

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

POTŘEBY SENIORŮ

Bakalářská práce

Autor práce: Milada Kochanová
Vedoucí práce: Bc. Jitka Pánková

2010

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

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE DEPARTMENT OF NURSING

NEED OF SENIORS

Bachelor's thesis

Autor: Milada Kochanová
Supervisor: Bc. Jitka Pánková

2010

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Potřeby seniorů“ vypracovala samostatně a veškerou literaturu, kterou jsem použila, jsem uvedla v seznamu literatury.

V Hradci Králové,.....

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování patří zejména mé vedoucí práce Bc. Pánkové a konzultantce Kutnohorské doc. PhDr., CSc., za cenné rady při zpracování bakalářské práce. Ráda bych poděkovala osloveným seniorům, kteří svou spoluprací umožnili naplnění empirické části práce a všem vyučujícím Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

*Krásní mladí lidé jsou hračkou přírody,
ale krásní staří lidé jsou umělecká díla.*

J. W. Goethe

OBSAH

I	TEORETICKÁ ČÁST	9
1	POTŘEBY NEMOCNÉHO V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU	9
1.1	Vztah motivace a potřeb	10
1.2	Klasifikace potřeb	11
1.3	Hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa	11
1.4	Systém potřeb podle Maslowa	12
1.5	Maslowovy teze o vyšších potřebách	13
1.6	Maslowova charakteristika seberealizace	14
1.7	Nemocný člověk a jeho potřeby	15
1.8	Využití poznatků o potřebách seniorů v práci sestry	16
2	DEFINICE STÁRNUTÍ, STÁŘÍ A SENIOR	17
2.1	Tělesné projevy stáří	18
2.2	Duševní životospráva ve stáří	20
2.3	Pojetí zdraví a nemoci ve stáří	22
2.4	Pojetí normy a normálnosti	23
2.5	Vztah zdravotního a sociálního stáří	23
2.6	Stárnutí a tělesná aktivita	23
2.7	Druhý životní program	24
2.8	Pojetí komplexního geriatrického hodnocení	24
2.9	Pojetí a hodnocení tělesné zdatnosti seniora	25
3	HOSPITALIZACE	27
3.1	Hospitalizace v nemocnicích ČR v roce 2008	27
3.2	Deprivace, hospitalizmus	29
3.3	Imobilizační syndrom	29
3.4	Hodnocení a měřící techniky v praxi	30
3.5	Hodnocení bolesti	31
3.6	Měření kvality psychiky	32
3.7	Měření soběstačnosti	32
3.8	Měření rizika vzniku komplikací	33
3.9	Současné formy péče o staré občany	33
3.10	Holismus v ošetřovatelství	34

II	EMPIRICKÁ ČÁST	36
1	ÚVOD.....	36
2	CÍL VÝZKUMU	37
3	METODIKA VÝZKUMU	38
3.1	Charakteristika souboru respondentů	38
3.1.1	Charakteristika Oddělení následné péče	38
3.1.2	Charakteristika Domova U Spasitele	39
4	UŽITÁ METODA ŠETŘENÍ.....	39
5	REALIZACE VÝZKUMU.....	40
6	ZPRACOVÁNÍ DAT	41
7	VÝSLEDKY	42
	DISKUZE.....	65
	ZÁVĚR	78
	ANOTACE.....	79
	SEZNAM LITERATURY	80
	SEZNAM TABULEK.....	82
	SEZNAM GRAFŮ	83
	SEZNAM PŘÍLOH.....	84
	PŘÍLOHY	85

ÚVOD

V mé bakalářské práci jsem se rozhodla zabývat tématem Potřeby seniorů. Zaměřila jsem se na seniory hospitalizované a nehospitalizované. Pokusím se zjistit a porovnat vnímání potřeb jednotlivých skupin. Samotnému tématu přikládám důležitost hlavně proto, že pracuji na Oddělení následné péče jako staniční sestra a tato práce by měla sloužit jako návod ke zlepšení péče o pacienty. Dále mě zajímá, jestli je velký rozdíl v potřebách seniorů v nemocnici nebo v domácím prostředí.

Ve všech hospodářsky vyspělých zemích je prioritou stárnutí populace. Porodnost se stále snižuje, úmrtnost klesá a staří lidé se dožívají stále vyššího věku. Dlouhověkost označujeme věk 90 a více let. V České republice žije aktuálně asi 27 000 dlouhověkých osob starších 90 let. Do roku 2050 by se jejich počet měl zvýšit na 230 000. Medicína se soustředí hlavně na rozpoznání a vyléčení nemoci. Sestra je prostředník mezi lékařem a pacientem. Měla by umět samostatně vyhledávat a uspokojovat potřeby seniorů.

Důstojnost pacienta je prioritou při poskytování ošetrovatelské péče. Často je opomíjena pacientova vůle, autonomie, soukromí. Důstojnost pacienta snižuje odmítání pomoci k použití toalety a vybízení k močení do plen, ponižující krmení místo dopomoci k sebeobsluze, infantilizace, nedostatečné komunikování nebo nevhodné oslovování. Potřeby každého člověka jsou stejné a přitom se liší. Během života se potřeby mění a jsou uspokojovány různým způsobem.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 POTŘEBY NEMOCNÉHO V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

Potřeba je projevem nedostatku nebo nadbytku něčeho, co potřebujeme ke svému životu. Neuspokojená potřeba ovlivňuje jedince po stránce psychické – myšlení, pozornost, emoce, ale i fyzické. Lidské potřeby se během života mění z hlediska kvantity i kvality v závislosti na věku, zdravotním stavu, životních zkušenostech apod. Podle Trachtové mají všichni lidé společné potřeby, jež jsou u každého uspokojovány jinak. Například potřebu výživy mají všichni, kojeneček ji uspokojí při kojení, školák ve školní jídelně, středoškolák v rychlém občerstvení. Potřebu odpočinku někdo uspokojí při sportu a jiný v divadle.

Potřeby můžeme uspokojovat způsobem žádoucím či nežádoucím. Žádoucí způsob je ten, který neškodí nám ani jiným a je v mezích zákona. Za nežádoucí uspokojování považujeme takové, které škodí dané osobě a jiným a není v mezích zákona.

Eva Trachtová uvádí tři významy pojmu potřeb.

- Biologický: potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy). Některé biologické potřeby, např. potřeba vápníku, vitaminů nemají psychickou odezvu.
- Ekonomický: potřeby tu obvykle vyjadřují nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt, např. domácí kino, chatu, auto, byt apod., což je poukazem spíše na to, že potřebou je míněn určitý prostředek k dosahování nějakého psychologického cíle.
- Psychologický: je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, odrážející nějaký nedostatek. Psychologický význam potřeby je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedostatky v sociálním životě jedince.

(Trachtová a kolektiv, 2006)

1.1 VZTAH MOTIVACE A POTŘEB

Motivace je psychický proces vedoucí k energetizaci organismu. Motivace usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Vyjadřuje souhrn všech skutečností – radost, zvědavost, pozitivní pocity, radostné očekávání, které podporují nebo tlumí jedince, aby něco konal nebo nekonal. Lidé se vzájemně liší v jednotlivých motivech i v celkové individuální motivaci. Motivace má alespoň stejný vliv na úspěch či neúspěch jako schopnosti. Často průměrně schopný člověk může díky vysoké motivaci dosáhnout nadprůměrného postavení a naopak.

Motivy jsou osobní příčiny určitého chování – jsou to pohnutky, psychologické příčiny reakcí, činností a jednání člověka zaměřené na uspokojování určitých potřeb. Za základní formu motivů jsou pokládány potřeby, ostatní formy se vyvíjejí z potřeb. Mezi další motivy patří pud, zájem, aspirace, cíl, ideály, zvyky.

- Pud - vrozená pohnutka činnosti, označení pro energii nebo cílenou činnost až nutkání (pud pohlavní, mateřský apod.).
- Zájem - získaný motiv, který se projevuje kladným vztahem člověka k předmětům nebo činnostem, které ho upoutávají po stránce poznávací nebo citové. Vyhraněný zájem označujeme pojmem záliba.
- Aspirace (ambice) - snaha o sebeuplatnění, vyniknutí. Někdy se označuje také jako ctízádnost.
- Cíl - uvědomělý směr aktivity, kdy chceme něčeho dosáhnout, něco vykonat, něčemu se vyhnout, něco dělat či nedělat apod.
- Ideály - jsou vzorové cíle, např. ideál životního partnera, způsobu života apod.
- Zvyk - tendence vykonávat za určitých okolností určitou činnost.

(Emmert, 2004)

Širší pojetí motivace neboli nevědomé úsilí znamená, že subjekt si uvědomuje, jak jedná, ale neuvědomuje si proč tak jedná. Nevědomé motivace jsou velmi časté, lidé nevědí proč, co dělají. Své činy vysvětlují nesprávně, ale jsou přesvědčeni o správnosti vysvětlení. Užší – vědomé pojetí je záměrné usilování o dosažení cíle. Dotyčný ví, co a proč dělá.

Motivace je hybnou pákou lidského chování, které nás nutí uspokojovat své vlastní potřeby. Potřeby člověka souvisí nejenom s biologii organismu, ale také s jeho sociální a pracovní existencí ve společnosti, kde žije. Chronická onemocnění, která způsobují

funkční omezení, potlačují u člověka rozvoj dosažených schopností a stálých hodnot. Podkladem motivace je úsilí organismu dosáhnout rovnováhy mezi sebou a prostředím takovými činnostmi, které vedou k vlastnímu uspokojení a soběstačnosti. Jediný skutečný druh motivace je schopnost sám sebe přesvědčit o důležitosti vlastních snah k získání odpovědi na otázku: Proč chci usilovat o návrat schopnosti uspokojovat své potřeby sám? (Klevetová, D., Dlabalová, I., 2008)

1.2 KLASIFIKACE POTŘEB

V psychologii se obvykle objevuje třídění potřeb na biogenní, fyziologické a psychogenní, sociogenní, psychologické. Klasifikace odpovídá celostnímu pohledu na člověka. Vyjadřuje nedostatky biologické (jídlo, pohyb, odpočinek) nebo sociální (láska, úcta, sebeznání, aj.).

Americký psycholog H.A.Murray předložil teorii motivace. Potřeby dělí na primární (viscerogenní) a sekundární (psychogenní), dále na kladné a záporné.

Dle Hilgarda dělíme potřeby na psychogenní (respekt, předvádění se, úspěch, dominance), fyziologické (dýchání, pití, odpočinek...), sociogenní (očekávání k okolí, sociální rovnováha jedince,...)

1.3 HIERARCHIE POTŘEB DLE A. H. MASLOWA

Americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908 – 1970) byl organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii. Tato nová škola se považuje za „třetí sílu v psychologii“, která je údajně v mnoha směrech v opozici vůči školám behavioristickým a psychoanalytickým.

Maslow říká, že každý jedinec má individuální systém motivů, který lze hierarchisticky uspořádat. Některé motivy jsou silnější a některé nejsilnější. Každá potřeba je výrazem celého jedince, projevuje se to v jeho vnímání, myšlení, cítění.

„Člověk je bytost s potřebami a dosazuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, nahrazuje ji druhá... Pro lidskou bytost v celém jejím životě je charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“ (Maslow). Je-li

nižší potřeba uspokojena, chceme uspokojit vyšší potřebu. Mělo by platit, že lidé, kteří se seberealizují, což je vyšší potřeba, by měli mít nižší potřeby zcela uspokojené. Například to nemusí platit u vědců, učitelů, kteří raději utratí poslední peníze za encyklopedii, než by si koupili něco k jídlu. Nižší potřeba není na úkor vyšší uspokojená. Jeho filozofie člověka se nazývá „názevem holisticko-dynamickým“. Tato teorie není ideální, ale v této době je nejvíce rozšířená.

(Trachtová a kolektiv, 2006)

1.4 SYSTÉM POTŘEB PODLE MASLOWA

- **Fyziologické potřeby** neboli základní (výživa, spánek, pohyb, voda, sex, teplo) jsou důležité k přežití. Jejich uspokojování si většinou neuvědomujeme. V případě nedostatku dojde k porušení homeostázy a pro jedince se stanou primární, pak dominují a žádné další potřeby člověka nemotivují.
- **Potřeba jistoty a bezpečí** patří mezi vyšší potřeby. Tato potřeba má dvě stránky, osoba chce být v bezpečí a chce se cítit v bezpečí fyzickém i psychickém. Potřebujeme nemít strach, cítit se bezpečně, mít životní jistotu.
- **Potřeba lásky a sounáležitosti** je potřeba milovat, být milován, touha po přátelství, někomu a někam patřit. Její deficit se objevuje, když jsme sami, někdo nás opustil nebo objekt touhy nás ignoruje. Neuspokojení této potřeby může ovlivnit duševní zdraví jedince.
- **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty** patří mezi vyšší potřeby. Člověk potřebuje sebeúctu (pocit nezávislosti, zodpovědnosti, sebekoncepcce) a stejně tak i ocenění druhými (uznání, respekt, ohodnocení).
- **Potřeba seberealizace, sebeaktualizace** se projevuje realizováním svých snů a přání, rozvinutí svého talentu a schopností. Jedinec usiluje o seberealizaci, získává schopnosti spojovat minulost a budoucnost do přítomnosti. Žítí plného života v přítomnosti je řízeno z nitra a je autonomní. Být autonomní znamená být

nezávislý na rodičovských či společenských tlacích. V případě deficitu potřeby je frustrovaný, nemá dobrou náladu, cítí to jako prohru.

K vyšším potřebám řadí Maslow tzv. metapotřeby neboli potřeby růstu. Metapotřeby mohou být uspokojovány, až po uspokojení základních potřeb. Dosahují jich pouze osoby vyzrálé, které hledají hlubší smysl života, duchovno, víru a důstojnost. Řadíme sem potřeby porozumění, harmonie, smysluplnosti, individuality a další. Matapotřeby oproti základním potřebám nejsou naléhavé, ale člověka lépe formují, obohacují jeho duševní život.

(Jarošová, 2000)

1.5 MASLOWOVY TEZE O VYŠŠÍCH POTŘEBÁCH

- Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm fylogenetického vývoje.
- Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm ontogenetického vývoje.
- Čím vyšší potřeba, tím je méně důležitá pro pouhé přežití, tím déle může být její uspokojení odkládáno a tím snáze se potřeba trvale ztrácí.
- Žití na úrovni vyšších potřeb vede k větší biologické efektivnosti, delšímu životu, k menšímu počtu nemocí, lepšímu spánku, chuti k jídlu.
- Vyšší potřeby jsou subjektivně méně naléhavé.
- Uspokojení vyšších potřeb vede k žádoucnějším subjektivním výsledkům, tj. hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života.
- Sledování a uspokojování vyšších potřeb současně znamená všeobecnou tendenci ke zdraví, tedy tendenci směřující dál od psychopatologie.
- Vyšší potřeby musí mít při svém vzniku splněno více předběžných podmínek.
- Vznik vyšších potřeb vyžaduje příznivější vnější podmínky.
- Ti, u nichž došlo k uspokojení obou druhů potřeb, cení si obvykle vyšších potřeb víc než nižších.
- Čím vyšší je úroveň potřeby, tím širší je okruh identifikace láskou, tj. tím vyšší je počet lidí s láskou se identifikujících.
- Sledování a uspokojování vyšších potřeb má žádoucí společenské důsledky.
- Uspokojování vyšších potřeb má k seberealizaci blíž než uspokojování potřeb nižších.

- Sledování a uspokojování vyšších potřeb vede k větší, silnější a opravdovější individualitě.
- Čím vyšší je úroveň potřeb, tím svobodnější a účinnější může být psychoterapie, na úrovni nižších potřeb je stěží platná.
- Nižší potřeby jsou mnohem lokalizovanější, hmatatelnější a omezenější než potřeby vyšší.

(Trachtová a kolektiv, 2006)

1.6 MASLOWOVA CHARAKTERISTIKA SEBEREALIZACE

Osoba, která se seberealizuje:

- Je realistická, vidí život jasně a je ve svých hodnoceních objektivní.
- Má správný názor na lidi.
- Má výborné vnímání, je rozhodná.
- Jasně rozpozná, co je správné a co nesprávné.
- Je obvykle přesná v předvídání budoucích událostí.
- Rozumí umění, hudbě, politice a filozofii.
- Je pokorná a umí naslouchat druhým.
- Je oddaná určité práci, povinnosti, úkolu či povolání.
- Je velmi tvořivá, flexibilní, spontánní, odvážná a nebojí se dělat chyby.
- Je vstřícná novým myšlenkám.
- Má sebedůvěru a sebeúctu.
- Je vyrovnaná, nemá časté vnitřní konflikty, její osobnost je vyvážená.
- Je vysoce nezávislá a touží po soukromí.
- Může se projevovat jako „v myšlenkách vzdálená“ a nevšímavá.
- Je přátelská, milující a ovládaná víc vnitřními popudy než společností.
- Přijímá svět takový, jaký je.

(B.Kozierová, G. Erbová, R. Olivierová: Ošetrovatel'stvo, 1995)

1.7 NEMOCNÝ ČLOVĚK A JEHO POTŘEBY

U hospitalizovaného pacienta se snažíme uspokojit jeho fyziologické potřeby, ať je to výživa, vyprazdňování, spánek, pohyb. Sestra dokáže odhadnout, zda jsou potřeby uspokojeny, ale pacient to může cítit jinak. Jde o subjektivní hodnocení. Například si myslíme, že pacient dobře jí, nehubne, ale jemu přitom jídlo nechutná a potřeba je tedy neuspokojená. Dále se můžeme domnívat, že když je pacient v nemocnici u odborníků, cítí se bezpečně a opak může být pravdou – ze zdravotnického personálu má strach a nedůvěřuje mu. Pro nemocného jsou důležité i duchovní potřeby.

Úloha sestry v péči o duchovní oblast by neměla spočívat pouze ve zjištění zájmu klienta o duchovní službu poskytovanou zdravotnickým zařízením. Všeobecná sestra a porodní asistentka sice nemají teologické vzdělání, ale přesto mohou účinně pomáhat lidem v duchovní krizi. Důležité je umění naslouchat nemocnému a nechat jej hovořit o věcech, které s nemocí zdánlivě nesouvisejí, dbát o uchování jeho lidské důstojnosti a dávat najevo úctu k jeho osobnosti, ať už se vyjevuje v jakékoliv podobě. Spiritualita je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a je jednou ze čtyř základních potřeb nemocného člověka, úzce souvisí s metapotřebami (seberealizace, čest, spravedlnost apod.) (Němcová, 2010)

Faktory modifikující uspokojování potřeb člověka

Uspokojování potřeb může být narušeno celou řadou faktorů. Mezi nejčastější faktory patří nemoc, osobnost, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka a okolnosti, za kterých nemoc vzniká.

○ NEMOC

Nemoc je patologický stav těla nebo mysli, který může ovlivnit uspokojování potřeb. Sestra pacientovi pomáhá uspokojovat fyziologické a psychické potřeby. Čím je pacient soběstačnější, zdravější, tím méně potřebuje pomoc sestry. Když má základní potřeby vyřešené, snaží se uspokojovat další – potřebu jistoty a bezpečí.

○ INDIVIDUALITA ČLOVĚKA

Individualita člověka je osobnost člověka. Osobnost je utvářena prostředím, společností, výchovou. Každý člověk má jiný temperament a dynamiku prožívání, proto i jinak přistupuje k uspokojování potřeb. Pacient bázlivý, introvert má problém požádat o pomoc, tudíž jeho potřeba nemusí být včas odhalena a uspokojena, pacient déle trpí. Jedinec extrovert, výbušný si o pomoc umí říct a k uspokojení jeho potřeb dojde rychleji.

Na chování jedince se také podílí charakter, který se odvíjí od sebeovládání, vytrvalosti, svědomí. Lidé, kteří si neváží sebe sama, hůře identifikují svoje potřeby.

- MEZILIDSKÉ VZTAHY

Většina pacientů má rodinu, přátele, kteří jim pomáhají překonávat životní překážky. V době hospitalizace to je hlavně zdravotnický personál, který je s pacientem v těsném kontaktu. Pomáhá mu se zorientovat v problému, je mu oporou a pomocí v uspokojování potřeb.

- VÝVOJOVÉ STADIUM ČLOVĚKA

Vývojové stádium člověka ovlivňuje vnímání a vyjádření potřeb. Děti a staří lidé hůře signalizují potřeby. Dítě používá pláč, starý člověk se může tvářit nešťastně. Záleží na osobnosti sestry, jak signály vyhodnotí a bude-li jedinec spokojen.

- OKOLNOSTI, ZA KTERÝCH NEMOC VZNIKÁ

Jedinec, který je nemocen v domácím prostředí, cítí uspokojení potřeb jinak, než hospitalizovaný pacient. Ze začátku je rád, když má uspokojeny potřeby fyziologické a až později se zajímá o potřeby psychické.

(Trachtová a kolektiv, 2006)

1.8 VYUŽITÍ POZNATKŮ O POTŘEBÁCH SENIORŮ V PRÁCI SESTRY

- Sestra lépe uspokojí své potřeby, pokud pozná a pochopí sama sebe.
- Sestra lépe posoudí potřeby druhých a porozumí příčinám jejich chování.
- Informace o základních potřebách vedou k efektivnímu plánování ošetrovatelského procesu u pacientů.
- Sestra, která má teoretické znalosti o lidských potřebách pacientů, lépe reaguje na potřeby u stresovaného pacienta.
- Sestra poznatky o lidských potřebách může použít při edukaci pacienta, aby pochopil svůj zdravotní stav, uklidnil se a sám si sebe vážil.

2 DEFINICE STÁRNUTÍ, STÁŘÍ A SENIOR

Stárnutí je přirozený děj, který nezačíná v padesáti ani v sedmdesáti, ale již od narození. Mnoho autorů se pokoušelo sestavit definici stárnutí a stáří. Každá je něčím zajímavá, má svou pravdu, ale žádná není absolutní. Dle Haškovcové je stáří „nevyhnutelnou perspektivou každého tvora“. Pacovský uvádí, že stáří je „přirozenou, ale poslední etapou ontogenetického vývoje. Stejně jako jiná vývojová stadia má i stáří specifické (biologické) znaky, které je odlišují od předcházejících životních etap. Stárnutí v úzkém slova smyslu je přechodnou vývojovou periodou mezi dospělostí a stářím.“ Stárnutí lze definovat také jako „působení času na lidskou bytost“ (Pichaud, Thareauová 1998). U každého jedince se stárnutí projevuje trochu jinak a v jiný čas. Stárnutí je postupný proces změn biologických, psychických a sociálních. Stáří je výsledek procesu stárnutí.

Nejčastějším měřítkem stárnutí je kalendářní věk. Hranice mezi mládím, dospělostí a stářím je různá, protože každý člověk stárne jinak rychle. Obvykle rozlišujeme stáří kalendářní, sociální a biologické. Sociální stáří spočívá ve změně sociálních rolí a potřeb. Pod tímto pojmem si můžeme představit odchod do důchodu, pokles životní úrovně, snížená společenská prestiž nebo věková diskriminace (ageismus). Biologické stáří je označení pro konkrétní fyzické nebo psychické změny člověka. Kalendářní stáří je jednoznačně určené dle věku.

V 18. Století rozdělil A. Haller, zakladatel novodobé fyziologie, lidský život na devět fází. Věk 25 – 62 let označil za mužný a 63 let a více za stáří. V polovině 20. století označila E. B. Hurlocková věk 40 – 59 let jako střední, 60 a více let jako stáří. Podle Pacovského je stáří životní období nad 60 let, dělí ho na vyšší (starší) věk, rané stáří - 60 – 74 let, pokročilý čili stařecký věk, vlastní stáří, sénium a opravdu staří lidé jsou od 75 – 89 let. Dlouhověkost je určena od 90 a více let. B. L. Neugartenová v 60. letech navrhla pojmy „mladí senioři“ pro věk 55 – 74 let a „staří senioři“ pro 75 a více let. Z tohoto pojetí je odvozeno současné orientační členění stáří. Mladí senioři jsou 65 – 74 let, 75 – 84 let jsou staří senioři, 85 let a více jsou velmi staří senioři. V každém věku má senior jiný hlavní problém. Mladí senioři řeší odchod do důchodu, co s volným časem, jak se seberealizovat. Staří senioři se obvykle potýkají s problematikou adaptace, změnou tolerance zátěže a specifickými zdravotními problémy. Pro velmi staré seniory bývá primární problém zajištění soběstačnosti a zabezpečení. (Kalvach a kolektiv, 2004)

2.1 TĚLESNÉ PROJEVY STÁŘÍ

Staří lidé se od mladých odlišují tělesnými projevy a změnami, které se nazývají fenotyp stáří. U každého člověka probíhají individuálně. V dnešní době lidé stárnou v mnohem lepší tělesné kondici a v lepším zdravotním stavu než na začátku 20. století. Během života jsou poučeni o důležitosti zdravé výživy a sportování. Jsou mnohem ambicióznější.

○ NERVOVÝ SYSTÉM

Je všeobecně známo, že během stárnutí dochází k úbytku mozkových buněk, ztrátě pružnosti cév a ke snížení váhy mozku. Postupně klesá kapacita bezprostřední a krátkodobé paměti, zpomalení rychlosti vedení vzruchů a prodloužení doby reakce.

