

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Věra Koubová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB SENIORŮ
V DOMOVĚ PRO SENIORY

Bakalářská práce

Autor práce: **Věra Koubová**

Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2010

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

SATISFYING OF NEEDS OF RETIREES
IN A RETIREMENT HOME

Bachelor's thesis

Author: **Věra Koubová**

Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2010

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

V Hradci Králové

(podpis)

Poděkování:

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce, Jaroslavě Pečenkové, za její čas, který mi věnovala při konzultacích, za její pomoc, velkou trpělivost a podnětné připomínky v celém průběhu zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

Obsah.....	5
Úvod.....	7
I Teoretická část.....	8
1 Cíl teoretické části.....	8
2 Charakteristika geriatrického věku.....	9
2.1 Stárnutí a stáří.....	9
2.2 Funkční různorodost seniorů.....	10
2.3 Změny ve stáří.....	11
2.4 Biologické aspekty stárnutí.....	11
2.4.1 Psychické změny ve stáří.....	12
2.4.2 Sociální změny ve stáří.....	14
2.5 Teorie potřeb člověka.....	17
2.5.1 Definice potřeb.....	17
2.6 Potřeba jako motiv.....	17
2.7 Maslowovova teorie potřeb.....	18
2.8 Dům životních potřeb.....	20
3 Lidské potřeby.....	23
3.1 Základní (fyziologické) potřeby.....	23
3.2 Psychosociální potřeby.....	23
3.3 Spirituální potřeby.....	24
3.4 Uspokojování potřeb seniorů podle modelu Hendersonové.....	25
3.4.1 Dýchání.....	26
3.4.2 Dostatečný příjem potravy a tekutin.....	26
3.4.3 Vylučování.....	27
3.4.4 Pohyb a udržování vhodné tělesné polohy.....	28
3.4.5 Spánek a odpočinek.....	30
3.4.6 Výběr vhodného oděvu, pomoc při oblékání a svlékání.....	30
3.4.7 Udržování fyziologické tělesné teploty.....	31
3.4.8 Udržování upravenosti a čistoty těla.....	31
3.4.9 Zajištění bezpečného prostředí a zabránění zranění jiných.....	32
3.4.10 Komunikace s ostatními osobami, jeho vyjádření emocí, potřeb, obav, názorů ...	32
3.4.11 Vyznávání vlastní víry.....	33
3.4.12 Smysluplná práce.....	33

3.4.13	Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace.....	34
3.4.14	Schopnost učení se ve stáří, objevování nového a využívání dostupných zdravotnických zařízení.....	34
II	Empirická část.....	36
4	Cíl empirické části.....	36
5	Metodika výzkumného šetření.....	37
6	Charakteristika výběrového souboru.....	38
7	Realizace výzkumu.....	39
8	Výsledky výzkumu.....	40
9	Diskuse.....	59
	Závěr.....	63
	Seznam obrázků.....	71
	Seznam tabulek.....	72
	Seznam grafů.....	74
	Seznam příloh.....	75
	Přílohy.....	76

Úvod

V bakalářské práci je nahlédnuto do problematiky péče o seniory, která se začíná dostávat do popředí zájmu veřejnosti. Je snahou aktivním přístupem změnit tak negativní postoj ke stáří a zlepšit přístup k člověku jako k individuální bytosti se svými specifickými potřebami. V současné době se vysoké procento lidí dožívá vyššího věku, většina lidí vstupuje do období seniorského věku bez výrazných změn v tělesné, duševní i sociální oblasti. Senioři mají zaručenou odpovídající zdravotní péči, jsou zajištěni finančně. V případě, že se z nějakého důvodu sníží jejich soběstačnost, je jedním z možných řešení situace odchod do domova pro seniory. Je zde o člověka dobře postaráno z hlediska uspokojení základních životních potřeb. S nárůstem stárnoucí populace se společnost snaží o udržení aktivity starých lidí do co možná nejvyššího věku. Již se nepreferuje jen zdravotní péče o seniory, ale kvalita jejich života s potřebami a zájmy.

Sociální služby, které jsou, hned po pečující rodině, druhým nejvýznamnějším poskytovatelem sociální péče o seniory, dávají možnost žít plnohodnotný život i těm zdravotně a jinak znevýhodněným lidem, kteří by bez solidarity společnosti žili v nevyhovujících podmínkách nebo zemřeli. Probíhající transformace sociálních služeb si dala za úkol zhumanizovat ústavní zařízení, jako jsou například domovy pro seniory, podporovat takové služby, které by umožnily seniorům zůstat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí, tj. terénní a ambulantní sociální služby, snižovat závislost na péči i riziko institucionalizace a hlavně zkvalitnit poskytované služby.

I Teoretická část

1 Cíl teoretické části

Pro hlubší porozumění problematice týkající se seniorů se v teoretické části práce zabývám stářím a změnami ve stáří, se kterými se musí starý člověk vypořádat. Charakterizuji fyzické a psychosociální změny ve stáří, úskalí důchodového věku. Dále je práce zaměřena na teorie lidských potřeb, uspokojování potřeb seniorů v domově pro seniory.

Přijetí do domova pro seniory je dalším složitým a těžkým obdobím jejich životní dráhy. Vzhledem k tomu, že mám vlastní zkušenost, z osobního i profesionálního života, považuji tuto problematiku za důležitou.

2 Charakteristika geriatrického věku

„Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí.“

Talmud

2.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí je nezvratný biologický proces na konci přirozeného ontogenetického vývoje každého člověka. Stejně jako jiná vývojová stádia, má i stáří specifické znaky, které jej odlišují od předcházejících životních etap. Následkem stárnutí probíhají v organismu změny po stránce biologické, psychologické a sociální. Přes relativně velké množství poznatků nelze jednoznačně definovat jev stárnutí, ani proč stárneme. Délka života a rychlost stárnutí je geneticky podmíněná.

Stáří je poslední fáze lidského vývoje, v níž dochází k involučním změnám, zhoršování zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu.

Z medicínského hlediska hovoříme o involučním potenciálu zdraví. Často dochází k rozporům mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (jeho zdatností a mírou involuce) Mnozí lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní, jiní působí předčasně zestárlým dojmem. (Kalvach, 2006)

Vymezit období stáří není zdaleka jednoduché. Podle mnoha psychologů je člověk tak starý, jak staře myslí. Většina autorů však stáří určuje podle kalendářního věku. Nejčastěji se užívá věková kategorizace doporučená Světovou zdravotnickou organizací (WHO):

- 45 - 59 let: střední věk, interevium
- 60 – 74 let: vyšší věk, starší věk nebo rané stáří, senescence
- 75 – 89 let: pokročilý věk, pravé stáří, kmetství, senium
- 90 a více let: dlouhověkost, patriarchium

Stáří se označuje jako období třetího věku, přičemž prvním se rozumí dětství a dospívání a druhým věkem období dospělosti. V současnosti se setkáváme s označením čtvrtý věk, což vyplývá z potřeby rozdělit stáří na dvě období se zřetelem na jejich odlišné charakteristiky. Starší člověk ve věku 60-74 let většinou ještě netrpí závažnými chorobami, je aktivní, integrovaný ve společnosti, schopný cestovat. Tento aktivní úsek života se označuje jako třetí věk. Čtvrtý věk začíná obvykle po 75. roce života v období

zhoršování zdraví. Nese ve znamení chorob, úpadku tělesných, i psychických funkcí a blížící se smrti. (Hegyí, 2001, in Poledníková, 2006)

2.2 Funkční různorodost seniorů

Kalendářní věk je důležitou charakteristikou v životě člověka. Jeho hlavní výhodou je jednoznačnost. Vycházejí z něho i odlišné konvence o stárnutí a stáří, přesto že nevypovídá nic o skutečném funkčním potenciálu člověka.

„Zdatní“ senioři si bez ohledu na svůj věk udržují velmi dobrou zdatnost, vykonávají fyzicky náročné činnosti a zvládají dobře i náročnější zdravotnické výkony. Dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace. „Nezávislí“ senioři zvládají aktivity každodenního života a za běžných okolností nepotřebují žádnou podstatnější oporu rodiny. Za situací přinášejících mimořádnou zátěž, jako jsou např. horečnatá onemocnění nebo chůze do schodů, vyžadují intervence. „Křehcí“ senioři jsou zvýšeně ohroženi náhlou dekompenzací zdravotního či funkčního stavu, potřebují trvalou dopomoc při náročnějších činnostech každodenního života (nakupování, vaření, vedení domácnosti). „Závislí“ senioři zčásti nebo zcela nevládají ani běžné sebeobslužné činnosti, vyžadují z tělesných či duševních důvodů pomoc při jídle, mytí oblékání, při používání toalety, při přesouvání z lůžka do křesla a zpět. „Zcela závislí“ senioři jsou dlouhodobě či trvale upoutáni na lůžku, popř. mají kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí. U těchto nemocných hrozí rozvoj imobilizačního syndromu. Umírající mají specifické potřeby komplexní paliativní péče. (Kalvach, Onderková, 2006)

Funkční věk je určený souhrnem biologických, psychologických a sociálních charakteristik a je důležitým hodnotícím kritériem v medicíně. K nejzávažnějším důsledkům geriatrické deteriorace i různých chorob ve stáří patří ztráta soběstačnosti, schopnosti uspokojovat běžné potřeby samostatně v daném prostředí. Na její stanovení se používají rozdílné testy, ADL, test Barthelové nebo Katzův, či systém FIM, které umožňují posoudit jednotlivé funkce, ale i funkční stav jako celek. S různým stupněm zdatnosti seniorů se mohou setkat pečující jak v domácí péči, tak v ústavním ošetřování. Je velmi důležité, že uspokojivá kvalita života, autonomie, smysluplnost i další priority souvisejí s vyššími úrovněmi výkonnosti. Je třeba bránit poklesu seniora na nižší úroveň funkční zdatnosti a naopak důsledně usilovat o její zachování či zlepšení.

Zdravotní sestra, rodina a všichni ti, kteří pečují o nemocné ležící a zcela nesoběstačné, věnují svoji pozornost a péči především uspokojování základních lidských potřeb. U nemocného, který je upoutaný na lůžku nebo trpí poruchou hybnosti, je uspokojování potřeb problematické. Takto nemocní nedokáží samostatně vyjádřit své potřeby.

2.3 Změny ve stáří

Stárnutí (involuce) je přirozený, zákonitý proces v životě každého člověka. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Fyziologické stárnutí je normální součástí života. Za patologické stárnutí je možné považovat tzv. „předčasné stárnutí“ u osob jejichž kalendářní věk je nižší než věk funkční.

Spojuje se s biologickými, se sociálními, psychologickými, ale i ekonomickými změnami, které mohou znamenat pro stárnoucího jedince, rodinu i společnost velký problém. Správná péče o tyto osoby se opírá o aktivní vyhledávání těchto aktuálních i potenciálních rizik a jejich včasnou eliminaci. (Kolektiv autorů, 2005)

2.4 Biologické aspekty stárnutí

Biologický věk je výslednicí spolupůsobení geneticky řízeného programu, vnějšího prostředí a způsobu patologických situací. Jeho exaktní vymezení se však nedaří a není ani shoda o tom, co by mělo vyjadřovat. Nejvýraznějším projevem stáří člověka a vůbec všech živých organismů jsou změny na fyziologické úrovni, tedy změny biologické. Přibývá osob, jejichž způsob života je dlouhodobě limitován chronickým onemocněním, tělesným či duševním handicapem či postupnou ztrátou soběstačnosti. Starší lidé, osoby s chronickým onemocněním či trvalým postižením jsou navíc ohroženi riziky, která výrazně zhoršují jejich kvalitu života. Patří mezi ně: vysoký věk, ztráta aktivity, sociální izolace a osamělost, konflikty v rodině, izolovaná gerontologická domácnost, maladaptace na zátěž a změnu prostředí, umístění do ústavní péče, špatná finanční situace, problémy s očekávanou smrtí.

Fyzické změny ve stáří vznikají na základě opotřebování orgánů a zpomalení metabolismu. Jednotlivé systémy v těle zaznamenávají zpomalení a oslabení dřívějších funkcí a pokles biologických adaptačních mechanismů. Staří lidé hůře reagují na veškeré změny vnějšího či vnitřního prostředí. Mezi obecné rysy stárnutí se řadí atrofie, kterou se rozumí zmenšení normálně vyvinutého orgánu, tkáně nebo buňky. Stařecká

atrofie postihuje všechny orgány a tkáně, typická je atrofie mozku a kůže. V důsledku změny struktury kolagenu dochází ke snížení elasticity orgánů a tkání. Snížení se výrazněji projevuje zejména v plicích (stařecký plicní emfyzém) a v cévním systému (pružníková hypertenze). Dalším rysem biologického stárnutí je snížení funkce endokrinních žláz a změna citlivosti periferních tkání k hormonálnímu působení. Významná je změna distribuce tělesných tekutin. Celkové množství vody v těle se nemění, avšak klesá podíl intracelulární tekutiny. Je oslabeno vnímání pocitu žízně, proto je starý člověk snadněji ohrožen vznikem dehydratace. Ve stáří se zvyšuje obsah tělesného tuku, postava se zmenšuje v důsledku atrofie meziobratlových plotének a vlivem ochabování a úbytku svalů dochází k vadnému držení těla. Kosterní svaly ztrácí pružnost, rychlost a klesá síla svalových kontrakcí. Snižuje se schopnost prodloužené svalové námahy. Ubývá vápníku v kostech, což způsobuje větší lomivost. Mění se vzhled kůže. Objevují se vrásky a pigmentace, vlasy šediví, řádnou a vypadávají. Snižuje se kožní turgor, kůže bývá suchá, tenká a svráštělá. Zhoršuje se schopnost termoregulace. Projevem stárnutí nervového systému je postupné snižování neuronů a změny hlubokého cití. Častěji se objevují poruchy spánku, především insomnie (subjektivní pocit zhoršené kvality či délky spánku), obtížné usínání a probouzení v časných ranních hodinách. Zhoršuje se srdeční výkonnost při zátěži a klesá průtok krve všemi orgány, zejména ledvinami. Následkem klesá také očišťovací a koncentrační schopnost ledvin. Častěji vzniká močová inkontinence. Změny v oblasti percepce se objevují ve vysokém věku následkem snížení výkonnosti smyslových orgánů. Nejzávažnější problémy způsobuje postižení zraku a sluchu. (Kolektiv autorů, 2005)

2.4.1 Psychické změny ve stáří

Je na osobnosti každého seniora, jak se s těmito změnami vyrovná. Stejně jako v jiných oblastech, i zde se projevují velké individuální rozdíly. Někteří lidé si udržují psychickou, fyzickou i duševní svěžest až do vysokého věku, jiní ji ztrácejí dávno před tím, než zestárnou. Když jsou stařecké projevy příliš výrazné a jejich intenzita přesáhne určitý stupeň, hodnotíme je jako patologické. (Poledníková, 2006) Fyzické a duševní kvality jedince jsou závislé na schopnostech člověka v minulosti a dospělosti. Změny v oblasti psychiky ve stáří nemají pouze sestupný charakter ve smyslu zhoršení. Některé funkce zůstávají nezměněny: slovní zásoba, jazykové dovednosti. Jiné funkce se mohou dokonce zlepšovat: vytrvalost, trpělivost, schopnost úsudku. Pro kvalitu psychiky ve stáří má význam osobnost člověka a její úroveň. (Jarošová, 2006)

Pro stáří jsou typické změny nebo poruchy paměti. Klesá schopnost přijímat nové informace, ukládat je do paměti a dále zpracovávat.

S postupujícím věkem klesá psychomotorické tempo a zhoršuje psychomotorická koordinace. Každá činnost starému člověku trvá déle. S postupujícím věkem nastávají změny v citové oblasti. Oslabují se vyšší city, resp. estetické cítění se otupuje. Podléhá lítosti, na druhé straně může reagovat i na běžné podněty nepřiměřenými výbuchy zlosti. Pro seniory je typický sklon k úzkostným a depresivním náladám, který pramení z pocitu osamělosti a ztráty samostatnosti. Změny v psychice se projevují poklesem celkové psychické adaptability. Staří lidí bývají nejistí až úzkostliví v neznámém prostředí i při kontaktu s neznámými lidmi. (Poledníková, 2006). Senioři se velmi často obracejí od materiálních hodnot k duchovním.

Existují tři modely adaptace na stáří:

1. Senior s konstruktivním přístupem se věnuje udržení tělesného zdraví, pěstuje dobré vztahy s rodinou a má širokou síť přátel, takže se i po odchodu některých z nich nedostane do sociální izolace.
2. Senior, který si vytváří závislost na okolí, má větší potřebu pomoci od rodiny nebo personálu v ústavní péči, která není vždy podložena objektivním stavem.
3. Senior v nepřátelském postoji vůči svému okolí, který se nedokáže vyrovnat s obtížnými situacemi, které v jeho životě nastávají. (Venglářová, 2007),

Stárnutí lidského těla způsobuje mnoho změn, které se navzájem ovlivňují. Jestliže má člověk dobré sociální kontakty a po fyzické stránce je v pořádku, pak lze předpokládat i jeho psychickou pohodu. Zhorší-li se jeho fyzický stav, třeba kvůli vážnému dlouhodobému onemocnění, je pravděpodobné, že se jeho psychická pohoda vytratí a ohrozí to i jeho sociální kontakty.

V následující tabulce jsou zmíněny významné změny ovlivňující tělesnou, psychickou a sociální složku života starého člověka.

Tab. 1 Změny ve stáří

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
změny vzhledu	zhoršení paměti	odchod do penze
úbytek svalové hmoty	obtížnější osvojování nového	změna životního stylu
změny termoregulace	nedůvěřivost	stěhování
změny činnosti smyslů	snížená sebedůvěra	ztráty blízkých lidí
degenerativní změny kloubů	sugestibilita	osamělost
kardiopulmonální změny	emoční labilita	finanční obtíže
změny trávicího systému	změny vnímání	
změny vylučování moči	zhoršení úsudku	
změny sexuální aktivity		

2.4.2 Sociální změny ve stáří

Pro psychický život seniorů má mimořádný význam vztah ke společnosti a rodině. V tradiční společnosti žily rodiny spolu, většina starých lidí dožívala v blízkosti svých příbuzných. Pro staré lidi mají prvořadou důležitost sociální kontakty.

V souvislosti s odchodem do důchodu bylo zjištěno, že lidé blížící se důchodovému věku začínají mít obavy a jsou zvýšeně sebekritičtí. Většinou, když lidé přestanou pracovat, hodnotí tuto skutečnost pozitivně. Také dochází k situacím, kdy lidé trpí vážnými psychickými obtížemi. Mají pocit, že již nejsou užiteční a jsou přítěží pro ostatní překážkou normálního fungování rodiny. Další sociální změnou je odchod dětí z domova, rodiče mohou trpět tzv. syndromem prázdného hnízda. Další nepříjemnou sociální situací může být úmrtí partnera - partnerova smrt je jednou z nejtěžších zkoušek, se kterou se musí lidé vyrovnat. Mnoho vdov a vdovců nakonec smutné období překoná a může začít znovu žít. Ovdovění postihuje mnohem častěji ženy než muže. Starší lidé se navíc s ovdověním vyrovnávají lépe než mladší lidé, neboť jsou na smrt partnera lépe připraveni. V období stáří se řeší otázka bydlení - starší lidé odcházejí také do různých zařízení sociální péče tehdy, aby nebyli sami doma nebo potřebují pomoc druhé osoby. Pro jednoho člověka je najednou vlastní dům příliš velký, a proto se přestěhuje do menšího, který by zvládl udržovat.

Při fyziologickém stárnutí se kvalitativně nemění struktura osobnosti. Některé rysy starého člověka se mohou vyhrcovat až karikovat, ale osobnost zůstává a měla by být respektována. Charakteristické osobnostní rysy ovšem získávají nebo upadají ve své intenzitě. K zásadní disproporci mezi prvořadými potřebami starších lidí a jejich

saturací dochází pak při delší hospitalizaci nebo umístění v domovech důchodců. Život v domově důchodců bývá prožíván ambivalentně.

