

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

2014

Petra Sládečková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# **Domácí péče versus ústavní péče o seniory z hlediska ošetřovatelství**

Diplomová práce

Autor práce: Petra Sládečková  
Studijní program: Ošetřovatelství  
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech  
Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 19. 5. 2014

## Abstrakt

Již mnoho let se věnuje velká pozornost péči o seniory z důvodu celosvětového stárnutí populace. Téměř všichni lidé si přejí, aby mohli strávit celé stáří doma ve svém prostředí. Tato myšlenka je podporována i mnoha odborníky, kteří se problematikou stáří zabývají a poukazují na výhody, které to obnáší jak pro daného seniora, tak i pro společnost. Proto je paradoxem, že mnoho starých lidí je umístěno v různých zdravotních a sociálních zařízeních a to i přes velkou nabídku různých terénních služeb, které umožňují seniorům v domácím prostředí setrvat.

Právě proto si tato diplomová práce klade za cíl porovnat ošetrovatelskou péči o seniory poskytovanou v jejich domácím prostředí s péčí v ústavních zařízeních, a to jak z pohledu sestry, která péči poskytuje, tak z pohledu samotného seniora či jeho rodinných příslušníků. Celá práce je členěná na dvě hlavní části. Teoretická část se zaměřuje na vysvětlení stáří a změn, které s sebou stáří přináší. Také poukazuje i na to jak je stáří vnímáno v současné společnosti. Dále se zabývá různými typy péče o seniory, která je nejčastěji dělena na rodinnou, zdravotní a sociální péči. Praktická část práce je zaměřena přímo na jednotlivé rodiny seniorů, kteří žijí ve své domácnosti s podporou domácí péče a na rodiny, které mají svého člena na oddělení pro dlouhodobě nemocné. Dále jsem se v praktické části zaměřila i na ošetřující personál, konkrétně zdravotní sestry, které přicházejí každý den do styku s těmito seniory.

K výzkumnému šetření byla využita kvalitativní výzkumná metoda. Ke sběru dat byla použita technika hloubkového rozhovoru. První část výzkumného souboru tvořily sestry pracující na oddělení dlouhodobě nemocných a sestry, které pracují v domácí péči. Druhá část souboru se skládala ze seniorů a jejich rodin, kteří pobývají na oddělení dlouhodobě nemocných a seniorů a jejich rodin, kteří využívají služeb domácí péče. Výpovědi jednotlivých sester, seniorů a jejich rodin jsou rozděleny do jednotlivých kategorií, jimiž jsou: informovanost, důvod umístění na LDN, spokojenost s poskytovanou péčí, výhody a nevýhody domácí péče/LDN, odlišnosti v péči na LDN a v domácím prostředí, ve stravování a pitném režimu, v polohování a výskytu

dekubitů, v hygieně, v podávání léků, v převazech, ve vyprazdňování, v chování personálu/rodiny, v zázemí seniora.

Z celého šetření vyplývá, že rodiny seniorů hodnotí péči v nemocnici i péči doma jako velmi dobrou, nicméně si lze všimnout, že sestry z domácí péče se těší větší důvěře rodiny a mají s ní daleko bližší vztah, než je tomu v nemocnici. Obě skupiny sester si myslí, že péče, kterou poskytují je kvalitní a odborná, ale poukazují na nedostatek financí, které má jak nemocnice, tak agentura domácí péče. Jako velmi překvapující se ukázal fakt, že rodiny, které mají svého seniora v ústavní péči, jsou rády, za jeho umístění, neboť se domnívají, že by se sami o něho nezvládly náležitě postarat. Z provedeného šetření nelze jednoznačně posoudit, který typ péče je nejvýhodnější, neboť oba způsoby mají své pozitivní i stinné stránky pro každou zúčastněnou stranu a velkou roli zde hrají různé proměnné, jako je třeba zdravotní stav seniora, jeho rodina či sociální zázemí. Pro důkladné zmapování celé situace by bylo zapotřebí realizovat kvantitativní výzkum v delším časovém úseku, který by mohl dlouhodobě sledovat poskytovanou péči a vzít v úvahu i výše uvedené proměnné, které se mohou v průběhu času měnit.

## **Abstract**

For many years, great attention has been devoted to the care of the elderly due to global aging of population. Almost all people want to spend their old age at home in their environment. This idea is supported by many experts who deal with the issue of old age and point to the advantages that it entails for both the senior and for the society. Therefore, it is paradox that many old people are placed in various health and social care facilities despite a wide range of various external services that enable seniors to stay in their home environment.

That is why this master thesis aims to compare the nursing care provided to elderly people in their home environment with the care provided in institutions, both from perspective of a nurse who provides the care and from perspective of the elderly person or members of their family. The thesis is divided into two main parts. The theoretical part focuses on explaining the old age and the changes that come along with the old age. It also points out how old age is perceived in contemporary society. Further, it deals with different types of senior care that is most frequently divided into family, health and social care. The practical part is focused directly on individual families of seniors who live at home supported with home care, and to families who have a member in the department for the chronically ill (DCI). In the practical part I also focused on nursing staff, particularly nurses who come into contact with the seniors every day.

A qualitative research method was used for the research survey. The technique of in-depth interview was used for data collection. The first part of the research group consisted of nurses working in DCI and nurses working in home care. The second part of the group consisted of seniors who reside in DCI and their families and the elderly who use home care services and their families. Interviews with the nurses, seniors and their families are divided into individual categories: awareness, reason for placement to DCI, satisfaction with the care provided, the advantages and disadvantages of home care/DCI, differences in care in DCI and at home, in foods and drinks, positioning and incidence of pressure sores, hygiene, administering medicines, re-bandaging, in bowel habits, behavior of staff/family, facilities for a senior.

The investigation shows that families consider hospital care and home care to be very good, but it can be seen that home care nurses enjoy greater trust of the family and have much closer relationship than those in a hospital. Both groups of nurses think that the care they provide is of high quality and professional, but point to the lack of funding that a hospital and a home care agency have. A very surprising fact emerged that families that have an elderly person in institutional care are eager for the placement since they believe that they would not be able to care of them properly themselves. The investigation cannot clearly assess which type of care is best because both methods have their positives and downsides for every party involved and there are different variables, such as the health condition of the elderly, their family or social background. Quantitative research over a longer period of time would be required for thorough mapping of the entire situation which could monitor the provided care in the long run and also take into account the above variables that may change over time.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných 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 Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 19. 5. 2014

.....

(jméno a příjmení)

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D., za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat vedení nemocnice, které mi udělilo souhlas k výzkumnému šetření. Děkuji také všem sestřám z oddělení dlouhodobě nemocných, sestřám z agentury domácí péče a pacientům i jejich rodinám, bez jejichž pomoci a ochoty by tato práce nemohla vzniknout.



# Obsah

Úvod.....	12
1. Současný stav .....	13
1.1 Stáří a jeho dělení .....	13
1.2 Změny ve stáří .....	14
1.3 Pohled společnosti na seniory versus seniorská populace .....	16
1.3.1 Mýty o seniorech a stáří.....	18
1.4 Zajištění péče pro pacienty seniory .....	19
1.4.1 Rodinná péče .....	19
1.4.2 Sociální a zdravotní péče.....	21
1.5 Domácí péče .....	21
1.5.1 Formy domácí péče a její náplň.....	23
1.5.2 Výhody a nevýhody domácí péče.....	25
1.6 Ústavní péče o seniory .....	26
1.6.1 Druhy dlouhodobé ústavní péče .....	28
1.6.2 Důvody vedoucí k pobytu v ústavní péči .....	31
1.6.3 Nevýhody ústavní péče o seniory .....	32
1.6.4 Vývoj dlouhodobé péče.....	33
1.7 Péče o pacienty seniory.....	33
1.7.1 Dělení geriatrických pacientů.....	36
1.7.2 Ošetrovatelský proces u seniorů .....	37
2. Cíl práce a výzkumné otázky .....	41
3. Metodika.....	42
3.1 Použité metody a techniky sběru dat .....	42
3.2 Výběr výzkumného souboru.....	43
3.3 Charakteristiky výzkumného souboru .....	44
3.4 Průběh rozhovorů.....	47
3.4.1 Sestry LDN .....	47
3.4.2 Sestry ADP .....	48

3.4.3 Rodiny LDN .....	49
3.4.4 Rodiny ADP .....	51
4. Kategorizace .....	53
4.1 Informovanost .....	54
4.2 Umístění na LDN .....	55
4.3 Pitný režim a stravování .....	56
4.5 Polohování a výskyt dekubitů .....	58
4.6 Hygiena .....	60
4.7 Převoz .....	62
4.8 Podávání léků .....	63
4.9 Vyprazdňování .....	65
4.10 Trávení volného času .....	67
4.11 Zázemí seniora .....	69
4.12 Chování sester .....	70
4.13 Chování rodiny .....	74
4.14 Výhody a nevýhod domácí péče .....	76
4.15 Výhody a nevýhody ústavní péče .....	78
4.16 Hodnocení poskytované péče .....	79
5. Diskuze .....	81
6. Závěr .....	90
7. Seznam použitých zdrojů .....	93
8. Klíčová slova .....	102
9. Přílohy .....	103

## **Seznam použitých zkratk**

ADP – agentura domácí péče

AIDL - instrumentální test všedních činností

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MMSE - Mini Mental State Examination

ONP - oddělení následné péče

VAS – vizuální analogová škála

WHO – World Health Organization

## Úvod

Vlivem neustálého prodlužování věku přibývá velmi rychle lidí, kteří dosáhli důchodového věku, a tudíž jsou považováni za staré (Malíková 2011). V grafu věkového složení obyvatelstva za rok 2011 (příloha č. 1) si můžeme povšimnout, že starých lidí bude neustále přibývat (ÚZIS ČR 2012). Pokud nedojde k výraznější změně demografické prognózy, dá se očekávat, že v roce 2050 (viz příloha č. 2) bude v České republice nejvíce zastoupená právě populace lidí mezi věkem 70 až 80 let (In: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova\\_skladba\\_obyvatelstva\\_v\\_roce\\_2050](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050) [online] cit. 2012-11-04).

Na tuto skutečnost je třeba reagovat, protože s přibývajícím věkem se také zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Staří lidé se často nachází v situaci, kdy nemohou samostatně vést plnohodnotný život. Proto je velmi důležité, aby člověk, který se v takovéto situaci ocitne, věděl, jaké má možnosti. Jelikož ne každý ze seniorů nachází péči a zázemí ve vlastní rodině, je hodně seniorů umístěno do rozličných pobytových institucí, jakou jsou např. domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou oddělení, dlouhodobě nemocných apod., které jim poskytují komplexní zdravotní a sociální péči. Nicméně tento způsob péče nemusí být vždy optimální. Někteří senioři jsou v podobných institucích umístěni přechodně, jiní tam zůstávají takzvaně na „dožití“, protože nemají rodinu či rodina o ně nemá zájem. Přitom mnohdy stačí málo, aby i tyto senioři mohli zůstat doma ve svém domácím prostředí a v okruhu svých známých.

V naší společnosti je v současné době postoj ke stáří značně rozporuplný. Snažíme se děti vychovávat k úctě ke stáří, ale na druhé straně staré lidi označujeme jako zátěž pro společnost (Pokorná 2008). S touto zátěží, kterou senioři pro mnohé představují, je určitě i spojený strach z umírání. Dnešní společnost má tendence odsouvat umírající do institucí, kde se o ně postará tým profesionálů. Toto umírání bývá někdy nazýváno jako „model moderního umírání“. Senior tak čeká na smrt sám, ale ve většině případů touží po přítomnosti blízkého člověka. (Kutnohorská 2007). Přitom i umírající senioři mají své místo v rodině, neboť doba jeho umírání může být dobou, ve které se usiluje o nápravu vztahů.

# 1. Současný stav

## 1.1 Stáří a jeho dělení

Stáří je konečnou etapou procesu stárnutí a představuje závěrečnou fázi lidského života (Topinková a Neuwirth 1995). Samotná definice stáří a jeho dělení je velmi obtížné. Stáří se dá dle Haškovcové (2010) určit jako:

1. kalendářní (matriční) věk, který je odvozen od data narození, ale který nemusí vypovídat o skutečném stáří nebo mládí daného člověka.
2. biologický (skutečný) věk – tento termín se používá někdy v lékařství, kdy se pomocí lékařských metod dá stanovit, jak je člověk doopravdy starý bez ohledu na kalendářní věk. Což potvrzuje, že kalendářní věk nemusí vždy odpovídat věku biologickému.
3. funkční věk, který posuzuje jedince v psychosociálních souvislostech a používá se jako hodnotící kritérium geriatrické medicíny
4. konvenční věk, který je odvozen od společenské dohody, která určuje, kdy je člověk starý.
5. úřední věk, který je dán zákonem a víceméně koreluje s časem odchodu do důchodu.

Topinková a Neuwirth (1995) dělí stáří stejně jako World Health Organisation (WHO) na tři období:

- rané stáří (vyšší věk, 60-74 let)
- vlastní stáří (stařecký věk neboli senium, 75-89 let)
- dlouhověkost (90 a více let)

Dle Haškovcové (2010) je v běžném životě za starého člověka považován každý, kdo dosáhl penzijního věku, protože z ekonomického hlediska spadá stáří do neproduktivního věku a patří mezi třetí etapu života (první etapa je dětství a dospívání, druhá etapa dospělost).

V odborné literatuře (Haškovcová 2010) se v posledních letech objevují termíny označující mladé seniory ve věku 65 – 74 let jako young old nebo jen old. Pro osoby přes 75 let se používá označení old old a pro ty, kteří mají více, jak 85 let se vžilo označení very old old – velmi staří staří neboli dlouhověcí.

Čevela a kol. (2012) uvádí, že mladí senioři (young old) mají ještě obvykle zájem o práci, seberealizaci či uplatnění po vstupu do penze. Objevuje se u nich snaha věnovat se tomu, na co dříve neměli čas z důvodu pracovního procesu nebo výchovy dětí. V období vlastního stáří se často vyskytují zdravotní problémy, narůstá potřeba rehabilitačních a rekondičních programů, dále se zvyšuje riziko ovdovění. Staří senioři (old old) potřebují více času k odpočinku, snížení zátěže a optimální úpravu podmínek pro různé denní aktivity. Senioři v kategorii very old old mají problémy se soběstačností a potřebují podporu a péči. Ale i v této kategorii se mohou vyskytnout lidé, kteří jsou i přes svůj věk nezávislí a fit.

Přes rozdílné dělení stáří do různých kategorií se všichni autoři shodují, že stáří je konečnou etapou lidského života.

## **1.2 Změny ve stáří**

Stáří je obdobím, kdy se některé nemoci vyskytují častěji a tím pádem lidé vyššího věku jsou častějšími klienty zdravotních a sociálních služeb. Pro vyšší věk je rovněž typické, že řada onemocnění probíhá odlišně. To je způsobeno změnami při procesu stárnutí, které postihuje jednotlivé orgány, a také ztrátou funkčních rezerv a kompenzačních mechanismů (Kalvach 2008). Člověk se tak stává méně odolným k měnícím se podmínkám vnitřního a vnějšího prostředí a je tak více náchylnějším k nemocem (Topinková a Neuwirth 1995). U seniorů mnohdy vzniká polymorbidita, což je výskyt několika nemocí u jednoho člověka, které spolu souvisí, nebo jedna nemoc vyvolává druhou (Vokurka et al. 2004) nebo se jejich klinický obraz navzájem překrývá či stupňuje (Topinková a Neuwirth 1995). Starší člověk je mnohem náchylnější k chorobám, které mohou podstatnou měrou ovlivnit jeho zdravotní stav. Ve věku nad 75 let převažují chronické choroby, které podstatně ovlivňují proces stárnutí a mohou zvýraznit celkový úbytek sil, který se projeví při běžných denních aktivitách (Sýkorová a Chytil 2004). Pichaud a Thereau (1998) připomíná, že samotné stáří není nemoc, i když tomu mnohé skutečnost naznačují. I v současnosti se stále vyskytuje

tendence „medikalizovat“ stáří. Lékaři by se neměli snažit „uzdravit stáří“, ale měli by pomáhat starému člověku žít.

Ve stáří dochází k involučním změnám, které se dostávají pozvolna. Nastává úbytek fyzických sil. Dochází ke změnám adaptace na veškeré změny vnitřního a vnějšího prostředí, snižuje se elasticita cév a tím dochází ke snížení průtoku krve všemi systémy. Ve stáří nastává úbytek svalové hmoty, klesá pružnost kůže a je snížena kostní denzita, což vede k častějšímu vzniku zlomenin. K dalším změnám dochází v oblasti výživy. Starší a zejména velmi staří lidé jsou ohroženi podvýživou v důsledku chronických onemocnění. Stáří také provází sensorické poruchy, kdy je omezena tzv. propiocepce (Holmerová a kol. 2002), což je schopnost nervového systému zaznamenat změny vznikající ve svalech (Vokurka et al. 2004). V důsledku přirozené involuce centrálního nervového systému může být myšlení seniorů pomalejší a mnohdy je taky přítomna stařecká zapomnětlivost. K typickým změnám provázející stáří patří smyslové poruchy, jako je nedoslýchavost, porucha vidění na blízko v důsledku horší akomodace čočky, snížení čichových a chuťových vjemů či vnímání jednotlivých částí těla. Tyto změny způsobují omezení, které je třeba kompenzovat různými pomůckami např. brýlemi, naslouchadly, oporami při chůzi. Ve stáří také dochází ke snížení funkce ledvin a to jak jejich filtrační, tak i koncentrační schopnosti (Holemrová a kol. 2002).

V souvislosti se seniory a jejich zdravotním stavem je také v současnosti často zmiňován pojem geriatrická (stařecká) křehkost. Ondrušová (2011) vystihuje geriatrickou křehkost jako rizikovost a zranitelnost části pacientů-seniorů. Dle Topinkové (2005) je stařecká křehkost způsobena fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů, úbytkem svalové a kostní hmoty, zhoršení mobility a do budoucna dalším nepříznivým vývojem zdravotního stavu, který může vést k opakovaným hospitalizacím.

S přibývajícím věkem dochází u některých seniorů k různým změnám psychiky, převážně k zintenzivnění určitých povahových vlastností (Venglářová 2007). U některých typů jedinců se může vyskytnout rychlé střídání nálad, jako emoční labilita či výrazná úzkost a strach. Tyto psychické změny bývají laicky označovány jako zhoršení povahy, protože do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti. Mezi další

psychické změny patří zhoršení kognitivních funkcí, vnímání, pozornosti, paměti či myšlení. Ve stáří také nastává změna v hierarchii potřeb, kdy na první místa se dostává zdraví, potřeba jistoty a bezpečí a také touha uplatnit se i ve vyšším věku (Mlýnková 2011). Některé psychické změny úzce souvisí se změnami sociálními a tím dochází ke ztížení adaptace na nové prostředí a situace. Dle Mlýnkové (2011) je velkou psychickou změnou i ztráta jednoho z partnerů, se kterou se musí starý člověk vyrovnat. Venglářová (2007) upozorňuje na nutnost odlišování problematického chování, které je způsobeno změnami ve stáří od duševních či somatických onemocnění.

Stáří s sebou přináší do života člověka mnoho změn. První výraznou změnou je odchod do důchodu, který představuje pro mnoho lidí odchod ze života dospělých a vstup do stáří k blízkosti smrti. Odchodem ze zaměstnání mění člověk svoji identitu a stává se důchodcem, ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání a je nucen k novému uspořádání svého času (Mlýnková 2011). Některí lidé nevědí, co s volným časem, a pokud ho nejsou schopni naplnit smysluplnou činností, začíná se objevovat nuda, přemítání o smyslu života, pocit neuspokojení a další negativní emoce. S odchodem do penze se mění i ekonomická situace seniorů, kdy nízká penze a vysoké výdaje za léky nedovoluje mnohým z nich udržet si životní standard, na který byli zvyklí. Mezi další výrazné změny v životě seniora patří smrt jednoho z partnerů. Partner, který zůstává, se často cítí osamocen, prožívá pocit prázdnoty a opuštění (Minibergerová a Dušek 2006). Většina lidí se s touto ztrátou časem vyrovná a může zase znovu žít. Jiní lidé se s touto situací nemohou smířit, což může někdy urychlit i jejich vlastní úmrtí. Kromě smrti partnera se musí staří lidé smířit s postupným odchodem stejně starých přátel, což je mnohdy vede k otázce, kdy už budou na řadě oni. Velké nebezpečí podle Mlýnkové (2011) v sobě skrývá sociální izolace, která může nastat, žije-li starý člověk sám. Říčan (In Pokorná 2008) říká, že ženy snášejí osamělost lépe než muži, protože se o sebe dovedou lépe postarat.

### **1.3 Pohled společnosti na seniory versus seniorská populace**

Každá společnost a kultura vnímá své seniory odlišným způsobem, což je dáno odlišnými hodnotami, které si spojují se staršími lidmi. V některých zemích jsou senioři



spojování s věděním a moudrostí. V těchto společenstvích se senioři těší většímu společenskému postavení a mají svoji důležitou roli např. při výchově dětí nebo při poskytování rad. V západních společnostech tyto hodnoty vymizely, což mělo za následek ztrátu vážnosti seniorů a jejich společenskou izolaci. Obecné vnímání seniorů a jejich společenského významu je velmi smíšené. Na jedné straně jsou staří lidé považováni za zdroj hodnotového poznání, žité zkušenosti a podpory, ale na straně druhé jsou společností přehlíženi. Přehlížení seniorů může být výsledkem změny rodinných a sociálních norem, životního způsobu a působení moderních technologií (Respektování lidské důstojnosti 2004). Dle Haškovcové (2010) většina mladších lidí přejímá názor, že stáří nestojí za nic a proto se odklánějí od všeho, co stáří připomíná. Postavení seniorů zhoršuje i současná doba, která uznává kult mládí a propaguje rychlý životní styl bezstarostného mládí, kterého je si třeba užít než přijde ten „hrozný“ vyšší věk.

Samotná seniorská populace má své určité rysy, které jsou pro ni charakteristické. Patří mezi ně např. heterogenita, proměnlivost, ohroženost či převaha žen. Heterogenita je dána dle Kalvacha (1997) různou mírou rozvoje vloh v mládí a středního věku, různou mírou chorobných změn, událostmi v průběhu života, hodnotovým systémem, životní názorem, ale také i různým ekonomickým a sociálním zázemím. Každý senior se liší ve svých potřebách i nárocích, a proto je nezbytně nutný individuální přístup, který respektuje a ctí člověka až do vysokého věku.

Mezi další rysy seniorské populace řadí Kalvach (1997) její proměnlivost. Jako každá skupina lidí, se i senioři neustále vyvíjí a mění. Je to dáno vyšším vzděláním, zkušenostmi, jinými návyky, změněnou strukturou společnosti i jinými sociálními okolnostmi (např. rodinné uspořádání či změnou sociální role seniorů). Senioři patří mezi nejohroženější populace, protože jsou vystaveni ekonomickému riziku, věkové diskriminaci, generační intoleranci, manipulaci a ztrátou rozhodovacích možností a soběstačnosti, ale i týrání a zanedbávání. Dle Kalvacha (1997) je dalším typickým znakem starší populace typická převaha žen, což vede ke vzniku problematiky osamělých starých žen. Zavázalová (2001) potvrzuje, že pro osoby vyššího věku je typické mnohem větší zastoupení žen, žen ovdovělých a osamělých (z 10 osamělých

osob ve vyšším věku je 8 žen). Je to dáno vyšší úmrtností mužů, ale i vyšším věkem mužů při uzavírání sňatku. Kalvach (1997) jako důvod pro vyšší počet žen ve stáří uvádí hormonální substituci v období klimakteria, která může vést k významnému prodloužení střední délky života a tím dále zvýšit jejich ovdovělost. Sak a Kolesárová (2012) mimo jiné uvádí, že převaha žen staršího věku je i částečně způsobena poválečnou emigrací mužů a také vysokou mírou mužské úmrtnosti, která je typická pro většinu států světa.

### **1.3.1 Mýty o seniorech a stáří**

Pohled na stáří dle Kamanové (2007) je dán sociálním statusem a rolí starého člověka ve společnosti. Je ovlivňován sociálními kontakty, komunikací, ale i sociálními konflikty, interakcí nebo sociální izolací starého člověka. Stáří a stárnutí lidí provází mnohé domněnky, které vzbuzují falešné představy o stáří, a v důsledku nich je stáří považováno za zátěž. Falešné představy o stáří mají mnohdy i samotní zdravotničtí pracovníci. Velmi často je rozšířený mýtus, že staří lidé jsou ekonomicky závislí na státě, jsou neproduktivní, málo flexibilní, senilní, apatičtí málo sociálně aktivní a všeobecně málo úspěšní. Je to dáno poklesem soběstačnosti ve stáří, potřebou cizí pomoci a snižováním finančních prostředků (Kamanová 2007). Haškovcová (2010) mezi další nepravdy přidává mýtus zjednodušení demografie, který vyvolává představu, že staří lidé jsou všichni důchodci a že dnem odchodu do důchodu skončil život a nastává jen strastiplné a obtížné stáří. Zcela zde dochází k ignoraci mezi „mladými“ a „starými“ seniory (Haškovcová 2010). Tento mýtus také vyvolává početní převahu starých lidí. Ve skutečnosti jde o relativní nárůst starších věkových skupin za současného poklesu porodnosti a úbytku mladší generace (Kamanová 2007). Dalším mýtem jsou falešné představy, který si lidé vytvářejí nevědomky sami na základě zlovyklu hodnotit druhé podle jejich věku. Stereotypy takového hodnocení nás všechny negativně ovlivňují. Pokud se člověk podle nich řídí, přichází o mnoho informací a zkušeností, které může získat jen od starých lidí (Kamanová 2007). Silně zakořeněný je mýtus neúčinného času, který si klade otázku, co staří lidé vlastně dělají? Současná

společnost podle Haškovcové (2010) uznává, že senioři mají právo na zasloužený odpočinek, ale i přesto jsou podezírání z nicnedělání, protože kdo pracuje, je užitečný, a kdo nepracuje, jelikož je v penzi, je k ničemu. Podle této teorie jsou všichni senioři považováni za neužitečné, neboť pod pojmem práce je zahrnut jen pracovní poměr. Dle Haškovcové (2010) je tato úvaha velmi nebezpečná, neboť vede k despektu ke starým lidem. Pod vlivem takovýchto představ všichni souhlasí, že se starým člověk se nedá počítat. Není pro nás partnerem, sokem ani konkurentem, jeho názory nás nezajímají a ani je nebereme na vědomí. Tento přístup staví seniory na vedlejší kolej, kde je možné je přehlížet a ignorovat a dává tak vzniknout dalšímu mýtu a to mýtu ignorace (Haškovcová 2010). K dalším představám o stáří patří mýtus o úbytku sexu, který vyvolává představu asexuálního stáří. Je to dáno tabuizováním sexu ve vyšším věku, přitom sex jako přirozená součást lidského života je podmíněn duševním a tělesným zdravím daného člověka (Kamanová 2007). Vidovičová (2008) řadí mezi mýty i tvrzení, že stáří je nemoc. Haškovcová (2010) tento mýtus nazývá mýtem o lékařích, který bývá rozšířen mezi laiky, ale i mezi některými lékaři, kteří pečují o seniory. Jeho podstatou je mylná představa, že všechny problémy starých lidí vyřeší medicína a konkrétně především příslušný lékař. Lidé se často mylně domnívají, že jim zdraví přinese medicína v podobě „zázračné“ tabletky, která vyřeší všechny jejich problémy bez vlastního přičinění.

Každý mýtus je zrádný v tom, že obsahuje malý kousek pravdy, a proto je nelze zcela vymýtít. Aby došlo ke změně, je třeba destabilizovat jejich postavení tím, že se bude společnost více zajímat o přání, postoje, potřeby a názory starých lidí, protože mýty o stáří mají vliv na utváření pojetí i sebepojetí stáří (Haškovcová 2010).

