



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Spokojenost klientů v domovech pro seniory
s poskytovanou ošetrovatelskou péčí**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Stanislava Kotková

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Spokojenost klientů v domovech pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2021

.....

Bc. Stanislava Kotková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PhDr. Věře Staskové, Ph.D., vedoucí mé diplomové práce, za odborné vedení, ochotu, cenné rady a její trpělivost při zpracovávání této diplomové práce.

Spokojenost klientů v domovech pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí

Abstrakt

Diplomová práce „Spokojenost klientů v domovech pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí“ mapuje spokojenost klientů domova pro seniory a zároveň to, jak všeobecné sestry tuto spokojenost ovlivňují. S prodlužující se délkou života narůstá i počet seniorů, kteří potřebují institucionalizovanou péči. Umístění seniora do domova pro seniory, a tedy opuštění jeho dosavadního domova, může mít vliv na jeho celkovou spokojenost. Teoretická část se zabývá změnami ve stáří, ošetrovatelskou péčí o seniory, komunikací se seniory, domovy seniorů a spokojeností. Výzkumná část byla realizována kvantitativním výzkumným šetřením se seniory pomocí strukturovaného rozhovoru na podkladě dotazníku. Druhá část byla realizována kvalitativním výzkumným šetřením se všeobecnými sestrami formou hloubkového rozhovoru.

Cílem kvantitativní části práce bylo zjistit spokojenost klientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v domovech pro seniory. K tomu byly stanoveny 3 hypotézy. H1: Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na pohlaví. Z výzkumného šetření vyplynulo, že spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se nemění v závislosti na pohlaví, proto byla tato hypotéza zamítnuta. H2: Ošetroující personál pozitivně ovlivňuje spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Z výzkumného šetření vyplynulo, že ošetroující personál pozitivně ovlivňuje spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, a proto byla tato hypotéza potvrzena. H3: Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na jejich soběstačnosti. Tato hypotéza nebyla potvrzena, ani zamítnuta. Z výzkumného šetření vyplynulo, že spokojenost klientů se částečně mění v závislosti na jejich soběstačnosti.

Cílem kvalitativní části bylo identifikovat faktory ovlivňující spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí z pohledu zdravotní sestry. K tomuto cíli byla stanovena jedna výzkumná otázka. VO1: Jakým způsobem mohou sestry ovlivnit

spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí? Z výsledků vyplynulo, že sestry mohou ovlivnit spokojenost klientů v domovech pro seniory vším tím, co u klientů a pro klienty vykonávají, svou ochotou a vstřícností. Bylo zjištěno, že spokojenost klientů ovlivňuje nejen zajišťování základních biologických potřeb, jako jsou hygiena, dopomoc při příjmu potravy a hydratace. Spokojenost klientů ovlivňují sestry i svou přítomností a správně zvolenou komunikací. Z výzkumného šetření vyplynulo, že komunikaci sestry vnímají jako jeden ze základních faktorů spokojenosti. Je to z toho důvodu, že komunikace pomáhá navazovat bližší vztahy a klienti se tak mohou více cítit jako doma. Dále vyplynulo, že seniory ovlivňuje ošetrovatelský personál, slušné jednání a zacházení a prostředí, ve kterém žijí.

Zjištěné výsledky by mohly být poskytnuty vedení domovů pro seniory a díky tomu by mohly vést ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče. Na základě výsledků by dále mohl být proveden interaktivní seminář se sestrami, který by se zaměřoval např. na oblast komunikace, manipulace nebo oblast podpory soběstačnosti klientů.

Klíčová slova

Senior, domovy pro seniory, ošetrovatelská péče, spokojenost

Satisfaction of clients in retirement homes with nursing care

Abstract

The diploma thesis “ Satisfaction of clients in retirement homes with nursing care” maps out clients’ contentment in nursing homes and simultaneously also how general nurses influence this contentment. With extending lifespan, the number of seniors who need institutionalised care is growing. Placing a senior in a nursing home and thus leaving his/her original home can influence his/her general contentment. The theoretical part deals with the changes in old age, nursing care of seniors, communication with seniors and contentment. The research part was implemented through a quantitative research construct with seniors through a structured interview based on a questionnaire. The second part was implemented through a qualitative research construct with general nurses through an in-depth interview.

The aim of quantitative part of the thesis was to detect clients’ contentment with provided nursing care in nursing homes. There were 3 hypotheses determined.

H1: Clients’ contentment in nursing home changes depending on gender. Based on the research construct, it emerged that contentment of nursing home clients does not change depending on gender; therefore, this hypothesis was refused.

H2: Nursing personnel influences positively contentment of nursing home clients. Based on the research construct, it emerged that the nursing personnel influences positively contentment of nursing home clients, therefore this hypothesis was confirmed.

H3: Contentment of nursing home clients changes depending on their self-sufficiency. This hypothesis was neither confirmed nor refused. Based on the research construct, it emerged that the clients’ contentment changes partially, depending on their self-sufficiency.

The aim of the qualitative part was to identify factors influencing contentment of nursing home clients from the point of view of a nurse. For this target, one research question was determined.

RQ1: How can nurses influence contentment of nursing home clients? From results it emerged that nurses can influence contentment of nursing home clients by all what they do for clients by their willingness and helpfulness. It was revealed that clients' contentment is influenced not only by providing essential biological needs, such as hygiene, help with eating and hydration. Clients' contentment is influenced by nurses' presence and well-elected communication. From the research construct, it emerged that communication is perceived by nurses as one of the basic factors of contentment. The reason of this fact is that communication helps to get closer and thus the clients can feel more like at home. Furthermore, it emerged that seniors are influenced by nursing personnel, decent dealing and handling as well as by the environment where they live.

The obtained results might be provided for the management of nursing homes and thus they might contribute to better quality of provided nursing care. Based on the results, an interactive seminar with nurses might be organised, which would focus, for example, on the field of communication, manipulation or self-sufficiency support of the clients.

Key words

Senior, nursing homes, nursing care, contentment

Obsah

ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	10
1.1.1 <i>Biologické změny ve stáří</i>	11
1.1.2 <i>Psychické změny ve stáří</i>	13
1.1.3 <i>Sociální změny ve stáří</i>	14
1.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O SENIORY.....	15
1.2.1 <i>Potřeby seniorů</i>	18
1.3 KOMUNIKACE JAKO SOUČÁST PÉČE O SENIORY	20
1.3.1 <i>Komunikace se seniory</i>	22
1.3.2 <i>Některé překážky v komunikaci</i>	24
1.4 DOMOVY PRO SENIORY	25
1.5 SPOKOJENOST A KVALITA POSKYTOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	29
1.5.1 <i>Indikátory kvality</i>	31
1.5.2 <i>Standardy</i>	31
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1 CÍL PRÁCE – KVANTITATIVNÍ ČÁST	33
2.1.1 <i>Hypotézy</i>	33
2.2 CÍL PRÁCE – KVALITATIVNÍ ČÁST	33
2.2.1 <i>Výzkumné otázky</i>	33
2.3 OPERACIONALIZACE POJMŮ	34
3 METODIKA	35
3.1 METODIKA VÝZKUMU	35
3.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	36
4 VÝSLEDKY.....	38
4.1 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍ ČÁSTI VÝZKUMU.....	38
4.1.1 <i>Kategorie 1 – Ošetrovatelská péče</i>	38
4.1.2 <i>Kategorie 2 – Práce sestry</i>	41
4.1.3 <i>Kategorie 3 Komunikace</i>	43
4.2 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍ ČÁSTI VÝZKUMU.....	45
4.2.1 <i>Statistické testování hypotéz</i>	67
5 DISKUSE.....	76
6 ZÁVĚR.....	87
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	89
8 PŘÍLOHY	94
9 SEZNAM ZKRATEK	104

Úvod

Klienti domovů pro seniory jsou lidé, kteří z důvodu vysokého věku potřebují celodenní péči, jež se odvíjí dle individuálních potřeb klientů. Může to být dohled a upozornění např. na dobu podávání stravy, doprovod do jídelny, pomoc při hygienické péči aj. nebo celková péče o klienty, kteří nejsou schopni jakékoli sebepečce. Toto je jeden z důvodů, proč je ošetrovatelská péče v domovech pro seniory potřebná. Vzhledem k prodlužování délky života populace je těchto zařízení nedostatek, takže ne všem seniorům může být tato péče poskytnuta z kapacitních důvodů. V Jihočeském kraji je evidováno 29 domovů pro seniory s kapacitou zhruba 3 000 míst. Seniorů je zde ale mnohem více. Všeobecné sestry a pracovníci přímé obslužné péče zajišťují nesoběstačným, ale i soběstačným klientům potřebnou zdravotní a ošetrovatelskou péči, kterou hradí zdravotní pojišťovna. Sociální služby, jako jsou ubytování, strava nebo úkony, které nejsou zdravotnického charakteru, si musí klienti hradit sami. I přesto je o tuto péči stále velký zájem. Tak jako v mnoha jiných zdravotnických zařízeních se mohou i domovy pro seniory potýkat s nedostatkem zdravotnického personálu a to se může odrazit i na spokojenosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Spokojenost se považuje za jeden z nejvýznamnějších ukazatelů kvality.

Tato diplomová práce je koncipována do dvou částí, a to na část teoretickou a praktickou. Teoretická část přibližuje, co je to stáří a stárnutí, změny probíhající ve stáří, ošetrovatelskou péči o seniory, potřeby seniorů, komunikaci se seniory, možné překážky v komunikaci. Dále je teoretická část zaměřena na domovy pro seniory, a to nejen na to, jak v nich ošetrovatelská péče probíhá a jak by měla vypadat, ale i na to, co by každý domov pro seniory měl mít z hlediska vybavení, služeb a personálního zajištění. Praktická část shromažďuje výsledky, které jsme získali během realizace výzkumného šetření.

1 Současný stav

1.1 Stáří a stárnutí

Stáří není nemoc, ale je to nevyhnutelný stav, který doprovází vývoj člověka (Nováková, 2011). Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá a završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně. Stáří zahrnuje zrání a prolíná se s involucí a s ubýváním sil. Aspekty biologické se prolínají se sociálními. Biologické stárnutí je předem dané. Je to univerzální zákonitost živé přírody, protože vše živé se rozvíjí, stárne a umírá. Při stárnutí jako životní fázi nejde pouze o biologické změny, ale také o sebepojetí a společenské vnímání (Čeledová et al., 2016). Tato vývojová etapa s sebou přináší nejen pozitiva, jako jsou nadhled, moudrost, pocit naplnění, ale i negativa jako úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti, která směřuje k jejímu konci. Je to období relativní svobody, ale i období kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech (Vágnerová, 2008). Stáří nelze chápat bez souvislosti s celým životním cyklem a beze všech prožitých etap a jeho kvalitu ovlivňuje i způsob, jakým jedinec prožil své dětství, mládí a dospělost (Sak, Kolesárová, 2012). Stáří je přirozená součást lidského života. Dnešní medicína dokáže prodloužit délku lidského života, ale až v posledních letech se mluví i o jeho kvalitě (Venglářová, 2007). Stárnutí člověka je pomalý a nevyhnutelný proces, který vede k různým morfologickým, funkčním, biochemickým a psychologickým změnám, jež mohou přispět ke zvýšení zranitelnosti a výskytu patologických procesů v těle (Goes et al., 2020).

Stáří jako životní fáze člověka je ohraničeno dvěma časovými body, přičemž horní hranice je jasně definovatelná smrtí, zatímco spodní hranice je hůře rozpoznatelná, protože jevy a procesy, které utvářejí stáří, přicházejí postupně (Sak, Kolesárová, 2012). Nejčastěji se počátek stáří stanovuje pomocí kalendářního věku, jenž však nezohledňuje individualitu každého člověka a nevypovídá o jeho skutečném funkčním potencionálu. Mnohem přesnější je určovat počátek stáří pomocí biologického věku, který člověka hodnotí ve všech psychosociálních souvislostech (Bartůněk et al., 2016). V současné době je hojně využívané členění seniorského věku dle Mühlpachra (2004), a to: 65–74 let – mladí senioři: toto období je charakterizované problematikou penzionování, volného času, aktivit a seberealizace; 75–84 let – staří senioři: pro tuto kategorii je charakteristická problematika adaptace, tolerance

zátěže, osamělosti a zhoršování zdravotního stavu; 85 let a více – velmi staří senioři: v této věkové kategorii nastává problém se soběstačností, zabezpečeností, prohlubuje se osamělost a zhoršuje se zdravotní stav.

Mlýnková (2011) uvádí, že stárnutí je proces, při němž v buňkách vznikají degenerativní změny, které se u každého jedince projevují v různou dobu během života a postupují individuální rychlostí. U některých lidí mohou změny přicházet velmi rychle, naopak u některých pomaleji. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována, ale je také ovlivněna životním stylem, prací, stresem nebo životním prostředím, ve kterém jedinec žije. Čevela et al. (2014) ve své knize píše, že stárnutí je součástí ontogenetického vývoje, se kterým se velmi často prolínají chorobné změny – projevy a důsledky chorob, úrazů i adaptací na ně. Nejvýraznější složka stárnutí je různě rychle probíhající pokles potenciálu zdraví, zdatnosti, odolnost k zátěži a ke stresorům.

1.1.1 Biologické změny ve stáří

Biologické změny jsou podstatnou a neoddělitelnou součástí stáří a stárnutí. Lidské tělo se postupem času mění a pro sestru je velmi důležité, aby měla dostatečné znalosti o těchto změnách a věděla, jak ke starému člověku přistupovat. Biologické změny zahrnují změny vzhledu, termoregulace, činnosti smyslů, trávicího systému, vylučování moči, sexuální aktivity, kardiopulmonální změny, degenerativní změny kloubů a úbytek svalové hmoty (Venglářová, 2007). Tyto změny tedy probíhají na fyziologické úrovni a u každého jedince probíhají odlišně. Všechny jednotlivé tělesné systémy se zpomalují a oslabuje se jejich dřívější funkce a klesají i biologické adaptační mechanismy (Klevetová, Dlabalová, 2012).

Je důležité si přiblížit, jaké konkrétní změny mohou na určitých tělesných systémech vzniknout. Změny se projevují na pohybovém aparátu a to, čeho si sestra všimá, je úbytek kostní a svalové hmoty, snížení svalové síly, zpomalujících se pohybů a v důsledku křehnoucích kostí nebezpečí častějších fraktur (Nováková, 2011). V souvislosti s úbytkem elasticity a pevnosti kostí dochází k mnoha chorobným stavům, a to k osteoporóze, osteomalacii nebo k artróze. Svaly, které atrofují, se nahrazují tukovou tkání (Bartůněk et al.,

2016). Zasažen je i kardiovaskulární systém. Srdeční sval ztrácí sílu a zhoršuje se jeho výkonnost, často dochází ke změnám v převodním systému, k degeneraci chlopní a je snížena funkce sympatiku (Bartůněk et al., 2016). Stěna cév je méně pružná, ztenčuje se a dochází ke kornatění cév. Snížením elasticity cév dochází k pružnickové hypertenzi, projevující se vyšším systolickým tlakem a hodnota diastolického tlaku je fyziologická, naopak může docházet i k hypotenzi, což může být příčina pádů (Klevetová, Dlabalová, 2012). Ke změnám dochází i v respiračním systému, klesá vitální kapacita plic a snižuje se jejich funkce, starý člověk přijímá z prostředí menší množství kyslíku, protože se snižují pohyby hrudního koše (Klevetová, Dlabalová, 2012). Jsou oslabeny ochranné dýchací reflexy, zvyšuje se tak riziko aspirace a retence bronchopulmonálního sekretu (Bartůněk et al., 2016). Postižen je i trávicí systém, postupně se snižuje motilita trávicí trubice, sekrece trávicích šťáv a tonus svěračů. Také dochází k postupné ztrátě chrupu, tím vznikají problémy při příjmu potravy a při mluvení (Bartůněk et al., 2016). Játra a slinivka břišní se stávají méně výkonnými. Snížení svalové síly způsobuje pokles tlustého střeva, což se nejčastěji projevuje chronickou obstipací, snížení svalové síly bývá také příčinou bolestí v bederní oblasti (Klevetová, Dlabalová, 2012). Biologické změny zasahují i pohlavní orgány a vylučovací systém. Ve stáří dochází ke snížení pohlavní činnosti. U mužů se snižuje potence a dochází ke zbytnění prostaty. U žen končí menses a dochází k poklesu dělohy. U lidí nad 60 let se v 15–30 % objevuje inkontinence (Klevetová, Dlabalová, 2012). Dochází ke změnám kůže, která se stává méně elastickou, ztenčuje se a tvoří se vrásky (Nováková, 2011). Šedivější vlasy a stávají se řidšími. Snižuje se kožní turgor a objevuje se zvýšená pigmentace. Často vznikají i stařecké skvrny, které zapříčiňuje to, že se kožní barvivo ukládá do určitých částí kůže a způsobuje zhnědnutí (Klevetová, Dlabalová, 2012). Zhoršují se i smyslové orgány, oslabuje se vnímání podnětů ze všech smyslových orgánů. Zhoršuje se sluch a zrak a snižuje se jeho ostrost, schopnost rozeznávat barvy, dále slábne funkce čichových a chuťových smyslů a v neposlední řadě se zhoršuje vnímání tlaku na kůži (Nováková, 2011). V nervovém systému dochází ke zmenšení počtu neuronů a tím ke snížení rychlosti vedení vzruchů v periferním nervovém systému. Je narušena rovnováha, chůze a stoj, což je způsobeno změnami hlubokého cití (Bartůněk et al., 2016). V důsledku zpomalení regulačních mechanismů se snižuje odolnost vůči zátěžovým situacím a neschopnost adaptace na nové životní podmínky. Staří lidé trpí poruchami spánku, které se týkají především jeho délky

a kvality. Senioři také trpí tzv. spánkovou inverzí, kdy přes den spí a v noci se budí (Klvetová, Dlabalová, 2012).

1.1.2 Psychické změny ve stáří

Stáří a stárnutí doprovází i psychické změny, které se mohou odrazit i na spokojenosti seniorů. Stárnutí bývá často spojováno se změnou osobnosti. U seniorů se začnou projevovat negativní vlastnosti a do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti (Říčan, 2014). Typicky se stárnutí projevuje úbytkem mozkové tkáně, který činí zpravidla 10–15 % hmotnosti mozku, pokud nedojde k nepředvídatelným a výjimečným událostem. To se přirozeně projevuje i v oblasti psychické (Janiš, Skopalová, 2016). Psychické změny spolu se změnami sociálními ztěžují seniorům adaptaci na nové prostředí, proto pro ně může být přechod do domova seniorů velmi náročný. Může se stát, že senior nové prostředí vůbec nepřijme a to se odrazí na jeho celkové pohodě a spokojenosti. Avšak vždy je důležité odlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševních nebo tělesných poruch (Venglářová, 2007). Mezi psychické změny ve stáří můžeme zařadit zhoršení paměti, obtížné osvojování nového, nedůvěřivost, sníženou sebedůvěru, sugestibilitu, emoční labilitu, změny vnímání nebo zhoršení úsudku (Malíková, 2020). Některé psychické funkce se ale s přibývajícím věkem nemění. To je např. slovní zásoba a jazykové znalosti, soudnost a také intelekt dosažený na úrovni zralého věku (Gruberová, 1998). Naopak některé psychické funkce mají vzestupnou tendenci, patří mezi ně např. vytrvalost, trpělivost, rozvaha, stálost názorů a vztahů. Někdy je staršími lidmi uvítána i určitá monotónnost a stereotyp pracovní nebo životní. Můžeme sem zařadit i zvýšenou toleranci k druhým lidem, opačným názorům a schopnost úsudku a nadhledu. Psychické funkce se sestupnou tendencí jsou např. pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všípivosti a pozornosti (Jedlička et al., 1991). Do psychických změn můžeme zařadit i změnu kognitivních funkcí, u kterých by mělo být prioritou udržet je na nejvyšší možné úrovni. Důvodem je udržení po co nejdéle dobu autonomie, ale i vztah ke kladnému prožívání stáří (Gruss, 2009). Kognitivní funkce se zpomalují a senioři potřebují více času k vykonávání daných úkolů, ale snaží se je vykonat precizně. V některých případech se ale bohužel stává, že personál v domovech pro seniory z důvodu časové tísně raději vykonává některé běžné

činnosti (např. oblékání) za seniory, kteří by k tomu potřebovali více času. To může být pro seniora demotivující, tehdy se přestane snažit úplně. Staří lidé zpracovávají informace mnohem déle než mladý člověk a prodlužuje se i jejich reakční doba. Tato skutečnost může pro seniory představovat zátěž (Janiš, Skopalová, 2016). Změna psychomotorického tempa se projevuje především při chůzi, protože se zpomalují pohyby. Z toho důvodu jsou senioři pomalejší, opatrnější, objevuje se nerozhodnost, váhavost a snižuje se koncentrace pozornosti (Klevetová, Dlabalová, 2008).