Mnoho starých lidí, zvláště osamělých a žijících v ústavní péči, rezignuje a bývá zatlačeno do světa biologických potřeb a základní bezpečnosti. I starý a závažně nemocný člověk má zachovanou potřebu smysluplnosti, participace na dění, sounáležitosti a důstojnosti, autonomie, smyslové a komunikační stimulace. Těmto lidem by se mělo dostat nikoli pouhého opečovávání, ale tělesné, psychické i sociální podpory, aby mohli a dokázali i ve stáří a v nemoci „zůstat sami sebou“. Někteří senioři jsou v běžných podmínkách život zdánlivě zdatní a nezávislí, mohou však ztratit plnou soběstačnost v zátěžových situacích (operace, výkyvy počasí, porucha výtahu). Jsou senioři křehcí, u nichž i ve zcela běžných podmínkách hrozí náhlá dekompenzace, závratě s pády, omezená pohyblivost, kognitivní či smyslový deficit a jsou částečně či zcela závislí na pomoci jiných. Mnozí staří lidé, ale i kvalita života jsou podceňováni. Přezírány jsou jejich schopnosti, míra soběstačnosti, zlepšitelnost stavu, úroveň prožívání i význam a dosažitelnost pohody, libých pocitů a drobných radostí. Mnozí staří lidé jsou dokonce diskriminováni. Starý člověk se hůře adaptuje, má sklon k horší orientaci v novém prostředí, k poruchám termoregulace či k dehydrataci. K závažným ohrožením starého člověka patří snížená adaptabilita, odloučení od blízkých osob, narušení stereotypů včetně pohybových omezení. Nadbytek péče může škodit. Extrémním projevem je infantilizace tendence okolí je nebrat vážně a nerespektovat je jako dospělé lidi. Závažná chyba je nedostatek komunikace. Senior potřebuje se svým okolím komunikovat a my často zapomínáme, že více než naše slova mluví naše mimika, pohyby, gesta, postoj či naše oči. Každý potřebuje pocit bezpečí a jistoty. U závažně nemocných starých lidí, zvláště u umírajících či těžce dementních pacientů hrozí až fenomén zvěcnění. (Holmerová et al. 2002)

Závažné formy nevhodného zacházení se starými lidmi, různé formy domácího i ústavního násilí či zanedbávání péče se shrnují pod anglickým označením EAN (elder abuse and neglect). K hlavním formám patří tělesné a psychické týrání, ekonomické zneužívání, sexuální zneužívání, nevhodné zacházení či zanedbávání, nepřiměřené používání omezovacích prostředků fyzických (kurtování) či chemických (nepřiměřené tlumení psychofarmaky). K hlavním rizikovým faktorům tohoto jednání patří: abnormální osobnost toho, kdo se EAN dopouští (agresivita, alkoholismus), špatný zdravotní stav a nesoběstačnost oběti (porucha pohyblivosti, komunikace, kognitivních

schopností), přetížení rodiny či ošetrovatelského personálu syndromem vyhoření, nedostatečná společenská kontrola, nedostatečná poučenost a nedostatečná podpora pečujících, nezáměr a podcenění výskytu EAN. Fenomén špatného zacházení se starými lidmi se týká asi 4% seniorů, jedná se o problém nesmírně závažný.

Důstojnost seniorů je závažnou prioritou při poskytování zdravotní péče. K chybám medicíny, chápaným jako projev její dehumanizace, patří přílišné soustředění na záchranu života a na rozpoznávání a léčení chorob. Zatímco paliativní péče, ochrana důstojnosti a smysluplnosti života jsou považovány pouze za jakýsi přívažek. Přitom právě u křehkých seniorů s chronickými zdravotními problémy je mnohdy důležitější důraz na důstojnost a paliativní léčbu. K častým formám znevažování důstojnosti geriatrických pacientů patří:

- nerespektování pacientovy vůle
- nepřiměřené odnímání kompetencí a kontroly nad děním
- nerespektování pacientova soukromí a jeho autonomie
- nerespektování pacientova studu
- vybízení pacientů k močení do plen
- odmítání pomoci k použití toalety
- ponižující krmení a mytí místo dopomoci k sebeobsluze
- zdětinšťování starých lidí, včetně nevhodného oslovování
- nedostatečné komunikování
- přeceňování výskytu a závažnosti kognitivního deficitu
- obecné podceňování schopností starého člověka. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003)

Ageismus je postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří. Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. Ageistický postoj se projevuje podceňováním, odmítáním, v krajním případě až odporem ke starým lidem. Považuje za méněcenné všechny staré lidi. Z ageismu vyplývá tendence seniory izolovat, aby nezdržovali a nepřekáželi. Mladší generace ztrácí vědomí kontinuity všech generací, které se udržovalo společným soužitím rodinných příslušníků různého věku. Vzhledem k tomu nepocítuje se starými lidmi sounáležitost, chápou je jako příslušníky jiné podřadnější kategorie. Leckdy jsou vnímáni jako přítěž společnosti, skupina, která mnoho vyžaduje a nic nepřináší. (Vágnerová, 2007)

2.5 Teorie potřeb člověka

2.5.1 Definice potřeb

Moderní ošetrovatelství považuje jednotlivce jako holistickou bytost. K velkým teoretickým rámcům, které pomáhají pochopit komplexnost jednotlivce, patří kromě vývojových teorií i teorie potřeb. Při uplatňování holistické teorie je třeba pochopit a vzít v úvahu jednotlivce jako celek a respektovat jeho vztah a interakci s vnějším prostředím a ostatními lidmi.

V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota. Koncepce holismu zdůrazňuje skutečnost chápání člověka jako celek v jeho bio-psycho-sociální a duchovní jednotě. Za základní souhrn znaků holistického přístupu k teorii osobnosti je možné považovat vyjádření: normální osobnost charakterizuje jednota, integrace, konzistentnost, propojenost jednotlivých subsystémů; nejdůležitější je potřeba sebeaktualizace, tj. realizace základního potenciálu pro zdravý růst a vývoj. Potřeby jednotlivce musí být v rovnováze, porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému. Identifikace bio-psychosociálních a duchovních potřeb, plánování, implementace a hodnocení poskytnuté péče však vyžaduje určitou vnímavost v posuzování jednotlivce v kontextu rodiny, komunity, kultury a prostředí. Holistická ošetrovatelská péče akceptuje jednotlivce (rodinu, komunitu) jako integrální součást komplexní péče v rámci ošetrovatelského procesu. Zahrnuje výchovu ke zdraví podporu a udržování zdraví, prevenci nemocí navrácení zdraví a rehabilitační péči. (Tomagová et.al., 2008)

2.6 Potřeba jako motiv

Motivaci můžeme označit jako proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování, která nás nutí uspokojovat své vlastní potřeby. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy. Motiv podněcuje a usměrňuje chování a činnost jednotlivce k dosažení určitého cíle nebo uspokojení potřeby. Potřeba vyjadřuje stav fyziologického deficitu, stav narušení vnitřní rovnováhy organismu. V případě narušení homeostázy např. stresem organismus vyrovnává aktivně stav rovnováhy vznikem potřeby. Potřeba vzniká při jakékoliv fyziologické odchylce od ideální hodnoty, jakmile tato odchylka nemůže být automaticky upravená, je aktivován pud a stimulovaný organismus je vybuzen

k činnosti, která se snaží o znovuoobnovení rovnováhy. Potřeba na rozdíl od přání je životní nevyhnutelností člověka jako biologického druhu a její dlouhodobé neuspokojení se nepříznivě odráží na zdraví a pocitu dobré pohody. (Tomagová, et. al. 2008) Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby různým způsobem. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvantity i kvality. (Trachtová et. al., 1999)

Teoriemi potřeb, definicí potřeb a jejich rozdělením se zabývalo mnoho autorů a každý je pojal z jiného úhlu pohledu. Jedním z prvních byl Henry A. Murray (1893), americký psycholog, který předložil svou teorii motivace potřeb. Především provedl třídění na potřeby viscerogenní (primární) a psychogenní (sekundární), dále na potřeby kladné a záporné. Známý je jeho index viscerogenních potřeb.

Kromě tohoto třídění používá Murray ještě klasifikaci potřeb na manifestní a latentní. Manifestní potřeba zahrnuje činnost, která je skutečná, objektivizovaná, předchází jí většinou vědomý záměr. Latentní potřeby jsou jen částečně objektivizované – mohou mít formu tužeb a přání individua. (Trachtová et. al., 1999)

Za nejznámějšího autora můžeme považovat Abrahama H. Maslowa, který ve své teorii propojil hodnoty člověka s biologickými a psychologickými potřebami do jednoho celku.

2.7 Maslowovova teorie potřeb

Americký humanistický psycholog Abraham Herold Maslow (1908 – 1970) vypracoval hierarchickou teorii lidských potřeb. Za hlavní princip lidské motivace pokládal uspořádání potřeb podle jejich naléhavosti. Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna uspokojena staví se na její místo druhá. Zastával názor, že všichni lidé se rodí s instinktivními potřebami, které motivují chování jednotlivce a jsou podmínkou udržení tělesného a duševního zdraví. Maslow ovlivnil ošetřovatelství zejména kategorizací lidských potřeb a problematikou sebeaktualizace. Vytvořil teorii motivace, ve které jsou mnohotvárné lidské potřeby hierarchicky uspořádané. V zásadě rozeznává potřeby „základní – vývojově nižší“ (potřeby fyziologické, psychosociální) a „vývojově vyšší, tzv. potřeby růstu“ (potřeba seberealizace). Všechny potřeby uspořádal podle naléhavosti do pěti úrovní a zhodnotil je podle významu pro přežití; potřeby na nejnižší úrovni je nutné uspokojit dříve, až potom je možné uspokojovat potřeby na následující

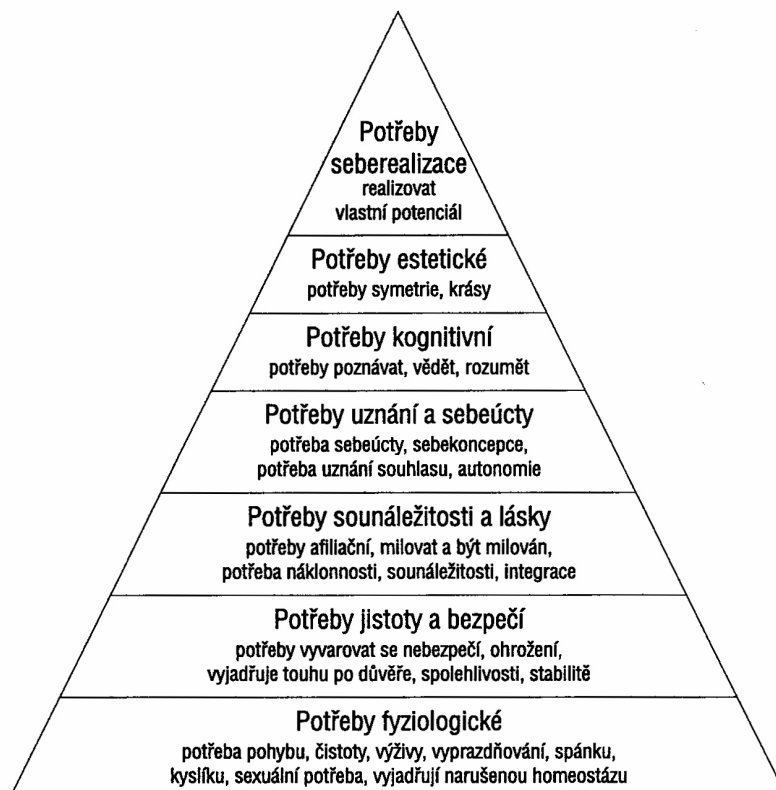
úrovni (např. fyziologické potřeby před bezpečnostními). Lidé usilují uspokojovat svoje potřeby na všech úrovních hierarchie, ale dominance potřeb na jedné úrovni se může v různých obdobích života a v konkrétním čase měnit. Potřeba seberealizace, hierarchicky postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Seberalizující se jedinci musí být všeobecně uspokojeni a duševně zdraví.

Maslovu hierarchii potřeb tvoří:

1. **Potřeby fyziologické** (biologické), které představují základní potřeby organismu. Deficit v těchto potřebách má za následek narušení homeostázy a ovlivnění celkového chování a jednání člověka s cílem odstranit vzniklý nedostatek.
2. V situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání člověka.
3. **Potřeba jistoty a bezpečí**, které vyjadřují touhu vyvarovat se nebezpečí a ohrožení. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochrany, ekonomického zajištění. Do středu zájmu vstupují tyto potřeby v situacích ztráty pocitu životní jistoty.
4. **Potřeba sounáležitosti a lásky** (afiliační), vyjadřují stav jedince. Je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Tyto potřeby se stávají aktuálními v situacích osamocení a opuštění.
5. **Potřeby uznání a sebeúcty**, které vyjadřují přání výkonu, důvěry v okolní svět, touhu po respektu druhých lidí, autonomie, a které vystupují do popředí s cílem získat zpět ztracené sociální hodnoty.
6. **Potřeby seberealizace a sebeaktualizace**, které projevují tendence člověka realizovat své záměry a schopnosti, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. (Trachtová et. al., 1999)

Každý člověk touží po nalezení smyslu svého života, po seberealizaci ve snaze nalézt a vyjádřit svou vlastní individualitu.

Maslow řadí k vyšším potřebám tzv. metapotřeby, nebo také potřeby růstu, které vyjasňují specifické tendence seberealizující se osoby. Patří sem potřeby kognitivní a estetické. Uspokojování těchto metapotřebí posiluje podle Maslowa vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti. (Trachtová et. al., 1999)



Obr. 1 Maslowova hierarchie potřeb (in Trachtová2009)

Podle A.H. Maslowa lze rozlišit dvě základní kategorie potřeb:

- a) *potřeby spojené s nedostatkem (deficitní)*
- b) *potřeby spojené s rozvojem osobnosti a vyjadřující vztah člověka k sociálnímu bytí (metapotřeby)*

Maslow dále zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby jsou šťastnější, zdravější, výkonnější, než jedinci s neuspokojenými potřebami. (Trachtová et. al., 1999)

2.8 Dům životních potřeb

Ve své práci zveřejňuje model Heleny Chloubové. Používá pro lepší pochopení a bližší vysvětlení „Dům životních potřeb“, který vychází z holistického pojetí, Maslowovy filozofie a hierarchicky uspořádaných potřeb.

Život člověka můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb, kterým lidé nepřikládají stejnou váhu. Některé potřeby chápou, jako nutnost a dokud tyto potřeby fungují, příliš se jimi nezabývají - např. potřeba jíst, spát, vyprazdňovat se atd. Jiné potřeby se stávají jejich přáním a tužbami. Mají trvalé a vědomé zaměření, věnuje se jim mnoho pozornosti a aktivit. Tyto potřeby – spíše

komplexy potřeb - mají pro člověka velkou hodnotu a nazýváme je životními hodnotami, ideály, přáními, životními cíli apod. Mají pak daleko silnější emoce, dynamiku, sílu.

Potřeby člověka									
Seberealizace	sebeaktualizace	duchovní potřeby	estetické	kulturní	hodnoty životní	pracovní potřeby	různé zájmy	tvůrčí potřeby	
sebeúcta	sebepojetí	neudělat ostudu	úspěch, uznání	poznání, pochopení	intimita	autonomie	moc	submise	
láska	důvěra	kommunikace	přátelství	sounáležitost	pozitivní vztah	pečovat o druhé	rodiny	identita	
bezpečí pomoci	jistoty sociální, ekonomické	zdraví	bydlení	soběstačnost	podněty	potřeba informací	míru a klidu	potřeba struktury řádu	
dýchání	hydratace	výživy	vyprazdňování moči, stolice	tělesná a duševní aktivita		spánek, odpočinek	teplo, být bez bolesti	očista, hygiena	Sexuální a mateřské potřeby

Obr. 2 Dům životních potřeb (Chloubová, 1992)

U starých lidí nad 75 let dochází k určitým změnám v životních potřebách oproti mladší a střední generaci. Jednak se mění hodnotová orientace potřeb, v popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Staří lidé jako by se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům. Pomyslné domy životních potřeb nejsou u starých lidí tak vysoké, mají méně pater, méně místností, protože potřeby seberealizace a sebeaktualizace jsou převážně saturovány. Starým lidem stačí menší a účelné domky, s pevnými základy fyziologických potřeb. Zůstávají a jsou zvýrazněny potřeby fyziologické a z psychosociálních potřeb jsou to především komplexy potřeb bezpečí a jistot a lásky a sounáležitosti. Staří lidé preferují z fyziologických potřeb jídlo, mají problémy s vyprazdňováním, chtějí více spánku a odpočinku, být bez bolesti, mít teplo a pohodlí, zatímco fyziologické potřeby – hydratace, aktivity, hygieny jsou v pozadí nebo je staří lidí vůbec nepociťují. (Chloubová, 1992)

Tab. 2 Základní pocity neuspokojených potřeb (Chloubová, 1992)

Biologické potřeby (fyziologické)	Pocity	Psychosociální potřeby	Pocity
		bezpečí a jistoty	
dýchání	nedostatek vzduchu (dušnost)	vyhnutí se ohrožení (úniku)	nejistota, úzkost, strach, ohrožení, agrese, nedůvěra, beznaděj a další
hydratace	žízeň	boje s ohrožením (agrese)	
		zdraví	
výživa	hlad	informací o sobě (o svém zdravotním stavu)	
vyprazdňování	nucení na močení, nucení na stolicí,	informací o prostředí (o nemocnici, oddělení...)	
teplo	zima	soběstačnosti	
aktivity	ztuhlost	klidu, míru, spokojenosti	
hygieny	nečistota, lepkavost,svědění...	ochrany	
být bez bolesti	bolest	důvěry, naděje a další	
sexuální potřeby	sexuální touhy	lásky a společenství	
		lásky (pozitivní vztah k člověku)	
		společnosti (kontakt s více lidmi)	
		rodiny	
		přátel	
		komunikace	
		péče o druhé lidi	
		dominance (vedení)	
		submise (podřízenosti, závislosti)	
		sebevědomí a sebeúcta	
		uznání sebe sama	méněcennost, komplexy, selhání, zklamání, stud
		neudělat ostudu	
		úspěchu	
		poznání	
		intimity a další	

3 Lidské potřeby

3.1 Základní (fyziologické) potřeby

Mají univerzální charakter. Jsou společné všem lidem. Když neuspokojíme jednu z nich, tak se to může odrazit na našem celkovém, stavu a také zdraví. Díky tomu jsou tyto potřeby na spodním stupni pyramidy.

Při plnění potřeb by sestra měla vždy respektovat autonomii nemocného člověka, tedy zachování jeho identity, svobody. Autonomii zajistí respektováním vyslovených přání nemocného, jeho názorů a předchozích zkušeností s nemocí. Poskytne mu možnost podílet se na plánování své léčby, na společném hledání nových cest v léčbě i možnost přijmout nebo odmítnout terapeutický nebo ošetrovatelský úkon. I nemocný, který je fyzický závislý na druhých, může být zároveň psychicky zcela autonomní. U seniorů z fyziologických potřeb převažují problémy s vyprazdňováním, touží po odpočinku a dobrém spánku, senioři často trpí nespavostí. Samozřejmě touží být bez bolesti a chtějí být v teple a v pohodlí. Naopak nepreferují potřebu hydratace, hygieny, aktivity a pohybu.

3.2 Psychosociální potřeby

Vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializaci. Jsou velmi individuální, na jedné straně na věku, pohlaví, genetických a charakterových vlastnostech jedince, na druhé straně na prostředí, ve kterém, se člověk nachází nebo do kterého proniká. Záleží na jeho rodině, výchově, komunitě, etniku, náboženství. Orientovat se v psychosociálních potřebách je velmi složité, protože ovlivňujících faktorů je velmi mnoho. Člověk během života zaujímá mnoho sociálních rolí (dítě, rodič, životní partner, profesní zařazení, přítel), které se s přibývajícím věkem postupně vytrácejí. Člověk přichází o své postavení. Pokud žije doma ve známém prostředí i nadále má možnost se stýkat se svými známými. Po přemístění do zařízení pobytových služeb o ně přichází, ztrácí kontakt. Ztrácí zájem o komunikaci, vytváří si odstup od zaměstnanců, nedůvěřuje jim a nemá se komu svěřit. Ztrácí jistotu orientace a pocit bezpečí známého prostředí, které nezahrnuje jen byt, ale i jeho sociální okolí. V nové situaci získává pouze anonymní roli „uživatele sociálních služeb“.

Umístění do domova důchodců je významným mezníkem v životě starého člověka. Život v instituci je spojen se ztrátou osobního zázemí, známého teritoria a

s ním spojené identity. Symbolicky potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti starého člověka. Staří lidé vnímají život v domově důchodců jako „poslední štaci“. Reakcí bývá zhoršení emočního ladění: deprese, apatie a vyhasnutí jakéhokoliv pozitivního očekávání.