## **1.4 Zajištění péče pro pacienty seniory**

### **1.4.1 Rodinná péče**

Nejpřirozenější péče o seniory je péče rodinná, kdy se dospělé děti starají o své stárnoucí rodiče. Mlýnková (2011) považuje rodinnou péči za optimální způsob péče

o seniora, protože umožňuje setrvat starému člověku co nejdéle v domácím prostředí. Podle Jarošové (2006) rodinné zázemí poskytuje jednu z nejdůležitějších sociálních jistot ve stáří a je hlavním zdrojem očekávané pomoci. Někdy se stárnoucí rodič přestěhuje blíže k dětem či do bytu svých dětí, aby jim tu péči usnadnil. Mlýnková (2011) upozorňuje na mnohá pozitiva i negativa, která tato forma péče přináší. Mezi pozitiva patří usnadnění péče o seniora, senior není sám, péče se dělí mezi všechny členy rodiny, dochází k posilování vzájemných vazeb, společného sdílení a pocitu sounáležitosti. Ke stinným stránkám Mlýnková (2011) řadí mnohdy vypjaté vztahy v rodině, pocit, že je senior na obtíž, senior se nemusí v domácnosti cítit dobře, nemá svoje soukromí. Pro některé rodiny může být péče o stárnoucí rodiče spojena s většími materiálními a psychickými nároky, nedostatkem prostoru v malém bytě či problematické dělení péče mezi rodiče, děti a domácnost. Dle Rheinwaldové (1999) právě nevyhovující bydlení dětí a jejich vlastní pracovní vytíženost často znemožňuje se o své staré rodiče postarat. Přesto ale Kalvach (1995) uvádí, že skoro o 95% starých lidí se stará někdo z rodiny, ať už blízký nebo vzdálený příbuzný.

Aby rodinná péče mohla fungovat, musí rodina chtít, umět a mít možnost se o starého člověka postarat a také samotný senior si ji musí přát. Dle Kalvacha (1995) kvalita péče poskytovaná rodinou značně kolísá, protože je závislá na mnoha faktorech. Rodiny jsou v realizaci péče často omezené, především pracovním vytížením, starostí o dospělé, ale neekonomicky závislé děti, nebo dostupností komunálních služeb. Přesto většina stárnoucích a starých lidí si přeje zůstat doma a dožít tam až do konce života. Podle Bartoňové (2005) je rodinná péče efektivnější ve smyslu kvality i financí a je považována za nejlepší formu péče, která respektuje integritu seniora, jeho psychický stav a kvalitu života. Jarošová (2006) uvádí, že velmi ceněno je manželské soužití, protože pozitivně ovlivňuje životní spokojenost a ostatní sociální vazby. Manželé si jsou navzájem potencionální pečovatelé, kterým dospělé děti poskytují jen doplňkovou pomoc a citovou oporu.

### **1.4.2 Sociální a zdravotní péče**

Selže-li péče rodinná nebo zhorší-li se zdravotní stav seniora nebo jeho soběstačnost natolik, že péči nelze poskytovat v domácím prostředí, musí nastoupit pomoc v podobě sociálních nebo zdravotních služeb. Odpovědnost za dostupnost těchto služeb má stát, ale jejich koordinace je zajišťována na regionální nebo místní úrovni. Sociální péči zajišťují různé instituce (denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a další) jejichž činnost je uvedena v daném zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb., který přesně vymezuje, kdo má na tyto služby nárok a kdo může klientům tyto služby poskytovat (In: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf) [online] cit. 2012-09-20).

Jako další skupinu péče o seniory uvádí Mlýnková (2011) péči zdravotní, která je poskytována ve zdravotnických zařízeních, v jednotlivých ambulancích nebo na lůžkových odděleních. Senioři, kteří nepotřebují akutní péči a jsou v dobrém stavu, ale je u nich potřeba zajistit ještě následnou rehabilitaci (návlek chůze, soběstačnosti atd.), bývají umístěni na doléčovací oddělení (Mlýnková 2011). Do zdravotní péče patří i hospice, které poskytují péči nevléčitelně nemocným nebo respitní služby pro pečující rodiny. Hospicová péče může být poskytována i v domácím prostředí prostřednictvím mobilního hospicu, který je určen pro závažně nemocné pacienty v konečné fázi života, u kterých není nutná nemocniční péče (např. Ostrava – mobilní hospic Ondrášek) (In: [www.mhondrasek.cz](http://www.mhondrasek.cz) [online] cit. 2012-09-20). K formám zdravotní péče o seniory Mlýnková (2011) řadí i geriatrická denní centra, která umožňují denní pobyt seniora, který zde má zajištěnou veškerou ošetrovatelskou a léčebnou péči, psychickou aktivizaci a kognitivní trénink či ergoterapii. Další možností u seniorů, kteří nepotřebují nepřetržitou nemocniční péči je využití služeb agentur domácí péče.

### **1.5 Domácí péče**

Domácí péče je určena pro pacienty, kteří nepotřebují hospitalizaci v nemocnici, ale zároveň u nich nestačí laická péče (Haškovcová 2002). Dle Topinkové a Neuwirtha

(1995) domácí péče přispívá ke zvyšování kvality a dostupnosti zdravotních služeb. V rámci domácí péče bývá poskytována odborná zdravotní péče, která je indikována ošetřujícím lékařem, dále sem spadá sociální péče a pomoc, laická pomoc v oblasti sebedpěče nebo za účasti blízkých osob klienta, dle aktuální situace (Topinková a Neuwirth 1995). Podle Sýkorové a Chytila (2004) jsou nejčastější uživatelé domácí péče lidé, kteří jsou propuštěni z nemocnice a jejichž následné doléčení může probíhat v domácím prostředí. Další skupinu tvoří chronicky nemocné osoby, které ale nepotřebují nutně nemocniční péči. Mezi nejpočetnější klienty ošetřované domácí péčí patří právě senioři. Hrkal (2011) uvádí, že jen za rok 2010 domácí péče ošetřila 113 815 klientů nad 65 let, což z celkového počtu tvoří více než 79% ošetřených klientů. Dle Misconiové (1994) se jedná ve velké míře o seniory s onemocněním jako je např. diabetes mellitus, cévní mozková příhoda, Parkinsonova choroba, bércové vředy, ischemická choroba srdeční, psychiatrické onemocnění a jiné choroby. Dále sem spadají senioři s imobilizačním syndromem, senioři chronicky nemocní, kteří potřebují dlouhodobou péči; senioři s polymorbiditou nebo v terminálním stadiu života.

Jarošová (2007) uvádí, že ošetrovatelská péče o seniory v domácím prostředí bývá poskytována nejčastěji právě prostřednictvím domácí péče, kdy ošetrovatelské aktivity směřují především k podpoře zdraví a k prevenci onemocnění, k snižování komplikací způsobených chronickým onemocněním, snižování nemocnosti nebo ke zlepšení kvality života.

V České republice se domácí péče skládá ze dvou částí, které jsou mezi sebou vzájemně propojené, protože většina klientů potřebuje pomoc jak zdravotní, tak i sociální. Kalvach (2004) jako první složku domácí péče označuje péči zdravotní (v mezinárodní terminologii bývá nazývána jako home care, což znamená v doslovném překladu domácí péče) a jako druhou složku péči sociální (v mezinárodním označení home help, což je doslova domácí pomoc). Jarošová (2006) uvádí, že sociální péče se překrývá s péčí pečovatelskou, která spadá do sociálních služeb. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí (MPVS) je pečovatelská služba určena seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,

pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Pečovatelskou službu si hradí každý klient sám (In: <http://www.mpsv.cz/cs/9> [online] cit. 2013-09-20).

Zdravotní péče poskytovaná agenturou domácí péče je hrazena ze zdravotního pojištění klientů. Agentury mají s pojišťovnami uzavřené smlouvy, kde je uveden seznam výkonů s bodovým ohodnocením dle vyhlášky MZČR č. 331/2007 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Pokud klient žádá výkon, který není hrazen ze zdravotního pojištění nebo nemá sjednané pojištění, musí si tento výkon zaplatit hotově. Každá agentura musí mít proto vypracovaný ceník služeb. Klient musí být vždy upozorněn, která služba je hrazena z pojištění a kterou si bude platit sám. Poslední z možností financování domácí péče je prostřednictvím různých nadací, grantů nebo sponzorských darů (In: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/> [online] cit. 2012-10-30).

### **1.5.1 Formy domácí péče a její náplň**

Kalvach a kol. (2011) společně s Jarošovou (2007) rozdělují domácí péči o seniory do pěti základních forem. Jako první formu uvádějí akutní domácí péče (neboli domácí hospitalizace), která je dle Kalvacha a kol. (2011) určena klientům s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje pobyt v nemocnici nebo může být i jako alternativa hospitalizace. Podle Jarošové (2007) sem také spadá specializovaná péče po operacích nebo úrazech, popřípadě péče při zhoršení chronických onemocnění a je poskytována převážně krátkodobě v rozsahu několika dnů až týdnů.

Druhá forma domácí péče je dlouhodobá domácí péče, která podle Jarošové (2007) patří mezi nejrozšířenější typ domácí péče u nás a je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní a duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Kalvach a kol. (2011) se shoduje s Jarošovou (2007), že nejčastěji jsou těmito klienty lidé po mozkových příhodách, s roztroušenou

sklerózou, s plným nebo částečným ochrnutím nebo lidé se závažným duševním onemocněním či chronickou bolestí. Často je tato forma péče poskytována několik měsíců i řadu let a bývá doplňována i sociální péčí.

Jako další typ domácí péče lze považovat preventivní domácí péči, která je určena klientům, kterým doporučí ošetřující lékař pravidelné monitorování zdravotního i duševního stavu (Jarošová 2007). Kalvach a kol. (2011) sem řadí měření fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu a sledování celkového stavu klienta. Tato forma domácí péče bývá poskytován v určité frekvenci (týdně, měsíčně), jak ji na základě celkového stavu klienta určí lékař.

Mezi služby domácí péče patří také hospicová péče, která je někdy nazývaná paliativní domácí péčí. Tento typ péče bývá poskytován umírajícím klientům. Pracovníci domácí péče poskytují odbornou péči, která zahrnuje i management bolesti, emociální podporu a mírnění utrpení klienta a jeho blízkých v procesu umírání (Jarošová 2006).

Jako poslední formu domácí péče uvádí Jarošová (2006) takzvanou domácí péče ad hoc, která umožňuje alternativní využití domácí péče k provedení jednorázových výkonů jako je např. jednorázová aplikace injekce nebo odběr biologického materiálu.

Všechny druhy domácí péče jsou poskytovány prostřednictvím agentur domácí péče (ADP), kdy sestry pracující v těchto agenturách musí splňovat zákonem daná kritéria. Sestra musí mít ukončeno kvalifikační vzdělávání dle platných právních norem, dále musí mít minimálně pět let praxe a z toho minimálně dva roky odborné praxe u lůžka (Jarošová 2007). Dle Bickové (2010) mohou pracovat v domácí péči pouze sestry, které jsou schopné se samostatně rozhodovat i za psychicky vypjatých situací, schopné komunikovat s klientem a jeho rodinou i v mimořádně obtížných podmínkách a jsou schopny přizpůsobovat se několikrát denně podmínkám jednotlivých domácností i požadavkům pacientů.

Jarošová (2006) uvádí, že ačkoliv domácí péče může poskytovat zdravotní péči primární (edukace, terapeutické a diagnostické výkony) i sekundární (prevence vzniku komplikací), bývá nejčastěji zaměřena na terciární zdravotní péči, která má za cíl dokončit léčebný proces a zlepšit zdravotní stav nemocného. Domácí péče se zaměřuje



na komplexní a základní péči, na léčebné výkony, rehabilitaci, edukaci, paliativní péči, na upevnění, ochranu a návrat zdraví s důrazem na nezávislost seniora a na minimalizaci následků onemocnění. Jarošová (2006) dělí ošetrovatelskou péči v domácí péči na přímou a nepřímou. Přímá ošetrovatelská péče je prováděna sestrou v úzkém kontaktu se seniorem a jeho rodinou. Spadají sem všechny ošetrovatelské výkony, které sestra u něho provádí, dále sem spadá fyzické vyšetření, hodnocení klienta, převazy, aplikace injekcí, zavedení katétrů či infuzní terapie. Také se sem řadí edukace seniora i jeho rodiny, pomoc s osvojením určitých návyků a chováním podporující zdraví. K nepřímé ošetrovatelské péči řadí Jarošová (2006) sesterské aktivity, které se týkají zkvalitňování a koordinace péče, např. konzultace s odborníky, účast na poradách či zpracování dokumentace.

Sestra, pracující v domácí péči, by dle Kalvacha (1995) měla také poskytovat ošetrovatelské poradenství rodině seniora, aby i rodina mohla plnit svou ošetrovatelskou roli. Zejména jde o problematiku stlaní lůžka, polohování imobilního seniora, antidekubitární režim a pomůcky vhodné k polohování, péče o pokožku, péče o nohy, poučení o kontrakturách, používání jednoduchých ošetrovatelských pomůcek (např. pleny), vhodné dietní opatření, dostatečná hydratace, prevence flebotrombózy či principy mobilizace. Současně s poradenstvím by sestra měla rodinu podporovat, povzbuzovat a oceňovat její snahu.

### **1.5.2 Výhody a nevýhody domácí péče**

Domácí péče oproti ústavní péči má pro seniora mnoho výhod. Jak již bylo výše zmíněno, domácí péče poskytuje zdravotní péči nemocnému v jeho domácím prostředí a tím udržuje rodinu pohromadě (Haškovcová 2002). Kalvach (2004) i Haškovcová (2002) se shodují, že nemocný senior se ve svém prostředí cítí lépe a to vede k rychlejšímu uzdravení. Domácí prostředí zlepšuje jeho psychický stav, vylučuje stres z přemístění, vznik nozokomiálních nákaz (Haškovcová 2002), maladaptčního

syndromu, nepříznivé dopady hospitalizace (tzv. hospitalizmus), či otřesení identity a důstojnosti v ústavním prostředí. A v neposlední řadě snižuje náklady na zdravotní péči, protože péče poskytovaná v domácnosti je levnější než hospitalizace ve zdravotním či sociálním zařízení (Kalvach 2004).

Bicková (2010) uvádí, že pacienti hodnotí domácí péči pozitivně a velmi oceňují činnost jejích pracovníků. Jsou si vědomi náročnosti této práce a váží si obětavosti, se kterou je tato péče poskytována. Dle Bickové (2010) dochází prostřednictvím domácí péče k rychlému přesunu aktuálních informací od pacienta k lékaři a opačně. A také pro řadu pacientů představuje domácí péče spojení s okolním světem.

Bicková (2010) uvádí, že i přes mnohá pozitivna má domácí péče oproti péči ústavní své nevýhody, to především pro sestry, které tuto péči poskytují. Mezi nevýhody může patřit neustále měnící se prostředí pro poskytování péče, náročné přesuny mezi jednotlivými klienty, problémy s měnícími se klimatickými podmínkami, nutnost vlastního transportu pomůcek, materiálu a odpadu, či každodenní nutnost se samostatně rozhodovat.

## **1.6 Ústavní péče o seniory**

Nejlepší místo, kde může starý člověk prožít poslední období života, je rodina. Různé situace a okolnosti (např. zhoršení zdravotního stavu, či omezené schopnosti rodiny) však často nedovolují, aby bylo o seniora postaráno v domácím prostředí. Tehdy nastupuje soustava sociálně zdravotních služeb, kterou si každá společnost vytváří a která může při domácí péči asistovat anebo ji úplně nahradit (Sýkorová a Chytil 2004). Dle Pichauda a Thareaua (1998) v okamžiku neschopnosti starat se o starého člověka doma, nastávají rodině dva nové problémy, a to: učinit konečné rozhodnutí a při tom co nejvíce respektovat vůli seniora, a pak nalézt vhodné řešení a vyhovující místo.

V České republice slouží sociálně zdravotní služby k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, které je potřebují. Sociálně zdravotní služby jsou určeny osobám, které nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale současně jsou

natolik nesoběstačné, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tuto pomoc jim z různých důvodů nemůže poskytnout rodina. Tyto služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb jsou zpoplatněné a hradí si je každý klient sám. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (In: <http://www.mpsv.cz/cs/9> [online] cit. 2013-10-03).

Starý člověk, který zvažuje ústavní péči anebo členové rodiny, kteří uvažují o ústavní péči pro svého seniora, většinou neví, podle jakých kritérií by si měli vybrat konkrétní domov pro seniory, či jiné ústavní zařízení (Venglářová 2007). Iva Holmerová (In Venglářová 2007) uvedla ve známost některá kritéria, které mají pomoci při rozhodování při výběru ústavního zařízení:

- je zařízení otevřené pro návštěvy bez omezení?
- cítíte se při prohlídce příjemně a jste vstřícně přijati?
- usmívají se pracovníci a dorozumívají se pohledem s klienty?
- je možné umístění seniora na zkoušku?
- snaží se personál podporovat samostatnost klientů?
- jak personál respektuje důstojnost seniorů?
- jak personál oslovuje klienty zařízení?
- jak spokojeně klienti vypadají? Jsou spokojeni jako doma?
- budete moci navštěvovat pohodlně a často svého seniora?
- jaké aktivity mají jednotliví klienti k dispozici? Jak jsou vybaveny místnosti pro určené aktivity?
- jak funguje komunikace mezi jednotlivými pečujícími profesemi?

Dále Venglářová (2007) uvádí, že při pobytu v zařízení má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude podléhat pravidelným kontrolám a bude přizpůsobován jeho aktuálním potřebám,
- že bude rozhodovat o svém způsobu života, včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti,

- že jeho pobyt mimo zařízení nesmí být omezován, stejně tak i jiné kontakty včetně návštěv, telefon nebo pošty,
- že péče o něj bude odborně vedena specialistou geriatrem, pokud jeho stav bude vyžadovat složitější péči a ošetřování.

Rheinwaldová (1999) podotýká, že ať už jsou senioři umístěni do ústavní péče z jakéhokoliv důvodu, měli by tam najít nový a bezpečný domov, kde mohou spokojeně žít. Pobyt v ústavním zařízení by měl seniorům poskytovat nejen potřebnou zdravotní péči a bydlení, ale také i motivaci k životu a k navrácení jeho smyslu. Pichaud a Thereau (1998) uvádí, že nejenom senior potřebuje pomoc při vstupu do ústavního zařízení, ale také i rodina, která má mnohdy pocit viny. Pokud se tohoto pocitu viny nezbaví, může se stát, že se tento pocit přemění v agresivitu vůči personálu. Velkou výhodou je dle Pichauda a Thereaua (1998), když se rodiny mohou podílet na životě seniora v ústavní péči.

### **1.6.1 Druhy dlouhodobé ústavní péče**

Čevela a kol. (2012) dělí ústavní péči na zdravotní a sociální. Do sociální péče spadají domovy pro seniory (dříve domovy důchodců), domovy se zvláštním režimem a domovy s pečovatelskou službou.

Domovy pro seniory jsou určeny zpravidla pro občany, kteří mají nárok na starobní důchod a zároveň potřebují komplexní péči, kterou jim nelze zajistit v jejich domácím prostředí za pomoci rodiny nebo agentury domácí péče. Dále sem mohou být přijímáni senioři, kteří tento pobyt potřebují z jiných závažných důvodů (Králová a Rážová 2005). Domovy poskytují služby ubytovací, stravovací, sociální péče a případně další doplňkové služby. V současnosti poskytují asi 38 000 míst. Mezi sociální zařízení spadají také domovy se zvláštním režimem, které nabízí pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo pokud jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Domovy s pečovatelskou službou jsou určeny pro bydlení seniorů, kterým jejich zdravotní stav

umožňuje vést samostatný život s podporou terénních a ambulantních služeb (Čevela a kol. 2012).

Zdravotní péči poskytují léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) či oddělení následné péče (ONP). Tato oddělení zajišťují následnou či dlouhodobou dočasnou péči o pacienty ve stabilizovaném stavu, kteří nepotřebují nemocniční služby, ale nemohou být propuštěni do domácího prostředí (Čevela a kol. 2012). Dle Kalvacha a kol. (2011) jde nejčastěji o seniory imobilní, inkontinentní, s pokročilým syndromem demence či s chronicky se nehojícími ranami, což je činí velmi náročné na ošetřování a mnohdy jde o péči doživotní. Dle Jarošové (2006) jsou tato zařízení určena pro nemocné ve stabilizovaném stavu či pro pacienty, kteří potřebují časově delší léčebný rehabilitační program a mají reálnou možnost propuštění. Velmi často jde o seniory přeložené z jiných nemocničních oddělení. Při příjmu do tohoto typu zařízení je senior komplexně posouzen a je mu stanoven léčebný a rehabilitační plán se zaměřením na zlepšení soběstačnosti. Dále je u něho během pobytu prováděna geriatrická rehabilitace, nácvik denních činností, ergoterapie, aktivizace či komplexní péče o nemocné po cévní mozkové příhodě. Tato zařízení mají za cíl navrátit či zlepšit soběstačnost seniora nebo jeho schopnost samostatného života. V LDN převládá péče ošetrovatelská a služby sociální (Čevela a kol. 2012), protože dle Kalvacha a kol. (2011) mnozí senioři mají potřeby smíšené. Kalvach a kol. (2011) uvádí, že v ČR se počet těchto lůžek pohybuje asi kolem 7000. Někdy jsou klienti formálně propuštěni domů, nebo na několik dní přeloženi na jiné oddělení, z důvodu dodržení dočasnosti pobytu, a pak jsou znovu přijati zpátky (Kalvach 2004).

V porovnání s jinými odděleními není hospitalizace na LDN častější, ale výrazně delší. LDN se také vyznačují větší mírou úmrtností pacientů nad 75 let než jiná oddělení, ale tato úmrtí jsou vesměs očekávaná (Kalvach 2004). V budoucnosti se uvažuje v souvislosti se zákonem dlouhodobé péče o převedení části kapacity pobytových sociálních služeb i LDN do nového typu zařízení zdravotně sociálních ústavů dlouhodobé péče (Čevela a kol. 2012).

Dalším typem ústavní zdravotní péče pro seniory jsou dle Jarošové (2006) ošetrovatelská oddělení, kde je poskytována převážně ošetrovatelská péče. Senioři jsou

na tato oddělení umístování za předpokladu, že je stanovena diagnóza a léčebný postup s těžištěm v základním ošetřovatelství a potřeba základní péče přesahuje možnosti domácí péče. Zdravotní stav seniorů je stabilizovaný nebo neovlivnitelně progredující. Náplní tohoto oddělení je zajišťování základních potřeb a důstojnosti nemocného, jeho aktivizace, rehabilitace fatických poruch, antidekubitární režim, převazy a ošetření dekubitů a bérceových vředů, podávání léků (včetně nitrožilní aplikace), sledování základních fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu, zvýšený dohled nad dementními pacienty, sledování psychického stavu a zvládnání neklidu, ošetřování stomií, drénů a kanyl. Dále tato oddělení spolupracují s rodinou, sociálními službami a domácí péčí. Jarošová (2006) uvádí, že tato oddělení si kladou za cíl zlepšení či udržení stávajícího stupně soběstačnosti a kvality života a zachování důstojnosti včetně terminální péče. Kalvach a kol. (2011) řadí tato oddělení mezi LDN s režimem zaměřeným na ošetřovatelství. Specifické místo má dle Kalvacha (2004) v oblasti zdravotní péče o seniory gerontopsychiatrie, která bývá většinou součástí psychiatrických léčen. Péče na gerontopsychiatrii je převážně dlouhodobá s malou nadějí na návrat do domácího prostředí. Péče na těchto odděleních je plně hrazena ze zdravotního pojištění.

Mezi ústavní zdravotní péči patří také hospice, kde je poskytována paliativní péče seniorům, kteří trpí nevléčitelným onemocněním. Hospic patří mezi typ ústavního zařízení, kde je kladen důraz na léčbu bolesti a úzkosti, na kvalitu terminálního života a na komunikaci (Kalvach 2004). Myšlenka hospice vychází z úcty ke člověku jako k jedinečné a neopakovatelné bytosti a z potřeb pacienta (biologických, psychických, sociálních a spirituálních). Hospic neslibuje vyléčení ani uzdravení, ale také nebere naději. V hospici nejde o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až do smrti. Hospic dává možnost nepřetržitého kontaktu seniora s rodinou a nepečuje pouze o nemocného, ale pomáhá i rodině vyrovnat se s jeho smrtí. Hospic může sloužit i jako respitní péče v době, kdy si chce pečující rodina odpočinout. Náklady na respitní péči si hradí rodina sama (Vorlíček a kol. 2004).

### 1.6.2 Důvody vedoucí k pobytu v ústavní péči

Na rozhodnutí o nástupu do zařízení dlouhodobé péče se podílí několik vzájemně propojených faktorů. Kalvach (2004) řadí mezi hlavní faktory funkční stav klienta, náročnost jeho domácího prostředí, kapacita, úroveň a pověst zařízení, sebehodnocení pacienta, jeho zdravotní stav a prognostický výhled, sociální podmínky (rodinný vztah, finanční zázemí), postoje a zájmy okolí. Hlavním důvodem k přijetí do zařízení dlouhodobé ústavní péče je špatný zdravotní stav a ztráta soběstačnosti v domácím prostředí, zdravotní obtíže - převážně pády, demence či imobilita, dále může jít o nedostatek financí na úhradu nájmu, ale také o upřednostňování vlastních zájmů některých členů rodiny. Velkou roli hraje sociální status seniora, protože v ústavních zařízeních, zdravotních i sociálních převažují lidé, kteří nežijí v partnerském vztahu (Kalvach 2004).

Délka pobytu v ústavní péči je různá. Kalvach (2004) rozděluje ústavní služby podle délky pobytu nebo podle naléhavosti umístění na pobyty akutní, které bývají většinou krátkodobé. Tyto pobyty se týkají nemocniční péče nebo akutní hospitalizace ze sociálních důvodů. Dále může jít o pobyty subakutní, které jsou časově omezené a zpravidla trvají 3 měsíce. Tyto služby mohou mít charakter rekonvalescentně rehabilitační či léčebný, diagnostický, respitní, který slouží k zajištění nesoběstačného klienta po dobu nepřítomnosti rodiny, či k oddechu rodiny při dlouhodobé péči v domácím prostředí. Nebo také může jít o důvod azylový, při nemožnosti pobytu v domácím prostředí z důvodu havárie, kalamity nebo při výskytu zneužívání a týrání. V neposlední řadě se také může jednat o pobyty chronické, dlouhodobé, které jsou mnohdy i trvalé. Tyto služby mohou být poskytované v zařízeních, které zajišťují pouze základní zdravotní péči (sem spadají ústavy sociální péče a domovy pro seniory) nebo v zařízeních, která poskytují převážně zdravotní péči. Tato péče je poskytována v odborných léčebných ústavech nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných. Dle Kalvacha (2004) jen malá část seniorů (asi 3-5% starších 60 let) potřebuje dlouhodobě trvalou ústavní péči. Čevela a kol. (2012) uvádí, že v současné době chybí v ČR asi 15 000 míst v ústavní péči. Ale zároveň připouští, že tento údaj lze považovat za diskutabilní, neboť mnohé z žádostí jsou podány zároveň v několika různých institucích

s velkým časovým předstihem, či pro případ náhlého zhoršení stavu seniora v budoucnosti.

### **1.6.3 Nevýhody ústavní péče o seniory**

Umístění seniora do ústavního zařízení představuje zásadní změnu v jeho životním stylu a je pro něho velkou zátěží, která je závislá na okolnostech, které jsou spojeny se ztrátou jeho zázemí (Sýkorová a Chytil 2004). Sýkorová a Chytil (2004) se společně s Friedmannem (2005) shodují, že starý člověk se v neznámém prostředí špatně orientuje, ztrácí pocit bezpečí a umístění do zařízení může vnímat jako signál blížícího se konce života. Život v ústavním zařízení má svoji typickou organizovanost a svá vlastní pravidla. Orientace v novém prostředí může být pro staršího člověka značně obtížná, protože byl navyklý na jiný způsob života v jiném prostředí a jeho vlastní adaptační mechanismy jsou již oslabené. Friedmann (2005) dále upozorňuje na možnost omezení nebo ztráty vazby s rodinnou i se společenským děním v okolí. Dále dle Friedmanna (2005) může dojít ke ztrátě plnoprávné občanské pozice, kdy senior může být chápán jen jako subjekt péče a jeho práva jsou omezena. Dle Sýkorové a Chytila (2004) znamená umístění do zařízení ztrátu soukromí, ztrátu motivace vykonávat všední činnosti, na které byly dříve zvyklí, a které jim chybí. Starší lidé proto přijímají odchod do ústavního zařízení jako nutnost v situaci, kdy není možné z nějakého důvodu zůstat v domácím prostředí.

Dle Pokorné (2010) se v ústavní péči vyskytuje poměrně často i ageismus, což je věkem podmíněná a společensky vysoce nebezpečná diskriminace. Ageismus se v institucionální péči může projevat v rámci ošetřovatelství ze strany personálu jak devalvující nebo hyperprotektivní chování, vyhýbání se kontaktu se seniorem, předpokládáním snížené schopnosti a vytváření pocitu závislosti. Dále sem patří odepírání či omezování nákladných léčebných postupů z důvodu věku, zneužívání a špatné zacházení se seniory, či nepřiměřené hodnocení kompetencí. Minibergerová a Dušek (2006) uvádí, že jedním z důvodů vzniku ageismu vůči seniorům je strach ze smrti, protože smrt vzbuzuje strach a není na ni nahlíženo jako na přirozenou součást



lidského života. Dalším důvodem je kladení velkého důrazu na mládí a krásu, kdy staří lidé jsou ignorováni a zobrazováni negativně.

