

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Kvalita ošetrovatelské péče v domově
pro seniory z pohledu klienta**

bakalářská práce

Autor práce: Marková Štěpánka
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009-0/ Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2012

Abstrakt

Bakalářská práce nese název „Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu klienta v domově pro seniory“. Teoretická část bakalářské práce popisuje stáří, změny ve stáří, demografický vývoj, přechod do sénia, komunikaci se seniory, ošetrovatelskou péči o seniory a poskytování péče v Domově pro seniory v Humpolci. Upřesňuje, co je kvalita péče a vymezuje roli sestry v udržování kvality ošetrovatelské péče. Praktická část byla zaměřena na zjištění vytyčených cílů bakalářské práce. Cílem bylo zjistit kvalitu ošetrovatelské péče v domově pro seniory z pohledu klienta, čím je kvalita ošetrovatelské péče nejvíce ovlivňována a zjistit, jaké faktory ovlivňují klientův pohled na poskytování ošetrovatelské péče. Pro tento účel bylo stanoveno 8 hypotéz. H1. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje zdravotní stav klienta. H2. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k nemoci. H3. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k léčbě. H4. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje věk klienta. H5. Pohled klienta na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k nástupu do domova pro seniory. H6. Přístup sester ovlivňuje ochotu klienta zapojit se do ošetrovatelské péče. H7. Pohled na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje přístup personálu. H8. Klienti jsou spokojeni s kvalitou ošetrovatelské péče v domově pro seniory.

Ke zpracování výzkumné části byla použita metoda kvantitativního šetření. Sběr dat byl prováděn metodou standardizovaného rozhovoru. Pro vyhodnocení byla využita statistická metoda – korelace. Výzkumný soubor tvořili klienti žijící v Domově pro seniory v Humpolci ve věku 55 let a více. Šetření se účastnilo 80 klientů, z toho 56 žen a 24 mužů. Metodou korelace se hypotézy H1, H2, H3, H6 potvrdily. Hypotézy H4 a H7 se neprokázaly. A hypotézy H5, H8 nelze metodou korelace prokázat, proto byly zhodnoceny bez statistického zhodnocení.

V praxi budou výsledky šetření prezentovány v Domově důchodců Humpolec a využity k odstranění zjištěných nedostatků. Tato zjištění mohou též posloužit také jako informační zdroj při jednání se zdravotní pojišťovnou a krajským úřadem, při obhajobě potřeby zachování pracovních míst na pozici všeobecných sester v domově pro seniory.

Abstract

This bachelor thesis is called “The Quality of Nursing Care from the Perspective of the Client in the Home for the Elderly.” The theoretical part of the thesis describes the old age, changes in the old age, demographic development, transition to the old age, communication with the elderly, nursing care for the elderly and provision of the care in the Home for the Elderly in Humpolec. This part specifies what is the quality of care and defines the role of a nurse in maintaining the quality of nursing care. The practical part was focused on achieving the objectives of the thesis. The objective was to find out about the quality of nursing care in the home for the elderly from the client’s point of view, what factors most affect the quality of nursing care and also what factors affect the client’s view of nursing care. For this purpose eight hypotheses were set. H1 - The quality of nursing care is affected by the client’s health condition. H2 - The quality of nursing care is affected by the client’s attitude to his disease. H3 - The quality of nursing care is affected by the client’s attitude to treatment. H4 - The quality of nursing care is affected by the client’s age. H5 - The client’s view of the quality of nursing care affects his attitude to take up the home for the elderly. H6 - The approach of nurses affects the willingness of the client to participate in nursing care. H7 - A view of nursing care is affected by the approach of the staff. H8 - Clients are satisfied with the quality of nursing care in the home for the elderly.

To carry out the practical part, the method of quantitative research was applied. Data collection was carried out by means of a standardized interview. To evaluate the data, the statistical method of correlation was used.

Respondents were clients at the age of 55 and older, living in the Home for the Elderly in Humpolec. 80 clients participated in the research, 56 women and 24 men. The method of correlation proved hypotheses H1, H2, H3 and H6. Hypotheses H4 and H7 were not proved. Hypotheses H5 and H8 cannot be proved by the method of correlation and thus they were evaluated without any statistical evaluation.

In practice the research results will be presented in the Home for the Elderly in Humpolec and used to eliminate and correct the revealed shortcomings. These

findings might also serve as a source of information when dealing with health insurance companies and the regional authority in defending the need to preserve number of jobs for the position of nurses in the home for the elderly.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Kvalita ošetrovatelské péče v domově pro seniory z pohledu klienta 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 bakalářské práce, a to v - nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací These.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2012

Podpis.....

Štěpánka Marková

Poděkování

Děkuji Mgr. Ditě Novákové Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování bakalářské práce.

Děkuji Haně Burianové, vrchní sestře Domova důchodců Humpolec za podporu ve studiu.

Děkuji i své rodině za podporu a trpělivost, kterou mi poskytovala nejen při přípravě závěrečné práce, ale zejména v průběhu celého studia.

Obsah

Úvod	9
1. Současný stav	10
1.1 Pojem senior, stáří	10
1.1.1 Etapy a typy seniorského věku – rozdělení	11
1.2 Změny ve stáří	12
1.2.1 Biologické změny	12
1.2.2 Psychologické změny	13
1.2.3 Sociální změny	13
1.2.4 Změny jednání ve stáří	14
1.2.4.1 Adaptace	14
1.3 Stárnutí populace, demografický vývoj	15
1.4 Přejchod do sénia	16
1.4.1 Polymorbidita	16
1.4.2 Zvláštnosti chorob ve stáří	17
1.5 Komunikace se seniory	18
1.6 Ošetřovatelská péče o seniory	18
1.6.1 Poskytování ošetřovatelské péče v domovech pro seniory	19
1.7 Poskytování zdravotní péče v Domově pro seniory Humpolec	21
1.8 Financování zdravotní péče v domovech pro seniory	22
1.9 Kvalita péče	23
1.9.1 Co je kvalitní ošetřovatelská praxe?	23
1.9.2 Definice kvality péče	23
1.9.3 Měření kvality	24
1.9.4 Faktory ovlivňující kvalitu ošetřovatelské péče	24
1.9.5 Role sestry v udržování kvality ošetřovatelské péče	24
1.9.5.1 Vzdělávání sester	25
1.9.5.2 Možnosti specializace všeobecných sester - obor geriatry	25

2. Cíl práce a hypotézy	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Hypotézy	26
3. Metodika	27
3.1 Použité metody	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	27
3.3 Korelace	28
4. Výsledek	29
5. Diskuze	50
6. Závěr	59
7. Seznam použité literatury	62
8. Klíčová slova	66
9. Přílohy	67

Úvod

Tématem bakalářské práce je „Kvalita ošetrovatelské péče v domově pro seniory z pohledu klienta“. Je známo, že populace v České republice (ČR) stárne a podíl seniorů narůstá. Odchod do důchodu je pro většinu lidí velkým zlomem v jejich životě. Stářím se postupně zhoršují pohybové schopnosti, soběstačnost, paměť, vnímání, myšlení, inteligence i citové prožívání. S přibývajícím věkem přicházejí nemoci, jejichž vlivem dochází ke snižování výkonu a tím i ke změně kvality života. Dochází ke zvyšování nároků na ošetrovatelskou péči. Z důvodu snížené soběstačnosti, zhoršení zdravotního stavu, kdy podpora rodiny není při zajištění péče dostatečná, hledají senioři nebo jejich rodiny pomoc při zajištění péče. Sociální systém v ČR umožňuje využít několik druhů péče v závislosti na zdravotním stavu seniora. Mezi možnosti se řadí agentury domácí péče, domy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory, zdravotní zařízení ústavní péče. V těchto zařízeních je seniorům poskytována ošetrovatelská péče, přispívající ke zlepšení kvality jejich života, s ohledem na jejich zdravotní stav a možnosti sebeobsluhy.

Pro svou práci jsem si vybrala seniory z „Domova důchodců Humpolec“. Pracuji zde na pozici staniční sestry a problematika ošetrovatelské péče o seniory mě zajímá z profesního hlediska. Setkávám se s názorem, že poskytovaná ošetrovatelská péče v domově pro seniory není z odborného hlediska rovnocenná péči ve zdravotnickém zařízení. Navíc stále přetrvává názor, že pouze zdravotníci jsou odpovědní za zdraví člověka. Zdravotnický personál (sestry a lékaři) se potýká nejenom s těmito názory, ale též často s odmítáním spolupráce samotných klientů a jejich rodinných příslušníků – a právě jejich aktivní spolupodíl je pro kvalitu, průběh i výsledek ošetrovatelské péče nezbytný.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože mě zajímá, co si o naší práci myslí a jak se na naši práci dívají samotní senioři.

Výzkumné šetření by mělo zmapovat kvalitu ošetrovatelské péče v Domově pro seniory v Humpolci a stát se i podkladem při jednání se zdravotní pojišťovnou a krajským úřadem, při obhajobě potřeby zachování pracovních míst na pozici všeobecných sester v domově pro seniory.

1. Současný stav

Stárnutí populace postihuje všechny země. Stává se jedním z celosvětových problémů. I v ČR se zvyšuje podíl seniorů - lidé se dožívají vyššího věku, dlouhodobě klesá úroveň porodnosti. Navýšení věku populace ovlivňuje i technický a společenský pokrok. Kvalita života seniora je ohrožena úbytkem pohybových schopností, soběstačnosti, paměti, vnímání, myšlení, inteligence a i snížením citového prožívání. S přibývajícím věkem často přicházejí nemoci, jejichž vlivem dochází ke snižování výkonu a tím také ke změně kvality života. V profesionální péči (ve zdravotnických zařízeních, v agenturách domácí péče) se poskytovatelé setkávají s narůstajícím počtem pacientů z řad seniorů. Dochází ke zvyšování nároků na zdravotní a ošetrovatelskou péči (Burcin, 2010; Jobánková, 2006; Zemánek, 2004).

„Za optimální způsob péče je považována možnost setrvání starého člověka v domácím prostředí, za současné podpory a péče jeho rodiny“ (Sýkorová, 2004, str. 191). Tento model však často není možné uskutečnit, a to z mnoha různých důvodů. Z důvodu zhoršení zdravotního stavu, snížení soběstačnosti a nedostatečného zapojení rodiny do péče, hledají senioři a jejich rodiny možnosti řešení této situace. Jedním z možných řešení je využití pobytové služby v domově pro seniory. Hodnocení kvality poskytované péče je závislé na vnímání kvality života seniorů a mnoha dalších faktorech. Hlavním cílem péče o seniory by měla být podpora schopnosti samostatně se o sebe postarat, zachovat si soběstačnost, aktivitu a stálý zájem (Gruss, 2009; Pokorná, 2010; Sýkorová, 2004; Šafránková, 2006).

1.1 Pojem senior, stáří

„Senior je příslušník starší věkové kategorie“ (Slovník cizích slov, 2007).

Jako každá jiná životní etapa, je stáří stejně důležité. Stáří trvá 30 – 40 let. „Stáří není konec života“ (Klevetová, 2008, str. 11). Rozumíme jím pozdní fázi vývoje, působení času na lidskou bytost, je součástí našeho života. Je projevem involučních procesů ovlivněných chorobami, životním stylem, životními podmínkami a sociálními změnami. Stárnutí je celoživotní proces projevující se zhruba od 4. a 5. decennia (Jobánková, 2006; Mühlpachr, 2005).

Stáří je obtížně definovatelné. Při jeho hodnocení se stává, že dochází k rozporům mezi stářím kalendářním (věk člověka), a stářím biologickým (jeho zdatnost, míra involuce). Někteří lidé jsou s ohledem na svůj věk velmi zdatní, jiní vyhlížejí předčasně zestárlým dojmem. U kalendářního věku se uplatňuje demografické hledisko – čím je starší populace, tím je vyšší hranice stáří. Tento věk má výhodu v jednoduchosti a jednoznačnosti (Kalvach, 2006; Mühlpachr, 2005).

Definice stáří podle Světové zdravotnické organizace zní: „Stařecký věk neboli senescence je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“ (Haškovcová, 2010, str. 20).

1.1.1 Etapy a typy seniorského věku – rozdělení

Člověk stárne různě v různých obdobích svého života. V běžném životě bývá někdy za starého člověka označován ten, kdo dosáhl penzijního věku (Haškovcová, 2010).

„Věk člověka bývá považován za jednu ze základních charakteristik člověka“ (Malíková, 2011, str. 14). Tento údaj, však nemá dostatečnou vypovídající hodnotu, především pokud se jedná o seniora.

Věkové kategorie se dají členit různými způsoby. Světová zdravotnická organizace (WHO) rozdělila věkové cykly pro stáří po patnácti letech:

- 60 – 74 let senescence, vyšší, starší věk (počínající, časné stáří)
- 75 – 89 let kmetství, vysoký, stařecký, pokročilý věk (neboli senium, vlastní stáří)
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost) (Malíková, 2010; Šafránková, 2006).

V současné době je rozšířené a užívané členění stáří podle Mühlpachra (2004):

- 65 – 74 let mladí senioři (problematika penzionování, aktivit volného času)
- 75 – 84 let staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)
- 85 let a více velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení) (Malíková, 2010).

Rozlišují se dva typy stárnutí: stárnutí fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí probíhá přirozeně, je normální součástí života. Jedná se o vývoj člověka od jeho vzniku po smrt. Patologické stárnutí se může projevovat různě. Projevuje se například

sníženou soběstačností, předčasným stárnutím (kalendářní věk je nižší než funkční věk) (Malíková, 2010).

1.2 Změny ve stáří

Člověk stárne již od svého narození a na každém člověku se stárnutí projevuje jinak, je to individuální proces. Stárnutí není nemoc. Je to přirozený fyziologický proces, probíhající v čase, kterému se nikdo nevyhne. Tyto změny jsou hlavně biofyziologické. Jsou postupné, nezvratné a způsobují na konci života zánik organismu - neboli smrt. Stárnutí sebou nese i další změny. Mezi tyto změny řadíme změny psychologické a sociální (Haškovcová, 2010; Jobánková, 2006).

Stárnutí sebou přináší změny struktury a funkce, tyto změny však nejsou fatální. „Vhodná duševní a tělesná aktivita může zpomalit nástup funkčních změn a prodloužit aktivní věk“ (Jobánková, 2006, str. 114). Jednotlivé změny jsou spolu úzce propojeny (Malíková, 2010; Jobánková, 2006).

1.2.1 Biologické změny

Mezi biologické stárnutí patří změny organismu, které probíhají na fyziologické úrovni. Změny postihující tělesné tkáně a orgány, probíhají u každého člověka různě. Ovlivňují je genetické dispozice a životní styl. Stárnutí tělesné a duševní nemusí být současné. „Člověk vypadající mladě může být zapomnětlivý, nepřízpůsobivý, naopak staře vypadající člověk může být plný elánu a zájmu o dění kolem sebe“ (Šafránková, 2006, str. 193). S biologickými změnami organismu souvisejí mnohá onemocnění, která se projeví až při dosažení vyššího věku. „Tělesné změny mají za následek větší soustředění na somatický stav“ (Venglářová, 2007, str. 16).

Mezi biologické změny řadíme změny fyzické a smyslové. Biologické změny jsou zjevné a lze je vidět na všech strukturách lidského těla. Fyzické změny jsou: změny vzhledu (svrašťuje a vysušuje se kůže, vlasy a chlupy šedivějí, vypadávají, snižuje se tělesná výška). Dochází ke snížení elasticity kůže, k úbytku svalové hmoty (ubývání fyzické síly a výkonnosti), ke zhoršení činnosti orgánů (trávicího traktu, srdečního, cévního a dýchacího systému, ledvin, kloubů, změny sexuální aktivity).

Mezi smyslové změny řadíme: zhoršení sluchu, zraku, změnu schopnosti rozlišovat barvy, snižují se chuťové a čichové smysly, zhoršuje se vnímání tlaku na kůži, dochází k poruše termoregulace (Gruss, 2009; Jobánková, 2006; Malíková, 2010; Šafránková, 2006).

1.2.2 Psychologické změny

Mění se struktura osobnosti. Podle Pacovského má pro kvalitu psychiky ve stáří větší význam osobnost člověka a její úroveň, než jeho kalendářní věk. Charakteristické osobní rysy ve stáří upadají nebo se naopak stupňují (Jobánková, 2006; Klevetová, 2008; Malíková, 2011).

„Psychické změny ve stáří bývají laicky označovány jako zhoršení povahy, do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti“ (Venglářová, 2007, str. 16). Změny psychiky se projevují především v poznávacích schopnostech (vnímání, pozornost, paměť, myšlení, představy, obtížné osvojování nových informací), dále se objevuje nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, citová labilita, snížení potřeby a hloubky spánku. Snížené vnímání oslabenými smysly může také způsobovat strach, nejistotu, úzkost a špatnou adaptaci na nové prostředí (Jobánková, 2006; Klevetová, 2008; Malíková, 2011).

1.2.3 Sociální změny

Sociální změny významně ovlivňují stáří a stárnutí. Podle Eriksona je pro seniora nezbytné přijmout globálně celý svůj život, sám sebe takového jaký je, neodsuzovat se, a umět si odpouštět. Prostřednictvím toho pak může senior důstojně dožít (Malíková, 2011).

Se sociálními změnami souvisí nástup důchodového věku – tím se rozumí věk po odchodu z pracovního trhu - odchod do důchodu. Ten znamená pro většinu lidí velký zlom v jejich životě. S odchodem do důchodu souvisí změna ekonomického zabezpečení, změny vztahů v rodině (smrt partnera), pocit osamocení a závislosti na druhých a někdy i změna bydliště. Změna sociální situace může také přispět ke zhoršení zdravotního stavu (Malíková, 2011; Šafránková, 2006).

Odchodem do důchodu se senior přiřadí ke skupině starých lidí, blízkosti smrti. Člověk tím mění svou identitu (mění se jeho sociální role, například z lékaře, učitele se nyní stává důchodce). Tuto realitu musí přijmout a vyrovnat se s ní. Odchodem do důchodu ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání, musí si jinak uspořádat život a zorganizovat svůj čas (Jobánková, 2006).

1.2.4 Změny jednání ve stáří

Změny jednání ve stáří ovlivňuje do jisté míry zdravotní stav seniora. Zde se jedná především o poruchy kognitivních funkcí, intelektu. Ty sebou nesou poruchy chování, které jsou prvním příznakem těchto změn a vzbudí pozornost u rodiny, pečovatele (Pidrman, 2005).

Se stárnutím se lépe vyrovná člověk, který chápe vlastní stárnutí a je teoreticky připraven na nevyhnutelné změny (tělesné a duševní), které proces stárnutí doprovázejí. Člověk, který si vytvoří do budoucnosti nějaký program, lépe přijme fakt stárnutí. O přijetí stáří tedy rozhoduje z velké míry sám člověk. Lze říci, že s přibývajícím počtem let se snižuje schopnost přizpůsobovat se novým změnám (Dvořáčková, 2009; Malíková, 2011).

1.2.4.1 Adaptace

„Adaptace patří mezi základní lidské vlastnosti a umožňuje lidem přežít i velmi obtížné situace“ (Venglářová, 2007, str.13). Vyžaduje pomoc okolí, toleranci a trpělivost (Venglářová, 2007).

Se stářím dochází ke zhoršení adaptace na nové životní situace a podmínky. To se projevuje neochotou při nutnosti měnit zvyky. Na průběh adaptace má vliv zhoršení smyslových orgánů, nemoci, které vedou ke strachu, úzkosti, nejistotě, snížení soběstačnosti, ostražitosti. Senior se, z důvodu tělesných či psychických změn, obtížně rozhoduje a vzdává aktivit, kterými se v průběhu života zabýval. V důsledku toho pociťuje pocit prázdnoty a bezmocnosti. S poruchou adaptace souvisejí poruchy nálad, myšlení a vnímání (Karaffová, 2008; Klevetová, 2008).

V praxi se lze setkat s různým postojem a vyrovnáváním se se stářím. Člověk, který vyrovnaně přijímá svůj věk, životní styl odpovídá jeho fyzickým schopnostem a zdravotnímu stavu, může prožít plnohodnotný život. Aktivní senior má lepší šanci na seznámení s novými lidmi, lépe se začlení do nového prostředí, lépe se adaptuje. Každý senior ale nemá sílu na přijetí změn spojených s přibývajícím rokem, vyrovnání se a přijetí přibývajících roků. Psychické změny v kombinaci se změnami sociálními ztěžují adaptaci na nové prostředí. U seniorů, kteří se stali obyvateli domova pro seniory, kteří potřebují pomoc druhého a nedokáží se smířit s projevy vlastního stárnutí, se lze setkat s projevováním negativních emocí spojených s nepříjemně prožívanou závislostí na druhých. Snižuje se jejich sebehodnocení a schopnost adaptace. Lidé, kteří se dokázali v průběhu života vyrovnat s náročnými situacemi, se i ve stáří lépe adaptují (Malíková, 2011; Slezáčková, 2007).