Starý člověk ztrácí pocit bezpečí. Potřeba bezpečí může mít v pokročilejším stádiu trochu jiné zaměření, než měla dřív. Děje se tak většinou tehdy když není zcela soběstačný. Potřebuje pomoc a reálně soběstačný není, ale na druhé straně i nechut', právě proto, že je potřebuje. Staří lidé se už nemusí věnovat mnoha činnostem, které byly nezbytné (např. úklid a nákup), avšak některým mohou aktivity, na které byli zvyklí, chybět. V současné době má většina zařízení značnou nabídku stimulačních aktivit, jichž se někteří s uspokojením zúčastní. Jejich záliby jsou jiné, než byly dřív, když žili doma, protože se musí přizpůsobit aktuálním podmínkám. Mnozí na jakékoliv úsilí k aktivitě rezignovali, protože jim chybí motivace. V ústavním zařízení mohou senioři snadněji ztrácet své kompetence, protože je přestávají využívat. Tendence personálu starými lidmi manipulovat a pomáhat jim i tehdy, když to není nutné, vede postupně k vypěstování zbytečné nesoběstačnosti, pasivity a naučené bezmocnosti. V rámci života v instituci je možnost kontroly nad svým životem a samostatného rozhodování omezená. Spokojenost s životem v domově důchodců vyjadřuje míru uspokojení z péče, kterou poskytuje. Pocit životní pohody je redukován na saturaci základních potřeb. (Vágnerová, 2007)

3.3 Spirituální potřeby

Víra starým lidem poskytuje návod, jak zvládat různé zátěžové situace, je jim oporou. Ve stáří a v nemoci se potřeba spirituálního směřování narůstá. Děje se tak v závislosti na omezení různých kompetencí, jako reakce na mnohé zátěže a ztráty, ale i v souvislosti s anticipací vlastní smrti. „*Ve stáří, kdy se mnohé životní hodnoty ztrácejí, je jistota Boží existence důležitá, protože je jistotou zakotvení, které není vázáno jen na dobu tělesného života*“ (Vágnerová, 2007, s. 428)

Spirituální potřeby jsou obtížné na odhad, protože je nesnadné je měřit a také se jim přiřkládá menší význam. Až do nedávné doby byly tabu. Personál zdravotnických a sociálních zařízení nemusí zastupovat roli duchovního. Základním kamenem laické spirituální péče je schopnost naslouchat. Mnohdy stačí vybídnout seniora k vyprávění

o svém životě a jeho pocitech. V rozhovorech pomáhá ujasnit životní situaci a dodat naději a zprostředkovat další pomoc.

Dokáže-li sestra pochopit a uspokojit své potřeby, pochopí i potřeby druhých, pochopí jeho chování. Znalost o lidských potřebách a jejich hodnocení je základem při podpoře a edukaci nemocného, povzbuzení v jeho seberealizaci. Vědomosti o lidských potřebách tvoří teoretický základ pro ošetrovatelský proces, který je součástí každého koncepčního modelu v ošetrovatelství. (Trachtová et al., 1999)

3.4 Uspokojování potřeb seniorů podle modelu Hendersonové

„Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat člověku, nemocnému nebo zdravému, provádět činnosti přispívající k udržení nebo návratu zdraví, případně klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli a znalosti. A dělá to tak, aby mu pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti“

(Henderson, V.: The nature of nursing, 1966)

I když v procesu ošetrovatelské péče je uspokojení fyziologických potřeb tím základním, je nutno mít na zřeteli, že pacient není pouhým souhrnem fyziologických funkcí a je nezbytné přihlížet i dalším, nefyziologickým potřebám. Z Maslowovy koncepce vychází i definice cílů ošetrovatelství podle Hendersonové. Viktoria Hendersonová definovala 14 principů základní ošetrovatelské péče, na které je třeba se při poskytování péče zaměřit:

1. pomoc pacientovi s dýcháním,
2. pomoc při příjmu potravy,
3. pomoc při vyměšování,
4. pomoc při udržení žádoucí polohy,
5. pomoc při odpočinku a spánku,
6. pomoc používat vhodný oděv, pomoc při oblékání, svlékání,
7. pomoc při udržování tělesné teploty v normálním rozmezí,
8. pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana kůže,
9. ochrana nemocného před nebezpečím z okolí,
10. pomoc při komunikaci nemocného, při vyjádření jeho pocitů a potřeb,

11. pomoc při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla,
12. pomoc při produktivní (pracovní) činnosti nemocného,
13. pomoc v odpočinkových (zájmových) činnostech,
14. pomoc nemocnému při učení.

Specifická podoba potřeb u pacientů je závislá především na charakteru nemoci, zároveň však na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije. Uvedené principy jsou základním vodítkem při ošetrovatelské práci jak ve zdravotnictví, tak i v sociální sféře.

3.4.1 Dýchání

Dýchání je základní biologickou potřebou, její uspokojení si ani neuvědomujeme, ale neuspokojením je člověk ohrožen na životě. Dýchání je úzce spojeno s pocity člověka, jeho porucha postihne jedince celkově. Dojde-li u člověka k poruše dýchání, objevuje se u něho úzkost a strach ze smrti. K uspokojení potřeby dýchání je nutná správná funkce respiračního a kardiovaskulárního systému. (Tomagová et al., 2008) Výskyt onemocnění dýchacího systému stoupá s přibývajícím věkem. Způsobuje to změna elasticity plic, snížená poddajnost hrudní stěny oslabení dýchacích svalů. Při těchto onemocněních je nutné včas rozpoznat příznaky a vhodně léčit, aby se předešlo komplikacím. Pacienti, kteří trpí respiračním onemocněním, mají nižší toleranci při vykonávání denních aktivit, potřebují ošetrovatelskou péči, pomoc a pochopení. Po odeznění akutního stavu sestra spolu s fyzioterapeutem dbá na rehabilitaci dýchacích cest.

3.4.2 Dostatečný příjem potravy a tekutin

„Výživa je biologickou, primární potřebou člověka, je nezbytným předpokladem pro udržování biologické homeostázy organismu, lze říci i předpokladem k zachování života.“ (Trachtová et al., 1999, s. 82) Člověka ovlivňuje nejen po fyzické stránce, ale i po stránce psychické a sociální. Pravidelnou životosprávou, pravidelným denním režimem uspokojuje člověk potřeby dřív, než se stanou aktuálními. V situaci, kdy je potřeby jídla dlouhodobě neuspokojována, stává se akutní, dominantní a ovládá veškeré chování a jednání člověka. Hlad podněcuje k příjmu potravy, která dodává energii a důležité látky pro stavbu a funkci organismu. Potrava, kterou člověk přijímá, ovlivňuje přímo jeho zdravotní stav, výkonnost, délku života i osobní pohodu. Konzumace jídla

je spojena většinou s příjemnými zážitky a končí pocitem nasycení. Působí na průběh některých onemocnění jak pozitivně, tak negativně. U seniorů může docházet k poruchám výživy z důvodu onemocnění zažívacího traktu nebo ztráty chrupu, narušené tolerance některých potravin, z psychických příčin. Je nutné si uvědomit, že dostatek potravy neznamená automaticky i dostatek potřebných výživných látek, proto by měla být skladba stravy seniorů pestrá a nutričně vyvážená.

Biologickou potřebou, která úzce souvisí s potřebou výživy, je potřeba příjmu tekutin. Jejich množství v těle se musí udržovat v rovnováze. Akutní nedostatek tekutin se projevuje žízní, větší ztráty vody vedou k poklesu fyzické i psychické výkonnosti, pocitu slabosti a nevolnosti. Chronický nedostatek tekutin má za následek stálou únavu a pokles výkonnosti. Při nedostatku tekutin dochází k bolestem hlavy, závratím a nezdědká k poruchám psychiky. Je známo, že ve vyšším věku je často žízeň potlačena a senioři jsou ohroženi dehydratací. Intervencí ze strany sestry by mělo být neustálé vybízení seniora k příjmu tekutin. (Tomagová et al., 2008)

3.4.3 Vylučování

Potřeba vyprazdňování patří mezi základní biologické potřeby. Z hlediska fyziologického zajišťuje pravidelné, přiměřené uspokojování potřeby vyprazdňování rovnováhu v organismu. Vyprazdňování zasahuje intimní sféru člověka, lidé mají zábrany o problémech s vyprazdňováním mluvit. Důležité je vést rozhovor velmi citlivě a s respektem, pokládat co nejpřesnější otázky tak, aby sestra zjistila nepostradatelné informace. Vedle biologického hlediska vyprazdňování je nutné se zmínit o aspektech psychosociálních. Dostatečné vyprázdnění navozuje pocity libosti a spokojenosti. Pokud tato potřeba není uspokojena, mohou se vyskytovat obtíže po stránce somatické – bolest břicha, nadýmání, inkontinence a po stránce psychické, jako je napětí, nervozita, špatná nálada, úzkost nebo strach. Tyto příznaky se zhoršují s věkem a starý člověk je prožívá mnohem intenzivněji, proto je nutné u seniorů dbát na příjem tekutin, jídla, léků a podporovat pohyb. Vážným psychickým problémem, který může vyústit do sociální izolace, je inkontinence moče a stolice. U těchto seniorů se důležitý výběr vhodných inkontinentních pomůcek, zabezpečení adekvátní péče o kůži v oblasti genitálu, neboť hrozí nebezpečí vzniku opruzenin a dekubitů. S potřebou vyprazdňování souvisí potřeba respektování intimity a soukromí, opakované nerespektování intimity a soukromí

u nemocného i zdravého člověka může vést k poruchám v oblasti sebekoncepce a snížení sebeúcty. (Trachtová et al., 1999)

3.4.4 Pohyb a udržování vhodné tělesné polohy

Pohyb je hlavním vnějším projevem životních funkcí všech živých organismů. Pohybová aktivita jako součást životního stylu včetně fyzické práce a sportu patří mezi základní atributy života člověka – zlepšuje tělesnou kondici a zdravotní stav, redukuje riziko vzniku civilizačních nemocí, má vliv na délku života. Lidé často hodnotí svoje zdraví na základě schopnosti hýbat se, protože tak mohou zabezpečovat své další potřeby. *„Pohyb a pohyblivost není jen fyzickou záležitostí, ale záležitostí také psychiky a duševního rozměru člověka, je základním výrazovým prostředkem, projevem pocitů nálad, potřeb, komunikace mezi lidmi.“* (Bóriková in Tomagová et al., 2008) Schopnost vlastního pohybu nám umožňuje vnímat naše tělo jako jednotu: když se člověk nemůže pohybovat, omezují se jeho informace o okolním prostředí a ztrácí orientaci.

Pohybový aparát může vykonávat v každé rovině dva pohyby, je to flexe, extenze, abdukce, addukce, supinace, pronace. Z těchto šesti pohybů se skládá každá aktivita denního života, jako je dýchání, výživa, hygiena, oblékání. Nejvhodnější a nejbezpečnější pohybová aktivita je především rychlá chůze. Zvyšuje svalovou sílu, napomáhá udržovat rovnováhu snižuje únavu a riziko pádů a poranění. Pravidelný pohyb má pozitivní vliv nejen u zdravých lidí, ale i zdravotně i duševně nemocných, a tím zvyšuje jejich kvalitu života.

Chronické choroby mohou narušit pohybové stereotypy v oblasti hrubé i jemné motoriky a způsobit tak svalovou slabost z inaktivity. Pokles pohybové aktivity mohou způsobit i akutní nemoci. Postupně klesá schopnost vykonávat denní aktivity běžným způsobem. Chronická progresivní choroba pohybového systému postupně vede ke stavu tělesného postižení, označovaného *funkční disabilita*, která způsobuje neschopnost udržovat chod domácnosti, omezuje sebezpečí, zvyšuje závislost seniora na rodině a negativně mění sociální role. (Tomagová et al., 2008)

Hodnocení aktivit denního života vychází z přesvědčení, že u pacientů se závažnou disabilitou není životně rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, např. rozsah pohybu či samotná svalová síla. Rozhodující je funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. (Kalvach, 2004)

Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti

Tab. 3 Terminologické rozlišení mezi poruchou (impairment), aktivitou (disability) a participací (handicapem). (Kalvach, 2004)

Porucha (impairment)	Aktivita (disabilita)	Participace (handicap)
jazyk	řeč	komunikace
zrak	vidění	orientace
tělo	oblékání, sycení, chůze...	fyzická nezávislost, mobilita
mozek	chování, paměť	sociální interakce

„Aktivity denního života jsou běžné denní činnosti, jako hygiena, oblékání, výživa, vyprazdňování. Zdravý dospělý člověk je vykonává zcela samostatně, bez pomoci druhých. Charakteristická je pro denní aktivity je jejich pravidelnost, automaticnost, spojená s určitými rituály. Denní činnosti jsou součástí návyků, ve své podstatě odpovídají aktivitě denního života základním biologickým potřebám člověka. V Maslowově pyramidě tvoří základnu.“ (Trachtová, 1999)

Soběstačnost je schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí. Je dána dvěma faktory:

- funkční zdatností organismu včetně potřebných dovedností a znalostí
- náročností prostředí

V úvahu je třeba brát vždy oba faktory. Mnozí nemocní jsou přes své postižení plně soběstační v kvalitním bydlení vyšší kategorie nebo v bezbariérovém prostředí, ale významně závislí v prostředí náročném (samota, vyšší patra bez výtahu, lokální topení).

Zdravý člověk je schopen zvládnout aktivity denního života bez pomoci jiné osoby. V ošetrovatelství používáme termíny **sebeběče** a **soběstačnost**. Hodnocení sebeběče a soběstačnosti je základem ošetrovatelské péče a výchozím bodem pro určení priorit a stanovení ošetrovatelského plánu, ale i pro veškeré diagnostické a terapeutické zákroky. Nesprávné stanovení úrovně sebeběče může být příčinou vzniku komplikací, popř. rozvinutí imobilizačního syndromu. Zásadně je nutné klasifikovat funkční úroveň nemocného tak, aby podporovala jeho nezávislost. (Trachtová, 1999)

V geriatrii posuzujeme soběstačnost pomocí různých škál. Hovoříme o škálách základních a instrumentálních aktivit denního života (ADL a IADL).

Pod pojmem základní (bazální) aktivity denního života rozumíme základní sebeobslužné aktivity, jejichž porucha vypovídá o potřebě ošetřování. Jedná se (dle původního Katzova indexu) o samostatné provedení hygieny, samostatné oblékání,

používání toalety, kontinenci, schopnost přesunu a pohybu, samostatné jídlo. V současné době používáme spíše test modifikovaný, test aktivit denního života (dle Barthelové), který zahrnuje deset položek ohodnocených příslušnou bodovou hodnotou. Jedná se o najedení a napití, oblékání, osobní hygienu, koupání, kontinenci moči, kontinenci stolice, použití WC, chůze po schodech, přesun z lůžka na židli či vozík, chůze po rovině. Z výčtu těchto základních sebeobslužných aktivit vyplývá, že vypovídají o základní sebeobsluze, nikoli o schopnosti žít zcela samostatně, bez pomoci a vyrovnat se s nástrahami každodenního života. O těchto schopnostech vypovídají testy instrumentálních aktivit denního života.

3.4.5 Spánek a odpočinek

Přirozeným důsledkem fyzické a psychické aktivity člověka je únava. Spánek a odpočinek jsou nezbytné předpoklady pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví. Spánek má pro organismus ochranný a regenerační význam. Spánek a potřeba spánku jsou u každého individuální. Nemocný člověk má větší potřebu odpočinku a spánku než člověk zdravý. Zvýšené nároky na kvantitu a kvalitu odpočinku a spánku je nutné respektovat. Ve stáří je tato potřeba snížena na šest i méně hodin, velmi často se vyskytují poruchy spánku. Ve stáří bývá spánek přerušovaný, prodlužuje se čas usínání. Na poruchy spánku má vliv psychika člověka, změna prostředí, ztráta partnera, smutek, deprese, somatické choroby, bolest a špatná spánková hygiena. Pokud senior nemůže usnout, sestra by mu měla pomoci zabezpečit klidné prostředí, vhodné osvětlení, vyvětrání pokoje a zjistit rituály, které má před usnutím, pomoci zaujmout navyklo polohu při spánku a vyvolat pocit pohody. (Tomagová et al., 2008)

3.4.6 Výběr vhodného oděvu, pomoc při oblékání a svlékání

Péče o oblékání vede k uspokojování biologických potřeb. Vzhled a upravenost klienta ukazuje, jak je schopen tuto potřebu uspokojit. *„Vypovídá také něco o duševním světě člověka, o jeho náladě, spokojenosti, o jeho psychických vlastnostech. Neupravený zevnějšek může signalizovat duševní nepohodu člověka, nízkou sebeúctu.“* (Trachtová et al., 1999)

Při deficitu sebepečce v oblékání musíme zhodnotit, do jaké míry je senior soběstačný a kde potřebuje pomoci. Při této činnosti musíme mít dostatek času, abychom nedělali činnosti, které je schopen zvládnout sám a zbytečně jej v této oblasti nečinili závislým. Musíme posoudit, zda je schopen obléci si alespoň horní část

oblečení nebo i dolní. Pokud činnost zvládne, připravíme mu oblečení v takovém pořadí, v jakém si ho má obléci. Pokud je zcela závislý, je nutné vybírat oděv adekvátní teplotě, volný, aby jej nikde neškrtil. Vždy jej vybízíme ke spolupráci.

U seniorů je neméně důležitá pohodlná a pevná obuv. Chrání je nejen před otlaky či jinými defekty na nohách (hlavně u diabetiků), ale i před možnými pády. Zároveň by sestra spolu s fyzioterapeutem měla doporučovat a pomáhat vybírat kompenzační pomůcky, které jim usnadňují oblékání (podavače oblečení) nebo bezpečný pohyb (francouzské hole, rolátory). (Trachtová et al., 1999)

3.4.7 Udržování fyziologické tělesné teploty

Zdravý organismus zachovává rovnováhu mezi produkcí tepla ve tkáních a jeho ztrátou v prostředí. Povrchová tělesná teplota je výrazně ovlivněná teplotou okolí a její hodnota nemusí být stejná na všech částech těla. Vnitřní teplota je řízena z oblasti termoregulačního centra v hypotalamu. Tělesnou teplotu ovlivňuje věk, schopnost udržování tělesné teploty u novorozenců je snižena, ve stáří termoregulační mechanismy podléhají involučním změnám, snižuje se jejich účinnost a přesnost. Senioři jsou náchylnější na přehřátí nebo podchlazení a v porovnání s jedinci v dospělém věku. Senioři s hypertermií mívají sníženou schopnost v sebepečí a změněnou potřebu udržování čistoty. Důležitými aktivitami sestry u starých lidí je pomoci udržovat teplotu ve fyziologickém rozmezí vhodným výběrem oblečení, příkrývek, vykonáváním fyzické aktivity, příjmem tekutin a potravy vzhledem k okolnímu prostředí. (Tomagová et al., 2008)

3.4.8 Udržování upravenosti a čistoty těla

Potřeba čistoty a hygieny je základní biologickou potřebou, která se vytváří postupně od nejútlejšího věku. Každý však tuto potřebu vyjadřuje jinak. To co je pro někoho standard v péči o tělo, je pro druhého nedostačující. Potřebu hygieny můžeme definovat ze tří pohledů – biologická rovina (hygienická péče podporující čistotu, která brání vzniku infekcí), psychologická (vykonávání hygieny napomáhá relaxaci a uvolnění, navozuje pozitivní emoce - pocit spokojenosti) a také sociální (hygiena je předpokladem pozitivních mezilidských vztahů a podmínkou příjemného prostředí). Senioři mívají změněné nároky na hygienu a oblékání. Zapomínají na péči o zuby, nekoupou se, protože se cítí slabí. Nevidí ani ušpiněný oděv a necítí zápach. Staří lidé při péči o tělo a oblékání často potřebují pomoc a podporu, ale hlavně citlivý přístup.

Soběstačný senior zvládne hygienu provádět sám, u částečně soběstačného musí sestra zhodnotit, s čím potřebuje pomoci. Při pomoci s hygienou musíme respektovat stud člověka, dbáme na teplotu prostředí. U inkontinentních seniorů si všímáme změn na kůži, součástí hygieny je péče o nehty na ruce i nohy. Pomáháme seniorům také s úpravou vlasů. V žádném případě nikdy nespěcháme, při koupání používáme různé pomůcky a protiskluzové podložky, abychom předešli možným úrazům a pádům. Důležitý je individuální přístup k seniorům a hlavně je za každou samostatně provedenou činnost pochválíme.

3.4.9 Zajištění bezpečného prostředí a zabránění zranění jiných

„Starý člověk potřebuje jistotu, že se o něho dokážeme dobře postarat a že ho přijímáme bez hodnocení jeho nedostatků, že chápeme jeho možnosti. Nejistota podporuje negativní energii, zamezuje rozvoji soustředěnosti, pozornosti a vede k nesprávným podnětům. Bezpečné prostředí seniorovi umožňuje být sám sebou a věřit, že mu bude nabídnuto správné řešení a pomoc.“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 73)

Starý člověk potřebuje nechat větší časový limit na výkon některých činností. Častým opakováním nových postupů a zvládnutím používání kompenzačních pomůcek vzniká důvěra ve vlastní schopnosti, pocit vyrovnanosti a spokojenosti.

3.4.10 Komunikace s ostatními osobami, jeho vyjádření emocí, potřeb, obav, názorů

Komunikace je předávání informací, pocitů, potřeb a názorů. V každém okamžiku života se nějakým způsobem dorozumíváme se světem a lidmi kolem sebe. Využíváme nejen slov, ale také řeč svého těla. Často se stává, že naše řeč není v souladu s výrazem těla a dochází k vzájemnému nepochopení, aniž bychom si uvědomovali příčinu. Reagujeme především na výraz tváře a polohu těla, pohled očí, pohyby rukou a rtů. To si neseme do života od svých předků, slouží nám to především k sebeobraně. Při komunikaci se seniorem se mohou vyskytnout různé zábrany nebo neochota komunikovat, nedůvěra k pracovníkovi. Starý člověk ani nevyslechne celou větu a už sděluje – ne, to by opravdu nešlo. Přitom ani neví, co odmítá. Počáteční odmítnutí je pro nás signálem, že není připraven přijmout nějakou změnu. Starý člověk potřebuje mít možnost volby. Je nezbytné mu umožnit výběr z několika řešení. Seniorovi musíme dát čas a věnovat trpělivost, nehodnotit situace a nehledat řešení. Musíme mu dát prostor na vyjádření jeho emocí.

