a úzkosti, vedlejším projevům vlastního onemocnění. Hospic má také pro nemocného a jeho rodinu nadstandardní možnosti (např. možnost přistýlky, neomezené návštěvy). Hospic a léčebny dlouhodobě nemocných také poskytují respitní péči. Tato péče spočívá v dočasné hospitalizaci nemocného, o kterého se za normálních okolností stará rodina. Důvodem bývá hospitalizace samotného pečovatele, odpočinek rodiny, lázeňská léčba. Tuto péči plně hradí rodina nemocného (Kalvach, Zadák, Jiráček a kol., 2004).

1.8.3. Sociální služby

Jedná se klasické formy péče s důrazem na sociální potřeby starých lidí. Péče je realizována v domovech pro seniory, v domech s pečovatelskou službou, v domovinkách, ale také se jedná o domácí pečovatelskou službu a službu domácího tísňového volání. Je nutné stávající služby diferencovat a provázat je se službami zdravotnickými, jak lůžkovými, tak terénními. Různé typy sociálních ústavů jsou nedílnou součástí péče o staré lidi, jejich charakter by však měl být doplňkový, což v dnešní době není. Je třeba rozvíjet hlavně domácí způsoby péče (Haškovcová, 2002). Nyní se opět zmíním o každém typu péče o něco podrobněji.

Sociální péče o staré osoby:

Pečovatelská služba

O zavedení pečovatelské služby žádá sám občan, jeho rodina, zdravotníci, a nebo sociální pracovníci. Míru soběstačnosti nemocného určuje jeho ošetřující lékař. Rozhodnutí o pečovatelské službě vydává příslušný odbor sociálních věcí, každý návrh je řešen individuálně, dle potřeb klienta. Pečovatelská služba zajišťuje praní prádla, osobní hygienu, manikúru, pedikúru, dopravní službu - rozvoz obědů. Výhodná je

společná agentura ošetrovatelské i pečovatelské služby, je tím umožněna větší návaznost služeb.

Domovinky

Domovinky, čili denní či týdenní stacionáře, se zřizují většinou při domovech pro seniory, penzionech pro důchodce, nebo charitních centrech. Jsou určeny pro seniory, jejichž rodina (pečující) dochází do zaměstnání a nemohou se o seniora postarat. Péče je zajištěna ve všední dny, v rozsahu zájmové kulturní činnosti, stravování, dohledu. Pobyt v domovince hradí pečující rodina.

Domovy pro seniory

Jsou to plně ústavní zařízení, která mají svůj vlastní ústavní řád. Občan je přijímán na základě žádosti. Péči zajišťují zdravotní sestry a lékaři. Obyvatelům často chybí soukromí. Pobyt si hradí klient sám. Tento typ pobytu není ve společnosti moc oblíben, přesto bývají čekací doby velmi dlouhé.

Domovy – penziony pro důchodce

Naproti domovům důchodců je zde volnější režim. Klient zde vede samostatný život ve vhodných podmínkách, je přijímán na podkladě žádosti. Poskytuje se zde ubytování a základní péče, současně jsou vytvořeny i podmínky pro rozvoj kulturního a společenského života.

Domy s pečovatelskou službou

Jedná se o individuální bydlení, jsou velmi žádané. Obyvatel obdrží dekret na svůj byt a platí nájem běžným způsobem. Tyto domy bývají v blízkosti ordinací lékařů, jídelny, klubu důchodců, prádelny, střediska osobní hygieny. Zde se poskytuje pečovatelská služba, dle soběstačnosti klientů. V domech s pečovatelskou službou mají lidé soukromí, dobrou kvalitu bydlení, nemusí měnit své stereotypy, mají možnost zapojit se do kolektivního života.

Další služby

Jedná se např. o stravování důchodců v jídelnách, nebo i s rozvozem. Dalšími zařízeními jsou kluby důchodců, denní centra pro seniory, kavárničky pro seniory, dopravní služby, služby tísňového volání (Areión) (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004).

1.8.4. Hmotné zabezpečení ve stáří

Sociální péče zajišťuje pomoc všem osobám v nepříznivých životních podmínkách a situacích, seniory nevyjímaje. Zdravotní a sociální péče o seniory by neměla být oddělována. Zdravotní problémy jsou často doprovázeny sociálními a naopak, dostupnost zdravotní a sociální péče seniorům je nezbytná. V seniorské populaci je informovanost o jednotlivých dávkách a službách velmi nízká. Nejen sociální pracovníci, ale i zdravotníci pracující se seniory by měli mít o této problematice povědomí.

Dle listiny základních práv a svobod mají občané právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří, při nezpůsobilosti k práci a při ztrátě živitele. Každý, kdo se ocitne v hmotné nouzi, má právo na pomoc nezbytnou pro zajištění základních životních podmínek. Staří občané jsou v našem státě zabezpečeni důchodovým pojištěním, státní sociální podporou, sociální pomocí a sociální péčí. Nyní se zmíním o jednotlivých druhích sociálních dávek pro seniory.

Důchodové pojištění

Sociální pojištění poskytuje tyto typy důchodů: starobní důchod, vdovský a vdovecký důchod, sirotčí důchod, plný invalidní důchod a částečný invalidní důchod. Občan má právo na starobní důchod, pokud dosáhl důchodového věku a splnil podmínku 25 let pojištění, při dosažení věku 65 let postačí pouze 15 let pojištění. Nyní je důchodový věk mužů 62 let, a u žen 57 až 61 let, dle počtu vychovaných dětí.

Státní sociální podpora

Stát se podílí na krytí nákladů na výživu a základní osobní potřeby státní sociální podporou. K dávkám státní sociální podpory patří přídavek na dítě, sociální příspěvek, příspěvek na bydlení, tyto dávky jsou závislé na příjmu rodiny. Dávky nezávislé na příjmu rodiny jsou rodičovský příspěvek, zaopatřovací příspěvek, dávky péstounské péče a porodné.

Sociální pomoc

Obce mohou poskytovat jednorázové, nebo opakující se peněžité dávky těžce zdravotně postiženým, nebo starým občanům žijícím v nepříznivých podmínkách. Jednorázové peněžité dávky jsou určeny občanům s těžkým zdravotním postižením a s příjmem nižším než je životní minimum. Věcné dávky jsou poskytovány k uspokojení běžných životních potřeb, občané si je pro svůj věk, stav, nebo osamělost nemohou zabezpečit sami. Jedná se o příspěvek na úpravu bytu (bezbariérový přístup), příspěvek na zakoupení motorového vozidla, příspěvek na jeho provoz, příspěvek na rekreaci a lázeňskou péči,... Opakující se peněžité dávky se poskytují jako příspěvek těžce zdravotně postiženým a starým občanům, kteří mají zvýšené životní náklady.

Jedná se o příspěvek na úhradu používání bezbariérového bytu, náklady na dietní stravování, příspěvek na péči (dříve příspěvek na péči o osobu blízkou), příspěvek na společné stravování. Ráda bych se blíže zmínila o příspěvku na péči pro jeho nedávnou novelizaci. Příspěvek na péči, náleží lidem, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péčí o vlastní osobu se rozumí úkony, jako zajištění a přijímání stravy, osobní hygiena, oblékání a pohyb. Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se společenského života (komunikace se svým okolím, nakládání s penězi, vaření, úklid domácnosti,...). Příspěvek náleží osobě, o kterou je pečováno, nikoliv osobě pečující. Celkem se rozeznávají čtyři stupně závislosti. Měsíčně je možné obdržet od 2 do 11 tisíc, dle věku a stupně závislosti příjemce. Žádost o příspěvek se podává na obecním úřadě s rozšířenou působností, zde žadatel vyplní formulář odpovídajícími informacemi. Následuje proces posuzování žádosti, kdy sociální pracovník provede sociální šetření v prostředí, kde žadatel žije. Poté věc posuzuje posudkový lékař úřadu práce, který hodnotí zdravotní stav žadatele. O přiznání, či odnětí příspěvku na péči rozhoduje obecní úřad s rozšířenou působností. Pro udělení příspěvku je nutné řádně specifikovat, kdo bude péči poskytovat, a jakým způsobem má být příspěvek vyplácen. Tato dávka se nevyplácí v případě hospitalizace příjemce příspěvku ve zdravotnickém zařízení. Příspěvek musí být použit pouze na výdaje související se zabezpečením pomoci osobě, které je příspěvek určen. Kontrolu využití příspěvku mohou provádět pracovníci obecního úřadu s rozšířenou působností, kteří mohou i stanovit zvláštního příjemce příspěvku, který zajistí správné využití příspěvku. Pečující osoby mají zajištěna tato zvýhodnění: doba péče se pečujícím započítává jako náhradní doba pro důchodové pojištění, hlavní pečující osoba

je tzv. státním pojištěncem (za pečující osobu hradí zdravotní pojištění stát), doba péče se považuje za náhradní dobu pro přiznání podpory v nezaměstnanosti. Je velmi důležité, aby staří pacienti, nebo jejich rodiny věděli na co vše mají nárok a jak správně tyto příspěvky využít. V této oblasti je velmi nízká informovanost (Kalvach, Zadák, Jirák a kol. 2004).

1.9. Specifika v ošetřování gerontologických pacientů

Každý člověk, který je přijat k pobytu v nemocnici je plný strachu a zároveň očekávání co s ním bude. Starý člověk reaguje podobně, ne však stejně. Hůře se adaptuje na nové prostředí, jeho psychomotorické tempo je pomalejší. Na pacienta nespěcháme, vyvarujeme se časovému stresu. Vždy bychom měli přijmout pacienta takového jaký je, respektovat ho i s jeho chybami. Pacienta oslovujeme příjmením, nebo odpovídajícím titulem, nikdy neoslovujeme familiárně „babi, dědo“. Vyhýbáme se infantilizaci a to i v případě psychiatrického onemocnění (např. demence). Pacienta neponižujeme, snažíme se chránit jeho důstojnost a soukromí, zvláště pak při osobní hygieně, nebo při výkonech zasahujících do intimity pacienta (např. cévkování, klyzma). Velice důležité je dokonalé vysvětlení dalších postupů a výkonů, které pacienta čekají včetně vysvětlení všech rizik. Důležitá je zpětná vazba a diskuze s pacientem. Vždy musíme upozornit také na možnost odmítnutí zákroku, avšak poučit zároveň o následcích. Často se stává, že pokojem projde vizita, a pacienti se poté tázají, „cože to pan doktor říkal, já ho neslyšel, nebo mu nerozuměl“. Důležité je pacienta nikdy neodbít, ale vše trpělivě vysvětlit i po několikáté. Pokud starého člověka nějakým netaktním způsobem upozorníme na jeho vlastní neschopnost uzavře se do sebe a spolupráce s ním může být značně obtížná. Podporujeme pacienta ve všech oblastech sebepéče, za každý úspěch jej pochválíme. Snažíme se o navázání kvalitního vztahu, pacient by nám měl důvěřovat. Pokud dojde k nějaké závažné změně ve zdravotním stavu (např. zavedení dialyzační kanyly, vyvedení stomie) citlivě podporujeme a edukujeme o nastalé změně, a jak se o ni má pečovat jak pacienta, tak rodinné příslušníky. Sledujeme psychický stav pacienta. Pacienta přijímáme holistickým způsobem, individuálně. Starý člověk má často minimum sociálních kontaktů, někdy touží pouze se vyprávět. Měli bychom empaticky chápat jeho problémy, případně najít společné řešení. Péče o gerontologického pacienta je velmi náročná, ale také velmi

naplňující. Vždy bychom měli mít na paměti, že by ve stejné roli mohli být naši rodiče (Kalvach, Onderková,2006).

