

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**STÁŘÍ JAKO FENOMÉN ZNEVÝHODNĚNÍ A POTLAČENÍ  
LIDSKÝCH PRÁV A POTŘEB U ŽEN**

Diplomová práce

Datum odevzdání: 24. 5. 2010

Autor: Michaela Holá

Vedoucí práce: prof. Dr. Josef Dolista, Th.D., Ph.D.

## **Abstract**

As a topical phenomenon that cannot be overlooked whether we like it or not, the population aging is an issue that relates or will relate to every one of us someday. Although the society highlights rather the ideal of youth and beauty and disregards the issue of old age and old people, it is necessary to find solutions of the consequences of this phenomenon. Being no less important, the need to secure an adequate approach to old people and to secure their rights and satisfaction of their needs comes to the limelight.

The main objective of the diploma thesis was to obtain further information about possible existence of disadvantaging and suppression of human rights and needs of patients of the after-care ward of the Hospital of České Budějovice. In the theoretical part I used the findings from available literal and electronic sources in order to provide a comprehensive view of old age and the life of seniors in their environment. The attention was also paid to the topic of human rights and needs and their possible suppression in the senior population.

The theoretical part of the thesis was followed by the practical part which used a qualitative research procedure. I selected the method of questioning, namely the technique of semi-directed interviews. The interviews were conducted with women of 70-80 years of age who were discharged from the after-care ward of the Hospital of České Budějovice within ten days prior to the questioning. The questioning had a form of an interview following the directions and consisting of 5 main topics: disadvantaging, provision of information by the staff, quality of the communication with the healthcare staff, and saturation of mental and social needs. The respondents were also asked for the identification data and information relating to their hospitalization.

Having analyzed the acquired data, I arrived at deeper findings of possible existence of disadvantaging and suppression of human rights and needs in patients of 70-80 years of age hospitalized at the after-care ward of the Hospital of České Budějovice. Thus the main objective of the thesis has been fulfilled. After evaluating

the conducted interviews, it is possible to raise the following hypotheses that might be verified in a more extensive quantitative research:

*Hypothesis 1:* Women hospitalized at the after-care ward feel disadvantaging in particular due to their health state.

*Hypothesis 2:* Most of hospitalized women are provided with basic information about their health state.

*Hypothesis 3:* Satisfaction with the quality of communication is often affected by communication barriers on the hospital staff's part.

*Hypothesis 4:* In most cases, mental wellbeing of patients is affected by anxiety about their health state.

*Hypothesis 5:* The family acts as a very powerful subject in securing the social needs of hospitalized women.

I believe that the diploma thesis may be used for better targeting of the efforts to improve the care of seniors, prevention of negative impacts of hospitalization, and more adequate satisfaction of needs of older persons during their stay in hospital. The thesis is also suitable for more detailed familiarization with the concerned issue and for possible direction of further studies and researches in this area.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma *Stáří jako fenomén znevýhodnění a potlačení lidských práv a potřeb u žen*, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 24. 5. 2010

Podpis studentky:.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala prof. Dr. Josefu Dolistovi, Th.D., Ph.D. za vedení diplomové práce a poskytnuté rady při její tvorbě. Velké poděkování patří také lidem, kteří byli ochotni zúčastnit se výzkumu, či mi byli ochotni pomoci při jeho realizaci. V neposlední řadě děkuji lidem blízkým mému srdci za podporu nejen při studiu.

---

**Obsah**

<b>Úvod .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>9</b>
1.1 <i>Vymezení pojmů .....</i>	9
1.2 <i>Etapy stáří.....</i>	10
1.3 <i>Proces stárnutí populace .....</i>	11
1.4 <i>Změny provázející stáří.....</i>	11
1.4.1 Biologické změny .....	12
1.4.2 Psychické změny.....	13
1.4.3 Vývojové úkoly stáří.....	14
1.4.4 Sociální role ve stáří.....	16
1.4.5 Odlišnosti z pohledu gender.....	17
1.5 <i>Senioři v kontextu jejich životního prostředí .....</i>	19
1.5.1 Život v rodině.....	19
1.5.1.1 Vztah k partnerovi.....	20
1.5.1.2 Vztah k širší rodině .....	21
1.5.2 Život seniorů v institucích.....	21
1.6 <i>Lidská práva a potřeby .....</i>	22
1.6.1 Základní lidská práva .....	22
1.6.1.1 Dokumenty stanovující práva seniorů.....	23
1.6.2 Rozdělení a hierarchie potřeb.....	24
1.6.3 Změny psychických potřeb u seniorů.....	26
1.7 <i>Potlačení práv a potřeb seniorů .....</i>	28
1.7.1 Špatné zacházení se seniory .....	29
1.7.1.1 Domácí násilí .....	29
1.7.1.2 Nevhodné zacházení v ústavní péči.....	31
1.7.2 Diskriminace – ageismus .....	32
1.7.3 Etická hlediska v péči o staré občany.....	32
1.8 <i>Možné budoucí perspektivy.....</i>	33

---

<b>2</b>	<b>Cíle práce .....</b>	<b>35</b>
2.1	<i>Cíl práce .....</i>	35
2.2	<i>Operacionalizace pojmů .....</i>	35
2.3	<i>Výzkumné otázky .....</i>	35
<b>3</b>	<b>Metodika .....</b>	<b>37</b>
3.1	<i>Použité metody .....</i>	37
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru .....</i>	38
<b>4</b>	<b>Výsledky .....</b>	<b>39</b>
4.1	<i>Kazuistiky respondentek .....</i>	39
4.2	<i>Souhrn nejdůležitějších údajů .....</i>	59
<b>5</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>76</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>79</b>
<b>8</b>	<b>Klíčová slova .....</b>	<b>85</b>
<b>9</b>	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>86</b>
<b>10</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>87</b>

## Úvod

Stárnutí populace je dnes již nepřehlédnutelným a téměř celosvětovým fenoménem. Na jedné straně je nutné nalézat řešení této situace a snažit se zabránit jejím negativním důsledkům, na straně druhé je však neméně podstatné brát také ohled na přístup k lidem ve stáří. S tím souvisí nutnost adekvátního zajištění jejich práv a potřeb.

Přestože dochází k neustálému nárůstu střední délky života, nejsou dostatečně řešeny změny, které s sebou stárnutí společnosti přináší. Ať již jde o adekvátní politické reformy, institucionální opatření či zajištění z hlediska struktury rodin a možné budoucí péče o stárnoucí osoby. Právě stárnutí populace by mělo vést k nutným pozitivním změnám, které by se odrazily v našich každodenních životech. Jak píše Klevetová a Dlabalová (2008: 11) „...*prodloužení lidského života a vzájemné soužití všech věkových skupin ve společnosti dává prostor k vytvoření nového modelu osobního růstu, kde nebudou vytvářeny hranice mezi mládím, dospělostí a stářím, kde bude lidský život chápán jako jeden nepřetržitý celek od narození až do smrti*“.

K volbě tohoto tématu diplomové práce mě vedlo přesvědčení, že problematika stárnutí a stáří samotného je dnes velmi aktuální, často zmiňovanou a stále nedořešenou s mnohými nezodpovězenými otázkami. Zároveň se mě však téma dotýká osobněji i v tom, že změny související se stářím prožívají v současné době též moji blízcí a vidím z velmi podrobného pohledu radosti, ale i strasti spojené s touto etapou života.

V každodenním životě, pokud se nás ještě stáří netýká, snažíme se jej spíše vytěsnit z našich myšlenek. To, co je staré, obvykle vnímáme v negativně zabarvených pocitech, symbolizuje pro nás cosi nefunkčního, již nekompetentního a snadno zapomenutelného. Z toho vychází i společností přijímaný pohled na staré lidi. V dnešní době má punc prestiže mládí, zdraví a krása a naopak stáří je mnohdy prezentováno jako něco nežádoucího. Stáří je však nedílnou součástí našich životů, ať již chceme, či nikoliv. Jde o stejně podstatnou etapu života, jakou byly ty předchozí, a je třeba mu věnovat pozornost ze strany rodiny i pracovníků v pomáhajících profesích.



## 1 Současný stav

V dnešní době jsme svědky neustálého stárnutí české populace. Dle dat Českého statistického úřadu za rok 2008 přibylo 43,3 tisíce osob ve věku nad 65 let a k 31. 12. 2008 představuje věková skupina obyvatel ve věku nad 65 let 14,9% populace (viz příloha 1) (Český statistický úřad 2009).

### 1.1 Vymezení pojmů

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti*“ (Langmeier, Krejčířová 2006: 202). Jde o označení pozdních fází ontogeneze, projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických (Kalvach, Mikeš 2004).

Obvykle se rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické<sup>1</sup>. Kalendářní (chronologický, matriční) věk je dán datem narození a je běžným měřítkem stárnutí. Sám je však tento pojem náhodně zvolený a bez informací, jelikož při něm není brán ohled na interindividuální rozdíly. Tento věk tedy nemůže být pokládán za spolehlivý prediktor životního stavu konkrétního jedince, spíše naznačuje stav průměrného člověka. Za počátek stáří je dnes obvykle považován věk 65 let, o vlastním stáří se hovoří od 75 let (Pacovský 1990, Stuart-Hamilton 1999). Sociální stáří je odrazem proměny sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Za jeho počátek bývá obvykle považován vznik nároku na starobní důchod. Biologické stáří je označením pro konkrétní míru involučních změn (Kalvach, Mikeš 2004).

Populace starých lidí není homogenní a je tedy nutné uznávat její vnitřní odlišnosti strukturální i funkční. Též stárnutí a stáří jedince je vždy individuálně podmíněno (Pacovský 1990).

Pokud se zaměříme na charakteristiky obvykle pozorované u starého člověka, je možné je odlišit na vzdálené (distální) efekty stárnutí, které lze přičíst událostem relativně vzdáleným, a na časově blízké (proximální) efekty stárnutí. Ty jsou důsledkem

---

<sup>1</sup> Pacovský (1990) a Haškovcová (1989) odlišují kromě věku kalendářního i věk funkční, neboli skutečný. Ten odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka.

aktuálnějších dějů. Lze také hovořit o univerzálních znacích stárnutí, které sdílejí všichni staří lidé, a o probablistických znacích, jež jsou pravděpodobné, ale ne nutně univerzální (Stuart-Hamilton 1999).

Podobnými pojmy je označení primární stárnutí (tělesné znaky organismu), sekundární stárnutí. Tím jsou označovány změny, jež se ve stáří často objevují, ale nejsou jeho nutným doprovodem. Někdy je přidáván též pojem terciární stárnutí, který označuje prudký a nápadný tělesný úpadek předcházející smrti (Stuart-Hamilton 1999).

Naukou o stáří a stárnutí, a tedy o problematice starých lidí a života ve stáří, je gerontologie. Název pochází ze slov gerón – starý člověk a logos – nauka (Kalvach, Mikeš 2004). Jejím posláním je úsilí o poznání hlavních příčin a mechanismů stárnutí a zlepšení kvality života ve stáří. Problematiku stáří je nutné vždy chápat v její komplexní podobě. Má tvář biologickou, psychologickou i sociální (Pacovký 1990).

Pacovký (1990) uvádí tři hlavní části gerontologie:

1. Gerontologie teoretická: Zabývá se tvorbou teoretického podkladu pro další praktickou činnost. Hledá, třídí a řadí do systému poznatky o hlavních mechanismech stárnutí.
2. Gerontologie klinická: Tato část oboru se zabývá starým člověkem, jeho komplexním hodnocením ve zdraví, ale především v nemoci.
3. Gerontologie sociální (populační): Je zaměřena na vzájemné vztahy mezi starou populací a společností.

Lékařský obor zaměřený na stáří se nazývá geriatric. Jejím předním zájmem jsou zejména zvláštnosti chorob ve stáří. Pro geriatrickou péči jsou určeni staří lidé trpící polymorbiditou a vyžadující kromě péče v základních lékařských oborech také specializované geriatrické poradenství či specializovanou péči geriatra (Haškovcová 2002).

## **1.2 Etapy stáří**

Současné orientační členění stáří je odvozeno z pojetí B. L. Neugartenové, která zavedla pojmy „mladí senioři“ pro věk 55-74 let a „staří senioři“ pro 75 a více let.

Členění je následující:

- 65-74 let: mladí senioři
- 75-84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři (Kalvach, Mikeš 2004)

Jedním z dalších možných rozdělení je popis etap stáří dle Světové zdravotnické organizace, jak jej uvádí Říčan (2004):

- střední věk (45-59 let)
- rané stáří (60-74 let)
- pokročilý věk, vlastní stáří (75-89 let)<sup>2</sup>
- vysoký věk, dlouhověkost (90 a více let)

### **1.3 Proces stárnutí populace**

Od roku 1840 dochází ve vyspělých zemích k neustálému zvyšování střední délky života. Ženy se dožívají průměrně vyššího věku než muži, avšak i u mužů je patrný nárůst tohoto věku, jen zdaleka ne tak strmě jako u žen. Předpokladem posunu je mnoho proběhlých změn. Mezi podstatné lze uvést zlepšení hygienické situace, efektivní boj s chorobami, hygienická opatření v nemocnicích, méně úmrtí v souvislosti s těhotenstvím a porodem či nižší úmrtnost novorozenců a kojenců. Je však třeba zmínit, že střední délka života se nezvyšuje všude stejně a rychlost jejího nárůstu není místně ani časově jednotná (Vaupel, Kistowski 2009).

I Českou republiku lze označit termínem stará populace, což znamená, že počet osob v postproduktivním věku je vyšší než 20% celkového počtu občanů (Haškovcová 2002).

### **1.4 Změny provázející stáří**

Proces stárnutí je výsledkem společného působení genetických faktorů, životního prostředí a životního stylu. Změny se odehrávají na úrovni tělesné, psychické i sociální (viz příloha 2). V podstatě se jedná o propojené systémy. Je zde značná

---

<sup>2</sup> Pacovský (1990) uvádí pro etapu raného stáří též označení předpolí stáří, pro vlastní stáří označení sénium.

---

variabilita proměn, přičemž tělesné změny<sup>3</sup> jsou výraznější než psychické (Novotná, Hříchová, Miňhová 2004, Venglářová 2007).

#### **1.4.1 Biologické změny**

Biologické projevy stárnutí jsou nápadné, jejich znaky lze pozorovat ve všech tkáních a v jejich buňkách. Nejzávažnější jsou v endokrinní a nervové soustavě, které zajišťují neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních pochodů. Bylo navrženo mnoho teorií, které si kladou za cíl objasnit podstatné příčiny změn, všechny však postihují jen jednu stránku celého procesu stárnutí<sup>4</sup> (Langmeier, Krejčířová 2006).

Tělesné projevy a změny, jimiž se senioři odlišují od mladých, jsou označovány jako fenotyp stáří (Kalvach 2004). Některé z biologických aspektů stárnutí dokonce ovlivňují zařazení lidí do sociálních skupin a jsou jednou z hlavních příčin toho, že se staří lidé vyčleňují ze svého okolí (Pichaud, Thareauová 1998).

Lze zde uvést menší výkonnost, koordinovanost tělesných funkcí a opotřebovanost orgánů, orgány a tkáně se zmenšují. Dochází též k degenerativním změnám v kosterním systému, mění se chemická stavba kostí, které se stávají křehčími a pórovitějšími. Ubývá síla i pružnost svalů, kůže je ochablá, vrásčitá, snižuje se její elasticita a ubývá podkožní tuk. Objevují se pigmentové skvrny, vlasy šediví a řídnou. Dochází k poklesu tělní teploty, degeneraci endokrinního systému, zpomalují se procesy trávení, srdce mění svůj objem a váhu, stárne i lidský mozek. Důležité je zmenšování a řidnutí spojů a synapsí. Dochází též ke stárnutí smyslových orgánů, řeč je pomalejší (Novotná, Hříchová, Miňhová 2004).

---

<sup>3</sup> Vzhledem k zaměření diplomové práce není biologickým změnám věnována tak velká pozornost, ale spíše je zde ponecháno více prostoru stárnutí z pohledu psychických dějů.

<sup>4</sup> Mezi představitele těchto teorií s ohledem na to, jakou vidí hlavní příčinu změn, patří např. Růžička (hysteréza protoplazmy), Mečnikov (intoxikace jedy střevních bakterií, Bogomolec (pokles obranných schopností mezenchymových buněk ve tkáních) (Langmeier, Krejčířová 2006).

---

Česká gerontologická a geriatrická společnost (2010) uvádí za nejčastější nemoci ve stáří:

- močovou inkontinenci
- kožní defekty, proleženiny, hojení ran
- deprese
- diabetes ve stáří
- hypertenzi ve stáří
- infarkt myokardu
- demence
- cévní mozkové příhody

#### **1.4.2 Psychické změny**

Psychické změny jsou pomalejší a více skryté. Dochází ke změnám v mnemické funkci, nejvíce postižena je bezprostřední a krátkodobá paměť, myšlení je pomalejší, málo pohotové. Senior přemýšlí více o minulosti, ubývá abstraktního myšlení. U mnoha osob je vyšší citová labilita a je patrný sklon k záporným emocím, citové reakce jsou slabší. Mění se osobnost jedince, který nechává více projevit svou skutečnou individualitu. Dochází ke stírání psychosexuálních rozdílů, lidé se uchylují k introverzi (Novotná, Hřichová, Miňhová 2004). V. Příhoda (1974) považuje za důležitý rys stáří právě obrat od materiálních hodnot k duchovním, k introverzi, introspekci. Lidé jsou tedy více uzavřeni sami do sebe.

Obecně lze říci, že s přibývajícím věkem klesá vitalita a energie. Psychomotorické tempo a senzomotorické funkční koordinace se celkově zpomalují. Zvolňuje se chůze, gesta se zmenšují a je jich méně, řeč je pomalejší. Na druhé straně je však toto vyrovnáváno systematičností, důsledností (Haškovcová 1989).

Ve stáří stoupá zájem o všeobecnou informovanost a rozhled. Starší lidé vykazují stereotypii ve svém úsudku, myslí a jednají v již osvědčených schématech. Ve stáří dochází k ochuzení fantazie a invence, nápady se již nedostavují tak pohotově. Klesá celková schopnost psychické adaptability. Staří lidé bývají nejistí v neznámém prostředí a nedůvěřiví vůči novým věcem i lidem. Často též trpí zvýšenou únavností, poruchami spánku a rozmrzelostí (Haškovcová 1989).

Při fyziologickém stárnutí a stáří se kvalitativně nemění struktura osobnosti. Typické osobnostní rysy jedince však získávají či naopak ztrácí na své intenzitě. Lze

---

řící, že „*člověk ve stáří karikuje svou vlastní povahu*“ (Pacovský 1990: 39). V případě, že jako základní charakteristiku použijeme pět osobnostních faktorů vyššího řádu (BIG FIVE systém), lze proměnu bazálních vlastností vyjádřit takto (Digman 1990):

1. Extraverze: Objevuje se její tendence s věkem klesat. Pokles je více zřejmý u mužů než u žen. Nárůst introverze může vést až k sociální izolaci. Naopak udržení vyšší extraverze se může manifestovat sklonem k neselektivnímu navazování povrchních kontaktů.
2. Neuroticismus: S věkem rovněž klesá, starší lidé bývají vyrovnanější, klidnější.
3. Otevřenost novým zkušenostem: Zvědavost a tvořivost doznává s věkem jistý pokles. Lidé se stávají konzervativnějšími a konvenčnějšími.
4. Svědomitost: Tato vlastnost se ve stáří nemění jednoznačně. Starší lidé mohou být pečliví a zodpovědní, na druhé straně však mohou mít více potíží se sebeovládáním.
5. Přátelskost: U starších lidí vzrůstá egocentrismus a leckdy i podezřívavost, na straně druhé se však udržuje velká míra soucitnosti a důvěřivosti.