3.4.11 Vyznávání vlastní víry

Duchovní a náboženské přesvědčení je rozhodující v životě mnoha lidí. Ošetřovatelství považuje otázku víry za významnou stránku holistické péče o pacienta, ale chápání víry není přesně vymezené. *„Spiritualita a náboženství jsou v zásadě oddělené entity, které se mohou překrývat, avšak nemusí. Ve spiritualitě jde o hledání něčeho, co nás přesahuje, co je mimo naši moc. Nemusí se vždy jednat o Boha, ale např. o otázku pravdy nebo o hledání smyslu života.“* (Ivanová, 2005, s. 205)

Duševní pohoda se projevuje pocitem smysluplnosti života, cílevědomostí a spokojeností, svobodným výběrem životních příležitostí a využitím možností, které jim poskytuje život. Vyjadřuje ji také pozitivní postoj jednotlivce k sobě samému. Uspokojení duševních potřeb poskytuje v určitých životních situacích sílu pro zvládání zátěžových situací. *„Mnohým osobám, které se pokládají za nevěřící, není cizí myšlenka na život po smrti a existenci duše. Mnozí mají svou víru ve formě subjektivního osobního náboženství nebo obecné filosofie života“* (Ivanová, 2005, s. 205)

Duševní tíseň může být spojená se somatickými problémy, obavami ze závažného onemocnění, bolesti, umírání a smrti. Emocionálně ji může provázet strach, úzkost, bezmocnost, beznaděj, snížená sebeúcta a ztráta důstojnosti. Spirituální potřeby mohou u některých lidí v určité fázi nemoci nabýt priority před potřebami biologickými. Většina seniorů je věřících, víra v Boha jim pomáhá překonávat překážky v životě, nemoci, připravit se na smrt. Sestra se měla zajímat o víru klienta, umět mu poskytnout duchovní oporu nebo alespoň vědět na koho se obrátit. (Ivanová, 2005)

3.4.12 Smysluplná práce

„Člověk má schopnost pracovat a vydávat ze sebe něco cenného do světa“ (Klevetová, 2008, s 39)

Potřeba seberealizace se vyvíjí jako potřeba sekundární na podkladě primárních potřeb. Člověk potřebuje nacházet v práci uspokojení a být přesvědčen, že danou práci dělá dobře ve prospěch svůj, nebo druhých osob, či celé společnosti. Jedinci, kteří se dokážou seberealizovat jsou spíše optimisty, jsou rozváznější, stále se snaží něčeho dosáhnout, ale na druhou stranu dokážou kritizovat. Pro své oblíbené činnosti se člověk snaží najít více času. Z úspěšně vykonané oblíbené činnosti má člověk radost. Ve stáří tvůrčích hodnot ubývá a člověk pak může mít pocit, že je neužitečný. Na druhou stranu si senior může dovolit provádět aktivity v delším časovém rozmezí a mít radost i

z maličností. Při každé činnosti může však zlepšovat své schopnosti v nejrůznějších oblastech.

Sestra by měla seniorům aktivně nabízet možnosti pro využití volného času, které by měly být přizpůsobeny jeho schopnostem. Tyto činnosti by měly být zaměřeny na pohybovou aktivitu, trénink paměti, sportovní soutěže, společná povídání nebo účasti na kulturních vystoupeních. Senioři rádi diskutují o dětech, prohlíží si časopisy hlavně staré fotografie, vzpomínají na hezké okamžiky svého života a čerpají z nich sílu pro dobrou náladu.

3.4.13 Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace

Sám uživatel se podle zdravotního stavu rozhoduje, kterých činností se v domově důchodců zúčastní. Každý den probíhá zaměstnání uživatelů na oddělení nebo v kulturní místnosti za pomoci pracovnice ergoterapie, rehabilitace a pracovníků sociální péče. Denně jsou promyšleně zaměstnáváni uživatelé, kteří se chtějí zapojit do těchto aktivit. Probíhají aktivity, které zlepšují stav sebeobsluhy, nácvik jemné a hrubé motoriky, dechová cvičení, zájmové aktivity, soutěže, programy na zlepšování paměti. Rehabilitační pracovnice provádí nácvik chůze po zlomeninách nebo CMP, nácvik sebeobsluhy, rozvoj jemné i hrubé motoriky. Metodicky vede pracovníky při polohování imobilních klientů, provádí masáže, elektroléčbu a jiné výkony podle ordinace lékaře. Ergoterapeut aktivizuje uživatele, napomáhá zlepšení sebeobsluhy a sociálního začlenění. Za pomoci pracovnice ergoterapie mohou uživatelé provádět různé činnosti podle svých zájmů a potřeb pro využití volného času. Ergoterapie je jednoduše řečeno léčba prací. Je vhodná hlavně pro seniory jako volnočasová aktivita. Jedná se o různorodé činnosti zaměřené na klientovy dosavadní zájmy a schopnosti, vždy se přizpůsobí momentálnímu zdravotnímu stavu. Součástí ergoterapie je i trénink myšlení. Jedná se o speciální cvičení na podporu pravé a levé hemisféry a na její harmonizaci. Sestavují se různé hlavolamy, luští křížovky, píšou básničky, povídky atd.

3.4.14 Schopnost učení se ve stáří, objevování nového a využívání dostupných zdravotnických zařízení

U starších lidí bývají upevněny stereotypy, které často nechtějí měnit. Mnozí se vzpírají získávání nových vědomostí a brání se zapojení do současného moderního světa. Starého člověka to vede k zaujatosti a nedůvěře k okolí. Při zapojování seniorů do různých aktivit musíme najít správné motivační prvky, aby chtěli o svůj rozvoj usilovat.

Důležité jsou pochvala a také zdravá soutěživost, nevhodné je naopak znevažování těch, kteří nestačí. Proces učení ve stáří je odlišný od učení v jiném věku. Krátkodobá paměť přestává fungovat, dochází ke zhoršení mechanické paměti, dlouhodobá paměť ukládá výběrově. Výzkumy potvrzují, že starý člověk má oslabeno zejména mechanické vštěpování do paměti, zapamatuje si především to, co má logickou souvislost. Má-li se starší člověk něco naučit, je potřeba vyhnout se učení zpaměti, protože tento způsob je pro ně nevhodný. V pokročilém věku se jednotlivé složky paměti neustále zhoršují, což se projevuje častými selháními, zapomínáním běžných věcí, neschopností vybavit si jména nebo pojmy, neschopností přizpůsobovat se změněným podmínkám. Celoživotní dovednosti v některých oborech nelze ve stáří využít a pak se senioři mohou cítit vážně ohrožení a nepotřební.

Starý člověk potřebuje k pochopení nových věcí svůj vlastní způsob a vlastní tempo. Příliš mnoho informací najednou nemůže zpracovat, proto je třeba je rozdělit podle důležitosti a vícekrát zopakovat. Zpětnou vazbou si musíme ověřit, zda nám porozuměl. Schopnost zaměřit se a soustředit na potřebné informace podle situace, a koordinovat příjem informací z různých zdrojů, se v průběhu stárnutí postupně zhoršuje.

Při nácviu nových dovedností je potřeba se přizpůsobit seniorovi, motivovat ho pochvalou, povzbuzením, využívat předchozí informace a opravovat ihned chyby. Je důležité vyčlenit denní dobu, ve které chceme důležité informace sdělovat. Neméně důležité je stanovení denní doby, ve které budeme nácvik provádět. Nejvhodnější doba bývá dopoledne mezi 9 – 11 hod, nebo od 15 do 17 hod, kdy je senior odpočínutý.

Zdravotní péče pro seniory je velmi náročná. Senioři trpí různými chorobami, jejich projevy nemusí být vždy typické, a oni sami nedokáží popsat přesně své potíže. Z tohoto důvodu absolvují mnoho vyšetření, někdy i zbytečných. Musí se jim vysvětlovat a popsat průběh vyšetření, doprovázet je k lékaři nebo do nemocnice.

II Empirická část

4 Cíl empirické části

Výzkumným záměrem předkládané bakalářské práce bylo zhodnotit uspokojování potřeb klientů v domově pro seniory. Cílem mé práce bylo zjistit, jak jsou uspokojovány potřeby uživatelů služeb v domově pro seniory a analyzovat výsledky šetření. Měla jsem možnost poznat chod domova pro seniory. Zajímalo mne, jestli poskytované služby dokážou uspokojit potřeby starých lidí a zda jim mohou alespoň částečně nahradit domov. Pokusila jsem se zjistit, nakolik jsou uživatelé v tomto zařízení spokojeni a jestli se jim v zařízení líbí.

5 Metodika výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno kvantitativní metodou formou dotazníku. Výzkumné otázky dotazníku jsem sestavovala sama. Dotazník obsahuje 28 otázek. Otázky v dotazníku byly rozděleny do čtyř oblastí. V první části jsou otázky na zjištění identifikačních údajů (pohlaví, věk, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání). Následující otázky byly zaměřeny na oblast sociální (důvod přestěhování do domova pro seniory, využívání sociálních služeb, prostředí před pobytem, délka pobytu v domově, kontakty s rodinou, spokojenosti s péčí, využití volného času) a posouzení zdravotního stavu (schopnost sebezpečí, vnímání zdravotního stavu, využívání rehabilitace). V závěru dotazníku je otázka, zda by klienti dali přednost ubytování doma nebo v domově pro seniory a které potřeby sami senioři jim jejich současné zařízení umožňuje žít plnohodnotný život.

6 Charakteristika výběrového souboru

Výběrový soubor byl sestaven podle následujících kritérií:

1. obyvatelé sociálního zařízení – konkrétně domova pro seniory
2. věk respondentů 65 let a výše
3. respondenti pohlaví mužského i ženského

Byl použit zkrácený test mentálních schopností (test 7 a výše).

Reprezentativním vzorkem pro mou bakalářskou práci bylo celkem 50 respondentů, tj. 45 žen a 5 mužů na základě zvolených kritérií. Nejobtížnější bylo získat dostatečný počet mužů, jelikož většinu obyvatel domova pro seniory tvoří ženy. Tuto skutečnost lze vysvětlit odlišnou průměrnou mortalitou mužů a žen.

7 Realizace výzkumu

Všechny dotazníky byly vyplněny v Domově pro seniory v Trutnově od 30. 5. do 10. 6. 2010. Toto zařízení jsem si vybrala proto, že jsem zde pracovala. Návratnost dotazníku byla 100%, což je způsobeno skutečností, že jsem při rozdání a sběru dat byla osobně přítomna. Někteří z nich nebyli, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a věku, dotazník vyplnit sami, proto jejich vyplňování probíhalo formou řízeného rozhovoru. Všem respondentům byl vysvětlen účel výzkumu a byla jim zaručena anonymita.

8 Výsledky výzkumu

Otázka č.1. Pohlaví

Tab. 4 Pohlaví

1. Pohlaví		
žena	45	90%
muž	5	10%

Z celkem 50 oslovených respondentů bylo 45 respondentů (tj. 90%) pohlaví ženského a 5 respondentů (tj. 10%) pohlaví mužského.

Otázka č.2. Věk

Tab. 5 Věk

2. Věk		
60-74	5	10%
75-89	43	86%
nad 90 let	2	4%

Tato otázka zjišťovala věk respondentů a dle škály odpovědí je rozvrstvila do předem stanovených skupin. Z celkového počtu 50 dotázaných největší zastoupení měly osoby ve věku 75-89 let, celkem 43 osob (tj. 86%), 5 respondentů (tj. 10%) tvořily osoby vyššího věku 60-74 let, 2 respondenti (tj. 4%) byli ze skupiny dlouhověkých, starších 90 let. (členění lidského života dle expertů WHO)

Otázka č.3. Rodinný stav

Tab. 6 Rodinný stav

3. Stav		
svobodný/á	3	6%
rozvedený/á	2	4%
vdovec/vdova	37	74%
žinatý/vdaná	8	16%

Otázka byla zaměřena na rodinný stav respondentů a pro odpovědi měli respondenti čtyři možnosti. Téměř tři čtvrtiny z celkového počtu oslovených respondentů tvořili

ovdovělé ženy a ovdovělí muži, celkem 37 osob (tj. 74%). Ve stavu rozvedeném byli 2 respondenti (tj. 4%), 3 respondenti (tj. 6%) byli svobodní. Skupina osob ve stavu manželském byla 8 osob ženatých nebo vdaných (tj. 16%).

Otázka č.4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 7 Nejvyšší dosažené vzdělání

4. Nejvyšší dosažené vzdělání		
základní	12	24%
vyučený/á	27	54%
střední s maturitou	9	18%
vysokoškolské	2	4%

Nejčastější odpověď na tuto položku dotazníku tvořila odpověď vyučen/á. Z celkového počtu 50 respondentů bylo 27 vyučených (tj. 54%). Středoškolského vzdělání s maturitou dosáhlo 9 respondentů (tj. 18%) a 12 respondentů (tj. 24%) mělo základní vzdělání. Vysokoškolský titul získali z celkem 50 respondentů 2 respondenti (tj. 4%).

Otázka č.5. Co bylo Vaším důvodem přestěhování do domova pro seniory?

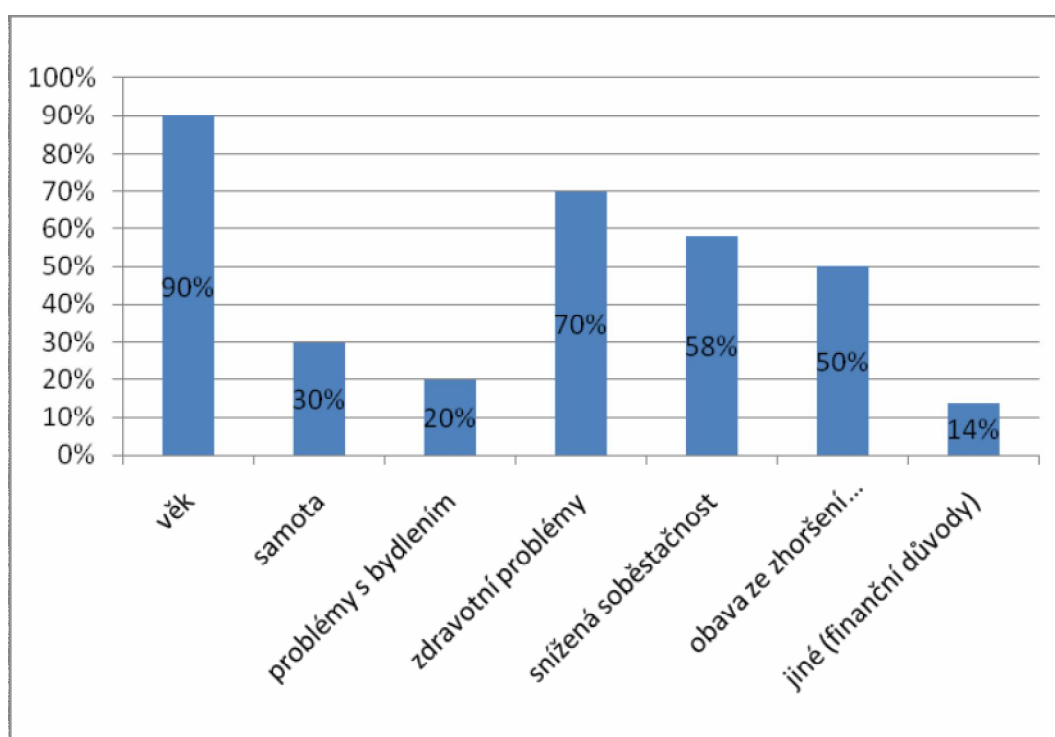
Zakřížkujte i více možností

Tab. 8 Důvod přestěhování do domova pro seniory

5. Důvod přestěhování do domova pro seniory		
věk	45	90%
samota	15	30%
problémy s bydlením	10	20%
zdravotní problémy	35	70%
snížená soběstačnost	29	58%
obava ze zhoršení zdravotního stavu	25	50%
jiné	7	14%

Tato otázka dotazníku byla zaměřena na zjištění, jaké důvody byly příčinou pro příchod respondentů do domova pro seniory. Věk jako důvod pro příchod do sociálního zařízení uvedlo 45 respondentů (tj. 90%), samota byl důvodem pro 15 respondentů (tj. 30%), 10 respondentů (tj. 20%) přišlo do domova pro seniory z důvodu problému s bydlením.

Z 50 oslovených respondentů jich 35 (tj. 70%) považuje za důvod pro příchod do domova pro seniory celkový zdravotní stav. Hlavním důvodem pro změnu dosavadního bydlení byla u 29 respondentů (tj. 58%), snížená soběstačnost a obavy ze zhoršení zdravotního stavu u 25 respondentů (tj. 50%). Jiné důvody uvedlo 7 respondentů (tj. 14%). V této otázce všichni respondenti využili možnost více odpovědí, hlavním kritériem pro vyřízení žádostí do domova je snížená soběstačnost a věk, nestačí pouze obava ze zhoršení zdravotního stavu. Zastoupení v procentech neodpovídá hodnotě 100%.



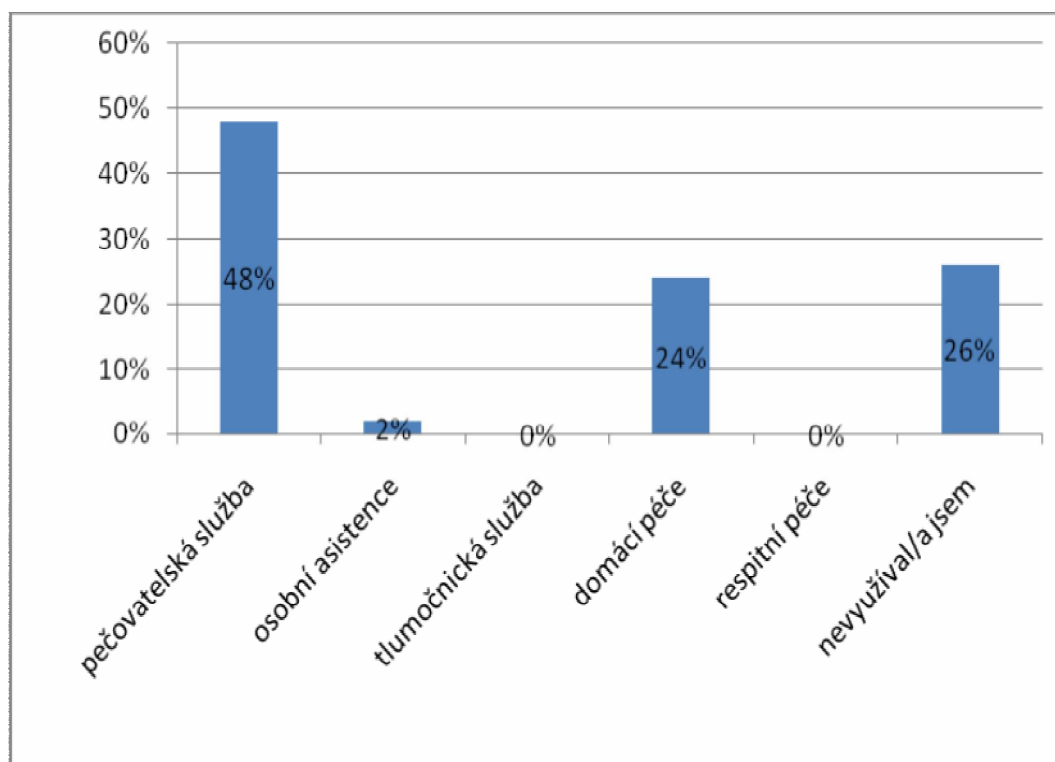
Graf č. 1 Důvod přestěhování do domova pro seniory

Otázka č.6. Využíval/a jste, než jste sem přišel/přišla, jiné sociální služby pro seniory?

Tab. 9 Využívání sociálních služeb

6. Využívání sociálních služeb			
pečovatelská služba	24	50	48%
osobní asistence	1	50	2%
tlumočnická služba	0	50	0%
domácí péče	12	50	24%
respitní péče	0	50	0%
nevyužíval/a jsem	13	50	26%

Na otázku využívání nabídky sociálních služeb 24 respondentů (tj. 48%) odpovědělo, že v minulosti využívalo pečovatelskou službu, 12 respondentů (tj. 24%) udává, že využívalo domácí péče, 1 respondent měl osobního asistenta. Žádné sociální služby nevyužívalo 13 respondentů (tj. 26%).