1.9.1. Nejčastější ošetrovatelské diagnózy vyskytující se u gerontologických pacientů

- porušená adaptace
- chronická bolest
- narušená odolnost
- únava
- strach
- riziko osamělosti
- riziko deficitu tělesných tekutin

Další specifické ošetrovatelské diagnózy

- porušená pohyblivost
- snížení obranyschopnosti organismu
- zmatenost
- bezmocnost
- porušená kožní integrita
- narušené udržování domácnosti
- stresový syndrom z přemístění
- poškozený chrup
- porušená výživa nedostatečná / nadměrná
- senzorické a percepční poruchy
- zácpa
- porušený spánek
- porušená interpretace okolí
- inkontinence moči / stolice
- zvýšené riziko poranění
- neochota ke spolupráci a mnoho dalších ošetrovatelských diagnóz

II. Empirická část

2.1. Cíle empirické části

Byly definovány takto :

1. Zmapovat sociální síť gerontologických pacientů.
2. Zjistit spokojenost gerontologických pacientů s poskytovanou sociální oporou.
3. Zjistit jak můžeme poskytovat sociální oporu gerontologickým pacientům.
4. Zjistit úroveň soběstačnosti u dotazovaných gerontologických pacientů.

2.2. Metodika výzkumu

2.2.1. Zkoumaný soubor pacientů

Výzkum proběhl u vzorku 50 pacientů, kteří byli hospitalizováni na Klinice geronto-metabolické Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Výběr pacientů byl podmíněn věkem (nad 65 let) a ochotou vyplnit s autorkou dotazník. Skupinu dotazovaných tvořily z 34 % muži a z 66 % ženy (viz tab.1). Nyní charakterizují jednotlivé identifikační otázky pro lepší seznámení se zkoumaným souborem gerontologických pacientů.

Tab.1 pohlaví

Pohlaví	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
muži	17	34 %
ženy	33	66 %

Věkové rozmezí dotazovaných bylo následující: skupina od 65 do 74 let byla zastoupena z 26%, skupina od 75-84 let byla zastoupena ze 40% a skupina dotazovaných ve věku od 85 a více let byla zastoupena v 34% (viz tab.2).

Tab.2 věkové rozlišení

Věkové rozlišení	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
65-74 let	13	26%
75-84 let	20	40%
85 a více let	17	34%

Z dotazovaných žilo 26% osamoceně, největší skupinu tvořili pacienti žijící v partnerském svazku 40%, ve společné domácnosti s dětmi žilo 18% a v jiných zařízeních žilo 16% (8) dotazovaných, z toho 5 v domovech důchodců a 3 v domech s pečovatelskou službou (viz tab.3).

Tab.3 kde žijí pacienti

Pacienti žijí	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
sám	13	26 %
s partnerem/kou	20	40 %
s dětmi	9	18 %
jiné	8	16 %

Největší skupina dotazovaných měla své nejbližší v dosahu 20 kilometrů 42%, dalších 28% žilo se svými nejbližšími ve společné domácnosti. V dosahu 50 kilometrů mělo své příbuzné 16% respondentů a ve větší vzdálenosti 14% (viz tab. 4).

Tab. 4 moji blízcí žijí

Moji blízcí žijí	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
se mnou ve spol. domácnosti	14	28 %
v dosahu 20 km	21	42 %
v dosahu 50 km	8	16 %
ve větší vzdálenosti	7	14 %

Z celkového množství dotazovaných žilo 60% (30) ve městě a 40% (20) na venkově (viz tab.5).

Tab.5 místo bydliště

Místo bydliště	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
město	30	60 %
venkov	20	40 %

V oblasti délky hospitalizace bylo nejvíce dotazovaných hospitalizováno méně jak dva týdny 44%, dále pak bylo 30% respondentů hospitalizováno dva týdny až měsíc a nejméně bylo pacientů, kteří byli hospitalizováni déle jak měsíc 26% (viz tab. 6).

Tab. 6 délka hospitalizace

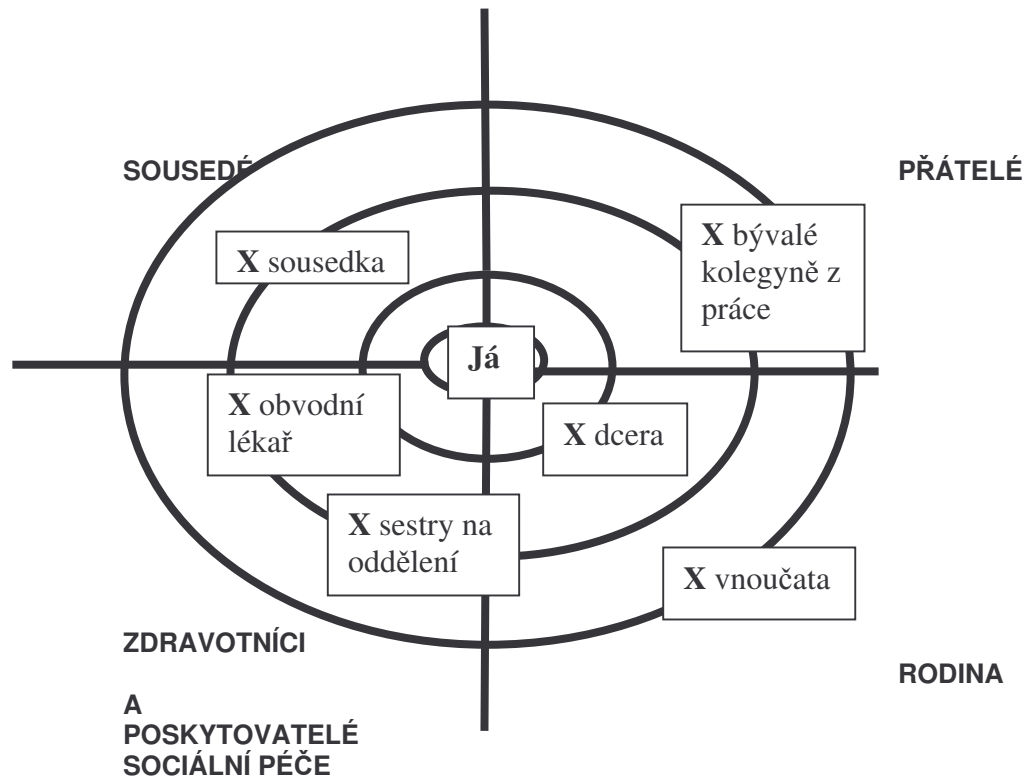
Délka hospitalizace	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
méně jak dva týdny	22	44 %
dva týdny až měsíc	15	30 %
déle jak měsíc	13	26 %

2.2.2. Použitá metoda

Základní metodou výzkumného šetření byl dotazník, který obsahoval 25 otázek. K dotazníku bylo připojeno schéma sociální sítě dotazovaných a Barthelův test denních aktivit. Dotazník byl anonymní. Dotazník s respondenty vyplňovala autorka, neboť u gerontologických pacientů by mohli nastat určité problémy spojené se zdravotním stavem klientů (nemožnost přečtení dotazníku pro zhoršený zrak, špatná interpretace otázek,...). Některé části dotazníku byly převzaty z bakalářské práce (Nováková, 2004), jiné vytvořila autorka ve spolupráci s vedoucí této práce. Plné znění dotazníku je součástí příloh této práce. Z oslovených pacientů žádný účast na výzkumu neodmítl.

2.3. Analýza výsledků

Ukázka schématu sociální sítě



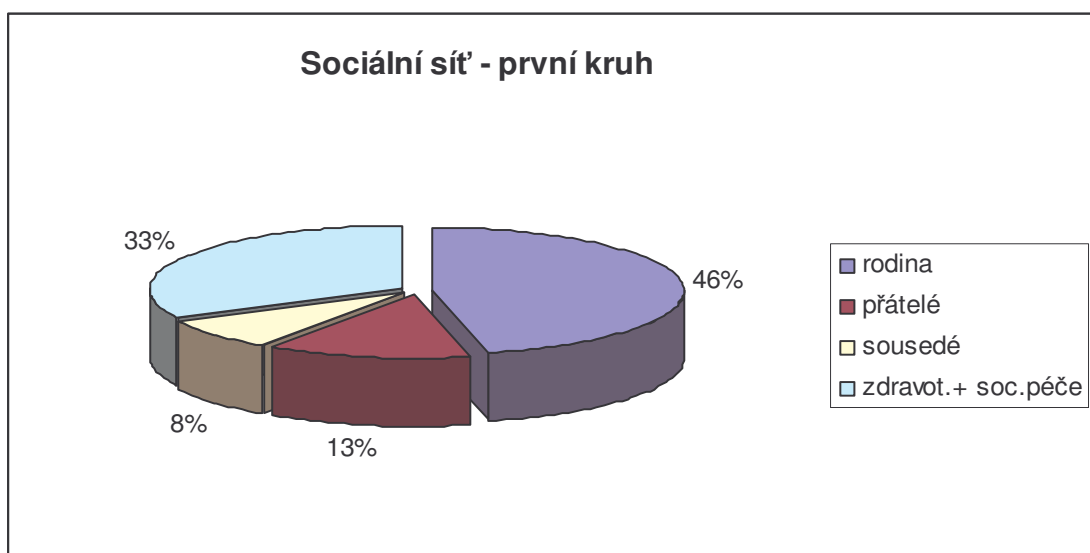
Z předešlého schématu vyplývá, že uprostřed se nachází sám pacient a okolo sebe zakresluje své sociální prostředí, jednotlivé vztahy a interakce mezi sebou a svým okolím. Samozřejmě nejbliže k sobě (k prostředku) zakresluje jemu nejbližší osoby, nejdůležitější. Pro přehlednost je schéma rozděleno do čtyř kvadrantů (rodina, přátelé, sousedé, zdravotníci a poskytovatelé sociální péče) a také do třech kruhů, které charakterizují blízkost a sílu vztahu daného jedince k respondentovi, tak jak to vidí sám dotazovaný. Pro lepší kvantifikaci a přehlednost dat musím jednotlivé kruhy i oblasti podrobně rozebrat.

Rozbor dat sociální sítě – první (nejbližší, vnitřní) kruh :

Tab. 7 sociální sítě- první kruh

Sociální síť	počty uvedených osob
Rodina	- dcera 35 x - manžel/ka 20 x - syn 22 x - vnoučata 15 x - sourozenci 8 x
Přátelé	- nejbližší celoživotní přátelé 28 x
Sousedé	- nejbližší pomáhající sousedé 17 x
Zdravotníci a poskytovatelé sociální péče	- praktický lékař 24 x - sestry z oddělení 18 x - lékaři z oddělení 14 x - sestra z domácí péče 12 x - pečovatelská služba 2 x

Graf 1 sociální sítě- první kruh

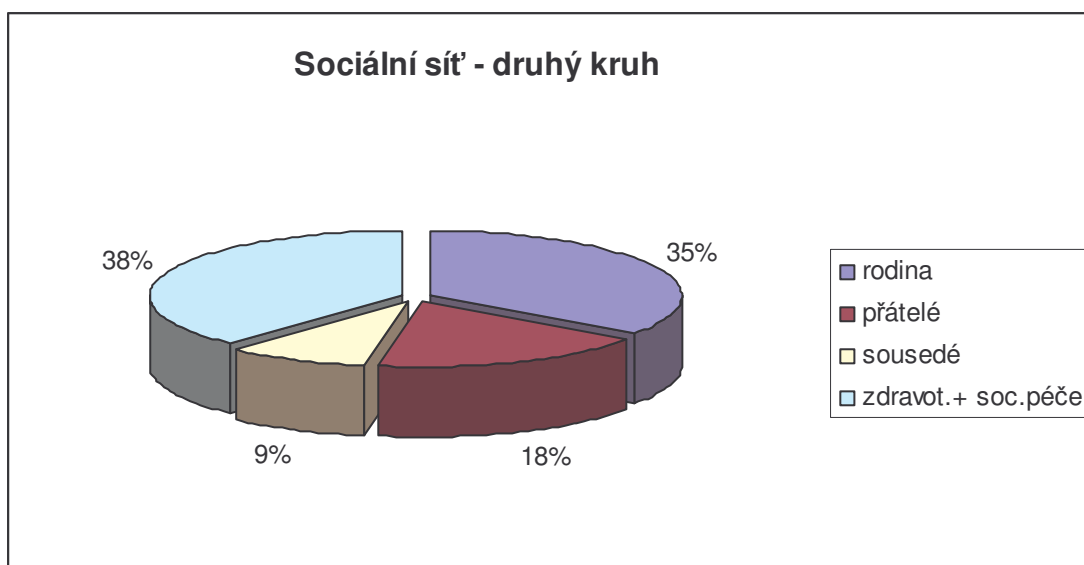


Rozbor dat sociální sítě – druhý (prostřední) kruh :