○ HMAT

Pocit hmatu, doteku se oslabuje již od padesátého roku života. Práh pro cítění bolesti se zvyšuje, takže bolest je pociťována později. Vyrůstá pravděpodobnost, že bolesti, jako důležitému signálu onemocnění, není věnována pozornost, jejímž důsledkem může být pozdní diagnóza a tím i pozdní léčení.

○ ZRAK

Starozrakost je nejvíce rozšířeným příznakem stárnutí. Objevuje se již kolem padesátého roku věku. Současně dochází ke snížení adaptace na tmou a ostrost vidění v noci. Na rohovce někdy vzniká na zevním okraji bělavý kruh (arcus senilis), který je způsoben ukládáním tukových látek. Zmenšuje se i rozsah zrakového pole.

○ SLUCH

Poruchy sluchu jsou u starých lidí velice časté a značně stěžuje možnost komunikace. Zpočátku je omezen příjem tónů o vyšší frekvenci – zvonění, vyzvánění telefonu, postupně se přidává i porucha slyšení tónů ve střední a hluboké frekvenci. Porucha sluchu je jedním z faktorů izolace starých lidí.

○ CHUŤ

Chuť je někdy významně změněna. Udává se, že počet pohárků se od 30 – 75 let redukuje o třetinu.

○ ČICH

S postupujícím se věkem se kvantitativně i kvalitativně čichová vlákna modifikují. Významnější změny v oblasti čichu a chuti jsou u kuřáků.

○ POHYB

Obecně se krok zkracuje a chůze se zpomaluje. Dochází k úbytku svalové hmoty s poklesem svalové síly, zhoršuje se koordinace pohybů. Tyto změny závisí na fyzické aktivitě jedince. Dochází ke změně v oblasti jemné motoriky, senior může mít problém zapnout knoflík na košili nebo písmo nemusí být úhledné, jak bývalo.

○ KARDIOVASKULÁRNÍ SYSTÉM

Ve vyšším věku se značně změní. I když s postupujícím věkem srdeční svaloviny neubývá, dochází ke snížení výkonnosti srdce jako pumpy. Je to způsobeno hlavně snížením srdečního výdeje po 65. roce. Hlavní příčinou je vzestup rezistence arteriálního řečiště. Postulární hypotenze, ke které dochází často ve věku nad 65 let a k níž přispívá hlavně stárnutí nervové soustavy, je mnohem závažnější. V důsledku těchto změn je srdce seniora mnohem citlivější na jakoukoliv nepřiměřenou námahu, snadno selhává. Ischemická choroba srdeční je ve stáří častá. Klinický obraz ICHS se ve stáří mění. Často se vyskytují tzv. němé – nebolestivé ischemie, dušnost nebo nepříjemný pocit na hrudi.

○ ZAŽÍVACÍ TRAKT

K poruchám zažívacího traktu patří atrofie sliznic a ochabnutí svaloviny, snížení motility žaludku a peristaltiky střev. U starých lidí se často objevují průjmy, zácpy nebo neúplné malabsorbční syndromy. Nemalý podíl na poruchách výživy má defektní chrup, paradentosa a nedokonalé zubní protézy. Seniori mívají sníženou chuť k jídlu a to může vést k malnutrici.

○ ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Mimo změn v produkci sexuálních hormonů souvisejících s věkem, dochází také ke snížení produkce hormonů hypofýzy a štítné žlázy. Dochází ke zpomalení bazálního metabolismu, údajně od 30 do 70 let téměř o 20%. Zmíněné regulační změny představují pouze část komplexního endokrinního systému, který souvisí s dalšími regulačními systémy, nervovým, imunitním, které se navzájem doplňují. Důsledkem jsou různé metabolické odchylky, z nichž řada souvisí se vznikem a rozvojem chorob, např. aterosklerosa, obezita, diabetes melitus, osteoporosa a další.

Pravděpodobně nejvýznamnější skutečností v procesu stárnutí je neschopnost stárnoucího organismu přizpůsobit se podmínkám stresu ve stejném rozsahu a kvalitě jako v mládí. Zdá se, že je to příčinou nedokonalé teplotní a tlakové regulace, úpravy pH krve, udržování rovnováhy ve stáří apod. Je všeobecně známo, že starší lidé jsou zimomřivější. To lze přičíst na vrub sníženému mechanismu a poklesu výkonnosti nervové soustavy.

(Nečas, 2006)

2.2 DUŠEVNÍ ŽIVOTOSPRAVA VE STÁŘÍ

J. Švancara formuloval zásady vztahující se k udržení hodnotného způsobu života ve stáří. Pro snadné zapamatování začínají na písmeno „p“ – pět „pé“ optimální adaptace. Jsou to pojmy perspektiva, pružnost, prozíravost, porozumění pro druhé, potěšení.

○ PERSPEKTIVA

K úspěšné adaptaci patří životní perspektiva ve smyslu výhledu do budoucnosti i pohledu na zpět – do minulosti. Je důležitá časová i věková perspektiva k tomu, abychom se dobře adaptovali. Každý se v průběhu života vyrovnává se svou minulostí, dřívějšími prožitky a zkušenostmi. Někomu se to daří více jinému méně, někdo se snaží minulost přikrašlovat. Rozhodujícím činitelem aktuální adaptace může být způsob chápání smyslu života. Někteří lidé si nevytvoří věkovou perspektivu zahrnující alespoň několik let dopředu a se stářím se setkají nečekaně a nepřipraveni.

○ PRUŽNOST

Další podmínkou plynulé adaptace je pružnost. Opakem je rigidita, zkostnatělost. Existují velké individuální rozdíly v pružnosti mezi lidmi téhož věku. Někdy starší jedinec reaguje mnohem pružněji než mladší. Dovede i ve vysokém věku flexibilně reagovat slovem, výřečností a pouštět se do nových úkolů. Senior, který v mládí neměl rád změny, se ve stáří těžko změní. Schopnost sebekritiky a ochota změnit názor je pro seniora obtížnější, pokud je přesvědčen, že názor druhého člověka je mylný. Nemůžeme opomenout význam pohybu a jeho vlivu na udržení pružné adaptace. Senior, který se pravidelně hýbe, rekreačně sportuje, má větší předpoklady k udržení plastičnosti nervového systému a k plynulejšímu přizpůsobení v neobvyklých situacích. Některé jedince vyvádí z míry jen představa jakékoliv změny. Svědčí to o nedostatečné adaptační schopnosti a často i neuróze.

○ PROZÍRAVOST

Je to vlastnost, ve smyslu trvalé pohotovosti jednat obezřetně s časovým nadhledem. Je spojena často s vyšším věkem. Schopnost se rozvíjí vlivem zkušeností a je v ní také poučení z vlastních chyb a omylů. Prozíravý člověk už většinou neopakuje svoje omyly, nedělá co je zbytečné. Deficit rychlosti, menší obratnosti, úbytek síly u seniorů dokáže vykompenzovat cílevědomostí, úsporností postupu a opatrností.

○ POROZUMĚNÍ, POCHOPENÍ PRO DRUHÉ

Mladý člověk obvykle navazuje osobní vztahy snadno, bezprostředně, někdy i lehkomyšlně, senior to má jinak. Ve stáří se vztahy navazují obtížněji, starý člověk je rezervovaný. Je zajímavé, jak mladší kolega hodnotí staršího kolegu a opačně. Mladší se o starším kolegovi zmiňuje jako o příliš opatrném, nepřizpůsobivém, pedantském, staromódním. Starší kolega mladšího vidí jako nezkušeného, lehkomyšlného, nedočkavého. Oba pohledy jsou typické pro jejich věk. Zdrojem nesouladu může být rozdílné hodnocení věcí. Starší člověk lpí na předmětech, ke kterým má za svůj život citovou vazbu. Mohou to být dárky, upomínkové předměty, které má spojené se vzpomínkami na určitou situaci. Nelibě nese, když mladší člověk s nimi nešetrně zachází. Tam kde je dobrá nálada a dobrá vůle se lépe daří ubrousit hroty adaptačních nesnází. Snahu o porozumění musí mít starší i mladší generace a jít si tzv. naproti.

○ POTĚŠENÍ

Podle jednoho předsudku, je člověk ve stáří zbaven všech radostí života. Již před dvěma tisíciletími na tento předsudek reagoval římský filozof Marcus Tullius Cicero konstatováním, že pro starce už sice není hýření, hodování, sexuální rozkoš a zápasnické hry, ale radost a potěšení může nacházet v přírodě, umění, poznávání světa. Starý člověk by měl mít zdroje potěšení a radosti. Zdrojů potěšení a radosti je nespočet. Pro někoho to jsou vnoučata, pro jiného návštěva koncertu nebo pěkná kniha, domácí mazlíček, ruční práce. Nedostatek radostí se dříve nebo i později vždy projeví, i kdyby ostatního bylo nadbytek. Ve zdravotnictví a sociální péči je dostatek příkladů, jak se senioři vzdávají svých radostí. Stáří v kombinaci s nemocí a osamocněním je obtížné. Často mladší členové rodiny jsou neteční k potřebám seniora, chybí jim empatie a nechají se uchlácholit větou, že starý člověk už nic nepotřebuje. Je všeobecně známo, že někteří senioři se vzdávají svých potěšení z obavy, že by obtěžovali, nebo z přílišné skromnosti. Jednotlivá „pé“ můžeme chápat jako vodítko pro sebevýchovu, která pokračuje celý život. Přispívá nám jako příprava na optimální adaptaci v seniorském věku. Karel Čapek řekl, že plný a hodnotný život ve stáří – to je umělecké dílo.

(Kalvach a kolektiv, 2004)

Deprese postihuje 7-15 % osob nad 65 let žijících v komunitě, vyšší prevalence je u seniorů hospitalizovaných a v dlouhodobé ošetrovatelské péči (20-30 %). Často zůstává nerozpoznána a neléčena. 60-90% suicidních pokusů ve stáří je v důsledku deprese.

(Topinková, 2005)

2.3 POJETÍ ZDRAVÍ A NEMOCI VE STÁŘÍ

Zdraví je dle Světové zdravotnické organizace a obecného konsenzu „více než nepřítomnost nemoci“. Tato definice bývá kritizována za to, že mnohdy v teoreticko-politických rozvahách svou absolutizací nešťastně překračuje kompetence medicíny. U seniorů, geriatrických pacientů a obecně u lidí s chronickým zdravotním postižením je však jednoznačně vodítkem, které zdůrazňuje význam funkčních souvislostí, kompenzací, aktivity, participace a zdravím podmíněné kvality života.

Za klíčový pojem při chápání zdraví ve stáří lze považovat potenciál zdraví, který v ČR formuloval v polovině 60. let 20. století C. Drbal jako propojenost tří vzájemně se ovlivňujících a neoddělitelných komponent: zdatnosti, odolnosti a kreativní adaptability. Potenciál zdraví je individuálně specifický, je subjektivně prožíván i objektivně hodnotitelný.

(Kalvach a kolektiv, 2008)

Vymezení pojmu nemoci a zdraví není jednoduché. Existuje několik definic o zdraví. Např.: WHO (1948): Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being), a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci či vady. WHO (1957): Zdraví je stav (kvalita) organismu, který vyjadřuje jeho adekvátní fungování za daných genetických podmínek a podmínek prostředí. Profesor Žáček, sociální lékařství (1974, 1991): Zdraví zahrnuje tělesnou a psychickou integritu, nenarušenost životních funkcí ani společenských rolí a adaptabilitu. Souhrnem je pohoda organismu. Encyclopedia Britannica (2000): Zdraví je míra (rozsah) kontinuálních a sociálních schopností individua vyrovnat se se svým prostředím. Modely zdraví a nemoci se odvíjejí od pojmů adaptabilita, funkčnost, homeostázy, svébytnost a subjektivní spokojenost. Z. Kalvach v knize Geriatrie a gerontologie uvádí modely:

- Model klinický, jež chápe chorobu jako odchylku od normy. Na základě definovaných souborů odchylek a etiopatogenetických souvislostí vytváří nozologické systémy (soustavy chorob).
- Model funkční chápe chorobu jako poruchu funkce duševní, tělesné a sociální.
- Model adaptační chápe chorobu jako poruchu přizpůsobivosti, neschopnost vyrovnat se se změnami poměrů.
- Model ekologický chápe chorobu jako poruchu ve vztahu organismu s jeho prostředím. *(Kalvach a kolektiv, 2004)*

2.4 POJETÍ NORMY A NORMÁLNOSTI

Ve stáří je problém určit co je normální nebo norma. Je to dáno rozdíly mezi věkem kalendářním a biologickým. Je těžké určit, zda je normální pokles nebo zachování funkcí. Rozlišujeme následující možnosti (Vácha, 1980):

- Statistická normálnost – je definována četností variant znaků a jejich rozdělením. Předpokládá, že normální je to, co je časté. Normální je to, co se zpravidla vyskytuje u zdravých.
- Normálnost jako průměr – hlediska častosti a průměrnosti se často kombinují.
- Normálnost jako typičnost – přirozený typ je kombinace znaků, která se vyskytuje s četností mnohem vyšší než kombinace jiné.
- Normálnost jako dosahování určitého výkonu, určité zdatnosti, zdraví, adaptace - přiměřené: obvyklé, umožňující klidné přežívání, často prostá nepřítomnost patologických změn (optimální: vyšší kvality v rámci nechorobnosti, ideální: nepřítomnost jakékoliv chorobnosti).

Můžeme hodnotit psychickou dimenzi zdraví neboli normálnost v chování a myšlení. Zde mimořádně záleží na okolnostech, kultuře a kritériích časových, místních a sociálních. Geriatrie by měla akcentovat normy individuální a optimální.

2.5 VZTAH ZDRAVOTNÍHO A SOCIÁLNÍHO STÁŘÍ

K závažným problémům v geriatrické medicíně patří propojenost problematiky zdravotní a sociální. Podstatou zdravotně-sociálního přístupu v geriatrii není poskytování sociálních dávek a služeb nemocným, handicapovaným lidem, ale ovlivňování komponent zdraví a nemoci uvnitř zdravotnických týmů i odborných činností jednotlivých zdravotníků.

2.6 STÁRNUTÍ A TĚLESNÁ AKTIVITA

V současné době dochází ke zvýšenému podílu starších osob v populaci. To vyvolává zájem u zdravotnických nebo sociálních pracovníků a u ekonomů či politiků

zase obavu. Humanitní společnost se pozná podle přístupu k seniorům a udržení jejich kvality života. Maximální samostatnost, pohyblivost a nezávislost seniora závisí na pravidelné pohybové aktivitě. Ta způsobuje nejenom tělesnou odolnost, ale i duševní. Patří sem vycházky do přírody, taneční kurzy nebo taneční odpoledne pořádané pro seniory. Někdo vyhledává speciální cvičení nebo rehabilitaci. Tělesná zdatnost je kladným předpokladem lepšího zvládnutí stresu, onemocnění a jeho léčby.

(Haškovcová, 2004)

2.7 DRUHÝ ŽIVOTNÍ PROGRAM

Pojem druhý životní program souhrnně označuje takové aktivity lidí ve starobním důchodu, které jim přinášejí pocit uspokojení a společenského uznání, které je srovnatelné s tím, když byli zaměstnaní. Druhý, nikoliv náhradní, životní program má následující základní formy:

- Možnost, nikoliv nutnost pracovat dále, a to v původním nebo jiném pracovně právním vztahu.
- Rozmanité formy voluntérství (dobrovolnictví) jsou výrazem potřeby společenské užitečnosti seniorů.
- Rozvíjet individuální aktivity, případně koníčky, pokud ovšem přinášejí nezbytné pocity individuálního uspokojení. Typickým příkladem jsou nadšení zahrádkáři, včelaři atd.
- Akademie a univerzity třetího věku. Tyto formy druhého životního programu jsou vhodné pro ty seniory, kteří již nemohou nebo nechtějí pracovat a individuální aktivity jim nepřinášejí pocit sounáležitosti, ať již s vrstevníky nebo s věkově mladšími lidmi.

(Haškovcová, 2004)

2.8 POJETÍ KOMPLEXNÍHO GERIATRICKÉHO HODNOCENÍ

Představitelem konceptu CGA je L. Z. Rubenstein. Je to diagnostický proces, zaměřený na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů

křehkých seniorů, s cílem vypracovat celkový plán pro léčení a dlouhodobé sledování (Rubenstein, 1995). „Stařecká křehkost“ nemá dosud v české lékařské terminologii vhodný ekvivalent. Křehkost, respektive rizikovost, je způsobena fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, úbytkem svalové hmoty, sníženou pevností kosti, zhoršením mobility, koordinace. Křehcí (frail) senioři jsou zvýšeně ohroženi náhlou dekompenzací zdravotního stavu, pádem, nezvládají zátěžové situace, potřebují pomoc při náročnějších každodenních činnostech.

(Topinková, 2005)

CGA vychází ze standardního klinického vyšetřování a diagnostikování. Lékařská diagnostika je významná, ale propojenost se sociální sférou tomu dává jiný rozměr. CGA nenahrazuje klasickou nosologickou diagnostiku, ale naopak ji rozvíjí o zájem o funkční souvislosti ve vztahu ke konkrétním životním podmínkám konkrétního pacienta. CGA se uplatňuje z hlediska účelnosti a snižování nákladů. Např. můžeme podcenit rizika hospitalizace, u seniora vznikne geriatrický hospitalismus a tím se prodlouží pobyt na následné péči. Při použití CGA mají geriatrickí pacienti přesněji stanovenou diagnózu a tím i dostávají cílenou péči a šetří se i finanční zdroje.

Optimálně se vytvoří multidisciplinární geriatrický tým. Je složen z odborníků v ošetřovatelství, ergoterapii, fyzioterapii a sociální práci. Multioborovost zajišťuje větší expertní kvalitu všech prováděných hodnocení i efektivnější využití času a znalostí.

(Kalvach a kolektiv, 2004)

2.9 POJETÍ A HODNOCENÍ TĚLESNÉ ZDATNOSTI SENIORA

Tělesná zdatnost je schopnost zvládat tělesnou zátěž, stres a vliv zevního prostředí. Jde o funkční stav organismu. Výkonnost je schopnost podat měřitelný výkon v určité pohybové oblasti. Můžeme ji dělit na silovou výkonnost, vytrvalostní zdatnost a rychlostní výkonnost. Silová výkonnost je schopnost konat krátkodobou tělesnou fyzikální práci vysoké intenzity. Je dána svalovou hmotou a pohybovou koordinací. Vytrvalostní zdatnost je schopnost dlouhodobě vzdorovat zátěžovému stresu, dostatečně dlouho udržet fázi rezistence zátěžovému stresu v rovnovážném stavu zátěže, než dojde k únavě. Ta zabrání fázi velkého vyčerpání. Vytrvalostní zdatnost může být ovlivněna dědičností, stavem

metabolického, kardiopulmonálního, pohybového systému a hlavně psychikou. Rychlostní výkonnost se netýká geriatrické problematiky, ale je specificky sportovním ukazatelem.

Zdatnost seniora se stává jedním z nejspolehlivějších znaků celkového zdraví. Seniorské skupiny můžeme rozdělit do 6 kategorií (podle Spirdusové), ale jen ve dvou skupinách mají senioři rezervu na to, aby zvládli rekonvalescenci běžného zánětlivého onemocnění bez dlouhodobé ztráty soběstačnosti. Zdatnost lze hodnotit anamnesticky, testováním v terénu nebo testováním ve specializované laboratoři.

(Kalvach a kolektiv, 2004)

3 HOSPITALIZACE

Hospitalizace je označení pro delší léčbu osob v lůžkovém zdravotnickém zařízení. K hospitalizaci se přistupuje z důvodů závažného zranění, závažné nemoci, podezření na vnitřní zranění nebo infekční onemocnění. Výjimku zde tvoří hospitalizace zdravých rodiček při spontánním fyziologickém porodu bez předchozího rizikového těhotenství v porodnici. Jako sociální hospitalizaci označujeme pobyt v nemocničním zařízení, jejímž důvodem není skutečnost, že osoba vyžaduje zdravotnickou péči. Jedinec není schopen se sám o sebe postarat, nemá nikoho, kdo by mu mohl pomoci. Takto se často řeší situace, kdy rodina, popřípadě jiné osoby, nemohou nebo nechtějí zajistit ošetrovatelskou péči.

3.1 HOSPITALIZACE V NEMOCNICÍCH ČR V ROCE 2008

Na základě dat pocházejících z Národního registru hospitalizovaných bylo v roce 2008 lůžkovými zdravotnickými zařízeními ČR vykázáno 2 396 tisíc ukončených případů hospitalizace a průměrně na jednoho obyvatele připadalo 2,1 dne stráveného na lůžku. Nemocnic se týkalo více než 2 271 tisíc případů, tj. 95 %, z celkového počtu ukončených hospitalizací ve všech lůžkových zdravotnických zařízeních ČR, s průměrnou ošetrovací dobou jednoho případu dosahující 6,9 dne. Tento počet ukončených případů hospitalizace v nemocnicích se týkal 1 516 tisíc osob a na 10 hospitalizovaných osob tak připadalo průměrně 15 případů hospitalizace. Jedna hospitalizovaná osoba strávila v nemocnici průměrně 10,3 dne. Ve srovnání s předchozím rokem došlo opět k mírnému snížení počtu hospitalizací, a to z 221 na 218 případů v přepočtu na tisíc obyvatel, avšak od roku 2004 dosáhl pokles již 4,8 %.

Po odstranění vlivu stárnoucí věkové struktury prostřednictvím standardizace, představuje pokles intenzity 7,8 % (9,4 % u mužů a 6,2 % u žen). Rovněž pokračovalo zkracování průměrné ošetrovací doby shodně u obou pohlaví až pod hranici 7 dnů. Od roku 1986 se tak snížila průměrná ošetrovací doba již na polovinu a po provedení standardizace dosahuje pokles dokonce 52,6 %. Největší část hospitalizací (17,7 %) i ošetrovacích dní (19,5 %) se opět odehrála na interních odděleních, kde oproti předchozímu roku mírně poklesla průměrná ošetrovací doba na 7,5 dne, a průměrný věk pacientů se zvýšil na 67,1 let. Obdobně jako v předchozím roce proběhlo více než 15 %

hospitalizací na odděleních chirurgie s podílem necelých 14 % ošetrovacích dní. Průměrná ošetrovací doba se zde mírně snížila na 6,1 dne a průměrný věk pacientů se zvýšil na 53,8 let. Více než desetina případů hospitalizace se dále uskutečnila jak na gynekologickém (13 %), tak na pediatrickém oddělení (12 %). Dohromady výše zmiňovaná oddělení poskytla z hlediska podílu ošetrovacích dní polovinu veškeré lůžkové péče nemocnic. Ostatní oddělení zahrnovala jednotlivě z celkového objemu hospitalizací v nemocnicích ČR menší než 5 % podíl. Z hlediska objemu ošetrovacích dní vykazují třetí nejvyšší podíl (11,3 %) oddělení ústavní ošetrovatelské péče. Ve srovnání s ostatními odděleními se zde hospitalizace vyznačují nejvyšší průměrnou délkou přesahující 43 dní a po geriatrii druhým nejvyšším průměrným věkem pacientů dosahujícím 75 let. Naopak nejnižším průměrným věkem se vyznačují, kromě dětských oddělení, pacienti na odděleních foniatrie, léčby popálenin, ORL, gynekologie a infekčních oddělení. Výrazně nadprůměrnou délku hospitalizace přesahující 15 dní vykazují oddělení psychiatrická, protetická, rehabilitační a geriatrická. Naopak hospitalizace průměrně kratší než 4 dny zaznamenala opět oční oddělení, dále oddělení intenzivní péče a dětská oddělení chirurgie a ORL.

[Online]. [cit. 2010-03-13]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>

Z této statistiky vyplývá, že stále velké procento lidí je hospitalizováno a tím ohroženo komplikacemi při hospitalizaci. Přes mnohá důkladná opatření ohrožují pacienta v našich nemocnicích infekce, které přímo nesouvisí s jeho onemocněním. Infekce, která obvykle prodlouží hospitalizaci anebo pooperační ambulantní péči, nazýváme nozokomiální nákaza. Pramenem původců NN je zejména nemocniční personál, mezi rizikové faktory však patří i pokročilý věk pacienta, chronické onemocnění, imunosupresivní léčba, snížená imunita, porucha vědomí, aspirace, intubace, mechanická ventilace, dlouhodobá hospitalizace, obezita, inhalace kontaminovaných aerosolů, invazivní diagnostické a terapeutické postupy. Nesporným pramenem původu nákazy jsou i návštěvníci nemocných.

Mezi negativní faktory řadíme například časně buzení, nezvyklá strava, strach, neporozumění si se spolupacienty. Patří sem i nevhodné podmínky pro odpočinek, spánek v noci, malé množství podnětů fyzických, psychických či sociálních. Následkem může být strádání = deprivace, která když je dlouhodobá, vede k hospitalizmu.