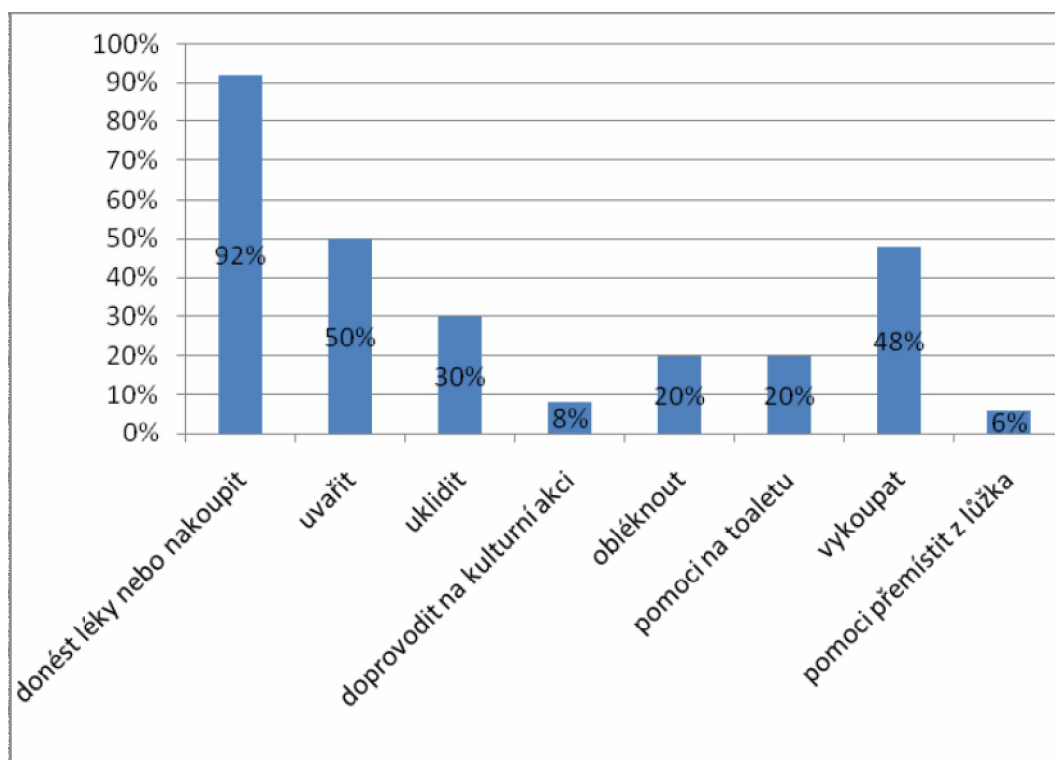
Graf č. 2 Využívání sociálních služeb

Otázka č.7. S čím jste potřeboval/a pomoci? Zakřížkujte i více možností.

Tab. 10 Potřeba pomoci

7. Potřeba pomoci		
donést léky nebo nakoupit	46	92%
uvařit	25	50%
uklidit	15	30%
doprovodit na kulturní akci	4	8%
obléknout	10	20%
pomoci na toaletu	10	20%
vykoupat	24	48%
pomoci přemístit z lůžka	3	6%

Na otázku pomoci při běžných denních činnostech odpovědělo 46 respondentů (tj. 92%) donést léky nebo nakoupit, 25 respondentů (tj. 50%) uvařit, 15 respondentů (tj. 30%) uklidit, doprovodit na kulturní akci 4 respondenti (tj. 8%), 10 respondentů (tj. 20%) obléknout, 10 respondentů (tj. 20%) pomoci na toaletu, 24 respondentů (tj. 48%) vykoupat, 3 respondenti pomoci z lůžka (tj. 6%). Všichni respondenti uvedli 2 nebo více odpovědí. V této otázce neodpovídá sečtení odpovědí hodnotě 100%, senioři potřebovali pomoci při více denních činnostech.



Graf č. 3 Potřeba pomoci

Otázka č.8. Z jakého prostředí jste přišel/a do domova pro seniory?

Tab. 11 Prostředí před příchodem

8. Prostředí před příchodem		
vlastní domov	37	74%
nemocnice/LDN	7	14%
jiné sociálního zařízení	4	8%
od dětí	2	4%

Předmětem zkoumání uvedené otázky bylo bydliště respondenta, přesněji místo jeho sociálního prostředí, odkud přišel do domova pro seniory. Původ z vlastního domova uvedlo 37 respondentů (tj. 74%), z nemocnice nebo LDN přišlo 7 respondentů (tj. 14%), z jiného sociálního zařízení 4 respondenti (tj. 8%), 2 (tj. 4%) respondenti uvedli, že bydleli u dětí.

Otázka č.9. Jak dlouho už je v tomto domově?

Tab. 12 Délka pobytu v domově

9. Délka pobytu v domově		
déle než měsíc	2	4%
déle než půl roku	7	14%
déle než rok	33	74%
déle než 3 roky	3	6%
déle než 5 let	1	2%

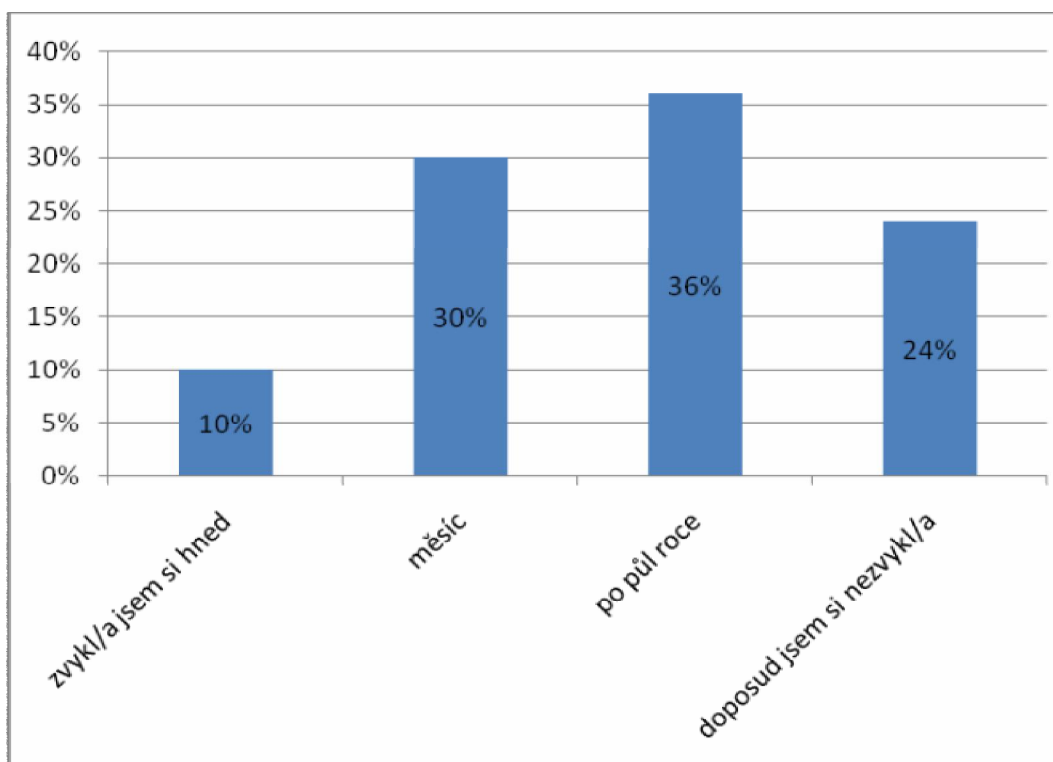
Na otázku délky pobytu v domově pro seniory 1 měsíc uvedli 2 respondenti (tj. 4%), 7 respondentů (tj. 14%) déle než půl roku, déle než rok 33 (tj. 74%), 3 respondenti (tj. 6%) uvedli pobyt delší než 3 roky, pouze jeden (tj. 2%) je v domově déle než 5 let.

Otázka č.10. Jak dlouho jste si zvykl/a na pobyt v domově pro seniory?

Tab. 13 Délka adaptace

10. Délka adaptace		
zvykl/a jsem si hned	15	30%
měsíc	11	22%
po půl roce	16	32%
doposud jsem si nezvykl/a	8	16%

Skutečností, kterou výzkum zjišťoval, byla délka adaptace seniorů na podmínky domova důchodců. Při dotazu respondentů na to, jak dlouho si na pobyt v domově zvykali, bylo u 5 (tj. 10%) z nich zjištěno, že si na pobyt v domově zvyklo ihned, 15 (tj. 30%) respondentů uvedlo, že si zvykalo měsíc, 18 (tj. 36%) respondentů uvedlo, že si zvyklo po půl roce a zbytek dotázaných 12 (tj. 24 %) uvedlo, že si na pobyt v domově doposud nezvyklo.



Graf č. 4 Délka adaptace

Otázka č.11. Jste v kontaktu se svou rodinou?

Tab. 14 Kontakt s rodinou

11. Kontakt s rodinou		
ano, často	46	92%
ne	0	0%
zřídka	3	6%
žádnou nemám	1	2%

Na otázku kontaktu s rodinnými příslušníky odpovědělo 46 respondentů (tj. 92%), že jsou v kontaktu se svou rodinou často, 3 respondenti (tj. 6%) že má kontakt s rodinou zřídka, 1 respondent uvedl, že žádnou nemá, záporně neodpověděl nikdo.

Otázka č.12. Zvládáte bez problémů se o sebe postarat sama?

Tab. 15 Schopnost péče o sebe sama

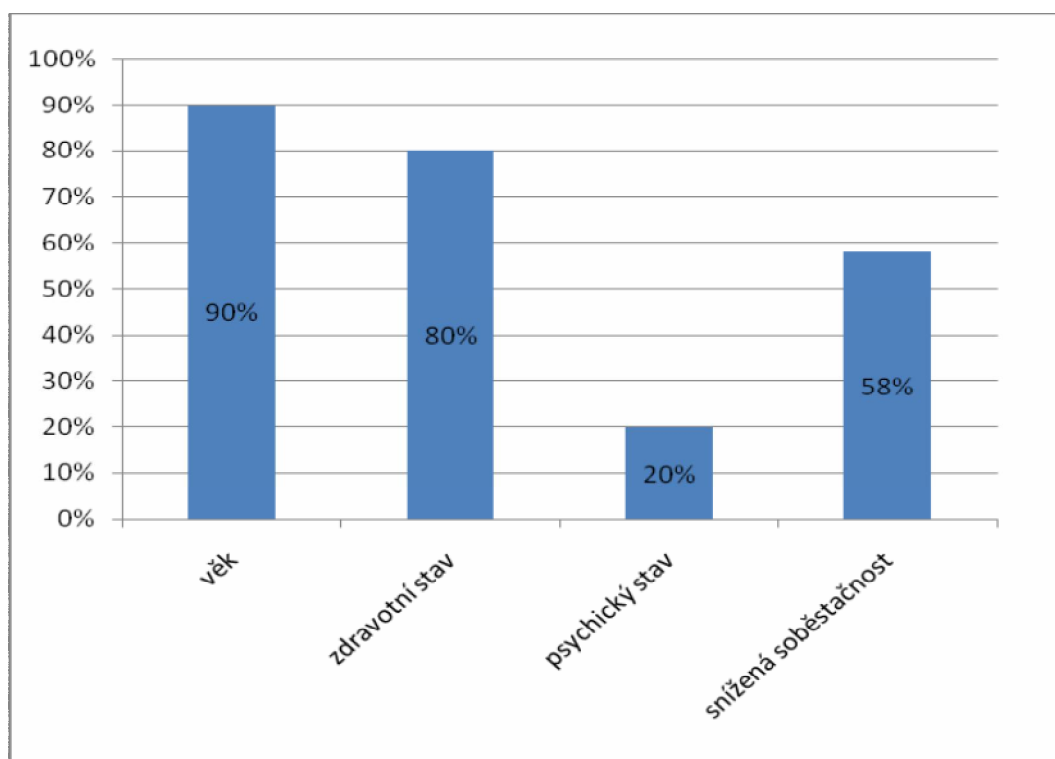
12. Schopnost péče o sebe sama		
ano	17	34%
zvládám částečně	25	50%
Ne, nezvládám	8	16%

Tato položka dotazníku byla zaměřena na zjištění, jak sami senioři hodnotí zvládání činností péče o svou vlastní osobu. 17 respondentů (tj. 34%) se domnívá, že bez problémů zvládá všechny činnosti péče o sebe sama, 25 respondentů (tj. 50%) si myslí, že některé činnosti sebepéče nezvládá. 8 respondentů (tj. 16%) nezvládá činnosti, které se týkají sebepéče.

Otázka č.13. Co způsobilo Vaši změněnou schopnost se o sebe postarat? Zakřížkujte i více možností.

Tab. 16 Příčina změněné schopnosti péče o sebe sama

13. Příčina změněné schopnosti péče o sebe sama		
věk	45	90%
zdravotní stav	40	80%
psychický stav	10	20%
snížená soběstačnost	29	58%



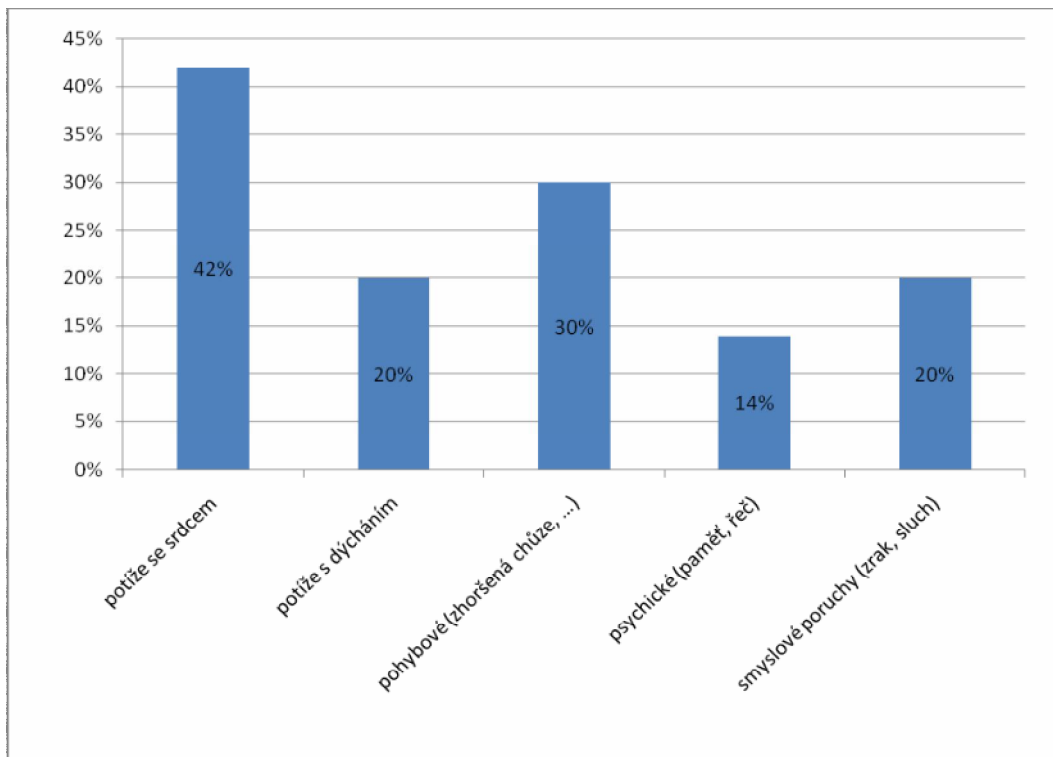
Graf č. 5 Příčina změněné schopnosti péče o sebe sama

V této otázce měli senioři subjektivně posoudit, co je příčinou jejich změněné schopnosti se o sebe postarat. V této otázce mohli respondenti uvést více odpovědí. Nejčastější příčinou změněné schopnosti vnímali věk - 45 odpovědí, (tj. 90%), dále zdravotní stav - 40 odpovědí (tj. 80%), snížená soběstačnost - 29 odpovědí (tj. 58%), psychický stav 10 odpovědí (tj. 20%). Všichni uvedli alespoň 2 odpovědi.

Otázka č.14. **1 Máte nějaké zdravotní omezení?** Zakřížkujte i více možností

Tab. 17 Zdravotní omezení

14. Zdravotní omezení		
potíže se srdcem	21	42%
potíže s dýcháním	10	20%
pohybové (zhoršená chůze, ...)	15	30%
psychické (paměť, řeč)	7	14%
smyslové poruchy (zrak, sluch)	10	20%
jiné - špatná orientace	2	4%



Graf č. 6 Zdravotní omezení

V této otázce senioři odpovídali na to, jaká mají zdravotní omezení. Potíže se srdcem uvedlo 21 (tj. 42%) dotázaných, 10 dotázaných (tj. 20%) uvedlo potíže se srdcem, pohybové problémy označilo 15 (tj. 30%), zhoršenou funkci smyslů uvedlo 10 (tj. 20%) dotázaných, problémy s pamětí nebo řečí 7 (tj. 14%) a jiné zdravotní problémy uvedli 2 (tj. 4%) dotázaní. V této otázce měli respondenti na výběr více možností, 15 z nich (tj. 30%) uvedlo více než jedno zdravotní omezení.

Otázka č.15. Která činnost Vám činí největší potíže?

Tab. 18 Největší potíže při sebeobsluze

15. Největší potíže při sebeobsluze		
osobní hygiena	15	30%
stoj, chůze	10	20%
vyprazdňování	4	8%
koupání, sprchování	35	70%
oblékání	8	16%
příjem potravy a tekutin	5	10%

V této otázce respondenti odpovídali na otázku, při které m činí největší potíže při sebeobsluze. Problémy s osobní hygienou uvedlo 15 respondentů (tj. 30%), potíže při stoji nebo chůzi 10 (tj. 20%), s vyprazdňováním 4 (tj. 8%), s koupáním nebo sprchováním 35 (tj. 70%), s oblékáním 8 (tj. 16%), s příjmem potravy a tekutin 5 (tj. 10%) respondentů.

Otázka č.16. Pociťujete trvalou bolest?

Tab. 19 Trvalá bolest

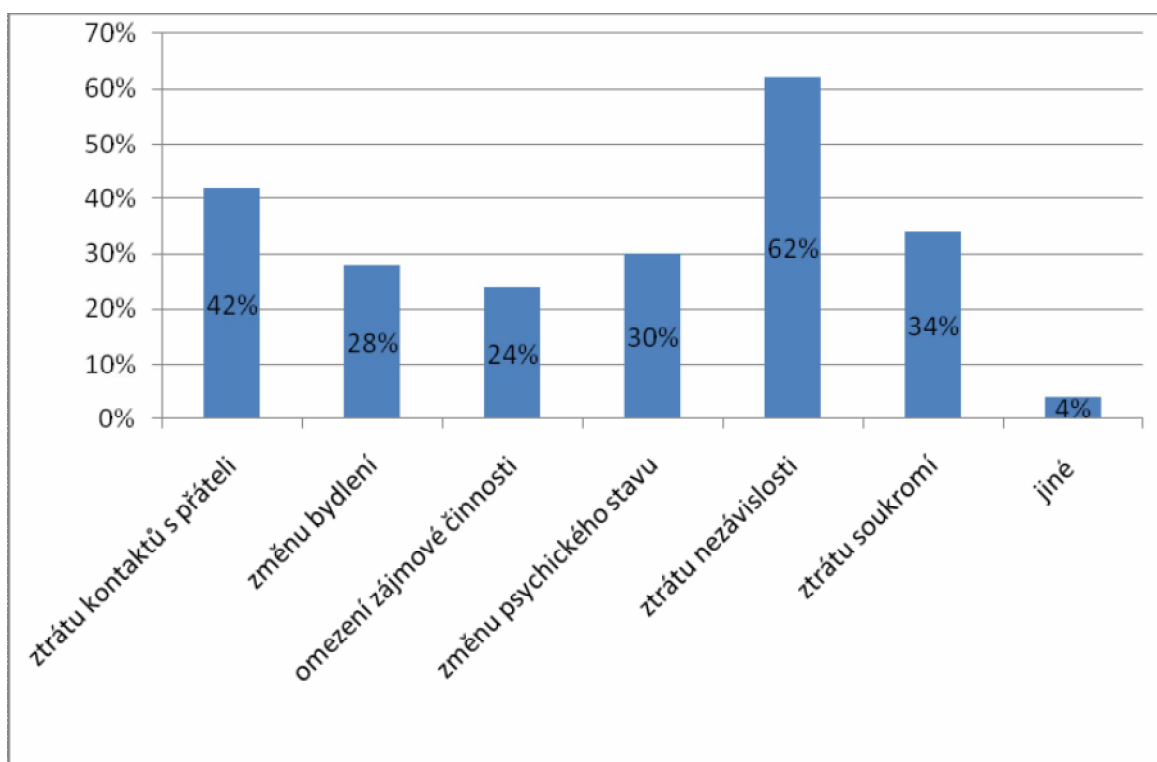
16. Trvalá bolest		
ano	38	76%
ne	12	24%

Trvalou bolest uvedlo 38 (tj. 76%) dotázaných, záporně na tuto otázku odpovědělo 12 (tj. 24%).

