

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

POHLED PACIENTA A POHLED SESTRY NA KVALITU ŽIVOTA

Bakalářská práce

Autor práce: **Emilie Portlová**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2014

CHARLES UNIVERZITY IN PRAGUE
FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**VIEW OF THE PATIENT AND A VIEW OF THE NURSE ON QUALITY OF
LIFE**

Bachelor's thesis

Author: **Emilie Portlová**

Supervisor: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2014

Čestné prohlášení

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

Emilie Portlová

V Letovicích

Poděkování

Ráda bych touto cestou chtěla velmi poděkovat panu prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení, cenné rady, ochotu a přístup v čase konzultací, jež mi v průběhu psaní mé bakalářské práce věnoval. Velké poděkování patří rovněž MUDr. Drahoslavě Královcové, ředitelce Nemocnice Milosrdných bratří Letovice za její vstřícnost během mého studia. Děkuji také všem respondentům, kteří byli do tohoto výzkumu zapojeni.

OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. Stáří a stárnutí, jeho příčiny, pozitiva, negativa a terapie z pohledu vědeckých studií. ..	8
1.1 Stárnutí z pohledu demografického vývoje	8
1.2 Stárnutí z pohledu medicínských oborů.....	10
1.3 Pozitivní a méně pozitivní stránky stáří.....	15
1.4 Perspektiva dlouhověkosti	18
1.5 Snahy o využití moderních technologií jako pomoci starým lidem	19
2. Geriatrie a její pojetí nemocnosti.....	20
2.1 Charakteristika geriatrického pacienta	21
2.2 Geriatrická deteriorace a křehkost.	21
2.3 Onemocnění ve vysokém věku	26
2.4 Atypická manifestace chorob ve stáří.....	26
2.5 Snaha zpomalit stárnutí	27
3. Ošetřovatelství a jeho postavení mezi obory.....	27
3.1 Zvláštnosti ošetřovatelské péče v geriatrii.....	28
3.2 Požadavky na personál ošetřující seniory	32
3.3 Poskytování zdravotní péče geriatrickému pacientovi	33
4. Autonomie ve stáří.....	34
4.1 Autonomie očima seniorů.....	35
4.2 Osobní autonomie ve významu fyzické soběstačnosti.....	35
4.3 Osobní autonomie ve významu finanční soběstačnosti seniorů.....	36
4.4 Osobní autonomie seniorů ve významu volnost, svoboda	37
4.5 Autonomie a integrace seniorů v sociálních vztazích	37
4.6 Strategie adaptace na stáří	37
5. Kvalita života související se zdravím a nemocí	37
5.1 Historie pojmu kvalita života.....	37
5.2 Oblasti a obory použití pojmu.....	38
5.3 Problémy s přesným určením vědeckého pojmu.....	39
5.4 Faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří	40
5.5 Dimenze kvality života.....	42
5.6 Přístupy k měření kvality života	42

EMPIRICKÁ ČÁST	48
6. Vlastní empirický výzkum	48
6.1 Cíle výzkumu	48
6.2 Typ zařízení.....	48
6.3 Údaje o zkoumaných osobách	49
6.4 Výzkumné metody	49
7. Kazuistiky pacientek	50
8. Analýza výsledků	53
8.1 Z pohledu pacientek:.....	56
8.2 Shrnutí z pohledu pacientek	61
8.3 Z pohledu všeobecných sester:.....	62
8.4 Shrnutí z pohledu všeobecných sester.....	66
8.5 Změny z pohledu pacientek a z pohledu sester	66
8.6 Shrnutí neshody, společné	70
9. Diskuze	72
10. Shrnutí pro všeobecné sestry v těchto zařízeních.....	76
ZÁVĚR	79
ANOTACE.....	80
LITERATURA A PRAMENY	82
SEZNAM TABULEK A SCHÉMAT	85
SEZNAM PŘÍLOH.....	86

ÚVOD

Stáří je zákonitá a přitom složitá etapa lidského života – jak pro jedince samotného, tak pro jeho okolí (rodinné příslušníky i zdravotníky). Dochází ke změně rytmu života, což bývá spojeno s velkým úsilím a duševní námahou starého člověka. Ten každodenně zápasí o svoji spokojenost, jako jeden z velkých cílů svého života.

Autor Dass (2002) vzpomíná na svého otce, jak stárnul. *Nejprve zpomalil své tempo, jako ostatní starší lidé kolem něho. K jednotlivým činnostem již přistupoval s rozvahou a trpělivostí, a nakonec byl schopen své běžné denní činnosti splnit pouze s velkou dávkou soustředění se. Pokud se mu podařilo „svoje úkoly“ dokončit, byl velmi spokojený a tuto spokojenost dával najevo slovy: „Tak to bychom měli.“* Přáním autora je, aby se i nám dařilo stárnout, jako stárnul jeho otec, s pocitem uvolnění a naplnění (Dass, 2002).

Hlavní myšlenkou této bakalářské práce byla touha nalézt cestu, která vede ke spokojenosti nejen pacientů, hospitalizovaných v našem zařízení následné lůžkové péče, ale i těch, kteří se o ně starají.

Použila jsem metodu smíšeného výzkumu, dominantním byl kvalitativní výzkum. K získání subjektivního náhledu na jednotlivé stránky života jsem vybrala šest pacientek, se kterými jsem vedla natáčený rozhovor za použití pěti otevřených otázek. Stejným způsobem jsem pracovala i se sestrami, které dostaly stejné otázky jako pacientky, o něž se staraly. Výsledek směřoval ke zjištění, jak sestry „rozumí“ pacientkám, kolik je společného v tom vzájemném pohledu, pacient-sestra, a v čem může být skryta příčina vzájemné nespokojenosti. Jsem přesvědčena, že ošetřující personál potřebuje vnímat radost z pohledu na spokojeného pacienta, jako jeden ze zdrojů motivace pro práci v těchto zařízeních.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Stáří a stárnutí, jeho příčiny, pozitiva, negativa a terapie z pohledu vědeckých studií

„Teprve ve svých limitech se ukáže opravdový mistr“. Goethe

Pro vymezení stáří a jeho chronologického rozdělení existuje několik klasifikací. Světová zdravotnická organizace jej vymezila následovně: 45-59 let jako střední, zralý věk, 60-74 let jako vyšší věk nebo rané stáří, 75-89 let jako stařecký věk, 90 a více let jako dlouhověkost. Podle psychologického slovníku, Hartl (2004) se zase seniorem stává člověk starší šedesáti let. V této práci se setkáme s různorodou klasifikací pro období stáří, jednou z nich je rozdělení stáří na rané (třetí) a pozdní (čtvrté). Rané stáří zahrnuje období od 60 do 80 let, pozdní stáří je obdobím od 80 do 100 let života. Někteří autoři také rádi používají termín „vysoké stáří“, které stanovili pro 85 a více let, nebo „kmetství“, které je od 90 nebo 100 let výše. Toto rozmezí ovšem nic nevyovídá o soběstačnosti a zdravotním stavu staršího člověka. Stáří a stárnutí probíhá u jednotlivých osob velmi individuálně, ať už z hlediska času, rozsahu včetně závažnosti projevů, kterým nemusí vůbec odpovídat.

1.1 Stárnutí z pohledu demografického vývoje

Podle prognóz našich demografů i OSN může být Česká republika spolu s Itálií, Řeckem a dalšími evropskými státy společenstvím s nejvyšším podílem seniorů na světě. Významnou roli hraje nízká intenzita plodnosti „dětí poválečných dětí“ spojená s nižší úrovní sňatečnosti, včetně pozdního vstupu do manželství. Rodiče, kterým se narodí první dítě, již nejsou nejmladší, počet dětí v rodině se snižuje (Kalvach, 2004).

Z demografického hlediska vyplývá, že přibývá starých a velmi starých občanů (viz tab. 1, s. 8). Senioři tvoří v současné době v Evropě 3 % populace obyvatel ve věku nad 80 let. V roce 2050 se předpokládá, že věku nad 80 let dosáhne kolem 10% populace obyvatel (srov. tab. 2, s. 8). (Dvořáčková, 2012).

Tabulka 1 - Projekce demografického vývoje zpracovaná Českým statistickým úřadem

(osoby starší 65 let - % populace v ČR), aktualizováno 2008

Rok	% populace
2007	14,6
2030	22,8
2050	31,3

Tabulka 2 - Naděje dožití počtu let pro muže a ženy v ČR v roce 2050

Rok	muži	ženy
2007	73,7	79,9
2050	78,9	84,5

zdroj¹

1.1.1 Stáří rané a pozdní

Baltes (2009) hodnotí stáří nejen jako tělesný, psychický, sociální a duchovní jev, ale přisuzuje mu také plasticitu (tvárnost), variabilitu mezi funkcemi a osobami a vysokou míru biografické individuality. Hranicí pro tuto mnohotvárnost mohou být např. patologie známé pod názvem stařecká demence.

Období stáří dále dělí na rané, tedy třetí, jedná se o dnešní šedesáti až osmdesátileté a pozdní, tedy čtvrté období stáří, které zahrnuje ty nejstarší, tedy osmdesáti až stoleté. Ve čtvrtém období dochází s přibývajícím polymorbiditou k úpadku téměř ve všech oblastech lidského života. Autor poukazuje také na ubývání sil a zvyšování chronických tělesných potíží v tomto období.

Významným ukazatelem je také procento narůstání demence, které se zvyšuje s přibývajícím věkem života. V populaci sedmdesátiletých je demencí zasaženo kolem 5 %, u osmdesátiletých je to kolem 10-15 %, u devadesátiletých je demencí zasažen každý druhý člověk. Ti, kteří demencí zasaženi nejsou, přesto spotřebovávají stále více psychických sil k vykonávání činností souvisejících s aktivitami běžného života.

Na stáří bychom měli podle Grusse (2009) nahlížet velmi diferencovaně, poněvadž především pozdější období života nevykazuje stále stejnou kvalitu. Šedesáti až osmdesátiletí jsou v průměru mnohem zdatnější než předešlá generace, bohužel s velmi vysokým věkem psychické a fyzické aktivity podstatně ubývá. Pokročilé stáří neboli dlouhověkost, kmetství (od devadesáti nebo sta let) je hodnoceno jako zatěžující v mnoha ohledech jak pro člověka

¹MPSV. Příprava na stárnutí.(online). Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

samotného, tak i pro celou společnost. Stárnoucí tělo začíná být pro ducha břemenem. Staří lidé se potřebují daleko víc soustředit na jednotlivé aktivity, jako např. bezpečně přejít silnici, na rozdíl od mladého člověka, který při přecházení ještě stihne konverzovat s druhou osobou. Přibývajícím věkem vyžaduje přesouvat stále víc a víc sil do oblastí každodenních tělesných úkonů.

Proti populaci šedesáti a sedmdesátiletých, kteří se svou výkonností mohou srovnat s padesátiletými, což je velmi příznivý pohled na stárnutí, však stále více přibývá více letitých, kteří trpí velkými obtížemi, nebo dokonce drsnými důsledky stáří. Na otázky, proč buňky stárnou, proč tělo stárne, jak se obnovují tkáně a proč se některá onemocnění vyskytují častěji ve stáří, autor uvádí, že k těmto tématům není mnoho ověřených informací.

Podle Grusse (2009) se na zdravotním stavu a stárnutí podílí především životní styl jedince. Stárnutí také nelze odvíjet pouze od chýtrání naší biologické schránky, ale vlastně stárneme od prvního okamžiku početí. Vývoj člověka je neustálý sled změn a proměn a ty trvají celý náš život. Dospělé kmenové buňky mají schopnost se neomezeně a beze ztrát dělit, jsou schopny obnovovat a zachovávat naše tělesné struktury, což znamená, že během několika málo let je u člověka vyměněna celá jeho tělesná substance, tudíž absolutní hranice stárnutí organismu neexistuje. Podle autora je stárnutí přirozený proces, který není však optimalizovaný, protože živé organismy investují do rozmnožování, a nikoli do prodloužení života.

Na otázky stárnutí, které je podmíněno škodlivými mutacemi, ve stáří velmi účinnými, a zda existují i genové sítě, které by mohly tomuto procesu, když ne zabránit, tak jej zpomalit, autor dodává, že pro geny je společné to, že v sobě obsahují stavební návod tzv. komponent, který snižuje důsledky oxidačního stresu, a tím i stárnutí buněk. Nepomůže tedy žádná zázračná pilulka ani očkovací látka proti stárnutí, existuje však komplexní síť genových aktivit, které pomáhají redukovat volné radikály, popř. opravují poškození dědičného materiálu. Jedinou šancí pro nás bude, jestli se naučíme jim někdy porozumět tak, abychom do nich mohli v případě poruchy zasahovat.

Cílem je předpoklad pro dlouhodobé a bezproblémové soužití buněk. Nejde o to žít více let, ale žít více v letech, které máme k dispozici, uzavírá autor své řádky (Gruss,2009).

1.2 Stárnutí z pohledu medicínských oborů

1.2.1 Stárnutí z evolučního pohledu

Podle Baudisch (2009) je stárnutí součástí našeho života. Interdisciplinární výzkum v oblastech evoluční biologie a demografie nám představuje jednu z odpovědí na otázku:

„proč člověk stárne?“. Stárnutí je proces, při kterém s věkem stoupá riziko úmrtí a klesá schopnost reprodukce. V odpovědi na otázku: „proč vlastně stárneme?“ nelze argumentovat tím, že jsme tak uchráněni například před přelidněním Země apod. Všichni lidé, jakéhokoliv věku, mají stejné šance na přežití. Univerzální vlastností všeho živého je nejen schopnost rozmnožování, ale také pomíjivost všeho živého. Živé bytosti se zásadním způsobem odlišují ve svých možnostech regenerace a rozmnožování od ostatních živých organismů, které se dokáží rozmnožovat např. pučením. Jeví se, že živé organismy nestárnou stejným způsobem. Zmíněná pozorování ukazují, že nejrůznější formy života na naší planetě stárnou různě. Autorka používá k přirovnání nezmara (maličkého polypa), který během několika málo dní dokáže vyměnit skoro všechny své buňky. Vykazuje velkou schopnost regenerace, je vůči stáří „imunní“.

Všechny nové modely jsou založeny na optimálním rozdělení energie na růst, přežití a reprodukci. To, jak se bude s věkem měnit fyzický stav, závisí na tom, do jaké míry je organismus opotřebován a jakou má možnost regenerace. Pokud není investováno do procesů oprav, stoupá riziko úmrtí velice rychle. Nové poznatky ukazují, že pokud porozumíme tomu, proč některé živé organismy stárnou a jiné ne, mohli bychom najít hranice a možnosti ovlivňování procesu stárnutí u člověka. (Gruss, 2009).

1.2.2 Stárnutí z neurologického pohledu

Podle Kempermana (2009) jsou psychická aktivita a struktura mozku ve vzájemném vztahu, který se nazývá plasticita. Mozková plasticita je také základním pojmem moderního výzkumu mozku v neurobiologii. Mozek jako orgán vyvolává mozkovou činnost a tato funkce (kognice a jednání) zpětně působí na mozkové struktury. Plasticita především poukazuje na úlohu mozku v našem prožívaném bytí a stárnutí. Neurobiologické poznatky vykazují nejen neustálou aktivitu mozku, naznačují i to, že jeho struktury nezůstávají v průběhu času zcela stabilní. Touto nestabilitou není úbytek mozkových struktur v průběhu času, ale změny v krátkých časových intervalech, které mohou představovat nejen ztráty, ale i zisk. Plasticita se týká jak buněčných vláken a kontaktů, tak i neuronových sítí, systémů a mozkových buněk, které se mezi nimi nacházejí. Plasticita není pouze odpovědí mozku na vnější stimul, ale je spíše jádrem veškeré mozkové funkce.

Rčení „ve zdravém těle zdravý duch“ pochází od starých Římanů. Již mírná duševní aktivita snižuje riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Také ten, kdo se udržuje v dobré tělesné kondici, bude z toho později profitovat kognitivně. Přímá souvislost zůstává stále nejasná,

přesto však efekt tréninku souvisí se změnami na úrovni mozkových struktur, tedy plasticitou. Díky tréninku v mladém věku si vytváříme určitou rezervu plasticity, která nám umožňuje kompenzovat ztráty v případě nemoci, nebo stáří.

Starší zkoumané osoby musely při plnění stejných úkolů aktivovat větší část mozku, než osoby mladší. Efekt tréninku se projevil tím, že starší člověk zapojoval stejnou velikost mozku jako osoba mladší.

Objev, že pro Alzheimerovu chorobu neexistuje striktní souvislost s výskytem „mozkových plak“, neuropatologický znak tohoto onemocnění je dalším aspektem neuronální rezervy. Masivní výskyt plak se vyskytuje i u lidí kognitivně zdravých. Vysvětlením zůstává, že mozek je schopen v různé míře kompenzovat vzniklá poškození. Tato schopnost je částečně vrozená a částečně tréninkem získaná schopnost plasticity. Trénink nejen udržuje nabyté dovednosti, ale vytváří rovněž potenciál pro plasticitu.

Z dosavadních výzkumů vyplývají dva závěry, a to: přestože došlo k poškození, tréninkem je náprava možná, ale vyžaduje specifický a intenzivní trénink s důsledným vyhýbáním se pohodlnosti a nedůslednosti. A dále je nutné začít včas a být aktivní preventivně. Nejrozmanitější tělesná a duševní aktivita je základem pro neuronální rezervu. Pro vědce má „plasticita“ obrovský význam, protože její koncept umožňuje pochopit důkladný mechanismus, který je základem funkce mozku v průběhu celého života. Pokud porozumíme biologii plasticity, naučíme se mnoho o stárnutí, ale také, jak lépe zacházet s obtížemi stáří (Gruss, 2009).

1.2.3 Stárnutí z psychologického pohledu

Buněční i evoluční biologové si kladou otázku, jak je to možné, že stárneme, a zda existují nějaké výhody, které stáří přináší? Kde jsou hranice mezi normálním a patologickým stárnutím? Nelze popřít, že stárnutí zasahuje všechny aspekty života, počínaje jednotlivými buňkami a konče celou kulturou.

Stárnutí potká každého, bez ohledu na to zda si to přejeme, či nikoliv. Stárnutí se ale odehrává v delších časových úsecích. Je aktuální, pokud uběhlo mnoho času v životě jedince. Stárnutí bývá nejčastěji definováno jako úbytek tělesných a duševních možností, které člověk má. Velké množství studií potvrzuje ztrátu jednotlivých dovedností, která narůstá s přibývajícím věkem. S přibývajícím věkem se sice otupují smysly, ztuhlé klouby napomáhají zhoršení pohyblivosti, reakční čas a myšlení se zpomaluje, riziko vzniku onemocnění se zvyšuje, ale zvyšuje se variabilita, s níž k těmto jevům dochází.

Ztrátu některých svých schopností nelze přisuzovat pouze stáří, například slovní zásoba se nezmenšuje pouze z důvodu, že stárneme. Člověk také nestárne přesně podle hodin. Jsou lidé, kteří zestárli „velmi dobře“, a jiní zase „velmi špatně“. Zůstat mladistvým se ztrátou kognitivních funkcí není hodno našeho úsilí. Absolutní prioritou v rámci úspěšného stárnutí je zachování kognitivních funkcí, i když absence degenerace zdaleka neznamená úspěšné kognitivní stáří.

Vývoj psychologie zacházení s procesem biologického stárnutí přinesl velký pokrok. Tak jak nám ubývají tělesné schopnosti, mění se i náš přístup k tělesné schránce. Svě zhoršující výkony kompenzujeme soustředěním se na výkony, ve kterých jsme schopni dosáhnout ještě dobrých výsledků. Je to model selekce (výběru), optimalizace a kompenzace, který vyvinuli Paul a Margaret Baltesovi (2009).

Vysoké výkony ve stáří jsou většinou velmi draze zaplacené. Řčení, že „všechno je možné“, ve stáří neplatí. Všechny vysoké cíle, které si ve stáří stanovíme, vyžadují nasazení a výdrž. Zvládání stárnutí je součástí samého procesu stárnutí a je podmíněno duševním stavem. Může probíhat úspěšně nebo méně úspěšně, těmito rozdíly se zabývá psychologie (Gruss, 2009).

Podle Křivohlavého (2011) funguje psychika ve starším věku na základě klíčového pojmu „adaptivita“ jako schopnost starého člověka vyrovnat se s tím, co na něj přichází jak z vnějšku, tak i z jeho nitra. Adaptivitou se tedy rozumí schopnost měnit jednání nebo chování v průběhu času, ale i s ohledem na změny životních podmínek.

Ve vyšším věku však dochází ke zmenšení adaptačního potenciálu, proto starý člověk využívá selekce, optimalizace a kompenzace. Soustředí se jen na menší úsek vrcholového zájmu. Selekcce znamená zúžit spektrum, pestrost možností, omezit počet oblastí, někdy i nutnost rozloučit se s něčím, co se dělalo do poslední chvíle, a přijmout nové širší a bohatší možnosti, které zde čekají. Optimalizací se rozumí přenést a používat to nejlepší, čeho jsme schopni v rámci kvality a kvantity svého života. Dokončit rozdělané dílo, jinými slovy dokončit obraz toho, kdo jsme. Kompenzace představuje schopnost vyrovnat omezení nebo vzniklý deficit. Týká se oblastí, které vyžadují rychlé myšlení a větší rozsah paměťové aktivity. Ukazuje tak na schopnost naučit se ve stáří něčemu novému, včetně možnosti navozovat změny osobnosti a stále intenzivnějšímu směřování k duševní aktivitě, k hlubinám psychiky a naopak snižováním tendence být dominantní. Zvyšuje se angažování se v sociální oblasti a emocionálními postoji. (Křivohlavý, 2011).

1.2.4 Stárnutí z pohledu sociologie

Podle Dvořáčkové (2012) je sociální struktura v každé společnosti provázána sociálními vztahy. Postoj společnosti ke stáří je proměnlivý, prochází vývojem a odvíjí se od něj role seniorů a jejich společenského statutu. Prioritou moderního člověka je jeho nezávislost. A právě v ten moment, kdy člověk odchází do důchodu (je penziován), dochází ke změně jeho společenské role, dostává se do postavení, že „ nemá roli“, stává se tedy závislým. Řešení tohoto problému nabízí dva modely, a to teorie aktivity a teorie stažení.

Teorie aktivity zastává názor, že pokud je starší člověk bez zdravotních obtíží, měl by zůstat plně aktivní i nadále. Teorie stažení klade důraz na to, že stárnoucí člověk se má na odchod do důchodu připravovat již v jakémsi předstihu, postupným plánováním a vidiny další perspektivy svého života. Každopádně odchod do důchodu by neměl být výsledkem vnějšího sociálního tlaku, měl by být výsledkem přirozeného dozrávání osobnosti na základě vlastního rozhodnutí. Odchodem do důchodu nastává pro stárnoucího člověka plno změn. Jednou z nich je změna životního stylu, vzhledem k nadbytku volného času, který zde vznikl, včetně zhoršení ekonomické situace. Mění se i prožívání, vnímání a chování.

Další významnou událostí je „syndrom prázdného hnízda“, odchod dětí z domova, kdy manželé se ocitají sami bez dětí a musí se učit tomuto vzájemnému společnému soužití. Často přecházejí z role rodičů na roli prarodičů. Rovněž vzhledem k biopsychosociálním změnám dochází někdy k vytěsňování starších lidí ze společnosti. Zpomalující se životní tempo se vyrovnává s ubývající silou. Rostoucí strach z osamělosti a opuštěnosti narůstá, vzhledem ke ztrátě dřívějších přátelských a partnerských vztahů.

Velkou životní změnou, která může nastat, je úmrtí životního partnera nebo vrstevníků. Ztrátou manuální zručnosti a zhoršení kognitivních funkcí (problémy s orientací) mohou vést k sociální integraci, nemožnosti účastnit se obvyklých sociálních vztahů a mohou vyústit až v sociální izolaci (Dvořáčková, 2012).

1.2.5 Modelové organismy stárnutí

Antebi (2009) se zabývá různými fenomény, které mají vliv na zdraví organismu, a mohou tak ovlivnit délku života. V popředí zájmu jsou především ty stařecké choroby, které jasně znázorňují konečné příznaky stárnutí. Objevuje se otázka, které aspekty stárnutí jsou obecné (společné pro velké množství živých organismů) a které jsou speciální (jedinečné pro daný druh).

Studie o sníženém příjmu kalorií (obecný mechanismus) prokázala, že obecné mechanismy mohou ovlivnit délku života u zvířat. Výzkumy na myších ukazují, že snížení příjmu kalorií o 20-50% vede k prodloužení života o 10-50% a omezení stařeckých chorob, jako jsou např. rakovina nebo poruchy funkce ledvin. V současné době není známo, zda na snížení příjmu kalorií reagují i lidé. Snížení příjmu kalorií má i svou stinnou stránku, zvířata jsou subfebrilní a hladová. Molekulární a fyziologické základy sníženého příjmu stravy zůstávají nadále tajemstvím, proto je tato oblast stále intenzivně zkoumána.

Ověřováním vlivu genů na průměrnou délku života zvířat, nebo signální dráhu, jako regulátor délky života se vědci mohou dostat až k samotným příčinám stárnutí.

Dlouhověkost také úzce koleruje (souvisí) s rezistencí vůči stresu, což vyšlo z prací Larsona, Johnsona a dalších.

K dalším vědcům, kteří se zabývali dlouhověkostí patří Donald Kahnese svým experimentem vypnutí inzulinového receptoru pouze v tukové tkáni, které vede k prodloužení života celého organismu.

Dlouhou dobu je znám vztah mezi reprodukcí a stárnutím, ze kterého vyplývá, že někteří živočichové, kteří reprodukují dříve, žijí kratší dobu než živočichové, kteří reprodukují později. Výzkumy slibují nové informace o dalších genových sítích, které mají působit na proces stárnutí (Gruss, 2009).

Zatím jsme se touto problematikou zabývali podle vědních disciplín, nyní se na to podíváme z jiného pohledu. Stáří bývá spojeno převážně s negativy, ale výzkum ukazuje, že má i svá pozitiva.

1.3 Pozitivní a méně pozitivní stránky stáří

„Ve stáří je člověku možno konečně se soustředit v plné míře na další vývoj a rozvoj duševního života, radovat se z něho – a nebýt přitom obtěžován tím, co mládí v tom brání.“

Cicero

1.3.1 Třetí úsek života

Třetí úsek života (věk mezi 65-85 lety) je cestou do vlastního nitra a může nám být volbou toho, co si vybereme jako smysl našeho života, co dá hodnotu našemu životu.

Křivohlavý (2011) se zmiňuje o římském filosofu Cicerovi (43 př. Kr.), který již ve své době definoval stáří způsobem dvojího pojetí, jako stáří negativní a pozitivní. K tomuto poznání Cicero dospěl jednak na základě vlastních bohatých zkušeností, které získal během svého relativně dlouhého života, a jednak vlivem svého filosofického stoického přesvědčení, že

člověk má žít v souladu se svou přirozeností. Negativní pojetí stáří je provázeno úbytkem všech schopností, paměti, přibýváním nemocí a nakonec odsouvá stárnoucího člověka na okraj společnosti.

Naopak v pozitivním pojetí stáří, kterému byl Cicero nakloněn, nabízí se přímo možnosti a příležitosti pro pozitivní změny a produktivní život, ale již odlišným způsobem nežli v mládí. Cicero je rovněž považován za otce psychologické gerontologie, protože stavěl na „funkční plasticitě“ lidského mozku, který má tak větší vývojové a kompenzační možnosti, nejedná se pouze o stárnoucí mozek. Jeho životním cílem bylo dosažení celkové harmonie. Využil k tomu svoje psychické schopnosti, které mu dávaly možnost řídit emoce, myšlení, ale i každodenní aktivity, které k tomuto cíli směřovaly. Právě období stáří se mu stalo ideální situací pro to, aby se k tomuto cíli přiblížil (Křivohlavý, 2011).

Třetí úsek života, označovaný, jako třetí věk (mezi 65-85 lety) je podle Křivohlavého (2011) cestou do vlastního nitra a může nám být volbou toho, co si vybereme jako smysl našeho života, co dá hodnotu našemu životu. Objevuje se rovněž napětí, zda žít dále mezi lidmi v plné angažovanosti a předávat druhým své zkušenosti, anebo se stáhnout do pozadí a věnovat se již sám sobě, svému životu a ve vývoji ustrnout.

Třetí úsek života je především obdobím zrání člověka a život člověka by neměl zůstat někde stát, ale měl by plynout od narození až k jeho konci. Zrání osobnosti vyjadřuje Abi-Hashem (2011) jako schopnost vhledu a hlubšího porozumění do událostí, kterým přihlížíme, náhodná setkání se tak stávají zkušenostmi. Nabízí se možnost učit se z vlastních chyb a slabostí, zrání osobnosti dodává sílu pro omluvu a odpuštění a je projevem pokory, kterou daný člověk má mezi všemi těmi velkými úspěchy a činy, mezi kterými žije a je obklopen.

Baltes (2009) také píše o některých silných stránkách stáří. Pozitivním je především to, že dnešní mladí staří jsou na tom celkově mnohem lépe než jejich předchůdci v minulé generaci. Prodlužuje se průměrná délka života, zvyšuje se tělesná, ale i duševní zdatnost, rané stáří se stalo přijatelnějším. Dokonce ani křivka duševních schopností, paměti a inteligence není pouze sestupná. Kategorie inteligence krystalické zahrnuje poznatky získané a zkušenosti. Tato kategorie zůstává dlouho funkční, a dokonce se i rozvíjí, na rozdíl od kategorie inteligence fluidní, tzv. biologické, vrozené, která výrazně narůstá v dětství, ale brzy vykazuje známky stárnutí. V popředí krystalické inteligence stojí životní styl a každodenní zkušenost. Staří lidé mohou dosáhnout lepších výsledků než ti mladší, a to v kategoriích především emocionální inteligence a moudrosti, kde využívají své historické a životní zkušenosti. Autor upozorňuje, že v určitých oblastech umění a vysoké profesní znalosti patřilo mnoho starších

osobností k těm nejlepším (například hudební skladatelé, dirigenti, spisovatelé a další). Pokud ovšem profese vyžaduje tělesnou sílu nebo neustálé přeučování, představuje stáří výrazné omezení z důvodu rychlého stárnutí obsahu a formy potřebných informací (Gruss, 2009).

1.3.2 Silná stránka stáří

Podle Baltese (2009) jsou další silnou stránkou stáří sebevědomí a životní spokojenost. Pozoruhodná je také schopnost úspěšně si uspořádat život ve stále se zmenšujícím prostoru, ale také za neustále se zhoršujících tělesných předpokladů. Staří lidé jsou mistry v tom, jak se vyrovnávat se životem, a v průměru jsou stejně spokojeni jako mladší lidé. Jejich schopnost přizpůsobit se vyplývá z toho, že srovnávají svůj život s těmi, kterým se vede ještě hůře (Gruss, 2009).

Baltes (2009) se zabývá také otázkou, jak se můžeme na stáří lépe připravit a jak můžeme efektivně zacházet s tím, co máme ve stáří k dispozici. Opírá se o výzkum a jeho návrhy. Většinou jsou to vzdělávací aktivity, které vedou k posílení zdrojů, vytváření sítě sociálních vztahů a úsilí o změny chování vůči vlastnímu zdraví. Stárnoucí tělo potřebuje stále více mozkové aktivity ke správnému fungování. Čím více duševní aktivity je potřeba pro náš pohyb a tělesnou koordinaci, tím méně ji zůstává pro duševní aktivitu nehledě na stále se zmenšující inteligenční a duševní kapacitu. Pokud starý člověk potřebuje bezpečně přejít silnici, přeruší konverzaci a soustředí se na cestu, zatímco mladý člověk pokračuje dál v hovoru s druhými nebo v mobilním telefonu.

K poznatku, že prostřednictvím tělesné činnosti se zlepšuje i funkce tělesných orgánů a mozek, přibývá ještě argument, že tělesná aktivita a pohyb si nárokují méně naší duševní aktivitu a zůstává více duševní kapacity pro jiné účely (Gruss, 2009).

1.3.3 Čtvrtý věk

Čtvrtý věk je méně pozitivní než předcházející třetí věk.

Devadesátiletí a století by si v průměru přáli zůstat někde mezi 60-70 lety. Negativita vysokého stáří se projevuje výraznou ztrátou rozumového potenciálu a plasticity já. Schopnost učit se se neustále snižuje, a to i v případě, že staří lidé netrpí demencí. Učení paměťových technik je ve vysokém stáří stále obtížnější a namáhavější.

Pocit spokojenosti již není ve čtvrtém věku tak stabilní. Staří lidé se cítí více osamělí, vnímají ztrátu kontroly nad svým životem, nejsou schopni svůj život nadále řídit. Mnohdy se jim to nelíbí. Stáří se překrývá s nemocí a nelze vytvořit osobní prostředí. A platí to i pro osoby, které nejsou postiženy demencí.

Nejstarší lidé (nad 85 let) mají na rozdíl od starších lidí třetího věku daleko větší pravděpodobnost různých chronických onemocnění a nízkých funkčních hodnot. Největším problémem vysokého stáří je dramatický nárůst demence projevující se úbytkem duševních schopností. V populaci sedmdesátiletých je demence diagnostikována u méně než 5 % lidí, u osmdesátiletých je to téměř 15 % a u devadesátiletých skoro polovina. Především Alzheimerova demence vede k postupné ztrátě mnoha lidských vlastností, takže mnohdy je stále více komplikovanější zajistit nejen důstojný život, ale i umírání.

Opakovaně se vynořuje myšlenka, že se nebudeme zaměřovat pouze na samu délku života, ale zaměříme se spíše na faktory, které více vypovídají o kvalitě než o kvantitě života. Ve vysokém stáří se nám více nabízí obrázek nedostatečnosti, nepředvídatelnosti a utrpení. Vyžaduje to zaměřit se na změny, které se týkají podpory kvality života, a ne na jeho kvantitu. Nadějí autora v oblasti perspektivy stárnutí zůstává vytvořit maximální prostor svobody pro individuální kulturu stárnutí s maximem tvůrčí síly a individuální zodpovědnosti. Jednoduše shrnuto, měli bychom mít maximální volnost v tom, jak prožijeme své stárnutí, bez represivního tlaku a zároveň bez předchystaných, všeobecně používaných řešení (Gruss, 2009).

