

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Kvalita života u seniorů hospitalizovaných v léčebnách
pro dlouhodobě nemocné**

diplomová práce

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

Datum odevzdání práce: 20. 5. 2013

Abstrakt

Základní teoretická východiska

Dle demografického vývoje se prodlužuje střední i maximální délka života. Celosvětová populace tak stále větší část dospělého života prožívá ve stáří. Tento jev je nezvratný a proto přináší zásadní změny do celosvětové péče o seniory, a je proto třeba všimnout si kvality péče o ně. Senioři jsou nezastupitelnou a stále větší částí populace, tvoří různorodou skupinu s individuálními potřebami, prioritami a přáními ve zdraví i nemoci. Právě polymorbidita seniorských pacientů je mnohdy důvodem pro dlouhodobou hospitalizaci. Pro tyto účely jsou v dnešní době stále více budovaná lůžka v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (LDN). Ty jsou podle zákona definovány jako odborné léčebné ústavy, a je v nich poskytována péče pacientům, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit, a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje. Kvalita života seniorů a kvalita péče v těchto zařízeních jsou tak hlavním ukazatelem současného stavu dlouhodobé péče.

Cíle práce:

- 1) Zjistit, jaká je kvalita života u seniorů hospitalizovaných v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

Výzkumné otázky:

- 1) Jak hospitalizace seniorů v léčebnách pro dlouhodobě nemocné ovlivňuje jejich subjektivně vnímanou kvalitu života?
- 2) V jakých oblastech pocítují senioři hospitalizovaní v léčebně pro dlouhodobě nemocné rozdíl kvality života mezi léčebnou a domácím prostředím?
- 3) Jak jsou senioři v léčebnách pro dlouhodobě nemocné spokojeni s kvalitou péče?
- 4) V jakých oblastech by všeobecná sestra měla zlepšit poskytovanou péči, v rámci zvýšení kvality života seniorů v léčebnách dlouhodobě nemocných?

Použité metody:

Pro empirickou část diplomové práce byla využita metoda kvalitativní analýzy sebraných dat. Dané výzkumné šetření bylo uskutečněno formou polostrukturovaného hloubkového rozhovoru s klienty-seniory hospitalizovanými v léčebnách dlouhodobě nemocných. Návod rozhovoru byl vytvořen na základě modelu kvality života QOL Research Unit univerzity v Torontu. Je rozdělen do tří kategorií- existence, sounáležitost a adaptabilita. Přepisy rozhovorů jsou přílohou práce na CD. Výsledky výzkumu jsou pro názornost vytvořeny v myšlenkových mapách programu XMind. Součástí práce jsou i komentáře jednotlivých map s doslovnými vybranými citacemi respondentů.

Výsledky:

Z analýzy získaných informací prostřednictvím hloubkového rozhovoru vyplývají faktory, které se vyznačují značnou mírou subjektivity a logickou úrovní individuality. Výsledky zaměřené na zkoumání dimenzí kvality života u seniorů, se víceméně shodují se základním dělením dle odborné literatury. Přinášejí však hlubší pohled na ně, a vnášejí do těchto dimenzí subjektivní názory, přání a hodnocení očima seniora, který se ocitl v neznámém prostředí LDN. Velkou měrou se zde prokázal pozitivní vliv všeobecných sester na pacienty, který často ovlivňuje spokojenost seniorů ve zdravotnickém zařízení. Oblast komunikačních dovedností zdravotníků byla ale často zmiňovaná jako chybějící či spíše nedostatečná. Za opomíjené se ukázaly být také oblasti volného času seniorů, adaptace seniorů na režim LDN a společenské izolace.

Závěr:

Dlouhodobá péče se díky demografickému vývoji stává nejrychleji se rozvíjejícím druhem péče. Důraz na kvalitu života hospitalizovaných seniorů, jako jejich největších spotřebitelů, proto má být samozřejmostí pro každé zdravotnické či sociální zařízení. Přínosem diplomové práce je podrobné zmapování problematiky kvality života v zařízeních LDN, upozornění na nedostatky péče či opomíjené oblasti kvality života.

Abstract

The basic theoretical basis:

According to demographic development the average and maximum lifespan prolongs. Therefore global population spends a bigger part of adulthood in their old age. This phenomenon is irreversible and brings significant changes into global geriatric nursing and we need to take note of the care that is provided to old patients. The seniors form an irreplaceable and a more and more considerable part of population, they create a varied group with individual needs, priorities and demands in sickness as in health. It is the very polymorbidity of senior patients which is often the reason for a long-term hospitalization. Nowadays, for these purposes more and more beds are built in long-term care facilities (LTCF) which are officially defined as specialized medical institutions which provide care to patients whose health states cannot be substantially improved by any medical treatment as they worsen without a continuous care. The life quality of seniors and the quality of the provided care in these facilities are the main long-term care level indicators.

The goals of the thesis:

- 1) Ascertain the life quality of seniors hospitalized in long-term care institutions.

The research questions:

- 1) How does the hospitalization of seniors in LTCF influence their subjectively perceived quality of life?
- 2) In which areas do seniors hospitalized in LTCF feel the difference of life quality in LTCF and at home?
- 3) How are the patients in LTCF satisfied with the quality of health care?
- 4) Within the rise of seniors' life quality in LTCF, in which areas should the nurse improve the provided care?

Methods employed:

For the empirical part of the thesis the qualitative analysis of gathered data method was used. The data accumulation was implemented by semi-structured interviews with clients-patients hospitalized in LTCF. The instructions for the interviews were adopted from a QOL Research Unit life quality model of the university in Toronto.

This model emphasizes the individual's relations towards the surroundings and the possibilities of maintaining and improving skills. It is divided into 3 categories - existence, togetherness and adaptability. Interview transcriptions create a part of the thesis on an enclosed CD. For illustrative purposes, the results of the research were transformed into mind maps using the XMind software. There are also annotations with respondents' quotations concerning individual map as a part of the thesis.

The results:

The analysis of in-depth interview gathered information brought several factors which are highly subjective and have a logical level of individuality.

The results concerning the research of the seniors' life quality dimensions are more or less in agreement with the basic division found in professional literature. However, they bring a further view on these dimensions and introduce subjective opinions, wishes and evaluation of seniors who found themselves in unknown environment of LTCF. The positive influence of nurses, which often impact the satisfaction of seniors in a medical institution, proved its importance. However, it was the area of communication skills of medical staff which was mentioned as lacking or insufficient. Also the fields of free time activities, seniors' adaptation in LTCF and social isolation were found to be neglected.

Conclusion:

The long-term care becomes, thanks to demographic development, the most rapidly evolving kind of health care. The emphasis on life quality of hospitalized seniors, as their biggest consumers, should be a matter of course for every medical and social facility. The contribution of the thesis is in detailed mapping of the issue of life quality in LTCF, warning against lack in health care and the neglected fields of life quality.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) 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 20. 5. 2013

.....

Bc. Markéta Dolejšová

Poděkování

Tímto děkuji doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za pomoc, cenné rady, věnovaný čas i odborné připomínky při zpracování mé diplomové práce.

Také děkuji všem respondentům, za ochotu a věnovaný čas při výzkumném šetření.

Obsah

Úvod.....	11
1. Současný stav.....	12
1.1. Stárnutí a stáří jako fenomén 21. století	12
1.1.1. Stárnutí populace z hlediska demografie	12
1.1.2. Normalita stárnutí X pohled moderní doby.....	13
1.2. Geriatrizace medicíny	15
1.2.1. Senior jako pacient	15
1.2.2. Zvláštnosti v průběhu nemocí u seniorů	16
1.2.3. Geriatrické a gerontologické disciplíny medicíny	18
1.2.4. Ageismus.....	19
1.2.5. Umírání a paliativní péče	19
1.3. Kvalita života	21
1.3.1. Well being (osobní pohoda).....	23
1.3.2. Kvalita života u seniorů.....	23
1.3.2.1. Smysluplnost života ve stáří.....	24
1.3.2.2. Měření kvality života u seniorů.....	25
1.3.3. Podpora zdravého stárnutí a kvality života v národním a světovém měřítku.....	26
1.4. Dlouhodobá péče o seniory	27
1.4.1. Pacient dlouhodobé péče.....	27
1.4.2. Činnost všeobecných sester v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN).....	28
1.4.3. Koncept dlouhodobé péče	28
1.4.4. Stav dlouhodobé péče v ČR	29
1.4.5. Léčebny dlouhodobě nemocných.....	30
1.5. Kvalita péče.....	30
1.6. Budoucnost dlouhodobé péče	32
2. Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1. Cíle práce	33

2.2. Výzkumné otázky.....	33
3. Metodika	34
3.1. Popis metodiky.....	34
3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	36
3.2.1. Stručná charakteristika jednotlivých respondentů.....	37
4. Výsledky kvalitativního výzkumu	41
4.1. Zpracování rozhovorů	41
4.1.1. Oblast existence.....	43
4.1.2. Oblast sounáležitost.....	61
4.1.3. Oblast adaptabilita.....	69
5. Diskuze.....	79
6. Závěr	85
7. Seznam použitých zdrojů	87
8. Klíčová slova.....	91
9. Přílohy.....	92

Seznam použitých zkratk

DPS = domov s pečovatelskou službou

DS = domov seniorů

CHOPN = chronická obstrukční plicní nemoc

LDN = léčebna dlouhodobě nemocných

LTC = long-term care

LTCF = long-term care facilities

MPSV = Ministerstvo práce a sociálních věcí

OECD = Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

OSN = Organizace spojených národů

TEP = totální endoprotéza

ÚZIS = Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHO = Světová zdravotnická organizace

WHOQOL = WHO Quality of Life

„Stupeň úcty ke stáří udává stupeň ušlechtilosti a pravé ceny u všech národů a kultur.“

Ladislav Klíma

Úvod

Demografický vývoj posledních let výrazně zasáhl do formování politiky zdravotní i sociální péče celého vyspělého světa. Dá se předpokládat, že narůstající počet seniorské populace v následujících desetiletích bude nadále formovat nároky zdravotnických systémů na péči právě o tuto skupinu lidí. Zvýší se jejich zastoupení v primární, sekundární i terciární péči. S prodlužující se délkou lidského života neboli jeho střední délkou, zvyšujícími se nároky společnosti na jedince, posunující se hranicí odchodu do starobní penze se prodlouží produktivní a aktivní život jedince. Otázkou však zůstává, jestli se tudíž zmírní i výskyt onemocnění, který se kumuluje převážně u lidí starších 65 let. Právě polymorbidita seniorů je hlavní příčinou vyhledání tzv. dlouhodobé péče, kdy senior pro přítomnost více onemocnění musí v důsledku zhoršení celkového zdravotního stavu vyhledat právě péči, která je specializovaná na znovunavrácení zdraví či zlepšení zdravotního stavu směřujícího k zachování soběstačnosti.

Na tuto péči se zaměřují léčebny dlouhodobě nemocných, které poskytují péči pacientům, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje. Kvalita života seniorů v těchto zařízeních je tedy spolu s dostupností a kvalitou dlouhodobé péče důležitým ukazatelem vyspělosti současného stavu dlouhodobé péče. Ke kvalitě života seniorů v léčebnách dlouhodobé péče výrazně přispívá práce všeobecných sester, které péči zajišťují. Ty svou činností mohou napomáhat k poskytování vysoce kvalitní specifické péče zaměřené na uspokojování potřeb a znovunavrácení zdraví či zvýšení soběstačnosti v rámci zkvalitnění života svých pacientů.

Téma diplomové práce jsem si vybrala vzhledem k aktuálnosti daného tématu. Důležitou roli ve výběru hrály i mé osobní zájmy o téma týkající se geriatric a geriatrického ošetrovatelství. Zvýšení kvality života seniorů ve zdravotnických zařízeních by totiž mělo být hlavním cílem všech zdravotníků, kteří svým pacientům chtějí poskytnout nejlepší možnou péči.

1. Současný stav

1.1. Stáří jako fenomén 21. století

Stářím a stárnutím člověka se lidstvo zabývalo už od jeho prvopočátku. Hledaly se jeho příčiny, projevy, způsoby jeho prožívání i usnadnění následků změn s ním spojených. Filosofické, alchymistické, náboženské a v neposlední řadě i medicínské bádání zkoumalo souvislosti mezi zdravím, stářím, nemocí a smrtí. Stáří bylo v průběhu dějin vnímáno různě. v antice bylo považováno za důsledek ztráty tepla či vlhka nebo za nerovnováhu mezi tělními tekutinami (Mühlpachr, 2005). Stejně, jako se měnil pohled na stárnutí a jeho příčiny, měnil se i životní pohled lidstva, a to jak v pozitivním, tak i negativním měřítku. Pozitivní pohled chápal stáří jako životní etapu harmonickou a prohlubující životní moudrost, naopak vnímání stáří jako daň životu s postupným ubýváním smyslových i kognitivních funkcí přinášelo strach a obavu ze stárnutí. Délka lidského života nebyla vždy stejná, existují odhady, že až do sedmnáctého století se stáří nedožil nikdo nebo slabé jedno procento obyvatel. V každém čase lidského bytí se proto největší pozornost věnovala délce života a možnostem jejího prodloužení. Zmínky o nesmrtelnosti, elixíru mládí můžeme najít již v Bibli, kde je však Hospodinem vyslovena obava z věčného života. Lidský život nebyl nikdy tak dlouhý jako dnes, paradoxem tedy je to, že o co se snažily celé generace před námi, tudíž prodloužení délky života na co nejdelší možnou dobu, se dnes, na počátku 21. století, stává celosvětovým problémem (Mühlpachr, 2005).

1.1.1 Stárnutí populace z hlediska demografie

Demografie je vědní obor zabývající se reprodukcí lidských populací a podmínkami jejího ovlivnění. Z jejího výzkumu můžeme vyčíst fakt, že celá populace stárne. Společnost tedy bude muset přijmout fakt, že v kratší či delší budoucnosti budou senioři tvořit největší část obyvatelstva a lidé budou ve stáří prožívat mnohem více let (Haškovcová, 2010). Základními demografickými veličinami je mortalita neboli úmrtnost a natalita neboli porodnost. Jako ukazatel délky života se místo jeho průměrné délky, která byla v minulosti ovlivněna celosvětovou situací, válečnými konflikty, nemocemi aj., dá objektivněji použít tzv. střední délka života (life expectancy). Tu lze

chápat jako pravděpodobnou dobu života, nebo také naději dožití při narození dítěte v dané zemi. Nárůst střední délky života úzce souvisí s demografickým stárnutím populace. Díky klesající porodnosti, lepší a dostupné zdravotní péči, modernizaci medicíny i neefektivnějších způsobů záchrany života, nízké porodní úmrtnosti, snížení chudoby a naopak zvýšením sociálních podmínek obyvatel se dnešní populace dožívá nejvyššího věku v dějinách. Zeměmi s největším počtem seniorů jsou dnes Japonsko, Severní Amerika a země střední a jižní Evropy (Čevela et al., 2012). Tam se počet seniorů má do roku 2020 pohybovat okolo 20-30 %. Podle Českého statistického úřadu nebude situace v České republice v budoucnu odlišná. Za hranici stáří je fixně považován kalendářní (chronologický) věk 65 let. Tato hranice by se však s nárůstem střední délky života měla posouvat. v roce 2030 má populace nad 65 let tvořit v ČR bezmála 23 % a v roce 2050 až 31,3 % obyvatel. Podle odhadů Katedry demografie přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze se má střední délka života ještě zvýšit o 4 roky. S tímto vývojem je nutná změna postavení i rolí seniorů ve společnosti. Současně s tím, jak se bude prodlužovat fáze života ve stáří, bude se měnit i zdravotní a funkční stav budoucích seniorů. Participace seniorů do společenského i pracovního života je tedy nevyhnutelná (Malíková, 2011).

1.1.2 Normalita stárnutí x pohled moderní doby

Proces stárnutí je celoživotní děj, který začíná již od narození. Je to nezvratný, přirozený vývoj lidské bytosti a stáří je označení jeho konečné fáze. Stárnutí je geneticky podmíněno a jeho rychlost je individuální pro každého živého tvora na Zemi. U člověka je délka života stanovena maximálně na 115 až 120 let. Proces stárnutí provází řada involučních změn organismu, sociálních změn rolí i psychologických změn ve stáří. Periodizace stáří není jednotná. v praxi se užívá kategorizace dle Světové zdravotnické organizace (WHO), která rozlišuje období mladého stáří, to je dáno hranicí 60-74 let, dále pak období vlastního stáří, které se pohybuje v rozmezí 75-89 roků a stádium dlouhověkosti, do této kategorie zařazujeme lidi starší 90 let. Kategorizace věku se také provádí podle kalendářního, funkčního nebo biologického věku nebo podle rozdělení do čtyř období věku, a to dětství a dospívání, dospělost, stáří, které dělíme

do dvou období (Poledníková, 2006; Mühlchpachr, 2005). Moderní doba a globalizace se projevuje na postojích obyvatelstva a na jejím hodnotovém žebříčku. Pozorujeme odklon od kvalitních mezilidských vztahů, vzájemné lásky a respektu a naopak příklon k materialismu, individualismu a honbě za výkonem. Stáří již není vnímáno jako období předávání životní moudrosti, názorů a zkušeností mezi generacemi jako tomu bylo dříve. Tehdy byl starý člověk jedinečnou „pokladnicí“ vědomostí a od něj získané životní zkušenosti nemohli mladí lidé nikde jinde získat (Klevetová et al., 2008). Stáří se v dřívějších letech dožívalo jen málo lidí, proto byla představa stáří idealizovaná jako období životní moudrosti a bilancování. Novým trendem v 19. století však bylo mládí a seniorská generace tudíž musela ustoupit do pozadí.

Bohužel, tento trend vydržel i dvě další století a i dnes se setkáváme s marginalizací starých osob, která je často založená na mýtech a polopravdách, které si společnost často tvoří na základě vlastní obavy a dalo by se říci i hrůzy z vlastního stárnutí. To je v obecném pojetí spojeno se strádáním, bolestí a nemocemi. Stejně jako probíhá stereotypizace projevů stárnutí, stejně tak se objevil i mýtus homogenity seniorů. Ten se zakládá na představě jednotné, uniformní populace seniorů, která je sice do určité míry shodná vnějšími znaky, ale nikoliv jednotná v potřebách, názorech a životním stylu. Naopak seniorská populace je díky individuálním životním zkušenostem a zážitkům každého jedince výjimečná a vysoce specifická neboli heterogenní (Haškovcová, 2010). Dalšími mýty spojenými se stářím jsou představy o nenaplněnosti a neúčinnosti času seniorů. Zde nacházíme určitý rozpor mezi názorem zaslouženého odpočinku po odpracovaných letech a na druhé straně podezíráním z nicnedělání. Tento mýtus úzce souvisí s penzionováním seniorů a zakládá se na názoru, že starým se člověk stává v den odchodu do důchodu a tím končí také smysluplná část života (Křivohlavý, 2002). Image stáří nepřidává ani jeho mediální obraz, který společnost spíše podporuje v negativistických postojích a nevraživosti, ať již díky utrácení veřejných peněz na vyplácení starobních důchodů či zabírání pracovních míst seniory na úkor nezaměstnanosti absolventů a mladých. Problém médií je často již ve znázorňování seniorské populace, kterou znázorňuje jako shrbenou, zanedbanou, nesoběstačnou a všestranně strádající (Čevela, 2012).

1.2. Geriatrizace medicíny

Spolu s demografickým nárůstem počtu seniorů narůstá logicky i jejich zastoupení v jednotlivých lékařských oborech. Střední délka života se prodlužuje a začíná se přibližovat své biologické hranici. Pro rok 2060 se předpokládá u mužů nárůst střední délky života na 85,5 roku a u žen na 90,1 roku (Kalvach, 2011). Není tedy pochyb, že v příštích letech se nejvýrazněji zvýší počet seniorů ve zdravotnických zařízeních všech typů a tito se stanou nejpočetnější skupinou příjemců medicínské i ošetrovatelské péče. Nutnost znalosti geriatrie se tudíž brzy stane nutností pro lékaře i ostatní zdravotnický personál ve všech disciplínách medicíny. Jejich vědomosti se budou muset doplnit určitým geriatrickým rámcem, který bude doplňovat jejich základní specializaci (Weber, 2010).

1.2.1 Senior jako pacient

Se stářím je spojena řada změn tělesných, psychických i sociálních. Změny způsobené involučními pochody organismu nalzáme téměř ve všech orgánových soustavách, některé jsou viditelné, jiné nikoliv. Z tělesných můžeme jmenovat změny na kůži a jejích přídatných orgánech, změny v nervosvalové aktivitě, změny na kardiovaskulárním systému, změny v činnosti trávicího a vylučovacího systému, snížení přirozené imunity, změny v percepci, nejvíce v oblasti zrakové a sluchové, změny v pohlavním systému a změny v oblasti termoregulace organismu. Změny nastávají i v oblasti paměti a učení, kde se zhoršuje zejména krátkodobá paměť. Někdy s postupujícím věkem může také postupně slábnout energie a vitalita do života. Ve starším věku se může projevovat také citová a emoční labilita (Poledníková, 2006). Ve zdravotnickém zařízení je také patrný pokles psychické adaptability na nové prostředí. Někdy se to může projevit introverzí pacienta, podezřívavostí, uzavřeností, odklonem k duchovním hodnotám. Je proto těžké posoudit, zda jsou změny osobnosti způsobené přirozenou změnou či jde o projev nemoci. Sociální rozměr změn ve stáří udává vztah k rodině a společnosti. Staří lidé se často trápí pocitem neužitečnosti a sami sebe považují za překážku ve fungování rodiny (Miller, 2012). Pocity méněcennosti, viny a nejistoty mohou být spouštěcím mechanismem pro vznik neuróz a psychóz. Další

sociální problémy často nastávají po smrti životního partnera, která přináší pocit ztráty, osamělosti a prázdnoty. Nezřídka je spolu s úmrtím partnera spojena i otázka samostatného bydlení či ekonomického zabezpečení seniora (Minibergerová, 2005).

Nemoci ve stáří mají stejné příčiny jako u ostatních. Obraz nemoci je však modifikován a ovlivněn procesem stárnutí. To urychluje patologický proces a dává za vznik chronickým onemocněním. Stařecká křehkost je u nás pojem nový a pro jeho anglický originál - frailty nemá česká medicína dosud vhodný ekvivalent. Vyjadřuje rizikovost pacienta – seniora: „Která je způsobena fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, tak zejména úbytkem svalové hmoty, úbytkem kostní hmoty a sníženou pevností kostí, zhoršením mobility, vytrvalosti svalové síly a koordinace, popřípadě i poruchou imunity, kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti.“ (Topinková, 2005, s. 83). Některé nemoci se ve stáří objevují častěji než u ostatní populace, jedná se hlavně o nemoci kardiovaskulárního systému, nádorová onemocnění, diabetes mellitus či úrazy, zejména kosterního aparátu spojené se sníženou mobilitou seniorů (Kalvach, 2011). U seniorů pozorujeme atypičnost v klinickém obrazu i průběhu onemocnění, polymorbiditu, postižení mozku i při onemocnění jiných orgánů, geriatrické specifické komplikace či geriatrický maladaptativní syndrom, což je stresová reakce na nepřizpůsobení se změněným podmínkám. Ten se projevuje zejména v oblasti sociálního charakteru a prohlubuje sociální rozměr onemocnění. Stejně jako v diagnostice tak i v terapii se musí přizpůsobit strategie léčby individualitě geriatrického pacienta (Neméth, 2009).

1.2.2 Zvláštnosti nemocí u seniorů

V oblasti specifík průběhu onemocnění musíme mít na paměti mikrosymptomatologii chorob ve stáří. Jedná se o chybění či zastření jednoho či více příznaků onemocnění, jakožto i jeho neúplný a atypický průběh (Kalvach, 2004). Dále se setkáváme také s projevem menší části příznaků, jejich jiným obrazem, či projevem onemocnění na jiném orgánu, než je onemocněním postižen. Příčiny těchto změn můžeme hledat v důsledcích involučních změn organismu, malnutrici, komorbiditě či vlivu léků. Někdy bývá obraz měněn též agravací či bagatelizací příznaků pacientem

nebo přístupem zdravotníků k pacientovi (Németh, 2009).

Polymorbidita je současný výskyt dvou a více onemocnění různé etiologie, jejichž klinický obraz se překrývá. U polymorbidního pacienta je obraz choroby a její průběh ovlivněn nejen základní chorobou, ale také labilitou onemocnění přidružených. Kombinovat se spolu mohou nejen závažná onemocnění, ale i onemocnění zdánlivě banální, které však v součinnosti s ostatním přidruženým onemocněním může způsobit vážné komplikace v zdravotním stavu. Problémy mohou nastat i při léčbě onemocnění současným užíváním mnoha druhů léků neboli polypragmazií, ta způsobuje zastírání příznaků onemocnění mezi sebou, vznik nežádoucích účinků mnohdy zastírající příznaky či imitující jinou chorobu. U seniorů může také docházet k řetězení příznaků, kde jedno onemocnění v jeho akutním průběhu dekompenzuje druhé chronické a vzniká efekt kaskádové reakce, kde je riziko z prodlení vyplývající z obtížné diagnostiky vyvolávajícího onemocnění (Schuler,2010).

Seniorský věk modifikuje nejen obraz nemoci, ale i její průběh. Zde se obáváme hlavně komplikací nebo prudkých zhoršení stavu, protože tento akcelerační fenomén vede ke zvýšení rizika úmrtí. Nemoci ve stáří mívají protrahovaný charakter či přestupují do chronicity a často mají sklon k invalidizaci pacienta ztrátou soběstačnosti. Tato onemocnění pak zasahují do sociálního statutu nemocného a mohou působit jako stresor (Topinková, 2005).

Ve vyšším věku se také setkáváme s tzv. specifickými geriatrickými syndromy. Mají většinou multikauzální etiologii a často bývají považovány za důsledek stárnutí. Zasahují stránku fyzickou, psychickou i sociální. Při správné léčbě jsou jejich příznaky zmírnitelné někdy i léčitelné. Mezi tyto syndromy zařazujeme demence, poruchy mobility, proleženiny, malnutrici, poruchy termoregulace či inkontinenci (Németh, 2009).