Otázka č.17. Jak snížená soběstačnost ovlivnila Váš běžný život? Zakřížkujte i více možností.

Tab. 20 Ovlivnění běžného života

17. Ovlivnění běžného života		
ztrátu kontaktů s přáteli	21	42%
změnu bydlení	14	28%
omezení zájmové činnosti	12	24%
změnu psychického stavu	15	30%
ztrátu nezávislosti	31	62%
ztrátu soukromí	17	34%
jiné	2	4%



Graf č. 7 Ovlivnění běžného života

V této otázce mohli respondenti uvést více možností. Nejvíce respondenty ovlivnila snížená soběstačnost ve ztrátě nezávislosti – 31 odpovědí (tj. 62%), ve 14 odpovědích (tj. 28%) uvedli respondenti změnu bydlení, ztrátu kontaktů s přáteli označilo 21 (tj. 42%) respondentů, ztrátu soukromí vlivem snížené soběstačnosti uvedlo 17 (tj. 34%) a změnu psychického stavu 15 (tj. 30%) dotázaných, omezení zájmové činnosti pociťuje 12 (tj. 24%), jiné důvody označili 2 (tj. 4%) respondenti. Všichni respondenti využili více možností odpovědí. Pokud je člověk závislý na pomoci, bývá u něho omezení ve více oblastech běžného života.

Otázka č.18. Má snížená soběstačnost vliv na to, jak se cítíte?

Tab. 21 Vliv na pocity

18. Vliv na pocity		
ano	38	76%
ne	4	8%
nevím	8	16%

Vliv snížené soběstačnosti na změnu pocitů uvedlo 38 (tj. 76%) dotázaných, 4 (tj. 8%) dotázaní odpověděli záporně, odpověď nevím uvedlo 8 (tj. 16%) dotázaných.

Otázka č.19. Jste spokojen s poskytováním péče?

Tab. 22 Spokojenost s péčí

19. Spokojenost s péčí		
zcela spokojen/a	39	78%
částečně spokojen	7	14%
málo spokojen	2	4%
nespokojen	2	4%

Z celkového počtu 50 respondentů bylo zcela spokojeno 39 (tj.78%) respondentů, částečnou spokojenost uvedlo 7 (tj.14%) respondentů, málo spokojeni s přístupem ošetrovatelského personálu byli 2 (tj. 4%) z dotazovaných klientů. Na tuto otázku odpověděli 2respondenti (tj.4%), že jsou nespokojeni s péčí.

Otázka č.20. Co nejvíce postrádáte v poskytované péči?

Tab. 23 Co postrádáte v péči

20. Co postrádáte v péči		
lidský přístup	1	2%
větší míru ochoty	12	24%
větší míru profesionality	4	8%
nic	2	4%
více personálu	31	62%

Na otázku „Co nejvíce postrádáte v poskytované péči?“ nejvíce respondentů 31 (tj. 62 %) uvedlo, že jim chybí více personálu. S tímto aspektem spojují vliv na míru ochoty, vyšší profesionalitu i lidský přístup. Shodně po 4 % respondentů uvedlo, že jim v poskytované péči chybí větší míra ochoty a vyšší úroveň profesionality. Přibližně jedna pětina dotázaných (18 %) uvedla, že jim v poskytované péči nechybí nic. Jako potěšující je možno jednoznačně hodnotit zjištění, že si nikdo ze seniorů nestěžoval na absenci lidského přístupu ze strany personálu.

Otázka č.21. **Jak jste spokojen s jídlem?**

Tab. 24 Spokojenost se stravou

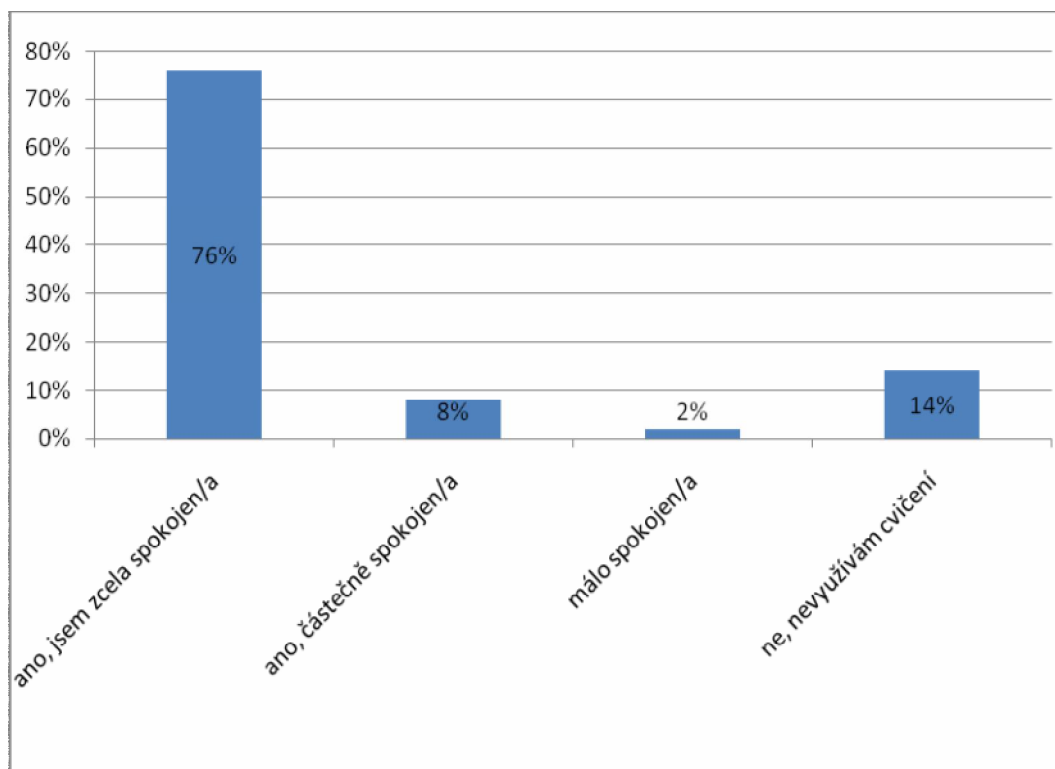
21. Spokojenost se stravou		
zcela spokojen/a	34	68 %
částečně spokojen/a	11	22 %
málo spokojen/a	3	6 %
nespokojen	2	4 %

Z celkového počtu 50 respondentů bylo zcela spokojeno s kvalitou stravy 34 (tj. 68%) respondentů. Částečně spokojeno bylo 11 (tj. 22%) klientů, částečně nespokojeni s kvalitou stravy byli 3 (tj. 6%) dotazovaných klientů. Zcela nespokojeni byli 2 (tj. 4%) respondenti.

Otázka č.22. **Využíváte rehabilitační cvičení a jste s ním spokojený?**

Tab. 25 Využívání rehabilitace

22. Využívání rehabilitace		
ano, jsem zcela spokojen/a	38	76 %
ano, částečně spokojen/a	4	8 %
málo spokojen/a	1	2 %
ne, nevyužívám cvičení	7	14 %



Graf č. 8 využívání rehabilitace

Šetření spokojenosti ukázalo, že 38 (tj. 76%) respondentů uvedlo, že rehabilitaci využívá a jsou spokojeni, 4 dotazovaní, (tj. 8%), jsou s rehabilitací spokojeni částečně, pouze 1 (tj. 2%) je málo spokojen. 7 (tj. 14%) respondentů uvedlo, že rehabilitaci nevyžívá.

Otázka č.23. Je pro Vás Vaše víra posilou?

Tab. 26 Vliv víry

23. Vliv víry		
ano	38	76%
ne	4	8%
nepovažuji se za věřícího člověka	8	16%

Na otázku zda je víra posilou odpovědělo 38 respondentů (tj. 76%) kladně, záporně 4 (tj. 8%), za věřícího se nepovažovalo 8 (tj. 16%) respondentů.

Otázka č.24. Respektuje personál Domova Vaše soukromí?

Tab. 27 Respektování soukromí

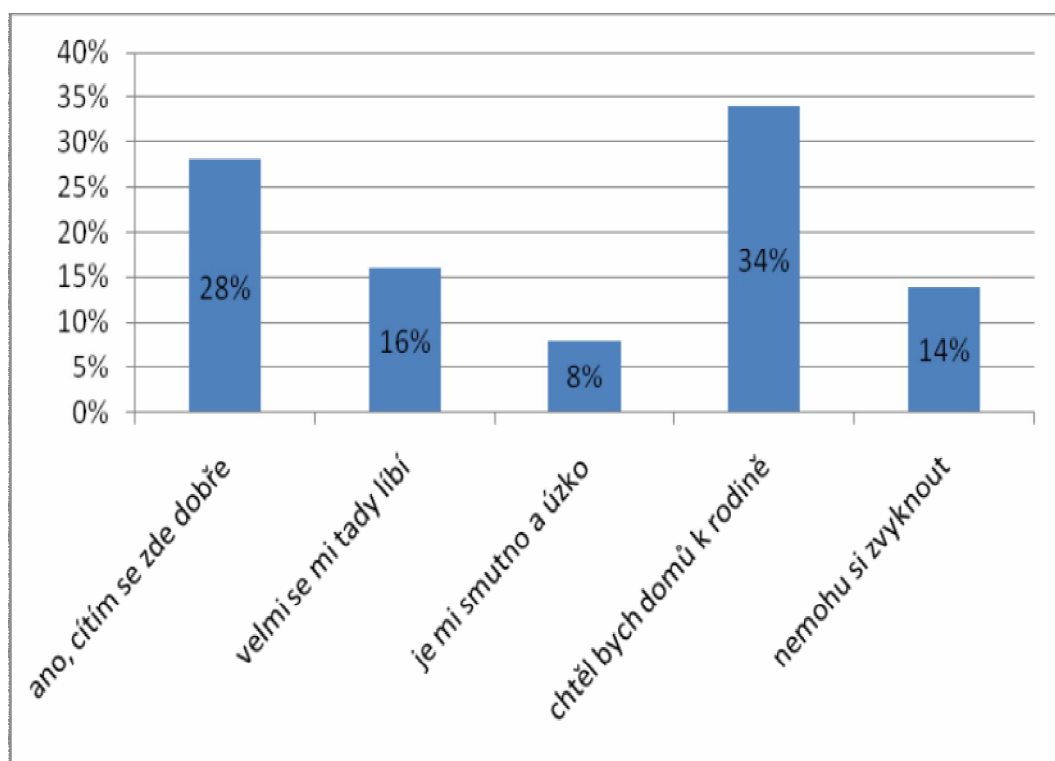
24. Respektování soukromí		
ano	40	80%
ne	2	4%
nevím	8	16%

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo na otázku, zda je respektováno jejich soukromí ano 40 (tj. 80%) respondentů, ne odpověděli 2 (tj. 4%) dotazovaných klientů. Na tuto otázku nedokázalo odpovědět 8 (tj. 16%) klientů.

Otázka č.25. Cítíte se zde dobře?

Tab. 28 Cítíte se zde dobře

25 Cítíte se zde dobře?		
ano, cítím se zde dobře	14	28%
velmi se mi tady líbí	8	16%
je mi smutno a úzko	4	8%
chtěl bych domů k rodině	17	34%
nemohu si zvyknout	7	14%



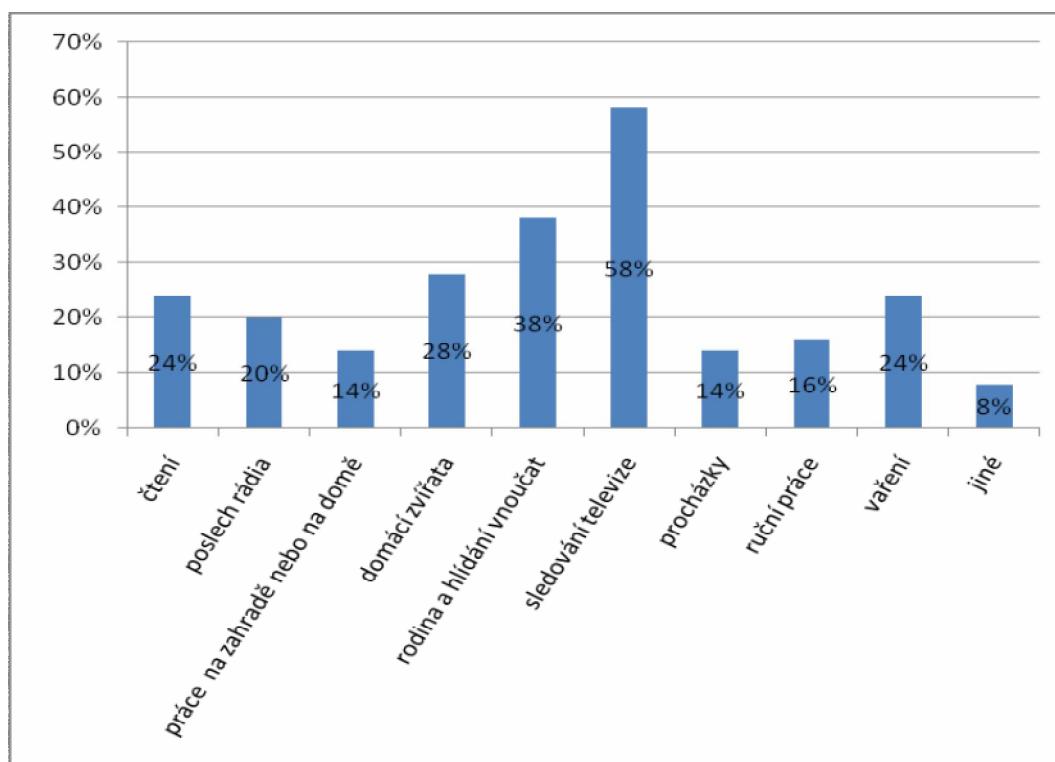
Graf č. 9 Cítíte se zde dobře?

V této otázce odpovědělo 14 (tj. 28%) respondentů, že se zde cítí dobře, 8 (tj. 16%) že se jim v domově velmi líbí, 4 (tj. 8%), že je jim smutno a úzko, 17 (tj. 34%) respondentů by chtělo domů k rodině a 7 (tj. 14%), že si nemůže zvyknout.

Otázka č.26. Jaké byly Vaše záliby před nástupem do Domova? Zakřížkujte i více možností.

Tab. 29 Dřívější záliby

26. Dřívější záliby		
čtení	12	24%
poslech rádia	10	20%
práce na zahradě nebo na domě	7	14%
domácí zvířata	14	28%
rodina a hlídání vnoučat	19	38%
sledování televize	29	58%
procházký	7	14%
ruční práce	8	16%
vaření	12	24%
jiné	4	8%



Graf č. 10 Dřívější záliby

Jako svou dřívější zálibu označilo 12 (tj. 24%) respondentů čtení, poslech rádia 10 (tj. 20%) respondentů, práce na zahradě nebo na domě 7 (tj. 14%), domácí zvířata 14 (tj. 28%) respondentů, rodinu a hlídání vnoučat označilo 19 (tj. 38%) respondentů, sledování televize 29 (tj. 58%) respondentů, procházky 7 (tj. 14 %), zálibu v ručních pracích 8 (tj. 16%) respondentů, vaření 12 (tj. 24%) respondentů a jiné zájmy uvedli 4 (tj. 8%) respondentů (jízda na kole, houbaření, křížovky, cestování). Zastoupení odpovědí neodpovídá 100%, každý respondent uvedl více dřívějších zájmů.

Otázka č.27. Kdybyste měl/a možnost výběru, zda žít doma nebo v Domově pro seniory, co byste zvolil/a?

Tab. 30 Možnosti volby

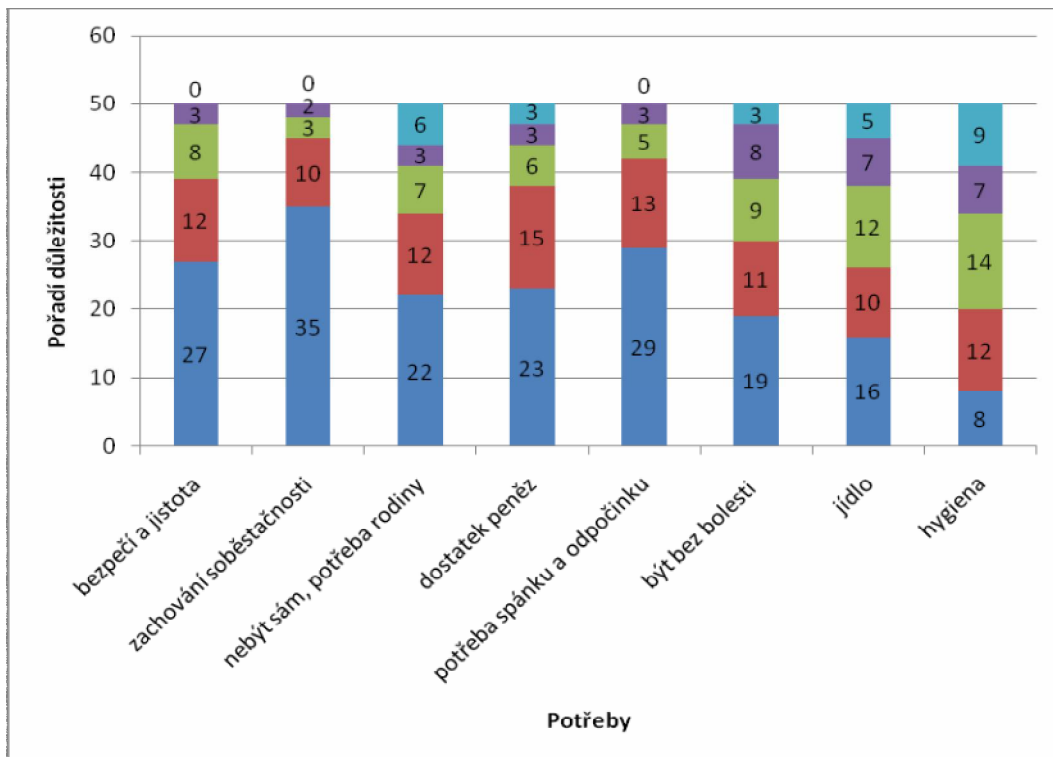
27. Možnost volby		
doma	41	82%
v Domově pro seniory	7	14%
nevím	2	4%

Většina dotázaných na tuto otázku odpověděla - 41 (tj. 82%), že by raději bydlela doma, 7 (tj. 14%) v domově pro seniory, 2 respondenti (tj. 4%) odpovědělo nevím.

Otázka č.28. Co je pro Vás důležité? Číslyte jako ve škole.

Tab. 31 Důležitost potřeb

28. Důležitost potřeb	1	2	3	4	5
bezpečí a jistota	27	12	8	3	0
zachování soběstačnosti	35	10	3	2	0
nebýt sám, potřeba rodiny	22	12	7	3	6
dostatek peněz	23	15	6	3	3
potřeba spánku a odpočinku	29	13	5	3	0
být bez bolesti	19	11	9	8	3
jídlo	16	10	12	7	5
hygiena	8	12	14	7	9



Graf č. 11 Důležitost potřeb

Na otázku, které potřeby jsou nejdůležitější nejvíce odpovědí -35- zařadili respondenti zachování soběstačnosti, na druhé místo potřebu odpočinku a spánku 29 odpovědí, potřeba bezpečí a jistoty se 27 odpověďmi byla na místě třetím. Na dalším místě byl dostatek peněz – 23 odpovědí, na konci hodnocení byla potřeba být bez bolesti – 19 odpovědí, dostatek jídla – 16 odpovědí a potřeba hygieny byla na posledním místě s 8 odpověďmi.

9 Diskuse

Cílovou skupinou domovů pro seniory jsou občané, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního nebo plného invalidního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče. V současné době jsou vybíráni a umísťováni do rezidenčních zařízení osoby s nejvyšším příspěvkem na péči. Bohužel zpracování žádosti o příspěvek a rozhodování o poskytnutí příspěvku je v praxi velmi zdlouhavé. Senioři nejsou dostatečně informováni o smyslu určení příspěvku, chápou příspěvek na péči jako přílepení k důchodu. Nechtějí se vyrovnat s realitou, že náleží poskytovateli na úhradu péče sociálních služeb. Využívání zařízení sociální péče se v průběhu posledních dekád mění. Z dosavadních odborných poznatků vyplývá, že u osob nad 75 let věku vzrůstá poptávka po sociálních službách spojená s postupně se objevující závislostí na pomoci druhé osoby. Do domovů pro seniory jsou ve značné míře přijímáni klienti přímo ze zdravotnických zařízení.

Z výpovědí většiny respondentů realizovaného výzkumu je zřejmé, že nejčastějším důvodem pro odchod do domova pro seniory je věk, zhoršení zdravotního stavu, ztráta soběstačnosti a závislost na pomoci druhé osoby při takových činnostech, jako je například nákup, obstarání léků nebo základní hygiena. Vzhledem ke své závislosti na pomoci v základních činnostech denního života je nutná pravidelná individuální péče téměř u všech dotazovaných seniorů. Pobytové služby sociální péče (domovy pro seniory) patří do kompetencí MPSV. Ošetrovatelské výkony jsou na základě indikace praktického lékaře hrazeny ze zdravotního pojištění příslušnou zdravotní pojišťovnou.