1.3 Stárnutí populace, demografický vývoj

Ve všech hospodářsky vyspělých zemích dochází ke stárnutí populace a prodlužování střední délky života. Zvyšování podílu starých lidí v populaci je: relativní (nízká porodnost a snižující se podíl mladých) a absolutní (klesá úmrtnost ve středním věku, lidé se dožívají vyššího stáří a po roce 2010 se zařadily mezi seniory silné poválečné ročníky) (Kalvach, 2006; Zemánek, 2004).

Z hlediska pečujících profesí je podstatné, že přibývají staří lidé nad 85 let věku. Ženy se dožívají o 6,5 roku více než muži. Se stárnutím je spojena i ovdovělost. Počet ekonomicky aktivních lidí (mezi 15 – 65 lety) začne klesat a počet seniorů bude přibývat. Celkově dojde v ČR do roku 2060 k poklesu populace. To bude mít nemalý vliv na zvýšení finančních zdrojů k zabezpečení sociálně zdravotní péče o seniory (Kalvach, 2006; Zemánek, 2004).

Podle oficiálních odhadů Organizace spojených národů se může stát, že Česká republika bude v polovině 21. století nejstarší populací na světě (s 40 % podílem seniorů - lidí starších 60 let). Podle Českého statistického úřadu by v roce 2030 měli lidé nad 65 let tvořit 22,8 % populace a v roce 2050 31,3 % (Haškovcová, 2004).

Stárnutím populace se zabývá Ministerstvo práce a sociálních věcí. Vytváří politiku přípravy na stárnutí, vychází ze zlepšujícího se zdraví populace. Je realizován Národní program přípravy stárnutí na období 2008 - 2012 schválený v roce 2008. Národní program je celospolečenský pro všechny lidi vytvářející společnost vstřícné ke stáří a starším lidem. Cílem je zvýšit kvalitu života ve stáří (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011; Válková, 2010).

1.4 Přechod do senia

Do období senia vstupuje většina lidí bez větších problémů, v uspokojivé tělesné, duševní a sociální rovnováze. Stárnutí ovlivňují rizikové faktory (například úmrtí partnera, zhoršení ekonomické závislosti, stěhování, nemoci, imobilita, zhoršování zdravotního stavu a další) (Karaffová, 2008).

Na stáří je všeobecně pohlíženo spíše negativně, je chápáno jako nesoběstačnost, závislost, nemoc. Pro některé lidi je ale toto období tím nejkrásnějším životním úsekem. Lidé mají čas realizovat to, co během života nestihli. Pro klidné a spokojené stáří musí člověk již během života něco vykonat, je třeba se na něj připravovat. Se zvyšujícím věkem klesá aktivita člověka, zpomaluje se psychomotorické tempo, člověk je vytrvalejší, rozvážnější, pečlivější, ale i nedůvěřivější, především k mladším lidem. Zhoršují se smysly, kognitivní funkce – především poruchy paměti, objevuje se zapomnětlivost. Závislost seniora stoupá s jeho klesající soběstačností. Někteří senioři považují za ponižující a nedůstojné požádat o pomoc nebo nabízenou pomoc přijmout. Starý člověk bilancuje svůj život, hledá jeho smysl (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011).

1.4.1 Polymorbidita

Se stářím přichází často i zvýšený výskyt nemocí. Polymorbidita znamená přítomnost více chorob současně u jednoho jedince, nemoci se vzájemně prolínají a ovlivňují. Jedno onemocnění tak může vyvolat řetězově další onemocnění. S polymorbiditou souvisí polypragmázie – užívání více léků najednou. Obzvláště ve stáří toto znamená omezení po stránce psychické, fyzické i sociální. Snižuje

se schopnost sebezpečí a zvyšuje závislost jedince na druhé osobě. Zde je pak nutná pomoc rodiny, asistenční služby nebo změna bydliště, se kterou někdy souvisí i nástup do domova pro seniory (Bártlová, 2005; Haškovcová 2010; Jobánková, 2006; Vokurka, 2004).

Stárnutím populace je stále větší počet lidí ohrožen nástupem různých onemocnění s odlišným stupněm poškození. Na tyto onemocnění má často vliv dědičnost (Gruss, 2009).

1.4.2 Zvláštnosti chorob ve stáří

Problematikou seniorského věku se zabývá gerontologie - věda o stárnutí a stáří. Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí. Zabývá se degenerativními onemocněními ve stáří a základními fyziologickými mechanismy stárnutí. Vypracovává podklady pro komplexní péči o staré lidi. Geriatrie je samostatný klinický medicínský obor a zabývá se zvláštnostmi chorob ve stáří. Pro seniory je charakteristická polymorbidita (Mühlpachr, 2005; Šafránková, 2006).

Starší pacient se liší od mladšího pacienta tím, že jeho období nemoci trvá déle. Geriatrický pacient je ten starší pacient, jehož jedno onemocnění je komplikováno výskytem dalších nemocí ovlivňujících diagnostický proces, terapii i rehabilitaci (Generace, 2009).

Starší lidé trpí řadou nemocí, především chronických a degenerativních. Ve srovnání s mladším věkem, probíhá většina onemocnění odlišně. Příznaky mohou být nevýrazné nebo atypické, bývá sklon k chronickému a protražovanému průběhu choroby, častěji vznikají komplikace, závažné choroby urychlují proces stárnutí. Senior mívá průměrně až šest onemocnění. Časté jsou nemoci pohybového ústrojí, srdce a cév, plic, zažívacího ústrojí, cukrovka, psychiatrické onemocnění jako například deprese, demence a další. Je zde zvýšený výskyt dekubitů, insomnie, inkontinence, imobility, úrazů následkem pádu v důsledku instability. Příchod nemocí a dekompenzace zdravotního stavu má vliv na snížení soběstačnosti a nutnost zvýšené ošetrovatelské péče. V důsledku zhoršení nemoci pak není možný nezávislý život seniora v domácím

prostředí a nastupuje některá z řad pomoci. Léčba chorob je pak zaměřena především na návrat soběstačnosti (Haškovcová, 2004; Šafránková, 2006).

Nemoci ve stáří jsou výrazně ovlivňovány i sociálními faktory (umístění do domova pro seniory, úmrtí partnera, ekonomická závislost a další). Komplexní péče o seniora má zahrnovat stránku zdravotní a sociální současně. O seniorech se někdy hovoří jako o křehkých pacientech - to znamená, že se jejich zdravotní stav může kdykoliv náhle dekompenzovat (Haškovcová, 2010; Cejhonová, 2009).

1.5 Komunikace se seniory

Komunikace znamená proces předávání informací mezi dvěma či více lidmi. Je základem lidských vztahů. Při poskytování ošetrovatelské péče je nutné brát ohled na možnost zkreslení podávaných informací. Při komunikaci je nutné zohlednit aktuální stav kognitivních schopností a emocionální ladění daného člověka, jeho jednání a chování. Aby se komunikace stala důležitým prvkem při poskytování ošetrovatelské péče, musí být efektivní (Pokorná, 2010; Zacharová, 2010).

Doporučení při komunikaci se seniorem: komunikovat s osobou, o kterou pečujeme (ne s jejím doprovodem); zajistit bezpečné, klidné prostředí, vhodnou dobu (pozor na únavu klienta) a dostatek času na rozhovor; představit se, navázat oční kontakt, zjistit oslovování klienta; sjednotit verbální a neverbální komunikaci; dát možnost otázek, získávat zpětnou vazbu o pochopení podaných informací; držet plynulé tempo řeči (ne rychle ani pomalu); neskákat do řeči, nekřičet, nešeptat; nepoužívat žargon, odborné výrazy; předem promyslet, co chceme sdělit; přizpůsobit styl hovoru naslouchající osobě (věku, vzdělání), jeho schopnostem a dovednostem; přistupovat individuálně (Pokorná, 2010; Zacharová, 2010).

1.6 Ošetrovatelská péče o seniory

Cílem péče o seniory je co nejdelší zachování zdraví a soběstačnosti, podpora při začlenění do společnosti i při zhoršení zdravotního stavu, co nejdelší setrvání v péči rodiny a šetrná péče a rehabilitace s ohledem na potřeby seniora.

Ošetrovatelská péče o seniora je velice náročná a vysilující a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. Zdravotní stav seniorů je nestabilní, trpí mnoha geriatrickými syndromy, část seniorů má demenci. Senior má mít šanci na uzdravení, na to, že nebude odložen jako „překážející, nepotřebná věc.“ Zhoršení zdravotního stavu a nesoběstačnosti seniora může vyústit v potřebu využít pomoci sociálních a zdravotních služeb, které jsou poskytovány speciálními organizacemi. Zdravotní a sociální péče jsou neoddělitelné, protože se její prvky prolínají (Hlinovská, 2008; MPSV, 2010; Malíková, 2010).

Základem práce se seniorem má být vztah, vytvořený na základě důvěry, jistoty a bezpečí. Ty patří k základním potřebám seniora, jejichž naplňování vyžaduje. Péče má zachovávat lidskou důstojnost a má být podřízena přáním seniora. Dalším důležitým prvkem při ošetřování seniora, a to především u klientů s poruchou kognitivních funkcí (demence), je tolerance, vcítění a naslouchání. Geriatrický klient se musí brát jako celek, nelze se soustředit pouze na jeho jedinou nemoc. Při léčbě se má zjišťovat zpětná vazba a účinek léčby podle subjektivního hodnocení seniora (Piecková, 2011).

Starší lidé si myslí, že péče o zdraví seniora je především, nebo výhradně, v kompetenci zdravotníků. „Oni na to mají školy, oni jsou povinni“ (Haškovcová, 2010, str. 272). Ošetřujících je nedostatek a těm, kteří jsou u lůžka seniora „padá na hlavu“ především kritika - na rozdíl od ošetřujících u akutních lůžek, kterým se dostává poděkování. K lékařům (geriatrům) chovají lidé respekt, ale sestry a ošetrovatelky se stávají „hromosvodem“ (Haškovcová, 2010).

1.6.1 Poskytování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory

Zákon o sociálních službách v §36 zákona č. 108/2006 stanovuje povinnost poskytovatele sociálních služeb zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje sociální služby. Tato péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ošetrovatelskou a rehabilitační péči zajišťuje především prostřednictvím svých zaměstnanců s odbornou způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání. Tuto péči zde poskytují sestry, podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, a pracovníci

v sociálních službách. Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 620/2006 Sb. zavedla odbornost 913 „Všeobecná sestra v sociálních službách“ (Cejhonová, 2009; Malíková, 2011; Rezidenční péče, 2007).

Ošetrovatelskou péči poskytuje sestra v souladu se zásadami ošetrovatelského procesu a zohledňuje specifické odlišnosti geriatrického ošetrovatelství. Domovy pro seniory jsou určeny pro lidi, kterým jejich zdravotní stav neumožňuje pobyt doma, mají omezenou mobilitu a ztrátu soběstačnosti. Tato zařízení nejsou určena občanům, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčbu a hospitalizaci v nemocnici, jejichž stav je dekompenzovaný. Jedná se o institucionální péči (Cejhonová, 2009; Malíková, 2011; Rezidenční péče, 2007).

V domově pro seniory se nabytím účinnosti zákona 108/2006 Sb. výrazněji vyprofilovalo sociální pojetí péče – tento vývoj sebou přináší problematické uspořádání rolí v péči o seniora. Oba typy péče - sociální a zdravotní - nelze v praxi oddělit. Je zde poskytována pomoc v základních sebeobslužných aktivitách, monitorování celkového stavu klienta, opatření k zamezení zhoršování zdravotního stavu, další služby zdravotnického charakteru (např. převazování ran, podávání léků, prevence, rehabilitace) (Válková, 2010; Malíková, 2010).

Sestra v domově pro seniory musí vykonávat i neodborné a nekvalifikované činnosti. Její pozice je náročná, má zvýšenou fyzickou zátěž. Na sestru jsou kladeny vyšší nároky na samostatnost při posuzování a řešení akutních stavů klientů, protože v domově není zajištěna stálá přítomnost lékaře. Sestry nejenom plánují a vykonávají ošetrovatelskou péči dle ošetrovatelského plánu, ale též plní funkci klíčového pracovníka (ten má za úkol plánovat s klientem individuální podobu jeho sociální služby) (Malíková, 2011).

Náročná práce sestry v domovech pro seniory je ovlivněna především: přítomností lékaře jen některý den v týdnu; kompetencí sestry (sestra je oprávněna pouze samostatně měřit fyziologické funkce a provádět základní vyšetření klienta) – na tomto základě rozhoduje o dalším postupu a nese za svá rozhodnutí odpovědnost; v domově pro seniory nelze okamžitě provést laboratorní vyšetření; sestra není oprávněná indikovat bez ordinace lékaře (ve zdravotnickém zařízení může sestra využít posouzení

situace lékařem a následná medikace je okamžitá); sestra nemá možnost konzultace při vzniku náhlé situace; příbuzní často nedokážou přijmout fakt postupného zhoršování zdravotního stavu a blízcího se konce života – vnímají ho často jako pochybení v péči o seniora (Malíková, 2011).

Z uvedených důvodů sestra častěji zavolá lékařskou pomoc nebo RZP a tím se stává, že je někdy vystavena nevhodným komentářům ze strany přivolaných zdravotníků, kteří občas bagatelizují situaci a degradují péči sestry (Malíková, 2011).

Klient se v domově pro seniory chová jako doma, nemusí dodržovat léčebný a rehabilitační režim, z čehož často vyplývají jeho potíže. Pro seniora je velice důležitá rehabilitační péče, kterou zde ale může také odmítnout. Absence pohybu vede k zhoršování zdravotního stavu (Haškovcová, 2004; Malíková, 2011; Rezidenční péče, 2007).

Současným trendem je snižování stavu sester v domovech pro seniory, protože jejich mzdové náklady jsou vyšší než u pracovníků v sociální péči. Tento pracovník má však výrazně nižší kvalifikaci než sestra. Převažuje názor, že domovy pro seniory jsou hlavně domovem a nemají připomínat nemocnici. „To je těžko přijatelné pro nemocné seniory, kteří již v nich pobývají nebo o něm uvažují“ (Haškovcová, 2010, str. 243). Už v roce 1937 vyjádřil profesor sociálního lékařství Hynek Pelc, že obor sociální péče nelze oddělit od zdravotní složky (Haškovcová, 2010).

1.7 Poskytování zdravotní péče v Domově pro seniory Humpolec

Vznik domova pro seniory je datován do roku 1962. Původní oficiální název, Domov důchodců Humpolec, byl z důvodu vnímání veřejností a uživatelů domova zachován. Zřizovatelem je Krajský úřad Kraje Vysočina. Registrace pro poskytování sociální služby byla získána v roce 2007. Domov poskytuje své služby podle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v rozsahu daném § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Domov pro seniory je umístěn ve dvou budovách, disponuje 203 lůžky. O klienty se stará celkem 100 zaměstnanců na různých pracovních pozicích.

Domov pro seniory zabezpečuje uživatelům službu zdravotní a ošetrovatelskou péči, odpovídající jejich zdravotnímu stavu, a to nepřetržitě 24 hodin denně. Zdravotní

péči zajišťuje praktická lékařka, která ordinuje v domově ve všední dny. K ostatním odborným lékařům je zajištěna doprava a v případě potřeby i doprovod. Ošetrovatelskou péči zajišťují všeobecné sestry a pracovníci v sociálních službách. V domově je respektována svobodná volba lékaře - klient má možnost zůstat i nadále v péči svého dosavadního praktického lékaře. Léky předepsané lékařem na recepty jsou hrazeny stejným způsobem jako při pobytu doma (zdravotní pojišťovnou plně nebo částečně a doplatky si klient hradí sám, výjimku tvoří klienti s mimořádně nízkými příjmy – v tzv. hmotné nouzi).

Klient si může, po dohodě s lékařem, své léky ponechat u sebe, přičemž domov neodpovídá za případně zhoršený zdravotní stav uživatele, který vznikl nesprávným užitím léků. Ostatním jsou léky připravovány a vydávány sestrami dle ordinace lékaře.

Zdravotní péče je poskytována na základě indikace lékaře a částečně je hrazena ze zdravotního pojištění uživatele. O víkendu a nočních hodinách je zdravotní péče zajištěna službou konajícím zdravotnickým personálem, lékařská péče formou rychlé záchranné služby, popřípadě pohotovostí do 22 hodin.

Po přijetí do domova pro seniory, má uživatel zajištěnou vstupní prohlídku. Zdravotní dokumentaci, popř. aktuální výpis ze zdravotní dokumentace a léky, které si uživatel přináší s sebou, předkládá lékaři (Interní materiály Domova pro seniory Humpolec).

1.8 Financování zdravotní péče v domovech pro seniory

Financování stejné péče se liší podle toho, zda je poskytována v sociálním nebo zdravotnickém zařízení. Neexistuje ucelený systém péče. Podle zákona č. 109/2006 uzavírají zdravotní pojišťovny, za účelem poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v domovech pro seniory, zvláštní smlouvu s tímto zařízením. Péče musí být poskytována na základě ordinace lékaře (Průša 2009).

Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 620/2006 Sb. zavedla odbornost 913 „Všeobecná sestra v sociálních službách“, stanovila seznam zdravotních výkonů s příslušnými bodovým ohodnocením. Při poskytování ošetrovatelské zdravotní péče se vykazuje poskytnutá zdravotní péče na základě ordinace ošetřujícího lékaře

příslušnými výkony odbornosti 913. V pobytových službách ale nejsou dosud nasmlouvány všechny zdravotní úkony, přestože jsou prováděny na základě ordinace lékaře, tudíž nejsou ani pojišťovnou zaplacený. Ostatní péči hradí domov. Klienti platí běžné regulační poplatky (z položky za recept, vyšetření lékaře, lékařskou pohotovost, pobyt v nemocnici) (Zpravodaj APSS ČR, 2008; Průša, 2007; Klusáková, 2011).

1.9 Kvalita péče

Jednu z nejvyšších příček hodnotového žebříčku v našem životě má zdraví. Kvalitu a délku našeho života ovlivňuje i úroveň zdravotní péče – spokojenost klientů s ní je pak důležitým ukazatelem kvality poskytované služby. Každý člověk má právo požadovat kvalitní péči - ta se dostává do popředí zájmu veřejnosti i zdravotníků. Kvalitu péče ovlivnila i koncepce českého ošetřovatelství, která klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetřovatelského personálu. Prostřednictvím ošetřovatelských standardů, které stanovují kritéria pro poskytování a hodnocení péče, otevírá cestu ke zvýšení kvality péče (České ošetřovatelství 2, 2006, Pochylá, 2005).

1.9.1 Co je kvalitní ošetřovatelská praxe?

Mezi charakteristické znaky kvalitní ošetřovatelské praxe patří: jasná koncepce ošetřovatelského procesu; péče je poskytována metodou ošetřovatelského procesu; vychází z potřeb klienta a je týmová; je vědecky podložená; do péče jsou zapojeni klienti; ošetřovatelský personál je motivovaný a odborně připravený, má praktické zkušenosti a stanovený cíl; dodržuje profesionální etický kodex; praxe (Gladkij, 2003).

1.9.2 Definice kvality péče

Kvalita péče je vymezena ve standardech, podle nichž se poskytovaná péče posuzuje. „Význam slova kvalita ošetřovatelské péče závisí na vymezení, co konkrétně znamená „kvalitní (dobrá)“ ošetřovatelská péče“ (České ošetřovatelství 2, 2006, str. 7).

Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO) je kvalita zdravotní péče definována jako stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje (Gladkij, 2003).

1.9.3 Měření kvality

Kvalitu péče lze měřit pomocí indikátorů a standardů, pomocí výzkumu spokojenosti pacientů se zdravotní péčí. Je nutné vybrat více znaků kvality a vymezit je jako standardní hlediska definování kvality pro různé zdravotnické služby (Gladkij, 2003).

Kvalitu lze dále měřit hodnocením celé instituce, měřením kritických bodů (péčí lege artis ve vztahu k možnostem společnosti, měřením výsledků ve vztahu k užítku pacientů - sem patří například klinické výsledky, spokojenost klientů a vnímaná kvalita života v souvislosti s výsledky poskytované péče) (Gladkij, 2003).