1.4 Perspektiva dlouhověkosti

Podle Vaupela, Kistowske (2009) se rovnoměrně prodlužuje střední délka života a zlepšují se tak šance na přežití ve vysokém věku během posledních sto padesáti let, především ve vyspělých průmyslových zemích. Přispívá k tomu zlepšení životních podmínek, ekonomický blahobyt, ale také lékařský výzkum a péče.

Celkové stárnutí společnosti nelze brát na lehkou váhu a špatný odhad může přinést neradostné výsledky, především pro vyspělé průmyslové země. Proměnu struktury obyvatelstva ovlivňuje prodlužování průměrné délky života, nízká porodnost a migrace. Tento proces se nazývá demografická změna. K úspěchům moderní doby patří prodlužování průměrné délky života. Očekávaná délka života představuje hodnotu, která se nezabývá určením, kolik roků se dožije jednatel, ale tato hodnota se vztahuje na velmi početnou skupinu lidí, kteří žijí v dané zemi za stávajících podmínek. Vychází z výpočtu pravděpodobnosti přežití všech věkových období, následně jsou tyto hodnoty standardizovány a shrnuty do hodnoty průměrné délky života.

Kombinace stále méně mladých a stále více starých má vliv na ekonomický rozvoj, společenské soužití a na průběh života jednotlivců. Stále méně mladých lidí v budoucnu bude schopno se postarat o silně převyšující počet letitých. Kolektivní stárnutí populace vyžaduje

značná přizpůsobení a důležitá rozhodnutí v úrovni jak politické, tak osobní. Současní lidé mají šanci dožít se i sta let. Je to skutečnost, která má vliv na to, jak budou staří lidé v budoucnu žít a prožívat tyto roky získané navíc. Musí je prožívat jako nemocní a chřadnoucí?

Z většiny poznatků vyplývá, že budeme déle žít, protože budeme déle zdraví. Dnešní fáze nemoci a věchého stáří může být srovnatelná např. s rokem 2050. Některé vědecké poznatky dokonce uvádějí zkrácení nemoci na konci života. Přesto zůstává otevřeným problémem stále se zvyšující počet lidí odkázaných na péči ostatních, zatímco počet lidí ve středním věku, kteří by ji měli lidsky i ekonomicky zajistit, bude stále klesat.

Modelové výpočty naznačují nutnost podnětů pro změnu např. struktury zaměstnání, kdy by lidé ve věku 65 let pracovali stejné množství hodin jako ostatní, čímž by se ulevilo jiné věkové skupině, mladým pracovně schopným lidem ve věku mezi 20-40 lety, kteří pro svoji vytíženost vůbec nezaloží rodinu, nebo mají na své děti příliš málo času. Potomci se možná jednou budou ptát, proč byli rodiče uprostřed svého života tak přetížení, proč se dostatečně nevěnovali svým dětem a nepracovali na maximum, až jejich děti odrostly. Vše směřuje k rovnoměrnému rozdělení vykonané práce během celého života a vyžaduje aktivní přístup a kreativitu každého jedince.

Dlouhý život, který trvá osmdesát i více let, je velkou vymožeností naší společnosti, měli bychom se naučit s ním dobře zacházet (Gruss, 2009).

1.5 Snahy o využití moderních technologií jako pomoci starým lidem

„ Člověk má vědět, co bude dělat, až nebude moci dělat to, co dělá doposud“. Ferguson

Vysoké stáří se stalo přirozenou součástí našeho života. Se stářím související ztráty a omezení nastupují později, anebo v menší míře. Přesto všechno je stáří spojeno s tělesnou a duševní sešlostí. Životní úsek zhruba od 85 let představuje pro většinu lidí období se závažnými kognitivními, senzorickými a motorickými deficity. Bezbrannost vysokého stáří je výzvou k dalšímu výzkumu pro každou novou generaci.

O technologiích, které mohou přispět k úspěšnému stárnutí, píše Lindenberger (2009). Techniku označuje jako šanci pro budoucnost stárnutí. Vychází z toho, že některý aspekt stárnutí můžeme přímo, nebo v jeho projevech ovlivnit svým vlastním chováním nebo vhodným prostředím. Proto by se měl výzkum rozšířit v té oblasti mechanismu kognitivních procesů stárnutí a jejich vzájemné souhry s tělesnými funkcemi, kterou jsme schopni ovlivnit.

Tréninkové studie paměti jsou důkazem toho, že prostřednictvím paměťových úloh lze zvýšit výkon paměti.

Nové teorie a modely rovněž dokazují souvislost mezi neuronální úrovní a úrovní chování, propojením změnou chování se změnou v mozku. Kognitivní schopnosti nestárnou jednotně, biologické stárnutí je dynamicky proměnlivé, protože čerpá z nastřádané celoživotní moudrosti. Není snadné posoudit stav vědomostí jednotlivce se stavem vědomostí jiných osob, protože je nutné vycházet z jedinečných zkušeností dané osoby. Pokud budou respektovány osobní znalosti včetně nevědomých zvyklostí a zálib, otevírá se možnost využívání nových technologií ve stáří.

Velký význam je přisuzován flexibilním podpůrným technologiím, zaměřeným na podporu zvládnání každodenních činností a kognitivních schopností starších lidí za předpokladu, že úsilí spojené s jejich využíváním je menší než výsledný zisk. Flexibilita technických pomůcek může sice vést ke zlepšování podpory a motivace k vlastní činnosti, podpořit sociální život jedince, zlepšit pocit jeho vlastní hodnoty, na druhé straně však může vést k zakrnění nepoužívaných přirozených zdrojů a ztrátě samostatnosti (Gruss, 2009).

2. Geriatrie a její pojetí nemocnosti

Geriatrie je lékařský specializační obor, uznaný v ČR v roce 1983, který patří do skupiny interních oborů. Jeho náplní jsou zvláštnosti zdravotního stavu seniorů, specifické potřeby, funkčnost zdraví, zvláštnosti klinického obrazu, průběh, prevence, diagnostika, léčení chorob a poruchy zdraví geriatrických pacientů. Geriatrie má mimořádný význam v systému dlouhodobé péče především tím, že problematika stáří a senioři jsou nejpočetnější klientelou z hlediska objemu služeb a výdajů.

Jádrem geriatrie je všeobecná interna a dále přesahy dalších oborů jako je neurologie, gerontopsychiatrie, rehabilitace, ošetřovatelství v rozsahu komplexního geriatrického hodnocení. Geriatrická péče je diferencovaná, zahrnuje složku akutní i následnou, paliativní i preventivní, ambulantní i lůžkovou, ošetřovatelskou a rehabilitační (Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jiráček, Zavázalová, Wija a kolektiv, 2011).

Geriatrické pojetí nemocnosti není jenom rozšířený biomedicínský pohled zaměřený pouze na choroby geriatrického pacienta, ale představuje jakýsi „můstek“ mezi lékařským, ošetřovatelským a rehabilitačním hodnocením. Znamená to, že diagnostika nemoci u

geriatrických pacientů je doplňována různými doporučenými testy, například pro určení funkční zdatnosti nebo s ošetrovatelskou problematikou, jako je riziko vzniku dekubitů, hodnocení chronické rány apod. (Kalvach, Onderková, 2006).

2.1 Charakteristika geriatrického pacienta

Všichni staří lidé se všemi svými zdravotními problémy nejsou samozřejmě cílovou skupinou geriatricke, jedná se o specifické geriatrické pacienty. Pojetí geriatrického pacienta je na rozdíl od pediatrického méně jednoznačné a stále neustálené. Za nejnižší věk, ve kterém je pacient zařazován do geriatrických programů a geriatrických úhrad v rámci solidárního zdravotního pojištění, se považuje věk 65 let.

Jedná se o seniory se závažným poklesem potenciálu zdraví (adaptability, zdatnosti), zvláštní povahou zdravotních problémů a s geriatrickou zranitelností neboli synonymum geriatrické křehkosti. Dochází k nedostatku funkčního zdraví, k manifestaci chorob, k potřebě upravovaných přístupů, služeb a režimů. Senioři tak mohou být v souvislosti se zdravotní péčí zranitelnější a rizikovější. Především míra potenciálu zdraví, vlastnosti zdravotních problémů a geriatrická křehkost vedou k pochopení problematiky geriatrického pacienta a k rozvoji geriatrické medicíny. V Česku je stále zakořeněné jednostranné pojetí geriatrického pacienta s ošetrovatelskou a sociální problematikou s následnou a dlouhodobou ústavní péčí (Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jirák, Zavázalová, Wija a kolektiv, 2011).

Geriatrický pacient bývá charakterizován vyšším věkem, významnou morbiditou a mnohdy již přítomnými funkčními omezeními. Léčbu zpravidla komplikuje nové akutní onemocnění nebo zhoršení chronické nemoci (Schuler, Oster, 2010).

Pro geriatrického pacienta není indikátorem věková hranice 65 nebo 75 let, ale křehkost a profit ze specifického geriatrického režimu. Jeho úkolem je předcházet vzniku geriatrického hospitalismu, dále dostatek geriatricky vyškoleného personálu a také zabezpečení a využívání ošetrovatelských a rehabilitačních pomůcek (Kalvach, Onderková, 2006).

Rovněž existuje větší výskyt nežádoucích účinků léků a riziko vzniku lékových interakcí na základě polyfarmakoterapie (polypragmázie), tedy podáváním většího množství léků současně (Šafránková, Nejedlá 2006).

2.2 Geriatrická deteriorace a křehkost.

Křehkost představuje omezenou nebo chybějící funkční rezervu potřebnou k překonání nemoci a odvrácení komplikací. Chronická onemocnění způsobují ztrátu nezávislosti

v každodenním životě, geriatrický pacient není schopen funkční ztrátu kompenzovat jako osoby mladší. Znovuzískání soběstačnosti, odvrácení komplikací a udržení funkčního stavu je tak možné jen nemocniční léčbou. Geriatrická rehabilitace ani kvalita prováděných opatření nejsou mnohdy optimální. Vzájemně související početné nemoci (multimorbidita) u téhož pacienta vede k depresi, zmatenosti, ztrátě soběstačnosti a dalším problémům, jako je inkontinence, iatrogenní poškození, nedostatečný příjem jídla a tekutin (Schuler, Oster, 2010). Geriatrická deteriorace souvisí s narůstajícím věkem, ačkoliv u dlouhověkých lidí začíná později a také pomaleji probíhá. Jejím důsledkem je geriatrická křehkost, což představuje velmi sníženou pohyblivost, pomalou a nejistou chůzi, pády z nestability, únavu, poruchy všech smyslů, kognitivních funkcí, nízká odolnost k zátěži, úzkost a pocit chatrného zdraví (Kalvach, Onderková 2006).

2.2.1 Funkční zdatnost ve stáří

Během stáří dochází k průběžnému poklesu funkční zdatnosti. Projevuje se zhoršením pohyblivosti, svalové síly, poruchy rovnováhy, je zasažena i jemná motorika. Kromě toho se zhoršují i funkce smyslových orgánů a kognitivních schopností. Tělesná hmotnost klesá, aniž bychom si to přáli. Příčiny jsou různé, mohou se navzájem kombinovat. Velmi často bývají uváděny involuční změny, které se projevují například tkáňovou atrofií, úbytkem svalové síly apod. Dále jsou to chorobné změny, jako ateroskleróza, osteoporóza, osteoartróza, Alzheimerova choroba, chronické záněty a jiné. Na poklesu funkční zdatnosti se podílí také způsob života každého jedince, snížení tělesné aktivity a poruchy výživy.

2.2.2 Kategorie funkční zdatnosti seniorů

Z ošetrovatelského hlediska bývají senioři rozčleněni do několika kategorií:

Kategorie s označením - zdatní (fit), znamená schopnost jedinců vykonávat i fyzicky náročné činnosti, rekonvalescence je velmi rychlá.

Kategorie nezávislí - jedinci, kteří nepotřebují za běžných okolností žádnou podporu rodiny, ani okolí. K selhávání dochází v některých situacích, které přinášejí neobvyklou zátěž, jako jsou např. horečnatá onemocnění, pooperační stavy, nebo třeba i porucha výtahu.

Kategorie křehcí (frail) - zahrnuje jedince, kteří potřebují trvalou dopomoc při náročnějších činnostech každodenního života (nakupování, vaření atd.) za pomoci rodiny nebo aktivizací terénních služeb. V ústavní péči vyžadují zvýšený dohled s prevencí a zvládnutí imobilizačního syndromu.

Kategorie závislí - představuje jedince, kteří vyžadují pomoc v základní, běžné sebeobslužné ADL², kterou zvládají částečně nebo ji nezvládají, a to na základě tělesné nebo duševní příčiny.

Kategorie zcela závislí - vztahuje se na jedince s trvalým, nebo dlouhodobým upoutáním na lůžko, včetně hrubých kvantitativních nebo kvalitativních poruch vědomí.

Kategorie umírající - jedinci, u kterých jsou zajišťovány specifické potřeby komplexní paliativní péče (Kalvach, Onderková 2006).

2.2.3 Pád, jako jeden z příznaků křehkosti

Podle Schulera, Oстера(2012) představují pády a zmatenost klasický příznak křehkosti. Pády jsou důsledkem rizikových faktorů a mnoho z nich může být zmírněno léčbou. Je třeba snížit nebezpečí poranění při dalších pádech, a tak zabránit vzniku dlouhodobé imobilizace Schuler, Oster (2012).

Jak uvádí Šafránková, Nejedlá (2006), pády významně zhoršují kvalitu života ve stáří. Vznikají na základě fyziologických změn orgánů a somatického onemocnění a jsou tak nejčastější příčinou poruchy chůze a následných pádů. Označujeme je jako pády symptomatické. Ze somatických onemocnění, která přispívají ke vzniku pádu, bývají uváděny choroby cerebrovaskulární, neurologické, osteoporózy, artritidy a jiné.

Jinou skupinu pádů tvoří smyslové vady, poruchy vestibulárního aparátu, metabolické poruchy, (hypoglykemie, dehydratace), psychiatrické nemoci a také nežádoucí účinky některých léčiv, například hypnotika, analgetika, antihypertenziva, sedativa apod.

Mechanické pády vznikají v souvislosti s různými mechanickými překážkami, jako jsou schody, berle, neznámé prostředí atd. K nejčastějším poraněním patří nejen zlomeniny, ale také poranění měkkých tkání, jako jsou tržné rány, hematomy a jiné.

2.2.4 Oblasti, ve kterých dochází ke změnám v průběhu stárnutí

Změny během stárnutí se dělí do čtyř oblastí, a to na změny fyzické, smyslové, psychické a vliv sociálního postavení. K fyzickým změnám patří úbytek svalové hmotnosti, snížení fyzické síly a výkonnosti, zhoršení funkce orgánů trávicího traktu, kardiovaskulárního systému, dýchacího a vylučovacího systému, změny na kloubech a zhoršení elasticity kůže. U žen se ztrácí ovulace, u mužů je snížena reprodukční schopnost.

² ADL- activities of daily living. Používá se k hodnocení a dokumentování soběstačnosti (sebeobslužnosti).

Změny smyslové postihují všechny smyslové orgány, zhoršuje se sluch, snižují se jak zraková ostrost a rozlišování barev, ale také chuťové a čichové smysly, dochází k poklesu vnímání tlaku na kůži a tělesné teploty.

Velmi závažné jsou psychické změny, do kterých jsou zahrnuty psychické poruchy a deprese. Ke snížení mozkových funkcí dochází na základě nedostatečného okysličování mozku. K nejčastějším projevům patří zhoršení krátkodobé paměti, zpomalení činnosti, které je způsobeno zhoršenou kvalitou přenosu informací na motorickém neuronu. Snižuje se nejen hloubka spánku, ale také schopnost adaptace na stres a náhlé změny, zvyšuje se emotivita, plačtivost, objevuje se strach z nemoci, ztráty soběstačnosti, opuštěnosti a smrti.

K vlivům sociálního postavení patří odchod do důchodu. Provází jej změna ekonomického zabezpečení, ztráta blízkých osob nebo přátel. Objevuje se pocit vlastní zbytečnosti, kterému předcházela pocit izolace nebo pocit závislosti na druhých. (Šafránková, Nejedlá, 2006).

2.2.5 Geriatrické syndromy

Představují podle Kalvacha, Onderkové (2006) závažný příznak nebo soubor příznaků, který je vyvolán měnlivě kombinovanými příčinami.

Kombinací několika chorob a ostatních vlivů, jako je například malnutrice nebo dekonidice z nečinnosti, vzniká komplex příčin, které se navzájem ovlivňují a potencují a nelze s určitostí stanovit, která z nich má největší podíl na klinický obraz a potíže pacienta. Za těchto okolností je mnohdy velmi obtížné stanovit příčinu onemocnění, přičemž rozsah potřebných opatření nevystihuje povahu pacientova problému. Důraz je kladen na příčinnou léčbu léčitelných onemocnění, ale hlavně na komplexní zvládnutí obtíží a jednotlivých situací pacienta.

Mezi hlavní geriatrické syndromy patří **syndrom instability**, který se projevuje závratěmi a nestabilitou různého původu. Příčinou mohou být onemocnění páteře a kloubů, pokles svalové síly, ochrnutí, změny krevního tlaku, nedostatečné prokrvení mozku, srdeční arytmie, léčba sedativy, antihypertenzivy, poruchy zraku, anemie a další. V důsledku syndromu instability dochází k pádům a poraněním nejrůznějšího druhu od tržných ran až po zlomeniny, popáleniny a nakonec riziko prochlazení, dehydratace z neschopnosti vstát po pádu. Kromě zdravotních důsledků se objevují i psychosociální důsledky, jako je deprese, úzkost a omezování pohybových aktivit z obávaného rizika pádu pro nestabilitu a závratě.

Syndrom dekonidice a hypomobility vzniká na základě právě omezování pohybové aktivity, které nahrazuje posedávání či polehávání. Dochází ke svalové atrofii na dolních končetinách, projevuje se dyskomfort při provádění běžných denních činností, jako jsou únava, dušnost,

pocení nebo palpitace. Příčina může být smíšeného původu, jako například ztráta motivace, poruchy výživy, nežádoucí účinky léčiv a jiné.

Imobilizační syndrom je souborem negativních důsledků, které vznikají následkem dlouhodobého nebo trvalého upoutání pacienta na lůžko. Způsobují vznik dekubitů, flekční kontraktury, svalové atrofie, ortostatickou hypotenzi, pneumonii z hypoventilace, riziko plicní embolizace z flebotrombózy, poruchy vyprazdňování, dehydratace, uroinfekce a urolithiazy, deprese a jiné negativní projevy.

Syndrom anorexie a malnutricie může doprovázet nejen závažné nádorové onemocnění, ale je důsledkem nevhodné úpravy stravy, vlivu nežádoucích účinků léků, deprese nebo obstipace. Špatný chrup, porucha polykání, vstřebávání, porucha příjmu a jednostranné složení stravy vzhledem k finančnímu omezení jsou dalšími faktory, které napomáhají ke vzniku syndromu malnutricie a anorexie.

Syndrom psychické alterace představuje různé formy kognitivního deficitu, který vede až k syndromu demence. Poruchy chování se projevují agresivitou, ztrátou orientace, stavy zmatenosti až deliriem, které vzniká z náhlého vysazení návykového léku, nebo naopak nasazením některých léků, horečnatým onemocněním či rozvratem vnitřního prostředí.

Syndrom inkontinence znamená nekontrolovaný odchod moči nebo stolice.

Syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu bývá způsobený kombinovanou poruchou zraku a sluchu, omezuje kontakt pacienta s okolím, vede k sociální izolaci.

Syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace je neschopnost adaptovat se na závažnou životní situaci nebo v průběhu hospitalizace. Neschopnost adaptace může být zaměňována s projevy syndromu demence. Pacient je apatický, provádí pohybové stereotypy, nadměrně spí, má zvýšený zájem o základní životní potřeby, dožaduje se hypnotik, projímadel, zdůrazňuje chronické a dyspeptické obtíže, udává pocení, bušení srdce a jiné projevy. Organickou příčinu však nepotvrzují ani rozsáhlá a hloubková vyšetření. Ke zhoršení situace mohou někdy přispívat nežádoucí účinky některých léčiv podávaných ke zmírnění pacientových stesků.

Syndrom terminální geriatrické deteriorace je zhoršování zdravotního a funkčního stavu geriatrického pacienta, který nakonec spěje ke smrti. Bezprostřední chorobná příčina není známá a na léčbu přestává pacient reagovat. Projevy syndromu jsou nechutenství, omezování aktivit, hubnutí, únava, imobilita, zmatenost a jiné (Kalvach, Onderková, 2006).

2.3 Onemocnění ve vysokém věku

Zdravotní problémy, o kterých se senioři zmiňují, zpravidla odpovídají chorobám vyskytujícím se ve stáří. Jedná se o nemoci kardiovaskulární (např. stavy po infarktu myokardu, cévní onemocnění mozku, ischemickou chorobu srdeční, hypertenzi), nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza, vertebrogenní syndromy), nemoci endokrinní (např. diabetes mellitus), nemoci respirační (např. bronchiální astma, chronická obstrukční plicní nemoc), nemoci trávicího ústrojí (např. žaludeční a duodenální vředy, obstipace), poruchy smyslových orgánů (především zraku a sluchu), poruchy močového ústrojí (např. inkontinence) a také úrazy.

V seniorské populaci nelze opomenout častější výskyt duševních poruch. Podle Zavázalové (2004) jsou nejčastějšími syndromy psychických změn ve stáří podrážděnost, izolovanost, tělesný neklid, úzkost, strach, neschopnost se soustředit, snížená pozornost, zapomnětlivost, dezorientace, zmatenost, neochota ke spolupráci a emoční labilita. Demence je podle Říčana (2004) typickou psychickou poruchou ve stáří (Sýkorová, Chytil, 2004).

2.4 Atypická manifestace chorob ve stáří

Ve stáří se některé choroby projevují částečnými nebo zcela atypickými příznaky, které nelze vždy přesně specifikovat (u zápalu plic může chybět kašel, závažný zánět se může projevit pouze zvýšenou teplotou). Rovněž stereotypní symptomatologie některého z orgánu, který se opakovaně dekompenzuje při jakékoliv zátěži, se klinický obraz může projevit až při sekundární dekompenzaci daného orgánu. Při dekompenzaci mozkové činnosti následuje selhávání ledvin a srdce. Akutní záněty, jako močové, respirační infekce, poruchy vnitřního prostředí, srdeční selhávání nebo anémie, bývají nejčastější příčinou. Klinický obraz příznaků dekompenzace mozkové činnosti mohou ovládnout nejčastější geriatrické symptomy, jako jsou zmatenost (delirantní stav), inkontinence, imobilita a instabilita s pády (Kalvach, Onderková, 2006).

2.4.1 Polymorbidita

Polymorbidita, jako specifikum onemocnění u starších pacientů, představuje souběžný výskyt několika chorob u jednoho člověka. Jedno onemocnění může vyvolat řetězovou reakci a aktivovat skryté choroby. Řada onemocnění probíhá odlišně, příznaky mohou být nevýrazné až atypické (intenzita bolesti u akutních onemocnění je snížena, a může tak způsobit vážné důsledky). Projevuje se chronicita a protahovaný průběh choroby, časté jsou komplikace a především závažné choroby způsobují urychlení procesu stárnutí (Šafránková, Nejedlá 2006).

2.5 Snaha zpomalit stárnutí

Podle Holsboera a Schölera (2009) můžeme právem zpochybňovat vědeckou serióznost různých terapií proti stáří, přesto oba doporučují věcně prozkoumat účinky některých z nich. K metodám zachování mládí patří i teorie užívání těch hormonů, o kterých se ví, že ve stáří dochází k jejich snížené produkci. Ani v současné době není zcela objasněno, zda biologické změny pro stáří, jako je úbytek a oslabení svalové hmoty, snižující se stabilita kostí a vznik deprese, souvisejí se snížením produkce testosteronu ve stáří. Riziko vedlejších účinků hormonální terapie naopak vede k postižení jater a prostaty. V současné době víme, že hormonální terapie rozhodně není pramenem věčného mládí, má ale velkou úlohu v rámci celkového plánu léčby.

S přibývajícím věkem se zhoršuje především krátkodobá paměť. Existuje velké množství pokusů pomocí léků, které by měly kompenzovat (vyrovnávat) úbytek duševních a tělesných schopností ve stáří, a lidé doufají, že s jejich pomocí zvýší výkonnost i v mladém věku. Aby však mohl úspěšně pokračovat vývoj léků na poruchy funkce mozku, musíme se dopracovat k detailním znalostem procesů probíhajících v mozkových buňkách jednotlivých oblastí.

Schopnost cíleně zasahovat do buněčných procesů (jedna z vymoženosti současné moderní biologie a chemie) nám v budoucnu pomůže předpovídat vznik onemocnění a po jeho propuknutí vyvinout na míru šité terapeutické metody pro každého jednotlivce (Gruss, 2009). Modelové výpočty naznačují nutnost podnětů pro změnu např. struktury zaměstnání, kdy by lidé ve věku 65 let pracovali stejné množství hodin jako ostatní, čímž by se ulevilo jiné věkové skupině, mladým pracovně schopným lidem ve věku mezi 20-40 lety, kteří pro svoji vytíženost vůbec nezaloží rodinu, nebo mají na své děti příliš málo času. Potomci se možná jednou budou ptát, proč byli rodiče uprostřed svého života tak přetížení, proč se dostatečně nevěnovali svým dětem a nepracovali na maximum, až jejich děti odrostly. Vše směřuje k rovnoměrnému rozdělení vykonané práce během celého života a vyžaduje aktivní přístup a kreativitu každého jedince. Dlouhý život, který trvá osmdesát i více let, je velkou vymožeností naší společnosti, měli bychom se naučit s ním dobře zacházet (Gruss, 2009).

3. Ošetřovatelství a jeho postavení mezi obory

Jednou z nejstarších činností, která ve své náplni zahrnuje ochranu, podporu a uchovávání zdraví, včetně péče o nemocné, představuje ošetřovatelství. Doménou ošetřovatelské praxe by měla být v každé situaci potřeba pacienta, včetně jeho aktuálních požadavků.

Ošetrovatelská péče je zaměřena na uspokojování potřeb pacienta holistickým (celostním) přístupem. Je to jeden z hlavních důvodů, proč má ošetrovatelství dominantní postavení mezi ostatními obory, které se zabývají problematikou kvality života. Také se ukazuje, že na život společnosti má širší dopad více ošetrovatelství než medicína. Ve Spojených státech amerických zaujímají sestry významnou roli pro vytváření společné politiky. U nás si ošetrovatelství vytváří svoji pozici mezi ostatními vědami.

Období stárnutí se vyznačuje kromě svých specifík také nepředvídatelnými změnami, což pro seniora znamená konfrontovat svou kvalitu života se změnami zdravotního stavu a prostředí. V geriatrici je důležité vyhodnocovat potenciál zdraví, včetně funkčního stavu pacienta, a dále jej prezentovat ve smyslu jeho zlepšování.

Multidisciplinární přístup při realizaci ošetrovatelských postupů a stálá podpora kvality života mají nezastupitelný význam.

Diagnostika v geriatrici je odebírána v širším pojetí, je vícerozměrná a komplexní. Je problémově orientovaná, tedy zaměřena více na nemocného jak na nemoc.

Specifikum ošetrovatelské péče u seniorů je uspokojovat jejich potřeby, zohledňovat geriatrické syndromy, respektovat zvláštnosti a změny v souvislosti s narůstajícím věkem a zajišťovat standardní péči (Hudáková, Majerníková , 2013).

3.1 Zvláštnosti ošetrovatelské péče v geriatrici.

„Smysl člověka je sloužit, celý náš život je služba“. Gogol

Ošetrovatelská péče představuje komplexní, týmovou práci, vyžadující kontinuitu, koordinaci a aktivní přístup kolem geriatrických pacientů, jejichž soběstačnost (schopnost vykonávat aktivity běžného života) je ohrožena nebo ztracena. Je hlavním předpokladem geriatrické péče. Aktivní přístup je nezbytný, protože starý, křehký pacient nemusí vždy své potřeby signalizovat (Kalvach, Onderková, 2006).

Ošetrovatelství v geriatrici je mimo jiné preventivní a plánovitě, sestry pracují metodou ošetrovatelského procesu a stále musí zohledňovat měnící se aktuální nebo potencionální potřeby geriatrických pacientů. Skutečným problémem ošetrovatelství v geriatrici a sociální práci je nejen nárůst této populace, ale hlavně zhoršení kvality jejich života (Hudáková, Majerníková,2013).

Vzhledem k tomu, že choroby u geriatrických pacientů přecházejí do chronického stádia, roste větší potřeba ošetrovatelské a rehabilitační péče. Podle Topinkové (2013) je funkční

omezení a z něj vznikající závislost pro seniora větším problémem než disabilita (funkční závislost), kterou nemoc způsobila. Zdravotní potíže a problémy jsou provázané s problémy psychosociálními.

Je tedy nutné provádět komplexní funkční geriatrické vyšetření, které zahrnuje hodnocení zdravotního stavu, psychosociální problémy a celkové funkční schopnosti starších pacientů. Dlabalová, Klevetová (2013) zahrnují do komplexního geriatrického vyšetření tyto oblasti: klinické interní vyšetření, vyšetření duševního zdraví, vyšetření funkčních schopností ADL test (soběstačnost v aktivitách denního života), nebo IADL test (aktivity zajišťující samostatné fungování seniora) a sociální situaci, včetně způsobu bydlení (finance, vztahy, sociální prostředí, kompenzační pomůcky atd.).

Kromě toho funkční geriatrické vyšetření odhaluje symptomy, které se od pacientů někdy obtížně získávají, jako je inkontinence, slabozrakost, poruchy chůze, deprese, poruchy kognitivních funkcí atd. Lze tak zpřesnit diagnózy medicínské i sesterské, dosáhnout zlepšení léčebných výsledků, sledovat vývoj funkčního stavu a ve spolupráci s pacientem zvyšovat kvalitu života (Hudáková, Majerníková, 2013).

3.1.1 Priority geriatrických programů

Od teorie potřeb se odvinuly obecně platné priority v geriatrických programech a přístupu ke starým lidem bez ohledu na to, o jaký zdravotní stav se jedná a jaká je jejich funkční zdatnost. Zda se jedná o geriatrické pacienty trvale upoutané na lůžku, nebo více soběstačné. Jednou z hlavních priorit přístupu v ústavní péči je respektování autonomie, zachování rozhodovacích kompetencí geriatrického pacienta, včetně kontroly nad děním, sdělení vlastního názoru atd.

K dalším prioritám patří důstojnost, respektování osobnosti, soukromí, studu a vyloučení všech forem péče a chování, které geriatrický pacient vnímá jako ponižující. Jako příklad jsou uváděny omezovací prostředky, infantilizace a jiné.

Smysluplnost je prioritou, která vede k naplnění životní náplně, napomáhá oživovat ústavní péči a brání komunikační a sensorické deprivaci (nedostatek smyslových podnětů). Participace znamená především podíl geriatrických pacientů na rozhodování a vzájemném komunikování s lékařem, ošetřujícím personálem a ostatními členy zdravotnického týmu. Pokud se zdravotní péče u křehkých, geriatrických pacientů soustředí pouze na základní zabezpečení a na odborné výkony bez ohledu na výše uvedené priority, nelze tuto péči považovat za kvalitní, ale naopak může pacienta těžce a dlouhodobě poškodit. Kvalitní péče

zahrnuje především zájem o pacienta, respekt k jeho osobě a vůli, ponechání maximální kontroly nad vlastním děním, nepodceňování jeho schopností a posilování zodpovědnosti.

V ošetrovatelském procesu je potřeba bránit poklesu pacienta z vyšší úrovně funkční zdatnosti na nižší, ale naopak rehabilitačními a rekondičními postupy usilovat o udržení nebo dosažení vyšší úrovně funkční zdatnosti. Žádoucí je také spolupráce zdravotníků s rodinami a blízkými osobami geriatrického pacienta, kteří by měli být vnímáni jako členové týmu (Kalvach, Onderková, 2006).

3.1.2 Rizika hospitalizace ve stáří

Rizika hospitalizace ve stáří jsou obecně větší. Starý, nemocný člověk je ohrožen psychosociálním traumatem, které představuje vzestup nejistot, změnu rolí, osamocení, ztrátu soukromí a jiné. Dále je to fyzické trauma, dietetické trauma a iatrogenní trauma, která představují nozokomiální infekce, nevhodné chování personálu, atd. (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Hospitalizovaný starý člověk se kromě změny prostředí nachází často v roli podřízeného vůči zdravotníkům. Kvalitní ošetrovatelská péče v nemocnici představuje - respektovat důstojnost starých lidí, podporovat jejich samostatnost a autonomii a umožnit jim zapojit se do rozhodování vzhledem k jejich léčbě a péči v co nejvyšší možné míře (Hudáková, Majerníková, 2013).

Haškovcová (1989) se velmi podrobně zabývá především vnitřním stavem letitého pacienta, který přichází do nemocnice k hospitalizaci. Pro zdravotníky z toho pak vyplývá individuální přístup ke každému jedinci. Stáří a především nemocné stáří je specifická situace, kdy každá nemoc nějakým způsobem a v nějakém rozsahu omezuje ty, které zasáhne. Některé nemoci si člověka podrobí tak, že jim nezbývá prakticky žádný prostor pro život.

Nemocnice, jako anonymní zařízení, je pro starého člověka stresující a úvodní fáze hospitalizace je spojena s mnohými problémy. Rovněž schopnosti adaptace jsou nižší a je potřeba zajistit adekvátní pomoc, aby byl starý člověk nejen schopen profesionální pomoc přijmout, ale zapojil se také do spolupráce na zlepšení svého zdravotního stavu. V opačném případě dochází k psychické dekompenzaci, která může končit životní rezignací starého člověka. Je důležité umět rozeznat, kdy je reakce na hospitalizaci přiměřená a kdy má negativní projevy. Podle okolností se u starých lidí objevují psychoafektivní reakce (nadměrná změna nálady a psychických funkcí, je omezena schopnost přirozeného fungování).