### **1.4.3 Vývojové úkoly stáří**

Dle C. G. Junga (1995) je stáří vrcholem osobnostního rozvoje a zvládnutí této fáze je významným vývojovým úkolem v lidském životě. Pohledem E. Eriksona, který stanovil jednotlivé vývojové etapy lidského života, mohou plody předchozích fází dozrát jen v člověku, „*který se jistým způsobem staral o věci a lidi, a který se přizpůsoboval triumfům i zklamáním bytí, tedy pouze v tom, kdo byl původcem věcí, bytostí a myšlenek*“ (Erikson 2002: 243). Erikson toto označuje jako integrita ega. Mezi základní znaky tohoto stavu lze uvést např. přijímání životního cyklu takového, jaký byl, vztah sounáležitosti s uplynulým životem, postnarcistní láska jako zkušenost, která dává naleznout určitý řád světa (Erikson 2002).

Nezbytné podmínky dosažení integrity dle Bergera (2007) jsou obsaženy v následujících bodech:

- Pravdivost k sobě samému.
- Smíření.
- Nadhled, stabilizace a generalizace postoje k životu.

- Kontinuita, chápání života jako součásti celé společnosti.

Nezvládnutí vývojového úkolu, tedy nedosáhnutí této integrity, se může projevit nespokojeností s vlastním životem a zoufalstvím nad nemožností prožít jej jinak, lépe. Naopak dosažení integrity se projeví pozitivním hodnocením vlastního života<sup>5</sup> (Vágnerová 2007).

Podstatné je pro člověka též zvládnout změny, které s sebou stáří přináší. Dle H. Karstena (2006) jsou pro věk pozdní dospělosti charakteristické dva hlavní úkoly: vyrovnání se s odchodem z profese a vyrovnání se s konečností života – nejen vlastního. Mezi velké životní změny lze uvést právě odchod do důchodu, odchod dětí a narození vnoučat, biologické a fyzické změny, smrt partnera, blízkých lidí a vrstevníků, změnu bydlení, případně vstup do instituce (Pichaud, Thareauová 1998).

V tomto období je tedy nezbytné nalézt smysl dalšího života, jehož hodnota je zásadně ovlivněna vědomím časové omezenosti a očekáváním různých ztrát, které jsou ve stáří četnější a fungují jako mnohé životní zlomy. Senioři se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám. To musí činit v době, kdy jsou jejich kompetence určitým způsobem limitovány (Vágnerová 2007).

Lze vyčlenit pět typů či strategií toho, jak se člověk vyrovnává s vlastním stářím. Těchto pět strategií adjustace na stáří uvedl již v roce 1966 D. B. Bromley (1974):

1. Konstruktivní strategie: Jedinec je stále aktivní a nepřestává mít radost ze života a ze vztahů k lidem. Je si vědom svých limitů i možností do budoucna, akceptuje i eventualitu smrti a přijímá ji bez nadměrného strachu a zoufalství. Dále rozvíjí své zájmy.
2. Strategie závislosti: Lidé mají sklon k pasivitě a závislosti na druhých, spoléhají se více na své okolí než na sebe. Odpovědnost i povinnosti přenechávají jiným.
3. Strategie obranná: Projevuje se přehnanou aktivitou, jež má zahnat starosti či nepříjemné myšlenky. Objevuje se nadměrná emoční kontrola, jednání dle zvyků a konvencí vedoucí až k pedantičnosti. Lidé nechtějí být v penzi, bojí se závislosti na druhých lidech, a tedy bojují o udržení svých pozic.

---

<sup>5</sup> Vágnerová (2007) v tomto ohledu hovoří o transformaci generativity.

4. Strategie hostility (nepřátelství a hněvivosti vůči druhým): Zde je patrný sklon dávat vinu za své nezdary druhým lidem či nepříznivým okolnostem. Lidé jsou často agresivní a podezřívaví.
5. Strategie sebenenávisti: V tomto případě starý člověk obrací agresivitu vůči sobě, svůj život vidí jako selhání. Smrt je následně chápána jako vysvobození. Staří lidé se v tomto případě nemají rádi, cítí se osamělí a zbyteční.

#### **1.4.4 Sociální role ve stáří**

Pro stáří je typická redukce četnosti sociálních rolí. Tyto změny rolí v podstatě symbolizují ztrátu sociální prestiže a jen potvrzují zvýšení závislosti staršího člověka na společnosti a jiných lidech. Život člověka ovlivňuje mnoho změn a s nimi souvisejících ztrát (viz příloha 3). Nastalé proměny rolí mohou být biologicky i sociálně podmíněny (Vágnerová 2007).

Sociálně podmíněnou ztrátou jedné z velmi důležitých rolí je odchod do důchodu. Pro člověka je to důležitý moment, je to zlom, který označuje ukončení jednoho období a počátek dalšího. Vyrovnat se s touto změnou není vždy snadné. Důchod znamená, že člověk opouští svou profesi, která ho jistým způsobem definovala. V podstatě „*odchodem do důchodu mění svou identitu*“ (Pichaud, Thareauová 1998: 27). Také tím přichází o své dosavadní ekonomické postavení a náhle ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání. Situace nutí člověka k novému uspořádání života. Jde o přechod z dobře naplněného života do doby, kterou je třeba znovu naplnit (Pichaud, Thareauová 1998). Haškovcová (1989: 112) o tomto hovoří jako o „*posunu od něčeho, co známe, někam, kde změna dosavadních zvyklostí je nezbytná a přitom nejasná.*“

Část lidí není na odchod do důchodu zcela připravena, což se promítá do tělesného i psychického stavu člověka. Je zde značná individuální variabilita reakcí. Kladně při této změně působí rodinné zázemí, realizované záliby a dobrý zdravotní stav jedince (Novotná, Hříchová, Miňhová 2004). Adaptaci na důchod mohou ovlivňovat mnohé další faktory (např. zda k němu došlo ve standardním období, zda člověk odešel dobrovolně) (Vágnerová 2007).

Pro člověka je důležitá jeho role prarodiče. Je jí kompenzován odchod vlastních dětí, vztah k dětem se aktualizuje a dochází k předávání zkušeností vnoučatům. V této



roli je uspokojována potřeba lásky a citové odezvy (Novotná, Hříchová, Miňhová 2004).

Další změny mohou být podmíněny biologicky, jako příklad lze uvést nemoc či úmrtí partnera, jež člověka vede k roli vdovy/vdovce. Častá je též role nemocného nebo zdravotně postiženého starého člověka, které s sebou nesou i negativní společenské důsledky (Vágnerová 2007).

Klíčový význam v procesu vyrovnávání se s nastalými změnami, hraje schopnost adaptace. Švancara (2004) uvádí určité teorie adaptace<sup>6</sup>:

- Teorie aktivního stárnutí: Je založena na přesvědčení, že základním předpokladem optimální adaptace je podržení činností a kontaktů se světem.
- Teorie postupného uvolňování z aktivit: Podmínku adaptace vidí naopak ve vyvážení se z řady funkcí a činností.
- Substituční teorie: Klade důraz na nahrazení dřívějších rolí a funkcí činnostmi novými.

Teritorium života seniorů se postupně stále zužuje, až nakonec může zahrnovat jen velmi limitovaný prostor v rámci vlastního domova či instituce. S tím souvisí i zúžení sociální sítě, která se zmenšuje ztrátou známých a vrstevníků. Z toho může vyplynout osamělost, jež je významným problémem zejména pozdního stáří. Může být dána jednak izolací od společnosti, ale dále také proměnou světa, který se nyní jeví seniorovi jako cizí (Vágnerová 2007).

#### ***1.4.5 Odlišnosti z pohledu gender***

Výsledky studií v průmyslových zemích dokládají, že ženy stárnou o 6-7 let déle než muži. Příčinou mohou být faktory psychologické a sociologické – tradiční rozdělení pohlavně specifických úkolů. Muži musí po celý život podávat výkony, neukazovat slabost, nedbat na pocity, zaopatřit rodinu. Pokud se touto tradicí někdo řídí, snadno se stane, že si nevšimne varovných signálů, jež mu tělo dává. Od ženy se naopak

---

<sup>6</sup> Při řešení otázky optimální adaptace je však nutné přihlížet k veškerým individuálním předpokladům (zdravotní, bytové podmínky atd.) (Švancara 2004).

očekává, že žije vnitřními pocity, má dovoleno ukázat slabost a brát ohled na varovné signály svého těla (Karsten 2006).

Ženám se v pozdějším věku lépe daří vymanit se z pout tradičních představ o ženských rolích. Odpadly jim již mateřské povinnosti a mohou se nezávisle rozvíjet, věnovat se vlastním zájmům, navazovat kontakty (Karsten 2006).

Lze vyslovit domněnku, že kritické životní události mají svá pohlavní specifika (viz příloha 4). Muže více zasáhnou události jako rozvod, smrt partnerky, nezaměstnanost či následky živelní pohromy. Pro ženy jsou horší situace související s jejich mateřskou rolí (neplodnost, smrt dítěte, odchod dítěte z domu). Muži a ženy zachází s kritickými událostmi jinak a jinak také reagují, vždy dle obsahu a kvality události (Karsten 2006).

Obecně je pro muže obtížnější zvládnout přechod z profesního života. V jejich žebříčku totiž zaujímají pracovní aktivity vyšší příčku než u žen, silněji se identifikují se svou prací. Navíc u žen nemá ztráta profesní role takový dopad na jejich sociální přitažlivost, protože ta je více svázána s jinými atributy. Ženy sice odchodem do důchodu také ztrácí dosavadní pracovní kontakty, ale prázdná místa se jim daří snáze zaplnit<sup>7</sup> (Karsten 2006, Vágnerová 2007).

Ženy po odchodu do důchodu, které jsou bez partnera, mohou však výrazně pociťovat nepříznivou finanční situaci. To je způsobeno zejména jejich nižším počtem let strávených v zaměstnání a nižšími příjmy (Karsten 2006).

Ženy lépe zvládají smrt svého životního partnera. Reakce na smrt partnera se projeví v oblasti uvažování a emočního prožívání, ale i v chování. Charakteristickou emoční reakcí je zármutek, který má různou dobu trvání. Umožňuje postupné zpracování skutečnosti. Projevy chování, které z těchto pocitů vyplývají, se označují jako truchlení. Reakcí na zármutek může být též únik ze společnosti, stažení se do sebe a ovdovění může mít negativní dopad též na zdravotní stav. Vzhledem k demografickému vývoji u nás zůstávají právě ženy ve stáří osamoceny výrazně častěji (Kubíčková 2001, Pichaud, Thareauová 1998).

---

<sup>7</sup> Toto může být způsobeno např. skutečností, že většina žen udržuje častěji blízké vztahy s rodinou (Karsten 2006).

Taktéž je patrný pohlavně odlišný vztah ke smrti. Muži je toto téma vnímáno obtížněji, silněji pocítují bezmoc. V průmyslových zemích dokonce stoupá podíl sebevražd mužů ve věku nad 65 let. Tento počet převyšuje ženy, u kterých bývá v tomto ohledu vykazován spíše klesající vývoj (Karsten 2006).

Lze říci, že nepředvídatelné události lépe zpracovávají ženy, jelikož je u nich intenzivnější citové zpracování. Naopak muži zanedbávají emoční zpracování smutku. Ženské truchlení mívá bouřlivější průběh. Ženy nepotlačují své emoce, mají tendenci se svěřit a hledat oporu u svých blízkých. Svůj zármutek si tak mohou lépe odžít a vyrovnat se s ním. Od mužů se naopak očekává, že budou jednat, a ne se oddávat svým pocitům. Často tak potlačují své emoce a nehledají oporu mezi svými blízkými (Kubíčková 2001).

### **1.5 Senioři v kontextu jejich životního prostředí**

Pro seniora je důležité, kam a ke komu patří. Důležitou složkou identity je rodina, která se stává významnější, než tomu bylo dříve. Součástí identity je teritorium, tedy místo, kde senior žije, a skupina, k níž náleží. Tuto složku ztrácí často odchodem do ústavního zařízení, jehož prostředí je velmi anonymizující (Vágnerová 2007).

#### **1.5.1 Život v rodině**

Dle Zavázalové (2001: 47): „*Ve stáří znamená dobře fungující rodina záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné v případě nesoběstačnosti starého člověka.*“ Rodina má v takovém případě nezastupitelnou úlohu v péči o stárnoucího člena.

Péči v rodině může ovlivňovat velké množství faktorů. Mezi ně lze uvést celospolečenské faktory, jakými je např. dostupnost služeb, morální, ekonomická a legislativní podpora. Dalším faktorem je sama pečující rodina (složení rodiny, způsob bydlení) a starý člověk (zdravotní stav, soběstačnost) (Zavázalová 2001).

Soužití různých generací lze charakterizovat v následujících aspektech (Klevetová, Dlabalová 2008):

- Rovnocenné (realistické) soužití: Je nejžádanějším základem ve vztazích a je pohodou mezi generacemi. Předpokladem jsou vyvážené osobnosti akceptující zájmy starší generace.

- Liberální (volné) soužití: Při takovémto soužití chybí pravidla a vytýčení hranic. Je patrné zeslabení citových vazeb, neuvědomování si povinností ke starší generaci a nerespektování jejich potřeb.
- Podbízivé soužití: Rodiče si zde kupují své děti, zejména tam, kde děti o ně nemají zájem. Je patrná bezmocnost vůči mladší generaci a snaha o zachování alespoň zdání dobrých vztahů.
- Nesmiřitelné soužití: Je patrný silně vyhraněný a nemorální postoj. Ten nepřipouští vztah mezi mladší a starší generací.
- Vynucené soužití: Jedná se o nedobrovolné soužití generací, nemusí však v sobě nutně mít negativní stanoviska.
- Vychytralé soužití: Využívání starší generace s předstíraným zájmem.

#### ***1.5.1.1 Vztah k partnerovi***

Významnou změnou v partnerském životě je již odchod dětí z domu, po němž se manželé najednou ocitají sami jeden s druhým. Je třeba nalézt nový způsob života bez dětí, novou rovnováhu. Ztráta rodičovské role nebývá tolik traumatizující, pokud je kompenzována novou rolí prarodičů a kontakt s dětmi zůstává zachován (Pichaud, Thareauová 1998). Po odchodu dětí má rodina charakter prázdného hnízda, stárnoucí pár vstupuje do fáze označované jako gerontizace rodiny<sup>8</sup> (Haškovcová 1989).

Další zásadní změnou pro manželský vztah je odchod do důchodu, který znamená změnu životního stylu. Dochází ke změně vztahů mezi manželi, mění se jejich role a s tím též status. Dochází i k proměně dominance ve vztahu, což lze označit jako fázi výměny rolí. Zprvu se může jevit obtížné přizpůsobení se novým podmínkám, zpravidla ale dojde k vytvoření nového životního programu. Manželský vztah se pro partnery stává významným sociálním zázemím, je zdrojem jistoty a bezpečí (Whitbourne 2007).

---

<sup>8</sup> Někteří pro období „od prázdného hnízda po odchod do penze“ razí termín interviální rodina (Příhoda 1974).

Partnerský stav je v pozdějším věku ovlivněn dlouholetým soužitím a proměnami vycházejícími z procesu stárnutí. Vztah již bývá stabilizovaný, nedochází v něm k výkyvům, přesto se však mění – zejména v pozitivním směru. Manželská spokojenost má stoupající tendenci, která je patrná v subjektivním hodnocení seniorů. Ve stáří dochází také k proměně podoby intimity mezi partnery. Je zde důležitá jistota blízkosti a sdílení života, vzájemná důvěra. Intimita se může rozvinout i ve sdílení úbytku kompetencí a zdravotních problémů. Je zřejmá tendence k posílení párové identity (Vágnerová 2007).

#### ***1.5.1.2 Vztah k širší rodině***

Vztah seniorů ke svým potomkům doznává postupných změn. Dochází k proměnám vzájemné závislosti, a to od fáze vzájemné nezávislosti a relativní symetrie, přes fázi postupného zvyšování závislosti starších lidí až k fázi trvalé závislosti seniorů (Možný 2003). Nesoběstačnost seniora později v jistém ohledu legitimizuje závislost a nerovnovážnost přijímaného a poskytovaného (Sýkorová 1996).

Ve vztahu seniorů k vnukům nedochází obecně k častým střetům, vnoučata nemají tak velkou potřebu vymezovat se vůči prarodičům. V určité vývojové fázi může dokonce vzniknout koalice prarodičů a vnuků (Vágnerová 2007).

Dlouhotrvajícím vztahem v průběhu života je obvykle též vztah sourozenecký. Je charakterizován proměnlivostí i kontinuitou zároveň. Jedná se o jeden z intimních vztahů, jež může mít velký citový význam. I zde mohou být vytvářeny sourozenecké koalice. Četnost a podoba vzájemného kontaktu není tolik podmíněna společenskými normami a očekáváním, ale je závislá spíše na osobním rozhodnutí (Vágnerová 2007). Tyto vztahy jsou v mnoha ohledech ovlivněny zkušenostmi z dětství, ale mohou procházet změnami i v průběhu dospělosti a raného stáří. Sourozenecké vztahy, které se vytvořily a stabilizovaly již v průběhu dětství, jsou základním kamenem pro jejich další rozvoj (Bedford, Blieszner 2000).

#### ***1.5.2 Život seniorů v institucích***

Sumístěním do instituce souvisí ztráta autonomie, pocitu soběstačnosti i vlastního soukromí. Změny se odráží následně v prožívání, kognitivní oblasti

a v chování. Orientace v nové situaci může být sama o sobě pro starého člověka velmi obtížná. Umístění do neznámého prostředí posiluje pocity úzkosti a nejistoty, lidé se musí přizpůsobit aktuálním podmínkám (Vágnerová 2007).

Rovněž umístění do nemocnice je spojeno s negativní změnou emočního ladění a aktivizací obranných reakcí. V případě hospitalizovaného pacienta znamená změna jeho sociální situace „*radikální (byť dočasnou) změnu prostředí, v němž se odehrává jeho každodenní život.*“ (Bártlová 2005: 82)

Člověk vstupuje do prostředí nemocnice, které je charakteristické působením materiálních okolností nemocničního prostředí, určitých regulativ chování a vztahy, které se vytvářejí mezi lidmi, kteří v tomto prostředí žijí dočasně či kteří v něm pracují. Člověk je vyřazen ze společnosti zdravých, je v postavení člověka psychicky a společensky podřízeného. Vstup do tohoto prostředí pro ně dokonce znamená „*nutnost osvojit si novou roli. Přitom se musí podřídit autoritě, která je vůči nim uplatňována a která reguluje jejich chování...*“ (Bártlová 2005: 83).

Adaptace na život v instituci v mnoha ohledech závisí na motivaci a postoji člověka, zejména na míře dobrovolnosti při odchodu do instituce. Proces adaptace na nedobrovolné umístění do instituce má dle M. Vágnerové (2007) tři fáze:

- fáze odporu
- fáze zoufalství a apatie
- fáze vytvoření nové pozitivní vazby

Adaptace na dobrovolný odchod do instituce bývá obvykle méně problematická. Mezi její fáze lze uvést fázi nejistoty a vytváření nového stereotypu a fázi adaptace a přijetí nového životního stylu (Vágnerová 2007).

## **1.6 Lidská práva a potřeby**

### **1.6.1 Základní lidská práva**

Potřeba zajistit lidská práva je univerzální. Tato práva vyjadřují nejzákladnější uznávané hodnoty lidství, jsou nezadatelná, nezcizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná. Cesta k uznání všeobecných lidských práv tak, jak je známe dnes, nebyla snadná a jednalo se o dlouhotrvající proces. Metody aplikace lidských práv se neustále vyvíjí,

vznikají regionální a oborové charty práv. K základním lidským právům patří právo (Kutnohorská 2007):

- na život a jeho ochranu
- na osobní svobodu
- na soukromí
- vlastnit majetek
- na nedotknutelnost obydlí
- listovního tajemství
- svědomí a náboženského vyznání
- odmítání diskriminace
- na rovnost a důstojnost lidí

#### ***1.6.1.1 Dokumenty stanovující práva seniorů***

Roku 1982 se pod záštitou OSN konalo ve Vídni Světové zasedání o stárnutí a stáří. Již tehdy bylo zřejmé, že lidstvo stárne, tedy, že bude celosvětově dále přibývat stárnoucími a starými lidmi. V návaznosti na toto zasedání vznikl v Československu desetiletý program Úcty ke starším, jehož garantem byl Československý červený kříž. V těchto pro problematiku stárnutí příznivých letech se u nás geriatrické etablovala jako samostatný lékařský obor, rozvíjely se nejrůznější formy pečovatelských služeb. Ucelená koncepce péče o seniory byla prezentována Československou geriatrickou společností. Po roce 1989 však došlo ke snížení zájmu o komplexní problematiku seniorů. Péče o staré nemocné osoby v jejich domovech byla přenesena na rozvíjející se systém home care či na služby nabízené soukromými agenturami či občanskými sdruženími (Haškovcová 2002).