#### **1.6.4 Vývoj dlouhodobé péče**

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj uvádí, že potřeba dlouhodobé péče poroste exponenciálně s věkem a většinu této péče budou potřebovat lidé 80tiletí a starší. Skutečnou potřebu služeb dlouhodobé péče lze posuzovat podle počtu starších lidí a počtu lidí v nejvyšších deceniích, dále podle počtu nesoběstačných lidí, podle poměru mezi formální a neformální péčí a také podle nákladů na péči (Organisation for economic co-operation and development 2005). Očekává se, že po roce 2010, dojde k velkému růstu počtu seniorů. Pokud tito senioři budou mít zajištěno vhodné bydlení, budou ústavní péči z této populace potřebovat asi jen 4% (Kalvach 2004).

V současnosti se v zahraničí objevuje snaha vytvářet seniorská centra, kde bude k dispozici ošetrovatelská péče, která bude poskytována jak uvnitř centra, tak i v domácnostech seniorů. Dále je zřejmá snaha nahradit velké ošetrovatelské komplexy pro několik set pacientů malými komunitními projekty se speciálně vyškoleným personálem a podporovat komunitní centra pro denní pobyt, důsledně rozvíjet individualitu poskytovaných služeb dle potřeb klientů, zapojení dobrovolníků a využívání moderních technologií a kompenzačních pomůcek. Vyspělé státy se snaží omezit ústavní formy péče a případnou ústavní péči zkvalitnit a humanizovat, rozvíjet terénní péči, podporovat význam rodiny a přirozené sociální sítě a diferencovat nabídku služeb a zařízení v souvislosti s bydlením ve vlastním bytě s využitím terénních služeb popřípadě bydlením v zařízeních poskytující doplňkové služby (Kalvach 2004).

#### **1.7 Péče o pacienty seniory**

K poskytování kvalitní zdravotní péče patří zájem o pacienta, respekt k jeho osobnosti a vůli, s maximálním možným ponecháním kompetencí a s důrazem na nepodceňování jeho schopností. Důležité je posilovat pacientovu zodpovědnost,

naslouchat tomu, co říká, ale také to vnímat a chápat (Kalvach 2007). Profesionální péče o seniory dle Haškovcové (2012) musí být vždy vysoce odborná, bezpečná a organizačně dobře zajištěná, protože nemocní senioři jsou křehcí pacienti, jejichž choroby se navzájem ovlivňují a mají své zvláštnosti. Mezinárodní akreditační komise Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) považuje seniory za vysoce rizikové pacienty, protože mnohdy nejsou schopni projevit své požadavky, nerozumějí ošetrovatelskému procesu a nemohou zasahovat do rozhodnutí týkající se jejich péče. Vysokou míru rizika u pacientů seniorů zdůvodňuje jejich vyšším věkem a zdravotním stavem. Proto nemocnice, kde se pečuje o seniory, by měly mít vypracovány standardy, podle kterých je péče o oslabené a nesoběstačné seniory upravena zvláštním vnitřním předpisem (Joint Commission International 2004).

Celková péče o seniory musí vycházet z holistického pojetí, musí zdůrazňovat funkční zdatnost a musí eliminovat psychosociální faktory, které by mohly vést ke zvyšování subjektivnímu pocitu nemocnosti (Kalvach 1997). Dále je nutné dle Jarošové (2007) mít na paměti princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky. Ve všech oborech medicíny je kladen důraz na zkracování hospitalizace, omezení dlouhodobého nebo trvalého ústavního pobytu, či na netradiční formy péče o staré občany, a proto je nutné dbát na individuální přístup. Je důležité zdůrazňovat demedicalizaci (důraz na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí a na autonomii), deinstitucionalizaci (upřednostnění ošetení v domácím prostředí, rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti), desektorializaci (týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesní péče) a deprofesionalizaci, kam spadá podpora rodiny, využití sousedské pomoci, seniorské svépomoci či dobrovolnictví. Pichaud a Thereau (1998) v souvislosti s péčí o seniory upozorňují na vznik infantilizace, která starého člověka staví do pozice „nezletilého“, který nejen že nemůže nic dělat, ale také se neumí v ničem rozhodnout. Tato situace může nastat tehdy, když se starý člověk stává závislým na pomoci druhých, což může vést ke zvyšování pasivity seniora a jeho závislosti na cizí pomoci.

Kalvach (1995) definoval několik hlavních zásad pro poskytování péče seniorům. Jedna z jeho zásad je, aby nedocházelo k podceňování banálních onemocnění, zranění ani sociální krizí. Dále je nutno u seniorů počítat s atypičností a mikrosympatologií chorob, je zapotřebí pamatovat na dehydrataci, hypotermii a depresi, chránit pacienty před imobilitou a inaktivitou a také akutní léčbu provádět vždy v čas. Nemělo by se zapomínat na bezpečnost, na rozvíjení ošetřovatelského poradenství a na spolupráci s rodinou. Profesionální péče o seniory dle Haškovcové (2012) musí být vysoce odborná, bezpečná a organizačně dobře zajištěná. Mor a Katz (2008) tvrdí, že v současné době se jen málo lékařů specializuje na obor geriatric a to i přesto, že počet starých lidí se neustále zvyšuje. Počet certifikovaných lékařů geriatric neustále klesá a tak se stává, že většina zdravotníků pečujících o seniory nemá potřebné vzdělání v této problematice, což se může odrážet v nejednotné péči o seniory. Mor a Katz (2008) uvádějí, že asi přibližně 2 miliony starších Američanů potřebuje dlouhodobou specializovanou péči a očekává se, že tento počet stoupne v průběhu několika desetiletí až o polovinu.

Seniorům by měla být vždy, bez ohledu na zdravotní stav a funkční zdatnost zajištěna důstojnost, respektování osobnosti, soukromí a studu. Seniori by vždy měli mít zajištěno přístřeší, ošacení, potravu, pitnou vodu a základní zdravotní péči. Také by se měla seniorům ponechat jejich autonomie, kontrola nad dnem a umožnění rozhodování. Velmi často se stává, že poskytovaná zdravotní péče je zaměřena pouze na základní zabezpečení a odborné výkony bez ohledu na autonomii, smysluplnost a důstojnost seniora (Kalvach a Onderková 2006). Takovouto péči není možné považovat za kvalitní, protože může docházet k těžkému a dlouhodobému poškození pacienta. Dle Rheinwaldové (1999) by se v dnešní době již neměly vyskytovat zařízení, kde seniori čekají jen na jídlo, léky a jsou jim zajišťovány nejnižší potřeby jako je strava, vyprazdňování, spánek, a kde se zapomíná duševní i duchovní potřeby. U starých lidí by mělo docházet k rovnoměrné péči o fyzické, mentální a duchovní potřeby, ale také i o uspokojování společenských a rekreačních požadavků. Rheinwaldová (1999) říká, že u každého seniora je třeba sledovat cíl péče, který má jeho současný stav zlepšit nebo zabránit jeho zhoršení. Hudáková a Majerníková (2013) k cílům dlouhodobé péče

řadí i rehabilitaci a předcházení zdravotnickým komplikacím. Dále je třeba dle Rheinwaldové (1999) udělat odklon od čistě lékařského modelu k modelu, který přemýšlí o seniorech jako lidech v biologicko-fyziologicko-socio-psychologickém pojetí.

### **1.7.1 Dělení geriatrických pacientů**

Ošetrovatelskou péčí o seniory by měly poskytovat sestry se speciální kvalifikací (geriatrická sestra). Németh (2009) uvádí, že péče v geriatrici má být komplexní, kontinuální, aktivizující, preventivní a plánovaná. Z ošetrovatelského hlediska doporučuje Kalvach a Onderková (2006) dělit seniory (geriatrické pacienty) do následujících kategorií:

- **zdatní senioři** – mají bez ohledu na věk dobrou fyzickou zdatnost, mohou vykonávat náročnější činnosti a zvládají i náročnější zdravotnické výkony. Rehabilitace po operacích u zdatných seniorů probíhá velmi dobře. Ošetrovatelský proces u těchto seniorů vyžaduje jen drobné úpravy.
- **nezávislí senioři** – zvládají dobře aktivity každodenního života a za běžných okolností nepotřebují žádnou podstatnější podporu rodiny ani pečovatelské služby. V situacích, které s sebou přinášejí neobvyklou zátěž (pooperační stav, těžší onemocnění), tito lidé většinou selhávají. Při ústavním ošetrování většinou nepotřebují speciální péči.
- **křehcí senioři** – jsou výrazně ohroženi náhlou dekompenzací zdravotního či funkčního stavu, náhlou nezabezpečeností (např. neschopnost vstát po pádu). Nevládají zátěžové situace a potřebují trvalou dopomoc při náročnějších každodenních činnostech. V ústavní péči vyžadují zvýšený dohled s prevencí a zvládnutí imobilizačního syndromu a při propuštění do domácího prostředí obvykle potřebují pomoci od terénních služeb (pečovatelská služba) či asistenci rodiny.
- **závislí senioři** – zčásti nebo zcela nevládají ani běžné sebeobslužné činnosti z tělesných nebo duševních důvodů. Vyžadují pomoc při jídle, mytí, oblékání, při používání toalety či při přesunu z lůžka do křesla a zpět.

- zcela závislí senioři – jsou dlouhodobě nebo trvale upoutáni na lůžko, popřípadě mají těžké kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí. Tito senioři vyžadují aktivní zajištění antidekubitární péče, výživy a hydratace. U nemocných této kategorie hrozí riziko vzniku imobilizačního syndromu.
- umírající senioři – mají specifické potřeby a vyžadují komplexní paliativní péči.

Ondrušová (2011) uvádí, že ve většině vyspělých zemí dochází ke zlepšování funkčního stavu seniorské populace, ale zároveň připouští, že charakteristika budoucích seniorů bude odlišná od současné seniorské populace a to díky vyššímu vzdělání, větší aktivitě a lepšímu zdravotnímu stavu ve vyšším věku.

### **1.7.2 Ošetrovatelský proces u seniorů**

Bicková (2010) společně s Jarošovou (2006) uvádějí, že ošetrovatelská péče poskytovaná agenturou domácí péče probíhá stejně jako ve zdravotnickém zařízení prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces u starších pacientů musí být podřízený specifikům seniora, která jsou ve vzájemné interakci mezi sestrou a seniorem (Németh 2009). Kalvach a Onderková (2006) zdůrazňují, že v rámci ošetrovatelského procesu je nutno zabránit poklesu pacienta na nižší úroveň jeho funkční zdatnosti, ale naopak se musí usilovat o její důsledné zachování či zlepšení v rámci rehabilitačních a rekondičních postupů.

Dle Jarošové (2006) první fáze procesu nastává hned při prvním kontaktem se seniorem. Dernárová a Rybárová (2008) uvádějí, že posouzení v rámci ošetrovatelského procesu představuje komplexní bio-psycho-sociální zhodnocení starého člověka s respektováním osobitostí geriatrického věku. Při odběru informací může sestra využít různé dotazníky, formuláře, měření či pozorování. Jarošová (2006) připomíná, že spolu se seniorem se na sběru dat podílí i jeho rodina a dohromady vytváří plán péče. Pro poskytování lepší ošetrovatelské péče, naplňování potřeb a k identifikaci rizik u pacienta seniora Kalvach a Onderková (2006) doporučují využít různé testy a škály, které slouží k posouzení dané oblasti. Mezi nejznámější patří test ADL dle Bartelové, který je využíván k posouzení základních denních činností. Test Bartelové se dle Hauke

(2011) používá při hodnocení schopnosti seniora v oblasti příjmu potravy, oblékání, hygieny, vyprazdňování a mobility. Při všech těchto činnostech se hodnotí, zda je senior schopen výkon provést sám, zda potřebuje pomoc jiné osoby, nebo jestli je zcela závislý na pomoci jiných. Topinková a Neuwirth (2002) uvádí, že hodnocení testu ADL je založeno na vyjádření pacienta nebo pečující osoby, částečně i na přímém pozorování pacienta při jeho vyšetření. Společně s testem ADL je dle Topinkové a Neuwirtha (2002) někdy využíván i instrumentální test všedních činností (AIDL), který opět hodnotí schopnost vykonávat samostatně, s pomocí nebo vůbec dané činnosti, jako je např. telefonování, nakupování, vaření, úklid, používání dopravních prostředků, práce kolem domu, užívání léků a schopnost spravovat si vlastní finance. Dále je v praxi dle Kalvacha (2007) hojně využíván test k hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové, kde zdravotnický personál hodnotí celkový zdravotní stav pacienta, jeho duševní zdraví, aktivitu, inkontinenci a mobilitu a na základě těchto položek je pacient obodován a je mu stanoveno riziko vzniku dekubitů. Mikula a Müllerová (2008) dále uvádí, že k posouzení vzniku dekubitů lze použít i škálu podle Bradenové či škálu podle Waterlowa, která je používána např. ve Velké Británii. K posouzení kognitivních funkcí a k vyloučení nebo k potvrzení syndromu demence se provádí test podle Folsteinových (Kalvach 2007), který se nazývá Minimální vyšetření mentálního stavu (Mini Mental State Examination - MMSE). Topinková a Neuwirth (2002) uvádí, že MMSE hodnotí orientaci, paměť, pozornost, mluvenou i psanou řeč a konstruktivní schopnosti. Problematické je použití tohoto testu u nemocných s poruchou sluchu nebo zraku, kdy může dojít k dosažení horších výsledků než je skutečnost. Kalvach (2007) ke zjištění přítomnosti demence používá i tzv. test s hodinami, kdy má pacient nakreslit hodinový ciferník a nastavit ručičky na určitý čas. K posouzení přítomnosti deprese ve stáří Kalvach (2007) využívá škálu podle Yessavage, která je dle Topinkové a Neuwirtha (2002) zařazena do screeningového vyšetření, pokud pacient jeví známky smutku, nezájmu o okolí. Jarošová (2007) pro nepřímé posouzení funkčního stavu hospitalizovaného seniora doporučuje měření zátěže ošetrovatelského personálu pomocí testu ošetrovatelské zátěže dle Svanborga, kde se hodnotí pohybové schopnosti nemocného, hygiena, jídlo, vyprazdňování, dekubity a spolupráce s nemocným.

Nemocný je obodován dle svých schopností a výsledný počet bodů převeden na čas, který je potřebný na provedení daného výkonu – čím je pacient méně soběstačný (má více bodů), tím více času potřebuje zdravotnický personál k uspokojení jeho potřeb (Staňková 2001).

Výhoda standardizovaných hodnotících testů dle Topinkové a Neuwirtha (2002) spočívá v možnosti cíleně se ptát pacienta na řadu specifických problémů, na které by se lékař nezeptal nebo by je nevyšetřil. Testy a škály také slouží jako mnemotechnické pomůcky, které pomáhají usnadnit vyšetření. Sestra by měla umět pomocí testů správně seniora geriatricky posoudit a zjistit, jak funguje v běžném životě a jaké faktory ho ovlivňují (Jarošová 2006). Dle Krajčíka (2008) toto hodnocení odhalí mnohé problémy, které jsou při běžném vyšetření těžko rozpoznatelné, ale pro pacienta jsou velmi významné.

Na základě zjištěných informací sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy, při jejichž stanovení může použít různé klasifikační systémy. Přímo pro ošetrování v domácí péči byl sestaven např. Home Health Classification System (Stanhope a Lancaster 2000), který je využíván v zahraničí. Jarošová (2006) dále uvádí, že za stanovení diagnóz odpovídá sestra. Németh (2009) říká, že ošetrovatelská diagnóza udává, v které oblasti senior potřebuje pomoci. U starých lidí se nejčastěji vyskytují problémy v somatické, psychické anebo sociální oblasti, které mohou být spolu úzce propojené, mají dlouhodobý charakter a vyžadují neustále ošetrovatelské intervence.

Na základě stanovených diagnóz sestra spolu se seniorem a jeho rodinou sestaví cíle a formuluje plán péče (Jarošová 2006). Plán ošetrovatelské péče je realizován pomocí ošetrovatelských intervencí, které mají senioru pomoci s obtížemi, které byly zjištěny v rámci ošetrovatelských diagnóz (Németh 2009). U pacientů seniorů vznikají v důsledku polymorbidity a stařeckých změn mnohé potřeby, které vyžadují celou řadu ošetrovatelských intervencí (Poledníková 2006). Németh (2009) uvádí, že naplánované ošetrovatelské intervence musí respektovat osobitosti starého organismu a jeho aktuální stav.

Po navržnutí plánu péče následuje realizace intervencí, při kterých sestra využívá schopnosti seniora a pracuje s ním (Derňárová a Rybárová 2008). U pacientů

seniorů je důležitou podmínkou úspěchu realizace posouzení aktuálnosti intervence, neboť v průběhu několika hodin se může stav seniora změnit a naplánovaná intervence nemusí být aktuální (Németh 2009). Poledníková (2006) uvádí, že ošetřovatelský plán u seniora nemůže být fixní, ale podléhá měnícím se okolnostem a stavu seniora. V této fázi procesu je užitečné zapojit do péče nejen seniora, který se tak bude cítit užitečný, ale i členy jeho rodiny, což vede k zvyšování důvěry mezi sestrou a rodinou (Németh 2009).

Na závěr celého ošetřovatelského procesu se provádí hodnocení, které má zjistit, do jaké míry se dosáhlo vytyčeného cíle. Závěry hodnocení pak určují, zda mají ošetřovatelské intervence pokračovat, změnit se anebo skončit (Derňárová a Rybárová 2008). U geriatrických pacientů probíhá vyhodnocení stejně jako u mladších pacientů. Németh (2009) uvádí, že pozitiva při vyhodnocování ošetřovatelského procesu bývají nepatrné, a proto se musí dbát na maximální trpělivost ze strany seniora, jeho rodiny a ošetřujícího personálu.



## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

Cílem výzkumné práce „Domácí péče versus ústavní péče o seniory z hlediska ošetřovatelství“ je porovnat ošetřovatelskou péči o seniory, která je poskytována v jejich domácím prostředí s péčí v ústavních zařízeních, a to jak z pohledu sestry, která péči poskytuje, tak z pohledu rodiny daného seniora. Po zformulování cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky.

1. Jak se liší poskytována péče v domácnosti od péče ústavní?
2. Jak jsou rodiny seniorů informovány o možnosti poskytování zdravotnické péče v domácnosti?
3. Jak jsou rodiny seniorů spokojeny s poskytovanou péčí v ústavních zařízeních?
4. Jak jsou rodiny seniorů spokojeny s poskytovanou péčí v domácnosti?
5. Jaké jsou nejčastější důvody k umístění seniora do ústavní péče z pohledu rodinných příslušníků?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody a techniky sběru dat**

Pro výzkumnou část práce byla zvolena kvalitativní forma výzkumu, protože bylo nutné získat velké množství dat, které by poskytly odpovědi na výzkumné otázky. K získání dat byl použit hloubkový polostrukturovaný rozhovor, který byl veden se sestrami a s rodinnými příslušníky seniorů, jehož cílem bylo získat detailní informace o dané problematice. Získané data byla zaznamenána pomocí diktafonu v podobě audiozáznamu a poté přepsána do textové podoby. Textová podoba záznamu byla opakovaně pročitána a následný rozbor celého záznamu byl uskutečněn pomocí metody barvení textu. Písemné záznamy byly doplněny i vlastními postřehy z pozorování při komunikaci seniora a jeho rodiny.

Účast na výzkumu byla dobrovolná, osloveným rodinám byla vysvětlena podstata výzkumu a byl od nich získán jejich souhlas s vedením rozhovoru. Informovaný souhlas s rozhovorem byl pouze ústní a bylo v něm zdůrazněno, k jakému účelu budou získané data použita. Dále byly v rámci souhlasu všechny zúčastněné rodiny ujištěny o anonymitě a dobrovolnosti na výzkumném šetření. Z tohoto důvodu nejsou uvedeny ve výzkumné práci jejich jména. Součástí souhlasu bylo také zaznamenání rozhovoru na diktafon. Pouze u jedné rodiny se stalo, že příbuzní odmítli záznam rozhovoru na diktafon, tudíž byl rozhovor zaznamenán písemně do předem připraveného dokumentu. Oslovené rodiny seniorů byly vybrány po konzultaci s ošetřujícím personálem.

U sester v domácí péči i v ústavní péči byl výzkum proveden s písemným souhlasem hlavní sestry nemocnice. Oslovené sestry se samy rozhodly, zda se budou chtít na výzkumném šetření podílet a zda s rozhovorem souhlasí. Souhlas s rozhovorem vybraných sester byl pouze ústní a bylo taktéž jim slíbeno zachování anonymity. Také tyto rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a posléze přepsány do písemné podoby.

Sběr informací potřebných pro výzkumnou část probíhal od dubna do července roku 2013.

### 3.2 Výběr výzkumného souboru

Jako výzkumný soubor jsem si stanovila všeobecné sestry, které pracují na oddělení Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN). Tyto sestry jsem zvolila z několika důvodů. Prvním důvodem byly častější hospitalizace seniorů oproti jiným oddělením, tudíž sestry na těchto odděleních pracují převážně se starým pacienty. Dalším důvodem byla délka hospitalizace seniorů na těchto oddělení, která je výrazně delší. Svou roli také hrál fakt, že sestry z LDN musí mít velký přehled o různých onemocněních, neboť na LDN se překládají pacienti ze všech oddělení nemocnice. U sester, se kterými jsem plánovala dělat rozhovor, jsem požadovala platnou registraci pro výkon nelékařského zdravotnického povolání bez odborného dohledu a určitou délku praxe. Minimální délka praxe musela být jeden rok na daném oddělení. Délku praxe jsem považovala za nutnou, aby sestry dokázaly správně popsat jednotlivé činnosti, které v rámci péče o seniory provádějí a byly si vědomi jejich významu.

Sestry z domácí péče jsem si určila jako protipól k sestřím z ústavní péče, protože právě ony navštěvují nejčastěji v rámci zdravotnické péče jednotlivé seniory v jejich domácnostech. Také u těchto sester jsem požadovala platnou registraci a délku praxe minimálně jeden rok, neboť sestra z domácí péče pracuje sama a musí se umět rozhodnout za každé situace. Praxi příkládám důležitost, protože práce v domácí péče je velmi rozmanitá a sestra začátečnice nemá dostatek zkušeností s poskytováním péče tohoto druhu.

Souběžně se sestrami z LDN jsem si také vybrala pacienty z jejich oddělení, respektive jejich rodiny. Důvodem tohoto výběru byl fakt, že občas sestry dělají výkony, které někdy hodnotí zcela jinak než pacient. Roli zde hrála také skutečnost, že na věci nebo činnosti, které jsou pro pacienty prioritou, může sestra nahlížet jinak. Při volbě pacientů a jejich rodin jsem zohledňovala délku jejich hospitalizace a také frekvenci návštěv jejich příbuzných.

Pacienty a jejich rodiny z domácí péče jsem si zvolila, abych mohla porovnat jednotlivé činnosti, které jsou pro všechny nemocné společné, neboť se domnívám, že budou jisté rozdíly v péči o seniory mezi nemocnicí a agenturou domácí péče. Seniory z domácí péče jsem si vybírala podle četnosti návštěv sestry domácí péče (minimálně

tříkrát týdně) a podle délky užívání jejich služeb (minimálně dva celé týdny). Tyto dva ukazatele jsem považovala za důležité, neboť rodiny seniorů a senioři, kteří jsou klienty domácí péče jen občas nebo krátkou dobu, nemohou zcela objektivně poskytnutou péči zhodnotit v dlouhodobém hledisku.

### **3.3 Charakteristiky výzkumného souboru**

Celý výzkumný soubor se dá rozdělit na dvě hlavní skupiny, kde první skupinu tvoří sestry a druhou rodiny seniorů. Skupina sester se dále dělí podle místa výkonu práce na sestry pracující v agentuře domácí péče a na sestry pracující na oddělení dlouhodobě nemocných. Taktéž rodiny seniorů se dělí na rodiny pečující o seniora doma a na rodiny, které chodí navštěvovat seniora na oddělení dlouhodobě nemocných.

O rozhovor byly nejprve požádány sestry, které pracují v agentuře domácí péče minimálně jeden rok a mají platnou registraci dle zákona č. 96/2004 Sb. Rozhovor s jednotlivými sestrami byl uskutečněn dle individuální domluvy s písemným souhlasem vedení domácí péče. Tento souhlas mi udělila hlavní sestra nemocnice, pod kterou agentura domácí péče spadá. S tímto souhlasem jsem pak hned ten samý den zašla do kanceláře domácí péče, která se nachází přímo v areálu nemocnice. Tam jsem se přítomným sestrami představila, vysvětlila důvod své návštěvy a předložila jim schválený souhlas k výzkumu. V domácí péči pracuje celkem pět sester. V den mé první návštěvy byly v kanceláři přítomny jen dvě sestry, které souhlasily s účastí na výzkumu. S těmito dvěma sestrami jsem si domluvila individuální schůzky po jejich pracovní době. Při další návštěvě jsem získala ještě jednu sestru ochotnou podílet se na šetření. Taktéž s touto sestrou jsem si domluvila schůzku po její pracovní době. Jednu sestru jsem musela odmítnout, protože nesplňovala mnou požadovanou délku praxe. Poslední sestra, kterou jsem oslovila, se po seznámení s metodou a obsahem rozhovoru odmítla šetření účastnit.

Sestry pracující na oddělení dlouhodobě nemocných byly ze stejné nemocnice, jak sestry z domácí péče, tudíž jsem mohla použít stejný souhlas k povolení výzkumu, který jsem měla pro domácí péči (v písemném souhlase byly zmíněny sestry pracující

v domácí péči, tak i sestry pracující na oddělení dlouhodobě nemocných). Na oddělení dlouhodobě nemocných jsem se obrátila na vrchní sestru oddělení, které jsem se nejprve představila a vysvětlila jí účel své návštěvy i to jak bude šetření probíhat. Dále jsem předložila povolení k provedení šetření, které schválila hlavní sestra nemocnice a požádala o souhlas k šetření na daném oddělení. Vrchní sestra souhlasila, ale jen v případě, že bude z šetření vynechána a nebude se muset na něm nijak podílet. Ne všechny sestry na oddělení LDN souhlasily s rozhovorem, a ty které souhlasily, chtěly napřed vidět otázky rozhovoru, aby se na ně mohly připravit. Celkem jsem oslovila dvanáct sester, z kterých s rozhovorem souhlasily tři. Polovina ze všech oslovených sester se nechtěla na rozhovoru nijak podílet a tři sestry jsem odmítla, protože nesplňovaly podmínky, které jsem si stanovila (jedna ze sester neměla požadovanou délku praxe a další oslovené sestry byly zdravotničtí asistenti).

Vrchní sestra z oddělení LDN, která souhlasila s provedením rozhovorů u svých sester, mi také umožnila provedení rozhovorů s rodinami pacientů na oddělení a sama mi doporučila, kteří pacienti a jejich rodiny by se mohli k rozhovoru hodit. Také k uskutečnění rozhovoru s rodinami seniorů jsem měla udělený souhlas od hlavní sestry nemocnice. Rodiny seniorů v léčebně dlouhodobě nemocných byly vybírány na doporučení ošetřujícího personálu, kdy musely navštěvovat svého příbuzného pravidelně a to minimálně jednou týdně. Dále tento příbuzný musel být hospitalizován na oddělení alespoň po dobu dvou týdnů a musel být starší 65 let. Rozhovor probíhal přímo na oddělení v době jejich návštěvy příbuzného. Staniční sestra příslušného oddělení, vždy zjistila, zda je rodina ochotná podílet se na šetření a poté mě představila rodině i nemocnému senioru. Já jsem jim následně vysvětlila, o co se bude jednat a jak rozhovor bude probíhat. Rozhovor s každou rodinou proběhl přímo v době jejich další návštěvy u nemocného seniora na oddělení. Celkem bylo vytipováno 20 pacientů a jejich rodin. Po bližším přezkoumání bylo následně osloveno 12 rodin, zbývajících osm pacientů s rodinami jsem musela vyloučit, neboť i když souhlasili s rozhovorem, nesplňovali délku pobytu na oddělení, pravidelnost návštěv nebo jejich příbuzný byl mladší, než byla mnou stanovená věková kategorie. Z oslovených rodin jich sedm rozhovor přímo odmítlo a další dvě rodiny si vzaly čas na rozmyšlení a radu s dalšími

příbuznými. Nakonec i tyto dvě rodiny odmítly, takže rozhovor byl uskutečněn pouze u třech pacientů a jejich rodin. Dva rozhovory byly vedeny na pokojích seniorů – jeden senior měl nadstandardní pokoj a byl tam sám, druhý senior byl ležící, a proto musel zůstat na pokoji, kde byli i ostatní pacienti. Třetí rozhovor se seniorem proběhl v jídelně, kam si on sám ve společnosti rodiny došel. Při rozhovoru mluvila jak rodina daného seniora, tak i sám senior, který doplňoval informace rodiny, zvláště ty které se týkaly provozu oddělení.