Proces infantilizace (pokles dospělého k dětinským způsobům chování, myšlení) je projev psychicky nezvládnutého začátku, který vede k částečné nebo celkové závislosti na trvalé péči. Normální reakcí na příchod nemoci je deprese, která je spojena s pasivitou.

Zvýšený egocentrismus v kombinaci s neochotou bojovat s nemocí, když perspektiva uzdravení je nejistá a motiv k životu je omezený, zhoršuje psychický stav. Máme potom obraz rezignovaného, ležícího starého člověka, který se soustřeďuje na základní fyziologické úkony, jako je přijímání potravy a vyprazdňování.

Závislost tělesná nebo psychická, která bývá zpočátku negativně přijímána, se stává prvořadou. Takový pacient reaguje na slova lékaře o propuštění, zhoršením zdravotního stavu. Z nepříznivých psychických podmínek nemocničního prostředí vzniká hospitalizmus. Autorka jej popisuje jako soubor změn u hospitalizovaného starého člověka, které vznikají v důsledku neschopnosti adaptovat se na pobyt v nemocnici a které mohou vyústit v psychickou deprivaci. Ta se objevuje v případě, že některé potřeby pacienta nejsou dlouhodobě uspokojovány a projevuje se manifestující depresí, protesty, agresí, chorobnou uzavřeností, otupělostí a stereotypním chováním.

Starý člověk rovněž prožívá strach z narušení rodinných vztahů, jindy jsou to obavy z budoucnosti, že bude na obtíž. Nejsilnějšími protivníky starého nemocného člověka jsou úzkost, strach a osamocení.

Starý člověk je při přijetí do nemocnice zpravidla nejistý, rozpačitý a dezorientovaný. Rozumově chápe, že musí být hospitalizován, ale citově to často nezvládá, což se projevuje apatií, zmateností, agresivitou nebo odmítáním spolupracovat.

Také kvalita komunikace s druhými lidmi se s přibývajícím věkem zhoršuje. Starší lidé zužují hovory na věci osobní a nutné a širší téma ignorují.

Někteří nemocní, zvláště starší lidé, mylně předpokládají, že až jim zdravotní personál vrátí zdraví, jejich život zase získá kvalitu. Autorka upozorňuje na to, že bez aktivní pomoci a spolupráce pacienta nelze těchto cílů dosáhnout. S onemocněním těla nemusí být zároveň nemocná i duše. Ve stáří má každá nemoc jakousi psychickou odezvu, psychika vykazuje svoji autonomii.

Choroby mají svůj modifikovaný výraz a lze je zaměnit za všeobecné stařecké problémy. Mnoho starých nemocných pacientů nesignalizuje své potřeby včas, protože nechtějí poznat počáteční nemoc, jiní zase začátek své nemoci přehlédnou. Část starých lidí ze svých chorob žije, a část nechce „stonat“, protože ví, „že stonání“ je většinou navždy. Přestože staří lidé tvoří vysoce různorodou část populace, sjednocuje je společné „stonání“. Každému z nich

zpravidla něco je, a i když se opakují, i když zveličují své obtíže a nepřesně vypovídají o svém stavu, mohou jim jejich sdělení přinášet terapeutický účinek, poněvadž snižují vnitřní napětí. Autorka se odvolává na vlastní zkušenost, že staří lidé, kteří si nejméně stýskají, potřebují nejvíce pomoci a proto je potřeba jim věnovat náležitou pozornost (Haškovcová, 1989).

3.2 Požadavky na personál ošetrující seniory

„Kde se dotýkáte duše, léčíte tím, čím jste, ne tím, co znáte“. Freud

Profesionální, psychoterapeuticky poučná komunikace, která vede v úvahu limity geriatrického pacienta, vycházející z empatického naslouchání, vnímání a chápání, je jedním ze základních požadavků na zdravotnický personál (Kalvach, Onderková 2006).

Práce na geriatrických odděleních je náročná jak fyzicky, tak i psychicky. Konfrontace zdravotníka s bolestí, nesoběstačností, chronickým onemocněním, polymorbiditou, utrpením, těžkými psychickými změnami u pacientů a konečně smrtí, vyžaduje vysokou vyzrálou zdravotního personálu, doplněnou mnoha zkušenostmi. Většina pacientů nedokáže již dostatečným způsobem signalizovat své potřeby, eventuálně probíhající změny svého zdravotního stavu.

Ve srovnání s jinými obory, péče o geriatrického pacienta může jenom zmírnit nebo zpomalit proces na určitou dobu, většinou nespočívá v pohledu na uzdravujícího se pacienta, ale naopak někdy přináší pocity beznaděje a častěji vzniká syndrom vyhoření.

Vzhledem ke změnám (tělesných, psychických a smyslových funkcí) u starého člověka, vplynuly rovněž některé obecné zásady, které se v praxi velmi osvědčily.

Patří mezi ně trpělivost při jednání s geriatrickým pacientem, zpomalení činností při dopomoci, klidné opakování při sdělování pokynů a hlasitá komunikace. Je nutné staršímu pacientovi nabízet aktivně svou pomoc tak, aby zároveň nedošlo ke zhoršení dosažené sebepečce. Schopnost naslouchat a všimnout si i drobných úspěchů, vytváří vztahy založené na vzájemné důvěře a spolupráci. Pokud zdravotník dokáže vnášet pozitivní náladu, rozvíjet příjemné prostředí kolem sebe, velmi napomáhá ke zmírnění útrap a těžkostí, se kterými starý člověk do nemocnice přichází (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Medicína v České republice je zaměřena hlavně na poskytování akutní péče. Vládní koncepce ale upozorňuje na rozvoj dlouhodobé péče o seniory. Zatím stále ještě není propojeno medicínské, ošetrovatelské a sociální hledisko, ačkoliv tyto vazby jsou u starších lidí neoddelitelně propojeny.

Podle typu zařízení je nutné rozlišit způsob provádění ošetrovatelské péče na specifickou, profesionální a laickou, tzv. ostatní péči.

Cílem této práce je soustředit se na profesionální péči, laická péče je ponechávána stranou. Podmínky poskytování zdravotní péče geriatrickému pacientovi jsou stanoveny příslušnou institucí podle níže uvedeného třídění.

3.3 Poskytování zdravotní péče geriatrickému pacientovi

Dlouhodobá péče je společností poskytovaný systém péče o osoby ve vyšším věku a se zdravotním postižením, které potřebují zvláštní péči v důsledku své křehkosti.

Zdravotní péče lůžková poskytovaná v rámci nepřetržitého provozu³

1/ následná lůžková péče (poskytovaná pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci a jehož stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče).

2/ dlouhodobá lůžková péče (poskytovaná pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje).

Režim může být: léčebný, rehabilitační, ošetrovatelský, paliativní, sociální, speciální.

Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

1/ návštěvní služba

2/ domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče

Pobytové služby sociální péče pro seniory

Podle Zákona o sociálních službách 2006⁴ se dělí pobytové služby na:

Domovy pro seniory⁵ - zajišťují služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, jde o komplex služeb zahrnujících ubytování, stravování, služby sociální péče, zdravotnické služby a další volitelné.

³ Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (online)(cit.2004-03-01)

⁴ Zákon o sociálních službách (online)(cit.2014-03-01)

Domovy se zvláštním režimem – poskytují se pobytové služby osobám se sníženou soběstačností na základě chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, Alzheimerově demencí a ostatních typech demencí.

Odlehčovací pobytové služby - přechodné ubytování. Jsou to terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. Cílem je poskytnout odpočinek pečující osobě.

Týdenní stacionáře - poskytují se pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Chráněné bydlení – poskytují se pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Má formu skupinového nebo individuálního bydlení.

Domy s pečovatelskou službou (DPS) – rozumí se byty v domech zvláštního určení pro bydlení seniorů a zdravotně postižených občanů, jejichž zdravotní stav a věk umožňují vést poměrně samostatný život s podporou terénních a ambulantních služeb sociální péče (Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jiráček, Zavázalová, Wija a kolektiv, 2011).

4. Autonomie ve stáří

Stáří podle Matýskové (2004) přináší v oblasti autonomie mnohá omezení, a to individuálně vzhledem k jednotlivým případům. Autonomie je schopnost jedince činit samostatná rozhodnutí a nést za ně odpovědnost, schopnost zabezpečit se, být soběstačný, nezneužívat pomoc druhých, pokud jsem schopen sám se o sebe postarat. Postoje k autonomii a také ke stáří se liší v závislosti na fyzickém, psychickém a sociálním stavu seniora. Na druhé straně kvalita života seniora (bez ohledu na míru autonomie, kterou on sám disponuje) významně souvisí s nejbližším sociálním okolím, tedy lidmi, kterými je obklopen, a jejich postojem. Ztráta autonomie může být dobrovolná (jedinec sám zvažuje své možnosti), nebo nedobrovolná

⁵ Podle §61 odst.3 prováděcí vyhlášky ministerstva práce a sociálních věcí č.182/1991 Sb. mohla být v ústavech sociální péče a domovech důchodců zřízena samostatná ošetrovatelská oddělení pro ošetřování obyvatel a svěřenců upoutaných na lůžko nebo vyžadujících jinou náročnou ošetrovatelskou péči.

(jedinec ji ztrácí v důsledku závažných změn tělesného i psychického stavu, nebo je donucen okolím k nějakému rozhodnutí proti své vůli, právní otázka).

Obecně lze autonomii (kromě autonomie ekonomické) rozlišit na:

1/ oblast zdravotního stavu (míra a závažnost onemocnění, závislost na lékařské a ošetrovatelské péči) a pohyblivost

2/ oblast sebezpečí a sebeobsluhy (osobní hygiena, výživa, vaření, praní, domácí práce atd.)

3/ oblast psychickou: ve sférách - rozhodování (samostatné až neschopnost rozhodovat se), organizace a náplně vlastního času (strukturovaná nebo chaotická), vnímání a udržování sociálních kontaktů, orientovanost (dezorientace), schopnost reálného náhledu na sebe a na své možnosti, zda jsou zachovány, či nikoliv (Sýkorová, Chytil, 2004).

Vidovičová (2004) píše, že jedním z klíčových pojmů stárnutí je soběstačnost. Rovnice zdraví = soběstačnost = kvalita se tak stávají základní předpovědí aktivního a spokojeného stárnutí. Autorka ve svém příspěvku na základě dvou empirických výzkumů (Ageismus 2003 a PPA II – ČR 2001) připouští, že věk (především stáří ve smyslu vyššího věku) může hrát významnou úlohu v rámci jak definice stáří, tak udržování jeho kvality a podpory autonomie (Sýkorová, Chytil, 2004).

4.1 Autonomie očima seniorů

Z kvalitativních studií⁶ postupně vyplynulo, že autonomie pro seniory představuje především schopnost rozhodovat o záležitostech, které se jich dotýkají. Osobní autonomie je pro ně nezbytná i v situaci, kdy jejich soběstačnost dosahuje pouze omezené minimální aktivity, nebo dokonce jsou v situaci plné fyzické závislosti (Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jiráček, Zavázalová, Wija a kolektiv, 2011).

4.2 Osobní autonomie ve významu fyzické soběstačnosti.

Jedním z významů autonomie pro seniory představuje samostatné zvládnutí běžných denních činností neboli fyzická soběstačnost, spojená se zdravím. Měřítkem zdraví je schopnost mobility, tedy soběstačnosti, a senioři se cítí autonomní navzdory potížím. Hranice subjektivního pocitu ztráty zdraví je spojena se ztrátou mobility.

⁶ Výzkumný projekt Senioři ve společnosti. Strategie zachování osobní autonomie, podporovaný Grantovou agenturou ČR, reg. č 403/02/1182 (Loučková, 2004).

Fyzická soběstačnost spočívá v možnosti zabezpečit si základní potřeby, jako je jídlo, hygiena, obstarat si vlastní domácnost. Soběstačnost je vyjádřena také absencí pomoci druhých nebo stav, kdy seniorům nehrozí institucionalizace nebo nejsou nikomu na obtíž. Shrnutím autonomie ve významu fyzické soběstačnosti seniorů znamená být schopen a umět se postarat sám o sebe a o domácnost, nebýt odkázán na druhé, nemuset žádat druhé o pomoc a nezatěžovat druhé. Fyzické soběstačnosti přisuzují senioři vysokou hodnotu, a pokud ji mají, velmi si jí váží a čerpají z ní pocit kompetence, užitečnosti, sebevědomí a jiné.

Do značné míry je fyzická soběstačnost podmíněna zdravotním stavem seniorů, na druhé straně zhoršení zdraví, popř. úbytek fyzických a psychických sil, nejsou jedinou příčinou ztráty soběstačnosti, nebo dokonce osobní autonomie. Efektivní podporou osobní autonomie je kombinování zdrojů pomoci tak, aby u starších lidí nevzbuzovaly pocity závislosti. Rozhodnutí seniorů určit, kdy a jaká pomoc je pro ně vhodná, by mělo zůstat co nejdéle v jejich kompetenci (Sýkorová, 2007).

Ztráta nezávislosti, potřeba cizí pomoci, je jednou z nejtěžších psychologických překážek, kterou se musí člověk naučit překonat a vyrovnat se s ní. Nezávislost je v naší společnosti velmi oceňována, závislost je vždy ponižující. Závislý člověk je zranitelný, chceme být nezranitelní (Dass, 2002).

4.3 Osobní autonomie ve významu finanční soběstačnosti seniorů.

Jako další z významu autonomie senioři chápou finanční soběstačnost, která představuje velkou hodnotu a provázanost s osobní důstojností. Znamená schopnost vyjít s penězi, nebýt nucen si peníze půjčovat od druhých, necítit se být dlužný, ale naopak mít možnost obdarovat druhé nebo je finančně podporovat.

Většina seniorů je nucena žít skromně vzhledem k možnostem, které mají, důležitější je přítomnost pocitu svobody a finanční nezávislosti. S rostoucí závislostí na pomoci druhých se zvyšuje význam finanční nezávislosti. Peníze se tak stávají prostředníkem sebeúcty, respektu, ale i možnosti pomáhat druhým. Schopnost vyjít se svými penězi posiluje kompetence starších lidí a na rozdíl od udržení zdraví a fyzické soběstačnosti je lépe kontrolovatelná a udržitelná vlastními silami. Finance jsou oblastí, která není seniory vnímána jako hlavní životní problém, ale do které většina starších lidí nenechává nahlédnout ani své blízké (Sýkorová, 2007).

4.4 Osobní autonomie seniorů ve významu volnost, svoboda

Třetím významem pro autonomii je volnost, resp. svoboda - svoboda názoru, rozhodování, jednání, osobní odpovědnost jedince a emocionální nezávislost. Podle Křivohlavého, Dunna (2007) stárnutí s psychickými a fyzickými důsledky a zejména nemocemi snižuje možnosti volby v určité oblasti života, omezuje přístup k některým informacím a dovednostem je využívat.

Ve stáří je rozhodování pomalejší a rozvážnější, bere více ohled na druhé, využívá z nashromážděných zkušeností. Změny v rozhodování prožívají starší lidé většinou smířlivě, pocit zodpovědnosti za důsledky svých rozhodnutí je silný. Na druhé straně je rozhodování komplikováno zapomnětlivostí, menší jistotou, pomalostí a nižší orientací ve světě. (Sýkorová, 2007).

4.5 Autonomie a integrace seniorů v sociálních vztazích

Podle Sýkorové (2004) senioři rozlišují sociální kontakt ve dvojí perspektivě. Pro osoby blízké, které jsou významné pro ně samotné (jako zdroj opory), a osoby blízké, významné samy o sobě. Senioři mají často respekt vůči autonomii blízkých osob více než vůči autonomii vlastní. „Selektivní strategii“ senioři oddělují „společnost cizích“, která je pro ně zdrojem napětí a nejistoty, a společnost „vlastních“ (rodina, přátelé), přinášejících pohodu. Vůči svým nejbližším vytvářejí strategii „udržování vztahů“ (tolerance, nevměšovat se, kompromis, atd.). Senioři kladou důraz na význam blízkých sociálních vztahů jak pro sebe (svou vlastní osobu), tak i pro sebe (člověka) zvládajícího vlastní stáří a stárnutí

4.6 Strategie adaptace na stáří

Strategie zvládání stáří v podání seniorů znamená především být aktivní v rámci pravdivě zhodnocených a přijatých vnitřních a vnějších limitů a opřít se o lidi, na které se lze spolehnout. (Sýkorová, Chytil, 2004).

5. Kvalita života související se zdravím a nemocí

5.1 Historie pojmu kvalita života

Pojem kvalita života má dlouhou a zajímavou historii. S tímto pojmem se setkáváme v diskuzích někdy kolem 20. let 20. století, v rámci uplatnění ekonomických a sociálních vztahů, souvisejících se zaváděním státní podpory pro chudé vrstvy obyvatelstva. Jako

odborný pojem se vyskytl v práci dvou amerických ekonomů S. Ordwaye a F. Osborna, kteří v letech 1953-1954 varovali před ideou neomezeného ekonomického růstu a jeho nebezpečným ekonomickým dopadem pro společnost. Ekonom J. Galbraith (2006) s předstihem své doby vystihl podstatu věci, když napsal, že to, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě, ale v kvalitě života. Reagoval tak na „ideu“ stálého rozšiřování průmyslové výroby, která měla být pro lidstvo zdrojem blahobytu. V šedesátých letech dvacátého století se dostává tento pojem do obecného povědomí především jako výraz metaforický pro sociálně - politické cíle americké administrativy prezidenta L. B. Johnsona. Jeho proslov v roce 1964 obsahoval jedno z velmi významných sdělení, a to že vládní cíle nemohou být poměřovány podle výše bankovních kont, ale mohou být měřeny pouze kvalitou života, kterou občané USA prožívají. Kvalita života se tak stala módním slovem jak v politice, tak i ve světě médií. V Evropě je tento pojem znám z období sedmdesátých let, kdy ho použil německý kancléř W. Brandt v programu své vlády.

Jako pojem vědecký se nejprve objevil v sociologii a poté i ve vědách o člověku. Prošel rozvojem do třech směrů, a to objektivního, subjektivního a kombinací objektivního a subjektivního. Objektivní směr je souhrnem objektivních indikátorů, jako je např. kvalita životních podmínek dané země. Subjektivní směr je souhrnem subjektivních indikátorů, vyjadřujících např. kvalitu životní cesty jedince.

5.2 Oblasti a obory použití pojmu

S pojmem kvalita života se setkáváme v současné době kromě ekonomie, politologie, a sociologie i v dalších vědeckých oborech, jako je filosofie, teologie, sociální práce, psychologie a většině medicínských oborů, včetně ošetrovatelství a oborů, které se zajímají o živé organismy, např. ekologie. Pojem kvalita života se objevuje i v technických oborech, v architektuře, stavebnictví nebo dopravě. Nalezneme jej i v oblastech lidské činnosti a oborech, které ovlivňují prostředí pro život (Mareš, 2006).

Pozornost byla více věnována hodnocení života chronických nemocných a starých lidí, protože na základě rozvoje medicíny a pokroku se začal jejich počet zvyšovat. Objevilo se i nové množství problémů, které lze do kvality života zahrnout. Medicínská, většinou kvantitativní kritéria hodnocení na škále „zdraví-nemoc“, nebyla schopna obsáhnout a identifikovat další determinanty lidského života v oblasti psychické, sociální a behaviorální vztahující se ke zdraví (Mandincová, 2011).

Podle Křivohlavého (2002) jeden z prvních, kdo se zabýval kvalitou života ve své monografii, byl A. L. Strauss, který se věnoval problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů. Nebyla to jenom úspěšnost léčby, ale také ostatní problémy, které bylo možné zařadit pod pojem kvality jejich života. Ryze medicínská kritéria stavu chronicky nemocných se rozšířila o kritéria z širšího pojetí lidské existence. Stále více se ukazovalo, že změny ve zdravotním stavu pacienta, ať už pozitivní nebo negativní, je nutné vyjadřovat v širším úhlu, nežli jsou jen údaje o fyzickém stavu. Právě tyto otázky v sobě zahrnuje problematika kvality života (Křivohlavý, 2002).

Čornaničová (2004) píše, že pojem kvalita života se v současnosti objevuje velmi často a někdy je používán spíš intuitivně, jak přísně vědecky. Připomíná, že ve vědecké literatuře se fenoménem kvalita života zabýval například významný psycholog C. G. Jung. Širší pozornost otázkám kvality života, vznik prvních konceptů podpory a měření aspektů kvality života však přinesly především medicínské přístupy k pacientům v psychiatrii, onkologii, geriatrii a další. V současném výzkumu kvality života dominují vědecké přístupy, z nichž nejvýraznější jsou proudy sociologické, psychologické a medicínské. Podpora kvality života je záměrným smyslem všech sociálních a zdravotních zásahů ve stáří (Čornaničová, 2004).

5.3 Problémy s přesným určením vědeckého pojmu

Definování pojmu kvalita života zůstává problémem, jelikož se s ním setkáváme v mnoha věcně odlišných vědních oborech. Prvním problémem je jeho oborová různost, která neumožňuje potřebné zastřešující pojetí pro nejrůznější praktické aplikace. Druhým problémem je sám pojem jako takový, ačkoli navozuje dojem komplexního ukazatele, jedná se o výběr, o selektivní, nekompletní zachycení celé skutečnosti. Třetím problémem je nutnost tento pojem jemněji rozčlenit, odlišit jeho jednotlivé aspekty, a právě na základě rozdílnosti oborů již nejsme schopni najít shodu co považovat za základní oblast, kolik těchto oblastí je nebo jak je označovat. Z toho tedy vyplývá, že nelze vytvořit univerzální definici pro pojem kvalita života. Jednotlivé obory si tak budou pojem kvalita života definovat k návaznosti na určitý aplikační kontext (Mareš, 2006).

Definice kvality života jednotlivce podle WHO Quality of Life Group (1993).

Pracovní skupina, ustanovená Světovou zdravotnickou organizací (WHO) navrhla šířeji použitelnou definici pro kvalitu života jednotlivce. *Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v němž jedinec žije: vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům....zahrnuje komplexním způsobem jedincovo*

somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí...Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu...kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíš o multidimenzionální pojem (Mareš, 2006).

HRQL(anglický termín health-related quality of life) je zkratkou, běžně používanou ve zdravotnictví v souvislosti s kvalitou života. Její překlad do češtiny nebo slovenštiny je poměrně obtížný, vzhledem k různým variantám, které byly pro tento pojem navrženy. Nejvíce autorů se shodlo na výrazu „kvalita života související se zdravím“, ačkoliv autory zajímá především kvalita života lidí, kteří trpí určitým typem onemocnění. Názor Veenhovena (2000), že míry kvality života související se zdravím jsou především mírami negativního zdraví, má své opodstatnění (Mareš, 2006).

5.4 Faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří

Definice kvality života obsahují většinou výčet nejzávažnějších faktorů, které mají vliv na kvalitu života jedince. Vzhledem k tomu, že tyto faktory jsou subjektivně vnímány odlišně, nelze je jednoznačně určit. Každopádně lze tyto faktory rozdělit do určitých oblastí, které mohou konkrétně nebo vzdáleně ovlivňovat společenský rozvoj.

Oblast pro faktory zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální a oblast, která je zcela konkrétní v souvislosti s kvalitou života jedince. Jedná se například o věk, polymorbiditu, žebříček hodnot, kulturu atd.

Veřejností, zvláště starší populací, je označováno zdraví, jako výslednice mnoha faktorů, které jsou ve vzájemném vztahu, např. s prostředím, stárnutím, emocemi, ale i nacházením smyslu života nebo postojem ke smrti. Kvalita života je podmíněna subjektivní spokojeností. Také podle Topinkové (2012) patří zdraví k nejdůležitějším hodnotám člověka.

Potenciál zdraví ve stáří představuje propojenost tří navzájem propojených a neoddělitelných komponent, jako je zdatnost, odolnost a přizpůsobivost. Všechny tyto složky mají svůj rozměr psychologický, somatický, funkční a morfológický. Ovšem je nutné dodat, že u každého jedince je potenciál zdraví individuálně specifický, subjektivně prožíván a lze jej také subjektivně hodnotit. Stáří není nemoc, ale ve stáří se více projevují zdravotní a funkční problémy. K rizikovým faktorům ve stáří patří především ztráta soběstačnosti. Nelze proto jen diagnostikovat a léčit určité nemoci, ale je nutné posoudit funkční schopnosti starších

pacientů. Bezmocnost, vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby, kvalitu života seniora snižuje. Jinými rizikovými nemedicínskými faktory mohou být například nevyhovující bytové podmínky, nedostupnost pečovatelské služby a další (Dvořáčková, 2012).

Ukázalo se, že změny způsobené nemocí výrazně ovlivnily kvalitu života. Vznikla tak domněnka, že čím lepší je zdravotní stav, tím vyšší jsou hodnoty kvality života. Pojetí kvality života se však nevztahuje pouze a jen na zdravotní stav, a přestože dochází k jeho změně, záleží na jedinci, jakou důležitost mu daná osoba přisuzuje.

Podle Vymětala (2012) je kvalita života považována za velmi důležitou proměnnou, která má vliv na průběh a výsledek léčby a zároveň ovlivňuje spolupráci pacienta. Je důležité všimnout si toho, co pacienti očekávají ve vztahu k terapii. Někdy pacienti od léčby nerealisticky očekávají, že je zbaví jak nemoci, tak i jejich nespokojenosti, a tím dojde k zásadní změně kvality života.

Jak upozorňuje studie Goppoldové a spolupracovníků (2012) subjektivní hodnocení nemoci a jejího vlivu na prožívání a chování pacienta by se mělo stát součástí běžného vyšetření (Mandincová, 2011).

Pocit osobní pohody („well-being“) je nutné odlišit od kvality života. Patří na pomezí mezi osobnostní rysy, afekty a nálady. Osobní pohoda je chápána jako součást kvality života, kdy se předpokládají dvě dimenze, a to subjektivní a objektivní pohoda (funkční kapacita organismu a socioekonomický stav). Podle Kebzy, Šolcové (2012) Světová zdravotnická organizace považuje „wel-being“ za zprostředkující pojem mezi zdravím a kvalitou života.

Známý je vztah zhoršování zdravotního stavu s věkem. Přesto se zdá, že pokud je z výčtu charakteristických znaků osobní pohody zdravotní stav vyřazen, jsou starší lidé v mnohém spokojenější než mladí, a to především díky nižším materiálním požadavkům a větší životní vyzrálosti (Mandincová, 2012).

Křivohlavý (2012) se domnívá, že člověk v seniorském věku (na konci své cesty) hodnotí kvalitu života podle spokojenosti s dosavadním životem. Jestliže jej vnímá pozitivně, může dosahovat jeho kvalita života velmi vysoké úrovně (Dvořáčková, 2012).

Vzhledem k tomu, že kvalita života je vnímána subjektivně a je také mnohorozměrnou veličinou, zaslouží si pozornost výzkumníků z oborů psychologie, sociálních věd a odborníků oboru ošetřovatelství. Senioři, včetně geriatrických pacientů, jsou populace, která vytvářela

během svého života nevyčísitelné hodnoty pro společnost, proto si zaslouží plnohodnotný a kvalitní život. (Hudáková, Majerníková 2013).

5.5 Dimenze kvality života

Pokud hovoříme o kvalitě života, je nutné ujasnit si, o jakou rovinu nám jde. Problematika kvality života byla zmapována ve třech hierarchicky odlišných sférách, a to:

1/ v makrorovině, týká se kvality života velkých společenských celků (země, kontinenty, problematika boje s epidemiemi, chudobou, terorismem atd.);

2/ v mezorovině, zabývá se kvalitou života v malých sociálních skupinách (škola, nemocnice, vzájemné vztahy mezi lidmi, v týmu lékařů, otázky existenční a sociální podpory aj.);

3/ v osobní, personální rovině, která je definována nejvíce jednoznačně a vztahuje se na život jednotlivce, ať je to lékař, pacient, nebo kdokoli jiný. Jde o osobní subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, naděje apod. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce, jeho představy, pojetí, očekávání aj.

Vztah mezi definováním cíle lékařské péče a kvalitou života je příkladem jasné roviny, o kterou nám půjde. Pokud je cílem medicíny zachování biologického života, potom musí být pacient udržován při životě co nejdéle v rámci možností. Pokud má být zachována autonomie (vlastní řízení) života, je nutné zachovat integritu člověka třeba i tvář v tvář smrti. Můžeme se potom pacienta ptát odlišným způsobem, co se u něho změnilo na základě léčby, anebo jaká je jeho současná kvalita života (Křivohlavý, 2002)?

Práce se bude zabývat pouze tou třetí rovinou.

5.6 Přístupy k měření kvality života

Metod k měření kvality života je poměrně hodně.

Podle Dragomirecké, Škody (2011) jsou např. rozděleny podle toho, co měří (spokojenost s jednotlivými oblastmi života atd.), anebo komu jsou určeny, jaké populaci (s diagnostickým vymezením).

Křivohlavý (2011) zase rozlišuje metody měření kvality života na základě toho, kým je hodnocena. (Mandincová, 2011).

Metody měření kvality života podle Křivohlavého (2002):

I/ Metoda měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba „zlatý standart.“

II/ Metoda měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba , profesionál.

III/ Metody kombinované I. a II.

ad I/ hodnotitelem je sama daná osoba.

Cílem této metody bylo prohloubit přístup k pochopení kvality života pacienta. Nejprve Patrick a Erickson doporučovali zjistit od pacienta jeho priority dimenzí kvality života a tyto potom brát jako nejdůležitější při měření kvality života. Tento přístup byl podkladem pro měření kvality života metodou nazvanou „HRQoL – Health Related Quality of Life – Měření kvality života z hlediska zdraví“. Později se ale ukázalo, že jednotlivé dimenze kvality zdraví mohou být pro daného pacienta různě závažné. Proměnlivost v hierarchii dimenzí kvality života v průběhu času a situací nezůstala bez povšimnutí, příkladem byli pacienti před a po operaci, u kterých nabývala diametrální odlišnosti. Tyto poznatky byly využity u relativně nejrozšířenějšího indexu kvality života „DDRS – Distress and Disability Rating Scale - Posuzovací škála stresu a neschopnosti“ Rosera. Otázkou zůstává, co považují za podstatné lidé jiných kultur, při jiném onemocnění nebo v jiné době?

ad II / kvalitu života hodnotí druhá osoba

Velkým posunem pro vyjádření kvality pacientova života, bylo zavedení slovně formulovaných kritérií. Jedním z nich je například „Index kvality života pacienta ILF“ s předem stanovenými kritérii, jako je sebeobslužnost, sociální opora, zvládání těžkostí spojených s nemocí, bolestí a celkový emocionální stav pacienta. Klady tohoto systému spočívaly v tom, že stanovení kritéria kvality života nestanovoval pouze hodnotitel, ale bylo dáno souhlasem dalších členů týmů, jako lékařů, sester, klinických psychologů a dalších. Bylo také možné hodnotit kvalitu života pacienta v předem stanovených časových údajích při dlouhodobé léčbě nebo v případě různých situací. Systém slovního hodnocení se velmi rozrůstal, je uváděno až 20 různých přístupů měření kvality pacientova života hodnotitelem. Ukázalo se však, že způsob hodnocení kvality života druhými lidmi ať už obecně, nebo podle daných kritérií měl někdy značné rozdíly v tom, jak kvalitu života hodnotil sám pacient. Vnitřní pohled na kvalitu života vyžadoval radikální změnu v měření kvality života.

Koncepce metody „SEIQoL- Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života“, neklade předem kritéria, co je dobré nebo žádoucí, ale vychází z osobních představ jedince, které jsou pro něj důležité (Křivohlavý, 2002).

ad III./ kombinace metod I. a II.

Snahou je vystihnout celkový obraz kvality života člověka tak, jak on sám ho v danou chvíli vnímá. Vše je nasměrováno k účelné pomoci a péči o něj (Křivohlavý, 2002).

Metodologické přístupy zjišťování kvality života podle Mareše (2014):

Mareš (2014) v přehledové studii upozorňuje na provázaný složitý komplex potřeb somatických, psychických, sociálních a spirituálních u seniorů. Jedním ze způsobů, jak dokázat tento komplex pochopit, je využít pojmu kvality života seniorů. Kvantitativním přístupem lze používat celkem čtyři typy dotazníků. Bohužel ukazuje se, že tyto kvantitativní nástroje nejsou dostatečně citlivé na individuální pocity, názory, životní hodnoty starých lidí. Nedaří se uchopit unikátní komplex oblastí důležitých pro konkrétního jedince. Zkoumaná proměnná (faktory různých oblastí) nejsou relevantní pro všechny lidi. Zkoumaná proměnná je nadefinována výzkumníkem na základě rozhovorů ověřených na stovkách souborů s respondenty a představuje pohled neexistujícího průměrného seniora. Z tohoto přístupu vyplývá, že různí senioři vnímají stejné okolnosti svého života stejným způsobem. Standardizované dotazníky tak nerozlišují rozdíly v závažnosti různých oblastí pro různé seniory.

Není překvapením, že práce o seniorech obsahují rozdílné oblasti kvality života. Je to způsobeno tím, že existují různé modely kvality života, z nichž mohou autoři vycházet. Nejčastěji jsou uváděny čtyři skupiny modelů, a to: 1. psychologické, 2. sociologické, 3. zdravotnické, 4. integrované modely. Podstatou je, že tyto modely vypracovali a ověřili odborníci, jsou odrazem pohledu profesionálů, hodnotí je tedy druhý člověk. Naopak použitím smíšeného přístupu, jako je např. individualizovaný dotazník s hloubkovým, nahrávaným rozhovorem, lze zase získat pohled na kvalitu života „očima“ laiků, neboli pohled z druhé strany. Tuto metodu zavedl do ČR J. Křivohlavý (Mareš, 2014).