Kvalita je charakterizována přítomností těchto vlastností: účinnost, dostupnost, bezpečnost, přiměřenost zdravotnímu stavu, soustavnost a návaznost, přijatelnost pro pacienty a ekonomická efektivnost (Gladkij, 2003).

1.9.4 Faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče

Úroveň ošetrovatelské péče závisí na odborných znalostech, dovednostech, myšlení, komunikačních schopnostech, na správném (ne však ukvapeném) rozhodnutí, schopnosti empatie, smyslu pro týmovou spolupráci, profesionální a osobní zodpovědnosti, pečlivém vedení dokumentace, schopnosti poučit se z vlastních chyb. Dále na počtu personálu, technickém zázemí, motivaci, úrovni vedení zdravotnického týmu, organizace práce daného pracoviště a úrovni mezilidských vztahů, které jsou mezi jednotlivými členy ošetrovatelského týmu (Gladkij, 2003).

1.9.5 Role sestry v udržování kvality ošetrovatelské péče

Kvalifikační a osobní úroveň zdravotních sester má zásadní význam pro kvalitu péče jednotlivých zařízení, protože provádí vlastní ošetřování klientů prostřednictvím ošetrovatelských standardů a přicházejí do bezprostředního kontaktu s klienty. Na kvalitu péče má vliv více faktorů (Pochylá, 2005; Gladkij, 2003).

1.9.5.1 Vzdělávání sester

Vzdělávání sester vychází ze zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon byl novelizován zákonem 189/2008 Sb. Celoživotní vzdělávání je povinností všech zdravotnických pracovníků. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních považuje za celoživotní vzdělávání průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky (Pochylá, 2005).

Celoživotní vzdělávání je důležité pro získávání nových znalostí a zkušeností sester, které jsou následně aplikovány do ošetrovatelské praxe a pro kontinuálního zvyšování kvality péče o nemocné (Pochylá, 2005).

1.9.5.2 Možnosti specializace všeobecných sester - obor geriatric

Na Masarykově univerzitě v Brně lze studovat jednooborové navazující magisterské studium – „Ošetrovatelská péče v gerontologii“. „Cílem tohoto studia je získat úplné vysokoškolské vzdělání a realizovat holisticky pojímanou ošetrovatelskou péči u dospělé populace. Program připravuje sestru pro realizaci specializované ošetrovatelské péče v primární, sekundární a terciální sféře zdravotnických a sociálních služeb, v ošetrovatelském výzkumu, ve zdravotnické politice, v administrativě oboru ošetrovatelství.“ Tento obor lze studovat kombinovanou i prezenční formou (Masarykova univerzita, 2012).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

1. Zjistit kvalitu ošetrovatelské péče v domově pro seniory z pohledu klienta.
2. Zjistit, čím je kvalita ošetrovatelské péče nejvíce ovlivňována.
3. Zjistit, jaké faktory ovlivňují klientův pohled na poskytování ošetrovatelské péče.

2.2 Hypotézy

- H1. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje zdravotní stav klienta.
- H2. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k nemoci.
- H3. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k léčbě.
- H4. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje věk klienta.
- H5. Pohled klienta na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k nástupu do domova pro seniory.
- H6. Přístup sester ovlivňuje ochotu klienta zapojit se do ošetrovatelské péče.
- H7. Pohled na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje přístup personálu.
- H8. Klienti jsou spokojeni s kvalitou ošetrovatelské péče v domově pro seniory.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Ke zpracování výzkumné části byla použita metoda kvantitativního šetření. Sběr dat byl prováděn metodou standardizovaného rozhovoru. Ten probíhal na základě předem připravených otázek. S ohledem na ochranu osobních údajů, byl dotazník anonymní (příloha 1). Dotazník obsahoval 38 otázek. Otázky (1 - 6) zjišťují identifikační znaky respondenta. Ostatní otázky (7 - 38) jsou již specificky zaměřené tak, aby pomohly potvrdit stanovené hypotézy. Převážná většina otázek byla uzavřených s možností jedné odpovědi, u dvou otázek (7 a 10) bylo možno označit více odpovědí a dvě otázky (36 a 38) byly otevřené. Otázka (24) byla upřesněna pomocí Barthelova testu (příloha 2) a otázka (28) byla upřesňována na základě dotazu na sestry. Pro vyhodnocení byla také využita statistická metoda – korelace. Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili klienti žijící v Domově důchodců v Humpolci ve věku 55 let a více. Vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů byla data získávána pomocí metody standardizovaného rozhovoru. S pomocí ošetrovatelského personálu byli vybráni klienti, kteří byli schopni odpovídat na položené otázky. Šetření se účastnilo 80 klientů, z toho 56 žen a 24 mužů. Z důvodu navodění atmosféry vzájemné důvěry a objasnění důvodu šetření, byl se zkoumanými osobami nejprve navázán kontakt úvodním rozhovorem a po něm následovalo vyplnění dotazníku. Rovněž bylo zdůrazněno zachování anonymity při vyplňování dotazníku. Z oslovených 84 klientů odmítli poskytnout rozhovor 4 klienti. Jako důvod uvedli nezájem při vyplňování „dalšího“ dotazníku. Ostatní klienti odpovídali klidně a ochotně. Dotazníkové šetření probíhalo od 24. 2. 2012 do 13. 3. 2012.

3.3 Korelace

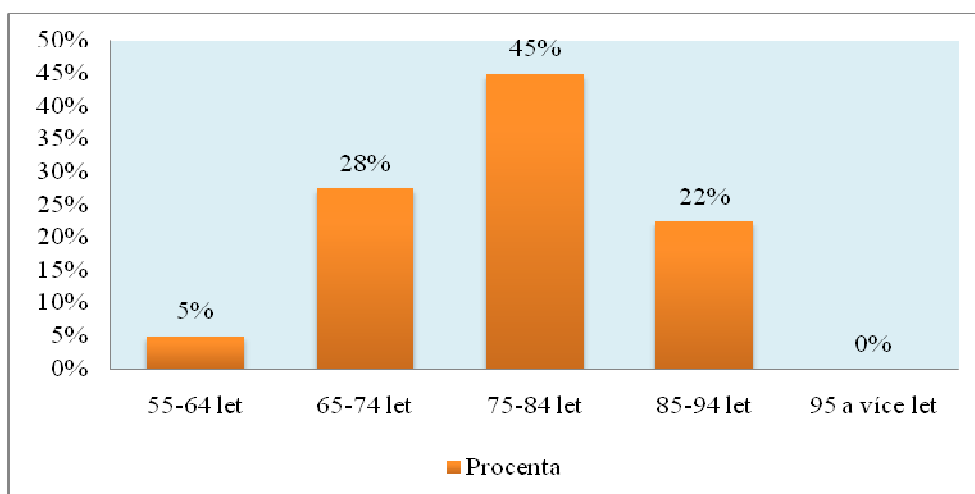
Korelace je statistická metoda, kterou je možné zjistit vztah mezi odpověďmi respondentů na jednotlivé otázky. Touto metodou je možné zpracovávat ordinální data, tzn. data, jejichž jednotlivé kategorie jsou uspořádané a lze zjistit, která odpověď znamená méně a která více. K tomu, aby mohl být výsledek považován za validní, je nutné mít odpovědi alespoň padesáti respondentů.

Vzhledem k tomu, že získaná data byla zpracovávána pomocí programu Microsoft Excel, byla zvolena Pearsonova korelace. Použitím této metody se zjišťuje hodnota „r“ (korelační koeficient). Tento korelační koeficient může nabývat kladných nebo záporných hodnot. V případě kladného čísla se jedná o přímou úměru (tj. čím více, tím více), v případě záporného čísla se jedná o nepřímou úměru (tj. čím více, tím méně).

Zjištěná hodnota „r“ by se měla významným způsobem lišit od 0 (čím více se liší od nuly, tím více jsou data spojená). To, zda je hodnota dostatečně odlišná, se zjistí tak, že se srovná „r“ s kritickou hodnotou, která je příslušná určitému počtu pozorování v tabulce kritických hodnot Pearsonova korelačního koeficientu, hodnota „r“ musí být větší. V případě osmdesáti pozorování je při hladině významnosti 0,05 kritická hodnota číslo 0,185. Čím více se tedy výsledek liší od tohoto čísla a blíží se k -1 či 1, tím více jsou data korelována a vztah je prokázán. Nevýhodou této metody je, že nelze určit, který parametr je příčinou a který je následkem.

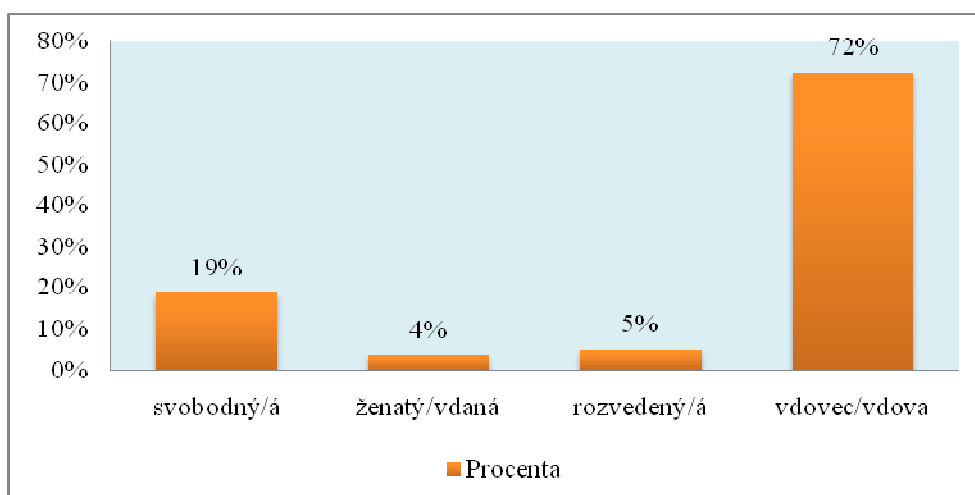
4. Výsledek

Graf 1 Věk respondentů



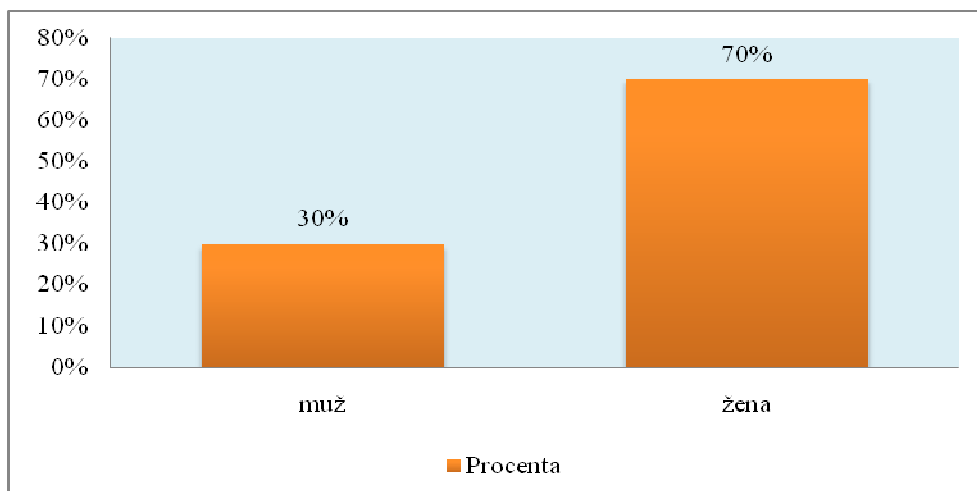
Celkový počet oslovených respondentů je 80 (tj. 100%). Z grafu 1 je zřejmé, že největší zastoupení 36 (45%) tvořili respondenti ve věku 75 – 84 let. Zastoupení dalších věkových kategorií bylo: věk 55 – 64 4 (5%), 65 – 74 22 (28%), 85 – 94 18 (22%) respondentů a 95 a více let nezastupoval žádný respondent (0%).

Graf 2 Rodinný stav



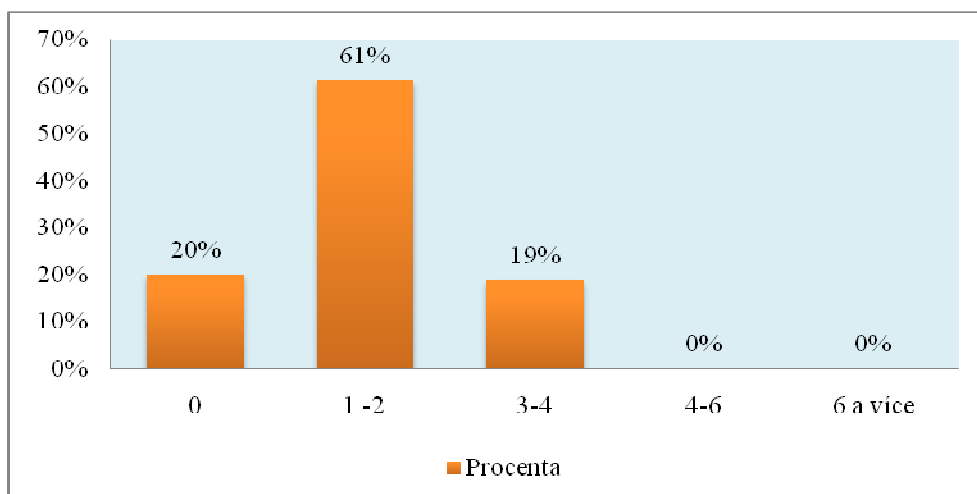
Graf 2 zjišťoval rodinný stav respondentů. Z grafu vyplývá, že 58 (72%) je vdovec/vdova, 15 (19%) respondentů jsou svobodný/svobodná, 4 (5%) jsou rozvedený/ná a 3 (4%) respondenti jsou ženatí/vdané.

Graf 3 Pohlaví



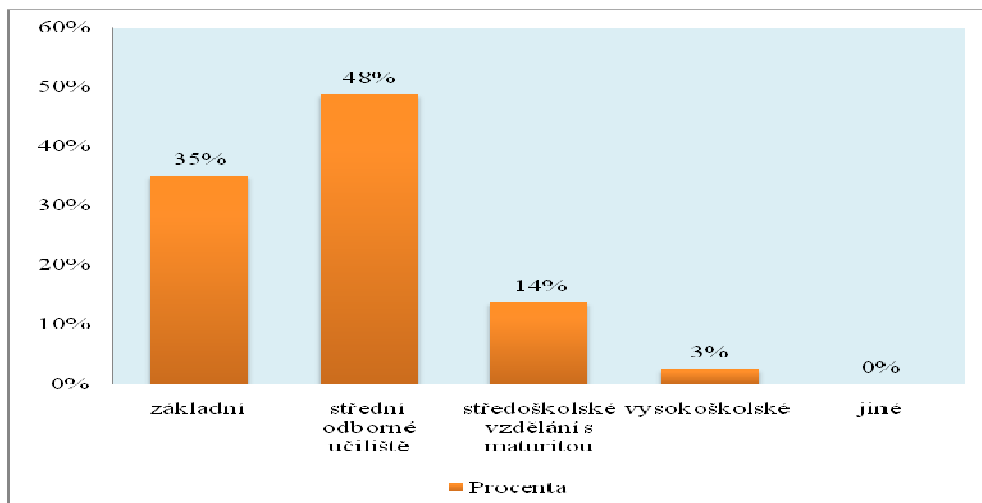
Z grafu 3 je zřejmé, že ve skupině respondentů bylo zastoupeno 56 (70%) žen a 24 (30%) mužů.

Graf 4 Počet dětí



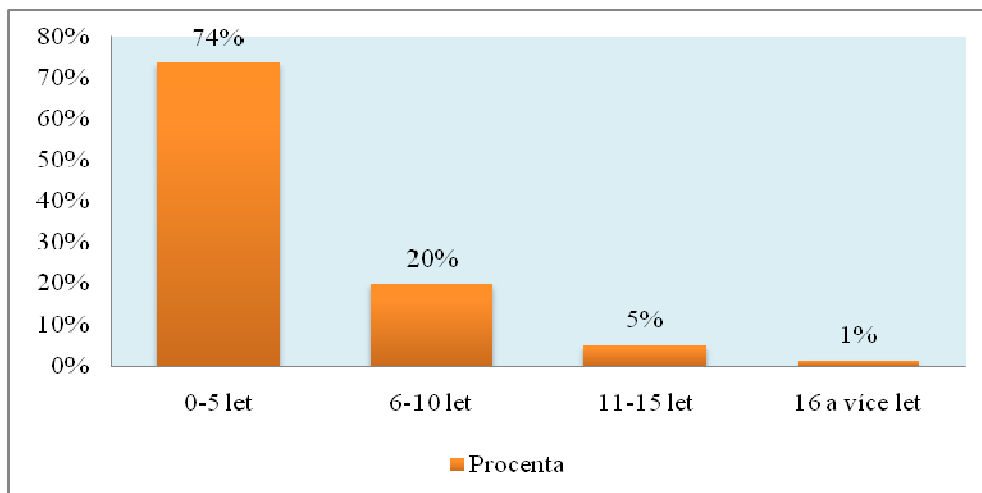
Graf 4 znázorňuje počet dětí respondentů. 49 (61%) respondentů má 1 - 2 děti, 15 (19%) respondentů má 3 – 4 děti a 16 (20%) respondentů je bezdětných. 4 a více dětí neuvedl žádný respondent (0%).

Graf 5 Vzdělání



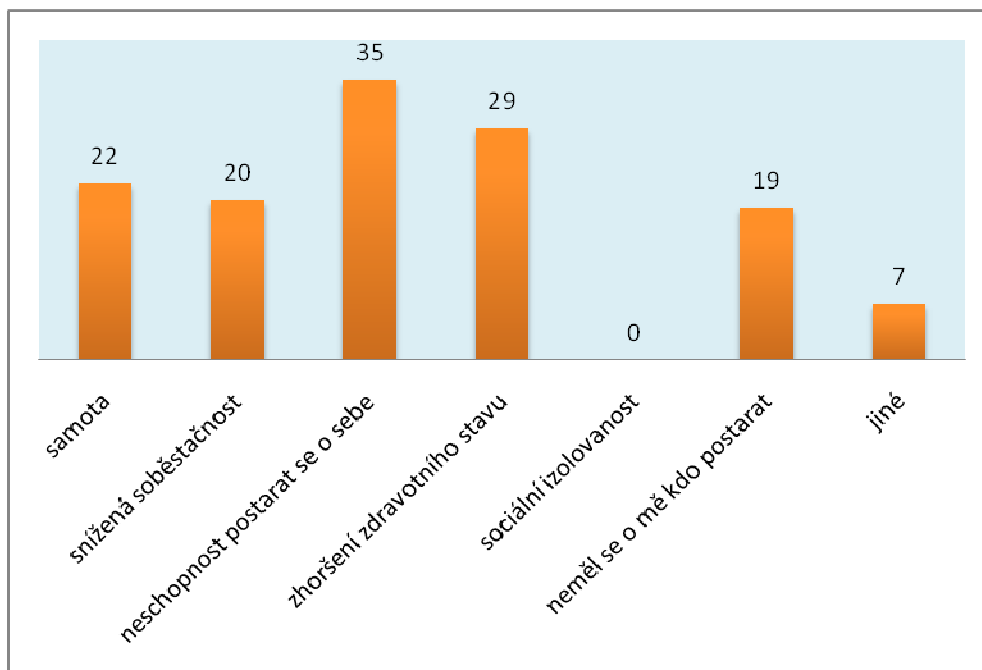
Graf 5 ukazuje vzdělání respondentů. Střední odborné učiliště uvedlo 39 (48%) respondentů, základní vzdělání 28 (35%), středoškolské vzdělání s maturitou 11 (14%) respondentů a 2 (3%) respondenti uvedli vzdělání vysokoškolské. Jiné vzdělání neuvedl žádný respondent (0%).