Tab. 8 sociální síť- druhý kruh

Sociální síť	počty uvedených osob
Rodina	- vnoučata 21 x - syn 13 x - dcera 10 x - snacha/zeť 9 x - pravnoučata 15 x
Přátelé	- kamarádi 32 x - zvířata (psi) 3 x
Sousedé	- sousedé 18 x
Zdravotníci a poskytovatelé sociální péče	- praktický lékař 33 x - sestry na oddělení 21 x - lékaři na oddělení 14 x - sociální pracovníce z domova důchodců 4 x - pečovatelská služba 2 x

Graf 2 sociální síť- druhý kruh

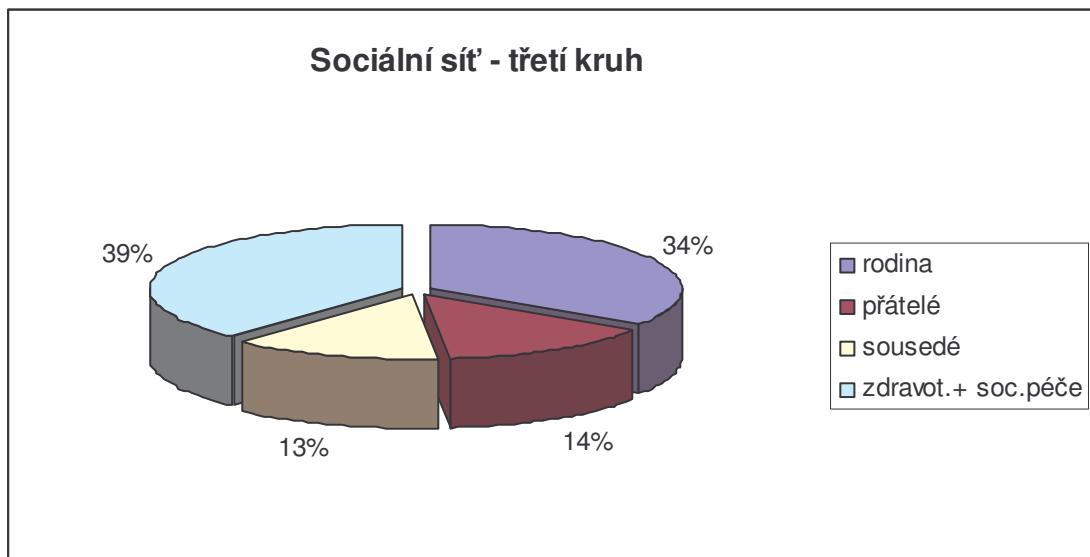


Rozbor dat sociální sítě třetí (poslední, vnější) kruh :

Tab. 9 sociální síť- třetí kruh

Sociální síť	počet uvedených osob
Rodina	- dcera 12 x - vnoučata 25 x - zeť 9 x - sourozenci 8 x
Přátelé	- rodinní známí 14 x - bývalí kolegové z práce 8 x
Sousedé	- vzdálenější sousedé 21 x
Zdravotníci a poskytovatelé sociální péče	- sestry na oddělení 24 x - praktický lékař 19 x - lékaři na oddělení 13 x - sestry z domácí péče 4 x

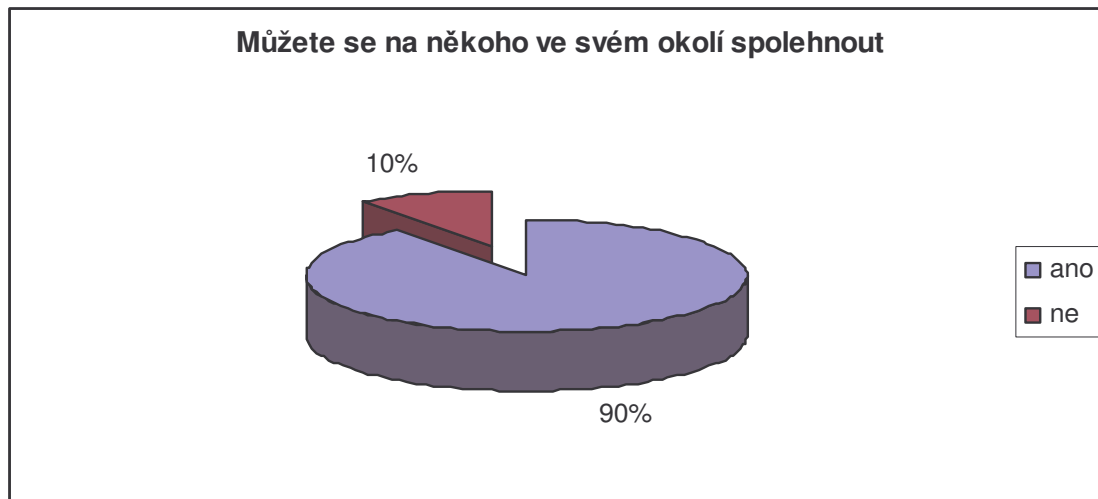
Graf 3 sociální síť- třetí kruh



Z uvedeného rozboru sociální sítě gerontologických pacientů vyplývá, že nejbližší vztahy mají dotazovaní s rodinou, jak je dokázáno v grafu č. 1, kde rodina obsahuje plných 46 %. Na druhém místě jsou u starých pacientů zdravotníci.

Ovšem v dalších kruzích se ukazuje, že zdravotníci mají větší podíl v sociální síti než rodinní členové. Překvapující je malé procento přátel a sousedů v životě těchto pacientů.

Graf 4 můžete se na někoho ve svém okolí spolehnout



Tab. 10 můžete se na někoho ve svém okolí spolehnout

Můžete se na někoho ve svém okolí spolehnout	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	45	90 %
ne	5	10 %

Celkem 90 % dotazovaných pacientů si je jisto, že mají ve svém okolí spolehlivého člověka, naproti tomu 10 % respondentů udává samotu a izolaci od své rodiny. Jedná se ve třech případech o pacienty dlouhodobě žijící v domovech důchodců, a ve dvou případech o pacienty, kteří mají problémy s personálem i ostatními pacienty, trpí chorobnou podezřívavostí (viz tab.10, graf 4). V dalším dotazu udávají respondenti velmi dobrou informovanost rodin o jejich hospitalizaci (viz tab. 11).

Tab.11 informovanost rodiny o hospitalizaci

Informovanost rodiny o hospitalizaci	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	48	96 %
ne	2	4 %

V další otázce zjišťují pocity respondentů v přítomnosti jejich rodiny. V celých 76 % pacienti pocítují klid, jistotu a bezpečí. Ve 14 % udávají nezáměr rodiny a chladné chování. V 10 % udávají nervozitu a návštěvy pouze z povinnosti (viz tab.12).

Tab. 12 pocity klidu, jistoty a bezpečí v přítomnosti rodiny

Pocity klidu, jistoty a bezpečí v přítomnosti rodiny	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	38	76 %
ne	7	14 %
jiné	5	10 %

V dalším dotazu zjišťují frekvenci kontaktu mezi respondentem a jeho rodinou. V 92 % jsou odpovědi kladné, nejčastější je kontakt každý den, nebo jednou za týden. Jsou však i pacienti jejichž blízcí žijí mimo náš stát a vídají se velmi málo (viz tab.13).

Tab. 13 frekvence kontaktu minimálně dvakrát do měsíce

Frekvence kontaktu minimálně dvakrát do měsíce	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	46	92 %
ne	4	8 %

Dále zjišťují možnost spolupráce s rodinou při propuštění pacienta do domácího ošetřování. V celých 74 % by byla rodina schopna se o pacienta postarat, ale 26 % respondentů si nebylo vztahy v rodině tak jisto (viz tab. 14).

Tab. 14 možnost spolupráce s rodinou při propuštění pacienta

Možnost spolupráce s rodinou při propuštění pacienta	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	37	74 %
ne	13	26 %

Dalším dotazem zjišťuji, zda dotazované omezuje jejich zdravotní stav v denním životě. V 70 % případů je odpověď kladná, nejčastěji pacienty omezují: snížení soběstačnosti (15), pokles výkonnosti (8), bolesti, především pohybového aparátu (9), snížená adaptabilita, osamocení. Naproti tomu 30 % dotázaných nemá nyní žádné problémy (viz tab. 15).

Tab. 15 omezení v denním životě

Omezení v denním životě	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	35	70 %
ne	15	30 %

Celkem 80 % pacientů udává pomoc v denních činnostech, nejčastěji se jedná o rodinného příslušníka, ale také o pečovatelskou službu. Nejvíce potřebují pacienti pomoc s nakupováním, provozem domácnosti a dopravou k lékaři. Dalších 20 % pomoc nyní nepotřebuje (viz tab. 16).

Tab. 16 pomoc v denních činnostech

Pomoc v denních činnostech	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	40	80 %
ne	10	20 %

Ve 32 % pacientů vyvolává pomoc dalšího člověka pocity méněcennosti a bezmocnosti. Dalších 68 % pomoc druhých vítají (viz tab. 17).

Tab. 17 pocity méněcennosti

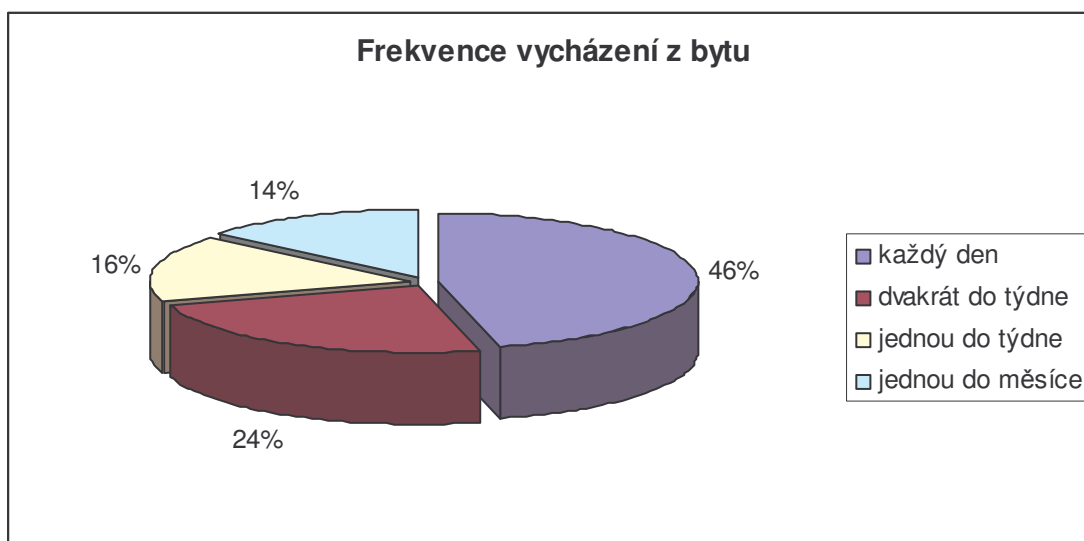
Pocity méněcennosti	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	16	32 %
ne	34	68 %

Dále zjišťuji frekvenci vycházení z bytu, kdy 46 % dotazovaných vychází každý den z bytu, 24 % dvakrát do týdne, 16 % jednou do týdne a 14 % respondentů vychází pouze jednou do měsíce. Frekvenci vycházení z bytu určuje především zdravotní stav pacientů (viz tab. 18, graf 5).