K diagnostikování kvality života seniorů lze tak přistupovat metodou: kvantitativní, kvalitativní nebo kombinovaným přístupem, kdy hodnotitelem se stávají oba, jak zdravotník, tak i senior (pacient). Bohužel se to zpravidla nekryje s tím, jak pacient dokáže hodnotit sám sebe (mnohdy pozitivněji), na rozdíl od toho, jak je hodnocen zdravotníkem, který si myslí, že je pacient na tom hůř.

A/ Metody kvantitativního přístupu jsou založeny na předpokladu měření, ověřování a předpovídání. Kvantitativní výzkum tak využívá náhodné výběry, experimenty a strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování (Hendl, 2005).

Dotazníky jsou jednoznačně zdrojem k získání přesnějších údajů, např. o zdravotním stavu pacienta. Hromadná dotazníková metoda je určena pro velké šetření, nebere však v úvahu životní situace jednotlivce. Lze také využít kombinaci obou dotazníkových metod (hromadné a individuální), ve které jsou zastoupeny obě části, část společná pro všechny a druhá část, která je určená pro individuální vyjádření jedince.

Ke zjišťování kvality života lze použít čtyři typy dotazníků (Mareš, 2006).

1. obecné, generické - nezahrnují věk, pohlaví, typ nemoci, některé lze použít k porovnání kvality života zdravých lidí s nemocnými. Příklady dotazníků obecných, generických jsou uvedeny viz tab. 3.

Tabulka 3 - Příklady dotazníků obecných, generických

SF -36
SF -12
Sickness - Impact Profil
Quality of Well - Being Scale,
EuroQoL - Five Dimension
Questionnaire

2. dotazníky obecné - jsou určeny pro seniory, zahrnují okruh proměnných, které mají vliv na kvalitu života bez ohledu na vlastní onemocnění. Příklady obecných dotazníků jsou uvedeny viz tab. 4.

Tabulka 4 - Příklady dotazníků obecných

AQoL – Assessment of Quality of Life Instrument
CASP-19 – Control Autonomy, Self – Regulation Pleasure
WHOQOL- World Health Organization Quality of life Old
QUAL-E- Quality of Life at the End of Life
QOL- NHR54 – Quality of Life for Nursing Home Residents
EQOLI- Elderly Quality of Life Index
OPOQL – Older People's Quality of Life Questionnaire
ASCOT – Adult Social Care Outcomes Toolkit

3. dotazníky specifické - jsou určeny pro seniory, jejichž kvalita života je však ovlivněna konkrétním onemocněním. Příklady dotazníků specifických jsou uvedeny viz tab.5.

Tabulka 5- Příklady dotazníků specifických

HHIE- Hearing Handicap Inventory for Elderly
MLHFQ – Minnesota living with Heart Failure Questionnaire
UROLIFE/BPHQol – Benign prostatic Hypertrophy Health –Related Quality of Life Questionnaire
CTQ- Chronic Thyroid
OPTQol – Osteoporosis - Target Quality of Life Questionnaire,
I-QOL- Urinary Incontinence Specific Quality of Life Instrument
QoL- AD- Quality of Life in Alzheimer's Disease
SIS 2.0 –Stroke Impact Scale Version 2.0
SS-QOL – Stroke Specific Quality of Life Scale
LVQOL – Low Vision Quality of Life Questionnaire
QUALID – Quality of life in late- Stage Dementia Scale
ADRO – Alzheimer's Disease- Related Quality of Life – revised version

4. kombinace dotazníku obecně generického se specifickým pro jeden typ onemocnění.

Příklady kombinace dotazníků obecně generického se specifickým jsou uvedeny viz tab. 6.

Tabulka 6 - Příklady kombinace dotazníků obecně generického se specifickým

MSQLI - 54 Multiple Sclerosis Quality of Life Instrument
MSQLI - Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory

B/ Kvalitativní přístupy neusilují o přesnost a zobecnění. Opírají se často o polostandardizovaný rozhovor s jedincem a snaží se tyto sdělené jedinečné životní zkušenosti pochopit (Mareš, 2006). Základní metody kvalitativního přístupu jsou: pozorování, texty a dokumenty, interview, audio a videozáznamy (Hendl, 2005).

Metoda kvalitativního přístupu je založena na naslouchání vyprávění, kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí. Dotazování tak mohou tvořit volné rozhovory, jejichž struktura není předem dána a jsou založené na volném vyprávění jedince. Existuje střední cesta dotazování pomocí polostrukturovaného rozhovoru s vyznačeným definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací, a nebo přístupem strukturovaném hloubkovém rozhoru (Hendl, 2005).

Volný rozhovor spočívá v tom, že jedinec hovoří sám ohledně toho, co chce sdělit. Polostrukturovaný individuální rozhovor je sestavený z několika otevřených otázek. Strukturovaný rozhovor je vedený na základě předem připravených otázek. Rozhovory mohou být individuální, ve dvojici nebo skupinové. Přístup může být verbální (slovní - mluvení,

písemný- deník, písemné odpovídání na otevřené otázky) nebo neverbální (kresba). Rozhovor může být různě časově ohraničený.

C/ Smíšený výzkum vzniká kombinací obou přístupů. Lze využít např. individualizovaný dotazník, doplněný hloubkovým rozhovorem (Mareš, 2014).

V současné době je v České republice používán dotazník WHOQol - OLD, který je výsledkem mezinárodního projektu výzkumných center v rámci WHO a používá se jako standardní dotazník k měření kvality života u seniorů. (Hudáková, Majerníková, 2013).

Pro empirickou část této práce byla použita metoda smíšeného přístupu (kvantitativní a kvalitativní). Byl vybrán vhodný standardizovaný dotazník (metoda kvantitativního přístupu), hlavní část výzkumu se opírá o polostrukturovaný nahrávaný rozhovor (metoda kvalitativního přístupu).

EMPIRICKÁ ČÁST

6. Vlastní empirický výzkum

Přístup vycházel především z úvahy nad mnohdy skromnými projevy spokojenosti a radosti pacientů, seniorů, vůči zdravotnickému personálu, který v roli ošetřujících a pečujících osob, tuto spokojenost a radost očekává jako zpětnou vazbu za svoji snaživost a ochotu. Všichni víme, že největší odměnou pro zdravotnické pracovníky je spokojený pacient. Nabízí se ale otázka, co stojí zdravotníkům, ale i pacientům v cestě ke vzájemné spokojenosti? Jsou zdravotníci aktivní tam, kde z toho pacienti až tolik neprofitují? Nejsou některé aktivity zdravotníků z pohledu pacientů méně vítané, zbytečné, nebo naopak samozřejmostí? Přístup a způsob chování některých příbuzných ke svým blízkým je někdy zarážející, tvrdý a nekompromisní, a přesto bývají tyto návštěvy odměněny projevy vděčnosti a poděkováním za to, že přišli, že byli ochotni vůbec přijít. Rozumí zdravotníci pacientům, dokáží vnímat, co pacienti potřebují, co očekávají, po čem touží? Anebo je to tak, že i pacienti senioři i zdravotníci si žijí v „jakémsi světě“, který se zvenku jeví jako kompromis, ve skutečnosti jsou jedni druhým velmi vzdáleni.

6.1 Cíle výzkumu

1. Zjistit, jaký pohled mají na kvalitu svého života sami pacienti a jak tu kvalitu života vidí a hodnotí všeobecné sestry.
2. Zjistit, v čem se pohled pacienta a sester shoduje a v čem se liší.
3. Zjistit ty oblasti kvality života, na které by se měl ošetřovatelský personál zaměřit jak celkově u většiny pacientů, tak u konkrétního jedince.
4. Předcházet problémům, které by z určitých, diagnostikovaných oblastí kvality života vyplynuly.
5. Usnadnit poskytování cílené ošetřovatelské péče pro ostatní pacienty.
6. Zvýšit profesionalitu všeobecných sester při uspokojování a hodnocení potřeb pacientů

6.2 Typ zařízení

Tato práce vychází z prostředí zařízení následné lůžkové péče.

6.3 Údaje o zkoumaných osobách

Do výzkumu byly vybrány dvě skupiny respondentů. Jednou z nich byli pacienti (muži, ženy), druhou skupinu tvořily všeobecné sestry. Ukázalo se však, že počet mužů, kteří by splňovali požadavky spojené s výzkumem byl velmi malý na rozdíl od žen, pacientek, které tvořily převážnou část hospitalizovaných pacientů. Do výzkumu byly nakonec zahrnuty pacientky se společným polymorbidním onemocněním, a všeobecné sestry, které je ošetřovaly v rámci svých denních i nočních služeb. Obě skupiny měly svá specifika.

Kritéria pro výběr pacientek:

- a/ byly ovdovělé
- b/ byly u nich diagnostikovány tři společné základní lékařské diagnózy:
 - stav po cmp s hemiparézou (CMP – cévní mozková příhoda s částečným ochrnutím jedné poloviny těla)
 - esenciální primární hypertenze kardiovaskulární, riziko III (hypertenze těžká)
 - chronická ischemická choroba srdeční
- c/ doba hospitalizace pacientek v zařízení následné lůžkové péče byla minimálně 14 dní.

Kritéria pro všeobecné sestry:

- a/ věk 35-55 let;
- b/ v daném zařízení pracovaly minimálně tři roky.

Do vzorku bylo vybráno šest pacientek a šest všeobecných sester.

6.4 Výzkumné metody

Měření kvality života bylo prováděno metodologickým smíšeným způsobem; přístup zahrnuje kvantitativní a kvalitativní část výzkumu.

Kvantitativní výzkum spočíval v tom, že polymorbidní pacientky byly rozčleněny podle výsledného skóre strukturovaného MMSE testu, (test kognitivních funkcí) do čtyř kategorií, od normy až po středně těžkou demenci. Účelem bylo, aby se vytřídily osoby, které by nebyly schopny rozhovor absolvovat.

Kvalitativní výzkum byl prováděn prostřednictvím rozhovoru s pacientkami, použitím čtyř otevřených otázek a jedné semiprojektivní otázky se zrcadlovou sadou otázek pro všeobecné sestry. Získaná data byla zpracována tematickou analýzou a srovnáním dat. Tematická

analýza vycházela z axiálního kódování. Rozhovory se nejprve nahrávaly a následně přepisovaly do protokolů. Protokoly byly opakovaně pročítány. Uvažování bylo zaměřené na příčiny a důsledky, podmínky a interakce, strategie a procesy. Vytvářely se tak „osy“, propojující jednotlivé kategorie. Vznikaly nové kategorie a koncepty, které spolu souvisely. Cílem axiálního kódování je vytvoření spojení mezi kategoriemi a koncepty.

Znění otázek pro pacientku:

1. Jaké to bylo, dokud jste ještě mohla (předchorobí)?
2. Kdo a čím vám zde v nemocnici nejmíc pomáhá?
3. Kdy jste na své trápení nemyslela?
4. Z čeho máte ve svém životě radost, když se tak ohlédnete?
5. Vaše tři přání do budoucna?

Znění otázek pro všeobecnou sestru z pohledu pacientky:

1. V čem se změnila kvalita života pacientky?
2. Kdo a čím pacientce zde v nemocnici nejmíc pomáhá?
3. Kdy na své trápení pacientka nemyslí?
4. Z čeho asi má pacientka v životě radost, když se tak za sebou ohlédne?
5. Jaké může mít tři přání do budoucna?

7. Kazuistiky pacientek

Pacientka č. 1

Pacientka ve věku 70 let byla přijata z nemocnice (interního oddělení) do zařízení následné lůžkové péče jako stav po CMP s pravostrannou hemiparézou, esenciální primární hypertenzí – kardiovaskulární a chronickou ischemickou chorobou srdeční, především k další rehabilitaci a ke zlepšení sebezpečí. U pacientky podle Testu ADL dle Barthelové (hodnocení soběstačnosti) byl počet dosažených bodů celkem 55, tedy závislost středního stupně. Cílem léčebného, ošetrovatelského a rehabilitačního programu je zlepšení sebezpečí.

Podle výsledku testu MMSE⁷ má pacientka lehkou demenci (20 bodů). Doba hospitalizace pacientky je 20 dní od přijetí. Pacientka trpí dyslexií - poruchou řeči, které rozumí, vážne u ní

⁷ MMSE- Mini-Mental State Examination. Test podle Folsteinových u pacientů s podezřením na kognitivní deficit a přítomnost syndromu demence.

ale slovní komunikace. Chůze je schopna pouze s oporou a v doprovodu fyzioterapeutky. V mládí se vyučila pánskou krejčovou, nikdy tuto práci nedělala, její pracovní činností bylo zinkování povrchů. Měla dva syny. V roce 1990 jí zemřel manžel a za další dva roky starší syn. Mladší syn je svobodný a žije s matkou v panelovém bytě velkoměsta. V současné době má pacientka podanou žádost k umístění do zařízení sociální péče.

Pacientka č. 2

Pacientka ve věku 67 let byla přijata z nemocnice (rehabilitačního oddělení) do zařízení následné lůžkové péče jako stav po CMP hemoragická s pravostrannou hemiparézou, esenciální primární hypertenzí – kardiovaskulární (riziko III) a chronickou ischemickou chorobou srdeční především k zajištění léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče. Podle Testu ADL dle Barthelové byl celkový součet bodů 50, tedy závislost středního stupně. Zatím není pacientka schopna chůze. Cílem léčebného, ošetrovatelského a rehabilitačního programu je zlepšení sebezpěče. Podle výsledku testu MMSE má pacientka lehkou demenci (20 bodů). Doba hospitalizace pacientky je 18 dní od přijetí. Pacientka pracovala jako tkadlena u stavu, má tři ženaté syny, sama je již osm let vdovou. Žije ve společné domácnosti s jedním ze synů v rodinném domku. Pacientka se výhledově chce vrátit do svého domácího prostředí za synem.

Pacientka č. 3

Pacientka ve věku 85 let byla přijata z nemocnice (interního oddělení) do zařízení následné lůžkové péče jako stav po mozkovém infarktu se sekundární hemoragickou infarzací s lehkou pravostrannou hemiparézou, esenciální primární hypertenzí a chronickou ischemickou chorobou srdeční především k zajištění léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče. Podle Testu ADL dle Barthelové, byl součet bodů 60, tedy závislost středního stupně. Chůze s oporou a s dohledem, riziko pádu pro nestabilitu. Cílem léčebného, ošetrovatelského a rehabilitačního programu je zlepšení sebezpěče. Podle výsledku testu MMSE má pacientka středně těžkou demenci (14 bodů). Doba hospitalizace pacientky je 25 dní od přijetí. Pacientka je bývalou úřednicí u Českého červeného kříže. Má dvě děti a čtyři vnoučata, rodina je pro ni stěžejní, manžel již několik let nežije. Pacientka se těší na návrat domů k dceři.

Pacientka č. 4

Pacientka ve věku 77 let byla přijata z nemocnice (interního oddělení) do zařízení následné lůžkové péče jako stav po mozkovém infarktu způsobený neurčitou okluzí nebo stenózou mozkových tepen s pravostrannou hemiparezou, esenciální hypertenzí a chronickou ischemickou chorobou srdeční, především k zajištění léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče. Podle výsledku Testu ADL dle Barthelové má pacientka součet bodů 40, tedy vysoce závislá, není schopna chůze. Cílem léčebného, ošetrovatelského a rehabilitačního programu je zlepšení sebepéče. Podle výsledku testu MMSE má pacientka lehkou demenci (22 bodů). Doba hospitalizace pacientky je 14 dní od přijetí. Před odchodem do důchodu pracovala jako kontrolorka v textilním závodě, má dvě děti, syna a dceru. Dcera je pracovně často v zahraničí, syn je ženatý, v současné době bydlí daleko od matky, proto jsou jeho návštěvy u matky omezené. Vdovou je již 7 let. Před nemocí žila sama na chalupě v malé vesnici.

Pacientka č. 5

Pacientka ve věku 55 let byla přijata z nemocnice (neurologického oddělení) do zařízení následné lůžkové péče jako stav po tentoriálním infarktu v povodí ACI (arteria cerebri interna) s pravostrannou hemiparézou těžkého stupně, plegií PHK, esenciální hypertenzí a chronickou ischemickou chorobou srdeční, především k zajištění léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče. Podle Testu ADL dle Barthelové - hodnocení soběstačnosti, byl součet bodů 10, tedy vysoce závislá. U pacientky je prováděna komplexní ošetrovatelská péče. Podle výsledku testu MMSE má pacientka těžkou demenci (13 bodů). Cílem léčebného, ošetrovatelského a rehabilitačního programu je zlepšení sebepéče. Doba hospitalizace pacientky je 26 dní od přijetí. Pracovala jako vedoucí skladu. Je vdovou 3 roky a osm let po rozvodu s bývalým manželem. Má jednoho syna, který se s ní nestýká. Jako trvalé bydliště byl uveden azylový dům. Pacientka má podanou žádost do zařízení sociální péče.

Pacientka č. 6

Pacientka ve věku 73 let byla přijata z nemocnice (neurologického oddělení) do zařízení následné lůžkové péče jako stav po mozkovém infarktu způsobeném trombózou přívodných mozkových tepen ACM (arteria cerebri media) s pravostrannou hemiplegií, esenciální hypertenzí a chronickou ischemickou chorobou srdeční, především k zajištění léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče. Podle Testu ADL dle Barthelové - hodnocení soběstačnosti byl součet bodů 15, tedy vysoce závislá. U pacientky je prováděna komplexní

ošetřovatelská péče. Podle výsledku testu MMSE je pacientka v normě, má (29 bodů). Cílem léčebného, ošetřovatelského a rehabilitačního programu je zlepšení sebezpěče. Doba hospitalizace pacientky je 23 dní od přijetí. Pracovala jako úřednice. Je vdovou asi 7 let, děti neměla, žije s neteří. Pacientka má podanou žádost do zařízení sociální péče.

Všeobecné sestry:

Sestra č. 1, ve věku 49 let, v zařízení následné lůžkové péče pracuje 19 let.

Sestra č. 2, ve věku 43 let, v zařízení následné lůžkové péče pracuje 9 let.

Sestra č. 3, ve věku 41 let, v zařízení následné lůžkové péče pracuje 10 let.

Sestra č. 4, ve věku 38 let, v zařízení následné lůžkové péče pracuje 7 let.

Sestra č. 5, ve věku 52 let, v zařízení následné lůžkové péče pracuje 16 let.

Sestra č. 6, ve věku 44 let, v zařízení následné lůžkové péče pracuje 11 let.

Všeobecné sestry, které se výzkumu zúčastnily, dokázaly reagovat na položené otevřené otázky bez problémů. Věk sester a počet roků odpracovaných v zařízení následné lůžkové péče již nespadal mezi faktory, které by ovlivňovaly sdělení sester během natáčení rozhovorů.

8. Analýza výsledků

Z protokolů vyplynulo, že výpovědi pacientek a sester lze strukturovat podle časového průběhu. Identifikovali jsme pět časových období a jejich podobu (viz obrázek č.1).

Schéma 1 - Struktura podle času

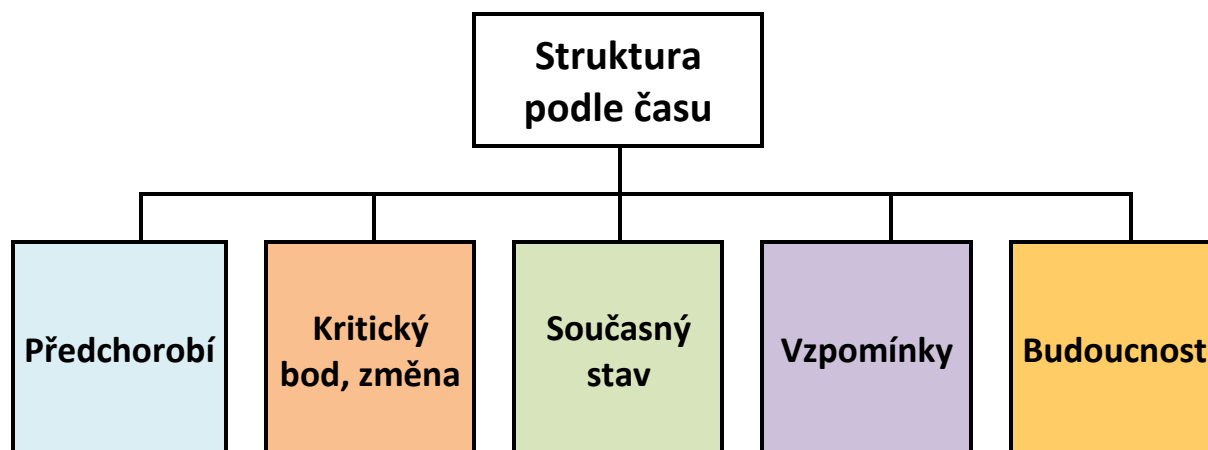


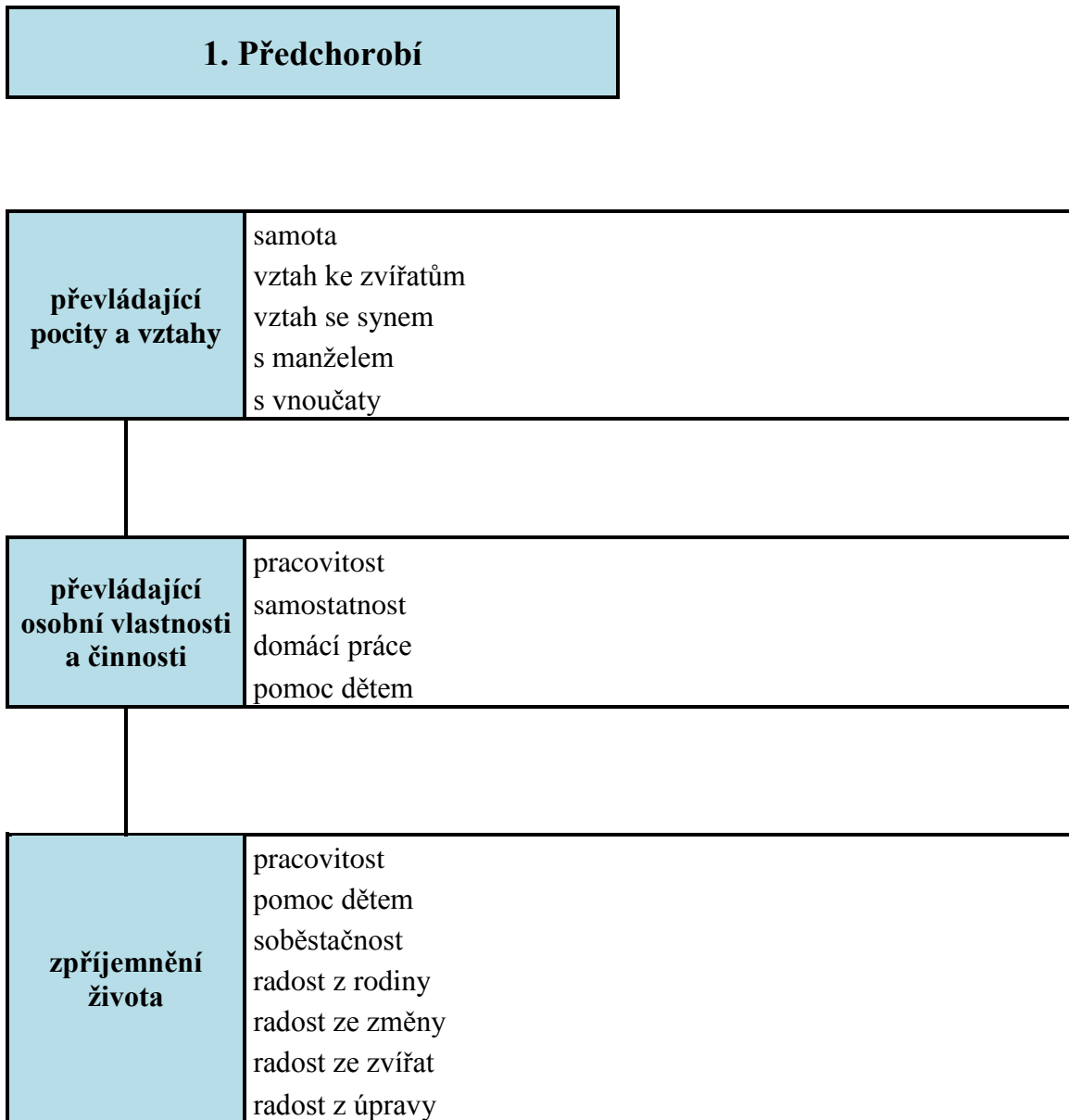
Schéma 2 - Struktura podle času a konkretizace

ČAS	KONKRETIZACE
1. PŘEDCHOROBÍ	1.předchorobí 1/1 převládající pocity a vztahy 1/2 převládající osobní vlastnosti a činnosti 1/3 zpříjemnění života
2. KRITICKÝ BOD, změna	2.kritický bod,změna a její důsledky somatické a její důsledky psychické
3. SOUČASNÝ STAV	3.současný stav 3.1 klíčové somatické obtíže 3.2 klíčové psychické obtíže 3.3 snaha zvládat obtíže sama 3.4 sociální opora mimo instituci 3.5 sociální opora v instituci 3.6 zpříjemnění současného života
4.VZPOMÍNKY	4. vzpomínky negativně laděné pozitivně laděné
5. BUDOUCNOST	5. budoucnost zdraví sociální vztahy materiální zajištění psychologické aspekty

Nejprve předložíme údaje získané od pacientek, a potom údaje získané od všeobecných sester.

8.1 Z pohledu pacientek:

Schéma 3 - Předchorobí (z pohledu pacientek)



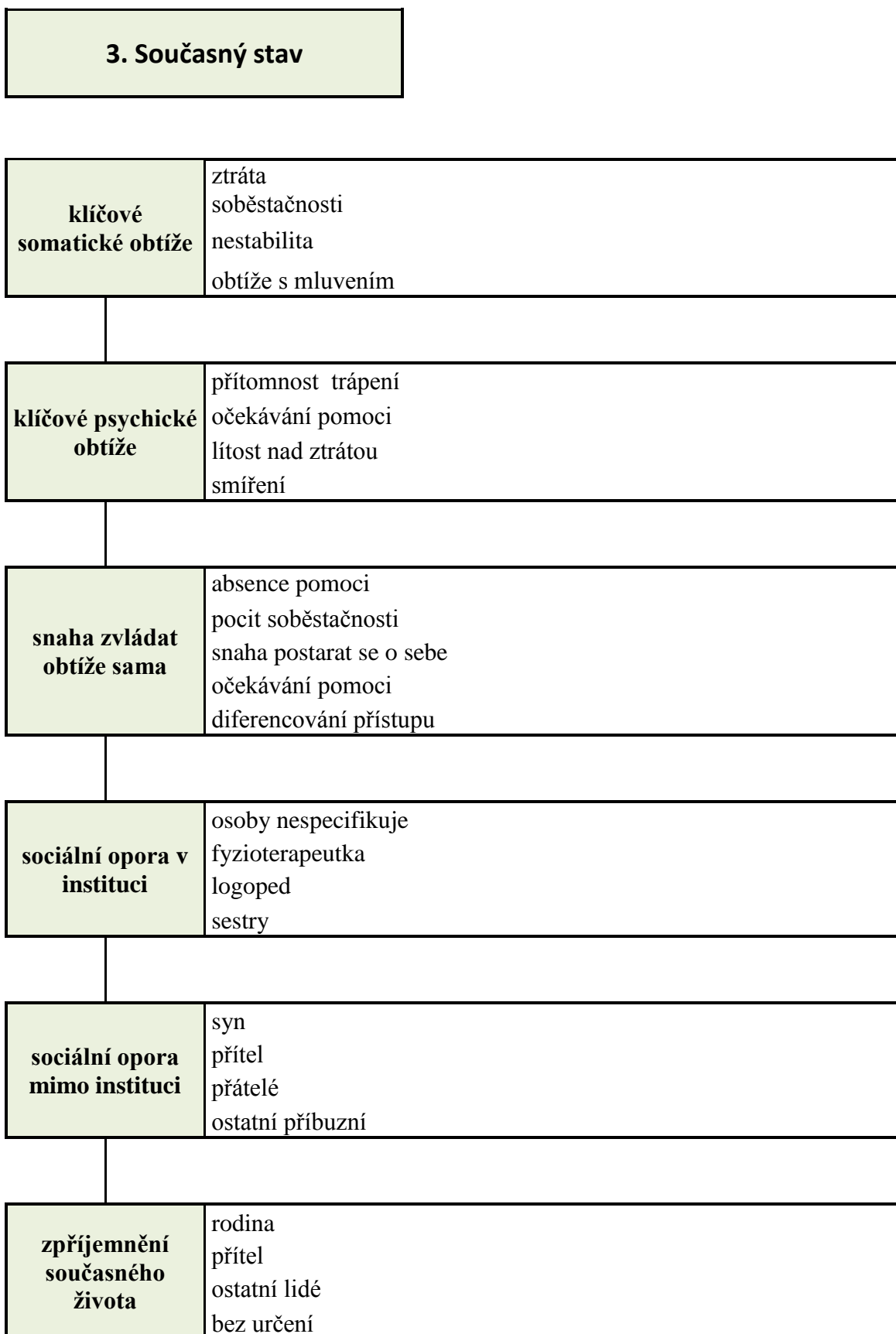
Předchorobí bylo podle významu rozděleno do tří částí, a to na: **převládající pocity a vztahy, převládající osobní vlastnosti a činnosti a zpříjemnění života pacientek.** V převládajícím stavu se nejčastěji u pacientek objevovaly výrazy: samota, vztah ke zvířatům, synovi, manželovi a vnoučatům. Z převládajících činností byla nejvíce uváděna pracovitost, samostatnost, domácí práce a pomoc dětem. Zpříjemněním života byla opět pracovitost, pomoc dětem, soběstačnost, radost z rodiny, radost ze změny, radost ze zvířat a radost z úpravy.

Schéma 4 - Kritický bod, změny a její důsledky (z pohledu pacientek)



Kritický bod, změny a její důsledky vyjadřoval fázi onemocnění, která souvisela se vznikem nemoci a zasahovala do oblasti somatické a psychické. Oblast somatickou charakterizovala témata: ztráta soběstačnosti, nestabilita a obtíže při komunikaci. V oblasti psychické se vyskytovala: přítomnost trápení, obavy z budoucnosti, očekávání pomoci, lítost nad ztrátou, lítostivost a pláč.

Schéma 5 - Současný stav (z pohledu pacientek)



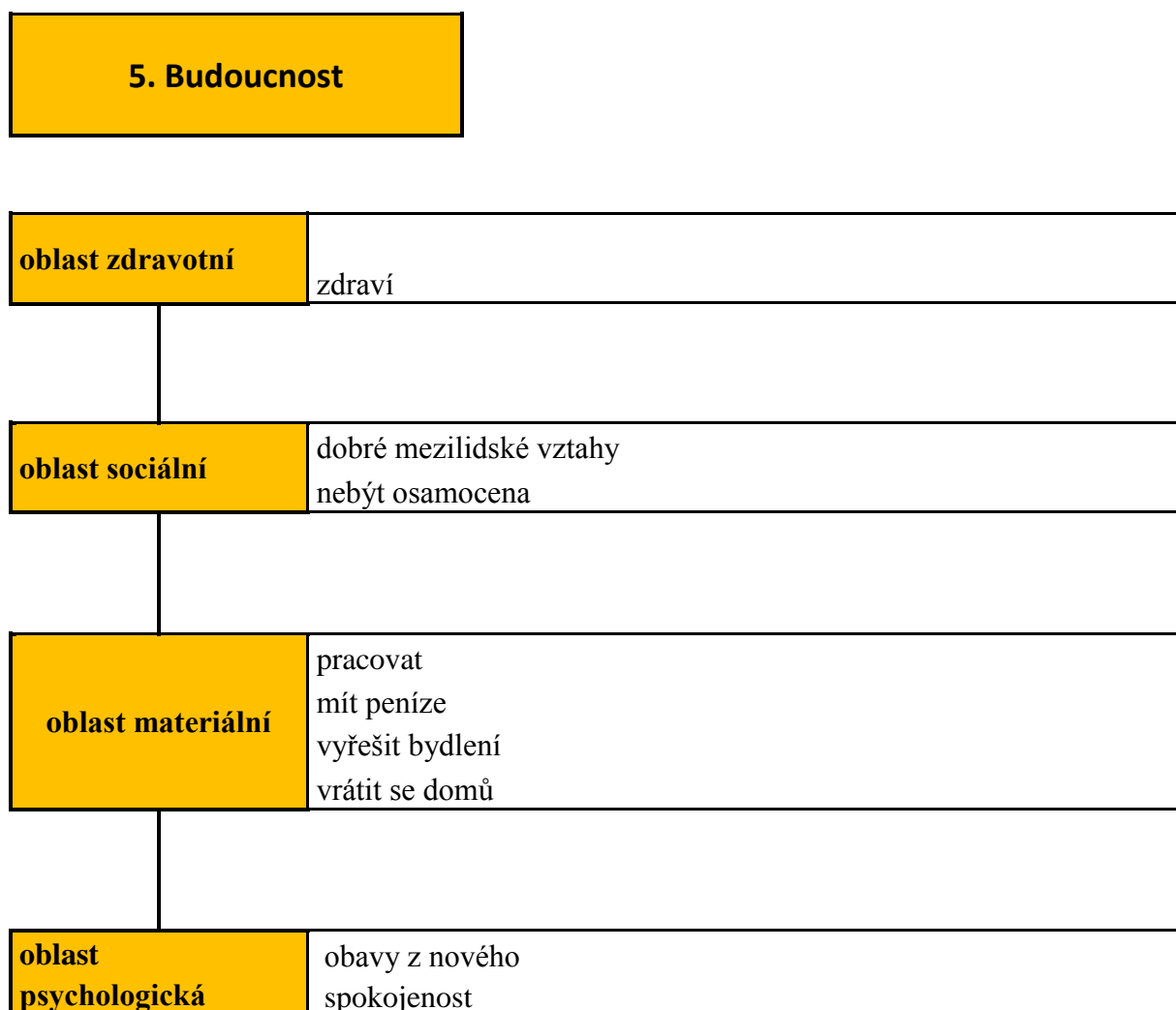
Současný stav pacientek zahrnoval celkem šest oblastí. První oblast nazvanou „**Klíčové somatické obtíže**,“ charakterizovala: ztráta soběstačnosti, nestabilita a zhoršení komunikace. Druhá oblast nazvaná „**Klíčové psychické obtíže**,“ měla souvislost s přítomností trápení, očekávání pomoci, lítost nad ztrátou a smířením. Ve třetí oblasti s názvem „**Snaha zvládat obtíže sama**“ bylo nejčastěji uváděno: odmítání pomoci ze strany okolí, pocit soběstačnosti, snaha postarat se sama o sebe, očekávání pomoci a také diferencování přístupu ostatních. Do čtvrté oblasti nazvané „**Sociální opora v instituci**,“ byly zařazeny nejprve osoby, které pacientky blíže nespécifikovaly, dále fyzioterapeuti, klinická logopedka a sestry. V páté oblasti s názvem „**Sociální opora mimo instituci**,“ byly uvedeny osoby: syn, přítel, přátelé a ostatní příbuzní. V šesté oblasti nazvané „**Zpříjemnění současného života**“ se nejvíce objevovalo : rodina, přítel, ostatní lidé nebo nikdo.