Graf 6 Délka pobytu v domově pro seniory



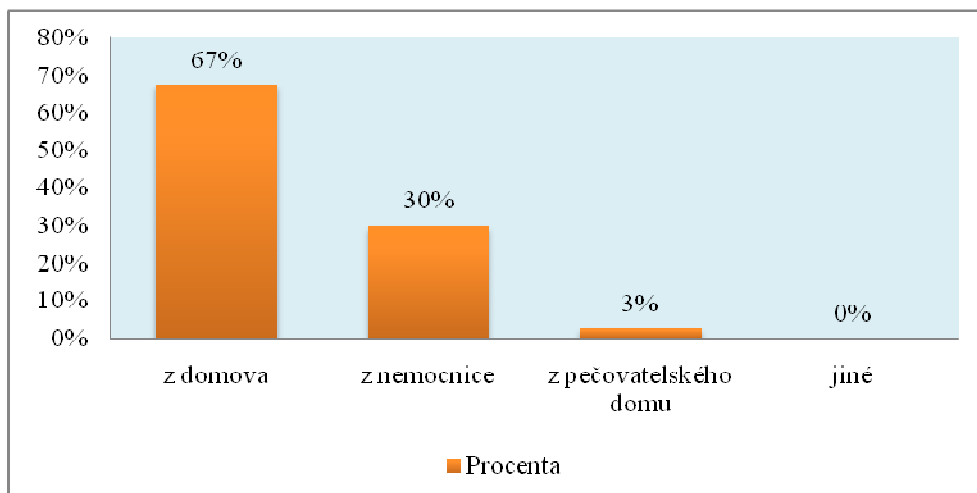
Graf 6 ukazuje délku pobytu v domově pro seniory. 59 (74%) respondentů zde žije 0 – 5 let, 16 (20%) zde žije 6 - 10let, 4 (5%) 11 - 15 let a 1 (1%) respondent zde žije 15 a více let.

Graf 7 Důvod nástupu do domova pro seniory



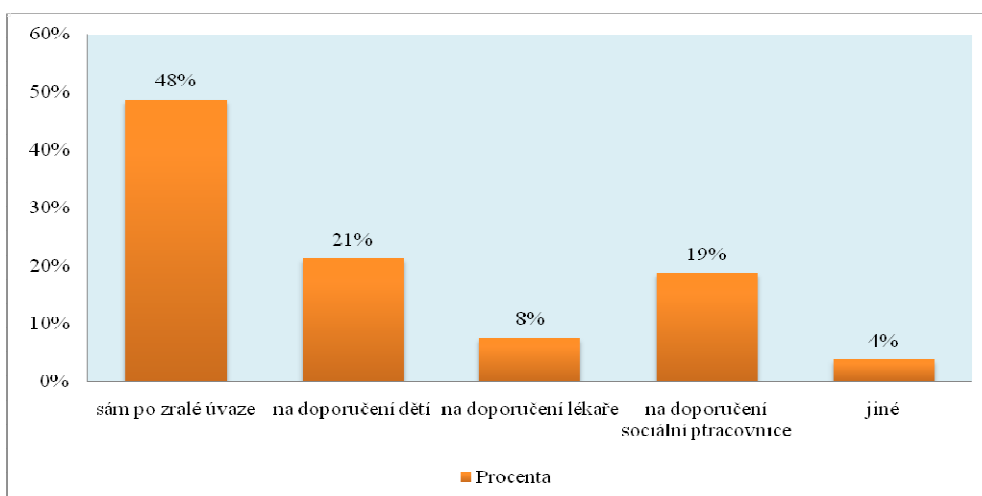
Graf 7 znázorňuje odpovědi na otázku, jaké měli respondenti důvody nástupu do domova pro seniory. V této otázce bylo možno označit více správných odpovědí. Celkový počet odpovědí tedy činil 132. Samotu uvedlo jako důvod nástupu 22 respondentů, sníženou soběstačnost uvedlo 20 respondentů, 35 respondentů uvedlo neschopnost postarat se o sebe, 29 respondentů uvedlo zhoršení zdravotního stavu. Sociální izolovanost neuvedl žádný respondent, 19 respondentů uvedlo, že se o ně neměl kdo postarat a 7 respondentů uvedlo jiné důvody. Mezi jiné důvody respondenti uváděli: 5 respondentů nemělo kde bydlet, 1 neměl teplé obědy v sobotu a neděli a 1 respondent uvedl strach z budoucnosti.

Graf 8 Odkud přišli klienti do domova pro seniory



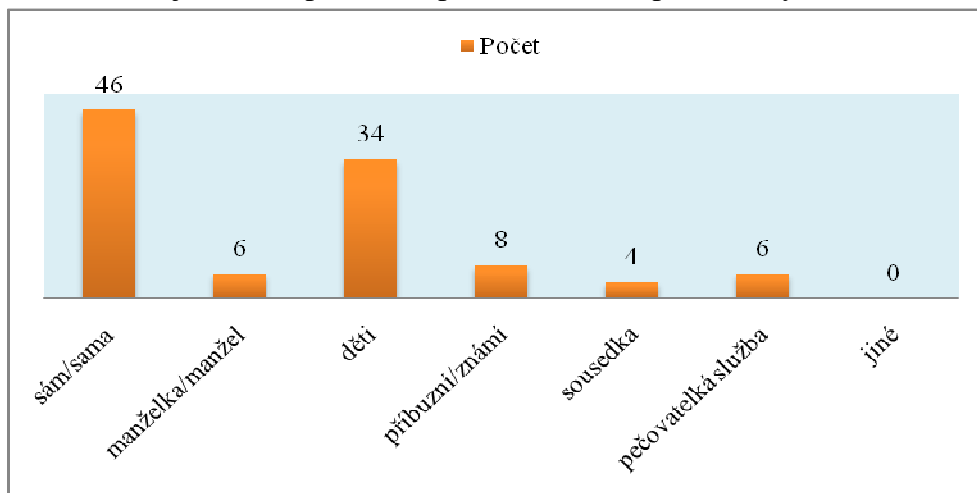
Graf 8 ukazuje, odkud do domova pro seniory respondenti přišli. 54 (67%) respondentů přišlo z domova, 24 (30%) z nemocnice, 2 (3%) z pečovatelského domu. Jiné neuvedl žádný respondent (0%).

Graf 9 Jak jste přišli na myšlenku nástupu do domova pro seniory



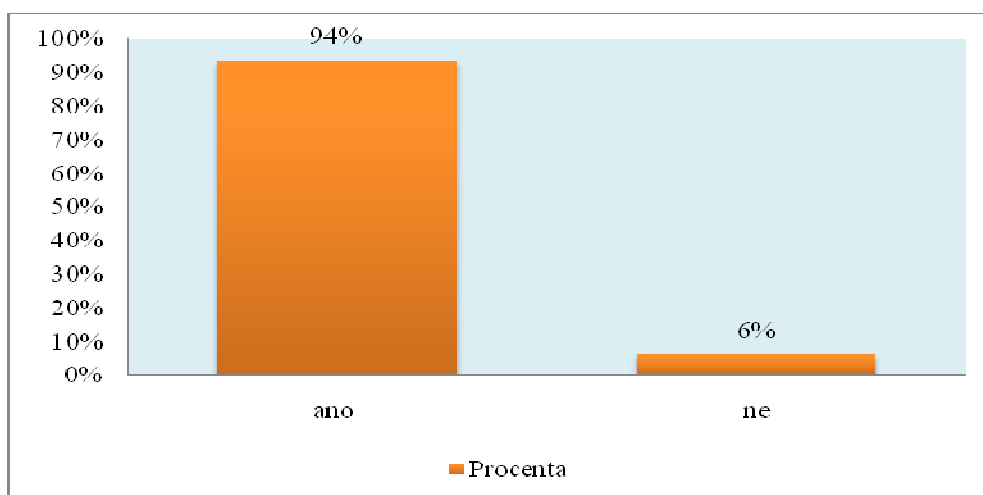
Z výsledků je patrné, že 39 (48%) respondentů přišlo do domova pro seniory sami, po zralé úvaze, 17 (21%) na doporučení dětí, 15 (19%) na doporučení sociální pracovníce, 6 (8%) na doporučení lékaře a 3 (4%) respondenti měli jiné důvody. Mezi tyto důvody patřily především doporučení neteře či synovce.

Graf 10 Pečující osoba před nástupem do domova pro seniory



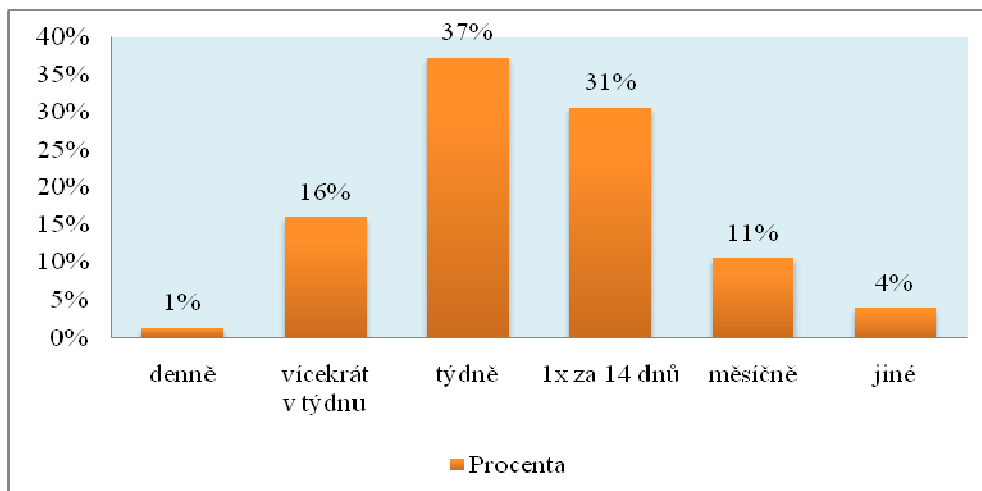
Graf 10 znázorňuje počet odpovědí na otázku, kdo se o respondenty staral před nástupem do domova pro seniory. V této otázce bylo možno označit více správných odpovědí. Celkový počet odpovědí tedy činil 102. Na otázku odpovědělo nejvíce respondentů sám/sama a to 46 krát, manžel/manželka odpověděli 6 krát, děti uvedli respondenti 34 krát, příbuzný/známý uvedli 8 krát, sousedku označili respondenti 8 krát, pečovatelskou službu 6 krát.

Graf 11 Návštěvy rodinných příslušníků



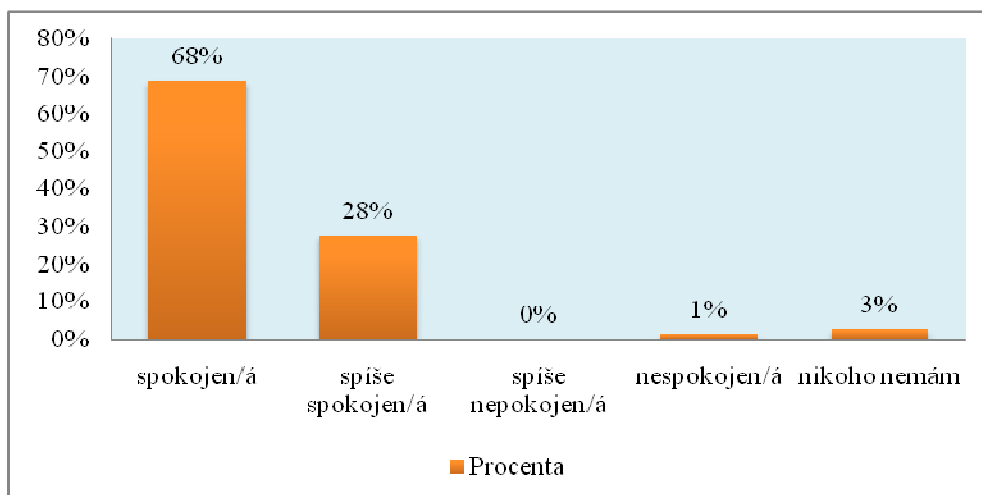
Z grafu 11 vyplývá, že 75 (94%) respondentů rodinní příslušníci navštěvují a 5 (6%) respondentů rodinní příslušníci nenavštěvují.

Graf 12 Četnost kontaktů s rodinou



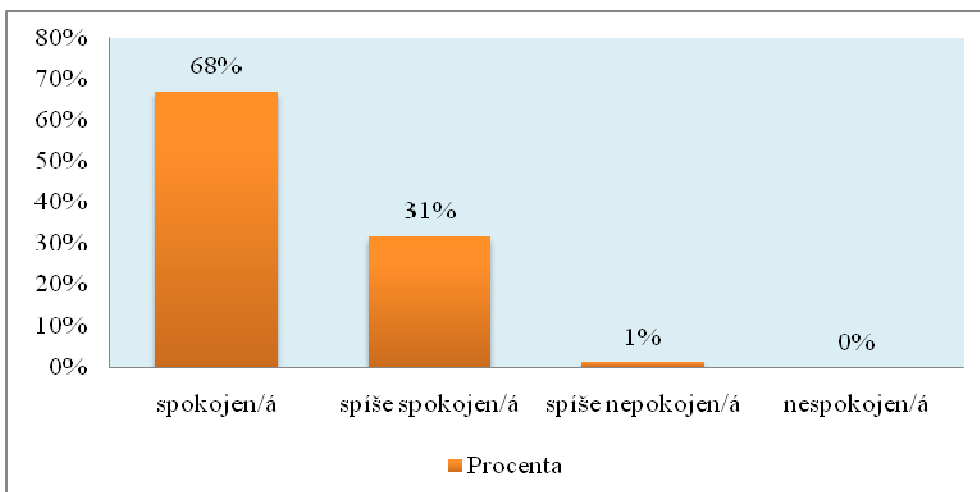
Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří v předchozím grafu odpovídali kladně. Pro vytvoření grafu bylo použito 75 odpovědí (100%). Denně navštěvuje rodina 1 (1%) respondenta, vícekrát v týdnu 12 (16%), týdně 28 (37%), 1x za 14 dnů 23 (31%), měsíčně 8 (11%) a jiné uvedlo 3 (4%) respondentů. Jako jiné uváděli 2 respondenti návštěvy 6 x ročně a 1 respondent uvedl 1 - 2 x ročně.

Graf 13 Spokojenost se vztahy s rodinou



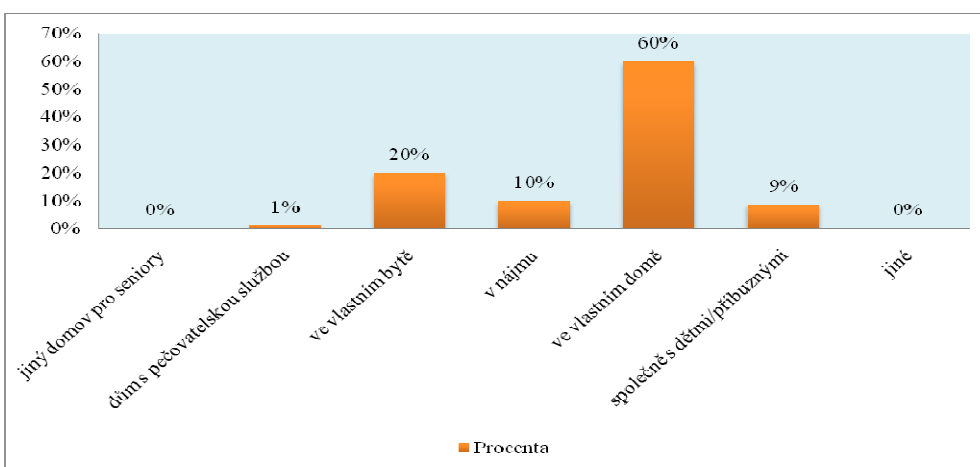
Spokojenost se vztahy s rodinou uvedlo 55 (68%) respondentů, spíše spokojen/á uvedlo 22 (28%) respondentů, spíše nespokojeno nevedl nikdo (0%), nespokojenost uvedl 1 (1%) respondent a nikoho nemá, uvedli 2 (3%) respondenti.

Graf 14 Hodnocení vztahů s ostatními lidmi



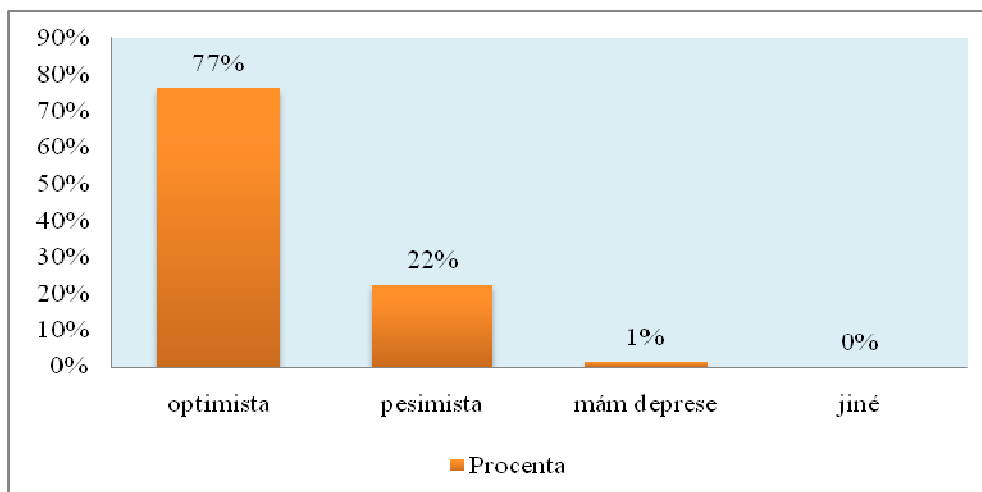
Spokojenost se vztahy s ostatními lidmi uvedlo 54 (68%) respondentů, spíše spokojen/á uvedlo 25 (31%), spíše nespokojeno uvedl 1 (1%) respondent a nespokojenost neuvedl žádný respondent (0%).

Graf 15 Předchozí způsob bydlení



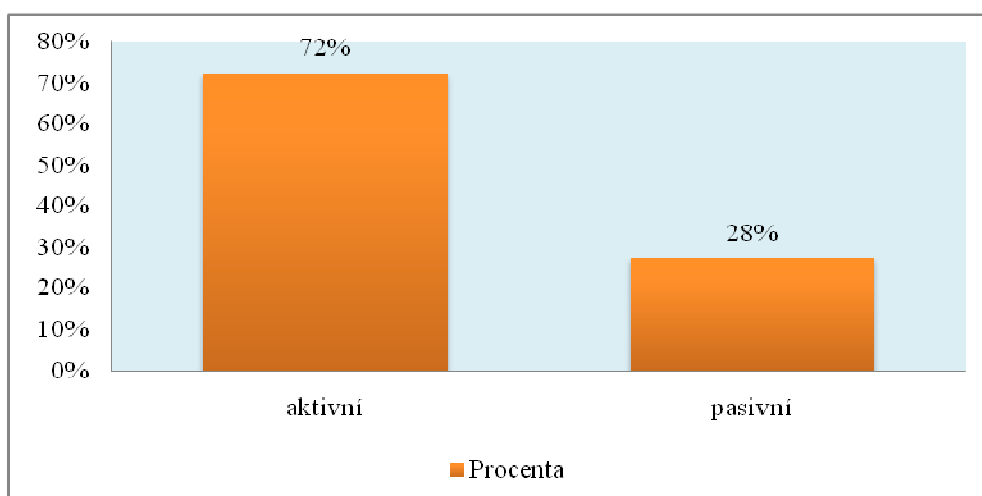
Jako předchozí způsob bydlení respondenti uváděli: jiný domov pro seniory neuvedl žádný respondent (0%), 1 (1%) uvedl jako předchozí způsob bydlení dům s pečovatelskou službou, 16 (20%) uvedlo vlastní byt, 8 (10%) uvedlo nájem, 48 (60%) uvedlo vlastní dům, 7 (9%) uvedlo společné bydlení s dětmi či příbuznými a žádný respondent (0%) neuvedl jinou možnost předchozího způsobu bydlení.

Graf 16 Osobní ladění



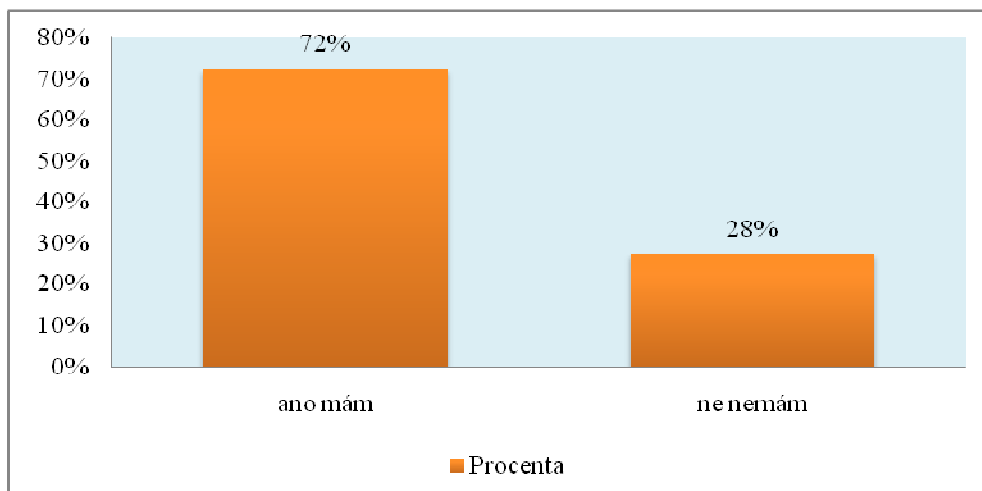
Z grafu 16 vyplývá, že 61 (77%) respondentů se považuje za optimisty, 18 (22%) se považuje být pesimisty a 1 (1%) respondent uvádí, že má deprese.