Rok 1999 by vyhlášen Mezinárodním rokem seniorů, jehož základním tématem byla „Společnost pro všechny věkové skupiny“. Ta vycházela z existence následujících dimenzí (Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002):

- individuální celoživotní vývoj
- vztahy mezi generacemi
- vzájemný vztah mezi stárnutím obyvatelstva a rozvojem

- situace starších lidí

V souvislosti s tím byly zveřejněny mnohé dokumenty. Mezi ně lze uvést Montrealskou deklaraci, zásady OSN pod názvem Přidejte život létům a evropský program zdravotní výchovy Stárnout zdravě v Evropě. Významná je také Evropská charta pacientů seniorů formulovaná v Madridu roku 1997 (viz příloha 5) (Haškovcová 2002).

Vláda České republiky přijala usnesením ze dne 9. ledna 2008 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, strategický dokument, který stanovil cíle a opatření, která je třeba přijmout v konkrétních oblastech v kontextu demografického stárnutí a sociálních změn. Cílem je zajistit, aby dílčí politiky adekvátně reagovaly na tyto změny a na potřeby a problémy starších lidí. Program vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev spojených s demografickým stárnutím je nezbytné zaměřit se na následující prioritní témata (Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012):

- aktivní stárnutí
- prostředí a komunita vstřícná ke stáří
- zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří
- podpora rodiny a pečovatelů
- podpora participace na životě společnosti
- ochrana lidských práv

Program navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007 a dokumenty a doporučení OSN a dalších mezinárodních organizací, zejména na Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (OSN, Madrid 2002) a Zásady OSN pro starší osoby (1991) (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2010).

### **1.6.2 Rozdělení a hierarchie potřeb**

Potřeba se většinou popisuje jako nutnost organizmu něco získat či se něčeho zbavit, aby bylo dosaženo požadované rovnováhy (Bártlová 2005). „*Potřebou se nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem ke člověku,*



*předmětu nebo činnosti. Potřeba je projevem bytostného přání.*“ (Pichaud, Thareauová 1998: 36).

Potřeby je možné rozdělit na fyziologické, psychické, sociální a spirituální. Fyziologické potřeby jsou chápány jako zcela základní a vyjadřují snahu dosáhnout stavu organismu, který je nezbytný pro jeho přežití. Mezi psychické potřeby lze uvést potřeby uspokojování rozvoje osobnosti, potřebu jistoty a psychického bezpečí, lásky, absence strachu z opuštěnosti a potřebu vyjadřovat se a být vyslechnut. Sociální potřeby souvisí s nutností informovanosti o sobě a o okolním světě, ekonomického zabezpečení a s potřebou náležet k určité sociální skupině. Potřeby spirituální se projevují v oblasti duchovního života (Šamánková 2006, Trachtová 1999).

A. H. Maslow sestavil pyramidu potřeb, kde jsou jejich jednotlivé druhy uvedené ve vzájemné provázanosti a hierarchicky uspořádány. Systém potřeb vypadá následovně (Pichaud, Thareauová 1998):

- 5. stupeň      potřeba seberealizace, sebenaplnění
- 4. stupeň      potřeba autonomie
- 3. stupeň      sociální potřeby
- 2. stupeň      potřeba bezpečí
- 1. stupeň      fyziologické potřeby

Jak již bylo zmíněno, fyziologické potřeby jsou zcela základní a jejich neuspokojení se může odrazit na celkovém stavu člověka. Mezi tyto potřeby patří výživa, vylučování, dýchání, spánek, odpočinek, pohyb, chůze, hygiena, správná teplota, zdraví, tišení bolesti, smích, pláč, fyzické kontakty. Teprve po uspokojení těchto potřeb nutných pro zachování lidské existence se otevírá prostor potřebám položeným výše (Pichaud, Thareauová 1998, Venglářová 2007).

Potřeba bezpečí je nejzákladnější psychickou potřebou. Pokud se neorientujeme ve svém okolí či neznáme lidi, můžeme se cítit ohroženi (Venglářová 2007). Lze odlišit 3 stupně této potřeby: potřeba ekonomického zabezpečení, potřeba fyzického bezpečí a potřeba psychického bezpečí. Pokud zaměříme pozornost na staré lidi, je u nich nutné

zjišťovat, co konkrétně jejich pocit bezpečí zvyšuje<sup>9</sup>(Pichaud, Thareauová 1998).

Dále člověk potřebuje udržovat kontakt s druhými lidmi, tedy naplnit svoje sociální potřeby (Pichaud, Thareauová 1998). Při naplnění potřeby autonomie se jedná zejména o autonomii ve smyslu být svobodný, moci rozhodovat sám za sebe. Součástí je potřeba uznání, vážnosti. Lze sem zařadit též potřebu pocitu užitečnosti (Pichaud, Thareauová 1998). Nejvýše umístěná je potřeba seberealizace, sebenaplnění. Člověk má snahu nalézt smysl svého života, který může být v jeho očích spojen s rodinou, prací, vírou atd. (Pichaud, Thareauová 1998).

Existuje také model vývojových životních potřeb podle Alberta Pessa a Diany Boydenové označovaný jako PBSP – Pessa-Boyden systém psycho-motor. Jde o terapeutický přístup založený na předpokladu, že každý je po narození vybaven určitým očekáváním toho, co potřebuje nalézt ve svém životě, a má energii, jež ho nutí saturovat své základní potřeby. Hovoří se zde o potřebě místa, bezpečí a ochrany, podpory, výživy a péče, hranic a limitů (Siřínek 2009).

### ***1.6.3 Změny psychických potřeb u seniorů***

Odchod do důchodu může ovlivnit veškeré složky osobnosti. Celková změna, kterou tento stav přináší, se projeví i v oblasti psychických potřeb, které může různým způsobem modifikovat.

#### *Potřeba stimulace vhodnými podněty*

Příjem informací je vždy spojen s prožitkem, ať již příjemným či nikoliv. Změny ve stáří přinášejí snížení smyslových funkcí, s čímž je spojena snížená psychická funkce potřeby dostatečné informace a orientace v životě. Být orientován a mít potřebné informace je však nutným základem fungování člověka ve společnosti. Toto by mělo být zohledněno také v ošetřovatelské péči, při níž by měl starý člověk dostávat patřičné informace, kterým dokáže porozumět (Klevetová, Dlabalová 2008).

---

<sup>9</sup> Může se jednat o skutečnost, která by nám mohla přijít banální, ovšem pro starého člověka má velký význam – např. zvednuté postranice postele.

*Potřeba orientace a adaptace*

Starší člověk se musí vyrovnat s novou situací, nalézt nový uspokojující způsob života. Časté je větší zaměření se na rodinu a na činnosti pro ni prospěšné. Dochází tím k potvrzení své přijatelnosti a potřebnosti v rámci sociální skupiny. Obecně méně podstatné události mohou mít relativně velkou subjektivní hodnotu. Jelikož se svět člověka zmenšil, mnohé dříve nevýznamné události se nyní jeví jako důležité (Vágnerová 2007).

*Potřeba aktivity*

Udržení určité úrovně činnosti je nezbytná i po odchodu do důchodu. Mnohdy je však obtížnější nalézt aktivity, jež by pro starého jedince mohly mít nějaký význam. Svou roli zde sehrává unavitelnost, úbytek tělesných sil či sklon k pohodlnosti. Nemalý význam má i postoj společnosti, který již od starších lidí obvykle příliš aktivit neočekává (Kleветová, Dlabalová 2008, Vágnerová 2007).

*Potřeba sociálního kontaktu*

Člověk ztrácí kontakt se svou profesní skupinou a stýká se s menším množstvím lidí. Zvyšuje se zde riziko sociální izolace (Vágnerová 2007).

*Potřeba citové jistoty a bezpečí*

Ztráta pracovní role vezme člověku jeho dosavadní pozici ve společnosti. Starší člověk však potřebuje někam patřit a je nutné naplnění této potřeby v rámci sociální skupiny. Role důchodce posiluje různé obavy spojené s představou negativních důsledků pokračujícího stárnutí. Obvykle se po odchodu do důchodu také mění ekonomická situace člověka (Kleветová, Dlabalová 2008).

*Potřeba seberealizace*

V profesním životě se člověk může hodnotit dle své práce, jejího přínosu pro společnost. Práce a sociální pozice, která z ní vyplývá, představuje důležitou součást identity. Člověk v důchodu se pak snadno může začít cítit zbytečný či méněcenný. Senior tak musí hledat nové způsoby seberealizace a sebepotvrzení (Vágnerová 2007).

### *Potřeba identity a uznání vlastního já sebou i druhými*

Obraz života ve stáří zásadně mění ztráta autonomie a ztráta kontroly nad svým životem (Klevetová, Dlabalová 2008).

### *Potřeba otevřené budoucnosti*

Starý se člověk se potřebuje na něco těšit, ač třeba jen na maličkosti. Je nutné, aby měl víru ve vlastní schopnosti a naději, že lidská blízkost nikdy neselže, měl někoho, kdo mu pomůže snášet úskalí stáří a řešit současná omezení (Klevetová, Dlabalová 2008).

U seniorů, kteří se ocitnou v roli pacientů, také dochází k proměně jejich potřeb. Potřeby pacientů mají svou specifickou podobu a jejich vývoj je možné charakterizovat tím, že jsou stále složitější a komplexní ve všech složkách. Pramení z biologických, tak psychických a společenských determinant, jsou vnitřně heterogenní. Proces uspokojování potřeb je dynamickým procesem, jehož součástí je i vytváření a utváření potřeb. Dle Bártlové (2005) je možné v době nemoci dělit potřeby následovně:

- Potřeby, které se nemocí nemění (potřeba vzduchu, výživy, tekutin, odpočinku).
- Potřeby, které se nemocí modifikovaly (potřeba sociálních styků, vytváření kulturního prostředí, dietní strava).
- Potřeby, které nemocí vznikly (zmenšit bolest, obnovit a udržet schopnost plnit dřívější sociální funkce či se připravit na nové, navrácení zdraví).

### **1.7 Potlačení práv a potřeb seniorů**

Vztah ke starým lidem i ke svému stáří se vytváří v průběhu života, formativní význam mají zejména vlivy uplatňující se v dětství. Stáří je dnes přijímáno v mnoha ohledech konfliktně. Na jedné straně chceme staré lidi ctít a milovat, což by souhlasilo s našimi ideály. Na straně druhé je však zatracujeme a snažíme se držet od nich v co největší vzdálenosti (Haškovcová 1989).

Postoj dnešní společnosti ke stáří je spíše negativní a odmítavý, stáří je pojímáno jako období chátrání. Hodnotový systém dnešní společnosti staré lidi silně znevýhodňuje, s čímž může souviset také skutečnost, že se seniory není vždy zacházeno

s respektem a při péči o ně můžeme nalézt mnohé problematické situace (Vágnerová 2007).

### 1.7.1 Špatné zacházení se seniory

Pro zanedbávání a týrání seniorů převažuje termín „elder abuse“, ale užívá se též „elder abuse and neglect“, „abuse of the elderly“, či „abuse and neglect of the elderly“ a přibývá označení „elder mistreatment“ (Kalvach, Koval 2004). V roce 2002 vydala WHO Zprávu o násilí a zdraví ve světě (World report on violence and health), v níž definuje násilí jako „úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či proti komunitě, a to síly (moci), která má nebo s vysokou pravděpodobností bude mít za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či deprivaci“ (World Health Organization 2002).

#### 1.7.1.1 Domácí násilí

Zanedbávání a týrání seniorů se vyskytuje převážně jako jeden z projevů domácího násilí uvnitř rodin. Jsou mu vystaveni převážně slabší, závislí a znevýhodnění jedinci (World Health Organization 2002). Zahrnuje veškeré projevy fyzického, sexuálního a psychického násilí páchaného mezi jednotlivými členy rodiny. Charakteristickým rysem je jeho opakování, dlouhodobé trvání, při němž zaujímají jeho aktéři neměnné postavení. Týká se nejčastěji žen. Za případy se považuje také to, kdy pachatelem je jiný senior (Conway 2007).

Dle Z. Kalvacha a Š. Kovala (2004) lze zlé nakládání se starými lidmi klasifikovat do následujících kategorií:

Tabulka 1: Zlé nakládání se starými lidmi

Obtěžování	Zanedbávání	Vykořisťování	Zneužívání	Týrání
emocionální	aktivní	finanční	majetkové	duševní
fyzické	pasivní	majetkové	citové	fyzické
sexuální	self-neglect	fyzické	politické	systemové

Zdroj: Kalvach, Koval 2004

Akt se odehrává v osobním vztahu mimo očí veřejnosti. Oběť se často snaží důvody, které k násilí vedly, nalézt u sebe. Mnoho se jich stydí za to, co se jim stalo, mají pocit, že o tom nemohou mluvit ani vyhledat pomoc. Bojí se, že budou odmítnuty či jim bude vyčteno, že se do této situace vůbec dostaly (Conway 2007).

Zpravidla se domácí násilí odehrává v cyklech. Fáze narůstání tenze zahrnuje jen mírné incidenty a postupné zvyšování napětí. Následuje fáze násilí, v níž již předchozí činy eskalují v čistě násilné akty. Tato epizoda je obvykle vystřídána obdobím „líbánek“, klidu, při němž agresor svých činů lituje a přísahá, že se vše změní. Někdy připisuje vinu oběti a slibuje, že se násilné akty opakovat nebudou, v případě, že oběť změní své dosavadní chování. Postupem času se tato fáze zkracuje a násilí se opět začíná stupňovat (Marvánová-Vargová 2008).

Rizikové faktory násilí se týkají oběti i agresora. Jedná se o tzv. „kriminogenní proměnné“, které by měly působit jako varovný signál pro lékaře a okolí seniora (Zimmelová, Stolín 2006). Je nejednotný názor psychologů na to, zda je agrese záležitostí vrozenou či spíše reakcí na frustraci. Jde tedy o to, zda je agrese lidskou konstantou či získanou vlastností, tím pádem naučenou a změnitelnou. Zastánci pudové teorie bývají obvykle označováni za konzervativní, zastánci vlivu prostředí za pokrokové (Poněšický 2005).

Výzkum problematiky domácího násilí je poměrně novou záležitostí. Výsledky prvních výzkumů byly překvapivě zjištěným rozsahem tohoto jevu. Společnost zpočátku na údaje reagovala velmi odmítavě. Ukázalo se však, že domácí násilí je opravdu vážným problémem, který se objevuje napříč státy, sociálními vrstvami obyvatel, vyznáním, věkem či etnickou příslušností. Násilí na starých lidech se dostalo pozornosti ještě později až v souvislosti s násilím na dětech (Kovařík, Zimmelová 2006).

V případech, kdy je obětí domácího násilí starý člověk, nastává velký problém – nejen legislativní, ale také etický a morální. Složitost spočívá v rozpoznání případu a zaregistrování včas problému (Kovařík, Zimmelová 2006). Důležitým faktorem v případech násilí na seniorech je jejich sociální prostředí. Násilí nahrává anonymita velkých měst, ztráta osobních vztahů a převaha ekonomických zájmů. Dalším zdrojem

mohou být špatné rodinné vazby, nemoc agresora či jeho trvalé osobnostní založení. Ve společnosti jsou zakořeněné určité mýty o problematice domácího násilí, které fungují jako překážka při jeho rozpoznání. Roli hraje přesvědčení, že násilí v rodině je ryze soukromou záležitostí, že si o něj oběť určitým svým chování „říká“ a v případě seniorů je vžitý též mýtus o „zlobivosti“, podobně jako je tomu u dětí (Dunovský, Kovařík, Zimmelová 2006).

#### ***1.7.1.2 Nevhodné zacházení v ústavní péči***

Nezanedbatelné procento seniorů je dnes umístěno v ústavní péči, kde se také může vyskytovat alternativa již dříve uvedeného – nevhodné zacházení. Je zde patrná přímá závislost špatného zacházení s nedostatkem financí v těchto zařízeních. Existuje také spojitost s nízkými platy zdravotníků a sociálních pracovníků. Bývají zvyšovány finanční požadavky na klienta a leckdy může docházet k neoprávněnému vymáhání nepřiměřených finančních částek např. za ošetrovatelskou péči apod. Problémem je i nepřiměřená psychiatrizace geriatrických pacientů. Vyřešeno není též omezování geriatrických pacientů v zařízeních nepsychiatrického charakteru (Zimmelová 2006).

Za problém je nutno považovat také využívání kapacit ústavních zařízení mimo domovskou obec seniora, čímž dochází k vytržení z jeho domácího prostředí. Závažnost problematiky špatného zacházení v zařízeních je dána izolovaností a bezbranností větší části klientů a jejich závislostí na ústavním zařízení. Potíže a pochybení plynou i z nedostatku personálu, jeho přetížení a následného výskytu syndromu vyhoření (Zimmelová 2006).

Druhy zneužívání v instituci je možné dle charakteru dělit na (Zimmelová 2006):

- zneužívání a útočné chování (štípání, kopání, třesení atd.)
- zneužívající péči a léčbu (jednání a omezení, jež ztěžují život klienta – násilné krmení, poutání na lůžko)
- zneužívající postoje a chování (ponižující komentáře personálu, nerespektování práva na soukromí a intimitu atd.)

### **1.7.2 Diskriminace – ageismus**

Zejména z etického hlediska je třeba zdůraznit fenomén negativního obrazu stáří ve společnosti a problematiku ageismu. Jde o „*obdobu rasismu, kde cílovou skupinou nenávisť a odmítání jsou starší lidé*“ (Haškovcová 2002: 190). Ageismus vyjadřuje přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří. Stáří je chápáno jako období ztrát, úpadku a horší kvality života. Mladší generace „...*ztrácí vědomí samozřejmosti kontinuity různých generací, které se udržovalo společným soužitím lidí různého věku v rámci širší rodiny*“ (Vágnerová 2007: 309-310).

O stáří existuje velké množství mýtů. Mýty mají značný vliv na utváření pojetí i sebepojetí. Haškovcová (1989) mezi ně uvádí např. mýtus falešných představ (přesvědčení, že vyhovující materiální zajištění seniorů zakládá jejich spokojenost), mýtus zjednodušené demografie (člověk se stává starým svým odchodem do důchodu), mýtus neužitečného času (stáří je obdobím „*nicnedělání*“; kdo nepracuje, je neužitečný) či mýtus ignorance (přehlížení; starý člověk není chápán jako partner).

Atributem společnosti je individualismus a vytrácí se schopnost tvorby kvalitních vzájemných lidských vztahů. Mění se struktura rodiny např. doposud nevytvořila novou roli pro starého člověka. V jednom časovém horizontu tak existují čtyři generace rodinných vztahů, které nemají ujasněné vzájemné role. Společenskou prestiž má mládež, krása, síla (Kleветová, Dlabalová 2008).

Důsledkem tohoto postoje je neadekvátní zacházení se starými lidmi ve společnosti, jejich diskriminace, ale též výrazný pokles sebehodnocení ve stáří (Langmeier, Krejčířová 2006). Průzkumy ukazují, že senioři se cítí být odstrčeni a ztrácí sebedůvěru (Kleветová, Dlabalová 2008).

### **1.7.3 Etická hlediska v péči o staré občany**

Sestry v ČR se prostřednictvím České asociace sester (ČAS) hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN). Ten byl přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS, je platný v České republice od 29. března 2003. Poskytuje základní rámec, dle něhož by měla sestra činit vlastní etická rozhodnutí. Je založen na víře v podstatu osobnosti, ošetřovatelství, zdraví a společnosti (Kutnohorská 2007).