[Online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/nozokomialni-nakazy-a-hygienicko-epidemiologicky-rezim-447343>>

3.2 DEPRIVACE, HOSPITALIZMUS

Deprivace je zbavení něčeho důležitého či žádoucího, stav nemožnosti uspokojení základních potřeb jedince, vedoucích k porušení psychické rovnováhy. Na rozdíl od frustrace je to stav absence podnětů a motivace. Deprivace může být smyslová, nedostatek spánku, citová a sociální. Přesáhne-li deprivace určitý práh, dochází k nevratným poruchám funkcí organismu. Trvale mohou jedince poškodit v oblasti prožívání a chování. Speciálním typem deprivace je hospitalizmus. Hospitalizmus je jev emocionální nestability, charakterizovaný souborem fyzických potíží a psychické nerovnováhy. Může být vyvolaný dlouhodobým pobytem zejména dětí, ale i seniorů v nemocniční péči, popřípadě v ústavním ošetřování. Projevuje se ztrátou aktivity, zdánlivým nezájmem o okolí a opožděním mentálního vývoje. Působí jako dlouhodobá deprivace. Prevence hospitalizmu spočívá v dobré informovanosti pacienta již při příjmu na oddělení. Seznámíme ho s režimem na oddělení, nemocničním prostředím, ukážeme signalizaci. Během hospitalizace nemocnému podáváme dostatek informací, umožníme kontakt s rodinou. Respektujeme potřeby nemocného, které se nemusí vždy shodovat s chodem oddělení, dále respektujeme jeho strach, stud a požadavek na soukromí. Podporujeme aktivizaci pacienta, poskytujeme podněty pro duševní a fyzickou činnost. Dle zdravotního stavu provádíme rehabilitační cvičení. Řídíme se ošetřovatelským procesem s ohledem na individuální potřeby pacienta.

3.3 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

Imobilizační syndrom je fyziologická odpověď na imobilitu. Je to stav, při kterém je postižený jedinec ohrožen poškozením určitých tělesných systémů následkem léčbou vynucené nebo nevyhnutelné imobilizace. Komplikacemi imobilizace mohou být např. dekubity, obstipace, stáza bronchiálního sekretu, trombóza, infekce močového systému s event. retencí, snížení svalové síly, ortostatická hypotenze, omezení pohyblivosti kloubů, dezorientace, poruchy somatické integrity a bezmocnost. U polymorbidních seniorů s omezenou adaptační kapacitou je rozvoj negativních důsledků pobytu na lůžku rychlý a probíhá v desítkách hodin. Během 24 hodin se můžou vyvinout dekubity, flebotrombóza i pneumonie. Při správně prováděné ošetřovatelské péči, by

k imobilizačnímu syndromu mělo docházet minimálně. Důležitá je prevence. Polohováním ukládáme pacienta do fyziologické polohy, respektujeme jeho pohodlí a v časovém intervalu polohu měníme. Podle zdravotního stavu pacient aktivně vykonává pohyby vlastní silou a vůlí, pomocí fyzioterapeuta cviky na udržení rozsahu pohybu v kloubu. U ležícího pacienta provádíme bandáže dolních končetin do třísla pomocí obinadla nebo elastických punčoch, cvičení a elevace dolních končetin. Pacienta povzbuzujeme k včasnému vstávání z lůžka. Jako prevence plicní embolie je antitrombotická léčba. U poruch dýchacího systému z imobility je důležitá Fowlerova poloha, zvlhčovaný vdechovaný vzduch, dechová rehabilitace, vibrační masáž a hlavně dostatečná hydratace. Mezi metody prevence poškození kůže patří udržování suché a čisté pokožky, polohování, používání antidekubitárních pomůcek, výživa bohatá na proteiny a vitamín C.

(Archalousová, 2006)

3.4 HODNOCENÍ A MĚŘÍCÍ TECHNIKY V PRAXI

V českém ošetřovatelství byly sestry zvyklé sledovat pouze hodnoty ordinované lékařem. Vhodné vlastní hodnotící a měřicí techniky se v posledních letech postupně zavádějí do ošetřovatelské praxe. Jsou zaměřené na objektivizaci údajů, které sestra potřebuje k zajištění kvalitní a efektivní péče o nemocného. S rostoucí autonomií sestry v oblasti ošetřovatelského procesu se současně zvyšuje její odpovědnost a samostatnost. Sestra získává a vyhodnocuje informace z ošetřovatelské anamnézy, hodnotí současný zdravotní stav a sestavuje plán péče. Samozřejmě plní ordinace lékaře. Ve světě bylo vypracováno mnoho ošetřovatelských metodik zaměřených na ošetřovatelský problém. Na našich pracovištích jsme je převzali bez změn nebo je vhodně upravili. V současné době mohou sestry používat nepřeherné množství technik, které pomáhají k objektivizaci potíží pacientů. Mezi nejčastější oblasti hodnocení patří měření fyziologických funkcí, hodnocení bolesti, měření kvality psychiky, měření soběstačnosti a měření rizika komplikací. V příloze se nacházejí příklady formulářů hodnotících metod.

(Staňková, 2004)

3.5 HODNOCENÍ BOLESTI

Bolest je spojena s celou řadou nemocí, s operačními výkony, s některými vyšetřeními, odběry krve, invazivními vstupy, dlouhým pobytem na lůžku apod. Při ošetřování nemocných se sestra setkává s bolestí velmi často. Nemocný ji prožívá negativně a může zvyšovat jeho strádání. Jedna z nejdůležitějších lidských potřeb je být bez bolesti. Základní součástí ošetřovatelského procesu je odstraňování nebo zmírňování bolesti. Bolest je vnímána velmi individuálně, každý je jinak citlivý. Existují faktory, které ovlivňují vnímání bolesti, např. vrozený typ nervové soustavy, psychický stav, pohlaví, věk, etnická skupina, nevyspaní, neosobní jednání zdravotníků, u dětí odloučení od matky. Je zajímavé, že na vnímání bolesti má vliv i denní doba. Během dne, hlavně dopoledne je bolest pro pacienta snesitelnější, protože se děje mnoho věcí, které ho rozptylují. V nočních hodinách nemocný bolest hůře snáší, je unavenější, více se na sebe soustředí. Je důležité si uvědomit, že to co vnímá jeden pacient jako mírnou bolest, může být pro druhého nesnesitelné. Odstraňování a zmírňování bolesti tvoří důležitou součást režimu. U bolesti hodnotíme charakter (bolest srdeční, kloubní, ostrá, tupá, bodavá,...), intenzitu (slabá, střední, silná, nesnesitelná) a individuální vnímání. Mezi nejčastější hodnotící metody patří:

- Verbální škála – nemocný vyjadřuje bolest např. číselně od 1 – 10, slovně od slabé po nesnesitelnou,
- neverbální škála – používá se především u dětí a starých lidí, sledujeme neverbální projevy bolesti, např. pláč, vzdech, naříkání, mimika, zrudnutí obličeje, bušení srdce, nauzea, zvracení,
- vizuální škála – měří intenzitu bolesti, škálování je rychlé, často se používá u dětí a starých lidí, např. posuvné pravítko, škála výrazů obličeje, analogová měřítková škála,
- dotazník – hodnotí intenzitu i charakter bolesti, pacient škáluje své pocity a zároveň odpovídá na otázky.

Např. Hodnocení bolesti (podle Hospital Broussais, Paříž, 1998), Hodnocení bolesti (podle Institutu Gustave Roussy), Dotazník sledování bolesti (podle IPVZ Praha), Kontrola bolesti (podle Hospicu Sv. Anežky České) a další.

(Staňková, 2004)

3.6 MĚŘENÍ KVALITY PSYCHIKY

Sestra potřebuje pacienta dobře poznat, aby mohla poskytovat individualizovanou péči. Stejně důležité jako je znát jeho somatické problémy, je dobré znát i psychiku nemocného. Na základě poznatků o jeho psychice může zvolit vhodný způsob komunikace, lépe pochopí jeho problémy a potřeby. V ošetrovatelství sestra používá jednoduché orientační metody. Specifické diagnostické testy smí používat pouze klinický psycholog a psychiatr. Můžeme použít – Zkrácený mentální bodovací test (hodnocení psychického stavu podle Gainda), Škála deprese pro geriatrické pacienty (podle Sheik, J. I., Yesavage, J. A.: Clin. Gerontol., 5, 1986, s. 165-172), Stupnice hodnocení psychického zdraví (Savage, Britton, 1967, Kolibáš a spol. 1993), Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí GCS (Glasgow Coma Scale), Folsteinův test kognitivních funkcí (modifikace Topinková, E., Mellanová, A. 1993) (Staňková, 2004)

3.7 MĚŘENÍ SOBĚSTAČNOSTI

Jedním ze základních cílů moderního ošetrovatelství je udržení nebo rozvoj soběstačnosti. Sestra pomocí testů umí zjistit stupeň soběstačnosti a přizpůsobit ošetrovatelskou péči. Nemocní, kteří nejsou schopni si zajistit činnosti běžného denního života bez pomoci druhých, pociťují nedostatky v ošetrovatelské péči velmi silně negativně. Ztráta soběstačnosti a neschopnost se o sebe postarat může vést ke vzniku imobilizačního syndromu. Proto je potřeba kvalitní individualizovaná ošetrovatelská péče. Stupeň soběstačnosti může sestra zjišťovat odhadem a pozorováním pacienta při běžných denních činnostech. Přesněji nám soběstačnost pomohou určit měřící techniky, které jsou užitečné pro stanovení vhodné ošetrovatelské péče, hlavně u dlouhodobě nemocných nebo starších pacientů. S hlediska soběstačnosti v denních činnostech můžeme pacienty rozdělit do 4 skupin:

- Nemocní zcela soběstační, nezávislí na pomoci sestry,
- nemocní částečně soběstační, schopní sebeobsluhy i mimo lůžko, ale za vydatné pomoci ošetrovatelského personálu,

- nemocní zcela či částečně soběstační, ale upoutaní na lůžko, psychicky dekompenzovaní, vyžadující pomoc sestry,
- nemocní nesoběstační, upoutaní na lůžko, příp. nemocní v bezvědomí, zcela závislí na péči personálu.

Nejpoužívanější test v dnešní době je Barthelův test základních všedních činností (ADL aktivity daily living), Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou).

(Staňková, 2004)

3.8 MĚŘENÍ RIZIKA VZNIKU KOMPLIKACÍ

Důležitým preventivním opatřením u geriatrických pacientů je Hodnocení rizika pádu a Dospělé nutriční skóre. Včasným odhalením rizikovosti pacienta můžeme předejít vážným zdravotním komplikacím. Dalším používaným testem je Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové. Existují i testy na Hodnocení rizika vzniku proleženin (Shannon, M., L., 1984), Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách, Hodnocení periferního žilního katétru dle Maddona a další.

(Staňková, 2004)

3.9 SOUČASNÉ FORMY PÉČE O STARÉ OBČANY

Péče o staré občany se realizuje v rodině, ve zdravotnictví nebo v sociálních službách. Svou úlohu získávají občanská sdružení, dobrovolnictví či církve.

○ RODINA A JEJÍ MOŽNOSTI

Je jasné, že člověku je nejlépe mezi svými v domácím prostředí, ať již ve zdraví tak v nemoci. V minulosti se uzavíraly tzv. výměnkářské smlouvy, které starému člověku zaručily bydlení na výměnku, základní živobytí a pomoc v nemoci i ve stáří. V současné době žijí rodiče a jejich děti samostatně, ale neznamená to, že by se neměli rádi. Občasná péče o seniora není většinou žádný problém. Mnohem náročnější je péče dlouhodobá nebo dokonce trvalá. Většina rodin má snahu se o seniora postarat, ale musí zdolat několik překážek, např. nevyhovující bydlení, zaměstnání, ekonomické důvody, nedostupnost

běžných nebo specializovaných služeb, atd. Výhodný je i rozvoj respitní péče např. formou časově omezených hospitalizací. To znamená, že příbuzný, který se stará o starého člověka, ho předá do péče sociálního nebo zdravotního zařízení na dobu určitou. Takhle získané volno využije k odpočinku a regeneraci sil. S péčí o seniora může pomoci systém domácí péče – home care. Kvalifikovaný zdravotnický personál pomáhá rodině s péčí o seniora v domácím prostředí.

○ ZDRAVOTNICTVÍ

Staří lidé využívají služeb všech zdravotnických zařízení i všech lékařských oborů, dochází k tzv. geriatrizaci medicíny. Akutní lůžka jsou vysoce specializovaná a drahá, nemocní by měli být doléčováni především v Léčebnách dlouhodobé péče. Bohužel, v dnešní době, kdy populace stárne, je těchto lůžek velký nedostatek. Home care – domácí odborná zdravotní péče je určena pacientům, u kterých není hospitalizace nutná, ale současně nestačí laická péče. Domácí péče má několik výhod – rodina může být i v nemoci stále pohromadě, nemocný se ve svém prostředí cítí lépe a je v lepším psychickém stavu. Snižují se náklady na zdravotní péči, předchází se hospitalismu a jiným komplikacím, které s hospitalizacemi souvisí.

○ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby nabízí domovy důchodců, penziony pro seniory, domy s pečovatelskou službou. V některých městech existuje systém domácí pečovatelské služby, který má za úkol např. donášku obědů, praní, úklid, ...) Vzhledem k tomu, že populace stárne, je potřeba nastavit péči o seniory mnohem efektivněji. Podporovat rodiny, které se o starého, nemocného člověka chtějí starat v domácím prostředí, založit denní stacionáře pro seniory.

(Haškovcová, 2004)

3.10 HOLISMUS V OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelský proces je systematický přístup k ošetřování nemocných, který řeší individuální problémy. Zabývá se zdravotními potřebami jednotlivce, které mohou být nejlépe uspokojeny ošetřovatelskou péčí. Ošetřovatelský proces zahrnuje plánování, poskytování péče a hodnocení její efektivity. Sestra ve spolupráci s ostatními definuje cíle, stanoví priority, určuje potřebnou péči a mobilizuje zdroje k jejímu zajištění. Základem ošetřovatelské péče je holistický přístup.

Pojem holismus pochází z řeckého *to holon* neboli celek. Je to filosofický směr, který vychází z idealismu. Vznikl ve dvacátých letech 20. století. Název zavedl jihoafrický generál, politik Jan Christian Smuts. Napsal knihu *Holismus a evoluce*. Zdůrazňuje, že vlastnosti systému nelze určit zkoumáním jedné části, ale je potřeba ho vidět jako celek. Poté ho lépe pochopíme.

Holismus v ošetrovatelství znamená celkový přístup k jedinci, ať již ve zdraví nebo v nemoci. Pacienta nedělíme na jednotlivé části. Vidíme propojenost, vzájemný vztah a ovlivnitelnost jednotlivých částí člověka. Změna jedné části, vyvolá změnu celku. Každá osoba má své jedinečné potřeby, na které nahlížíme v souvislostech. V ošetrovatelské péči akceptujeme pacienta a jeho práva. Sestry musí brát na zřetel osobu jako celek v její bio -psycho-sociální jednotě. Například, dlouhodobá psychická zátěž může být faktorem vyvolávajícím somatické onemocnění nebo prostředí, ve kterém pacient žije, může ovlivnit přímo či nepřímo zdravotní stav. Sociální izolace vede ke vzniku negativních emocí – strach, úzkost, hněv.

Holistická medicína neléčí příznaky onemocnění, ale snaží se odstranit všechny příčiny. Medikamentózní léčba je doplňována alternativními postupy. V její základní filosofii je kladen důraz na zajištění kompletní péče o člověka nebo nemocného a na to, že celek má vždy přednost nad jednotlivým dílem. Komplexní pohled na nemocného je třeba upřednostňovat před pohledy dílčími a "specializovanými". V 19. století se lékaři dívali na pacienta jako na celek. Pokrok jde dopředu a lékařská věda se dělí nejméně na 300 samostatných disciplín, z nichž každá se vyrovná objemem celé lékařské vědy 17. století. Specializovaní lékaři ztrácí celkový pohled na pacienta a jeho onemocnění, tím se stává, že často řeší příznaky a ne příčiny.

(Trachtová a kolektiv, 2001)

Již dříve jsem někde četla hezky popsaný rozdíl mezi klasickou medicínou a holistickou medicínou. Klasická medicína se zabývá léčením nemocí a je královstvím vyšetřování a odstraňování příznaků, výsledkem je vyléčení nemoci. Holistická medicína se zabývá předcházením nemocí a je královstvím nacházení příčin a chápání souvislostí, výsledkem je uzdravování celého člověka.

II EMPIRICKÁ ČÁST

1 ÚVOD

V poslední době se hodně mluví o stáří, stárnutí, prodlužování věku a kvalitě života seniorů. Mladí lidé chápou stárnutí jako chátrání těla, zpomalené myšlení, snížení intelektu apod. Není to úplně pravda, mnohý senior žije aktivněji, vzdělává se a je optimista. Hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské péče je uspokojování nižších a vyšších potřeb člověka. Uspokojování potřeb je jednou z podmínek jeho existence a rozvoje.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na hospitalizované a nehospitalizované seniory. Chtěla bych se pokusit zjistit, rozdíl uspokojování potřeb mezi seniory v nemocniční péči a seniory v domácím prostředí. Předpokládám, že senior v domácím prostředí nestrádá po duševní stránce a senior v nemocnici si nebude stěžovat na neuspokojené nižší potřeby. Pracuji na Oddělení následné péče jako staniční sestra, celou svou pracovní dobu jsem v kontaktu s pacienty, s jejich rodinnými příslušníky, zdravotnický personál vedu ke kvalitní ošetrovatelské péči. Ráda bych se z výsledku výzkumu poučila a případné nedostatky v ošetrovatelské péči odstranila. Třeba se podaří ošetrovatelskému personálu z Domova U Spasitele dát také nějaké doporučení, které vyplyne z výzkumu. Zdroje a odborné poznatky jsem čerpala z odborné literatury, internetových stránek a z vlastní zkušenosti.

2 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem bylo zjistit, rozdíl uspokojování potřeb u hospitalizovaných a nehospitalizovaných seniorů.

Cíl č. 1: Zjistit, zda jsou nižší potřeby u seniorů uspokojovány.

- I. hypotéza: u hospitalizovaných seniorů jsou uspokojovány.
- II. hypotéza: u nehospitalizovaných seniorů jsou hůře uspokojovány.

Cíl č. 2: Zjistit, zda jsou vyšší potřeby u seniorů uspokojovány.

- I. hypotéza: u hospitalizovaných seniorů jsou hůře uspokojovány.
- II. hypotéza: u nehospitalizovaných seniorů jsou uspokojovány.

Cíl č. 3: Zjistit, jaké mají senioři plány do budoucna a jaký zážitek hodnotí jako nejsilnější v posledních letech.

Výsledek výzkumu může posloužit ke zkvalitnění péče o seniory na Oddělení následné péče Nemocnice Frýdlant s.r.o. Z výzkumu může vyplynout i doporučení pro domácí ošetřování, pro péči o seniory v domácím prostředí.

3 METODIKA VÝZKUMU

3.1 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ

Soubor respondentů byl tvořen seniory hospitalizovanými v Nemocnici Frýdlant s.r.o. na Oddělení následné péče a seniory žijícími v Domově u Spasitele ve Frýdlantu.

3.1.1 Charakteristika Oddělení následné péče

Nemocnice Frýdlant s.r.o., se skládá z interního, chirurgického, gynekologického oddělení, ONP, DIOP, rehabilitace, laboratoře a odborných ambulancí. Oddělení následné péče poskytuje dlouhodobější lékařskou a ošetrovatelskou péči pacientům po operacích pohybového aparátu, úrazech, cévních mozkových příhodách. Dále jsou zde hospitalizováni kardiáci a onkologicky nemocní. Pacienti jsou různého věku, ale převážně lidé starší 65 let. Je zde zaveden ošetrovatelský proces dle metodických pokynů MZ ČR. Pracuje se zde s ošetrovatelskou dokumentací, která je hlavním zdrojem informací pro zdravotnický tým o potřebách pacienta a ošetrovatelské péči. Oddělení má 7 pokojů – 3 pětilůžkové, 2 dvoulůžkové a 2 třílůžkové. Celkem 25 lůžek. Oddělení je od roku 2009 zrekonstruované. Byla zde vybudována nová sociální zařízení, prostorná koupelna, příjemná jídelna. Celkem zde pracuje v třisměnném provozu 5 všeobecných sester, jedna ošetrovatelka, 3 sanitářky a 3 sanitáři. Lékařskou péči zajišťuje každodenními vizitami primář oddělení a ve službě sloužící lékař. Dopoledne probíhá aktivní rehabilitace pod vedením zkušené fyzioterapeutky a odpoledne zaškolený ošetrovatelský personál s pacienty opět nacvičuje rehabilitaci chůze. K dispozici jsou rehabilitační pomůcky, různé typy chodítek, berle, francouzské hole, polohovací pomůcky, antidekubitární matrace. Pacienti volný čas tráví rehabilitací, sledováním televize, čtením, luštěním křížovek, pospáváním nebo povídáním se spolupacienty. U každého je využití volného času individuální.

3.1.2 Charakteristika Domova U Spasitele

Domov U Spasitele ve Frýdlantu je nestátní sociální zařízení, s právní subjektivitou, zřízené Církví Československo husitskou. Domov je umístěn v klidném prostředí, poblíž centra. To napomáhá klientům být součástí přirozeného místního společenství, využívat místní instituce a lépe udržovat vztahy s rodinou a přáteli. Okolí Domova tvoří krásná, prostorná zahrada se vzrostlými stromy, kašnou a parkem. Součástí areálu je kostel CČSH. Kapacita Domova je 45 lůžek. Zařízení poskytuje služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Nejčastěji jsou zde senioři starší 65 let, kteří nemohou vzhledem ke snížení soběstačnosti zůstat v domácím prostředí. Budova je vybavena osobním výtahem a schodišťovou plošinou. Klienti jsou převážně ubytováni v dvoulůžkových pokojích, sociální zařízení je společné. Po domluvě si mohou klienti pokoj vybavit vlastním zařízením. Domov má vlastní kuchyni, kde vaří domácí stravu. Jídlo je podáváno ve společné jídelně. O klienty pečují 25 stálých zaměstnanců, převážně pečovatelky. Domov U Spasitele nabízí nepřetržitou ošetrovatelskou péči, zprostředkovává služby kadeřníka, pedikúry, kulturní akce, návštěvy kina, divadla. Součástí Domova je dílna, kde se senioři mohou věnovat keramice, pletení košíků, drobným výtvarným a ručním pracím. Pečují zde o křesťanský život věřících seniorů.

4 UŽITÁ METODA ŠETŘENÍ

Pro výzkumné šetření bylo v této práci užito kvantitativního výzkumu. Jako výzkumná metoda pro získání dat byl použit nestandardizovaný dotazník. Dotazník obsahuje otázky, které slouží k získání specifických dat, které jsou potřebné k výzkumnému šetření. Dotazník byl anonymní a vyplnění dobrovolné. Respondenti měli několik způsobů, jak vyplnit dotazník. Většina seniorů volila způsob, kdy jsem jim otázky předčítala a jejich odpověď zaznamenávala do dotazníku, ostatní, těch byla menšina, vše zvládli sami. Respondenti vyplňovali dotazník individuálně. V dotazníku byly použity otázky:

1. Uzavřené, které nabízejí soubor možných variant, ze kterých respondent vybere vhodnou odpověď (20 otázek),

2. otevřené, které ponechávají respondentovi volnost v odpovědi, nenapovídají mu předem žádné řešení (2 otázky),

3. polytomické, kdy respondent má možnost si vybrat více variant odpovědi. (3 otázky).

V dotazníku byly většinou použity otázky uzavřené se strukturovanou odpovědí. Vlastní dotazník se skládá ze tří částí. První obsahuje úvodní dopis, v kterém vysvětluji důvody prováděného výzkumu a pokyny ke správnému vyplnění dotazníku. Druhá část dotazníku se skládá z části zaměřené na nižší potřeby a třetí na vyšší potřeby seniorů.

Otázku 24. a 25. jsem zvolila jako otevřenou, kde se respondentů ptám na plány do budoucna a jejich nejsilnější zážitek. Hlavní nevýhodou otevřených otázek je jejich obtížné vyhodnocení. Odpovědi mohou být zajímavé, i když ne každý respondent odpoví.

5 REALIZACE VÝZKUMU

Výzkum byl prováděn na Oddělení následné péče Nemocnice Frýdlant s.r.o. (hospitalizovaní senioři) a v Domově U spasitele ve Frýdlantu (nehospitalizovaní senioři). V listopadu 2009 byla podána žádost o povolení výzkumného šetření hlavní sestře nemocnice Frýdlant a ředitelce Domova U Spasitele. Žádosti byly schváleny a výzkumné šetření mohlo začít.

Soubor zkoumaných osob tvořili senioři. Vstupním kritériem byl věk a ochota spolupracovat. Dolní hranice byla 65 let a horní neomezená. Mezi vylučující kritéria jsem zařadila závažnou smyslovou poruchu, demenci a neochotu ke spolupráci. Návratnost dotazníků byla 100 %.

Hospitalizované seniory jsem si na oddělení vybírala podle ročníku narození. Od listopadu 2009 jsem postupně začala oslovovat všechny pacienty na oddělení splňující kritéria. Rozdávání dotazníku jsem měla naplánované do konce února 2010 nebo do naplnění počtu - 30 ks v každém zařízení. Senioři – pacienti byli vstřícní, všichni oslovení vyplnili dotazník.