Graf 17 Aktivita seniorů



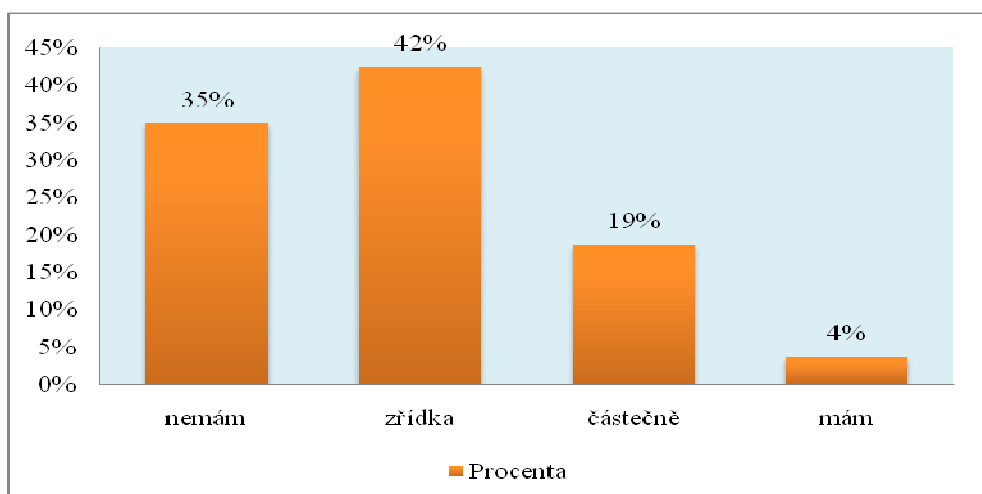
Graf 17 znázorňuje, zda jsou respondenti aktivní či pasivní. Za aktivní se považuje 58 (72%) respondentů a 22 (28%) respondentů se považuje za pasivní.

Graf 18 Zájmy respondentů



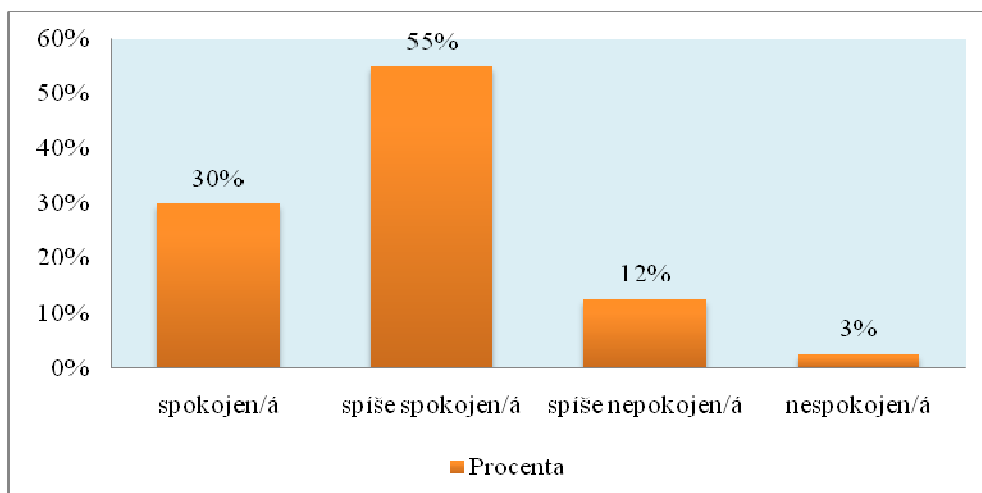
Graf 18 vyjadřuje, zda mají respondenti zájmy. Z grafu vyplývá, že 58 (72%) respondentů má zájmy a 22 (28%) respondentů nemá zájmy.

Graf 19 Porucha paměti



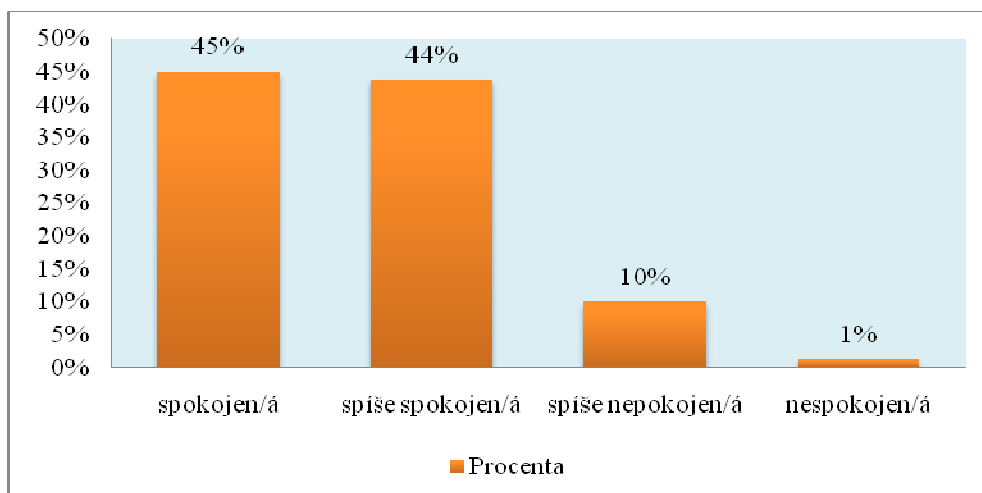
Graf 19 znázorňuje poruchy paměti klientů. Nemám - označilo 28 (35%) respondentů, zřídka označilo 34 (42%) respondentů, částečně udalo 15 (19%) respondentů a 3 (4%) uvedli, že mají poruchu paměti.

Graf 20 Hodnocení svého zdraví



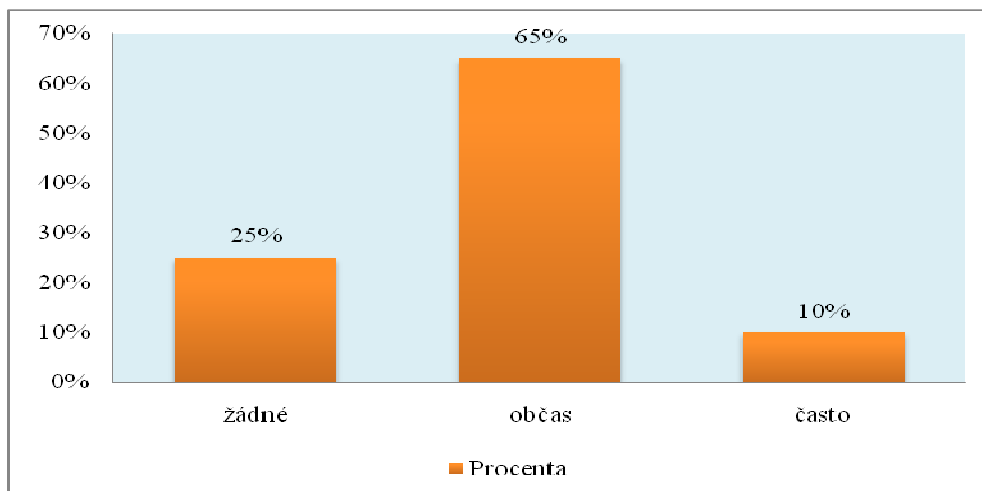
Spokojenost se svým zdravím uvedlo 24 (30%) respondentů, spíše spokojeno uvedlo 44 (55%) respondentů, spíše nespokojeno 10 (12%) respondentů a 2 (3%) respondenti uvedli nespokojenost s hodnocením svého zdraví.

Graf 21 Hodnocení duševní pohody



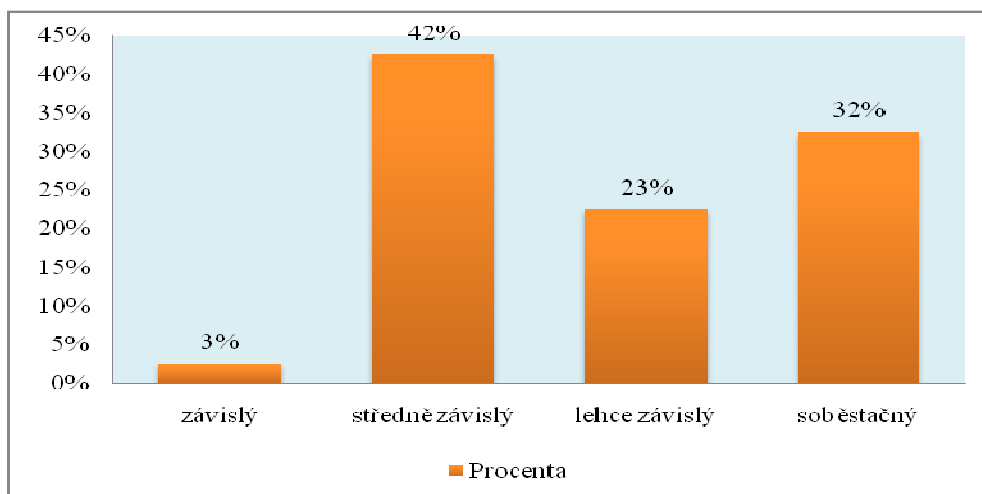
Spokojenost se svou duševní pohodou uvedlo 36 (45%) respondentů, spíše spokojeno uvedlo 35 (44%) respondentů, spíše nespokojeno 8 (10%) respondentů a 1 (1%) uvedl nespokojenost s hodnocením své duševní pohody.

Graf 22 Bolest



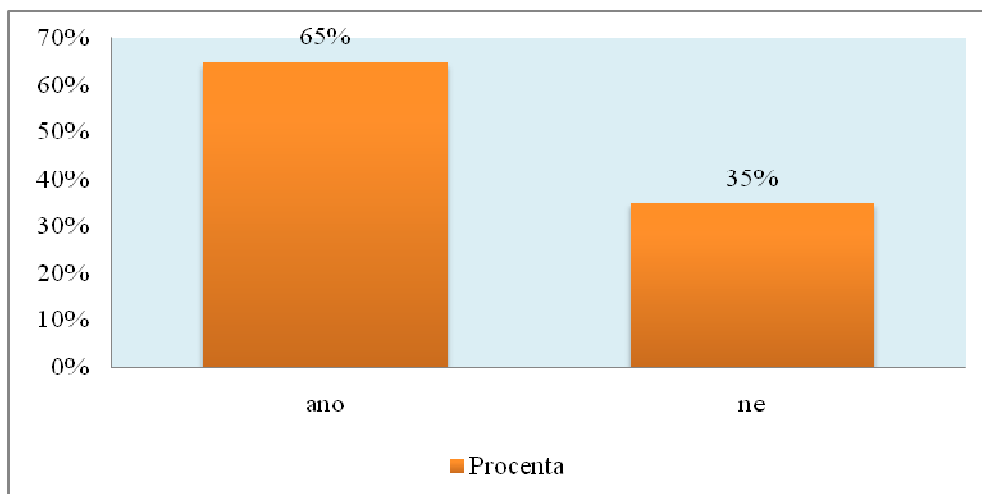
Z grafu vyplývá, že 20 (25%) respondentů nemá bolesti, 52 (65%) uvádí občasné bolesti a 8 (10%) respondentů uvádí časté bolesti.

Graf 23 Soběstačnost



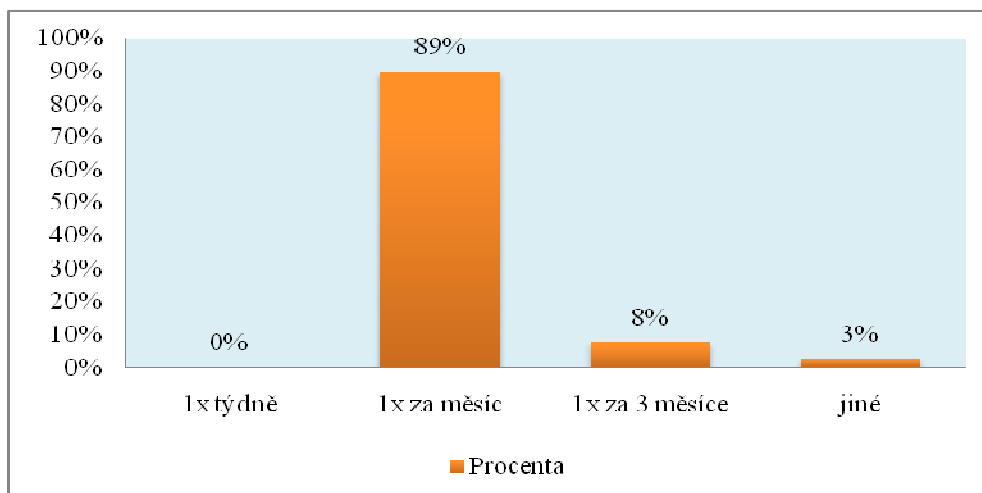
Graf 23 znázorňuje soběstačnost respondentů. 2 (3%) respondenti uvedli závislost, 34 (42%) uvedlo střední závislost, 28 (23%) uvedlo lehkou závislost a 26 (32%) respondentů uvedlo soběstačnost.

Graf 24 Chronické onemocnění



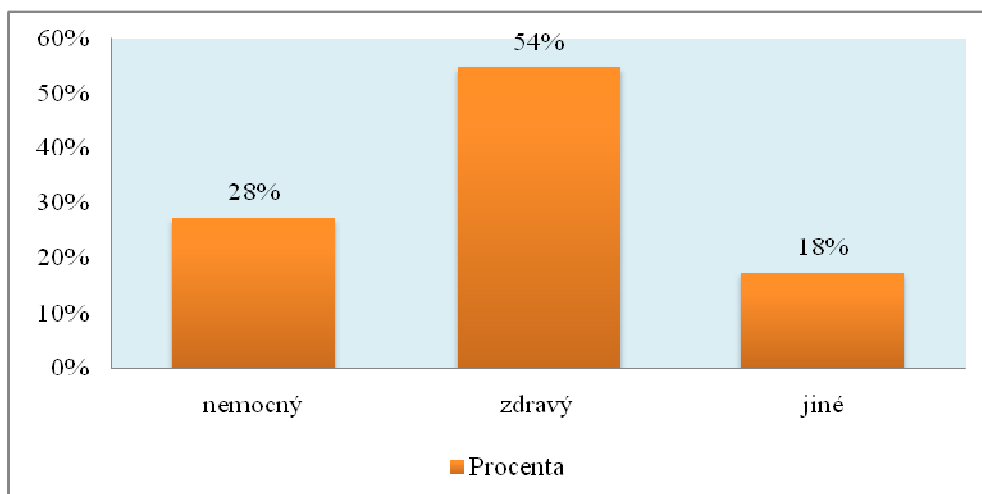
Z grafu 24 vyplývá, že 52 (65%) respondentů má chronické onemocnění a 28 (35%) respondentů nemá chronické onemocnění.

Graf 25 Návštěvy u lékaře



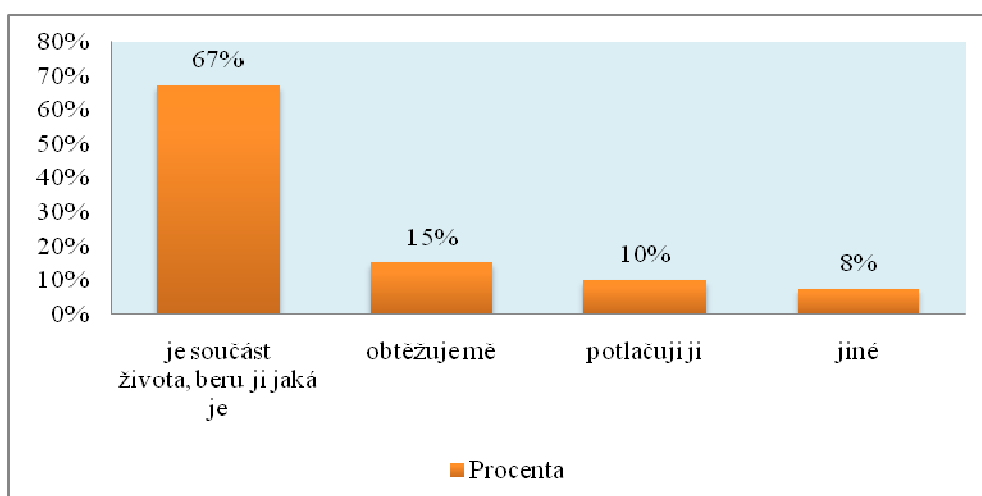
Návštěvy u lékaře uvedlo 72 (89%) respondentů 1x za měsíc, 6 (8%) respondentů uvedlo návštěvy 1 x za 3 měsíce, 1 x týdně nechodí k lékaři žádný respondent (0%), jiné uvedli 2 (3%) respondenti. Pod jiné uváděli, že k lékaři chodí 2x měsíčně.

Graf 26 Pocity respondentů



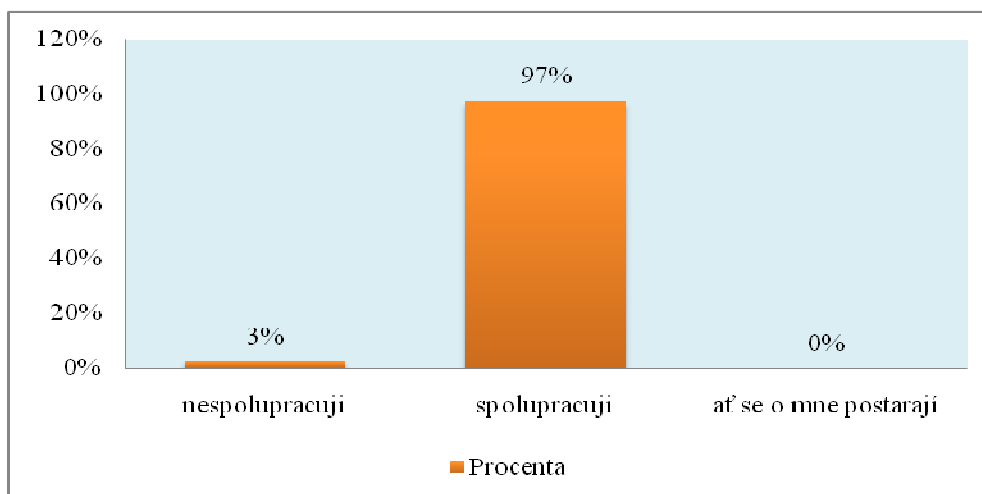
Z grafu vyplývá, že 22 (28%) respondentů se cítí být nemocnými, 44 (54%) se cítí být zdravými a 14 (18%) respondentů zaškrtnulo jiné, kdy nejčastější odpověď byla „nevím“ nebo „jak kdy“.

Graf 27 Pohled na nemoc



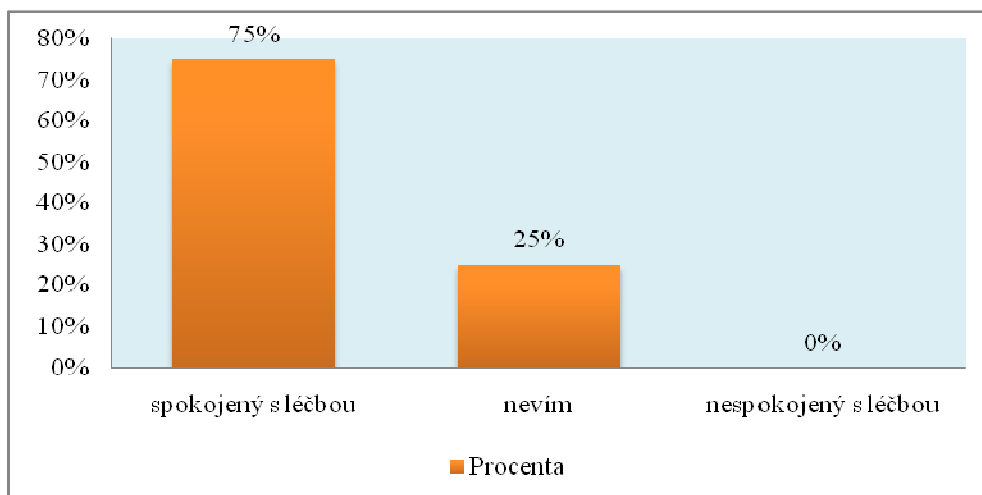
Z grafu je patrné, že 54 (67%) respondentů odpovědělo, že berou nemoc jako součást života, berou ji jaká je. 12 (15%) respondentů odpovědělo, že je nemoc obtěžuje, 8 (10%) respondentů odpovědělo, že ji potlačují a 6 (8%) respondentů odpovědělo jiné (nejčastější odpověď byla, že pohled na nemoc nedokáží vyjádřit).