V domovech pro seniory je potřeba ve zvýšené míře ošetrovatelská péče. Práce v domově pro seniory je psychicky i fyzicky náročná a vyžaduje od pracovníků hodně trpělivosti a empatie. Nejde jen o provedení ošetrovatelských úkonů, ale také o schopnost pracovníka umět vyslechnout a hovořit s ním o jeho problémech a pocitech, které se někdy mohou zdát banální a nepodstatné. Personál v této oblasti hraje velkou roli. Pracovníci v sociálních službách sice mohou poskytnout těmto seniorům pomoc v aktivitách denního života, nemají ale vzdělání ani kompetence k tomu, aby posoudili zdravotní stav, rizika a stanovili plán ošetrovatelské péče. Stačí mít základní vzdělání a k vykonávání práce musí absolvovat rekvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách. Často se praktické výkony prolínají a je někdy těžké určit, zda jde o výkon sociální nebo ošetrovatelský, a jakou strukturu pracovníků je potřeba pro dané oddělení

určit. Někdy je časové vytížení obslužného personálu vysoké. Senioři mohou mít pocit, že k nim personál má pouze formální vztah a plní jen své pracovní povinnosti. Uvítali z tohoto důvodu větší počet pracovníků.

Z hlediska hodnocení uspokojování potřeb není důležitá otázka na pohlaví, věk ani vzdělání klientů. Ve vyhodnocených odpovědích se také nijak neprojevil vliv doby pobytu klienta v domově na uspokojování potřeb vzhledem k tomu, že dotazníkové šetření bylo prováděno v nově otevřené budově domova pro seniory. Téměř všichni zde bydlí rok a méně. Ti, kteří uvedli delší pobyt, se v průběhu roku přestěhovali z původního zařízení. Při nástupu do domova senioři mohou vzít s sebou pouze osobní věci, případně drobné předměty (například obrázky, fotografie apod.). Většina respondentů má na pokoji nějaký předmět, který jim připomíná domov nebo blízké osoby.

Na otázku, jestli raději by žili doma nebo v domově pro seniory, většina odpovědí byla „doma“. Jako důvod přestěhování někteří uvedli přestavbu bytu syna s tím, že si je potom vezme k sobě. Touto odpovědí spíše omlouvají svoji ztrátu soběstačnosti a to, že se o ně nemůže někdo z rodiny postarat. Většina respondentů uvedla, že se pravidelně stýká s rodinnými příslušníky, toto je dobrá skutečnost. Jen malá část klientů dochází na návštěvy svých příbuzných domů. Příčina může být ve zvýšených nárocích na péči. Mnozí příbuzní si nedovedou představit, že budou muset svému blízkému provést osobní hygienu. Zdejší domov pro seniory je městské zařízení a přednostně jsou umístěováni senioři, kteří měli v místě trvalé bydliště. K větší spokojenosti klientů by přispěly jednolůžkové pokoje. V zařízení jsou pokoje dvoulůžkové a při nástupu si nemají možnost vybrat, s kým budou bydlet. Na otázku dodržování soukromí většina odpovědí byla kladná. Personál před vstupem do pokoje vždy klepe, klienti mají možnost si uzamykat pokoje. Je nutné si uvědomit, že soukromí je pro každého člověka velmi důležité.

Nespokojenost se stravou vyjádřili ti, kteří by si rádi odhlásili některá jídla. Toto však není možné, protože poplatek za stravu je stanoven jako celodenní. Někdy jim jídlo chutná, jindy ne. Někteří senioři by uvítali možnost výběru z více jídel. Toto však z provozních důvodů není možné. Senioři mají určité návyky ve způsobu stravování domova. Někteří preferují sladkou stravu a odmítají maso. Nemalý vliv na spokojenost se stravou má stav chrupu nebo zubních protéz seniorů. Je nutná úprava stravy s ohledem na problémy polykání. Důsledkem nedostatečné nebo nepřiměřené výživy je

malnutrice, která vede nejen k poklesu celkové tělesné hmotnosti ale i k dalšímu zhoršení fyzické aktivity (Topinková, 2005). Dehydratace patří k nejčastějším ohrožením seniorů. Je nutné aktivní nabízení příjmu tekutin, staří lidé nemají pocit žízně z důvodu fyziologických změn. S příjmem tekutin úzce souvisí problematika inkontinence. Nejčastěji se vyskytuje inkontinence moči nebo kombinovaná, tzn. samovolný odchod moče i stolice. Protože je to velmi intimní problém, někteří senioři o této záležitosti nechtějí mluvit. Inkontinence je spojena rovněž s omezenou pohyblivostí a následně s dodržováním hygieny. Je to velký problém při poskytování péče. Pomůcky pro inkontinentní jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Jejich používání umožňuje zachovávat u seniorů důstojnost. V domácím prostředí často nebývají senioři ani jejich rodiny o této možnosti informováni. Počet kusů pomůcek je sice limitovaný, ale pomůcek je ve většině případů dostačující a senioři si je nemusí hradit ani doplácet.

Ve výzkumném šetření senioři uvádějí, že vlivem nepříznivého zdravotního stavu nemohli vykonávat činnosti doma, které byly pro ně využitím volného času (procházky v přírodě, ruční práce, četba, návštěva přátel, práce na zahrádce, vaření) a většina pasivně sledovala televizi. Potřeba stimulace je v pozdním stáří relativně nízká. Senioři si mohou vybírat z aktivit, které jsou jim v domově pro seniory nabízeny. Je třeba dbát o to, aby se nestali jen pasivními uživateli služby. Aktivity a smysluplné trávení volného času by měly pozitivně ovlivňovat kvalitu života. Někteří respondenti kontakt s ostatními obyvateli domova vůbec nevyhledávají a nejraději jsou sami. Staří lidé se fixují na své děti, vnoučata a pravnoučata, poměrně velká část klientů má problém najít si v domově nějaké přátele či spřízněnou duši. Umístěním do sociálního zařízení ztrácejí svou autonomii a dosavadní společenské kontakty, musí měnit svůj životní styl. Pro seniory je důležitá alespoň symbolická autonomie. Chtějí rozhodovat alespoň o tom, co je pro ně zvládnutelné (např. možnost určit si, kdy budou vstávat, kdy a co budou jíst). Domov pro seniory jim v současné době nahrazuje jejich bydliště, ale za „svůj domov“ stále považují jejich původní bydlení. Senioři opouštějí své domácí prostředí, své blízké a musí se přizpůsobit novým podmínkám. Mají spolubydlícího. S tímto člověkem tráví převážnou část dne.

Pro některé seniory je přechod do nového prostředí zátěžovou situací a adaptace na nové prostředí doprovázena pocitem ztráty bezpečí. Tato změna je pro ně velice stresující hlavně z toho důvodu, že tento krok je pro ně poslední a po něm následuje jen smrt. Umístění do ústavu volí jako poslední variantu. Reakcí a tuto situaci bývají

deprese, někteří mají silně negativní postoj, bývají agresivní. V novém prostředí jsou dezorientovaní, mají nenaplněná očekávání od pobytu, bývají velmi nespokojení. Se zvyšujícím se věkem také dochází ke změně kvality a délky spánku. Na kvalitu a rušení spánku si nikdo z dotazovaných nestěžoval. Nezřídka senioři užívají léky ze skupiny antidepresiv nebo anxiolytik, které ovlivňují i spánek. Pokud se někdo nesnaží o aktivní vyplnění jejich volného času, senioři spíše všude usínají.

Senioři v domovech jsou omezováni řádem, který zcela nevychází jejich z individuálních potřeb. Každý respondent reagoval na příchod do domova pro seniory jiným způsobem. Někdo si zvykl brzy a někdo s tím má stále problémy. Potřeba akceptace a uznání se u seniorů může projevit tendencí upoutat na sebe pozornost. Egocentrismus seniorů se může projevovat udáváním chronické bolesti, což se mi ve výzkumu potvrdilo. Několik uživatelů zmínilo ne vždy dobré chování personálu, což může být zapříčiněno nějakou negativní osobní zkušeností. Závažným problémem je to, že zbývá velmi málo času na komunikaci mezi personálem a uživatelem. Bylo by dobré najít způsob, jak posílit počet pečujícího personálu, aby se uživatelům mohl individuálně věnovat a naplnit tak jejich psychosociální potřeby, a tím zároveň dosáhnout zkvalitnění péče. Z výzkumu jinak vyplynula velká spokojenost s personálem. Rehabilitaci senioři v domově rovněž využívají a jsou s ní spokojeni. Rehabilitační cvičení je zaměřeno na udržení funkční zdatnosti a soběstačnosti.

Spirituální potřeby ve stáří vzrůstají. Starým lidem víra poskytuje návod, jak zvládat zátěž, je jim oporou. Může přispět k vyrovnanému postoji k vlastním problémům. Do zařízení dochází jednou týdně evangelický teolog, jeho povídání klienti navštěvují. Při oslavách velkých církevních svátků (vánoce, velikonoce) slouží mši katolický farář. Pokud je člověk jiné víry, chodí za nimi kněz individuálně.

„Cílem prevence v gerontologii je umožnit starému člověku, aby co nejdéle setrval ve vlastní domácnosti a mohl tam spokojeně žít i se svou nemocí. Podle doporučení Světové zdravotnické organizace to znamená přidávat nejen léta životu, ale také život létům.“ Geriatrická revue, 2007; 5 (I) 52-53).

Závěr

Ve své bakalářské práci uvádím především subjektivní pocity seniorů na pokládané otázky. Bylo velmi obtížné získat také větší počet respondentů pro kvantitativní výzkum, protože senioři ve většině případů v domově nejsou schopni se soustředit na dotazy a odpovídat na otázky delšího dotazníku. Zároveň je velmi diskutabilní stanovit hypotézu, protože senioři jsou ovlivnitelní a záleží na osobě, která se rozhovor vede a situaci zachycuje. Takto sestavený dotazník senioři nejsou schopni sami bez pomoci vyplnit. Pro ověření správného chápání dotazu bylo nutné pokládat doplňující otázky. Výsledky výzkumu ukázaly, že do domova pro seniory přicházejí klienti především kvůli zhoršené soběstačnosti nebo zhoršenému zdravotnímu stavu. Zároveň ze své praxe vím, že senioři mají různá očekávání z hlediska potřeb, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, soběstačnosti, ale také k sociální situaci a prostředí, ze kterého do domova důchodců přišli. Mnohdy jsou jejich potřeby a očekávání ovlivňovány hlavně jejich nejbližšími. Některé potřeby vyjadřuje každý jinak, to, co je pro někoho standard, může být pro druhého naprosto nedostatečné.

Seniorům v ústavním zařízení jsou poskytovány služby, které mohou, ale nemusí využívat a proto odlišně mohou senioři vnímat ošetrovatelskou péči, úroveň stravování, úklid, nabídku služeb, volnočasových aktivit a rehabilitační cvičení. Nejčastější odchod do domova pro seniory bývá zhoršení zdravotního stavu, s tím souvisí nezvládnání sebepečce a nezvládnutí chodu domácnosti. Ne každý senior má soudnost o vlastní soběstačnosti a nezbytnosti pomoci při péči. Staří lidé se potýkají se zdravotními problémy. Ošetrovatelská péče o seniory je zaměřená na udržení a podporu zdraví a na uspokojování základních životních potřeb, tj. péče o člověka a jeho prostředí. Starý člověk lpí na známém prostředí, jakákoliv změna mu životní prostor zužuje.

Motto: *„Pro každého člověka je důležité mít svůj život pod kontrolou a moci si rozhodovat o svých činnostech a uznávat se takový, jaký jsem, a získat pocit důležitosti.“* (Klevetová, D., a Dlabalová, I., 2008)

Cílem veškerých služeb pro seniory je co nejdelší zachování zdraví a soběstačnosti, integrace ve společnosti i při zhoršení zdravotního stavu, co nejdelší setrvání v rodinném a domácím prostředí, v období nemoci přiměřeně intenzivně šetrné léčení a rehabilitace se zřetelem na potřeby seniorů. Výše uvedené cíle předpokládají takový systém služeb, které na sebe plynule navazují i přes hranice resortů. (Holmerová, 2002). Tato práce měla přispět, k přiblížení problematiky péče o seniory v rozmanitých aspektech.

Anotace

Autor:	Věra Koubová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Uspokojování potřeb seniorů v domově pro seniory
Vedoucí práce:	Jaroslava Pečenková
Počet stran:	62
Počet příloh:	10
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova:	stáří, domov pro seniory, potřeby, uspokojování potřeb, senior, sociální služby

V teoretické části bakalářské jsou charakterizovány problémy stárnutí a stáří, popsány nejčastější fyzické a psychosociální změny v důchodovém věku. Dále je zaměřena na uspokojování základních lidských potřeb, uspokojování potřeb seniorů a to nejen biologických, ale i psychických a sociálních. V závěru tohoto oddílu je popsáno uspokojování potřeb podle ošetrovatelského modelu Hendersonové.

Výzkumné šetření, realizované prostřednictvím dotazníku, bylo zaměřené na otázky z oblasti sociální, senioři mohli vyjádřit vnímání vlastního zdravotního stavu a hodnocení sebezpečí, zhodnotit spokojenost s péčí v domově pro seniory a využívání volnočasových aktivit. V závěru dotazníku senioři mohli označit pořadí důležitosti uspokojování vlastních potřeb.

Theoretical part of the bachelor's thesis handle with problems of aging, old-age and the most common physical and psychosocial changes in a retirement age. Further on there is a focus dedicated to satisfying of basic human needs and satisfying of not only biological, but also psychological and social needs of retirees. Finally, satisfying of needs according to the Henderson nursing model is described.

Research survey, realised by a questionnaire, included mainly questions from a social area. Retirees could express their perception of own health status and evaluation of self-care and could evaluate satisfaction with the care in the retirement house and utilization of freetime activities. At the end of the survey retirees could mark the rank of importance of satisfying of own needs.

Seznam použité literatury a pramenů

1. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 151s. ISBN 80-7013-311
2. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada, 2001. 568s. ISBN 80-247-0242-8
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 168s. ISBN 978-80-247-1314-4
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 10 Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
5. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd., Praha: ČALS 2003, 88s. ISBN 80-86541-12-6
6. CHLOUBOVÁ, H. *Změny potřeb ve stáří*. *Rezidenční péče*, 2005, roč. 1,č. 2 s 22-23.
7. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248s. IBSN 80-247-1212-1
8. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Repronis, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2
9. JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 225s. ISBN 80-7013-365-1
10. OLEKSOVÁ,T. *Ležící člověk v domácím prostředí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 91 s. ISBN 80-247-0212-6
11. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336s. ISBN 978-80-247-2490-4
12. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, SUCHARDA, P. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. IBSN 80-247-0548-6
13. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 44s. ISBN 80-7262-455-5

14. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ I., *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. IBSN 978- 80-247-2169-9
15. Kolektiv autorů: *Základy ošetrování nemocných*, Praha: Karolinum, 2005, 145s. IBSN neuvedeno
16. KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200s. IBSN 80-247-0179-0
17. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. s.175. Praha: Grada, 2009. IBSN 978-80-247-2713-4
18. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008.168s. IBSN 978-80-247-2138-5
19. PACOVSKÝ, Vladimír: *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scienta medica, 1994. 150s. IBSN 80-8552-632-8
20. Poledníková, Ľ. et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. vyd. neuvedeno Martin: Osveta, 2006. 216s. IBSN 80-8063-208-1
21. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 160 s. IBSN 80-7178-184-3
22. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al. *Potreby v ošetrovatelství*. vyd. neuvedeno. Martin: Osveta 2008. 198s. IBSN 978-80-8063-270-0
23. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270s. IBSN 80-7262-365-6
24. TRACHTOVÁ, E. *Potreby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1 vyd. Brno: IDVPZ, 1999. s. IBSN 80-7013-285-X, 151s. IBSN 80-7013-311 – 2
25. VÁGNEROVÁ M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. IBSN 978-80-246-1318-5
26. VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96str. IBSN 978-80-247-2170-5
27. VYHNÁLEK, Radim. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 171s. IBSN 978-80-247-1715-9
28. WEBER, P. et al. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 151s. IBSN 80-7013-314-7

Zákon č.96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb.

Internetové zdroje:

MPSV: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 [online].

(Kvalita života ve stáří)< <http://www.mpsv.cz/cs/5045> >[cit. 2. února 2009]

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Na pomoc kvalitnímu stáří z hlediska zdravotníka – prevence pádů*. [online]. 2008, poslední revize [cit. 17. února 2009].

Dostupné na <http://www.restrikce.cz/html/prevent.html> Adresa URL: protokol http 17.2.2009

MPSV, *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)* [online]. Příprava na stárnutí - Rada vlády pro seniory a stárnutí populace - Dokumenty: Praha, September 2008 [cit. 2008-08-25].

Dostupné na WWW <<http://www.mpsv.cz/cs/5045#is>>.

<http://www.senioren-kompass.de/news/tag/altenheim/> Auf der Suche nach einem Altenheim [cit. 2010-7-20].

Dostupné na WWW: <<http://www.senioren-kompass.de/news/tag/menschen/>>.

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., aj., *Vybrané kapitoly z gerontologie* [online].

Dostupné na WWW:<<http://www.geriatrie.cz/dokumenty/VybrKapZGerontologie.pdf> > [cit. 2009-09-15].

PÁCALOVÁ, Andrea. *Uspokojování psychosociálních potřeb seniorů v pobytovém zařízení sociálních služeb - očima zaměstnanců*. 2010. Bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Cyrilometodějská teologická fakulta

HADAČOVÁ, Jana. *Nabídka zdravotně sociálních služeb pro seniory ve vztahu k jejich potřebám*. Č. Bud., 2009. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

Seznam zkratk

ADL - aktivity denního života

aj. - a jiné

atd. - a tak dále

IADL – test instrumentálních všedních činností

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

např. - například

Obr. - obrázek

pozn. - poznámka

tj. - to je

Tab. - tabulka

Vyd. - vydání

WHO - World Healthy Organization - Světová zdravotnická organizace

Seznam obrázků

Obr. 1 Maslowova hierarchie potřeb (in Trachtová2009)	20
Obr. 2 Dům životních potřeb (Chloubová, 1992).....	21

Seznam tabulek

Tab. 1 Změny ve stáří	14
Tab. 2 Základní pocity neuspokojených potřeb (Chloubová, 1992).....	22
Tab. 3 Terminologické rozlišení mezi poruchou (impairment), aktivitou (disability) a participací (handicapem). (Kalvach, 2004).....	29
Tab. 4 Pohlaví.....	40
Tab. 5 Věk.....	40
Tab. 6 Rodinný stav	40
Tab. 7 Nejvyšší dosažené vzdělání	41
Tab. 8 Důvod přestěhování do domova pro seniory	41
Tab. 9 Využívání sociálních služeb	42
Tab. 10 Potřeba pomoci	43
Tab. 11 Prostředí před příchodem.....	44
Tab. 12 Délka pobytu v domově.....	45
Tab. 13 Délka adaptace.....	45
Tab. 14 Kontakt s rodinou	46
Tab. 15 Schopnost péče o sebe sama	47
Tab. 16 Příčina změněné schopnosti péče o sebe sama.....	47
Tab. 17 Zdravotní omezení.....	48
Tab. 18 Největší potíže při sebeobsluze	49
Tab. 19 Trvalá bolest	50
Tab. 20 Ovlivnění běžného života	50
Tab. 21 Vliv na pocity	51
Tab. 22 Spokojenost s péčí	52
Tab. 23 Co postrádáte v péči	52
Tab. 24 Spokojenost se stravou	53

Tab. 25 Využívání rehabilitace	53
Tab. 26 Vliv víry.....	54
Tab. 27 Respektování soukromí	55
Tab. 28 Cítíte se zde dobře	55
Tab. 29 Dřívější záliby.....	56
Tab. 30 Možnosti volby	57
Tab. 31 Důležitost potřeb.....	57

Seznam grafů

Graf č. 1 Důvod přestěhování do domova pro seniory	42
Graf č. 2 Využívání sociálních služeb	43
Graf č. 3 Potřeba pomoci	44
Graf č. 4 Délka adaptace	46
Graf č. 5 Příčina změněné schopnosti péče o sebe sama	48
Graf č. 6 Zdravotní omezení	49
Graf č. 7 Ovlivnění běžného života	51
Graf č. 8 využívání rehabilitace	54
Graf č. 9 Cítíte se zde dobře?.....	55
Graf č. 10 Dřívější záliby	56
Graf č. 11 Důležitost potřeb.....	58

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník	76
Příloha č. 2 Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou) .	79
Příloha č. 3 Barthelův test základních všedních činností.....	80
Příloha č. 4 Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Examen (MMSE).....	81
Příloha č. 5 Zkrácený mentální bodovací test.....	82
Příloha č. 6 Grafické znázornění teorie V. Henderson	83
Příloha č. 7 Domovy pro seniory	84
Příloha č. 8 Přisuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti	85
Příloha č. 9 Stupně závislosti na pomoci jiné osoby.....	87
Příloha č. 10 Charakteristika domova.....	88
Příloha č. 11 Individuální plán.....	91
Příloha č. 12 Kazuistika (Respondent žena 87 let)	92
Příloha č. 13 Žádost o povolení k výzkumu	93

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Věra Koubová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Vaše odpovědi budou použity jako podklad k vypracování bakalářské práce. Dotazník je anonymní, veškeré údaje jsou považovány za důvěrné a budou použity pouze pro účely této práce.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný tomuto dotazníku.