Skupinu nehospitalizovaných seniorů jsem oslovila v Domově U Spasitele. Paní ředitelka mě ke svým klientům uvedla a pak už bylo na mě, jak se s nimi domluví. Většina klientů vyplňování dotazníků brala jako milé zpestření všedního dne. Někteří měli ke každé otázce historku nebo svůj názor či zkušenost. Rozhovor s jedním klientem trval v průměru

30 minut. Naplánovala jsem si pět návštěv, při kterých jsem chtěla individuálně oslovit šest klientů. V Domově u Spasitele žádný klient neodmítl dotazník vyplnit.

6 ZPRACOVÁNÍ DAT

Získaná data byla zpracována vpisováním dat do tabulky Microsoft Excel. V tabulkách byla vypočtena relativní četnost.

Relativní četnost byla propočítána pomocí vzorce:

$$f_i = n_i/N$$

f_i = relativní četnost

n_i = absolutní četnost

N = celková četnost

Absolutní četnost je počet výskytů jednotek v každé skupině. Relativní četnost vzniká porovnáním absolutních četností k rozsahu celého souboru. Relativní četnosti jsou poměrná čísla, která charakterizují strukturu daného souboru z hlediska zkoumaného znaku. Vyjadřují se v procentech, součet všech relativních četností v daném souboru se rovná 100 %.

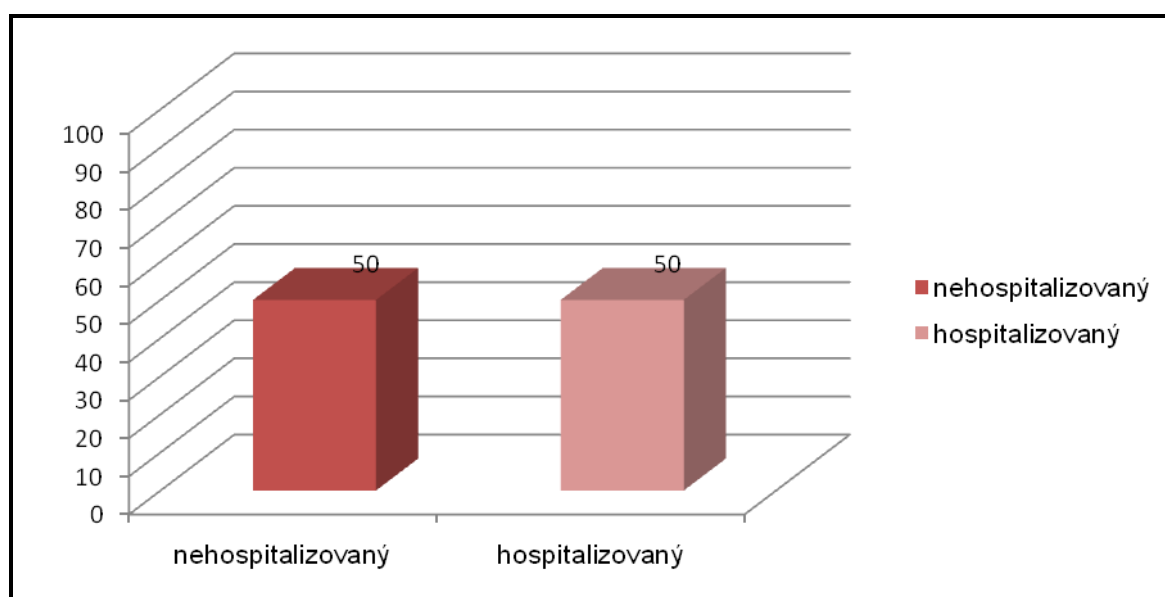
V bakalářské práci jsou použity sloupcové grafy. Pro sestavení tabulek a grafů byl využit Microsoft Excel.

7 VÝSLEDKY

Položka č. 1: **Jste v současné době hospitalizovaný (-á) v nemocnici?**

Tabulka č. 1: Počet respondentů

nehospitalizovaný	30	50 %
hospitalizovaný	30	50 %
Celkem	60	100 %



Graf č. 1: Počet respondentů

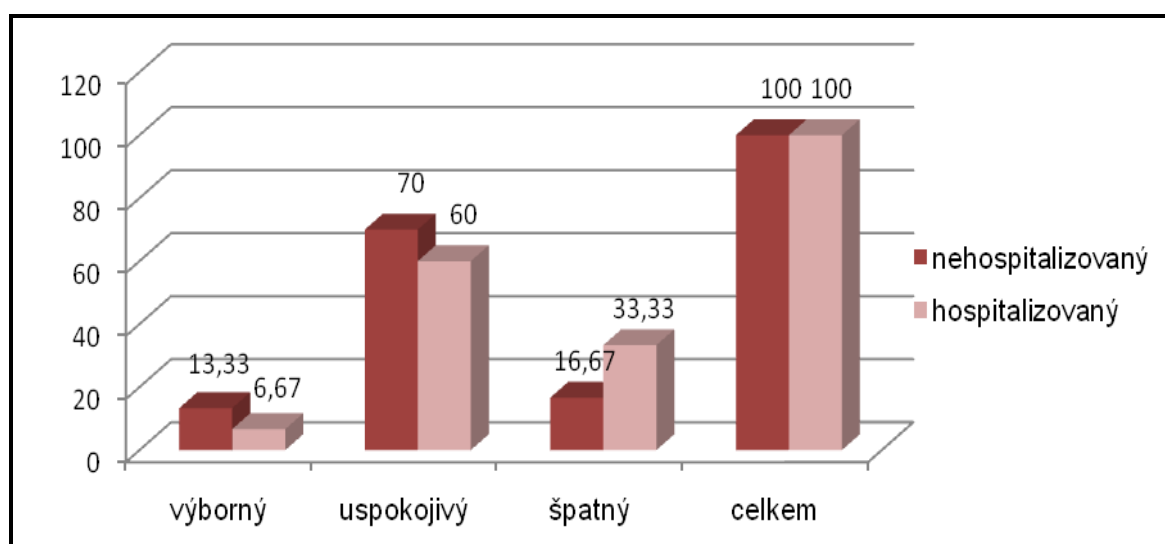
Komentář:

Z celkového počtu 100 % respondentů 50 % odpovědělo, že je hospitalizováno a 50 % není hospitalizováno.

Položka č. 2: **Váš zdravotní stav je na analogové škále – na pravitku od 0 - 10 (čím vyšší číslo, tím lépe se cítíte).**

Tabulka č. 2: Zdravotní stav

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
výborný	4	13,33 %	2	6,67 %
uspokojivý	21	70,00 %	18	60,00 %
špatný	5	16,67 %	10	33,33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 2: Zdravotní stav (v procentech)

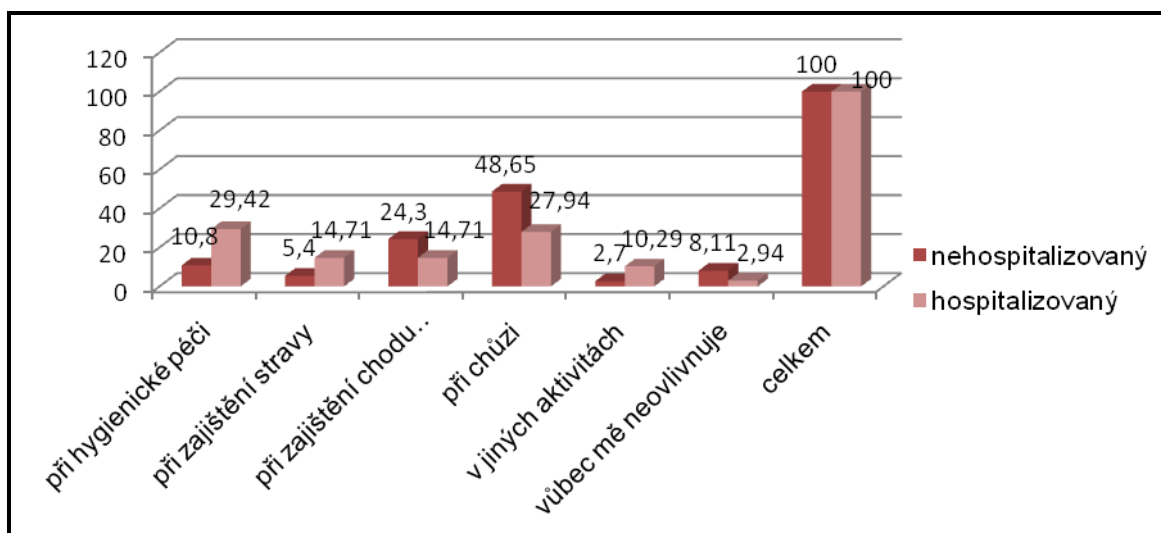
Komentář:

Jako výborný svůj zdravotní stav hodnotí 13,33 % nehospitalizovaných seniorů a 6,67 % hospitalizovaných seniorů. 70% nehospitalizovaných a 60 % hospitalizovaných seniorů uvedlo, že jejich zdravotní stav je uspokojivý. Špatně svůj zdravotní stav vnímá 16,67 % nehospitalizovaných seniorů a 33,33 hospitalizovaných seniorů.

Položka č. 3: **Při jaké činnosti Vás nejvíce ovlivňuje zdravotní stav?**

Tabulka č. 3: Ovlivněné činnosti

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n _i	f _i	n _i	f _i
hygienická péče	4	10,80 %	20	29,42 %
zajištění stravy	2	5,40 %	10	14,71 %
chod domácnosti	9	24,30 %	10	14,71 %
chůze	18	48,65 %	19	27,94 %
jiné aktivity	1	2,70 %	7	10,29 %
neovlivňuje	3	8,11 %	2	2,94 %
Celkem	37	100 %	68	100 %



Graf č. 3: Ovlivnění činnosti (v procentech)

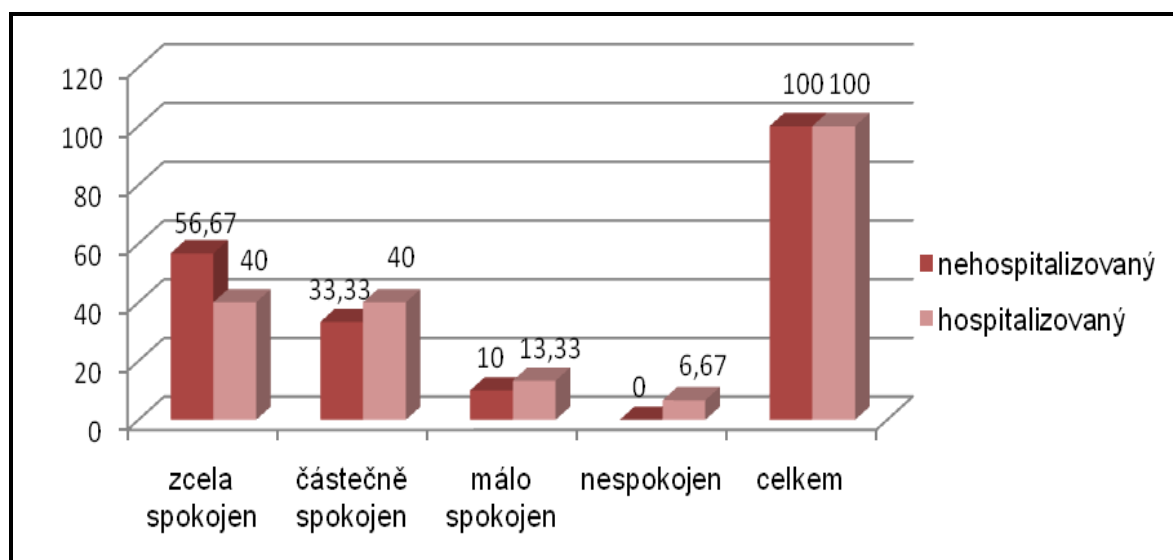
Komentář:

Z celkového počtu 100 % nehospitalizovaných seniorů uvedlo, že zdravotní stav je ovlivňuje ze 48,65 % při chůzi, 24,3 % při zajištění chodu domácnosti, 10,8 % při hygienické péči, 8,11 % vůbec neovlivňuje, 5,40 % při zajištění stravy a 2,7 % při jiných aktivitách. Z celkového počtu 100% hospitalizovaných seniorů uvedlo, že zdravotní stav je ovlivňuje z 29,42 % při hygienické péči, 27,94 % při chůzi. Při zajištění stravy a chodu domácnosti je ovlivněno shodně 14,71 % hospitalizovaných seniorů. V jiných aktivitách je ovlivněno 10,29 % hospitalizovaných seniorů a 2,94 % uvedlo, že je vůbec zdravotní stav neovlivňuje.

Položka č. 4: **Jak jste spokojen (a) s kvalitou jídla?**

Tabulka č. 4: Kvalita jídla

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
zcela spokojen	17	56,67 %	12	40,00 %
částečně spokojen	10	33,33 %	12	40,00 %
málo spokojen	3	10,00 %	4	13,33 %
nespokojen	0	0,00 %	2	6,67 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 4: Kvalita jídla (v procentech)

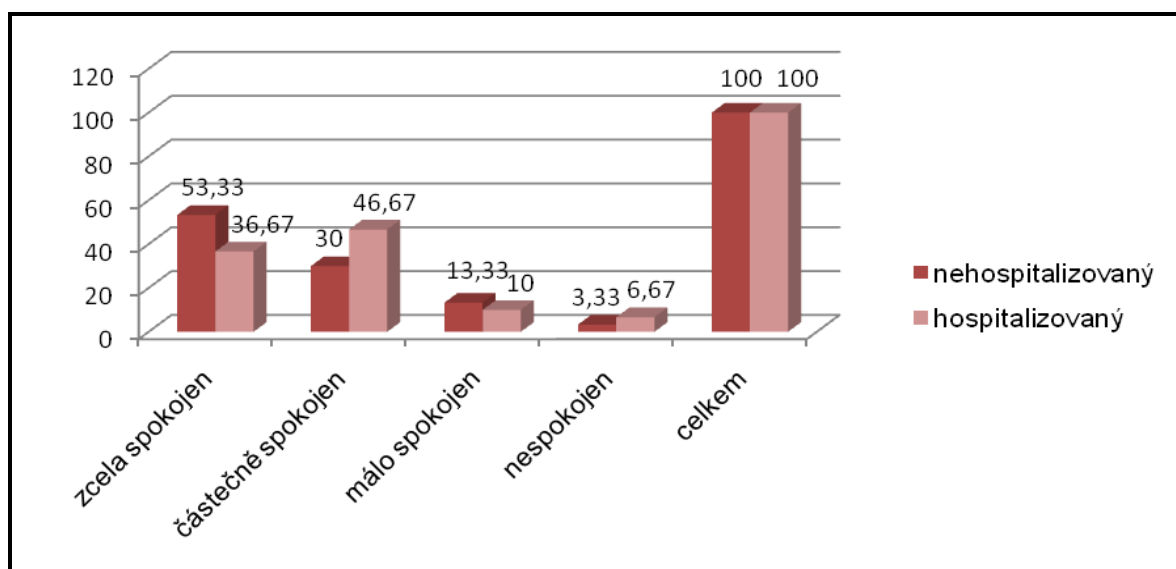
Komentář:

Z celkového počtu 100% nehospitalizovaných seniorů uvedlo, že s kvalitou jídla je zcela spokojeno 56,67 %, částečně spokojeno 33,33 %, málo spokojeno 10 %. Nespokojenost nevedl ani jeden nehospitalizovaný senior. Z celkového počtu 100 % hospitalizovaných seniorů bylo zcela spokojeno s kvalitou jídla 40 %, částečně spokojeno 40 %, málo spokojeno 13,33 % a nespokojeno 6,67 %.

Položka č. 5: **Jak jste spokojen (a) s nynějším ubytováním?**

Tabulka č. 5: Ubytování

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
zcela spokojen	16	53,33 %	11	36,67 %
částečně spokojen	9	30,00 %	14	46,67 %
málo spokojen	4	13,33 %	3	10,00 %
nespokojen	1	3,33 %	2	6,67 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 5: Ubytování (v procentech)

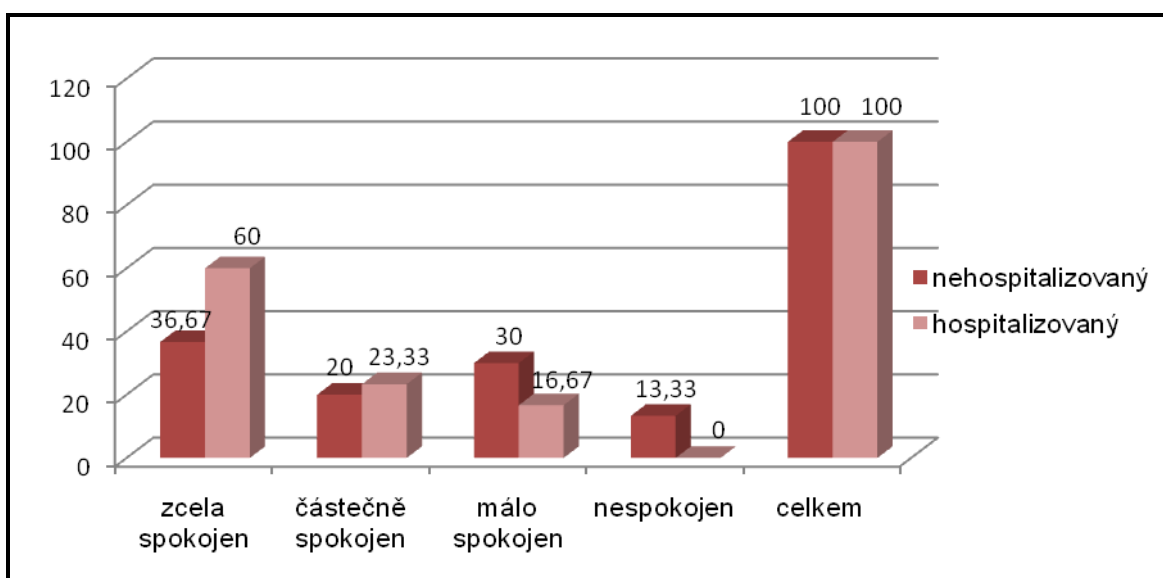
Komentář:

Z celkového počtu 100 % nehospitalizovaných seniorů je s nynějším ubytováním zcela spokojeno 53,33 %, částečně spokojeno 30 %, málo spokojeno 13,33 % a nespokojeno 3,33 %. Z celkového počtu 100 % hospitalizovaných seniorů uvedlo, že zcela spokojeno s ubytováním je 36,67 %, částečně spokojeno 46,67 %, málo spokojeno 10 % a nespokojeno 6,67 %.

Položka č. 6: **Jak jste spokojen (a) s rehabilitací?**

Tabulka č. 6: Rehabilitace

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
zcela spokojen	11	36,67 %	18	60,00 %
částečně spokojen	6	20,00 %	7	23,33 %
málo spokojen	9	30,00 %	5	16,67 %
nespokojen	4	13,33 %	0	0,00 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 6: Rehabilitace (v procentech)

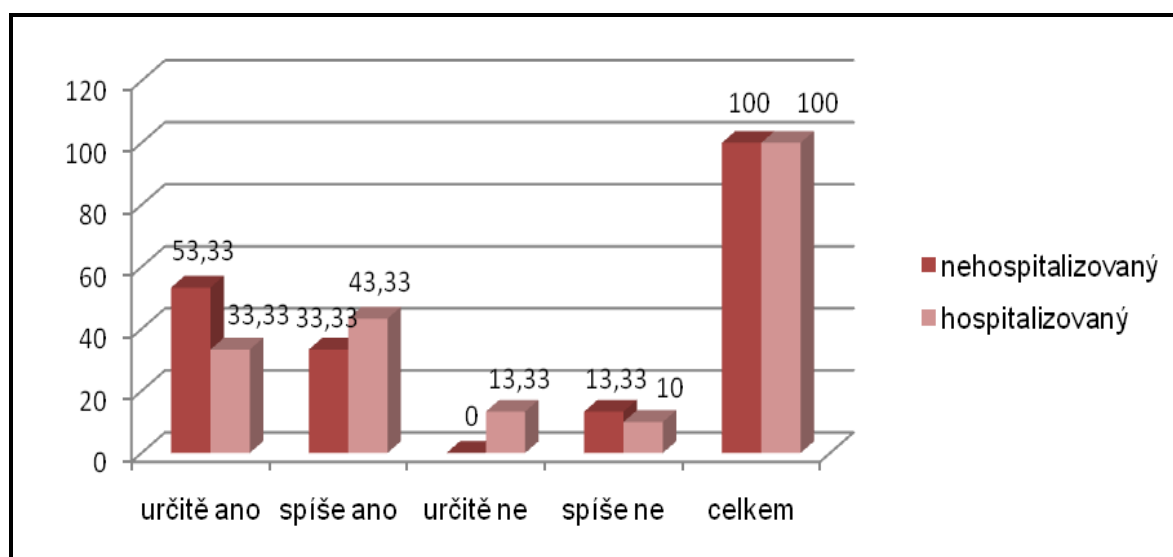
Komentář:

Z celkového počtu 100 % nehospitalizovaných seniorů uvedlo, že s rehabilitací je zcela spokojeno 36,67 %, částečně spokojeno 20 %, málo spokojeno 30 % a nespokojeno 13,33 % seniorů. Z celkového počtu 100 % hospitalizovaných seniorů je s rehabilitací zcela spokojeno 60 %, částečně spokojeno 23,33 %, málo spokojeno 16,67 % a nespokojen 0 % seniorů.

Položka č. 7: Cítíte se bezpečně při provádění denních činností?

Tabulka č. 7: Bezpečnost

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
určitě ano	16	53,33 %	10	33,33 %
spíše ano	10	33,33 %	13	43,33 %
určitě ne	0	0,00 %	4	13,33 %
spíše ne	4	13,33 %	3	10,00 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 7: Bezpečnost (v procentech)

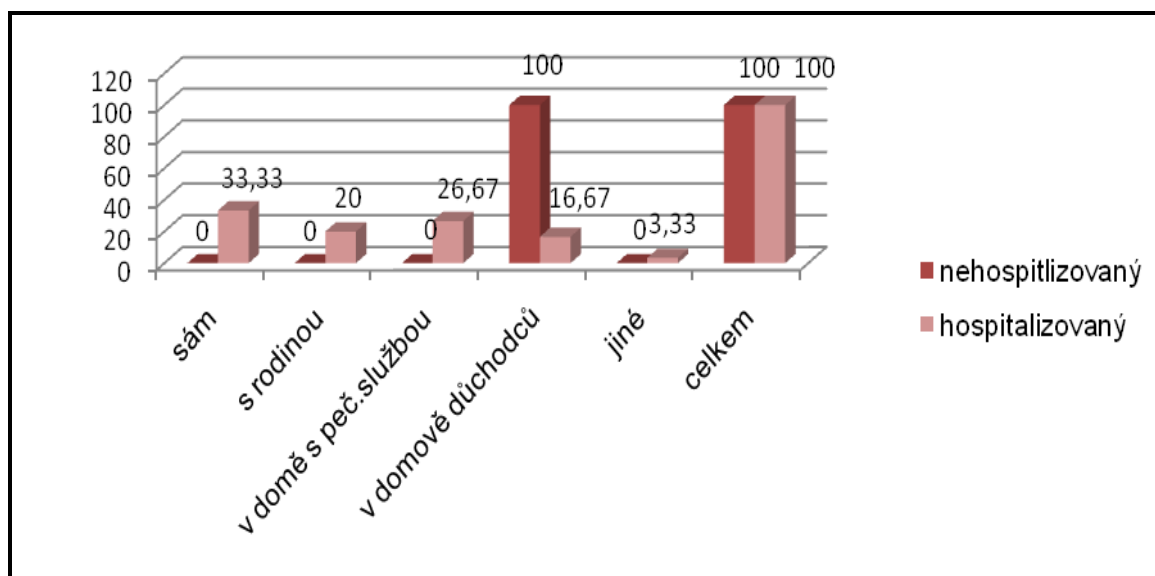
Komentář:

Bezpečně se při provádění denních činností cítí určitě ano 53,33%, spíše ano 33,33 %, určitě ne 0 % a spíše ne 13,33 % nehospitalizovaných seniorů. Hospitalizovaní senioři uvedli, že se bezpečně při provádění denních činností určitě ano cítí 33,33 %, spíše ano 43,33 %, určitě ne 13,33 % a spíše ne 10 %.