Graf 28 Spolupráce na ošetrovatelské péči



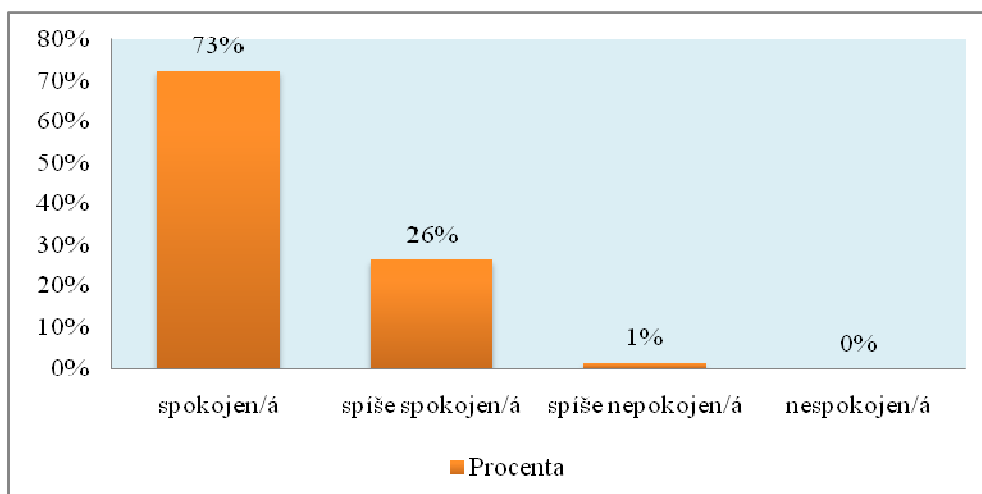
Z grafu je patrné, že většina respondentů spolupracuje na ošetrovatelské péči a to 78 (97%), nespolupráci uvedli 2 (3%) respondenti. A „ať se o mne postarají“ - neuvedl žádný respondent (0%).

Graf 29 Postoj k léčbě



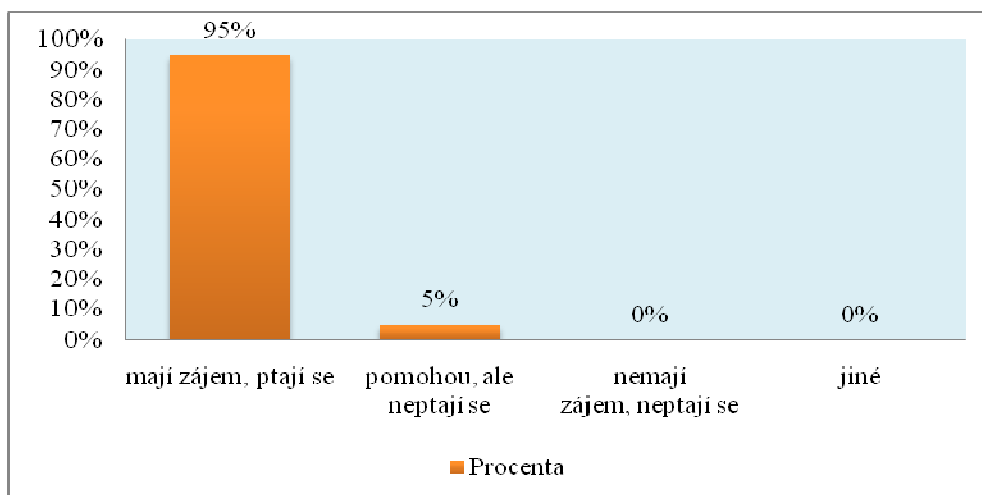
Spokojenost s léčbou uvedlo 60 (75%) respondentů, „nevím“ odpovědělo 20 (25%) respondentů a nespokojenost neuvedl žádný respondent (0%).

Graf 30 Spokojenost s dostupností a úrovní zdravotní péče



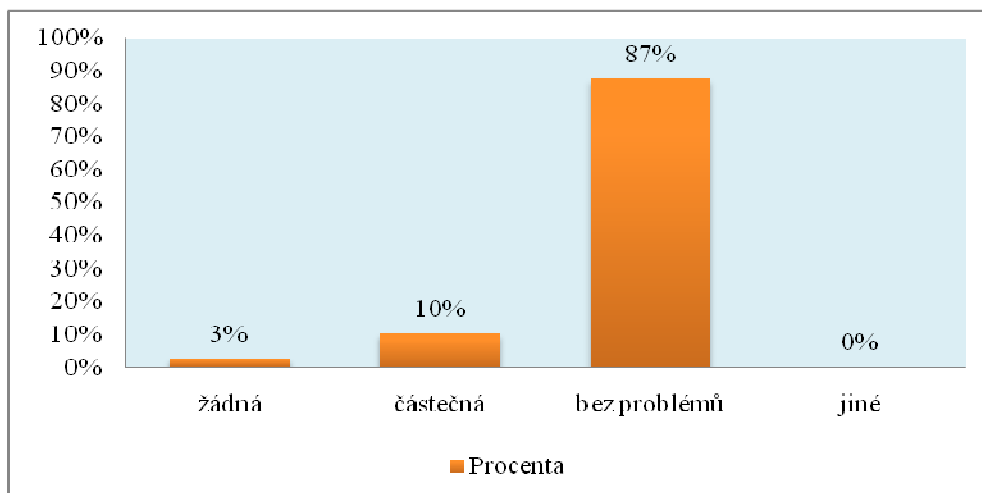
Spokojenost s dostupností a úrovní péče uvedlo 58 (73%) respondentů, spíše spokojeno uvedlo 21 (26%) respondentů, spíše nespokojeno 1 (1%) respondentů. Nespokojenost neudal žádný respondent (0%).

Graf 31 Hodnocení přístupu sester



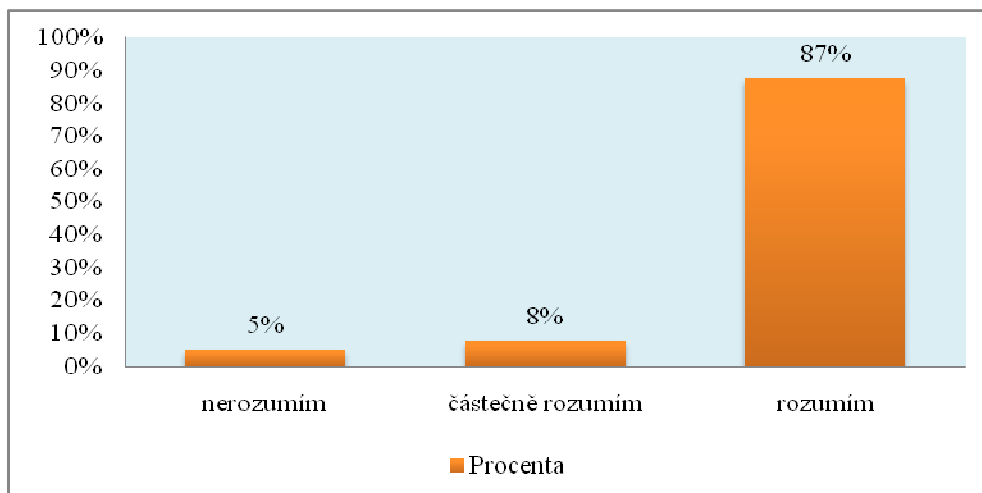
V hodnocení přístupu sester uvedlo 76 (95%) respondentů, že sestry mají zájem a ptají se, 4 (5%) uvedli, že pomohou, ale neptají se. Ostatní odpovědi respondenti neudávali (0%).

Graf 32 Komunikace se sestrou



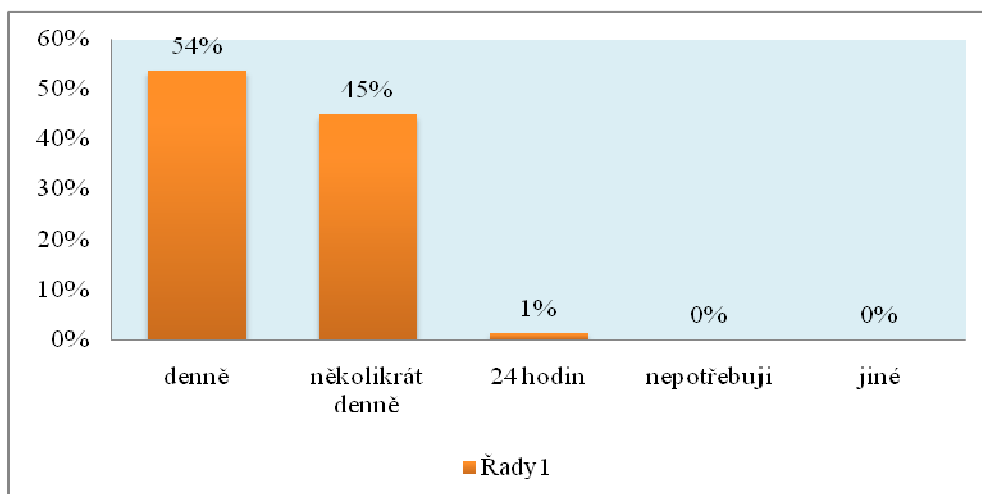
Z grafu 32 je zřejmé, že komunikace se sestrou není v 2 (3%) žádná, v 8 (10%) je částečná a v 70 (87%) je bezproblémová.

Graf 33 Pochopení informací od sestry



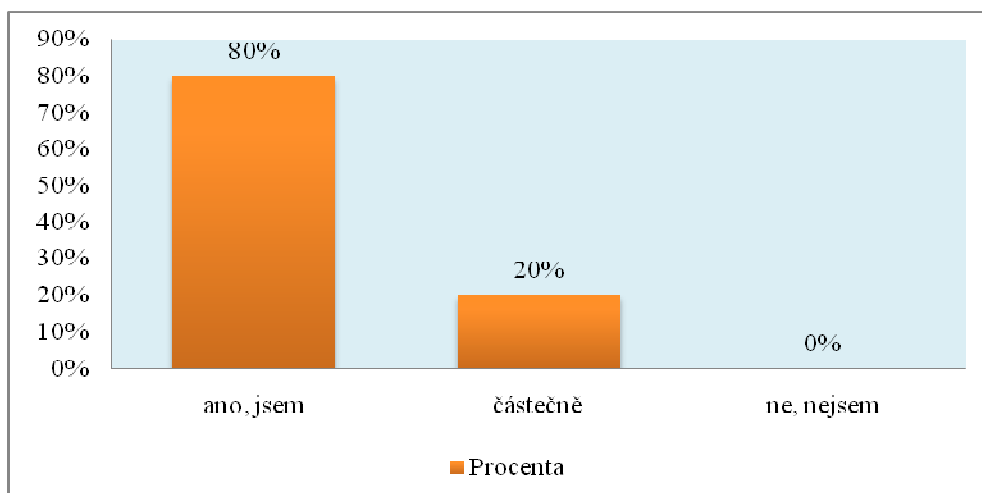
Z grafu 33 je zřejmé, že 70 (87%) respondentů rozumí tomu, co sestra sděluje, 6 (8%) rozumí částečně a 4 (5%) nerozumí (jako důvod byla uváděna nedoslýchavost respondenta).

Graf 34 Četnost pomoci sestry



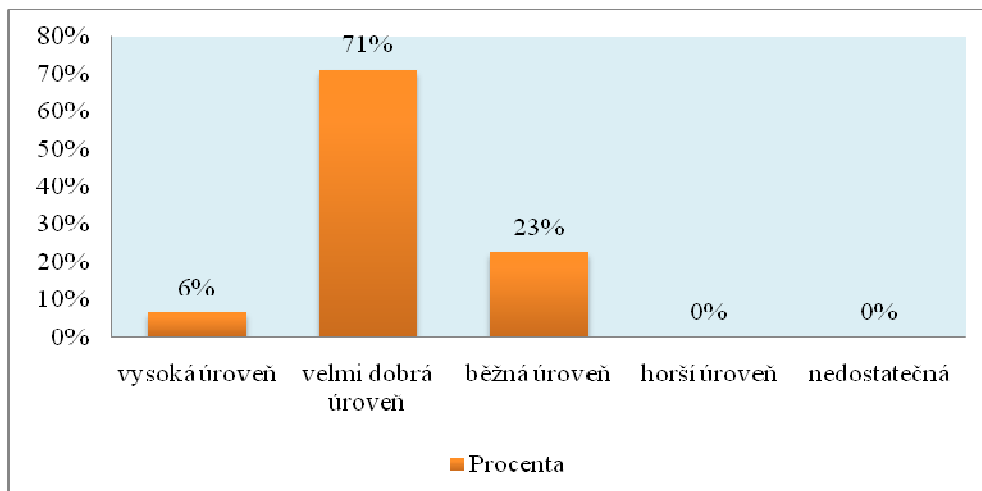
Z grafu 34 je zřejmé, že 43 (54%) respondentů potřebuje pomoc sestry denně, 36 (45%) respondentů potřebuje pomoc několikrát denně, 1 (1%) potřebuje pomoc 24 hodin denně. Nepotřebuji a jiné, nevedl žádný respondent (0%).

Graf 35 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí v domově



Spokojenost s ošetrovatelskou péčí v domově uvedlo 64 (80%) respondentů, 16 (20%) uvedlo jen částečnou spokojenost, nespokojenost nevedl žádný respondent (0%).

Graf 36 Úroveň kvality ošetrovateľskej péče



Graf 36, odráža názor klientů na kvalitu ošetrovateľskej péče. Na vysokej úrovni hodnotí kvalitu ošetrovateľskej péče 5 (6%) respondentů, na veľmi dobrej úrovni 57 (71%) respondentů, na bežnej úrovni hodnotí kvalitu ošetrovateľskej péče 18 (23%) respondentů. Horší a nedostatečná úroveň nebola označena žiadnym respondentem (0%)

Tabulka 1 Objektívne zhodnotenie sobeštáčnosti respondentů dle Barthelova testu

Sobeštáčnosť	Uváďeno respondenty	Skutečnosť
Závislý	2	2
Stredne závislý	11	23
Lehce závislý	25	44
Sobeštáčny	42	11

Vyhodnotenie bolo prováděno pomocí Barthelova testu (příloha 2). 42 respondentů uvádělo „sobeštáčny“, skutečnosť je 11 respondentů. Lehkou závislost uvádělo 25 respondentů, skutečnosť je 44. Střední závislost udávalo 11 respondentů, skutečnosť je 23. Závislost udávali 2 respondenti, skutečnosť jsou 2 respondenti.

Tabulka 2 Objektivní zjištění spolupráce respondentů na ošetrovatelské péči

Spolupráce	Uváděno respondenty	Skutečnost
Ano	78	78
Ne	2	2

Z tabulky je patrné, že spolupráci udávalo 78 respondentů což odpovídalo skutečnosti a 2 respondenti udávali, že nespolupracují a ve skutečnosti 2 nespolupracovali.

Tabulka 3 Odpovědi respondentů týkající se otázky, co pro respondenty znamená kvalita ošetrovatelské péče

Odpovědi	Počet
Nevím	26
Pomoc, ochota sester	32
Postarají se o mne, když potřebuji	30
Vše mi udělají a nic po mě nebudou chtít	3
Komunikují s námi	1
Sestry musí mít rády staré lidi, sestry jsou hodné	8
Moje spokojenost	1
Duševní pohodu a radost z léčebného stavu	1
Plnění řádu sestrami	1
Udržovat mě při životě	1
To vše, co tady mám	6
Kvalitní péče vedla k mému rozhodnutí být tady v domově	1

V tabulce 3 je přehled odpovědí respondentů na otevřenou otázku: „Co pro vás znamená kvalita ošetrovatelské péče?“ Odpovědi byly kategorizovány. Odpověď „nevím“ udalo 26 respondentů. 32 respondentů odpovědělo „pomoc, ochota sester“. Odpověď „postarají se omne, když potřebuji“ udalo 30 respondentů. Odpověď „vše mi udělají a nic po mě nebudou chtít“ uvedli 3 respondenti, „komunikují s námi“ uvedl 1 respondent, „sestry musí mít rády staré lidi, sestry jsou hodné“ uvedlo 8 respondentů, „moje spokojenost“ uvedl 1 respondent. „Duševní pohodu a radost z léčebného stavu“ uvedl 1 respondent, „plnění řádu sestrami“ uvedl 1 respondent, „udržovat mě při životě“ uvedl 1 respondent, „to vše, co tady mám“ uvedlo 6 respondentů a „kvalitní péče vedla k mému rozhodnutí být tady v domově“ uvedl 1 respondent.

Tabulka 4 Odpovědi respondentů na otázku: „Co si myslíte, že ovlivňuje kvalitu péče?“

Odpovědi	Počet
Nevím	41
Druh péče v domově pro seniory	2
Sestry mají hodně práce	11
Povaha ostatních klientů	13
Počet klientů	3
Zneužívání péče ostatními klienty	8
Složení, povaha, profesionalita a osobní přístup sester	16
Nedostatek sester	10
Spokojenost klientů	3
Zdravotní stav klientů	5
Nevím, jsem spokojený se vším	1
Zdravotní stav sester	1
Finanční ohodnocení sester	5

V tabulce 4 je přehled odpovědí respondentů na otevřenou otázku: „Co si myslíte, že ovlivňuje kvalitu péče“. Odpovědi byly kategorizovány. Odpověď „nevím“ odpovědělo 41 respondentů, „druh péče v domově pro seniory“ odpověděli 2 respondenti, „sestry mají hodně práce“ udalo 11 respondentů, „povaha ostatních klientů“ udalo 13. „Počet klientů“ odpověděli 3 respondenti, „zneužívání péče ostatními klienty“ udalo 8 respondentů, „složení, povaha, profesionalita a osobní přístup sester“ udalo 16 respondentů, „nedostatek sester“ odpovědělo 10 respondentů. „Spokojenost klientů“ odpověděli 3 respondenti, „zdravotní stav klientů“ odpovědělo 5 respondentů, „nevím, jsem spokojený se vším“ odpověděl 1 respondent, „zdravotní stav sester“ odpověděl 1 respondent a „finanční ohodnocení sester“ udalo 5 respondentů.

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu ošetrovatelské péče v domově pro seniory z pohledu klienta, zjistit čím je kvalita ošetrovatelské péče nejvíce ovlivňována a jaké faktory ovlivňují klientův pohled na poskytování ošetrovatelské péče. K tomuto účelu byla zvolena metoda standardizovaného rozhovoru s převážně uzavřenými otázkami. Dvě otázky byly otevřené, jedna otázka byla upřesňována pomocí Barthelova testu (příloha 2) a jedna otázka byla upřesňována dotazem sester a na dvě otázky bylo možné dát více odpovědí. Dále také byla použita statistická metoda – korelace, která umožňuje vyjádřit vztah mezi odpověďmi respondentů na jednotlivé otázky.

Výsledky získané tímto šetřením jsem nemohla srovnat s podobným výzkumem, protože jsem se ze zdrojů pro mne dostupných nesešla s obdobným úhlem pohledu na problematiku spokojenosti klientů. V literatuře jsou zpracovány pouze hypotézy, které se týkaly přímo spokojenosti s poskytnutou péčí. Pokud byla posuzována kvalita, tak je spojována například s personálním obsazením, prevalencí dekubitů, atd. Právě tím, že jsem se snažila dát celé problematice jiný rozměr, mě téma mé práce oslovovalo.