Tab. 18 frekvence vycházení z bytu

Frekvence vycházení z bytu	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
každý den	23	46 %
dvakrát do týdne	12	24 %
jednou do týdne	8	16 %
jednou do měsíce	7	14 %

Graf 5 frekvence vycházení z bytu



Poté se dotazují na přítomnost depresivních nálad, což bývá u gerontologických pacientů velký problém. U 64 % zjišťují dobrý psychický stav. Ve 36 % doznávají pacienti kladnou odpověď, kdy nejčastěji trpí depresemi jednou do měsíce. Jedná se většinou o jedince těžce nemocné, kteří nemají dobré rodinné zázemí (viz tab. 19).

Tab.19 přítomnost deprese

Přítomnost deprese	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	18	36 %
ne	32	64 %

V dalším dotazu zjišťují přítomnost dobrých přátel u gerontologických pacientů. Již v předchozí sociální síti je vidět, že tato oblast bývá slabší. Celkem 58 % dotazovaných nemá dobrého přítele, naopak 42 % respondentů má kolem sebe dobré přátele (viz tab. 20).

Tab. 20 máte dobré přátele

Máte dobré přátele	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	21	42 %
ne	29	58 %

Poté zjišťují procento zájmových aktivit, kdy 84 % dotazovaných udává zájmové aktivity, nejvíce jsou zastoupeny: péče o domácnost a zahrádku (17), četba (20), luštění křížovek (16). Naproti tomu 16 % gerontologických pacientů neprojevuje jakékoliv zájmové aktivity (viz tab. 21).

Tab. 21 zájmové aktivity

Zájmové aktivity	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	42	84 %
ne	8	16 %

Dalším dotazem se dozvídám, že celých 60 % dotazovaných nenavštěvuje kulturní, vzdělávací, nebo společenské akce. Dalších 40 % se účastní hlavně sešlostí s vrstevníky (13), zájezdů (9) a divadelních představení (8), někteří se i vzdělávají na univerzitě třetího věku (2) (viz tab. 22).

Tab. 22 navštěvování kulturních, společenských akcí

Navštěvování kulturních, společenských akcí	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	20	40 %
ne	30	60 %

Dále se dotazují na dostupnost sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že většina dotazovaných bydlela buď v Hradci Králové, nebo jeho okolí, byla většina odpovědí kladných. Nejvíce byli uváděny domovy důchodců (18), pečovatelská služba (15), domy s pečovatelskou službou (10), a denní stacionáře - domovinky (5), (viz tab. 23).

Tab. 23 dostupnost sociálních služeb

Dostupnost sociálních služeb	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	40	80 %
ne	10	20 %

Následující otázkou zjišťuji, zda pacienti využívají sociální služby. Z celkového počtu dotazovaných sociální služby nevyužívá 64 %. Naopak 36 % sociální služby využívá, nejvíce jsou zastoupeny: pečovatelská služba (10), pobyt v domově důchodců (5), pobyt v domě s pečovatelskou službou (3), (viz tab. 24).

Tab. 24 využívání sociálních služeb

Využívání sociálních služeb	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	18	36 %
ne	32	64 %

Další dotaz se týká spokojenosti s poskytovanými sociálními službami, kdy z 18 respondentů, kteří využívají sociální služby je spokojeno celých 15, tedy 83 % ze všech, kteří sociální služby využívají.

Poté se dotazují, zda pacienti přemýšlí o využití sociálních služeb do budoucna. Celých 56 % (28) respondentů tuto možnost zamítá. Naopak 44 % (22) dotazovaných vážně přemýšlí o některé z forem sociální pomoci. Nejvíce se zajímají o podmínky přijetí do domů s pečovatelskou službou a domovů pro důchodce.

Následující otázka se týká vztahu mezi pacientem samotným a jeho praktickým lékařem, zda pacient svému lékaři důvěřuje. Dobrým ukazatelem je, že důvěru pociťuje plných 80 % dotazovaných, dalších 10 % popisuje svůj vztah s praktickým lékařem za čistě profesionální a chladný (viz tab.25).

Tab. 25 důvěra mezi pacientem a praktickým lékařem

Důvěra mezi pacientem a praktickým lékařem	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	40	80 %
ne	10	20 %

Další otázka se týká informovanosti pacientů o dostupných sociálních službách. Tyto informace by měl podávat praktický lékař. U 68 % pacientů byla informovanost dobrá, věděli jaké druhy sociálních služeb mohou využívat, naproti tomu 32 % dotazovaných nebylo poučeno vůbec a tato problematika je velmi zajímavá (viz tab. 26).

Tab. 26 informovanost lékařem o sociálních službách

Informovanost lékařem o sociálních službách	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	34	68 %
ne	16	32 %

Další otázka je zaměřena na materiální sociální oporu, kdy 76 % respondentů si je jisto pomocí své rodiny při finanční tísní, nejvíce uvádějí děti (25). Dalších 24 % nemá nikoho kdo by jim v případné finanční nouzi pomohl (viz tab. 27).

Tab. 27 pomoc ve finanční tísní

Pomoc ve finanční tísní	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	38	76 %
ne	12	24 %

Dále zjišťuji, zda na sobě pacienti pocítují stáří, celých 76 % odpovědí je kladných. Mezi nejčastější odpovědi patří zvýšená únava a ztráta rychlého životního tempa. Dalších 24 % dotázaných nepocítuje výraznější změny (viz tab. 28).

Tab. 28 pocítujete stáří

Pocítujete stáří	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	38	76 %
ne	12	24 %

V dalších dotazech se zajímám o spokojenost pacientů s přístupem zdravotnického personálu během jejich hospitalizace. Zda pocítují zájem ze strany zdravotníků o jejich osobu. Celých 84 % pacientů bylo s péčí spokojeno, 10 % dotázaných charakterizovalo přístup zdravotníků jako nedostatečný. Posledních 6 % respondentů uvedlo, že zdravotníci by se rádi věnovali pacientům více, ale jsou bohužel přetížení, např. papírováním (viz tab. 29, graf 6).

Tab. 29 zájem zdravotníků o pacienty

Zájem zdravotníků o pacienty	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	42	84 %
ne	5	10 %
jiné	3	6 %

Graf 6 zajímají se zdravotníci aktivně o pacienty



Na otázku, zda je při hospitalizaci respektováno pacientovo soukromí a důstojnost odpovědělo 88 % dotazovaných kladně, a 12 % záporně (viz tab. 30, graf 7).

Tab. 30 je respektováno soukromí a důstojnost

Je respektováno soukromí a důstojnost	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	44	88 %
ne	6	12 %

Graf 7 je respektováno pacientovo soukromí a důstojnost



Poslední otázky se týkají aktivního vyhledávání pomoci, kdy 38 % dotazovaných čeká až jim bude pomoc nabídnuta a 62 % aktivně pomoc vyhledává (viz tab. 31, graf 8).

Tab. 31 aktivní vyhledávání pomoci

Aktivní vyhledávání pomoci	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
ano	31	62 %
ne	19	38 %

Graf 8 aktivní vyhledávání pomoci



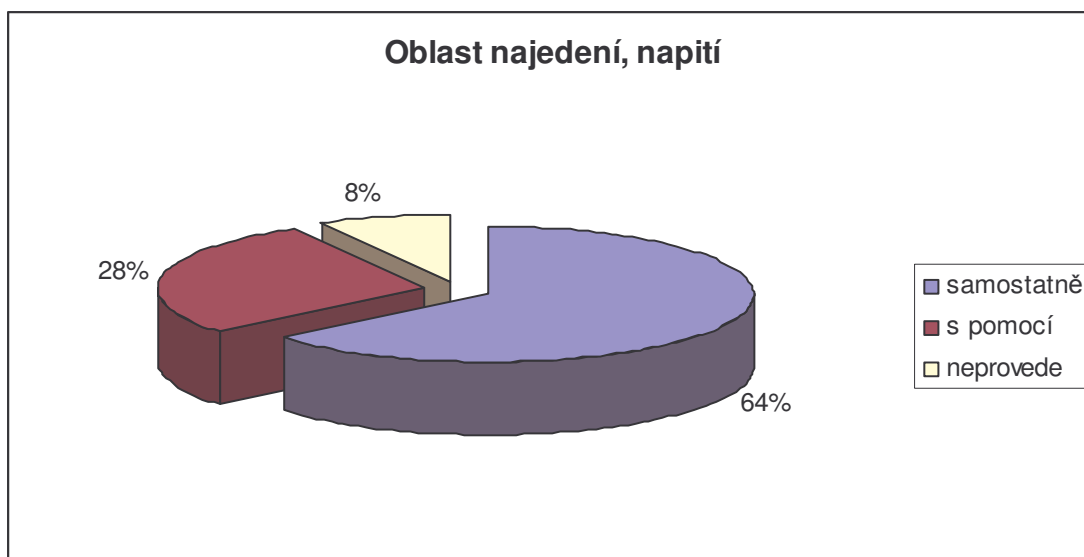
Pro lepší orientaci ve zkoumaném vzorku pacientů jsem k dotazníku připojila modifikovaný test denních činností dle Barthelové, neboť samostatnost a soběstačnost hrají velkou roli v životě starých lidí. Mám pocit, že staří lidé se nebojí ani tak smrti jako vlastní nesoběstačnosti a závislosti na druhých. Nyní bych rozebrala jednotlivé oblasti testu podrobněji.

V první oblasti týkající se najedení a napití bylo plně soběstačných 64 %, pomoc vyžadovalo 28 % a úplně závislých byli 4 % (viz tab. 32, graf 9).

Tab. 32 oblast najedení, napití

Oblast najedení, napití	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
samostatně	32	64 %
s pomocí	14	28 %
neprovede	4	8 %

Graf 9 oblast najedení, napití

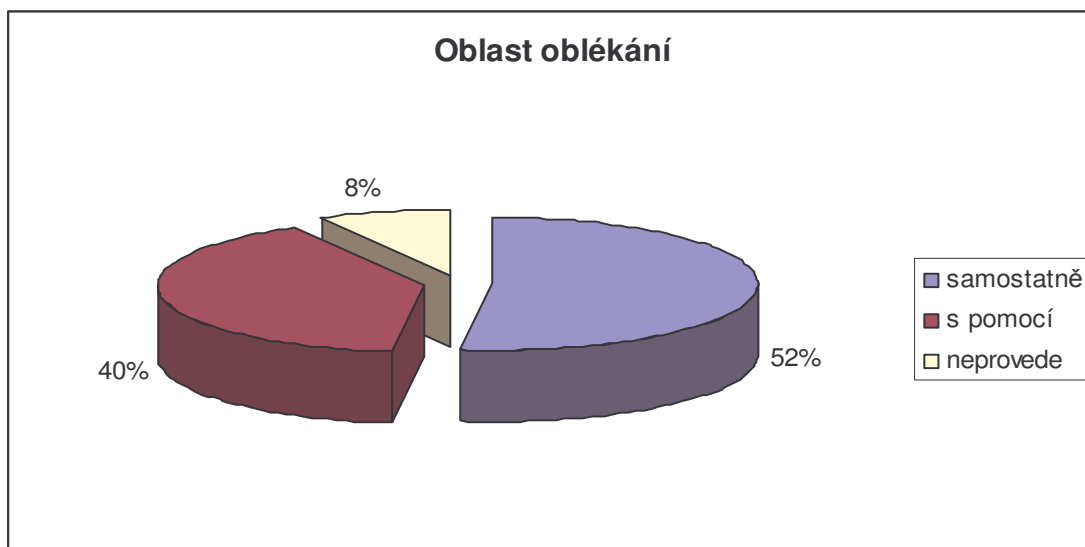


Další oblast se týkala oblékání. Celkem 52 % respondentů se obléká samo, 40 % pacientů potřebuje pomoc a 8 % oblékání bez pomoci nezvládne vůbec (viz tab. 33, graf 10).