1.2.3 Geriatrické a gerontologické disciplíny medicíny

Demografický nárůst počtu seniorů vedl v 19. století ke vzniku nového vědního oboru zabývajícího se stářím a stárnutím - gerontologií. ve 20. století se k nauce o stáří přidala ještě její medicínská část a vznikl nový lékařský obor geriatric, zabývající se nemocemi a jejich prevencí, diagnostikou a léčbou ve stáří (Neméth, 2009). Slovo gerontologie se odvozuje z řeckého geron - starý člověk a logos - nauka. Je to interdisciplinární věda, jejímž hlavním cílem je prodloužení života a uchování kvality života do pokročilého věku. Čerpá vědomosti z fyziologie, sociologie, epidemiologie a jiných věd, aby zjistila co nejefektivnější možnosti zlepšování zdravotního stavu a prodloužení aktivního života. Schematicky se dělí na tři části, první tvoří experimentální gerontologie, která se zabývá biologickým mechanismem procesu stárnutí buněk a orgánů. Dále na sociální gerontologii, jež zkoumá sociální dopady stáří na člověka, kategorizuje potřeby seniorů a hledá možnosti na zlepšení postavení seniorů ve společnosti a zlepšení kvality jejich života. Třetí část tvoří gerontologie klinická neboli geriatric, která je v České republice od roku 1982 považována za samostatný klinický obor (Malíková, 2011). Geriatric poskytuje specializovanou péči lidem starším 65 let, kterým zajišťuje interdisciplinární péči v diagnostice, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří. Zabývá se také předcházením nemocí a společně s ostatními prevencemi má za cíl udržení a znovunavrácení zejména funkčního zdraví seniora. Geriatric je multioborová medicínská disciplína, která je rozdělena na akutní a chronickou, preventivní, paliativní, rehabilitační, ošetrovatelskou a organizační. Z lékařských oborů vychází z vnitřního lékařství, ale čerpá rovněž poznatky z neurologie, psychiatrie, ošetrovatelství a rehabilitace. Komplexní hodnocení geriatrického pacienta (CGA) udává rozsah geriatrické péče, jejíž součástí je i dlouhodobá péče (long-term care) (Kalvach, 2012). Matoucím a zavádějícím se může zdát směšování geriatric a nemocniční následné péče, kde je poskytována lékařská i ošetrovatelská péče všem pacientům, jejichž zdravotní stav neumožňuje propuštění pacienta ve standardní ošetrovací době. Není tedy pravidlem, že tyto pacienti jsou pouze senioři. Dalšími, méně zastoupenými disciplínami jsou gerontopsychologie a gerontopedagogika (Topinková, 2008).

1.2.4 Ageismus

Slovo ageismus je odvozováno z anglického slova age-věk. Jedná se o formu diskriminace či rasismu na základě věku, kde cílovou skupinu tvoří senioři. Je projevem negativního obrazu stáří ve společnosti, díky kterému jsou tvořeny negativní představy. Obsahuje řadu dílčích předsudků o neužitečnosti, zbytečnosti seniorů, jejich rigidním myšlení a staromódní morálce (Malíková, 2011; Langmeier, 2006). Důsledkem těchto postojů je nejenom odsun seniorů z dění ve společnosti, ale i neadekvátní jednání s nimi, které se může projevit kdekoliv, i ve zdravotnickém zařízení (Klevetová, 2008). Může se projevat v rovině individuální, tzn. otevřenou averzí, vyhýbáním se kontaktu se seniory, devalvujícím chováním, infantilizací seniorů, vytvářením závislosti či nerespektováním etických norem. Může mít však i rovinou politickou. Zde se může projevit v přidělování dávek a příspěvků na základě věku, omezováním rozhodovacích schopností (autonomie) seniora nebo celospolečensky špatnou etikou péče (Pokorná, 2010). Vlivem ageismu může docházet i k týrání seniorů. To může mít podobu tělesného, duševního a emocionálního týrání, ekonomického zneužívání, zanedbávání péče druhou osobou nebo zbytečným užíváním restriktivních opáření v pobytových zařízeních. Týrání seniorů v nemocniční či ústavní péči je jistě podmíněno obrazem stáří ve společnosti a její úrovní, ale také nedostatkem kvalifikovaného personálu, špatnou stimulací zdravotníků, syndromem vyhoření pečujících osob, nedostatky ve finanční a právní sféře, špatnou organizací, neadekvátními prostory a nedostatkem vybavení (Malíková, 2011; Kalvach, 2008).

1.2.5. Umírání a paliativní péče

Problematika smrti a umírání je do určité míry tabu nejenom pro laickou veřejnost ale stále také i pro odbornou zdravotnickou. v širším měřítku existují dva protipóly týkající se smrti. Na jedné straně stojí jakési tajemství okolo smrti a fascinace z ní, na druhé straně je tendence nevidět smrt, vytěsnit ji z myšlenek, jako by neexistovala. Postoj ke smrti si utváříme již v raném dětství, velký vliv má rodinný názor na smrt předávaný od rodičů, vlastní názor se utváří podle toho, jak a kdy se se smrtí setkáváme v životě. Záleží na tom, zda je to pouze z médií či literatury nebo osobní zkušeností

z rodiny, kdy nám umře někdo blízký a my máme možnost si smrt uvědomit a zaujmout k ní nějaký postoj. Roli v tomto sebeuvědomění hraje i věk či přítomnost blízkých lidí. Profese zdravotníka je jedna z mála profesí, kde se setkáváme s umírajícími a nevléčitelně nemocnými pacienty. Bohužel, tato nelehká role působí na sestry, lékaře i ostatní personál jako stresor. Často se tedy setkáváme s depresemi a úzkostmi zdravotníků, které plynou z psychické zátěže a nevyrovnanosti. Mechanismus kompenzace či zmírnění těchto jevů se odehrává nejčastěji na úkor umírajícího či těžce nemocného a to omezením komunikace i kontaktu s pacientem (Marková, 2010).

V České republice zemře více než 100 000 lidí ročně, nejčastěji právě ve zdravotnickém zařízení. Tento jev, který je určitým fenoménem moderní doby, se nazývá institucionalizace umírání. Prakticky znamená vytrácení sociálního aktu umírání a smrti vnímané společností. Umírající již není ve svých posledních chvílích obklopen svými blízkými, jako tomu bylo v minulých dobách, ale mnohdy a stále více je jeho posledním partnerem v cestě životem právě zdravotník. Do procesu umírání se stále více zapojuje odborná lékařská péče spojená s hospitalizací. Vytrácí se lidský kontakt a projevuje se forma jakési izolace umírajícího na základě pocitu, aby měl pacient klid a nebyl rušen ostatními nemocnými. Toto však naopak vede k pocitům ještě větší osamělosti. Tyto praktiky se z nemocnic i ostatních zařízení začínají postupně vytrácet a hlavním tématem paliativní péče je zaměření se na důstojné umírání a smrt (Bártlová, 2005).

V paliativní péči jsou pacienti, jejichž onemocnění nelze ovlivnit kurativní léčbou a u nichž současná medicína vyčerpala své možnosti. Tato péče není vyhraněná pouze na bezprostřední okamžiky smrti, ale paliativní medicína řeší problémy, které se objevují v celém průběhu onemocnění. Nezaměřuje se pouze na umírajícího, ale i na jeho rodinu, blízké a jeho pečovatele. Zjednodušeně lze říci, že tato péče má zkvalitnit a zlepšit péči nemocným v poslední fázi života a zajistit důstojnou smrt. Obecnou paliativní péči by měli být schopni poskytnout zdravotníci, bez ohledu na pacientovu diagnózu či typ zdravotnického zařízení. Tato forma péče je zakotvena i v mezinárodním dokumentu Doporučení Rady Evropy „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“, kde se uvádí, že personál musí

být vyškolen tak, aby byl schopen zajistit ošetrovatelskou a psychologickou péči nevyléčitelně nemocným a umírajícím odpovídající nejvyšším možným standardům (O'Connor, 2005).

Speciální paliativní péče může probíhat přímo v rodině pacienta, kde jeden z rodinných příslušníků musí být schopen převzít péči a odpovídat za ní. V péči o nevyléčitelně nemocného či umírajícího může pomoci agentura domácí péče, jejichž poptávka však neodpovídá nabídce, a proto je dostupná jen pro minimum pacientů. Domácí hospicová, jako jedna z forem speciální paliativní péče probíhající doma, je multidisciplinární. Skládá se z řad lékařů, sester, duchovních, sociálních a psychologických pracovníků. Kvalitní paliativní péči by měl být schopen zajistit praktický lékař ve spolupráci s ambulancí paliativní péče a agenturou domácí péče; také každé pobytové sociální zařízení, kde senioři žijí. Další formou, která však péči o nemocného nebo umírajícího ponechává v péči zdravotníků, je nemocniční paliativní péče. Ta je u nás nejvíce rozšířena, protože i přes přání většiny obyvatel zemřít v rodinném kruhu doma, stále více lidí umírá ve zdravotnických zařízeních. Kvalitní paliativní péče v nemocnici by se měla odvíjet od dostatečného množství personálu, schopnosti včas identifikovat smysluplnost léčby, vzdělání lékařů i sester v paliativní medicíně a od spolupráce s rodinou pacienta s důrazem na sociální práci. Posledním zařízením poskytujícím paliativní péči jsou hospice. Jde o typ lůžkových zdravotně sociálních zařízení, která jsou úzce specializována právě na paliativní péči. Je zde zajištěna co možná nejvyšší možná míra fyzického i psychického komfortu umírajícího, kvalitní a důstojná péče a individuální režim dne podobný domácímu ve snaze co nejvíce vyhovět klientovi. Důraz je kladen na kontakt nemocného s rodinou, která může se svým blízkým i přespat. Pacientům je zde umožněn kontakt s duchovními, některé hospice jsou přidruženy právě k řeholním řádům, které vypomáhají v práci s nemocnými (Marková, 2010).

1.3. Kvalita života

Pojem kvalita vyjadřuje hodnotu či jakost, určuje do jaké míry či určitého stupně se jev přibližuje představám a očekáváním jedince či skupiny. Může také označovat

specifickou charakteristiku či vlastnost, kterou se liší od jiných. Kvalita je relativní kategorie, která může být měřena kvantitativními i kvalitativními ukazateli. Kvalitativní indikátory vycházejí z hodnotového systému posuzovatele a jsou subjektivní, naopak kvantitativní indikátory jsou objektivní a měřitelné. Hodnocení kvality života je velice široký a nesnadně definovatelný pojem. Zahrnuje mnoho aspektů a chybí jasná shoda o jeho obsahu. Život v tomto posuzování musíme chápat jako existenci jednotlivce v jeho bio-psycho-sociálně-spirituální rovině tedy v jeho komplexním holistickém pojetí. Stejně jako se hodnotí kvalita života jednotlivce, můžeme toto pozorování zahrnout i na skupinu, společnost či populaci. Kvalita života je v odborném pojetí souhrn pozitivních a negativních aspektů života. Ve většinové populaci je ovšem pojem kvalitní úzce spojen se slovem dobrý. Názorová a hodnotová individualita každého jedince proto znamená určitou nejednoznačnost normy, kdy jedinec pokládá svůj život za kvalitní.

Problematika kvality života je zkoumaná v rozličných vědních oborech, jakými jsou například medicína, sociologie, filosofie, pedagogika, ekonomie či andragogika (Gurková, 2011). Hodnocení kvality života u jednotlivce zahrnuje individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost a existuje shoda, že zahrnuje tři hlavní domény. První je fyzické prožívání, které je charakterizováno ukazateli zdravotního stavu zejména přítomností obtíží, jejich limitací jedince a jejich léčbou, dále přítomností bolesti či jiných nepříjemných či nežádoucích efektů. Psychologické prožívání je nejčastěji spojeno s pozitivními či negativními emocemi, pocitem vitality, ale také osobnostními rysy, emočním stavem či kognitivním hodnocením vlastního života. v sociologickém rámci má na hodnocení kvality života jednotlivcem či skupinou vliv vzdělání, ekonomická situace, rodinný stav, etnická příslušnost, profesní život nebo celospolečenské klima či politické zřízení. Hodnocení kvality života v ošetrovatelství má dva hlavní principy, první zkoumá kvalitu života u populace jako celku, kde jsou porovnávány indikátory kvality života mezi společenstvy. Druhý přístup je ve zkoumání individuálního pohledu jedince na kvalitu života související se zdravím. Zde se uplatňují například výzkumy zaměřené kvalitu života jedince s určitým onemocněním (Křížová, 2002).

1.3.1 Well-being

Hodnocení kvality života jako celku se dá obecně nazvat anglickým výrazem well-being neboli osobní pohoda. Osobní pohoda je definovatelná také jako reflexe spokojenosti jedince s jeho životem, a lze ji považovat za označení hodnocení stavu mezi zdravím a kvalitou života (Hnilicová, 2004). Můžeme jí členit na subjektivní a objektivní osobní pohodu, kde pozorujeme komponenty životní spokojenosti, morálku, emoční stav ve smyslu negativních a pozitivních emocí, které mohou měnit své zastoupení v závislosti na situaci, stavu a čase. Další pojmy, které můžeme v této oblasti rozlišovat, jsou dimenze tělesné pohody ("wellness", či "fitness"), prožitku blaha ("welfare"), dosažení a prožití úspěchu ("success"), přátelství ("friendship") či štěstí ("happiness") (Jewell, 2004).

1.3.2 Kvalita života u seniorů

Spolu s demografickým nárůstem počtu seniorů celosvětovým i republikovým stoupá i zájem o to, jak senioři prožívají stále se prodlužující etapu stáří, v jakých podmínkách a jakým životním stylem žijí. Zkoumá se jejich fyzické zdraví, osobní a psychická pohoda, spokojenost se životem, naplnění požadavků na sociální a materiální zajištění. Za dimenze kvality ve stáří se považuje celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost. Z výpovědí seniorů se vyčlenilo pět kategorií, jež jsou seniory subjektivně vnímány jako nejdůležitější a mají největší vliv na pozitivní hodnocení. To jsou sociální kontakty a činnosti ve volném čase, zdraví, bydlení, funkce rodiny a náboženství. v hodnotovém žebříčku vidíme u seniorů změnu oproti produktivní generaci, která uvedla ještě peníze, mezilidské vztahy a spokojenost v práci (Dragomirecká et al., 2009). Negativní hodnocení kvality života u seniorů je výsledkem špatného zdravotního stavu, imobility a nemožnosti vycházet ven, bezmocnosti, negativních emocí či špatného finančního zajištění. Hodnocení důležitosti jednotlivých faktorů se liší také v souvislosti se stoupajícím věkem. Kvalita života je v poslední době považována za lepší indikátor zdraví než mortalita a morbidita (Ondrušová, 2009).

1.3.2.1 Smysluplnost života ve stáří

Mezi důležité faktory určující hodnocení kvality života patří vnímání *smysluplnosti* života ve stáří. Jedná se o významný salutogenní neboli zdravítvorný faktor, který příznivě ovlivňuje subjektivně vnímanou kvalitu života. Senioři se při hodnocení smyslu svého života často zaměřují na to, jaký život žili, jaký byl jejich přínos pro ostatní, čeho v životě dosáhli, co dobrého vykonali a jaké jsou jejich požadavky a nároky pro život současný, ale i budoucí. Pocit pozitivního smyslu života má vliv na celkový zdravotní stav, zdraví fyzické i psychické a z něho vycházející kvalitu života. Smysl života je někdy také označován jako hlavní hybná a motivační síla k životu a překonání problémů. Hodnocení *smysluplnosti* života u seniorů pozitivně ovlivňuje pocit užitečnosti pro druhé, naplnění potřeby komunikace, prožívání běžných denních radostí, či radosti ze života překonáním utrpení ve smyslu posílení osobnosti (Reed, 2004). Vliv na *smysluplnost* života ve stáří má i míra soběstačnosti seniora, vztahy s rodinou a předchozí povolání seniora. Vnímání smyslu života ve stáří není ovlivněno pohlavím. Ohrožení ztrátou smyslu života či jeho chybění znamená velkou míru ohrožení seniora depresí. Pocit ztráty smyslu života souvisí s hodnotami člověka a možnostmi jejich realizace, nemožnost naplnění těchto hodnot může být zapříčiněna tragickými životními událostmi a utrpením s nimi spojeným. Tito lidé ztrácejí chuť žít a chybí jim motivační síla dále pokračovat v životě, který pro ně postrádá smysl. Mohou vést k jednostrannému zaměření na pouhé uspokojení základních životních potřeb a situační zabezpečení. Riziková senioři, kteří jsou ohroženi ztrátou smyslu života potažmo i depresivitou mohou být senioři opuštění, osamělí, nesoběstační či ubytovaní v rezidenčním zařízení. Dále se zde uplatňují faktory rodinné, a to zejména absence pozitivních rodinných vztahů a pocity neužitečnosti. Mezi ztrátou smyslu života a depresivností seniorů je často silný vztah. Nutný je proto předpoklad negativního ovlivnění somatického stavu a kvality života právě těmito faktory (Ondrušová, 2010).

1.3.2.2 Měření kvality života u seniorů

S měřením kvality života se začalo v poválečných letech, kdy byla kvalita života chápána jako stupeň fungování a nezávislosti v běžném životě. Toto hodnocení se používalo zejména v onkologii při výzkumu ovlivnění kvality života chemoterapeutickou léčbou. Indexy kvality byly dalším stupněm zjišťování kvality života. Ty pomocí dotazníků hodnotily kromě pacientova zdravotního stavu také psychosociální situaci, ve které se nemocný nacházel. Tyto dotazníky byly jedním z rozhodovacích kritérií pro další léčbu a záchranu života v transplantologii, neonatologii a onkologii, ale díky vlně nevole, kterou vyvolaly, se od nich upustilo. 80. léta 20. století znamenala rozvoj výzkumu kvality života ve všech oborech medicíny, zvláště pak vznik sebeposuzovacích škál v psychiatrii a alternativní medicíně. v 90. letech se dotazníky kvality života staly standardním postupem, byly vynalezeny nástroje pro jejich sestavení, překlad i vyhodnocení (Dragomirecká, 2009). První výzkumy života seniorů byly zaměřeny spíše na celkovou osobní spokojenost a pohodu, nežli na kvalitu života. Tyto výzkumy se navíc prováděly u zdravé seniorské populace. Kvalita života byla sledována jen u seniorů ve vztahu k jejich nemoci či postižení. Tyto instrumenty však sice zachycovaly vliv nemoci a jejich příznaků a léčby na život pacienta, nešly však objektivně srovnat s běžnou populací. Měření kvality života u seniorů probíhá různými způsoby. Z příkladů můžeme uvést Dublinskou studii, kde měli v dotazníku senioři uvést pět nejdůležitějších oblastí, které ovlivňují jejich kvalitu života. Další metodou výzkumu kvality života u seniorů může být řízený rozhovor. K měření kvality života se dříve používaly dotazníky SF-36 či EuroQol, avšak neměly oblasti, které jsou důležité právě u seniorů a vyznačovaly se jistou mírou subjektivnosti v odpovědích. Všechny tyto důvody vedly Světovou zdravotnickou organizaci (WHO) k vytvoření dotazníků kvality života WHOQOL. Spolu s ostatními dotazníky byl vyvinut i dotazník pro zdravou i nemocnou seniorskou populaci WHOQOL-OLD, která pokryla všechny aspekty specifické pro seniorský věk. Dalším nástrojem výzkumu speciálně určeným pro seniory je dotazník AAQ, kde hodnotí své postoje ke stárnutí a stáří (Ondrušová, 2010; Dragomirecká, 2009).

1.3.3. Podpora zdravého stárnutí a kvality života v národním a světovém měřítku

První Světové shromáždění o stárnutí a stáří se konalo ve Vídni v roce 1982 pod záštitou Organizace spojených národů (OSN). Tam vyzvala vlády jednotlivých zemí OSN, aby se řídily zásadami, které byly určeny. Byly to zejména uznání stáří a jeho respektování jako přirozené součásti života, zajištění důstojnosti stárnutí i s nemocí či postižením, možnost nezávislého a svobodného rozhodování o vlastním životě, pobírání kvalitní sociální, zdravotní i právní péče v rámci komunity a rodiny. Rok 1999 byl vyhlášen jako mezinárodní rok seniorů. v rámci tohoto roku byly v České republice v součinnosti České gerontologické a geriatrické společnosti a České Alzheimerovské společnosti vytvořeny cíle. Těchto cílů měl dosáhnout Národní plán přípravy na stárnutí na období 2003-2007. Druhé mezinárodní shromáždění konané v Dublinu v roce 2002 se zabývalo stárnutím v rozvojových zemích, kvalitou péče o seniory, stárnutím handicapovaných osob a problematikou duševního zdraví. Z tohoto shromáždění vznikl tzv. Mezinárodní akční plán pro stárnutí a stáří, který zdůrazňuje aktivní účast a podílení se seniorů na životě ve společnosti, mezigenerační solidaritu, podporu a dostupnost přístupu k zdravotním službám. Pozornost je zde věnována vzdělání personálu pracujícího se seniory, problematice postižených či duševně nemocných seniorů nebo seniorům s onemocněním AIDS. Dokument se také důkladněji zabývá bydlením seniorů, péčí o seniora v rodině, špatným zacházením se seniory nebo vytvářením pozitivního obrazu stáří ve společnosti. Dalšími dokumenty v problematice stárnutí jsou Světová zpráva o zdraví a Doporučení Rady Evropy. V Doporučení Rady Evropy najdeme hledání řešení problematiky chronicky nemocných, kvality zdravotní péče a postavení pacientů a seniorů v institucích (Holmerová et al., 2007). Na program Národního plánu přípravy na stárnutí a stáří 2003-2007 navazuje Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012 program Kvality života. Zde se kromě jiného nacházejí strategické priority, které se musí prosazovat multisektorálně a na všech úrovních veřejné správy. Je to zejména aktivní stárnutí, zlepšení zdraví a zdravotní péče, podpora rodiny a pečovatелů, komunita a prostředí vhodné pro stáří a participace seniorů na společenském dění ve společnosti (MPSV, 2008).

1.4 Dlouhodobá péče o seniory

Senioři, lidé se zdravotním postižením či chronickým onemocněním projevující se či způsobující setrvalou nesoběstačností v činnostech běžného života jsou klienti tzv. dlouhodobé péče. Tato péče se dá definovat jako souhrn služeb, kterou potřebují lidé se sníženou funkční kapacitou, tělesnou či duševní. Ti jsou poté závislí na pomoci při základních aktivitách denního života, jakými jsou koupání, oblékání, jení, uléhání do lůžka či usedání do křesla a vstávání z nich, užívání toalety a přemisťování se. Obvykle se jedná o osoby, u kterých již skončila akutní léčba a jsou závislí na péči ošetrovatelské, rehabilitační nebo paliativní. Potřebují však individualizované služby zdravotnické nebo sociální péče, někdy i kvalifikovaný dohled zdravotnického personálu na jejich zdravotní stav. Spolu s podporou nácviku soběstačnosti a dopomoci v aktivitách denní činnosti jsou u klientů prováděny úkony ošetrovatelského rázu, jakými jsou převazy, podávání léků či analgetické tlumení bolesti nebo činnosti charakteru sociálního. Do tohoto spektra můžeme zařadit pomoc při vedení domácnosti, nakupování, přípravy stravy nebo činnosti spojené s dopravou. Dlouhodobá péče by měla být určitým postupným stupněm a měla by navazovat na péči akutní a následnou u pacientů, kde jejich vrozený či získaný deficit soběstačnosti vyžaduje další péči. Dlouhodobá péče tvoří syntézu mezi zdravotní a sociální péčí, někdy je závislost seniora na obou těchto kategoriích stejná, jindy odlišná. Tuto péči mohou pobírat lidé v domácím prostředí i v institucích (Čevela, 2012).

1.4.1 Pacient dlouhodobé péče

Potřeby pacientů v dlouhodobé péči závisí na míře nesoběstačnosti seniorů. Při trvalé nesoběstačnosti pacienta v rámci snížení jeho sebeobslužnosti v aktivitách denního života v domácím prostředí přichází na řadu přechodné či trvalé umístění klienta v institucích dlouhodobé péče. WHO diferencuje stupně závislosti seniorů na ošetrovatelské péči do tří kategorií. První stupeň tvoří senioři s tzv. lehkou závislostí, kdy nemocný potřebuje dohled, kontrolu a občasnou dopomoc. Druhý, střední stupeň, tvoří senioři, kteří vyžadují pravidelný dohled, pomoc při sebeobsluze i při zajištění základních potřeb. Senioři s těžkou závislostí vyžadují nepřetržitou pomoc druhé osoby

při všech aktivitách (Poledníková, 2006). Nesoběstačnost vzniká důsledkem vlivu chronických onemocnění, duševních poruch, traumat, dysability či jiných onemocnění postihujících právě sféru sebeobslužnosti. Klienty dlouhodobé péče nejsou tedy jen senioři, ale tvoří její nejpočetnější část (Kalvach, 2004).

1.4.2 Činnost všeobecné sestry v léčebnách dlouhodobě nemocných

Činnosti všeobecné sestry mají v péči o geriatrického pacienta nezastupitelnou roli. Vzdělaná, inteligentní a zručná sestra je nepostradatelným členem zdravotnického týmu, který zajišťuje komplexní péči o pacienta. Vykonává činnosti indikované lékařem, samostatně zajišťuje péči a vyhodnocuje stav pacienta, řídí činnost ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků i pomocného personálu (Mauk, 2009).

Její znalosti musí obsahovat jak rozsáhlé vědomosti z oblasti medicíny, geriatrického ošetřovatelství, psychologie, rehabilitačních a aktivizačních technik, tak i sféru komunikace a komunikačních specifik u geriatrických syndromů, zvláště pak u pacientů s demencí. Samozřejmostí je emoční stabilita, schopnost empatie, organizační schopnost a manuální zručnost (Malíková, 2011). Práce všeobecných sester v LDN je, dle velkého spektra pacientů se specifickými požadavky a reakcemi na nemoc či nesoběstačnost, velice náročná. Je zaměřená na dosažení uspokojivé míry soběstačnosti a samostatnosti seniorů. Všeobecné sestry v LDN jsou schopné zajistit plně kompenzující péči o pacienty, kteří vyžadují kompletní ošetřovatelskou péči. Dle míry závislosti na ošetřovatelské péči jsou pak jejich činnosti zaměřené na zvýšení soběstačnosti, rehabilitační ošetřování, prevenci dekubitů, zajištění dostatečného příjmu stravy a hydratace, provádění ošetřovatelských výkonů a ordinací lékaře. Samozřejmostí je kompenzace stavů vyplývající z psychických, sociálních či spirituálních potřeb pacienta pomocí efektivní komunikace (Boltz, 2012).

1.4.3 Koncept dlouhodobé péče

Při vytváření konceptu dlouhodobé péče je největší pozornost kladena na zachování autonomie klientů, zajištění kvality poskytované dlouhodobé péče, respektování a řízení se přáními klienta při rozhodování se o způsobu péče, navyšování kvalifikovaného

personálu pracujícího v dlouhodobé péči a zajištění jejího správného financování (MPSV, 2010). Hlavním cílem a obecným trendem dlouhodobé péče je u nás i ve světě tzv. deinstitucionalizace, což je zapojení služeb o seniory do konceptu komunitní a domácí péče. Důraz je kladen na respektování jejich autonomie anebo možnost důstojné institucionalizace v rámci zbylých zařízení. Zvýšení flexibility systému a vytvoření multioborové spolupráce národní, regionální i místní samosprávy znamená další krok ve vytváření zdravotně sociálního prostoru. Navýšení role a důležitosti rodinné péče jako klíčového člena týmu, nárůst významu dobrovolníků a sousedských či sociálních skupin je důležité ve vytváření podmínek k rozvoji komunitní péče, která má nahradit péči v ústavních zařízeních. Pozornost je též věnována preventivním opatřením, která by omezila zhoršení zdravotního stavu a zabránila by ztrátě sebeobslužnosti seniorů (Průša, 2011).