Člověk musí být v každém případě ošetřován lege artis, přičemž věk není důvodem k neposkytnutí adekvátní péče. Ta by měla být dostupná a komplexní, nezbytné je zde propojení podpory zdravotní a sociální (Zavázalová 2001).

Pomáhat seniorům zároveň vyžaduje od pomáhajícího, aby byl pozorný ke všem jeho potřebám. Zásada nepřehlížet tyto osobní potřeby je nedílnou součástí práce se starými lidmi. Problémem je častý sklon směřovat potřebu s žádostí. Některé potřeby starší lidé téměř nepocítují, a tedy si sami neřeknou o jejich uspokojení. Leckdy se za nezvyklými žádostmi mohou skrývat hlubší potřeby, které se těžko vyjadřují. Je potom na pomáhajících, aby dešifrovali žádosti (Pichaud, Thareauová 1998).

V péči o staré lidi by měla být věnována pozornost též skutečnosti, že ve stáří narůstá potřeba spirituálního směřování, víra může přispět k vyrovnanému postoji k vlastnímu stáří a k překonání problémů (Vágnerová 2007).

### **1.8 Možné budoucí perspektivy**

Stárnutí nelze chápat jen jako individuální problematiku, ale stárnutí populace má i své společenské důsledky. Můžeme uvést důsledky ekonomické, které vyvstávají spolu se zvyšováním počtu osob v postproduktivním věku, čímž vzrůstají prostředky nutné na zajištění potřeb starých lidí<sup>10</sup>. Sociálně zdravotní důsledky jsou dány zvýšenou potřebou různých forem sociální i zdravotní péče. Sociologické (psychosociální) důsledky se týkají pozice starých lidí ve společnosti, zabezpečení jejich práv a potřeb, postavení v rodině atd. (Pacovský 1990)

Do budoucna je možné očekávat, že výrazně poroste zejména naděje dožití ve vyšším věku. Nelze však předem zodpovědět, kolik z této doby připadne na naději dožití v dobrém zdravotním stavu. Starší populace sice bude v průměru zdravější, zároveň však bude ve větším rozsahu postižena chronickými a degenerativními nemocemi. Ty nepovedou k úmrtí, ale budou se častěji projevovat ztrátou soběstačnosti.

---

<sup>10</sup> Ekonomické důsledky demografických změn kvantifikuje tzv. rostocký index. Výpočty ukazují, že stárnutí populace povede k ekonomickým ztrátám, které budou mít následky pro všechny členy společnosti a budou znatelné dříve, než se původně čekalo (Vaupel, Kistowski 2009).

---

Společně s tím lze očekávat růst nároků na veřejný sektor, především na veřejné zdravotnictví a sociální služby (Glosová a kol. 2006).

Snahou nastítnit směr budoucího populačního vývoje a ukázat na změny ve věkovém je projekce obyvatelstva České republiky, kterou vypracoval Český statistický úřad závěrem roku 2003 (viz příloha 6). Očekávaný počet obyvatel a jeho věkové složení bylo zpracováno ve třech variantách: nízké, střední a vysoké. V nízké variantě bylo zakomponováno nejmenší očekávané zvýšení úrovně plodnosti, nejméně výrazné zlepšení úmrtnosti a nejnižší zisk zahraniční migrací. V případě varianty vysoké tomu bylo přesně opačně (Český statistický úřad 2004).

Průměrný věk by se v roce 2050 mohl pohybovat mezi 48 a 50 lety, což by bylo zhruba o deset let více než je tomu dnes. Ženy mají průměrný věk zhruba o tři roky vyšší než muži, a tak například podle střední varianty by měl průměrný věk žen v roce 2050 dosáhnout 50,2 let a průměrný věk mužů 47,3 roku. Značnou měrou vzroste i index stáří. Podle střední varianty projekce by počet obyvatel starších 65 let převyšoval počet dětí do 15 let v horizontu projekce 2,5krát, podle nízké dokonce více než 3,5krát<sup>11</sup> (Český statistický úřad 2004).

Společně s trendy v rodinném životě bude znát též to, že jen málokomu se dostane péče od příbuzenstva. Zároveň lze očekávat, že generace budoucích seniorů budou vzdělanější, čemuž bude odpovídat i vyšší úroveň života, což se projeví ve vyšších nárocích na přiměřený způsob života i ve stáří. I přes očekávané sblížení úrovně úmrtnosti starších mužů a žen, bude ubývat ovdovělých žen, prodlužování lidského života a pozdní důsledky naší vysoké úrovně rozvodovosti způsobí výrazný vzestup jednočlenných domácností důchodců (Glosová a kol. 2006).

Je zapotřebí mnoha společenských změn k tomu, aby byla společnost ke stáří vstřícnější a poskytla starým lidem více příležitostí k rozvoji. Změny by se měly týkat prakticky všech oblastí života, kde by mělo dojít ke snaze zaměřit rozvojový potenciál jednotlivce do budoucnosti a celkově budovat povědomí o tom, že stáří a stárnutí začíná již v dětství a dospívání a je běžnou součástí lidského života (Baltes 2009).

---

<sup>11</sup> Data pro rok 2050 jsou však stále pouze modelem. Projekce nemůže předpokládat náhlé působení vnějších vlivů, které mohou mít z krátkodobého hlediska silné důsledky (Možný 2008).

## 2 Cíle práce

### 2.1 Cíl práce

Prvořadým cílem práce je získat podrobnější informace o možné existenci znevýhodnění a potlačení lidských práv a potřeb u pacientek oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice.

### 2.2 Operacionalizace pojmů

#### **Znevýhodnění:**

Pro účely výzkumu bylo znevýhodnění definováno jako stav, kdy člověk subjektivně cítí, že k němu ostatní přistupují negativněji z důvodu jeho zdravotního stavu či jeho společenského statusu. Vzhledem k této definici tedy rozlišujeme znevýhodnění zdravotní a sociální.

#### **Práva seniorů - pacientů:**

Práva seniorů zde byla uchopena podle jejich definice Evropskou chartou práv pacientů seniorů. Z jejího obsahu byly vybrány ty, jež je možné ověřit v průběhu položeného rozhovoru. Byly zjišťovány zejména subjektivní pocity pacientek v následujících oblastech: *předávání potřebných informací, snaha o co nejefektivnější komunikaci.*

#### **Potřeby seniorů:**

Podle obsahu je možné dělit potřeby na fyziologické, psychické, sociální a spirituální (Trachtová 1999), přičemž pro tento výzkum byly za relevantní brány potřeby psychické a sociální.

### 2.3 Výzkumné otázky

*Otázka 1:* Z jakého důvodu nejčastěji pociťovaly hospitalizované ženy znevýhodnění?

*Otázka 2:* V jakém rozsahu byly respondentkám podávány nemocničním personálem potřebné informace?

*Otázka 3:* Jak respondentky vnímaly kvalitu komunikace ze strany členů ošetřujícího týmu?

*Otázka 4:* Pociťovaly respondentky v průběhu hospitalizace nedostatek v saturaci psychických potřeb?

*Otázka 5:* Pociťovaly respondentky v průběhu hospitalizace nedostatek v saturaci sociálních potřeb?

### 3 Metodika

#### 3.1 Použité metody

Vzhledem ke stanovenému cíli práce by nejvhodnější metodou bylo provedení dotazování mezi pacientkami oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích. Jelikož však toto nebylo ze strany personálu nemocnice povoleno, musela být výzkumná metoda modifikována a dotazování proběhlo mezi ženami z nemocnice již propuštěnými.

Provedený výzkum měl kvalitativní charakter a při sběru dat byla využita metoda dotazování. Jako technika sběru dat byla zvolena metoda polořízeného rozhovoru s ženami ve věku 70-80 let, které byly v průběhu maximálně deseti dnů před provedeným rozhovorem propuštěny z oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích. Limit deseti dnů byl zvolen ve snaze omezit ovlivnění výsledků uplynulou dobou od hospitalizace a nutností vzpomínání na události vzdálené minulosti.

Technika polořízených rozhovorů byla vybrána zejména z důvodu získat co nejhlubší informace od bývalých pacientek. Zároveň rozhovory umožnily individuální přístup a případné upřesnění otázek či jiných nejasností.

Polostrukturované dotazování se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a pružností při procesu získávání informací. Při kvalitativním dotazování se respondentům nepředkládají předem dané formulace odpovědí či jejich kategorie (Hendl 2008). Dle Pattona (2002) existuje v rozhovoru v zásadě šest typů otázek:

1. Otázky vztahující se ke zkušenostem nebo chování
2. Otázky vztahující se k názorům
3. Otázky vztahující se k pocitům
4. Otázky vztahující se ke znalostem
5. Otázky vztahující se k vnímání
6. Otázky demografické a kontextové

Výhodou kvalitativních výzkumných technik je získání podrobnějšího popisu a lepšího vhledu do problematiky. Tento typ výzkumu umožňuje navrhnout teorie

a dobře reaguje na místní situace a podmínky. Naopak nevýhodou je skutečnost, že získaná znalost nemusí být zobecnitelná a výsledky podléhají snadněji ovlivnění výzkumníkem (Hendl 2008).

Konkrétně měl rozhovor podobu rozhovoru pomocí návodu, tak jak jej popisuje J. Hendl (2008). Ten je představován seznamem otázek či témat, které je nutné v rámci rozhovoru probrat. Má zajistit, že se dostane skutečně na všechna tazatelem požadovaná témata. Tazatel však určí pořadí, způsob a momentální nejvhodnější formulaci dle situace. Tento způsob poskytuje co nejvhodnější využití času, v němž rozhovor probíhá, a jsou jím získány strukturovanější rozhovory s možností následného srovnání. Pomáhá udržet zaměření rozhovoru, ale dovoluje respondentovi uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti (Hendl 2008).

Návod (viz příloha 7) obsahoval 5 hlavních témat: znevýhodnění, poskytování informací ze strany personálu, kvalita komunikace se zdravotnickým personálem, saturace psychických a sociálních potřeb. Dále byly respondentky v průběhu rozhovoru dotazovány též na faktografické údaje. U jednotlivých témat jsou uvedeny základní otázky, které měly být v průběhu rozhovoru zodpovězeny. Dále byla využívána sondáž (probing) k prohloubení odpovědí v určitém směru.

V úvodu byly respondentky dotázány na souhlas s rozhovorem a ubezpečeny o anonymitě dotazování. Data byla sebrána v průběhu měsíce března a dubna 2010. Rozhovory byly ve všech případech provedeny osobně, pro záznam odpovědí byl použit záznamový arch a diktafon. Jeho použití bylo taktéž respondentkami schváleno před samotným začátkem rozhovoru. Ze záznamů byly následně zpracovány kazuistiky jednotlivých respondentek. Základní údaje byly poté pro přehlednost shrnuty do tabulek vytvořených pomocí programu Microsoft Word.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo celkem deset žen ve věku 70-80 let, které byly v době maximálně deset dní před provedením dotazování propuštěny z oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice. Respondentky byly vybrány za pomoci Městské charity České Budějovice – služeb Komplexní domácí péče.

## 4 Výsledky

### 4.1 *Kazuistiky respondentek*

#### **Respondentka č. 1**

##### Základní údaje:

Respondentkou je žena ve věku 78 let. Žena žije v blízkosti centra Českých Budějovic v bytě 2+0. Byt obývá sama, již tři roky je vdovou. Má dva syny, přičemž oba bydlí v blízkosti města (vzdálenost do 30km). Jak však sama uvádí, mají dost svých povinností a starostí o vlastní rodiny, a tudíž je s nimi v osobním kontaktu zhruba jednou za dva týdny. Vnučata (dva vnuky, jednu vnučku) vídá obdobně často. Kromě rodiny má blízký vztah se svojí sousedkou a jejím manželem.

Paní je povoláním prodavačka. Velmi ráda mluví o svém dřívějším zaměstnání, které ji zřejmě bavilo. Působila v tomto oboru již od ukončení školy, má středoškolské vzdělání s maturitou. K žádnému náboženskému vyznání se nehlásí, je české národnosti.

Při rozhovoru je velmi sdílná a projevuje zájem o jeho průběh. Musím na ní mluvit hlasitěji a zřetelně, jelikož trpí nedoslýchavostí. Je uvolněná a nedělá jí potíže mluvit o své hospitalizaci. Naopak, působí dojmem, že je ráda, že si má s kým popovídat. Vyzařuje optimistické naladění. Po položené otázce se obvykle sama rozhovoří, často odbíhá od tématu.

##### Informace o hospitalizaci:

Paní byla před čtyřmi dny propuštěna z oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích. Byla zde hospitalizována z důvodu úrazu ruky, který byl zaviněn pádem. Celkem zde strávila 15 dní. Nyní je respondentka ve většině činností soběstačná, vyžaduje jen drobnější výpomoc. Občas ještě cítí následky úrazu, bolest a mírná omezení v pohyblivosti ruky.

---

### Znevýhodnění:

Při dotazu na možné pocítění znevýhodnění během hospitalizace na oddělení musím dát respondentce více času na zodpovězení. Po čase se rozpovídá o svých pocitech. Za znevýhodňující a nepříjemné jí přišlo chování sester, při němž nebyl brán ohled na její již horší sluch. Během pobytu v nemocnici zažila pár situací, při nichž jí sestra něco objasňovala. Pokud se však paní ještě chtěla dotázat na podrobnosti, po pár otázkách již sestra jen „asi odpověděla, ale tak, že jsem to neslyšela“, mávla rukou a odešla. Respondentka uvádí, že toto zažila na oddělení zhruba třikrát, přičemž se nejednalo vždy o shodnou zdravotní sestru.

Jako důvod tohoto chování jasně vnímá svojí nedoslýchavost, nutnost vyjadřovat se před ní hlasitěji a možná také skutečnost, že pokud jí byly podávány nějaké informace, bylo to provedeno jen v rychlosti, a tudíž se musela na vše, co jí zajímalo, dotazovat.

### Poskytování informací, kvalita komunikace:

Respondentce byly během pobytu průběžně podávány informace o jejím zdravotním stavu. Jak sama říká: „to hlavní jí bylo vždy řečeno“. Byl jí objasněn postup průběhu léčby na oddělení, rizika a byl kladen důraz na její vlastní iniciativu a snahu zotavit se po úrazu. Při rozhovorech s personálem jí však chybělo zprostředkování informací o možnosti využití dalších služeb, které by se jí mohly hodit po odchodu z nemocnice. Při podávání informací jí vadilo již dříve zmíněné nebrání ohledu na její nedoslýchavost. Jinak vnímala vždy zejména strohost podaných informací.

### Saturace psychických a sociálních potřeb:

Během hospitalizace byla respondentka spokojená s respektováním svého soukromí. Pokud byla na pokoji převlékána či z jiného důvodu odhalována, sestry jí zajistily, aby na pokoji nebyly v tu dobu např. přítomné návštěvy.

Pokud si potřebovala popovídat, učinila tak s další pacientkou, s níž měla společný pokoj. Na to, aby si s ní popovídaly sestry, jim prý čas nezbýval, a tudíž by o nich nehovořila jako o své psychické podpoře. Když jsem se dotazovala na to, zda respondentka vnímala též nonverbální projevy sester, odpověděla, že toto postřehla jen



při příjmu na oddělení, kdy se setra snažila o citlivý a laskavý přístup a snažila se paní podpořit dotykem. Jinou podobnou situaci si však nevybavila.

Během hospitalizace nepociťovala výraznější obavy. Věřila, že brzy bude propuštěna domů, a že se její zdraví opět uvede do stavu před úrazem.

Návštěvy u ní byly zhruba jedenkrát týdně, obvykle během víkendu, ale její povídání nepůsobí dojmem, že by jí tento kontakt přišel nedostačující. I doma je prý zvyklá být povětšinou sama, tak se jí na situaci nezdálo nic neobvyklého. Měla s sebou v nemocnici mobil s kontakty na své blízké, a pokud by něco potřebovala, mohla se na ně obrátit. Sama říká, že toto však neučinila.

## **Respondentka č. 2**

### Základní údaje:

Respondentkou je paní ve věku 70 let žijící v domě na okraji Českých Budějovic spolu s manželem, dcerou a zetěm. Starší manželé bydlí v přízemí domu, zbytek rodiny je v prvním patře. Její manžel prý doposud trávil každé léto převážně na chatě, kterou mají nedaleko. Tento rok vše ale zřejmě proběhne jinak, jelikož paní vyžaduje téměř neustálou výpomoc. Kromě rodiny má ještě dvě blízké známé, se kterými se v době před hospitalizací stýkala zhruba jedenkrát týdně. Nyní si není jistá, zda a jak často se u ní zastaví a jak bude vzájemný kontakt udržován.

Paní je věřící, je členkou římskokatolické církve. Její národnost je česká. Respondentka má ukončené vysokoškolské vzdělání a téměř celoživotně působila jako učitelka na prvním stupni základní školy.

Paní je spíše málomluvná, k delšímu povídání ji musím dovést otázkami, nemá však problém adekvátně reagovat. Během celého rozhovoru pociťuji napětí, zájem o jeho průběh příliš nejeví.

### Informace o hospitalizaci:

Na oddělení následné péče byla paní hospitalizována po dobu téměř tří týdnů. Byla sem přeložena z neurologického oddělení, kde byla hospitalizována pro omezenou hybnost dolních končetin. I v současné době je respondentka v mnohém odkázána

na pomoc svého okolí. Pokud jí někdo podpírá, dokáže ujít pár kroků, chůze jen s berlemi však zatím není příliš bezpečná. Paní je evidentně zesláblá. Zkušenost respondentky s pobytem na oddělení následné péče byla již opakovaná, paní zde byla hospitalizována zhruba před rokem.

#### Znevýhodnění:

Při dotazu na možné pocity znevýhodnění během hospitalizace paní říká, že se cítila znevýhodněna svým téměř neustálým upoutáním na lůžko a následným přístupem sester. Pokud byla celý den na pokoji, měla pocit, že právě proto, že je ležící, nikdo si jí nevšimne a pokud ji sestry osloví, je to jen proto, aby dostala léky, večeři atd. Měla dojem, že pokud by byla po fyzické stránce schopnější, dokázala by si o ledacos říct a personál by ji bral spíše jako partnera než jako člověka neustále upoutaného na lůžko. Tento pocit měla během celé doby hospitalizace na tomto oddělení. Dotazovala jsem se na to, zda shodné pocity respondentka měla i při předchozím pobytu na jiném oddělení. Uvedla, že tento problém začala pociťovat až po přeložení na oddělení následné péče, zde prý postrádala vstřícnost a ochotu personálu.

#### Poskytování informací, kvalita komunikace:

Respondentka byla dle svých slov o zdravotním stavu informována, byly jí podány informace o současném stavu i možnostech léčby. Uvádí však, že zejména proto, že se sama aktivně dotazovala. Dále jí informace zprostředkoval též manžel a další členové rodiny, kteří ji pravidelně navštěvovali a s doktorem řešili její zdravotní stav. Na informace o dalších dostupných zdravotních a sociálních službách se nedotazovala a podány jí nebyly. Pokud s ní personál hovořil o jejím zdravotním stavu, chování vůči ní pociťovala jako vstřícné, informace jí byly podány srozumitelnou formou.

#### Saturace psychických a sociálních potřeb:

Paní byla během hospitalizace zcela spokojena s respektováním soukromí. Vysvětluje mi, že zprvu pro ni bylo nepříjemné jen to, že na pokoji není sama, a tudíž je převlékána před dalšími dvěma pacientkami, ale nyní by to neoznačila

za nerespektování soukromí. Je si vědoma toho, že na pokojích s více pacienty je tato situace nevyhnutelná.

Psychickou podporou v době hospitalizace byl respondentce zejména její manžel a dcera s manželem. Nenapadlo jí oslovit personál jen z důvodu, že by potřebovala společnost či si chtěla popovídat. Ví, že mají na oddělení plno práce. Při komunikaci s personálem vnímala též nonverbální projevy - pohazení, gesta, mimika. Nebyly patrné u každého, kdo s ní hovořil, ale všímala si jich a byly pro ni vždy velmi milým vyjádřením citů.