Tab. 33 oblast oblékání

Oblast oblékání	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
samostatně	26	52 %
s pomocí	20	40 %
neprovede	4	8 %

Graf 10 oblast oblékání

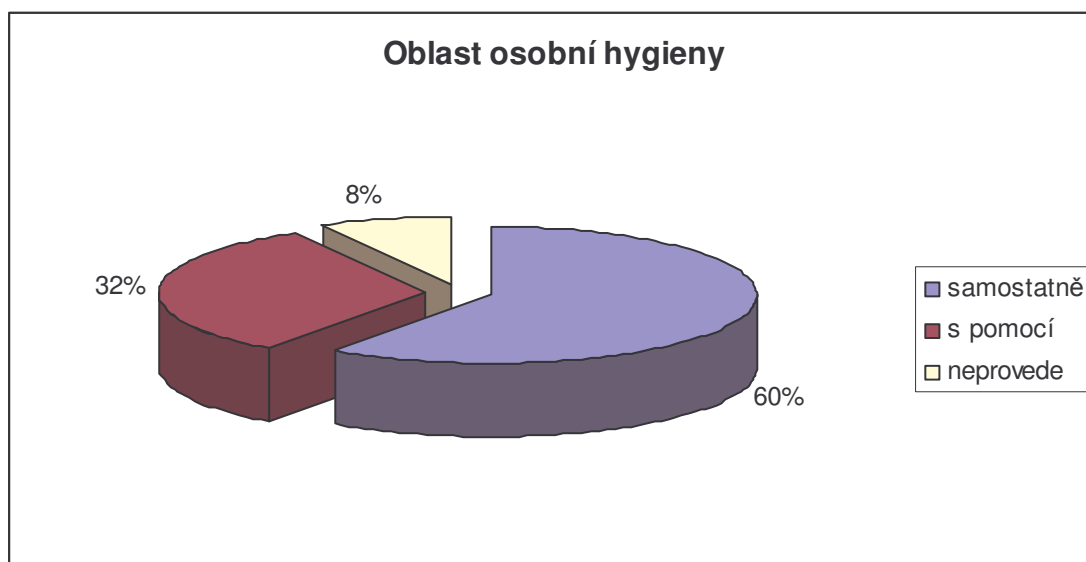


Následující část se věnovala osobní hygieně, 60 % z dotazovaných se mylo samostatně, 32 % vyžadovalo pomoc a 8 % bylo odkázáno plně na zdravotnický personál (viz tab.34, graf 11).

Tab. 34 oblast osobní hygieny

Oblast osobní hygieny	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
samostatně	30	60 %
s pomocí	16	32 %
neprovede	4	8 %

Graf 11 oblast osobní hygieny

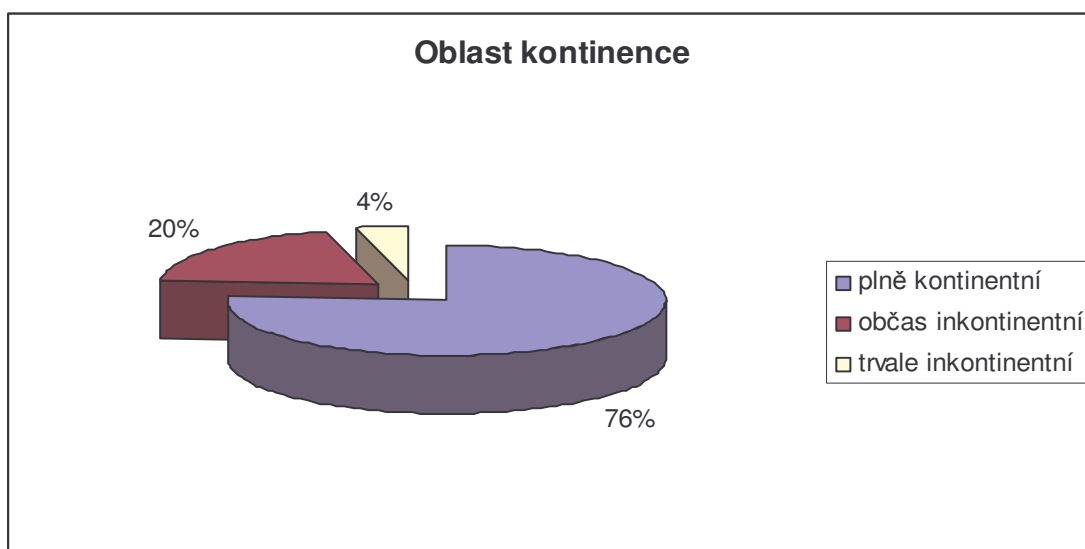


Posléze jsem se dotazovala na choulostivou část týkající se kontinence moči a stolice. Z celkového počtu dotazovaných bylo 76 % plně kontinentních, 20 % občas inkontinentních a 4 % byla trvale inkontinentní (viz tab. 35, graf 12).

Tab. 35 oblast kontinence

Oblast kontinence	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
plně kontinentní	38	76 %
občas inkontinentní	10	20 %
trvale inkontinentní	4	4 %

Graf 12 oblast kontinence

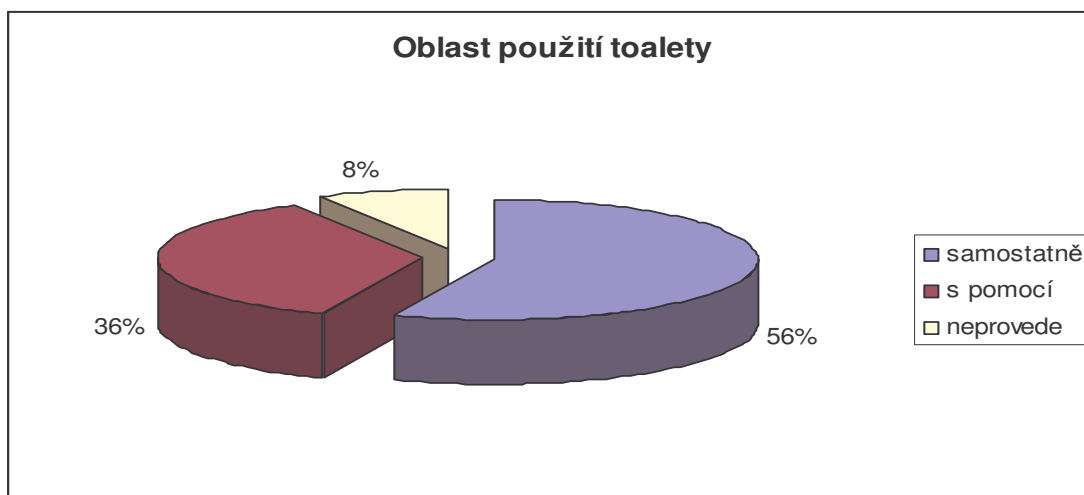


Další oblast se týkala použití toalety, kdy 56 % respondentů zvládalo tuto činnost bez problému, 36 % potřebovalo pomoc a 8 % bylo závislých na pomoci zdravotnického personálu (viz tab. 36, graf 13).

Tab. 36 oblast použití toalety

Oblast použití toalety	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
samostatně	28	56 %
s pomocí	18	36 %
neprovede	4	8 %

Graf 13 oblast použití toalety

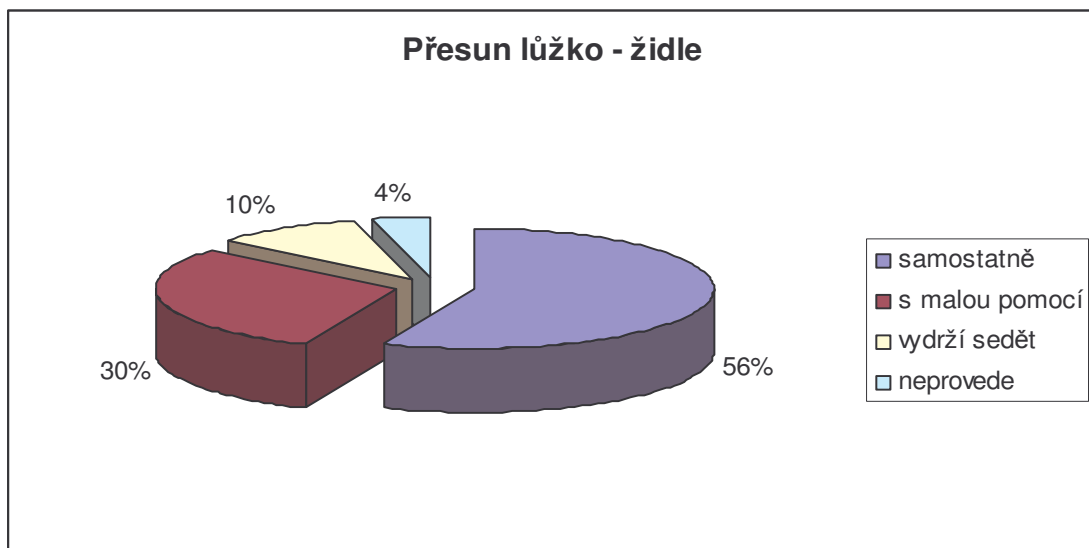


Následující oblast je věnována mobilitě pacienta, zda se dokáže přesunout z lůžka na židli. Ze všech dotazovaných 56 % je samostatných v této oblasti, 30 % potřebuje malou pomoc, 10 % vydrží sedět a 4 % jsou plně závislí na pomoci okolí (viz tab.37, graf 14).

Tab. 37 oblast mobility: přesun lůžko-židle

Oblast mobility: přesun lůžko- židle	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
samostatně	28	56 %
s malou pomocí	15	30 %
vydrží sedět	5	10 %
neprovede	2	4 %

Graf 14 přesun lůžko- židle

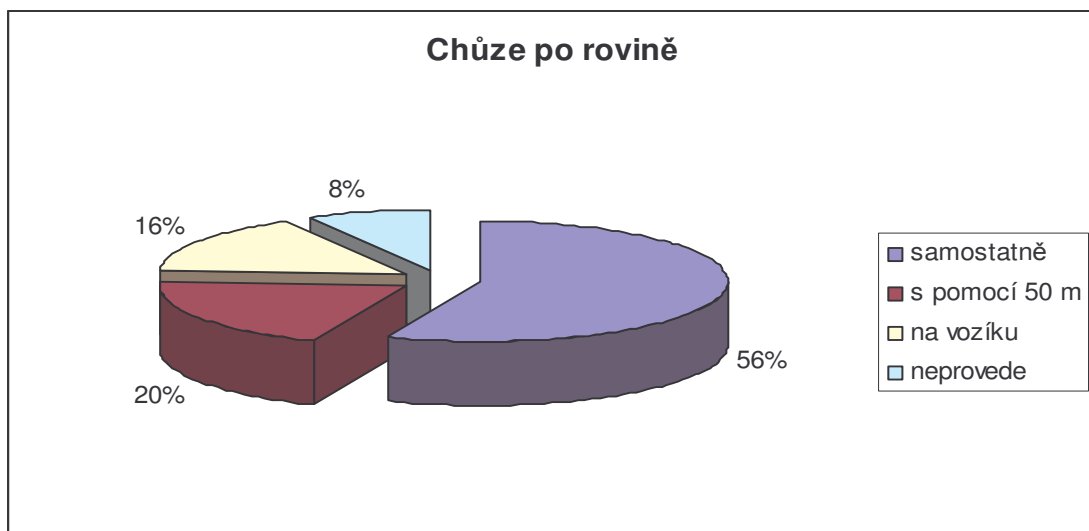


Další část se týká chůze po rovině. Ze všech dotazovaných gerontologických pacientů dokázalo po rovině bez pomoci jít 56 %, 20 % šlo s pomocí (doprovod, francouzské hole), 10 % respondentů mohlo jet na invalidním vozíku a 8 % nebylo schopno tuto činnost zvládnout (viz tab. 38).