1.4.4 Stav dlouhodobé péče v ČR

V České republice funguje okolo 70 léčeben dlouhodobě nemocných, jejichž lůžková kapacita se pohybuje na hranici 7000 míst, pracuje zde bezmála 400 lékařů a 2000 sester. v jihočeském kraji jsou 4 LDN, ve kterých je k dispozici 400 lůžek a v roce 2010 zde bylo hospitalizováno téměř 3100 lidí. Průměrná ošetrovací doba tvoří v zařízeních LDN podle statistik 60 dní (ÚZIS, 2010). Ošetrovací doba je individuální a záleží na zdravotním stavu pacienta, kompenzaci jeho přidružených onemocnění, míře soběstačnosti a v neposlední řadě jeho sociálním a rodinném zázemí. v minulosti byla geriatrická péče automaticky přiřazována k péči dlouhodobé, chronické. Dnes již odborná veřejnost odlišuje tyto dva pojmy a snaží se vnést i mezi laickou veřejnost povědomí o specifikách jednotlivých druhů péče (MPSV, 2010).

Následná dlouhodobá péče je v České republice poskytována v různých typech zdravotnických i sociálních institucí. Do kategorie zdravotnických zařízení poskytující následnou lůžkovou péči patří nemocnice následné péče, LDN, hospice. Dále jsou tato lůžka součástí fondu fakultních nemocnic i nemocnic poskytujících akutní péči.

1.4.5 Léčebny dlouhodobě nemocných

LDN je zdravotnické zařízení spadající do kategorie odborných léčebných ústavů. Do spektra těchto zařízení zařazujeme dále také rehabilitační ústavy, psychiatrické léčebny, odborné dětské léčebny a ostatní léčebny pro dospělé. Tato zařízení poskytují sice péči dlouhodobou, ale také vysoce individuální a přizpůsobenou své specializaci. LDN je určena k poskytování dlouhodobé lůžkové péče, která je zákonem č. 372/2011 definována jako péče o pacienty, jejichž zdravotní stav nejde léčebnou péčí podstatně zlepšit, ale bez ošetrovatelské péče se zhoršuje. Tato zařízení jsou zaměřena především na poskytování ošetrovatelské, následné a rehabilitační péče. Spadá sem i kategorie intenzivní dlouhodobé péče o chronicky ventilované pacienty (Česko, 2011; ÚZIS, 2010).

LDN začaly vznikat na území České republiky v 70. letech minulého století. Mělo se jednat o koncepční lůžkovou základnu pro vznik české geriatrie. Na jedné straně dobře míněný fakt odborné geriatrické péče však kalilo smíšení geriatrické péče s péčí dlouhodobou. Tím vzniklo mnoho problémů, jakými jsou například dlouhodobě nepříznivý vývoj kvality péče v těchto zařízeních, podfinancování či podceňování důležitosti tohoto typu péče a v neposlední řadě s tím související negativní náhled společnosti na zařízení typu LDN. K výraznému podcenění dlouhodobé péče došlo při reformách v 90. letech, kdy financování péče v LDN nebylo zařazeno pod správu z veřejného zdravotního pojištění, teprve na silnou intervenci české geriatrie musel být tento zákon změněn (Válková, 2010).

1.5 Kvalita péče

Kvalita péče v zařízeních dlouhodobé péče se stala v posledních letech vysoce společensky sledovaným a medializovaným tématem. Zprávy o individuálních selháních péče o pacienty v LDN ještě více podporují veřejnost v jejím převážně negativním smýšlení o těchto zařízeních. Bohužel, skutečností zůstává, že dlouhodobá péče stojí i v oblasti zdravotnictví na okraji zájmu, chybí manifestace důležitosti této péče a uznání a podpora pracovníků ji vykonávajících (MPSV, 2010).

Problematika kvality péče a možnosti jejího zvyšování tvoří významnou otázku na národní, evropské a dá se říci i celosvětové úrovni. Po vstupu do Evropské unie v roce 2004 se Česká republika připojila ke koordinaci společného úsilí členských zemí o zvýšení kvality dlouhodobé péče. Politiku kvality řídí v České republice pracovní skupina ministerstva zdravotnictví, která vydává standardy lékařských postupů, programy klinické jakosti a klasifikace; a monitoruje dostupnost péče občanům. Problém politiky kvality péče může být v nejednoznačnosti slova kvalitní a také diferencovanost dlouhodobé péče na péči zdravotní a sociální. Z tohoto je jasné, že každá strana vnímá problém kvality z jiného pohledu, nikoliv z holistického pojetí problému péče o dlouhodobě nemocného pacienta, kde by se měly zapojovat všechny resorty, které tuto péči poskytují, jak by tomu mělo být. Představa kvality je někdy komplikována hodnotami a postoji, které se tvoří na základě historických zkušeností, vnímáním potřeb a rizik, politickým smýšlením či profesními názory (Mátl et al., 2007). Právě překonáním těchto faktorů se může utvářet nové pojetí péče v souladu se standardy. Standardy kvality by měly vycházet z obecných doporučení, ze kterých by vnitřní oddělení organizace vytvořilo předpis a definovalo konkrétní oblasti a rozsah minimální a optimální kvality služeb dlouhodobé péče. Dalším zdrojem navyšování kvality péče by mělo být také celoživotní vzdělávání všech členů ošetrovatelského týmu v dlouhodobé péči (MPSV, 2010).

Zpráva Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) určila jednotlivé dimenze a aspekty kvalit, podle kterých by dlouhodobá péče měla být posuzována; jsou mezi nimi: kvalita a bezpečnost budov, požární ochrana v těchto zařízeních, velikost a vzhled pokojů, kvalifikace a počet personálu. Za jednotlivé ukazatele procesů kvality můžeme jmenovat například postupy plánování péče, ochranu práv pacientů, dostupnost kvalifikovaného personálu, stav mechanismů příjmu a propuštění, způsob vedení dokumentace, dostupnost rehabilitační, ošetrovatelské a farmaceutické péče, kvalitu stravy nebo činnost orgánu na kvalitu dohlížející. Výstupními ukazateli kvality dlouhodobé péče je prevalence pádů, proleženin, malnutrice, dehydratace a infekcí; udržení a míra soběstačnosti v činnostech denní potřeby; adekvátnost invazivních postupů (zavedení enterální sondy, permanentního močového katétru)

či omezovacích prostředků (fyzických, mechanických či farmakologických). Důležitým ukazatelem je také ochrana soukromí a sociální interakce (MPSV, 2010).

1.6 Budoucnost dlouhodobé péče

V roce 2020 by měl počet seniorů vzrůst za hranici 2 milionů, podle odhadů bude 16 % z nich potřebovat nějakou formu zdravotní nebo sociální pomoci. Demografický vývoj neúprosně profiluje budoucí zaměření a tvoří nové otázky v rozvoji dlouhodobé péče. Ovlivňuje zejména resorty zdravotnictví, sociálních služeb, finančního plánování, ale také zaměření veřejných služeb. Cílem nové koncepce ministerstva zdravotnictví je rozvoj dlouhodobé péče v domácím prostředí pacienta či komunitě. Počítá proto i se zavedením nových profesí jakými jsou komunitní pracovníci, domácí asistenti či manažeři služeb (Vohralíková, 2004). Měla by vzrůst také role obcí, které by tuto péči koordinovaly. V komunitní péči se podle střednědobého plánu ministerstva práce a sociálních věcí počítá s vytvořením sítě tzv. komunitních center. Péče v těchto zařízeních by měla mít zdravotně-sociální rozměr, měla by poskytovat péči seniorům v prostředí, kde jsou zachovány jejich rodinné vazby, a péče je prováděna v přirozeném prostředí. Samozřejmostí je zde navýšení funkce a role rodinných pečujících i samotného pacienta v péči o své zdraví či zachování soběstačnosti (Costa-i-Font, 2011).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaká je kvalita života seniorů hospitalizovaných v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak hospitalizace seniorů v léčebnách pro dlouhodobě nemocné ovlivňuje jejich subjektivně vnímanou kvalitu života?
2. V jakých oblastech pociťují senioři hospitalizovaní v léčebně pro dlouhodobě nemocné rozdíl kvality života mezi léčebnou a domácím prostředím?
3. Jak jsou senioři v léčebnách pro dlouhodobě nemocné spokojeni s kvalitou péče?
4. V jakých oblastech by všeobecná sestra měla zlepšit poskytovanou péči v rámci zvýšení kvality života seniorů v léčebnách dlouhodobě nemocných?

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

Pro empirickou část mé diplomové práce byla využita metoda kvalitativní analýzy sebraných dat. Dané výzkumné šetření bylo uskutečněno formou polostrukturovaného hloubkového rozhovoru s klienty-seniory hospitalizovanými v LDN. Dříve zamýšlené použití kvantitativní metody formou standardizovaného dotazníku kvality života WHOQOL a WHOQOL-OLD bylo z důvodu časové a kognitivní náročnosti na respondenty, z hlediska změněného zdravotního stavu respondentů a konečné volby kvalitativního výzkumu, vyloučeno. Kvalitativní šetření jsem prováděla na základě polostrukturovaného hloubkového rozhovoru.

Jeho základní kostru jsem vytvořila na základě modelu kvality života QOL Research Unit univerzity v Torontu (Mühlpachr, 2005). Tento model kvality života je stejně jako model WHO zaměřen na čtyři základní oblasti kvality lidského života (fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy, prostředí), ale na rozdíl od něj se zaměřuje na měření jak zdravotních determinantů, tak i spokojenosti. Zdůrazňuje jedincovy vazby na prostředí a možnosti udržování a zlepšování schopností (Dvořáčková, 2012). Model je rozdělen na tři základní oblasti života, ty jsou dále rozčleněny na tři podoblasti (viz tabulka 1.).

Tabulka 1. **Koncepční model kvality života dle QOL Research Unit**

EXISTENCE	KDO JSEM
Fyzická stránka	fyzické zdraví
	osobní hygiena
	výživa
	cvičení
	péče o vzhled a oblečení
Psychická stránka	vzhled
	psychické zdraví
	vnímání
	pocity
	sebehodnocení a sebepojetí

Duchovní stránka	osobní hodnoty
	osobní standard chování
	duchovní hodnoty, vyznání
SOUNÁLEŽITOST VAZBY NA PROSTŘEDÍ	
Místo na světě	domov
	práce/škola
	sousedství
	užší společnost
Místo mezi lidmi	blízcí přátelé
	rodina
	přátelé
	spolupracovníci
	sousedství a užší společnost
Místo ve společnosti	adekvátní příjem
	zdravotnické a sociální služby
	zaměstnání
	vzdělávací programy
	volnočasové aktivity
	společenské dění a události
ADAPTABILITA DOSAHOVÁNÍ OSOBNÍCH CÍLŮ A PŘÁNÍ	
Každodenní život	činnosti v domácnosti
	zaměstnání
	škola nebo dobrovolné činnosti
	využívání zdravotnických a sociálních služeb
Volný čas	relaxační činnost
	činnost redukující stres
Plány do budoucna	činnosti pro udržování nebo zlepšování vědomostí a dovedností
	adaptace na změny

zdroj: (Mühlpachr, 2005)

Pro účely mého výzkumného šetření jsem vytvořila návod rozhovoru (viz. příloha 2). Ten představuje seznam otázek a témat, které je nutné v rozhovoru probrat. Umožňuje zaručené dotazování na všechna zajímavá témata, na která se během rozhovoru musí dostat (Hendl, 2005). K přesnějšímu zacílení na kvalitu života v prostředí LDN a kvůli zaměření na seniorskou populaci jsem podoblasti v modelu transformovala a určila další kategorie a podkategorie. Významnou kategorii fyzického zdraví jsem dále rozšířila a vytvořila podkategorie bolest, pohyb, sebeobsluha a spánek.

Do podoblasti psychická stránka jsem přidala kategorii vliv hospitalizace, a kvůli změněnému zdravotnímu stavu respondentů i kategorii strach ze smrti. v podoblasti duchovní stránka jsem logicky vložila kategorii duchovní pomoci v LDN. Do kategorie domov jsem vložila podkategorie domácnost a návrat domů. Do podoblasti místo mezi lidmi jsem kromě hodnocení vztahů vložila ještě kategorii kontakt v době hospitalizace. Do podoblasti každodenní život jsem kromě stávající kvality života přiřadila ještě kategorii hospitalizace a na ní navazující podkategorie spokojenost, všeobecné sestry v LDN, soběstačnost a denní režim. Do podoblasti plány do budoucna jsem vložila kategorie sociální situace, domácí péče a sebepečce. Některé kategorie modelu jsem vzhledem k neaktuálnosti v seniorském věku vynechala tj. škola, zaměstnání, spolupracovníci. K těmto, v životě samozřejmě podstatným, aspektům se respondenti mohli vyjadřovat v kategorii minulost, kde byla použita metoda narativního rozhovoru, zde mohli respondenti volně odpovídat.

Scénář rozhovoru nebyl vždy stejný, dle odpovědí respondenta jsem pořadí jednotlivých oblastí měnila. Respondentům byla vždy nastíněna hlavní oblast odpovědi, dle volného vyprávění jsem volila usměrňování respondentů ke zkoumaným podkategoriím. Respondentům bylo také vysvětleno, že kteroukoliv otázku z mého výzkumu mohou odmítnout a neodpovídat na ni, pokud sami nechtějí.

K získání rozhovorů od respondentů jsem se snažila zajistit klidné nerušené prostředí a rozhovor vést v přátelské atmosféře s úctou a s respektováním přání i požadavků jednotlivých respondentů. Záznamy rozhovorů v audio verzi jsem poté převedla do předem připravené tabulky návodu k rozhovoru. v tabulce i ve výzkumné části jsou uvedeny přesné citace respondentů bez lingvistické korektury.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen pacienty zařízení LDN staršími 65 let. Z důvodu získání validních výsledků jsem musela provést výběr respondentů. Z výzkumného šetření jsem proto musela vyloučit pacienty, jejichž stav nedovoloval provedení hloubkového rozhovoru nebo pacienty s demencí či jiným onemocněním zkreslujícím výsledky výzkumu. Vedoucí stanic posloužili ve výzkumném šetření jako tzv. dveřníci

(gatekeepers), doporučili mi pacienty, u nichž očekávali dobrou spolupráci a kteří odpovídali mým kritériím. Metodou sněhové koule jsem od jedné respondentky získala další dvě; po ověření, zda je mohu zahrnout do svého výzkumu, jsem tedy provedla rozhovor i s nimi. Jeden respondent se k výzkumu nabídl poté, co mě viděl u jiného pacienta. Všem respondentům jsem se představila a stručně shrnula účel, kvůli kterému za nimi přicházím. Po ujištění respondentů o anonymitě získaných údajů jsem od všech respondentů získala ústní souhlas s poskytnutím rozhovoru a zveřejněním výsledků ve své diplomové práci. Od všech respondentů jsem dostala kladnou odezvu na čas strávený s nimi; byli rádi, že si s nimi někdo povídal. Rozhovory trvaly různou dobu, dle stavu, momentální nálady i sdílnosti respondentů, ale obecně lze říci, že jeden rozhovor trval 60-80 minut. Sběr dat probíhal v měsících únor až duben 2013. Anonymita respondentů je zajištěna fiktivním jménem v charakteristice souboru, ve výzkumné části je místo jmen použita zkratka slova respondent (př. res. 14).

3.2.1. Stručná charakteristika jednotlivých respondentů

Respondent 1 - paní Ema

Pacientka je 85letá žena, v zařízení je 30. den. v LDN je kvůli celkovému zhoršení stavu a léčbě bércových vředů. Ráda souhlasí s rozhovorem, ten probíhá kvůli zhoršené mobilitě respondentky na pokoji.

Respondent 2 - pan Radek

Pacient je 67letý muž. Do LDN byl přeložen z gastroenterologie, kde byl hospitalizován kvůli úbytku na váze a s nulovým příjmem per os. v LDN umístěn kvůli zhoršení stavu a doléčení. Pacient je onkologicky nemocný - ca kaudy pankreatu. Pozitivně naladěný, souhlasí s rozhovorem, který probíhá ve společenské místnosti.

Respondent 3 - pan Ivan

Pacient je 66letý muž. v LDN je kvůli rekonvalescenci po zlomenině PDK. Hospitalizován je 32. den. Po vysvětlení účelu rozhovoru souhlasí s poskytnutím informací, rozhovor kvůli špatné mobilitě respondenta probíhá na pokoji.

Respondent 4 - paní Miluše

Pacientka je vitální 83letá žena. Hospitalizovaná 30. den pro doléčení a rehabilitaci po zlomenině LHK. Velice ráda souhlasí s poskytnutím rozhovoru, ten kvůli snížené mobilitě respondentky probíhá na pokoji.

Respondent 5 - paní Marie

Pacientka je 79letá žena. Hospitalizována v LDN 14. den. Přijata pro doléčení po levostranné kardiální dekompenzaci. Po vysvětlení důvodu dotazování souhlasí s poskytnutím rozhovoru. Rozhovor provádíme ve společenské místnosti.

Respondent 6 - paní Věnceslava

Pacientka je 83letá žena. v LDN je hospitalizovaná 35. den. Přijata pro pokračování v konzervativní léčbě zlomeniny TH9. Ráda souhlasí s rozhovorem, ten probíhá na pokoji respondentky.

Respondent 7 - paní Olga

Pacientka je 70letá žena. v LDN hospitalizovaná 50. den pro celkové zhoršení zdravotního stavu a doléčení po exacerbaci chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN). Pro imobilitu respondentky je rozhovor prováděn na pokoji. Ráda s rozhovorem souhlasí.

Respondent 8 - paní Jana

Pacientka je 83letá žena. v LDN je 25. den pro rekonvalescenci po erysipelu bérce, dušnost a bolesti LS páteře. s rozhovorem nejdříve nesouhlasí, ale po objasnění důvodu šetření svoluje. Rozhovor je proveden ve společenské místnosti.

Respondent 9 - paní Jarmila

Pacientka je 78letá žena. v LDN hospitalizovaná 21. den pro rekonvalescenci po totální endoprotéze kyčelního kloubu (TEP). s rozhovorem souhlasila okamžitě. Dotazování probíhá vzhledem ke snížené mobilitě respondentky na pokoji.

Respondent 10 - paní Růžena

Pacientka je 84letá žena. v LDN hospitalizovaná 42. den pro celkové zhoršení stavu po exacerbaci CHOPN. Pacientka je onkologicky nemocná, má založenou sigmoideostomii. s rozhovorem souhlasí, kvůli imobilitě respondentky je rozhovor veden na pokoji.

→ Při další návštěvě zařízení se dozvídám, že respondentka pár dní po našem rozhovoru zemřela.

Respondent 11 - paní Anděla

Pacientka je 84letá žena. v LDN hospitalizovaná 14. den kvůli celkovému zhoršení stavu po cévní mozkové příhodě (CMP). s rozhovorem souhlasí a ráda mi prý pomůže. Rozhovor je kvůli imobilitě pacientky veden na pokoji.

Respondent 12 - pan Václav

Pacient je 84letý muž. v LDN hospitalizovaný 31. den pro celkové zhoršení stavu, urosepsi a dehydrataci. i přes horší sluch pacient souhlasí s provedením výzkumu. Kvůli imobilitě respondenta je rozhovor veden na pokoji.

Respondent 13 - pan Augustin

Pacient je 77letý muž. v LDN hospitalizovaný pro celkové zhoršení stavu a kontuzi zad. Pacient je onkologicky nemocný - tumor ledviny. v LDN je 41. den. Souhlasí s provedením rozhovoru a je rád, že si s ním někdo přišel popovídat. Kvůli snížené mobilitě je rozhovor prováděn na pokoji.

Respondent 14 - paní Božena

Pacientka je 83letá žena. v LDN hospitalizovaná nyní 13. den. Jedná se o opakovanou hospitalizaci, před 14 dny propuštěna domů po 60denní hospitalizaci. Nyní hospitalizovaná pro celkové zhoršení stavu a bolesti páteře a kloubů. s rozhovorem souhlasí, ten je kvůli imobilitě pacientky veden na pokoji.

Respondent 15 - pan Miroslav

Pacient je 77letý muž. v LDN umístěn pro doléčení po klišťové encefalitidě. Hospitalizace trvá 45. den. s rozhovorem rád souhlasí, z důvodu plegie pacienta je rozhovor veden na pokoji.

Respondent 16 - paní Ludmila

Pacientka je 65letá žena. v LDN umístěna 28. den pro rekonvalescenci po TEP kyčelního kloubu. s rozhovorem souhlasí, z důvodu horší mobility a většího pohodlí respondentky je veden na pokoji.

Souhrnné informace o výzkumném souboru přináší tabulka 2. Zde jsou vyjmenováni jednotliví respondenti, je uveden jejich věk, pohlaví, důvod a délka hospitalizace a dále také výsledek testu Barthelové, který udává stupeň závislosti pacienta na ošetrovatelské péči. K zaznamenání těchto vstupních údajů jsem k návodu rozhovoru přidala tabulku, která tyto údaje obsahovala (viz. příloha 1).

Tabulka 2: Informace o výzkumném souboru

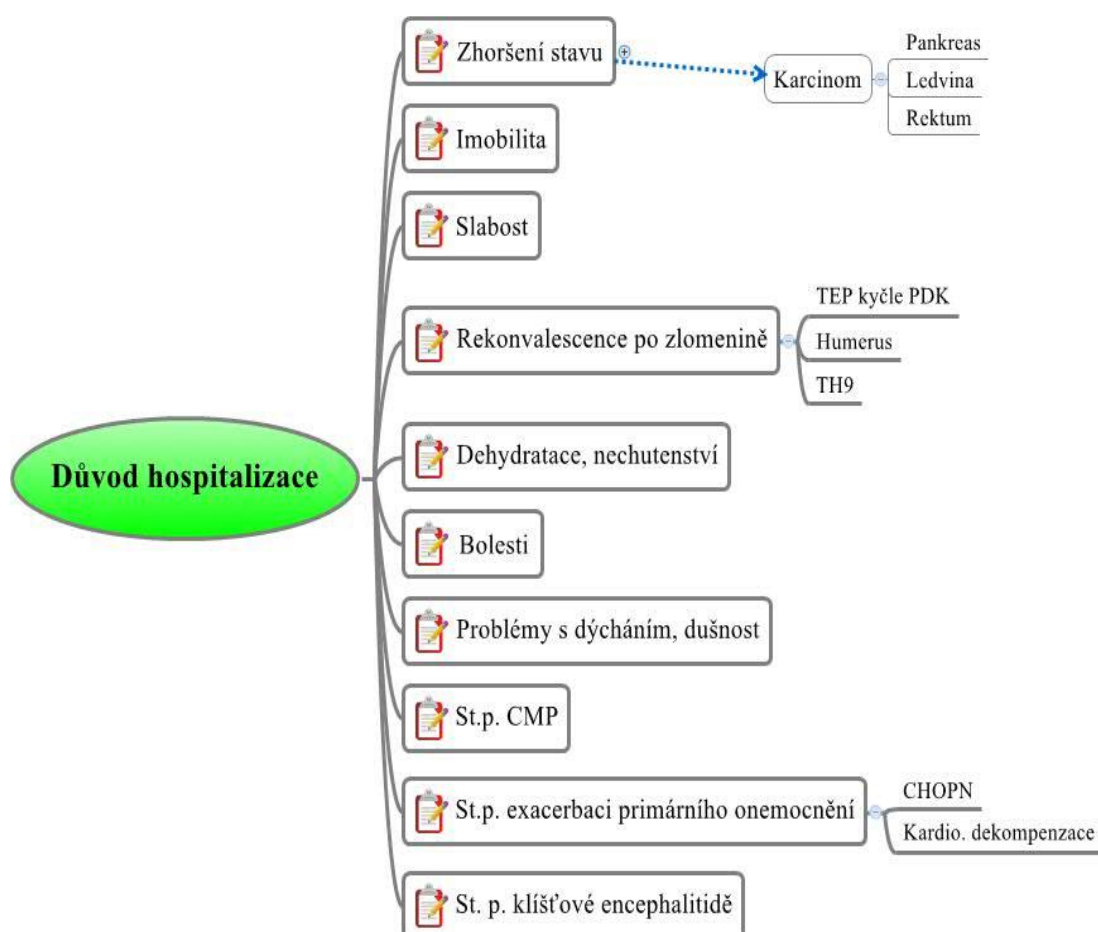
Výzkumný soubor 					
	Věk	Pohlaví	Délka hospitalizace	Důvod hospitalizace	Výsledek Barthelové testu
Respondent 1	81 let	žena	30. den	Celkové zhoršení stavu, imobilita  defekty DKK	35 bodů
Respondent 2	67 let	muž	21. den	Zhoršení stavu, slabost  váhový úbytek  ca kaudy pankreatu	70 bodů
Respondent 3	66 let	muž	32. den	Rekonvalescence po TEP kyčelního kloubu	35 bodů
Respondent 4	83 let	žena	30. den	Doléčení a RHB po fr. L humeru	45 bodů
Respondent 5	79 let	žena	14. den	Doléčení a RHB po levostranné kardiální dekompenzaci  kompenzace DM	95 bodů
Respondent 6	82 let	žena	35. den	Kompresní fr. TH 9	65 bodů
Respondent 7	70 let	žena	50. den	Celkové zhoršení stavu, imobilita  dehydratace  exacerbae CHOPN	25 bodů
Respondent 8	83 let	žena	25. den	Rekonvalescence po erysipelu P bérce  dušnost  bolesti LS páteře	55 bodů
Respondent 9	78 let	žena	21. den	Rekonvalescence po TEP kyčelního kloubu	60 bodů
Respondent 10	84 let	žena	42. den	Doléčení a RHB po exacerbaci CHOPN	25 bodů
Respondent 11	84 let	žena	14. den	Stav po CMP, celkové zhoršení stavu  dyspeptické potíže	45 bodů
Respondent 12	84 let	muž	31. den	Stav po bronchopneumonii, celkové zhoršení  dehydratace  urosepse	25 bodů
Respondent 13	77 let	muž	41. den	Celkové zhoršení stavu, kontuze zad  tu ledviny	45 bodů
Respondent 14	83 let	žena	13. den	Celkové zhoršení stavu  bolesti páteře a kloubů  vertigo	30 bodů
Respondent 15	77 let	muž	45. den	Stav po klišťové encephalitidě	45 bodů
Respondent 16	65 let	žena	28. den	Rekonvalescence po TEP kyčelního kloubu	70 bodů

4. Výsledky

4.1 Zpracování rozhovorů

V empirické části jsou publikované výsledky výzkumného šetření. Jak je uvedeno v metodice, získaná data od respondentů jsou zařazena do oblastí, podoblastí a kategorií modelu kvality života. U některých z těchto členění je přidána myšlenková mapa pro lepší a přehlednější pochopení obsahu. Myšlenková mapa je graficky zpracována v programu XMind, ta je následně okomentována. v této části jsou také přidány vybrané přesné citace respondentů (označeno kurzívou), bez lingvistické korekce.