Schéma 6 - Vzpomínky (z pohledu pacientek)



Vzpomínky pacientek byly rozčleněny na negativně i pozitivně laděné. Vzpomínky negativně laděné souvisely s manželem a také s onemocněním. Vzpomínky pozitivně laděné byly zaměřené na zdraví, rodinu, domácnost, záliby a přítomnost, kterou vnímaly pozitivně.

Schéma 7 - Budoucnost (z pohledu pacientek)



Budoucnost pacientek byla zahrnuta do čtyř tematických oblastí: oblast zdravotní, oblast sociální, oblast materiální a oblast psychologická. Klíčovými k jednotlivým oblastem se tak staly výrazy: zdraví pod oblast zdravotní, dobré mezilidské vztahy, nebýt osamocena pod oblast sociální, pracovat, mít peníze, vyřešit bydlení, vrátit se domů pod oblast materiální a obavy z nového a spokojenost pod oblast psychologickou.

8.2 Shrnutí z pohledu pacientek

Předchorobí bylo období pro pacientky poměrně důležité, protože v něm popisovaly své **převládající pocity a vztahy, své převládající osobní vlastnosti a činnosti**, ale také to, co jim **zpříjemňovalo život**. Oblast s označením „Převládající pocity a vztahy,“ se vyznačovala samotou, vztahem ke zvířatům, synovi, manželovi a vnoučatům. Oblast s názvem „Převládající osobní vlastnosti a činnosti“ byla vyjádřena pracovitostí, samostatností, domácími pracemi a pomáhání dětem. Zpříjemněním života potom byla pracovitost, pomoc dětem, soběstačnost, radost z rodiny, radost ze změny, radost ze zvířat a radost z úpravy.

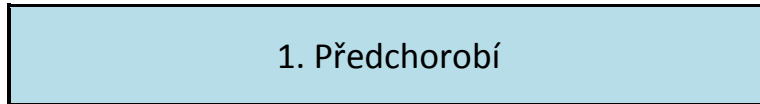
Kritický bod, změny a její důsledky představoval hlavní změnu, která nastala u pacientek v souvislosti se vznikem a projevem onemocnění. Ta se odrážela jak ve **změnách somatických**, tak i **psychických**. Změny somatické se projevíly ztrátou soběstačnosti, nestabilitou a obtížemi při komunikaci. Psychické změny byly vyjádřeny přítomností trápení, obavami z budoucnosti, očekáváním pomoci, lítostí nad ztrátou, lítostí a pláčem.

Současný stav pacientek zahrnoval celkem šest tematických oblastí. První oblast byla nazvána „**Klíčové somatické obtíže**“ a zahrnovala ztrátu soběstačnosti, nestabilitu, a také zhoršení komunikace. V druhé oblasti s názvem „**Klíčové psychické obtíže**,“ bylo nejčastěji uvedeno: přítomnost trápení, očekávání pomoci, lítost nad ztrátou a smíření. Třetí oblast s názvem „**Snaha zvládat obtíže sama**“ představovala odmítání pomoci ze strany okolí, pocit soběstačnosti, snahu postarat se sama o sebe, očekávání pomoci a také diferencování přístupu ostatních. Do čtvrté oblastí nazvané „**Sociální opora v instituci**,“ byly zařazeny nejprve osoby, které pacientky blíže nespecifikovaly, dále fyzioterapeuti, klinická logopedka a sestry. V páté oblasti nazvané „**Sociální opora mimo instituci**,“ byly uvedeny osoby: syn, přítel, přátelé a ostatní příbuzní. **Zpříjemněním současného života** byla rodina, přítel, ostatní lidé, nebo nikdo. **Vzpomínky** pacientek byly rozčleněny na **negativně i pozitivně laděné**. Vzpomínky negativně laděné souvisely s manželem, a také s onemocněním. Vzpomínky pozitivně laděné byly zaměřené na zdraví, rodinu, domácnost, záliby a současnost, kterou pacientky vnímaly pozitivně.

Budoucnost byla charakterizována čtyřmi tematickými oblastmi. Jednalo se o **oblasti zdravotní, sociální, materiální a psychologické**. Zdraví spadalo pod oblast zdravotní, oblast sociální se týkala dobrých mezilidských vztahů a nebýt osamocena, oblast materiální znamenala možnost pracovat, mít peníze, vyřešit bydlení, vrátit se domů a poslední, oblast psychologická zahrnovala obavy z nového a spokojenost.

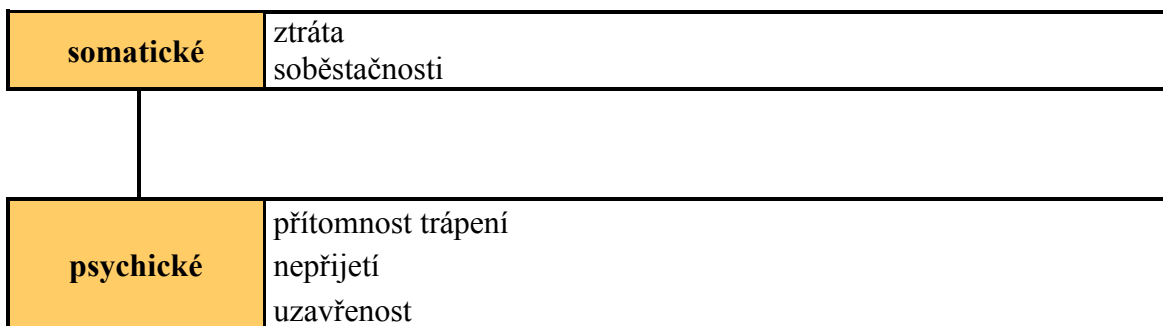
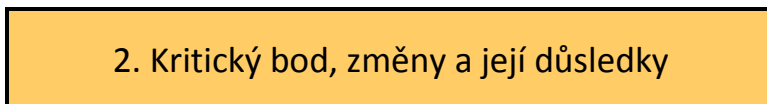
8.3Z pohledu všeobecných sester:

Schéma 8 - Předchorobí (z pohledu všeobecných sester)



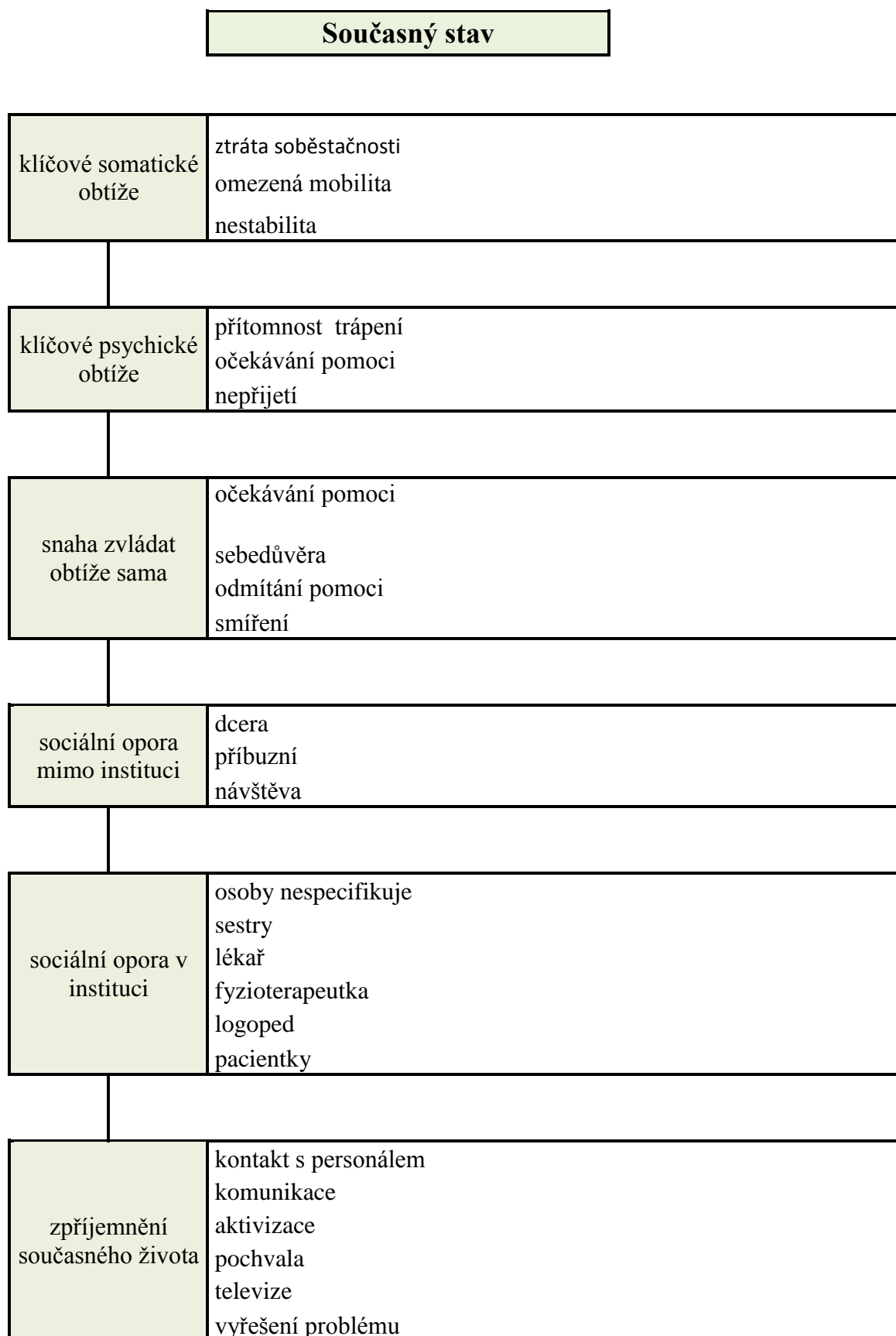
Předchorobí, se z pohledu sester ukázalo jako období, ze kterého bylo získáno velmi málo informací. Sestry se k němu v podstatě nevyjadřovaly.

Schéma 9 - Kritický bod, změny a její důsledky (z pohledu všeobecných sester)



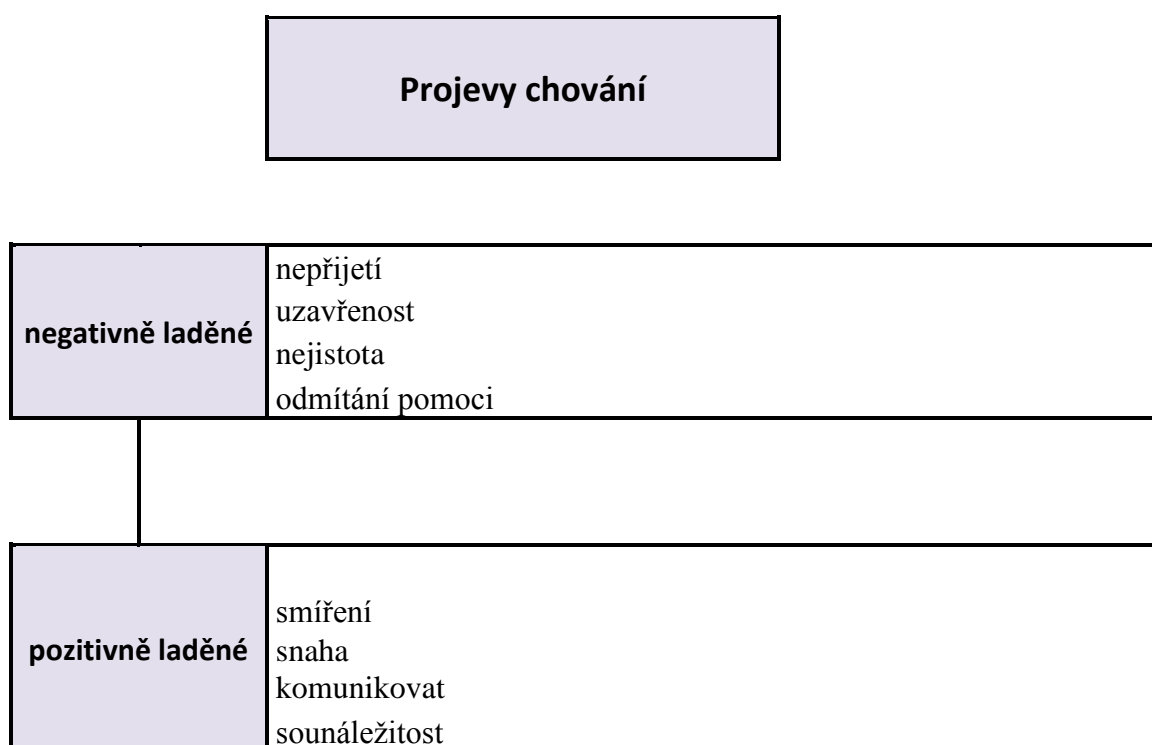
Kritický bod, změny a její důsledky byly charakterizovány dvěma tematickými oblastmi. oblast somatická, která se týkala ztráty soběstačnosti a oblast psychická, ve které bylo nejčastěji uváděno: přítomnost trápení, nepřijetí a uzavřenost.

Schéma 10 - Současný stav (z pohledu všeobecných sester)



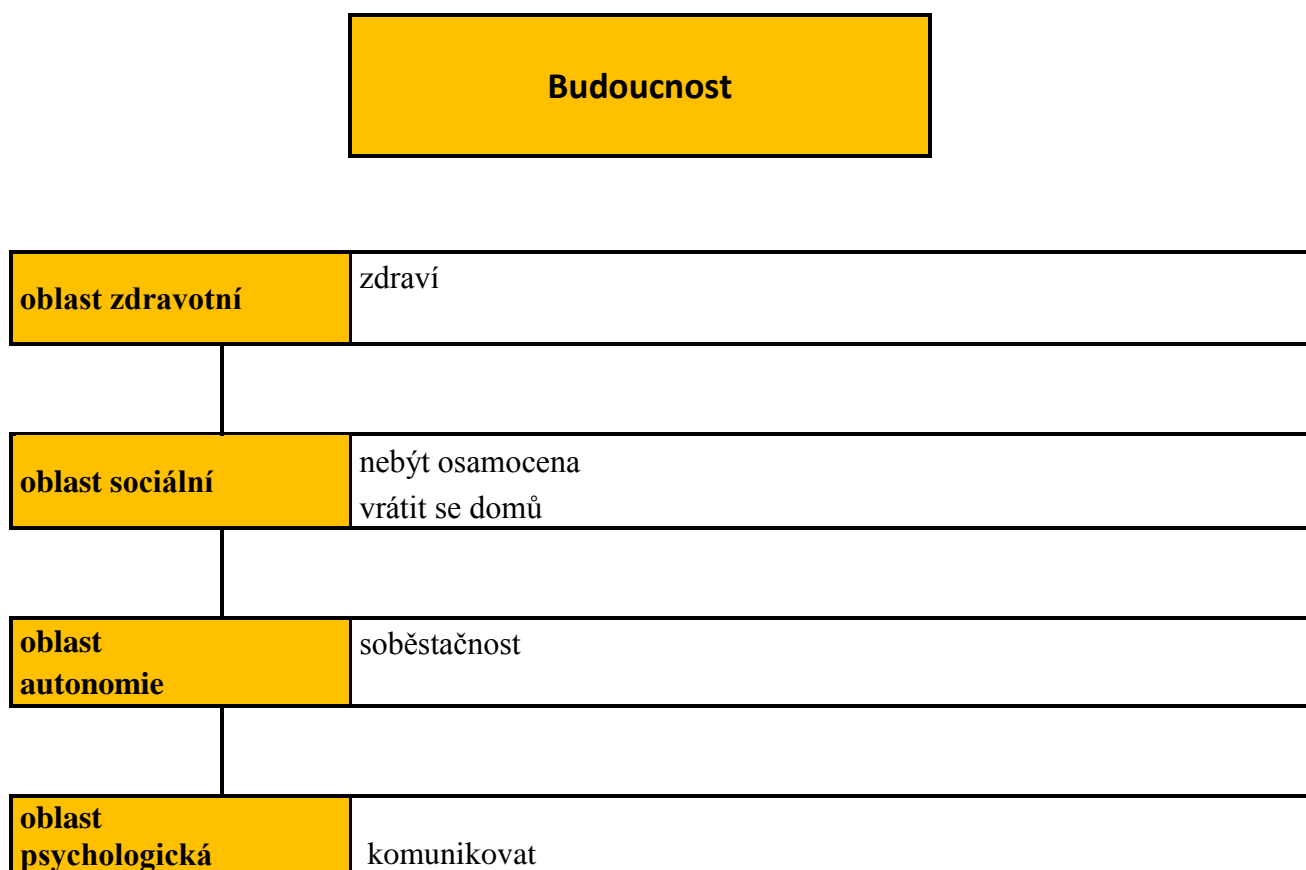
Současný stav byl vyjádřen v šesti různých oblastech, které charakterizovaly tělesný a duševní stav pacientek v aktuálním čase. Jednalo se o **klíčové somatické obtíže, klíčové psychické obtíže, snahu zvládat obtíže sama, sociální oporu v instituci, sociální oporu mimo instituci a zpříjemnění současného života**. V klíčových somatických obtížích se nejčastěji vyskytovalo: ztráta soběstačnosti, omezení mobility a nestabilita. Klíčové psychické obtíže představovaly: přítomnost trápení, očekávání pomoci, nepřijetí a odmítání pomoci. Snaha zvládat obtíže sama byla vyjádřena očekáváním pomoci, sebedůvěrou, odmítáním pomoci a smířením. Sociální oporou mimo instituci byla dcera, příbuzní a návštěva. Sociální oporou v instituci byly nejčastěji nespécifikované osoby, dále sestry, lékař, fyzioterapeutka, logoped a pacientky. Jako zpříjemnění současného života bylo uvedeno: kontakt s personálem, komunikace, aktivizace, pochvala, televize a vyřešení problému.

Schéma 11 - Projevy chování (z pohledu všeobecných sester)



Projevy chování byly charakterizovány podle svého ladění jako **negativně laděné a pozitivně laděné**. Negativně laděné chování symbolizovalo nepřijetí, uzavřenost, nejistota a odmítání pomoci. V projevech pozitivně laděného chování se zase vyskytovala: houževnatost, smíření, snaha komunikovat a sounáležitost.

Schéma 12 - Budoucnost (z pohledu všeobecných sester)



Budoucnost byla charakterizována do čtyř tematických oblastí. Jednalo se o **oblast zdravotní, sociální, autonomie a psychologickou**. Zdraví spadalo pod oblast zdravotní, nebýt osamocena a vrátit se domů pod oblast sociální, soběstačnost byla zařazena pod oblast autonomie a komunikovat pod psychologickou oblast.

8.4 Shrnutí z pohledu všeobecných sester.

Předchorobí, z pohledu sester se ukázalo jako období, ze kterého bylo získáno velmi málo informací. Sestry o něm téměř nic nevěděly, a proto se k němu v podstatě nevyjadřovaly.

Pro kritický bod, změny a její důsledky byly identifikovány dvě tematické oblasti. Oblast somatická, která představovala ztrátu soběstačnosti a oblast psychická, ve které bylo nejčastěji uváděno: přítomnost trápení, nepřijetí a uzavřenost.

Současný stav byl vyjádřen pomocí šesti různých oblastí, které charakterizovaly tělesný a duševní stav pacientek v aktuální době. Jednalo se o **klíčové somatické obtíže, klíčové psychické obtíže, snahu zvládat obtíže sama, sociální oporu v instituci, sociální oporu mimo instituci a zpříjemnění současného života**. V klíčových somatických obtížích se nejčastěji vyskytovalo: ztráta soběstačnosti, omezení mobility a nestabilita. Klíčové psychické obtíže představovaly: přítomnost trápení, očekávání pomoci, nepřijetí a odmítání pomoci. Snaha zvládat obtíže sama byla vyjádřena očekáváním pomoci, sebedůvěrou, odmítáním pomoci a smířením. Sociální oporou mimo instituci byla dcera, příbuzní a návštěva. Sociální oporou v instituci byly nejčastěji nespécifikované osoby, dále sestry, lékař, fyzioterapeutka, logoped a pacientky. Jako zpříjemnění současného života bylo uvedeno: kontakt s personálem, komunikace, aktivizace, pochvala, televize a vyřešení problému.

Projevy chování se vyznačovaly negativním a pozitivním laděním. **Negativně laděné chování** symbolizovalo: nepřijetí, uzavřenost, nejistota a odmítání pomoci. V projevech **pozitivně laděného chování** se zase vyskytovala: houževnatost, smíření, snaha komunikovat a sounáležitost.

Budoucnost byla strukturována do čtyř tematických oblastí. Jednalo se o oblast **zdravotní, sociální, o autonomii a psychologickou oblast**. Zdraví spadalo pod oblast zdravotní; nebýt osamocena a vrátit se domů pod sociální oblast, soběstačnost byla zařazena pod oblast autonomie a komunikovat pod psychologickou oblast.

8.5 Změny z pohledu pacientek a z pohledu sester.

1. Předchorobí

Podle zaměření bylo rozčleněno na: Převládající pocity a vztahy, Převládající osobní vlastnosti a činnosti a Zpříjemnění života.

Převládajícími pocity a vztahy u pacientek byly: samota, vztah ke zvířatům, synovi, manželovi a vnoučatům.

Převládajícími osobní vlastnosti a činnosti u pacientek byly: pracovitost, samostatnost, domácí práce a pomoc dětem.

Život pacientkám příjemněvaly: pracovitost, pomoc dětem, soběstačnost, radost z rodiny, radost ze změny, úpravy a radost ze zvířat.

Neshoda: Sestry se tímto obdobím nezabývaly.

2. Kritický bod, změny a její důsledky

Z pohledu pacientek i sester se jednalo o změny somatické a psychické.

a) Změny somatické

Pacientky uvedly: ztrátu soběstačnosti, nestabilitu a obtíže při komunikaci.

Sestry vyhodnotily: ztrátu soběstačnosti.

Společné: ztráta soběstačnosti.

Neshoda: Pacientky - nestabilita, obtíže při komunikaci.

b) Změny psychické

Pacientky uvedly: přítomností trápení, obavy z budoucnosti, očekávání pomoci, lítost nad ztrátou, lítostivost a pláčem.

Sestry vyhodnotily: přítomnost trápení, nepřijetí a uzavřenost.

Společné: přítomnost trápení

Neshoda: Pacientky - obavy z budoucnosti, očekávání pomoci, lítost nad ztrátou, lítostivost a pláč. sestry - nepřijetí a uzavřenost.

3. Současný stav

Vzhledem k tematické šíři tohoto období bylo nutné informace rozdělit do šesti oblastí, ke kterým byly informace vhodně přiřazovány. Jednotlivé oblasti byly nazvány: Klíčové

somatické obtíže, Klíčové psychické obtíže, Snaha zvládat obtíže sama, Sociální opora v instituci, Sociální opora mimo instituci a Zpříjemnění současného života.

a) Klíčové somatické obtíže

Pacientky uvedly stejné klíčové somatické obtíže jako v období kritického bodu: ztráta soběstačnosti, nestabilita a obtíže při komunikaci.

Sestry vyhodnotily: ztráta soběstačnosti, omezení mobility a nestabilita.

Společně: ztráta soběstačnosti a nestabilita.

Neshoda: Pacientky - obtíže při komunikaci. Sestry - omezení mobility .

b) Klíčové psychické obtíže

Pacientky uvedly: přítomnost trápení, očekávání pomoci, lítostí nad ztrátou a smíření.

Sestry vyjádřily: přítomnost trápení, očekávání pomoci, nepřijetí a odmítání pomoci.

Společně: přítomnost trápení, očekávání pomoci.

Neshoda: Pacientky - lítost nad ztrátou a smíření. Sestry - nepřijetí a odmítání pomoci.

c) Snaha zvládat obtíže sama

Pacientky uvedly: odmítání pomoci ze strany okolí, pocitem soběstačnosti, snahou postarat se sama o sebe, očekáváním pomoci a diferencovaný přístup ostatních.

Sestry vyhodnotily: očekávání pomoci, sebedůvěra, odmítání pomoci a smíření.

Společně: očekávání pomoci a odmítání pomoci.

Neshoda: Pacientky - pocit soběstačnosti, snaha postarat se sama o sebe, diferencovaný přístup ostatních. sestry - sebedůvěra a smíření.

d) Sociální opora mimo instituci

Pacientky uvedly: syn, přítel, přátelé a ostatní příbuzní.

Sestry vyhodnotily: dceru, příbuzné a návštěvu.

Společně: příbuzní.

Neshoda: Pacientky - syn, přítel, přátelé. Sestry - dcera, návštěva.

e) Sociální opora v instituci

Pacientky uvedly: blíže nespecifikované osoby, fyzioterapeutky, klinickou logopedku a sestry.

Sestry vyhodnotily: blíže nespecifikované osoby, sestry, lékař, fyzioterapeutky, klinická logopedka a ostatní pacientky.

Společné: blíže nespecifikované osoby, fyzioterapeuti, klinická logopedka, sestry.

Neshoda: Sestry – lékaři, ostatní pacienti.

f) Zpříjemnění současného života

Pacientky uvedly: rodina, přítel, ostatní lidé, nikdo.

Sestry vyhodnotily: kontakt s personálem, komunikace, aktivizace, pochvala, televize, vyřešení problému.

Společné : 0

Neshoda: Pacientky - viz pacientky uvedly. Sestry - viz sestry vyhodnotily

4 a. Vzpomínky

Byly negativně, pozitivně laděné.

Podle pacientek negativně laděné souvisely s: manželem, onemocněním.

Podle pacientek pozitivně laděné souvisely se: zdravím, rodinou, domácností, zálibami a současností.

Neshoda: Sestry se k této oblasti nevyjadřovaly.

4 b. Projevy chování

Byly negativně, pozitivně laděné.

Podle sester se negativně laděné chování projevovalo: nepřijetím, uzavřeností, nejistotou, odmítáním pomoci.

Podle sester se pozitivně laděné chování projevovalo: houževnatostí, smířením, snahou komunikovat, sounáležitostí.

Neshoda: Pacientky se svými projevy chování nezabývaly.

5. Budoucnost

Z pohledu pacientek byla rozdělena do čtyř oblastí a podle zaměření na: **oblast zdravotní, sociální, materiální a psychologickou.**

Z pohledu sester byla rozdělena také do čtyř oblastí a podle zaměření na: **oblast zdravotní, sociální, autonomie a psychologickou.**

Společné : oblasti - zdravotní, sociální a psychologické.

Neshoda: Pacientky – materiální oblast. Sestry - oblast autonomie.

Pacientky uvedly: zdraví jako oblast zdravotní; dobré mezilidské vztahy, nebýt osamocena jako oblasti sociální; možnost pracovat, mít peníze, vyřešit bydlení, vrátit se domů jako oblasti spíše materiální, obavy z nového a spokojenost jako oblasti psychologické.

Sestry uvedly: Zdraví jako oblasti zdravotní; nebýt osamocena a vrátit se domů jako oblasti sociální; soběstačnost jako oblasti autonomie; komunikovat jako oblast psychologická.

Společné: zdraví, nebýt osamocena, vrátit se domů

Neshoda: Pacientky - dobré mezilidské vztahy, možnost pracovat, mít peníze, vyřešit bydlení, obavy z nového a spokojenost. Sestry - soběstačnost, komunikovat.

8.6 Shrnutí neshody, společné

1. Předchorobí

Společné : 0

Neshoda : Sestry se tímto obdobím nezabývaly.

2. Kritický bod, změny a její důsledky.

a) Změny somatické

Společné : ztráta soběstačnosti.

Neshoda : Pacientky - nestabilita , obtíže při komunikaci. Sestry - 0.

b) Změny psychické

Společné: přítomnost trápení.

Neshoda: Pacientky- obavy z budoucnosti, očekávání pomoci, lítost nad ztrátou, lítostivost, pláč. Sestry - nepřijetí, uzavřenost.

3. Současný stav

a) Klíčové somatické obtíže

Společně: ztráta soběstačnosti a nestabilita.

Neshoda: Pacientky - obtíže při komunikaci. Sestry - omezení mobility.

b) Klíčové psychické obtíže

Společné: přítomnost trápení, očekávání pomoci.

Neshoda: Pacientky - lítost nad ztrátou a smíření. Sestry- nepřijetí a odmítání pomoci.

c) Snaha zvládat obtíže sama

Společné: očekávání pomoci a odmítání pomoci.

Neshoda: Pacientky- pocit soběstačnosti, snaha postarat se sama o sebe, diferencovaný přístup ostatních. Sestry- sebedůvěra a smíření.

d) Sociální opora mimo instituci

Společné: příbuzní.

Neshoda: Pacientky - syn, přítel, přátelé. Sestry- dcera, návštěva.

e) Sociální opora v instituci

Společné: blíže nespécifikované osoby, fyzioterapeuti, klinická logopedka, sestry.

Neshoda: Pacientky – 0. Sestry – lékaři, ostatní pacienti.

f) Zpříjemnění současného života

Společné : 0

Neshoda: Pacientky, Sestry

4 a. Vzpomínky

Neshoda: Sestry se k této oblasti nevyjadřovaly.

4 b. Projevy chování

Neshoda: Pacientky se svými projevy chování nezabývaly.

5. Budoucnost

Společné : názvy aspektů - zdravotní, sociální a psychologické.

Neshoda v názvu – pojetí aspektu: Pacientky – název materiální aspekty. Sestry - název aspekty autonomie.

Aspekty

Společné: zdraví, nebýt osamocena, vrátit se domů

Neshoda: Pacientky- dobré mezilidské vztahy, možnost pracovat, mít peníze, vyřešit bydlení, obavy z nového, spokojenost. Sestry- soběstačnost, komunikovat.

9. Diskuze

Matematicky řečeno: zhruba ve dvou třetinách tematických oblastí se pohled pacientek a pohled sester na kvalitu života shoduje. Ke shodě došlo celkem devětkrát ze 13 identifikovaných oblastí, přičemž 4 oblasti měly svá specifika. V jedné z nich (Zpříjemnění současného života) nedošlo vůbec k žádné shodě mezi sestrami a pacientkami, pro další dvě bylo nutné vytvořit odlišný název, vzhledem k odlišným formulacím ze strany sester a pacientek (Vzpomínky, Projevy chování). V neposlední řadě byla jedna oblast (Předchorobí) hodnocena pouze pacientkami, sestry se touto oblastí nezabývaly.

Do neshody byly tedy zahrnuty i ty oblasti, které nebyly hodnoceny některou skupinou respondentek, tedy celkem třináctkrát se objevila nějaká neshoda u pohledu pacientky a z pohledu sestry na kvalitu života. Číselné údaje ovšem vypovídají pouze o jedné stránce pohledu na kvalitu života. Během výzkumu se objevily další zajímavé poznatky.

Otevřené otázky, které zazněly v rozhovoru, byly vybrány tak, aby zachytily minulost, současnost, ale i představu o budoucnosti kvality života z pohledu pacientek, a z pohledu sester. Vytvořené názvy pro jednotlivé oblasti tak vystihují časové období, ke kterému byly otázky směřovány.

Předchorobí, je název časového období souvisejícího s minulostí pacientek. Od sester nebyla z tohoto období zachycena skoro žádná informace. Naproti tomu pacientky k tomuto období sdělily poměrně dost informací, které se týkaly jejich dřívějšího způsobu života. Uváděly své schopnosti, zájmy, vykreslovaly obraz zdravého a soběstačného člověka. Pravděpodobně pokud by sestry tyto informace měly, umožnilo by jim to posoudit skutečné změny, které u pacientek nastaly vlivem onemocnění. Rovněž i projevy empatie sester vůči pacientkám by byly mnohdy sestrami lépe zvládnány, zvláště v případě pacientek s negativními projevy chování, způsobeného nežádoucí změnou kvality jejich života .

Kritický bod, změny a její důsledky je název pro období, které nastalo u pacientek v začátku vypuknutí onemocnění, kdy došlo k akutním změnám v jejich zdravotním stavu. Pacientky i sestry uváděly pro změny somatické ztrátu soběstačnosti, i když způsob jejího sdělení byl odlišný jak ze strany sester, tak ze strany pacientek. Pacientky vzpomínaly, jak byly dříve schopny udělat si všechno samy, což už nyní nelze. Podrobně však nerozváděly, co všechno nyní nemohou, např. schopnost se samostatně umýt, obléct, provádět hygienické návyky atd. Bylo překvapivé, že pacientky nebyly schopny vyjmenovat, v čem všem jim zdravotníci pomáhají, ačkoliv u většiny respondentek byla nutná dopomoc ve všech oblastech. Jakoby si neuvědomovaly svůj deficit sebezpečí, ani rozsah pomoci zdravotnického personálu, na kterou jsou nyní odkázány. Naopak sestry, dobře znaly a podrobně jmenovaly, jakou ošetrovatelskou péčí bylo nutné u každé z pacientek zajistit. Tento rozdíl má své opodstatnění. Dá se tedy předpokládat, že pokud dojde k uspokojení potřeb, byť i za přispění jiné osoby, poklesne intenzita jejich vnímání a vystoupí do popředí ty, které uspokojeny nejsou.