Zakřížkujte vybranou odpověď, popřípadě doplňte slovy.

1. Pohlaví

žena muž

2. Věk

60 – 74 let 75 – 89 let 90 let a víc

3. Stav

svobodný/á vdovec/vdova
 rozvedený/á ženatý/vdaná

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

základní vyučený/á
 střední s maturitou vysokoškolské

5. Co bylo Vaším důvodem přestěhování do domova pro seniory? Zakřížkujte i více možností.

věk samota problémy s bydlením
 zdravotní problémy snížená soběstačnost jiné

obava ze zhoršení zdravotního stavu

6. Využíval/a jste, než jste sem přišel/přišla, jiné sociální služby pro seniory?

pečovatelská služba osobní asistence tlumočnická služba
 domácí péče respitní péče jiné

7. S čím jste potřeboval/a pomoci? Zakřížkujte i více možností.

donést léky nebo nakoupit uvařit uklidit
 doprovodit na kulturní akci obléknout vykoupat
 pomoci přemístit z lůžka pomoci na toaletu

8. Z jakého prostředí jste přišel/a do domova pro seniory?

- z vlastního domova z nemocnice
- z jiného sociálního zařízení od dětí

9. Jak dlouho už žijete v tomto domově?

- déle než měsíc déle než 1 rok déle než 5 let
- déle než půl roku déle než 3 roky

10. Jak dlouho jste si zvykl/a na pobyt v domově pro seniory?

- zvykl/a jsem si hned po půl roce
- doposud jsem si nezvykl/a po roce

11. Jste v kontaktu se svou rodinou?

- ano, často ne
- ano, berou si mě i domů žádnou nemám

12. Zvládáte bez problémů se o sebe postarat sama?

- ano zvládám částečně ne, nezvládám

13. Co způsobilo Vaši změněnou schopnost se o sebe postarat? Zakřížkujte i více možností.

- věk zdravotní stav psychický stav
- jiné

14. Máte nějaké zdravotní omezení? Zakřížkujte i více možností.

- potíže se srdcem pohybové (zhoršená chůze, snížená ovladatelnost části těla)
- potíže s dýcháním psychické (paměť, řeč)
- smyslové poruchy (zrak, sluch)

15. Která činnost Vám činí největší potíže?

- osobní hygiena stoj, chůze oblékání
- vyprazdňování koupání příjem stravy a tekutin

16. Pociťujete trvalou bolest?

- ano ne

17. Jak snížená soběstačnost ovlivnila Váš běžný život? Zakřížkujte více i možností.

- ztrátu kontaktů s přáteli změnu psychického stavu
- změnu bydlení ztrátu nezávislosti
- omezení zájmové činnosti ztrátu soukromí
- jiné

18. Má snížená soběstačnost vliv na to, jak se cítíte?

- ano ne nevím

19. Jste spokojen/a s poskytováním péče?

- zcela spokojen/a málo spokojen/a
- částečně spokojen/a nespokojen

20. Co nejvíce postrádáte v poskytované péči?

- .. lidský přístup
- .. vyšší úroveň profesionality
- .. nic
- .. větší míru ochoty
- .. více personálu

21. Jak jste spokojen s jídlem?

- .. zcela spokojen/a
- .. málo spokojen/a
- .. částečně spokojen/a
- .. nespokojen

22. Využíváte rehabilitační cvičení a jste s ním spokojený?

- .. ano a jsem velmi spokojen/a
- .. jsem spokojen/a částečně
- .. ano a nejsem spokojen
- .. ne, nevyužívám cvičení

23. Je pro Vás víra posilou?

- .. ano
- .. ne
- .. nepovažuji se za věřícího člověka

24. Respektuje personál Domova Vaše soukromí

- .. ano
- .. ne
- .. nevím

25. Cítíte se zde dobře?

- .. ano, cítím se zde dobře
- .. chtěl bych domů k rodině
- .. velmi se mi tady líbí
- .. nemohu si zvyknout
- .. je mi smutno a úzko

26. Jaké byly Vaše záliby před nástupem do Domova? Zakřížkujte i více možností.

- .. čtení
- .. sledování televize
- .. poslech rádia
- .. procházky
- .. práce na zahradě nebo na domě
- .. ruční práce
- .. domácí zvířata
- .. vaření
- .. rodina a hlídání vnoučat
- .. jiné

27. Kdybyste měl/a možnost výběru, zda žít doma nebo v tomto zařízení, co byste si zvolil/a?

- .. ano
- .. nevím
- .. ne

28. Co je pro Vás důležité: (známkuje jako ve škole: 1- nejvíce důležité, 3 – tak prostředně důležité, 5 - nejméně důležité) zakroužkujte:

bezpečí a jistota	1	2	3	4	5
zachování soběstačnosti	1	2	3	4	5
nebýt sám, potřeba rodiny	1	2	3	4	5
dostatek peněz	1	2	3	4	5
být bez bolesti	1	2	3	4	5
jídlo	1	2	3	4	5
zdraví	1	2	3	4	5

Příloha č. 2 Test ošetřovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

PROVEDENÍ ČINNOSTI	SKÓRE	
1. Pohybová schopnost	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	omezený na lůžko, zcela závislý	5
2. Osobní hygiena	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý	5
3. Jídlo	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý (krmení, sonda)	4
4. Inkontinence	moči občas	3
	stále	5
	permanentní katétr	2
5. Inkontinence stolice	občas	3
	stále	5
6. Návštěva toalety	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	5
	pokojevý klozet, podložní mísa	4
7. Dekubity	malé	1
	velké	4
8. Spolupráce s nemocným	občas obtížná	2
	bezvědomí	3
	velmi obtížná	5

Hodnocení:	
0 bodů	zcela soběstačný
38 bodů	zcela závislý

Příloha č. 3 Barthelův test základních všedních činností.

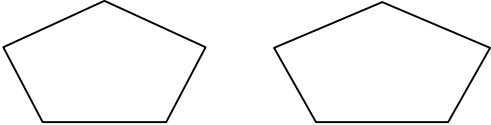
(ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
1.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
2.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení	Závislost	Body
	Vysoce závislý	0 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha č. 4 Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Examen (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1.Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
<p>2.Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3.Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky,přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	2 1 1 1 1
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásma normálu</p>	

Příloha č. 5 Zkrácený mentální bodovací test

(hodnocení psychického stavu podle Gainda)

Zjistěte u klienta otázkami a úkoly:

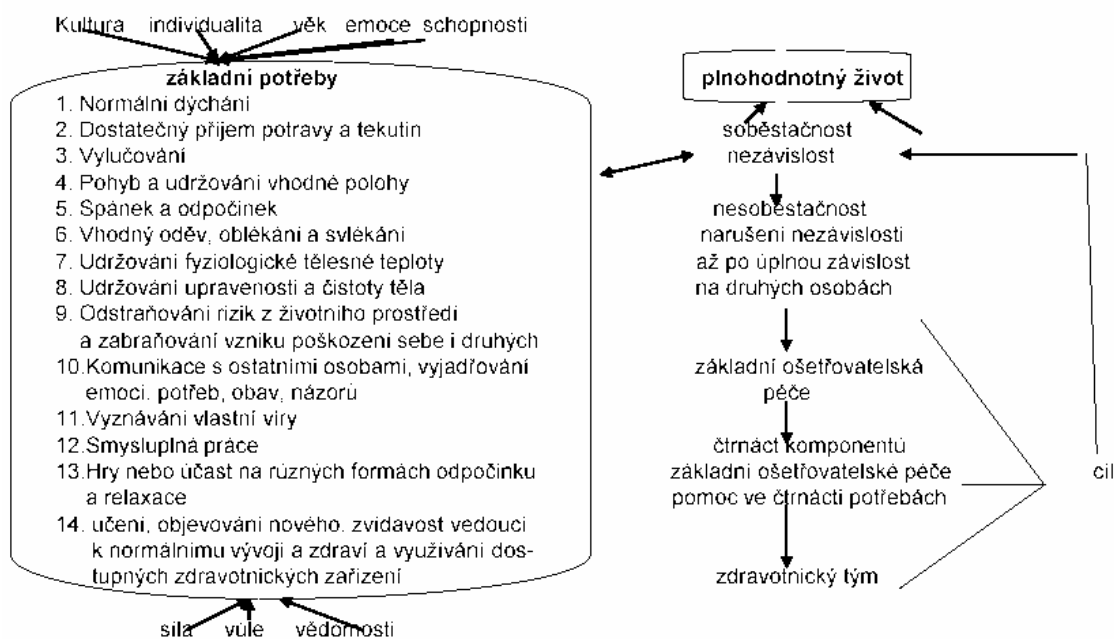
		Odpověď	
		Správná	Špatná
01.	Věk	1	0
02.	Kolik je asi hodin?	1	0
03.	Adresu? ä	1	0
04.	Současný rok?	1	0
05.	Kde je hospitalizovaný?	1	0
06.	Poznání alespoň dvou osob.	1	0
07.	Datum narození?	1	0
08.	Jméno současného presidenta?(rok ukončení II.světové války,...)	1	0
09.	Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce v roce od prosince k lednu	1	0
Celkem:			

ä CAVE-Pozor! Na konci testu by měla být adresa nemocným zopakována ,abychom se ujistili,že dobře slyší.

Hodnocení:

Za každou správnou odpověď má klient 1 bod. Nedosáhne-li ani 7 bodů jedná se o zmatenost.

Grafické znázornění teorie V. Henderson



Obr. 4 grafické znázornění teorie V. Hendersonové

Zdroj: Pavlíková, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*

Příloha č. 7 Domovy pro seniory

Od 1. ledna 2007 je zaveden nový systém sociální práce a sociálních služeb, včetně standardů kvality sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb.), které vytvářejí prostor pro větší respektování lidských práv, zvláště pak práv seniorů jako významné skupiny uživatelů sociálních služeb.

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Příloha č. 8 Přisuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti

Ve znění § 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů:

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

1. příprava stravy
2. podávání, porcování stravy
3. přijímání stravy, dodržování pitného režimu
4. mytí těla
5. koupání nebo sprchování
6. péče o ústa, vlasy, nehty, holení
7. výkon fyziologické potřeby včetně hygieny
8. vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh
9. sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě
10. stání, schopnost vydržet stát
11. přemístování předmětů denní potřeby
12. chůze po rovině
13. chůze po schodech nahoru a dolů
14. výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení
15. oblékání, svlékání, obouvání, zouvání
16. orientace v přirozeném prostředí
17. provedení si jednoduchého ošetření
18. dodržování léčebného režimu.

Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

1. komunikace slovní, písemná, neverbální
2. orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
3. nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
4. obstarávání osobních záležitostí
5. uspořádání času, plánování života
6. zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
7. obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
8. vaření, ohřívání jednoduchého jídla
9. mytí nádobí
10. běžný úklid v domácnosti

11. péče o prádlo
12. přepírání drobného prádla
13. péče o lůžko
14. obsluha běžných domácích spotřebičů
15. manipulace s kohouty a vypínači
16. manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
17. udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
18. další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Příloha č. 9 Stupně závislosti na pomoci jiné osoby

Ve znění § 8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů:

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Příloha č. 10 Charakteristika domova

Domov pro seniory Trutnov poskytuje pobytové služby sociální péče s celkovou kapacitou 129 lůžek. Služby jsou poskytovány celoročně v nepřetržitém režimu na dvou pracovištích.

Pracoviště v ulici R. Frimla 936 (kapacitou 93 lůžek)



Pracoviště v ulici Dělnická 162 (kapacitou 36 lůžek)



- ***Umístění***

Budovy obou pracovišť Domova pro seniory Trutnov se nachází v obytné části města Trutnova.

- ***Personální obsazení***

V zařízení jsou uživatelům poskytovány služby pracovníky v přímé péči, kteří splňují kvalifikační požadavky stanovené příslušnými právními předpisy.

Jedná se o:

- Všeobecné sestry 15
- Pracovníci v sociálních službách s kurzem 24
- Pracovníci v sociálních službách se sociálně zdravotním vzděláním 5
- Fyzioterapeut 1
- Ergoterapeut 1
- Sociální pracovníce 3
- Masér 1

Ubytování

Ů Pracoviště R. Frimla 936

Ubytování je ve dvou a čtyřlůžkových pokojích. Každý pokoj má vlastní sociální zařízení a balkon. Všechny pokoje mají stejné vybavení.

- šatní skříň s nástavcem
- polohovací postel s antidekubitní matrací
- noční stolek s jídelní deskou
- odkládací police se zabudovaným osvětlovacím panelem se zásuvkami
- teleskopická tyč se zástěnou pro zajištění soukromí
- polohovací křeslo na kolečkách
- pečovatelská židle
- stůl

Vybavit si pokoje vlastním nábytkem není z provozních důvodů možné. Mít vlastní televizor a rádio na více lůžkovém pokoji je možné pouze se sluchátky a se souhlasem ostatních spolubydlících.



Ů Pracoviště Dělnická 162

Ubytování je ve dvou až čtyřlůžkových pokojích, ke kterým náleží předsíň a sociální zařízení.

- ***Stravování***

Uživatelům poskytujeme celodenní stravování z vlastního stravovacího provozu. Na doporučení lékaře je kromě běžné stravy poskytována i strava diabetická a šetřící.

- ***Zdravotní péče***

Domov poskytuje uživatelům ošetrovatelskou a pečovatelskou péči, odpovídající jejich zdravotnímu stavu a potřebám celoročně po celých 24 hodin denně

- **Zajištění lékařské péče**

Na obou pracovištích jak v ulici R. Frimla 936, tak v ulici Dělnická 162 má pravidelné ordinační hodiny 1x týdně praktický lékař.

- **Společenské, zájmové, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti**

Pro uživatele vzhledem k věku a zdravotnímu stavu nabízíme řadu činností na podporu a udržování soběstačnosti. Nabídka jak individuálních, skupinových, jednorázových aktivit je pravidelně aktualizována.

Dále zprostředkováváme:

canisterapii - terapie, která využívá pozitivní působení psa na zdraví člověka,

duchovní služby (pravidelné besedy s panem farářem)

psychologické služby

- **Technické vybavení**

Technická vybavenost obou pracovišť domova umožňuje poskytovat kvalitní zdravotní péči. Pokoje jsou vybaveny mechanicky nebo elektricky polohovacími lůžky a pojízdnými, polohovacími křesly. U každého lůžka je signalizační zařízení, které uživatelům zajišťuje možnost potřebného kontaktu s personálem. Toto zařízení slouží také k přijímání telefonických hovorů a k poslechu rádia.

Hygienu dle potřeby zabezpečuje obslužný personál za pomoci kvalitních technických pomůcek. Jedná se zejména o zvedací elektrické vany, zvedací hydraulické koupací židle a elektrický vakový zvedák, umožňující šetrnou manipulaci a případný přesun uživatelů v rámci zařízení.

Pracoviště mají k dispozici i dostatečné množství vlastních chodítek a invalidních vozíků, které mohou uživatelé využívat až do doby získání vlastních kompenzačních pomůcek, usnadňujících jejich mobilitu.

Příloha č. 11 Individuální plán

Individuální plán

Individuální plán je definován přílohou č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Zákona o sociálních službách.

Individuální plán je výsledkem dohody mezi uživatelem a poskytovatelem a je v souladu s posláním a cíli poskytovatele. Každý individuální plán je originální. Vzniká na základě přání a zvyklostí uživatele a jeho součástí je velmi podrobná charakteristika současných schopností a dovedností uživatele (komunikace, chápání řeči, mentální schopnosti, zájmy, motivace, orientace, citové reakce, motorika, sebeobsluha, sociální chování, popis možného problémového chování, možnosti předcházení problémovému chování, neobvyklé potřeby a zvyky uživatele).

Součástí individuálního plánu je vytvořený osobní cíl a jednotlivé kroky, které k tomuto cíli vedou.

Individuální plán:

1. Je sestaven dle přání, zachovalých schopností, představ a potřeb uživatele
2. Udržuje zvyky uživatele tak, aby se jeho pobyt v našem zařízení co nejvíce přiblížil jeho přirozenému prostředí
3. Je to plán, který podporuje osobnost uživatele a rozvíjí ji
4. Je to stálý a dynamický proces
5. Je základem plánování sociálních služeb a základem spolupráce mezi uživatelem a pracovníky
6. Je součástí smlouvy o poskytnutí sociální služby
7. Je v něm vyjádřen osobní cíl uživatele a jednotlivé kroky, které vedou k naplnění vytvořeného cíle

Příloha č. 12 Kazuistika (Respondent žena 87 let)

Klientka odešla do domova v 87 letech. V domově je necelý rok. Důvod pro odchod do domova pro seniory klientka označila jako zdravotní obtíže (porucha pohybového aparátu, onkologické onemocnění krve a nedoslýchavost).

Dříve bydlela v domě s pečovatelskou službou. Manžel zemřel před 15 lety. Péči jí pomáhal zajišťovat synovec s manželkou. Využívala také pečovatelskou službu. Klientka onemocněla leukémií a byla hospitalizována v nemocnici. Klientka již před onemocněním hůře chodila, ale poté, co absolvovala chemoterapeutickou léčbu, se její pohyblivost ještě více zhoršila. Klientka potřebovala pomoc druhé osoby a sama již nevládala zařizovat běžný chod domácnosti. Vlastní děti neměla, pro synovce byla péče již velmi časově náročná.

Klientka neměla jasnou představu o tom, jak bude život v domově vypadat. Obávala se jen, aby po zbytek života nezůstala úplně sama. Věděla, že bude s někým na pokoji. Je naprosto nenáročná a nekonfliktní, neměla žádné požadavky, s kým bude na pokoji. Věděla, že je zde neustálá ošetrovatelská a pečovatelská péče. Naopak vůbec neočekávala, že v domově budou pro klienty probíhat nějaké aktivity.

Klientka je spokojena s péčí o svou osobu. Někdy nespokojená se stravou, která se v domově podává. Paní mi sdělila, že má ráda domácí pečivo a to je zde málo. Porce jídla jsou sice velké, ale často vaří guláš, či kuřecí maso. Snaží se vše sníst, i když jí strava někdy nechutná. S dostatkem soukromí a klidu na pokoji je klientka spokojená. Paní má obtíže s vyprazdňováním, používá pomůcky na inkontinenci. S ošetrovatelskou a pečovatelskou péčí vyjádřila úplnou spokojenost. Lékař je k dispozici jedenkrát do týdne, a pokud má nějaké obtíže, snaží se je co nejrychleji vyřešit. S čistotou a teplotou pokoje je taky spokojená.

Ve vztahu s rodinou po nástupu do domova j u klientky nedošlo k žádným změnám. Pravidelně ji navštěvuje synovec nebo jeho děti a vnoučata. Se spolubydlící nemá potíže i mezi sebou velmi málo komunikují. Hlavní příčinou je nedoslýchavost. Aktivit v domově se zúčastňuje velmi málo, jí brání v tom špatná pohyblivost a porucha sluchu. Volný čas tráví paní většinou jen pozorováním okolí.

Na otázku, jak se klientka cítí, odpověděla: „Docela slušně“. Cíle do budoucna nemá, přála by si, aby vše bylo alespoň takové jako doposud. Nemá žádného vyznání.

S personálem, který o ni pečuje, je spokojená. Nemá mezi zaměstnanci pracovníka, kterého by upřednostňovala či naopak nechtěla vidět.

Příloha č. 13 Žádost o povolení k výzkumu

Vážená paní
Vondráčková Irena
Ředitelka Domova pro seniory Trutnov
R. Frimla 936
Trutnov
541 01

V Trutnově 25. 5. 2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory Trutnov

Vážená paní ředitelko,

žádám Vás o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory Trutnov v rámci závěrečné bakalářské práce ve III. ročníku studia Ošetřovatelství, obor všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Hradec Králové.

Cílem práce je zjistit uspokojování potřeb seniorů v Domově pro seniory Trutnov a na základě zjištěných poznatků vytvořit jejich analýzu.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce bude zpracována pod odborným vedením Jaroslavy Pečenkové, odborné asistentky na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetřovatelství .

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Věra Koubová

studentka III. ročníku kombinovaného studia Ošetřovatelství,

obor všeobecná sestra



Domov pro seniory Trutnov
R. Frimla 936
541 01 Trutnov
IČO: 701 53 906