Myšlenková mapa 1. **Důvod hospitalizace seniorů v LDN**



Pro celkové pochopení respondentů, kteří hodnotili svou kvalitu života, je pro výzkum ve zdravotnictví základní a směrodatné to, kvůli čemu jsou v LDN

hospitalizování. Tyto důvody jasně definuje první myšlenková mapa, která znázorňuje příčiny hospitalizace seniorů v LDN. Z mapy je patrná velká rozmanitost oborů geriatricke, jež zajišťuje péči o seniory se širokým spektrem onemocnění a jejich přidružených příznaků. Z mapy vyplývá, že LDN proto nespolupracuje jen s obory interními, jako jsou například neurologie, kardiologie či plicní lékařství, ale i obory chirurgickými jakými jsou ortopedie či traumatologie. Zapomínat nesmíme ani na obory kožní, infekční, psychiatrické nebo onkologické. Důvodem k hospitalizaci může být doléčení nově vzniklého onemocnění, v myšlenkové mapě tyto případy zastupují stavy po cévní mozkové příhodě (res. 11), klíšťové encefalitidě (res. 15) nebo po totální endoprotéze kyčelního kloubu (res. 9, 16) či po jiných zlomeninách, jako respondent 6: „*No, teď to se mnou není úplně dobré, šla jsem původně na kardiouchirurgii na zákrok, a tam mi přišli ještě na nějakou jinou srdeční nemoc a taky na rentgenu přišli na to, že mám zlomeninu obratle, tak mi dali tenhle korzet a já musím počkat, až se to nějak zahojí.*“

Někdy je důvodem hospitalizace náhle vzniklé zhoršení či exacerbace chronického onemocnění, které vyžaduje dlouhodobou péči. v myšlenkové mapě se jako tyto případy ukazují stavy po exacerbaci chronické obstrukční plicní nemoci (dále jen CHOPN) (res. 10), kardiální dekompenzaci či zhoršení stavu u onkologicky nemocných pacientů (res. 2, 7, 13). Celkové zhoršení stavu a slabost u polymorbidních seniorů, většinou spojené s větším či menším omezením soběstačnosti a hybnosti, je spolu s dalšími dlouhodobými příznaky primárních onemocnění dalším důvodem pro umístění seniora v LDN. Toto tvrzení dokazuje respondent 1: „*Sem jsem přišla z nemocnice, kde už se mě snažili rozpohybovat, ale moc mi to nešlo a pořád jsem se nedokázala o sebe postarat tak, jak bych si to představovala já i oni. Proto jsem musela ještě sem, aby se tomu dal větší čas.*“ Mezi takovéto příznaky patří dehydratace, nechutenství, dušnost nebo závratě. Další velkou skupinu, výrazně přispívající k hodnocení zdravotního stavu a kvality života, tvoří kategorie bolesti.

4.1.1 Oblast existence

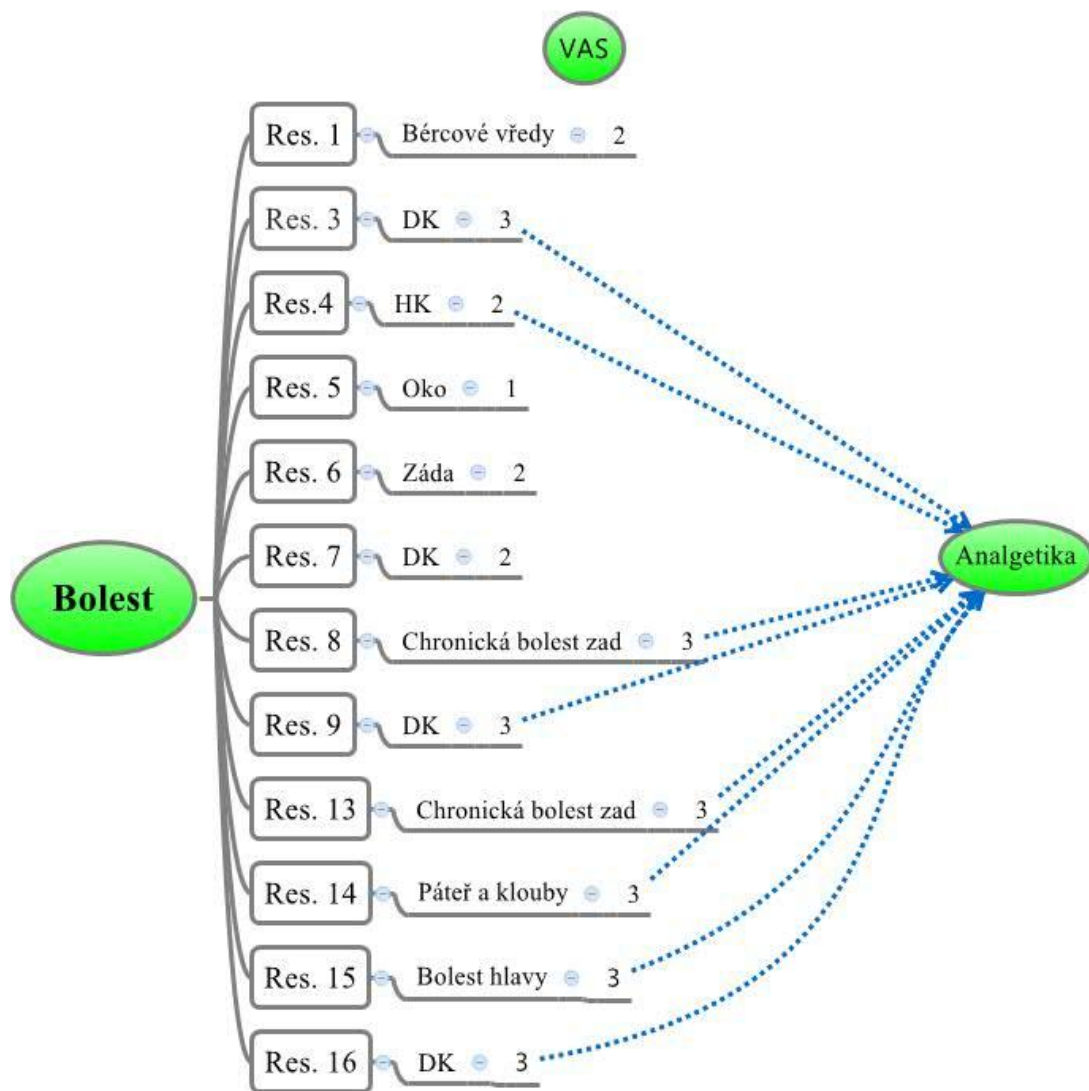
A) Fyzická stránka - v podoblasti fyzická stránka odpovídali respondenti na otázky týkající se celkového zdravotního stavu, bolesti, pohybu, sebeobsluhy a spánku.

Celkový zdravotní stav

Hodnocení zdravotního stavu bylo mezi respondenty ovlivněno mnoha faktory. U některých bylo pozitivní hodnocení zdravotního stavu dáno viditelnými pokroky léčby a zlepšením stavu: „*Ale jo sestřičko, teď už to docela jde, od té doby co se mi začínají hojit ty nohy, se to se mnou začíná zlepšovat. Myslím, že dneska je to zas o trochu lepší, celkově je mi dneska docela dobře.*“ (res. 1). Důležitou roli však v hodnocení hrála i pouhá motivace ke zlepšení stavu: „*Teď už je mi dobře, ale po té operaci mě to hodně bolelo, ta noha. Myslím, že teď už jsem na tom dobře, pěkně už chodím, takže už tu dlouho nebudu.*“ (res. 9). Kladné hodnocení zdravotního stavu bylo někdy ovlivněno rozvitou schopností pohybu: „*Je mi docela dobře, naštěstí se to už začíná zlepšovat, i s tou rukou začínám trochu hýbat.*“ (res. 11) či vidinou brzkého propuštění a návratem domů: „*Ale jo, sestřičko, cítím se dobře. No ruka už mě moc nebolí, snad už se mi brzy zahojí i nohy a já se brzo vrátím domů.*“ (res. 4). Naopak negativní hodnocení zdravotního stavu bylo ovlivněno jeho zhoršením: „*Necítím se moc dobře, teď se to nějak zhoršilo, nevím, co mi je, nic mě nebolí, jen je mi celkově divně. Jsem unavená, ale hlavně se mi strašně špatně dýchá.*“ (res. 10). Tato odpověď současně napovídá další faktory určující subjektivní hodnocení stavu, jakými jsou únava, slabost: „*Cítím se špatně, nic nezvládnu, jsem na tom špatně. Jsem hodně unavená.*“ (res. 14) a přítomnost bolesti, dušnosti či jiných příznaků onemocnění: „*Cítím se celkově špatně, těžko se mi dýchá, nemůžu se hýbat. Není to se mnou dobré.*“ (res.7). v protikladu ke zvýšení mobility zde patří zhoršení či její úplná ztráta, která je významným negativním faktorem a zasahuje nejenom do sféry fyzického zdraví, ale i do celkového subjektivního hodnocení kvality života.

Bolest

Myšlenková mapa 2: **Bolest**



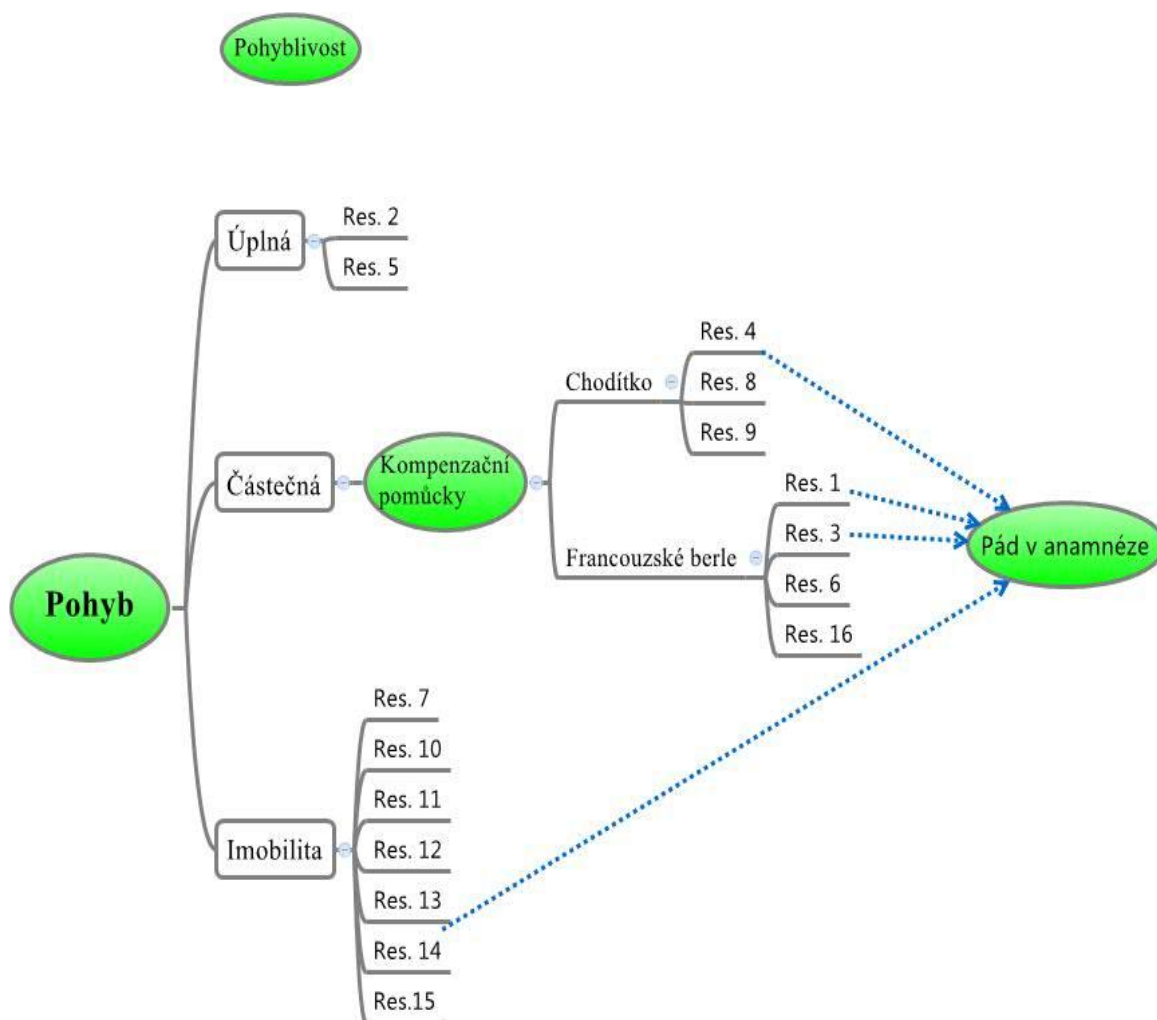
Myšlenková mapa č. 2 je zaměřena na pacienty, kteří v rozhovoru udali přítomnost bolesti. Z mapy vyplývá, že určitým druhem bolesti je zatížena převážná část respondentů, tj. 11 z 16 možných. Všichni respondenti hodnotí svou bolest na vizuální analogové škále (VAS) v rozmezí 1 - 4. VAS je jedním z nástrojů objektivního zjištění stupně bolesti, jedná se o škálu na stupnici 0 - 10, přičemž hodnota

0 udává nepřítomnost bolesti a hodnota 10 představuje největší možnou představitelnou bolest.

Z myšlenkové mapy je jasně patrné, že většina respondentů, kteří udali vyšší hodnotu bolesti na VAS (zde 3 - 4) má **bolesti pohybového aparátu akutní**, vyvolané např. operačním zákrokem: „Už mě ta operovaná noha bolí jen, když chodím s rehabilitační sestřičkou a pak, když si lehnu do postele, tak mě to začíná bolet, tak si řeknu o prášek na bolest.“ (res. 9), nebo **chronické**: „Bolí mě chronicky záda, a teď jsem na ně navíc spadl, tak jsem se dostal do nemocnice a posléze sem. Někdy mě to bolí opravdu hodně, to nemůžu dělat vůbec nic.“ (res. 13). Stupeň bolesti přímo udává **limitování pacienta bolestí v pohybu**: „Bolí mě záda a kolena, kvůli tomu se nemůžu vůbec pohnout. Sestřičky chtějí, abych se zvedala a seděla alespoň u jídla, ale to já taky nezvládnu.“ (res 14) nebo **limitaci v každodenních činnostech** spojených se sebedpěčí: „Bolí mě jen ty záda, ale už je to o hodně lepší. Celkem v ničem už mě to neomezuje, už se i zvládnu osprchovat. Jinak už taky všechno zvládám sama. Na bolest беру prášek pravidelně, bolí mě už asi 10 let. Mám to chronické.“ (res. 8). U respondentů, kteří přiřadili bolesti na VAS hodnotu 1 - 2 vidíme logicky nižší **spotřebu analgetik** než u ostatních respondentů s VAS 3 - 4. Zde existují rozdíly mezi tím, jak pacienti využívají možnost nabídnuté analgetické léčby: „Ano, často mě bolí hlava. Limituje mě v tom, že se nemůžu vůbec soustředit. Beru léky proti bolesti.“ (res. 16). Naopak někteří pacienti z důvodu jiných onemocnění, která by analgetika zhoršovala, využívají tuto možnost jen někdy: „No, bolí mě ta noha, беру si na to prášek na bolest, ale zase si to nemůžu brát pořádkem, mám jícnové vředy, tak mi pak není dobře.“ (res. 3). Přítomnost bolesti i celkový zdravotní stav mimo jiné určují stupeň pohyblivosti.

Pohyblivost

Myšlenková mapa 3: **Pohyblivost**



Třetí myšlenková mapa je věnována pohyblivosti seniorů hospitalizovaných v LDN. Z mapy je patrné, že zhoršená mobilita je jedním z hlavních problémů seniorů v LDN. Na rehabilitační péči je proto v LDN kladen zvýšený důraz, z hlediska navrácení soběstačnosti a zvýšení kvality života v domácím prostředí pacienta. Mezi příčiny seniorské hypomobility můžeme řadit fyzické, psychické i sociální faktory

či faktory prostředí (Kalvach, 2008). Z odpovědí respondentů je patrné, že jejich snížená schopnost mobility je dána **aktuální somatickou limitací**, například bolestí: „*Díky bolesti té nohy se nemůžu moc hýbat na posteli, když po mě sestřičky chtějí, abych se vyšoupla v posteli nahoru, tak mi nejde se o tu nohu zapřít.*“ (res. 7), **celkovou slabostí**: „*Já nechodím vůbec asi půl roku, jsem nějaký zesláblý, takže tady mě nechávají v posteli, abych ještě někde nespádl.*“ (res. 13) či **jiným** kloubním nebo inervačním onemocněním: „*Špatně se pohybuji, potřebuji pomoc, protože jsem ochrnutý na pravou stranu.*“ (res. 14).

Z výpovědí respondentů je však patrné, že svou významnou roli v pohyblivosti hraje také **vůle a motivace k pohybu**. Zde se ukazuje jako hlavní hybnou silou k aktivnímu přístupu ke zlepšení mobility buď vlastní **uvědomění nutnosti aktivity**: „*No, tady chodím po chodbě v chodítku, je to pro mě namáhavé, ale jsem ráda, že si aspoň na chvíli denně stoupnu a trochu se projdu, neujdu toho moc, ze začátku jsme se sestřičkou rehabilitační jenom vstávaly do toho chodítka, teď už se snažím aspoň jít chvílku po chodbě. Vždyť je to taky hrozný furt ležet v posteli, jak lazar nemyslíte?*“ (res 1), **vůle k zvýšení samostatnosti v běžných denních činnostech**: „*Snad se to se mnoulepší tak, abych si mohla aspoň dojít na záchod sama nebo si sednout do sprchy a umýt se.*“ (res. 1) nebo **viditelné pokroky** a postupné zlepšení zdravotního stavu a stavu mobility. Dalším příznivým aspektem k rozvoji mobility se ukázala být **vidina** brzkého **propuštění**, za podmínek zlepšení mobility a rozvoje sebek péče, která je dostačující k zvládnutí činnosti v domácnosti: „*Kvůli tomu, jak mě ta noha bolí, tak nemůžu moc chodit. Na druhou stranu, už se to taky snažím víc rozcvičit, abych mohla jít domu. Chodím pomalu, ale jde to.*“ Někdy se jako impulz k činnosti projevuje snaha k **ukrácení volné chvíle v LDN** rozvojem pohybu: „*Ale já zase nechci celý den ležet, tak tu radši chodím, a taky tím, „zabiji“ nějaký čas.*“ (res. 6). Velkou pozitivní roli hraje také **činnost sester a rehabilitačních pracovníků**: „*Nejdříve jsem chodila jen tady po pokoji, teď už zvládnou chodit i po chodbě sama. Dřív jsem chodila pouze s rehabilitačním pracovníkem, je to milý kluk, vždycky jsme si pěkně popovídali.*“ Zde se jako vhodné zdá být také povzbuzování pacienta k činnosti, vysvětlení stavu a **názorný příklad jiných pacientů** se stejnou diagnózou či poruchou mobility:

„Nemůžu hýbat pravou rukou a nohou, ale sestřičky rehabilitační sem za mnou chodí a cvičíme. Říkají, že spousta lidí už se z toho, co jsem měla já, dostalo. Tak doufám, že se to u mě taky zlepší.“ u některých respondentů, kteří již do LDN přichází po tom, co byli v domácím prostředí dlouhodobě upoutáni na lůžko, je vidět **snaha o zachování a kompenzaci stavu**: „Já už asi rok nechodím, na lůžku se otáčím sám, doma mi mažou záda a boky abych se neproležel, aspoň to se snažím dělat, když už ani nechodím. Taky za mnou jezdí paní sestřička z agentury domácí péče a cvičí se mnou.“ (res. 12).

Význam v kvalitě života seniorů hraje také to, do jaké míry jsou ochotní **přijímat nabízenou spolupráci na léčbě a zlepšení celkového stavu**. Zde můžeme rozlišovat aktivní přístup k péči všeobecných sester i ostatního personálu: „Jinak mám tady nad sebou tuhle hrazdičku, s tou se snažím se nadzvedávat nebo otáčet podle toho, jak mi říkají sestřičky, někdy se chytám tady za ty tyče u postele (postranice), to když se chci otočit sama, sestřičky mi totiž často připomínají, abych se otáčela na boky, abych se neproležela. Tak, když si na to vzpomenu, snažím se to dodržovat.“ (res. 1). Jiní mohou být pasivními účastníky péče: „No, to já se skoro vůbec nepohnu, nevím, co to se mnou je, jsem hrozně unavená a sestřičky mi pořád říkají, že se musím snažit taky sama, ale mně to moc nejde. Jsem radši, když mě posazují ony, nebo když mě vytáhnou nahoru.“ (res. 7).

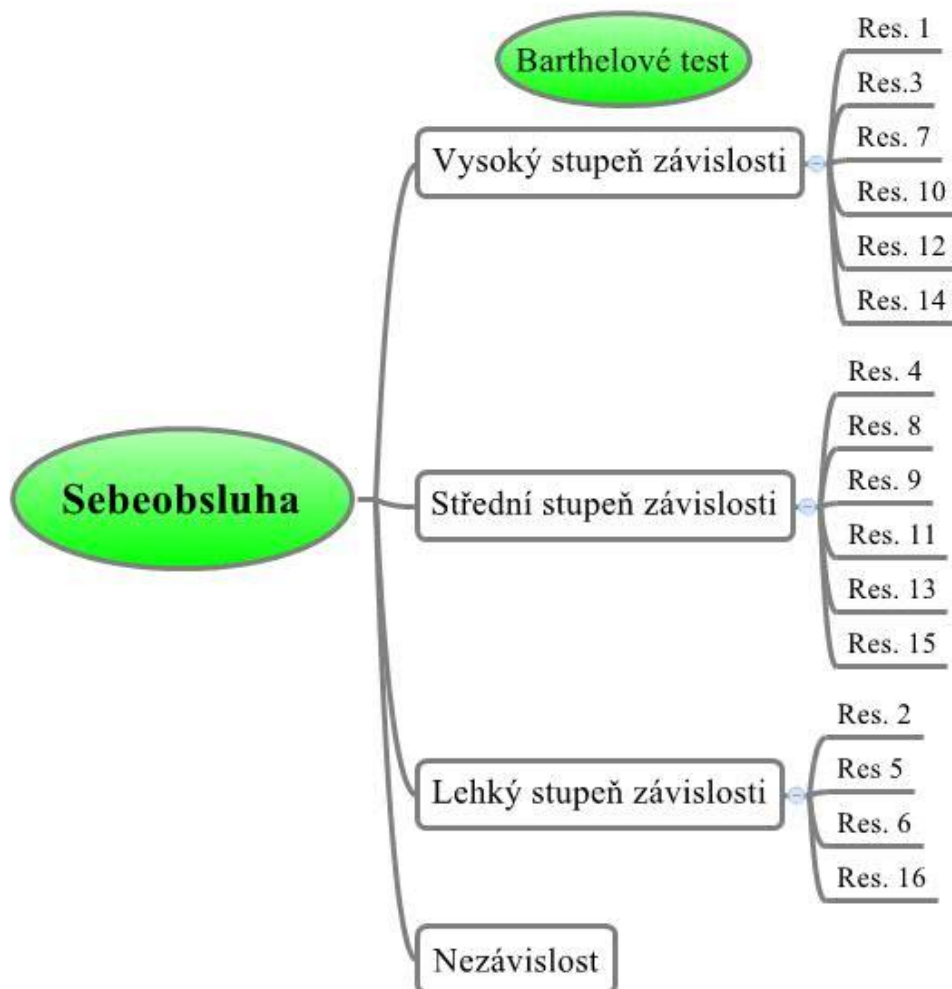
Důležitou roli zde hrají také **kompenzační pomůcky**, nácvik jejich používání či důvěra v ně. Respondenti se sníženou pohyblivostí dle výzkumu používají berle nebo chodítka. Obě z těchto pomůcek používají buďto samostatně nebo v přítomnosti fyzioterapeuta.

Negativní postojem k aktivitě a činnosti může být také prodloužena délka hospitalizace. Tento záporný přístup k zvýšení mobility a tudíž i soběstačnosti může být způsoben **fyzilogickou nechutí k pohybu**. Ta může být způsobena **dyskomfortem** při pohybu a **neochotou k jeho překonávání** (Kalvach, 2008). Z výpovědí můžeme vyčíst právě omezení hybnosti bolestí či jiným příznakem, který komplikuje či zabraňuje pohybu. Tyto faktory mohou ovlivňovat jedince natolik, že postupným snižováním mobility dojde až k její úplné ztrátě: „Jsem jenom na posteli, už nechodím, přitom ještě před měsícem jsem se byla schopná hýbat a normálně jsem chodila s berlemi. Ale teď už

ne, teď už je to špatné. Přitom, když jsem tady byla minule, tak jsem upadla, jak se mi točí hlava, tak od té doby už jsem jenom v posteli.“ (res. 14). Vše je navíc v přímé souvislosti s pádem nebo jeho rizikem. U čtyř respondentů vidíme pád buď v přímé souvislosti s nynější hospitalizací: „No, to víte, že se bojím, že spadnu, doma už jsem právě takhle, když jsem se myla, spadla a zlomila si ruku, tady v zápěstí podívejte (ukazuje jizvu na ruce). Takže teď už z toho mám strach.“ (res. 1), nebo v anamnéze. i pouhý strach z této nepříjemné události může zapříčinit omezení hybnosti. Dalším aspektem v nechuti k pohybu je **únava či bolest** spojená s aktivní činností nebo **nedůvěra ve vlastní síly**: „S rehabilitační sestrou nechodím, sice po mně chce, abych začala chodit, ale já to nedokážu.“ (res 7). v posuzování kvality života v rámci pohybu, která svým vlivem zasahuje i do oblasti psychické, hraje svou roli také délka případné imobility nebo zhoršení pohyblivosti.