Rodiny seniorů, které využívají služeb agentur domácí péče, byly taktéž vybrány po konzultaci se sestrami z domácí péče. Tyto rodiny musely využívat služeb domácí péče minimálně po dobu dvou týdnů, kdy sestry navštěvovaly jejich domácnost alespoň třikrát do týdne a ošetřovaly jejich příbuzného, který byl starší více než 65 let. Jakmile jsem sestry seznámila s těmito kritérii, vyhotovily seznam potenciálních respondentů. Ty pak následně daná sestra z agentury domácí péče při své návštěvě oslovila a předběžně se jich vždy zeptala, zda mají zájem podílet se na výzkumu. V případě souhlasu mě kontaktovala a na další návštěvu seniora mě vzala sebou. Při návštěvě seniora a jeho rodiny jsem jim vždy vysvětlila, v čem bude rozhovor spočívat a v případě jejich souhlasu, jsme se domluvili na termínu, kdy bude rozhovor uskutečněn. Po vzájemné domluvě nakonec všechny rozhovory proběhly hned v ten samý den. Rozhovory s těmito rodinami probíhaly v jejich domácím prostředí. U všech rozhovorů byl přítomný i ošetřovaný senior, který se také zapojoval do rozhovoru. Celkem bylo v první fázi vytipováno asi 30 rodin seniorů. Při oslovení sestrou rozhovor odmítlo 21 rodin. Zbývajících devět rodin jsem navštívila, ale po podrobném vysvětlení účelu a obsahu rozhovoru svou účast na výzkumném šetření dvě rodiny zamítly, z důvodu nedostatku času na rozhovor a další čtyři rodiny si svůj předchozí souhlas mezitím rozmyslely.

Celkem jsem nakonec provedla 12 rozhovorů, kdy šest z nich bylo se sestrami a šest s rodinami pacientů. Sestry v domácí péči i v ústavní péči byly rovnoměrně zastoupené, vždy tři ku třem. Taktéž rozhovory s rodinami pacientů proběhly tři v ústavní péči a tři v domácí péči.

	Sestry		Rodiny pacientů	
	LDN	ADP	LDN	ADP
<b>Celkem osloveno</b>	12	5	20	30
<b>Odmítlo</b>	6	1	9	27
<b>Souhlasili</b>	6	3	11	3
<b>Vyloučeno</b>	3	1	8	0
<b>Uskutečněný rozhovor</b>	3	3	3	3

### 3.4 Průběh rozhovorů

#### 3.4.1 Sestry LDN

##### Sestra č. 1

Sestra č. 1 pracuje na oddělení LDN již dva a půl roku. Na oddělení nastoupila hned po dokončení vyšší odborné školy, kde na konci studia získala titul Diplomovaný specialista. Rozhovor se uskutečnil přímo na sesterně zmiňovaného oddělení v době její sobotní služby. Již dříve jsem jí zaslala okruhy témat, kterých by se měl rozhovor týkat, takže si odpovědi mohla v klidu promyslet. Během celého rozhovoru byla milá a přátelská. Úplně na konci mi řekla, že nemá v plánu zůstat na LDN, protože to nepovažuje za perspektivní oddělení, ale že by chtěla zkusit i jiné stanice. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

##### Sestra č. 2

Sestra č. 2 pracuje ve zdravotnictví již sedm let. Ze začátku pracovala dva roky na interním oddělení, kdy byla pouze na záskok za sestru na mateřské dovolené. Po jejím návratu jí bylo nabídnuto místo na LDN, které přijala. Sestra č. 2 má vystudovanou střední zdravotnickou školu a v poslední době zvažuje podání přihlášky na vysokou školu na kombinované studium oboru Všeobecná sestra. Celý rozhovor proběhl opět na

oddělení LDN v denní místnosti sester, ale až po skončení její ranní služby. Sestra během celého rozhovoru ochotně spolupracovala. Na některé otázky potřebovala více času na rozmyšlenou, který jsem jí ochotně poskytla. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

### **Sestra č. 3**

Rozhovor se sestrou č. 3 proběhl mimo areál nemocnice. Domluvily jsme se, že na ni počkám před oddělením, až jí skončí směna. Poté jsme si šly sednout do blízké kavárny, kdy bylo klidné prostředí. Sestra č. 3 má vystudovanou střední zdravotnickou školu a na oddělení LDN B pracuje už třináct let. Hned po škole nastoupila na chirurgické oddělení, z kterého odešla po dvou letech na mateřskou. Když se vrátila zpátky do zaměstnání, bylo místo volné jen na LDN. Vzala to na přechodnou dobu a už tam zůstala. Jak sama říká, zůstala tam hlavně kvůli kolektivu sester, který je tam stabilnější než chirurgii a na LDN si tak zvykla, že by už jen nerada oddělení měnila. Na této sestře bylo vidět, že práce na LDN ji skutečně baví. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

## **3.4.2 Sestry ADP**

### **Sestra č. 1**

Sestra č. 1 má vystudovanou střední zdravotnickou školu a pracuje v domácí péči již pátým rokem. Než nastoupila jako sestra do domácí péče, pracovala šest let na interním oddělení. Se sestrou jsem si domluvila schůzku po její pracovní době v kanceláři domácí péče. Sestra souhlasila se záznamem na diktafon a svěřila se mi, že již jednou rozhovor pro vypracování diplomové práce absolvovala. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

### **Sestra č. 2**

Sestra č. 2 pracuje v domácí péči už sedm let. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu, po které hned nastoupila do nemocnice na neurologické oddělení. Tam pracovala čtyři roky a po té přešla k agentuře domácí péče. I s touto sestrou proběhl rozhovor v kanceláři domácí péče. Sestra po celou dobu rozhovoru byla velmi



ochotná a na závěr rozhovoru projevila velký zájem o moji práci a zajímala se, zda by si ji mohla někdy přečíst. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

### **Sestra č. 3**

Se sestrou č. 3 jsem první kontakt navázala pomocí elektronické pošty, přes kterou jsme se domluvily na osobním setkání. To proběhlo opět v kanceláři domácí péče, kde se také uskutečnil celý náš rozhovor. Sestra č. 3 má vystudovanou střední zdravotnickou školu a ještě má ukončenou vyšší odbornou školu. V agentuře domácí péče pracuje asi čtyři roky, ale jak sama říká, „čas rychle běží“ a jí to připadá jako chvíle, kdy tady začínala. Celý rozhovor se sestrou probíhal v příjemné atmosféře a bylo vidět, že ji povídání o práci v domácí péči těší. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

## **3.4.3 Rodiny LDN**

### **Rodina č. 1**

Pacienta č. 1 a jeho rodinu mi doporučila staniční sestra oddělení LDN. Jednalo se o pána ve věku 69 let, který byl přeložený s korzetem na LDN z neurologie. Zde čeká, až se uvolní místo na RHB v Prostějově. Má zaplacený nadstandardní pokoj. Na oddělení je druhý týden. Dle vyjádření personálu je to pán, který je nekonfliktní a velmi komunikativní. Každý den za ním chodí na návštěvu manželka. Při první návštěvě jsem mluvila pouze s pacientem, který s rozhovorem souhlasil i za manželku. Následně jsem si domluvila další setkání, u kterého byla přítomna i jeho žena. Tu již pacient informoval o účelu mé návštěvy a paní taktéž souhlasila. Rozhovor proběhl ještě ten den přímo na pokoji pacienta a v jeho přítomnosti. Na začátek rozhovoru jsem je ujistila, že vše je anonymní a požádala je o souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon. Rozhovor od pacienta je pro lepší orientaci označen kurzívou, odpovědi manželky jsou ponechány standardním typem písma. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

## **Rodina č. 2**

Pacienta č. 2 a jeho rodinu mi taktéž doporučila staniční sestra oddělení LDN. Pacient č. 2 byla paní, která byla po operaci levého kolena. Jednalo se o totální endoprotézu kolenního kloubu. Paní ve věku 71 let již v minulosti prodělala stejnou operaci na druhé noze. Na oddělení LDN byla přeložena z ortopedického oddělení před třemi týdny. Staniční sestra oddělení mi paní doporučila, protože si ráda popovídá a zrovna měla u sebe na návštěvě i dceru. Staniční sestra mě pacientce i její dceři představila a já jsem jim následně vysvětlila, o co se bude jednat. Dcera i pacientka po ujištění, že vše bude anonymní, s rozhovorem souhlasily. Rozhovor proběhl ještě ten den v jídelně na oddělení, protože pacientka sdílela pokoj spolu s dalšími dvěma pacientkami, které také měly návštěvu. Dcera jen nesouhlasila se záznamem na diktafon, a proto celý rozhovor byl zaznamenán písemně. Pacientka i její dcera byly velmi příjemné a odpovídat na mé otázky jim nečinilo potíže. Výpovědi od pacientky jsou pro lepší orientaci označeny kurzívou, výpovědi dcery jsou ponechány standardním typem písma. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

## **Rodina č. 3**

Stejně jako oba předešlé pacienty, tak i pacienta č. 3 a jeho rodinu mi doporučila staniční sestra oddělení LDN. Jednalo se o sedmdesátiletého muže, který je na oddělení již měsíc a má Alzheimerovu chorobu. Na oddělení LDN byl přeložen z interního oddělení na žádost rodiny, která již nebyla schopna sama péči zvládat. Pacient byl na pokoji společně s dalšími dvěma muži. Pacient je zcela ležící a moc nekomunikuje s okolím. Rozhovoru se účastnila pouze jeho vnučka, která u něho byla právě na návštěvě. Celý rozhovor proběhl na pokoji u pacienta. Vnučka pacienta byla ujištěna o zachování anonymity a souhlasila se záznamem rozhovoru na diktafon. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

### 3.4.4 Rodiny ADP

#### **Rodina č. 1**

Rodinu č. 1 a jejího pacienta mi pomohly kontaktovat sestry z domácí péče, které tam jezdí třikrát týdně na převazy dekubitu a amputované nohy. Klient domácí péče je muž ve věku 69 let, který žije s manželkou v blízkém městečku v bytě družstevního domu. Klient i jeho manželka souhlasili s rozhovorem již při první nabídce sestry a při příští návštěvě mi osobně souhlas potvrdili. Rozhovor proběhl s manželkou za účasti jejího manžela, který ale nechal veškerý hovor na manželce a rozhovoru se jen pasivně účastnil. Celý rozhovor probíhal v příjemné atmosféře a paní byla velmi ráda, že si s někým může popovídat o svém manželovi. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

#### **Rodina č. 2**

K rodině č. 2 jsem se dostala opět přes sestry z domácí péče. Sestra, která danou rodinu navštěvuje, oslovila dceru pacienta a přednesla jí nabídku k rozhovoru. Dcera si nechala pár dní na rozmyšlenou a nakonec s rozhovorem souhlasila. Vzhledem k tomu, že skoro nikdy není přítomna u návštěvy sestry u domácí péče, poskytla mi na sebe kontakt a společně jsme se domluvily na podrobnostech našeho setkání. Setkání proběhlo u nich doma bez přítomnosti jejího otce, za kterým domácí péče jezdí. Dcera byla velmi příjemná a bylo na ní vidět, že jí nečiní problém povídat si o tomto tématu. Na konci rozhovoru jsem jí poděkovala za ochotu a čas, který mi věnovala. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

#### **Rodina č. 3**

Rodinu č. 3 a jejich příbuznou mi opět doporučily sestry z domácí péče, které tam dojíždí pravidelně třikrát denně. Důvodem jejich návštěvy je aplikace inzulínu a dle požadavku ošetřujícího lékaře měření krevního tlaku a odběr krve. Pacientka, u které jsou tyto výkony prováděny, bydlí v panelovém bytě bez výtahu. Společně s pacientkou tam žije její vnučka, která se o babičku stará. Setkání s vnučkou mi domluvily sestry z domácí péče a s jejím souhlasem mi poskytly adresu bytu. Rozhovor s vnučkou proběhl v bytě pacientky za její přítomnosti. Pacientka sama se do rozhovoru zapojovala

a doplňovala převážně informace o tom, jak probíhají návštěvy sester z domácí péče. Během celého celý rozhovor byla vnučka i její babička velmi vstřícná a snažily se odpovídat co nejpodrobněji. Odpovědi pacientky jsou pro lepší orientaci označeny kurzívou, odpovědi vnučky jsou ponechány standardním typem písma. Celý záznam rozhovoru je k dispozici na CD příloze.

#### 4. Kategorizace

K lepšímu vyhodnocení výzkumného šetření jsem si určila jednotlivé kategorie, které mi posloužily k lepší redukci dat. Hodnocené kategorie byly stanoveny na základě výzkumných otázek a jednotlivých podotázek, na které jsem se v průběhu rozhovoru zaměřila (viz příloha 4). U výzkumné otázky č. 1 bylo mým cílem zjistit, jak jsou rodiny seniorů informovány o domácí péči, a proto jsem stanovila kategorii *Informovanost*, kde mě zajímalo, jak jsou rodiny seniorů informováni, kdo jim tyto informace poskytuje, či zda mají již předchozí zkušenost s ADP. U výzkumné otázky č. 2 jsem se zaměřila na důvody hospitalizace seniora na LDN, a proto tato kategorie nese název *Umístění na LDN*. Úkolem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější důvody hospitalizace z pohledu rodinných příslušníků. Proto jsem se zajímala nejen o důvody, které k hospitalizaci na LDN vedly, ale také i o to, zda seniorům byla nabídnuta jiná možnost péči nebo kdo jim hospitalizace doporučil. Výzkumná otázka č. 3 byla zaměřena na odlišnosti mezi domácí péčí a ústavní péčí, a proto byly stanoveny následující kategorie *Pitný režim + stravování, Polohování + dekubity, Hygiena, Převoz, Podávání léků, Vyprazdňování, Volný čas nemocných, Zázemí seniora, Chování personálu a Chování rodiny*. Tyto kategorie mají pomoci odhalit rozdíly v nejčastěji poskytovaných výkonech a následně péči v jednotlivých oblastech porovnat mezi sebou. Otázky byly zaměřeny převážně na zjištění toho, jak daný výkon, či službu zajišťuje sestra v nemocnici, sestra v domácí péči a jak se na daném výkonu či službě podílí rodina v domácnosti a rodina, která chodí na návštěvy. Díky velké podobnosti výzkumné otázky č. 4: Jak jsou rodiny seniorů spokojeni s poskytovanou péčí v ústavních zařízeních? a výzkumné otázky č. 5 Jak jsou rodiny seniorů spokojeni s poskytovanou péčí v domácnosti?, jsem se je v rámci šetření rozhodla spojit a vytvořit pro tyto otázky stejné kategorie, ve kterých budu jednotlivé výpovědi porovnány mezi sebou. Pro tyto dvě otázky byly dohromady stanoveny kategorie *Výhody domácí péče/ústavní péče* a *Nevýhody domácí péče/ústavní péče*, na které jsem se zaměřila, jak z pohledu nemocného seniora, jeho rodiny, tak i z pohledu sestry. Také pro tyto dvě spojené

otázky byla stanovena kategorie *Hodnocení poskytované péče*, kdy mě zajímalo, jak ji jednotliví účastníci hodnotí a také co jejich hodnocení ovlivňuje.

#### 4.1 Informovanost

Pro zlepšování spokojenosti pacienta je nezbytné, aby ošetřující personál byl dostatečně informován o možnostech jiných typů péče, než je nemocniční prostředí. V současné době se hodně mluví o domácí péči, kterou mohou využívat téměř všichni nemocní senioři. Na tom, že domácí péče přináší mnoho výhod pro pacienta, se shodly všechny oslovené sestry. Jednotný názor, o tom kdo by měl tyto informace nemocnému senioru poskytovat, již neměly. Nejčastěji uváděly, že informace o domácí péči poskytuje lékař oddělení, sociální pracovnice nebo sami sestry. Sestra č. 2 přímo říká: *„Na chodbě máme přímo i letáky, které informují rodinu o službách, které domácí péče nabízí a jak je možné ji kontaktovat.“* Ostatní sestry pracující na LDN na možnost využití domácí péče upozorňují pouze rodiny, které se zajímají o svého nemocného příbuzného. Sestra č. 3 říká: *„Pokud vidíme, že rodina má skutečně zájem o svého příbuzného, který nepotřebuje nutně být v nemocnici, tak jim doporučujeme, aby kontaktovali domácí péči a zvážili využití jejich služeb.“* Také připouští, že se i někteří pacienti senioři sami zajímají o jinou možnost péče než v nemocnici: *„Nejvíce se oni zajímají senioři, kteří nejsou tak vážně nemocní a zvládli by žít doma s pomocí sester, které podle potřeby je dojedou ošetřit.“*

Sami hospitalizovaní pacienti a jejich rodiny přiznávají, že informace o domácí péči dostali od ošetřujícího lékaře nebo sestry, ale tyto informace byly nedostatečné nebo zkreslené. Z rozhovoru s jednotlivým příbuzným pacientů vyplynulo, že většina oslovených pacientů i jejich rodiny si zaměňují domácí péči s pečovatelskou službou. Jeden z pacientů na přímou otázku o domácí péči uvedl: *„Doktor z neurologie mě sice chtěl pustit domů a nabízel nějakou pečovatelskou službu, která by za mnou každý den jezdila, ale tu jsem odmítl. Nemám s ní žádnou zkušenost a jediné co vím, je že pečovatelská služba vozí lidem domů obědy.“* Tuto skutečnost potvrzují i sami sestry

pracující v domácí péči a uvádějí, že i mnozí jejich klienti si pletou domácí péči s pečovatelskou službou.

Oslovení senioři a jejich rodiny z domácí péče si potřebné informace získaly mnoha různými způsoby. Všichni shodně uváděli, že si první informace ohledně domácí péče museli převážně obstarat sami. Pouze rodina pacienta č. 2 uvedla: „*První informace o domácí péči nám poskytl ošetřující lékař a jeho sestra, ale to už bylo před několika lety. Takže, když jsme zvažovali domácí péči pro mého otce, tak už jsme trochu věděli, jak to probíhá a kde si získat potřebné informace.*“

#### **4.2 Umístění na LDN**

Na oddělení LDN bývají hospitalizováni pacienti z různých oddělení nemocnice a všech věkových kategorií. Nejpočetnější skupinu ale tvoří právě senioři. Tuto skutečnost si uvědomují všechny sestry, které tento stav dávají do souvislosti s častými překlady z jiných oddělení, ke kterým dochází z důvodu doléčení akutního onemocnění či zlepšení pooperačního stavu daného seniora. Mimo pacienty k doléčení jsou častými a dlouhodobými klienti i senioři, kteří mají zhoršenou soběstačnost a nemají blízké příbuzné. Sestra č. 2 pracující na LDN uvádí: „*Podle mě jsou nejčastěji na LDN hospitalizováni staří pacienti po CMP, s diabetem nebo CHOPN a také staří, o které se nemá kdo postarat a jsou to tzv. ležáci.*“ Stejný názor jako sestry z nemocnice, zastávají i sestry pracující v agentuře domácí péče, které vidí největší problém v nefunkční rodině seniora, což pak vede, při jeho zhoršeném zdravotním stavu k pobytu v nemocnici. Také oslovení pacienti a jejich rodiny uvedli, že na oddělení LDN byli přeloženi právě z jiné ošetrovací stanice a to právě z důvodu doléčení a nutnosti uvolnění lůžka pro jiné pacienty. Celkově se i výpovědi rodin shodují s výpověďmi sester, neboť i oslovené rodiny uvádí jako nejčastější příčinu hospitalizace na oddělení doléčení nebo zhoršení aktuálního stavu seniora. Dále také poukazují na chybějící rodinu, které také může být jednou z příčin hospitalizace. Rodiny využívající domácí péči také vyslovily domněnku, že někteří senioři jsou na LDN umístěni vlastní rodinou, která nejeví zájem o jejich péči a chce se prostřednictvím nemocnice zbavit svého příbuzného. Podobný názor má

i sestra č. 3 z ADP, která si myslí, že: *„Některé rodiny využívají LDN i jako zařízení, kde mohou odložit svého příbuzného, který už na tom není zrovna nejlépe.“*

O rozhodnutí přeložení pacienta na jiné oddělení rozhoduje vždy ošetřující lékař. Mnohdy se tak děje i bez předchozího upozornění příbuzných a bez možnosti se rozhodnout. *„Celé rozhodování bylo značně rychlé. Já jsem se o něm dozvěděla, až jak mi manžel zavola, že ho překládají sem.“* říká rodina č. 1. Příbuzní dalšího pacienta toto tvrzení také potvrzují: *„Moc dlouho jsme se rozhodovat o přeložení na LDN nemohli, víceméně to bylo rozhodnutí lékaře na interně.“*

Vzhledem k většímu počtu hospitalizovaných seniorů dochází na oddělení i častěji k výskytu pacientů v terminálním stadiu. Respondentka č. 1 pracující na LDN k této skutečnosti říká: *„Jsou tu taky lidé v terminálním stádiu, hlavně proto že poblíž není žádný hospic.“* Podobný názor měla i sestra č. 3, která potvrdila, že umírající senioři spolu s imobilními seniory tvoří početnou skupinu pacientů na oddělení.

#### **4.3 Pitný režim a stravování**

Plnohodnotná výživa a dostatečný příjem tekutin má velkou roli na uzdravení všech pacientů. V nemocnici jsou senioři odkázáni ve velké míře na stravu, kterou ji připraví a zajistí nemocniční personál v pravidelných intervalech. *„Jídlo se pacientům podává dle harmonogramu. Každý pacient má určitou dietu, kterou jim předepíše lékař oddělení.“* (sestra č. 3 na LDN). Pokud pacienti nejsou spokojeni se stravováním nebo s velikostí porce, mohou si promluvit s nutričním terapeutem. Tuto možnost uvedly všechny sestry, které terapeuty volají a zprostředkovávají jejich kontakt s pacientem. Pacient č. 1 možnost kontaktu s nutričním terapeutem využil, ale i nadále uvádí: *„Akorát s jídlem nejsem moc spokojený. Není tady vůbec možnost výběru jídla. Diety určuje lékař a podle toho sestry objednávají jídlo v kuchyni. Obědy mi vůbec nechutnají, a to si myslím, že nejsem nějak vybíravý. Už jsem několikrát ležel v jiné nemocnici, ale tam vařili o hodně lépe. Tady jdou na mě porce příliš malé a špatně dochucené. Mluvil jsem i s dietní sestrou, ale ta s tím nemůže nic moc dělat. Velikost porce je pro všechny pacienty standardní a většině lidí to stačí.“* zcela opačný názor na



kvalitu jídla má rodina pacienta č. 3: „*Myslím si, že kvalita jídla je velmi dobrá a od dob co jsem byla naposledy v nemocnici, se hodně zlepšila a to nejen chuťově, ale i v rozmanitosti potravin.*“

Někteří pacienti kromě nemocniční stravy mají i vlastní potraviny, které si mohou uchovávat v lednici na oddělení. „*Většina pacientů má ještě nějaké jídlo od rodiny, která jim to nosí na přilepšenou např. různé ovoce, jogurty, vody k pití.*“ říká sestra č. 2. Mnohdy právě pouze jídlo donesené od příbuzných je ochotný pacient přijímat. Tuto zkušenost má i rodina č. 2, jejichž příbuzný po přijetí do nemocnice odmítal jíst nemocniční stravu a přijímal pouze potravu, kterou mu donesli jeho příbuzní. Pitný režim u pacientů sestry na oddělení zajišťují pravidelným roznášením čaje a pobízením k pití. „*Hlavně v letních měsících obcházíme pokoje a připomínáme pacientům, aby nezapomínali na pití, popřípadě jim doléváme čaj do skleniček a dáváme napít. U ležících pacientů sledujeme příjem tekutin pomocí bilančního záznamu, který mají nejčastěji poležený na stolku a každý, kdo jim dá napít, tam napíše, kolik toho pacient vypil. Noční služba to pak všechno sečte, zapíše do dokumentace a porovná s výdejem.*“ (respondentka č. 3 LDN). Rodina pacienta č. 2 má však na dodržování pitného režimu jiný názor. „*Napít by mu měli dávat sestry, on si sám nedosáhne na stolec pro láhev s čajem, ale pokaždé když dojde někdo z nás na návštěvu, tak první co dělá je, že žádá o pití. Tak nevím, jestli mu sestry napít během dne dávají nebo má takovou žízeň.*“

Domácí péče oproti nemocnici vyznačuje zcela jiným režim v oblasti výživy. Za stravování a za dodržování pitného režimu si zodpovídá sám senior nebo jeho rodina. „*Některé rodiny mají zajištěnou pečovatelku, která každé ráno přijde, pomůže senioru se umýt, obléct a nachystá mu snídani.*“ říká sestra č. 3. Pokud žije senior sám a není schopen si z nejrůznějších důvodů zajistit oběd, může využít nabídky místní charity či jiného zařízení, které tyto služby poskytují. Také dvě oslovené rodiny tuto možnost využívají. Sestra č. 1 pracující v ADP poukazuje na výhodu domácího stravování, kdy si senior může jíst, kdy chce a nemusí se podřizovat roznášení stravy v nemocnici. Nutriční terapeut v agentuře domácí péče na rozdíl od nemocnice zatím nemá stálé místo. Jeho nepřítomnost si uvědomují všechny sestry z domácí péče, které by jeho

větší možnost spolupráce uvítaly. V současné době konzultaci s nutričním terapeutem zařizují pouze na přání rodiny nebo na přání daného seniora, což potvrdila i rodina č. 2: *„Hned ze začátku, když k nám sestry z domácí péče začaly jezdit, nám domluvíly kontakt s nutričním terapeutem. Doporučení, které nám dal, se snažíme dodržovat, ale ne vždy se to daří.“*

#### 4.5 Polohování a výskyt dekubitů

K zachování zdraví patří i určitá pohybová aktivita. Pacienti, kteří se nemohou sami pohybovat, jsou v tomto ohledu odkázáni na ošetřující personál. Jedná se hlavně o ležící seniory, kteří jsou upoutáni na lůžko a nedovedou si sami změnit polohu. *„Pohyblivost ležících nebo hůře nepohybuujících pacientů zajišťujeme my sestry. Ležící pacienty polohujeme na lůžku a také chodí s nimi cvičit rehabilitační sestra. Jinak pacienti mají možnost využívat k chůzi chodítka či různé hole, pokud to jejich stav vyžaduje. Pokud nemají vlastní, tak jim je půjčujeme po dobu pobytu, aby se mohli projít třeba po chodbě, dojít si na záchod atd.“* (Sestra č. 2 pracující na LDN). K zaujmutí správné polohy pacienta sestry používají různé pomůcky. Nejčastěji se jedná o hady naplněné kuličkami, polštáře, čtverce, klín a kolečka pod paty. Nutnost pravidelného polohování ležících seniorů si uvědomují všechny sestry na oddělení. Sestra č. 3 na LDN říká: *„Ležící pacienty polohujeme pravidelně každé dvě hodiny a zaznamenáváme to do polohovacích listů. Někteří pacienti ty dvě hodiny v dané poloze nevydrží, tak ty pak polohujeme častěji.“* Pravidelné střídání polohy u ležícího pacienta má zabránit vzniku dekubitů, který by výrazně prodloužil dobu hospitalizace. K nejpreferovanějším polohám patří poloha na zádech a na levém a pravém boku. S polohováním seniora a s cvičením je velmi spokojená rodina pacienta č. 3: *„Musím sestry pochválit, že se o dědu dost pěkně starají, protože pokaždé když dojdeme na návštěvu, tak má postel čistou a má i čistou košili, je celý promazaný nikde nemá zatím náznak dekubitů. Také se snaží s dědou trochu cvičit, dopoledne chodí na oddělení rehabilitační sestra a ta s dědou cvičí na lůžku.“* Ačkoliv všechny sestry dbají na prevenci dekubitů, zároveň připouští, že se i přes veškerou péči dekubity u pacientů vyskytují. *„Některým pacientů vzniknou*

*dekubity u nás, i když se opravdu snažíme... Je to hlavně u těch pacientů, kteří nevydrží dlouho na bocích a sami se nám opět přetočí na záda.*“ (sestra č. 1 pracující na LDN). Výskyt dekubitů není typický jen pro oddělení LDN, neboť sestra č. 3 říká: *„Někdy pacient s dekubitem přijde i z jiného oddělení nebo z domova.*“ Každý vzniklý dekubitus se musí řádně zaznamenat do dokumentace pacienta a ošetřit. Jako nejlepší metodu k hojení dekubitů sestry uváděly techniku mokrého hojení ran, která je velmi efektivní, nicméně není dostupná pro všechny pacienty. Proto většinu dekubitů ošetřují dostupnými pomůckami jako je betadina, mastný tyl, inadina .... Na přímou otázku ohledně přítomnosti a práce speciální převazové sestry reagovaly všechny respondentky záporně. Sama sestra č. 1 k této otázce dodává *„Uvítala bych, kdyby na našem oddělení pracovala převazová sestra nebo alespoň docházela. Bohužel nikdo takový tady není.*“

Standardně za všemi pacienty na oddělení také dochází pravidelně fyzioterapeut, který dle ordinace lékaře s jednotlivými seniory individuálně cvičí. *„Ležící pacienti cvičí na lůžku, mobilní pacienti chodí třeba po chodbě nebo s nimi fyzioterapeut dělá nácvik chůze po schodech, některé pacienty učí vstávat z lůžka, chodit s berlami a podobně. Rozsah cvičení vždy závisí na stavu daného seniora.*“ (sestra č. 3 pracující na LDN). Příbuzní seniorů přítomnost fyzioterapeuta potvrzují, neboť mnohdy cvičí s některými pacienty na oddělení v době návštěv.