1.1.3 Sociální změny ve stáří

Stáří a stárnutí zahrnují a ovlivňují i sociální aspekty. Ve stáří je velmi důležité, aby bylo dosaženo integrity v pojetí vlastního života, a to splněním základních podmínek, a to pravdivosti, smíření a kontinuity. Pokud je zpracování tématu integrity správné, senior přijme celý svůj život a přijímá jeho smysl. Pokud přijme své stáří, životní chyby a omyly, nesplněná přání a nedosažené cíle, bude akceptovat sám sebe takového, jaký je, neodsuzuje se, odpustí si, může díky tomu svobodně a důstojně dožít. Může se ale stát, že všechny potřeby a přání během života seniora nemusí být naplněny, takže se k nim ve stáří vrací (Malíková, 2020).

Postoje společnosti ke stáří se stále vyvíjí a mění a s tím souvisí i společenská role seniorů a jejich společenský status. Dnešní moderní společnost vede člověka k tomu, aby byl nezávislý. Ve chvíli, kdy odchází do důchodu a je tzv. penzionován, jeho společenská role se mění a připisuje se mu role „nemít roli“, stává se tak závislým (Dvořáčková, 2012). Díky této roli si jsou všichni lidé v penzi rovni a je jedno, čím kdysi byli, kým se kdo v průběhu života stal a jaké skutky vykonal (Haškovcová, 2010). Počátek stáří si spousta lidí spojuje s odchodem do důchodu. Je to však okamžik, kdy jedinec v rámci sociálního systému může ukončit svůj pracovní poměr a odejít do důchodu (Kolibová, 2012), což je sám o sobě důležitý okamžik, který symbolizuje konec jednoho období života. Člověk opouští a ztrácí své zaměstnání, které ho do té doby svým způsobem definovalo a určovalo jeho roli. Dříve to byl úředník, řidič, učitel, ale po odchodu do penze se z něj stane penzista. Tato sociální role je pomyslná vstupní brána, která vede ke stáří (Mojžíšová, 2019). Při odchodu do důchodu musí člověk čelit i omezenému kontaktu se spolupracovníky, musí se vyrovnat

s odchodem vlastních dětí z domova a seznamuje se s novým režimem dne. Snižují se také finanční příjmy a tím se senior stává více závislým na druhých (Janiš, Skopalová, 2016). S přibývajícím věkem se člověk musí smířovat i se smrtí vrstevníků nebo životního partnera. Pokud se chce člověk vyrovnat s ovdověním, je potřeba, aby se upnul k novým cílům a přeorganizoval si život (Říčan, 2014). Může docházet i k sociální izolaci, která je zapříčiněna tím, že v důsledku bio-psycho-sociálních změn může dojít k vyčleňování starších občanů ze společnosti. Zvyšuje se strach z osamělosti a opuštěnosti, protože vznikají problémy s navazováním nových přátelských a partnerských vztahů (Mojžíšová, 2019). Dalším problémem může být ztráta autonomie, kdy se zvyšujícím se věkem a postupným tělesným úpadkem je ohrožena soběstačnost seniora. To může na něj mít negativní vliv, především na jeho psychiku, protože se tak stává závislým na svém okolí (Dvořáčková, 2012).

1.2 Ošetrovatelská péče o seniory

Ošetrovatelská péče o seniory musí být komplexní, tedy vycházející z holistických principů, kontinuální, aktivizující (ovlivňování seniora ve smyslu soběstačnosti, resocializace a podpory mentální aktivity), preventivní (edukace klienta a rodiny) a musí být plánovaná (Németh et al., 2009). Geriatrické ošetrovatelství má řadu výhod, jelikož je seniorům poskytnuta taková ošetrovatelská péče, která je přímo přizpůsobená jejich potřebám. Sestra sleduje příznaky a celkový stav klientů a individuálně vytváří ošetrovatelský plán, který dle potřeby mění a upravuje. Vždy je potřeba dát seniorovi možnost se vyjádřit o vlastních představách o podpoře své soběstačnosti a udržování svého zdraví. Jedince je vždy třeba respektovat jako lidskou bytost, a to i včetně jeho názorů a vůle. Do ošetrovatelské péče při rozvoji soběstačnosti a udržování nebo zlepšování zdravotního stavu je vhodné zapojit i rodinné příslušníky. Je také velmi důležité, aby se ošetrovatelská péče a rozvoj soběstačnosti vždy individuálně přizpůsobily, protože každý člověk je jiný a naše požadavky tak musí být přiměřené a odpovídající stavu (Malíková, 2011). Pro seniory je velmi důležité udržet nějakou míru soběstačnosti, tedy být schopen žít v běžném prostředí a umět se vyrovnat s jeho nástrahami vlastními silami bez pomoci druhých lidí (Holmerová et al., 2014). Ztráta soběstačnosti může být pro člověka těžkou životní zkouškou. Proto je důležité

poskytovat ošetrovatelskou péči individuálně a v maximálním rozsahu podle potřeb seniora, protože každý potřebuje jinou intenzitu péče. Potřeba péče se odvíjí od soběstačnosti seniora. Jinou péči bude potřebovat senior, který je nesoběstačný či imobilní, jinou péči bude potřebovat ten, kdo je plně, či částečně mobilní a základní potřeby si obstará sám, nebo potřebuje pouze malou pomoc. Z toho vyplývá, že naše požadavky tak musí být přiměřené a odpovídající stavu. Vždy se snažíme do sebepečce zapojovat i klienta, protože jeho spoluúčast může mít velmi kladný vliv na jeho psychiku (Vytejková et. al., 2013).

Sestra se vždy zaměřuje na péči o výživu, vyprazdňování, tělesnou čistotu, bolest, prevenci imobilizačního syndromu apod. Konkrétní postup základní ošetrovatelské péče se přizpůsobuje aktuálním potřebám klienta a tento úsek sesterské činnosti by měl tvořit největší část práce sestry ve všech lůžkových zařízeních (Vytejková et al., 2011). Na ošetrovatelské péči v domovech pro seniory se mimo všeobecné sestry podílejí především pracovníci v přímé obslužné péči a pracovníci v sociálních službách (Malíková, 2020). Jejich dostatečný počet se odráží na spokojenosti s poskytovanou službou. Poměr klientů na celkový počet pracovníků (sociální pracovník, všeobecná sestra, pracovník v přímé obslužné péči) by neměl být vyšší než 3,3. Jsou to právě tito pracovníci, kteří jsou základním pilířem celkové kvality a spokojenosti v daném zařízení (Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2015).

Jak již bylo výše zmíněno, poskytovaná ošetrovatelská péče se liší dle individuálních potřeb seniorů. U nesoběstačných a imobilních klientů je zaměřena na péči o základní biologické potřeby, především o příjem potravy (příprava, podávání stravy), zajištění pitného režimu, pravidelného a bezproblémového vyprazdňování zahrnujícího i péči při inkontinenci a s tím související prevenci opruzenin. U imobilních klientů se provádí pravidelné polohování, péče o pokožku s prevencí vzniku dekubitů, komplexní hygienická péče s péčí o dutinu ústní, vytváření podmínek ke spánku a odpočinku (Malíková, 2020). U klientů, kteří jsou upoutaní na lůžko, jsou kladeny velmi vysoké nároky na osobní hygienu. Minimálně 1× denně je nutné umýt a ošetřit obličej, záda a podpaží. Minimálně 3× denně je nutné umýt a ošetřit ruce, genitálie a konečník. Standardem je i pravidelná péče o dutinu ústní, zuby či zubní náhradu, a to 2× denně (Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2015). Soběstačný či částečně soběstačný klient také potřebuje pomoc stejně jako klient nesoběstačný, ale pouze v jiné míře.

Zajišťuje se u něj péče o příjem potravy a pitný režim, ale s tím rozdílem, že většina z nich je schopna dojít do společné jídelny, kde jim je strava pouze podána, pitný režim si sledují sami. Stejně tak se u nich pečuje o pravidelné a bezproblémové vyprazdňování a je potřeba myslet na to, že i tito klienti mohou být inkontinentí, ale i v tomto ohledu potřebují naši pomoc (Malíková, 2020). Hygienická péče zahrnuje i celkovou koupel/sprchu, kterou většině klientům zajišťuje personál a provádí se dle možností daného pracoviště a jeho vybavení. Mobilní klienty většinou stačí jen doprovodit, nebo si na vyzvání do koupelny dojdou sami. Pro imobilní nebo částečně imobilní klienty je vhodné využít např. pojízdné vany, lehátka či pojízdná koupací křesla (Vytejková et. al., 2013). Při poskytování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory se sestry mohou setkat i se specifickými potřebami klientů, které se musí především při sociální péči zohlednit. Jedná se např. o klienty se zavedeným permanentním močovým katétretem nebo se zavedenou žaludeční sondou či perkutánní endoskopickou gastrostomií, klienty s velkou kachexií, s dekubity, s onkologickým onemocněním či s otevřenými bércovými vředy aj. (Malíková, 2020). Mezi faktory, které jsou pro klienta důležité a jež při poskytování ošetrovatelské péče nesmíme opomíjet, patří i informovanost, komunikace a respekt (Berning et. al., 2018). Všeobecné sestry mají v ošetrovatelské péči o seniory nezastupitelnou roli a vhodná péče o seniora přispívá k pozitivním výsledkům (Enç, Alkan, 2017). I v domovech pro seniory patří do sesterských činností diagnosticko-terapeutická činnost a sestra je blízkým spolupracovníkem lékaře. V těchto zařízeních musí být sestra samostatná a musí vždy pečlivě vyhodnotit situaci, protože zde lékař není přítomen 24 hodin denně, a při akutních stavech se sestra obrací na RZS. Dále sestra zajišťuje odběr biologického materiálu, sleduje fyziologické funkce, aplikuje léky dle ordinace lékaře, provádí převazy atd. Zajišťuje i administrativní činnost, kam patří ošetrovatelská dokumentace, objednávání diet, vedení záznamů o úmrtí klienta aj. Vykonává i přípravné práce, které zajišťují plynulý průběh ošetrování a chod oddělení, což zahrnuje i doplňování spotřebního materiálu a léků. Další činnostmi jsou tzv. dokončovací práce, na nich se může podílet i praktická sestra nebo sanitář. Patří sem úklid pomůcek, mechanická očista a sterilizace či úklid prostředí a očista lůžka. Sestra se podílí i na výchovně vzdělávací činnosti, do které může zapojit i rodinu klienta (Vytejková et al., 2011).

K péči o seniory patří nepochybně i péče o umírajícího člověka. Smrt je přirozenou součástí života, je nevyhnutelná, ale i přesto se současná společnost bojí o ní mluvit. Každý člověk si během svého života myšlenku smrti uvědomí, ale současně ji ze svého vědomí vytěsňuje. Avšak toto vytěsnění není úplné, a proto člověk prožívá v různých obdobích svého života ze smrti strach. Člověk ve vysokém věku ví, že se smrt blíží, ale nesnadno se s tím smíruje. Obecně ale platí, že mnohem větší strach má starý člověk z bezmocnosti, závislosti a ze zhoršení chronické nemoci (Minibergová, Dušek, 2006). Umírání můžeme definovat jako proces úbytku životních funkcí a síly, kdy dochází k postupnému a nevratnému selhávání životních funkcí. Tento proces končí smrtí, tedy koncem biologického života, který je doprovázen nezvratnými změnami, jež znemožňují obnovení životních funkcí (Vytejková et al., 2013). Pro spoustu lidí je velkým utrpením vnímání ztráty vlastní důstojnosti. Umírající člověk se v některých případech nemůže sám obléknout, najíst či vyprázdnit. Může být odkázaný na každodenní celkovou péči svých blízkých, nebo dokonce i cizích lidí. Pokud člověk nezvládá naplňovat své role, může zcela ztratit pocit vlastní ceny. Závěrečná fáze lidského života si zasluhuje být obdobím spokojenosti, v němž se mají probouzet pocity hrdosti na sebe sama a vlastní hodnoty (Dvořáčková, 2012). Péče o člověka na konci života představuje složitou úlohu, která předpokládá osobní zralost, moudrost, profesionalitu a zároveň lidskost ze strany sestry. Péče o umírajícího člověka a tělo zemřelého není otázkou manuální zručnosti, jelikož tato problematika má zejména humánní rozměr. Pokud si sestra klade otázku, jak pečovat o umírajícího člověka, je důležité, aby byl s péčí spokojen. Musíme si uvědomit, že období umírání je pro člověka zcela individuální (Vytejková et al., 2013).

1.2.1 Potřeby seniorů

Potřeby seniorů se s postupem času mění a lze na ně nahlížet z několika pohledů. Nejznámější teorie potřeb je podle Abrahama Maslowa, která je aplikovatelná na seniorskou populaci a vhodně vystihuje potřeby seniorů a změny v jejich hierarchii. A. Maslow rozřídil lidské potřeby do několika skupin a seřadil je podle důležitosti na vyšší a nižší. Předpokladem je, že při uspokojení nižších potřeb nastupují potřeby vyšší. Pořadí potřeb se tedy řadí od nejnižších po nejvyšší. Jsou to fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty, potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba uznání a seberealizace (Říčan, 2008). Potřeby se

v jednotlivých fázích života mění. Jiné potřeby mají předškolní děti, jiné školáci a zcela odlišné potřeby mají dospělí a senioři. U seniorů se mění hodnotová orientace potřeb, v popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Dochází ke změně hierarchie potřeb, jako by se vracely z výše Maslowovy pyramidy k jejím základům, protože potřeby sebeaktualizace a seberealizace jsou převážně naplněny. Proto jsou v popředí potřeby fyziologické, potřeba jistoty a bezpečí, lásky a sounáležitosti (Mlýnková, 2011). Senior potřebuje mít vždy pocit jistoty a bezpečí. Touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. Potřeba bezpečí zahrnuje i potřebu fyzického a psychického bezpečí a ekonomického zabezpečení. Sestry mají tendenci seniorům pomáhat, ale tyto snahy mohou vést k nežádoucí závislosti seniora na okolí. V tomto případě je nutné se zamyslet, zda snaha ochraňovat neomezuje samostatnou vůli seniora rozhodovat sám o sobě, o svých činnostech a svém životě (Motlová, 2007). Pro seniory jsou nejcennější potřeby zdraví, lásky, rodiny, přátelství, soběstačnosti, sociálního kontaktu, vlastní domácnosti, psychické a fyzické pohody (Kaufmanová, 2004). Senioři se cítí být nejvíce ohroženi např. onemocněním nebo ovdověním a smiřují se s jistou mírou závislosti na druhých lidech. Proto se do popředí dostává potřeba podpory a bezpečí, která může být naplněna pomocí funkční rodiny, pečovatelkou, sestrou nebo jiným člověkem (Vágnerová, 2000). Ve stáří mnoho lidí ztrácí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem, jak byli zvyklí v předchozích letech. Tímto se může výrazně snížit kvalita jejich života, a proto je důležité tyto lidi podpořit a snažit se o pochopení a poznání jejich potřeb a preferencí. Všichni mají potřebu zůstat platní, prospěšní, užiteční a uznávaní. Na rozdíl od mladších jedinců, kteří naplňují své potřeby např. v rodině či v pracovním procesu, senioři potřebují své potřeby naplnit jiným způsobem (Čevela et al., 2012). Senioři stejně jako všichni ostatní lidé potřebují uspokojovat všechny své potřeby. Většinou jsou však odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče není primárně spojena s věkem, ale s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, které omezují člověka při uspokojování svých každodenních potřeb (Janečková, 2005). Senior má potřebu stimulace a otevřenosti k novým zkušenostem. Tato potřeba může být snižovaná, může seniora dráždit a unavovat a senior dává spíše přednost zaběhnutým a klidnějším stereotypům. Ovšem každý senior potřebuje také určitou míru nových podnětů, které ho vedou k aktivizaci a oddalování závislosti na společnosti či druhé osobě. Další potřebou je potřeba sociálního kontaktu se svým okolím,

a to především se známými lidmi, rodinou a přáteli. Se zvyšujícím se věkem těchto kontaktů ubývá a člověk se může cítit osamělý. Potřeba citové jistoty a bezpečí vystupuje do popředí právě ve starším věku. Vzhledem ke zvyšující se závislosti na druhé osobě je potřeba seniora pozitivně ocenit, aby se mu zvýšilo sebevědomí a měl motivaci ke zvládnutí životních úkonů. Potřeba seberealizace je často naplňována v rámci vzpomínek na dřívější profesní dovednosti a úspěchy, protože odchodem do důchodu se může senior cítit jako bezvýznamný. Další je potřeba otevřené budoucnosti a naděje, když má senior strach z nemoci, osamění a ztráty soběstačnosti. Důležité je chtít si co nejdéle zachovat soběstačnost a úctu, přijmout nevyhnutelnost stáří, vlastní smrti a těšit se z existence zachovaných hodnot (Heuke, 2014).

1.3 Komunikace jako součást péče o seniory

Obecně komunikace slouží ke vzájemné výměně informací mezi lidmi (Zacharová, 2017). Je to univerzální jev lidského společenství a je podmínkou existence každého sociálního systému. Komunikace se může realizovat verbálně, např. písmem, nebo neverbálně, např. gesty, pomocí tisku, rozhlasu a jiných médií. Pokaždé když dochází mezi lidmi k nějaké interakci, vždy nastane určitá forma komunikace. V ošetrovatelství je komunikace velmi důležitá a dá se považovat za základní dovednost, kterou se zdravotníci musí naučit už během přípravy na své povolání (Zacharová, 2016). Rozhovor mezi lidmi je zcela běžná interpersonální aktivita, která je využívána každým z nás několikrát denně. Avšak ne každý dokáže efektivně komunikovat, často tomu nepomůže ani kvalitní odborné vzdělání. Komunikace rozvíjí vztahy, porozumění, ale také nám pomáhá k úspěchu v pracovním životě, a proto by spousta lidí tuto dovednost ráda vylepšila. Každý jedinec preferuje jinou formu komunikace, někdo raději komunikuje tváří v tvář, někdo zase upřednostňuje komunikaci v elektronické, písemné či telefonické formě. Můžeme se také lišit v tom, že někomu vyhovuje spíše komunikace verbální, někomu naopak komunikace neverbální (Mikuláščík, 2010).