Šetření zahrnovalo klienty z Domova pro seniory v Humpolci. Byli vybráni respondenti v dobré psychické kondici na základě doporučení ošetrovujících sester, které respondenty dobře znají a jejich schopnosti mají objektivizované prostřednictvím Mini-Mental-State test (MMS) testu (příloha 3). MMS test se pravidelně u klientů domova pro seniory provádí a je založen v jejich ošetrovatelské dokumentaci. Z celkového počtu 203 klientů bylo osloveno 84 klientů. Z tohoto počtu se 4 klienti odmítli účastnit dotazníkového šetření z důvodu nezájmu vyplňovat „další“ dotazník. Ostatní klienti souhlasili s vyplněním dotazníku a velice ochotně mi odpovídali na pokládané otázky. Zdálo se, že jsou rádi, že mohou sdělit svá stanoviska na dané téma. Šetření se tedy účastnilo 80 respondentů. Z toho bylo 56 (70%) žen a 24 (30%) mužů (graf 3). Kalvach (2004, str. 495) uvádí, že ženy tvoří 78% žadatelů do domova pro seniory. Rozdíl mezi literaturou a skutečností není veliký a výsledky mohou být ovlivněny výběrem respondentů dle jejich psychické kondice.

Graf 2 znázorňuje rodinný stav respondentů, kde největší skupinu tvoří osamělí respondenti a to 96%. Z toho 58 (72%) respondentů bylo vdovec/vdova, což se dalo vzhledem k věku respondentů očekávat. Další skupinu tvoří 15 (19%) svobodných a 4 (5%) rozvedených. Jen 3 (4%) jsou ženatý/vdaná. V literatuře se uvádí, že je 93% osamělých žadatelů ve věku kolem 80 let (Kalvach, 2004, str. 495). Srovnatelné výsledky vyšly i z tohoto šetření.

Z grafu 4 je patrné, že největší skupina 49 (61%) respondentů má 1 – 2 děti, srovnatelné skupiny jsou skupiny 0 dětí 16 (20%) a 3 – 4 děti 15 (19%) respondentů. Z grafu 10 vyplývá, že pokud se o respondenty někdo staral před nástupem do domova, byly to v 34 případech právě děti. Je zajímavé, že jako důvod nástupu do domova označilo 19 respondentů to, že se o ně neměl kdo postarat (graf 7), což je téměř shodné s počtem respondentů, kteří nemají děti. Rodinní příslušníci navštěvují 75 (94%) respondentů (graf 11), což je v souladu s grafem 12 - odtud je zřejmé, že většina respondentů má pravidelné kontakty se svou rodinou. Souvislost je patrná i z grafu 13, kde spokojenost se vztahy v rodině udává celkem 77 (96%) respondentů. Z výsledků je evidentní, že i když respondenti nemají děti, většina respondentů má návštěvy rodinných příslušníků.

V rámci šetření se podařilo oslovit soubor, který reprezentoval všechny varianty vzdělání respondentů (graf 5). Největší skupinu tvořili respondenti se středním odborným učilištěm 39 (48%), druhou největší skupinu tvořili respondenti se základním vzděláním a to 28 (35%) respondentů, což se také vzhledem k době, ve které se tyto lidé vzdělávali, dalo očekávat. Ve vzorku respondentů byli i 2 (3%) vysokoškoláci a 11 (14%) respondentů s úplným středoškolským vzděláním. Z grafu 6 je patrné, že největší skupinu tvoří respondenti s nejkratší dobou pobytu v zařízení. 59 (74%) respondentů zde žije 0 – 5 let a jen 1 (1%) zde žije 16 a více let.

Šetření mělo zjistit, zda pohled na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje zdravotní stav klienta. K této hypotéze lze použít grafy 19, 22, 23, 24 a 25. Z grafu 19 vyplývá, že poruchu paměti nemá 28 (35%) respondentů, 34 (42%) uvedlo, že mají poruchu paměti zřídka, 15 (19%) uvedlo částečnou poruchu a 3 (4%) uvedli, že poruchu paměti mají. Respondenti při vyplňování dotazníku, mimo jiné, uváděli, že mají porušenou

vštipivost paměti, ale i výbavnost některých informací. Malíková (2011, str. 21) uvádí, že jsou typické změny v intelektových schopnostech seniorů. U seniorů dochází ke zvýšenému zapomínání, snížené schopnosti paměti a koncentrace což může vést ke zhoršení kvality života. Výsledek šetření je tedy v souladu s literaturou.

Další oblast se zaměřovala na bolest (graf 22). Dle mého názoru, pokud není bolest důsledně léčena, může negativně ovlivnit vnímání kvality ošetrovatelské péče. Většina respondentů 52 (65%) uvedla, že mají bolesti občas a 8 (10%) respondentů uvedlo „časté“ bolesti. Překvapilo mě, že 20 (25%) respondentů uvedlo, že nemá žádné bolesti. Myslela jsem si, že u seniorů jsou bolesti určitého stupně vždy, ale i na přímý dotaz: „Opravdu nemáte bolest?“, odpovídali „ne“. Dle Kalvacha (2004, str. 350) je bolest spojena s depresemi, sníženou soběstačností a s méně častým zapojováním do aktivit. Dle něho až 80% seniorů v pokročilém stáří prožívá bolest. Ze šetření vyplynulo, že bolest pociťuje 75% oslovených. Z toho 52 (65%) respondentů má jen občasné bolesti, což může být ovlivněno osobním laděním, aktivitou a zájmy respondentů - z grafu 16 (Osobní ladění), je zřejmé, že 61 (77%) respondentů je optimistů a z grafu 17, že 58 (72%) respondentů je aktivních. Počet aktivních respondentů koresponduje s počtem respondentů, kteří mají nějaký zájem - 58 (72%) (graf 18).

Graf 23 se týká soběstačnosti. Odpovědi respondentů byly objektivně posouzeny pomocí Barthelova testu (příloha 2). V tabulce 1 jsou znázorněny odpovědi respondentů a skutečný stav soběstačnosti. Celkem 49 odpovědí respondentů odpovídá skutečnosti a 31 respondentů má jinou závislost, než uváděli. Část respondentů nedokázala objektivně zhodnotit svoji soběstačnost. Kalvach (2004, str. 138) uvádí obavy lidí z nízké kvality života spojené i se sníženou soběstačností. To zřejmě vedlo respondenty k „vylepšování“ své soběstačnosti. Je ale také možné, že to tak respondenti skutečně cítí, protože z grafu 26 je zřejmé, že 44 (54%) respondentů uvedlo, že se cítí být zdravými. Malíková (2011, str. 127) uvádí, že ošetrovatelská péče je tím náročnější, čím jsou klienti závislejší.

Z grafu 24 je patrné, že většina respondentů 52 (65%) uvedla, že má chronické onemocnění a 28 (35%) uvedlo, že nemá chronické onemocnění. Dle Kalvacha

(2004, str. 130) je prevalence chronických chorob ve věku nad 60 let velmi vysoká a to nad 95%. Výsledek šetření opět může být ovlivněn tím, jak se respondenti aktuálně cítili, což je zřejmé z grafu 26. Zde 44 (54%) respondentů uvedlo, že se cítí být zdravými a 14 (18%) uvedlo, že neví a „jak kdy“. Souvislost lze hledat i v grafu 27, kde 54 (67%) uvádí, že nemoc je součástí života a berou ji takovou jaká je.

Graf 25 zobrazuje četnost návštěv respondentů u lékaře. 72 (89%) respondentů udalo, že jsou kontrolováni u lékaře 1 x měsíčně. 6 (8%) respondentů 1 x za 3 měsíce a 2 (3%) respondenti uvedli 2x měsíčně. U měsíčních kontrol respondenti uváděli, že jsou to pravidelné kontroly, na které jsou zváni lékařkou a mohou ji odmítnout. Rádi se nechají vyšetřit. Udávali, že pak mají větší jistotu, že jsou zdraví.

Odpovědi na otázku 37 (Kvalita péče je?) jsou zobrazeny v grafu 36. Na vysoké úrovni hodnotilo péči 5 (6%) respondentů. Nejvíce respondentů 57 (71%) hodnotilo úroveň ošetrovatelské péče na velmi dobré úrovni, 18 (23%) respondentů hodnotilo péči jako běžnou a negativně nehodnotil péči žádný z respondentů.

Z našich zjištění můžeme říci, že 64 (80%) respondentů je spokojeno s ošetrovatelskou péčí v domově. Zhodnocení výsledků, metodou korelace, byly sledovány odpovědi na otázku 20 (Jak hodnotíte své zdraví?) a otázkou 37 (Kvalita péče je?). Podařilo se prokázat vztah mezi tím, jak klienti odpovídali – hodnota r je 0,211. Prokazuje se tedy, že čím lépe hodnotí respondenti své zdraví, tím lépe hodnotí kvalitu péče. Ze srovnání odpovědí na otázky 20 (Jak hodnotíte své zdraví?) a 21 (Jste spokojeni se svoji duševní pohodou?), je zřejmé, že čím lépe respondenti hodnotí svoji duševní pohodu, tím lépe hodnotí také svůj zdravotní stav ($r = 0,513$). Hypotéza H1. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje zdravotní stav klienta - byla na základě těchto výsledků potvrzena.

Šetření dále zjišťovalo, zda pohled klienta na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k nemoci. K tomuto účelu posloužily grafy 14, 20, 21, 26 a 27. Souvislosti mezi zdravotním stavem a pohledem na kvalitu ošetrovatelské péče jsem se věnovala výše. Hodnocení udávané respondenty bylo pouze na základě jejich subjektivních pocitů, které vyjadřují, jak svou nemoc klient vnímá, jak ji přijímá a do jaké míry ovládá jeho život. Haškovcová (2010, str. 250) uvádí, že kvalita života

je závislá na tom, jak člověk přijímá svou nemoc. S tímto závěrem se ztotožňují a výsledky šetření ho rovněž potvrzují. Z grafu 20 je zřejmé, že většina respondentů je spokojena 24 (30%) nebo spíše spokojena 44 (55%) se svým zdravím, 10 (12%) je spíše nespokojeno a jen 2 (3%) respondentů je nespokojeno. Graf 21 znázorňuje, jak respondenti hodnotili své duševní zdraví. Většina respondentů hodnotila svou duševní pohodu kladně: spokojeno bylo 36 (45%), spíše spokojeno bylo 35 (44%). Záporně hodnotilo svou duševní pohodu celkem jen 9 (11%) oslovených - z toho spíše nespokojeno 8 (10%) respondentů a jen 1 (1%) uvedl nespokojenost s hodnocením své duševní pohody. Kalvach (2004, str. 126) uvádí, že senioři hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý, pokud jej srovnávají se svými vrstevníky a jako špatný, ve srovnání s mladšími lidmi. Vzhledem k tomu, že respondenti pravděpodobně srovnávali svůj stav s klienty domova, hodnotili jej právě proto jako uspokojivý. V grafu 14 je znázorněna spokojenost se vztahy s ostatními lidmi - 54 (68%) respondentů je spokojených. Z grafu 26 lze zjistit, že většina 44 (54%) respondentů se cítí být zdravá a z grafu 27, že 54 (67%) berou nemoc jako součást života. Metodou korelace byly sledovány odpovědi na otázku 21 (Spokojenost s duševní pohodou?) a otázku 37 (Kvalita péče je?). Daří se prokázat vztah mezi tím, jak klienti odpovídali – hodnota r je 0,248. Bylo tedy prokázáno, že respondenti, kteří lépe hodnotí svoji duševní pohodu, také lépe hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče. Hypotéza H2. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k nemoci – byla na základě těchto výsledků potvrzena.

Další hypotéza se týkala toho, zda pohled na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k léčbě. Očekávala jsem, že pokud budou klienti spokojeni s léčbou, dostupností a úrovní zdravotní péče, budou též spokojeni s kvalitou ošetrovatelské péče. Ke zjištění výsledku bylo použito grafu 29 a 30. Z grafu 29 (Postoj k léčbě) vyplývá, že 60 (75%) respondentů je spokojeno s léčbou, „nevím“ odpovědělo 20 (25%) a nespokojenost neuvedl žádný z respondentů. Spokojenost s dostupností a úrovní zdravotní péče (graf 30) uvedlo 58 (73%) respondentů, spíše spokojeno 21 (26%) a nespokojen byl 1 (1%) respondent. Metodou korelace byly sledovány odpovědi na otázku 30 (Jak jste spokojen/a s dostupností a úrovní zdravotní péče?)

a otázku 37 (Kvalita péče je?). Daří se prokázat vztah mezi tím, jak klienti odpovídali – hodnota r je 0,275. Čím více jsou tedy respondenti spokojeni s dostupností zdravotní péče, tím lépe hodnotí její kvalitu. Hypotéza H3. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k léčbě – byla na základě těchto výsledků potvrzena. Současně bylo naší snahou prokázat vztah mezi četností návštěv u lékaře a spokojeností s kvalitou péče. Tento vztah ale nebyl prokázán (hodnota r je 0,123 a je tedy menší než kritická hodnota). Není tedy možné říct, že čím častěji respondenti navštěvují lékaře, tím lépe hodnotí kvalitu péče.

Pro potřeby této práce byl věk respondentů rozdělen do 5 věkových kategorií (graf 1), a to 55 – 64 let, 64 – 75 let, 75 – 84 let, 85 – 94 let a 95 a více let. Hranice 55 let byla zvolena z toho důvodu, že do domova pro seniory jsou přijímáni, v návaznosti na splnění dalších podmínek, klienti od 55 let. Největší zastoupení tvořilo 36 (45%) respondentů ve věku 75 – 84 let a nejmenší skupinu 4 (5%) tvořili respondenti ve věku 55 – 64 let. Výsledek grafu 35 ukazuje, že 64 (80%) respondentů je spokojeno s ošetrovatelskou péčí v domově. S využitím metody korelace: k potvrzení hypotézy H4. Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje věk klienta, byly srovnány odpovědi na otázku 1 (věk klienta) a otázku 37 (Kvalita péče je?). Nepotvrdil se zde žádný vztah ($r = 0,102$). Nelze tedy říct, že by věk klienta ovlivňoval to, jak klient vnímá kvalitu péče. Hypotéza H4 tedy nebyla potvrzena.

Hypotéza H5 se týkala toho, zda pohled klienta na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k nástupu do domova pro seniory. Graf 7 znázorňuje důvody nástupu do domova pro seniory. Zde mohli respondenti uvést více důvodů. Jako nejčastější důvod uvedlo 35 respondentů neschopnost postarat se o sebe, 29 respondentů zhoršení zdravotního stavu, 22 samotu a 20 sníženou soběstačnost. O 19 respondentů se neměl kdo postarat a 7 uvedlo jiné důvody (5 respondentů nemělo kde bydlet, 1 neměl teplé obědy v sobotu a neděli a 1 respondent uvedl strach z budoucnosti). Z grafu 9 vyplývá, že téměř polovina 39 (48%) respondentů přišla do domova sama po zralé úvaze. Prakticky stejný počet respondentů přišel do domova na něčí doporučení - 17 (21%) na doporučení dětí, 15 (19%) na doporučení sociální pracovnice a 6 (8%) respondentům doporučil domov pro seniory lékař. 3 (4%) respondenti uvedli

doporučení neteře či synovce. Z grafu 8 je zřejmé, že 54 (67%) respondentů přišlo do domova pro seniory ze svého vlastního domova a 24 (30%) z nemocnice. Kalvach v Geriatrii a gerontologii (2004) uvádí, že na rozhodnutí využít pobytovou službu se výraznou měrou podílí právě zhoršení zdravotního stavu, funkční stav klienta, osamělost a ovdovělost. Důvody nástupu do domova pro seniory uváděných v literatuře se tedy neliší od těch, které byly zjištěny šetřením. Domnívala jsem se, že tato hypotéza bude potvrzena. Metodou korelace nelze tuto hypotézu prokázat, protože z odpovědí na otázku 7 (Důvod nástupu do domova?) nelze usoudit, která odpověď znamená více a která méně. Zhodnocení výsledků bylo provedeno pomocí grafů 7, 9, 35 a 36, z nichž je patrné, že hypotéza H5. Pohled klienta na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k nástupu - nebyla potvrzena.

K potvrzení hypotézy H6. Přístup sester ovlivňuje ochotu klienta zapojit se do ošetrovatelské péče, byly použity grafy 28 a 31. Z grafu 28, který znázorňuje spolupráci na ošetrovatelské péči je patrné, že 78 (97%) respondentů uvedlo, že spolupracují a pouze 2 (3%) respondenti uvedli, že nespolupracují. Tato informace byla ověřena dotazem sester (tabulka 2), které údaje respondentů potvrdily. Spojitost lze hledat také v grafu 31, který znázorňuje hodnocení přístupu sester ke klientům domova pro seniory. Převážná většina 76 (95%) respondentů uvedla, že sestry projevují zájem a dotazy si ověřující spokojenost klienta, a jen 4 (5%) uvedli, že sestry pomohou, ale do verbálního kontaktu nevstupují. Žádný z respondentů neuvedl nezájem sester. V literatuře Haškovcová ve Fenoménu stáří (2010) udává, že záleží na ochotě sester, na jejich přístupu ke starému člověku ve vztahu ke spolupráci a pohodě seniora. Domnívala jsem se také, že mezi těmito faktory je spojitost. Metodou korelace byl prokázán vztah srovnáváním odpovědí na otázku 28 (Zapojujete se do léčby?) a otázkou 31 (Jak hodnotíte přístup sester?). Lze tedy říci, že to jak klienti hodnotí přístup sester, ovlivňuje to, jak se sami zapojují do své léčby. Hypotéza H6. Přístup sester ovlivňuje ochotu klienta zapojit se do ošetrovatelské péče – byla potvrzena.

Grafy 31, 32, 33, 34 a 36 byly zaměřeny na potvrzení hypotézy H7. Pohled na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje přístup personálu. Hodnocení přístupu sester jsem již zmiňovala výše (graf 31), výsledek tohoto grafu má vliv na hypotézu H7.

Graf 32 znázorňuje, zda sestra komunikuje s respondenty. Většina 70 (87%) respondentů uvedla, že komunikace se sestrou je bez problémů, u 8 (10%) je částečná a 2 (3%) respondenti uvedli, že není žádná. Z grafu 33 lze usoudit, zda respondenti rozumí informacím, které sděluje sestra. Je zřejmé, že převážná část 70 (87%) respondentů sděleným informacím rozumí, 6 (8%) uvedlo, že rozumí jen částečně a 4 (5%) respondenti uvedli, že nerozumí (v tomto případě jako důvod uváděli nedoslýchavost). Malíková (2011, str. 226) uvádí, že komunikace s klienty je velmi přínosná. Sladěním prvků verbální a neverbální komunikace se zvyšuje důvěryhodnost pracovníka v očích klienta, zároveň i důvěra a pocit bezpečí klienta. Z výsledků vyplývá, že většina respondentů rozumí tomu, co sestra sděluje. U nedoslýchavých respondentů, by měly sestry více dbát na to, aby prostřednictvím zpětné vazby zjistily, zda jim oslovený senior rozumí. V grafu 34 jsou zaznamenány odpovědi na otázku: „Jak často potřebujete pomoc sestry?“ 43 (54%) respondentů uvedlo, že potřebují pomoc denně, 36 (45%) uvedlo několikrát denně, 1 (1%) uvedl, že po celých 24 hodin a nikdo z respondentů nevedl, že by pomoc sestry nepotřeboval. Vzhledem k tomu, že respondenti do domova přišli především z důvodu neschopnosti se o sebe postarat a z důvodu zhoršeného stavu (graf 7), dalo se očekávat, že budou potřebovat pomoc sestry denně, což se i potvrdilo. K potvrzení hypotézy, H7. Pohled na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje přístup personálu, byly srovnány, metodou korelace, odpovědi na otázku 33 (Rozumíte tomu, co vám sestra sděluje?) a 37 (Kvalita péče je?). Nepotvrdil se zde žádný vztah ($r = 0,022$). Dále byly srovnávány odpovědi na otázku 31 (Jak hodnotíte přístup sester?) a 37 (Kvalita péče je?). Zde se také nepotvrdil žádný vztah ($r = 0,031$). Lze tedy říci, že hypotéza H7 nebyla potvrzena.

Pro potvrzení hypotézy „H8. Klienti jsou spokojeni s kvalitou ošetrovatelské péče v domově pro seniory“ byl použit graf 35, který zaznamenává odpovědi na otázku zaměřenou na spokojenost s ošetrovatelskou péčí v domově pro seniory. Převážná část 64 (80%) respondentů uvedla, že je spokojena s ošetrovatelskou péčí v domově pro seniory, 16 (20%) částečně a žádný z respondentů nevedl, že je nespokojen. Z výsledků grafu 36, který vyjadřuje názor respondentů na úroveň kvality ošetrovatelské péče, je patrné, že většina 57 (71%) respondentů považuje úroveň kvality

péče za velmi dobrou, 18 (23%) hodnotí úroveň jako běžnou a 5 (6%) jako vysokou. Negativně nehodnotil úroveň ošetrovatelské péče žádný z oslovených respondentů. Na základě těchto výsledků lze tvrdit, že hypotéza H8 byla potvrzena. Metodou korelace tuto hypotézu nelze prokázat.