Tab. 38 chůze po rovině

Chůze po rovině	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
samostatně	28	56 %
s pomocí	10	20 %
na vozíku	8	16 %
neprovede	4	8 %

Graf 15 chůze po rovině

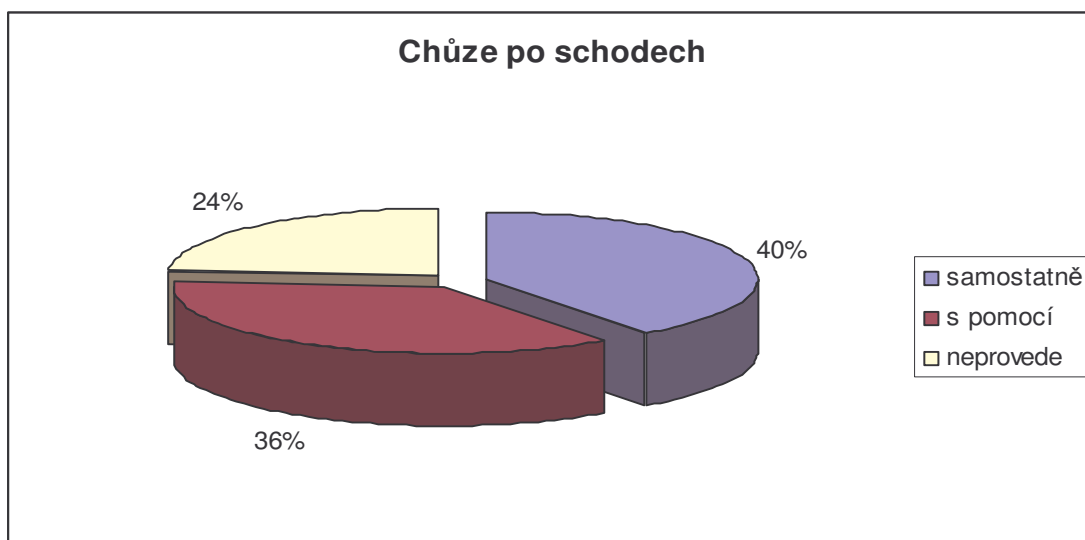


Další oblast se týká chůze po schodech, která bývá pro gerontologické pacienty velmi náročná. Celkem 40 % respondentů mohlo samostatně chodit po schodech, 36 % chodilo po schodech s pomocí a 24 % dotázaných pacientů nebylo schopno tuto činnost provést (viz tab. 39, graf 16).

Tabulka č. 39

Chůze po schodech	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
samostatně	20	40 %
s pomocí	18	36 %
neprovede	12	24 %

Graf 16 chůze po schodech

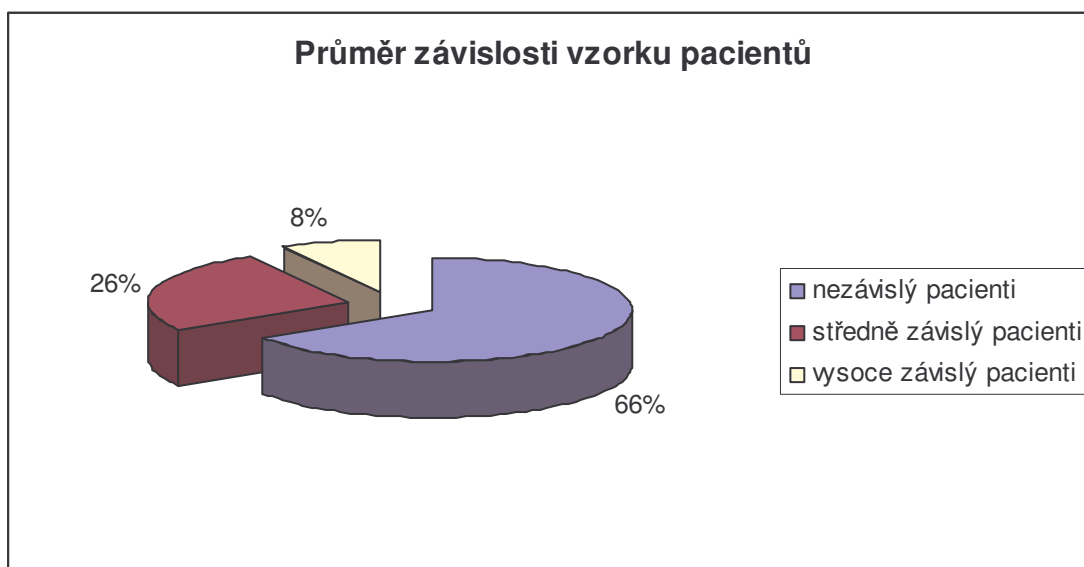


Nyní z průměru všech hodnot vypočtu průměrnou soběstačnost u dotazovaných gerontologických pacientů. Z dotazovaných pacientů je 66 % nezávislých, 26 % středně závislých a 8 % vysoce závislých pacientů (viz tab. 40, graf 17).

Tab. 40 průměrná závislost souboru pacientů

Průměrná závislost souboru pacientů	počet dotazovaných	vyjádřeno v %
nezávislost	33	66 %
závislost středního stupně	13	26 %
závislost vysokého stupně	4	8 %

Graf 17 průměr závislosti souboru pacientů



2. 4. Diskuze k výzkumu

Stanovila jsem několik cílů tohoto výzkumu, nyní bych ráda upozornila na každý z nich. Dala jsem si za cíl zmapovat sociální síť gerontologických pacientů. Pomocí vyplněných schémat jsem zjistila již předpokládaný fakt, že starému člověku je nejbližší jeho rodina. Samozřejmě, že přítomnost nám milých lidí, naší rodiny je důležitá po celou dobu našeho života, ale ve stáří jsou tyto vztahy silnější a jiné. Zvláště pro samotného starého člověka znamená často kontakt s jeho rodinou jediný sociální kontakt vůbec. Starý člověk také vidí svou rodinu jinak, často hodnotí svůj proběhlý život, přemýšlí co po sobě zanechá. Je pyšný na své děti, vnoučata, nebo naopak zhrzený. Staří lidé mnohdy žijí spíše životy svých potomků než svým vlastním životem, který již může být v mnoha ohledech chudý a nepodnětný. Dále jsem zjistila, že velkou část v životě gerontologických pacientů zaujímají zdravotníci (v některých případech i větší část než rodina). Je třeba vědět, že i přes značný strach se kterým staří pacienti vstupují do zdravotnického zařízení stále mají v personál důvěru. V některých případech věří zdravotníkům více než vlastní rodině, svěřují se hlavně svým praktickým lékařům, které znají po několik let a sestřám na oddělení, kterým důvěřují.

Citelný deficit je podle schématu sociální sítě v oblasti sousedů a přátel. Tento jev přičítám věku dotazovaných, kdy někteří z jejich přátel již zemřeli, nebo zdravotnímu stavu respondentů, kdy již nemohou např. sami chodit. Také v prvotních identifikačních otázkách dotazníku se potvrzují fakta popsána již v teoretické části této práce. Celkem 40 % dotazovaných žilo s partnerem nebo partnerkou a 42 % mělo své blízké v dosahu 20 kilometrů. Tyto výpočty poukazují na fenomén dnešní doby tzv. atomizaci rodiny a intimitu na dálku (viz teoretická část, podkapitola 2.8.1. rodina). Také v otázce délky hospitalizace se shodují se současným trendem, kdy 44 % dotázaných bylo hospitalizováno méně jak dva týdny.

Většina pacientů (90 %) má ve svém okolí někoho na koho se může vždy spolehnout nejčastěji se jedná o životního partnera, děti. Také jsou spolu po dobu hospitalizace v pravidelném kontaktu, nejčastěji se jedná o denní návštěvy, telefonáty. Tyto kontakty nemocného s rodinou mají blahodárny vliv na jeho psychiku. Na otázku možné spolupráce s rodinou nemocného při jeho propuštění reagovali pacienti většinou chvilkovým zaváháním. Přemítali co je jejich rodina pro ně schopna udělat a obětovat a co již ne. Spolupráce by byla možná u 74 % dotázaných. Pro gerontologické pacienty

je pomoc druhých lidí velmi důležitá, zvláště v oblastech, které již nemohou zvládnout sami. Celkem 70 % respondentů omezuje jejich zdravotní stav, nejvíce trpí snížením soběstačnosti, bolestmi, sníženou adaptací a osamělostí. Většina z dotázaných však má ve svém okolí někoho, kdo jim pomáhá s denními činnostmi jako je nákup, úklid domácnosti, doprava k lékaři. Opět se nejčastěji jedná o partnera, děti, nebo také pečovatelskou službu. Pomoc druhých lidí u dotazovaných většinou (68 %) nevzbuzuje pocity méněcennosti a bezmocnosti. Naopak jsou za pomoc vděční a rádi ji znovu přijmou.

Velkým problémem u gerontologických pacientů jsou poruchy nálad, smutné ladění až deprese. Příčiny jsou velmi různorodé. Od špatného zdravotního stavu, nejisté prognózy onemocnění přes samotou až k neřešitelné sociální situaci. Často stačí pouze projev spoluúčasti na problému a pacient se sám otevře řešení. Celkem 36 % ze všech dotazovaných udává pocity deprese, většinou jednou za měsíc, jednou za týden, ale někteří i trvalé. Na náš psychický stav má vliv okolní prostředí, je zarážející že více jak polovina (58 %) respondentů nemá ve svém okolí dobré přátele.

Na psychický stav gerontologických pacientů také velice působí využití volného času, pokud se pacient nudí vede tento stav k nadměrnému přemýšlení nad sebou samým, nad svými problémy a k psychické disbalanci. Různým zájmovým aktivitám se věnuje většina dotazovaných (84 %), nejvíce jsou oblíbené: zahrádka, četba, luštění křížovek, starost o domácnost. Je zajímavé, že kulturních a společenských akcí se účastní pouze 40 % všech dotázaných, nejčastěji to jsou sešlosti s vrstevníky, zájezdy, divadlo a aktivity v klubech důchodců. Příčinou tak malé účasti může být snížení soběstačnosti, vysoký věk, nebo také nezáměr.

Významným pomocníkem pro gerontologické pacienty může být využití sociálních služeb v jakékoliv formě. Ať už je to pobytové zařízení typu domova pro seniory, domu s pečovatelskou službou, nebo terénní služby typu pečovatelské péče. Většina dotazovaných pocházela, nebo přímo žila v Hradci Králové kde jsou tyto služby na výborné úrovni. Celých 80 % udává dostupnost těchto sociálních služeb. Dalších 36 % přímo tyto služby využívá, a většina z nich je velmi spokojena. Do budoucna hodlá tyto sociální služby využívat až 44 % dotázaných.

Domnívám se, že úroveň sociální opory u gerontologických pacientů je poměrně dobrá, ať podle dotazníku, nebo dle svého zdravého rozumu. S každým z pacientů jsem měla možnost pohovořit a vyplnit s ním dotazník. U některých, jejichž hospitalizace byla delší jsem měla možnost poznat také jejich rodinné příslušníky.