Při komunikaci se seniorem využíváme verbální i neverbální komunikaci. Vzhledem k tomu, že s přibývajícím věkem přichází o svůj sluch, ale i zrak, může být dorozumívání náročné, a proto je důležité umět využít oba druhy komunikace a vzájemně je propojit. Verbální neboli

slovní komunikací se rozumí dorozumívání se pomocí jazyka a řeči (Venglářová, Mahrová, 2006). Je to specifická forma spojení mezi lidmi, která má mnoho podob. Může být individuální a sociální, formální a obsahová, spontánní i dodržující normy, mluvená i psaná (Janoušek, 2015). Pomocí verbální komunikace se sděluje současně obsah komuniké, to je např. názor, postoj, emoce apod., a forma komuniké, což je např. dotaz, pokyn, hodnocení apod. (Konečná, 2009). Cílem všech zdravotníků by mělo být dosažení spokojenosti pacientů v oblasti somatické, psychické a v neposlední řadě i sociální péče. Pro dosažení efektivní komunikace musí být respektovány některé požadavky, např. individuální přístup, úcta ke klientovi, pozitivní vztah ke klientovi a profesionální chování (Zacharová, 2017). V souvislosti s verbální komunikací je vhodné zmínit paralingvistiku, která se zabývá doprovodnými rysy, jež ovlivňují význam a smysl komunikování. Mezi základní prvky paralingvistiky řadíme hlasitost projevu, kvalitu řeči a věcnost hovoru, výšku tónu hlasu, objem řeči, barvu a inotaci, emoční zabarvení, pomlky, plynulost apod. (Vymětal, 2008).

Jak již bylo zmíněno, vzhledem k možnému zhoršení sluchu seniora je velmi důležité využívat komunikaci neverbální. Pro upřesnění, neverbální komunikace je druh sdělení, při němž se předávají informace beze slov za pomoci výrazů obličeje, oddálením, či přiblížením, dotekem, postojem, pohyby, gesty, pohledy, tónem řeči, úpravou našeho zevnějšku atd. Mimoslovně se dají sdělit emoce (pocity, nálady, afekty), naznačit zájem, vytvořit dojem o tom, kdo jsme, či se dá ovlivnit postoj komunikačního partnera (Janáčková, Weiss, 2008). Neverbální projev je plynulým jazykem se svým specifickým tempem, rytmem, slovníkem a gramatikou. Mimoslovní komunikace naznačuje i kvalitu vzájemných vztahů v mezilidské interakci a jejich prostřednictvím člověk může naznačit svůj emocionální stav, interpersonální postoje, ale především částečně, nebo úplně nahrazuje řeč. Díky tomu je tato komunikace důležitá i pro sestru, protože neverbálním sdělením můžeme u seniora vyzorovat změny v chování a tím odhalit jeho nespokojenost (Zacharová, 2017). Proto je důležité, aby každá sestra měla dostatečné vědomosti o neverbální komunikaci a aby věděla, že do tohoto druhu komunikace zahrnujeme všechny mimoslovní projevy. Mezi základní druhy patří mimika, tzn. výraz očí a pohyb drobných svalů obličeje, jež nám pomáhají vyjádřit vnitřní emoční procesy a stavy, např. napětí, úzkost, smutek, radost, štěstí, překvapení, spokojenost aj. Dalším druhem je haptika, to jsou doteky, často se uplatňuje při

projevech lásky, vřelosti a případné náklonnosti, různé druhy držení, hlazení, tlak proti, dotýkání nebo letmý dotek (Vacínová et al., 2010). Gestika a gesta jsou symboly, které přímo vyjadřují slova nebo fráze, např. palec vzhůru je gesto pro „dobrá práce“. Většinou je používáme zcela záměrně, ale jsou specifická pro danou kulturu, proto je potřeba si v prostředí jiných kultur na gestiku dávat pozor. Rozlišujeme také zrakovou komunikaci, s jejíž pomocí předáváme signály očima. Liší se podle délky, směru a charakteru pohledu. Pokud je délka pohledu krátká, může to vyjadřovat, že komunikační partner nemá zájem, stydí se nebo je duchem nepřítomný. Pokud naopak je pohled příliš dlouhý, může vyjadřovat nevhodný zájem nebo dokonce nepřátelství (DeVito, 2008). Posturologie se zabývá držením těla, jeho napětím, uvolněním, náklony, polohou rukou a nohou. Posturologie nám ukazuje emoční stav, stupeň zaujetí, postoj k partnerovi aj. Posledním druhem je proxemika, založená na posouzení vzdálenosti mezi komunikujícími, a to v horizontální a vertikální rovině. Zakládá si na tom, že každý člověk potřebuje svůj prostor a vzdálenost od ostatních, aby se cítil pohodlně a bezpečně (Vymětal, 2008).

1.3.1 *Komunikace se seniory*

Efektivní komunikace s klientem je jeden ze základních pilířů dobrého vztahu mezi zdravotníkem a klientem. Je nutné umět ovládat své slovní a mimoslovní vyjadřování, ale vědomě sledovat svůj vlastní projev není snadné, proto se to člověk učí praxí a stálým kontaktem s klienty (Mlýnková, 2011). Pro zdravotníky je velmi důležité, aby jejich verbální a neverbální projevy byly v souladu, synchronní a vzájemně se doplňovaly. V případě, že je patrný rozdíl mezi verbálním sdělením a neverbálními projevy pracovníka, klient si vždy tento soulad či nesoulad uvědomí. Pokud je verbální a neverbální projev synchronní, důvěryhodnost pracovníka se v očích klienta zvyšuje a lépe spolupracuje. Pokud verbální a neverbální projev nejsou synchronní, může si to klient vyložit jako určitý rozpor a disharmonii. To u klienta vyvolává nedůvěru, nejistotu, obavy, strach, zklamání a ztrátu pocitu jistoty a bezpečí (Malíková, 2020). Při práci se seniory se sestra často setkává s jiným kulturním a historickým kontextem a je důležité vědět, že většina seniorů je věřících. Spousta z nich zažila vykáni rodičům a nebylo pro ně běžné používat vulgarismy. Někdy sestru ale

může zaskočit situace, kdy staří lidé vulgarismy používají a překračují tak společenské hranice (Venglářová, 2007).

Dobrá komunikace s klientem je základ dobrého vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče (Venglářová, 2007). Při komunikaci se seniory je nutné dodržovat některé zásady. Je potřeba respektovat sociální identitu klienta a důsledně jej oslovovat jménem nebo titulem. Se starým člověkem se nikdy nesmí mluvit jako s dítětem a při komunikaci se musí cílevědomě chránit jeho důstojnost, nelze podceňovat jeho kognitivní dovednosti aj. (Haškovcová, 2002). Stále je možné se v praxi setkat s oslovením „babi“ a „dědo“, ale jiné oslovení než pan a paní nám musí navrhnout sám klient, ale i přesto by ho zdravotník měl zvážit (Venglářová, Mahrová, 2006). Je nutné vždy respektovat jejich zpomalené reakce a chránit je před časovým stresem, důležité informace vícekrát zopakovat nebo je možno je napsat na papír. V průběhu komunikace je důležité být stále v zorném poli klienta, mluvit srozumitelně a udržovat oční kontakt, aktivně a taktně si ověřovat možné komunikační bariéry, např. nedoslýchavost, a přizpůsobit jí komunikaci, ale bez ověření nezvyšovat hlas (Haškovcová, 2002). Porozumění řeči může zhoršovat i hlučné prostředí, proto sestra nikdy nesmí překřikovat jiný rozhovor, rozhlas nebo televizi, naopak se snažit hluk odstranit (Janáčková, 2008).

V některých situacích mohou v komunikaci se seniorem nastat problémy. Ať už se jedná o rozzuřeného klienta, smutného či demotivovaného, je důležité znát zásady, jak s ním komunikovat, snažit se zlepšit jeho situaci a dosáhnout jeho spokojenosti. Tuto situaci se sestra může pokusit zvládnout pomocí terapeutického rozhovoru, který může být realizován specializovanými odborníky, ale i středním zdravotnickým personálem, jenž ovládá základní zásady vedení rozhovoru. Tento druh rozhovoru bývá zaměřen na uklidnění, povzbuzení a optimální řešení problémové situace (Šrámková, 2007). Doporučuje se naslouchat tomu, co druhý opravdu říká, mluvit o sobě (např. „rozumím vám“), nehodnotit, nekritizovat a nekárat. Je důležité si uvědomit, že nemocný člověk se zlobí na situaci, ne na sestru. Vhodné je nabídnout řešení a přitom se vyvarovat impulzivní reakce, naučit se bez agrese vyjádřit své pozitivní i negativní pocity a naučit se rozumět svým postojům a myšlenkám (Klevetová, Dlabalová, 2008).

1.3.2 Některé překážky v komunikaci

Velmi častým problémem je fakt, že spousta zdravotníků a pracovníků v pomáhajících profesích se domnívá, že s klienty komunikují zcela správně a nedopouští se žádných velkých chyb, omylů a ani si nepřipouští své zlozvyky v komunikaci. V praxi se ale často zdravotníci mohou setkat s opakem, protože mnoho reakcí ve verbálním, ale i neverbálním projevu je bezmyšlenkovitých a automatických. Senioři v tomto případě představují specifickou skupinu, jelikož se mnoho klientů nachází v tíživé zdravotní a osobní situaci. Z toho důvodu na ně může mít špatná komunikace nepříznivý dopad. Vhodně zvolená komunikace ovlivňuje vnitřní prožívání klientů a zásadně rozhoduje o jejich spokojenosti, či nespokojenosti (Malíková, 2020).

V komunikaci se seniorem mohou vzniknout i určité komunikační bariéry, které mají souvislost se zvyšujícím se věkem, stereotypizací a sociálními, fyzickými a psychickými změnami (Pokorná, 2010). Podle Mikuláščíka (2010) každý, kdo chce komunikovat, se může někdy setkat s problémy, s překážkami, které mohou interpersonální komunikaci zkomplikovat. Komunikační bariéry ovšem není nutné vnímat jako zlo, je potřeba se snažit jim vyhýbat, odstraňovat je a nepočítat s nimi, jinak se můžeme připravit o mnohé informace a porozumění. Uvědomit si problémy a bariéry je první krok pro jejich překonávání. Komunikační bariéry obecně mohou být interní, dané osobnostními problémy komunikujícího, a externí, za něž můžeme označit rušivý element z okolí. Pokorná (2010) doplňuje, že interní bariéry mohou být zapříčiněné schopnostmi a dovednostmi jedince, jeho prožíváním a zdravotním stavem, obavami z neúspěchu, negativními emocemi, bariérami postoje (např. xenofobie), nepřipraveností, fyzickým nepohodlím či nemocí. Externí bariéry jsou dány zevním prostředím a jeho uspořádáním, vyrušením další osobou, hlukem a šumem, vizuálním rozptylováním, neschopností naslouchat či komunikačním zahlcením.

Venglářová (2007) představuje bariéry v komunikaci, které mohou vzniknout na straně pracovníka, ale i na straně klienta. Může se stát, že klient není ochoten komunikovat, nemá důvěru a má obavy, jak bude s informacemi naloženo. Některá témata jsou pro jejich generaci tabu jako např. oblast sexuality, intimních záležitostí, financí a nepříjemností v rodině.

Někdy záleží i na tom, zda vznikne pouto mezi zdravotníky a klienty, poté většina klientů mluví zcela upřímně a otevřeně. V tomto případě se dá začít rozhovor na závažné téma. Pokud klient naopak nemá s pracovníkem dobrý vztah, vznikne zde neochota komunikovat o hlubších tématech. Dle Pokorné (2010) mohou bariéry v komunikaci vznikat i kvůli fyzickým změnám, především se jedná o poruchy smyslových funkcí, u psychických změn jsou změny nálad, dysforie a deprese. Kognitivní změny omezují poznávací schopnosti a psychosociální změny. Všechny tyto změny se mohou odrazit na komunikaci. Venglářová (2007) také popisuje bariéry na straně pracovníka. Pracovníci mohou mít strach ze závažných témat, která se týkají umírání a nevléčitelných chorob. Pracovník může mít problém s určitým klientem a špatné zkušenosti z předešlých kontaktů. Konverzace na erotická témata mohou hraničit se sexuálním obtěžováním a v neposlední řadě je bariérou v komunikaci zapříčiněná nedostatkem času.

V praxi se při péči o seniory objevují i komunikační zlozvyky, kdy zdravotník může odsuzovat způsob chování a nevěnuje dostatečnou pozornost tomu, proč to klient dělá. Ubezpečuje klienta, že se nic neděje, i když on to tak necítí. Zdravotník často poskytuje rady a hledá řešení v okamžicích, kdy ho klient nepotřebuje. Tento postoj vyvolá u klienta spíše smutek a je na místě využít některou techniku z aktivního naslouchání a projevení empatie. Ukvapeně klienta zklidňuje, když potřebuje uvolnit napětí. Přesvědčuje je, aby bránili svůj způsob péče o ně. Pokud klient pocítuje nějakou bolest, vyhýbá se rozhovoru a nechce ho s ním vést. Někdy klient potřebuje pouze mlčení, ale sestra klade otázky, o něž nestojí, nebo si chce jen postěžovat a ona mu nabízí jinou formu úlevy. Občas se stává, že moralizuje a kritizuje způsob reakcí klienta, nabízí činnosti, místo naslouchání. Myslí si, že zná myšlenky klienta, neverbálně ho odmítá, nereaguje na jeho sdělení a odchází beze slov nebo mu vnucuje svůj názor (Kleťková, Dlabalová, 2008).

1.4 Domovy pro seniory

V případě, že dojde u seniora ke zhoršení zdravotního stavu a ke ztrátě soběstačnosti, je potřeba mu zajistit dlouhodobou péči. V některých rodinách to může vyvolat krizi, ale tato situace se dá řešit buď pomocí terénních sociálních služeb či institucionální formou péče

(Dvořáčková, 2012). V naší společnosti se předpokládá, že péči o nesoběstačné členy rodiny zajistí jejich rodina a odborná péče je využívána až v situaci, kdy péči o seniora rodina nezvládá, anebo úplně chybí (Svobodová, 2006). Dlouhodobá péče se dá definovat jako spektrum základních zdravotních/ošetrovatelských a sociálních služeb, které jsou poskytovány osobám v důsledku chronického onemocnění, tělesného či duševního postižení, dlouhodobě závislým na pomoci při základních každodenních činnostech. V souvislosti se stárnutím populace se očekává i přibývání osob, které vyžadují dlouhodobou péči (Čevela et al., 2014).

V domovech pro seniory se poskytují služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (Dvořáčková, 2012). Jsou to ústavní zařízení, která se musí řídit stanoveným provozním řádem. Senior si musí pro přijetí do domova podat žádost (Kalvach et al., 2004). Před nástupem uživatele do domova pro seniory provádí poskytovatel sociální šetření v místě pobytu uživatele. Toto šetření provádí sociální pracovník s vrchní sestrou, je vypracováno bodové hodnocení pro zájemce a nejvyšší počet bodů přiřadí nepříznivé sociální situaci (Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2015). Domovy pro seniory se liší dle zřizovatele. Může je zřizovat stát, krajské úřady či obecní úřady. Obyvatelé si musí platit pobyt, tj. stravu, bydlení, služby aj. Zřizovatelem může být také církev. Domovy mohou být i soukromé, tam jsou lepší podmínky, ale jsou značně dražší. V současné době domovy pro seniory představují azylová zařízení, kde lidé dožívají svůj život, často plně závislý na ošetrovatelské péči (Kalvach et al., 2004). Seniorům je zde poskytováno ubytování, strava, pomoc při běžných úkonech sebedpěče a při osobní hygieně, v aktivizační činnosti a při kontaktu se společenským prostředím či při obstarávání osobních záležitostí. Domovy pro seniory jsou součástí veřejného prostoru, je to propojení ústavních a terénních služeb (např. stravování, animační aktivity) a poskytují i přechodné a respitní pobyty (Čeledřová et al., 2016).

Poskytnutím ubytování se rozumí, že poskytovatel musí zajistit vlastní ubytování, úklid, praní ložního a osobního prádla včetně žehlení. Strava je klientovi poskytnuta na celý den v rozsahu tří hlavních a dvou vedlejších jídel. Zařízení musí mít jídelnu, kde se mobilní klienti stravují. Klienti, kteří nejsou schopni se do jídelny přemístit, se stravují na pokoji

u stolu, případně na lůžku. Pomocí při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, kterou zajišťuje buď sestra, nebo pracovník přímé obslužné péče, se rozumí, že je poskytnuta pomoc při přesunu, např. vstávání z lůžka, uléhání, změna polohy, přesuny z lůžka na vozík a zpět, oblékání a svlékání, podávání nápojů a stravy. Při osobní hygieně je klientům poskytována pomoc s veškerou osobní hygienou, péčí o vlasy, při použití toalety, holení, pedikúra a manikúra (Dvořáčková, 2012). Vybavení ubytování v domovech pro seniory má svá pravidla. Na pokoji může být maximální počet lůžek, tj. dvě lůžka. Na pokoji musí být WC a sprcha, což je nezbytná podmínka základního hygienického komfortu uživatele. V každé koupelně musí být madla, jež jsou nezbytnou pomůckou při podpoře mobility. Na pokoji musí být přítomna přípojka k telefonu a možnost přístupu k internetu, aby měl klient možnost komunikovat s okolím. Každý klient má právo mít ve svém pokoji televizor, rychlovarnou konvici, lednici, fén aj. Může se stát, že u klienta dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu, proto musí být na pokoji přítomno signalizační zařízení. Je dáno i základní vybavení pokoje, tvoří ho židle, lůžko, křeslo, stůl, noční stolek a úložný prostor pro oblečení a osobní věci, např. šatní skříň o minimální velikosti 1 m³. Každý klient má ale právo si z domova přivést vlastní nábytek či běžné předměty sloužící k dekoraci. Dále pokoj musí obsahovat uzamykatelnou skříňku či trezor, zastínění skleněných ploch, aby byl zajištěn kvalitní odpočinek a soukromí klienta, možnost regulace teploty a bezbariérovost. Ve společných prostorách musí být zajištěna madla, bezbariérovost, noční osvětlení pro lepší orientaci. K té slouží i optické rozlišení pater, tzn. rozdílné zbarvení interiéru v různých částech domova. Dále zde musí být centrální koupelna, která zajišťuje větší komfort, bezpečnost a dostupnost. V objektu musí být prostor pro realizaci duchovních programů (kaple), příjemné prostředí, barevnost a prostředí domova, zeleň, čistota. V okolí domova by pro spokojenost uživatelů měly být zřízené lavičky, altán, klidová zóna, park, zahrada, vodní prvek, popř. zázemí pro grilování, zookoutek (Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2015).