Soběstačnost

Myšlenková mapa 4: **Soběstačnost**

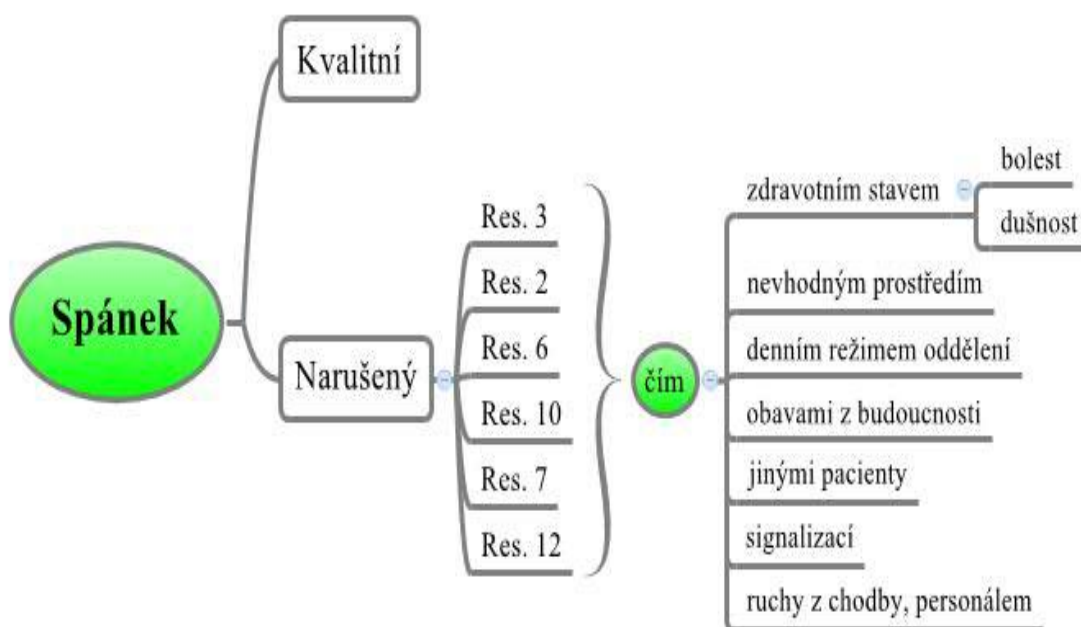


Soběstačnost je dalším faktorem výrazně zasahujícím do hodnocení kvality života. Pro objektivizaci jejího stavu se používá mnoho testovacích způsobů. Pro účely mého výzkumného šetření jsem použila test základních všedních činností Barthelové (Barthel ADL index), který hodnotí stupeň závislosti na ošetrovatelských činnostech. Bodování testu je uvedeno v kapitole metodika, test je také obsažen v přílohách k práci (viz příloha 3). v tomto testu se hodnotí oblasti denních činností a přiřazují se k stupni zvládnutí hodnoty (samostatně bez pomoci - 10 bodů, s pomocí - 5 bodů, neprovede - 0 bodů). Výsledek po sečtení udává stupeň závislosti na ošetrovatelské péči. Toto znázorňuje myšlenková mapa č. 4, která rozděluje zkoumaný vzorek respondentů do jednotlivých kategorií. Z výsledků jasně vyplývá, že deficit soběstačnosti má většina respondentů, a proto je závislá na její kompenzaci ošetřujícím personálem. Výzkumným šetřením se jasně prokázalo, že schopnost sebepečce je dána **celkovým zdravotním stavem pacienta**: „*No, teď nezvládnou skoro nic, jediný, co se najím a napiju, a ráno trochu umyju, kam dosáhnu, jinak to nestojí za nic. Dřív jsem si měnila ten pytlík (stomie), ale to teď taky nechávám na sestřičkách. Mám i plenkové kalhotky, chodím sice na mísu čůrat, ale občas to neudržím.*“ Zde můžu jen uvést, že největší problém v oblasti sebepečce tvoří oblast pohybu a vyprazdňování. Tato oblast je také hlavní **motivační síla** pro zvyšování sebepečce, protože více respondentů uvedlo, že největší problém a zároveň největší touhu po nápravě vidí právě v oblasti vyprazdňování. Roli hraje také to, kde, jak a za jakých podmínek je samotné vyprazdňování prováděno. **Schopnost sám si dojít na záchod** je jedním z hlavních cílů a představuje jakousi metu či mezník zlepšení celkového stavu: „*Největší problém vidím v tom, že se nezvládnou sama postavit a třeba si dojít na ten záchod, to mi asi vadí nejvíc.*“ (res 1). Stejně jako v kategorii pohybu je schopnost sebepečce ovlivněna nejenom stavem, ale také **vůlí pacienta k jejímu zlepšení**. Tuto oblast můžeme z výpovědí respondentů opět rozčlenit do pozitivní a negativní sféry. Na zlepšení sebepečce se může výrazně podílet **motivace k zlepšení celkového stavu zvýšením schopnosti sebepečce** nebo pozitivní myšlení v rámci návratu úplné schopnosti sebepečce. Někdy naopak mohou být sebeobslužné činnosti komplikovány **terapeutickým postupem**: „*No, co jde, si udělám sama, ale tady s tím korzetem to taky*

moc nejde. Co můžu udělat takhle ve stoje, to udělám, ale třeba ponožky nebo něco ze země si samozřejmě nepodám. i na to utáhnutí toho korzetu musím zvonit na sestřičky.“ (res. 6) či možnými **problémy s personálem**: „Zvládnou se jenom najíst a napít, jinak když mi sestřičky nepomůžou, tak nezvládnou nic. Myslím, že už jsou na mě taky našťavané, že mají se mnou potíž a pořád něco chci, ale já to sama nezvládnou. Na záchod si zazvoním a oni mi dají mísu, ale někdy to taky nestihnou a je to v posteli.“ v oblasti jídla a pití, oblékání, kontinence a koupání neuváděli respondenti žádné odchylky, většinou hodnotili úroveň sebepečce úměrně jejich zdravotnímu stavu a přidruženým onemocněním limitujícím sebeobsahu.

Spánek

Myšlenková mapa 5: **Spánek**



Myšlenková mapa č. 5 se zaměřuje na kvalitu spánku respondentů v LDN a možné příčiny jeho narušení. Respondenti se vyjadřovali nejen ke kvalitě, ale také hodnotily případné problémy a důvod jejich vzniku. Jak znázorňuje myšlenková mapa, tak narušený spánek udává 6 respondentů z 16 možných. Faktory, které spánku zabraňují, můžeme z odpovědí rozlišit na faktory **ovlivněné zdravotním stavem**: „ Já v noci moc nespím, nemůžu dýchat a je mi špatně.“ (res. 10) nebo **psychickým**

stavem a pocity strachu. Z hlediska zkoumání kvality spánku v celkovém hodnocení kvality života v naší diplomové práci hrají důležitou roli **faktory prostředí**, které jdou do určité míry ovlivnit činností sestry. Zde se hlavními činiteli ukazují: narušení spánku **ošetřovatelskou péčí** o vlastní osobu nebo o spolupacienty na pokoji: „*Ostatní pacienti mi nevadí, jen když sestřičky k nim chodí v noci je obracet, tak mě občas v noci zbudí.*“ (res. 6), nevhodnou **úpravou či změnou polohy**: „*V noci se mi spí špatně, vždycky nějak sjedu dolu na posteli a pak se mi dýchá ještě hůř, občas mi taky spadne kyslík z postele tak si zvoním, sestřičky už jsou někdy našťvané a nechtějí za mnou chodit.*“ (res. 7). Z této výpovědi je také vidět možné ovlivnění **vztahu mezi personálem a pacientem**. Nejenom rozpory s ošetřujícím personálem mohou tvořit překážku; z výzkumu je patrné, že významnou roli v oblasti spánku hrají také **vztahy mezi pacienty na pokoji**. Ty mohou být v rovině kladné, kdy si pacienti vyjadřují podporu či v komunikaci nacházejí společnou řeč: „*Přes den si my tady s Maruškou pěkně povídáme a večer si čteme nebo jen tak odpočíváme. To vůbec, já jsem ráda, že si tu mám s kým popovídat o životě.*“ (res.1) a rozhovorem tráví volný čas. Někdy však nepochopení jednotlivých spánkových i ostatních rituálů mezi pacienty navzájem může být příčinou rozporů, stejně tak, jako prosté rušení jiným pacientem, které může mít vliv na kvalitu spánku: „*Spím dost špatně, celou noc se budím nebo vůbec neusnu. Tak poslouchám rádio do sluchátek. Bohužel moc nemůžu večer číst, protože vždycky mým spolupacientům vadilo mít večer rozsvíceno.*“ (res.3). Celková úroveň vycházení se spolupacienty tvoří důležitý aspekt nejenom v oblasti spánku, ale hraje důležitou roli ve vnímání celé hospitalizace. Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu spánku, je **úprava prostředí**: „*Občas sestry nechají otevřené okno a mě je pak v noci zima.*“ (res. 6) nebo **činnost ošetřujícího personálu**. Zde si respondenti stěžovali na rušení z chodby hlasitým hovorem či prací sester s pojízdňnými vozíky, které při pohybu dělají nepříjemný zvuk: „*Nespím moc dobře, slyším ruchy z chodby, zvonění zvonků, ráno vozíky sestřiček. Ale nechci si stěžovat, to ne, ale tohle mě docela ruší.*“ (res. 6). Spánkové návyky mohou být narušené **denním režimem oddělení a celkovou organizací**, nejčastěji ranních prací: „*Ráno bych býval spal, ale to se zase musím mýt,*

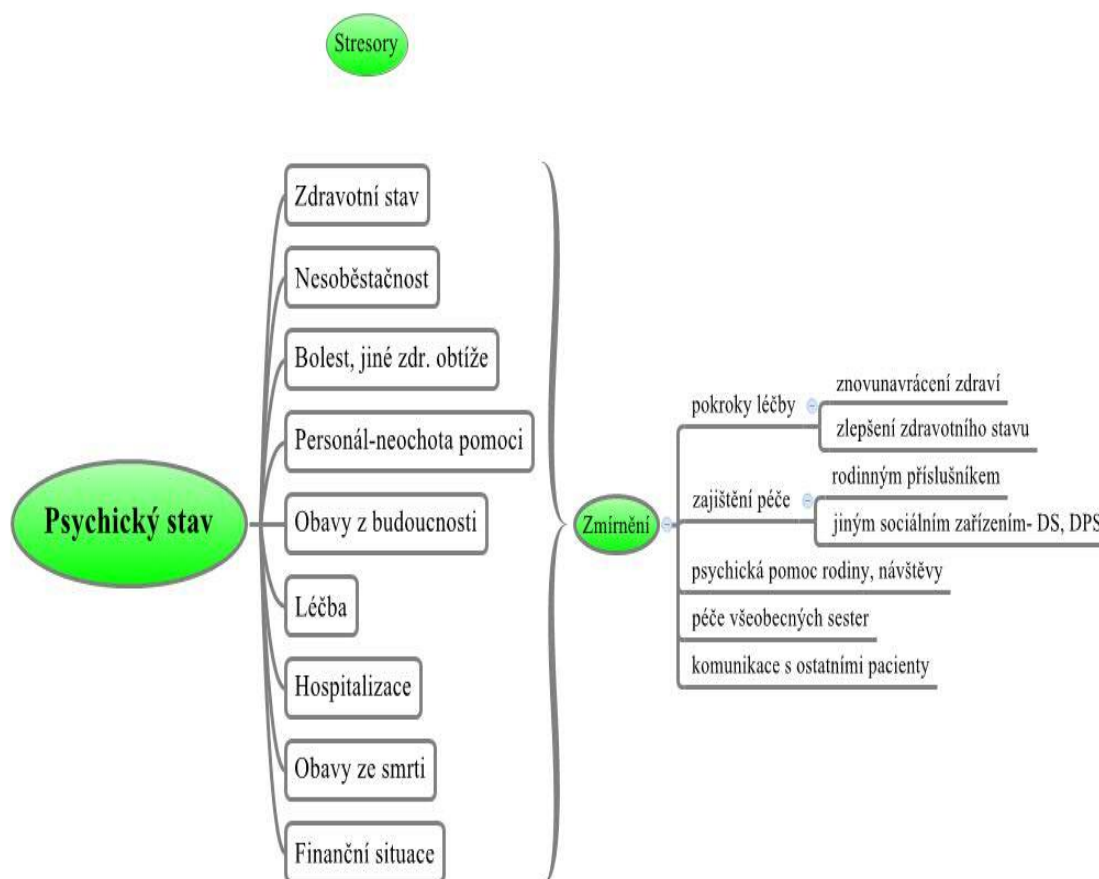
nebo spíš, sestřičky mě myjí, nechápu, proč to musí dělat každý den, doma se myju, kdy chci.“ (res. 12).

B) Psychická stránka - v této podoblasti hodnotili respondenti svůj psychický stav a změny, které v něm nastaly v době hospitalizace. Další kategorii zde tvořil stres, určení stresorů a možnosti jejich zmírnění. Dále byla tato kapitola zaměřena na vliv hospitalizace, určení osobních cílů a priorit. Důležitou kapitolu zde tvořila také podkategorie strachu ze smrti.

Celkový psychický stav

V odpovědích respondentů nebyly jasně vymezené hranice jednotlivých oblastí (psychický stav, stres, vliv hospitalizace), proto následující myšlenková mapa obecně shrnuje nejčastější faktory, které mají vliv na psychickou stránku v době hospitalizace.

Myšlenková mapa 6: Psychický stav



Mapa č. 6 znázorňuje uváděné stresory, kterými jsou senioři zatíženi v době hospitalizace v LDN. Z odpovědí jsou také vybrány způsoby kompenzace narušeného psychického stavu. Psychický stav podle respondentů ovlivňuje zhoršení či trvalý špatný **zdravotní stav** spojený s větší či menší mírou nesoběstačnosti či imobility: „Nejsem na tom psychicky moc dobře, nevím, jak to se mnou vypadá, nevím, co bude se mnou dál, kam půjdu.“ (res. 14). V této odpovědi se ukazují další významné faktory, které ovlivňují psychickou stránku, jako jsou **obavy z budoucnosti**: „No, starosti mi dělá ten můj stav, teď se sice začíná zlepšovat, ale bojím se, co přijde dál.“. Zde můžeme vidět obavy z toho, jak zvládnou **péči o sama sebe**: „No, bojím se teď toho, jak to se mnou bude, až půjdu domů. Sama už tam být asi nemůžu, už teď jsem s tím měla problém. Navíc teď, když se to se mnou takhle zhoršilo, tak nevím nevím.“ (res.1), péči o

rodinného příslušníka ve společné domácnosti: „Nevím, jak to bude, až přijdu domů, žiju s matkou a nějak už to doma nezvládáme.“ (res.3) nebo z **řešení celkové sociální situace**.

Právě otázka obav z **budoucí změny bydlení** se objevuje v odpovědích respondentů více: „Nevím, jak to se mnou bude dál, manželka už mi umřela, stará se o mě dcera, ale ta se o mě taky nemůže starat na věky, že jo. Tak mám strach, co se mnou bude, jestli mě dá do nějakého domova nebo co.“ „ Zde je rozdíl mezi tím, jestli se senioři mohou spolehnout na své okolí, že se o ně postará či jim pomůže s nalezením vhodného řešení. Hospitalizované seniory v LDN také stresuje otázka **závislosti na péči**, spojená s pocity zbytečnosti a méněcennosti, ať už je to na péči ošetřujícího personálu: „Stresuje mě můj stav, to že jsem odkázaný na péči sestřiček a nic nezvládnou sám.“ (res.15) či na péči rodinných příslušníků v domácím prostředí: „Bojím se, jak to se mnou bude, vždyť teď je to se mnou špatný, a jestli se to nezlepší tak nevím, jak to budeme s manželem zvládat. To víte, on nemá tolik síly, jako tady sestřičky, na to, aby se se mnou tahal. Takže to mi dělá starosti.“ (res.7). Dalším faktorem, který může ovlivňovat psychický stav, je **obava z další léčby**: „No, mám obavy z toho, jak to bude dál. Teď od té doby, co nosím ten korzet, se ty záda sice zlepšily, ale zas mě čeká ta operace na srdci, a té se docela bojím. Takže občas nemůžu usnout jenom proto, že přemýšlím, jak to bude dál.“ (res.6). Na stav psychiky pacientů v odpovědích má nezastupitelný vliv spolupráce se zdravotníky. Právě **rozpory mezi pacienty a ošetřujícím personálem** mohou negativně působit na psychickou stránku: „No, jak mi může být, když tu takhle ležím a nikdo mi nechce pomoci? Ani na boky mě nepřetočí a říkají, že se musím snažit sama přetáčet. Ale to já nezvládnou.“ (res.7). Mezi další příčiny zhoršeného psychického stavu můžeme řadit také stres způsobený **novým neznámým prostředím**, ztrátou kontaktu s rodinnými příslušníky, novým režimem dne či požadavky péče, které musí pacient dodržovat. Obavy z finančního zabezpečení či zvládnání domácnosti jsou zmiňované jako další stresory, které působí na psychickou stránku. Samostatnou kapitolu zde tvoří také otázka **smrti a strachu** z ní. Mezi faktory, které psychický stav naopak zlepšují či kompenzují jeho sníženou úroveň, můžeme zařadit **viditelné pokroky léčby** tzn., že zlepšením fyzického stavu se lepší

i psychická stránka osobnosti: „*Ale jo, myslím si, že se to teď začíná zlepšovat, s tím, jak se zlepšuje můj stav. Ted' jak jsem byla nemocná se srdcem, tak to mě hodně vyděsilo a byla jsem z toho špatná. Ted' už je mi dobře, takže už jsem se zlepšila i psychicky*“ (res. 5). v otázkách řešení sociální situace se jako zklidňujícím článkem ukázala **jistota v zajištění péče** změnou sociálního zázemí. To je zde tvořeno zajištěním seniora péčí rodinného příslušníka, změnou jeho bydlení v domově pro seniory či jiném pobytovém sociálním zařízení. Psychický stav také zlepšuje **zmírnění obtíží a příznaků** onemocnění, které jsou známkou zlepšení celkového zdravotního stavu, a tudíž i **vidinou propuštění** do domácího prostředí. Velkou roli, která může být pozitivním i negativním faktorem, hraje oblast **komunikace a vztahů**. Do této oblasti můžeme zahrnout pozitivní vnímání vztahů v rodině, komunikace a vztahy mezi pacienty navzájem, i mezi pacienty a ošetřujícím personálem: „*No, teď to není moc dobré, občas mi to všechno přijde zbytečné, často brečím, ale pak mě sestřičky zase uklidní, někdy je to dobré, ale v poslední době ne.*“ (res. 10). Psychickou oblast dále ovlivňuje **spokojenost** respondentů s prostředím a přijímáním péče v LDN.

Osobní život a priority

Obecně lze říci, že senioři se v mém výzkumném šetření vyjadřovali k oblasti osobního života rádi. Tuto oblast směřovali spíše k prožitému životu, jeho náplni, hodnocení vztahů a priorit v produktivním věku. **Zdraví** své a svých blízkých pokládali respondenti za nejvyšší osobní prioritu, z důvodu jejich zaměření spíše na prožitý život hodnotili jako stěžejní hodnoty také životní spokojenost, uspokojivou práci, zajištěné bydlení. Téměř všichni respondenti uváděli **uspokojení a naplnění z prožitého života**. Ten hodnotili jako krásný a dobrý. ve velké většině případů se vraceli k narození a vychovávání dětí, předávání hodnot: „*Když na to tak vzpomínám, tak jsem měla hezký život, škoda, že už jsem stará. Kdyby mi bylo třeba 40 let, to bych brala. Doufám, že jsem se v životě k nikomu nechovala špatně. Jinak jsem měla hezký život, hlavně když jsem měla děti malé, to bylo asi nejlepší.*“ (res.9), hodnocení práce a mezilidských vztahů. Respondenti uváděli také **překážky**, které s odstupem času hodnotili jako osud či přirozenou součást života, kterou při dobrém rodinném zázemí společným úsilím

zvládli: „Já jsem žila hezky, měla jsem hezké povolání, hezkou rodinu. To víte, také jsme přežili i těžké chvíle (hlavně když mi umřel syn), ale nakonec, když na to celé vzpomínám, tak to bylo krásné, ten náš život. Na prvním místě bylo vždycky zdraví a po smrti syna se to ještě prohloubilo. No a pak, abychom byli spokojení, měli co jíst, měli kde bydlet a pracovat. To se nám nakonec vydařilo a žili jsme si docela dobře.“ (res. 4). v rámci rodinného života považovali respondenti za důležitou hodnotu **spokojené manželství, úspěch dětí a štěstí v životě**. Za důležité také pokládali **výchovu dětí**, která podle jejich hodnocení souvisí s nynější situací a **vztahy v rodině v přítomnosti**: „Měla jsem a mám hezký život, nebylo to vždycky jednoduché, ale když si na to teď zpětně vzpomínám, tak jsme to všechno překonali. Máme hodné děti, dceru a syna, kteří se o nás starají a pomáhají nám.“ (res. 5). Z prožitého života byly další pozitivní hodnoty přiřazené návštěvám společnosti, trávení volného času, přátelům a koníčkům: „Když je mi teď těžko, tak si vždycky vzpomenu, jak jsme se měli hezky. To víte, peněz jsme sice moc neměli, ale měli jsme jeden druhého, chodili jsme do společnosti, mezi kamarády. Pak přišli děti ...je to byla krása.“ (res.1). U těchto hodnot je patrná modifikace věkem, kdy tyto hodnoty stály v hierarchii hodnot mnohem výše. U seniorů je patrné zaměření hodnot díky zdravotnímu stavu k návratu zdraví či soběstačnosti, vrácení se do domácího prostředí, návštěvám a vztahy v rodině. Výraznou stopu v žebříčku hodnot zanechalo u některých respondentů **úmrtí životního partnera**, jako například u respondenta 10: „Jo, v životě to bylo dobrý, dokud jsem byla zdravá, mladá, měli jsme děti, tak to bylo moc fajn. Pak mi umřel manžel, a já jsem myslela, že mě to položí, a že umřu také, ale nakonec jsem se z toho dostala.“. ve výpovědích se také objevuje **smutek z něčeho nedokončeného** či neuskutečněného zaviněného vlastní chybou: „Učil jsem se dobře, pak jsem měl jít na vysokou školu, ale chytil jsem se určitých lidí a ty mě přivedli k pití. s tím jsem měl problémy, dá se říct, celý život, chvíli jsem byl dobrý, a pak jsem zase začal.“ (res. 3). U některých respondentů je naopak vidět **motivace k budoucím činům**: „Ještě si myslím, že bych určité věci měla dokázat, ale doted' to hodnotím kladně.“ (res.16).

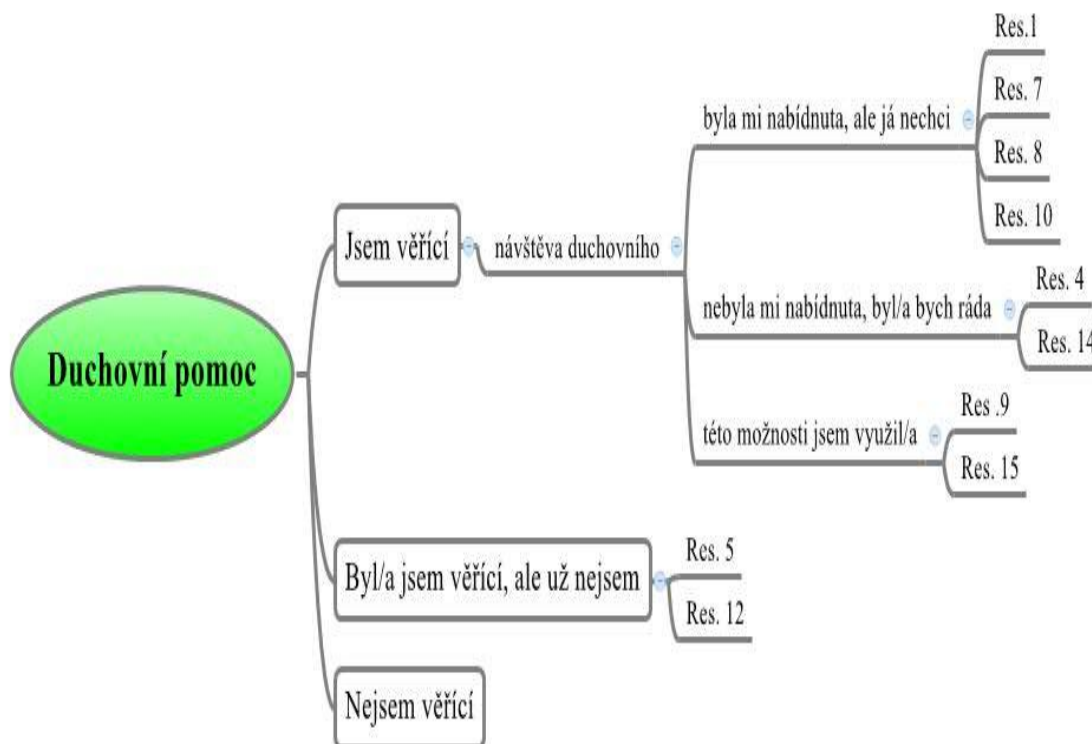
Strach ze smrti

V otázkách týkajících se strachu ze smrti přiznávali respondenti **přemýšlení nad smrtí**: „*Ale tak samozřejmě, vždyť už jsem stará, tak to je jasné, že o smrti přemýšlím. Strach z ní nemám, jsem s tím smířená, jen ať je to rychlé, nechci být na někom závislá, abych pak někde ležela dlouho.*“ (res. 4) část z nich také vyjadřovala **obavy, strach** ze smrti: „*Mám strach z toho, co bude, i ze smrti. Nejvíce se bojím toho, že budu úplně závislý na okolí a budu někde dlouho ležet*“ (res. 13). Obavy ze smrti přicházejí v souvislosti s **přibývajícím věkem**: „*No v mém věku už člověk na to myslí, jaké to bude na tom konci, ale nechci si to moc připouštět, přecijenom na tom ještě nejsem tak špatně.*“ (res. 9), horšícím se **zdravotním stavem či snižováním schopnosti** sebepečce: „*Nad mou smrtí jsem začal pořádně přemýšlet, až tady v nemocnici.*“ (res. 15). Právě imobilita, nulová schopnost **sebepečce či bolesti** se objevují v odpovědích respondentů jako hlavní oblasti, ze kterých mají největší strach.

C) Duchovní stránka - v podoblasti duchovní stránka se respondenti vyjadřovali k otázkám víry, potřebě duchovní pomoci v LDN a zabezpečení těchto potřeb všeobecnými sestrami.