Zdravotníci mohou sociální oporu poskytovat především svým lidským přístupem. Měli by vzbuzovat důvěru, kladně působit na psychiku nemocných a především přistupovat k pacientům holisticky. Starší člověk se většinou strachuje nemocničního prostředí, ztráty intimity, neznalosti různých druhů vyšetření, snížení soběstačnosti. Často se bojí zeptat, pokud něčemu nerozumí. My bychom měli vytvořit správné klima plné důvěry a nenásilně informovat. Určitě by takovýto vztah měl být mezi pacientem a praktickým lékařem. Praktický lékař by měl znát sociální prostředí gerontologického pacienta, a případně mu doporučit některou ze sociálních či zdravotních služeb. Celých 68 % všech dotazovaných je informováno svým praktickým lékařem o dostupných službách.

Při nástupu do nemocničního zařízení se člověk často stává pouze „žlučnickem“, nebo „nohou“. Jako kdyby tímto oslovením ztratil něco ze své lidskosti a stal se předmětem. Toto je nebezpečí proti kterému se musí bojovat, důstojnost člověka je nesmírně cenná hodnota. Pacient potřebuje naši pomoc a naším úkolem je udělat si na něj čas. Zájem o svou osobu ze strany zdravotníků pocítovalo celých 84 % dotazovaných. Dalších 88 % si myslí, že při jejich hospitalizaci nebyla porušována důstojnost a soukromí. Téma důstojnosti u gerontologických pacientů je velmi zrádné, často u zmatených pacientů nás soucit vede k oslovení „babičko“ na místo „paní Nováková“. Vždy musíme mít na paměti, že nám samotným by se toto oslovení také třeba nelíbilo. Zazněli však také hlasy, že zdravotníci nemají mnoho času na pacienty pro neustálé papírování. Tato situace by se vyřešila navýšením specializovaného personálu, ale to je jeden z trvalých problémů řady pracovišť.

Velmi překvapivé pro mě bylo zjištění o aktivním vyhledávání pomoci. Většinou jsem se setkávala s pacienty, kteří na sebe raději neupozorňovali i když měli problém. Celých 62 % dotazovaných odpovědělo, že pomoc aktivně vyhledávají (např. u rodiny, lékaře).

Dalším cílem bylo zjistit úroveň soběstačnosti u zkoumaného souboru pacientů. Soběstačnost je velmi významná, její cenu poznáme většinou až když nám nějakým způsobem chybí. Starší lidé se velmi bojí právě ztráty soběstačnosti. Jakékoliv snížení soběstačnosti snižuje zároveň i životní úroveň. Již nelze konat věci jako za mlada. Snížení soběstačnosti a s tím související větší či menší míra závislosti na druhé osobě starým lidem postupně zužuje život. Z celkového souboru dotázaných bylo 66 % pacientů nezávislých, 26 % bylo středně závislých a 8 % bylo vysoce závislých. Hlavně péče o těžce závislé pacienty je velmi fyzicky a psychicky náročná.

Pacienti sami často svou situaci nezvládají a zatrpknou proti svému okolí. U pacientů se sníženou soběstačností nejvíce pomáhala rodina a pečovatelská služba. Nejvíce byla příčinou snížení soběstačnosti degenerativní onemocnění pohybového aparátu a vysoký věk. Nejčastěji se závislost starých lidí projevovala v oblasti chůze, chůze po schodech a přesunu z lůžka na židli.

Závěrem diskuze bych ráda podotkla, že odběr dotazníku nebyl ve všech případech jednoduchý. U gerontologických pacientů je dobře známé rozbíhavé myšlení, proto jsem se většinou dozvěděla celý pacientův život. Všichni dotazovaní byli rádi, že s nimi jde někdo promluvit, důvěřovali mi. Byla jasně zřetelná touha po komunikaci. Při rozhovoru se často odhalila i bolavá místa v duši a došlo i na slzy. V několika případech měli pacienti i otázky, které se týkaly většinou sociálních a zdravotních služeb. Když zpětně hodnotím svou práci, jistě bych některé otázky postavila jinak, některé bych vynechala. Bohužel, není mi známo, zda již podobný výzkum někde probíhal.

Závěr

Říká se, že vyspělost společnosti se pozná podle toho, jak se dokáže postarat o staré a nemocné. V tomto ohledu máme stále na čem pracovat. Péče o gerontologické pacienty je velmi fyzicky i psychicky náročná. Víme, že rodina je pro starého člověka nejpřirozenější oporou, ale v některých případech tomu tak není. Zdravotník je nemocnému velmi blízko, někdy i blíže než rodina. Často se dozvídá o jeho problémech jako první a je jeho povinností pomoci nemocnému jak jen to bude možné. Starý člověk většinou přichází do nemocnice plný obav a strachu. Bojí se ztráty soběstačnosti, porušení soukromí a důstojnosti, nezná různá vyšetření, je pomalejší. Je na nás, zdravotnicích, abychom přiměřeným způsobem vše nemocnému vysvětlili a získali pacientovu důvěru. Měli bychom k pacientovi přistupovat holisticky, vnímat jej se všemi potřebami. Gerontologický pacient zná své nemoci, umí s nimi žít, někdy je jeho přístup velmi svérázný a nemusíme jej pokládat za správný. Měli bychom umět taktně tolerovat pacientovi zvyklosti a nesnažit se jej násilně převychovat. Vše závisí na komunikaci, ta je hlavním stavebním kamenem celého vztahu pacienta a zdravotníků. Pokud s pacientem nekomunikujeme a pouze mu arogantním tónem řekneme, že pojede na vyšetření, můžeme očekávat nespolupráci a demotivaci pacienta. Tímto přístupem můžeme vyvolat psychické problémy až depresi, která je velkým problémem u starších nemocných. Zdravotníci by si měli být vědomi jak správně přistupovat ke gerontologickým pacientům. Při změně zdravotního stavu bychom také měli umět správně edukovat nemocného i jeho blízké. Při odchodu do domácího ošetřování nabídnout možné zdravotní a sociální služby. V některých případech není možné aby péči o nemocného zajistila rodina a zdravotníci by měli adekvátně reagovat nabídnutím dalších možností péče. Péče o gerontologického pacienta, zvláště pokud má těžce porušenou soběstačnost je velmi náročná a vyčerpávající. Nikdy nesmíme odsuzovat rodinu, za to, že využije formu ústavní péče místo domácího ošetřování. Mám tu možnost již přes rok pracovat s gerontologickými pacienty. Jejich ošetřování je velmi náročné. Zvláště když se jejich onemocnění horší a vidíte jak se mění před očima. Důležité však je být s nimi, promluvit vlídné slovo, držet je za ruku, když to nejvíce potřebují. Tím dáváme sociální oporu. Tento prvek pacientům velmi chybí a přitom právě ve vyjádření účasti a pochopení je největší síla našeho povolání. Povolání zdravotní sestry.

Anotace

Autor : Kamila Zajíčková

Instituce : Univerzita Karlova v Praze

Lékařská fakulta v Hradci Králové

Ústav sociálního lékařství

Oddělení ošetřovatelství

Název práce : Sociální opora u gerontologických pacientů

Vedoucí práce : Anna Hubertová

Počet stran : 80

Počet příloh : 4

Rok obhajoby : 2008

Klíčová slova : gerontologie, sociální opora, sociální prostředí, ošetřovatelství, důstojnost

Bakalářská práce pojednává o problematice gerontologických pacientů. Poukazuje na problém společnosti, která se musí naučit postarat se o starší generace. Jedním z hlavních bodů péče o gerontologické pacienty je zachování sociální sítě pacienta, jeho aktivizace a návrat do přirozeného prostředí. Důraz se klade především na zachování důstojnosti i ve vysokém věku. Ošetřování gerontologických pacientů má svá specifika. Hlavním bodem práce je kvantitativní výzkum zabývající se sociálním prostředím gerontologického pacienta, jeho sociální oporou, informovaností o druzích péče (zdravotní a sociální), úrovni soběstačnosti. Zkoumaný soubor tvoří pacienti, kteří byli hospitalizováni ve Fakultní nemocnici na Klinice gerontologické a metabolické ve věku nad 65 let a byli ochotni vyplnit dotazník.

The bachelor skript approaches the problematic of geriatric patients. The point out human Society problem, which must learn look after older generation. One of the main issue the geriatric patients care is preservation social welfare, its involvement and return to daily environment. Emphasis should be lay on preservation of dignity in higher age. The gerontologic care has their own specifications. The main objective of this bachelor skript is quantitative investigation concerns social environment of geriatric patient. This investigations includes social support, source informations (about medical and social

care) and level of independence. Investigated group of patients is created from patients age of 65 and higher, and hospitalized in Faculty Hospital Hradec Králové on Gerontology Metabolic Department. Those patients were willing to fill in the questionnaire.

Použitá literatura

1. BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 125 s. ISBN 80-7013-273-6
2. DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry. Druhé přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 10, Manuálek sociální gerontologie, Ediční řada- Praktické příručky pro sestry*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
4. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří, Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*, Galén, 2006. 37 s. ISBN 80-7262-455-5
5. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
6. KOZIEROVA, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*, Martin: Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
7. MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících I.*, Hradec Králové : Nukleus, 2001, ISBN 80-86225-19-4
8. KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti, Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, Cesta domů, 2004, ISBN 80-239-4334-0
9. TRUNDOVÁ, A. *Kvalita péče o gerontologické imobilní pacienty*. Bakalářská práce Obhájená na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové v r. 1999. 47 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové

- 10.** NOVÁKOVÁ, P. *Sociální opora poskytovaná rodinou v období nemoci rodinného příslušníka*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové
V r. 2004. 62 s. Depo in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty
UK v Hradci Králové

Seznam tabulek :

(označení tabulky – název tabulky – číslo stránky, kde se tabulka nachází)

Tab. 1	pohlaví	.....36
Tab. 2	věkové rozlišení	.....36
Tab. 3	kde pacienti žijí	.....37
Tab. 4	moji blízcí žijí	.....37
Tab. 5	místo bydliště	.....37
Tab. 6	délka hospitalizace	.....38
Tab. 7	sociální síť – první kruh	.....40
Tab. 8	sociální síť – druhý kruh	.....41
Tab. 9	sociální síť – třetí kruh	.....42
Tab. 10	můžete se na někoho ve svém okolí spolehnout	.....43
Tab. 11	informovanost rodiny o hospitalizaci	.....43
Tab. 12	pocity klidu, jistoty a bezpečí v přítomnosti rodiny	.....44
Tab. 13	frekvence kontaktu minimálně dvakrát do měsíce	.....44
Tab. 14	možnost spolupráce s rodinou při propuštění pacienta	.....44
Tab. 15	omezení v denním životě	.....45
Tab. 16	pomoc v denních činnostech	.....45
Tab. 17	pocity méněcennosti	.....45
Tab. 18	frekvence vycházení z bytu	.....46
Tab. 19	přítomnost deprese	.....47
Tab. 20	máte dobré přátele	.....47
Tab. 21	zájmové aktivity	.....47
Tab. 22	navštěvování kulturních, společenských akcí	.....48
Tab. 23	dostupnost sociálních služeb	.....48
Tab. 24	využívání sociálních služeb	.....48
Tab. 25	důvěra mezi pacientem a praktickým lékařem	.....49
Tab. 26	informovanost lékařem o sociálních službách	.....49
Tab. 27	pomoc ve finanční tísní	.....50
Tab. 28	pocit'ujete stáří	.....50
Tab. 29	zájem zdravotníků o pacienta	.....51
Tab. 30	je respektováno soukromí a důstojnost	.....52
Tab. 31	aktivní vyhledávání pomoci	.....53

Tab. 32 oblast najedení, napití	54
Tab. 33 oblast oblékání	55
Tab. 34 oblast osobní hygieny	56
Tab. 35 oblast kontinence	57
Tab. 36 oblast použití toalety	58
Tab. 37 oblast mobility: přesun lůžko – židle	59
Tab. 38 chůze po rovině	60
Tab. 39 chůze po schodech	61
Tab. 40 průměrná závislost souboru pacientů	62

Seznam grafů :

(označení grafu – název grafu – číslo stránky, kde se graf nachází)

Graf 1. Sociální síť – první kruh	40
Graf 2. Sociální síť – druhý kruh	41
Graf 3. Sociální síť – třetí kruh	42
Graf 4. Můžete se na někoho ve svém okolí spolehnout	43
Graf 5. Frekvence vycházení z bytu	46
Graf 6. Zajímají se zdravotníci aktivně o pacienty	51
Graf 7. Je respektováno pacientovo soukromí a důstojnost	52
Graf 8. Aktivní vyhledávání pomoci	53
Graf 9. Oblast najedení, napití	54
Graf 10. Oblast oblékání	55
Graf 11. Oblast osobní hygieny	56
Graf 12. Oblast kontinence	57
Graf 13. Oblast použití toalety	58
Graf 14. Oblast mobility: přesun lůžko – židle	59
Graf 15. Oblast chůze po rovině	60
Graf 16. Oblast chůze po schodech	61
Graf 17. Průměr závislosti souboru pacientů	62

Seznam příloh :

Příloha č. 1: Úplné znění dotazníku74

Příloha č. 2: Barthelův test denních aktivit78

Příloha č. 3: Desatero komunikace se seniory79

Příloha č. 4: Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence80

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Fakultní nemocnice v Hradci Králové Klinika gerontologická a metabolická

Vážená paní, Vážený pane,

dostal se Vám do ruky dotazník, který je součástí výzkumu zaměřeného na zjišťování sociální opory u gerontologických pacientů (tj. seniorů). Tento dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze jako součást mé závěrečné bakalářské práce. Tento dotazník s Vámi budu vyplňovat osobně, abych mohla zodpovědět Vaše případné dotazy.