V domovech pro seniory pracují mimo všeobecné sestry, pracovníky přímé obslužné péče a lékaře sociální pracovníci, kteří se mimo jiné starají o aktivizaci seniorů. Pro spokojenost a kvalitu života ve stáří je důležité jim vytvořit program pro volný čas, tyto aktivity jsou zároveň prevencí nesoběstačnosti. Aktivizace seniorů musí respektovat individuální možnosti a přání každého seniora. Při aktivizaci senior udržuje a navazuje nové kontakty

a setkává se se svými vrstevníky, a dokonce se prohlubují mezigenerační vazby (Dvořáčková, 2012). Pokud není senior dostatečně aktivizován, nečinnost negativně působí na jeho zdravotní stav (atrofie svalů, smyslových orgánů z nečinnosti, ztráta pohyblivosti až imobilizační syndrom). Nejoblíbenější a nejvyužívanější metodou je skupinová činnost, do které se ale nemůže zapojit každý klient. Proto musí být aktivizace plánovaná a rozvržená tak, aby byla uzpůsobena každému klientovi individuálně. Nejčastějšími cíli při aktivizaci klientů je nácvik jemné motoriky, nácvik produktivity klešťového úchopu, trénink vizuálně motorické koordinace či trénink paměti (Kopecká, 2011). Sociální pracovník zajišťuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, je zajišťováno udržení či obnovování kontaktu s rodinou. Tím je podpořeno sociální začlenění klienta. Sociálně terapeutická činnost napomáhá rozvíjet sociální schopnosti a dovednosti se sociálním začleňováním. Aktivizační činnosti musí zahrnovat volnočasové a zájmové činnosti, poskytování pomoci při obnovení či udržování kontaktu s přirozeným prostředím a v neposlední řadě i zlepšování motorických, psychických a sociálních dovedností klienta. Klientům je zajištěna pomoc při obstarávání osobních záležitostí a při komunikaci vedené k zachování práv a oprávněných zájmů klienta (Malíková, 2020).

Ústředním tématem jsou i domovy pro seniory a je důležité zmínit i jejich financování. Hrazení této péče je uskutečněno z více zdrojů. Částečně si klient na péči přispívá sám, tzv. spoluúčast klienta, dotace ze státního rozpočtu či rozpočtu samospráv poskytovatele sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních, vykazání zdravotní péče v rámci systému zdravotního pojištění (Holmerová et al., 2014b). Financování pobytových sociálních služeb se tedy skládá především ze čtyř částí, jimiž jsou: platba uživatelů, příspěvky na péči, státní dotace a příjmy veřejného zdravotního pojištění. Konkrétní částky z jednotlivých zdrojů mohou být značně odlišné. Vždy závisí především na struktuře uživatelů, kvalitě poskytované péče nebo typu zřizovatelského subjektu (Herman et al., 2008). Péče se může dále hradit pomocí příspěvku na péči, příspěvku samosprávných celků, darů nebo vedlejší hospodářské a mimořádné činnosti. Do vedlejší hospodářské a mimořádné činnosti spadá pronájem nebytových prostor, výroba a rozvoz stravy, praní prádla či prodej výrobků (Malíková, 2020).

1.5 Spokojenost a kvalita poskytované ošetrovatelské péče

Cílem moderní individualizované péče je dosáhnout co nejvyšší spokojenosti seniorů (Kajonius, Kazemi, 2016). Spokojenost klientů se dá definovat jako hodnocení založené na naplnění očekávání. Spokojenost klienta může ovlivnit mnoho faktorů, např. věk, zdravotní stav, očekávání, přesvědčení, důvěra, hodnoty a zkušenosti. Hodnocení spokojenosti je přínosné pro obě strany, pokud je klient spokojený, vede ho to k dodržování léčebných cílů a doporučení, pro poskytovatele spokojenost pozitivně souvisí s vyšší spokojeností zaměstnanců a snáze se identifikují oblasti pro zlepšení péče (Waard et al., 2018). Jedním z ukazatelů kvality je spokojenost uživatelů poskytovaných služeb. Uspokojování všech potřeb klientů vede k jejich spokojenosti a opak vede k jejich nespokojenosti. Spokojenost je individuální a subjektivní pocit, a proto se využívá jako dílčí ukazatel kvality poskytované služby. Spokojenost/nespokojenost se může týkat buď dílčí oblasti poskytované služby, nebo se může jednat o spokojenost/nespokojenost celkovou. Zjišťování spokojenosti je důležité z více důvodů. Klienti mají pocit, že je jejich potřebám, názorům a požadavkům věnována určitá pozornost. Mají tak šanci se vyjádřit, co od služby chtějí, a tím dosáhnout změny a zlepšení. Pracovníkům je poskytnuta zpětná vazba a pro pracovníky managementu je to důležitý nástroj, který přináší cenné informace, sloužící jako inspirace a náměty k dalšímu zlepšování kvality poskytovaných služeb (Malíková, 2020).

Jak z předešlého textu vyplývá, spokojenost je úzce spojena s kvalitou ošetrovatelské péče, proto je důležité si zmínit i ji. Kvalita není považována za absolutní, ale za relativní kategorii. Může být vyjádřena kvalitativními indikátory, které vycházejí z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje, nebo kvantitativními indikátory, tedy objektivními a měřitelnými. Zároveň zahrnuje proces hodnocení, a pokud chceme vymežit, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřená, je potřeba určit jeho předmět a standard, s nímž je předmět porovnáván (Gurková, 2011). Kvalita života ovšem nepředstavuje pouze individuální životní standard, ale je velmi úzce spjata i s prostředím, ve kterém člověk žije, s jeho potřebami a požadavky. Může být chápána jako výsledek působení mnoha faktorů (sociálních, zdravotních, ekonomických i environmentálních podmínek), které jsou spolu ve vzájemné interakci. Dále může také zahrnovat otázky smyslu a pocitu užitečnosti vlastního života a subjektivní

hodnocení života v pojmech osobní svobody a spokojenosti (Dvořáčková, 2012). Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu života, a to především u seniorské populace, je zdraví. Zdraví je výsledkem mnoha faktorů, které jsou ve vzájemné interakci. Jedná se např. o interakci prostředí, emocí člověka, nacházení smyslu života, postoje k smrti, ke stárnutí a stáří aj. Kvalita života je podmíněna dalšími okolnostmi a v nynější době je kladen stále větší důraz na subjektivní spokojenost (Hrozenská, 2011). Zdraví je pro člověka jednou z nejdůležitějších hodnot. I když stáří není nemoc, mnoho starých lidí má zdravotní a funkční problémy. Postupné snižování soběstačnosti a vzrůstání nesoběstačnosti je závažným rizikovým faktorem ve stáří. Pro klinickou praxi a sociální služby i péči je důležité nejen danou nemoc pouze diagnostikovat a léčit, ale i posoudit funkční schopnosti a soběstačnost seniora. Příčinou zhoršené soběstačnosti mohou být nejen chronické choroby a ubývání tělesných a duševních schopností, ale jiné rizikové faktory, které nejsou medicínského charakteru. Jedná se o nevyhovující bytové podmínky, nedostatek financí, nedostupnost pečovatelské služby či neochota/nemožnost v poskytování péče ze strany rodinných příslušníků (Topinková, 2005). Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu života, je osamělost. Osamělost může být zapříčiněna odchodem dětí z domova, ztrátou životního partnera či vrstevníků. S narůstajícím věkem se u seniora snižuje manuální zručnost a nastávají problémy s orientací. Objevuje se tzv. handicap sociální integrace, tedy znemožnění účasti v obvyklých sociálních vztazích. Pokud pro seniora není možné či bezpečné žít ve své domácnosti, nachází se ve velmi náročné psychické situaci, tedy odchodu do ústavního zařízení. Senior může být ohrožen ztrátou autonomie, adaptačním šokem a syndromem poslední štace (Dvořáčková, 2012). Kvalita ve službách má mnoho rovin. Zahrnuje spokojenost uživatele a jeho rodiny, reakci na potřeby toho, komu je určena, profesionalitu a personální zajištění služby, efektivnost a cenovou dostupnost služby, vhodnost prostředí, kde je služba poskytována a udržitelnost (Mátl, Jabůrková, 2007). Kvalita poskytovaných služeb je vyjádřena širokým rozsahem úzce provázaných činností, které se vzájemně doplňují. Dimenze kvality je uváděna v 11 oblastech, a to – bezpečnost, kompetence, přijatelnost, efektivnost, vhodnost, ekonomičnost, dostupnost, kontinuita, včasnost, přiměřenost, úcta a vnímavost (Škrla, Škrlová, 2003).

1.5.1 Indikátory kvality

Další možností, jak hodnotit kvalitu poskytované služby, je vyhodnocování indikátorů kvality. Indikátory kvality jsou určitá měřitelná kritéria, která jsou pak porovnávána s předem určeným standardem nebo jinou normou. Výsledkem srovnávání je informace o tom, zda bylo standardu či normy dosaženo. Jsou to číselné údaje, které mohou být zaměřeny na zjišťování kladných či záporných znaků. Ty mají význam pouze tehdy, pokud jsou s něčím porovnávány. Indikátory kvality jsou stanoveny pro strukturu, proces či výsledek poskytovaného druhu péče. Rozlišujeme indikátory struktury, které zahrnují stanovení prostorového a technického vybavení pracoviště, personální obsazenost či kvalifikační požadavky. Indikátory procesu měří efektivitu, úroveň poskytované péče či dodržování stanovených standardů. Indikátory výstupů zahrnují počet stížností a náklady na lůžko/den (Malíková, 2020). Indikátor musí splňovat určitá kritéria. Vždy musí být smysluplné, měřící pozitivní i negativní události. Je to vždy číslo, které se musí vztahovat k nějakému kontextu a mohou se týkat mnoha oblastí. Každý poskytovatel zdravotních a sociálních služeb si musí definovat své indikátory kvality, které vychází z druhu poskytované péče a daných priorit. Mezi indikátory pro oblast ošetřovatelství s jednotnou národní metodikou sledování u nás patří výskyt dekubitů a pádů (Jarošová et. al., 2015).

1.5.2 Standardy

Standardy sociálních služeb mají zaručovat určitou úroveň kvality poskytovaných služeb, ale ne vždy jde o objektivní hodnocení. I přes dodržení veškerých kritérií standardu nemusí být služby uživatelem hodnoceny jako kvalitní. Je to z důvodu, že standardy jsou určeny pro všechny služby bez rozdílu, a proto nerozlišují jejich specifické odlišnosti. Pojem kvalita může být chápán odlišně. Pokud budou všichni poskytovatelé splňovat všechny standardy, budou jako kvalitní označováni ti, kteří budou poskytovat nadstandardní služby (Herman et al., 2008). Kvalitu sociálních služeb a dodržování standardů kontroluje inspekce, která kontroluje kvalitu poskytované služby a rozsah dodržovaných a naplňovaných kritérií standardů jednotlivými poskytovateli. V dlouhodobém výhledu činnosti komise se počítá s tím, že je zajišťována vyšší než minimální úroveň kvality poskytovaných služeb. Inspekci

provádí krajský úřad a MPSV musí vystavit potvrzení pro inspekci a musí poskytovatele o jejím konání a termínu kontaktovat předem a písemně. Inspekční tým je tvořen vedoucím a členy. Dalšími účastníky jsou kontrolovaná osoba, poskytovatel, statutární zástupce, kontaktní zaměstnanec a referující pracovníci. V přípravné fázi je inspekci vyžádána konkrétní dokumentace od poskytovatele k jejímu prostudování. Po seznámení s dokumentací se tým setká s vedoucími pracovníky, s nimiž proběhne rozhovor, během kterého je ujasněn průběh, náplň a časový harmonogram inspekce. Uživatelé služeb jsou pracovníky osloveni a dotazem je zajištěn jejich souhlas a ochota při inspekčním šetření. Při vlastním zahájení inspekce jsou vylosováni respondenti, od kterých budou zjišťovány informace pomocí rozhovoru. Průběh losování je zaznamenán do protokolu o losování a výběru respondentů. Inspekce využívá ke zjišťování a posouzení kvality tyto činnosti: prohlídku zařízení, studium osobní dokumentace respondentů a dalších uživatelů, ověřování podmínek registrace, základní postupy zjišťování kvality služby během inspekce, rozhodování mezi použitím jednotlivých postupů, rozhovor s respondenty náhodně vylosovanými, rozhovor s referujícími zaměstnanci, rozhovor s dalšími zaměstnanci a se zaměstnanci přímé péče, rozhovor s uživateli bez náhodného výběru, pozorování, návštěva společenských aktivit v zařízení, přítomnost v místnostech běžného provozu a analýza dokumentace kontrolované osoby (Malíková, 2020). Další metodou související se standardy je audit. Každý standard, který je uveden do praxe, se musí průběžně hodnotit a kontrolovat a k tomu právě slouží audit. Audit je ukazatelem kvality poskytované služby nebo výkonu. Je to systematický, nezávislý a dokumentovaný proces. Je to nástroj pro monitorování, měření a hodnocení kritérií kvality vztahujících se ke struktuře, procesu a výsledku konkrétního standardu. Cílem auditu je zlepšit a zefektivnit kvalitu praxe (Hulková, 2016).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce – kvantitativní část

Cíl1: Zjistit spokojenost klientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v domovech pro seniory.

2.1.1 Hypotézy

H1: Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na pohlaví.

H2: Ošetrojící personál pozitivně ovlivňuje spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

H3: Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na jejich soběstačnosti.

2.2 Cíl práce – kvalitativní část

Cíl2: Identifikovat faktory ovlivňující spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí z pohledu sestry.

2.2.1 Výzkumné otázky

VO1: Jakým způsobem mohou sestry ovlivnit spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

2.3 *Operacionalizace pojmů*

Spokojenost: Je individuální a subjektivní pocit, a proto se využívá jako dílčí ukazatel kvality poskytované služby. Spokojenost se může týkat buďto dílčí oblasti poskytované služby, nebo se může jednat o spokojenost celkovou (Malíková, 2020).

Ošetrovatelská péče: Ošetrovatelská péče o seniory musí být komplexní, vycházející z holistických principů, kontinuální, aktivizující, preventivní a plánovaná (Németh et al., 2009). Ošetrovatelství je zaměřeno na udržení, podporu a navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se podílí na prevenci, diagnostice, léčbě a rehabilitaci. Sestra pacientům napomáhá tomu, aby byli schopni samostatně uspokojit své základní fyziologické, psychosociální a spirituální potřeby (Tóthová et al., 2014).

Všeobecná sestra: Je nelékařský zdravotnický pracovník, který je podřízený vrchní sestře a nadřízen pracovníkům v sociálních službách (Malíková, 2020). Odbornou způsobilost pro povolání všeobecná sestra lze získat absolvováním oboru vyšší zdravotnické školy diplomovaná sestra, nebo bakalářského oboru vysoké školy v oboru všeobecná sestra (Bartůněk et al. 2016).

Soběstačnost: Znamená být schopen žít normálně v běžném prostředí a umět se vyrovnat s jeho nástrahami vlastními silami bez pomoci druhých lidí (Holmerová et al., 2014).

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Empirická část této diplomové práce byla realizována kvantitativním a kvalitativním výzkumným šetřením. Sběr dat kvantitativní části probíhal metodou dotazování, technikou řízeného rozhovoru na podkladě vytvořeného dotazníku. Pro výzkumné šetření byly zvoleny domovy pro seniory v Jihočeském kraji. K výběru byla použita technika náhodného výběru pomocí losování. Vylosovány byly 4 domovy pro seniory v Jihočeském kraji, ale pouze 2 nám umožnily provést výzkumné šetření. V těchto dvou zařízeních nám pomohla s výběrem respondentů vrchní sestra a sociální pracovnice. Soběstačnost jsme určovali na základě výsledků testu ADL, který byl zaznamenán v ošetrovatelské dokumentaci a do níž nám bylo umožněno nahlédnout. Určili jsme si 4 úrovně soběstačnosti – plně soběstačný, částečně soběstačný (spíše soběstačný) částečně nesoběstačný (spíše nesoběstačný) a plně nesoběstačný. Bohužel žádný z plně nesoběstačných s námi nechtěl spolupracovat. Dále jsme vybírali klienty, kteří byli schopni s námi komunikovat. Nejprve bylo osloveno ředitelství těchto zařízení, která nám poskytla ústní souhlas. Dotazník se skládal ze 47 otázek (Příloha 2), z čehož byly 2 otázky otevřené, 40 otázek bylo uzavřených a 5 otázek polouzavřených. Na 5 otázek odpovídali jen ti klienti, kteří v předchozí odpovědi odpověděli buď „ano“, či „ne“. Na 2 otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Otázky byly zaměřeny na celkovou spokojenost klientů v domovech pro seniory, na spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí ze strany sester, na spokojenost s výkony, které sestry provádějí, a na komunikaci. Pro 31 otázek byla využita Likertova škála – velmi spokojen/a, spokojen/a, neutrální postoj, nespokojen/a, velmi nespokojen/a. Ostatní otázky nabízely možnost odpovědí ano, ne, či udávaly konkrétní odpověď (např. otázka č. 1, č. 11) (viz Příloha č. 2). Data byla následně zpracována v programu Microsoft Excel do přehledných grafů. Pro testování hypotéz byl použit Mann Whitney U test, což je neparametrický test, který se používá k porovnání dvou nezávislých skupin, kde proměnné jsou buď spojitého, nebo ordinálního typu. Willkoxonův test, který je neparametrickou alternativou k jednovýběrovému t-testu, porovnává medián s hypotetickou hodnotou mediánu. Dále byl použit Kruskal-Wallisův test, jedná se o neparametrickou alternativu k ANOVA, která má předpoklad, že data jsou z normálního rozdělení. Tento test se používá v případě, že tento

předpoklad není splněn. Tento test porovnává rozdíly mezi 2 a více skupinami. Byl použit i Dunnův post hoc test, abychom zjistili, mezi kterými páry se nachází významný rozdíl.

Sběr dat kvalitativní části této diplomové práce probíhal metodou dotazování, technikou hloubkového rozhovoru. Uskutečnil se ve dvou domovech pro seniory v Jihočeském kraji, tedy v těch, ve kterých byly prováděny i rozhovory s klienty. Pro účel výzkumného šetření byl vytvořen rozhovor obsahující 16 otázek (Příloha 1). Otázky zjišťovaly, jak dlouho sestry pracují v domově pro seniory, jak probíhá ošetrovatelská péče o seniory a jak s nimi komunikují. Sběr dat byl realizován v období od 20.5.–10.7. 2021. Průběh rozhovorů byl zaznamenán v písemné formě. Analýza dat proběhla metodou kódování v ruce, tato metoda se také označuje jako „tužka a papír“.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dohromady bylo osloveno 102 respondentů, ale někteří z nich nespĺňovali zařazovací kritérium – pobyt v domově pro seniory 1 rok a více či neměli zájem se výzkumného šetření zúčastnit. Řízené rozhovory tedy proběhly se 74 respondenty. Všem byly podány informace o účelu a důvodu výzkumu a následně byli respondenti informováni o absolutní anonymitě dat. Jak již bylo zmíněno, 74 respondentů souhlasilo se získáváním dat a dalo ústní souhlas s jejich zpracováním v rámci výzkumné části diplomové práce. Pro účel výzkumného šetření byl vytvořen jako podklad pro řízený rozhovor dotazník obsahující 47 otázek. Sběr dat byl realizován v období 20.5.–10.7. 2021. Řízené rozhovory byly zaznamenány v písemné formě, kdy jsme respondentům četli a dovysvětlili otázky v případě, že jim nerozuměli. Rozhovor s každým respondentem trval 15–25 minut.

Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnilo jedenáct sester, které splňovaly zařazovací kritérium – pracovat v domově pro seniory 3 roky a více. Rozhovory se sestrami byly prováděny do teoretického nasycení vzorku. Všem sestrám, které se zúčastnily výzkumu, byly podány informace o účelu a důvodu výzkumu a následně byly sestry informovány o absolutní anonymitě dat. Všechny účastnice ústně souhlasily se získáváním dat a daly souhlas s jejich zpracováním v rámci výzkumné části diplomové práce. Rozhovorů se zúčastnily sestry s různou délkou praxe, která je zaznamenána v tabulce (Tabulka 1), dle

pořadí, ve kterém byly hloubkové rozhovory realizovány. Pro větší přehlednost jsou sestry dále označovány jako S.

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativní části výzkumu

Identifikační údaje sester

Tato tabulka zaznamenává pohlaví sester, délku praxe ve zdravotnictví a délku praxe v domovech pro seniory. Dále budu označovat sestry jako S1–11.

Tabulka 1 – identifikační údaje sester

		Pohlaví	Délka praxe ve zdravotnictví	Délka praxe v domově pro seniory
Sestra 1	S1	žena	35 let	19 let
Sestra 2	S2	žena	30 let	16 let
Sestra 3	S3	žena	38 let	5,5 roku
Sestra 4	S4	žena	16 let	11 let
Sestra 5	S5	žena	27 let	27 let
Sestra 6	S6	žena	29 let	5 let
Sestra 7	S7	žena	21 let	3 roky
Sestra 8	S8	žena	14 let	4 roky
Sestra 9	S9	žena	20 let	8 let
Sestra 10	S10	žena	22 let	14 let
Sestra 11	S11	žena	28 let	17 let

Zdroj: Vlastní

4.1.1 Kategorie 1 – Ošetrovatelská péče

Tato kategorie se zabývá tím, jak probíhá ošetrovatelská péče v domově pro seniory. Z výsledků vyplynulo, že vnímání časového prostoru pro poskytování ošetrovatelské péče je pro každou sestru individuální. Sestry S1, S2, S3, S8, S9, S10 a S11 se shodly, že časový prostor je nedostatečný, ovšem na dodatečnou otázku, zda si myslí, že klientům poskytují dostatečnou péči, téměř všechny zmiňované odpověděly kladně. Příkladem je odpověď S1:

„Myslím si, že časový prostor by mohl být lepší, ale bohužel jsme velmi vytižené množstvím klientů, tak jim vždy nevěnuji tolik času, kolik bych chtěla. Ale na druhu stránku si myslím, že seniorům u nás nic nechybí.“ Sestry S4, S5, S6 a S7 si myslí, že časový prostor pro poskytování ošetrovatelské péče je dostačující. To potvrzuje odpověď S5: *„Časový prostor vnímám jako dostatečný. Klientům nic nechybí, pečujeme o ně nejlépe, jak umíme a jak je v našich silách.“* S4, S8, S10, S11 doplnily, že kdyby byl dostatek personálu, času by bylo vždy dostatek. Do ošetrovatelské péče v domovech pro seniory spadá i hygienická péče. Z odpovědí vyplynulo, že hygienická péče ve sprše se odvíjí dle soběstačnosti klientů. S1: *„Většinou je při sprchování přítomen personál. Většinou proto, protože máme i pár klientů, kteří si sprchu obstarají sami, ale těch je málo.“* Všechny dotazované sestry se shodly, že pro imobilní klienty se využívají různé kompenzační pomůcky, jako jsou koupací vany, lehátka či křesla. To popisuje ve své odpovědi S8: *„Buďto provádíme koupel na lehátku, či na pojízdném křesle v centrální koupelně, kterou má každé patro.“* S9 dále tuto odpověď doplnila: *„Hygienu nikdy neprobíhá vestoje, vždy alespoň na sedátku, lehátku s dopomocí personálu.“* S1, S2, S3, S5, S6, S7 a S10 více popsaly hygienu i u chodících klientů, z výsledků vyplynulo, že mobilní klienti si po vyzvání do koupelny dojdou sami, kde na ně čeká personál, nebo je personál doprovodí. To potvrzuje odpověď S7: *„Mobilní klienti dojdou do centrální koupelny sami, tam se s dopomocí vysprchují.“* S4 tuto odpověď doplnila: *„Co mohou, klienty necháváme si umýt samotné, zbytek dopomůže personál.“* Jak probíhá samotná koupel, popsala S6: *„Celkovou sprchu provedeme tak, že klienta namočím, namydlím tělo a umyji vlasy šamponem, omyji ho žínkou a opláchnu.“* S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8, S10 a S11 popsaly i jak probíhá péče po ukončení koupele. Shodly se, že po koupeli se klienti osuší, ostříhají nehty a promazává se pokožka a dopraví se zpátky na svůj pokoj. To shrnuje odpověď S7: *„Po ukončení koupele se jim ostříhají nehty, pečují se o jejich kůži pomocí oleje. Poté se dopraví na pokoj, kde jim pomáháme se obléct, dáme čisté inkontinenční pomůcky, učešeme a necháme odpočinout.“* Součástí hygienické péče je i péče o pokožku, proto jsme se zaměřili i na to, jak sestry pečují o pokožku klientů. Zde se sestry v odpovědích nijak nerozcházel. Všechny sestry se shodly, že pro péči o pokožku využívají různé oleje, tělová mléka, masti a případně zinkové krémy. S3, S7, S8, S9, S10 a S11 dále popsaly, že o pokožku pečují nejen aplikací různých krémů, ale klienty pravidelně polohují a využívají antidekubitní matrace. S8: *„Prevence dekubitů a opruzenin je samozřejmostí.“*

Používáme i antidekubitní matrace u ležících klientů. Polohujeme je a často měníme osobní prádlo. Přímo o pokožku pečujeme tělovými mléky a oleji. “ S6 dále doplnila, že: *„O pokožku se starám tak, že ji důsledně omývám a alespoň 1× denně namažu olejem nebo jiným tělovým mlékem. Pokud je potřeba, mažu klientům záda mentolovou masťou a hýždě ošetřuji zinkovým krémem.*“ Všechny sestry se shodly, že pro zachování intimity klientů vždy zavírají dveře, zatahují závěsy mezi lůžky, využívají paravany či zatahují žaluzie. S11 odpověděla: *„Využívám závěsy mezi lůžky, plenty a paravany. Zavírání dveří je samozřejmostí.*“ S2, S3 a S10 dále popsaly, že při přemísťování klienta do koupelny ho vždy řádně zahálí. S4 doplnila: *„S klienty neustále mluvím o tom, co se bude dít, např. přebalování, koupání.*“

Podkategorie 1 Vliv na spokojenost klientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí

Tato podkategorie popisuje, co podle sester ovlivňuje spokojenost klientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a co by sestry změnily, kdyby měly tu možnost. Všechny dotazované sestry se shodly, že spokojenost klientů ovlivňuje především personál a prostředí. S6 sdělila následující: *„Nejvíce klienty ovlivňuje vstřícnost personálu a to, jak ke klientům přistupují. Ovlivňuje je i slušné jednání a zacházení. Určitě pro jejich spokojenost pomáhá i ochota personálu pomáhat s drobnými úkoly.*“ Dále tato sestra doplnila, že spokojenost klientů ovlivňuje i strava, s čímž souhlasí i S9. S1 a S9 sdělily, že je pro spokojenost klientů důležitý klid a soukromí. S9 sdělila: *„Chtěla bych pro klienty klidnější prostředí a více času stráveného v přírodě.*“ S2, S3, S7, S8, S9, S10 a S11 vidí jako faktor spokojenosti i dostatek času na komunikaci. S7 si myslí, že spokojenost klientů ovlivňuje především jejich momentální zdravotní stav. Dále tato podkategorie popisuje, co by sestry změnily, kdyby měly tu možnost, S2, S3, S4, S8, S10 a S11 by chtěly mít více času na klienty, což podle nich zapříčiňuje nedostatek personálu. S3 sdělila: *„Přála bych si více času na klienta, pohovořit s ním. To pomůže zlepšit i jeho psychický stav a klient je pak spokojený a v lepší náladě.*“ Podobně se vyjádřila i S2: *„Zlepšit by se mohl čas na péči, což by se dalo zajistit, kdyby bylo více personálu, ale to je věčný boj ve zdravotnictví.*“ Na tom, že by mělo být na směně více personálu, se shodlo více sester (S2, S4, S8, S11). S6, S9 a S10 by změnily stravování, protože si podle nich klienti často stěžují na jídlo. S1 odpověděla, že by si pro klienty přála tišší přístup a více klidu. S5, S6 a S7 by nic neměnily, protože dle jejich odpovědí jsou klienti

spokojeni s tou péčí, kterou ony poskytují. To právě popisuje S5: „*Pokud je klient čistý, má čisté prostředí, dostatek jídla a tekutin, je spokojený.*“

4.1.2 Kategorie 2 – Práce sestry

Tato kategorie popisuje, jaká je náplň práce sestry v domovech pro seniory. S11 odpověděla: „*Ošetrovatelská péče v domovech pro seniory je rutina.*“ A naopak S9 odpověděla: „*Nelze specifikovat, každý den probíhá jinak a potřeby klientů jsou různé.*“ Ovšem všechny sestry se shodly, že den začíná ranní hygienou, která nejčastěji zahrnuje převléknutí, stlaní a výměnu inkontinenčních pomůcek, což potvrzuje odpověď S6: „*Během dne provádíme i základní hygienickou péči, kterou kontrolujeme 3× denně. To zahrnuje i úpravu lůžka a klienta, pokud má např. špinavé triko, vždy ho ihned vyměníme.*“ Dále se sestry S1–S11 shodly, že podávají ranní léky, diabetikům aplikují inzulin dle ordinace lékaře a následně podávají snídani. S5: „*Pokud je potřeba, pomohu jim namazat či nakrájet chléb, nebo jim podávám stravu.*“ S1, S5, S7 a S10 se snaží účastnit i celkové koupele ve sprše, která u každého klienta probíhá 1× týdně. Dále se všechny sestry shodly, že během koupele či po ní následují další výkony, jako jsou převazy, měření fyziologických funkcí, kontrola či výměna permanentního močového katétru, aplikace subkutánních a intramuskulárních injekcí. To ve své odpovědi uvedla i S7: „*Po snídani, kdy probíhá celková koupel ve sprše, kterou z největší míry zajišťují pracovnice přímé obslužné péče, jim buďto pomáhám, či provádím převazy u všech klientů. Pokud je potřeba, kontroluji PMK, aplikuji injekce, měřím tlaky atd.*“ S1, S2, S5, S7, S8, S10 a S11 dále detailněji popsaly, jak den probíhá dál. Shodly se, že po těchto výkonech následuje oběd a podávání poledních léků a aplikace inzulinů, což popsala S5: „*Potom klientům podáváme oběd a já je rozdávám na jídelně, poté imobilním klientům pomohu s příjmem stravy.*“ Po obědě se S1, S2, S7, S8 a S10 účastní i odpolední hygieny, která zahrnuje výměnu inkontinenčních pomůcek, a S2, S5, S7 a S11 odpověděly, že zapisují do karet a provádějí administrativní práci. S2 to popsala následovně: „*Potom buďto píšu dokumentaci a hlášení, nebo pomáhám při výměně inkontinenčních pomůcek.*“ S7 dále dodala: „*Odpoledne řeším vše, o co mě klienti požádali, a snažím se jim vyhovět.*“ Sestry S1, S2, S5, S7, S8, S10 a S11 uvedly, že před večeří podávají klientům večerní léky, aplikují večerní inzuliny a následně spolu s pracovníci přímé obslužné péče podávají večeře. S1, S4, S6, S9, S10 také zmínily, že klientům během celého dne zajišťují hydrataci.

To popsala S1: „*Během celého dne klienty chodím průběžně kontrolovat a zajišťuji jim při tom i pitný režim.*“ Sestry S2, S5, S7 S8 a S10 popsaly i noční službu. Shodly se, že ta zahrnuje podávání nočních léků a aplikaci nočních inzulinů, výměnu inkontinenčních pomůcek a převlékání do oblečení na spaní. To shrnula S7: „*Pokud mám noční službu, všem diabetikům podávám druhou večeři, aplikuji inzuliny, podám noční léky, pomáhám při výměně inkontinenčních pomůcek a převlékání do oblečení na spaní.*“

Podkategorie 1 Prováděné činnosti

Tato podkategorie shrnuje, jaké všechny výkony sestry u klientů provádějí. Sestry S1, S2, S4, S5, S7, S8, S10 a S11 se shodly, že nejčastěji se jedná o hygienu, zahrnující péči o pokožku celého těla a prevenci proleženin polohováním. Všechny sestry se shodly, že dalšími nejčastějšími výkony jsou příprava a podávání medikace, aplikace inzulinů, provádění převazů, aplikace injekcí subkutánně a intramuskulárně, odběry biologického materiálu, měření fyziologických funkcí, péče a výměna permanentního močového katétru, podávání stravy a hydratace. S6 to popsala následovně: „*U klientů provádím hygienu 3× denně, podávám medikaci, aplikuji inzuliny a provádím převazy. Snažím se u klientů provádět i jiné činnosti, jako je např. nácvik chůze alespoň tím, že klienta odvedu ke stolu, aby se zde mohl najíst.*“ Dále tato podkategorie znázorňuje, jak sestry pomáhají klientům s podáváním stravy a při zajišťování pitného režimu. Co se týče stravy, všechny sestry se shodly, že klientům dopomáhají při úpravě stravy, která zahrnuje krájení či namazání pečiva, a pokud je potřeba, následně klientovi pomohou s příjmem stravy. To ve své odpovědi popsala S6: „*Některým stačí pouze jídlo donést a oni se najedí sami, a někteří potřebují pomoci zaujmout polohu, pokrájet maso a někteří potřebují nakrmit.*“ S1, S5 a S7 ještě zmínily, že pomáhají klientovi si sednout, či ho doprovodí ke stolu. S1, S5 a S6 dávají klientům při příjmu potravy pod krk ručník, aby si nezašpinili oděv. S6: „*Vždy klientům dávám pod krk ručník, aby se nezašpinili. Když dojí, omyji jim obličej a ruce a setru jim jídelní stůl, aby měli své prostředí vždy čisté.*“ Co se týče hydratace, S1, S2, S3, S4, S6, S8, S9, S10 a S11 pravidelně hydratují své klienty. Shodly se, že kontrolují, zda mají klienti pití na dosah a vždy plné lahvičky nebo hrnky. Pokud toho klienti nejsou schopni, dají jim napít ony. To demonstruje odpověď S6: „*Pokaždé když jdu ke klientovi, vždy kontroluji, zda má dostatek pití v lahvi a případně ji doplním, u nás už je to takový zvyk, dělá to naprosto každý.*“

Některým nesoběstačným klientům dávám napít já.“ S3 ve své odpovědi zahrнула i edukaci: *„Klient je ode mě edukován o nutnosti dostatečného příjmu tekutin.“*

4.1.3 Kategorie 3 Komunikace

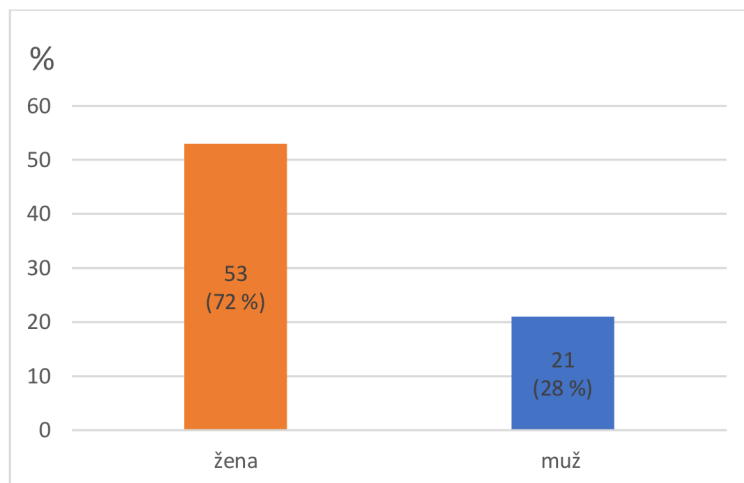
Tato kategorie popisuje, jak sestra uzpůsobuje komunikaci, pokud se jedná o nedoslýchavého klienta. Všechny dotazované sestry se vždy snaží komunikaci uzpůsobit. Všechny se shodly, že využívají neverbální komunikaci a snaží se artikulovat. S4 a S11 v případě potřeby použijí tužku a papír a sdělují klientovi informace psanou formou. Další metodu, kterou všechny sestry využívají, je zvýšení hlasu. S6 se vyjádřila následovně: *„Pokud se jedná o nedoslýchavého klienta, zvyšuji hlas, ale snažím se nekřičet.“* S3 se vyjádřila podobně: *„Na klienta nekřičím, hovořím k němu zepředu, středním tónem hlasu.“* S9 doplnila: *„Mluvím jednoduchou větou, aby klient mohl odpovědět ANO–NE.“* S1, S2, S5, S6 a S8 odpověděly, že se ke klientovi nakloní a hovoří mu přímo do ucha. S2, S8, S9 a S11 kontrolují, zda mají klienti kompenzační pomůcky – naslouchadla a případně je klientovi nasadí. S4 ve své odpovědi sdělila, že je důležitá trpělivost. Všechny sestry se shodly, že se vždy snaží klientovi naslouchat a jeho problém následně vyřešit. S8 a S11 sdělily, že to někdy není z časových důvodů možné. S11: *„Vždy se snažím naslouchat, ale upřímně se někdy stane, že slíbím, že přijdu a následně na to zapomenu.“* Podobně odpověděla i S8: *„Snažím se naslouchat, ale někdy to není z časových důvodů možné.“* Dále se S1–S11 shodly, že se vždy problém snaží vyřešit samotné, pokud to je ovšem v jejich kompetencích. S1 sdělila: *„Většinou se je snažím sama nějak utěšit, vyslechnout je a navrhnout řešení.“* S3 doplnila: *„Klientovi se pokouším vždy naslouchat a problém vyřešit. Důležitá je empatie ke klientovi.“* S1, S2, S5, S6, S8, S9, S10, a S11 odpověděly, že pokud není v jejich kompetenci problém vyřešit, odkazují klienty na jiné pracovníky domova pro seniory. Nejčastěji byla zmiňována staniční sestra (S5, S8, S11), vrchní sestra (S2, S5, S8, S9) a sociální pracovníce (S1, S2, S5, S6, S8, S9, S11). S10 ovšem výčet pracovníků rozšířila: *„Pokud je nutná spolupráce ostatních kolegů, ať sociálních pracovníc, kněze, vrchní sestry, rodiny, fyzioterapeuta, jdu problém řešit s nimi, pokud klient není proti.“* S8 odkazuje klienty i na lékaře.