Psychické změny pacientek provázely obavy z budoucnosti, očekávání pomoci, lítost nad ztrátou a lítostivé projevy. Naproti tomu sestry vyhodnotily hlavní změny v psychickém stavu pacientek nepřijetím nové změny a uzavřeností. Nepřijetí změny, jak sestry postřehly, bylo vyjádřením lítostí nad ztrátou, očekáváním pomoci, lítostivými projevy a obavami z budoucnosti. Sestrám změna v psychickém stavu neunikla, přesto by měly pátrat, co je příčinou uzavřenosti pacientek, rozlišovat zda se jedná o přirozenou vlastnost, nebo zhoršující psychický stav pacientek.

Současný stav je název zahrnující aktuální stav pacientek. Jako rozdílné klíčové somatické obtíže pacientky uvedly obtíže při komunikaci, sestry omezení mobility. Pro sestry byl důležitý pohyb, pacientky upřednostňovaly komunikovat bez obtíží. Rozdílnost v prioritách mezi jednotlivými potřebami tak mohl být zdrojem někdy nedostatečné spolupráce při aktivizaci. Malušková (2011) ve své bakalářské práci zaměřené na kvalitu života jedince po cévní mozkové příhodě potvrzuje, že již při odebrání anamnézy je nutné se zaměřit na zjišťování poruchy řeči, poruchy výslovnosti a následně nezbytnost přítomnosti logopeda v týmu odborníků v rámci léčebné rehabilitace (P. Malušková, 2011).

Smejkalová (2011) se ve své diplomové práci zabývala problematikou komunikace a jejími složkami, příčinou afazie a škálou příznaků, které doprovázejí narušenou komunikační schopnost. Potvrzuje, že logopedická intervence je velmi často indikována právě v souvislosti s cévní mozkovou příhodou (J. Smejkalová, 2011).

Klíčové psychické obtíže pro pacientky představovaly také lítost nad ztrátou a smíření, pro sestry nepřijetí a odmítání pomoci. Smíření, projevující se odmítáním pomoci a vedoucí k projevům rezignace, znamenalo pro sestry nelehký úkol, jehož cílem bylo pomáhat pacientkám nalézt ztracenou sebedůvěru, odhalit schopnosti, které bylo možné rozvíjet a povzbuzovat k radosti i z malých úspěchů.

V oblasti samostatnosti zvládání obtíží, pacientky uvedly soběstačnost, snahu postarat se sama o sebe a diferencovaný přístup. Sestry uvedly sebedůvěru a smíření. Soběstačnost, jak ji pacientky často uváděly, ovšem nevycházela z reálného pohledu na svůj současný stav, kdy byly víceméně z velké části závislé na pomoci sester. Tento nereálný pohled vyplýval z nepřijetí současného stavu a popírání své závislosti, kterou si nechtěly připustit. Pacientky se snažily přesvědčit okolí, že jsou na tom jinak, než jsou vnímány, ačkoliv jejich objektivní stav nasvědčoval něčemu jinému. Svá zjištění jsem srovnávala s poznatky Baumanové (2012), která ve své diplomové práci zkoumala změny v životě lidí po cévní mozkové příhodě, a potvrzovala změny, které nastaly v oblasti fyzické, psychické a sociální (B. Baumanová, 2012).

Pro pacientky s minimálním kognitivním deficitem bylo velmi obtížné hovořit o svém současném stavu a bylo vidět, že vědomí závislosti na druhých osobách jim přinášelo trvalé trápení. Rozhovory s těmito pacientkami byly doprovázeny lítostivostí a emocemi nebo se pacientky ve svých odpovědích těmto otázkám vyhýbaly a odbíhaly od tématu. Bylo nutné, aby sestry, zajišťující ošetrovatelskou péči, dokázaly minimalizovat trápení pacientek, aby

uměly odpoutat pozornost pacientek při provádění ošetrovatelských činností tak, aby jim toto jejich trápení bylo co nejméně připomínáno. Kovaříková (2012) se ve své bakalářské práci zaměřila na komplexní ošetrovatelskou péči o klienty po mozkové příhodě a zároveň v ní ji potvrdila jako velkou zátěž je pro klienty, pečující a rodiny (J. Kovaříková, 2012).

Pacientky se středně těžkou demencí dokázaly o sobě hovořit více bez emocí a tolik se netrápily změnami svého současného stavu následkem polymorbidity. Zřejmě si tolik všechno neuvědomovaly. Diferencovaný přístup ostatních (sanitárky, sanitáři, sestry, fyzioterapeutky...) znamenal, že pacientky rozlišovaly přístup zdravotnického personálu při zajišťování svých potřeb. Role vzájemného vztahu mezi pacientkami a zdravotnickým personálem by měla být během poskytování ošetrovatelské péče natolik vzájemná, že by pacientky neměly mít důvod vyčleňovat, na koho se v případě pomoci budou obracet a koho raději vynechají.

V případě sociální opory v instituci, pacientky jmenovaly blíže nespécifikované osoby, pracovníky různých zdravotnických profesí a sestry. Pro pacientky byly nejdůležitější ty osoby, na které se mohly v případě potřeby kdykoliv obrátit, které se projevovaly stále stejnou ochotou a na které se mohly spolehnout. Pro pacientky tedy nebylo důležité, kdo práci kolem nich vykonává, zda se jedná o sestru nebo jiného odborného pracovníka, hodnotily především přístup pomáhajících osob. Byla pro ně také důležitá práce fyzioterapeutky a klinické logopedky. Sestry, protože se o pacientky nejvíce staraly, uváděly nejčastěji sebe, dále fyzioterapeutky a klinickou logopedku.

Zpříjemnění současného života bylo oblastí, ve které se nepodařilo zachytit žádný společný bod pro obě skupiny. Pacientky nejčastěji uváděly přítomnost různých osob, rodiny, přátel, smutné bylo i sdělení, že nic. Sestry viděly zpříjemnění současného života pacientek v kontaktu s personálem, komunikací, aktivizací, pochvalou a vyřešením problému. Pro pacientky byla přítomnost rodiny nejdůležitější, další kladné vytvořené hodnoty byly již zástupné. Všechny záležitosti, které sestry jmenovaly, byly rovněž důležité a do oblastí zpříjemnění současného života pacientek patřily, nemohly však nahradit přítomnost příbuzných. Rozdíl v jednotlivých pohledech byl zapříčiněn tím, že sestry neprošly stejnou zkušeností, jako pacientky.

Vzpomínky byly pozitivně i negativně laděné. Pacientky při nich vzpomínaly na období, kdy se těšily dobrému zdraví, co všechno zvládaly, na své rodiny, své záliby a domácnost. Negativně laděné vzpomínky souvisely převážně s vlastním onemocněním, někdy i s obtížemi

v manželství. Sestry si všímaly, (protože neznaly minulost pacientek), změn projevů chování pacientek od přijetí do současnosti. Mezi nejčastější projevy pozitivního chování patřila houževnatost, smíření, snaha komunikovat a sounáležitost. Tyto vlastnosti nasvědčovaly o schopnosti adaptace na změnu prostředí. Smíření, neboli uznání reality, znamenalo pro pacientky rozhodnout se pro optimální aktivity a netrápit se opakovaným srovnáváním, co již nelze, anebo nereálnými cíli. Projevy chování, jako nepřijetí, uzavřenost, nejistota, odmítání pomoci, patřily mezi negativně laděné projevy chování. Tyto pacientky by měly být vnímány s pohledu ošetřujícího personálu jako rizikově. Vážne vzájemná komunikace a bývá tendence si pacientek příliš nevímat. Pozitivním bylo, že sestry dokázaly citlivě rozpoznat projevy duševního stavu u svých pacientek. Otázkou však zůstává, jaké jsou další kroky sester, zda se nezastaví u slov, že dokážeme popsat chování svých pacientek.

Budoucnost z pohledu pacientek a sester se lišila důrazem pacientek na materiální aspekty a u sester to byly autonomní aspekty, především soběstačnost. Pacientky si přály mít peníze, vyřešit bydlení, cestovat, být ve vlastním domě, možnost pracovat, dobré mezilidské vztahy, spokojenost, ale i obavy z nového. Sestry uvedly soběstačnost a komunikovat. Pojem „možnost pracovat“, jak uvedly pacientky je jakýmsi synonymem soběstačnosti, lidé schopni pracovat jsou zpravidla soběstační a finančně nezávislí. Pro sestry je zase komunikace nezbytná při výkonu jejich povolání, proto ji uvádí jako nepostradatelnou součást budoucí kvality života.

10. Shrnutí pro všeobecné sestry v těchto zařízeních.

Čeho si sestry všímaly?

Funkčního a stranového poškození těla („...je na pravou stranu ochrnutá.“). Rozeznávaly individuální potřeby pacientek („...nemůže jít sama na záchod.“). Popisovaly změny chování pacientek („...ona je teď plačtivá.“), povahové vlastnosti („...hrozně si to přeje.“), úroveň kognitivních funkcí („...ona ví, jak to má dělat...“). Všímaly si, jakou mírou nemoc pacientky ovlivňuje („...hlavně její trápení, že nemůže chodit.“). Sledovaly úroveň spolupráce ze strany pacientek při zajišťování ošetrovatelské péče („...že na nás spoléhá víc, než by bylo potřeba.“) Stranové poškození u pacientek řešily vhodnou úpravou prostředí („...aby stoleček měla po pravé straně.“). Rozeznávaly komunikační schopnosti pacientek („...hůř se jí mluví...“). Vyhodnocovaly rizika a snažily se jim účelně předcházet („...hrozí tam pády u ní.“).

Vyhodnocovaly neefektivní postupy, např. překlady na pokoje méně vhodné pro pacientky („přestěhovaly jsme ji na šestku, bylo to pro ni nešťastný..“) a postupy žádoucí („pochválit ji, když se jí něco povede..“). Sledovaly, co si pacientka přeje („ona nechce, abysme jí rozkouskovaly to maso..“). Podporovaly rozvoj sebepéče („chce to sama udělat, takže se pochválí..“). Všimaly si přítomnosti návštěv („žádná návštěva za ní nejde..“).

Čeho si sestry nevšimaly?

Pacientky uváděly, jak byly dříve zaměstnané („pracovala jsem jako úřednice..“), čím se zabývaly („člověk vařil, pral, uklízel..“), jaké měly koníčky („měla jsem zahrádku..“), záliby („já jsem se ráda nastrojila, učesala..“). Co prožily („já jsem s hrůzou čekala, když někdo zazvonil..“), životní tragédie („co syn mi umřel..“). Jak se angažovaly („hlídala jsem vnoučata..“). Na co vzpomínaly („Práce jsme udělali „). Co je potěší („já su vděčná, když na mě promluví..“). Jaký k nim mají sestry přístup („když mně řeknou paní..“). Z čeho mají radost („vnoučata, když tady za mnou chodí..“). Co je největším přáním („vrátit se domů..“). Co pacientky vnímají („když zazvoním, když začnou mluvit..“).

Čeho by si měly všimnout?

PŘÍTOMNOST:

Pohled pacientek na sestry: Jak pacientky hodnotí pomoc sester? Jak pacientky hodnotí přístup sester?

Zvláštnosti chování pacientek:

Snaží se zvládnout některé činnosti samostatně? Pokud ano, co je motivuje, pokud ne, co jim brání? Proč se nedaří některé činnosti zvládnout?

Jsou spokojené? Kdy jsou pacientky spokojené, ve kterých situacích ?

Mají z něčeho radost? Z čeho mají radost?

Jsou uzavřené? Co je příčinou jejich uzavřenosti?

Bojí se něčeho? Z čeho mají pacientky strach nebo obavy?

Přetrvávají u pacientek především negativní projevy chování? Co je jejich příčinou?

Co pacientkám pomáhá, nebo co by jim pomohlo?

MINULOST:

Jak byly pacientky informovány o svém onemocnění? Jak je samy chápaly? Které aspekty nemoci si „hlídají“? Jaký mají pohled na svůj život celkově, jak svůj život bilancují? Co v něm bylo pozitivního? Co dokázaly, co za nimi zůstane?

BUDOUCNOST:

Jakou mají představu o dalším vývoji svých nemocí? Jakou mají představu o svém dalším životě? Touží po návratu domů? Jsou jejich představy reálné? Dělají něco pro zlepšení svého stavu s ohledem na budoucnost? Mají důvod proč dál žít? Co je motivuje do budoucna?

Na co by měly sestry pacientky upozorňovat?

Zavést rozhovor s pacientkami, jaké to bylo, než se ta příhoda stala. Jak to vidí samy pacientky? V čem je nezbytné jim zcela pomáhat? Kde by byla větší šance rozvíjet samostatnost nebo zlepšit spolupráci? Která místa jsou stabilní a zvládnou je bez pomoci sester? Jaký význam má tento přístup? Jak vidí pacientky svou budoucnost? Co jim nyní způsobí radost?

ZÁVĚR

Kvalitu života seniorů studovala tato bakalářská práce ze dvou pohledů: pohledu pacienta a z pohledu sestry, která o něj pečuje. Výzkum byl prováděn v zařízení následné lůžkové péče. Zúčastnilo se ho šest polymorbidních pacientek a šest všeobecných sester, které se o tyto pacientky staraly. Jednalo se převážně o kvalitativní výzkum.

Cílem výzkumné sondy bylo zjistit, jaký pohled mají na kvalitu svého života pacientky a jak jej vidí všeobecné sestry. Dalším cílem bylo najít shody a neshody a vytipovat oblasti, na které by se měl ošetrovatelský personál zaměřit. Získané poznatky by pak měly vést ke zlepšení kvality života hospitalizovaných pacientek, a tak napomáhat vzájemné spokojenosti obou stran.

Součástí rozhovorů s polymorbidními pacientkami byly otevřené otázky, jež se zaměřily na tři časové úseky jejich života: na minulost, přítomnost a budoucnost. Hlavním důvodem bylo, zjistit co nejvíc informací o pacientkách, o jejich způsobu života a jejich způsobu uvažování o svém zdravotním stavu. Výsledkem tematické analýzy byl teoretický model, který má tyto části: Předchorobí, Kritický bod, Současný stav, Vzpomínky a Budoucnost. Ukázalo se, že ve dvou třetinách identifikovaných oblastí se získané informace (pohled) pacientek a sester ztotožňoval. Znamenalo to, že se do značné míry potvrdila profesionalita sester a jejich schopnost empatie. Ze třinácti oblastí byly neshody zaznamenány ve čtyřech oblastech. Příčiny neshod se týkaly např. toho, že se sestry o danou oblast nezajímaly, nebo v jedné z oblastí nebyla žádná shoda mezi sestrami a pacientkami, anebo vnímaly a popisovaly danou oblast jinak, vyjadřovaly se k ní odlišným způsobem.

Z provedené výzkumné sondy vyplynul okruh otázek „čeho by si měly sestry všimnout“, protože s kvalitou života pacientů velice úzce souvisí. Je na ošetrovatelském personálu, jak dalece bude tyto otázky využívat, aby tak mohl nahlédnout do jednotlivých stránek pacientova života, a tím se mu také více přiblížit. Také bude záležet na tom, jak personál bude chtít naplnit to, co pacient očekává a k čemu tento výzkum od začátku směřoval. Jestliže se nám podařilo pomocí těchto otázek ještě hlouběji poznat pacienta, najít k němu cestu, dosáhnout reálných cílů, a máme-li před sebou obraz spokojeného pacienta, pak měla tato práce svůj význam.

ANOTACE

Autor: Emilie Portlová
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství
Název práce: Pohled pacienta a pohled sestry na kvalitu života
Vedoucí práce: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran: 125
Počet příloh: 17
Rok obhajoby: 2014
Klíčová slova: geriatrický pacient , syndromy, deteriorace, polymorbidita, polyfarmakoterapie, kvalita života, spokojenost, MMSE diagnostický test
Keywords: 8

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života polymorbidních pacientek, seniorek, hospitalizovaných v zařízení následné péče. Cílem práce bylo zjistit zda a v jaké míře se liší pohled vybraných pacientek a pohled sester na kvalitu života pacientek. V teoretické části se pojednává především o stáří a stárnutí, jeho příčinách, pozitivních, negativních a možnostech terapie z pohledu vědeckých studií. Dále charakterizuje pojmy související s bakalářskou prací, jako geriatric, geriatrický pacient, ale i pojem kvalita života a jeho přístupy měření. V empirické části byla zkoumána kvalita života šesti polymorbidních pacientek a byl zvolen kvalitativní přístup. Šlo o rozhovor, který byl nahráván, přepsán do protokolu a analyzován. Výsledkem byl teoretický model, který má tyto části: Předchorobí, Kritický bod, Současný stav, Vzpomínky a Budoucnost. Pacientky porovnávaly svůj současný stav, svou aktuální kvalitu života tak, jak ji prožívají nyní, během onemocnění, s kvalitou života před onemocněním a s výhledem do budoucnosti. Potvrdilo se, že u většiny pacientek polymorbidita zasáhla kvalitu života ve všech oblastech života. Druhou částí respondentů byly sestry, které pacientky znaly a zajišťovaly jim ošetrovatelskou péči. Problematika pacientek byla tedy přenesena na sestry s očekáváním, do jaké míry jsou ony schopny ji rozpoznat a vyjádřit v souladu s obsahovým sdělením pacientek. Ukázalo se, že sestry jsou v některých oblastech v souladu s pacientkami, v některých oblastech se ale rozcházejí. Na základě výzkumu vyvstal návrh otázek, který by měl sestřím umožnit zachytit a poznat

jednotlivé stránky života pacientů, a tím i přispět ke zlepšení kvality života těch, o které se starají.

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the quality of life of polymorbid women patients, seniors hospitalized in the institution of subsequent care. The aim of the work was to determine whether and to what extent there is a difference between the selected patients' view and the nurses' view of the patients' quality of life. The theoretical part primarily focuses on the old age and ageing process, its causes, positive and negative sides, and therapy options in terms of scientific studies. It also describes the terms related to the bachelor thesis, such as geriatrics, geriatric patient, but also the concept of quality of life and its measurement approaches. The empirical part studies the quality of life of six patients and there was chosen a qualitative approach. It was a recorded interview, which was transcribed into a protocol and analysed. It resulted into a theoretical model, which has these parts: Period before the illness, Turning-point, Current state, Memories and Future perspectives. The chosen patients compared their current state, their present quality of life in the way how they experience it during the illness with the quality of life before the illness, and with their view to the future. It was confirmed that polymorbidity had affected their quality of life in all areas. The other group of respondents consisted of nurses who knew the patients and provided them with a nursing care. Problems of patients were thus transmitted to the nurses with a question to what extent they will be able to recognise them and express them in accordance with the patients' statements. It was proved that in some areas nurses were consistent with their patients, however, in some areas they diverged. On the basis of this research a list of questions has come out, which should enable nurses to notice and recognize particular aspects of patients' life, and thus contribute to the improvement of their quality of life.

LITERATURA A PRAMENY

ČORNANIČOVÁ, R., *Kvalita života v séniu*. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O., (Eds.). *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Zdravotně sociální fakulta Ostravské university v Ostravě ve spolupráci s nakladatelstvím František Šalé - ALBERT v Boskovicích, Blansko. Reprocentrum a.s., 2004, s. 143-153. ISBN 80-7326-026-3

DASS, R. *Stále tady. Přijímání stárnutí, změn a smrti*. Praha: Pragma, 2002.

ISBN 80-7205-882-7

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-31.

GRUSS, P. (ed) *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009. s. 7-153. ISBN 978-80-7367-605-6

HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. s. 239.

ISBN 80-7178-803-1

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989. s. 252-350. ISBN 80-7038-158-2

HEND, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7367-060-2

HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-247-4772-9

KALVACH, Z., a kol. *Demografie stáří, Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 51-53, ISBN 80-247-0548-6

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří, Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén 2006, s. 12-35. ISBN 80-7262-455-5

KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H.,

WIJA, P., a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha. Grada Publishing a.s. , 2011. ISBN 978-80-247-4026-3

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0

KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4

MANDINCOVÁ, P. *Psychosociální aspekty péče o nemocného Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 52-76. ISBN -978-80-247-3811-6

MAREŠ, J. *Problémy se zjišťováním kvality života seniorů*. Praktický lékař 2014, 94(1) Print, 2014, s. 22-37, ISSN 0032-6739

MAREŠ, J., a kol., *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD 2006, ISBN 80-86633-65-9

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha. Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1362-4

SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2010. s.119-120. ISBN 978-80-247-3013-4

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří, Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon, 2007. s. 24-155. ISBN 978-80-8629-62-5

ŠAFRÁNKVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. s.193-200. ISBN 80-247-1777-8

ŠEVČÍK, R., ŠEĐOVÁ, K., a kol, *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-313-0

ÚLEHLA, I., *Umění pomáhat*. Praha: Slon, 1999. s. 69-74. ISBN 80-85850-69-9

Elektronické zdroje

Zákon o sociálních službách [Online].(cit.2014-03-01). Dostupné z:

<http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm>

Zákon o zdravotních službách[Online].(cit.2014-03-01). Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html

MALUŠKOVÁ, Petra. <i> Kvalita života jedince po cévní mozkové příhodě.</i>
[Online].Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně
v r.2011.[cit.2014-05-17]. Dostupné z : <http://is.muni.cz/th/264990/pedf_b/>

SMEJKALOVÁ, Jana. <i> Logopedická intervence u osob po cévní mozkové příhodě.</i>
[Online].Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně
v r.2011.[cit.2014-05-17]. Dostupné z : https://is.muni.cz/th/209439/pedf_m/

BAUMANOVÁ, Barbora> Změny v životě lidí po cévní mozkové příhodě.</i>
[Online].Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně
v r.2012.[cit.2014-05-17]. Dostupné z : [https:// is.muni.cz/th/385645/pedf_m/](https://is.muni.cz/th/385645/pedf_m/)

KOVAŘÍKOVÁ, Jaroslava> Komplexní ošetrovatelská péče o klienty po cévní mozkové
příhodě.</i> [Online].Bakalářská práce obhájená na Jihočeské univerzitě v Českých
Budějovicích v r.2012.[cit.2014-05-17]. Dostupné z :
theses.cz/id/4y2r86/Komplexn_oetovatelsk_pe_o_klienty_po_cvn_mozkove_prihode

SEZNAM TABULEK A SCHÉMAT

Tabulka 1 - Projekce demografického vývoje zpracovaná Českým statistickým úřadem	9
Tabulka 2 - Naděje dožití počtu let pro muže a ženy v ČR v roce 2050	9
Tabulka 3 - Příklady dotazníků obecných, generických.....	45
Tabulka 4 - Příklady dotazníků obecných	45
Tabulka 5- Příklady dotazníků specifických	46
Tabulka 6 - Příklady kombinace dotazníků obecné generického se specifickým	46
Schéma 1 - Struktura podle času	54
Schéma 2 - Struktura podle času a konkretizace	55
Schéma 3 - Předchorobí (z pohledu pacientek)	56
Schéma 4 - Kritický bod, změny a její důsledky (z pohledu pacientek)	57
Schéma 5 - Současný stav (z pohledu pacientek).....	58
Schéma 6 - Vzpomínky (z pohledu pacientek).....	59
Schéma 7 - Budoucnost (z pohledu pacientek)	60
Schéma 8 - Předchorobí (z pohledu všeobecných sester).....	62
Schéma 9 - Kritický bod, změny a její důsledky (z pohledu všeobecných sester).....	62
Schéma 10 - Současný stav (z pohledu všeobecných sester)	63
Schéma 11 - Projevy chování (z pohledu všeobecných sester)	64
Schéma 12 - Budoucnost (z pohledu všeobecných sester).....	65

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Žádost o povolení výzkumného šetření	87
Příloha č. 2 - Test kognitivních funkcí - Mini Menatl State Exam (MMSE)	88
Příloha č. 3 - Rozhovor s pacientkou č. 1	89
Příloha č. 4 - Rozhovor s pacientkou č. 2	91
Příloha č. 5 - Rozhovor s pacientkou č. 3	93
Příloha č. 6 - Rozhovor s pacientkou č. 4	96
Příloha č. 7 - Rozhovor s pacientkou č. 5	98
Příloha č. 8 - Rozhovor s pacientkou č. 6	101
Příloha č. 9 - Rozhovor se sestrou č. 1	104
Příloha č. 10 - Rozhovor se sestrou č. 2	106
Příloha č. 11 - Rozhovor se sestrou č. 3	108
Příloha č. 12 - Rozhovor se sestrou č. 4	110
Příloha č. 13 - Rozhovor se sestrou č. 5	113
Příloha č. 14 - Rozhovor se sestrou č. 6	115
Příloha č. 15 - Ukázkový rozhovor (pacientka č.7)	118
Příloha č. 16 - Ukázka začleňování vhodných odpovědí od pacientek do časového období	122
Příloha č. 17 - Ukázka „ Předchorobí “ rozčleněného na jednotlivé oblasti s konkrétními pojmy	124

Příloha č. 1 - Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
MUDr. Drahoslava Královcová
ředitelka
Nemocnice Milosrdných bratří p. o.
Letovice

V Letovicích 18. 11. 2013

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Milosrdných bratří Letovice, p.o.

Vážená paní ředitelko!

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vašem zařízení dlouhodobé péče. Šetření by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Emilie Portlové, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové.

Téma této práce je: „Pohled pacienta a pohled sestry na kvalitu života pacientů.“ Výzkum má porovnat pohled pacientů a všeobecných sester, které o ně pečují, na kvalitu života těchto pacientů. Zrcadlově položené otázky by měly rozkrýt, do jaké míry se pohled sester ztotožňuje, anebo naopak rozchází s pohledem pacienta a co z toho plyne pro ošetrovatelskou péči.

Ve výzkumném šetření bude použit test MMSE, rozhovor s pacienty a rozhovor se sestrami.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc. vedoucího bakalářské práce.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Emilie Portlová


Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Ústav sociálního lékařství
Lékařské fakulty UK
v Hradci Králové

Vyjádření vedení instituce:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum:


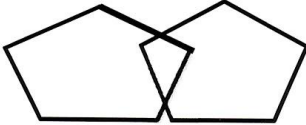
22. 11. 2013

Podpis a razítko

MUDr. Drahoslava KRÁLOVCOVA
ředitelka

Nemocnice Milosrdných bratří Letovice,
příspěvková organizace
679 61 LETOVICE, Pod Kláštelem 17
IČO: 00387134, tel.: 516 426 105

Příloha č. 2 - Test kognitivních funkcí - Mini Mental State Exam (MMSE)

 Nemocnice Milosrdných bratří Letovice, příspěvková organizace	
Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)	
Oblast hodnocení:	Max. skóre
1.Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. - 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
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	3
3.Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečetl 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4.Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
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.	2
6.Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval: žádná ale jestliže kdyby	1
7.Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky,přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“	3
8.Dejte nemocnému přečíst papír s nápísem „Zavřete oči“.A potom to udělejte.	1
9.Vyzvěte nemocného,aby napsal smyslupnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl)	1
10.Vyzvěte nemocného,aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	1
	
Hodnocení: pod 9 bodů velmi těžká demence 9 - 13 bodů těžká demence 14 - 17 bodů středně těžká demence 18 - 24 bodů lehká demence 25 - 27 bodů minimální kognitivní deficit 28 - 30 bodů norma	

F028 Test kognitivních funkcí - Mini Mental State (MMSE), verze 0.1, účinnost od 1.9.2013

Příloha č. 3 - Rozhovor s pacientkou č. 1

T- tazatel, P- pacientka

T: „**Jaké to bylo, dokud jste ještě mohla?** Změnilo se něco podle toho, jak to nyní vnímáte?“

P1: „Změnilo se určitě, hodně věcí nemůžu dělat, ... hm... mohla jsem všechny věci dělat, pracovala jsem.....“

T: „A trápí Vás to, nebo zatěžuje Vás to ? Zatěžuje , že jo.“

P : „Hodně, hodně, hodně“

T: „ Hm .. **A..... mohla byste mi říct, kdo a čím vám zde, tady v nemocnici pomáhá?**“

P: „Nikdo.“

T: „Nikdo vám nepomáhá.“

P : „Jsou tady doktoři, a tak, normálně, lidi okolo, ale nějak jako přímo nějaký známý nemám.“

T: „A dokázala by jste říct, čím Vám třeba pomáhají? “

P: „Tak se mnou vykládají hlavně.“

T: „Pomáhají vám třeba obléknout se? To se oblečete se sama?“

P:.....vrtění hlavou.....

T: „ A co se týká jídla, najíte se sama?“

P: „Najím se sama. Ještě mám pravou ruku mrtvou, ale já se levou, tou levou najím“ .

T: „Hm....Takže takovou větší pomoc nepotřebujete.“

T: „Ne...ne...ne..“

T: „**A kdy jste na své trápení, nebo na ty svoje starosti nemyslela,** nebo myslíte pořád na takové to svoje trápení.? Máte trápení?“

P: „...Myslím“

T: „A jsou chvíle, kdy na něj třeba nemyslíte?“

P: „No.“.....vzlykání..... pláč ..

T: „Když za vámi přijdou, nebo nechodí za vámi, nebo se cítíte sama.....“

P..... nesrozumitelná řeč,... „co syn.....co syni mi umřel....“

T: „to ten manžel, syn Vám umřel, ano, ano....“

P:..... nesrozumitelná řeč....

T:... „a žádnou, ani tu žádnou kamarádku nebo dobrou duši, která by za vámi přiběhla nebo si s vámi povykládala ?“

P: „Nemají čas, chodí do práce a já jsem šla do důchodu.“

T: „A tak jste trávila čas, spíš doma?“

P:.. Nesrozumitelná řeč....

T: „Jo, jo.....A tak mi ještě povězte, máte z něčeho radost, těší vás něco? Co vám dělá radost? Co vás potěšilo poslední dobou, na co by jste si vzpomněla?“

P: „vzlykání, pláč, nesrozumitelná řeč....“

T: „To už není žádná radost?“

P: „ vzlykání.....“ Život mi vzal všechno".

T: „Ani jste třeba kytičky nepěstovala ..?“.

P: „..... na balkoně".

T: „Tak vidíte, tak to se vám dařilo, to jste uměla. A nějakou ruční práci, nebo jste něco pletla?“

P: „ ...ne, ne...ne....smích.....šít jsem se sice naučila, že jsem měla přísnou maminku, tak jsem se to naučila, stejně jsem to celý život nedělala".

T: „Oni to s vámi mysleli dobře. A sourozence máte?“

P: „ Ne. jsem sama. Syn bydlí se mnou, není ženatý, je svobodný.“

T: „Na co byste v životě vzpomínala, že jste z toho měla radost, že se vám to podařilo?“

P: „Na všelisco, to já teď nevím.na všechno"

T. „Na všechno? Vy jste byla šikovná.“

P: „Práce jsme udělali."

T: „A kdybych já se teď stala nějakou tou vílou a mohla Vám splnit tři přání. **Co byste si tak přála?“**

P „Hlavně být zdravá, to v každém případě, jak jsem byla, mít práci, zdravé děti a aby se mi dařilo, a to je co potřebuji k životu."

T: „Jsou věci, které by vám zde zpříjemnily ten pobyt?

P: „Ne sestřičky jsou zde hodný , doktoři taky, ženský hodně povídají, nechci o tom mluvit".

T: „Je dobře, že se zde léčíte, napomáhá to vašemu zdraví?“

P: „To určitě jo, co bych zde jinak dělala?"

Příloha č. 4 - Rozhovor s pacientkou č. 2

T: „**Jaké to bylo, dokud jste ještě mohla**, jestli se nějak změnila kvalita vašeho života nebo změnilo se něco podle současného stavu....”

P: „To vám nemohu říct, protože já ještě se léčím .”

T: „Hm”

P: „... a dost těžko se dá říct, dokud nejsu venku.”

T: „**Kdybyste mi mohla říct, kdo a s čím vám tady nejvíc pomáhá**, když jste v nemocnici?”

P: „...Kdo mě tady pomáhá..no, já kdybych byla tam, jak jsem byla napřed ..”

T: „Hm.”

P: „Tam na té učňovce, nebo jak to tam je, tak tam měly sestřičky velice pěkný, takový, na ně jsem se mohla spolehnout, jo.a i když jsem potom šla vodsad' pryč, tak mě to všechno napakovaly a to, a ještě mě mávaly a to všechno..”

T: „ Hm.”

P: „ Ale tady to jako...”

T: „ To tak nepocit'ujete.”

P: „ Ee. ”

T: „ A myslíte, že potřebujete s něčím pomoci, nebo..?”

P: „ Ale.. tak ...jako....no, já nevím, jak bych to řekla, no potřebovala bych, ale, ale nemusím, zatím mi to takhle stačí.”

T: „ A takže většinu těch věcí si tak poděláte sama.”

P: „Nooo, tak jako, no akorát teda, když nejvíc mě štve, když třeba, když zvoním, když začnou mluvit, že zase budu jako jdu na velkou a nakonec nebudu jo, a že budu furt chodit třikrát jo, tak mě to jako tak jako dost mrzí.”

T: „ Že to tak nějak před váma povídají.”

P: „ No, no, no..no..no.no no.”

T: „ Hm, hm.....dobře. **A kdy jste na své trápení nemyslela?**”

P: „ No, kdy jsem nemyslela, no,.. tak bych pokračovala tak, jak jsem dělala to dřív. Už su v důchodě, tak jsem opatrovala vnoučata, nebo jsem vařila , uklízela, a takový věci”.

T: „ Ano, ano.”

P: „Ale jestli to půjde teďka všechno dělat, to nevím...”

T: „Hm....”