Položka č. 8: **Jak bydlíte?**

Tabulka č. 8: Bydlení

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
sám	0	0,00 %	10	33,33 %
s rodinou	0	0,00 %	6	20,00 %
v domě s peč. službou	0	0,00 %	8	26,67 %
v domově důchodců	30	100,00 %	5	16,67 %
jiné		0,00 %	1	3,33 %
Celkem	30	100%	30	100 %



Graf č. 8: Bydlení (v procentech)

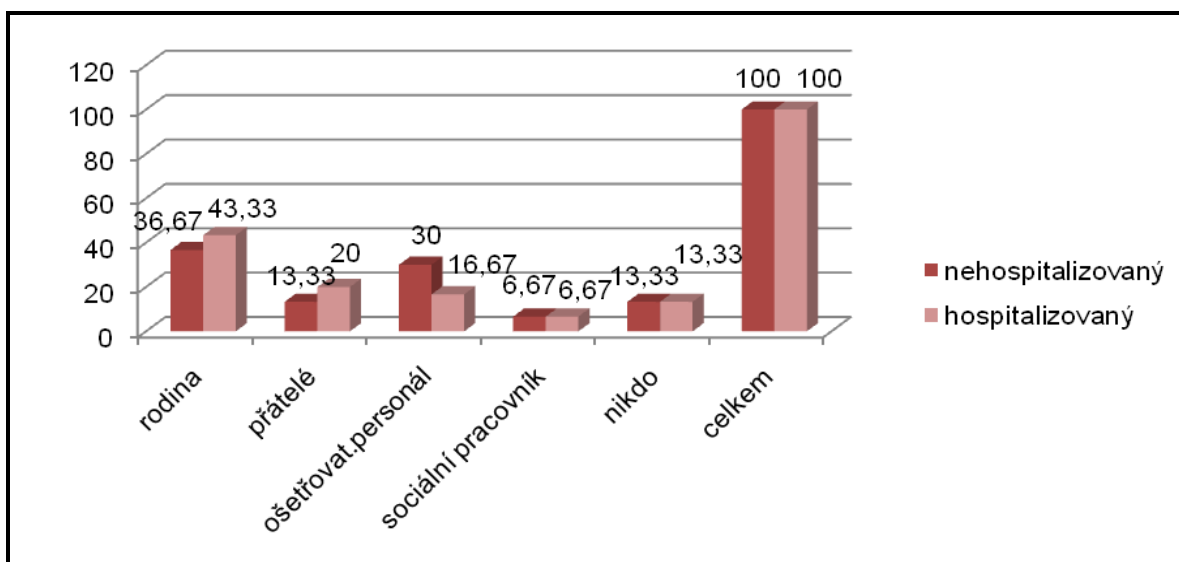
Komentář:

100 % nehospitalizovaných seniorů bydlí v domově důchodců. 33,33 % hospitalizovaných seniorů žijí sami, 20 % s rodinou, 26,67 % v domě s pečovatelskou službou, 16,67 % v domově důchodců a 3,33 % uvedlo možnost jiné.

Položka č. 9: Ke komu máte největší důvěru?

Tabulka č. 9: Důvěra

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
rodina	11	36,67 %	13	43,33 %
přátelé	4	13,33 %	6	20,00 %
oš. personál	9	30,00 %	5	16,67 %
sociální pracovník	2	6,67 %	2	6,67 %
nikdo	4	13,33 %	4	13,33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 9: Důvěra (v procentech)

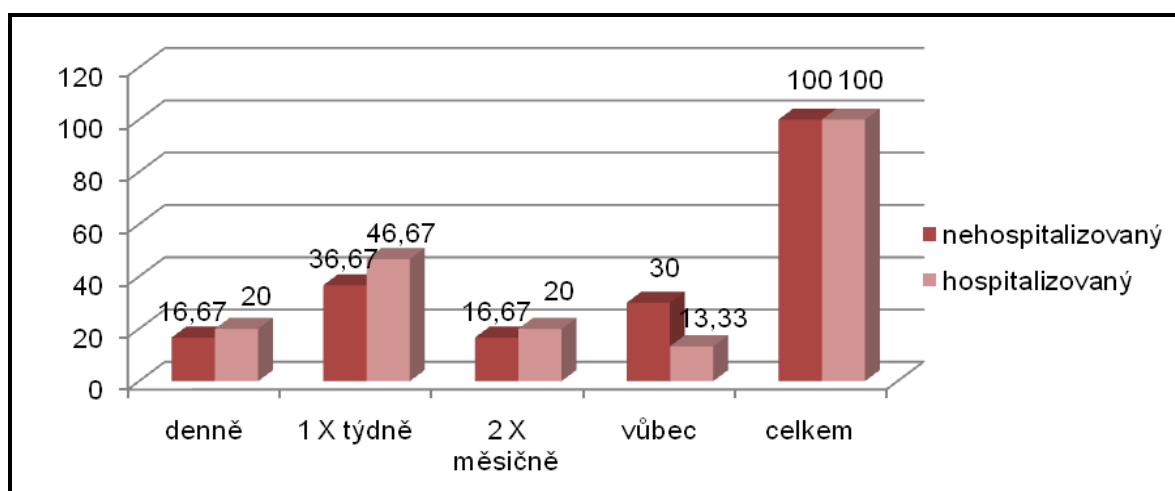
Komentář:

Nehospitalizovaní senioři mají největší důvěru k rodině 36,67 %, k ošetřovatelskému personálu 30 %, přátele a nikoho uvedlo shodně 13,33 % a k sociálnímu pracovníkovi 6,67 %. Hospitalizovaní senioři nejvíce důvěřují rodině 43,33 %, přátelům 20 %, ošetřovatelskému personálu 16,67 %, nikomu 13,33 % a sociálnímu pracovníkovi 6,67 %.

Položka č. 10: **Jak často za vámi chodí návštěvy?**

Tabulka č. 10: Návštěvy

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
denně	5	16,67 %	6	20,00 %
1 x týdně	11	36,67 %	14	46,67 %
2 x měsíčně	5	16,67 %	6	20,00 %
vůbec	9	30,00 %	4	13,33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 10: Návštěvy (v procentech)

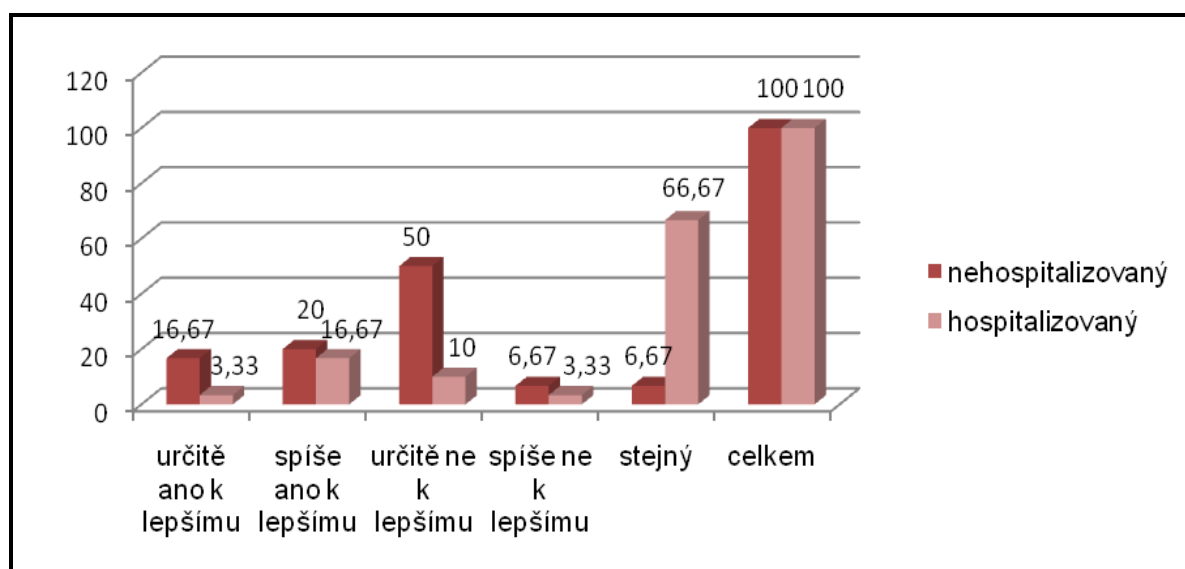
Komentář:

Z celkového počtu 100 % oslovených nehospitalizovaných seniorů uvedlo, že návštěv chodí denně 16,67 %, 1x týdně 36,67 %, 2x měsíčně 16,67 a vůbec 30 %. Denně má návštěvu 20 % hospitalizovaných seniorů, 1x týdně 46,67, 2x měsíčně 20 % a žádnou návštěvu uvedlo 13,33 % seniorů.

Položka č. 11: **Změnil se během hospitalizace nebo pobytu na Charitě vztah s rodinou?**

Tabulka č. 11: Vztah s rodinou

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
určitě ano k lepšímu	5	16,67 %	1	3,33 %
spíše ano k lepšímu	6	20,00 %	5	16,67 %
určitě ne k lepšímu	15	50,00 %	3	10,00 %
spíše ne k lepšímu	2	6,67 %	1	3,33 %
stejný	2	6,67 %	20	66,67 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 11: Vztah s rodinou (v procentech)

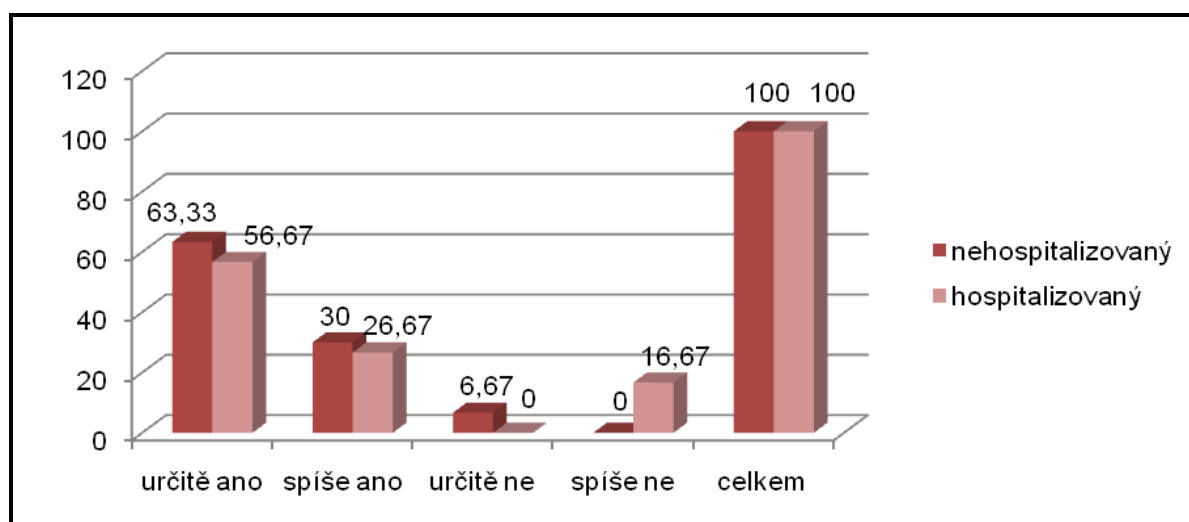
Komentář:

50 % hospitalizovaných seniorů odpovědělo, že se jejich vztah s rodinou změnil určitě ne k lepšímu. Dále odpověděli, že vztah se změnil určitě ano k lepšímu 16,67 %, spíše ano k lepšímu 20 %, spíše ne k lepšímu 10 %, stejný 6,67%. Hospitalizovaní senioři si myslí, že vztah s rodinou zůstal stejný 66,67 %, určitě ano k lepšímu 3,33 %, spíše ano k lepšímu 16,67, určitě ne k lepšímu 10 %, spíše ne k lepšímu 3,33 %.

Položka č. 12: **Myslíte si, že zdravotnický personál respektuje vaše potřeby?**

Tabulka č. 12: Respektování potřeb

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
určitě ano	19	63,33 %	17	56,67 %
spíše ano	9	30,00 %	8	26,67 %
určitě ne	2	6,67 %	0	0,00 %
spíše ne	0	0,00 %	5	16,67 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 12: Respektování potřeb (v procentech)

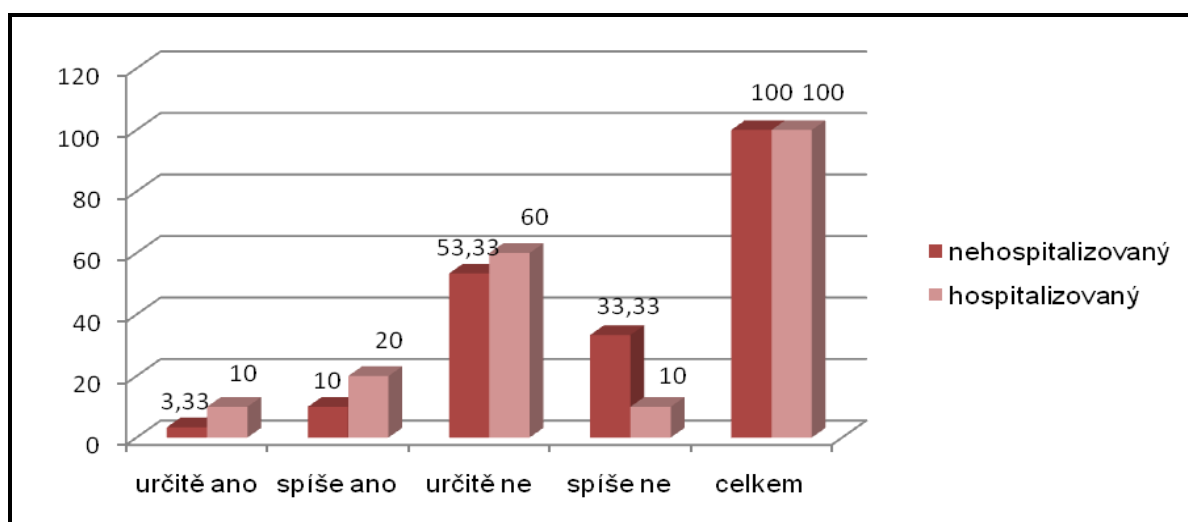
Komentář:

63,33 % nehospitalizovaných seniorů se domnívalo, že jejich potřeby ošetrovatelský personál určitě ano respektuje, u hospitalizovaných to bylo 56,67 %. 30 % nehospitalizovaných seniorů uvádí spíše ano, 6,67 % určitě ne a 0 % spíše ne. Hospitalizovaní senioři odpověděli spíše ano 26,67 %, určitě ne 0 %, spíše ne 16,67 %.

Položka č. 13: **Máte problémy s požádáním o pomoc?**

Tabulka č. 13: Požádání o pomoc

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
určitě ano	1	3,33 %	3	10,00 %
spíše ano	3	10,00 %	6	20,00 %
určitě ne	16	53,33 %	18	60,00 %
spíše ne	10	33,33 %	3	10,00 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 13: Požádání o pomoc (v procentech)

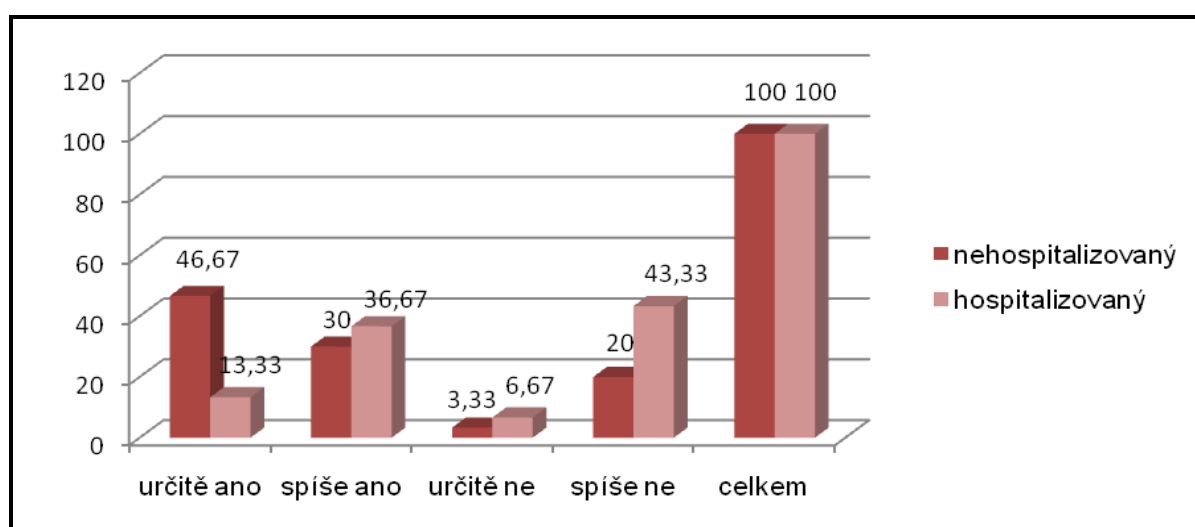
Komentář:

Z celkového počtu 100% nehospitalizovaných seniorů problémy s požádáním o pomoc určitě nemá 53,33 %, spíše ne 33,33 %, spíše ano 10 % a určitě ano 3,33 %. Z hospitalizovaných seniorů s požádáním o pomoc určitě nemá 60 %, spíše ne 10 %, spíše ano 20 % a určitě ano 10 %.

Položka č. 14: **Sledujete současné dění – politika, kultura?**

Tabulka č. 14: Současné dění

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
určitě ano	14	46,67 %	4	13,33 %
spíše ano	9	30,00 %	11	36,67 %
určitě ne	1	3,33 %	2	6,67 %
spíše ne	6	20,00 %	13	43,33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 14: Současné dění (v procentech)

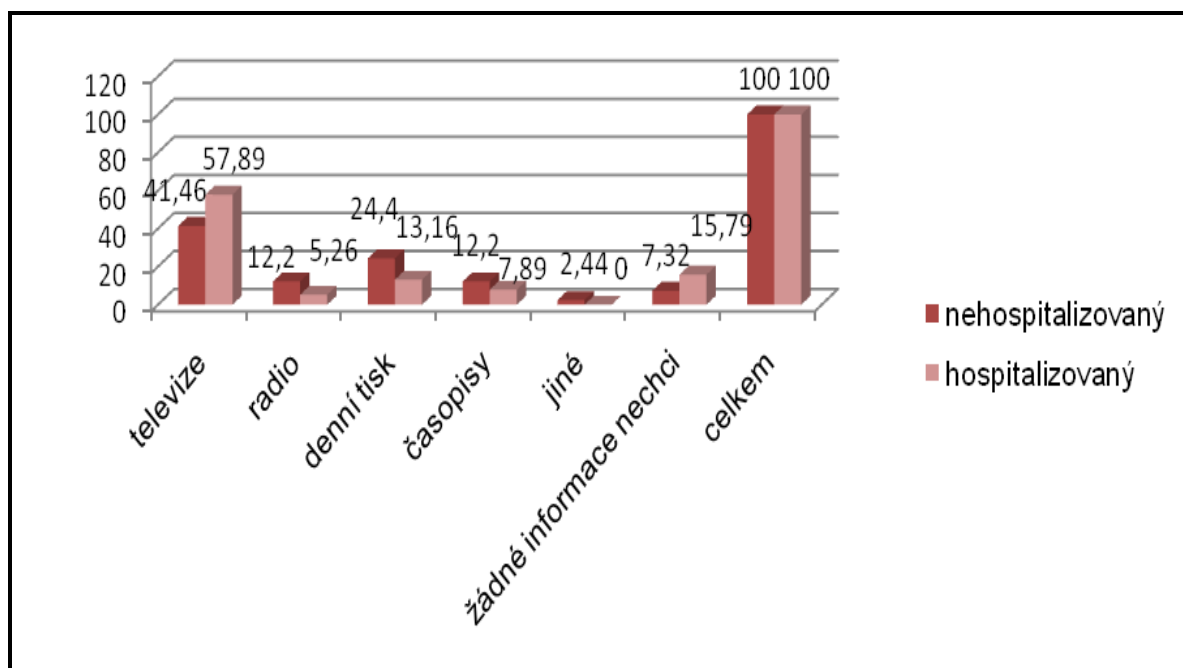
Komentář:

O současné dění se určitě ano zajímá 46,67 % nehospitalizovaných seniorů a 13,33 % hospitalizovaných seniorů. Nehospitalizovaní senioři uvedli, že se o současné dění zajímají spíše ano 30 %, spíše ne 20 % a určitě ne 3,33 %. Hospitalizovaných seniorů se o současné dění zajímá spíše ano 36,67 %, spíše ne 43,33 a určitě ne 6,67 %.

Položka č. 15: **Jaký způsob získávání informací nejvíce preferujete?**

Tabulka č. 15: Získávání informací

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
televize	17	41,46 %	22	57,89 %
rádio	5	12,20 %	2	5,26 %
denní tisk	10	24,40 %	5	13,16 %
časopisy	5	12,20 %	3	7,89 %
jiné	1	2,44 %	0	0,00 %
žádné informace nechci	3	7,32 %	6	15,79 %
Celkem	41	100 %	38	100 %



Graf č. 15: Získání informací

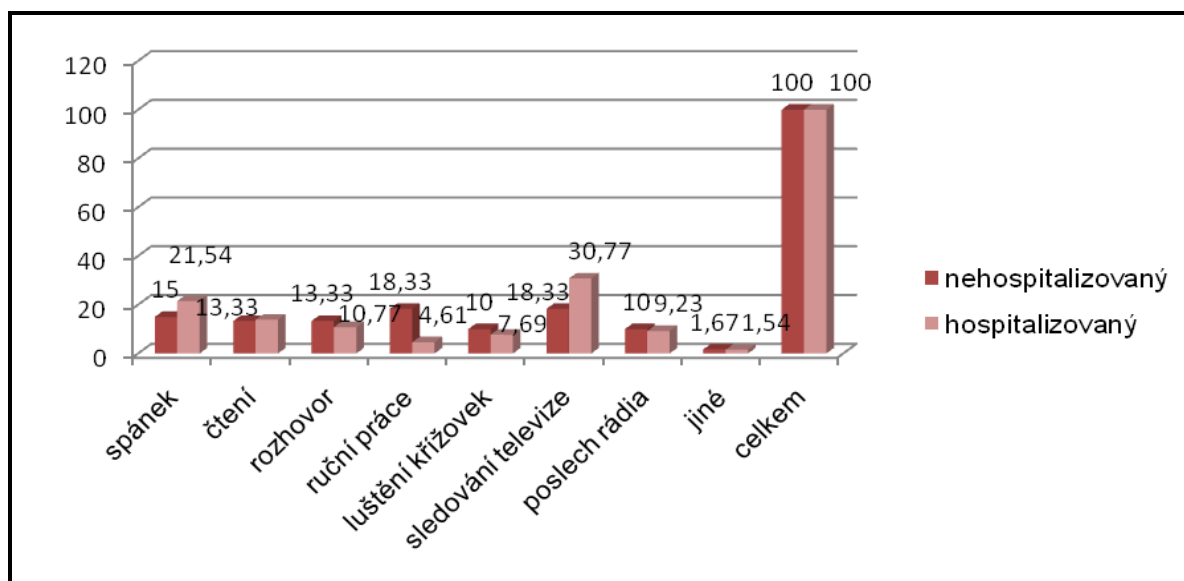
Komentář:

Nejvíce seniorů preferuje získávání informací pomocí televize, 41,46 % nehospitalizovaných a 57,89 % hospitalizovaných seniorů. Nehospitalizovaní senioři uvedli denní tisk 24,4 %, rádio 12,2 %, časopisy 12,2 %, jiné 2,44 % a 7,32 % žádné informace nechce. Denní tisk je oblíbený u 13,16 % hospitalizovaných seniorů, časopisy 7,89 %, rádio 5,26 %, jiné 0 % a 15,79 % žádné informace nechce.

Položka č. 16: **Jak trávíte volný čas?**

Tabulka č. 16: Volný čas

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
spánek	9	15,00 %	14	21,54 %
čtení	8	13,33 %	9	13,85 %
rozhovor	8	13,33 %	7	10,77 %
ruční práce	11	18,33 %	3	4,61 %
luštění křížovek	6	10,00 %	5	7,69 %
sledování televize	11	18,33 %	20	30,77 %
poslech rádia	6	10,00 %	6	9,23 %
jiné	1	1,67 %	1	1,54 %
Celkem	60	100 %	65	100 %



Graf č. 16: Volný čas

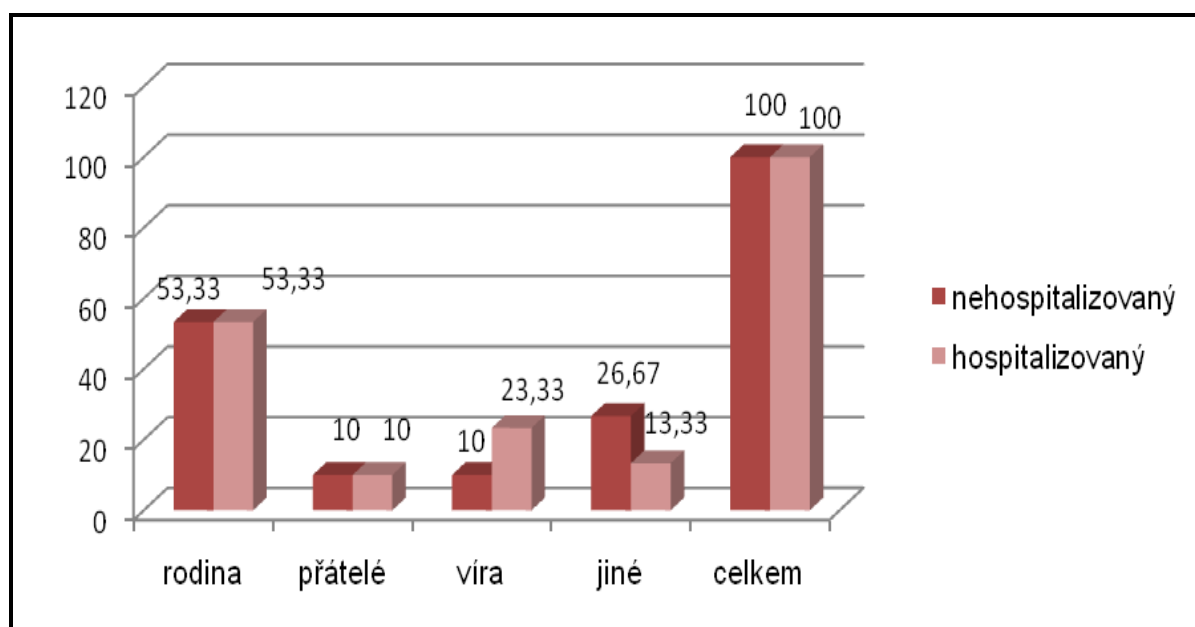
Komentář:

V této otázce mohli respondenti zvolit více možností. Nehospitalizovaní senioři shodně preferují sledování televize a ruční práce 18,33 %, spánek 15 %, čtení a rozhovor 13,33 %, luštění křížovek a poslech rádia 10 %, jiné 1,67 %. Hospitalizovaní senioři tráví volný čas u televize 30,77 %, spánek 21,54 %, čtení 13,85 %, rozhovor 10,77 %, poslech rádia 9,23 %, luštění křížovek 7,69 %, ruční práce 4,61 % a jinak 1,54 %.