Během hospitalizace respondentka pocítovala strach o svůj zdravotní stav a také se obávala situace, která nastane, až ji z nemocnice propustí domů. Její obavy však dokázala rozptýlit rodina, věděla, že o ní bude dobře postaráno i v případě, že bude mít omezenou možnost pohybu.

Každý druhý den za ní někdo z rodiny do nemocnice zašel a den jí tak rychleji utekl. Telefon s sebou v nemocnici měla, ale využila jej jen párkrát, když potřebovala říci manželovi, co chce do nemocnice z domova donést.

### **Respondentka č. 3**

#### Základní údaje:

Respondentka je ve věku 72 let, před dvěma lety ovdověla. Žije v centru města v bytě 3+1 s dcerou. Ta je rozvedená a v současné době se téměř celodenně stará o matku. Pracuje částečně po večerech z domova. Paní má ještě syna, který žije nedaleko Prahy. Vídají se však jen párkrát do roka a shodně tak i s vnoučaty. Kromě neustálého kontaktu s dcerou paní v současné době jiné blízké vztahy neudrzuje.

Nejvyšší ukončené vzdělání respondentky je vyučení, během života vystřídala více zaměstnání (v závislosti na momentální situaci, časté stěhování). Respondentka není věřící, je české národnosti.

Rozhovor byl v tomto případě veden velmi obtížně, paní jsem se opakovaně dotazovala, často jsem vysvětlovala otázky a upřesňovala si výpovědi respondentky. Některé informace poskytla též dcera respondentky, která byla rozhovoru přítomna.

Informace o hospitalizaci:

Respondentka byla hospitalizována na oddělení následné péče již potřetí za uplynulý rok. Důvodem poslední hospitalizace byla prodělaná cévní mozková příhoda s následným omezením pohybu levé poloviny těla. Strávila zde dle vyjádření dcery 26 dní. V současné době je paní upoutána na lůžko. S jakýmkoliv pohybem je třeba jí pomoci. Stará se o ní zejména její dcera a využívají pravidelně též další dostupné služby.

Znevýhodnění:

Během hospitalizace respondentka pocítovala znevýhodnění, za jehož důvod považuje svůj věk a jak ona říká „zchátralost“. Negativně zde vnímala nepříjemné chování sester na oddělení, které nebraly ohled na její momentální pocity, obavy či jen potřebu slyšet vlídné slovo. Měla z jejich chování dojem, že jelikož je stará a nemocná, již k ní nemusí přistupovat s patřičným respektem. Příjemné chování sice u některých sester také vnímala, ale bylo to spíše výjimečné.

Poskytování informací, kvalita komunikace:

Paní byly během pobytu v nemocnici podávány jen strohé informace - o zdravotním stavu a o průběhu léčby. Pokud se na něco dotázala, měla pocit, že personál tím jen otravuje. Dcera respondentky dodává, že informace o dalších dostupných zdravotních a sociálních službách byly podány jí, a to velmi srozumitelně a podrobně.

Saturace psychických a sociálních potřeb:

Respondentka byla v nemocnici spokojená s respektováním svého soukromí. Nevzpomíná si na žádnou situaci, jež by jí byla z tohoto pohledu nepříjemná.

Personál nemocnice jí v době hospitalizace výraznější psychickou podporu neposkytoval. Říká sice, že občas se zde našel někdo, kdo se na ní usmál či prohodil vlídné slovo, ale stávalo se to jen zřídka. Při komunikaci s nemocničním personálem měla respondentka vždy pocit, že všichni mají plno práce a ona je od ní jen zdržuje. Na prosté prohození pár slov nebyl čas, nesnažila se tedy svěřovat zaměstnancům

se svými pocity. Pokud s ní bylo hovořeno, bylo to prý vždy ve spěchu, stroze a někdy ne příliš srozumitelně. Nonverbální projevy při komunikaci s personálem nevnímala.

Během pobytu v nemocnici pociťovala obavy zejména o svůj zdravotní stav a vnímala nejistotu spojenou s tím, že nevěděla, zda bude po propuštění schopná samostatného pohybu.

Psychickou podporou jí byla zejména dcera. Ta jí téměř denně navštěvovala a trávila u ní velkou část odpoledne. Tu jedinou vnímala jako člověka, který byl ochoten jí naslouchat, a mohla se mu svěřit. Telefon při sobě v nemocnici neměla, k čemuž dcera respondentky dodává, že s ním matka neumí dostatečně zacházet.

#### **Respondentka č. 4**

##### Základní údaje:

Respondentkou je paní ve věku 78 let. Je pět let vdovou a žije sama v nájemním bytě 1+1 v okrajové části Českých Budějovic. Má dceru a syna, přičemž oba i s rodinami žijí nedaleko města (vzdálenost do 20 km). V osobním kontaktu je s nimi většinou během víkendů, kdy se u ní zastaví spolu se svými rodinami. Pokud však s něčím potřebuje pomoci, ví, že se na ně může obrátit a má možnost jim kdykoliv zavolat. Telefonický kontakt je udržován i ze strany jejich dětí. Kromě rodiny udržuje blízký vztah i s lidmi, které zná ze svého domu. Říká, že své osudy prožívají společně a mnoho z nich může označit za své dobré známé.

Paní má středoškolské vzdělání s maturitou. Je české národnosti a k žádnému náboženskému vyznání se nehlásí.

Při rozhovoru působila respondentka dojmem, že je jí příjemné, že má možnost si s někým popovídat. Byla velmi ochotná a v dobrém rozpoložení. Na otázky reagovala se zájmem a se snahou sdělit mi vše podstatné.

##### Informace o hospitalizaci:

Na oddělení následné péče byla respondentka převezena po proběhlé déle plánované operaci kyčelního kloubu. Celkem zde strávila 2 týdny. V současné době je

---

již schopná sama vstát a chodit s pomocí hůlky. Jednalo se o její první zkušenost s pobytem na tomto oddělení.

#### Znevýhodnění:

Za znevýhodňující respondentka označila chování sester, které byly dle ní náladové a občas neochotné jí pomoci. Důvod takového jednání vidí v tom, že převážnou část hospitalizace byla odkázána (byť v ne tak velkém rozsahu) na pomoc druhé osoby. Tento pocit měla téměř denně do doby, než se její stav zlepšil a byla schopná se o sebe při převážné většině úkonů postarat sama.

#### Poskytování informací, kvalita komunikace:

Kvalita komunikace ze strany sester respondentce nepřišla zejména po dobu prvního týdne hospitalizace na tomto oddělení dostačující. Při kontaktu s nimi jí spíše jen udělovaly příkazy, na dotazy odpovídaly jen stroze a „celkově se tvářily velmi nepříjemně“. Během pobytu si s paní nikdo příliš nepovídal o jejím zdravotním stavu. Nejvíce informací jí zprostředkoval až syn při své návštěvě. Teprve od něj se dozvídala o průběhu léčby a o budoucí prognóze. Respondentka se poté sama dotazovala na možnost využití dalších návazných služeb. Na její dotaz dostala srozumitelnou odpověď.

#### Saturace psychických a sociálních potřeb:

Při hospitalizaci byla respondentka spokojena s respektováním svého soukromí. Dokonce jí v tomto ohledu přišlo zprvu přehnané, když její děti musely v době, kdy byla převlékána, čekat na chodbě a nemohly být přítomné v pokoji.

Psychickou podporou jí byly sestry, které s ní prováděly rehabilitaci. Ocenila zejména skutečnost, že k ní byly přívětivé a každý její (byť nepatrný) pokrok a snahu dokázaly ocenit. Zde vnímala též jejich nonverbální projevy. Při běžném denním kontaktu se sestrami na oddělení však na žádné popovídání čas nebyl a ani zde nebyla ze strany personálu patrná ochota k podobným aktivitám.

Respondentka pociťovala obavy zejména ze situace, která nastane po jejím propuštění z nemocnice. Bála se, zda bude moci nadále zůstat ve svém bytě. Během léčení se však obavy rozplynuly společně s tím, jak se zlepšoval její zdravotní stav.

Návštěvy za ní do nemocnice docházely zhruba třikrát týdně, přičemž se zde střídali syn s dcerou i jejich rodiny. Paní vlastní mobilní telefon a po celou dobu hospitalizace jej měla u sebe. Sama jej však nevyužila, spíše jí volaly děti, aby se optaly na její momentální stav a na to, zda něco nepotřebuje.

### **Respondentka č. 5**

#### Základní údaje:

Respondentkou je paní ve věku 80 let, která žije ve vzdálenosti zhruba 4 km od Českých Budějovic (obec je v dosahu MHD). Od doby, kdy ovdověla, bydlí v rodinném domě spolu se synem a jeho rodinou. Dále má dceru, která i s rodinou bydlí ve stejné obci a paní se tedy se všemi z rodiny (i s vnoučaty) vidá téměř neustále. Navíc udržuje kontakty s lidmi z obce.

Paní má nejvyšší dosažené vzdělání vyučení. Je věřící, hlásí se k římskokatolickému vyznání. Respondentka je české národnosti.

Při rozhovoru musím mluvit hlasitě a srozumitelně. Otázky však nemusím obvykle příliš vysvětlovat, paní dokáže adekvátně zodpovědět položený dotaz. Jeví zájem o průběh rozhovoru, a ačkoliv je patrné, že delší povídání ji namáhá, snaží se se mnou komunikovat a co nejlépe mi vždy dotaz zodpovědět. Paní působí optimisticky, hovoří o tom, že se těší, až opět bude zvládat chůzi. Při otázkách na její pocity z nemocnice a na chování sester se jí však lesknou oči, mluví pomaleji, déle hledá vhodná slova. Při rozhovoru byl přítomen syn respondentky, který doplnil některé potřebné údaje a zpřesnil výpovědi v případě jejich nejasnosti.

#### Informace o hospitalizaci:

Respondentka byla hospitalizována na oddělení následné péče po dobu tří týdnů. Důvodem byla zlomenina krčku stehenní kosti levé nohy. Na oddělení byla hospitalizována již podruhé - předtím to bylo také z důvodu zlomeniny zhruba

před dvěma lety. Respondentka je v současné době ležící, s pomocí a oporou zatím dokáže vstát a chvíli se udržet na nohou.

#### Znevýhodnění:

Za znevýhodňující zprvu chtěla respondentka uvést nepříjemné jednání sester. Nelze to však brát jako znevýhodnění jen vůči ní z nějakého konkrétního důvodu. Takovému jednání pozorovala prý ke všem pacientům na pokoji shodně a nedomnívá se, že by bylo cíleno jen na ni. Např. k paní, která byla s respondentkou na pokoji a byla po operaci srdce, byl přístup stejný. Dle respondentky zde chyběla citlivost sester a opatrnější zacházení.

#### Poskytování informací, kvalita komunikace:

Respondentka uvedla, že o jejím zdravotním stavu s ní v průběhu hospitalizace nikdo z personálu nehovořil. Její syn k tomu dodává, že však maminka nebyla v takovém stavu, aby to s ní někdo řešil. Uvádí, že jemu byly informace o matce podány, ale vždy jen v případě, že se sám dotázal. Ještě sdělil, že se setkal s tím, že byly některé potíže bagatelizovány – např. v situaci, kdy se dotazoval na původ různých modřin a odřenin na těle matky, nikdo mu nebyl schopen odpovědět, jakou mají příčinu a ani o nich personál sám nevěděl.

#### Saturace psychických a sociálních potřeb:

Jak respondentka uvádí, nikdy se nestalo, že by nebylo respektováno její soukromí. Nepocítovala žádnou situaci v tomto ohledu jako nepříjemnou.

Jelikož byla na pokoji s dvěma dalšími pacientkami, mohla si s nimi popovídat. Jinak však zde nebyla možnost svěřit se personálu. Jak respondentka říká, všechny sestry samozřejmě nebyly stejné, byly tam lepší i horší, příjemné a i nepříjemné. Jí však zůstal po hospitalizaci zejména pocit strachu a úzkosti a vzpomínky na křik sester. Zároveň měla pocit, že sestry, ačkoliv mají čas a je je slyšet si povídat či se něčemu smát, při příchodu na pokoj již nenachází čas na popovídání si s pacienty. Nepostřehla jejich nonverbální projevy.



Obavy pociťovala jen z jednání personálu, stále měla pocit, že něco provedla, jelikož křik sester byl neustálý. Dále v ní vzbuzoval úzkost její zdravotní stav, věděla však, že se o ni rodina postará, a doufala ve zlepšení.

Paní měla během hospitalizace návštěvy každý den, vždy za ní zašel někdo z její rodiny. Je velmi vděčná za to, že se o ní rodina takto stará a že ji usnadňovala pobyt v nemocnici. Říká, že jedině odpoledne během návštěv pro ni byly milým zpestřením dne. Telefon respondentka nevlastní.

### **Respondentka č. 6**

#### Základní údaje:

Respondentka je paní ve věku 80 let, již třináct let vdova. Žije sama v malém domku nedaleko Českých Budějovic. Bydliště má v dosahu MHD. Uvádí, že má však již pocit, že na domek nestačí a raději v něm do budoucna nechá bydlet syna s rodinou. Syny má dva a celkem pět vnoučat. Všichni bydlí nedaleko ní, ale příliš často jí nenavštěvují. Vnoučata (s pravnoučaty) vidá spíše výjimečně, během svátků či v době prázdnin. Paní se domnívá, že za ní umí zajít jen v případě, že něco potřebují. Kromě rodiny udržuje kontakt se sousedkou a s paní, která u nich prodává v obchodě. Tam si prý občas zajde popovídat.

Respondentka je české národnosti a je věřící – římskokatolického vyznání. Je vyučená prodavačkou, ale během života vystřídala mnoho zaměstnání. Jelikož prožila život na venkově, byla jí blízká zejména práce potřebná při chodu hospodářství.

Během rozhovoru se paní rozčiluje. Působí na mě dojmem, že chce mít veškeré otázky co nejdříve zodpovězeny. Pokud se rozpovídá, je to ve vzteku, kdy si stěžuje na rodinu či na přístup nemocničního personálu. Zprvu působí průbojně, ale postupem rozhovoru zjišťuji, že pokud jí něco vadí či se jí něco nelíbí, nedovede se v patřičnou dobu hájit či se ptát, pokud něco potřebuje zjistit.

#### Informace o hospitalizaci:

Paní v nemocnici strávila celkem pět týdnů, přičemž tři z toho byly na oddělení následné péče. Hospitalizována byla pro neurologické obtíže, kdy ztratila schopnost

pohybu dolních končetin a byla omezena i její citlivost v této oblasti. V současné době se paní již pohybuje, pomalu a s berlemi. Dokáže si však sama obstarat většinu potřebných věcí. S obtížnějšími činnostmi jí pomáhá sousedka a využívá též další dostupné služby.

#### Znevýhodnění:

Jako znevýhodňující respondentka vnímala své omezené možnosti na oddělení, které vyplývaly z nutnosti dopomoci jí v pohybu. Zatímco paní, s níž byla na pokoji, byla schopná dojít si k televizi na patře, ona toto učinit nemohla. Musela by k sobě neustále volat sestry, což však nechtěla. Uvádí, že postupně se již cítila v tomto ohledu lépe, spolu s tím, jak se začínala sama lépe pohybovat.

#### Poskytování informací, kvalita komunikace:

Základní informace o zdravotním stavu a o léčbě respondentce podány byly, a to srozumitelnou formou. Během pobytu respondentce vadilo, že nebyla informována o tom, jaké léky konkrétně užívá a na co jsou. Sama se však na informaci nezeptala, nechtěla být na obtíž.

#### Saturace psychických a sociálních potřeb:

Paní byla jen jednou během hospitalizace nespokojena s dodržováním soukromí, a to v případě, kdy byla převlékána, a zůstaly pootevřené dveře z nemocničního pokoje na chodbu. Tato situace se však již víckrát neopakovala. Paní si na toto sama v patřičný moment nestěžovala.

Nemocniční personál by neoznačila za svou psychickou podporu během hospitalizace. Jen málokdo si našel čas na to, aby s ní prohodil pár slov. Při sdělování informací jí vadilo chlácholení sester a řeči, že vše bude opět v pořádku. Říká, že o tato slova nestála. Během komunikace s personálem vnímala též nonverbální projevy. Ne vždy jí ale byly příjemné, některé dotyky sester považovala za zbytečné.

Pocívala úzkost a obavy ze situace, která nastane po propuštění. S obavami očekávala, jak zvládne bydlení o samotě, a i nyní si stále není jistá tím, zda bude vše bez problémů a dokáže se o sebe postarat. Její úzkost prý také zvyšovala nemožnost

pořádně se na oddělení vyspat v průběhu noci. Stále slyšela hluk z chodby, viděla světla a slyšela zvonění pacientů, jak k sobě přivolávali sestry.

Návštěvu měla v nemocnici jen jednou, a to když za ní přijel syn se snachou. Na pokoji si prý také neměla s kým povídat, ostatní pacientky s ní mluvit nechtěly a zdály se jí protivné. Telefon s sebou neměla, vůbec jej nevlastní a neumí jej tedy ovládat.

### **Respondentka č. 7**

#### Základní údaje:

Paní je ve věku 74 let. Bydlí na okraji Českých Budějovic v rodinném domě spolu se svým druhem, dcerou a jejími dětmi. Respondentka s partnerem obývá přízemí domu, kde mají k dispozici byt o velikosti 3+1. Kromě dcery a jejích dětí se pravidelně stýká též se vzdálenějšími příbuznými, kteří bydlí nedaleko.

Respondentka je české národnosti, není věřící. Nejvyšší dosažené vzdělání má vyučení bez maturity.

Respondentka při rozhovoru podává spíše strohé odpovědi. Zajímá se však o průběh dotazování. Často odbíhá od zvoleného tématu, při dotazech je na ní patrné rozčilení.

#### Informace o hospitalizaci:

Na oddělení následné péče byla paní přeložena z Interního oddělení a byla zde hospitalizována po dobu tří měsíců. Důvodem hospitalizace byl kolaps při dekompenzovaném diabetu, při němž upadla a nadvakrát si zlomila pravou nohu. Na oddělení následné péče byla předána již pro doléčení zlomeniny a následnou nutnost rehabilitace. Nyní paní dokáže s hůlkou ujít pár metrů. Je však nezbytné, aby jí někdo pomohl při vstávání. Prozatím jí vypomáhá zejména její dcera. Její druh je schopen se o sebe postarat, není však zde možnost, aby převzal ještě péči za ni.

Znevýhodnění:

Pocity znevýhodnění respondentka zažívala během interakcí se zdravotními sestrami, kdy se domnívala, že k ní nebylo přistupováno s dostatečným respektem. Bylo to pravidelně během běžných denních úkonů (převlékání postelí, podávání jídla), kdy měla paní pocit, že je s ní komunikováno pouze v rozkazech či je s ní v posteli otáčeno, je rychle a nuceně posazována bez předchozího upozornění atd. Také postrádala pomoc při stravování, kdy se stalo, že nebyla schopná např. roztrhnout obal potravin jen za pomoci příborového nože či si sama nachystat jídlo a ne vždy jí byl někdo nápomocen. Za důvod tohoto jednání považuje svůj zdravotní stav, věk a nutnost vypomáhat jí při běžných úkonech.

Poskytování informací, kvalita komunikace:

Dle slov respondentky jí během hospitalizace nebyly podávány informace týkající se jejího zdravotního stavu, ani průběhu léčby. Informace se o ní však jistě dozvíдалa dcera, která se o průběhu léčby matky pravidelně informovala.

Saturace psychických a sociálních potřeb:

Během hospitalizace byla respondentka spokojena s respektováním svého soukromí. Neuvědomuje si, že by byla vystavena nějaké vyloženě nepříjemné situaci v tomto ohledu. Uvádí však, že obecně je možno vnímat hospitalizaci jako ztrátu soukromí v tom, že je zde najednou v prostředí, které nezná, je zde množství neznámých lidí, o jejichž přítomnosti nemůže rozhodovat. Toto je však jen stěžejí ovlivnitelná součást hospitalizace.