Předem Vám děkuji za čas strávený
zodpovídáním následujících otázek
Kamila Zajíčková
studentka III. ročníku bakalářského

studia

Ošetřovatelství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

Pohlaví : a) muž
b) žena

Věk: a) 65-74 let
b) 75-84 let
c) 85 a více let

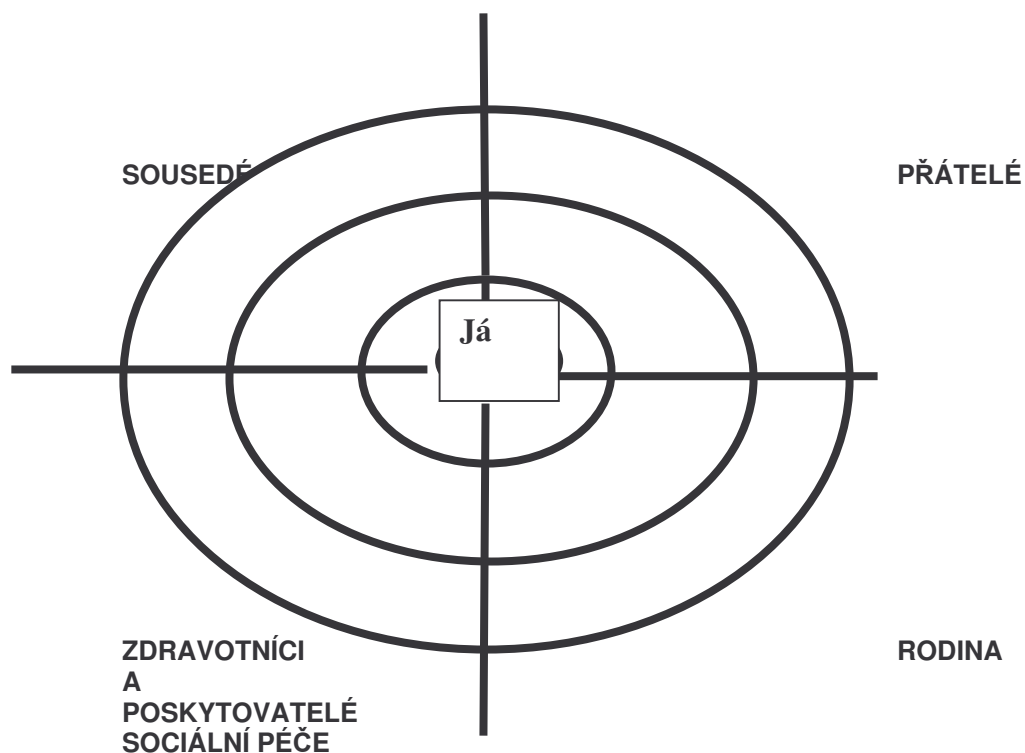
Žijete : a) sám
b) s partnerem či partnerkou
c) s dětmi
d) jiné...

Moji blízcí žijí : a) se mnou ve společné domácnosti
b) v dosahu 20 km
c) v dosahu 50 km
d) ve větší vzdálenosti

Žijete : a) ve městě
b) na venkově

Jak dlouho jste nyní hospitalizován/a : a) méně jak dva týdny
b) dva týdny až měsíc
c) déle jak měsíc

Prosím, zde zakreslete svou sociální síť :



- 1) Máte ve svém okolí někoho, na koho se můžete vždy spolehnout ?
 - a) ano, koho...
 - b) ne

- 2) Je Vaše rodina informována o Vaší hospitalizaci ?
 - a) ano
 - b) ne

- 3) Pociťujete v přítomnosti Vaší rodiny pocity klidu, jistoty a bezpečí ?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) jiné...

- 4) Jsou s Vámi Vaši příbuzní v pravidelném kontaktu, alespoň dvakrát měsíčně (telefonují Vám, navštěvují Vás) ?
 - a) ano, jak často...
 - b) ne

- 5) Je možné spolupracovat s Vaší rodinou při Vašem propuštění z nemocnice (úpravy bytu, kompenzační pomůcky) ?
 - a) ano
 - b) ne

- 6) Omezuje Vás Váš zdravotní stav v denním životě (bolest, snížení soběstačnosti)?
a) ano, v čem...
b) ne
- 7) Máte někoho, kdo Vám doma pomáhá s denními situacemi (nákup, úklid, vaření, doprava k lékaři)?
a) ano, koho...
b) ne
- 8) Pokud Vám někdo pomáhá, vyvolává to ve Vás pocity méněcennosti, bezmocnosti ?
a) ano
b) ne
- 9) Jak často vycházíte z bytu ?
a) každý den
b) dvakrát do týdne
c) jednou do týdne
d) jednou do měsíce
e) jiné...
- 10) Míváte depresivní nálady?
a) ano, jak často..
b) ne
- 11) Máte kolem sebe dobré přátele, kteří s Vámi sdílejí starosti a radosti ?
a) ano
b) ne
- 12) Věnujete se zájmovým aktivitám (zahradka, luštění křížovek, četba, sběratelství, kutilství, fotografování,..) ?
a) ano, jaký zájem...
b) ne
- 13) Navštěvujete, nebo se účastníte vzdělávacích, kulturních a společenských akcí (univerzita třetího věku, divadlo, koncerty, zájezdy, sešlosti s vrstevníky) ?
a) ano, jaké...
b) ne
- 14) Jsou v místě Vašeho bydliště dostupné sociální služby (centra sociální pomoci, charitní střediska, domovy důchodců, agentury domácí péče)?
a) ano, jaká...
b) ne
- 15) Využíváte sociální služby?
a) ano
b) ne
- 16) Pokud jste využíval/a sociální služby, byl/a jste s nimi spokojen/a?
a) ano
b) ne

17) Budete využívat sociální služby?

- a) ano
- b) ne

18) Důvěřujete svému praktickému lékaři?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné...

19) Jste informován/a svým praktickým lékařem o dostupných sociálních službách (příspěvek na péči, zapůjčení kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, tísňová péče) ?

- a) ano
- b) ne

20) Pokud byste se dostal/a do finanční tísně, máte se na koho obrátit ?

- a) ano, na koho...
- b) ne

21) Pociťujete na sobě stáří? (únava, snížená fyzická zdatnost,...)

- a) ano, v čem...
- b) ne

22) Pociťujete zájem o Vaši osobu ze strany zdravotníků, s nimiž přicházíte do styku (udělali si na Vás čas, jsou vstřícní, laskaví) ?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné...

23) Je při současné hospitalizaci respektováno Vaše soukromí a důstojnost ?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné...

24) Čekáte až Vám někdo sám nabídne pomoc?

- a) ano
- b) ne

25) Vyhledáváte aktivně pomoc(u rodiny,u lékaře...)?

- a) ano
- b) ne

Pokud jsem se Vás na něco důležitého zapomněla zeptat, napište Váš podnět zde :

Děkuji za spolupráci. Kamila Zajíčková

Příloha č. 2

Test denních činností (ADL) podle Barthela :		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	- samostatně bez pomoci - s pomocí - neprovede	10 5 0
2. oblékání	- samostatně bez pomoci - s pomocí - neprovede	10 5 0
3. koupání	- samostatně - s pomocí - neprovede	5 0
4. osobní hygiena	- samostatně - s pomocí - neprovede	5 0
5. kontinence moči a stolice	- plně kontinentní - občas inkontinentní - trvale inkontinentní	10 5 0
6. použití WC	- samostatně bez pomoci - s pomocí - neprovede	10 5 0
7. přesun lůžko - židle	- samostatně bez pomoci - s malou pomocí - vydrží sedět - neprovede	15 10 5 0
8. chůze po rovině	- samostatně více jak 50 m - s pomocí 50 m - na vozíku 50 m - neprovede	15 10 5 0
9. chůze po schodech	- samostatně bez pomoci - s pomocí - neprovede	10 5 0
Celkové skóre (0 až 100) :		

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech :

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodůnezávislý

(Kalvach, Onderková,2006, upravováno)

Příloha č. 3

Desatero komunikace se seniory

(geriatrickými pacienty se zdravotním postižením)

- 1.** Respektujeme identitu pacienta, oslovujeme jej jménem, nebo odpovídajícím titulem.
Neponižujeme pacienta familiérním oslovením „babi“, „dědo“.
- 2.** Vyhýbáme se infantilizaci nemocného.
- 3.** Při komunikaci a ošetřování pacienta dbáme na zachování důstojnosti.
- 4.** Respektujeme zhoršenou adaptaci, zpomalení a chráníme pacienta před časovým stresem.
- 5.** Důležité informace, jako je vysvětlení principu vyšetření a příprava na něj několikrát zopakujeme, případně využijeme ilustrovaných informačních letáků.
- 6.** Přizpůsobíme komunikaci adekvátně pacientovi a jeho nárokům.
- 7.** Ke snazší komunikaci udržujeme oční kontakt, zřetelně artikulujeme.
- 8.** Bez ověření nedoslýchavosti nezvyšujeme hlas.
- 9.** Vždy nabízíme, ale nevnucujeme dopomoc při pohybu, chůzi.
- 10.** Náš přístup ke gerontologickým pacientům by měl vždy podporovat udržení Soběstačnosti a návratu do domácího ošetřování.
(Kalvach, Onderková, 2006, upravováno)

Příloha č. 4

Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

- 1.** Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí.
- 2.** Pacienta povzbuzujeme, usilujeme o klidné chování, pozitivní přístup.
- 3.** Mluvíme adekvátně stavu pacienta, pomalu, srozumitelně, používáme krátké věty.
- 4.** Vyhýbáme se odborným pojmům, frázím či ironii, pokud to jde, ukazujeme na věci o kterých mluvíme.
- 5.** Průběžně ověřujeme, zda pacient informacím rozumí, udržujeme oční kontakt.
- 6.** Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek, gestiku a další.
- 7.** Dáváme jasně najevo náš odchod a konec komunikace.
- 8.** Komunikaci přizpůsobíme pacientovým potřebám, pacienta nepodceňujeme.
- 9.** Důstojnost pacienta s demencí bráníme v každé situaci.
- 10.** Snažíme se posilovat pacientovu orientaci místem, časem a osobou.
(Kalvach, Onderková, 2006, upravováno)