Položka č. 17: **Co nebo kdo vám v životě nejvíce pomáhá překonávat překážky?**

Tabulka č. 17: Překonávání překážek

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
rodina	16	53,33 %	16	53,33 %
přátelé	3	10,00 %	3	10,00 %
víra	3	10,00 %	7	23,33 %
jiné	8	26,67 %	4	13,33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 17: Překonávání překážek

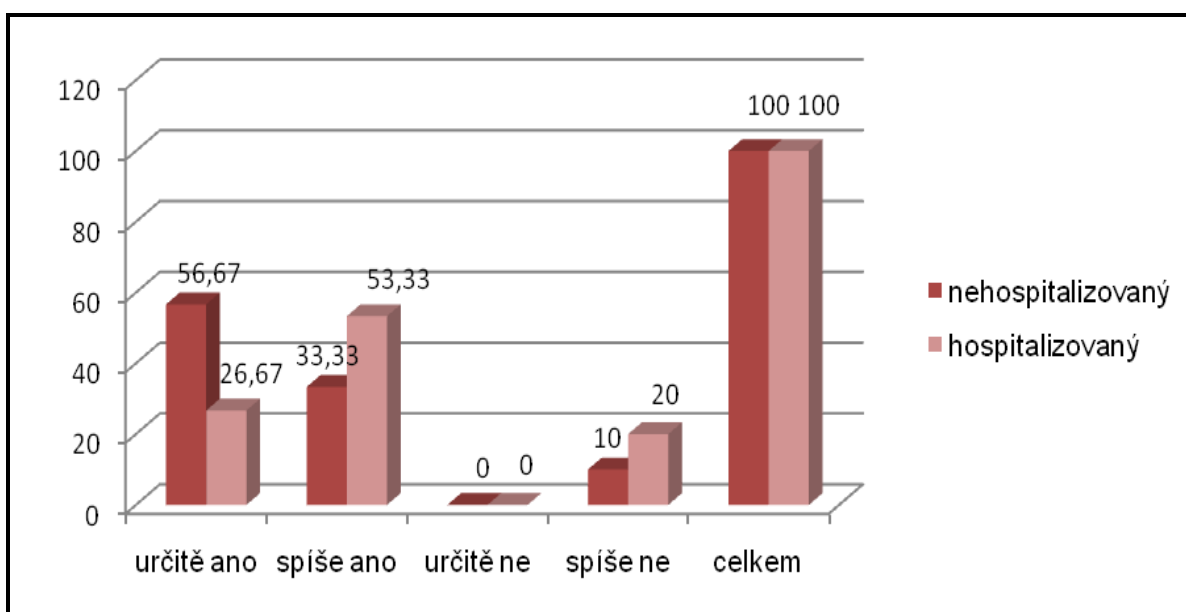
Komentář:

Nejvíce pomáhá překonávat překážky rodina, stejně u nehospitalizovaných a hospitalizovaných seniorů 53,33 %. U nehospitalizovaných seniorů je na druhém místě možnost jiné 26,67 %, na třetím a čtvrtém přátelé a víra, mají shodně 10 %. 23,33 % hospitalizovaným seniorům pomáhá víra, 10 % přátelé a 13,33 % uvádí možnost jiné.

Položka č. 18: **Rozumíte si dobře se svými vrstevníky?**

Tabulka č. 18: Vztah s vrstevníky

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
určitě ano	17	56,67 %	8	26,67 %
spíše ano	10	33,33 %	16	53,33 %
určitě ne	0	0,00 %	0	0,00 %
spíše ne	3	10,00 %	6	20,00 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 18: Vztah s vrstevníky

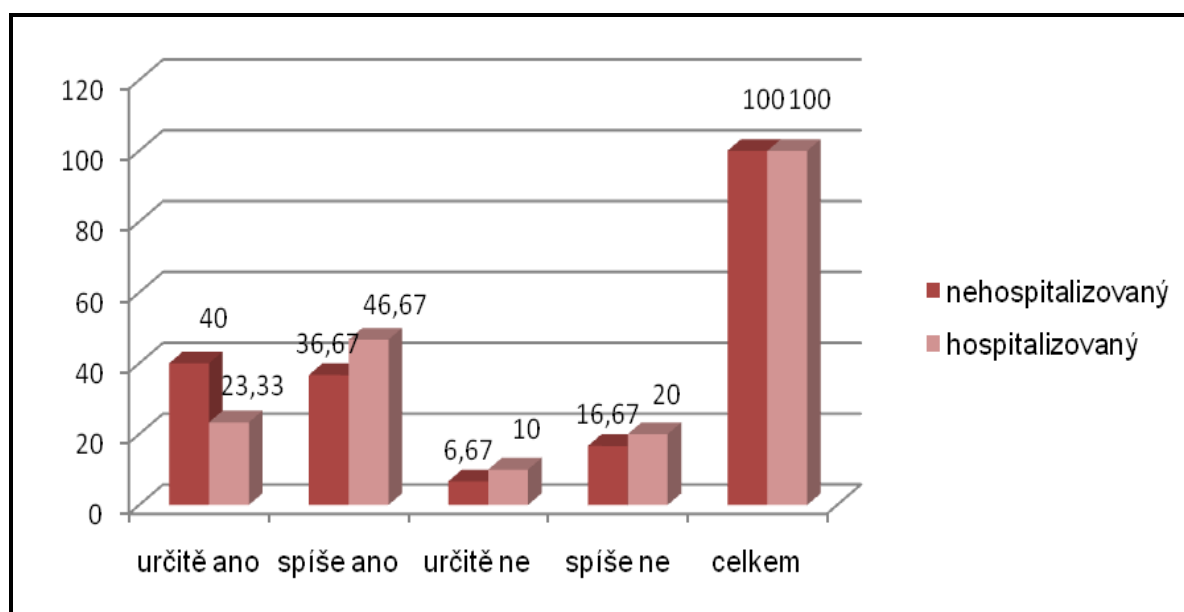
Komentář:

Z celkového počtu 100 % nehospitalizovaných seniorů se domnívá, že si s vrstevníky rozumí určitě ano 56,67 %, spíše ano 33,33 %, spíše ne 10 % a 0 % určitě ne. 53,33 % hospitalizovaných seniorů si spíše ano s vrstevníky rozumí, určitě ano 26,67 %, spíše ne 20 % a určitě ne 0 %.

Položka č. 19: **Jste se svým životem spokojený (á)?**

Tabulka č. 19: Spokojenost se životem

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
určitě ano	12	40,00 %	7	23,33 %
spíše ano	11	36,67 %	14	46,67 %
určitě ne	2	6,67 %	3	10,00 %
spíše ne	5	16,67 %	6	20,00 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 19: Spokojenost se životem

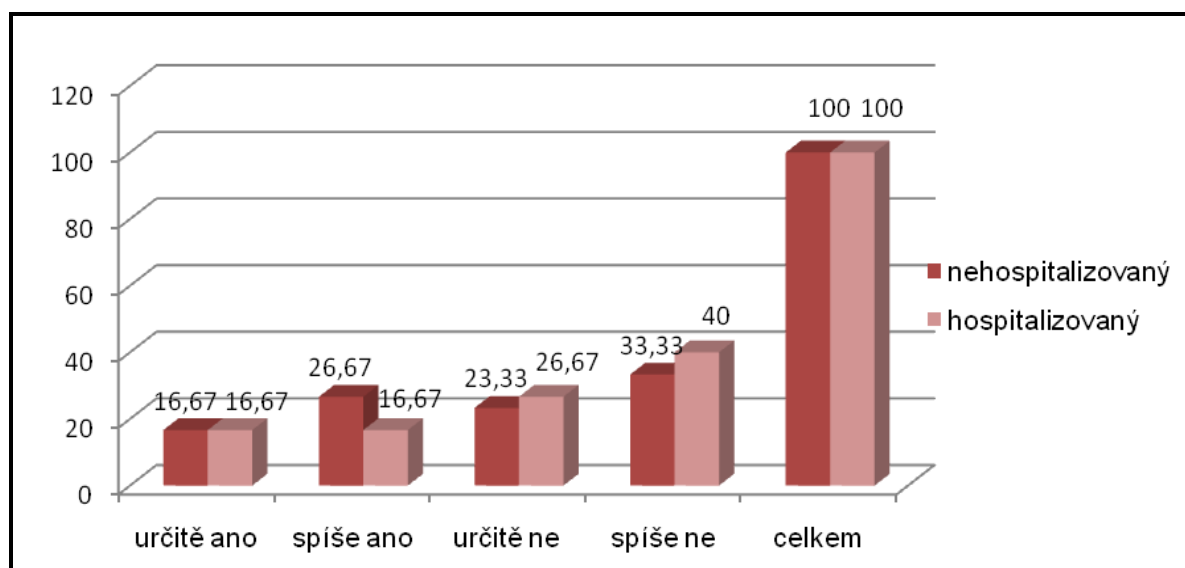
Komentář:

Se svým životem je určitě ano spokojeno 40 % nehospitalizovaných seniorů, spíše ano 36,67 %, spíše ne 16,67 % a určitě ne 6,67. Hospitalizovaní senioři jsou se svým životem spokojeni spíše ano 46,67 %, určitě ano 23,33 %, spíše ne 20 % a určitě ne 10 %.

Položka č. 20: **V dnešní době je spousta nové moderní technologie (mobilní telefony, PC, internet). Máte zájem pracovat s těmito přístroji?**

Tabulka č. 20: Moderní přístroje

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
určitě ano	5	16,67 %	5	16,67 %
spíše ano	8	26,67 %	5	16,67 %
určitě ne	7	23,33 %	8	26,67 %
spíše ne	10	33,33 %	12	40,00 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 20: Moderní přístroje

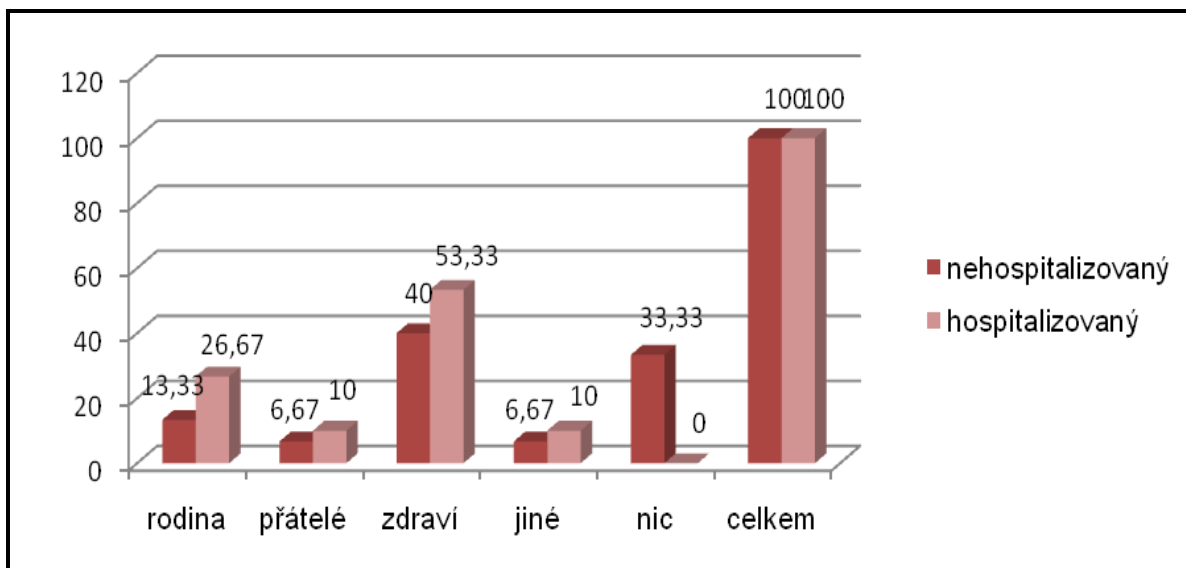
Komentář:

S moderní technikou má zájem pracovat spíše ano 26,67 % nehospitalizovaných seniorů, určitě ano 16,67 %, spíše ne 33,33 % a určitě ne 23,33 %. 40 % hospitalizovaných seniorů spíš nemá zájem o moderní technologie, určitě ne 26,67 %, spíše ano 16,67 % a určitě ano 16,67 %.

Položka č. 21: **Co Vám nyní nejvíce schází?**

Tabulka č. 21: Nedostatek

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
rodina	4	13,33 %	8	26,67 %
přátelé	2	6,67 %	3	10,00 %
zdraví	12	40,00 %	16	53,33 %
jiné	2	6,67 %	3	10,00 %
nic	10	33,33 %	0	0,00 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 21: Nedostatek

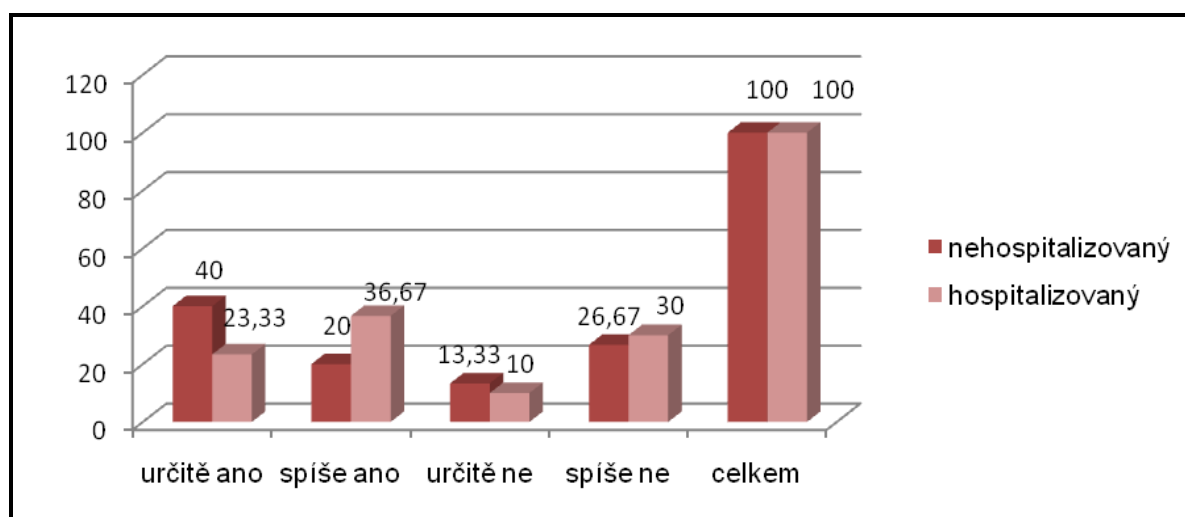
Komentář:

Nehospitalizovaným seniorům nejvíce schází zdraví 40 %, nic uvádí 33,33 %, rodina 13,33, přátelé 6,67 % a jiné 6,67 %. Hospitalizovaným seniorům nejvíce schází zdraví 53,33 %. Dále vnímají, že jim schází rodina 26,67 %, přátelé a jiné 10 %, nic 0 %.

Položka č. 22: **Myslíte si, že jste prospěšný(á) své rodině?**

Tabulka č. 22: Prospěšnost rodině

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
určitě ano	12	40,00 %	7	23,33 %
spíše ano	6	20,00 %	11	36,67 %
určitě ne	4	13,33 %	3	10,00 %
spíše ne	8	26,67 %	9	30,00 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 22: Prospěšnost rodině

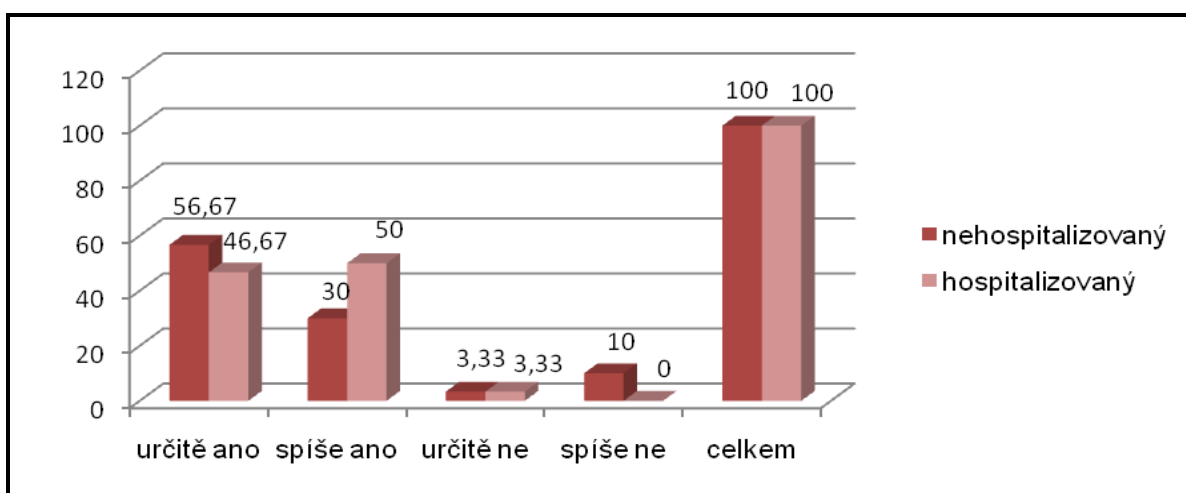
Komentář:

40 % nehospitalizovaných seniorů se domnívá, že jsou své rodině určitě prospěšní, 26,67 % spíše ne, 20 % spíše ano a 13,33 určitě ne. Hospitalizovaní senioři uvedli, že jsou spíš ano ve 36,67 % rodině prospěšní, spíš ne 30 %, určitě ano 23,33 % a určitě ne 10 %.

Položka č. 23: **Vážíte si sám (sama) sebe?**

Tabulka č. 23: Sebeúcta

	nehospitalizovaný		hospitalizovaný	
	n_i	f_i	n_i	f_i
určitě ano	17	56,67 %	14	46,67 %
spíše ano	9	30,00 %	15	50,00 %
určitě ne	1	3,33 %	1	3,33 %
spíše ne	3	10,00 %	0	0,00 %
Celkem	30	100 %	30	100 %



Graf č. 23: Sebeúcta

Komentář:

56,67 % nehospitalizovaných seniorů uvedlo, že si sami sebe váží určitě, spíše ano 30 %, spíše ne 10 % a určitě ne 3,33 %. Hospitalizovaní senioři si váží sami sebe spíše ano 50 %, určitě ano 46,67 %, spíše ne 10 % a určitě ne 3,33 %.

DISKUZE

Téma potřeby seniorů jsem nezvolila náhodně, ale po důkladném zvážení, aby práce byla přínosem pro ošetrovatelskou péči o seniory. Zdravotníci by se měli snažit pochopit problém stárnutí, stáří a svým jednáním pomoci seniorům zvládnout nejen každodenní úkoly. Nemělo by zůstat jen u uspokojování nižších potřeb. Tím, že člověk zestárne, neznamená to, že již nechce ničeho dosáhnout, nechce se seberealizovat a jen bude čekat na smrt. V diskusní části se pokusím o celkové zhodnocení výzkumného šetření a vyjádření se k dosaženým výsledkům. Výsledek výzkumu může posloužit ke zkvalitnění péče na Oddělení následné péče. Z výzkumu může vyplynout i doporučení pro domácí ošetrování, pro péči o seniory v domácím prostředí. Hlavním cílem bylo zjistit rozdíl uspokojování potřeb u hospitalizovaných a nehospitalizovaných seniorů.

Cíl č. 1: Zjistit, zda nižší potřeby jsou u seniorů uspokojovány – cíl byl splněn.

- I. hypotéza: u hospitalizovaných seniorů jsou uspokojovány – potvrzena.
- II. hypotéza: u nehospitalizovaných seniorů jsou hůře uspokojovány – vyvrácena, uspokojení nižších potřeb u nehospitalizovaných seniorů je na stejné úrovni jako u hospitalizovaných seniorů.

K nižším potřebám seniorů se vztahovaly otázky č. 1 – 8. Z výzkumu lze soudit, že jsou nižší potřeby v celku uspokojovány. S ubytováním a kvalitou jídla jsou respondenti obou skupin spokojeni. Klienti z Domova U Spasitele by uvítali více rehabilitační péče. Hospitalizovaní senioři by se rádi cítili ve zdravotnickém zařízení bezpečněji. Ze vzorku 30 hospitalizovaných respondentů jich 16 žije ve vlastním prostředí nebo s rodinou. Domnívám se, že do budoucna by měl v domácím prostředí zůstat stále větší počet seniorů. Senioři se lépe orientují v prostředí, které dobře znají a netrpí odloučením od rodiny.

Položka č. 1: Jste v současné době hospitalizovaný (-á) v nemocnici?

Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů jich 30 (50 %) odpovědělo, že je hospitalizováno v nemocnici na Oddělení následné péče a 30 (50 %) není hospitalizováno.

Nehospitalizovaní senioři žijí v Domově U spasitele. Účelem otázky bylo určit, jedná-li se o respondenta hospitalizovaného či nikoliv.

Položka č. 2: Váš zdravotní stav je na analogové škále – na pravítku od 0 - 10 (čím vyšší číslo, tím lépe se cítíte).

Svůj zdravotní stav hodnotilo 21 nehospitalizovaných seniorů a 18 hospitalizovaných seniorů jako uspokojivý. Jako výborný jen 4 nehospitalizovaní a 2 hospitalizovaní senioři. Špatně svůj zdravotní stav vnímalo 5 nehospitalizovaných a 10 hospitalizovaných seniorů. Vnímání zdravotního stavu je u obou skupin vyrovnané, až na možnost „špatně“, Oddělení následné péče poskytuje dlouhodobější lékařskou a ošetrovatelskou péči, doléčují se zde pacienti po operacích, cévních mozkových příhodách, onkologicky nemocní. To mohlo vést k hodnocení, kdy dvojnásobně hospitalizovaných vnímá svůj zdravotní stav jako špatný.

Položka č. 3: Při jaké činnosti Vás nejvíce ovlivňuje zdravotní stav?

Z vyhodnocení otázky vyplývá, že nehospitalizované seniory zdravotní stav nejvíce ovlivňuje při chůzi (48,65 %). Domnívám se, že tuto možnost zvolili proto, že v Domově U Spasitele mají mnoho možností jak trávit volný čas. Dopoledne se pořádá rehabilitační cvičení, po obědě káva ve společenské místnosti, odpoledne vycházka do místního parku apod. Senioři si při těchto aktivitách nejvíce uvědomují, že jsou limitováni kvalitou chůze a přesun za jednotlivými činnostmi může být obtížný. Na druhém místě nehospitalizovaní senioři uvedli možnost „chod domácnosti“ (24,30 %) a na třetím „hygienická péče“ (10,80 %). Domnívám se, že to byly důvody, které vedly seniory k rozhodnutí, přestěhovat se do Domova U Spasitele. Možnost „zajištění stravy“ uvedlo 5,40 % obyvatel Domova U Spasitele. „Jiné aktivity“ uvedlo 2,70 % dotázaných nehospitalizovaných seniorů a 8,11 %, že je zdravotní stav neovlivňuje. Hospitalizované seniory nejvíce zdravotní stav ovlivňuje při zajištění hygienické péče (29,42 %) a při chůzi (27,94 %). Tento výsledek jsem očekávala, vzhledem k charakteru nemocničního oddělení. Na dalším místě určili senioři shodně „zajištění stravy“ a „chod domácnosti“ (14,71 %). Z porovnání odpovědí mi

vychází, že hospitalizovaní senioři označili nabídnuté odpovědi rovnoměrně. U nehospitalizovaných seniorů byla nejvíce dominantní možnost „chůze“.

Položka č. 4: Jak jste spokojen (a) s kvalitou jídla?

Z výzkumu vyplývá, že nehospitalizovaní i hospitalizovaní senioři jsou s kvalitou jídla zcela spokojeni nebo částečně spokojeni. U obou skupin to je v průměru 80 % ze všech dotazovaných. Tři klienti z Domova U Spasitele jsou s kvalitou jídla málo spokojeni a nespokojen není nikdo. Z hospitalizovaných seniorů jsou 4 málo spokojeni a 2 nespokojeni. Výsledky této otázky mne překvapily, nečekala jsem, že tolik lidí bude s jídlem, které sami nevařili, spokojeno.