Polohování a pohybovou aktivitu má v domácí péči z velké části na starosti pečující rodina. Sestry z ADP, které za ležícím či hůře pohyblivým seniorem dojíždějí, mohou rodině ukázat jak správně polohovat, mohou jim doporučit vhodné pomůcky a popřípadě zajistit jejich vypůjčení z agentury. Tuto možnost ocenila hlavně rodina seniora č. 1: *„Sestra z domácí péče nám doporučila elektricky polohovatelnou postel, která by byla pro manžela pohodlnější a lépe by se v ní ošetřoval. Také nám doporučila, kde se taková postel dá půjčit a dala nám i kontakt na charitu, která postele i jiné pomůcky půjčuje.*“ Sestra č. 2 rodinám, pečujícím o ležícího seniora, mimo doporučení vhodných pomůcek radí i ohledně polohování. Doporučuje jim vést si polohovací záznam, kde mají zapisovat, jak často seniora polohují. Jako velký problém při polohování seniora vnímají sestry nedostatek fyzických sil pečující osoby, nebo zapomínání na pravidelné polohování, což má za následek vznik dekubitů. *„Bohužel*

*i v domácí péči se vykytují dekubity z důvodu zanedbání péče, špatné výživy a dehydratace některých seniorů. Ale také často ošetřujeme dekubity u pacientů, kteří jsou přeloženi z nemocnice domů i s dekubitem, který jim během hospitalizace vznikl.“* (sestra č. 1 ADP). S dekubity má zkušenost i jedna dotazovaná rodina, jejichž příbuzný právě s dekubitem přišel z nemocnice. Ošetřování dekubitů se v domácí péči řídí dle ordinace ošetřujícího lékaře. Samotná rodina je důsledně poučena o nutnosti častějšího polohování a odlehčování postiženého místa. *„Pokud u ležícího pacienta se objeví dekubit nebo jen podezření na něho, apeluji na rodinu, aby častěji polohovala a v tomto případě po nich i vyžaduje polohovací záznam ke kontrole.“* (Sestra č. 3 ADP). Vzhledem k tomu, že sestry z domácí péče nejsou u seniora přítomny 24 hodin denně, musí být rodina seznámena s technikou provádění převazu dekubitu, aby v případě potřeby mohla defekt sama ošetřit. Z tohoto důvodu sestry nechávají část materiálu vždy přímo u seniora.

I v domácí péči mají ležící pacienti zajištěno rehabilitační cvičení. Sestra č. 1 pracující v ADP říká: *„Pokud navštěvujeme méně pohyblivého seniora nebo i s omezenou hybností, tak většinou s ním provádíme RHB cvičení, do kterého se snažíme zapojit a naučit provádět i rodinu seniora, aby mohly cvičit pravidelně. Samozřejmě doporučujeme a ukazujeme či pomáháme s nácvikem polohování na lůžku u ležících nemocných a i těchto pacientů provádíme RHB cvičení – převážně se snažíme protahovat svaly a šlachy, aby nedocházelo ke kontrakturám či nějakým deformitám.“* Bohužel fyzioterapeut v této domácí péči nepracuje, a proto veškeré rehabilitační cvičení musí sestry obstarat samy. Sestra č. 2 z ADP k tomu dodává: *„Speciální sestru jako fyzioterapeuta tady nemáme, ale vím, že v některých agenturách přímo jsou.“* Na jeho nepřítomnost si stěžovala i příbuzná od pacientky č. 3: *„Uvítala bych, kdyby za babičkou taky docházela rehabilitační sestra nebo fyzioterapeut.“*

## **4.6 Hygiena**

Provádění hygienické péče je u jednotlivých seniorů ovlivněné jejich zdravotním stavem. Pokud je hospitalizovaný senior hůře pohyblivý, odrazí se to i v jeho přístupu

k hygienické péči. Sestry na LDN mohou ohledně hygieny rozdělit pacienty na tři skupiny. První skupinu tvoří chodící schopní pacienti, kteří se zvládnou umýt sami ve sprše bez pomoci personálu. Druhou a nejpočetnější skupinu tvoří senioři se zhoršenou soběstačností, kdy vyžadují dopomoc při hygieně, a umývají se u lůžka v umyvadle. Do poslední pomyslné skupiny lze zařadit seniory, kteří jsou zcela imobilní, a které musí sestry umýt na lůžku každé den. Sestra č. 2 pracující na LDN k frekvenci hygieny ještě dodává: „*Vždy jednou za týden se berou všichni pacienti do sprchy na vodním lůžku, kde jim myjeme vlasy a stříháme nehty, během toho jim vždy i kompletně přesteleme celou postel.*“ Tuto možnost vítají hlavně rodiny ležících pacientů (např. rodina č.3), protože v domácím prostředí většinou nemají možnost zajistit hygienu ležícího člověka v koupelně.

Protože ležící pacienti nemohou během hygieny opustit pokoj, snaží se ošetřující sestry dodržovat intimitu pacienta pomocí závěsů mezi lůžky, zavíráním dveří a minimem ostatních osob na pokoji. Aby hygienická péče byla poskytována na co nejlepší úrovni, musí sestry používat co největší množství jednorázových pomůcek, aby tak zamezily případnému přenosu infekce mezi pacienty.

I v nemocnici se rodina může zapojit do péče o svého příbuzného. „*Pokud má rodina zájem zapojit se do hygieny, tak není problém, aby kdykoliv odpoledne např. s babičkou došli do sprchy, klidně jim pomůžeme s přemístěním na speciální vozík. Pro některé rodiny to problém vůbec není, záleží na lidech.*“ (Sestra č. 1 z LDN). Pomoc při hygieně pacienta potvrzuje i rodina č. 3, která zároveň upozorňuje i na činnosti, které sestry při hygieně opomíjejí: „*Co sestry moc často nedělají, je holení. Takže vždycky jednou za týden nebo dle potřeby, dědu oholíme, aby nebyl zarostlý.*“ Sestra č. 2 vnímá jako zapojení rodiny do péče o seniora i přinesení pomůcek k hygieně. V případě, že senior sebou žádné hygienické pomůcky nemá, vše mu půjčí sestry na oddělení, ale jak sestra č. 1. říká: „*Hodně pacientů preferuje svůj šampon a sprchový gel, takže pokud ho mají tak používáme jejich.*“

Stejně jako při polohování, tak i pomoc při hygieně zajišťuje v případě potřeby v domácí péči rodina daného seniora. „*Většina seniorů si hygienu obstará sama, a těm, kteří to nezvládají, pomáhá jejich rodina. Také je možnost využít pečovatelské služby,*

*kterou zajišťuje charita, ale tuto službu si musí každá rodina platit sama.“ říká sestra č. 3 z ADP. Pomoc pečovatelky využívá i rodina č. 2, která její činnost hodnotí takto. „O hygienu se také stará pečovatelka. Každý den ráno mu pomůže umýt se u umyvadla a dvakrát za týden mu pomůže do sprchy.“ Jelikož se na hygienické péči nepodílejí sestry z domácí péče, musí si rodina vše potřebné obstarat sama. Sestry z domácí péči jim mohou pouze doporučit některé vhodné pomůcky či přípravky jako je např. pěna na mytí, pasta na ochranu pokožky atd. V domácí péči se při poskytování hygienické péče téměř nevyskytuje problém se zajištěním intimity pacienta. Je to dáno prostředním a daleko menším počtem osob při samotné hygieně.*

#### **4.7 Převoz**

Veškeré defekty pacientů sestry v nemocnici pravidelně převazují za přítomnosti ošetřujícího lékaře. Mezi nejčastější rány patří dekubity, špatně se hojící operační rány, stavy po amputacích nebo po břišních operacích. *„Převaz děláme většinou každý den, ale záleží na umístění rány nebo třeba na to jak prosakuje. To se pak musí převazovat i několikrát denně. Zase v případě použití některých léčivých látek u mokrého hojení ran, se pak převaz dělá jen jednou za tři dny.“* říká sestra č. 2. Technika převazu je podobná jako u dekubitů. I zde sestry dodržují aseptický postup a používají sterilní materiál a nástroje. K převazům používají i různé masti a gely, které aplikují na ránu nebo do jejího okolí. V případě potřeby se některé rány proplachují i roztoky peroxidu či betadiny. K metodám převazu sestra č. 3 dodává: *„Naše oddělení nemá svoji převazovou setru, což si myslím, že je škoda, protože by určitě měla přehled o nejnovějších trendech v ošetřování ran. Občas se na našem oddělení zkouší i nějaká novinka, které má urychlit hojení ran. Většinou jsou to výborné věci, na které ale oddělení nemá peníze. A pokud pár takových lepších věcí máme, tak se to schovává pro těžší případy, kdy klasický postup není efektivní.“*

Mezi nejčastější důvody návštěv domácí péče u seniorů patří převazy různých ran a defektů. I zda platí, že se jednotlivé převazy řídí typem a stavem rány. *„Frekvenci převazů provádíme dle stavu a typu rány. Někdy stačí převaz dvakrát až třikrát za*

*týden, jindy přezujeme každý den. A také záleží na tom, co na ránu dáme. Některé pomůcky vydrží déle či z důvodů funkčnosti musejí být na ráně delší dobu jiné ne.*“ (sestra č. 1 z ADP). Mezi nejčastěji převazované rány sestry z domácí péče uvedly dekubity, bércové vředy a rakovinové nádory. Ačkoliv během převazu není přítomen ošetřující lékař pacienta, sestry postupují dle jeho ordinací a pravidelně mu hlásí, jak se rána vyvíjí. Stejně jako v nemocnici i v domácí péči se během převazu musí dodržovat maximální aseptický přístup a použití sterilních pomůcek, což někdy vzhledem k podmínkám, kde se senior nachází, může být problematické. Sestra č. 1 říká: *„Někdy si část pomůcek necháváme přímo u seniora – to hlavně v případě častých převazů, kdy musí převazovat i rodina.“* Pokud je do převazu zapojena i rodina seniora nebo senior sám, musí být poučena o technice a postupu při převazu. Sestra č. 2 zmiňuje v souvislosti s převazy i zaznamenávání stavu rány do sešitu, který má pacient u sebe. *„Postup převazu a každou svoji návštěvu zapisuji do sešitku, který má pacient u sebe. Slouží to pro kontrolu a také se pomocí toho dá zjistit, jak se rána hojí.“* S uvedenými informacemi souhlasí i rodina pacienta č.1, ke kterému sestry z domácí péče jezdí převazovat dekubit. *„Vždycky než dojedou, tak nachystám potřebné věci k převazu, jako je např. krabici s věci, které si tady nechávají. Jedná se hlavně o obvazy, čtverce, rukavice nebo náplast k přichycení obvazu. Taky tady mají sešit, do kterého zapisují, jak rána vypadá a jak ji ošetřili. Většinou jsem u převazu i já a dívám se, jak to dělají. Občas se totiž stane, že to krytí, co tam dají sestry spadne a je třeba to zavázat znovu.“*

Stejně jako v nemocnici i v agentuře domácí péče chybí převazová sestra, která by dohlížela na všechny převazy a ve spolupráci s lékařem navrhovala nejefektivnější léčbu.

#### **4.8 Podávání léků**

Téměř všichni senioři musí užívat pravidelně nějaké léky. V nemocnici se jim o podávání léků starají sestry, které roznáší dle ordinace lékaře. Každý pacient své léky hned po příjmu na oddělení odevzdává sestřám, které mu je vrátí až v den propuštění či přeložení na jiné oddělení. Sestra č. 3 říká: *„Léky tady dáváme třikrát denně – ráno,*

*v poledne a večer. Pokud jsou některé léky časované, tak je samozřejmě dáváme v pravidelných intervalech. Jsou to hlavně antibiotika a analgetika.“* Sestry dále uvádějí, že většina seniorů dokáže své léky vyjmenovat a ví, kdy má který lék užívat. Sestra č. 3 k tomu dodává: *„Pokud jim lékař změní medikaci a předem jim to neřekne, tak často chodí za námi na sesternu a ptají se, co to je za prášek, protože ho neznají.“* Seniori, kteří si svoji pravidelnou medikaci nepamatují, nosí sebou do nemocnice lístek se seznamem užívaných léků a jejich dávkováním.

Mimo podávání léků jsou sestry zodpovědné i za jeho užití. Chodící pacienti si nachystané léky vezmou sami, u ležících pacientů nebo méně orientovaných pacientů na to musí dohlédnout sestry. Sestra č. 2 pracující na oddělení k podávání léků u ležících seniorů uvádí: *„Většinou ležícím pacientům léky dávám přímo do úst a hned je zapíjejí. U zmatených lidí si pak ještě kontroluji, zda je spolklly všechny.“* Oslovená rodina č. 2, která má na oddělení LDN ležícího seniora podávání léků sestrou popisuje takto: *„Podávání léků, z toho co jsem viděla, vypadá tak, že je sestra donese nachystané v kalíšku, řekne dědovi, ať otevře pusou, nasype mu je tam a dá zapít. Pak akorát zkontroluje, zda je všechny spolknul. Někdy sestra požádá nás, jestli mu je dáme a dohlédneme na to, aby je užil.“* Sestry by měly sledovat účinky všech podaných léků a to jak žádoucí tak i nežádoucí. Nejčastěji se však zaměřují na očekávané účinky léků jako jsou analgetika, antihypertenziva nebo antipyretika, neboť u nich lze jednoduše poznat, zda mají požadovaný efekt. *„U některých léků si můžu sama i zkontrolovat, zda mají požadovaný účinek, např. zda po podání antipyretik klesla teplota, po podání analgetik se ptám, jestli bolest odezněla nebo se alespoň zmírnila, u antihypertenziv změřím tlak atd.“* (sestra č. 3)

Také sestry pracující v domácí péči mají na starosti přípravu a roznášení léků seniorům. Samotné podávání léků a aplikace inzulínu patří spolu s převazy k nejčastějším činnostem sestry v domácím prostředí. Léky sestry podávají seniorům, kteří bydlí sami a na pravidelné užívání léků by mohli zapomínat. Některým seniorům stačí léky nachystat do dávkovače na celý týden, jiným je sestry vozí každý den, což potvrzuje i sestra č. 1: *„Někdy jim léky chystáme my na agentuře a jen jim dovezeme začátkem týdne dávkovač a oni si to už berou sami dle svého rozpisu (jeden kus máme*



*i my a podle něho to chystáme). Některým seniorům vozíme léky i třikrát denně, protože by si je zapomínaly brát nebo by je užily všechny najednou.“ Pokud si senior sám nebo jeho rodina chystají léky, vždy vědí přesně dávkování a jejich množství. Mimo podávání per orálních léků mají sestry na starosti i aplikaci inzulínu, kdy se před samotnou aplikací ujistí, že má senior nachystané jídlo, aby nedostal hypoglykemické kóma. I při podávání léků sestry spolupracují s rodinou seniora. „Ráno a v poledne se stará o léky sestra z domácí péče. Večer je podáváme my i včetně inzulínu. Sestra z domácí péče vždy ráno dojede kolem čtvrt na devět, změří otci cukr pomocí glukometru a pak mu podá inzulín. Také tabletové léky chystá ona. Večer léky podávám já i s inzulínem“ popisuje spolupráci se sestrou v oblasti podávání léků rodina č. 2.*

Sestry z domácí péče by také měly sledovat účinek podaných léků. Jak ale uvádí sestra č. 1 je to značně obtížné: *„Pokud léky rozvážím přímo já, tak čekám, dokud pacient lék nespokne, sleduji průběžně stav pacienta, ale většinou nemám čas tam každý den třeba být půl hodinu navíc a provést např. kontrolní měření tlaku a zjistit zda tlak klesl.“*

#### **4.9 Vyprazdňování**

Sledování vyprazdňování patří mezi činnosti, na které sestry v nemocnici zaměřují hlavně u ležících a méně pohyblivých pacientů. Zvláště vyprazdňování stolice sestry v nemocnici pravidelně sledují a vedou o tom záznamy. Ležící pacienti se většinou vyprazdňují do podložní mísy nebo do plen. Vždy se jim sestry snaží zajistit alespoň trochu soukromí tím, že odejdou z pokoje a také vyzvou ostatní pacienty, aby opustily pokoj. Po vyprázdnění sestry pacienta očistí, upraví a vyvětrají místnost. Rodina pacienta č. 2 v souvislosti s vyprazdňováním upozornila na nedostatek patříčkových pomůcek: *„Sestry se snaží pravidelně měnit kalhotky, vždy když jsou mokré nebo znečištěné, ale sami říkají, že to nemohou provádět tak často jak by bylo třeba, protože mají na každý den omezený počet balení, které jim musí vystačit na celé oddělení. Někteří příbuzní to řeší, tak že nosí vlastní balíky kalhotek a sestry je pak označí jménem pacienta a používají je jen pro něho.“* Všechny sestry také uvedly, že jestliže

pacient trpí zácpou, musí to nejprve konzultovat s lékařem, než mohou podat léky podporující vyprázdnění. *„Pokud není stolice tři dny po sobě, hlásíme to lékaři a ten většinou naordinuje nějaká laxantiva, čípky nebo klyzma.“* říká sestra č. 3. Vyprazdňování moče u ležících seniorů sestry zajišťují nejčastěji pomocí zavedení permanentního močového katétru. *„Tam je nutno kontrolovat, kolik toho vymočí, zda nemají ucpaný katétr nebo se u nich neprojevují známky močové infekce.“* dodává sestra č. 3. Vyprazdňování chodících pacientů stěžuje umístění toalet na oddělení, které není zrovna architektonicky ideálně řešené a na umístění toalet na konci chodby si stěžují i pacienti. *„Záchod je tady na oddělení až na konci chodby a tam bych já nedošla, takže mám u postele pokojový záchod, takže když potřebuji tak to mám kousek.“* říká pacientka č. 2. Pokud pacient nezvládá přemístění z lůžka na pokojové WC má k dispozici močovou láhev nebo mísu.

Stejně jako sestry v nemocnici, tak i sestry v domácí péči sledují vyprazdňování ležících pacientů. Jedná se hlavně o seniory, kteří jsou zacévkovaní. Péči o seniora s močovým katétre popisuje sestra č. 1 takto: *„Někteří ležící senioři mají zavedenou močovou cévku – to musíme rodinu naučit o ni pečovat, vypouštět sáček a vysvětlí umístění sáčku pod úroveň lůžka a co všechno má sledovat (barvu, množství, konzistenci). V pravidelných intervalech tyto seniory přecévkáváme, ale jen ženy, na muže musí přijít lékař či rodina musí pacienta dovést k lékaři – nejčastěji na urologii. Většina pacientů s dlouhodobou cévkou je registrována někde na urologii a tam často provádí během kontroly i výměnu cévky.“* Ležící senioři stejně jako v nemocnici používají podložní mísy nebo pleny. Také tyto pomůcky mohou pomoci zajistit sestry z ADP, jak to uvedla rodina č. 1: *„Močovou láhev a podložní mísu nám pomohla zajistit právě sestra z domácí péče. Ta mě taky naučila jak správně mísu přikládat.“* O přikládání míst a výměnu plen se stará rodina seniora. Na sestru se obrací pouze v případě vzniku komplikací, jako je např. dlouhotrvající zácpa, průjem či vznik opruzenin. Sestra č. 3 během rozhovoru také zmínila seniory se stomií, které o které také pečuje. *„Někteří senioři mají stomie. Pokud nezvládají péči o stomii sami nebo jejich rodina, tak pak i vyměňují podložky a stomické sáčky.“*

#### 4.10 Trávení volného času

Senioři, kteří jsou hospitalizováni na oddělení LDN, mají během pobytu dostatek volného času. Většinou ho tráví sledováním televize, posloucháním rádia nebo čtením. Tyto informace uvedly všechny oslovené sestry z oddělení, které zároveň připouští, že trávení volného času je závislé i na zdravotním stavu konkrétního seniora a na jeho rodině. „*Skoro všichni se vždycky těší na návštěvu svých příbuzných. Ti zdatnější si občas zajdou do kantýny nebo se projít do parčíku před oddělení. Pokud dojde rodina a chce si půjčit vozík a vyvést svého příbuzného ven, tak taky může.*“ říká sestra č. 3. Sestra č. 1 k tématu volného času dodává: „*Naše paní sociální pracovnice s vrchní sestrou pořádají různé akce. Taky k nám chodí dobrovolníci. Během roku pořádáme akce jako pout', velikonoční pomlázka, masopust a podobně. Pacienti to většinou vítají s velkým nadšením, je to pro ně zpestření.*“ Toto tvrzení potvrzuje i pacientka č. 2, která uvádí: „*Ale jinak se mě tento týden staniční sestra ptala, zda bych měla zájem o klub důchodců. Že prý něco takového chtějí zkusit zorganizovat a ptají se mezi pacienty, jestli je zájem. Chtěli by ho pořádat podle zájmu asi jednou za měsíc a třeba by tam bylo povídání na nějaké téma. Kdyby něco takového vzniklo, určitě bych se tam ráda šla podívat.*“ Kromě dobrovolníků a rodiny navštěvuje seniory na oddělení jednou týdně i kněz, který obchází jednotlivé pokoje a nabízí své služby. Samotné sestry se snaží pacientům zpříjemnit volný čas rozhovorem, dále seniorům nabízejí knihy ke čtení nebo jim zapínají televizi. Ale jak říká sestra č. 3: *Já si s nimi ráda povykládám, splním jim některé požadavky, ale nemůžu být u všech dlouho, protože se musím věnovat jiným činnostem času.*“ Nedostatek času, který by sestry mohly věnovat pacientům a pomoci jim naplnit volná čas potvrdila i rodina č. 1: „*Jinak sestry se na trávení volného času myslím nijak nepodílí. Asi na to ani nemají čas, protože pokaždé, když dojdu na návštěvu tak někde něco dělají a je obtížné kolikrát je zastihnout na sesterně.*“ Proto všechny sestry velmi vítají návštěvy příbuzných, které pomohou senioru ukrátkit volnou chvíli. Jedná se zvláště o ležící pacienty, kteří mají možnosti využití volného času velmi omezené. „*Děda jak je ležící, tak moc možností, co může dělat, nemá. Většinou se dívá na televizi nebo má puštěné rádio. Ale těžko říct, kolik toho vnímá. Občas má světlejší chvílky, jindy zase upadne do letargie a vůbec nereaguje*

*na okolí. Hodně času přes den i prospí. Pokud dojdeme na návštěvu a zrovna spí, tak ho šetrně vzbudíme, protože pak si sestry stěžují, že nechce spát v noci. Také si s ním hodně povídáme, a i když nám třeba někdy neodpovídá, tak na něho stejně mluvíme.“ (rodina pacienta č. 2)*

Ačkoliv senioři mají určitou možnost, jak trávit volný čas v nemocnici, přesto je stále mnoho činností, kterým se po dobu své hospitalizace nemohou věnovat. Nejlépe to vystihuje sestra č. 3: *„Většinou se jedná o zájmy, kterým se už z důvodu věku nebo pobytu na oddělení nemohou věnovat. Nejčastěji to jsou venkovní aktivity, jako je např. zahrádka, kutilství, rybaření, chov zvířat a jiné manuální činnosti. Je zajímavé to poslouchat. Někteří senioři mají vskutku zajímavé koníčky. Vzpomínám si na pána, který třeba jen tak pro zábavu plet košíky a stěžoval si, že je nemůže plést tady v nemocnici. No a těžké to tady mají ještě kuřáci, protože tady je v celé nemocnici zakázané kouřit.“*

Senioři v domácí péči mají mnohem více možností jak naložit se svým volným časem. Ale i u těchto pacientů hraje roli jejich zdravotní stav. Sestra č. 2 z ADP přímo uvádí: *„Na rozdíl od nemocnice se mohou věnovat prakticky všemu, co jim jejich možnosti a zdravotní stav dovolí, protože nejsou limitováni nemocničním režimem.“* Pokud je v domácí péči ležící senior, tak se mu o náplň času stará jeho rodina, která mu většinou umožní věnovat se jeho koníčkům. Také tito pacienti stejně jako senioři v nemocnici hodně sledují televizi, čtou knihy nebo poslouchají rádio. Senioři, kteří žijí sami, mají možnost využít služeb pečovatelky či dobrovolníka, kteří si s nimi povídají nebo je berou ven na procházky. Někteří zdatnější senioři se sami starají o svou domácnost, a jak sestra č. 2 uvádí: *„Hodně seniorů, kteří bydlí sami, má pejska, aby jim dělala společnost. Ten je zároveň i nutí chodit ven, protože potřebuje venčit. Někteří senioři ještě hlídají třeba i vnoučata nebo chodí na různá setkání seniorů do klubů.“* Sestra č. 3 k tomu dodává: *„Také jsou neustále v kontaktu s lidmi ať s rodinou nebo třeba se sousedy, kteří je také mohou kdykoliv přijít navštívit.“* Jelikož senioři v domácí péči mají mnoho různých aktivit, tak i samotný volný čas vnímají trochu jinak, jak upozorňuje sestra č. 1: *„Někteří senioři mají volného času hodně, jiní si stěžují, že žádný nemají, je to silně rozdílné, protože každá si volný čas vysvětluje jinak.“*

Sami sestry během svých návštěv u seniorů nemají mnoho možností, jak by mohly ovlivnit jejich volnočasové aktivity, ale během výkonu si s ním mohou popovídat, motivovat a popřípadě navrhnout nějakou činnost. *„Někdy jim i doporučím některou aktivitu nebo je upozorním na některé akce, které pořádá město, kde žijí a myslím si, že by se jim mohly líbit.“* (sestra č. 2). Pacientka č. 3 si velmi ráda povídá se sestrou při jejích návštěvách: *„Taky sestra, když za mnou dojde, tak si semnou chvíli povídá, řekne mi co je nového, jak se má nebo třeba co bude dělat o víkendu. Já rada pletu a tak jsem každé sestře, které za mnou jezdí, upletla šálu k Vánocům.“*

Veškeré aktivity seniorů sestry z nemocnice i z domácí péče vítají, protože pacient, který nemá žádné zájmy, je na tom fyzicky i psychicky mnohem hůř.

#### **4.11 Zázemí seniora**

Aby sestry mohly lépe pochopit chování některých pacientů, měly by být seznámeny s prostředím, ze kterého senior pochází, neboť prožívání celé hospitalizace v nemocnici do značné míry ovlivňuje i jeho zázemí a vztahy v jeho rodině. Sestra č. 2 pracující na LDN si myslí: *„Člověk, který má dobré zázemí, bude domů spěchat a nebude chtít být v nemocnici zbytečně dlouho a většinou se o něho má kdo postarat. Člověk, který nemá zázemí vyhovující je mnohdy v nemocnici spokojený, protože mu tam nic nechybí a o vše má postaráno.“* Sestra č. 3 k tomuto tématu dodává: *„Pokud senior pochází ze špatného prostředí, většinou to na něm jde poznat, protože nemá zájem o léčbu, porušuje opakovaně léčebný režim, špatně se s ním spolupracuje a někteří bývají i agresivní. Pacienti s tímto chováním bývají problematictí a rádi vyhledávají spory jak s personálem, tak i s ostatními pacienty.“* Důležitost prostředí, ze kterého senior pochází, si uvědomují i rodiny pacientů, které taky poukazují na častou osamělost seniorů. *„Úplně nejhůř jsou na tom podle mě osamělí lidé. Mnohdy na sebe dost nedbají a okolí se jim pak vyhýbá.“* (rodina č. 1)

Na zázemí pacienta je brán zřetel hlavně v době propouštění z nemocnice, kdy sestry musí vědět, zda o seniora v případě jeho nepříznivého stavu bude patřičně postaráno. Velký význam také hrají bytové podmínky, kdy je třeba vhodné doporučit

senioru a jeho rodině bezbariérové úpravy bytu, popřípadě poskytnout kontakt na různé denní stacionáře, pečovatele či dobrovolníky, kteří mohou rodině s péčí o seniora pomoci.