Podkategorie 1 Vliv komunikace na spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí

V této podkategorii jsme se zabývali tím, jak sestry vnímají vliv komunikace sester s klienty na spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10 i S11 se shodly, že komunikace má veliký vliv na spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. S1, S2, S4 a S5 se snaží pomocí vzájemné komunikace s klienty navazovat bližší vztah, aby se klienti v domově pro seniory cítili více jako doma. To ve své odpovědi popsala S2: *„Je to důležité, pomáhá to navazovat vztah a pocit důvěry. Jelikož v domově pro seniory klienti bydlí, musí se zde cítit jako doma, a to ovlivňuje i personál svou komunikací.“* Dále S7 popsala, jak vnímá komunikaci ona: *„Díky komunikaci si dokážeme navázat bližší vztahy a klienti se mi pak nebojí svěřit, protože ví, že se o ně zajímám, a to i prostým zeptáním, jak se dnes má.“* S8 a S9 mají pocit, že pro komunikaci s klientem nemají dostatek časového prostoru. S8 se vyjádřila takto: *„Avšak z mého pohledu je na komunikaci z časových důvodů málo prostoru.“* S10 a S11 se shodly, že velmi důležitá je komunikace nejen s klientem, ale i jeho rodinou. S11 vyjádřila svůj názor takto: *„Nesmí se ale zapomínat i na komunikaci s rodinou. U některých klientů se stává, že oni vidí věci jinak než my, a může se z toho stát nedorozumění.“*

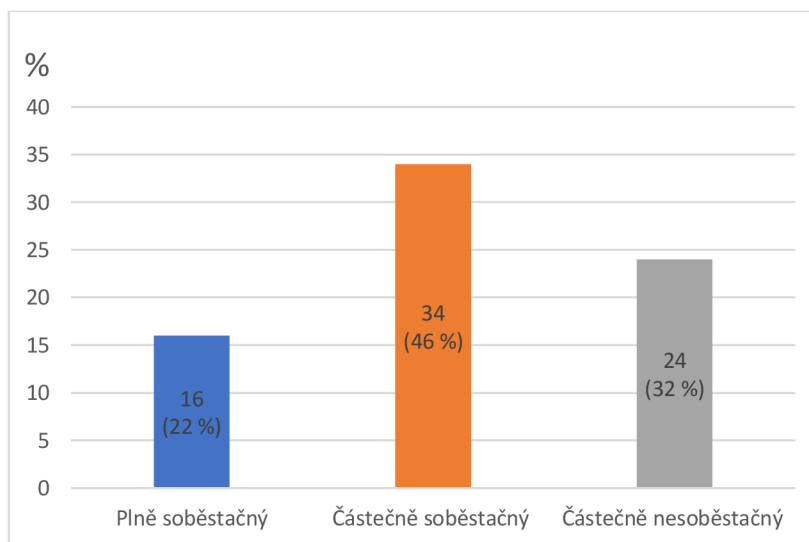
4.2 Výsledky kvantitativní části výzkumu

Graf 1 Pohlaví



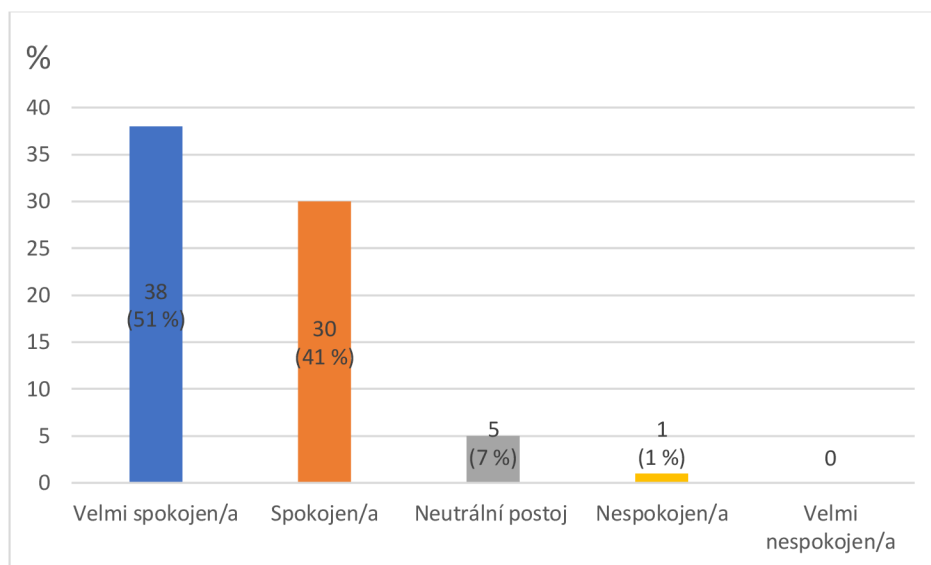
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo 53 (72 %) ženského pohlaví a 21 (28 %) mužského pohlaví.

Graf 2 Soběstačnost klientů



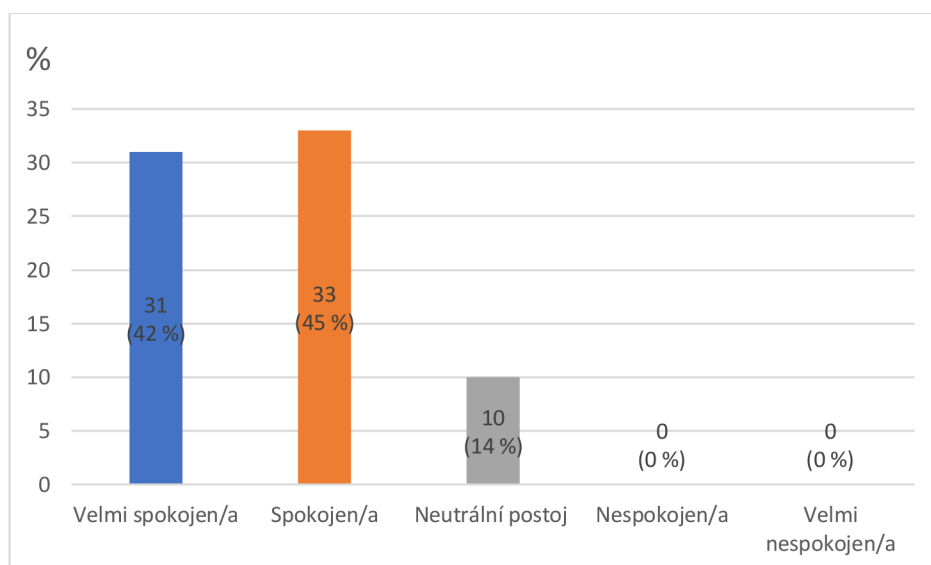
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) domova pro seniory bylo 16 (22 %) klientů plně soběstačných, 34 (46 %) klientů částečně soběstačných a 24 (32 %) klientů částečně nesoběstačných.

Graf 3 Celková spokojenost v domově pro seniory



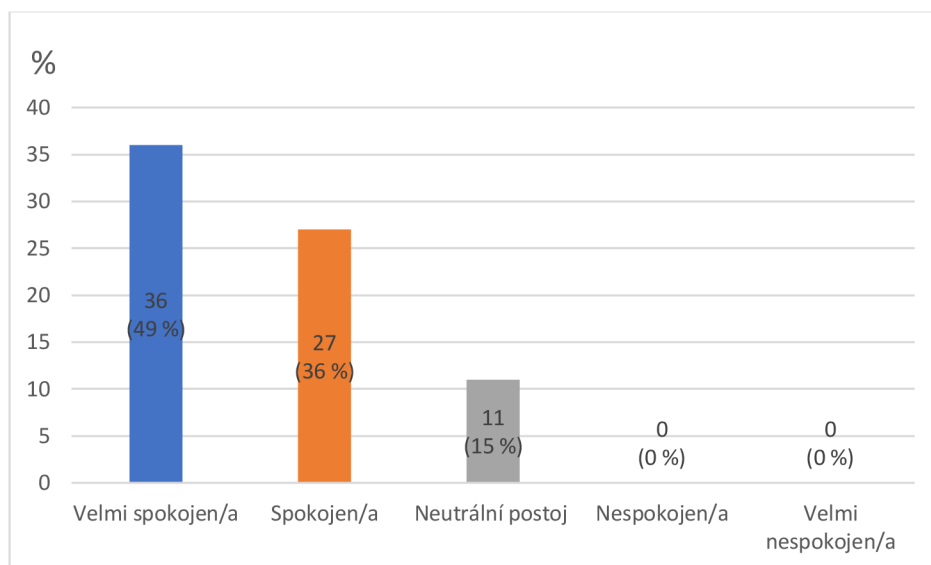
Z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo v domově pro seniory celkově 38 (51 %) velmi spokojeno, 30 (41 %) spokojeno, 5 (7 %) vyjádřilo neutrální postoj a 1 (1 %) byl nespokojen.

Graf 4 Vybavení společenských místností



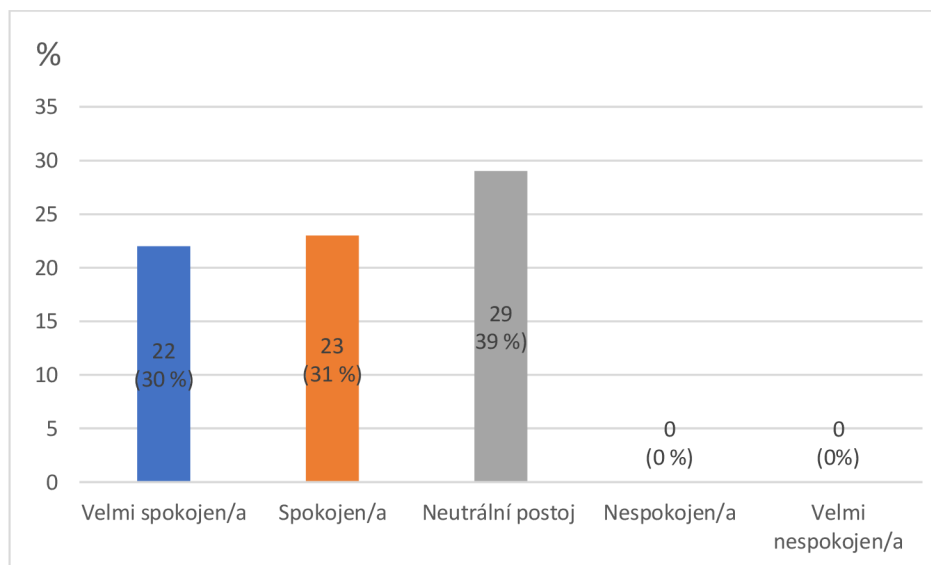
Z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo s vybaveností společenských místností 31 (42 %) klientů velmi spokojeno, spokojeno bylo 33 (45 %), neutrální postoj vyjádřilo 10 (14 %) klientů.

Graf 5 Spokojenost s vybaveností jídelny



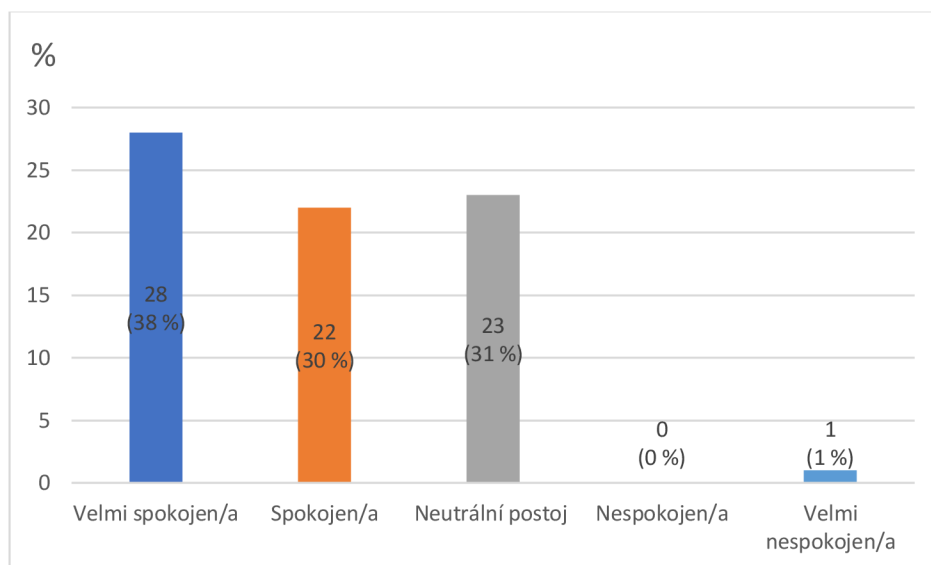
Z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo s vybaveností jídelny velmi spokojeno 36 (49 %) klientů, spokojeno bylo 27 (36 %), neutrální postoj vyjádřilo 11 (15 %) klientů.

Graf 6 Spokojenost s vybaveností kapele



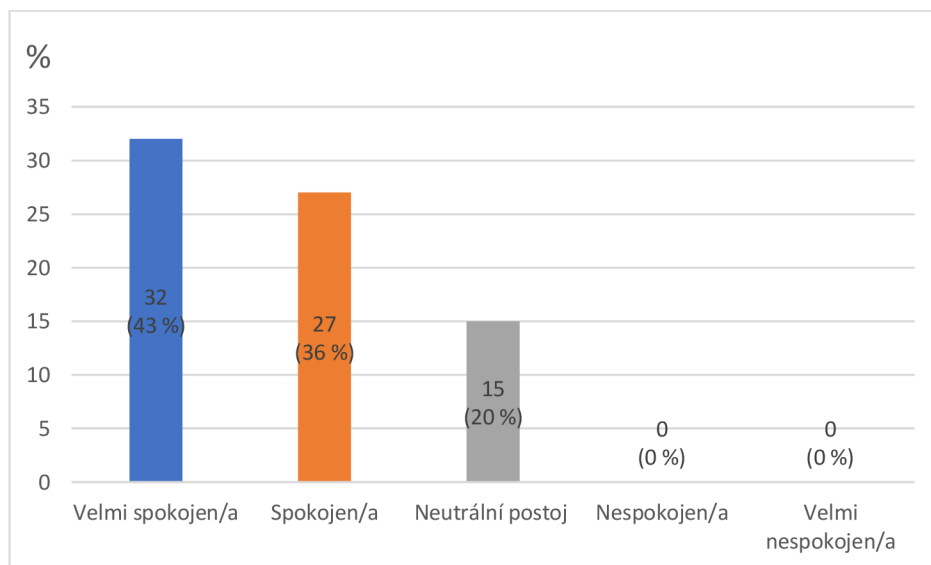
Z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo s vybaveností kapele velmi spokojeno 22 (30 %) klientů, spokojeno bylo 23 (31 %), neutrální postoj vyjádřilo 29 (39 %) klientů.

Graf 7 Spokojenost s vybaveností tělocvičny



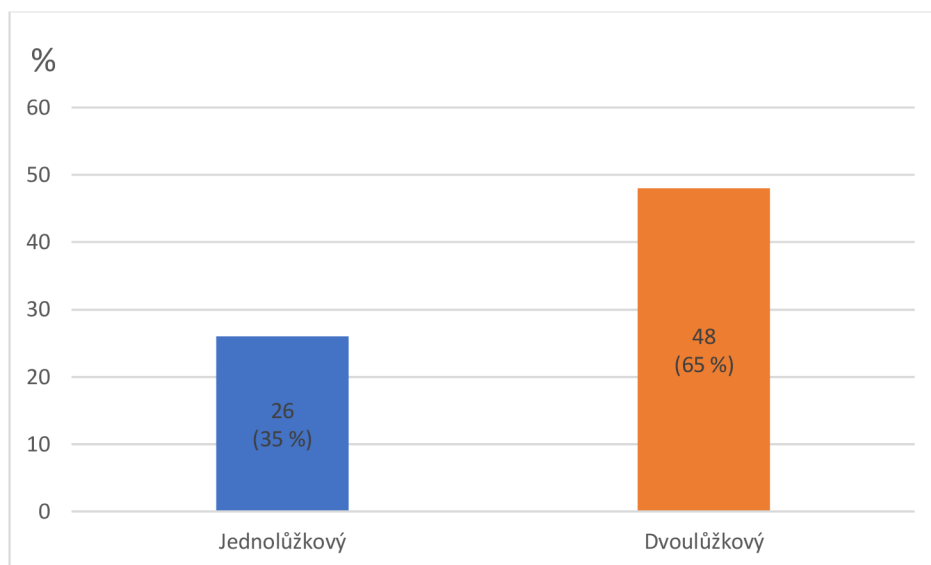
Z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo s vybaveností tělocvičny velmi spokojeno 28 (38 %) klientů, spokojeno bylo 22 (30 %), neutrální postoj vyjádřilo 23 (31 %) a velmi nespokojen byl 1 (1 %) klient.

Graf 8 Spokojenost s rozlišením pro jednoduchou orientaci v domově pro seniory



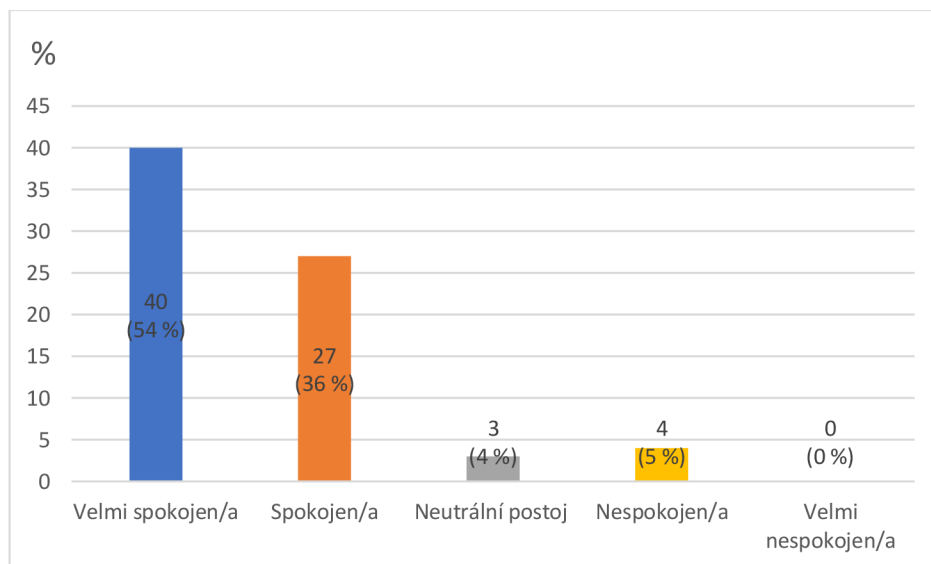
Z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo s rozlišením pro jednoduchou orientaci v domově pro seniory velmi spokojeno 32 (43 %) klientů, spokojeno bylo 27 (36 %) a neutrální postoj vyjádřilo 15 (20 %) klientů.

Graf 9 Typ pokoje



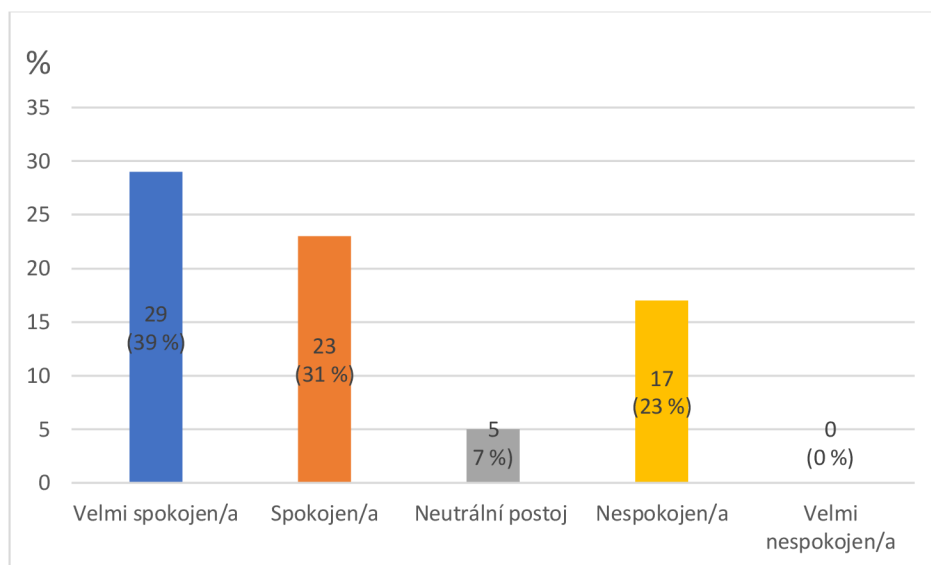
Tento graf popisuje, že z celkového počtu 74 (100 %) klientů je umístěno 26 (35 %) klientů na jednolůžkovém pokoji, zatímco 48 (65 %) klientů na dvoulůžkovém pokoji .