Položka č. 5: Jak jste spokojen (a) s nynějším ubytováním?

S nynějším ubytováním je zcela spokojeno 16 nehospitalizovaných seniorů a 9 je částečně spokojeno. Z toho vyplývá, že v Domově U Spasitele je spokojeno 25 klientů, což je 83,33 % ze 100 %, což je dobrá vizitka zařízení. Málo jsou zde spokojeni 4 respondenti a nespokojen 1. Z hospitalizovaných seniorů bylo 11 dotázaných s ubytováním zcela spokojen a 14 částečně spokojeno. Jen tři byli málo spokojeni a nespokojeni byli 2 pacienti. Každý člověk je jiný, má své zvyky, rozdílné zájmy, jiné nároky na soukromí. Klientka Domova U Spasitele, mi k této otázce řekla, že je tu moc lidské bídy najednou. Působí to na ni depresivně a je jí líto, že nemůže být doma. Je si vědoma, že by to ve svých devadesáti letech sama nezvládla a rodinu má daleko. Klientka je bývalá učitelka na základní škole, děti učila do svých 74 let, práce ji uspokojovala. Na pokoji je s paní, která je věkově blízká zmíněné klientce, ale po mentální stránce je mezi nimi rozdíl 20 let. Jiná klientka z Domova U Spasitele uvedla, že je s péčí personálu, jídlem, denními aktivitami spokojená, jen jí vadí spolubydlící na pokoji. Ne z důvodu, že by spolubydlící byla zlá, ale každá je na jiné úrovni mentální a fyzické. Dotázaná klientka se zájmem sleduje politické a kulturní dění, ráda čte, její spolubydlící chodí brzy spát, na televizi se nedívá a nemá o nic zájem. Paní tvrdí, že nikdy za svůj život nepoznala ponorkovou nemoc a teď ji prožívá. Domnívám se, že by se i tato stránka při příjmu do zařízení měla zohlednit. Často se kalendářní stáří neshoduje se stářím biologickým.

Položka č. 6: Jak jste spokojen (a) s rehabilitací?

S rehabilitací v Domově U Spasitele je zcela spokojeno 11 respondentů a částečně spokojeno 6. V porovnání s hospitalizovanými seniory je to méně. 18 pacientů z Oddělení následné péče je zcela spokojeno a 7 jich je částečně spokojeno. Nespokojen nebyl žádný hospitalizovaný senior a málo spokojeno 5 seniorů. Tento výsledek jsem předpokládala, protože v nemocnici je kladen velký důraz na nácvik sebezpečí a rehabilitaci. Přesto je co zlepšovat. 9 nehospitalizovaných seniorů bylo s rehabilitací málo spokojeno a 4 nespokojeni. Při vyplňování dotazníků jsem vyslechla od seniorů z Domova U Spasitele, že dříve cvičení bývalo pravidelně a vedla ho paní ředitelka. V současné době je rehabilitace jenom někdy a mnoha klientům schází.

Položka č. 7: Cítíte se bezpečně při provádění denních činností?

Z nehospitalizovaných seniorů 16 uvedlo, že se při běžných denních činnostech cítí bezpečně, 10 uvedlo spíše ano a 4 spíše ne. Určitě ne uvedl žádný nehospitalizovaný senior. Tento výsledek není špatný. Bezpečně při provádění denních činností se bezpečně určitě ano cítí 10 hospitalizovaných seniorů, spíše ano 13 seniorů. Určitě ne uvedli 4 pacienti a spíše ne 3 senioři v nemocnici. 23,33 % hospitalizovaných seniorů se v nemocnici necítí bezpečně. Domnívám se, že je to vysoké číslo a v budoucnu by se na to mělo reagovat. Např. opětovným proškolením zdravotnického personálu o bezpečné manipulaci s pacienty při převozu na vyšetření, manipulaci v lůžku nebo při rehabilitaci, vytvořením standardů o bezpečí pacienta. V dnešní době již některé nemocnice získaly nebo pracují na získání akreditace. Akreditace je ověření kvality a zajištění bezpečí pacienta pomocí daných standardů.

Na stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky uvádí Mgr. Milena Kalvachová garant Cesty ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví: „V dnešní době hodně slyšíme o opatřeních, která vedou k bezpečí pacienta. V nemocnicích ale i v nezdravotnických zařízeních se zavádějí bezpečné postupy při poskytování péče. Zahraniční studie, které probíhají od konce osmdesátých let minulého století, ukazují, že u přibližně 10 % hospitalizací dochází k poškození pacientů. Studie Institute of Medicine v USA odhaduje, že ročně ve Spojených státech umírá 44 000 – 98 000 hospitalizovaných pouze v důsledku pochybení zdravotníků, což je více úmrtí, než

v důsledku dopravních nehod, AIDS či karcinomu prsu. V České republice dosud žádná studie výskytu nežádoucích událostí neproběhla. Pokud vycházíme ze znalosti prostředí zdravotnických zařízení v ČR, je nutné počítat s následujícími rizikovými faktory – zastaralá infrastruktura, nesjednocené technologické vybavení, nesystémové řízení rizikových procesů, nesystémové šetření nežádoucích událostí, převažující důraz na produktivitu a nákladovou efektivitu zdravotnických zařízení, nedostatečné řízení lidských zdrojů (systematická kontrola odborných kompetencí zaměstnanců). Za těchto podmínek lze předpokládat, že výskyt nežádoucích událostí bude v ČR stejný, nebo spíše o něco vyšší, než je uváděných 10 %.

[Online]. [2010-03-29] Dostupné z <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/3-Cestake-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi.html> >

Položka č. 8: Jak bydlíte?

Všichni nehospitalizovaní senioři odpověděli, že bydlí v domově důchodců. V této otázce mě spíše zajímalo, jak a s kým žijí hospitalizovaní senioři. Na ONP jsou pacienti přeloženi k doléčení, ať již po operaci nebo CMP. Ne vždy se podaří seniora vrátit do kondice, kterou měl před vypuknutím onemocnění. Proto je důležité vědět, jaké má rodinné zázemí, je-li někdo schopen se o něj postarat nebo ne. V případě, že je sám nebo se o něj nemá kdo postarat, má možnost pomoci sociální pracovnice řešit svou situaci. Z 30 dotázaných pacientů 10 odpovědělo, že žijí sami, 6 s rodinou. V domě s pečovatelskou službou žije 8 respondentů a v domově důchodců 5. Možnost jiné uvedl 1 senior. Z výsledků výzkumu vyplývá, že 53,33 % hospitalizovaných seniorů žije ve svém prostředí se svou rodinou a 43 % v domě s pečovatelskou službou nebo v domově důchodců. Domnívám se, že do budoucna by měl v domácím prostředí zůstat stále větší počet seniorů. Senioři se lépe orientují v prostředí, které dobře znají a netrpí odloučením od rodiny.

Cíl č. 2: Zjistit, zda vyšší potřeby jsou u seniorů uspokojovány – cíl byl splněn.

I. hypotéza: u hospitalizovaných seniorů jsou hůře uspokojovány – vyvrácena, uspokojení vyšších potřeb u hospitalizovaných seniorů je na stejné úrovni jako u nehospitalizovaných seniorů.

II. hypotéza: u nehospitalizovaných seniorů jsou uspokojovány – potvrzena.

K vyšším potřebám se vztahovaly otázky č. 9 – 23. Z výzkumu vyplývá, že pro seniory je nejdůležitější rodina a důstojné zázemí. Obě skupiny shodně nejvíce důvěřují rodině, nejvíce jim rodina pomáhá překonávat překážky, přestože se u nehospitalizovaných seniorů po přestěhování do Domova U Spasitele mírně vztah zhoršil. Senioři jsou spokojeni s respektováním potřeb a nemají problém požádat o pomoc. Nehospitalizovaní senioři mají větší zájem o současné dění, informace získávají hlavně prostřednictvím televize a denního tisku a mezi jejich oblíbené činnosti patří ruční práce. Hospitalizovaní senioři nejvíce tráví volný čas spánkem a sledováním televize. Zkoumaní respondenti si s vrstevníky dobře rozumí. Se životem jsou obě skupiny shodně spokojené. Naučit se něčemu novému mají větší chuť senioři z Domova U Spasitele než hospitalizovaní. Je zajímavé, že více nehospitalizovaných seniorů si myslí, že jsou prospěšní své rodině. Personál Oddělení následné péče by se měl více zaměřit na komunikaci se seniory, aby získal jejich větší důvěru. Zdravotnickému personálu bych doporučila si přečíst knihu „Motivační prvky pro seniory“, kterou napsala Klevetová D. a Dlabalová I. Sestry by měly postupně absolvovat kurz o komunikaci a bazální stimulaci. Vhodné by bylo uspořádat seminář o nižších a vyšších potřebách seniorů, který by mohl být poučný. Pro Domov U Spasitele z výzkumu vyplývá, že by se měl zaměřit na zlepšení vztahů seniorů s rodinou.

Položka č. 9: Ke komu máte největší důvěru?

Nehospitalizovaní senioři nejvíce důvěřují své rodině. Na druhém místě je ošetřovatelský personál. Možnost „přátelé“ a „nikdo“ označili shodně v obou skupinách 4 dotazovaní. Nejméně důvěry u klientů Domova U Spasitele a pacientů na oddělení získala sociální pracovnice. Domnívám se, že je to z důvodu, že se sociální pracovníci nejsou v tak častém kontaktu jako s rodinou nebo ošetřovatelským personálem. U hospitalizovaných pacientů se největší důvěře také těší rodina. Na druhém místě to jsou přátelé a ošetřovatelský personál na třetí příčce.

Položka č. 10: Jak často za vámi chodí návštěvy?

Kontakt s rodinou je pro seniora velmi důležitý. Návštěvu 1x týdně udává 14 hospitalizovaných seniorů a 11 nehospitalizovaných seniorů z dotázaného vzorku lidí. Senioři žijící v Domově U Spasitele odpověděli, že denně a 2x měsíčně má shodně návštěvu 5 seniorů. U hospitalizovaných seniorů možnost denně a 2x měsíčně shodně uvedl 6 pacientů. Z výzkumu vyplývá, že nikdo nechodí za 9 seniory žijícími v Domově U Spasitele a do nemocnice jenom za 4 seniory. Z rozhovorů jsem pochopila, že ti co odpověděli, že je nikdo nenavštěvuje, v minulosti neměli hezký vztah s rodinou, nenavštěvovali se nebo už z rodiny nikdo nežije. O důvodech můžeme jenom spekulovat. V životě nic není černé ani bílé.

Položka č. 11: Změnil se během hospitalizace nebo pobytu na Charitě vztah s rodinou?

S odpovědí, že vztah zůstal stejný, souhlasilo 20 hospitalizovaných seniorů, ale jen 2 nehospitalizovaní. Tento výsledek přičítám tomu, že hospitalizovaní senioři mají ještě naději, že se vrátí do domácího prostředí a nemají důvod, být na rodinu nahněvaný. U obyvatel Domova U Spasitele převažoval názor, že se vztah s rodinou určitě nezměnil k lepšímu. To bych přičítala tomu, že senior by rád zůstal v domácím prostředí a od rodiny by očekával pomoc v činnostech, které zcela nezvládá. Bohužel, někdy, i když rodina má snahu, nejde péči o seniora v domácím prostředí zařídit. Většinou jsou děti v době, kdy senior potřebuje dopomoc sami skoro v důchodovém věku, chodí do práce, obávají se, že o ni přijdou, mají zdravotní problémy apod. V dnešní době existují agentury domácí péče, pečovatelská služba, v neposlední řadě mohou senioři dostat příspěvek na péči. Ve Frýdlantu, kde výzkum probíhal, agentura domácí péče nebo stacionář pro seniory úplně chybí. Je to škoda pro seniory, kteří by mohli zůstat ve známém domácím prostředí déle.

Položka č. 12: Myslíte si, že zdravotnický personál respektuje vaše potřeby?

Z odpovědí na tuto otázku jsem měla radost, protože z 30 hospitalizovaných seniorů odpovědělo „určitě ano“ a „spíše ano“ dohromady 25 dotázaných. „Určitě ne“ neoznačil

žádný klient nemocnice a spíše ne 5 dotázaných. V Domově U Spasitele je s respektováním potřeb spokojeno 28 klientů a jen 2 označili určitě ne. Domnívám se, aby se člověk cítil dobře, je nutné uspokojit jeho nižší ale i vyšší potřeby a nezáleží na kalendářním věku, ale na biologickém.

Položka č. 13: Máte problémy s požádáním o pomoc?

Na tuto otázku odpovědělo 18 hospitalizovaných seniorů „určitě ne“ a 3 „spíše ne“. Určitě ano a spíše ano označilo dohromady 9 seniorů. Domnívám se, že z otázky nevyplývá jednoznačně, zda se jedná o pomoc v nemocnici nebo rodiny a každý respondent to mohl pochopit odlišně. Respondenti z Domova U Spasitele z velké většiny odpověděli, že s požádáním o pomoc nemají problém (26 seniorů) a jen 4 označili odpověď „určitě ano“ a „spíše ano“. Tento výsledek je zřejmě ovlivněn zkušeností, kdy prošli obdobím, kdy se rozhodovali, zda v zařízení stráví zbytek života, potřebovali pomoc od sociální pracovnice, rodiny, ošetřovatelského personálu.

Položka č. 14: Sledujete současné dění – politika, kultura?

Z výzkumu vyplývá, že 23 seniorů žijících v Domově U Spasitele sleduje kulturní a politické dění a 7 jich nemá zájem. Je dobře, když senioři mají zájem o své okolí, jsou aktivní, nutí je to přemýšlet a mluvit. U hospitalizovaných seniorů je zájem o současné dění vyrovnaný, 15 pacientů zájem má a 15 nemá. V nemocnici je součástí každého pokoje televizor, denně jsou k dispozici noviny, ale zdravotní stav zřejmě ovlivňuje zájem o dění kolem. Senior se soustředí hlavně na své zdravotní problémy a nic víc ho nezajímá.

Položka č. 15: Jaký způsob získávání informací nejvíce preferujete?

U této otázky mohli respondenti zvolit více možností odpovědi. U nehospitalizovaných byla nejvíce preferována televize a denní tisk, poté rádio s časopisy. Možnost jiné uvedlo 2,44 % seniorů a o žádné informace nestojí 7,32 % seniorů. Hospitalizovaní senioři preferují televizi, poté denní tisk a ostatní možnosti v malé míře. Žádné informace získávat

nechce 15,79 % hospitalizovaných seniorů. U této otázky mne nepřekvapilo, že pro obě porovnávané skupiny je nejčastějším zdrojem informací televizor. Vzhledem k tomu, že na následnou péči jsou překládáni pacienti méně mobilní, potřebující aktivní ošetrovatelskou péči, kteří většinu svého volného času tráví v lůžku, není jejich odpověď překvapující. Na pokoji je televize, kterou mají možnost po celý den sledovat.

Položka č. 16: Jak trávíte volný čas?

Smyslem této otázky bylo, dozvědět se, co dnešní senioři rádi dělají, jak nejčastěji tráví volný čas. U této otázky mohli zvolit více odpovědí. Obyvatelé Domova U Spasitele nejvíce tráví čas sledováním televize a ručními pracemi. V jejich zařízení mají prostornou dílnu, kde pod vedením zkušené ergoterapeutky vytvářejí svá díla. Četnost dalších odpovědí byla mezi sebou vyrovnaná. Hospitalizovaní senioři tráví nejvíce svůj volný čas sledováním televize, spánkem. Čtení, rozhovor a poslech rádia jsou na druhé příčce. Luštění křížovek a ruční práce uvedlo nejméně hospitalizovaných seniorů. Myslím si, že pro seniora je důležité trávit smysluplně volný čas, nemá čas na smutné myšlenky, cítí se užitečný a pochvala je pro něj jako živá voda. V praxi se často setkávám se seniory, kteří nestojí o náplň volného času, raději odpočívají a pospávají. Tyto seniory nemůžeme násilím do něčeho nutit, ale vhodná motivace dokáže zázrak.

Položka č. 17: Co nebo kdo vám v životě nejvíce pomáhá překonávat překážky?

Překvapilo mě, že v Domově U Spasitele pomáhá víra překonávat překážky jen u 3 dotázaných, kdežto v nemocnici to je 7 seniorů. Shodně v obou skupinách 16 seniorů odpovědělo, že nejvíce jim pomáhá překonávat překážky rodina, „přátelé“ označili 3 respondenti. U nehospitalizovaných seniorů uvedlo možnost „jiné“ 8 a u hospitalizovaných 4 dotázaní. Z odpovědí vyplývá, že i přes různé neshody, je pro seniora rodina důležitá.

Položka č. 18: Rozumíte si dobře se svými vrstevníky?

Je pozitivní, že senioři si dle výsledků výzkumu se svými vrstevníky dobře rozumí. Senioři z Domova U Spasitele uvedli „určitě ano“ 17x a „spíše ano“ 10x, že si s vrstevníky rozumí. Určitě ne uvedl žádný respondent a spíše ne 3 senioři. Ve skupině hospitalizovaných seniorů 16 dotázaných uvedlo, že si s vrstevníky rozumějí „spíš ano“ a 8 „určitě ano“. „Určitě ne“ uvedl nikdo a „spíše ne“ 6 dotázaných. Pro každého člověka je důležité si rozumět s vrstevníky, s lidmi, s kterými žijí nebo pracují. Většina seniorů vyhledává pohodu a porozumění.

Položka č. 19: Jste se svým životem spokojená?

V této době se často setkávám s názorem, že senioři jsou chudáci, nikdo je nechce, mají malé důchody a někteří se setkali s domácím násilím. Byla jsem proto příjemně překvapená, že se svým životem je spokojeno 23 nehospitalizovaných seniorů a 21 hospitalizovaných seniorů. Odpověď „spíše ne“ označilo 5 seniorů a „určitě ne“ 2 senioři z Domova U Spasitele. Hospitalizovaní senioři odpověděli 3x „určitě ne“ a 6x „spíše ne“. To může vyplývat z jejich momentálního zdravotního stavu, kdy mohou mít špatnou náladu, nevědí, jak to doma sami zvládnou a co bude, když nebudou soběstační.

Položka č. 20: V dnešní době je spousta nové moderní technologie (mobilní telefony, PC, internet). Máte zájem pracovat s těmito přístroji?

Nehospitalizovaní senioři mají větší zájem používat moderní technologie, jako je mobilní telefon, počítač, internet než hospitalizovaní senioři. V dnešní době se trh přizpůsobuje seniorům. Mobilní telefon je zjednodušen, má velká tlačítka, dobře čitelný displej. Na internetu je mnoho článků a klubů, kde se senioři mohou dozvědět mnoho důležitých, ale i zajímavých informací. Univerzity 3. věku pořádají počítačové kurzy pro seniory, o které je velký zájem. Sympatický portál, který jsem našla je seniorum.cz. Senioři a nejen oni zde najdou mnoho zajímavých rad a informací.

[Online]. [cit. 2010-03-28]. Dostupné z <<http://www.seniorum.cz/vzdelavani/univerzita-tretiho-veku/1712-pocitacove-kurzy-pro-seniory-na-cvut-v-praze>>

Položka č. 21: Co Vám nyní nejvíce schází?

Z celkového počtu 30 respondentů hospitalizovaných, jich 16 uvedlo, že jim schází zdraví, na druhém místě rodina a třetím přátelé. Nehospitalizovaných seniorů, kterým schází zdraví, bylo 12, rodina 4, přátelé byly 2 odpovědi. Jediný větší rozdíl v odpovědích byl u možnosti „nic“ neschází. Seniori v Domově U Spasitele označili tuto odpověď 10x a pacienti v nemocnici ani jednou. Je to logické, kdyby člověk všechno měl, nemusí být hospitalizován v nemocničním zařízení.

Položka č. 22: Myslíte si, že jste prospěšný(á) své rodině?

Při přečtení otázky mnoho seniorů zaváhalo a o otázce přemýšlelo. Výsledky se mezi porovnávanými skupinami o moc neliší. 60 % dotázaných se domnívá, že jsou své rodině prospěšní. Uváděli, že dobře vychovali děti, přepsali na ně dům nebo jen proto, že si mají s kým popovídat. Negativní odpovědi byli také v obou skupinách shodné, 40 % dotázaných si nevěří a myslí si, že nejsou prospěšní. Je škoda, že mají tento názor, protože od mnohých seniorů se mladí lidé mohou učit rozvážnosti a nadhledu, který získali letitými zkušenostmi.

Položka č. 23: Vážíte si sám (sama) sebe?

Ze své praxe vím, že mnoho starších lidí má pocit, že je vyčleněno ze společnosti a až na výjimky nemá možnost rozhodovat o záležitostech, které se jich přímo dotýkají. Odchod do důchodu, s tím finanční problémy, mohou přispívat k pocitu tísně, nudy, apatii, což jsou nejčastější příčiny ztráty sebeúcty a důstojnosti. Překvapilo mě, že ve skupině nehospitalizovaných seniorů 1 odpověděl „určitě ne“ a 3 „spíše ne“. Možná to vyplývá z toho, že se rodina nedokázala o ně postarat v jejich domácím prostředí a pobyt v Domově U Spasitele vnímají jako křivdu, tím ztrátu důstojnosti. Hospitalizovaní seniori označili odpověď na otázku o sebeúctě „určitě ano“ 14x a „spíše ano“ 15x. Pacienti v nemocnici na Oddělení následné péče nemají se sebeúctou problém.

Cíl č. 3: Zjistit, jaké mají senioři plány do budoucna a jaký zážitek hodnotí jako nejsilnější v posledních letech.

K cíli č. 3 se vztahují otevřené otázky č. 24 a č. 25. Pro většinu seniorů byl velký problém na otázky odpovědět a někteří ani neodpověděli. Mezi nejčastější odpovědi na otázku plány do budoucna patřilo, uzdravit se, zůstat zdravý a soběstačný. Nejvíce zmiňovaný nejsilnější zážitek v posledních letech u nehospitalizovaných seniorů bylo přestěhování do Domova U Spasitele.

Položka č. 24: Jaké máte plány do budoucna?

Hospitalizovaní senioři:

- ...vrátit se domů a být co nejvíce soběstačná...
- ...být zdravá a soběstačná...
- ...jet do lázní...
- ...žádné...
- ...zahrát si divadlo...

Nehospitalizovaní senioři:

- ...odjet v létě k dceři na chalupu...
- ...nic si neplánuji...
- ...mít v Domově U Spasitele psa...
- ...koupit si nové brýle...
- ...jít do divadla...

Položka č. 25: Jaký zážitek hodnotíte jako nejsilnější v posledních letech?

Hospitalizovaní senioři:

- ...žádný...
- ...operace očí, lépe vidím...
- ...smrt dcery před pěti lety...
- ...úmrtí manžela...
- ...promoce vnučky...

Nehospitalizovaní:

...přestěhování do Domova U Spasitele...

... oslava mých 90. narozenin v Domově U Spasitele...

...raději nevzpomínám, zažila jsem mnoho špatného...

...rozvod, nemohl jsem se stýkat se synem...

...vánoční besídka, vystoupení dětí z mateřské školky...

...nevzpomínám si...

Cíle práce byly splněny.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na rozdílnost uspokojování potřeb u hospitalizovaných a nehospitalizovaných seniorů. Výzkum prokázal, že není větší rozdíl v uspokojování potřeb u obou skupin. Seniori hospitalizovaní na Oddělení následné péče jsou s ošetrovatelskou péčí spokojeni, nemají problém požádat o pomoc. Prioritou je pro ně vztah s rodinou. Volný čas tráví nejvíce sledováním televize nebo spánkem. Seniori žijící v Domově U Spasitele více sledují současné dění, ať kulturní nebo politické. Jsou spokojeni se životem, přestože přestěhováním do Domova se vztah s rodinou spíše zhoršil. Bylo zajímavé, že třetina oslovených nehospitalizovaných seniorů odpověděla, že jim nic neschází. Z toho vyplývá závěr: hospitalizované seniory vést více k aktivnímu trávení volného času v nemocnici a nehospitalizovaným seniorům pomoci ve vztahu k rodině.

Mezi zajímavé postřehy patřil povzdech obyvateľky Domova U Spasitele, že je zde na jednom místě mnoho lidské bídy. Nelíbilo se jí, že na jednom místě je tak velká koncentrace starých, nemocných lidí. Sama devadesátiletá, bývalá učitelka, stále výborně orientovaná časem i prostorem by uvítala, kdyby mohla zůstat ve svém domácím prostředí. Často je u seniorů velký rozdíl mezi kalendářním a biologickým stářím. Bohužel ve Frýdlantu, kde žije, není žádná agentura domácí péče a pečovatelská služba pracuje jen v dopoledních hodinách.

Trendem do budoucna by mělo být, že senior zůstane co nejdéle ve svém domácím prostředí, postará se o něj jeho rodina ve spolupráci s pečovatelskou službou, domácí agenturou nebo stacionářem. Již dlouho přemýšlím o svém Domovu pro seniory, který by měl lůžkovou část, stacionář a případně služby domácí agentury. Zatím to je jen velký sen, ale výzkum mě přesvědčil o potřebě takového zařízení.