Také sestry z domácí péče přikládají zázemí seniora velký význam, neboť právě v tomto prostředí poskytují svou péči. Během svých návštěv vidí mnoho rozdílných situací, a proto dokážou ocenit pomoc a obětavost rodiny v péči o seniora. Sestra č. 1 z domácí péče říká: *„Pokud má se o něho kdo postarat a chce se postarat, tak zvládne i určité překážky a potíže, které to přináší.“* Největší problém sestry vidí u seniorů, kteří již nezvládají zcela samostatně péči o sebe a domácnost a přesto žijí sami. Přitom stačí mnohdy tak málo, aby mohli zůstat doma. *„Myslím si, že mnoho seniorů, kteří jsou v různých domovech, by klidně mohlo být ve svém vlastním bytě s naší pomocí a s pomocí pečovatelské služby, která by jim podle potřeby nakoupila a pomohla s udržováním domácnosti.“* myslí si sestra č. 2. Sestra č. 1 si myslí, že i člověk, který má odpovídající zázemí a fungující rodinu může mnohdy skončit v nemocnici, ale zároveň si myslí, že bude hospitalizaci snášet lépe, neboť i tam ha bude rodiny podporovat. Všechny oslovené rodiny se ve spolupráci s domácími sestrami snaží vytvořit co nejlepší podmínky pro poskytování patřičné péče. Rodina č. 2 si myslí, že každý kdo uvažuje o domácí péči, musí být schopen zajistit určité prostředí pro poskytování péče, které definuje takto: *„Ideální prostředí pro seniora musí být podle mě čisté, musí tam být možnost hygieny a také by mělo být bezbariérové. Také si myslím, že když někdo pochází z horšího prostředí, tak je větší pravděpodobnost, že až bude vážněji nemocný, skončí v nemocnici.“* Dále taky poukazuje na samotný zdravotní stav seniora, jeho rodinné zázemí a vztahy v rodině.

#### **4.12 Chování sester**

Chování sester v mnohém přispívá ke spokojenosti pacientů a jejich rodin. Správně by se sestry měly chovat ke všem pacientům stejně a nedělat mezi nimi rozdíly. S tímto tvrzením souhlasí všechny oslovené sestry, ale zároveň připouští, že se k určitým skupinám pacientů chovají rozdílně. Sestra č. 2 uvádí: *„Mé chování k pacientům se*

hodně odvíjí podle jejich zdravotního stavu. Jinak přistupuji k chodícím pacientům jinak k ležícím, také se jinak chovám k umírajícím pacientům, ale ke všem se snažím mít pozitivní přístup.“ Všechny oslovené sestry se shodly, že největší péči věnují právě umírajícím pacientům. Na přístupu sester k jednotlivým pacientům má také vliv jejich chování během hospitalizace. Konfliktním pacientům se sestry snaží vyhýbat. Toto potvrzuje i sestra č. 1: „Mám problém s pacienty, kteří si věčně stěžují a nadávají na naši péči, i když se snažím s nimi vyjít a pochopit, je to občas hodně těžké. Taký trochu opomím lidi, kteří mi za něco vynadali, nebo kteří na mě byli sprostí.“ Oslovené rodiny i jejich příbuzní jsou s poskytovanou péčí a i schováním personálu vesměs spokojeni. „Já i manžel jsme s personálem velmi spokojeni, sestry jsou milé a hodné a snaží se maximálně vyhovět. Například mě pouští za manželem na návštěvu i po ukončení návštěvní doby. Nebo se dojdou během dne zeptat, jestli něco nepotřebuje a je všechno v pořádku.“ uvádí rodina č. 1. Také rodina č. 3 si poskytovanou péči pochvaluje: „Jak jsem už myslím říkala, personál a to hlavně sestry, se chovají perfektně. Všichni jsou velmi milí a vždy jsou příjemní. Ze začátku jsme měli strach sem dědu dávat, protože občas člověk zaslechne různé věci, ale za sebe můžu říct, že nemám žádné připomínky vůči čemukoliv.“ Jediné výtky vůči personálu nemocnice byly směřovány na adresu ošetřujícího lékaře, kterého dle tvrzení jednotlivých rodin nelze zastihnout.

Přestože sestry v pravidelných intervalech obcházejí pokoje, všichni pacienti na oddělení mají vybavené lůžko signalizačním zařízením, pomocí kterého si mohou v případě potřeby sestru přivolat. „Jak se k němu chováme po zazvonění? Přijdeme na pokoj, vypneme zvonící signalizaci a zeptáme se ho, co by potřeboval.“ říká sestra č. 1. Signalizační zařízení slouží hlavně pacientům k přivolání pomoci. Jak ale sestra č. 3 podotýká: „Občas se tady objeví i pacienti, kteří si se zvonečkem je tak hrají a zkouší, jestli opravdu přijdeme, když na nás zazvoní.“ Tuto situaci zažily již všechny oslovené sestry. Všichni pacienti jsou při příjmu na oddělení poučeni o používání signalizace, ale někteří této možnosti využívají minimálně, neboť se bojí, že by mohly sestry obtěžovat „Já se je snažím zbytečně nezatěžovat, myslím si, že mají práce hodně. Proto na ně zvoním, jen pokud potřebuji opravdu něco, co sama nezvládnou.“ (pacientka č. 2)

Vzhledem k tomu, že sestry tráví s pacientem nejvíce času, mnohdy se jich rodiny nemocných ptají na zdravotní stav seniora. Tuto zkušenost mají všechny sestry, které příbuzné pacientů musí odkázat vždy na lékaře, neboť nemají ke sdělování informací potřebné kompetence. *„Informace o zdravotním stavu pacienta poskytují jen v rámci svých kompetencí a dle přání seniora tomu, koho uvede v dokumentaci. Většinou se jedná pouze o informace z ošetřovatelského hlediska. Také záleží na tom, jestli si pacient přeje, aby rodina byla informovaná. Pokud rodina požaduje informace z lékařského a prognostického hlediska, tak jim domluví schůzku s lékařem.“* (sestra č. 1). Jako problematické uvádí sestra č. 3 sdělování informací příbuzným seniora po telefonu: *„Někdy si zavolají a čekají, že jim sdělím nějaké informace po telefonu. To se jim vždycky omluvím, protože já informace sdělovat nemůžu a po telefonu už vůbec ne. Pokud to nechtějí pochopit, tak je přepojím na doktora.“* Sdělování informací považují za problematické i oslovené rodiny, neboť ne vždy se jim povede zastihnout lékaře. *„Informace o manželovi mi poskytují převážně sestry, protože paní doktorka tu není často k zastížení. Ale ani sestry neřeknou všechno a hodně často právě odkazují na doktorku.“* říká rodina č. 1. Podobný problém má i rodina č. 3, která ale dodává: *„Ale jsme si jistí, že kdyby se něco závažné dělo, že nás o tom bude informovat. Při příjmu jsme dávali sestřím na nás telefonní číslo, takže kdyby se něco dělo, tak by nám určitě zavolali.“*

Také sestry z domácí péče se snaží neupřednostňovat jednotlivé pacienty, ale i zde hrají roli osobní sympatie sester. Sestra č. 2 pracující v domácí péči říká: *„Já se ke všem pacientům, které navštěvuji, snažím chovat stejně, ale vím, že někteří jsou mi prostě sympatičtější a zdržím se u nich třeba i o chvíli déle než u ostatních.“* Všechny sestry uvedly, že se ke všem pacientům snaží chovat vstřícně a mile, neboť jim to seniori oplácejí. Ale i v domácí péči se vyskytují pacienti, kteří mohou působit problematicky. Sestra č. 3 si jejich chování vysvětluje takto: *„S některými pacienty se hůře vychází, ale to je dáno tím, že si připadají zbyteční a mají pocit selhání, když se o sebe nedokážou postarat.“* Protože sestry během své práce přichází do kontaktu s rodinou seniora mnohem častěji než sestry na oddělení, může i zde docházet k častějšímu vzniku konfliktů. Naštěstí se dle oslovených sester konfliktní rodiny vyskytují velmi zřídka a



jak uvádí sestra č. 2: „*Některým rodinám jsme lhostejní, občas naši návštěvu berou, jako že je obtěžujeme. Naštěstí tyto rodiny nebo pacienti se vyskytují výjimečně. Většinou všechny rodiny, kam jezdím, se ke svým příbuzným chovají pěkně a snaží se jim co nejvíce pomoci. Ale občas je na nich vidět, že jsou také unavení, obzvlášť když se starají dlouhodobě o seniora, který je ležící a tak se to pak odráží v jejich chování. Jsou třeba někdy nepřijemní nebo mají pocit, že děláme málo k tomu, aby se ta či ona věc zlepšila.*“ Vzhledem k tomu, že rodina je velmi často přítomna návštěvy sestry a je v kontaktu se seniorem každý den, nemusí sestra rodinu informovat každý den o změně stavu. Většinou i zde sestry poskytují informace jen po stránce ošetrovatelské a to také jen v případě zájmu rodiny. I když sestra č. 3 zastává názor: „*Informace rodině neposkytují, protože rodina je mnohdy informovaná víc než já.*“

Ačkoli všechny oslovené sestry pracují se seniory, přesto si většina z nich myslí, že mezi chováním jednotlivých sester v nemocnici a v ADP jsou určité rozdíly. Právě sestry z LDN zdůrazňovaly nejčastěji dobu, kterou sestra stráví s jednotlivým pacientem. Sestra č. 3 z LDN uvádí: „*Sestry v domácí péči mají oproti nám tu výhodu, že mají méně pacientů a mají na ně více času. My jsme tady většinou tři a musíme se postarat o třicet lidí ve dne i v noci. Sestry z domácí péče si udělají svůj výkon a jedou zase pryč. My si uděláme svůj výkon, ale stále zůstáváme na oddělení a než nám skončí směna tak jdeme za každým pacientem ještě několikrát.*“ Podobné tvrzení sdílí i sestra č. 2 z domácí péče: „*Určitě ale je rozdíl mezi chováním sestry v nemocnici a chováním sestry v domácí péči. Vidím to sama na sobě. Tady mi nedělá problém se usmívat i na nepřijemné pacienty, protože vím, že provedu svůj výkon a zase odjedu pryč. V nemocnici je potkávám celý den a celý den se o ně musím starat.*“ Sestra č. 1 pracující na LDN vidí velký rozdíl v roli, kterou sestra pro seniora a jeho rodinu zaujímá: „*V domácí péči je sestra více členem rodiny. Často s nimi řeší osobní problémy, zařizuje jim běhání po úřadech a podobně. Ale zase s nimi nejsou tak dlouho jako sestra v ústavní péči. Sestra v ústavní péči má pacientů víc a nemá čas upřednostňovat jen jednoho.*“ Sami pacienti a jejich rodiny si spíše uvědomují rozdíly v chování mezi jednotlivými sestrami, s kterými přicházejí do kontaktu než mezi místem jejich práce. Většinou porovnávají jednotlivé sestry mezi sebou. „*Obzvlášť jednu sestru máme raději*

*než ostatní. Je hodně usměvavá a vždycky velmi optimisticky naladěná.*“ říká rodina č. 1 o sestřích v domácí péči. Pokud rodiny porovnávaly sestry z domácí péče a sestry z nemocnice, jednalo se o rodiny, které mají zkušenost s oběma typy péče. I při tomto srovnání vyšly sestry z domácí péče lépe než sestry pracující v nemocnici.

Pouze sestra č. 2 pracující v nemocnici nesdílí názor, že by mezi chováním sester byly rozdíly: *„Nemyslím si, že by se sestra v nemocnici chovala jinak než v domácí péči. Podle mě je chování sestry dáno její povahou. Akorát v domácí péči mají pacienti větší komfort a jsou proto více spokojenější a příjemnější na sestru.“* A velmi podobně to vidí i jedna sestra z domácí péče: *„Rozdíl mezi sestrou v nemocnici a sestrou v domácí péči žádný nepozorují, protože to všechno závisí převážně na té dané sestře. Ta, která nevychází s pacienty v nemocnici, pravděpodobně bude mít ten samý problém i v domácí péči.“*

Na otázku jak si jednotlivé sestry představují ideální sestru, odpovídaly jednotlivé respondentky různě. Sestry pracující na oddělení nejčastěji zmiňovaly vlastnosti jako je empatie, umění komunikace, trpělivost, pozitivní nálada, ale i manuální zručnost a dovednost zvládat stresové situace. Jedna ze sester uvedla i přání, aby sestra byla respektována lékaři. Sestry z domácí péče to vidí podobně a ideální sestra dle nich je vzdělaná, milá, zvládá vyřešit všechny situace, nenosí si práci domů, zbytečně se nepřepíná, dále je komunikativní, zručná, pečlivá, vzdělává se a vždy se umí do pacienta vcítit a dokáže ho povzbudit. Jednotlivé rodiny pacientů si ideální sestru ztotožňují s určitou sestrou, které ještě předávají některé vlastnosti jako např. hodná, milá, empatická, má pochopení pro stáří, je obětavá a pilná.

#### **4.13 Chování rodiny**

Sestry se shodují, že chování rodiny se hodně odvíjí od jejich příbuzenského vztahu k pacientovi a také podle toho jak spolu vycházeli v minulosti. Některé rodiny jsou hodně starostlivé a mají zájem. Jiné zase se nezajímají vůbec. Také k sestrám v nemocnici se rodiny pacientů chovají různě. Některé je chválí a jsou vděčné za péči, kterou poskytují jejich příbuznému. Jiné zase nejsou spokojeni a hledají chyby

a vyvolávají konflikty. Sestra č. 3 tvrdí: „*Tento typ rodiny se pozná většinou hned při příchodu na oddělení, kdy se nenamáhají ani pozdravit.*“ Podle sester ale naštěstí převažují rodiny, které jsou spokojené, zajímají se o průběh péče a chodí pravidelně na návštěvy. Frekvence návštěv nemocných je také velmi variabilní. „*Hodně záleží na jednotlivcích v rodině, někteří chodí každý den, někteří jen v neděli, někteří zase obden. Záleží, jak mají čas, jak to mají daleko nebo jaký mají zájem o seniora. Také jsem zažila příbuzné, kteří se objevovali jen, když se blížila výplata důchodu.*“ uvádí sestra č. 1 pracující na LDN. Podobnou zkušenost má i sestra č. 2, která říká: „*Někdy se rodina chová k nemocnému velmi pěkně, chodí ho navštěvovat, jak jen může. Nosí mu noviny ke čtení, povídá si s ním, povzbuzuje ho. Ale jsou i případy, kdy se rodiny neukáže za celou dobu hospitalizace a přitom od pacienta víme, že bydlí jen kousek od nemocnice. Je to odlišné rodina od rodiny. Hodně taky záleží, koho tam mají umístěného. Partneri chodí na návštěvy dost pravidelně, s některými dětmi je to už horší.*“ Rodiny, které byly osloveny, uvedly, že se snaží navštěvovat své příbuzné v nemocnici kdykoliv to jde. „*Na návštěvu se snažíme chodit alespoň obden, aby tady děda nebyl tak sám. Ale ne vždy nám to vyjde.*“ uvádí rodina č. 3. Všechny sestry vítají jakoukoliv návštěvu pacienta, neboť pacientovi pak uteče den rychleji a je pozitivněji naladěný. Kromě pravidelných návštěv sestry pracující v nemocni vždy vítají, pokud rodina projevuje zájem o péči a má chuť se na ní podílet. Například sestra č. 2 uvádí: „*Od rodiny nemocného očekávám, že zajistí hlavně hygienické pomůcky – převážně kartáček na zuby a pastu (to skutečně nemáme na půjčení), popřípadě vhodnou obuv a župan pokud pacient chodí po chodbě.*“ A i obstarání těchto pomůcek bere jako projev zájmu o péči.

Sestry pracující v domácí péči přicházejí do kontaktu s rodinou seniora častěji a shodují se, že rodina, pokud ji při své návštěvě potkají, se k nim chová většinou velmi pozitivně a je vděčná za pomoc. „*Občas se některá rodina chová odmítavě a nechce jakkoliv nám pomáhat či spolupracovat, ale to je dáno z nevědomosti a strachu že by mohli svému příbuznému ublížit, či že neví, jak by co měli dělat a stydí se za to.*“ dodává sestra č. 1. Zcela odlišný názor na chování některých rodin má sestra č. 2, která má pocit, že určitým rodinám je její návštěva lhostejná a její přítomnost berou jako obtěžování. Nejčastěji přichází sestry do styku s příbuznými, kteří žijí se seniorem

v jedné domácnosti. Tito příbuzní se chovají ke svým seniorům pěkně a snaží se jim co nejvíce pomoci. *„Příbuzní se ke svému nemocnému chovají velmi dobře, už jen to, že ho nedají na LDN, o tom svědčí. Jistě, dá se občas najít světlá výjimka, kdy ho zanedbávají či se o něho řádně nestarají, ale to je třeba dáno tím, že bydlí daleko od svého staršího příbuzného a nevidí ho každý den a tak mnohdy neví, že se třeba jeho stav zhoršil.“* myslí si sestra č. 1. a dále zdůrazňuje: *„Také je velmi vhodné se na začátku vždy s rodinou domluvit na spolupráci - dohodnout jasně kompetence a vyjasnit jim, co všechno spadá pod domácí péči a konkrétně kvůli jakému výkonu dojíždíme za pacientem, aby nechtěli po sestře více, než je dohodnuto, nevyužívat ji a nechtít po ní třeba pečovatelské činnosti.“*

#### **4.14 Výhody a nevýhod domácí péče**

Sestry pracující v domácí péči se shodly, že tento druh péče poskytuje mnoho výhod pro seniora i jeho rodinu. Mezi nejčastěji uváděné výhody, které sebou domácí péče dle sester přináší, patří umožnění senioru zůstat doma ve svém známém prostředí, kde to zná a ve společnosti své rodiny. V domácím prostředí má svůj klid, nemusí si zvykat na nové prostředí a může se věnovat svým zájmům. A rodině tím to i odpadají návštěvy v nemocnici a může ho kdykoliv navštívit. Sestra č. 3 mezi výčtem jednotlivých výhod zdůrazňuje: *„Také má pocit, že ostatní na něho nezapomněli.“* Celkový přínos domácí péče pro seniora shrnula sestra č. 1: *„Naše návštěvy mu umožňují zůstat doma ve svém známém prostředí, kde to zná a ve společnosti své rodiny Také pomáhají rodině ulehčit péči o jejich příbuzného a zajišťují úkony, na které rodina nestačí.“* I jednotlivé rodiny, které využívají domácí péči, poukazují na výhody, které jim domácí péče přináší. Nejčastěji zmiňovaly možnost seniora zůstat ve známém prostředí a v blízkosti rodiny, která se může nadále věnovat dalším činnostem, jak dodává rodina č. 2: *„Já mohu klidně chodit do školy a nemusím zůstat doma, abych se o babičku mohla starat, a přitom vím, že je o ni dobře postaráno a je doma v pořádku.“*

Práce v agentuře domácí péče má své pozitiva i pro jednotlivé sestry, které v ní pracují. Nejčastěji jako výhodu oslovené sestry uváděli více klidu na práci, méně stresu,

absence nočních směn nebo možnost pracovat samostatně. Práci v ADP hodnotí sestra č. 2 takto: *„Oproti práci v nemocnici je to úplně jiné a je to hlavně změna. Žádný den tady není stejný. A navíc potkávám spoustu zajímavých lidí s různými životními osudy.“* Jedna z dotazovaných sester také uvedla, že díky práci v ADP se zdokonalila v řízení auta.

Jako všechno ostatní i domácí péče v sobě skrývá mnohá negativa pro samotné seniory a jejich rodiny. Sestra č. 2 uvádí: *„Mezi negativa bych asi dala to, že je třeba skoro celý den sám a kdyby se mu něco stalo, tak tam není možnost hned přímého zásahu lékaře nebo zdravotnického personálu. Pro rodinu je to taky lehce limitující v tom ohledu, že buď na nás musí čekat, aby nás pustila do bytu, anebo nám musí půjčit klíče. Ale to je jen v případě, kdy jezdíme za seniorem, který je imobilní a nemůže nám sám dojít otevřít.“* Ostatní sestry jako nejčastější nevýhodu uvádějí větší nároky na rodinu, zátěž na její psychiku a zásah do celého chodu rodiny, ale sestra č. 1 říká: *„Mají-li schopnou sestru, dá se to zvládnout.“*

Mimo uvedené nevýhody skýtá domácí péče i jistá negativa pro sestry, které v ní pracují. *„Za sebe můžu říct, že nevýhoda práce v domácí péči je v tom, že jsem mimo nemocniční provoz, takže určitě vyjdu ze cviku u některých výkonů, které se v domácí péči neprovádí např. některé specifické výkony a asistence u nich, příprava na některé vyšetření atd. asi by toho bylo více.“* myslí si sestra č. 1. Zcela odlišné negativa uvádí sestra č. 3, která jako svůj největší problém vidí v dopravě za pacientem *„Mezi nevýhody bych asi dala nutnost zvládnout silniční provoz a schopnost najít si místo na zaparkování auta, což je někdy v zimě docela problém.“* Také sami rodiny seniorů poukazují na určité skutečnosti, které činní práci sestry náročnější než je tomu v nemocnici. Dle rodiny č. 2: *„Spíš si myslím, že práce v domácí péči v sobě skrývá jisté zádrhely, např. že je méně pomůcek, musí občas improvizovat, nemá se s kým v daném okamžiku poradit a musí se rozhodnout sama.“* A jako nevýhodu lze považovat i kratší návštěvy sester u jednotlivých pacientů.

#### 4.15 Výhody a nevýhody ústavní péče

Ačkoliv to není na první pohled patrné, pobyt na LDN má pro mnohé seniory své výhody. Sestry mezi nejčastější pozitiva uváděly 24hodinovou dostupnost zdravotní péče a zajištění základních potřeb, jako je teplo, světlo, strava, hygienická péče a rehabilitace. Jedna z dotazovaných sester zdůraznila i přítomnost sociální pracovnice, která je pacientům k dispozici a mohou se na ni v případě potřeby obrátit. Další výhodu pro rodinu zmiňuje sestra č. 1: *„Pro rodinu to má výhodu, že si nemusí si brát dovolenou, když se musí starat o svého seniora. Nemusí dávat v práci výpověď a ví, že je o jejich příbuzného postaráno. K nám třeba dává každý rok jedna rodina svého mentálně a tělesně postiženého syna na týden 14 dní, aby si trochu odpočinuli.“* Hospitalizace seniora na oddělení může znamenat pro některé rodiny i mnohdy ulehčení, protože sami nezvládají péči o starého člověka a jeho umístění na oddělení je pro ně jediná možnost jak se o ně postarat. I samotné rodiny pacientů jako výhodu uvádějí neustálou přítomnost lékaře a zdravotního personálu, společnost dalších lidí, možnost seniora si s někým popovídat.

Sestry pracující na oddělení na své práci shledávají také určité klady. Nejčastěji zmiňovaly pocit, že jsou v kontaktu s jinými lidmi a mohou jim pomáhat. Sestra č. 1 dále uvedla, že se jí na LDN líbí: *„To, že se k nim chovám, jako k rovnocenným partnerům... Také se mi líbí, že si s nimi mohu popovídat o jejich životě, co dělali dříve a jak se co mění.“*

I když pobyt na LDN má své určité výhody, přece jen je to prostředí zcela odlišné od domova a senioři se tak musí podřizovat nemocničnímu režimu. Sestry jako největší nevýhodu pro všechny pacienty považují dlouhodobé odloučení od rodiny. *„Mezi nevýhody, které pobyt na oddělení přináší, patří určitá společenská deprivace. Nemohou být doma se svými blízkými. Nemohou dělat věci, na které jsou zvyklí. Nemají u sebe své pejsky nebo kočky. Nespí ve vlastní posteli. Nemůžou si vstávat, kdy chtějí. Nemůžou co vařit, co mají rádi. Nemohou jít na procházku na své oblíbené místo. Nejhorší asi na tom je, že jsou izolováni od své rodiny - babičky a dědečkové nemohou hlídat vnoučata. Nemohou s nimi trávit volný čas, společně prožívat dny.“* tvrdí sestra č. 1. Podle dalších sester pobyt na oddělení znamená určitou ztrátu soukromí, dyskonfort

a mnohdy může vyvolat i pocit úzkosti a zbytečnosti. Sestry neopomíjejí také finanční nároky a poukazují na to, že ne všechny rodiny si mohou dovolit platit regulační poplatek 100 korun na den. Poplatek za hospitalizaci uvádí jako nevýhodu i rodina č. 3, pro kterou je to určitá finanční zátěž při dlouhodobé hospitalizaci. Také další oslovené rodiny uvedly nevýhody, které jsou pro ně spojené s pobytem na oddělení. Jako největší nevýhodu vnímá např. rodina č. 1 pevně stanovenou dobu návštěv, ranní buzení a špatnou kvalitu jídla.

Samotné sestry považují práci na oddělení LDN za málo perspektivní a vysoce fyzicky náročnou s nutností se soustředit po celou dobu směny. Sestra č. 2 zastává názor: „*Motivace pro sestru na tomto oddělení je podle mě velmi malá, protože platové ohodnocení je velmi nízké. Práce na oddělení je také dost náročná, navíc je to neperspektivní oddělení, kde se dělají pořád skoro ty samé výkony – převážně krmení, přebalování, polohování a hygiena. Nevzbuzuje to ani motivaci a chuť učit se cokoliv nového.*“ Sestra č. 1 dodává: „*Občas práce tady je hodně psychicky náročná, zvláště když jsou u nás hospitalizováni lidé v terminálních stádiích. Taky je těžké, když si někoho oblíbíte a on pak umře. Taky je to hodně fyzicky náročné – běhání po oddělení, polohování, musím se soustředit po celou směnu. Často třeba dochází ke konfliktům vlivem zmatenosti...*“

#### **4.16 Hodnocení poskytované péče**

Péče o seniory na oddělení LDN je poskytována dle standardů ošetřovatelské péče k co největší spokojenosti pacientů a je na velmi dobré úrovni. Na tomto tvrzení se shodly všechny oslovené sestry, které hodní poskytovanou péči jako velmi dobrou, ale i nadále si uvědomují, že je neustále co zlepšovat. Na přímou otázku, co by chtěly na oddělení zlepšit, odpovídaly jednotlivé respondentky různě. Sestra č. 1 by uvítala změny v ordinaci analgetik a v přístupu některých členů ošetřovatelského týmu „*Občas se mi nelíbí přístup lékařů, nebo že se netlumí bolest u umírajících tak, jak by se mělo. Myslím si, že by oddělení mělo více spolupracovat s ambulancí bolesti. Kdybych mohla něco změnit, tak by to byla právě ta léčba bolesti. A také přístup některých sanitářů*

*nebo sester, kteří jsou na pacienty občas až moc ostrý.“ (sestra č. 1) Zbývající dvě sestry se zaměřily spíše na vybavení oddělení. Sestra č. 2 říká: „Nelíbí se mi, že je nedostatek pomůcek, pořád se musí šetřit a někdy určité věci chybí úplně nebo jsou velmi limitované. A je také nedostatek personálu. Ale jinak bych asi tady nic neměnila, nebo mě nic nenapadá.“ Sestra č. 3 dodává: „Samozřejmě, že je tady hodně věcí, které by taky chtěli opravit nebo vyměnit za nové, např. signalizační zařízení, ale vše je o financích a naše oddělení asi nepatří zrovna k těm perspektivním.“*

Také sestry pracující v domácí péči považují poskytovanou péči na vysoce dobré úrovni. Za jednu z nejlepších odezev považují zlepšení zdravotního stavu pacienta, neboť pak ví, že plán a postup péče, je nastaven dobře. *„Dobrou vizitkou každé poskytované péče je, když ležící pacient nemá dekubity, je hydratovaný, čistý, spokojený v rámci možností. A je jedno jestli je v nemocnici, v domově důchodců či doma, kde dojíždíme my.“ (sestra č. 1) Sestra č. 2 dodává: „Občas k nám chodí i děkonné dopisy od rodin, kde jsme se o někoho staraly a díky naší péči se uzdravil.“*

Podobně jak v nemocnici i zde velkou roli hrají finance, které limitují počet některých pomůcek a platové ohodnocení sester. Tuto skutečnost si uvědomuje i sestra č. 1, která by tuto skutečnost ráda změnila. Pokud by další z oslovených sester mohla něco změnit, tak by to bylo informování veřejnosti o jejich práci a díky tomu by měly i více pacientů.