Personál respondentka nevnímala jako psychickou podporu, naopak se jí zdálo, že jí pobyt v nemocnici chování sester často jen znepríjemňuje. Chyběla jí vstřícnost a domnívá se, že většina ze zdravotních sester vůbec nemá osobní předpoklady pro výkon takovéto práce s lidmi. Na neverbální projevy zdravotnického personálu si respondentka nevzpomíná.

Obavy, které respondentka pociťovala, se týkaly jejího zdravotního stavu. Její strach souvisel též s tím, že neměla informace o tom, jak postupuje její léčba a jak dlouho ještě bude hospitalizována.

Po celou dobu hospitalizace respondentku denně navštěvoval někdo z rodinných příslušníků, buď se u ní zastavila její dcera či některé z vnoučat (případně i s rodinou). Telefon respondentka vůbec nevlastní, a tedy u ní nebyla během hospitalizace možnost využít této formy kontaktování svých blízkých.

### **Respondentka č. 8**

#### Základní údaje:

Respondentkou je paní ve věku 71 let žijící se svým manželem v blízkosti centra Českých Budějovic v bytě 2+1. Manželé udržují pravidelný kontakt se svou dcerou a její rodinou (manželem a dcerou). Dcera bydlí nedaleko nich, a tedy jsou v osobním kontaktu jednou týdně či vícekrát, dle aktuálních časových možností obou rodin. Ostatní vzdálenější příbuzní bydlí daleko, a tedy jsou s nimi v osobním kontaktu jen párkrát do roka. Přesto spolu komunikují alespoň telefonicky. Respondentka se dále stýká s bývalými kolegyněmi z dřívějšího zaměstnání a také s jejich dětmi, společně s manželem mají další známé, se kterými se vídají zhruba jedenkrát měsíčně.

Respondentka má vysokoškolské vzdělání ekonomického zaměření, které si dodělávala v pozdějším věku. Během života vystřídala více zaměstnání, nejvíce času však pracovala jako účetní ve větší firmě v Českých Budějovicích. Paní je české národnosti, nehlásí se k žádnému náboženskému vyznání.

Při rozhovoru se mnou paní velmi ochotně spolupracovala, zajímala se o využití jejích odpovědí a snažila se mi podat co nejvýstižnější informace. Působila uvolněným a spokojeným dojmem. Během celého dotazování zde vládla velmi příjemná atmosféra.

#### Informace o hospitalizaci:

Respondentka byla na oddělení následné péče hospitalizována po operaci kolena a strávila zde jeden týden. Byla to pro ni první zkušenost s pobytem na tomto oddělení. V současné době je již respondentka dle svých slov opět v dobré kondici. Občas se ještě objeví bolest po proběhlé operaci, ale obvykle není omezena její schopnost samostatného pohybu.

Znevýhodnění:

Respondentka uvedla, že žádné pocity znevýhodnění během pobytu na oddělení nezažila.

Poskytování informací, kvalita komunikace:

Respondentka na dotaz uvedla, že jí během doby hospitalizace byly vždy v případě, že se dotázala, poskytnuty adekvátní informace o jejím zdravotním stavu a o průběhu léčby. Bylo jí též sděleno, jakých návazných služeb může po odchodu z nemocnice využívat. Veškeré informace jí byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, avšak ne příliš ochotně. Respondentku udivovalo, že pokud se chce něco dozvědět, musí se opravdu sama aktivně o informace zajímat.

Saturace psychických a sociálních potřeb:

Respondentka byla během pobytu na oddělení následné péče vždy spokojena s respektováním svého soukromí.

Jako psychickou podporu při hospitalizaci chápe zejména manžela a dceru s rodinou. Sama však uvádí, že s pobytem na tomto oddělení má jen krátkodobou zkušenost a tedy u sebe ani nevnímala nutnost této podpory. U personálu jí vadilo, že s ní bylo komunikováno spíše v případech nutnosti, tedy zde nebyla možnost větší psychické opory. Pokud s ní již někdo začal komunikovat, vnímala i jeho neverbální prostředky účastné při interakci.

Paní nepocítovala obavy, jelikož si byla jistá tím, že se o ni v případě potřeby rodina postará a pevně věřila v to, že na tom bude po zdravotní stránce opět dobře.

Každý den za ní do nemocnice docházel manžel, asi třikrát během daného týdne hospitalizace na oddělení následné péče za ní byla též dcera. Po celou dobu pobytu v nemocnici u sebe měla mobilní telefon, který aktivně využívala.

---

## Respondentka č. 9

### Základní údaje:

Respondentka je ve věku 70 let, posledních patnáct let je rozvedená a žije společně se synem a jeho družkou v nájemném bytě 3+1 v okrajové části Českých Budějovic. Sama říká, že vztahy s rodinou by mohly být lepší. Jelikož je nyní odkázána na pomoc syna a jeho partnerky, má pocit, že je jim spíše na obtíž. Dále má paní dceru, která však žije spolu s rodinou v zahraničí a v kontaktu jsou jen velmi výjimečně. Pokud o dceři má nějaké informace, obvykle se je dozvídá prostřednictvím syna, který s ní komunikuje alespoň telefonicky.

Paní má středoškolské vzdělání ukončené maturitou. Celý život prožila ve stejném městě, je české národnosti a neuvádí žádné náboženské vyznání, ke kterému by se hlásila.

Rozhovor s respondentkou byl veden obtížněji. Mnoho otázek jsem musela podrobně vysvětlit a snažit se je co nejvíce zjednodušovat. Paní příliš nejevila zájem o průběh rozhovoru, na položený dotaz se však snažila adekvátně odpovědět.

### Informace o hospitalizaci:

Respondentka byla na oddělení následné péče hospitalizována z důvodu prodělané zlomeniny krčku stehenní kosti levé nohy a celkem zde strávila 7 týdnů. V současné době paní potřebuje dopomoci při většině úkonů. Je odkázána na pomoc syna a v době, kdy je on v práci, využívají další zdravotní a sociální služby. Dělá jí potíže bez pomoci vstát, sama dokáže s berlemi ujít jen pár kroků.

### Znevýhodnění:

Respondentka uvedla, že si vzpomíná na situace, kdy se cítila znevýhodněná. Bylo to zejména z důvodu její špatné pohyblivosti, kdy potřebovala vypomoci. Nestalo se jí, že by se jí někdo z personálu zeptal, zda je vše v pořádku či se nabídl, že s něčím pomůže. O vše, co potřebovala, si tedy musela říci sama a poté vždy měla pocit, že v nemocnici jen překáží a neustále něčím obtěžuje personál. Zdálo se jí, že právě z důvodu nepohyblivosti a častých požadavků o pomoc, je následně přehlížena.

Poskytování informací, kvalita komunikace:

Respondentce byly na oddělení následné péče podány jen strohé informace týkající se zdravotního stavu a možností léčby. V mnoha případech paní těmto informacím neporozuměla a musela se ptát opakovaně. Taktéž říká, že jí veškerá sdělení přišla velmi nekonkrétní a podána formou, jako by se jí snad ani netýkala, jako by bylo hovořeno o někom cizím. Informace ohledně návazných služeb byly podány synovi, který zařídil jejich následné využívání.

Saturace psychických a sociálních potřeb:

Respondentka si nevzpomíná na situaci, kdy by měla při hospitalizaci pocit, že není respektováno její soukromí.

Jelikož se jí komunikace s personálem nezdála adekvátní a spíše se cítila být přehlížená, jistě toto chování nepřispělo k její větší psychické pohodě. Paní si nevzpomíná na projevované nonverbální chování ze strany nemocničního personálu.

Respondentka pociťovala obavy ze situace, která bude následovat po ukončení hospitalizace. Dále se taktéž obávala toho, zda se zlepší její zdravotní stav a bude u ní lepší schopnost samostatného pohybu.

Za respondentkou pravidelně docházel syn s manželkou. Návštěvní hodiny u ní trávili každý druhý den. Paní nevlastní mobilní telefon a neumí jej využívat, tedy v nemocnici neměla možnost této formy komunikace.

**Respondentka č. 10**Základní údaje:

Respondentkou je paní ve věku 75 let, která v současné době žije s manželem v okrajové části sídliště v Českých Budějovicích. Bydlí v panelákovém bytě 2+1. Manželé mají tři děti, dva syny a dceru. Pravidelný kontakt však mají jen s jedním ze synů a s jeho rodinou. Ostatní z jejich dětí a vnoučat buď žijí daleko od nich či jsou velmi pracovně vytíženy a nemají tolik času. Kontakt s nimi je tedy spíše výjimečný. Kromě členů rodiny se manželé stýkají ještě s dalšími známými, kteří bydlí v jejich blízkosti a s nimiž se již delší dobu znají.



Respondentka má nejvyšší dosažené vzdělání vyučení, později po ukončení školy si dodělala maturitu. Již delší dobu je doma, jelikož z důvodu onemocnění odešla do invalidního důchodu. Dlouhou dobu pracovala v knihovně a také prodávala v různých obchodech. Paní uvádí, že není věřící, je české národnosti.

Při rozhovoru je zřejmé, že paní je zesláblá a rozmrzelá svým zdravotním stavem. Navzdory tomu se mnou však velmi slušným způsobem komunikuje a snaží se mi poskytnout co nejvíce informací.

#### Informace o hospitalizaci:

Respondentka byla na oddělení následné péče hospitalizována 15 týdnů. Důvodem hospitalizace byla prodělaná operace páteře spojená s následnou velmi obtížnou možností pohybu. Respondentka byla zde již hospitalizována podruhé, předešlý pobyt byl z důvodu obdobné operace, která proběhla zhruba před rokem a půl. Nyní je paní v domácím ošetřování manžela, kterému pomáhá taktéž syn se snachou. Většinu dne paní tráví na lůžku, chůze je pro ni dosti bolestivá a velmi namáhavá.

#### Znevýhodnění:

Paní se během hospitalizace cítila znevýhodněná zejména svým špatným zdravotním stavem a neutuchající bolestí. Říká, že jí bylo jasné, že musí být personálu na obtíž, pokud si neustále stěžuje na bolest, ale zároveň očekávala v těchto chvílích alespoň nějakou podporu. Místo toho s ní bylo jednáno jako s někým, kdo neustále obtěžuje a zdálo se jí, že jí personál ani nevěří, že jí bolesti opravdu trápí. Toto pociťovala denně zprvu hospitalizace, po pár dnech však již dospěla k názoru, že je zbytečné se s bolestí svěřovat, a tedy se s ní snažila vyrovnat i bez pomoci.

#### Poskytování informací, kvalita komunikace:

Respondentce nebyly během pobytu na oddělení podávány informace o jejím zdravotním stavu ani o průběhu léčby. Informace jí zprostředkoval spíše manžel nebo syn. Ti za ní do nemocnice docházeli a informovali se na její aktuální zdravotní stav.

Saturace psychických a sociálních potřeb:

Během hospitalizace byla respondentka spokojena s respektováním svého soukromí, za dobu pobytu na oddělení následné péče se nestalo nic, co by v ní po této stránce zanechalo jakékoliv negativní pocity.

Jak již bylo zmíněno dříve, respondentka měla při hospitalizaci dojem, že je personálu spíše na obtíž svými zdravotními problémy. Postupem času se o efektivnější komunikaci ani sama nesnažila, a tedy k jakékoliv psychické podpoře dojít nemohlo. Vzpomíná si, že zde byly i zdravotní sestry, které by jí třeba byly ochotné pomoci, ale spíše sama respondentka neměla chuť s nikým komunikovat. Na projevované nonverbální chování si paní nevzpomíná.

Po celou dobu pobytu na oddělení měla respondentka obavy zejména o svůj zdravotní stav. Velmi dobře si uvědomovala, že ani během dlouhodobého pobytu v nemocnici nedošlo k nijak výraznému zlepšení jejího stavu a že je stále v mnoha činnostech odkázána na pomoc rodiny. Obavy v ní vzbuzoval i přístup personálu, kdy jí vadilo zejména, že jí není důvěřováno ohledně jejího vnímání bolesti a měla dojem, že se nemůže spolehnout na adekvátní pomoc v případě potřeby.

Návštěvy za respondentkou docházely zhruba třikrát týdně, přičemž se jednalo zejména o manžela paní, který někdy přišel i společně se svým synem. Respondentka neměla možnost během doby hospitalizace komunikovat s rodinou telefonicky, mobilní telefon při sobě neměla.

## 4.2 Souhrn nejdůležitějších údajů

Tabulka 2: Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk	Rodinný stav	Vzdělání	Nábož. vyznání	Národnost
1	78	vdova	SŠ s maturitou	ne	česká
2	70	vdaná	VŠ	ano	česká
3	72	vdova	vyučená	ne	česká
4	78	vdova	SŠ s maturitou	ne	česká
5	80	vdova	vyučená	ano	česká
6	80	vdova	vyučená	ano	česká
7	74	kohabitace	vyučená	ne	česká
8	71	vdaná	VŠ	ne	česká
9	70	rozvedená	SŠ s maturitou	ne	česká
10	75	vdaná	vyučená s maturitou	ne	česká

Zdroj: Vlastní výzkum

Zkoumaný soubor byl tvořen deseti respondentkami ve věku 70-80 let, přičemž se zde vyskytovaly respondentky obou krajních poloh zvoleného rozmezí. Z respondentek jedna žila v nesezdaném soužití, jedna byla rozvedená, tři vdané a pět ovdovělých. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo u dvou respondentek vysokoškolské, tři respondentky ukončily středoškolské vzdělání maturitou a pět respondentek bylo vyučených. Z nich jedna si po ukončení vyučení ještě doplnila maturitu. Tři respondentky uvedly, že jsou věřící, přičemž se shodně hlásí k římskokatolickému vyznání. Všechny respondentky byly české národnosti.

Tabulka 3: Informace o hospitalizaci

<b>Respondentka</b>	<b>Délka hospitalizace<sup>12</sup></b>	<b>Důvod</b>	<b>Opakovaná zkušenost</b>
<b>1</b>	2 týdny	úraz ruky	ne
<b>2</b>	3 týdny	omezená hybnost dolních končetin	ano
<b>3</b>	4 týdny	cévní mozková příhoda	ano
<b>4</b>	2 týdny	operace kyčelního kloubu	ne
<b>5</b>	3 týdny	zlomenina krčku stehenní kosti	ano
<b>6</b>	3 týdny	ztráta schopnosti pohybu dolních končetin, omezení citlivosti	ne
<b>7</b>	12 týdnů	kolaps po dekompenzovaném diabetu, zlomenina dolní končetiny	ne
<b>8</b>	1 týden	operace kolena	ne
<b>9</b>	7 týdnů	zlomenina krčku stehenní kosti	ne
<b>10</b>	15 týdnů	operace páteře	ano

*Zdroj:* Vlastní výzkum

Délka jejich pobytu na oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích se pohybovala v rozmezí od 1 do 15 týdnů. Jako důvod zde byla dvakrát uvedena zlomenina krčku stehenní kosti, v ostatních případech se jednalo o omezení hybnosti dolních končetin, úraz ruky, cévní mozkovou příhodu, operaci kyčelního kloubu, stav po diabetu spojený se zlomeninou dolní končetiny, operaci kolena a operaci páteře. Nejdelší hospitalizace byla u respondentky č. 10 (po operaci páteře), naopak nejkratší u respondentky č. 8 (po operaci kolena). Čtyři z dotazovaných respondentek během rozhovoru uvedly, že byly na tomto oddělení hospitalizovány již opakovaně.

<sup>12</sup> Pro přehlednost jsou zde délky pobytu uvedeny zaokrouhleně v týdnech (v některých případech se tedy nejedná o zcela přesný počet dní, jež mi respondentky uvedly při rozhovoru).

Tabulka 4: Pocity znevýhodnění

<b>Respondentka</b>	<b>Znevýhodnění</b>	<b>Důvod</b>
1	ano	nedoslýchavost
2	ano	upoutání na lůžko
3	ano	věk
4	ano	odkázání na pomoc druhých
5	ne <sup>13</sup>	X
6	ano	omezení pohybu
7	ano	zdravotní stav, věk
8	ne	X
9	ano	nepohyblivost
10	ano	bolest, špatný zdravotní stav

*Zdroj:* Vlastní výzkum

Osmdesát respondentek uvedlo, že za dobu hospitalizace na oddělení pocítilo jistou formu znevýhodnění. Pouze dvě respondentky toto nepoznaly. Důvodem negativního přístupu byla nedoslýchavost, omezená pohyblivost či jinak špatný zdravotní stav, odkázání na pomoc druhých, věk a bolest.

<sup>13</sup> Respondentka v tomto případě nevnímala negativnější chování zaměřené jen výlučně na sebe.

Tabulka 5: Formy znevýhodnění

<b>Respondentka</b>	<b>Formy znevýhodnění</b>
1	chování sester nezohledňující horší sluch pacientky, nesrozumitelné zodpovězení dotazů
2	nevšímavost sester z důvodu upoutání na lůžko, oslovování jen v nezbytných případech
3	nepříjemné chování sester, bez ohledu na momentální pocity respondentky, přístup oproštěn od respektu
4	chování sester, neochota pomoci
5	X
6	omezené možnosti pohybu na oddělení
7	přístup bez respektu, komunikace pouze v příkazech, chyběla dopomoc při stravování
8	X
9	nevšímavost sester, přehlížení
10	přehlížení potíží respondentky, chybění podpory

*Zdroj:* Vlastní výzkum

Konkrétní formy znevýhodnění, které respondentky pocítily během hospitalizace na oddělení následné péče, jsou stručně zaznamenány v Tabulce 5.

Tabulka 6: Poskytování informací

<b>Respondentka</b>	<b>Poskytnutí informací</b>	<b>Způsob podání informací</b>
1	základní informace byly podány, chyběly informace o návazných službách	strohé, nepřizpůsobeno nedoslýchavosti pacientky
2	po dotázání byly informace podány, nedotazovala se na informace ohledně návazných služeb	srozumitelnost, vstřícnost
3	respondentce podány informace o zdravotním stavu a průběhu léčby, dcera informována o možnosti návazných služeb	strohé, dceři podány informace srozumitelné a podrobně
4	na dotaz podány informace o návazných službách, informace o zdravotním stavu zprostředkoval syn	srozumitelnost
5	informace po dotazování podány synovi, respondentka nebyla v adekvátním stavu	některé informace bagatelizovány (z výpovědi syna)
6	podány základní informace, respondentce chyběly informace o podávaných lécích	srozumitelnost
7	ne, informace podávány dceři	
8	ano, po dotázání veškeré informace	srozumitelnost, neochota
9	byly podány strohé informace o zdravotním stavu, průběhu léčby (na další služby odkázán syn)	nekonkrétnost, nejasnost, odosobněné podání
10	ne (informace podávány rodině)	

*Zdroj:* Vlastní výzkum

Na otázky týkající se poskytování informací ohledně zdravotního stavu, možností léčby a návazných služeb uvedlo sedm respondentek, že jim byly informace (či alespoň jejich nutná část) podány. Ve zbývajících případech byly informace podávány rodině. Záznam toho, jak respondentky označily způsob podání těchto informací, je uvedený v Tabulce 6.

Tabulka 7: Saturace psychických potřeb

<b>Respondentka</b>	<b>Respektování soukromí</b>	<b>Psychická podpora<sup>14</sup></b>	<b>Nonverbální projevy</b>
<b>1</b>	spokojena	ne	ano (jen při příjmu na oddělení)
<b>2</b>	spokojena (zprvu stud před pacienty na pokoji)	ne	ano
<b>3</b>	spokojena	ne	ne
<b>4</b>	spokojena	ano (sestry při rehabilitaci)	ano
<b>5</b>	spokojena	ne	ne
<b>6</b>	nespokojena (jedenkrát během hospitalizace)	ne	ano
<b>7</b>	spokojena	ne	ne
<b>8</b>	spokojena	ne	ano
<b>9</b>	spokojena	ne	ne
<b>10</b>	spokojena	ne	ne

*Zdroj:* Vlastní výzkum

Devět z deseti respondentek byly spokojené s respektováním vlastního soukromí během hospitalizace. Jedna respondentka uvedla, že zažila situaci, která jí byla právě v tomto ohledu nepříjemná. Pouze jedna respondentka označila zdravotnický personál za svou psychickou podporu v době hospitalizace. Pět respondentek vnímalo při interakci s personálem také nonverbální projevy.