V dnešní době jsou seniori aktivnější, více se zajímají o dění kolem sebe. Mají chuť se naučit nové věci, navštěvují univerzity třetího věku, používají mobil, pracují na počítači. Existuje mnoho internetových stránek nebo časopisů pro seniory. Samozřejmě existují i seniori, kteří nemají o novinky zájem, libují si v nemoci a jsou stále nespokojeni. Stáří v kombinaci s nemocí je obtížné. Společnost by se měla snažit, nebýt k potřebám seniorů netečná, seniory v aktivitách podporovat a tím zlepšit kvalitu jejich života.

ANOTACE

Autor:	Milada Kochanová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Potřeby seniorů
Vedoucí práce:	Bc. Jitka Pánková
Počet stran:	84
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova:	potřeby, senior, stáří, stárnutí, hospitalizace, hospitalizmus

Cílem bakalářské práce je, zjistit rozdíl v uspokojování potřeb mezi hospitalizovanými a nehospitalizovanými seniory. Teoretická část objasňuje pojem potřeby, rozlišuje je na nižší a vyšší. Rozebírá tělesné projevy stáří, vztah zdravotního a sociálního stáří. Zmiňuje se o hospitalizmu a imobilizačním syndromu. Část praktická prezentuje kvantitativní výzkum, při kterém byla použita metoda dotazníkového šetření. Zkoumaný vzorek tvořili senioři hospitalizovaní na Oddělení následné péče Frýdlantu a senioři žijící v Domově U Spasitele také ve Frýdlantu. Získané informace jsou prezentovány pomocí grafů a tabulek. V diskuzi najdeme shrnutí a doporučení pro ošetřovatelskou praxi.

The aim of this bachelor work is to find out the difference in the satisfaction of needs amongst in-house senior patients and external, or living at home seniors. The theory part explains the term of needs, it divides them into lower and higher needs. It analyses physical indications of old age and the relationship between medical and social old age. It mentions hospitalism and syndrome of being immobilised. The practical part presents quantitative research using questionnaires methods. The analysed sample was made up of seniors in "Oddělení následné péče" in Frýdlant and seniors living in "Domov U Spasitele" also in Frýdlant. All findings are present using graphs and charts. The summary and recommendation for nursing practice can be found in the discussion part.

SEZNAM LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ, A. a kolektiv, *Ošetrovatelská péče*. Praha: Karolinum 2006. ISBN 80-246-1113-9
2. BABINČÁK, P. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita 2004. ISBN 80-8068-282-8
3. BOWLING, A. *Ageing well: quality of life in old age*. Maidenhead: New York: Open University Press 2005. ISBN 0-335-21510-6
4. EMMERT, F. et al. *Odmaturuj! ze společenských věd*. Brno: Didaktis 2004. ISBN 80-86285-68-5
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 10: manuálek ze sociální gerontologie*. Brno: NCONZO 2004. ISBN 80-7013-363-5
6. HOLMEROVÁ, I. *Charty seniorů a chronicky nemocných*. Praha: Česká alzheimerovská společnost 2001. ISBN 80-86541-01-0
7. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita 2006. ISBN 80-7368-110-2
8. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV 2000. ISBN 80-85866-55-2
9. JURAŠKOVÁ, B. a kolektiv, *Nejčastější onemocnění ve stáří: strategie v terapii, diagnostice a následné péči*. Hradec Králové: GEPA 2006. ISBN 80-239-7849-7
10. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén 2006. ISBN 80-7262-455-5
11. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kolektiv, *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada 2004. ISBN 80-247-0548-6
12. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kolektiv, *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada 2008. ISBN 978-80-247-2490-4
13. KOZÁKOVÁ, Z. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2006. ISBN 80-244-1552-6
14. KOROUKIAN, S. et al. *Encyclopedia of aging and public health*. New York: Springer 2008. ISBN 978-0-387-33753-1
15. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta 1995. ISBN 80-217-0528-0

16. *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí 2008. ISBN 978-80-86878-65-2
17. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada 2009. ISBN 978-80-247-2713-4
18. MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita 2005, ISBN 80-210-3838-1
19. NEČAS, E. a kolektiv. *Obecná patologická fyziologie*. Praha: Karolinum 2006. ISBN 80-246-1291-7
20. NĚMCOVÁ, J. *Diagnóza v ošetrovatelství: Saturace spirituálních potřeb*. č. 1 (leden 2010). Kutná Hora: Label. Vychází měsíčně. ISSN 1801-1349
21. PAYNE, J. a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton 2005. ISBN 80-7254-657-0
22. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6: hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: NCONZO 2004. ISBN 80-7013-323-6
23. ŠREJBEROVÁ, V. *Potřeby člověka hospitalizovaného na kardiologické jednotce intenzivní péče*. Hradec Králové, 2007.86 s. Bakalářská práce na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy na katedře Ústavu sociálního lékařství. Vedoucí bakalářské práce Alexandra Kramářová
24. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén 2005. ISBN 80-7262-365-6
25. TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press 2009. ISBN 978-80-251-2104-7
26. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCONZO 2006. ISBN 80-7013-324-4
27. [Online]. [cit. 2010-04-13] Dostupné z <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Motivace> >
28. [Online]. [cit. 2010-03-15] Dostupné z <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/nozokomialni-nakazy-a-hygienicko-epidemiologicky-rezim-447343> >
29. [Online]. [cit. 2010-03-13]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100 >
30. [Online]. [cit. 2010-03-29]. Dostupné z <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/3-Cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi.html> >

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1:	Počet respondentů	42
Tabulka č. 2:	Zdravotní stav	43
Tabulka č. 3:	Ovlivněné činnosti	44
Tabulka č. 4:	Kvalita jídla	45
Tabulka č. 5:	Ubytování	46
Tabulka č. 6:	Rehabilitace	47
Tabulka č. 7:	Bezpečnost	48
Tabulka č. 8:	Bydlení	49
Tabulka č. 9:	Důvěra	50
Tabulka č. 10:	Návštěvy	51
Tabulka č. 11:	Vztah s rodinou	52
Tabulka č. 12:	Respektování potřeb	53
Tabulka č. 13:	Požádání o pomoc	54
Tabulka č. 14:	Současné dění	55
Tabulka č. 15:	Získávání informací	56
Tabulka č. 16:	Volný čas	57
Tabulka č. 17:	Překonávání překážek	58
Tabulka č. 18:	Vztah s vrstevníky	59
Tabulka č. 19:	Spokojenost se životem	60
Tabulka č. 20:	Moderní přístroje	61
Tabulka č. 21:	Nedostatek	62
Tabulka č. 22:	Prospěšnost rodině	63
Tabulka č. 23:	Sebeúcta	64

SEZNAM GRAFŮ

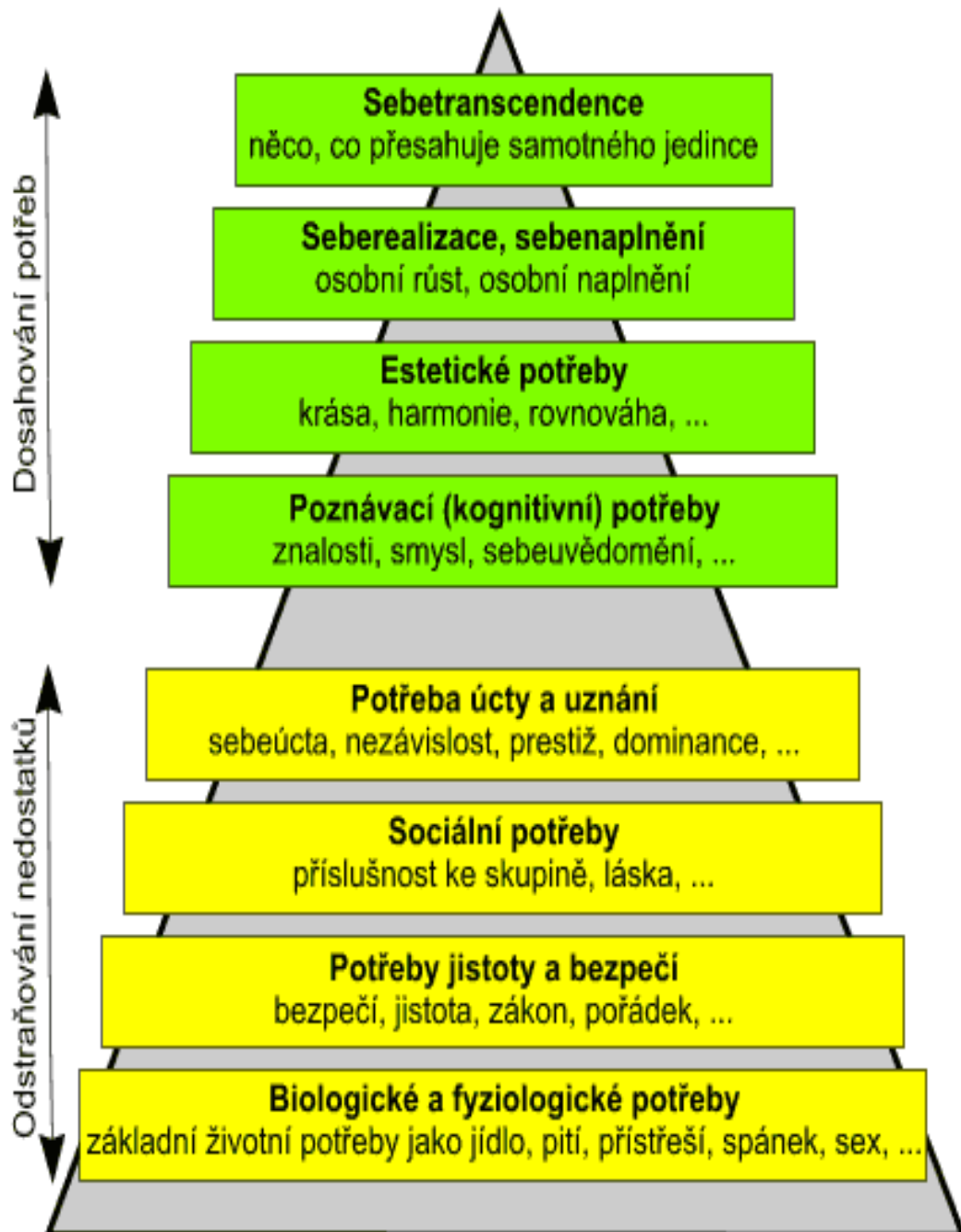
Graf č. 1:	Počet respondentů	42
Graf č. 2:	Zdravotní stav	43
Graf č. 3:	Ovlivněné činnosti	44
Graf č. 4:	Kvalita jídla	45
Graf č. 5:	Ubytování	46
Graf č. 6:	Rehabilitace	47
Graf č. 7:	Bezpečnost	48
Graf č. 8:	Bydlení	49
Graf č. 9:	Důvěra	50
Graf č. 10:	Návštěvy	51
Graf č. 11:	Vztah s rodinou	52
Graf č. 12:	Respektování potřeb	53
Graf č. 13:	Požádání o pomoc	54
Graf č. 14:	Současné dění	55
Graf č. 15:	Získávání informací	56
Graf č. 16:	Volný čas	57
Graf č. 17:	Překonávání překážek	58
Graf č. 18:	Vztah s vrstevníky	59
Graf č. 19:	Spokojenost se životem	60
Graf č. 20:	Moderní přístroje	61
Graf č. 21:	Nedostatek	62
Graf č. 22:	Prospěšnost rodině	63
Graf č. 23:	Sebeúcta	64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1:	Maslowova pyramida potřeb	85
Příloha 2:	Evropská konference o důstojnosti a ohroženosti starších lidí	86
Příloha 3:	Prognóza věkového rozložení v ČR	89
Příloha 4:	Barthelův test základních všedních činností	90
Příloha 5:	Hodnocení rizika pádu	91
Příloha 6:	Dotazník potřeb hospitalizovaných a nehospitalizovaných seniorů	92

PŘÍLOHY

Příloha 1: Maslowova pyramida potřeb



Příloha 2: Evropská konference o důstojnosti a ohroženosti starších lidí

Ve dnech 25. -26. 5. 2009 se v Praze uskutečnila Evropská konference o důstojnosti a ohroženosti starších lidí jako jedna z oficiálních akcí českého předsednictví v Radě EU. Organizovala ji Evropská komise spolu s Úřadem vlády ČR (sekce pro lidská práva) pod záštitou evropského komisaře, pana Vladimíra Špidly, a ministra vlády ČR, pana Michaela Kocába. Předsedou organizačního výboru byl Mgr. Jan Lorman, ředitel Života 90 o.p.s. Konference se kromě oficiálních zástupců Evropské komise účastnili i vrcholní představitelé seniorských odborů Organizace spojených národů a Světové zdravotnické organizace (WHO), klíčových seniorských a pro-seniorských mezinárodních asociací, především IFA (International Federation on Ageing, nejvýznamnější světová proseniorská organizace), INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse), ILC (International longevity center) AGE-platform, EURAG, ACE (Age Concern), AEIP, AIUTA (Asociace univerzit 3. věku), HAI (HelpAge International) a také odborných společností, např. EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society), či evropských odborových svazů. Šlo tak nejen o nejvýznamnější gerontologickou a geriatrickou akci, která se kdy konala na území ČR, ale také o zcela unikátní platformu mezinárodních organizací, která se dosud v tomto složení a v této šíři témat nesešla.

Konference se zúčastnilo přes 170 odborníků z většiny zemí Evropské unie, z Norska, Islandu, USA a Izraele. Jednání probíhala formou 12 workshopů, panelu nevládních organizací a 3 plenárních zasedání.

Na úvodním plénu představil Robert Butler, profilující osobnost světové gerontologie, emeritní ředitel Národního gerontologického ústavu USA, stávající ředitel ILC a autor pojmu i konceptu ageizmu, připravovanou Deklaraci práv a participace starších lidí.

Na závěrečném plénu byla přijata Deklarace pražské konference, jejíž dílčí výzvy se obracejí k Evropské komisi i k národním vládám, k akademickým obcím, k místním správám i k samotným seniorům. Čtyřčlenná skupina editorů, vedená ředitelem Královského gerontologického ústavu v Londýně, profesorem Simonem Biggsem, pak vypracovala na základě zpráv z workshopů k této Deklaraci úvod vyzdvihující priority pražského jednání. Kvalitu, evropský význam a v některých případech i průkopnickou originalitu pražských podnětů ocenil v závěrečném politickém zhodnocení představitel Evropské komise, pan Jerome Vignon.

Informace o průběhu konference a její výstupy jsou oficiálně předávány orgánům Evropské komise instanční cestou, především prostřednictvím Rady ministrů pro sociální ochranu EPSCO. Obecně jde o zajímavý mechanismus „nekonečného koloběhu“ na sebe navazujících politicko odborných konferencí pořádaných postupně jednotlivými předsednickými zeměmi s dramaturgií koordinovanou Evropskou komisí. Pražská „seniorská“ konference navázala především na jednání slovinské konference z dubna 2008 (problematika dlouhodobé péče a mezigenerační solidarity), francouzských konferencí z října 2008 (problematika Alzheimerovy choroby a syndromu demence) a také ze září

2008 (konference v polské Vroclavi pod hlavičkou francouzského předsednictví s problematikou rozvoje geriatrické medicíny). Navazuje švédská konference v září 2009.

Součástí pražského jednání i prioritou v jeho výstupech bylo téma paliativní péče. Úvodní příspěvek ve workshopu přednesl předseda české Společnosti paliativní medicíny, MUDr. L. Kabelka, Ph.D., a jednání se účastnila ředitelka sdružení Cesta domů, paní Martina Špinková. Ve výstupech konference pak bylo zdůrazněno právo starších lidí na důstojné umírání, asistované kvalifikovanou paliativní péčí, a to pokud možno v přirozeném prostředí, tam, kde si to umírající lidé a jejich rodiny přejí. Konference v tomto smyslu vyzněla jako podpora mobilních hospiců, kvalifikované domácí paliativní péče.

Z dalších témat konference zdůraznila např.:

- Potřebu rovnováhy mezi zodpovědností státu, místních společenství (komunit), rodiny a jednotlivců vytváření podmínek pro reálné vlastnění sebe i ve stáří, v penzijním věku a se zdravotním postižením.
- Potřebu rozvoje geriatry a geriatrické medicíny překonávající tzv. disease model (převážnou orientaci na choroby) a zohledňující funkční problémy související často s tzv. geriatrickou křehkostí (frailty).
- Rozvíjení uceleného konceptu komplexní dlouhodobé péče upřednostňující komunitní služby, ale umožňující také ústavní péči tam, kde by ambulantní péče byla nedostatečná a nedůstojná (nejde o absolutní eliminaci ústavní péče, ale o hledání optimální rovnováhy mezi službami ústavními a ambulantními).
- Aktivní podporu lidské důstojnosti jako nejvýznamnější hodnoty znevýhodněných starých lidí (včetně lidí umírajících či trpících pokročilou fází syndromu demence) – nastíněn byl koncept dignitogeneze, odpovídající aktivní podpoře zdraví, tzv. salutogenezi.
- Kontinuitu podpory či nerespektování důstojnosti s problematikou zneužívání, zanedbávání, případně týrání starších lidí, tedy nahrazení stávajícího konceptu EAN (elder abuse and neglect) konceptem EDAN (elder dignity sbuse and neglect).
- Roli médií při rozvířování demografické paniky a při formování vztahu společnosti k životu ve stáří a ke starším lidem.
- Potřebu celoživotní výchovy k životu ve stáří a k řešení problémů starších lidí.
- Nebezpečí zneužití opatrovnictví u starších lidí trpících demencí či stavy zmatenosti.
- Nebezpečí farmakologického zneužití ve smyslu jak nesprávného používání léků včetně neúměrného omezování, tak nadměrného odčerpávání finančních prostředků na neúčelnou farmakoterapii.

- Konference nabídla účastníkům i průvodní program a materiál včetně výstavních panelů v předsálích Kongresového centra (např. obnovený projekt Diakonie ČCE „Senior a já – Já a senior?“) či reflexe stáří v českém myšlení první poloviny 20. století s připomenutím projektu tzv. Masarykových domovů (80. výročí) či myšlenek Karla Čapka a T. G. Masaryka.

Krátce před vlastní pražskou konferencí proběhla i její satelitní část. Klub UNESCO v Kroměříži spolu s Národním dobrovolnickým centrem Hestia uspořádaly 11. -12. května v Kroměříži konferenci na téma Senioři jako dobrovolníci – dobrovolníci seniorům. I na této konferenci patřily k hlavním výstupům důstojnost a participace starších lidí. Ti nejsou jen příjemci péče, ale představují také významný společenský potenciál. Stárnutí populace a nástup dlouhověké společnosti jsou proto nikoliv hrozbou, ale šancí, které je však nutno dát smysl a vůli. I v případě funkční a zdravotní závislosti, včetně umírání, je nezbytné poskytovat služby v rámci existenciálně chápaného uceleného systému podpory člověka, nikoliv v rámci redukcionistického, ekonomicko biologického konceptu jakési základní péče orientované především a převážně na základní potřeby biologické.

MUDr. Zdeněk Kalvach

[Online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z <<http://www.umirani.cz/detail-clanek/evropska-konference-o-dustojnosti-a-ohrozenosti-starsich-lidi.html> >

Příloha 3: Prognóza věkového rozložení v ČR



datum: 25. 5. 2009, autor: ČT24, zdroj: ČT24, země: ČR © Česká televize

Prognóza průměrné délky života

Za stárnutím populace stojí především propracovanější zdravotnická péče. Střední délka života u mužů má do roku 2065 stoupnout oproti dnešku o 12 a půl roku. Lidí s věkem nad 100 let, kterých v Česku teď žije několik set, bude podle statistického úřadu až 15 tisíc.

[Online]. [cit. 2010-02-16]. Dostupné z <<http://www.ct24.cz/ceske-predsednictvi/55794-evropska-konference-ma-sjednotit-pohled-na-seniory/>>

Příloha 4: Barthelův test základních všedních činností
(ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha 5: Hodnocení rizika pádu

Pohyb	0	neomezený
	2	používá pomůcky
	1	potřebuje pomoc k pohybu
	1	neschopen přesunu
Vyprazdňování	0	nevyžaduje pomoc
	1	nykturie / inkontinence
	1	vyžaduje pomoc
Medikace	0	neužívá rizikové léky
	1	užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
Smyslové poruchy	0	žádné
	1	vizuální, smyslový deficit
Mentální status	0	orientován
	1	občasná noční dezorientace
	1	dřívější dezorientace / demence
Věk	0	8 až 75 let
	1	nad 75 let
Pád v anamnéze	1	ano

Vyhodnocení:

- zaškrtneme a sečteme body
- skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Příloha 6: Dotazník potřeb hospitalizovaných a nehospitalizovaných seniorů

Vážená paní, vážený pane,

ve snaze poskytovat tu nejlepší možnou péči vám seniorům, se na vás obracím s tímto dotazníkem, kterým bych chtěla zjistit vaše potřeby a vaši spokojenost s ošetrovatelskou péčí.

Budu velice ráda, pokud přijmete tuto nabídku ke spolupráci a věnujete svůj čas vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Na otázky odpovídejte zakroužkováním příslušné jedné odpovědi, případně dopište podle vašeho názoru a uvážení. v otázce č. 3, 15, 16 můžete označit více možností.

Za spolupráci předem děkuji.

Studentka Milada Kochanová

Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, obor ošetrovatelství

1. Jste v současné době hospitalizovaný (-á) v nemocnici?
 - a) ano
 - b) ne

2. Váš zdravotní stav je na analogové škále – na pravítku od 0 - 10 (čím vyšší číslo, tím lépe se cítíte)
 - a) výborný (7 - 10)
 - b) uspokojivý (4 - 6)
 - a) špatný (0 - 3)

3. Váš zdravotní stav vás ovlivňuje: (zaškrtněte i více možností)
 - a) při hygienické péči
 - b) při zajištění stravy
 - c) při zajištění chodu domácnosti
 - d) při chůzi
 - e) v jiných aktivitách
 - f) vůbec mě neovlivňuje

4. Jak jste spokojen s kvalitou jídla?
 - a) zcela spokojen
 - b) částečně spokojen
 - c) málo spokojen
 - d) nespokojen

5. Jak jste spokojen s nynějším ubytováním?
 - a) zcela spokojen
 - b) částečně spokojen
 - c) málo spokojen
 - d) nespokojen

6. Jak jste spokojen s rehabilitací?
 - a) zcela spokojen
 - b) částečně spokojen
 - c) málo spokojen
 - d) nespokojen

7. Cítíte se bezpečně při provádění denních činností? (chůze, manipulace v lůžku, převoz na vozíku)
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) určitě ne
 - d) spíše ne
8. Bydlíte:
- a) sám
 - b) s rodinou
 - c) v domě s pečovatelskou službou
 - d) v domově důchodců
 - e) jiné
9. Ke komu máte největší důvěru?
- a) rodina
 - b) přátelé
 - c) ošetrovatelský personál
 - d) sociální pracovník
 - e) nikdo
10. Jak často za vámi chodí návštěvy?
- a) denně
 - b) 1x týdně
 - c) 2x měsíčně
 - d) vůbec
11. Změnil se během hospitalizace nebo pobytu na Charitě vztah s rodinou?
- a) určitě ano k lepšímu
 - b) spíše ano k lepšímu
 - c) určitě ne k lepšímu
 - d) spíše ne k lepšímu
 - e) stejný
12. Myslíte si, že zdravotnický personál respektuje vaše potřeby (jídlo, hygiena, vyprazdňování, soukromí, ...)?
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) určitě ne
 - d) spíše ne
13. Máte problémy s požádáním o pomoc?
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) určitě ne
 - d) spíše ne

14. Sledujete současné dění – politika, kultura?
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) určitě ne
 - d) spíše ne
15. Jaký způsob získávání informací nejvíce preferujete?
- a) televize
 - b) rádio
 - c) denní tisk
 - d) časopisy
 - e) jiné
 - f) žádné informace získávat nechci
16. Jak trávíte volný čas? (zaškrtněte i více možností)
- a) spánek
 - b) čtení
 - c) rozhovor
 - d) ruční práce
 - e) luštění křížovek
 - f) sledování televize
 - g) poslech rádia
 - h) jiné
17. Co nebo kdo vám v životě nejvíce pomáhá překonávat překážky?
- a) rodina
 - b) přátelé
 - c) víra
 - d) jiné
18. Rozumíte si dobře se svými vrstevníky?
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) určitě ne
 - d) spíše ne
19. Jste se svým životem spokojená?
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) určitě ne
 - d) spíše ne
20. V dnešní době je spousta nové moderní technologie (mobilní telefony, PC, internet). Máte zájem pracovat s těmito přístroji?
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) určitě ne
 - d) spíše ne

21. Co Vám nyní nejvíce schází?
a) rodina
b) přátelé
c) zdraví
d) jiné
e) nic
22. Myslíte si, že jste prospěšný své rodině?
a) určitě ano
b) spíše ano
c) určitě ne
d) spíše ne
23. Vážíte si sám sebe?
a) určitě ano
b) spíše ano
c) určitě ne
d) spíše ne
24. Jaké máte plány do budoucna?
25. Jaký zážitek hodnotíte jako nejsilnější v posledních letech?

Velmi děkuji za Váš čas a ochotu věnovanou tomuto dotazníku. Přeji Vám mnoho hezkých dní v životě. Milada Kochanová