Samotní pacienti a jejich rodiny celkově hodnotí poskytovanou péči jako velmi dobrou, kvalitní a jsou s ní spokojeni. Zvláště rodiny z domácí péče udávají, že jsou maximálně spokojeni s péčí. Jediné co by chtěla změnit rodina č. 2 je délka pobytu sestry při jednotlivých návštěvách: *„Sice někdy by se mohla zdržet déle a věnovat se více otci, ale to by zase nestihla dojet k dalším lidem. Mají přesně vymezený čas, který u nás mají strávit.“*



## 5. Diskuze

Ošetrovatelskou péčí seniorům lze poskytovat ambulantně nebo institucionálně v závislosti na celkovém zdravotním stavu a sociálně ekonomických podmínkách (Németh 2009). Sestry pracující na oddělení shodně uvádějí, že pacientům a jejich rodinám poskytují informace o domácí péči. I oslovené rodiny seniorů na oddělení LDN uvedly, že se o domácí péči zajímaly nebo že jim byla nabídnuta, ale dle poskytnutých informací, si myslí, že domácí péče není vhodná právě pro jejich seniora. Možná to bude souviset se způsobem podávání informací o domácí péči. I když sestry uvedly, že informace o domácí péči poskytují, otázkou zůstává, jaké informace sestry podávají, neboť pacienti i jejich rodiny si i po nabídnutí možnosti o využití domácí péče zaměřují domácí péči s pečovatelskou službou. Také Kalvach a kol. (2011) potvrzuje, že mnozí klienti nevědí, na jaké služby mají nárok, ale také, že to mnohdy netuší ani sám ošetřující personál, neboť ucelený systém dlouhodobé péče poskytované v domácím prostředí klienta obsahuje velké množství služeb a ne každý se v něm zvládá orientovat. Služby zabezpečující člověka v jeho domácím prostředí, které zajišťují základní zdravotnické ošetření a snižují potřebu ústavní péče Kalvach a kol. (2011) nazývá jako komplexní domácí péči. Do komplexní domácí péče patří domácí péče, pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová volání, fyzioterapie, ergoterapie, nutriční poradenství, sociální práce. Mnohdy tyto všechny služby může poskytovat jedna agentura (Kalvach a kol. 2011), což může vést k tomu, že se někteří potenciální zájemci těžko orientují v nabídce poskytnutých služeb.

Do domácí péče dle zákona 372/2011 paragrafu 10 spadá péče ošetrovatelská, péče léčebně rehabilitační nebo péče paliativní. I v koncepci domácí péče je stanoveno, že domácí péče poskytuje zdravotní služby na základě doporučení praktického lékaře ve vlastním sociálním prostředí pacienta a je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti (Věstník MZ ČR 13/2004). Mezi výkony poskytované domácí péčí patří vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí, odběr biologického materiálu, aplikace ordinované parenterální terapie pro

zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti; ošetření stomií, lokální ošetření, klysmata, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katétrů, aplikace inhalační a léčebné terapie p. o., s. c., i. m., i. v., eventuálně další způsoby aplikace léčiv, nácvik a zaučování aplikace inzulínu. Tyto výkony jsou dané vyhláškou MZ ČR 331/2007 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v platném znění.

Pečovatelská služba a její náplň spadá pod zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, kde je jasně definováno, jaké výkony poskytuje a kdo na ně má nárok. (In: [www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf). [online] cit. 2013-05-03). I sestry pracující v domácí péči mnohdy uvádějí, že si je pacienti a jejich rodiny také pletou s pečovatelskou službou. Tuto skutečnost potvrzuje také zdravotní domácí péče v Hradci Králové, která přímo na svých internetových stránkách píše, co domácí péče neposkytuje. Dle těchto stránek domácí péče se nezaměřuje na pomoc v péči o domácnost, dovoz stravy, pomoc při hygieně, zajištění pomůcek, doprovod k lékaři, zajištění receptů na léky a jejich vyzvednutí v lékárně (In: <http://www.domacipecehk.cz/domaci-zdravotni-pece> [online] cit. 2013-05-03). Některé informace z této stránky se zcela vylučují s přímými výpověďmi sester, kdy jedna z oslovených sester z domácí péče uvedla, že po domluvě vyzvedává léky pro pacienty v nemocniční lékárně. Také mnoho agentur domácí péče je spojeno zároveň s pečovatelskou službou nebo s ní velmi úzce spolupracuje, a proto si hodně lidí spojuje dohromady domácí péče = rozvoz obědů (jak uvedl jeden respondent v LDN), pomoc při hygieně a péči o domácnost. Dle Kalvacha a kol. (2011) je spojení pečovatelské služby s domácí péči možné, ale pouze za předpokladu uzavření písemné dohody o poskytování pečovatelské služby mezi agenturou domácí péče a státní správou.

Plevová a kol. (2011) upozorňují na časté zaměňování pojmů domácí péče a komunitní péče. Rozdíl mezi těmito pojmy spočívá v cílové skupině, kdy komunitní péče je zaměřena na komunitu jako celek a zahrnuje i zdravou populaci a má preventivní charakter, na rozdíl od domácí péče, která se zaměřuje na nemocné s možností poskytnutí péče doma. Jarošová (2006) uvádí, že v ČR se dané rozdělení striktně nedodrжуje a domácí péče přebírá úlohu komunitního ošetřovatelství.

Oslovené rodiny a jejich příbuzní, kteří již jsou klienty domácí péče, informace získávali různými způsoby. Některé rodiny uvedly, že již mají s domácí péčí zkušenost, jiné si informace opatřovaly od známých. Žádná z oslovených neuvedla, že jim domácí péči nabídl nebo doporučil lékař či jiný zdravotnický pracovník. Přitom Jarošová (2007) uvádí, že domácí péči předepisuje ošetřující lékař klienta nebo ošetřující lékař za doby hospitalizace. Pokud je domácí péče předepsaná při propuštění z nemocnice, je u ní stanoven limit 14 dní od propuštění. Pokud rodina chce i nadále pokračovat ve využívání služeb domácí péče, musí se obrátit na svého obvodního lékaře a další péči dojednat s ním (Holeksová 2002). Lékař také rozhoduje o obsahu domácí péče, rozsahu a frekvenci. Maximální rozsah frekvence odborné péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění, bývá stanoven na tři hodiny denně. Jednotlivé návštěvy mohou mít dle předpisu lékaře rozsah 15 minut, 30 minut, 45 minut a 60 minut (Jarošová 2007). Turková (2011) návštěvní dobu v rozsahu 15 minut považuje za nesmyslnou, neboť v tomto časovém rozmezí nelze stihnout provést kvalitně zápis do dokumentace, připravit pomůcky, poučit pacienta nebo zhodnotit jeho stav.

Ačkoliv je domácí péče vhodná pro velmi široké spektrum lidí, je poměrně málo využívaná a potencionální část jejich klientů je umístěna ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Často jsou na LDN umístěni senioři, kteří potřebují čas na doléčení, a přitom už u nich není nutná akutní nemocniční péče. Tuto informaci mi potvrdily i oslovené rodiny seniorů, kterým lékaři u různých oddělení doporučili hospitalizaci na LDN. Dle Turkové (2011), hospitalizaci na LDN mnozí lékaři preferují a zbavují se tak problematických a komplikovaných pacientů bez ohledu na to, že péče v nemocnici je mnohonásobně dražší. Malíková (2011) uvádí, že umístěním na LDN se mnohdy řeší snížení soběstačnosti nebo úplná nesoběstačnost seniora. Mezi nečastější důvody, které vedou k hospitalizaci seniora na LDN, řadí Dluhošová a Tkáčová (2012) kardiovaskulární nemoci, nemoci pohybového aparátu, trávicího systému a změny ve vylučovacím systému. Dále jsou to demence, změny ve smyslovém vnímání a různé omezení související s chorobami, které omezují vykonávání běžných aktivit. Oslovené sestry jako důvod k hospitalizaci uváděly i terminální stadia pacienta. Také Kalvach a kol. (2011) píše, že na oddělení LDN je překládána celá řada pacientů k paliativní

péči, protože jim není umožněna v jejich vlastním domácím prostředí. Tyto překlady považuje Kalvach a kol. (2011) za neetické a měly by se uskutečňovat jen v případě, že domácí hospicová péče není dostupná, není schopna zvládnout zdravotní problémy nebo jde o osamělého člověka bez podpory rodiny.

Rozdílů mezi domácí péčí a ústavní péčí lze sledovat mnoho. Nejčastěji je poukazováno na rozdílnost prostředí, ve kterém je péče poskytována a na výhody, které domácí péče pacientovi přináší. Tohoto rozdílu si jsou vědomi i oslovené sestry, které právě domácí prostředí zdůrazňují jako velké pozitivum pro seniora. Tuto informaci potvrdily Rabensfeirová a Krátká (2010), které se v rámci své výzkumné práce zaměřily na práci sestry v agenturách domácí péče. Z jejich výzkumu vyplynulo, že si sestry pracující v ADP nejvíce váží právě možnosti pracovat s klientem v jeho přirozeném prostředí, navázání vztahu s rodinou klienta, samostatnosti a individuálnímu přístupu ke každému nemocnému. Dále také uvádějí jako výhodu malý kolektiv a pružnou pracovní dobu. Další jednotlivé výhody byly zmíněny v teoretické části v kapitole *Výhody a nevýhody domácí péče*. Jako velký rozdíl lze vnímat podíl rodiny na péči, která v domácí péči ve velké míře spočívá na rodině seniora. Rodiny pečující o seniora doma se musí sami postarat nejen o chod domácnosti, ale také o zajištění základních potřeb, které si daný senior nemůže saturovat sám. Nejčastěji se jedná o zajištění základních aktivit jako je stravování, vyprazdňování, hygiena nebo polohování. Jarošová (2006) tento typ nazývá jako základní ošetřovatelskou péči, která může být zajištěna samotným klientem, blízkou osobou nebo pečovatelkou. Také jedna z oslovených rodin uvedla, že k zajištění potřebné péče využívá i pečovatelskou službu, která se stará o podávání stravy, hygienu a dohlíží i na vyprazdňování seniora. Tento způsob pomoci doporučuje i Jarošová (2006), neboť umožňuje seniorovi zůstat v domácím prostředí a zároveň je postaráno o jeho potřeby. Pokud veškerou péči obstarává sama rodina, je na ni kladena velká zátěž v oblasti psychiky. Dle Venglářové (2007) má rodina pečující dlouhodobě o své rodinné příslušníky nárok tuto péči na chvíli přerušit a využít dva až tři týdny respitní péče. Repitní péče bývá zajištěna podle stavu seniora v domově důchodců nebo v nemocnici. Většinou je tento pobyt předem domluven, aby vyhovoval senioru

i rodině. V rozhovoru jedna z oslovených sester pracujících na LDN uvedla, že tuto možnost také poskytují a některé rodiny ji každoročně využívají.

Nároky na domácí péči souvisí se stavem daného klienta. I když odborné a ošetrovatelské výkony jezdí provádět sestry z domácí péče, rodina je zodpovědná za zbývající úkony a prostředí, ve kterém se senior nachází. Dle Mlýnkové (2011) rodina mnohdy musí upravit své domácí prostředí, tak aby bylo bezpečné a nedocházelo k úrazům seniora nebo aby umožňovalo lepší poskytování péče. Klusoňová a Pitnerová (2005) doporučují upravit domácí prostředí tak, aby starý člověk mohl uplatňovat své zbylé pohybové funkce, což vede k jeho větší soběstačnosti a péče je méně náročná. Požadavky na úpravu prostředí jsou závislé na rozsahu postižení a na věku seniora. Mezi základní úpravy domácího prostředí patří zabudování madel do koupelny a na WC, zrušení prahů mezi místnostmi nebo i úprava koupelny, tak aby se i špatně pohyblivý senior mohl umýt. Mnoho seniorů nemá bezbariérové bydlení a z tohoto důvodu jsou omezováni ve svých aktivitách. Jedna rodina z domácí péče uvedla, že jejich příbuzný je již špatně pohyblivý a nezvládá chůzi po schodech. Z tohoto důvodu je nucen trávit celý den v bytě, neboť bydlí v domě, který nemá bariérový přístup. Nedostatečné vybavení bytu potřebnými pomůckami je také jeden z důvodů, proč mohou být někteří senioři umístěni na oddělení dlouhodobé péče, neboť rodina nemá možnost jim poskytnout adekvátní pomoc. Nejčastěji se jedná o ležící seniory, kde je jedním z největších problémů stav sociálního zařízení, které je nevyhovující a neumožňuje zajistit hygienu u ležícího, či hůře pohyblivého seniora.

V ústavní péči dohlíží na uspokojování potřeb pacienta sestra, která ho v případě jeho nesoběstačnosti zastoupí nebo mu dle potřeby pomůže. Sestra v nemocnici se stará nejen základní ošetrovatelskou péčí, ale také provádí odborné výkony a jejím cílem je uspokojit potřeby a vyřešit problémy pacienty, které se objevují v průběhu jeho onemocnění (Jarošová 2007). Kvalitní ošetrovatelská péče v nemocnici musí vycházet z respektování důstojnosti seniora a vést k podpoře jejich samostatnosti a autonomie (Hudáková a Majerníková 2013). Bužgová (2007) doporučuje ke zvýšení profesionální činnosti sester využívat praxi založenou na důkazech, která přispívá ke kvalitnější ošetrovatelské péči.

Práce sestry v nemocnici je v mnoha bodech zcela odlišná od sestry v domácí péči. Dlugošová a Tkáčová (2012) uvádějí, že sestra v zařízení pro seniory často manipuluje s bezvládnými a zcela imobilními klienty, což řadí její práci mezi silně fyzicky namáhavou činnost, která může mít za následky i vážné poškození zdraví sestry nebo snížení její pracovní výkonnosti. Dále dle těchto autorů je sestra ohrožena syndromem vyhoření a přes veškeré úsilí, které vynaloží při péči o seniory, vidí malou úspěšnost. Právě malá odezva na ošetrovatelskou péči a fyzická náročnost práce na LDN snižuje motivaci sester zvyšovat si svou kvalifikaci a své vzdělání.

Zapojení rodin do ošetřování seniora je v nemocnici oproti domácí péči odlišné. Je to dáno i tím, že rodina seniora není vždy přítomna. Dotazované sestry uvedly, že pokud mají rodiny skutečně zájem, mohou se zapojit do péče o seniora, ale málokterá rodina to skutečně udělá. Ačkoliv sestry uvádějí, že rodina se nezapojuje do péče, žádná z oslovených sester neuvedla, že by jim tuto možnost sama nabídla. Proto nelze jednoznačně říct, že by se rodiny o svého nemocného seniora nezajímaly, ale mnohdy je to dáno nedostatkem času, který si vyhradí pro návštěvu nebo se taky bojí zeptat, jak se mohou na péči podílet. Některé sestry vnímají jako pomoc rodiny v péči i zajištění základních pomůcek k hygieně. Vybíhalová (2012) se domnívá, že spolupráci s rodinou seniora může sestra navázat hned při prvním kontaktu, kdy sestra získává důležité informace o nemocném. Sestra může také rodinu zapojit do všech fází ošetrovatelského procesu a její pomoc následně využít při péči o seniora.

Senioři umístění na LDN na rozdíl od domácí péče podléhají nemocničnímu režimu, kterému se musí přizpůsobit, což může mnohým z nich činit problémy. Ačkoliv pobyt na LDN s sebou přináší mnohé nevýhody, rodiny jednotlivých pacientů jsou rády za možnost tohoto typu péče. Jednotlivé nevýhody pobytu na LDN jsou rozebrány v kapitole *Nevýhody ústavní péče o seniory*. Mezi výhody řadí rodiny i pacienti neustálou přítomnost zdravotnického personálu, společnost ostatních lidí, možnost s někým si popovídat nebo i to, že je o ně postaráno. V nemocnici je oproti domácí péči větší množství odborných pracovníků, kteří se mohou v rámci multidisciplinárního týmu podílet na zkvalitnění péče o seniory. Do multidisciplinárního týmu řadí Plevová a kol. (2012) lékaře, sestry, zdravotnické asistenty, sanitáře, fyzioterapeuty,

psychoterapeuty, duchovní, sociálně-zdravotnické pracovníky, nutriční terapeuty, dobrovolníky, ale i studenty všech zdravotnických a sociálních oborů. Cílem tohoto týmu je co nejlépe saturovat potřeby pacienta a plnit stanovené cíle. Dotazované sestry uvedly, že na oddělení LDN chodí pravidelně fyzioterapeut, který s pacienty rehabilituje, neboť právě pravidelná rehabilitace je mnohdy důvodem jejich hospitalizace. Hanzlíková a kol. (2007) uvádí, že agentury domácí péče by měly disponovat alespoň jedním fyzioterapeutem, neboť sestry mohou vykonávat jen základní rehabilitaci a nemají ve své kompetenci výkon odborné rehabilitační činnosti. Agentura domácí péče, ve které bylo provedeno výzkumné šetření, žádného fyzioterapeuta nemá a základní rehabilitaci tak provádějí samotné sestry. Přitom jeho pomoc by uvítaly jak sestry, tak samotné rodiny seniorů. Oslovená agentura domácí péče také nedisponuje nutričním terapeutem, který bývá v lůžkových zařízeních k dispozici. Oslovené sestry z ADP uvedly, že některé jednodušší změny v jídelníčku doporučují seniorům sami, ale při složitějších úpravách doporučují kontaktovat právě nutričního terapeuta.

Ptáček a Bartůněk (2011) uvádí, že spokojenost pacienta narůstá, pokud se lékař zeptá, zda má pacient ještě nějaké další otázky a ujistí se, zda všemu rozumí. Stejný pocit spokojenosti mohou navodit i sestry pracující na oddělení, pokud budou aktivně chodit mezi pacienty a zajímat se o jejich potřeby a dávat jim možnost rozhodování. V domácí péči si o sobě a může rozhodovat senior sám. V nemocnici je odkázán na daný režim oddělení, který nemusí každému vyhovovat. Proto mnozí senioři na oddělení mohou trpět pocitem, že jsou nedůležití, bezcenní a bez vlády nad sebou. Dle mého názoru mohou tyto pocity sestry zmírnit, když pacientů, nabídnou situaci, ve které se mohou sami rozhodnout. Jako ideální situace se nabízí trávení volného času, kdy záleží jen na daném senioru, jak ho využije. Autoři Zgola a Eisenbegerová (2003) uvádí, že aktivita je pro člověka stejně důležitá jako fyzická péče a výživa. Všechny sestry uvádějí, že se snaží hospitalizované seniory nějak ve volné chvíli zaměstnat, či se pokouší pořád různé akce, které jim mohou pomoci ukrátkit čas. Nikdo ze sester se ale této činnosti nevěnuje pravidelně, většinou jen doporučují čtení knihy, poslech rádia či sledování televize, což jsou činnosti, při kterých sestra nemusí být přítomna a nevyvíjí

žádnou aktivitu k povzbuzení seniora. Přitom dobře naplánované trávení volného času v nemocnici může pozvednout člověka na duchu, rozptýlit depresi či zklidnit nervozitu nebo neklid (Zgola a Eisenbergerová 2003). Někdy volný čas pomáhají seniorům naplnit dobrovolníci, kteří si s nimi povídají, vyvezou je ven na vozíku nebo jinak s nimi tráví svůj čas. Dobrovolník je podle ministerstva zdravotnictví ten, kdo se vědomě a svobodně rozhodne věnovat část svého času, energie a schopností ve prospěch druhých a tuto činnost vykonává bezplatně. Činnost dobrovolníků je vymezena zákonem č. 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě ([http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-dobrovolnik-7689\\_2921\\_3.html](http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-dobrovolnik-7689_2921_3.html) [online] cit. 2013 -12-11). Jedna ze sester se v souvislosti s trávením volného času zmínila i o kouření, které je na oddělení a i v celém areálu nemocnice zcela zakázáno. Zákaz kouření je dán nejen vnitřním nařízením nemocnice, ale i legislativou České republiky, konkrétně zákonem č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, kde v paragrafu 8 jasně stojí, že je stanoven zákaz kouřit ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení všech typů. Pacienti ale i personál musí toto nařízení dodržovat, nicméně kuřáci jsou akceptováni ve venkovních prostorách nemocnice na vyhrazených místech. I v tomto směru mají výhodu senioři, kteří jsou doma, neboť je v kouření nikdo neomezuje.

Další bod, který má domácí péče a ústavní péče zcela odlišný, je způsob podávání léků. Ačkoliv sestry v domácí péči často podávají léky, přece jen na jejich hlavní užití dohlíží rodina, neboť ne každá návštěva sestry je spojená s touto činností. Mnoho seniorů v domácí péči užívá léky samo, ať už jde o léky podávané ústy nebo o jiné lékové formy. Pokud sestra v domácí péči léky chystá, má je vždy přímo pro konkrétního pacienta, tudíž se nemůže stát, že by podala cizí léky. Pacienti v domácí péči také znají svoji medikaci a ví, jak mají dané léky užívat. Oproti tomu pacienti v nemocnici nemají své léky u sebe a mnohdy se jim během hospitalizace jejich medikace změní. Pak se stává, že pacient užívá léky, u kterých neví, jaký má očekávat účinek neboť, jak uvádí jedna z oslovených sester: *„Lékař změní medikaci a předem jim to neřekne, tak často chodí za námi na sesternu a ptají se, co to je za prášek, protože ho*



*neznají.*“ Proto mnohdy hospitalizovaní pacienti nejsou schopni vyjmenovat léky, které užívají. Sestry v domácí péči i sestry v ústavní péči by měly dodržovat určité zásady, které jsou s podáváním léků spojené. Vždy před podáním léku, by měly posoudit stav daného seniora, měly by ověřit, zda se jedná o správného pacienta (hlavně v nemocnici), který má lék dostat, dále identifikovat a podat správný lék a také zaznamenat podání léku do příslušné dokumentace. Po podání a užití léku pak musí sestry vyhodnotit, zda měl lék příslušný účinek (Krišková a kol. 2006). Kontrola účinku léku je pro sestry z domácí péče již problematická, neboť většinou netráví u pacienta tolik času, aby mohly posoudit, zda se jeho stav zlepšil. Oproti tomu sestry v nemocnici mají možnost navštívit pokoj pacienta opakovaně a sledovat, zda má požadovaný lék terapeutický účinek.

Co je však stejně důležité pro sestry v ADP i sestry v LDN je komunikace se seniorem a s jeho rodinou. Pokud sestra chce získat seniora ke spolupráci, měla by se snažit získat i jeho příbuzné (Pokorná 2008). Vybíhalová (2012) uvádí, že sestra by měla v komunikaci k rodině seniora zaujmout přátelský postoj a měla by se snažit o pochopení situace pacienta a nemluvit autoritativně a používat odborné a nesrozumitelné termíny. Zároveň ale musí dbát na hranice svých kompetencí. Aby komunikace byla úspěšná, musí všechny strany chtít a umět komunikovat. Pokorná (2008) také doporučuje využít při potížích v komunikaci s rodinou pomoc psychologa nebo psychoterapeuta. Clark (In Pokorná 2010) uvádí, že sestra stráví jen malou část své pracovní doby komunikací s nemocným. Což potvrdily i dotazované sestry, neboť uváděly, že nemají na pacienty tolik času, kolik by si přály.

## 6. Závěr

Senioři se stávají nejpočetnější populací na světě, a proto mnoho mezinárodních organizací se na ně začíná zaměřovat. V roce 2010 byla ustanovena Pracovní skupina OSN ke stárnutí a rok 2012 byl vyhlášen jako Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (Čevela a kol. 2012). I Česká republika se zapojuje do těchto aktivit a snaží se přizpůsobit dosavadní péči aktuální situaci. V rámci Evropského roku aktivního stárnutí 2012 proběhl v ČR výzkum, který srovnával kvalitu stárnutí v jednotlivých zemích Evropské unie. Podle této studie se Česká republika pohybuje mírně nad evropským průměrem, kdy z celkového počtu 27 členských zemí se umístila na 12. místě. Výzkum ukázal, že čeští senioři mají horší udržování sociálních kontaktů a méně využívají informační a komunikační technologie než ostatní senioři žijící v EU. Z výzkumu však také vyplývá, že je u nás zajištěna dobrá dostupnost zdravotní či sociální péče pro seniory. (In: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/kvalita-starnuti-je-v-ceske-republice-mirne-nad-evropskym-prumerem\\_7611\\_2778\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/kvalita-starnuti-je-v-ceske-republice-mirne-nad-evropskym-prumerem_7611_2778_1.html) [online] cit. 2013-10-07). Na dobré dostupnosti zdravotní péče mimo ústavní zařízení má jistě vliv i péče domácí, která je přijímána pacienty i rodinou pozitivně. Velkou roli zde hraje i to, že domácí péče předepsaná lékařem je pro pacienty zcela zdarma. Stále se však objevují nejasnosti ohledně kompetencí všeobecných sester a pečovatelské služby, která je placená pacienty. Tyto nejasnosti má přes veškerou informovanost nejen laická veřejnost ale i někteří odborní pracovníci (In: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/> [online] cit. 2013-11-09).

Tato diplomová práce si kladla za cíl porovnat rozdíly mezi domácí péčí a ústavní péčí o seniory, kteří se stanou v nedaleké budoucnosti nejpočetněji zastoupenou částí populace a budou pravděpodobně tvořit i nejpočetnější klientelou jak domácí péče, tak i ústavní péče. K danému cíli byly položeny následující otázky:

1. Jak se liší poskytovaná péče v domácnosti od péče ústavní?
2. Jak jsou rodiny seniorů informovány o možnosti poskytování zdravotnické péče v domácnosti?
3. Jak jsou rodiny seniorů spokojeny s poskytovanou péčí v ústavním zařízení?

4. Jak jsou rodiny seniorů spokojeny s poskytovanou péčí v domácnosti?
5. Jaké jsou nejčastější důvody umístění seniora do ústavní péče z pohledu rodinných příslušníků?

Celková péče v domácnosti se od péče ústavní liší hlavně prostředím, ve kterém je poskytována, což jednoznačně vyplývá již ze samotného názvu. Samotná poskytovaná péče je stejná, neboť ji provádí kvalifikovaný personál, jen se liší v dostupnosti pomůcek, podílu a přítomnosti rodiny na péči a také na přítomnosti zdravotnického personálu. Ve prospěch domácí péče mluví neustálá přítomnost rodiny a blízkých, u ústavní péče je to nepřetržitý dohled zdravotnického personálu a možnost kdykoliv odborně zasáhnout bez časové prodlevy. Samotná informovanost rodin nemocných je nedostačující, neboť si mnohdy nejsou vědomi možností, které mimo tradiční hospitalizaci v nemocnici mají. Nejednoznačné je i samotné poskytování informací o domácí péči, kdy rodinám seniorům není zdravotnickým personálem domácí péče nabídnuta a srozumitelně vysvětlena podstata. Jednotlivé rodiny hodnotí poskytovanou péči v ústavním zařízení kladně, nicméně mají výhrady k některým skutečnostem, které jsou typické pro některá nemocniční zařízení. Zejména se jedná o stravu, návštěvní dobu či komunikaci s lékařem a poskytování informací o zdravotním stavu seniora. Co se týká rodin v domácí péči, tak i u nich převažuje pozitivní hodnocení poskytovaných služeb a maximální spokojenost s personálem agentury domácí péče. Jedinou nevýhodu spatřují v mnohdy časově omezených návštěvách, kdy by uvítaly delší pobyt sestry, než je předepsaný limit. Samotné rodiny vidí jako nejčastější příčinu hospitalizace seniorů v ústavní péči rehabilitaci, čas na doléčení akutního onemocnění a také jejich zhoršený zdravotní stav, který jim neumožňuje zůstat v domácím prostředí. Rodiny, které mají nemocného v domácí péči, také jako častý důvod hospitalizace seniorů v nemocnici uvedly nezáměr příbuzných se o svého seniora se zhoršeným zdravotním stavem postarat.