Pro zajímavost uvádím i výsledky otázky 36 (Co pro Vás znamená kvalita ošetrovatelské péče) (tabulka 3). Odpovědi byly kategorizovány. „Nevím“ odpovědělo 26 respondentů. „Pomoc a ochota sester“ vyjádřilo 32 respondentů. „Postarají se o mne, když potřebuji“ vyjádřilo 30 respondentů. Odpověď „Vše mi udělají a nic po mě nebudou chtít“ uvedli 3 respondenti. Dále 8 respondentů udalo, že „Sestry musí mít rády staré lidi, sestry jsou hodné“. „To vše, co tady mám“ vyjádřilo 6 respondentů. A po 1 respondentovi byly odpovědi: komunikují s námi; moje spokojenost; duševní pohodu a radost z léčebného stavu; plnění řádu sestrami; udržovat mě při životě a kvalitní péče vedla k mému rozhodnutí být tady v domově. Názory na kvalitu ošetrovatelské péče respondenty jsou, dle mého názoru, propojeny s důvody nástupu do domova pro seniory a s očekáváním, které mají při nástupu do domova.

V tabulce 4 se odráží názory respondentů na to, co ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. Odpovědi byly kategorizovány. 41 respondentů odpovědělo, že neví. Ostatní odpovídali: druh péče v domově pro seniory - 2 respondenti, sestry mají hodně práce - 11 respondentů, povaha ostatních klientů - 13 respondentů. Počet klientů odpověděli - 3 respondenti, zneužívání péče ostatními klienty - 8 respondentů. Složení, povaha, profesionalita a osobní přístup sester - udalo 16 respondentů, nedostatek sester - 10 respondentů. Spokojenost klientů - 3 respondenti, zdravotní stav klientů - 5 respondentů. „Nevím, jsem spokojený se vším“, odpověděl 1 respondent. Zdravotní stav sester odpověděl 1 respondent a finanční ohodnocení sester udalo 5 respondentů.

Dle poznatků, které jsou uvedeny v odborné literatuře, jsem neočekávala, že mě odpovědi respondentů na danou otázku překvapí. Respondentům se podařilo prostřednictvím odpovědí vystihnout okolnosti, které i podle literatury ovlivňují kvalitu péče. Přesto musím přiznat, že tak velkou shodu jsem neočekávala. Z toho je patrné, že, ač každý člověk je individualita, ve stáří jsme si všichni podobní.

6. Závěr

Problematika kvality ošetrovatelské péče poskytované seniorům je v dnešní době poměrně aktuální otázkou. V teoretické části byla popsána specifika seniorského věku, poskytování ošetrovatelské péče o seniory a kvalita péče. Cílem empirické části bylo zjistit kvalitu ošetrovatelské péče v domově pro seniory z pohledu klienta, čím je kvalita ošetrovatelské péče nejvíce ovlivňována a zjistit, jaké faktory ovlivňují klientův pohled na poskytování ošetrovatelské péče. Pro účely této práce byli zvoleni klienti Domova pro seniory v Humpolci.

V rámci kvantitativního šetření bylo stanoveno 8 hypotéz. Metodou šetření byl standardizovaný rozhovor. Výsledky byly ověřovány statistickou metodou – korelace.

Hypotéza 1 předpokládala, že kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje zdravotní stav klienta. Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 2 vycházela z předpokladu, že kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k nemoci. Tato hypotéza se potvrdila - ze šetření je patrné, že většina respondentů byla spokojena se svým zdravím a nemoc bere jako součást života.

Hypotéza 3 vycházela z předpokladu, že kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k léčbě. Tato hypotéza se potvrdila. Převážná většina respondentů je spokojena s ošetrovatelskou péčí a je spokojena s léčbou i s dostupností a úrovní léčby.

Hypotéza 4 zněla, že kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje věk klienta. Tato hypotéza se nepotvrdila. Přesto, že zkoumaný vzorek zahrnoval poměrně velké věkové rozpětí respondentů - od 55 – 94 let, nebyla nalezena souvislost mezi věkem a pohledem na kvalitu ošetrovatelské péče.

Hypotéza 5 zněla, že pohled klienta na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje postoj klienta k nástupu do domova pro seniory. Tato hypotéza se nepotvrdila. Respondenti do domova pro seniory přišli z různých důvodů, nejčastěji udávali jako důvod neschopnost se o sebe sami postarat a zhoršení zdravotního stavu. Do domova téměř polovina respondentů přišla sama, po zralé úvaze, a téměř polovina na něčí doporučení. Nebyl nalezen rozdíl ve vnímání kvality péče u respondentů, kteří chtěli do domova sami a těmi, jejichž rozhodnutí bylo ovlivněno doporučením jiné osoby.

Hypotéza 6 zněla, že přístup sester ovlivňuje ochotu klienta zapojit se do ošetrovatelské péče. Tato hypotéza byla potvrzena. Ochota sester má velký vliv na chování a jednání respondentů a jejich ochotu zapojit se do ošetrovatelské péče.

Hypotéza 7 zjišťovala, zda pohled na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje přístup personálu. Tato hypotéza se nepotvrdila. Většina respondentů uváděla, že sestry o ně mají zájem, komunikují s nimi a informace jim jsou poskytovány srozumitelně. Komunikace by však měla být více přizpůsobena smyslovým omezením jednotlivých klientů.

Hypotéza 8 zněla, že klienti jsou spokojeni s kvalitou ošetrovatelské péče v domově pro seniory. Na základě přímého dotazu respondentů, byla tato hypotéza potvrzena. Většina respondentů hodnotila kvalitu ošetrovatelské péče na velmi dobré úrovni, druhým nejčastějším hodnocením bylo posouzení kvality poskytované péče jako běžné. I zde je ještě stále co zlepšovat, především u některých klientů, snažit se více je zapojit do aktivit domova.

Na základě výše uvedených informací lze konstatovat, že cíle bakalářské práce byly splněny. Bylo prokázáno, že pohled klienta na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje jeho zdravotní stav a jeho postoj k nemoci a k léčbě. Dále bylo prokázáno, že klienti jsou spokojeni s poskytovanou péčí v domově pro seniory a přístup sester ovlivňuje ochotu klientů zapojit se do ošetrovatelské péče. Nebylo potvrzeno, že pohled na ošetrovatelskou péči ovlivňuje věk a postoj klienta k nástupu do domova pro seniory, také přístup personálu neovlivňuje pohled na kvalitu ošetrovatelské péče.

Přesto, že výsledky šetření nelze široce generalizovat, potvrdily, že ošetrovatelská péče je v Domově pro seniory v Humpolci poskytována na velmi dobré úrovni. Výsledky práce budou využity k dalšímu zkvalitnění ošetrovatelské péče. Demografický vývoj potvrzuje, že stále stoupá počet seniorů ve společnosti – rozsah a kvalita poskytované péče výrazně ovlivňuje jejich vnímání kvality života. To je jeden z důvodů, proč je nezbytné věnovat problematice ošetrovatelské péče o seniory stálou pozornost nasměřovanou i na kvalitní celoživotní vzdělávání sester se zaměřením na péči o seniory. Rozsah a kvalita této péče budou mít do budoucna velký vliv na život seniorů.

Z důvodu zjištění kvality ošetrovatelské péče, bylo vedení Domova pro seniory v Humpolci nakloněno zpracování této problematiky. V praxi bych chtěla výsledky šetření prezentovat hlavně v tomto zařízení tak, aby mohly být využity k odstranění zjištěných nedostatků. Tyto výsledky mohou posloužit také jako zajímavý informační zdroj při jednání se zdravotní pojišťovnou a krajským úřadem, při obhajobě potřeby zachování pracovních míst na pozici všeobecných sester v domově pro seniory.

7. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. Budou zdravotníci v sociálních službách chráněný druh? Stanovisko odboru Vědy a vzdělávání MZ ČR k problematice přerazování zdravotnických pracovníků na místa pracovníků sociální péče v zařízeních sociálních služeb. *Rezidenční péče*. Praha: Marcom, 2007, roč. 3, č. 3, s. 8 - 9. ISSN 1801-8718.
3. BURCIN, B., KUČERA, T. *Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje* 4 - 2010, ČSÚ [online]. 29. 12. 2010 [cit. 2011-09-23]. Dostupné z [www:<odkazy\Demografie 2010 revue pro oc>](#).
4. CEJHONOVÁ, M. *Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta - Geriatrie - ZDN* [online]. 13. 1. 2009 [cit. 2011-09-23]. Dostupné z [www: http://www.zdn.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-geriatrickeho-pacienta-417235](http://www.zdn.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-geriatrickeho-pacienta-417235)>.
5. *České ošetrovatelství* 2. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006, 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
6. DVOŘÁČKOVÁ, D. Společné uplatnění seniorů aneb aktivní stáří. *Sociální péče*. Brno: IKARIA, 2009, č. 4, s. 24-25. ISSN 1213-2330.
7. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
8. GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 10: Manuálek ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 384 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
11. HLINOVSKÁ, J., POHLOVÁ, Z. *Strategie péče o stárnoucí populaci - Lékařské zpravodajství - ZDN* [online]. 28. 1. 2008 [cit. 2011-09-23]. Dostupné z [www:<odkazy\Sestra - strategie péče o stárnoucí opulci.doc >](#).

12. Chceme zdravotní péči v pobytových zařízeních?: Rozhovor s MUDr. Liborem Světem, MBA. *Zpravodaj APSS ČR*. Tábor: APSS ČR, 2008, roč. 10, č. 2, s. 21-22. ISSN 1802-0046.
13. Interní materiály Domova pro seniory Humpolec.
14. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
15. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
16. KALVACH, Z, et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
17. KARAFFOVÁ, J., CIKÁNKOVÁ, K. Společnými silami ke spokojenému stáří. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. 18, č. 2, s. 34. ISSN 1210-0404.
18. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
19. KLUSÁKOVÁ, P. Systém zdravotní péče o seniory stále zavání diskriminací. *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá fronta, 2011, roč. 60, č. 12, s. 15. ISSN 0044-1996.
20. MALÍKOVÁ, E. Náročnost a rozdílnost ošetrovatelské zátěže v domovech pro seniory a hospicích. *Ošetrovatelská péče*. Brno: Siviliana, 2010, č. 2, s. 10-14. ISSN 1213-2330.
21. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
22. MPSV.CZ: *Expertní panel k sociálně zdravotní péči* [online]. 2010 [cit. 2011-09-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/8376>>.
23. MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 316 s. ISBN 80-210-3838-1.

24. MASARYKOVA UNIVERZITA. Nejdůležitější aktuality, významné akce a tiskové zprávy z Masarykovy univerzity: *Ošetrovatelská péče v gerontologii*. [online]. [cit. 2012-04-06]. Dostupné z: <http://www.muni.cz/study/fields/15983?lang=cs>.
25. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 190 s. ISBN 80-7262-363-X.
26. PIECKOVÁ, L. Geriatrické syndromy, péče o geriatrického pacienta/klienta. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2011, roč. 21, č. 4, s. 40-41. ISSN 1210-0404.
27. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství 1*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005, 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
28. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
29. PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. 2.vyd. Praha: ASPI, 2007. 180 s. ISBN 978-80-7357-255-6.
30. PRŮŠA, Ladislav. Zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče a její financování: II. Zákon o sociálních službách a zdravotní péče. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR, 2009, roč. XI., č. 6, s. 20-21. ISSN 1803-7348.
31. SLEZÁČKOVÁ, A. Duševní hygiena a kvalita života - téma aktuální i pro seniory. *Zpravodaj APSS ČR*. Tábor: APSS ČR, 2007, roč. 9, č. 1, s. 8-9. ISSN 1802-0046.
32. *Slovník cizích slov online* [online]. 2007 [cit. 2011-10-29]. Senior. Dostupné z [www:http://slovník-cizich-slov.kvalitně.cz/index.php?co=ciz&hl=senior&hledat=ano&Submit=HLEDAT](http://slovník-cizich-slov.kvalitně.cz/index.php?co=ciz&hl=senior&hledat=ano&Submit=HLEDAT)>.
33. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004, 55 s. ISBN 80-7013-323-3.
34. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří: Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. 324 s. ISBN 80-7326-026-3.
35. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006. 216 s. ISBN 978-80-247-1777-7.

36. U lékaře na choroby stáří: Senior v systému zdravotní péče. *Generace: Časopis nejen pro seniory*. Praha: OS Život 90, 2009, roč. 11, č. 5, s. 34-35. ISSN 1213-7626.
37. VÁLKOVÁ, M., et al. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010 [cit. 2011-09-23]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodobá_peče_CR.pdf>. ISBN 978-80-7421-021-1.
38. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
39. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovní medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
40. ZACHAROVÁ, E. Sestra a senioři v ošetrovatelském procesu. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2010, roč. 20, č. 12, s. 40-42. ISSN 1210-0404.
41. ZEMÁNEK, J. *Euroekonom.cz* [online]. 20. 9. 2004 [cit. 2011-11-22]. Demografický vývoj České republiky. Dostupné z www: <<http://www.euroekonom.cz/analyzy-clanky.php?type=jz-demografie>>.

8. Klíčová slova

Senior

Péče

Kvalita

Ošetřovatelství

Domov pro seniory

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Barthelův test

Příloha 3 Mini-Mental-State test (MMS)

Příloha 1

Dotazník (zaškrťává se 1 možnost, u otázek 7 a 10 možno vypsát více odpovědí
a otázky 36 a 38 se vypisují)

1. Věk:

55 – 64 let

65 – 74 let

75 – 84 let

85 – 94 let

95 a více

2. Stav:

svobodný/á

žinatý/vdaná

rozvedený/á

vdovec/vdova

3. Pohlaví:

muž

žena

4. Počet dětí:

Žádné

1 - 2

3 – 4

4 – 6

6 a více

5. Nejvyšší dosažené vzdělání:

základní

střední odborné učiliště

středoškolské vzdělání s maturitou

vysokoškolské

jiné.....

6. Délka pobytu v domově pro seniory:

0 – 5 let

6 - 10 let

11 - 15 let

15 a více

7. Důvod nástupu do domova pro seniory:

samota
snížená soběstačnost
neschopnost se sám o sebe postarat
zhoršení zdravotního stavu
sociální izolovanost
neměl se o mě kdo postarat
jiné.....

8. Odkud jste do domova pro seniory přišel/šla?

z domova
z nemocnice
z pečovatelského domu
jiné.....

9. Jak jste přišel/šla na myšlenku nástupu do domova pro seniory?

sám po zralé úvaze
na doporučení dětí
na doporučení lékaře
na doporučení sociální pracovníce
jiné.....

10. Kdo se o vás staral před nástupem do domova pro seniory?

sám/sama
manžel/ka
děti
příbuzní/známí
soused/ka
docházela pečovatelská služba
jiné.....

11. Navštěvují Vás rodinní příslušníci zde v domově pro seniory?

ano
ne

12. Pokud ano, jak častý je kontakt?

denně
vícekrát v týdnu
týdně
1x za 14 dní
měsíčně
jiné.....

13. Jste spokojen/a se vztahy s rodinou?

spokojen/á
spíše spokojen/á
spíše nespokojen/á
nespokojen/á
nikoho nemám

14. Jak hodnotíte své vztahy s ostatními lidmi?

spokojen/á
spíše spokojen/á
spíše nespokojen/á
nespokojen/á

15. Předchozí způsob bydlení

jiný domov pro seniory
dům s ošetrovatelskou službou
ve vlastním bytě (družstevním)
v nájmu (obecní, nájemní dům)
ve vlastním domě
společně se svými dětmi, příbuznými
jiné.....

16. Osobní ladění – jste?

optimista
pesimista
mám deprese
jiné.....

17. Jste?

aktivní
pasivní

18. Máte nějaké záliby?

ano mám
ne nemám

19. Máte poruchu paměti?

nemám
zřídka
částečně
mám

20. Jak hodnotíte své zdraví – jste?

spokojen/á
spíše spokojen/á
spíše nespokojen/á
nespokojen/á

21. Spokojenost se svou duševní pohodou?

spokojen/á
spíše spokojen/á
spíše nespokojen/á
nespokojen/á

22. Máte bolesti?

žádné
občas
často

23. Jaká je vaše soběstačnost?

závislý
středně závislý
lehce závislý
soběstačný
Barthelův test - zapsat objektivně zda

JE x NENÍ

24. Máte chronické onemocnění?

ano
ne

25. Jak často chodíte k lékaři?

1 x týdně
1 x za měsíc
1 x za 3 měsíce
jiné – uvést:.....

26. Cítíte se být?

nemocný
zdravý
jiné....

27. Pohled na nemoc

je součástí života/beru ji jaká je
obtěžuje mě
potlačuji ji
jiné.....

28. Spolupráce na ošetrovatelské péči (zapojujete se do své léčby)

nespolupracuji skutečnost dle sester: ANO x NE
spolupracuji
ať se o mne postarají

29. Postoj k léčbě – jste?

spokojený s léčbou
nevím
nespokojený s léčbou

30. Jak jste spokojen/a s dostupností a úrovní zdravotní péče?

spokojen/á
spíše spokojen/á
spíše nespokojen/á
nespokojen/á

31. Jak hodnotíte přístup sester?

mají zájem, ptají se
pomohou, ale neptají se
nemají zájem, neptají se
jiné.....

32. Komunikace se sestrou je?

žádná
částečná
bez problémů
jiné.....

33. Rozumíte tomu, co vám sestra sděluje?

nerozumím
částečně rozumím
rozumím

34. Jak často potřebujete pomoc sestry?

- denně
- několikrát denně
- 24 hodin
- nepotřebuji
- jiné.....

35. Jste spokojeni s ošetrovatelskou péčí v domově?

- ano, jsem
- částečně
- ne, nejsem

36. Co pro vás znamená kvalita ošetrovatelské péče?

.....

.....

37. Kvalita péče je?

- na vysoké úrovni
- na velmi dobré úrovni
- běžné úrovni
- horší úroveň
- nedostatečná

38. Co myslíte, že ovlivňuje kvalitu péče?

.....

.....

.....

Příloha 2

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL-activity daily living)**

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun na lůžko - židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové hodnocení		

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.

0 – 40 bodů = vysoký stupeň závislosti

45 – 60 bodů = střední stupeň závislosti

65 – 95 bodů = lehký stupeň závislosti

100 bodů = nezávislý

Zdroj: STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství* 6. 1. vyd. Brno: NCO NZO,

2004, s. 35. ISBN 80-7013-323-6.

Folsteinův test kognitivních funkcí

Mini-Mental-State test (MMS)

(modifikace Topinková, E., Mellanová, A. 1993)

Orientace	maximální počet bodů
Jaký je rok, měsíc, den v týdnu, datum?	5
Kde nyní jste – země, oblast, ulice, č. domu, ev. nemocnice - podlaží, číslo pokoje.	5
<i>Za každou správnou odpověď získá nemocný po 1 bodu.</i>	
 Paměť	
Vyšetřující jmenuje 3 předměty během 3 vteřin, např. strom, okno, kniha a vyzve nemocného, aby je opakoval.	3
<i>Správná odpověď – za každý předmět 1 bod.</i>	
 Pozornost a počítání	
Odečítejte 7 od čísla 100.	5
<i>Ukončit po 5 odpovědích. Každá správná odpověď 1 bod.</i>	
 Krátkodobá paměť	
Vybavte si a jmenujte 3 dříve uvedené předměty	3
 Jazyk	
Vyšetřující ukáže 2 předměty (tužka, hodinky) a vyzve pacienta, aby je pojmenoval.	2
Opakujte následující: „ale, avšak, a přece:	1
Proveďte po sobě tyto úkony:	
„vezměte papír do pravé ruky - přeložte jej na polovinu a položte na stůl“	3
Přečtěte a proveďte tento příkaz (nemocný dostane postupně lístky s výzvami): „zavřete oči“	1
„napište větu, obsahující podmět a přísudek“	1
„namalujte podle předlohy tento obrazec“:	1
Celkem	
Hodnocení:	
0 - 10 bodů	těžká kognitivní porucha
11 - 20 bodů	kognitivní porucha středního stupně
21 - 23 bodů	lehká porucha

Zdroj: STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství* 6. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004,
s. 30. ISBN 80-7013-323-6.