Graf 10 Spokojenost s vybavením pokoje



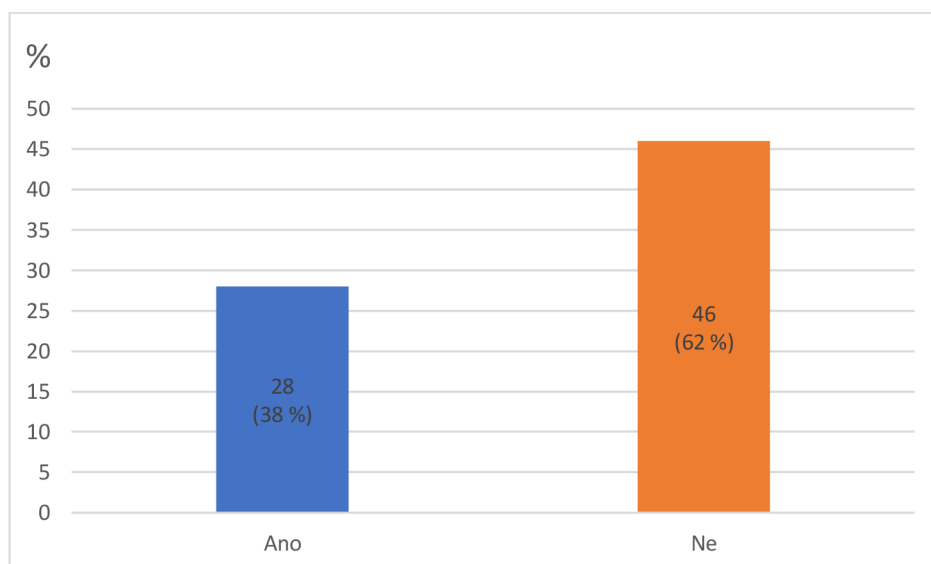
Tento graf popisuje, že z celkového počtu 74 (100 %) klientů je s vybaveností pokoje velmi spokojeno 40 (54 %) klientů, spokojeno je 27 (36 %), neutrální postoj vyjádřili 3 (4 %) klienti a nespokojeni byli 4 (5 %) klienti.

Graf 11 Spokojenost se spánkovým režimem



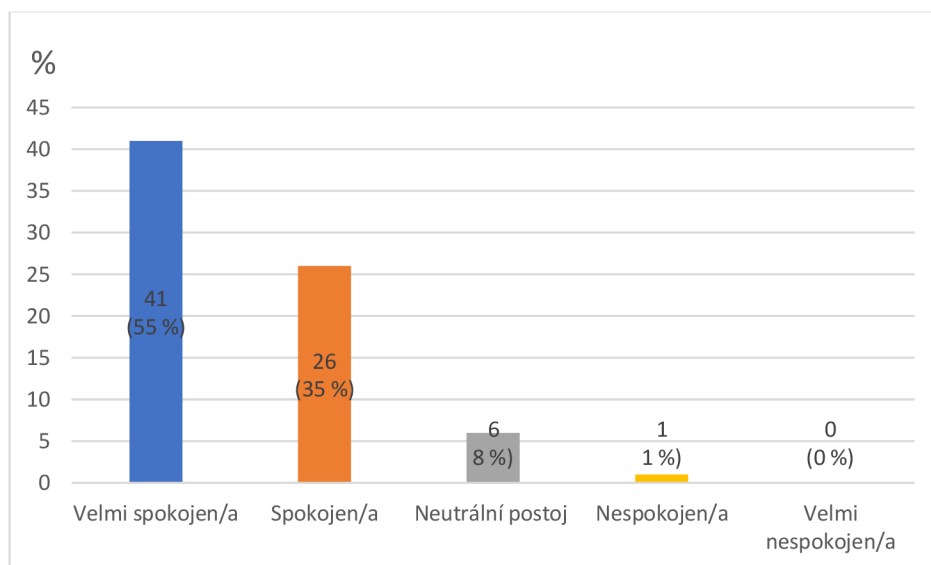
Tento graf popisuje, že z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo se spánkovým režimem velmi spokojeno 29 (39 %), spokojeno 23 (31 %), neutrální postoj vyjádřilo 5 (7 %) a nespokojeno bylo 17 (23 %) klientů.

Graf 12 Narušení spánku v souvislosti s pobytem v domově pro seniory



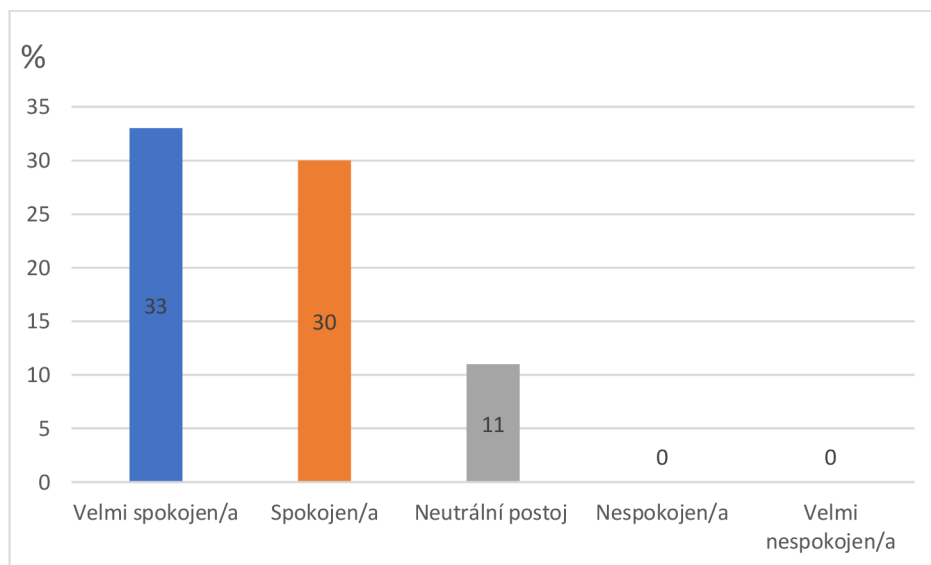
Tento graf popisuje, že z celkového počtu 74 (100 %) klientů má narušený spánek 28 (38 %) klientů. Spánek naopak nemá narušeno 46 (62 %) klientů.

Graf 13 Spokojenost s prostorem pro vlastní aktivity



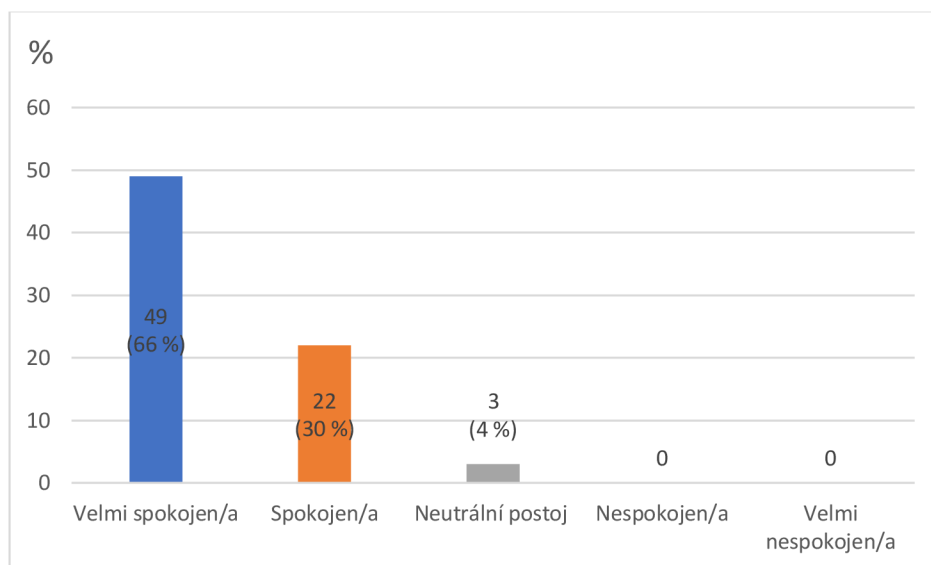
Tento graf zachycuje, že z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo s prostorem pro vlastní aktivity velmi spokojeno 41 (55 %) klientů, spokojeno bylo 26 (35 %) klientů, neutrální postoj vyjádřilo 6 (8 %) a nespokojen byl 1 (1 %) klient.

Graf 14 Spokojenost s aktivitami, které zařízení nabízí



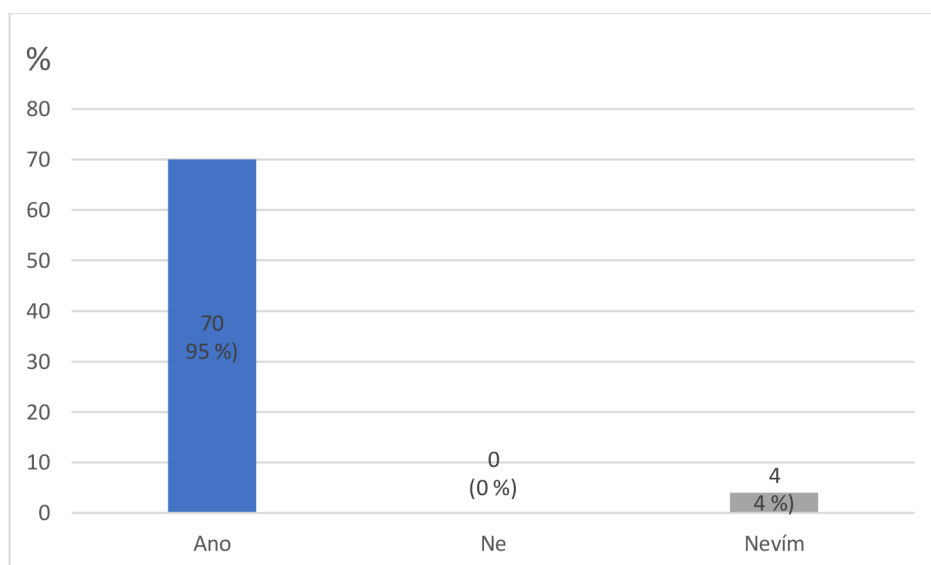
Tento graf ukazuje, že z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo s aktivitami, které zařízení nabízí, velmi spokojeno 33 (45 %), spokojeno 30 (41 %) a neutrální postoj vyjádřilo 11 (15 %) klientů.

Graf 15 Spokojenost s přístupem zaměstnanců



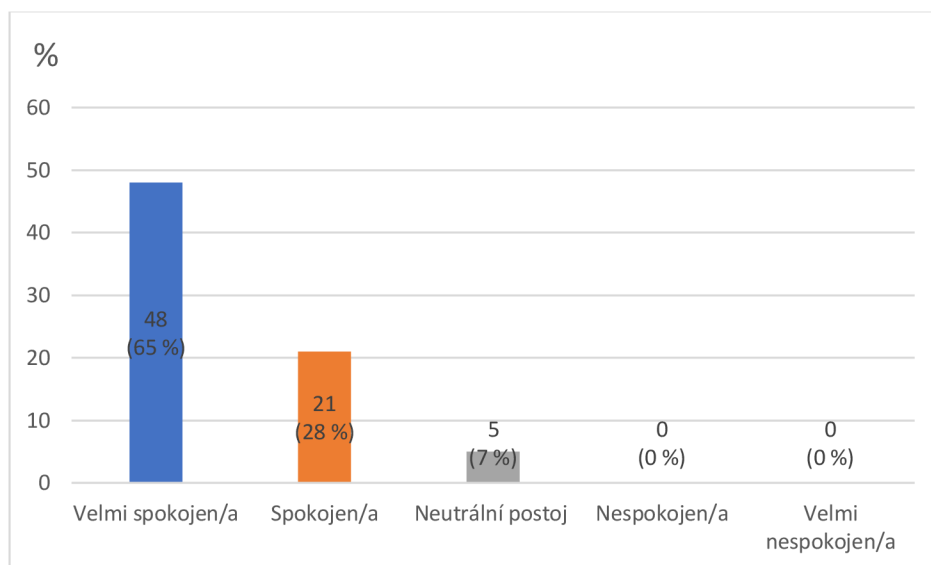
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s přístupem zaměstnanců velmi spokojeno 49 (66 %) klientů. Spokojeno bylo 22 (30 %) klientů a 3 (4 %) vyjádřili neutrální postoj.

Graf 16 Ohled na osobní tempo



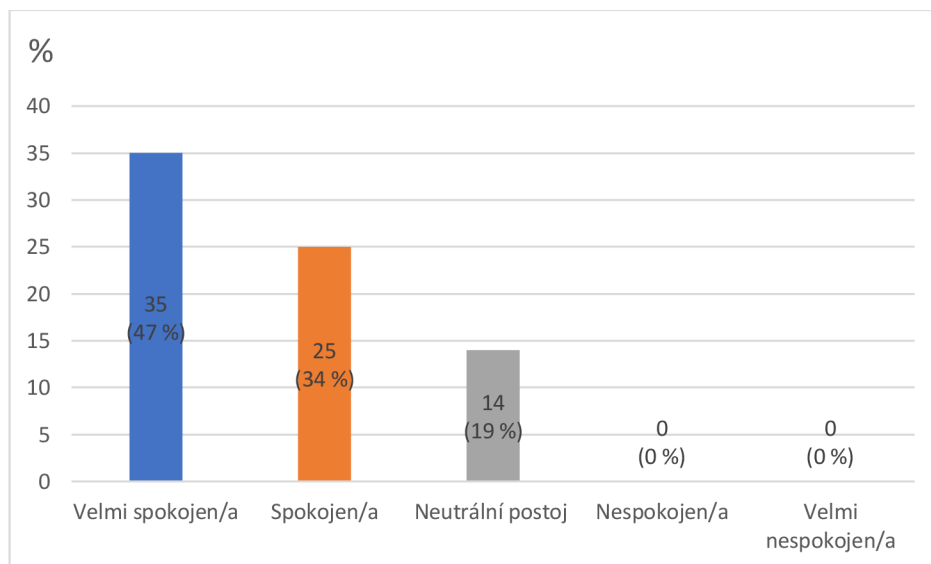
Tento graf popisuje, že z celkového počtu 74 (100 %) klientů si 70 (95 %) myslí, že je brán ohled na jejich tempo. Nevím – odpověděli 4 (5 %) klienti.

Graf 17 Spokojenost s prováděním hygienické péče



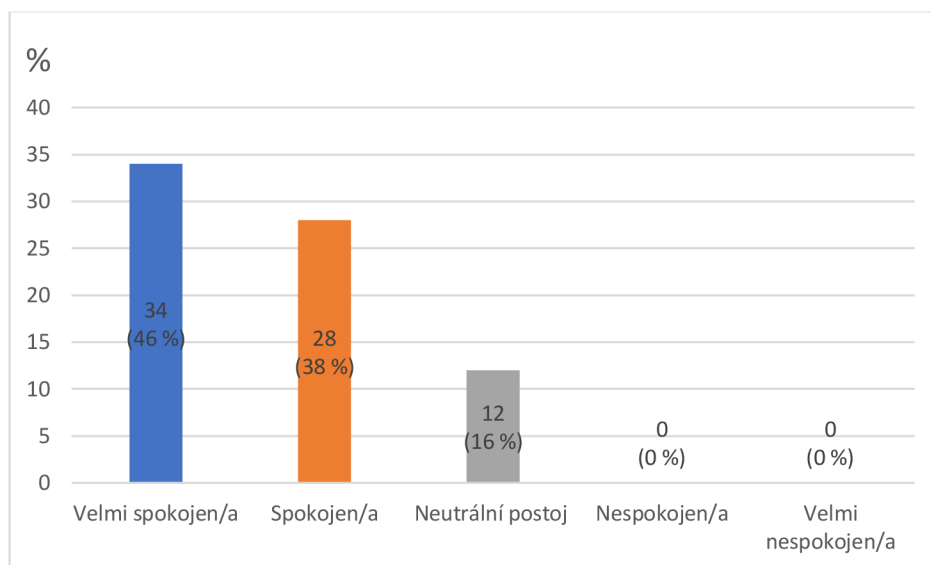
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s prováděním hygienické péče velmi spokojeno 48 (65 %) klientů. Spokojeno bylo 21 (28 %) klientů a 5 (7 %) vyjádřilo neutrální postoj.

Graf 18 Spokojenost s pomocí při oblékání



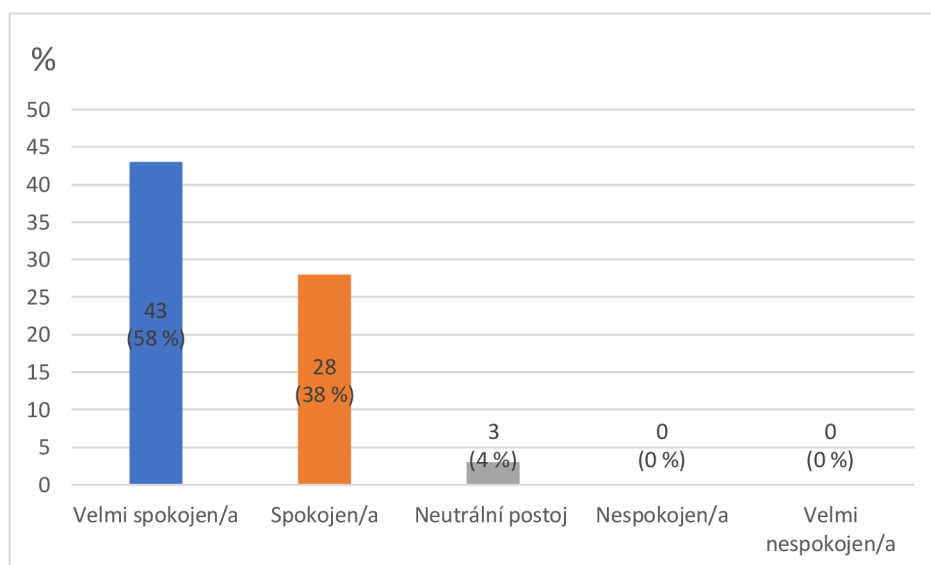
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s pomocí při oblékání velmi spokojeno 35 (47 %) klientů. Spokojeno bylo 25 (34 %) klientů a 14 (19 %) klientů vyjádřilo neutrální postoj.