<sup>14</sup> Zde hodnocena jen přítomnost psychické podpory ze strany nemocničního personálu.



Tabulka 8: Pociťování obav

<b>Respondentka</b>	<b>Obavy</b>	<b>Důvod</b>
1	ne	X
2	ano	zdravotní stav, situace po propuštění z nemocnice
3	ano	zdravotní stav, obavy ze situace po propuštění
4	ano	obavy ze situace po propuštění (během léčby ustoupily)
5	ano	chování sester, zdravotní stav
6	ano	situace po propuštění, hluk v průběhu noci
7	ano	zdravotní stav
8	ne	X
9	ano	zdravotní stav, situace po propuštění
10	ano	zdravotní stav, přístup personálu

*Zdroj:* Vlastní výzkum

Z deseti dotazovaných žen osm uvedlo, že během pobytu v nemocnici pociťovalo obavy. Jejich důvodem byl zejména vlastní zdravotní stav (uvedeno šestkrát) a obavy ze situace po propuštění (uvedeno pětkrát). Obavy u dvou respondentek zvyšovalo též neadekvátní chování personálu.

Tabulka 9: Saturace sociálních potřeb

<b>Respondentka</b>	<b>Frekvence návštěv</b>	<b>Možnost telefonovat</b>
1	1x týdně	ano, sama možnost nevyužila
2	každý druhý den	ano
3	téměř denně	ne
4	tříkrát týdně	ano, sama možnost nevyužila
5	každý den	ne
6	jedenkrát za dobu hospitalizace	ne
7	každý den	ne
8	každý den	ano
9	každý druhý den	ne
10	tříkrát týdně	ne

*Zdroj:* Vlastní výzkum

Frekvence návštěv, které za respondentkami v době hospitalizace docházely, je uvedena v Tabulce 9. Nejnižší počet návštěv byl jedenkrát za dobu hospitalizace (konkrétní délka hospitalizace byla u této respondentky tři týdny), naopak nejčastěji byly respondentky navštěvovány každodenně. Čtyři respondentky měly během hospitalizace možnost telefonického kontaktu, dvě z nich to však samy nevyužily.

## 5 Diskuse

Zpracovaný kvalitativní výzkum byl zaměřen na stáří jakožto fenomén znevýhodnění a potlačení lidských práv a potřeb u žen. Bylo provedeno celkem deset rozhovorů s ženami ve věku 70-80 let, které byly hospitalizovány na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice. Rozhovory měly podobu dotazování dle návodu, které umožnilo přizpůsobit formulace jednotlivých otázek individuálně každé z respondentek a volit také jejich co nejhodnější pořadí dle konkrétního průběhu dotazování.

Při realizaci výzkumu jsem se musela potýkat s několika problémy. Jako první bych zmínila snahu o spolupráci s Nemocnicí České Budějovice. Zde jsem se setkávala zejména s neochotou a celkově velmi nekorektním jednáním. Proto byla změněna původně plánovaná metodika výzkumu a byly provedeny polostrukturované rozhovory s ženami, které byly před maximálně deseti dny z oddělení následné péče propuštěny. Komplikovaným se však ukázal i záměr sehnat více respondentek. Často jsem zde narážela na nesouhlas s provedením rozhovoru a nechuť mluvit a vůbec vzpomínat na průběh hospitalizace. Reálným se tedy nakonec stalo provedení deseti rozhovorů s respondentkami, s jejichž výběrem mi pomohla Městská charita České Budějovice – projekt Komplexní domácí péče.

Ve zkoumaném souboru byly respondentky s nejnižším věkem rovných 70 let (Respondentka č. 2 a 9) a nejvyšším 80 let (Respondentka č. 5 a 6). Věkové rozmezí 70-80 let bylo zvoleno zejména z důvodu snahy omezit ovlivnění výpovědí respondentek jejich nesrovnatelným věkem a s velkou pravděpodobností tedy i odlišným celkovým stavem. K tomu by mohlo dojít v případě, že bychom ve sledovaném souboru měli ženy čerstvě za hranicí stáří a naopak ženy ve věku označovaném již za dlouhověké (90 a více let). Samozřejmě zde však mohou působit další faktory, které ovlivní výpovědi respondentek. Mezi ně lze uvést momentální stav žen, rodinné zázemí a celkovou spokojenost, případný negativismus pramenící ze situace či třeba jen momentální špatná nálada. Toto jsou důvody, proč z výpovědí žen nebyla vyvozována jakákoliv fakta např. o kvalitě péče v nemocnicích či o přístupu zdravotnického personálu. Práce si kladla za cíl spíše blíže popsat momentální

---

subjektivní názory žen a individuálně zabarvené dojmy z hospitalizace na oddělení následné péče.

Pět z dotazovaných respondentek byly již vdovy, tři byly vdané, jedna rozvedená a jedna respondentka žila v nesezdaném soužití s partnerem. I z tohoto vzorku je zřejmým vysoký počet ovdovělých žen, o kterém hovoří např. Kubíčková (2001) či Pichaud a Thareauová (1998). Shodně o složení žen v seniorské populaci vypovídá publikace Českého statistického úřadu *Ženy a muži v datech* (2008). Dle té je ve věku 65-69 let ovdovělých 30% žen. Pro srovnání u mužů je jich ve stejném věku necelých 7%. Od věkové kategorie 75-79 let je již ovdovělá většina žen a častěji žijí bez partnera.

Pokud se blíže zaměříme na složení sledovaného souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání, převládá zde počet žen vyučených. Z nich jedna má vyučení zakončené maturitní zkouškou. Tři respondentky mají nejvyšší vzdělání středoškolské s maturitou, dvě vystudovaly vysokou školu. Ve srovnání s daty Českého statistického úřadu (2008) je ve vzorku patrný vyšší podíl žen s vyšším vzděláním. Dle dostupných dat (Český statistický úřad 2008) by mělo platit, že čím starší je věková skupina, tím vyšší je v ní podíl dosaženého maximálně základního vzdělání a tím nižší je podíl vysokoškolsky vzdělaných osob, přičemž tento trend by měl být u žen ještě výraznější. Relativně vysoký podíl žen sledovaného souboru, které dosáhly vyššího vzdělání, by bylo možné zdůvodnit nutností získat od respondentek souhlas s provedením rozhovoru. Konkrétní výběr žen byl tedy podmíněn spíše jejich svolením k dotazování než vybráním souboru s proměnnými odpovídajícími charakteru české populace.

Ve výzkumném souboru byly tři ženy věřící, přičemž všechny se hlásily k římskokatolickému vyznání. To koreluje s tím, že nejvyšší počet věřících žen i mužů se již dlouhodobě hlásí právě k této církvi. Dále dle dostupných dat by se v podílu věřících žen mělo projevat též jejich vzdělání, přičemž se vzrůstajícím vzděláním dochází k poklesu počtu věřících osob. Konkrétně ve věkové skupině 70 a více let byl v roce 2001 podíl věřících se základním vzděláním 48,2%, se středním vzděláním bez maturity 33,9%, s úplným středoškolským vzděláním 12,4% a s vysokoškolským vzděláním již jen 4,1% (Český statistický úřad 2003).

Délka pobytu respondentek na oddělení následné péče se pohybovala v rozmezí od 1 do 15 týdnů. I tato skutečnost mohla mít vliv na výpovědi respondentek, neboť dlouhodobější pobyt mohl zanechat v ženách pravděpodobněji více negativní pocit než u respondentek, které zde strávily dobu např. 1 či 2 týdnů. Jako důvod hospitalizace zde byla opakovaně uvedena zlomenina krčku stehenní kosti, v ostatních případech se jednalo o omezení hybnosti dolních končetin, úraz ruky, cévní mozkovou příhodu, operaci kyčelního kloubu, stav po diabetu spojený se zlomeninou dolní končetiny, operaci kolena a operaci páteře. Čtyři respondentky byly na tomto oddělení hospitalizovány již opakovaně.

V České republice bylo koncem roku evidováno 192 nemocnic s 63 263 lůžky, z nichž 10,7% představují lůžka ošetrovatelská. V průběhu roku vzrostla lůžková kapacita následné ošetrovatelské péče o 183 lůžek. O 3,7% stoupl počet hospitalizovaných pacientů na lůžkách následné ošetrovatelské péče. Přes nárůst počtu hospitalizovaných i zde však klesl objem poskytnuté péče, konkrétně o 2,3%. Na snížení objemu poskytované péče na lůžkách následné péče má pravděpodobně vliv i zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.), který umožňuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby pobírání příspěvku na péči. Koncem roku 2008 bylo v ČR v provozu 70 léčeben pro dlouhodobě nemocné se 7 194 lůžky. V průběhu roku bylo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné hospitalizováno 35 969 pacientů s průměrnou ošetrovací dobou 63,0 dne (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2009).

V této části práce se dále zaměřuji zejména na interpretaci informací získaných od respondentek a na následnou komparaci s publikacemi, které jsou v této oblasti dostupné. Diskuse je rozdělena do jednotlivých částí tak, jak byly stanoveny výzkumné otázky.

***Otázka č. 1: Z jakého důvodu nejčastěji pociťovaly hospitalizované ženy znevýhodnění?***

Při rozhovoru s respondentkami mě v tomto ohledu zajímalo zejména, zda během hospitalizace měly někdy pocit znevýhodnění. Pokud ano, dále jsem se ptala na konkrétnější podobu tohoto znevýhodnění. Otázky byly zaměřeny též na pocity respondentek, jejich názor na důvod jednání, které jim přišlo znevýhodňující a také na to, zda toto během hospitalizace zažily opakovaně.

Osm z deseti respondentek mi zde uvedlo, že během hospitalizace poznaly situaci, při níž se cítily znevýhodněné (Tabulka 4). Jako důvod zde byl sedmkrát uveden zdravotní stav respondentek či okolnosti s ním související (nedoslýchavost, omezená pohyblivost, odkázání na pomoc druhých, upoutání na lůžko, bolest). Za povšimnutí stojí též to, že dvě respondentky samy pociťovaly, že je k nim negativně přistupováno též z důvodu jejich věku. Toto lze dát do souvislosti s vnímáním stáří jako období života, které má nižší hodnotu a je chápáno jako podřadné a nekompetentní (Vágnerová 2007).

Dvě respondentky uvedly, že znevýhodnění během hospitalizace na oddělení následné péče nepocítily. Jedna z nich (Respondentka č. 5) chtěla nejprve uvést za znevýhodňující nepříjemné chování sester. Později však uvedla, že toto chování nebylo cíleno jen na ni, a tedy by jej nepovažovala za znevýhodňující vyloženě vůči své osobě z nějakého konkrétního důvodu. Se znevýhodněním se dále nesetkala Respondentka č. 8. Lze si povšimnout, že se jedná o respondentku, která byla hospitalizována nejkratší dobu, ve srovnání s ostatními pouhý týden.

Konkrétní formy znevýhodnění, o kterých respondentky hovořily, jsou uvedeny v Tabulce 5. Z osmi respondentek, které znevýhodnění během hospitalizace pocítily, jich osm uvedlo za konkrétní formu tohoto znevýhodnění nějakým způsobem neadekvátní přístup nemocničního personálu. Šlo zde zejména o přehlížení či nevšímavost, neochotu, přístup bez patřičného respektu či jednání nepřizpůsobené zdravotním omezením respondentky (nedoslýchavost). Dále zde byly též uvedeny omezené možnosti pohybu na oddělení, absence podpory či pomoci při stravování.

---

Tyto uvedené formy korelují s běžně tradovanými mýty o stáří. Mezi ně lze uvést např. mýtus ignorance, jak jej popisuje Haškovcová (1989). Jde tedy o stav, kdy starý člověk není chápán jako rovnocenný partner a je přehlížen. Domnívám se, že přesně o tomto stavu hovořila zejména Respondentka č. 2, když popisovala své pocity. Její upoutání na lůžko během hospitalizace v ní zanechalo dojem, že právě proto, že je ležící, nikdo si jí nevšimne a není chápána jako plnohodnotný partner.

**Otázka č. 2:** *V jakém rozsahu byly respondentkám podávány nemocničním personálem potřebné informace?*

Jak je zřejmé z Tabulky 6 zcela či alespoň částečně (s jistými výhradami) byly informace podány sedmi respondentkám z deseti dotázaných. U třech zbývajících respondentek byly informace o jejich zdravotním stavu podávány rodinným příslušníkům. Celkem čtyřikrát je zde uvedeno, že informace byly podány až po dotázání respondentky či někoho z rodiny.

Evropská charta pacientů seniorů v sobě obsahuje zakotvení, že „starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejich možných rizik
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí“

---

Tato informovanost pacientů je důležitá pro jejich pocit bezpečí a jistoty a pro naplnění potřeby orientace a adaptace. Pro seniory je důležité vědět, v jaké situaci se nachází a jaká je jejich budoucí perspektiva. Tedy i k těmto potřebám by měl přihlížet zdravotnický personál a nesměšovat potřebu jen s čistě vyslovenou a jasně projevenou žádostí (Pichaud, Thareauová 1998).

Dostatek informací je nutný též pro možnost autonomie seniorů. Ta je považována za významnou životní hodnotu. Tento termín zahrnuje pestrou šíři významů. Autonomie obsahuje sebeurčení, nezávislost, svobodu a kontrolu rozhodování a jednání (Sýkorová 2004).

***Otázka č. 3: Jak respondentky vnímaly kvalitu komunikace ze strany členů ošetrujícího týmu?***

O kvalitě komunikace a o celkovém jednání se můžeme mnohé dozvědět zejména z již popsané Tabulky 5, kde je právě styl přístupu personálu k pacientkám označen respondentkami za znevýhodňující. Toto je zde zmíněno celkem u sedmi respondentek z deseti dotázaných.

O kvalitě komunikace ze strany ošetrujícího personálu lze dále usuzovat z výsledků prezentovaných Tabulkou 6. Pět respondentek zde označilo podání informací o zdravotním stavu za srozumitelné. Dvakrát je uvedeno, že informace o zdravotním stavu byly podány pouze strohou formou, jedna respondentka poukázala na nepřizpůsobení komunikace její nedoslýchavosti, syn Respondentky č. 5 vypověděl o bagatelizování některých skutečností. Dále se zde vyskytuje neochota, odosobnělé jednání, nekonkrétnost a nejasnost.

Strohost podaných informací a jejich poskytnutí ve velkém množství případů jen na žádost pacienta či jeho rodiny se může odvíjet od nadměrných požadavků na zaměstnance, časového vytížení či strachu z určitých témat rozhovoru (Venglářová 2007).

U Respondentky č. 1 vystupovalo do popředí zhoršení kvality komunikace její nedoslýchavostí. Ta je uvedena též jako důvod znevýhodnění a také je zde zmíněno nepřizpůsobení komunikace ze strany ošetrujícího personálu jako výrazné negativum



---

při podávání informací. Právě porucha smyslů může tvořit pro pacienta výraznou komunikační bariéru. Při komunikaci s nedoslýchavým člověkem je třeba věnovat pozornost prostředí, aby nerušilo vzájemnou komunikaci, mluvit zřetelně, pomaleji, dívat se do tváře a volit vhodnou vzdálenost pro rozhovor. Velmi vhodné je zde využití nonverbální komunikace (Venglářová 2007). Právě nonverbální projevy zmíněná respondentka vnímala jen při příjmu na oddělení, jinak je při běžné komunikaci s personálem příliš nepostřehla (Tabulka 7).

V naší republice proběhl již 4. ročník celostátního projektu „Nemocnice ČR 2009“. Ten je zaměřen na sledování a porovnávání skoro 160 nejvýznamnějších českých nemocnic. V projektu byly nemocnice hodnoceny ze tří klíčových hledisek: spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců nemocnic a finanční zdraví nemocnic. Realizátorem tohoto projektu je nezisková organizace HealthCare Institute. Po zpracování výsledků vyšlo najevo, že při volbě nemocnice považuje za nejvíce důležité většina respondentů právě informace o ochotě personálu. Co se týká informací o vysvětlení navrženého postupu léčby, obvyklého časového harmonogramu a možností následné rehabilitace, bylo hodnocení pozitivní. Zajímavé je zjištění, že skoro 52% pacientů nemělo pozitivní dojem z chování zaměstnanců nemocnic (HealthCare Institute 2009).

S kvalitou komunikace souvisí též to, zda byla personálem poskytována pacientkám psychická podpora a zda byly zřejmé nonverbální projevy členů ošetřujícího týmu (Tabulka 7). Toto bude dáno do souvislosti s následující výzkumnou otázkou.

***Otázka č. 4: Pociťovaly respondentky v průběhu hospitalizace nedostatek v saturaci psychických potřeb?***

Psychických potřeb se týkal dotaz na respektování soukromí během hospitalizace. Devět respondentek zde uvedlo, že s tímto bylo na oddělení následné péče spokojeno, což považují za velmi pozitivní zjištění. Jedna respondentka (Respondentka č. 6) si při dotazu vybavila situaci, kdy při převlékání zůstaly pootevřené dveře z pokoje na chodbu. Takovýto pocit však měla pouze jednou během pobytu

v nemocnici. Respondentka č. 2 vypověděla, že zprvu pociťovala stud před ostatními pacienty, kteří s ní byli na jednom pokoji. Sama však později uvedla, že tato situace je pro prostředí nemocnice nevyhnutelná. Respondentka č. 4 naopak hovořila o tom, že jí v tomto ohledu přišlo zpočátku hospitalizace přehnané, když její děti musely v době, kdy byla převlékána, čekat na chodbě a nemohly být přítomné v pokoji.

Zajímala jsem se též o to, zda by respondentky označily personál nemocnice za svou psychickou podporu v době hospitalizace. Pouze jedenkrát jsem zde získala odpověď ano. U Respondentky č. 4 byly touto podporou sestry, které zde prováděly rehabilitační cvičení. Do úvahy bychom zde mohli vzít otázku, zda právě u těchto zaměstnanců není nižší jejich časové vytížení, a tedy nedisponují větším množstvím času na jednotlivé pacienty, což by se mohlo odrazit ve stylu jejich komunikace a v celkovém jednání.

Kvalita ošetrovatelské péče a následná psychická pohoda pacientů je v mnohém ovlivněna nejen materiálním vybavením oddělení, ale též úrovní komunikace personálu s pacienty (Kristová 2002). Na důležitost verbální i neverbální komunikace upozorňuje též Richards a Edwards (2004). V našem výzkumném souboru přesně polovina respondentek uvedla, že při komunikaci s personálem si nevšimla jejich nonverbálních projevů.

Osm respondentek shodně uvedlo, že během hospitalizace pociťovalo obavy (Tabulka 8). Jako důvod zde byl uveden zejména vlastní zdravotní stav a obavy ze situace, jež bude následovat po propuštění z nemocnice. Dále je zde též uveden přístup personálu (Respondentka č. 5 a 10) a hluk v průběhu noci, který u Respondentky č. 6 zvyšoval již existující úzkost.

Tyto pocity velmi úzce souvisí s (ne)uspokojením potřeby bezpečí a jistoty, což je nejzákladnější psychická potřeba (Venglářová 2007). A. H. Maslow tuto potřebu řadí okamžitě nad potřeby fyziologické. Potřebu konkrétně psychického bezpečí lze chápat jako třetí a nejvyšší úroveň této potřeby (Pichaud, Thareauová 1998).

***Otázka č. 5: Pociťovaly respondentky v průběhu hospitalizace nedostatky v saturaci sociálních potřeb?***

Právě v období stáří člověk často ztrácí kontakt s mnoha lidmi (např. ze zaměstnání) a okruh jeho nejbližších se postupně zmenšuje (Vágnerová 2007). I v průběhu hospitalizace však člověk potřebuje udržovat kontakt s druhými lidmi, tedy naplnit svoje sociální potřeby. Můžeme sem zařadit např. potřebu informovanosti, potřebu náležet k určité skupině, potřebu lásky (Pichaud, Thareauová 1998).