Duchovní pomoc

Myšlenková mapa 7: **Duchovní pomoc**



V této myšlenkové mapě jsou uvedeny spirituální potřeby seniorů hospitalizovaných v LDN. Aktivní uznávání víry jako aspektu života uvedlo 8 respondentů. Důležitou roli zde hrály **rodinné vzory a výchova**: „*No, věřící jsem, k tomu jsem vedená odmalička. Chodili jsme do kostela každou neděli a na všechny svátky, i doma jsme se modlivali.*“ (res 1.). Někdy však respondenti uváděli postupný **odklon od víry**: „*Ted' už se moc nemodlím, i když jsem k tomu byla v rodině vedená, tak mi to nevydrželo po celý život, samozřejmě, že se občas modlím, ale to asi není modlení v tom pravém slova smyslu. Když má někdo v rodině před sebou něco těžkého, tak mám o něj strach.*“ (res. 5). Dále bylo ve výzkumném šetření zkoumáno, jestli by věřící respondenti využili možnost návštěvy duchovního, služby, kterou LDN poskytuje. U většiny z nich byla ovšem tato možnost zamítnuta, a to buď z důvodu **vyhovování současného stavu**, kdy se pacient modlí sám pro sebe: „*Jojo, sestřičky se ptaly, jestli chci, aby za mnou chodil někdo z kostela, ale já jsem nechtěla. Stačí mi to tak, jak to*

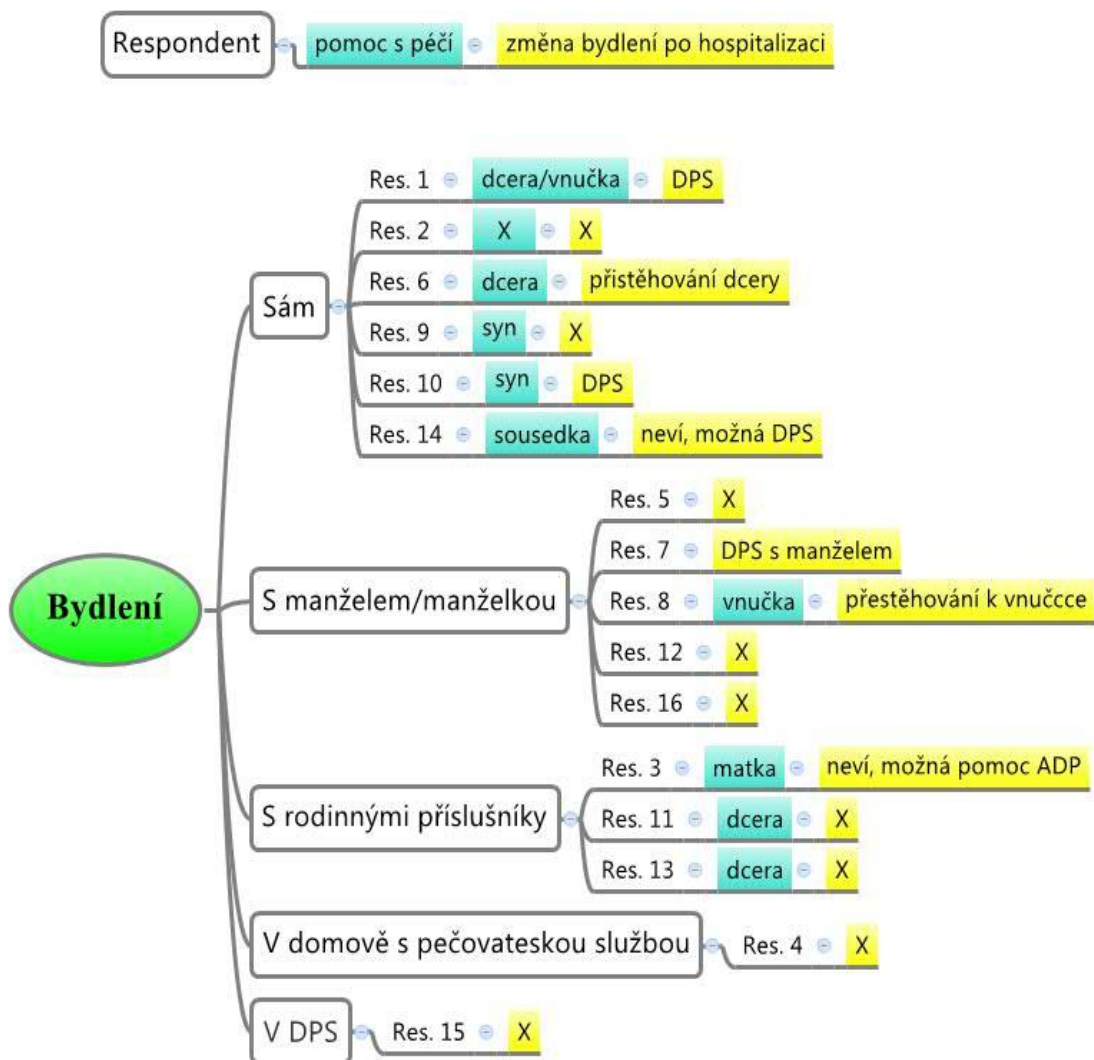
mám doted'. Takže se někdy modlím sama a vyhovuje mi to.“ (res.1) a v různých intervalech, nebo **absencí potřeby duchovní pomoci zvenčí**: *„Sestřičky se mě na to ptaly, jestli chci, aby za mnou někdo přišel, ale já jsem odmítla.*“ (res.7). ve výzkumném vzorku byli však i respondenti, kteří by možnost rádi využili, ale o nabízené službě **nevěděli**: *“No, nikdo mi to nenabídl, ani nevím o této možnosti, ale kdyby za mnou někdo přišel, byla bych ráda.*“ (res. 4). Dva z respondentů možnosti duchovního v zařízení LDN **využili**: *„Ano, byl tady za mnou pán z kostela, modlili jsme se spolu.*“ (res. 9).

V otázkách týkajících se **duchovní pomoci všeobecných sester** v rámci svěřeni se či jejich pomocí s osobními problémy odpovídali respondenti většinou homogenně. Všeobecné sestry by podle jejich mínění měly být **schopné a ochotné pomoci**, vyslechnout či poskytnout radu: *„Sestřičky jsou hodné, kdybych měl nějaký problém, se kterým bych chtěl poradit, tak si myslím, že bych mohl se svěřit.*“ (res. 13). *„Myslím, že sestřičky by mi byly schopné pomoci, kdybych potřebovala.*“ (res. 11). Jen někteří respondenti neměli názor ujasněný a nevěděli, jaký postoj by všeobecné sestry měly v rámci uspokojování spirituálních potřeb: *„Sestřičky? Nevím, jestli by mi chtěly pomoci, kdybych je o to požádala.*“ (res. 14). *„Myslím, že sestřičky jsou radši, když je neotravuji, tak nevím, jestli by mi byly schopné a ochotné pomoci.*“ (res.9).

4.1.2 Oblast sounáležitost

A) Místo na světě - v této podoblasti se respondenti vyjadřovali k otázkám týkajících se domova, sociálního prostředí, domácnosti a návratu domů.

Myšlenková mapa 8: **Bydlení**



Tato myšlenková mapa je věnována shrnutí sociálních podmínek respondentů mého výzkumu. Nad ní je utvořená legenda, podle které je mapa zpracována, tzn., že po uvedení respondenta následuje, kdo mu pomáhá či může pomáhat v domácnosti. Dále mapa uvádí, jestli po ukončení hospitalizace plánuje senior či jeho rodina změnu bydlení z důvodu změněného zdravotního stavu po propuštění.

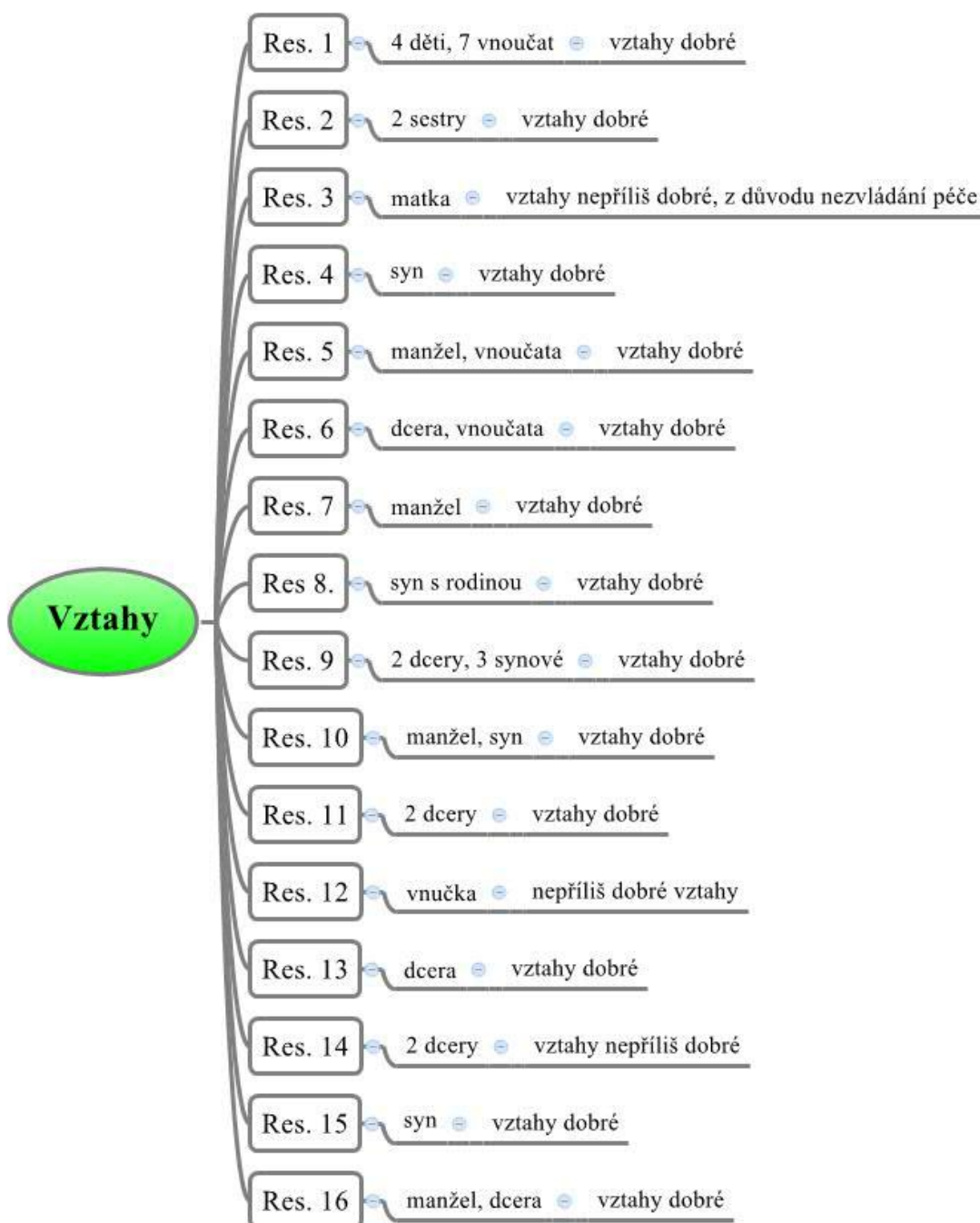
Otázka bydlení seniorů se z výzkumu dá označit jako velice důležitá, protože v psychické oblasti vyjadřovali respondenti množství obav, týkající se právě sociálního prostředí a bydlení. Odpověď na tyto otázky s sebou často přináší u seniorů také řadu negativních emocí, protože bydlení je často **ovlivněné smrtí partnera** či postupnou ztrátou **soběstačnosti** a míry určité **závislosti** na péči ostatních. Z myšlenkové mapy je patrné, že téměř třetina respondentů bydlí sama. Někteří z nich nevidí v tomto způsobu problém a věří, že se budou moci vrátit: „Bydlím sama v bytě, zatím jsem byla soběstačná, a myslím, že i teď se o sebe dokážu postarat.“ (res.8). i přes zachování jakési soběstačnosti tím, že bydlí sami, většina z respondentů udává **pomoc dalších osob** s domácností: „Bydlím sama. Od té doby, co se huř pohybuju, tak mi vaří dcera, já to vždycky jenom ohřeju, já totiž nevydržím stát tak dlouho u plotny. Takže kromě toho jídla a samozřejmě nákupu, kam bych nedošla, jsem se zvládla ještě o sebe postarat.“ (res. 1) či vyjadřuje **obavu se zvládnutím domácnosti**: „No, doted' jsem to takměř zvládala, to víte, už jsem stará a nebylo to úplně všechno stoprocentní. Ale žila jsem tam sama 12 let a šlo to. Ale teď sama vidím, že to nezvládnou. Kdoví, jak to se mnou vůbec dopadne.“ (res. 10) nebo s **péčí o dalšího člena rodiny** po návratu z nemocnice: „Máma už je taky hodně stará a já se o ni asi nezvládnou postarat, vůbec nevím, jak to bude, až se vrátím domů. Určitě se ještě nebudu moct moc hýbat, tak nevím, jak to zvládneme.“ (res. 3). Část z nich si také připouští myšlenku řešení sociální situace, ve které jsou buď **nevyhovující podmínky**: „Žijeme v paneláku, s manželem, ve druhém patře bez výtahu, tak už je to pro mě složité se tam dostat.“ (res. 7), nebo je snižená jejich sebezpečí natolik, že **není možný další samostatně vedený život**: „ Bydlím sama v domě na vesnici, před 6 lety mi umřel manžel, tak od té doby jsem tam sama.“, „ Mám tři děti, s nejstarším synem se nevidáme, dcery žijí obě v zahraničí, takže jsem tu sama. Občas mi pomáhá sousedka, třeba nakoupit a tak, ale jinak ne. Ale teď nevím, co se mnou bude.“ (res. 10). U části respondentů je **kompensace deficitu sebezpečí** nahrazena péčí manžela či manželky, nebo jiným rodinným příslušníkem, nejčastěji potomkem, někdy vnučkou či vnukem. Přestěhováním k rodinným příslušníkům nebo jejich přistěhováním je častým řešením sociální situace: „Kdybych náhodou byla na tom tak, že bych se nezvládla už o sebe postarat, vezme si mě k sobě. Slibila mi to, má velký

*dům, a pokoj, kde bych mohla být.“ (res.8). u některých respondentů je však zajištění péče spojeno s pocity „ **obtěžování či přítěže**“ pro pečujícího: „Vnučka se o nás od té doby co nechodím, takže asi rok, stará a bydlí u nás. Taky by se jí určitě ulevilo, kdybych už nebyl. Přece se nemůže starat dlouho o „dědka.“ (res. 12). v oblasti zajištění péče pobytovým zařízením se dají sledovat **pocity obav** z neznámého prostředí, úplné zamítnutí této možnosti: „Zatím jsem zvládala všechno sama, takže o žádném domově důchodců neuvažuji. Možná, až to přijde, tak někam půjdu, ale dokud jsem samostatná, tak nikam nechci.“ (res. 8) či smíření se s faktem neúnosnosti situace. Respondenti, kteří využívají služeb těchto zařízení, hodnotí své bydlení pozitivně: „Žiji sama v DPS, jsem tam spokojená, dokonce tam mám kamarádky, se kterými se scházíme každý den na kafičko. Syn za mnou chodí každý týden, někdy dvakrát.“ (res.4).*

B) Místo na světě - v této podoblasti hodnotili respondenti své vztahy

Vztahy

Myšlenková mapa 9: **Vztahy**



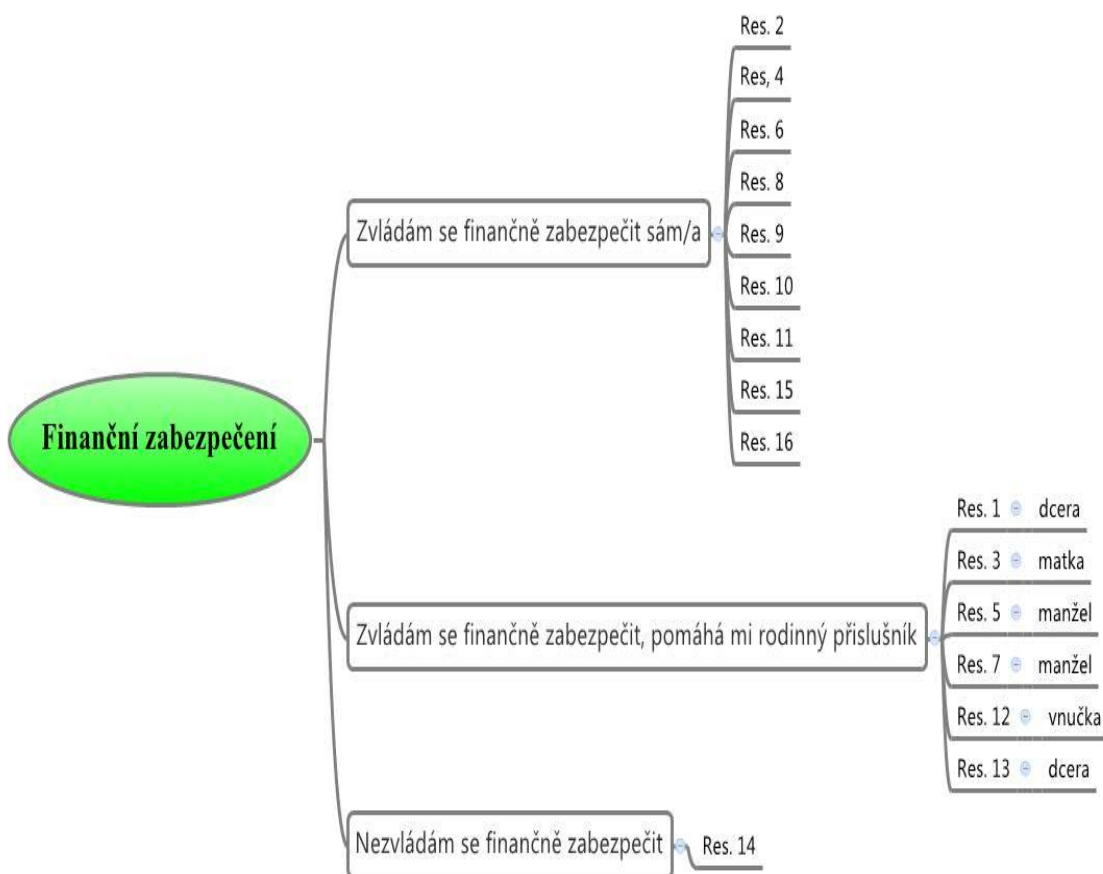
Myšlenková mapa č. 8 znázorňuje nejbližší příbuzné respondentů a hodnocení jejich vztahu s nimi. Z mapy jasně vyplývá, že dobré vztahy se svými nejbližšími má většina z dotazovaných respondentů. Negativní hodnocení vztahů uvedli jen tři respondenti, u kterých toto hodnocení plyne z **nezvládnání péče**: „*Jsem z Volar, žiju tam v bytě s mámou. Ale moc se poslední dobou neshodneme. Máma už je taky hodně stará a já se o ní asi nezvládnou postarat, vůbec nevím, jak to bude, až se vrátím domů.*“ (res. 3), **ze starých sporů**, které nebyly dosud vyřešeny: „*Vztahy nemáme moc dobré, jeden syn žije v zahraničí a druhý se s námi nebaví. Rozhádali jsme se již před lety a dosud se neusmířili. Ale tohle tady nechci vyprávět.*“ (res.12), či **geografické vzdálenosti** bydliště obou stran: „*Mám tři děti, s nejstarším synem se nevidáme, dcery žijí obě v zahraničí, takže jsem tu sama.*“ (res. 10).

Kontakt s rodinnými příslušníky je zajištěn většinou mobilním telefonem či necháním vzkazu u ošetřujícího personálu.

C) Místo ve společnosti - zde se respondenti mohli vyjadřovat k hodnocení současné finanční stránky, k společenské izolaci v době hospitalizace či naopak k hodnocení minulosti, předchozího života a povolání.

Současnost

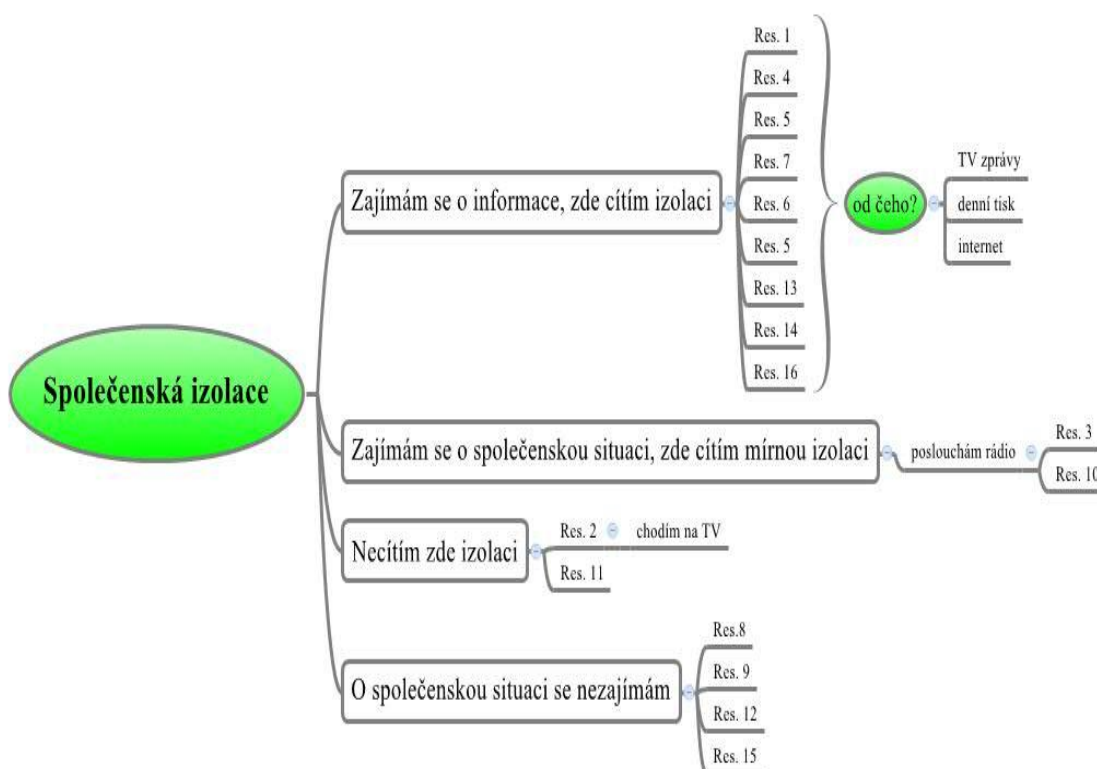
Myšlenková mapa 10: **Finanční zabezpečení**



Dalším ukazatelem kvality života je schopnost finančního zabezpečení. Myšlenková mapa č. 11 shrnuje jednotlivé výpovědi respondentů týkající se zvládání finanční stránky jejich žití. Většina respondentů udává kladnou odpověď, tzn. zvládají se finančně zabezpečit, i když přiznávají nutnost šetřit: „*Ale jo, naučila jsem se s tím málem, co mám, docela hospodařit, že občas i něco ušetřím.*“ (res. 4). Část respondentů uvádí, že jim s ekonomickým vedením domácnosti pomáhá osoba blízká,

kteřá si bere na starost všechny záležitosti týkající se jejího ekonomického chodu: „O můj důchod se stará dcera, ona zařizuje všechno.“ (res. 13). „O to se stará o všechno vnučka, ale nic neříkala, že by měla málo peněz, takže asi jo.“ (res. 12). Pouze 1 respondent uvedl, že má problémy s financováním své domácnosti: „Teď je to špatné, vždycky mi nějaké peníze chyběly, už si to nedokážu všechno spočítat. Kdyby si to někdo vzal na starost, byla bych ráda.“ (res. 14). Zde můžeme vidět i touhu po pomoci ze strany rodiny, z předchozí analýzy vztahů vyplývá, že respondent 14 neudrhuje vztahy ani s jedním s dětí. Případná pomoc je zde tedy velmi ztížena.

Myšlenková mapa 11: Společenská izolace



V další myšlenkové mapě je uveden názor respondentů na problematiku své společenské izolace. Pod pojmem společenská izolace je zde rozuměno odtržení od zpráv ze společnosti, neinformovanost o celkovém společenském dění či deficit obyčejné mezilidské interakce, která pomáhá rozvíjet sociální vědomí. Respondenti v tomto ohledu vyjadřují pocit společenské izolace způsobené hospitalizací. Udávají

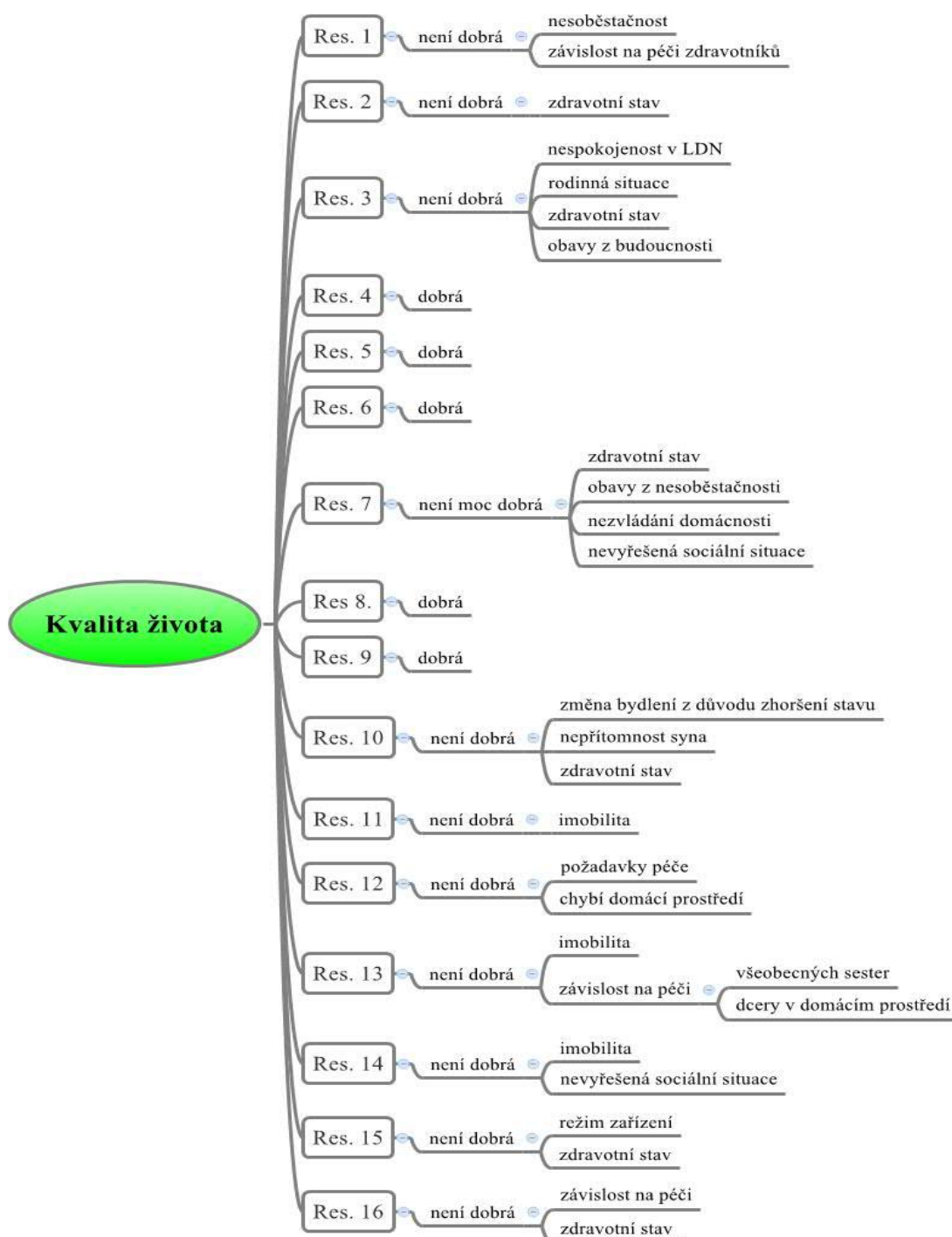
deficit informací z vnějšího světa zapříčiněný **zdravotním stavem**: „*Ano, dívám se na televizi na zprávy, tady nevím vůbec nic, co se děje venku. Jenom ležím, nic jiného.*“ (res.14) či **nedostatkem stimulů**, které společenskou informovanost rozvíjí: „*Ráda se dívám na zprávy, zajímám se o politiku, tady mi chybí, že nemám televizi nebo rádio, jsem na něj zvyklá, že mi dělá společnost celý den, když jsem doma sama. Tak tam aspoň něco mluví.*“ (res.4). Společenská izolace úzce souvisí s oblastí trávení volného času, tyto kategorie se u respondentů často prolínají. v době hospitalizace chybí respondentům televize, potažmo televizní zpravodajství: „*Manžel se rád dívá na zprávy a já docela taky, pak máme taky svoje pořady, na které se díváme spolu. Tady nevím nic, jak tu jenom ležím, nemám žádnou zábavu.*“ (res. 7). Televizi jako nástroj sdružování uvádí ve své výpovědi i respondentka 4: „*Kamarádky mám právě u nás v domově, už se těším, až je uvidím, koukáme spolu taky na seriály a krátíme si tak volnou chvíli.*“ Někdy televize plní i funkci společníka v domácnosti. v odpovědích na otázku, co je v televizi zajímavé, odpovídali respondenti nejčastěji televizní zpravodajství, politické dění či oblíbené seriály, které sledují v domácím prostředí pro ukrácení volné chvíle. Naopak někteří respondenti uvádějí nespokojenost s programem televize, proto volí radši jiný způsob trávení volného času a získávání informací: „*O zprávy se moc nezajímám, v televizi stejně říkají jenom, kdo a kde umřel, žádné veselé, nebo aspoň normální zprávy tam nejsou. To už si radši přečtu noviny, anebo takové ty drby, co se děje mezi těma známýma lidma.*“ (res.8). Respondenti, kteří cítí izolaci od informací, si kompenzují tuto potřebu komunikací se spolupacienty, pokud to dovoluje zdravotní stav obou stran či potřebou kontaktu s rodinnými příslušníky: „*Ještě, že tu mám vedle pani a můžeme si povídat. Naši mi občas přinesou noviny, tak si povídáme, co je nového.*“ (res. 1).