P: „... protože jsem měla operovanéj mozek jo, protože jsem tam měla moc té tekutiny a ono mě to jako udržovalo v temnotě úplně jako jo.“

T: „ Hm, hm...“

P: „... a tak nevím , jak to bude.“

T: „ A máte trápení, jako takový, že byste řekla, že mám trápení, a nebo to tak neberete, spíš berete, že máte třeba starosti, problémy.“

P: „ No. tak mám problémy, starosti, to... to mám, protože nevím, jak to vlastně všechno budu dělat a všechno..“

T: „ Hm..trošku strach z té budoucnosti, jaký to bude..tak, dobře .**A z čeho máte ve svém životě radost, když se tak ohlédnete?**“

P: „ No co, radost ze synů , vnuků, tak jako teď se mi trošku podařilo zase jako, navázat jako styk s mužem jo, takže jako mám jako takový náplně.“

T: „ Hm..hm, takže máte takový světýlka před sebou. To je dobře. A kdybyste se vrátila do minulosti, kdy jste byla mladá bylo tam něco, co vám třeba dělalo nějakou velikou radost?“

P: „No radost, to ani né, ale spíš jako takovej problém, protože manžel byl, on měl schizofrenii a byl to velikej problém.“

T: „ Hm, hm..to věřím, to věřím. Tak a teď vám dám už poslední otázku. Kdybych byla kouzelnou vílou a mohla vám splnit tři přání, **jaké tři přání byste si tak přála?**“

P: „No tak přání, nevím chtěla bych být mladší , chtěla bych, aby můj přítel byl taky mladší, aby jsme toho ještě užili, toho, no, no... a to by bylo asi tak všechno. Ještě to zdraví abysme měli a tak jako..“

T: „ Hm, hm...“

P: „To by mi úplně stačilo.“

T: „ Stačilo, takže moc Vám děkuju, moc Vám děkuju.“

Příloha č. 5 - Rozhovor s pacientkou č. 3

T: „ Já bych se Vás chtěla zeptat paní F, **jaké to bylo, dokud jste ještě mohla?**”

P3: „.....Mohla?”

T: „ Dokud jste nebyla v nemocnici, dřív, dokud jste mohla všechno dělat .”

P3: „ Bezvadný, bezvadný....dělala jsem to s radostí s nadšením všechno, ale bohužel dopadla na mě nemoc, kdy už jsem to všechno neovládala.”

T: „ Hm, hm.... takže se to změnilo a je to horší....”

P3: „Ne, ne ..není to horší, ale nezvládla bych to.”

T: „Dobře, **a kdo a čím vám zde v nemocnici pomáhá?**”

P3: „To jste vy a ta mojejak se to jmenuje logo...”

T: „ Logopedka.”

P3 : „ Já mám totiž po operaci jazyka, a já to mám plné ústa.. plný, a špatně se mě mluví a vyslovuje.”

T: „ A máte tady někoho, na koho se moc ráda obracíte, nebo se obracíte na všechny tady bez problémů.

P3: „Na ty, kteří jsou na mě hodni”.

T: „ Dokázala byste mi říct, s čím vám tady pomáhají?”

P3: „..... „Tak já si myslím, nevím, jak mám odpovědět, protože já když někoho požádám pěkně, slušně a nejsou ironická a nešklebím se potichu, tak mi pomůže každéj.”

T: „Dobře, a co tak potřebujete pomoci?”

P3: „ Já většinou, kdybych někam šla, tak abych nespadla, nebo něco, ale jinak ne”.

T: „ Jinak si to všechno zvládnete....”

P3: „Zvládám, protože mám dceru, která je učitelka, ona je mně nápomocná ve všem.”

T: „ A potřebujete třeba pomoci s vykoupáním, anebo i to si zvládnete, celkem sama?”

P3: „Nás vykoupou sami, sami tady.”

T: „ Ale jinak se najíte.”

P3: „ Najím se sama, to jako zvládám.”

T: „ A uvařit, to už by jste si asi sama nezvládla? Uvařit....”

P3: „Ba zvládla, ale už to prostě tak není dokonalý, jak by to mělo být.”

T: „ A chodíte sama ,nebo potřebujete nějakou pomoc?”

P3: „ Chodím sama.”

T: „Tak jste opravdu šikovná.”

P3: „ Hůlku, hůlku mám....."

T: „ A na záchod? To si tady přisednete?"

P3: „Ne, já chodím sama."

T: „ Na záchod chodíte sama."

P3: „ Ano. Po chodbě sama, na záchod sama."

T: „ **A kdy jste na své trápení nemyslela?"**

P3:..... „ Kdy jste na své trápení nemyslela, já vám toto nevím teda., já jsem celkem jako neuvažovala nad tím, nad některými věcmi, jestli se mě nezdály být tak důležitý."

T: „ Takže by jste řekla, že nemáte trápení."

P3: „ Ne."

T: „ Že máte spíš starosti třeba, nebo problémy nějaký, nebo ani to nemáte?"

P3: „Nemám, ne."

T: „ Jste taková spokojená.."

P3: „ Spokojená."

T: „ Dobře."

P3: „Mám vnoučata, bezvadný, a dcera je..... šikovná, učí ve škole, to je jak ředitelka, nebo něco takovýho.“

T: „ Dobře, a z mládí, kdybyste se tak podívala zpátky?"

P3:... „ a syn je taky šikovnej, takže celkem já su spokojená."

T: „ Dobře.... **a z čeho máte ve svém životě radost, když se tak ohlédnete?"**

P3: „ Radost mám, když je tak vidím všechny, to mám velkou radost, to su šťastná, když tady za mnou sem chodijou a přindou, to su šťastná. A chodí za mnou většinou pravidelně, takže je to ke spokojenosti, mé velké."

T: „Dobře. A z mládí , kdybyste se tak podívala zpátky, co Vám tak dělalo velkou radost?"

P3: „ Mládí? Tak já jsem bylapoměrně, abych vám řekla pravdu, jsem hlídala vnoučata, pomalu, no... vychovávala jsem je, jak kdyby byly moje, no.... toto, za co mi byla vděčná dcera aji syn.....Pomáhala jsem jim ze vším, hodně, hodně, protože jsem je měla, všechny mám ráda hodně."

T: „ Hm,hm..."

P3: „ Dobře se učí, cvičí, poslouchají, nenadávají hrubě, nebyly , jako, když se člověk na něco zeptá, tak odpovídají slušně a všechno, mohla jsem kamkoliv s něma přijít, nikdy se nechovaly drze, nebo něco takovýho. Ne, že bych se chlubila, ale je to

pravda."

T: „ Tak, a teď kdybych vám řekla, že vám **mohu splnit tři přání do budoucna. Co byste si přála?**"

P3: „ Přála bych si, abych ještě mohla žít nějaký rok.....aby byli všichni zdraví, jako doposud, aby byli hodní a vzdělaní, jako jsou teď ještě, pořád a nikomu neubližují."

T: „ Hm, hm..., děkuji mockrát, bylo to moc pěkný."

Příloha č. 6 - Rozhovor s pacientkou č. 4

T: „Já se vás zeptám, paní Č., **jaké to bylo dokud jste mohla?** Dokud jste mohla si ty věci různě podělat, být samostatná."

P4: „Byla jsem sama na chalupě, sedmero místností jsem tam měla, a to jsem lítala z jedné do druhé a tady tohle, to je modřina, kde jsem měla dvě ty modřiny. Teď už tam mám jenom malé pozůstatek a pan sanitní, co pro mě přijel a vezl mě do B., tak říkal: no, už jsem ženských vezl hodně, ale rohatou ženskou jsem ještě nevezl" ...smích..."chtěl mě udržet ve smíchu, abych mu neupadla náhodou, mě nebylo dvakrát.....Spěchal se mnou do B., tam jsem měla celou péči, veškerou péči. Všechny zajímalo, kde jsem to udělala. Mám šestimetrovou kuchyň, tak jsem to musela překotrmelcovat."

T: „Já jsem se spíš chtěla zeptat, jaký to bylo, víte, když jste byla zdravá, když jste si mohla...?"

P4: „No, mohla jsem si všechno udělat, dostal dobytek, kocour no a pes že, no a až se nejedli oni, teprve jsem si dělala já."

T: „Tak, **kdo a čím vám tady v nemocnici pomáhá,** na koho se tak obracíte, nebo když byste potřebovala?"

P4: „Moc, moc mně pomáhala v B. jedna paní cvičitelka, ta, jak měla chvílečku, ta za mnou přišla. No, ta se mě ale tak věnovala."

T: „Ono je to potřeba, z toho začátku. No , nebo pořád je to potřeba, ale ten začátek je ještě důležitější."

P4: „Je, ale tady jsou taky, taky hodní. Tady taky se věnují. Taky jsou hodní. No a co chcete ještě vědět, už nechám toho žvanění.".....smích.....

T: „Ne, ne, ne máte to hezký. **Kdy na své trápení nemyslíte?"**

P4: „Pořád. ..pořád.....pořád..."

T: „Hmmm.....**A z čeho máte radost, když se tak ohlédnete,** víte, co jste v tom mládí? .."pláč

P4: „Jo“....pláč.... „Jo. Nás bylo pět kluků a já šestá..... vzlykání....ti mě brali všady sebou.... jo, no a to byli kámošové“.... vzlykání..... „Teďka už taky jsou, kteří mě pomůžou. Jeden přijde, nakoupí, ten říkal dokonce dvakrát, že mě pomůže. Já jsem ho jednou odmítla a on podruhý ...podívejte všechno dovezu, všechno přilepím , všechno udělám, nemusíte se o nic starat. Já to dovezu všechno, jsu přece synu

kamarád“.

T: „Takže přátele zůstali, ale je to někdy jinačí, než to bylo?“

P4: „...„ Ale přítel je ten, kdo pomáhá.“

T: „Ano. Tak a kdybych vám **mohla do budoucna splnit tři přání, co byste si tak přála?**“

P4: „Abych mohla chodit po svých. Já tady tou rukou pořád cvičím, anebo abych si ji nepřilehla, támhle mám polštář, tak si ho dám tady vedle sebe a položím na polštář.“

T: „Takže, aby jste mohla chodit to by bylo jednou přání. Tak a teď bysme měly ještě dvě“.

P4: „Dvě. No, prostě stará jsem už dost.... aby bráchovi bylo taky dobře, no a třetí přání...vzlykání....aby sme se měli dobře.“

T: „Hm, hm.“

P4: „Aby sme se měli dobře, nic jinýho nepotřebuju.“

T: „Nepotřebujeme. Mokrát vám děkuji, bylo to pro mě obohacující.“

Příloha č. 7 - Rozhovor s pacientkou č. 5

T: „**Mohla byste mi říct, jaké to bylo, dokud jste ještě mohla** všechno dělat?“

P5: „Kdy to bylo... jako ..jaké to bylo a kdy to bylo?“

T: „Spíš, jaké to bylo, než jste byla v nemocnici, a než jste byla nemocná?“

P5: „No, to..to bylo fajn, já jsem si pořád vymýšlela práci.....a.....skládat třeba halenky, dělat pořádek. A mě strašně bavilo, že sem potom votevřela tu skříňku a viděla jsem to naskládaný, tak jsem si řekla, vidíš to, místo toho, abys někde "lozivarovaly" , tak kdokoliv přijde, tak to můžu otevřít.....že su trochu pořádná. No, to je pravda, tím se nedá skovávat, že si naskládám prádlo, za to se nedá skovávat....ale mělo by to tak.....když tohoto otevřu tu skříňku, abych měla přehled....no.“

T: „Tak to bylo lepší, než když jste potom byla nemocná....?“

P5: „To bylo.....pro mě to bylo, jak jsem onemocněla, já jsem jenom seděla a přemýšlela co budu dělat a jaký by to bylo, kdybych byla zdravá..... No, taky jsem si uvědomila, zdraví za peníze nekoupíš. Je, je dobrý být zdravěj, a když budu zdravá, tak si někde seženu nějakou práci, a budu si moc koupit. Vydělám nějakou korunu, a budu vvidět tu hodnotu.....Co jsem se nadělala, když si koupím, já jsem kuřák, to je pravda, to stojí sedmdesát korun. V životě bych s tímto nezačínala už.“

T: „Hm.“

P5: „To je hrozný.....a to je těžký přestat.....no, to je potřeba mít práci, práci, aby člověk nemyslel na to.“

T: " Hm.... tak a **kdo a čím vám tady v nemocnici nejvíc pomáhá?**"

P5: „Co? "

T: „Kdo vám tady v nemocnici nejvíc pomáhá? "

P5: „No, víte sestro, sestry mně, já su vděčná, že na mě promluví, já jsem byla rozvedená a syn , měl dívenku a voni se se mnou ne... Šli si po svým a já jsem jim do toho nechtěla promluvit., tak mně řekl, že tomu nerozumím. Voni byli mladí a já už jsem byla pro ně stará. A ty moje názory nechtěli poslouchat....."

T: " Hm, hm... A víte, čím vám pomáhají, dokázala byste mi říct, čím vám, jak vám pomáhají ty sestřičky a tady ti, co jsou v nemocnici? "

P5: „No, jedna sestra přišla, paní H. dobrý den, co je nového.....mě to potěší.....jenom, když mě řeknou paní Jahahanáková, ne..ne paní, ale .Hanáková.....Já jsem byla

pořád sama, sama....a já mám kolem sebe lidi, tady."

T: „ Tak, to ste ráda, to vám dělá dobře."

P5: „ To je pravda....."

T: „ A pomáhají vám třeba s jídlom nebo s koupáním.."

P5: „ To máte pravdu...."

T. „ Táák a teď.... kdy, jste na své trápení nemyslela...jsou chvílky, kdy na své trápení nemyslíte?"

P5: „ No já...já když tady přindou, já se jen dívám, co mají oblečený, jak sou učesaný a snažím se všechno zazvládat. Ještě si říkám, takovej svetr mám podobnej...to bych nosila až by..no..lidu, účesy různý, no, tady je holička."

T. „ No, a máte trápení?"

P5: „ To víte, že myslím na to, ten syn s tou dívenkou vodušli, a víte co, jedinej syn, a von všechno měl. Mně pomáhala matka, moje, jeho babička, my jsme žili jenom pro něho. Je pravda, že von se velice dobře učil, von měl pamatováka. No a na rodičák,jsem ráda šla. Já jsem tam slyšela ty maminky, že mají z toho strach. Já jsem slyšela jenom chválu. Já jsem prominula, co udělal, že šli po svém, ale šli.....to už asi trápení, anebo radosti prožívají sami. Ale řekla, jsem si, že nepomůžu, ale poradím. Co jsem se naplakala."

T: „ A tady nepláčete?"

P5: „To je hrozný. No, on tak nějak na mě zanevřel. Já jsem..... bydlela s jeho otcem, ale ten jeho otec, vlastně tenkrát můj muž začal hrát automaty. Lidi chodile, chodili za mnou pro dluhy, já jsem s hrůzou čekala, když někdo zazvonil. Chtěli po mě 300, 500... já jsem z toho byla vyděšena, říkám, já jsem, já vám nic nedlužím, já vás neznám. Říkám, mně se něco stane, si mě budou pamatovat, já jsem se bála vyjít do obchodu....Já mám tady takovej klid, klid..."

T: „Tak jste tady spokojená.."

P5: „ Nemusím chodit nakupovat a dostanu najíst, napít, já mám tady jistotu a klid, klid."

T: „ Hm, hm... **A z čeho máte radost, když se tak ohlédnete, v tom svém životě, co vám dělalo radost?.....Co bylo dříve vaší radostí.....dělalo vám něco radost?"**

P5: „ Ano, ještě jednou, prosím vás."

T: „ Co vám dělalo dřív radost v životě, z čeho jste mívala radost?"

P5: „ A mně dělala radost, když jsem si koupilo, koupila něco novýho. Já jsem se ráda nanastrojila a učesala. Je pravda, že mě tchýně dala na paruku, pro to jsem jela do

Brna, do tuzexu. Mně dělá radost, když mám peníze a du někde do hader, a tam se hrabu, řeknu to...halenku, svetr. Jo, vono by se kupovalo, kdyby. Prvně se musí zaplatit bydlení a nechat na jídlo, a nechat nějakou rezervu, kdyby přišlo.. doplatky za elektriku, za plyn. Když to nezaplatíte, tak se počítá penále."

T: „ To ano, to je pravda, tak a teď kdybych Vám řekla, že vám splním tři přání. **Máte tři přání, co byste si přála?**"

P5: „ Já bych si přála, abych byla zdravá, a přála bych si, abych se časem dostala do toho B. To víte, že tady budu spomínat na bezstarostnej život a tam su taková nejistá....A tady je jistota“.

T: „ Hm, hm."

P5: „ A tam nemám nikoho s kým bych si třeba teď promlouvala, jak s váma tady"

T: „ Hm...tak a ještě nám zbejvá jedno přání..."

P5: „ Tímto, jste pomohla moc."

T: „ A ještě máte jedno přání, už jste řekla, že byste chtěla být zdravá, do toho B., a ještě vám zbývá jedno přání."

P5: „ Víte co, jestli bych se dostala a mít peníze, já bych.... já bych a mít peníze, já bych se vydala někde. Byla jsem v Bulharsku, k moři, ale plavat neumím, já se ráda opaluju, sluníčko, sluníčko."

T: „ Hm....hm."

Příloha č. 8 - Rozhovor s pacientkou č. 6

T: „Tak, mohla byste mi říct, **jaké to bylo, dokud jste ještě mohla**, než jste, než jste byla nemocná?“

P6: „..... vzlykání.....“

T: „Hm, bylo to jinačí...“

P6: „...vzlykání ..všechno bylo hotovo a já jsem si všechno stačila udělat sama...“

T: „Hmmm...“

P6: „ Zrýt zahrádku a teď...(nesrozumitelné vzlykání)...že jsem se snažila dělat všechno, sousedi mi pomáhali někdy, když mohli.....a.....“

T: „ A tak ono třeba ještě něco půjde, ještě musíte doufat, že ještě, ještě něco...“

P6: „ Kéž by..“

T: „ Jooó, vždyť vy jste snaživá.“

P6: „ Ale nésu....“

T: „ Něco bude, budete vidět, že ano.: Tak, a **mohla byste mi říct kdo a čím vám tady v nemocnici pomáhá?** Pomáhají vám nějak v nemocnici tady?“

P6: „ Co? Ta terapeutka ne se snažínebo legologopedka taky..“

T: „ Ano.“

P6: „I pacienti se no..(lítostivé)..“

T: „ Navzájem si pomáháte.“

P6: „ No.“

T: „Hm. A co sestřičky, pomáhají vám s něčím, nebo..?“

P6: „ Taky....umývají a.....všechno.“

T: „ A mohla byste mi říct...?“

P6: „ Se snaží.“

T: „ **Kdy jste na své trápení, kdy na to své trápení nemyslíte?**“

P6: „snažím se zapomenout taky, no,.....“

T: „ A tak, když se třeba díváte na televizi, nebo..“

P6: „Třeba, noó.....“

T: „ A myslíte na své trápení, provází vás to?“

P6: „No tak dost celkem...“

T: „ Hmm.“

P6: „ To víte, když je člověk nemožnej,.....a byla jsem schopna si všechno udělat,

tak.....“

T: „ Tak, **a z čeho máte radost, když se třeba podíváte zpátky na ten svůj život?**

Bylo tam něco, co vám dělalo radost?"

P6: „"

T: „ Co bylo vaší radostí?"

P6: „"

T: „ Nebo z čeho ste mívala radost?"

P6: „ Měla jsem zahrádku, mám, tedy, když se mi tam něco dařilo.....slepice jsem měla taky...no sem tam někdy jsme si vyjeli autem...no a..děcka jsme neměli teda....."

T: „ A pracovala jste jako....?"

P6: „ Pracovala jsem v (A...), jako úřednice."

T: „ A to jste dělala ráda? Bavilo vás to?"

P6: „ Jo, celkem jo....., sem tam jsme museli chodit pomáhat na dílnu, když bylo moc moc práce.."

T: „ Hm. Jste si navzájem pomáhali."

P6: „ Jo."

T: „ A když jste měli třeba volno, sobota, neděle, tak jste si udělali něco, z něčeho radost, nebo....?"

P6: „ Tak většinou člověk vařil, pral, uklízel aa.....zas připravoval se na další týden adokola,no."

T: „ Hmm. A šila jste třeba ráda, nebo nějaký ruční práce?"

P6: „ Taky jsem zašívala no, šila né, jsem si obnovila záclony a takový jednoduchý práce..."

T: „ Hm, hmm. A tady, udělá vám tady někdo radost, nebo potěší vás něčím? Co vás tady třeba potěší?"

P6: „Když nevím sama, co....."

T: „smích...Moc toho asi není, jsou ty dny stejný. Dobře.....a já se vás zeptám, **kdybych vám mohla splnit tři přání, co byste si tak přála?"**

P6: „ Zdraví.....“.

T: „ Hmmm".....Tak to máme první přání...."

P6: „A jsem ráda, že za mnou furt chodí návštěvy.....(vzlykání).jako.. .bratr a sestřenice a z (B) neteř ...a..."

T: „ Že za váma přijedou. Vidět se s těma svýma.. příbuznýma a přátelama....tak, to bysme měli druhý přání a ještě vám zbývá jedno."

P6: „Abych se brzy vrátila aspoň domů."

T: „ Hm."

P6: „ Za živa."

T: „ Hmm. A vy máte domeček,, nebo..?"

P6: „ Ano."

T: „ Domeček máte."

P6: „ Teď mě zažádali o seniór někde ten..."

T: „ Hm, takovej ten dům."

P6: „ Toho se bojím, že si myslím, že to dřív, pozděj nebudu zvládat všechno tak, že bych šla tam, no uvidím."

T: „ Uvidíte, taaák, a zase abyste byla spokojená, aby vám něco nechybělo, že jo, aby to člověk tak nějak prožil v klidu...."

P6: „ Přesně, tak."

Příloha č. 9 - Rozhovor se sestrou č. 1

T- tazatel, S 1 - sestra

T: „Myslíš si, že došlo u této pacientky jestli **došlo ke změně kvality života, jestli se jí něco změnilo?**“

S 1: „No , já si myslím, že došlo, že tím, jak je ochrnutá vlastně trochu na tu stranu, hůř se jí mluví, teď nevím, myslím jestli ona je na pravou stranu ochrnutá..“

T: „..Na pravou, na pravou.“

S: „Tak určitě, ona je teď plačtivá, jako přes den, ale řekla bych , že už si na to zvyká, že je lepší teď, že už si zvykla, že se s tím trochu smířila.“

T: „S tím stavem.....a **kdo si myslíš, že jí tady v nemocnici nejvíc pomáhá, a čím ji** Jako tak nejvíc pomáhá.“

S: „Nejvíc pomáhá...no tak sestry jí pomáhají s tou ošetrovatelskou, že se jí dává lavorek , jako na umývání, ale já si myslím, že největší význam má pro rehabilitace.“

T: „Hm, hm.“

S: „Jo, že s rehabilitační sestřičkou aji víc popovídá a vlastně i víc poplače, protože vidí, že to nejde tolik, jak by to mělo jít.“

T: „Hm, no, a **kdy si myslíš, že na své trápení nemyslí?**“

S: „Hm.....no to, myslím ani nevím.“

T: „Hm, ne to je vpořádku, to opravdu člověk nedokáže odhadnout, to jsou věci, který....“

S: „no, no, no, ale řekla bych, ale že ty poslední dny, že je klidnější, že a že už se s tím smíruje s tím stavem, že jako když se s ní povídá, takže už se třeba víc usměje a jakoby je taková klidnější než bývala.“

T: „Hm.“

S: „Ale, kdy na to vůbec nemyslí, to nedokážu odhadnout“.

T: „Hm, a myslíš, **že může mít z něčeho radost**, nebo... nebo jsou nějaký okamžiky, který fakt působí jako radost...tak jako, asi z minulosti, to člověk ani neví, čím prošla, ale třeba i jako teď v současné době, jestli jsou nějaký věci, který... kdy na ní člověk vidí, že jí to...

S: „No tak, když si s ní člověk chvíli povídá a věnuje se jí chvílku, že na ni má čas, tak to pookřeje. Jako, když se zeptá na ty její potíže a jestli je to lepší nebo horší a já nevím, jak se jí spalo v noci , tak ze začátku třeba trochu odbyde, jo ona řekne, že řekne:....A proč se mě ptáte?.. Ale potom když se s ní začne povídat, tak jo, tak už se začne usmívat a začne o tom

povídat."

T: „Hm, hm ...že ta komunikace, nebo asi vůbec asi navázání toho.....kontaktu"

S: „ No, no, ale samozřejmě to je v jejich možnostech, že, jak ona jako, ale já bych řekla, že se víc i rozmluvila, že ze začátku tolik nemluvila, spíš to bylo, že buďto plakala, nebo byla potichu uzavřená, teď, že už povídá."

T: „ Hm...že si už zvykla, nebo. nebo se to už posunulo kousek..“

S: „...No, no..tam chodí i logopedka, takže si myslím, že to pomáhá.“

T: „ Hm."

S: „No, no, že už přece víc komunikuje."

T: „ A kdyby tys **byla na jejím místě, jaký bys měla tři přání?**

S: „Ty bláho...smích....co bych si přála? Tak já bych chtěla domů určitě, do svého prostředí se vrátit.."

T: „ Hm,hm..."

S: „Teď , ona už se trochu rozchodila jakoby, takže aby si trošku kolem sebe něco zvládla udělat a trochu se domluvila. No, ale určitě bych chtěla kolem sebe ty své nejbližší."

T: „ Hm..to by bylo pro ni."

S: „ To by asi bylo, co bych nejvíc chtěla."

T: „..... Asi nejideálnější, že?"

Příloha č. 10 - Rozhovor se sestrou č. 2

T: „Myslíš si, **že došlo u paní ke změně kvality života**, nebo, že se jí kvalita života nějakým způsobem změnila v současné době?“

S2: „Jako v porovnáním, co dřív?.... Určitě se jí změnila, že jo, předtím dejme tomu byla soběstačná, nebyla závislá na druhých, a teď tady to všechno je najednou pryč, že jo, takže já si myslím, že prostě, hodně se jí to změnilo, no, od té doby, co je v nemocnici třeba.“

T: „Hm, hm..“ **A kdo, a s čím jí tady v nemocnici nejvíc pomáhá?**“

S2: „No, tak asi ti, co jsou schopni, můžou jí ty požadavky, nebo ty potřeby uspokojit, že jo, takže určitě sestry, sanitárky, sanitáři, lékaři v podstatě, protože není úplně v tom nejbližším kontaktu, tak ten si myslím, že je až na místě po nás, no.“

T: „Hm, hm...“

S2: „A snad i příbuzní, protože když za ní přijdou, tak, tak ty její takový ty, takový ty potřeby, že neví, co se děje doma, s těma si zase nejvíc popovídá, že jo, takže já si myslím, že my z těch jejích fyzických potřeb, a z těch potřeb, potřeb duševních ti příbuzní, že jo z velké části.“

T: „A co se týká tady těch tělesných potřeb, je ona na Vás hodně závislá, nebo potřebuje ...“

S2: „Já si myslím, že potřebuje hodně aktivizovat, protože ona si myslím, že se na nás spoléhá víc, než by bylo potřeba, ale v každém případě nás potřebuje hodně, a my se snažíme, aby aby jsme jí, to co potřebuje, abysme, abysme jí to poskytli, že jo. Když já nevím přesně, jak s položila tu otázku, řekni mi ju ještě jednou?“

T: „Čím je to nutný jí pomáhat?“

S2: „Nejvíc je nutný jí pomáhat, co se týče vyprazdňování, protože to prostě nezvládne, že jo. Má katetr, ale jelikož pořád má problémy se stolicí, protože to má většina lidí, když si lehnou do postele, to bysme měli aji my, tak v tomhle tom nejvíc, a podle mě si myslím, že tohle to je dost, že to musí každé dost silně prožívat, když nemůže jí na velkou, že jo. A nemůže si poradit sám, takže já si myslím, že tohle je asi nejvíc, protože jinak ona zvládne zase..., Ona se zvládne umejt, ona zvládne.... já nevím najest se, takže podle mě tohle je pro ni nejhorší záležitost.“

T: „Taaak, no a kdy si myslíš, že **na své trápení nemyslí?**“

S2: „.....Já nemyslím, když spím, v každém případě, když spí. Možná, když třeba zrovna

je zabavena něčím jiným , takže, když, já nevím.. . když řeší to, jestli si ukrojí svoje jídlo, když jí, nebo když, když má prostě něco, nějakou zajímavou činnost že, jo která... která ji odvede od toho trápení. Anebo, když jí přijdou návštěvy, ale to zase..to podle mě není, není úplně pravda, protože oni s ňou můžou mluvit zrovna vo tom, co ju trápí, že jo. Ale v každém případě, když je něčím zaneprázdněna něčím jiným, tak na to myslí míň , že jo a když spí."

T: „ Hm, hm..tak, a myslíš si, že má z něčeho radost?"

S2: „ Určitě, když jí přijde návštěva, to má určitě radost. Radost může mít když, když třeba si vyřeší nějaký problém, já nevím třeba zrovna s tou stolicí, že o tom pořád mluvím , ale podle mě je to jedna ze základních věcí, kterou ona tady řeší, že jo. Takže ona má radost, já nevím třeba , že si tam s těma paníma tam povídá, jo.....možná, když je něco pěknýho v televizi, že se fakt jako něčím.....něčím vodreaguje."

T. „ Hm,...a jako **radost z něčeho, co prožila v minulosti**, tam ona se asi nesvěřila, to by se nedalo nějak..."

S2: „ To víš, že si s něma vykládáme...s některýma víc, s některýma míň, ona toho moc nenamluví víš, jako, že by si chtěla povídat, takže já v podstatě nevím co...jsou určitě lidi s kterýma si popovídám víc, jo a vím, z čeho mají radost, ale u ní tak nějak jako....zrovna není ten typ, ona moc nechce."

T: „ Tak a **kdybys byla na jejím místě a měla tři přání, co by sis asi tak přála?**"

S2: „Já bych si přála, abych mohla být doma, abych byla zdravá samozřejmě, nebo aspoň tak zdravá, abych mohla být doma a.....ted' mě napadlo, co bych si třeba já sama přála...aby byli zdraví všichni kolem mě, ale ona si myslím spíš myslí na sebe, že jo, jako, protože má sama trápení.....abych byla zdravá, abych mohla být doma....aby za mnou třeba přišla návštěva, jo, to si může přát, někdo si může přát, aby byl mladej, že jo...ale, aby ji nic nebolelo, když má bolesti, aby jí někdo pomohl."

T: „ Děkuji."

Příloha č. 11 - Rozhovor se sestrou č. 3

T: „ **Myslíš si, že se u paní nějak změnila kvalita života** při porovnání, co mohla třeba dřív, a nebo když je teď v nemocnici tady?“

S3: „ No já si myslím, že ani tak se jí kvalita života moc nezměnila, protože je tady vlastně tady s nama, my jí uděláme vlastně všechno, co by jí udělali i doma, takže si myslím, že to je stejný, ta kvalita života.“

T: „ Hm, hm, hm. No, a **kdo a čím ji tady pomáhá** v nemocnici, nebo čím se jí musí teda pomáhat?“

S3: „ Tak hlavně se jí musí pomáhat s těma lékama, protože to sama nezvládne, že má vlastně ty polykací problémy, a má jako tu (rakovinu, něco takovýho,) že, v tom krku. Takže se musí podrtit ty léky, že jo, a ještě se musí dohlédnout na to, aby si ty léky zase vzala, že jo. Když se jí to podrtí v tom drtítku, tak třeba kolikrát zapomene, že to je podrcený, tak musíš dohlédnout na to, aby to spolkla hezky a byla taková v klidu. Jinak si myslím, že ona je taková společenská, že je ráda, když takhle si má s náma o čem popovídat a když, když ju vidíme, jenom se usmějem, tak je úplně celá šťastná, že vidí sluníčko a spokojená.“

T: „ Hm a musíte ji třeba pomáhat i s přesunem na gramofón, nebo ona to zvládne....?“

S3: „ Ne, ona to zvládne sama.“

T: „ Tyto činnosti zvládne?“

S3: „ Jo, jenom o ty léky jde, a o to jídlo že jo. Má vlastně tu stravu jinou, jí kašovitou, aby to mohla polknout, no.“

T: „ Takže je tam ta úprava spíš toho jídla..?“

S3: „ Jo, toho jídla a dohlédnutí na to, ano.“

T: „ Je tam nějaké... je nějaká nestabilní, nebo je ohrožená třeba pádama, nebo...nebo je, působí spíš jako sebejistě, nebo....?“

S3: „ Spíš... působí sebejistě, ale myslím si, že, když má nějaký psychický problémy s tou dcerou třeba, protože vím, že ta její dcera má nějaký problémy s očima, takže ona se tím jakoby aji trápí že ? Jak ona na tom je, jak ona na tom bude, jestli za ňou přijde, nebo nepřijde na návštěvu, tady tohle to taky jako“.