Mezi sociální potřeby byla při rozhovoru zahrnuta zejména možnost kontaktu se svými blízkými. Byla zde zaměřena pozornost jak na kontakt osobní, tak i telefonický. Z Tabulky 9 je zřejmé, jak často za respondentkami docházely návštěvy v průběhu hospitalizace. Čtyři respondentky zde uvedly, že byly navštěvovány každý den či téměř denně někým z rodiny. Dále je zde kategorie čtyř respondentek, které uvedly, že byly navštěvovány každý druhý den či třikrát týdně. Za Respondentkou č. 1 docházely návštěvy jedenkrát do týdne. Nejméně se návštěvy dostaly k Respondentce č. 6, u níž byla návštěva jedenkrát za celou dobu hospitalizace, která trvala celkem tři týdny. Z tohoto je zřejmé, že rodiny hospitalizovaných žen jsou ve většině případů schopné saturovat potřebu sociálního kontaktu či alespoň k této saturaci dávají možnost. Samozřejmě ve frekvenci návštěv sehrávají roli též další faktory, jako vzdálenost nemocnice od místa bydliště, vzájemné vztahy či pracovní vytížení.

Pokud se zaměříme na možnost telefonického kontaktu, z Tabulky 9 je patrné, že čtyři respondentky z deseti dotázaných měly během hospitalizace možnost telefonického kontaktu. Dvě z nich však tuto možnost samy nevyužily.

## 6 Závěr

Stárnutí populace s sebou nese mnohé proměny dnešní tváře společnosti a spolu s jeho postupujícím rozsahem je možné očekávat stále další dopady na každodenní život. Staří lidé vždy byli a dnes stále jsou čím dál hojněji zastoupenou složkou lidstva. Nelze je tedy odsouvat na okraj společnosti a snažit se tuto problematiku nevnímat. I stáří je součástí lidského života a mělo by být se stárnoucími lidmi zacházeno tak, jako s jinými právoplatnými členy lidského společenství.

Hlavním cílem této práce bylo získat podrobnější informace o možné existenci znevýhodnění a potlačení lidských práv a potřeb u pacientek oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice. V teoretické části práce byly analyzovány zdroje literární i elektronické tak, aby byl výsledkem ucelený pohled na stáří s mnoha jeho charakteristickými změnami a na život seniorů v jejich prostředí (ať již rodinném či ústavním). Dále byla pozornost zaměřena na lidská práva a potřeby a na jejich možné potlačení v seniorské populaci. Jako stěžejní témata zde bylo zvoleno špatné zacházení se seniory a ageismus.

Pro praktickou část práce bylo zvoleno získání informací pomocí kvalitativního postupu. Využita byla metoda dotazování, technika polořízených rozhovorů. Ty byly provedeny se ženami ve věku 70-80 let, které byly v průběhu maximálně deseti dnů před dotazováním propuštěny z oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice.

Konkrétně mělo dotazování podobu rozhovoru pomocí návodu, který je představován seznamem témat, které je nutné v rámci rozhovoru probrat. Návod obsahoval 5 hlavních témat: znevýhodnění, poskytování informací ze strany personálu, kvalita komunikace se zdravotnickým personálem, saturace psychických a sociálních potřeb. Respondentky byly též dotazovány na identifikační údaje a na informace související s hospitalizací. U jednotlivých témat jsou uvedeny základní otázky, které byly v průběhu rozhovorů zodpovězeny.

Vzhledem ke stanovenému cíli práce byly zvoleny následující výzkumné otázky:

- Otázka 1:* Z jakého důvodu nejčastěji pociťovaly hospitalizované ženy znevýhodnění?
- Otázka 2:* V jakém rozsahu byly respondentkám podávány nemocničním personálem potřebné informace?
- Otázka 3:* Jak respondentky vnímaly kvalitu komunikace ze strany členů ošetřujícího týmu?
- Otázka 4:* Pociťovaly respondentky v průběhu hospitalizace nedostatek v saturaci psychických potřeb?
- Otázka 5:* Pociťovaly respondentky v průběhu hospitalizace nedostatek v saturaci sociálních potřeb?

Po analýze dat získaných polostandardizovanými rozhovory byly získány hlubší informace o možné existenci znevýhodnění a potlačení lidských práv a potřeb u pacientek ve věku 70-80 let hospitalizovaných na oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích. Hlavní cíl práce byl tedy splněn. Po zhodnocení provedených rozhovorů je možné stanovit následující hypotézy, které by mohly být dále prověřeny rozsáhlejším kvantitativním výzkumem:

- Hypotéza 1:* Ženy hospitalizované na oddělení následné péče pociťují znevýhodnění zejména z důvodu svého zdravotního stavu.
- Hypotéza 2:* Většině hospitalizovaných žen jsou poskytnuty základní údaje o jejich zdravotním stavu.
- Hypotéza 3:* Spokojenost s kvalitou komunikace je často negativně ovlivněna komunikačními bariérami ze strany nemocničního personálu.
- Hypotéza 4:* Psychická pohoda pacientek je ve většině případů negativně ovlivněna obavami o vlastní zdravotní stav.
- Hypotéza 5:* Rodina vystupuje jako velmi schopný subjekt v zajištění sociálních potřeb hospitalizovaných žen.

Diplomovou prací bude možné využít zejména pro lepší zacílení snah o zkvalitnění péče o seniory, prevenci negativních dopadů hospitalizace a k adekvátnějšímu uspokojování potřeb starších jedinců v průběhu pobytu

v nemocničním zařízení. Snahou práce bylo poukázat na individuálně vnímané dojmy z průběhu hospitalizace a na možná úskalí, která zde respondentkám – seniorkám mohou ústavní pobyt znepříjemňovat. Dále je práce vhodná k detailnějšímu poznání dané problematiky a také k možnému vytýčení cest dalších studií a výzkumů v této oblasti.

## 7 Seznam použitých zdrojů

- BALTES, P. B. Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností. In *Perspektivy stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. s. 11-25.
- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BEDFORD, V. H., BLIESZNER, R. Personal Relationships in Later Life Families. In *Families as Relationships*. 1. vyd. New York: J. Wiley, 2000. Kapitola 9, s. 157-174.
- BERGER, K. S. *The Developing Person through the Life Span*. 7. vyd. New York: Worth Publishers, 2007. 667 s. ISBN 071676072X.
- BROMLEY, D. B. *Psychológia ľudského starnutia*. 1. vyd. Bratislava: Smena, 1974. 341 s. ISBN neuvedeno.
- CONWAY, H. L. *Domáci násilí: příručka pro současné i potenciální oběti se zákonem č. 135/2006 Sb. platným od 1. ledna 2007*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2007. 158 s. ISBN 978-80-00-01550-7.
- DIGMAN, J. M. Personality Structure: Emergence of the Five-factor Model. *Annual Review of Psychology*, 1990, 41, s. 417-440. ISSN 00664308.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- DUNOVSKÝ, J., KOVAŘÍK, J., ZIMMELOVÁ, P. Sociální prostředí, agresor a oběť. In *Domáci násilí: násilí na mužích a seniorech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. Kapitola 3.1, s. 82-83.
- ERIKSON, E. H. *Dětství a společnost*. 1. vyd. Praha: Argo, 2002. 387 s. ISBN 80-7203-380-8.

- GLOSOVÁ, D. et al. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno: ERA, 2006. 179 s. ISBN 80-7366-057-1.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- JUNG, C. G. *Člověk a duše*. 1. vyd. Praha: Academia, 1995. 277 s. ISBN 80-200-0543-9.
- KALVACH, Z. Tělesné projevy stáří. In *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. Kapitola 1.6, s. 99-103.
- KALVACH, Z., KOVAL, Š. Zanedbávání a týrání seniorů (elder abuse). In *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. Kapitola 3.21, s. 352-362.
- KALVACH, Z., MIKEŠ, Z. Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatric. In *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. Kapitola 1.1, s. 47-50.
- KARSTEN, H. *Ženy – muži: generové role, jejich původ a vývoj*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-145-X.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOVAŘÍK, J., ZIMMELOVÁ, P. Násilí na seniorech. In *Domácí násilí: násilí na mužích a seniorech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. Kapitola 3 – Úvod, s. 81-82.
- KRISTOVÁ, J., TOMÁŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002. 164 s. ISBN 80-8063-107-7.



- KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vyd. Praha: ISV, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MARVÁNOVÁ-VARGOVÁ, B. Oběti partnerského násilí. In *Partnerské násilí*. 1. vyd. Praha: LINDE, 2008. s. 21-75.
- MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2008. 323 s. ISBN 978-80-86429-87-8.
- MOŽNÝ, I. Modernizace české rodiny a mezigeneračních vztahů v mezinárodním srovnání. In *Modernizace a česká rodina*. 1. vyd. Brno: Barrister a Principal, 2003. s. 11-36.
- NOVOTNÁ, L., HŘÍCHOVÁ, M., MIŇHOVÁ, J. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2004. 82 s. ISBN 80-7043-281-0.
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- PATTON, M. Q. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 3. vyd. Londýn: Sage, 2002. 650 s. ISBN 0-7619-1971-6.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.
- PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 226 s. ISBN 80-7254-593-0.

- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky: vývoj člověka v druhé polovině života*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974. 495 s. ISBN neuvedeno.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 390s. ISBN 80-7178-829-5.
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
- SÝKOROVÁ, D. Autonomie očima seniorů. In *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004. Kapitola III, s. 93-122.
- SÝKOROVÁ, D. Rodina staršího středního věku v systému příbuzenské pomoci a podpory. *Sociologický časopis*, 1996, roč. 32, č. 1, s. 51-66. ISSN 0038-0288.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
- ŠVANCARA, J. Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří. In *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. Kapitola 1.7, s. 103-115.
- TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VAUPEL, J. W., KISTOWSKI, K. G. Plasticita průměrné délky života a její důsledky. In *Perspektivy stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. s. 39-60.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

WHITBOURNE, S. K. *Adult Development and Aging*. 3. vyd. New York: J. Wiley, 2007. 472 s. ISBN 0470118601.

ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

ZIMMELOVÁ, P. Násilí na seniorech v ústavní péči. In *Domácí násilí: násilí na mužích a seniorech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. Kapitola 3.3.2.6, s. 94-100.

ZIMMELOVÁ, P., STOLÍN, M. Rizikové faktory špatného zacházení se seniory. In *Domácí násilí: násilí na mužích a seniorech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. Kapitola 3.2, s. 83-86.

#### **Elektronické zdroje:**

CESTA DOMŮ. *Evropská charta pacientů seniorů* [online]. 2010 [cit. 2010-01-15]. Dostupné z <<http://www.umirani.cz/evropska-charta-pacientu-senioru.html>>.

ČESKÁ GERONTOLOGICKÁ A GERIATRICKÁ SPOLEČNOST. *O nemocech* [online]. 2009 [cit. 2010-03-20]. Dostupné z <<http://www.cggs.cz/cz/ONemocech/>>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vývoj obyvatelstva české republiky v roce 2008* [online]. 2009 [cit. 2010-03-20]. Dostupné z <<http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4007-09>>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Ženy a muži v datech* [online]. 2008 [cit. 2010-05-14]. Dostupné z <[http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/230032104E/\\$File/14150801.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/230032104E/$File/14150801.pdf)>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Populační prognóza ČR do r. 2050* [online]. 2004 [cit. 2010-01-25]. Dostupné z <<http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4025-04>>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Náboženské vyznání obyvatelstva* [online]. 2003 [cit. 2010-05-14]. Dostupné z <<http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4110-03>>.

HEALTHCARE INSTITUTE. *Souhrnná zpráva k celostátnímu projektu „Nemocnice ČR 2009“* [online]. 2009 [cit. 2010-05-14]. Dostupné z <<http://www.hc-institute.org/userfiles/file/2009/souhrnna-zprava-nemocnice-cr-2009.pdf>>.

*Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí* [online]. 2005 [cit. 2010-01-15]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Příprava na stárnutí* [online]. 2010 [cit. 2010-03-20]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/2856>>.

*Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. 2010 [cit. 2010-03-20]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>.

SÍŘÍNEK, J. *PBSP – úvodní text* [online]. 2009 [cit. 2010-01-15]. Dostupné z <<http://www.pbsp.cz/texty/txtsir1.htm>>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Lůžková péče 2008* [online]. 2009 [cit. 2010-05-14]. Dostupné z <[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu\\_id=5300](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Report on Violence and Health* [online]. 2002 [cit. 2010-01-17]. Dostupné z <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf)>.

## **8 Klíčová slova**

Ageismus

Lidská práva

Potřeby

Sociální role

Stárnutí

Stáří

## **9 Seznam příloh**

- Příloha 1: Věkové složení obyvatelstva České republiky
- Příloha 2: Změny ve stáří
- Příloha 3: Změny a ztráty ve stáří
- Příloha 4: Teoreticky významné souvislosti ve věku pozdní dospělosti
- Příloha 5: Evropská charta pacientů seniorů
- Příloha 6: Očekávané věkové složení v letech 2002-2050
- Příloha 7: Návod pro vedení rozhovoru

## 10 Přílohy

### Příloha 1: Věkové složení obyvatelstva České republiky

Věkové složení obyvatelstva – rok 1991, 2001, 2008 (k 31.12.)

	1991	2001	2008
<b>Počet obyvatel celkem (v tis.)</b>	10 313	10 206	10 468
v tom ve věku: 0-14	2 121	1 622	1 480
15-64	6 877	7 170	7 431
65+	1 315	1 415	1 556
80+	264	260	362
<b>Podíl věkové skupiny (v %)</b>			
0-14	20,6	15,9	14,1
15-64	66,7	70,2	71,0
65+	12,7	13,9	14,9
Podíl 80+/65+	20,1	18,4	23,3
<b>Syntetické ukazatele</b>			
Index stáří <sup>15</sup>	62,0	87,2	105,1
Index ekonomického zatížení A <sup>16</sup>	50,0	42,3	40,9
Index ekonomického zatížení B <sup>17</sup>	72,3	57,1	54,1
Průměrný věk - obě pohlaví	36,5	39,0	40,5
- muži	34,7	37,4	38,9
- ženy	38,1	40,5	42,0
Věkový medián	35,6	37,9	39,2

Zdroj: Český statistický úřad 2009

<sup>15</sup> Počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0-14 let

<sup>16</sup> Počet dětí ve věku 0-14 let a osob starších 65 let na 100 osob ve věku 15-64 let

<sup>17</sup> Počet osob ve věku 0-19 let a osob starších 65 let na 100 osob ve věku 20-64 let

**Příloha 2:****Změny ve stáří**

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

*Zdroj: VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.*



**Příloha 3:****Změny a ztráty ve stáří**

<b>Změny</b>	<b>Ztráty</b>
pracovní role	ztráta pracovního kolektivu a navykých pracovních činností v závislosti na čase
role otec – matka – prázdné hnízdo	odchod dětí
společenská role – odchod do důchodu	sociální izolace
rozvod – nemoc – smrt partnera	osamělost vs. samota
bydlení – odchod do nemocnice, domova pro seniory	soukromí, vlastní domov
snížení fyzických sil	neschopnost sebepěče – závislost na druhých
změna fyzického vzhledu	ochota něco nového si koupit, zkrášlit svůj obličej i tělo, jít do společnosti
smyslové funkce	okamžitá orientace a jednání

*Zdroj: KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.*

**Příloha 4:****Teoreticky významné souvislosti ve věku pozdní dospělosti (nad 65 let)**

<b>Témata</b>	<b>Ženy</b>	<b>Muži</b>
<i>Přechod do důchodového věku</i>	ženy zvládají lépe	také pro muže stále menší problém
<i>Tradiční pohlavní role</i>	typ 1: přibývání maskulinních znaků typ 2: flexibilnější zacházení s klišé pohlavních rolí typ 3: přibývání rigidity (nedobrovolné)	typ 1: přibývání femininních znaků typ 2: flexibilnější zacházení s klišé pohlavních rolí typ 3: přibývání rigidity (nedobrovolné)
<i>Rodinný stav, životní situace</i>	samy (často jako vdovy)	méně žijí sami (a to jako vdovci)
<i>Představa o sobě samém</i>	typ 1: sílí pocit bezmoci typ 2: narůstající sebevědomí	typ 1: stále silný typ 2: narůstající nejistota
<i>Role prarodičů</i>	větší význam v životě ženy	pro muže méně důležitá
<i>Zájem o sexualitu</i>	rychleji ustupuje (klišé?)	postupně ochabuje
<i>Nemoci stáří</i>	slabší poškození (vyšší průměrný věk)	silnější poškození (chronické choroby)
<i>Závěr života v pečovatelském ústavu</i>	ženy častěji	muži málokdy
<i>Smrt partnera</i>	ženy snáze zvládají (dokonce šance k osobnímu vývoji)	větší izolovanost (ubývající tendence)
<i>Rezignace, ztráta smyslu, zoufalství</i>	méně výrazně (klesá počet sebevražd)	výrazně (stoupá počet sebevražd)

*Zdroj:* KARSTEN, H. *Ženy – muži: generové role, jejich původ a vývoj*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-145-X.

**Příloha 5:****Evropská charta pacientů seniorů****Úvod**

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče. Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

**1. Obecné zásady**

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl. Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

**2. Komunikace a informace**

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejich možných rizik

- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

### **3. Podpora zdraví**

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života
- o zdravé výživě
- o pohybovém režimu a cvičení
- a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

### **4. Léky**

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci. Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

### **5. Transport**

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější

### **6. Zdravotní problémy**

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

#### Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého

### Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných. Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích - např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

### Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolici, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení. V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

### **7. Nemoc**

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař. V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav

### **8. Zotavení a rehabilitace**

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu. Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života

- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

### **9. Propuštění z nemocnice**

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta.. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.

- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.

- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

### **10. Denní centra**

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci

- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým

- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám

### **11. Respítní péče**

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče

- na dva až tři týdny respítní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

### **12. Komunitní a sociální služby**

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru

- domácí péče

- noční „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)

- pomůcky pro inkontinentní

- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech

- praní prádla

- fyzioterapie

- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy

- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

### **13. Změna domova**

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci.

Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje. V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv
- pokud žije v ošetřovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování

*Zdroj: Cesta domů 2010*

**Příloha 6:****Očekávané věkové složení v letech 2002-2050 (všechny varianty)**

Rok	Průměrný věk			Index stáří <sup>18</sup>		
	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká
2002	X	39,3	X	X	89	X
2005	40,0	40,0	40,0	98	97	97
2010	41,3	41,2	41,1	116	114	112
2015	42,6	42,4	42,2	137	131	125
2020	44,0	43,6	43,3	160	148	139
2025	45,3	44,8	44,4	181	163	152
2030	46,6	45,9	45,4	205	181	167
2035	47,7	46,8	46,3	225	197	181
2040	48,6	47,6	47,0	256	220	202
2045	49,4	48,2	47,6	284	240	219
2050	50,1	48,8	48,1	303	252	227

Zdroj: Český statistický úřad 2004

<sup>18</sup> Počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0-14 let



**Příloha 7:****Návod pro vedení rozhovoru**

<b>Téma</b>	<b>Otázky</b>
<b>Identifikační údaje</b>	věk rodinný stav vzdělání náboženské vyznání národnost bydliště rodina sociální kontakty
<b>Informace o hospitalizaci</b>	délka hospitalizace důvod opakovaná zkušenost současný stav
<b>Znevýhodnění</b>	pocítěno či nikoliv důvod forma (podoba) znevýhodnění pocity frekvence
<b>Poskytování informací + kvalita komunikace</b>	informace o zdravotním stavu informace o možnostech léčby způsob podání informací (srozumitelnost, ochota, vstřícnost) informace o dalších dostupných zdravotnických či sociálních službách
<b>Saturace psychických a sociálních potřeb</b>	respektování soukromí psychická podpora ze strany personálu nonverbální projevy personálu naslouchání, možnost svěřit se pociťování obav příjem návštěv možnost telefonovat