4.1.3 Oblast adaptabilita

A) Každodenní život - v podoblasti každodenní život se respondenti vyjadřovali k aktuální kvalitě života a vlivu hospitalizace.

Kvalita života

Myšlenková mapa 12: **Kvalita života**



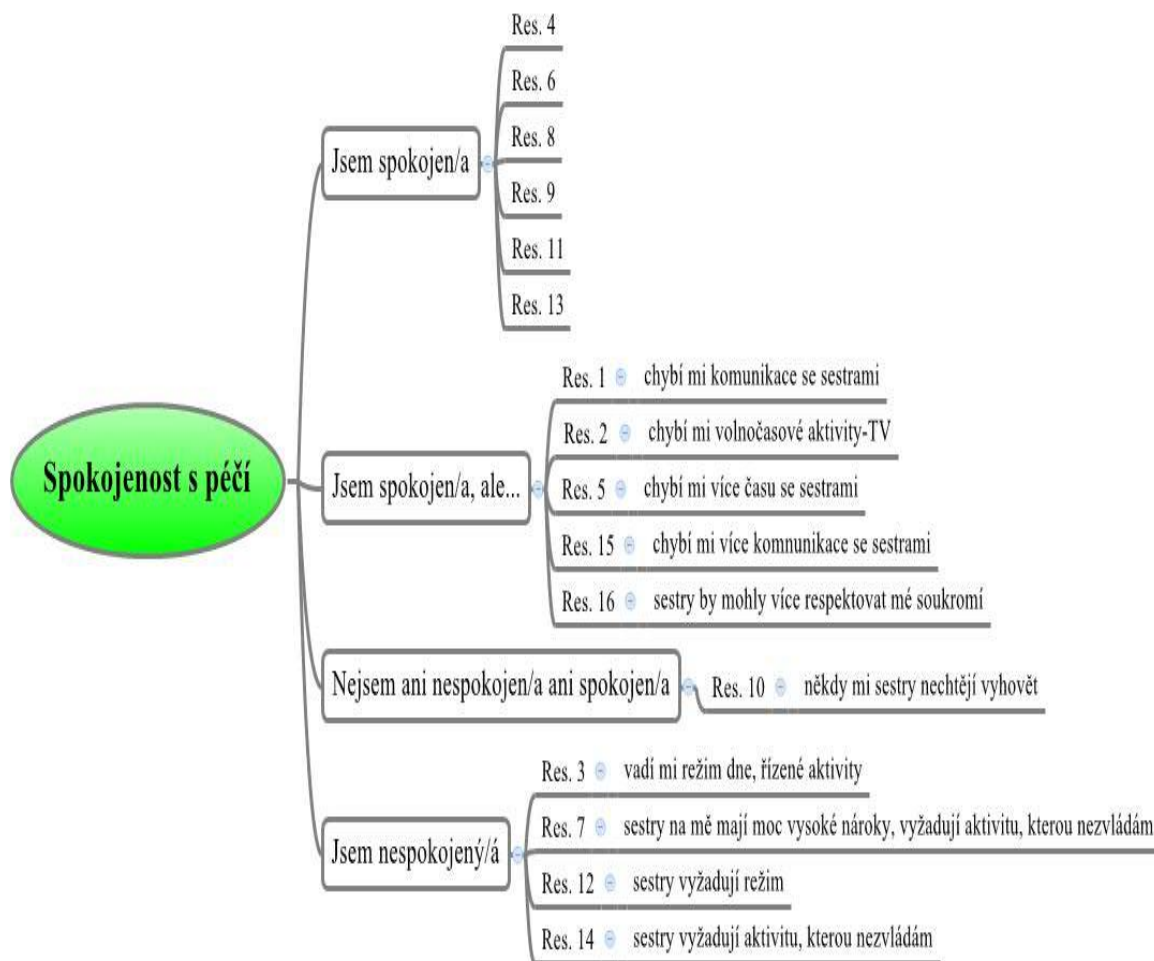
Slovní hodnocení kvality života a faktory jejího negativního hodnocení jsou uvedeny v myšlenkové mapě 12. U respondentů s kvalitou života, kterou hodnotí jako sníženou či špatnou můžeme vidět společné faktory, které hodnocení ovlivňují. Tyto faktory zasahují do všech oblastí kvality života a ovlivňují člověka jako bio-psycho-sociálně-spirituální bytost. Mezi ně můžeme řadit **nesoběstačnost**: „*No, nestojí to za moc. Myslíte, že starý člověk může vůbec nějak kvalitně žít. Vždyť já už skoro nic nezvládnou sama. Je to hrozný se takhle vidět, že jsem závislá na druhých.*“ (res. 1). Z této odpovědi přímo vyplývá druhý faktor - **závislost na péči druhých**, která také výrazně přispívá ke sníženému vnímání kvality života: „*Nyní s kvalitou života nejsem moc spokojená, ale to se snadlepší, až více zrehabilituji a budu lépe chodit. To víte doma je doma, ale teď bych tam byla spíše na obtíž, když se moc nemůžu hýbat.*“ (res.16). Mezi další můžeme uvést celkový **zdravotní stav**, který zapříčinil hospitalizaci: „*No, teď to není vůbec dobré, je mi špatně a nic mi nepomáhá.*“ (res. 10), „*Nestojí to za nic, sestřičko, teď se to sice zlepšilo, ale celkově to je na bačkoru.*“ (res.2). **Vnímání stáří** s postupným ubýváním sil jako negativně ovlivňujícím faktorem vyplývá z odpovědi respondenta č. 7: „*Tak dokud jsme byli mladí a zdraví, tak to samozřejmě bylo dobré, ale hlavně v posledních letech, když jsme oba začali být víc nemocní, tak to jde hodně dolu. Teď si myslím, že to není moc dobré, jsme staří a nemá se o nás ani kdo postarat. Doma už to moc nezvládáme, a kdyby se stav jednoho nás zhoršil víc, tak ten druhý se o něj asi nezvládne postarat sám. Nestojí to za nic.*“.

Sníženou subjektivně vnímanou kvalitu života může zapříčinit také **nespokojenost v LDN**: „*No, není to moc dobré, ani tady ani doma nejsem spokojený. s mámou se hodně hádáme. Teď se k tomu ještě přidalo tohle moje marození, tak se to všechno nějak zkomplikovalo. Ani nevím, jak to bude dál s námi.*“ ve výpovědi respondenta č. 3 objevujeme další nepříznivé faktory, jakými jsou **špatná rodinná situace** a **obavy z budoucnosti**. s prostředím LDN také souvisí faktor nespokojenosti s **požadavky péče** či léčby: „*Nestojí to za nic, už jsem vám to říkal. Doma se o mě starají lépe, aspoň mi tam necpou pořád prášky a pořád po mě nechtějí, abych se myl.*“ (res. 12).

Naopak u respondentů, kteří svou kvalitu života hodnotili jako dobrou či uspokojivou vidíme faktory, které pozitivně ovlivňují subjektivní vnímání kvality života. Mezi ně můžeme zařadit **pokrok léčby** či vidinu postupného **znovunavrácení zdraví**: „*Ted' můžu říct, že žiju docela dobře, než jsem šla na tu operaci, tak jsem se sice nemohla moc hýbat a bolelo mě to, ale pořád jsem byla schopná se o sebe postarat. a teď, až to pořádně rozhýbu a vrátím se domů, tak to bude taky dobré.*“ (res. 9). Významná role je zde také přiřazena psychologickému **vědomí soběstačnosti**: „*To víte, kdybych byla zdravá, nebo alespoň samostatnější, bylo by to lepší, ale zase si nemůžu moc stěžovat. Na to kolik mi je let, tak to není tak hrozné. Hlavně, že si dokážu ještě sama dojít na záchod a najíst se.*“ (res.4).

Hospitalizace - v této kategorii se mohli respondenti vyjadřovat k faktorům hospitalizace v LDN, těmi jsou spokojenost s péčí, péče všeobecných sester a denní režim LDN.

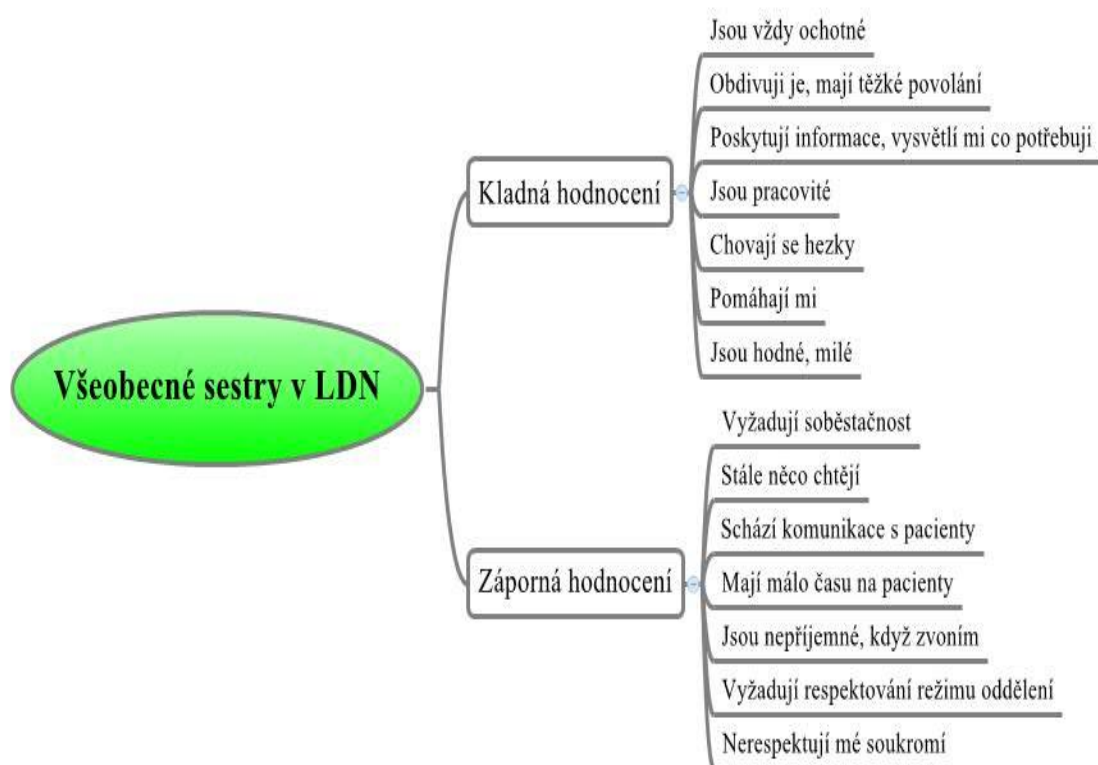
Myšlenková mapa 13: **Spokojenost s péčí**



Z myšlenkové mapy věnované spokojenosti respondentů s LDN je patrné široké spektrum odpovědí. Někteří respondenti byli s péčí **absolutně spokojeni** a neměli k ní výhrady: „S péčí i chováním personálu jsem spokojen.“ (res. 2). „Starají se o mě hezky, pomáhají mi s tím, co nezvládnou, to znamená oblékání, mytí, někdy mě dovedou na záchod. Ptají se, jak mi je, a nabízejí prášek na bolest. Škoda, že tu se mnou

nemůžou být delší čas.“ (res.3). Z této výpovědi vyplývá další oblast, ke které mělo více respondentů výhrady, tou je **nedostatek komunikace a času** ze strany všeobecných sester: *„S péčí jsem spokojená, chovají se ke mně dobře, sestry jsou hodné. i když možná když občas na ně zazvoním víckrát, třeba, že chci něco podat nebo dolít vodu, tak jsou nepříjemné, udělají, co po nich chci a zase odejdou. Ale já to asi chápu, celý den být tady se „starýma bábama“ to by taky člověk neměl pořád úsměv na obličejí. Mají toho hodně.*“ (res. 6). Právě **chování a přístup zdravotníků** výrazně ovlivňuje hodnocení spokojenosti ve zdravotnickém zařízení. Dle výpovědí respondentů je patrné, že respondenti si uvědomují vytíženost všeobecných sester, nehodnotí proto tyto nedostatky jako stěžejní, nýbrž přikládají jim význam v hodnocení spokojenosti s péčí: *„Sestřičky i ostatní personál jsou milí a vždycky ochotní, takže si nemám na co stěžovat. Ke mně se chovali vždycky dobře. Škoda, že na nás nemají moc času, si s námi popovídat.*“ (res.1). *„Chovají se ke mně hezky, i k ostatním pacientům. Musím říct, že to je těžká a nevděčná práce, taky se tu sestřičky moc nezdržují, vždycky pracují rychle, aby všechno stíhaly.*“ (res. 5). Mezi další nedostatky, které respondenti v péči připouští, patří nedostatečné respektování **soukromí**: *„S péčí jsem moc spokojená, vadí mi akorát nedostatek soukromí, ale chápu to, mají tu toho hodně, tak nemůžou myslet na všechno.*“ (res. 16), **vyžadování aktivity**, kterou respondenti vnímají jako nemožnou: *„No, nejsem moc spokojená, ale vždyť už jsem vám říkala, jak to tady je. Sestřičky na mě křičí, že se dostatečně nesnažím a že mě nemůžou pořád „tahat“. Já se nemůžu ani sama vyhoupnout nahoru v posteli.*“ (res.7).

Myšlenková mapa 14: **Všeobecné sestry v LDN**



Myšlenková mapa 14 znázorňuje hodnocení všeobecných sester respondenty. Tato oblast úzce souvisí s předchozí spokojeností s péčí, proto uvádím pouze dříve nevyčtené názory respondentů. K příznivému hodnocení kvality života v LDN přispívají ve velké míře také všeobecné sestry, které tvoří nezastupitelnou část personálu. Hodnocení všeobecných sester respondenty přineslo jak kladná hodnocení, tak i výhrady, které respondenti mají k jejich péči. Nepřímo tak přecházíme na oblasti péče, které by měly všeobecné sestry zlepšit v rámci zkvalitnění života svých pacientů.

V kladných hodnoceních oceňovali respondenti na sestřích jejich **ochotu, pracovitost** a **péči**: „Sestřičky jsou milé a hodné. Hezky se ke mně chovají a vzorně se starají.“ (res. 1). Nežřídka kdy uváděli pochopení náročnosti povolání a obdivovali sestry za jejich **odolnost**. s povděkem kvitovali **příjemné a milé vystupování**: „Jsem tady moc spokojená, sestřičky i ostatní jsou moc hodní. Pomáhají mi, když něco potřebuji. Chovají se ke mně hezky, nikdy ke mně nebyli nějak protivní.“ (res. 8).

Záporná hodnocení vycházela již z dříve zmiňované **deficitní komunikace** všeobecných sester se svými pacienty: „*Moc je nevidím, jen když si zazvoním a ráno u hygieny, jinak vždycky, když přijdou, tak rychle něco udělají, nic neřeknou a zase odejdou.*“ (res. 3), nerespektování **intimity** či vyžadování **soběstačnosti**. Někdy negativní hodnocení pramení ze **špatné interakce** mezi sestrou a pacientem, která vede pacienta k nepochopení významu péče či léčby: „*No, tak asi takhle, sestry se ke mně špatně nechovají, ale pořád po mně něco chtějí, dávají mi prášky a já je brát nechci. Navíc jsem unavený a ony pořád chtějí, abych se otáčel, stolek mám na straně, kam špatně dosáhnu.*“ (res. 12). Dalším faktorem, který se může setkat s nevolí pacientů, je denní režim oddělení a organizace prací.

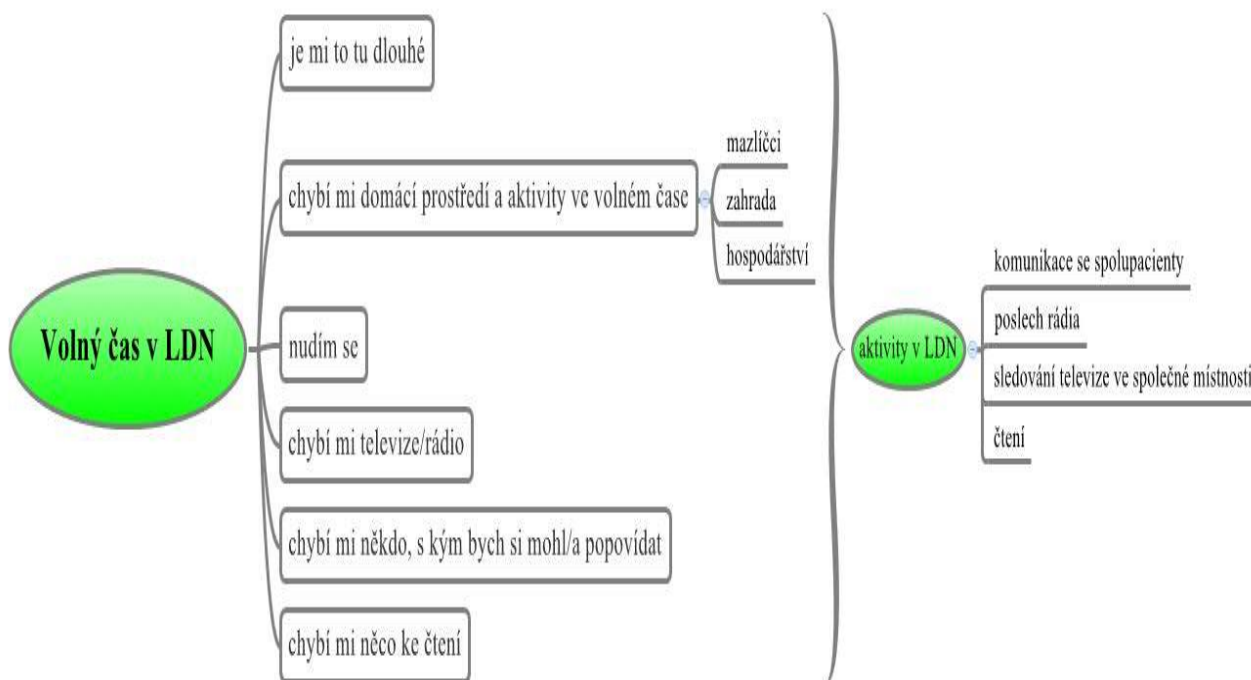
Myšlenková mapa 15: **Denní režim LDN**



Tato myšlenková mapa znázorňuje spokojenost respondentů s režimem v LDN. K jednotlivým respondentům, kteří udali výhrady k režimu, jsou vypsány konkrétní skutečnosti, kvůli kterým udávají záporné hodnocení. Jako jeden z aspektů jmenovali respondenti brzké ranní **vstávání**: „Ráno, když mě budí, tak se mi nechce vstávat, přes den tu pořád někdo chodí, tak to se moc nevyspím.“ (res. 7) a organizaci ranních prací. Další skutečnosti jsou přímo souvislé s ošetrovatelskou péčí či léčbou a jsou vázané na denní **harmonogram činností**: „Ruší mě, i když ráno jezdí sestry přebalovat a koupat, to se mi zrovna chce spát.“ (res. 12). Dalšími jevy, které respondenti negativně hodnotí, jsou **narušení spánku** a odpočinku ruchem z chodby, zapříčiněným prací a hovorem sester na chodbách nebo ostatními pacienty: „Na ten zdejší režim si nějak nemůžu zvyknout, nedaří se mi tu vůbec usnout, když bych přes den spal, ruší mě ostatní pacienti, zvonky nebo hovor, co slyším z chodby.“ a to buď jejich přímým rušením svou přítomností či signalizačním zařízením na chodbě. Někteří pak negativně hodnotí i dodržování nočního klidu: „Přes den posloucháme rádio, ráda bych si ho někdy pustila i v noci, ale to zas nemají rádi ostatní a prý při něm nemůžou spát.“ (res. 10).

B) Volný čas

Myšlenková mapa 16: Volný čas

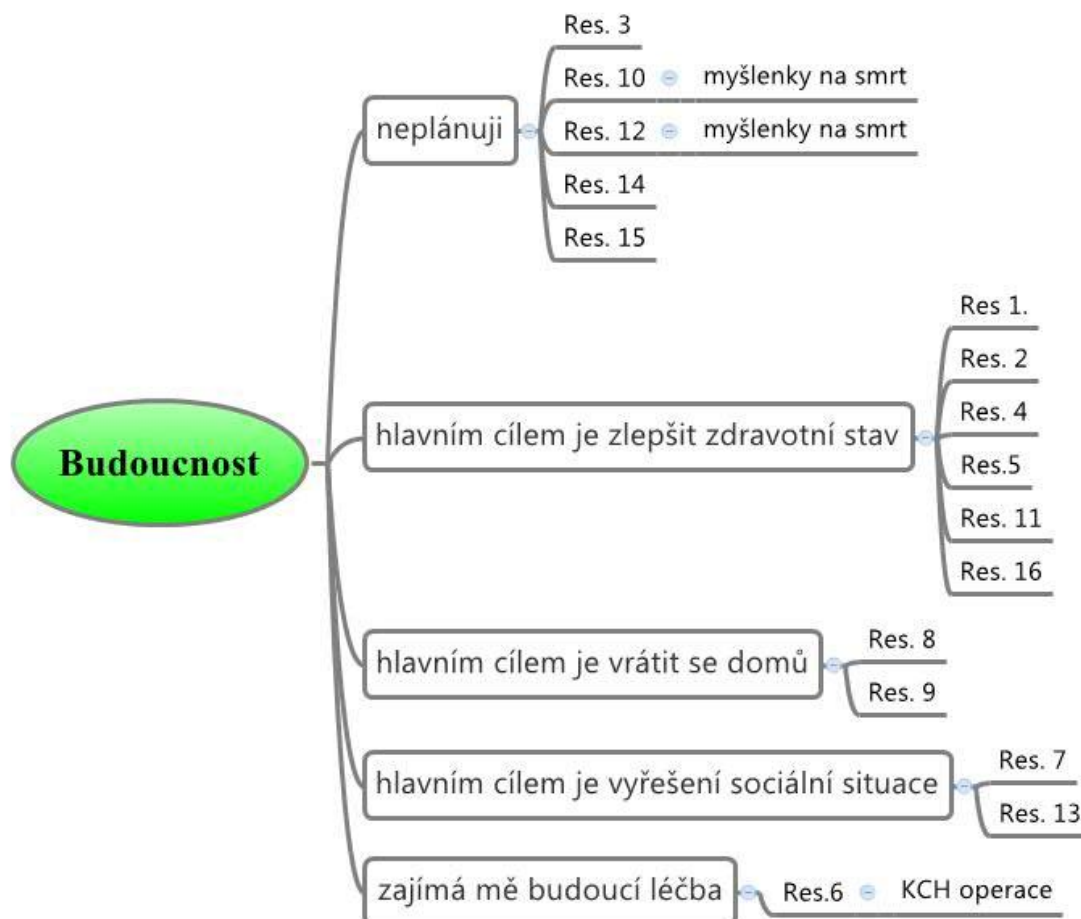


Myšlenková mapa 16 znázorňuje připomínky respondentů k trávení volného času v LDN. Mapa zobrazuje také aktivity, které senioři v LDN provádějí. v trávení volného času vidíme u respondentů pocity nespokojenost a pocity nudy: „*Je to tady dlouhé, kdybych si nemohla povídat s ostatními pacientkami, tak nevím, co bych tu dělala.*“ (res. 1). Některým z respondentů chybí v LDN logicky domácí prostředí a s ním spojené aktivity či koníčky: „*Chybí mi tu to moje hospodářství, jsem zvyklý být celý den venku a pracovat na zahradě nebo kolem domu.*“ (res. 2). Nemožnost poslouchání rádia, čtení či sledování televizních pořadů vnímají respondenti také jako zásah do jejich rituálů a koníčků: „*Je mi to tu dlouhé, škoda, že se nemůžu dívat na televizi.*“ (res. 4). „*Je pravda, že kdybych tu měla rádio nebo televizi, tak by mi ten den asi utíkal víc, takhle je to docela dlouhý. Naštěstí mohu povídat s ostatními pacientkami, tak si vyprávíme, jak jsme žili a tak, všechno možný o životě.*“ (res. 8). Velkým přínosem je

pak pro řadu respondentů právě komunikace s ostatními pacienty na pokoji, která slouží jako náplň dne.

C) Plány do budoucna

Myšlenková mapa 17: **Budoucnost**



V myšlenkové mapě věnované plánům do budoucna jsou uvedeny hlavní cíle respondentů. Někteří respondenti připouštějí, díky zhoršenému zdravotnímu stavu či infaustní diagnóze, jen **překonávání krátkodobých cílů** či úplné **rezignace na plány** do budoucna: „*Já už nic neplánuju, vždyť brzo umřu.*“ (res. 12). Jiní respondenti si dávají za cíl zlepšení zdravotního stavu či propuštění do domácího prostředí: „*Nemám žádné dlouhodobé plány, jen se chci vrátit domů.*“ (res.8). U většiny respondentů vidíme upřednostňování krátkodobých cílů před dlouhodobými.

5. Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak se senioři dívají na kvalitu života v kontextu své hospitalizace v LDN. Vzhledem k měnícím se demografickým podmínkám a z nich vyplývajícím potřebám dlouhodobé péče o seniory lze považovat problematiku kvality života seniorů za velmi aktuální. S tím, jak bude narůstat počet seniorů, zejména díky stárnoucím silným ročníkům, budou dle Topinkové (2012) v budoucnu potřebovat dlouhodobou péči dva ze tří dnes ekonomicky aktivních občanů. Tato péče pak zajistí potřebnou kontrolu proměnlivých stavů a opakovaných dekompenzací či komplikací, které u seniorů mohou nastat. Tento populační vývoj se však netýká jen České republiky, ale nabývá na důležitosti v celosvětovém měřítku. Dlouhodobá péče (long-term care = LTC) se tak dle Čevely (2012) stává nejrychleji rostoucím druhem péče. Spolu s navýšením kapacit, které by zaštiťovaly péči o zvyšující se kvantum lidí, se evropské politiky snaží také o demytizaci dlouhodobé péče. Ta je spojena jak s jejím historickým pojetím starobinců a chudobinců, tak i s její rolí v době nedávno minulé, kdy LDN dle Holmerové (2007) získaly pověst „odkladiště starých“.

Transformační proces, kterým Evropská unie formuje rozvoj politik členských států, má pět hlavních cílů. Prvním z nich je právě proces deinstitucionalizace, který má změnit dlouhodobou péči tak, že se sníží počet ústavů. Ve zbylých se pak výrazně zlepší podmínky a kvalita péče a naopak zvýší se počet míst pro osoby tuto péči vyžadující v komunitním prostoru. Právě na zachování přirozeného prostředí klienta je zaměřen další cíl, který klade důraz na laickou péči o seniory se zapojením rodinných příslušníků. Senior by se tak měl vymanit z pozice pasivního příjemce péče neustále závislého na povelch lékařů a ostatních zdravotníků. Aby tento plán fungoval, musí se také navýšit spolupráce jednotlivých sektorů zajišťující nejen dlouhodobou péči, ale i financující, která dle Ministerstva práce a sociálních věcí nefunguje na přijatelné úrovni (2010) a pro budoucí vývoj je zcela nemyslitelná. Základní myšlenkou ovšem zůstává úkol pro všechny sféry péče a tím je předcházení vzniku nemocí, odvracení komplikací, důsledná a správná léčba onemocnění se zabráněním poklesu soběstačnosti a dysability, která podněcuje potřebu dlouhodobé péče (Čevela, 2012).

Má-li se tedy zvyšovat počet lidí potřebujících dlouhodobou péči, musí se začít s formováním nejenom kvalitní péče, ale i se zvyšováním kvality života pacientů v těchto zařízeních. „V popředí zájmu stojí zamyšlení, zda jsou naše instituce, prostředí, způsob myšlení i života připraveny na pozvolný, ale jistý příchod společnosti dlouhověkosti. Kvalita života ve stáří vyžaduje ucelený a komplexní přístup a spolupráci vlády a samosprávy všech sektorů společnosti k naplnění závazku vyšší kvality života ve stáří.“ uvádí Klevetová (2010, str. 10).

1. Jak hospitalizace seniorů v léčebnách pro dlouhodobě nemocné ovlivňuje jejich subjektivně vnímanou kvalitu života?

Z analýzy získaných informací (viz myšlenková mapa 12) prostřednictvím hloubkového rozhovoru vyplývají faktory, které se vyznačují značnou mírou subjektivity a logickou úrovní individuality. Kvalitu života během hospitalizace v LDN ovlivňuje nejenom aktuální zdravotní stav, ale významnou roli zde hraje také kvalita života, který žil senior doposud. Pro některé pacienty může pak hospitalizace znamenat jak zlepšení, tak i zhoršení vnímané kvality života.

V biologické dimenzi kvality života se shodují s Dragomireckou (2009), že u respondentů vlivy celkového zdravotního stavu, stupně mobility a soběstačnosti jsou hlavními faktory určujícími míru kvality života během hospitalizace v LDN. V analýze hodnocení mého šetření byly při kladném hodnocení zdravotního stavu, jako jednoho z mnoha faktorů kvality života, odpovědi respondentů ovlivněny jeho pozitivním vývojem, tzn. jeho zlepšením, motivací k uzdravení a následným odchodem domů. Důvodem k negativním odpovědím bylo zhoršení zdravotního stavu, přítomnost bolesti či jiných příznaků onemocnění. Výraznou roli u většiny respondentů hrálo také snížení mobility nebo její úplná ztráta. Dalším významným faktorem pro vnímání kvality života je soběstačnost a míra mobility. Ve výčtu důvodů hypomobility se ztotožňují s Kalvachem (2008) a potvrzují, že je dána především somatickou limitací, vůlí a motivací pacienta k pohybu, uvědoměním si nutnosti aktivity, ochotou spolupracovat na péči s fyzioterapeutem a ostatními členy ošetřujícího personálu. Významným pomocníkem se zdají být i kompenzační pomůcky, s jejichž pomocí se zlepšuje schopnost jejich mobility i soběstačnosti. Snížení sebeobsluhy je stresujícím faktorem

pro většinu respondentů a ve znovunabytí soběstačnosti vidí naději na celkové zlepšení stavu a možné propuštění z léčení.

V psychické oblasti je faktorů, které ovlivňují kvalitu života během hospitalizace seniorů v LDN, více. Jsou jimi zdravotní stav, schopnost sebezpečí (viz. biologická dimenze), obavy z budoucnosti (tzn. z další léčby, změny sociální situace - bydlení), obavy z finančního zajištění a obavy ze smrti. Významným prvkem v léčbě se dle respondentů jeví i činnost ošetřujícího personálu, jeho empatický přístup a ochota pomoci. Ke zmírnění vlivu výše jmenovaných stresorů může napomoci zlepšení zdravotního stavu, naděje na návrat domů, zajištění péče rodinným příslušníkem či jiným sociálním zařízením (DS, DPS). Roli zde hraje psychická pomoc rodiny, návštěvy jejích členů či péče ošetřujícího personálu. S tímto tvrzením přímo souvisí oblast vztahů, kterou senioři vnímají jako jednu z nejdůležitějších. Zde se shodují s Dvořáčkovou (2012): „Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří.“

Z výsledků výzkumu můžeme odvodit, že oblast bydlení a sociálního zázemí je pro seniory v době jejich hospitalizace závažným stresujícím faktorem. Část seniorů, u kterých se předpokládá, že nebudou soběstační, řeší problém, jak zvládnou domácnost, kdo se o ně bude starat, případně kdo se postará o dalšího člena rodiny. V případě péče rodinným příslušníkem vidíme často obavy seniora z obtěžování a přítěže pro pečujícího, v případě další péče v pobytovém zařízení nastávají obavy z neznámého prostředí.

Ve sčítání lidu, které proběhlo v roce 2011, se k církvím a náboženským společnostem přihlásilo 1,46 milionů věřících. Při přijetí do zařízení je proto nezbytné prozkoumání duchovního zaměření pacienta, jak uvádí Malíková (2010). Ve zkoumaném vzorku se přihlásila k víře polovina respondentů, přičemž aktivní duchovní pomoc v LDN byla využita pouze dvěma z nich. Víru v duchovní či psychologickou pomoc všeobecných sester přitom nevyklučují.

2. V jakých oblastech pociťují senioři hospitalizovaní v léčebně pro dlouhodobě nemocné rozdíl kvality života mezi léčebnou a domácím prostředím?

V odpovědi na tuto otázku jsem vybrala oblasti, které sami respondenti označili jako nejvíce narušené. Po analýze odpovědí z výzkumu se vyčlenily oblasti, ve kterých pociťují senioři rozdíl mezi léčebnou a domácím prostředím.

První z oblastí je oblast společenské izolace (viz. myšlenková mapa 11), kterou pociťuje část z respondentů. Senioři i v době hospitalizace mají zájem o informace ze společnosti a společenského dění. Pokud tyto informace nemají, cítí se izolováni a je snížena jejich sociabilita (Pokorná, 2010), kterou by v domácím prostředí kompenzovali dle svých zvyklostí a rituálů. Na otázku „Co jim chybí v dosažení společenské a sociální informovanosti?“ odpovídali: poslech rádia, čtení denního tisku či sledování televize. Překvapením se zdá být právě nepřítomnost televize, kterou většina respondentů vnímá negativně. Zde se naprosto shodují se Sakem (2012, str. 103), který uvádí: „Sledování televize patří k nejvýznamnějším aktivitám, kterými se současná generace seniorů odlišuje od těch předchozích. Oproti ostatní populaci věnují televizi dvakrát více času.“ Důvodem k tomuto může být, že televizním sledováním si část seniorů kompenzuje svou osamělost a komunikační deprivaci či naopak vnímají televizi jako prostředek sdružování při společném sledování. Televizní zpravodajství také považují za spolehlivý informační zdroj, díky kterému se považují za společensky informované.

Další oblast, kterou senioři vnímají jako nenaplněnou je oblast využití volného času v LDN (viz. myšlenková mapa 16). Tato oblast úzce souvisí s předchozí oblastí, protože trávení volného času se často prolíná právě s potřebou sociálního kontaktu a informovanosti. U většiny respondentů jsou patrné pocity nudy a nenaplněnosti volného času. U části seniorů z výzkumného vzorku jsou volnočasové aktivity spojené s domácím prostředím, proto je jejich naplnění v LDN vyloučeno. Některé by se naopak možná daly ovlivnit. Samozřejmostí by však musela být spolupráce rodinných příslušníků a aktivní přístup ošetřujícího personálu k potřebám klientů. Velký pozitivní účinek na celkové vnímání hospitalizace má komunikace pacientů mezi sebou, ta je i určitou kompenzací nenaplněných chvil volného času.

Třetí oblastí, která je narušená či spíše hospitalizací vzniká, je denní režim zařízení (viz. myšlenková mapa 15). Právě v oblasti adaptace na denní režim vidí většina seniorů problém. U respondentů, kteří udali jeho záporné hodnocení, vidíme stížnosti na brzké ranní vstávání či brzké vyžadování nočního klidu. Venglářová (2007) také uvádí, že narušení režimu dne seniora tak, jak je na něj zvyklý z domácího prostředí, může způsobit noční neklid. Další výhrady měli senioři k harmonogramu prací např. přebalování, polohování či celkovému rozvržení činností v zařízení, které se neshoduje s denním režimem seniora v domácím prostředí.

3. Jak jsou senioři v léčebnách pro dlouhodobě nemocné spokojeni s kvalitou péče?

Spokojenost s péčí (viz. myšlenková mapa 13) je jedním z indikátorů kvality péče. Jak uvádí Ondriová (2013): „Pacient má pro kvalitu jiná nejen objektivní, ale především subjektivní kritéria. Kvalitu ošetrovatelské péče posuzuje zpravidla podle míry uspokojování svých potřeb v průběhu onemocnění, míry profesionální citlivosti a všímavosti sester k jeho problémům, chování a aktivity sester, úpravy jejich zevnějšku a kultivovanosti projevu.“ Další výzkumnou otázkou tedy bylo, jak jsou respondenti spokojeni s kvalitou péče. I přes nechvalnou pověst zařízení LDN (Holmerová, 2007), však mé výzkumné šetření nezjistilo zásadní nedostatky v péči, na které by respondenti upozorňovali. Je tedy možné usuzovat, že jsou s kvalitou péče spokojeni. Jistá část výhrad pramenila především z nedostatečné komunikace, kterou všeobecné sestry nedostatkem času věnují svým pacientům. Dalšími nedostatky, které respondenti vidí v péči, jsou vyžadování aktivity u pacientů, kteří hodnotí tuto dovednost jako nedosažitelnou, dále vyžadování režimu dne dle přesného časového harmonogramu prací.

4. V jakých oblastech by všeobecná sestra měla zlepšit poskytovanou péči v rámci zvýšení kvality života seniorů v léčebnách dlouhodobě nemocných?

Z odpovědí respondentů plyne jasná odpověď (viz. myšlenková mapa 14) na tuto otázku. Ta přímo souvisí s předchozí kategorií spokojenosti s péčí. Nejvíce respondentů totiž udalo nedostatečnou komunikaci zdravotnického personálu. Odpověď o deficitu

kontaktem s všeobecnými sestrami udává ve výpovědi každý respondent. Problémy v této oblasti přiznává i Pokorná (2010, s. 9), když uvádí: „Relativně často se v praxi odborníci dopouštějí některých chyb v přístupu k seniorům, zejména z důvodu multifaktoriálně podmíněné neefektivní interakce a komunikace.“ Nedostatečnou komunikaci hodnotí pacienti jako nedostatek, avšak většina z nich uvádí pochopení náročnosti povolání a vytíženosti všeobecných sester a omlouvá tím jejich nedostatečné zaměření péče na komunikaci se svými pacienty. O psychické a fyzické náročnosti práce všeobecných sester na odděleních či v léčebnách dlouhodobě nemocných nemůže být pochyb. Jak udává Zacharová (2008, s. 13), může docházet k tzv. syndromu vyhoření (Burn out syndrom): „V našem případě se jedná o lékaře, zdravotní sestry, psychology, psychoterapeuty a sociální pracovníky. Vážně jsou pak ohroženi pracovníci hospiců, jednotek intenzivní péče, onkologických a gerontologických oddělení či léčen dlouhodobě nemocných.“ Jedním z jeho příznaků je právě ztráta pracovního nasazení, vůle a motivace ke komunikaci i zájem o péči o pacienty. Další důvod špatné či nedostatečné komunikace sester může být také narůstající množství administrativních povinností, které musí všeobecné sestry ve své pracovní době stihnout. Zde bych si dovolila reagovat na výrok či spíše myšlenku Všeobecné zdravotní pojišťovny, která zvýšení kvality péče vidí především ve zlepšení dokumentace v LDN (Němcová, 2009). Rozhodně nechci snižovat důležitost a v dnešní době se zvyšující nutnost zaznamenávání údajů o pacientech v rámci zpřesnění a zpětné kontroly léčby. Otázkou však zůstává, jestli všeobecné sestry musí věnovat tolik času vyplňováním dokumentace; času, který by mohly věnovat svým pacientům a společně tedy dojít ke zvýšení či udržení jejich kvality života v LDN.

6. Závěr

Práce s cílem zjistit kvalitu života seniorů monitoruje oblasti kvality života a zkoumá možnosti jejího ovlivnění v LDN. Vzhledem k obsáhlosti a velké míře subjektivity odpovědí respondentů, bylo proto nalezení odpovědí na jednotlivé výzkumné otázky velice těžké. Pojem kvalita života je u většiny lidí spojen s hodnocením slovy „dobrá“ nebo „špatná“, ve výzkumném šetření se však dostává tento pojem do širokého spektra rozličných oblastí, ke kterým se respondenti museli vyjadřovat. Proto připouštím, že kvalitativní šetření pomocí hloubkového rozhovoru bylo vysoce náročné na čas a síly mé jako výzkumníka i samotných respondentů.

Začátek výzkumu kvality života sahá do poválečných let minulého století, kdy byla kvalita života chápána jako objektivní ukazatel nezávislosti a fungování v běžném životě. Postupným vývojem se formoval pohled na tuto problematiku v různých oborech, jakými jsou například medicína, sociologie, filosofie, pedagogika, ekonomie či andragogika. Ze svého objektivního rámce dostala kvalita života v průběhu let svou subjektivní rovinu, která se dá pojmout jako vícerozměrný a měřitelný konstrukt. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života: „Jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ (Dragomirecká, 2009, s. 11).

Směr demografického vývoje jasně udává zaměření zdravotně sociální péče v brzké budoucnosti. Senioři, jako největší spotřebitelé této péče a služeb v následujících letech, proto formují pohled na kvalitu života prožívanou ve stáří. Tu v tomto životním období můžou ovlivňovat jak pozitivní faktory, jakými jsou rodinné zázemí, zdraví, aktivity, sociální kontakty a finanční zabezpečení, tak negativní, mezi které patří špatný zdravotní stav, bezmocnost, negativní emoce, omezené sociální kontakty a špatné finanční zabezpečení (Dragomirecká, 2009). Je proto zřejmé, že předpoklady kvalitního života jsou dány množstvím vnějších i vnitřních ukazatelů, na které může mít vliv právě hospitalizace seniora v LDN či jiném zdravotnickém nebo sociálním zařízení.

Výsledky výzkumného šetření a zvládnutí celé rozsáhlosti určeného cíle by mohl doplnit kvantitativní výzkum na stejné téma, který by mohl vzhledem k velikosti výzkumného vzorku paušálně pokrýt seniorskou populaci hospitalizovanou v LDN.

Toto výzkumné šetření by tedy mohlo sloužit jako jeho pilotní studie, ze které by vycházely jednotlivé oblasti a kategorie, které podrobně zmapovala tato práce, a jsou pro seniory v rámci jejich vnímání subjektivní kvality života v LDN důležité.

Subjektivní přiřazení důležitosti jednotlivým oblastem může přinést zajímavá zjištění. V mém výzkumu se jako tyto oblasti profilovaly, u všeobecných sester možná opomíjené, oblasti volného času seniorů, adaptace seniorů na režim LDN a společenská izolace. Právě naplnění existenčních potřeb Maslowovy pyramidy (uznání a úcta, seberealizace) přikládají senioři ve výzkumném vzorku velkou váhu a při jejich hodnocení je během hospitalizace na LDN pokládají za nenaplněné.

Výsledky zaměřené na zkoumání dimenzí kvality života u seniorů se víceméně shodují se základním dělením dle odborné literatury. Přinášejí však hlubší pohled na ně a vnášejí do těchto dimenzí subjektivní názory, přání a hodnocení očima seniora, který se ocitl v neznámém prostředí LDN. Velkou měrou se zde prokázal pozitivní vliv všeobecných sester, které jsou jedním z hlavních opěrných bodů dlouhodobé péče. Spokojenost seniorů ve zdravotnickém zařízení často ovlivňuje právě přístup všeobecných sester ke svým pacientům. Z analýzy odpovědí respondentů týkající se spokojenosti s péčí všeobecných sester, vyplynul pozitivní fakt toho, že většina respondentů byla spokojena s poskytovanou péčí. Výhrady, které zde vyšly najevo, pramenily většinou z deficitní komunikace všeobecných sester. Právě oblast komunikačních dovedností zdravotníků byla často zmiňovaná jako chybějící či spíše nedostatečná.

Dlouhodobá péče má před sebou dlouhou cestu, cestu vymanění se ze starých zažitých názorů a představ veřejnosti, cestu změn personálních, technických i organizačních. Pohled na stáří, které je v dnešní době stále ještě spojeno s obavami, se musí změnit zejména díky zvyšování kvality života v tomto životním období. Průzkum kvality života seniorů je tak základním faktorem pro budoucnost, která v demografických číslech mluví jasně.

7. Seznam použitých zdrojů

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

BOLTZ, Marie, 2012, *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 4. ed. New York: Springer Pub. Co. ISBN 97-808-2617-1290.

COSTA-I-FONT, Joan. *Reforming long-term care in Europe*, 2011. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell. ISBN 14-443-3873-0.

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4739-014.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ, 2009. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-05-9.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4741-383.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4736-259.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2010. *Fenomén stáří: úvod do problematiky*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-736-7040-2.

- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
- JEWELL, Albert, 2004. *Ageing, spirituality, and well-being*. New York: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 18-431-0167-X.
- KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6
- KALVACH, Zdeněk, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4740-263.
- KING, Cynthia R. and Pamela S. HINDS, 2011. *Quality of life: from nursing and patient perspectives : theory, research, practice*. 3.ed. Sudbury, MA: Jones. ISBN 07-637-4943-5.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-699.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘÍŽOVÁ, Eva, 2002. Sociologické podmínky kvality života. *Zdravotnictví v ČR.*, 3-4, s. 151-156.
- Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 978-808-6878-652.
- Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Editor Helena Hnilicová, 2004. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISBN 80-866-2520-6.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-711.
- MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ, 2007. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1.vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2624-997.
- MAUK, Kristen L., 2009. *Gerontological nursing: competencies for care*. 2. ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 07-637-5580-X.
- MILLER, Carol A., 2012. *Nursing for wellness in older adults*. 6. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams. ISBN 978-160-5477-770.
- MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-701-3436-4.
- MÜHLPACHR, Pavel, 2005. *Kvalita života a rovnost příležitostí - z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita. ISBN 80-806-8425-1.
- MÜHLPACHR, Pavel, 2005. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3838-1.
- NĚMCOVÁ, Barbora. Péče ve většině LDN je kvalitní, ukázala kontrola. *IDnes* [online]. [cit. 2013-05-18]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/pece-ve-vetsine-ldn-je-kvalitni-ukazala-kontrola-fua-domaci.aspx?c=A090609_130420_domaci_ban
- NÉMETH, František, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo: úvod do problematiky*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-141.
- O'CONNOR, Margaret, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
- ONDŘIOVÁ, Iveta, Anna HUDÁKOVÁ a Matilda PAVELKOVÁ, 2013. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Sestra.*, č. 1, s. 33.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Měření kvality života seniorů. *Česká geriatrická revue*. 2009, roč. 7, č. 1, s. 36-39. ISSN 1214-0732.

- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Smyslupnost života ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 2010, roč. 8, 1-2, s. 50-55. ISSN 1214-0732.
- PEROUTKOVÁ, Karolína a Iva HOLMEROVÁ, 2007. Ke starým lidem se dnes neumíme chovat. *Katolický týdeník*, [online]., č. 43 [cit. 2013-05-18].
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- POLEDNÍKOVÁ, Ľubica et al., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3208-1.
- PRŮŠA, Ladislav, 2011. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. 1. vyd. Praha: VÚPSV. ISBN 978-807-4160-974.
- REED, Jan, David STANLEY and Charlotte L CLARKE, 2002. *Health, well-being, and older people*. Bristol, U.K.: Policy Press. ISBN 18-613-4422-8.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od a do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4730-134.
- TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-726-2365-6.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ a STATISTIKY ČR. *Zdravotnická statistika: Lůžková péče 2010*. Praha, 2011.
- VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a Iva HOLMEROVÁ, 2010. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. 1. vyd. Praha: MPSV. ISBN 978-807-4210-211.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-705.
- VOHRALÍKOVÁ, Lenka a Ladislav RABUŠIC, 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, Výzkumné centrum Brno. ISBN 80-239-4218-2.
- WEBER, Pavel. Geriatrizace – alfa a omega dnešní medicíny. *Sanquis*. 2010, č. 83, s. 70. ISSN 1212-6535.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2008. Syndrom vyhoření: Riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Interní medicína pro praxi*. roč. 10, č. 1, s. 41-42. ISSN 1212-7299

8. Klíčová slova

Dlouhodobá péče

Kvalita života

Léčebna dlouhodobě nemocných

Senior

Stáří

9. Přílohy

9.1 Tabulka se vstupními informacemi

9.2 Návod rozhovoru

9.3 Barthel ADL index

9.4 CD s přepisy rozhovorů

9.1 Tabulka se vstupními informacemi

VSTUPNÍ INFORMACE:		
Věk:		
Pohlaví:		
Délka hospitalizace:		
Důvod hospitalizace:		
Výsledek Barthelové testu:		

9.2 Návod rozhovoru

FYZICKÁ STRÁNKA	
I. Celkový zdravotní stav	-Jak se cítíte? -Jak hodnotíte svůj zdravotní stav? -Cítíte se unavený?
a)Bolest	-Přítomnost bolesti -Limitace bolestí -Eliminace bolesti -Sebeobsluha
b)Pohyb	-Schopnost pohybu (na lůžku, mimo lůžko, mimo pokoj) -Kompenzační pomůcky -Prostředí -Pád v anamnéze, riziko pádu
c) Sebeobslužné činnosti	-Schopnost: najíst se : napít se : obléct se : umýt se : samostatně provést vyprazdňování -Případné deficity
d) Spánek	-Kvalita -Problémy -Spolupacienti -Režim zařízení
II. Jiné	-Máte jiné obtíže způsobené zdravotním stavem či hospitalizací mající dopad na fyzické zdraví?
PSYCHICKÁ STRÁNKA	
I. Psychický stav	-Jak hodnotíte svou psychický stav? -Je nějaká změna v době hospitalizace?
a) Stres	-Přítomnost stresu -Důvod stresu -Zvládání stresu

II. Osobní život a priority	-Jak hodnotíte sám sebe, svůj život? -Jaké máte osobní priority, žebříček hodnot?
III. Vliv hospitalizace	-Jaké u Vás převládají pocity? -Cítíte strach, úzkost nebo tíseň? -Vnímáte nějaké jiné psychické obtíže?
IV. Strach ze smrti	-Přemýšlíte nad svou smrtelností? -Máte obavy ze smrti? -Pokud ano, z čeho konkrétně?

DUCHOVNÍ STRÁNKA

I. Duchovní pomoc	-Máte potřebu duchovní pomoci?
a)Duchovní pomoc v LDN	-Nabídka duchovní pomoci v zařízení -Duchovní pomoc personálu (ochota, opora)

MÍSTO NA SVĚTĚ

I. Domov	-Odkud jste? -Kde žijete?
a) Sociální prostředí	-Společné bydlení -Rodina
b)Domácnost	-Schopnost zvládat činnosti spojené s chodem domácnosti -Pomoc s chodem v domácnosti
c) Návrat domů	-Možnost spolupráce s rodinou -Změna bydlení z důvodu zdr. stavu -DPS, DS

MÍSTO MEZI LIDMI

I. Vztahy	- Jak hodnotíte vztahy ve Vaší rodině?
a)Kontakt v době hospitalizace	-Návštěvy -Zapojení rodiny do péče -Možnost kontaktu -Návštěvy přátel

MÍSTO VE SPOLEČNOSTI

I. Současnost	-Zvládáte se finančně zabezpečit? -Zajímáte se o společenské dění a události?
----------------------	--

	-Cítíte izolaci v době hospitalizace?
II. Minulost	-Čím jste byl (povolání)? -Jaký byl Váš život?
KAŽDODENNÍ ŽIVOT	
I. Kvalita života	-Jak hodnotíte svou aktuální kvalitu života? -V čem vidíte největší rozdíl mezi ústavní a domácí léčbou?
II. Hospitalizace	-Jste v zařízení poprvé? -Máte možnost porovnat více hospitalizací?
a) Spokojenost	-Péče -Chování personálu -Prostředí -Vybavení -Nedostatky
b) Všeobecné sestry v LDN	-Péče -Komunikace -Vystupování -Případná další pomoc
c) Soběstačnost	-Rozvoj -Motivace -Spolupráce s terapeuty -Pokroky -Závislost na péči
d) Denní režim	-Volnočasové aktivity -Režim zařízení -Pocit bezpečí
PLÁNY DO BUDOUCNA	
I. Budoucnost	-Jaké máte plány do budoucna? Jsou ovlivněny Vaším zdravotním stavem?
a) Sociální situace	-Řešení -Spolupráce se sociálním pracovníkem zařízení
b) Domácí péče a sebepéče	-Specifické činnosti (aplikace inzulínu, péče o stomie atd.) a jejich zvládnutí - Agentury domácí péče

9.3. Barthel ADL index

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

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.

0 – 40 bodů = vysoký stupeň závislosti

45 – 60 bodů = střední stupeň závislosti

65 – 95 bodů = lehký stupeň závislosti

100 bodů = nezávislý