T: „ Hm a teď se tě prosím tě zeptám, **myslíš, že má, že má trápení**, anebo eee, a kdyby ho měla, tak **kdy na něj třeba nemyslí?**“

S3: „ Hm, tak trápení, to má asi s tou dcerou, to si myslím, že jo, že na to, že potom

- ona hodně o tom mluvívá. Že ona má jít na operaci s očima, jestli bude vidět, nebude vidět a jako myslím na to jak, jestli, jak se to povede, ta operace."
- T: „ No, a co by jí jako na to pomohlo, aby na to třeba nemyslela?"
- S3: „ Aha, co by pomohlo? Určitě, nějak zaměstnat, jako nějakou třeba činnost, nebo číst, aby si mohla číst, povídat s ostatníma třeba pacientkama na pokoji."
- T: „ Jo, a ještě se prosím tě teda vrátím, kdo ji... **kdo ji s tou činností** (já jsem to trošku přeskočila) kdo ji s těma činnostma **pomáhá**, nebo...nebo s tou dopomocí nějakou pomáhá nejvíc?"
- S3: „ Tady u nás na pokojích, no tak většinou tedy my, když můžem, ona je hodně šikovná. A s těma lékama jí pomůžem, převlíct košili, ustlat postel i s tou hygienou, když..lavórek na umytí, tak to jí pomáháme. Jinak ona takhle je schopna sama na ten gramofón si jít, a všechno. Zazvoní si, když třeba udělala potřebu, že to chce vynést a to, to vona si všechno takhle zvládne".
- T: „ Hm, hm, tak a myslíš, **že má z něčeho radost**, nebo kdyžby, mluví třeba o něčem radostném, **ze svého mládí**, nebo co by jí asi tak dělalo radost?"
- S3: „ Tak to nevím o té radosti. Ona má radost, když my přijdem do práce, usmějem se na ňu, a tak má radost jenom z toho, že se smějem, a že na ňu zamáváme a je spokojena. Jo, že je šťastna, že vidí, že ty seš šťastna, tak vona je šťastna taky. Já jsem kterýsi den byla jakoby, nevím, co jsem měla v hlavě asi a ona mi říká, sestři, vy se dneska nesmějete, copak se vám stalo, vy máte trápení? Jako, hned to pozná jo, že vidí, že buď seš jako by usměvavá, pak najednou, když jeden den se nesměješ, tak přijde, jak to, že se ti něco stalo. Že už má jako starost, trápení, že ty bys mohla mít taky nějaký takový problémy jo, protože nějak jako takhle si myslím, že snad takhle, ale ještě tu návštěvu teda, aby za ní přišli z té rodiny, no...že na to hodně...."
- T: „ Že to jí dělá i tak jako velkou radost."
- S3: „ To si myslím, že jo."
- T: „ Hm, hm. No, a kdybys **byla na jejím místě a mohla si vybrat ty tři přání, co by sis tak přála?**"
- S3: „ No, určitě si myslím, že by chtěla, aby byla doma s dcerou, aby ta dcera byla zdravá, měla ty voči zdravý, jak jsem už mluvila o té operaci, že půjde a byla spokojená a mohli si to užívat spolu doma, no."
- T: " Hm, tak děkuju."

Příloha č. 12 - Rozhovor se sestrou č. 4

T: „ **Myslíš si, že se změnila kvalita jejího života** z období, kdy třeba mohla ještě fungovat, než se jí stala ta příhoda?“

S4: „ Určitě se jí změnila kvalita života, teďka jako, teďka je o hodně lepší, ale jako ona je taková, že si strašně přeje. Ona mi třeba říkala, že udělá všechno proto, že kdyby měla dělat kotrmelce nebo cokoliv, takže prostě chce jít po svejch nohách domů. Jako, myslím si, že jako, že si to hrozně přeje, jako... Kvalita se jí určitě změnila, to je jasný, protože, protože najednou si třeba nemůže podat, co chce, nemůže se sama posadit, hlavně na ten záchod, třeba že. To je jako hrozný asi, když člověk nemůže jít si sám na záchod. To je třeba problém, ale jako, myslím si jako, že strašně chce. Jako není, že by hodila flintu do žita, je to, že už se to nespraví, tak strašně chce, ale zas je pravda, že si myslím, že jako má na to náhled, že ono je to třeba, co se jí to přihodilo, je to asi měsíc. Čtrnáct dní byla myslím v B., nebo týden v B., týden v Bo, ona tady není tak dlouho. Ona je tady myslím deset dnů snad, a ona si už tak jako představuje, že to, že to půjde všechno rychleje, že, že prostě to najednou půjde, ale ono to není tak rychlý, jak angína, když se dají antibiotika a za deset dní je to dobrý, že jo."

T: „ Hm, hm, hm ...no **a kdo myslíš, že jí tady teda nejvíc pomáhá, a čím** se jí teda tak nějak pomáhá, nebo čím potřebuje dopomáhat?"

S4: „ No já si myslím, že hlavně ta rehabilitace, protože to ona s tím, jako hlavně sem vlastně přišla, že teda furt musí hlavně cvičit. Ona třeba ví, jak to má dělat, tak jako snaží se jo, ona třeba ví, že, že musí si tou zdravou rukou pomáhat. Vzít si tu nemocnou ruku, dát si to na hrazdičku, musí to dělat několikrát denně, jako to cvičení jí určitě pomáhá. Potom, když se má s kým bavit, rozhovor, že jo...třeba ona jak byla na té jedničce, tak si myslím, jako jsme to tak jako zhodnotili, přestěhovali jsme ju na šestku, tam ona, asi bylo pro ni trošku nešťastný, tam moc ty lidi jsou takoví, že moc až tak moc s ní nekomunikovali, že jo. My tam přijdem, ale nejsme tam furt. A když si ten člověk nemá až tak moc s kým promluvit, tak je potom takovej z toho asi trošku nešťastnej ,no."

T: „Jste taky cítili, že je komunikativní, a že potřebuje se prostě"

S4: „ To, jako jí jede pusa, že se z toho pokoje nedostaneš, jo to ona, to ona ti vykládá co bylo, a jak to bylo, a jaký tam byly pacientky, a co jí vykládaly. Vona to jako mele a

mele, jako to zase jako jo, komunikativní je, ale tam asi si tak moc až tak neměla s kým, asi taky to na tu psychiku určitě působilo, že začala být taková lítostivá."

T : „ A tu dopomoc, ona potřebuje v některých těch činnostech jako víc, nebo, nebo.?.”

S4: „ Potřebuje určitě potřebuje. Při posazování k jídlu třeba, sama se teda neposadí to jí musíme posadit, zapřít, aji tam jako hrozí tam pády u ní, protože vona sice třeba si myslí, že na tu jednu stranu tou jednou rukou, že jí to jde, ale stejně jako seje špatná. Se vším, s pitím, pokud by měla skleničku vo kousíček dál už je to problém, třeba, jak byla na té jedničce, tak vlastně měla stoleček po pravé straně. Říkám to dobře, po pravé straně a rohovou ruku má zdravou, takže už jako problém, když třeba by to bylo trošku dál”...

T: „Nebo obráceně.”

S4: „No, tam bychom to museli dávat blíž. No na ten záchod samozřejmě, na to vyprazdňování, na hygienu, na všechno potřebuje.”

T: „ Prostě na všechno.”

S4: „Na všechno.”

T: „ **A myslíš si, že má trápení, nějaký?**”

S4: „ No, tak hlavně její trápení je asi teďka ten její zdravotní stav. To, že najednou nemůže to co před tím mohla.”

T: „Hm, hm.”

S4: „To ju asi nejvíc, to, že nemůže chodit. Možná, že i tu ruku by nějakým způsobem eště, ale to, že nemůže chodit.”

T. „ A myslíš si, že kdybys byla na jejím místě, dokázala by ses nějak od toho trápení, nebo našla by sis nějakou aktivitu, nebo něco, jako kdybys chtěla jako třeba na to zapomenout, nebo nemyslet nebo...?”

S4: „ Asi po měsícu, co se jí to stalo se to asi, mě připadne, že ještě asi, já si myslím, že že je soustředěná hlavně teda na to, aby to nějak šlo. No a.. a... třeba se trochu zlobí to, že to najednou nejde, že prostě vona si myslí, že to půjde, že prostě si, že..že..že třeba ju, že třeba na ten gramofón to půjde jo. A teď vona furt vzhůru dolů, na gramofón zpátky, a teď vono to nende, a teď vona chvilku drží nohy, a ono to prostě na tu nohu nende, vona si třeba myslí, že ta jedna noha třeba ještě by, jako, že ju udrží, ale prostě to nende. Jo ona se zase podlomí...myslím si, že to je prostě teď to její největší trápení, nevím , Já...já bych se asi ještě v této době nedokázala asi jako nějak nedokázala od toho odreagovat..”

T: „ Že to příliš často člověka provází, často se s tím... aby to mohl odsunout a....”

S4: „ Hm , jako možná to, když teda bude mít vokolo sebe třeba lidi se kterými bude moc víc, víc komunikovat, víc mluvit jo, jako spolupacienty, kteří jsou taková trošku komunikativnější, no.“

T: „ Hm, hm..a **myslíš, že může mít teď z něčeho radost**, nebo, že může člověk žít z toho, že si třeba vzpomíná, vrací se myšlenkami zpátky do období, kdy bylo dobře a mladá, a ještě různé věci šly, aby se tak jako potěšil s tím, co třeba bylo, nebo jako..“

S4: „ To jo, to určitě jo.To jako stačí, když se třeba jenom u ní zastavíme a prohodíme pár slov, tak vona se hnedka rozpovídá, jako to zas jo“.

T. „ Že by tam už v sobě jako nic nenašla, nebo to všechno odhodila, asi ne. No, a kdybys byla na jejím místě, **co by sis tak přála, máš tři přání.**“

S4: „ Abych se uzdravila..“

T: „ No určitě.“

S4: „ Abych se dostala domů, abych byla soběstačná...“

T: „A už jsi to vyčerpala.“

Příloha č. 13 - Rozhovor se sestrou č. 5

T: „ Takže, já nevím, **myslíš, že se jí změnila teda nějak ta kvalita života**, té paní H., třeba podle způsobu života, jakým žila před tím a podle toho, že dneska je upoutaná na lůžku?"

S5: „ Tak určitě se jí změnila, vlastně je ochrnutá na půl těla a před tím měla určitě nějakou partu, jako bezdomovkyně, ve které žila aasi jí tam bylo dobře, no když si tam s nima žila. A teďka vlastně nikoho nemá, nikdo za ní nejde."

T: „Hm,hm."

S5: „ To je smola....žádná návštěva za ní nejde...."

T: „ Dobře...a **kdo bys řekla, že jako jí tady nejvíc pomáhá a čím** se jí třeba, čím je tam nutná ta dopomoc u ní?"

S5: „ Tak.. vlastně není schopná vůbec ničeho, že jo, a spíš se zase zesláká, a když se jí člověk zeptá, proč to dělá, tak vona řekne, to su ale hloupá, jo. Vona si to jako uvědomí, že to dělá, ale, ale vlastně nic, no. A kdo ji pomáhá? ...
(nesrozumitelné.)...

T. „Hm,hm.... A z toho pohledu, jako té celkové pomoci,..... tak nejvíc té pomoci asi poskytují....koho bys třeba řekla.... kdo jí nejvíc jako tu pomoc poskytuje, teď, jako ležící osobě?"

S5: „ No zdravotní sestry, nebo sanitárky, nebo já nevím..."

T. „ Takže vona je spíš celkově závislá.."

S5: „ Na naší péči, no."

T: „ Hm, hm .A kdybys jako dávala najevo, nějakou snahu, že by třeba se to u ní třeba zlepšilo, nebo měla snahu být nějak víc schopná, že na to, že je to docela mladá ženská."

S5: „ Však právě, že je to mladá ženská, no"

T. „ A **myslíš, že má třeba trápení**, nebo ..?."

S5: „Má,.. no, že syn asi za ní vůbec nechodívá.....nesrozumitelné."

T. „ Že jí chybí kontakt s těma příbuznými, nebo s těma nejbližšíma."

S5: „ No. no. Určitě., no...no"

T. „ A myslíš, že může, ... že na to něco pomáhá, aby na to zapoměla, nebo nemyslela, nebo ..jestli má o něco zájem, nebo je na ní vidět jakási spokojenost, nebo zase ba naopak jakoby nelad, nějaká náládovost."

S5: „Ne to málokdy je u ní náladovost....(nesrozumitelné)..tu situaci, .tak to bere, no, tak to de, jo takhle nějak."

T. „Že je to takhle nějak....."

S5: „, no.. no.."

T: „ Že zas třeba není tak, že by se pořád nějak, jakoby trápila, že by nekomunikovala vůbec, nebo byla nějaká taková poničená.."

S5: „, Ona, jako tak moc nekomunikuje, to zase moc ne...., to jako....spíš, jako uzavřená osoba, no."

T: „, Hm, hm.. **A myslíš, že mít v současné době, že jí něco udělá radost?"**

S5: „, Tak teďka, spíš nějaká návštěva by jí udělala radost, no kdyby přišla....(nesrozumitelné)...

T: „,A když je tady teď kom, v tom prostředí nemocničním , působí spokojeně, anebo je vidět, že spíš je tam nějaká nespokojenost, když se člověk někde octne, mimo ten svůj domov, tak není samozřejmě úplně že jo spokojenej, není to vono.."

S5: „, To máš ve všech nemocnicích, no takže..já si myslím, že už je na to asi zvyklá..."

T. „ Že je zvyklá, že už se zadaptovala, že prostě to prostředí tady má takový a...."

S5: „, Hm....hmmm.."

T.: „,No a myslíš, **kdybys byla na jejím místě, jaký bys třeba, jaký bys měla tři přání,** kdybych ti řekla, že máš. Co by sis tak asi přála?"

S5: „, Tak asi tu rodinu, aby s tím synem navázala kontakt,.....a být soběstačná, že jo, to bysme chtěli všichni...to třetí , to nevím, nevím..."

T: „, Nemusela bys mít třetí přání?"

S5: „, Asi kde bydlet, možná, no, to je těžký, no. Že by se chtěla vrátit, že jo... no."

T: „, Že by možná byla ráda za nějaký domov svůj nebo příbytek, něco svého..."

S5: „, Určitě..."

T. „, Tak jo, mockrát děkuju."

Příloha č. 14 - Rozhovor se sestrou č. 6

T: " **Jestli si myslíš, že se paní S. nějakým způsobem změnila kvalita života,** ve srovnání s tím, co mohla, když byla zdravá a když teď je jako pacientka v nemocnici ."

S6: " Myslím si, že zásadním způsobem se jí změnila kvalita života, její schopnost se o sebe postarat. Nemůže si zajistit základní potřeby, jako pro život že, co se týče hygieny, stravování, oblékání, všeho toho jejího režimu a celkově prostě ta kvalita života je změněna ve všem, dá se říct ve všech směrech. No i to její myšlení si myslím, už že zase taky jinačí, že si myslím, že k nějakému posunu tam tou nemocí, určitě došlo změnám no. Co se týče psychiky ..ona...(nesrozumitelné)....."

T. " **A dokázala bys mi říct, kdo ji teda v nemocnici, nebo tady na tom lůžku nejvíc pomáhá a čím se jí vlastně pomáhá?"**

S6: " Kdo jí pomáhá? Tak můžeme my, jako zdravotní personál i svým přístupem a nějakým, nějakou tou aktivizací a vlídným slovem, jako povzbuzením, nebo činností. pochválit ju, když se jí něco povede, protože ona je na tu půlku těla ochrnutá, a ruku má nepohyblivou, takže ona třeba chce, když třeba byla zdravá, ona nechce, aby sme jí rozkouskovali to maso, nebo knedlu, ona prostě, že chce to sama udělat, takže se pochválí, aby měla zase takový pocit, že, že je schopna sama něco udělat. Hm, nebo se jí pustí ta televize, tak chvilku se dívá na tu televizi, myslím si, že komunikuje i hodně s těma pacientkama tam, že se tak vzájemně jako doplňují, že ta paní P., takže si to takovým nějakým způsobem zpřijemňuje.

T: " Myslíš, že má....."

S6: " Reahabilitace ještě, prostě sice se cvičí jenom na lůžku, nebo se posazuje, protože ona není schopna ještě, jako aktivně nějak cvičit, nebo tak..."

T: "**A myslíš si, že má trápení, a že může něčím na to svoje trápení zapomenout, je něco co by jí v tom pomohlo, aby třeba na svý trápení nemyslela? "**

S6: " Já si myslím, že ju asi hodně,no nevím, totiž nevím, jak ta psychika u ní je až tak jako, na jaké úrovni je protože třeba z ničeho nic řekne, že že si zajde na záchod, přitom ona nemůže jako na tu jednu polovinu těla, takže nevím , do jaké míry si uvědomuje to svý postižení na jedné straněA někdy se mě zdá, že když se jí třeba zeptám na něco, jestli si cvičí s tou rukou moc, dneska, když jsem třeba, když si to tak masírovala, hladila, tak se mi zdá , jako že jí to připomenu a ona si vzpomene na to svý postižení, a že jí to dělá zle. Víš, jako by .."

T. " Jako by to nepřijala, nebo odmítala, nechtěla si to připustit...."

S6: " Protože, když se jí to připomene, začne mít slzičky, že si uvědomuje zas, že je nějak postižena, jo, jinak se mi zdá taková jako dobrá, ale jak se jí to něco týká té, toho postižení, jak se člověk na to zaměří, a ona si to uvědomí, tak je to asi trochu jiná, no."

T: "A myslíš, že je něco co by jí, co jí třeba dělá radost, nebo mluvila o něčem, co třeba jí v mládí, na co ráda vzpomíná, z čeho se radovala?"

S6: " To, to abych pravdu řekla, to nevím."

T: " Nedává najejou nějak radost, když se jí něco udělá, i třeba ze strany té péče..?"

S6:" Ona ani nic nechce, abysme jí něco.Ona si hodně věci chce dělat sama, jo a nemá třeba ať se zeptám na plínku, nic tam nemá, jeto dobrý. Ale přitom jako má, jo, takže vím ,že jakoby odmítá. Odmítá, jakoby že všechno je dobrý, všechno je dobrý , ale přitom to není dobrý. No tak jako...."

T: " Jakoby není s tím smířena a .."

S6: " Není s tím smířena.."

T. " A náhled, jakoby ten, jakoby ten pravej, jak ten stav vypadá.."

S6: " Já jsem ji vlastně neviděla, že by se nějak, jako radovala z něčeho, nebo.neviděla jsem, ne, ani neslyšela o tom, že by se nějak, jako rozebíralo, něco radostného, nějakou situaci třeba."

T: " Nebo vzpomínala na nějaký ty věci když, když byla mladá.."

S6: " Jestli tam něco s téma ženskýma třeba to, to nevím, že, protože tam nejsou pořád jestli si s nima něco rozebírá, nebo něco, to nevím, ale je pravda, že tam není na tom s pacientkama, který tak, dá se to s pacientkama, furt něco rozebírají, paní K, paní P., paní P. , takže si myslím, že zase úplně tak izolovaná, že se , že se třeba, třeba zasměje něčemu, ale prostě nikdo tam u toho nejsme ,že jo.."

T. " Tak že jakoby má pokoj, kde"

S6:" (společná řeč)..ale neprojevuje se takhle,jako radostně se neprojevuje, prostě vůbec."

T: " Hm, hmm. No, a kdybys byla na jejím místě, a mohla mít tři přání, co by sis asi tak přála?"

S6: "No, ... splnitelný, nebo nesplnitelný?"

T. "Ráda bych ti řekla, že ti je splním."

S6: " Tak to je zdraví, že, to by asi hlavní za to všechno, za ty všechny, další přání bych asi mít nemusela.Hm....a kdybych byla jako postižená, jako nemocná, tak asi bych si přála, abych mohla tu nemoc prožít asi v domácím prostředí, s rodinou ..no...a abych prostě se snažila,snažila, abych se třeba nějakým způsobem rozhýbala, abych si byla schopna sama udělat svoje věci, no".

T. " Nebýt závislá."

S6: " Nebýt závislá.To je všechno."

T. " Tak jo, to je všechno, děkuji mockrát."

Příloha č. 15 - Ukázkový rozhovor (pacientka č.7)

Pacientka ve věku 93 let byla přijata z penzionu na doporučení praktického lékaře do zařízení následné lůžkové péče jako stav po mozkovém infarktu způsobeném trombózou přívodných mozkových tepen ACM (arteria cerebri media) s levostrannou hemiplegií, esenciální hypertenzí a chronickou ischemickou chorobou srdeční, především k zajištění léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče. Podle Testu ADL dle Barthelové - hodnocení soběstačnosti, byl součet bodů 60, závislost středního stupně. U pacientky je prováděna komplexní ošetrovatelská péče. Podle výsledku testu MMSE má pacientka lehkou demenci, má (22 bodů). Cílem léčebného, ošetrovatelského a rehabilitačního programu je zlepšení sebez péče. Doba hospitalizace pacientky je 18 dní od přijetí. Pracovala v hospodářství, později se starala o nemocného manžela. Je vdovou asi 25 let, měla dvě dcery, jedna z nich zemřela ve 40 letech na nádorové onemocnění. Pacientka neví, jak bude řešit budoucnost.

T: „Dobrý den, mohu vám položit několik otázek.....?“

P7: „...“ povídám, tady cosi je, tak jsem se pro to zvohnula, že to uklidím, a vona se mně podle všeho zamotala hlava, a tak já jsem tak dopadla. A tak mám tuto levou nohu zlou, nemocnou.“

T: "Hm, hm.." **A pomáhají Vám tady sestřičky, nebo... stačí Vám ta jejich pomoc?"**

P7: "Pomáhají mně, pomáhají mně, a stačí mně."

T: **A jak to vnímáte, jsou k Vám laskavé, nebo by mohly být hodnější?"**

P7: "Ale no tak, voni jsou přece jenom lidi a já , já nevím , jak bych to řekla. To je , někdy je ten pacient, víte takovej nervozní, nebo takhle. Ale, ale je to dobrý, jsou hodný na nás, jsou hodný, já su spokojená."

T: "Dobře, a zkoušíte dělat nějaké činnosti samostatně? **Můžete dělat něco sama?"**

P7: "Já nemůžu dělat nic takhle, jenom, co sedím a takhle rukama, a jinak nemůžu chodit."

T: " Hm, co je tam pro Vás ta překážka, **nebo co tomu brání, aby jste na tom byla trošku líp?"**

P7: "Já nevím, vona ta noha je nepohyblivá, pravá noha ta je dobrá a levá je špatná. a nemůžu se na ni postavit."

T: " Teď se Vás zeptám, **máte z něčeho radost?"**

P7: " Ale no tak mám. mám taky, mám rodinu. Z rodiny mám radost. Mám osm vnoučat, jo osm vnoučat a už nějaký pravnoučata."

T. " A chodí za Vámi na návštěvu?"

P7: " Chodí, chodí za mnou, podle možností. To víte, jsou taky zaměstnaný, to už jsou dospělý lidi, ti ti už mají zase svý rodiny, ale chodí. Za mnou tady chodí moje dcera, ta mně zůstala teda z rodiny."

T: " Zůstala nejmějnější. A ony ty dcerky většinou k těm maminkám mají takovej ten nejbližší vztah, nejměj to s nimi nesou a obráceně."

"A máte z něčeho strach, nebo obavy...?"

P7:" To víte, že mám strach. Strach mám jak to bude dál, že teda, jestli mě tady nechají, nebo a kam by...přece mě nemůžou na ulicu vyhodit."

T. " To neé, to oni to s Vámi budou probírat, a bude se to řešit, kdo by Vám mohl třeba pomoci, a co všechno se tady ještě stihnete naučit, tak podle toho se to bude..."

P7:" Teďka jezdím na dvoukoláku, jezdím, rukama si to poháním, ja. A každý den teda, a dělá s náma sestra tělocvik na lůžku, a až tak kolem poledne, ony majó nohy až tak dobrý, že můžou ještě nějaký tělocvik dělat. A to já už nemůžu. Já su ráda, že to vyštuchám ten vozejk. A mně tady ten mladej člověj pomůže na lůžko a z lůžka."

T: "Hm...a tak byste mi řekla, co Vám třeba pomáhá, nebo **co by Vám tak ještě pomohlo?**"

P7:" Já nevím, já jsem taky jen obyčejnej člověk, ale od tý nohy, tam mně myslím nikdo nepomůže. Vypadá to, jako by ona nebyla stabilní, jako by byla, jak třeba teďka se pohnu, jako by nebyla, na tu se nepostavím."

T. " Ta Vás neposlouchá."

P7: Ja."

T. " A povídal Vám pan doktor, jak to máte s tím onemocněním, nebo co vlastně se všechno stalo?"

P7: " Ne, nic, nikdo, neřikali mně nic."

T:" Tak, **a kdybyste se tak zamyslela, nad tím svým životem, Jak by jste ho hodnotila?**"

P7." Já nevím, abych Vám to , jak říkám. Ti doktoři jsou lidi, a oni se snaží, oni se snaží jak nejměj můžou. Jak se jim to snažení vyplácí, to už musijou pozhodnotit, no."

T: " A Vy ten svůj život, jak byste to tak zhodnotila, jak jste to prožila?"

P7." Já jsem měla těžkej život. Já jsem měla těžkej život. Já jsem měla manžela, kterej měl tu nemoc počkejte, to už zapomínám ..on měl mozkomíšní sklerózu. A tak my jsme byli o deset let od sebe, on byl starší a tady umřel. On ho ten náš doktor posílal tady na to přelécení, a pak tady umřel."

T: **"A měla jste něco radostného, nebo to byl jenom ten těžkej život?"**

P7: " Pěkný život byl s těma děckama, když byly malý. Já jsem je vždycyky vzala a šli jsme

k našim na besedu do ... Já jsem se narodila v ..."

T:"Jsme se za války obě sestry vdaly a my jsme bydleli v B...,protože můj manžel tam byl zaměstnaný jako soustružník.A von pořád chtěl do S..., že přece jnom je tam pole a všecko, no a tak.. Ale udělali jsme chybu, to víte on začal dělat i na tom polu, ale ono mu to nepasovalo.On třeba, já jsem jezdila koňma víte, tak jsem si pamatuju, jak jsem s maminkou, jak jsem oborávala brambory. A teďka on se šel za mnou trošku podívat na dvůr a on Vám spadl a byla taková hrozná bouřka, byl celou tu dobu na tom dvoře ležel, se nemohl dostat domů, byl slabý.A když jsem přišla , jsem ho musela celýho zeslícit a apřevlíct, a žepůjdu k sousedům ať mně pomůžou.Ne,ne, on se za tu svou nemoc styděl, on nechtěl...nechoď nikde, nikde nechoď, udělej to , jak to dovedeš sama. Jo."

T:" Tak jste na to byla hodně sama, kdyby byla ještě nějaká pomoc větší..."

P7": Já Vám říkám, on se ještě za tu svou nemoc styděl. Chtěl, aby tojako, že nic a ono to bylo těžký."

T." A tak teď Vám zůstali tou velkou radostí ty děti?"

P7:" Ja, ja, z těch mám největší radost."

T." A kolik jste měla dětí?"

P7:"Já jsem měla dvě dcery, ale ta jedna mně umřela , měla 40 let, uřezali jí obě prsa. Umřela na rakovinu.Vona ta mého manžela maminka v rodině, tam byla rakovina. A oni to všeci měli a teď, i ta co mně zůstala ta musí chodit už 8let na kontroly, a ty děvčata všecky co jsou v rodině chodí na kontrolu a už se to nějak léčí."

T:" Máme nějakou představu, jak by to s Vámi do budoucna bylo, jestli se to bude lepší?"

P7: Ne já su věřící, a já to nechávám na Pánu Bohu.

T:" To je to nejrozumnější , co děláte, co není v lidských silách, je v těch Božích, je to tak. Jinak by jste se nejraději vrátila domů, to zase ano....?"

P7:" No já , kdybych mohla alespoň trošku být samostatná, když ta pravá , ta je sama, po ní poskokavat nemůžu."

T:" A kolik máte roků?"

P7:" Devadesát tři, já jsem se narodila 28. února, dvacátý první ročník. A to kdyby mi někdo řekl v životě, bych mu nevěřila, že tolik..A teď, teď..to jde pořád rok a za rokem a přibývá, a už je mi devadesát tři."

T: " No a jste jinak ráda na světě ?"

P7:"Su ráda na světě, su. ano."

T:" Máte důvod, proč žít, jsou tady ty děti..ty jsou rády, že Vás mají."""

P7:" No jistě."

T.." To je dobře, **A najíte se sama, to jste schopna?** Nejhorší je to s tím pohybem."

P7:" Jasný, já jím sama, já se nenechávám krmit. já jím sama. oni mně pomůžou sednout tady k těm , a já jím co stačím. Taky jsem měla poslední dobou ...vrhla jsem, bála jsem se jíst...!

T: " A už jde trošku, už se to spravilo."

P7: Já už nemůžu všechno jest. Oni vám dají talíř vrchovatej a teďka ještě tu polívku Vám dajou, a tak když sníte jedno,, tak nesníte druhý."

T." Je toho moc. **Jinak vám to chutná, to jídlo?"**

P7:" Jo, jo já su spokojená."

T." **Jak to má dcera k Vám daleko?"**

P7:" Teď to má daleko, tam, jak jsem byla na té P... to měla pár kroků., když jsem tam nemohla být"

T: "**Jste milá, vyrovnaná..**"

P7." No já si myslím, že su věřící a nechávám to na Pánu Bohu."

T:" A tím si člověk uchovává takový ten vnitřní klid, jinak by byl takový roztrpčený na ten život."

P7." Ja,..ja..."

Příloha č. 16 - Ukázka začleňování vhodných odpovědí od pacientek do časového období

„ Předchorobí - převládající pocity a vztahy“.

**1/1 PŘEDCHOROBÍ ,
převládající pocity a
vztahy P1**

příklady

rodinné vztahy s
matkou

"..měla jsem přísnou maminku, tak jsem se to naučila.

samota

"Nemají čas... chodí do práce, já jsem šla do důchodu..."

rodinné vztahy - s
manželem

"..co syn,...co syn mi umřel..."to ten manžel, syn Vám umřel.."

izolace vůči okolí

"A tak jste trávila čas spíš doma?"...nesrozumitelná řeč...

rodinné vztahy - se
synem

" Syn bydlí se mnou , není ženatý, je svobodný."

**1/1 předchorobí ,
převládající pocity a
vztahy P2**

rodinné vztahy-s
manželem

"..protože manžel byl, on měl schizofrénii, a byl to velkej problém."

**1/1 předchorobí ,
převládající pocity a
vztahy P3**

rodinné vztahy -s
vnoučaty

"...jsem hlídala vnoučata...vychovávala jsem je, jako, kdyby byly moje.."

**1/1 předchorobí ,
převládající pocity a
vztahyP4**

rodinné vztahy - se
sourozenci

"Jo, nás bylo pět kluků a já šestá...ti mě brali všady sebou.."

samota

"Byla jsem sama na chalupě..."

vztah ke zvířatům

".dostal dobytek, kocour, no a pes.no a až se najedli oni, teprve potom jsem si dělala já..."

**1/1 předchorobí ,
převládající pocity a
vztahy P5**

spokojená

"..to bylo fajn ..."

bezstarostná
samota

"..kdokoliv přijde, tak to může otevřít.."

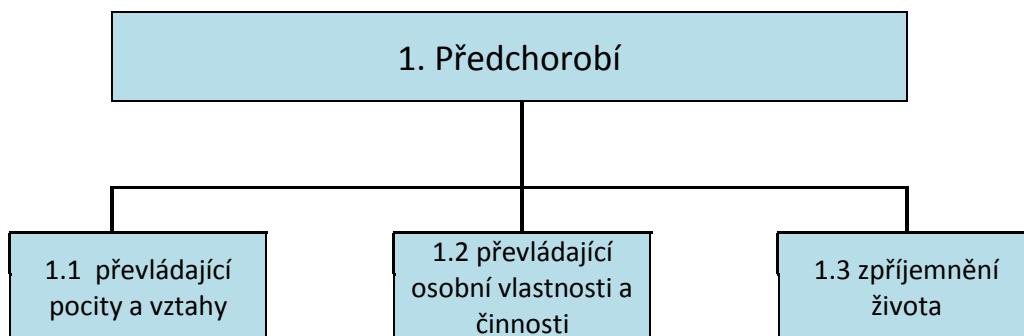
" ..syn,,měl dívku.....Šli po svém...Co jsem se naplakala."

**1/1 předchorobí ,
převládající pocity a
vztahy P6**

vztah ke zvířatům

".....slepice jsem měla"

Příloha č. 17 - Ukázka „Předchorobí“ rozčleněného na jednotlivé oblasti s konkrétními pojmy



převládající pocity a vztahy	Příklady
samota	"Nemají čas... chodí do práce, já jsem šla do důchodu..." "...co syn..co syn... mi umřel..." "Byla jsem sama na chalupě..." ..Já jsem byla pořád sama."
vztah ke zvířatům	".....dostal dobytek, kocour, no a pes...." ".....slepice jsem měla"
vztah se synem	" Syn bydlí se mnou , není ženatý, je svobodný."
s manželem	"..protože manžel byl, on měl schizofrenii, a byl to velkej problém."
s vnoučaty	"..hlídala vnoučata..vychovávala jsem je, jako, kdyby byly moje..."

převládající osobní vlastnosti a činnosti	Příklady
pracovitost	"...pracovala jsem.."..."Práce jsme udělali.." "..tak bych pokračovala tak, jak jsem to dělala dřív." "..pomáhala jsem jim se vším, hodně, hodně.."
samostatnost	"Mohla jsem všechny věci dělat..." "mohla jsem všechno udělat.." "..všechno jsem si stačila udělat sama, bez pomoci..."
domácí práce	"...nebo jsem vařila...uklízela." "...Tak většinou člověk vařil, pral, uklízel..."
pomoc dětem	"Opatrovala jsem vnoučata" "„hlídala jsem vnoučata"

zpříjemnění života	Příklady
pracovitost	<p>"Práce jsme udělali."</p> <p>"...dělal jsem to s radostí a nadšením všechno.."</p> <p>"..já jsem pořád vymýšlela práci..."</p> <p>"Zrýt zahrádkuMěla jsem zahrádku, mám tedy ..."</p>
pomoc dětem	<p>"...tak jsem opatrovala vnoučata..."</p> <p>..jsem hlídala vnoučata...pomáhala jsem jim se vším hodně, hodně...."</p>
soběstačnost	<p>"...mohla jsem si všechno udělat.."</p> <p>"..všechno jsem si stačila udělat sama, bez pomoci..."</p>
radost z rodiny	<p>"No co,radost ze synů, vnuků .."</p> <p>"...když je tak vidím všechny...."</p>
radost ze změny	<p>"..bezvadný, bezvadný...dělal jsem to s radostí a nadšením"</p> <p>" ... když jsem si koupila něco nového.."</p>
radost ze zvířat	<p>"..dostal dobytek, kocour, no a pes...no a až se najedli oni, teprve potom jsem si dělala já..."</p> <p>"...slepice jsem měla taky..."</p>
radost z úpravy	<p>"Já jsem se ráda nanastrojila a učesala."</p> <p>"..jsem si obnovila záclony..."</p>