Jako všechno na světě má i péče o seniory v ústavní či v domácí péči své klady a zápory a nelze se přiklonit na žádnou stranu. Většina rodin se snaží pro svého seniora udělat vše co je v jejich silách, aby mu zajistila náležitou péči a podporu. Proto nelze

odsuzovat nikoho, kdo rozhodl o umístění svého příbuzného do ústavní péče, protože nikdy neznáme všechny okolnosti, které k tomuto kroku vedly.

## 7. Seznam použitých zdrojů

BARTOŇOVÁ, Jitka. 2005. *Modely rodinné péče o starého člověka*. In Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie 2005, 41s.

BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. 1.vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, 432 s. ISBN 978-80-904668-0-7.

BUŽGOVÁ, Radka. Podpora autonomie a samostatnosti seniorů při hospitalizaci. *Geriatrics*. 2007, s. 32-36. ISSN 1335-1850.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

Český statistický úřad. *Věková skladba obyvatelstva v roce 2050*. [online] © 2012 [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova\\_skladba\\_obyvatelstva\\_v\\_roce\\_2050](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050).

DERŇÁROVÁ L., RYBÁROVÁ L.: *Potreby a ošetrovatelský proces 2*. 1.vyd. Prešov: Prešovská univerzita Fakulta zdravotníctva, 2008, 190 s. ISBN 9978-80-8068-848-6.

DLUGOŠOVÁ, Anna a Lubomíra TKÁČOVÁ. Postavení sestry v zařízení pro seniory. *Sestra*. 2012, č. 10, s. 29-30. ISSN 1210-0404.

FRIEDMANN, Václav. *Aktuální problémy ústavní péče*. In: *Schola gerontologica; ed. Pavel Mühlpachr*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.

HANZLÍKOVÁ Alžběta a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2007, 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2.vyd., Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 10, Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. ISBN 80-701-3363-5.

HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9.

HOLEKSOVÁ Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.

HOLMEROVÁ Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 1.vyd. Praha: Gema, 2002. 110 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HRKAL, Jakub. *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2010*. [online]. © 2010-2012 [cit. 2012-10-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-ceske-republice-roce-2010>.

HUDÁKOVÁ Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 96 s. ISBN 80-7368-110-2.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

JOINT COMMISSION INTERNATIOL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Komentovaný oficiální překlad.* 2.vyd. Praha: Grada, 2004, 288 s. ISBN 80-247-0629-6.

KALVACH, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů: (pro studující lékařských fakult a praktické lékaře).* 1.vyd. Praha: Karolinum, 1995, 214 s. ISBN 80-7184-001-7.

KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatric: integrovaný text pro interdisciplinární studium.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie.* 1.vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi.* Praha: Galén, 2006, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Křehký pacient a primární péče.* 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAMANOVÁ, Irena. *Kvalita života seniorov v DD a DSS pre dospelých.* Ružomberok: Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity, 2007, 71 s. ISBN 978-80-8084-276-5.

KLUSOŇOVÁ Ev a Jana PITNEROVÁ. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti.* 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, 117 s. ISBN 80-7013-423-2.

KRAJČÍK, Štefan. *Princípy diagnostiky a terapie v geriatricii.* 1.vyd. Bratislava: Charis, 2008, 192 s. ISBN 978-80-88743-72-9.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3.vyd. Olomouc: ANAG, 2005, 303 s. ISBN 80-7263-275-2.

KRIŠKOVÁ, Anna a kol. *Ošetrovatel'ské techniky: metodika sesterských činností: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006, 779 s. ISBN 80-8063-202-2.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3148-3.

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 67 s. ISBN 807-013-436-4.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. 1.vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010, 83. S. ISBN 98-80-7421-021-1.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby*. [online] © 2012 [cit. 2012-09-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zákon o sociálních službách* [online] © 2012 [cit. 2012-09-20] Dostupné z: [www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf).



Ministerstvo zdravotnictví. *Informace o zrušení povinnosti platit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče od 1. 1. 2014.* [online] © 2010 cit. [2014-02-03]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-zruseni-povinnosti-platit-regulacni-poplatek-za-poskytovani-luzkove-\\_8538\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-zruseni-povinnosti-platit-regulacni-poplatek-za-poskytovani-luzkove-_8538_1.html).

Ministerstvo zdravotnictví. *Kdo je dobrovolník?* [online]. © 2010 [cit. 2012-10-07]. Dostupné z: [http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-dobrovolnik-\\_7689\\_2921\\_3.html](http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-dobrovolnik-_7689_2921_3.html)

Ministerstvo zdravotnictví. *Kvalita stárnutí je v České republice mírně nad evropským průměrem.* [online]. © 2010 [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/kvalita-starnuti-je-v-ceske-republice-mirne-nad-evropskym-prumerem\\_7611\\_2778\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/kvalita-starnuti-je-v-ceske-republice-mirne-nad-evropskym-prumerem_7611_2778_1.html).

Ministerstvo zdravotnictví *Změna výše regulačního poplatku k 1. 12. 2011.* [online] © 2010 cit. [2013-05-03]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zmena-vyse-regulacniho-poplatku-od-1-122011\\_5546\\_1197\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zmena-vyse-regulacniho-poplatku-od-1-122011_5546_1197_3.html).

MISCONIOVÁ, Blanka. *Komplexní domácí péče 94.* 1.vyd. Praha: NCDP a ADP ČR, 1994. 94 s.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost.* 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-802-473-872-7.

Mobilní hospic Ondrášek. [online]. © 2012 [cit. 2012-09-20] Dostupné z: [www.mhondrasek.cz](http://www.mhondrasek.cz).

MOR Vincent a KATZ R. Paul. *A Modest Proposition to align Geriatrics and Long Term Care Medicine.* [online] © 2008 [cit. 2012-11-20] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2625338/>.

NÉMETH, František. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo.* Martin: Osveta, 2009, 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Long-term Care for Older People*. 1.vyd. Paris: OECD, 2005, 137 p.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 156 s., 80-7178-184-3.

PEKÁRKOVÁ, HANA. Domácí zdravotní péče. [online]. © 2012 [cit. 2013-05-03] Dostupné z: <http://www.domacipecehk.cz/domaci-zdravotni-pece>.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Management v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-5871-0.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

POLEDNÍKOVÁ, Lubica. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2006, 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

RABENSEIFEROVÁ Zuzana a Anna KRÁTKÁ. Práce sestry v agenturách domácí péče. *Sestra*. 2010, č. 1, s. 37-39. ISSN 1210-0404.

*Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů.* Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004, 63 s. ISBN 80-239-4334-0.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory.* 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 86 s. ISBN 80-7169-828-8.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

Sekce domácí péče. [online]. © 2010 [cit. 2012-11-09]. Dostupné z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>.

STANHOPE, M. a LANCASTER, J. *Community and Public Health Nursing.* St. Louis: Mosby 2004. 1129 p. ISBN 0-323-02240-5.

STAŇKOVÁ, Marta. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2001, 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

SÝKOROVÁ, Dana a Oldřich CHYTIL. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004, 323 s. ISBN 80-732-602-63.

TOPINKOVÁ, Eva: *Geriatric pro praxi.* 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře.* 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 299 s. ISBN 80-7169-099-6.

TOPINKOVÁ Eva a Jiří NEUWIRTH. Funkční geriatrické vyšetření - komplexní pohled na starého člověka. *Sanquis.* 2002, č. 20, s. 19. ISSN 1212-6535.

TURKOVÁ, ANDREA. Proč se o nás stále moc neví a všichni nás podceňují. *Sestra.* 2011, č. 4, s. 12. ISSN 1210-0404.

ÚZIS ČR. *Zdravotnictví České republiky 2011 ve statistických údajích*. 1. vyd. ÚZIS ČR, Praha 2012. ISSN 0862-5883.

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

VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Částka 13. Metodická opatření – *Koncepce domácí péče*. Praha: MZ ČR, 2004. s. 15-18.

VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008, 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.

VIDOVIČOVÁ Lucie a RABUŠIC Ladislav. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. 1. vyd. Brno VÚPSV, 2005, 54 s.

VOKURKA, M. et al. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: MAXDORF, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004, 537 s., ISBN 80-247-0279-7.

VYBÍHALOVÁ Lenka. Komunikace a spolupráce s rodinou nemocného. *Sestra*. č. 11, s. 30. ISSN 1210-0404.

Zákon č. 379/2005 o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů Česká republika*. 19. 8. 2005. ISSN 1211-1244.

ZGOLA, Jitka M. a Věra EISENBERGEROVÁ. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

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

## **8. Klíčová slova**

Domácí péče

Ústavní péče

Senior

Ošetřovatelství

Domov pro seniory

Rodina

## **9. Přílohy**

**Příloha 1 Věkové složení obyvatelstva k 1. 7. 2011**

**Příloha 2 Věková skladba obyvatelstva v roce 2050**

**Příloha 3 Vývoj počtu léčených pacientů a počtů návštěv v rámci zdravotní domácí péče (1995-2010)**

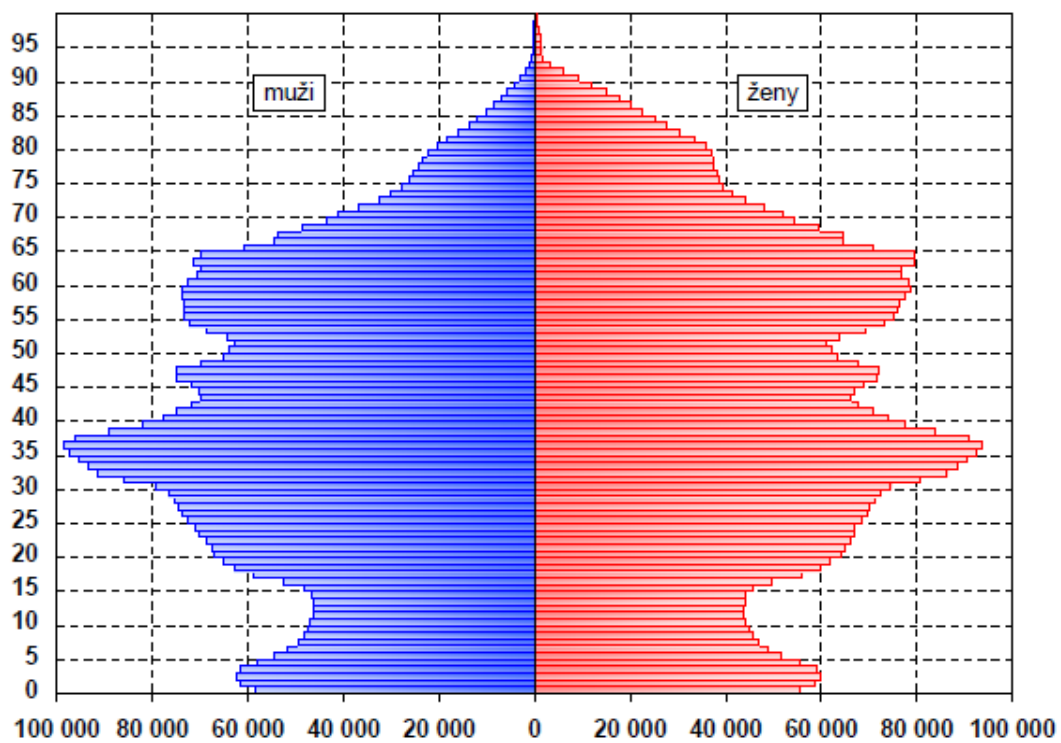
**Příloha 4 Seznam otázek k rozhovoru**

**Příloha 5 Žádost o umožnění výzkumného šetření**

**Příloha 6 Informační leták o službách domácí péče**

**Příloha CD s přepisy rozhovorů**

## Příloha 1

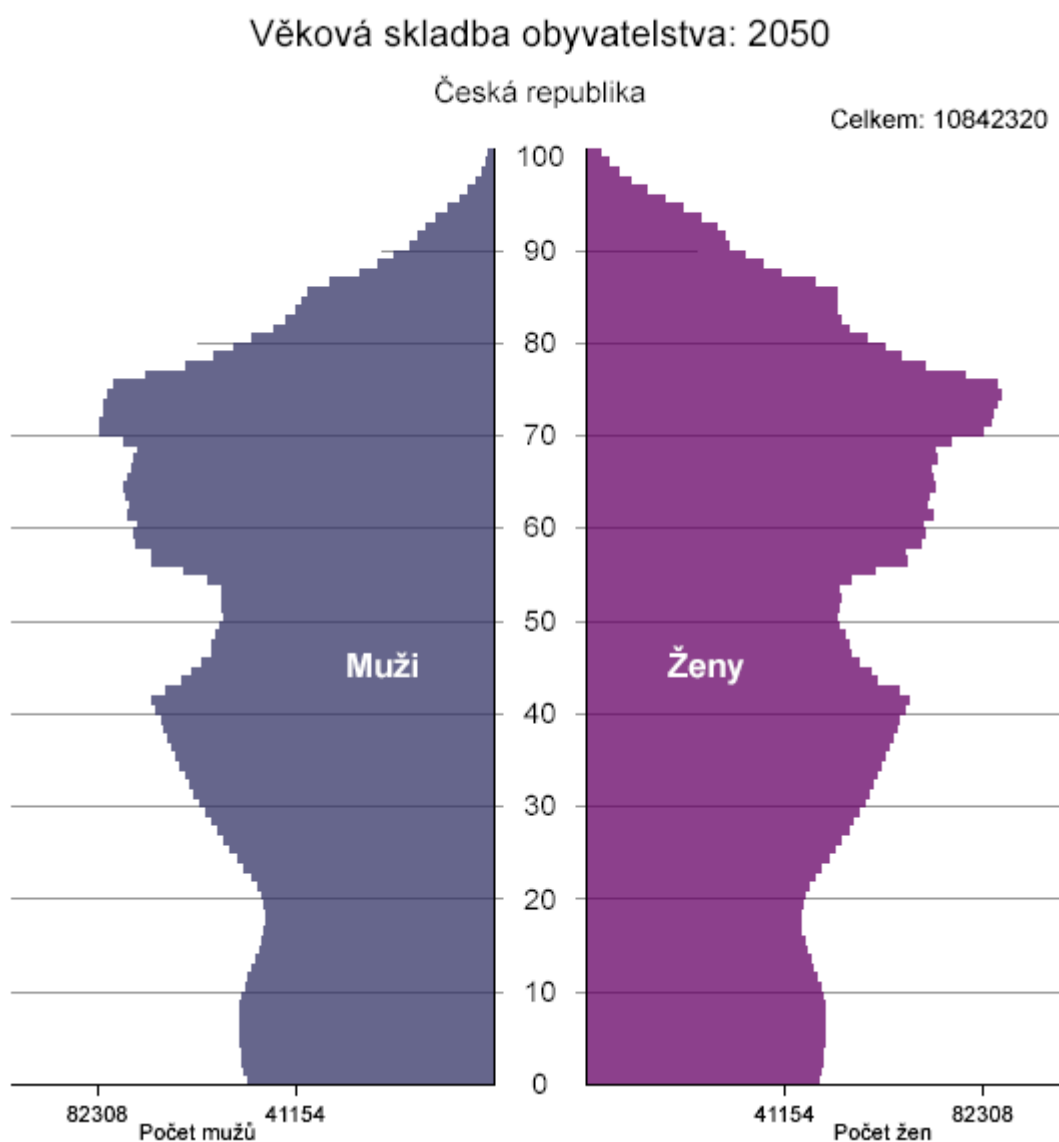


**Věkové složení obyvatelstva k 1. 7. 2011**

ÚZIS ČR. *Zdravotnictví České republiky 2011 ve statistických údajích*. 1. vyd., Praha 2012. ISSN 0862-5883. str. 8



## Příloha 2



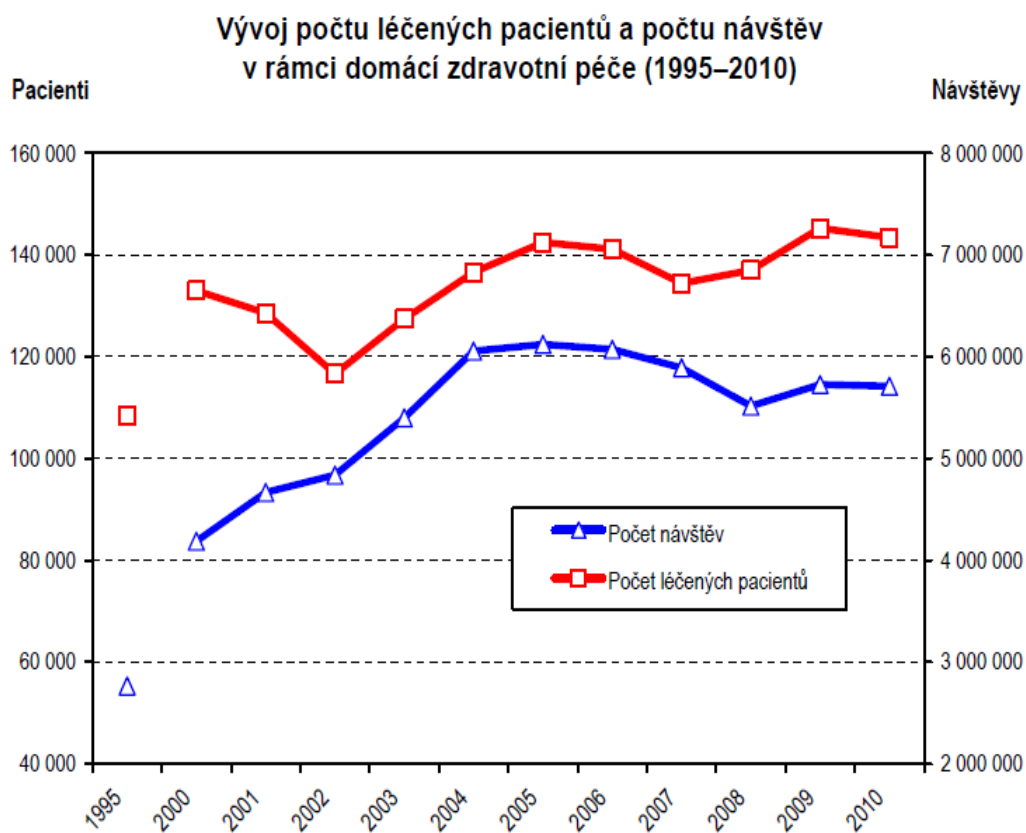
### Věková skladba obyvatelstva v roce 2050

Český statistický úřad. *Věková skladba obyvatelstva v roce 2050*. [online] © 2012 [cit. 2012-11-04].

Dostupné

z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova\\_skladba\\_obyvatelstva\\_v\\_roce\\_2050](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050).

### Příloha 3



HRKAL, Jakub. *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2010*. [online]. © 2010-2012 [cit. 2012-10-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-ceske-republice-roce-2010>.

**Příloha 4 Seznam otázek k rozhovoru**

<p><b>Otázka I.: Jak jsou rodiny seniorů informovány o možnosti poskytování zdravotnické péče v domácnosti?</b></p> <p><b>Cíl: Zjistit, jak jsou rodiny seniorů informovány o domácí péči</b></p>	
<p><b>Informovanost</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kdo vám poskytl informace o domácí péči?</li> <li>2. Byly poskytnuté informace dostatečné? Zjišťovali jste si nějaké informace sami?</li> <li>3. Máte předchozí zkušenost s domácí péčí?</li> <li>4. Proč jste se pro domácí péči rozhodli?</li> <li>5. Jak dlouho služeb domácí péče využíváte?</li> </ol>
<p><b>Otázka II.: Jaké jsou nejčastější důvody k umístění seniora do ústavní péče z pohledu rodinných příslušníků?</b></p> <p><b>Cíl: Zjistit, jaké jsou nejčastější důvody k umístění seniora do ústavní péče z pohledu rodinných příslušníků</b></p>	
<p><b>Umístění na LDN</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Proč je Váš příbuzný na LDN (z jakého důvodu)?</li> <li>7. Měli jste na výběr z jiných možností jak se o seniora postarat? Pokud ano jaké?</li> <li>8. Kdo vám nabídl možnost umístění na LDN?</li> <li>9. Jak dlouho jste se rozhodovali o umístění na LDN?</li> </ol>
<p><b>Otázka III.: Jak se liší poskytována péče v domácnosti od péče ústavní?</b></p> <p><b>Cíl: Zjistit rozdíly mezi ústavní a domácí péči o seniory.</b></p>	
<p><b>Pitný režim + stravování</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Jak sestra zajišťuje pitný režim a podávání stravy pacientů?</li> <li>11. Má váš příbuzný vždy dostatek tekutin (nestěžuje si na</li> </ol>

	<p>pocit žízně)?</p> <p>12. Kolikrát denně personál podává stravu? Je to dostatečné? Jak velké jsou porce?</p> <p>13. Kdo se stará o výživu seniora v domácí péči?</p> <p>14. Kdo dohlíží na pitný režim seniora doma</p> <p>15. Je možnost konzultace s nutričním terapeutem v domácí péči/ústavní péči?</p>
<b>Polohování + dekubity</b>	<p>16. Jak je zajištěna mobilita nepohyblivých nebo méně pohyblivých pacientů v domácí péči/ústavní péči?</p> <p>17. Jak často polohujete seniora v ústavní péči (rodina v domácí péči)?</p> <p>18. Které polohy jsou preferované?</p> <p>19. Jaké pomůcky k polohování jsou k dispozici v domácí péči/v ústavní péči?</p> <p>20. Jak se polohování zaznamenává v domácí péči/v ústavní péči?</p> <p>21. Jak často se vyskytují dekubity v domácí péči/ústavní péči?</p> <p>22. Jak se dekubity ošetřují v domácí péči/v ústavní péči?</p> <p>23. Podílí si na péči i fyzioterapeut? Pokud ano, jak často dochází?</p>
<b>Hygiena</b>	<p>24. Jak se provádí hygiena nemocných v domácí péči/v ústavní péči?</p> <p>25. Kolikrát denně se provádí hygiena nemocných?</p> <p>26. Jaké pomůcky používají v ústavní péči (co přinese rodina x co zajistí nemocnice)/v domácí péči?</p> <p>27. Jak se dodržuje intimita pacienta?</p> <p>28. Jak je zapojena rodina do provádění hygieny?</p>
<b>Převazy</b>	<p>29. Jak se provádí převazy v domácí péči/v ústavní péči?</p> <p>30. Jaké pomůcky se k převazům používají?</p>

	<p>31. Jak často převaz provádí?</p> <p>32. Do jaké míry konzultuje personál stav rány s převazovou sestrou, pacientem či rodinou?</p>
<b>Podávání léků</b>	<p>33. Jak jsou pacienti informováni o podávaných lécích?</p> <p>34. Umí pacienti a jejich rodina vyjmenovat léky, které jim personál podává?</p> <p>35. Jak sestra kontroluje užití a účinek léků v domácí péči a v ústavní péči?</p> <p>36. Kdo se stará o podávání léků u seniora v domácí péči?</p>
<b>Vyprazdňování</b>	<p>37. Jak sestra dohlíží na vyprazdňování seniorů v domácí/ústavní péči?</p> <p>38. Jak sestra řeší vyprazdňování ležících seniorů v domácí/v ústavní péči?</p> <p>39. Jak se zajišťuje intimita a hygiena po vyprázdnění?</p>
<b>Volný čas nemocných</b>	<p>40. Jak tráví volný čas seniori v domácí péči a v ústavní péči?</p> <p>41. Kolik volného času mají?</p> <p>42. Jakým aktivitám se nemohou věnovat v domácí/v ústavní péči?</p> <p>43. Jak ovlivňuje trávení volného času sestra/rodina?</p>
<b>Zázemí seniora (bytová situace, prostor, dostupnost služeb, vybavení domácnosti ...)</b>	<p>44. Jak zázemí seniora ovlivňuje ošetrovatelskou péči?</p> <p>45. Má zázemí seniora vliv na umístění do ústavní péče?</p> <p>46. Jaké podmínky jsou potřeba, aby senior mohl být v domácí péči?</p> <p>47. Jak se na tvorbě zázemí může podílet sestra/rodina seniora?</p>
<b>Chování personálu (k nemocnému, rodině)</b>	<p>48. Jak vnímáte chování personálu vůči Vašemu příbuznému?</p> <p>49. Jak se chová personál k ostatním pacientům (stejně, některé upřednostňuje, opomíjí ...)?</p>

	<p>50. Jak vám personál poskytuje potřebné informace o zdravotním stavu příbuzného?</p> <p>51. Když dojdete na návštěvu, jak se k vám personál chová?</p> <p>52. Jak by se podle vás měla chovat ideální sestra?</p> <p>53. Jsou signalizační tlačítka k dispozici? Jak se personál po přivolání chová?</p> <p>54. Kolikrát denně přichází sestra na pokoj k pacientům? Kolikrát týdně/denně přijíždí sestra z domácí péče?</p> <p>55. Domníváte se, že je rozdíl v chování sester k seniorovi v domácí a ústavní péči?</p>
<b>Chování rodiny (k nemocnému, k personálu)</b>	<p>56. Jak vnímáte chování rodiny vůči personálu?</p> <p>57. Jak probíhá komunikace mezi rodinou a personálem?</p> <p>58. Jak se rodina chová k svému příbuznému?</p> <p>59. Co očekáváte jako sestra od rodiny?</p> <p>60. Jak často chodí příbuzní navštěvovat nemocného seniora?</p>
<p><b>Otázka IV.: Jak jsou rodiny seniorů spokojeni s poskytovanou péčí v domácnosti / v ústavních zařízeních?</b></p> <p><b>Cíl: Zjistit, jak je rodina spokojena s poskytovanou péčí v domácnosti / v ústavním zařízení?</b></p>	
<b>Výhody domácí péče/ústavní péče</b>	<p>61. Jaká pozitiva přináší nemocnému senioru domácí péče/ústavní péče?</p> <p>62. Jaká pozitiva přináší rodině seniora domácí péče/ústavní péči?</p> <p>63. Jaká pozitiva přináší sestře domácí péči/ústavní péči?</p>
<b>Nevýhody domácí/ústavní péče</b>	<p>64. Jaká negativa přináší nemocnému senioru domácí péče/ústavní péče?</p> <p>65. Jaká negativa přináší rodině seniora domácí péče/ústavní péče?</p>

	66. Jaká negativa přináší sestře senioru domácí péče/ústavní péče?
<b>Hodnocení poskytované péče</b>	67. Jak byste zhodnotila poskytovanou péči?

## Příloha 5 Žádost o umožnění výzkumného šetření

Bc. Petra Hošťálková

Lipová 33

751 14 Dřevohostice

Středomoravská nemocniční a s. odštěpný závod Nemocnice Pířerov

Dvořákova 75

751 52 Pířerov

V Lipové dne 12. 4. 2013

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená pani hlavní sestřo,

žádám Vás o možnost vykonání výzkumného šetření v nemocnici Pířerov k mé diplomové práci na téma Domácí péče versus ústavní péče o seniory z hlediska ošetřovatelství. První část výzkum by se týkala pěti sestřer pracujících na oddělení dlouhodobě nemocných a pěti pacientů nebo jejich rodin. Druhá část výzkumu by se týkala sestřer pracujících v domácí péči a pacientů nebo jejich rodin v domácí péči. Výzkum by probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru a byl by anonymní a zcela dobrovolný.

Děkuji

Bc. Petra Hošťálková

12. 4. 2013

*S. Křiváková*

Mgr. ročník 2011

Středomoravská nemocniční a.s.  
NEMOCNICE PÍŘEROV o.z.  
Dvořákova 75, 751 52 Pířerov



## Příloha 6 Informační leták o službách domácí péče

# Domácí péče

- Je vhodná pro pacienty všech věkových kategorií a jejich rodiny
- Umožňuje nemocnému zůstat v domácím prostředí
- Nemocný nemusí být dlouhodobě v nemocnici
- Ošetrovatelský personál dojde k nemocnému až domů
- Je na předpis lékaře a je zcela hrazena pojišťovnou



### Domácí péče zajišťuje:

- \* odběr biologického materiálu (krev, moč, stolice)
- \* aplikaci injekcí a infuzí
- \* nácvik a aplikace inzulínu
- \* léčbu bolesti
- \* ošetření a převazy stomii a všech druhů ran
- \* ošetření permanentních katétrů (močových cévek) a drénů
- \* aplikace inhalací
- \* poradenství při péči o ležícího nemocného
- \* zapůjčení pomůcek pro ležící nemocné (polohovací lůžka, vozíky)
- \* a mnoho dalších výkonů

**Domácí péči poskytují všeobecné zdravotní sestry prostřednictvím agentury domácí péče.**

**Pro získání více informací kontaktujte svého ošetřujícího lékaře nebo navštivte [www.adp-cr.cz](http://www.adp-cr.cz)**