Graf 19 Spokojenost s pomocí při stravování



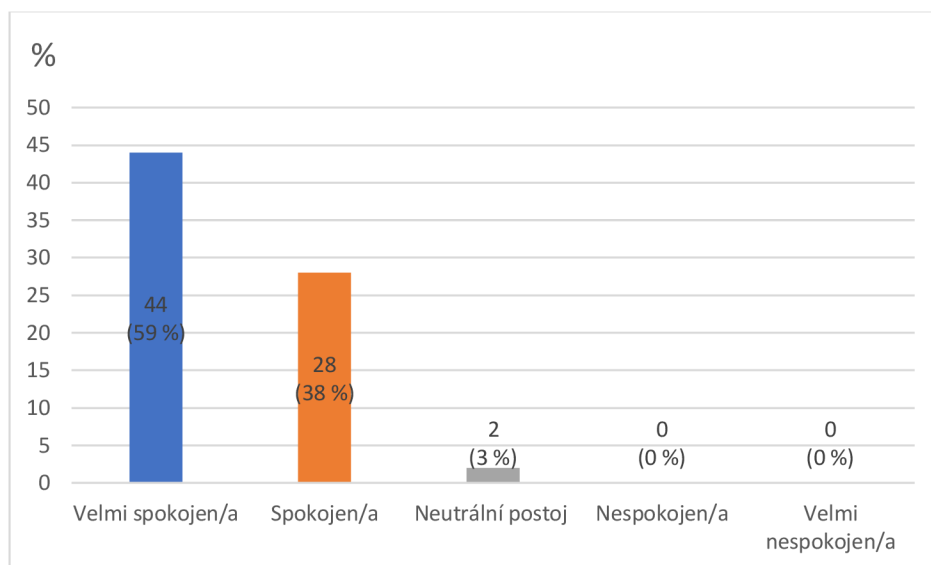
Tento graf popisuje, že z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo s pomocí při stravování velmi spokojeno 34 (46 %), spokojeno 28 (38 %), neutrální postoj vyjádřilo 12 (16 %) klientů.

Graf 20 Spokojenost s podanými informacemi od sester



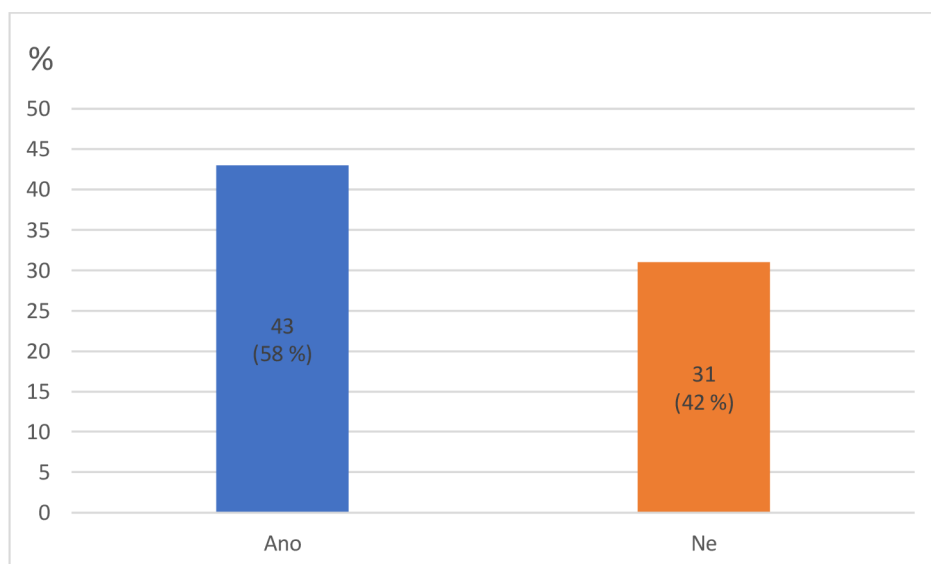
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s informacemi podanými od sester velmi spokojeno 43 (58 %) klientů. Spokojeno bylo 28 (38 %) klientů a neutrální postoj vyjádřili 3 (4 %) klienti.

Graf 21 Spokojenost s podporou soběstačnosti



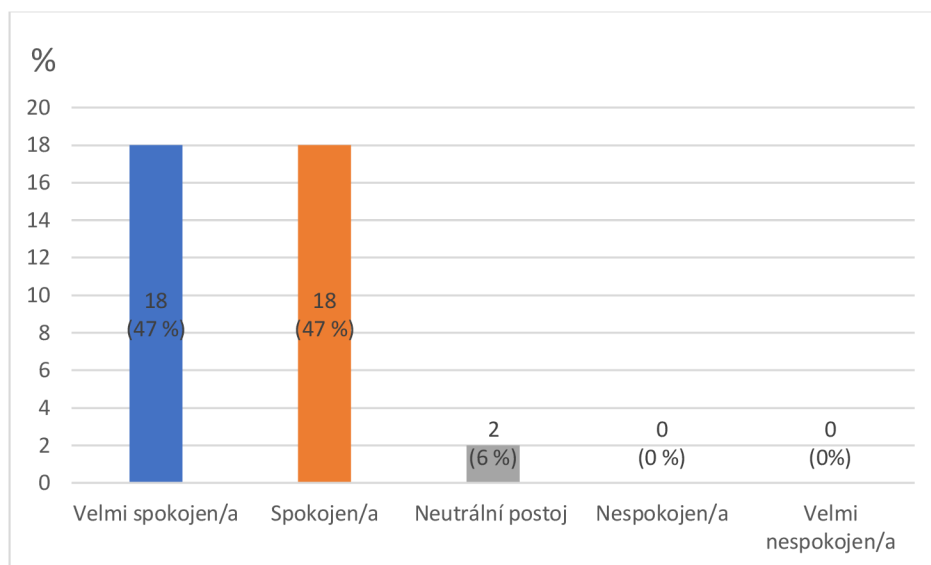
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s podporou soběstačnosti velmi spokojeno 44 (59 %) klientů. Spokojeno bylo 28 (38 %) klientů a 2 (3 %) z nich vyjádřili neutrální postoj.

Graf 22 Schopnost zajistit si pitný režim



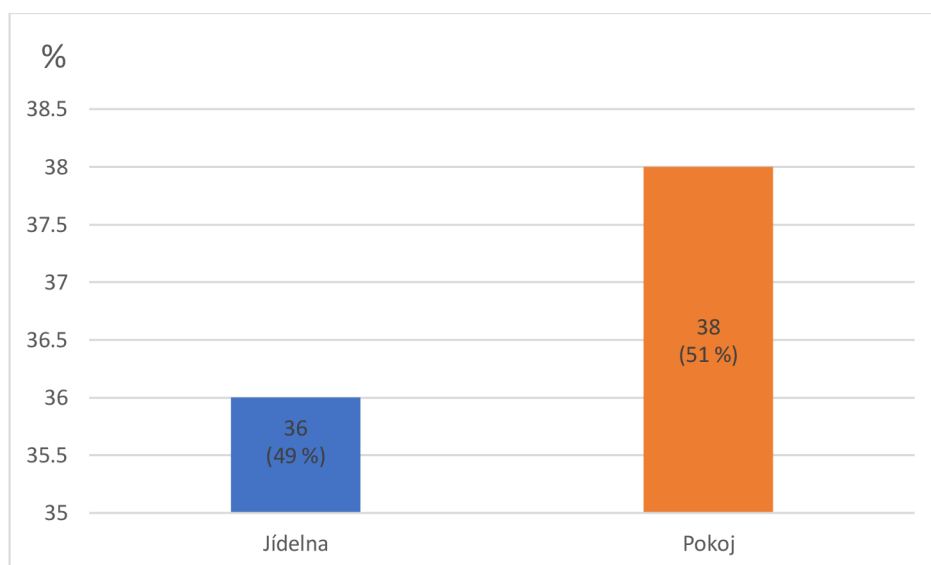
Tento graf popisuje, že z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo schopno si zajistit pitný režim 43 (58 %) klientů. Pitný režim si nebylo schopno zajistit 31 (42 %) klientů.

Graf 23 Spokojenost s aktivním nabízením tekutin



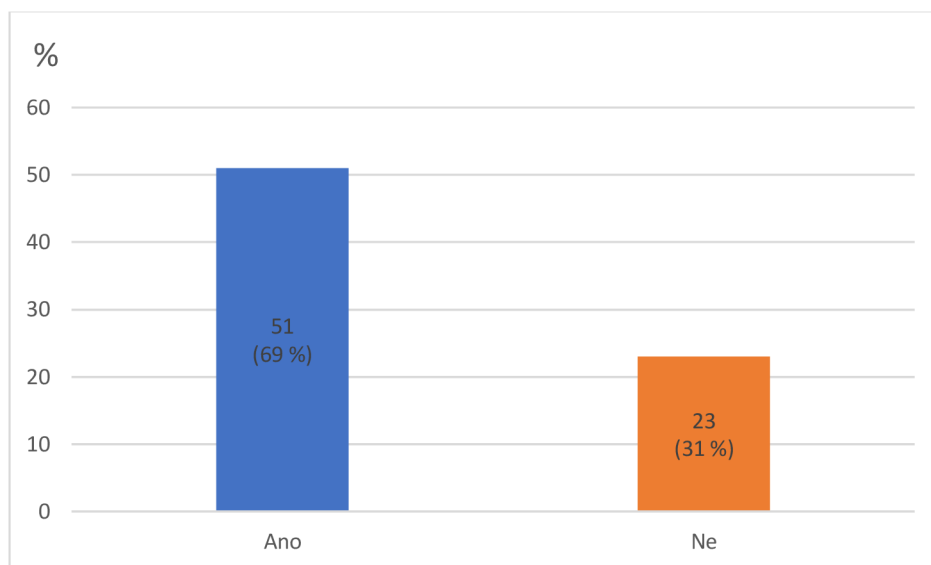
Tento graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu č. 22 – z 38 (100 %) klientů bylo s aktivním nabízením tekutin velmi spokojeno 18 (47 %), spokojeno 18 (47 %) klientů a neutrální postoj vyjádřili 2 (6 %) klienti.

Graf 24 Místo stravování



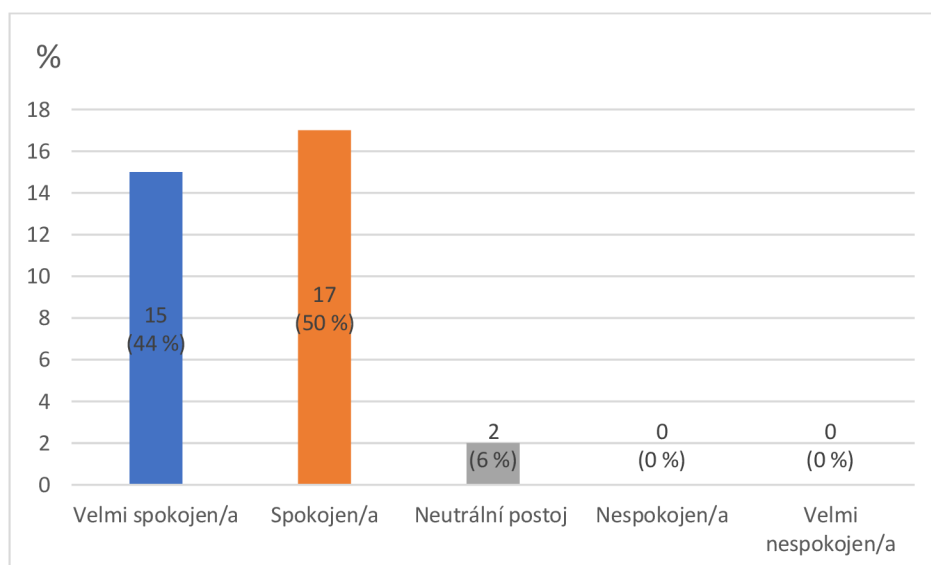
Tento graf ukazuje, že ze 74 (100 %) klientů se v jídelně stravovalo 36 (49 %) klientů. Na pokoji se stravovalo 38 (51 %) klientů.

Graf 24 Schopnost si připravit potravu



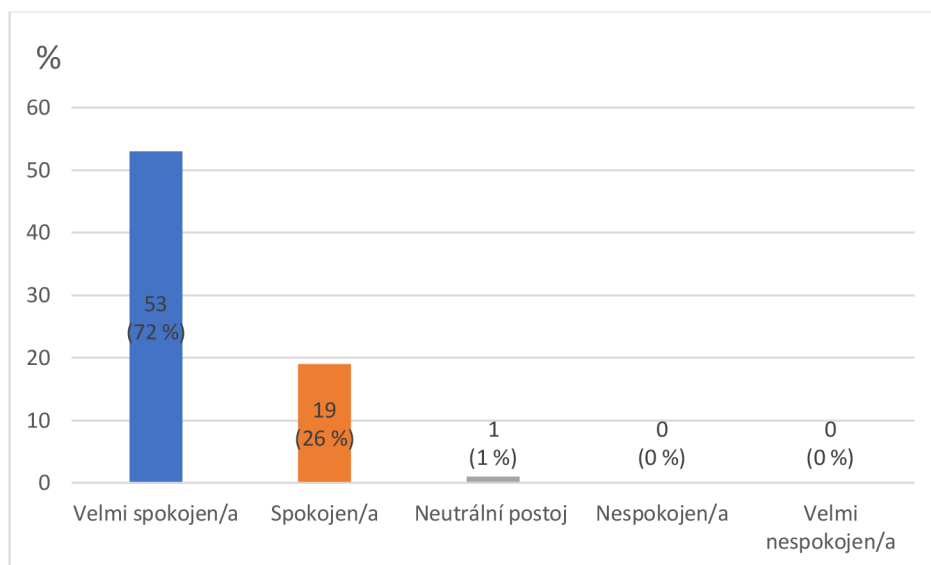
Tento graf popisuje, že ze 74 (100 %) klientů si bylo schopno samostatně připravit potravu 51 (69 %) klientů, naopak 23 (31 %) klientů si potravu samostatně nepřipravuje.

Graf 25 Spokojenost s pomocí při přípravě potravy



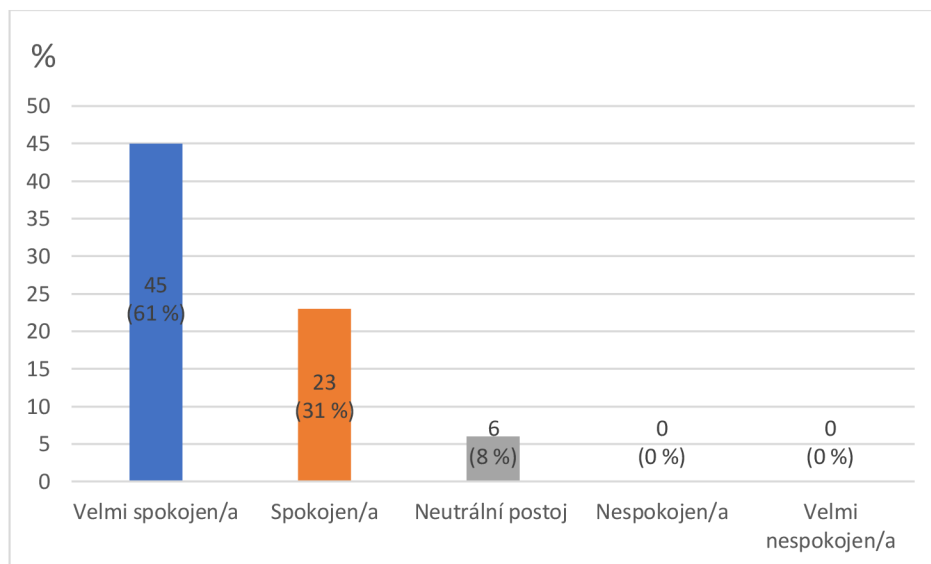
Tento graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu č. 24, ze 34 (100 %) klientů bylo s pomocí při přípravě potravy velmi spokojeno 15 (44 %), spokojeno 17 (50 %) a neutrální postoj vyjádřili 2 (6 %) klienti.

Graf 26 Spokojenost s časovým vymezením na příjem potravy



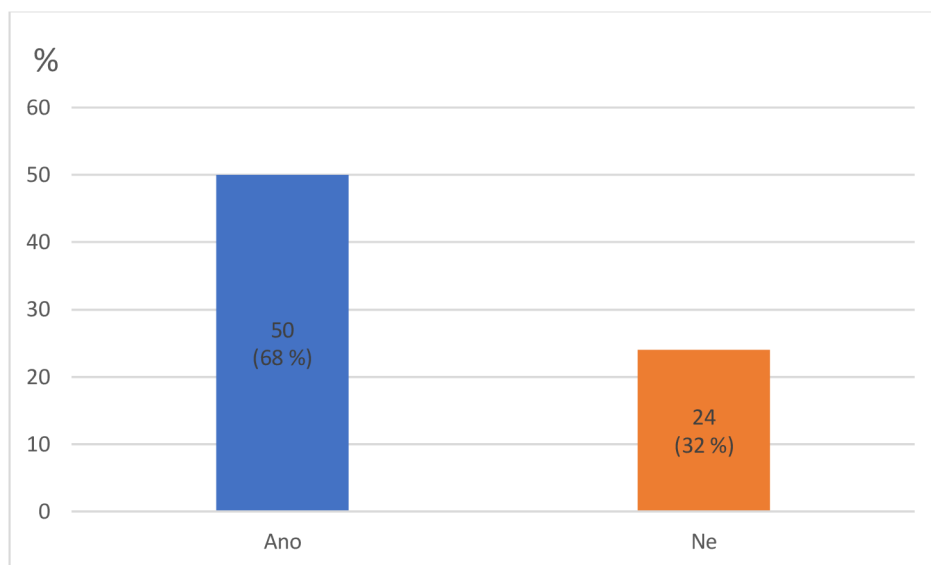
Tento graf popisuje, že ze 74 (100 %) klientů bylo s časovým vymezením na příjem potravy velmi spokojeno 53 (72 %) klientů, spokojeno bylo 19 (26 %) a neutrální postoj vyjádřil 1 (1 %) klient.

Graf 27 Spokojenost s poskytováním hygienické péče



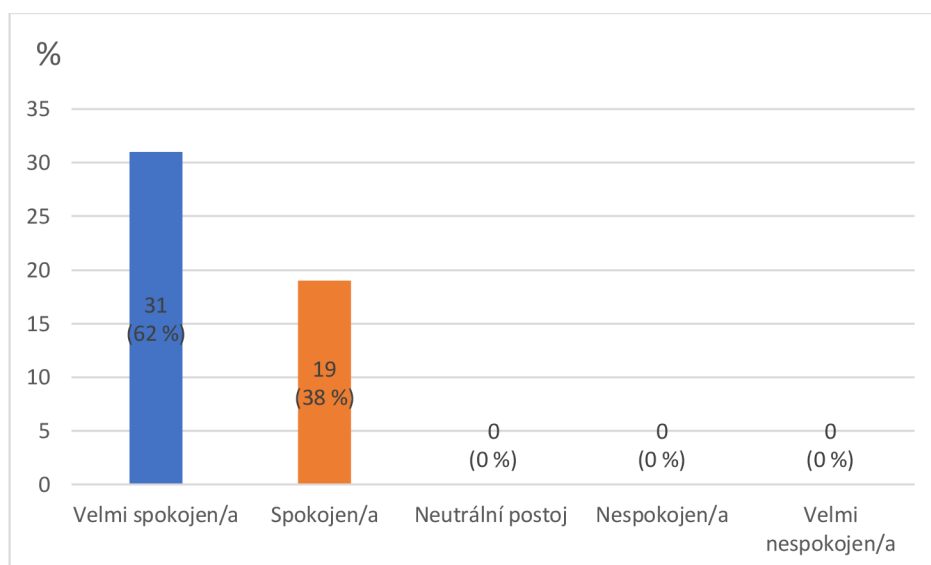
Tento graf popisuje, že ze 74 (100 %) klientů bylo s poskytováním hygienické péče velmi spokojeno 45 (61 %), spokojeno 23 (31 %) a neutrální postoj vyjádřilo 6 (8 %) klientů.

Graf 28 Používání inkontinenčních pomůcek



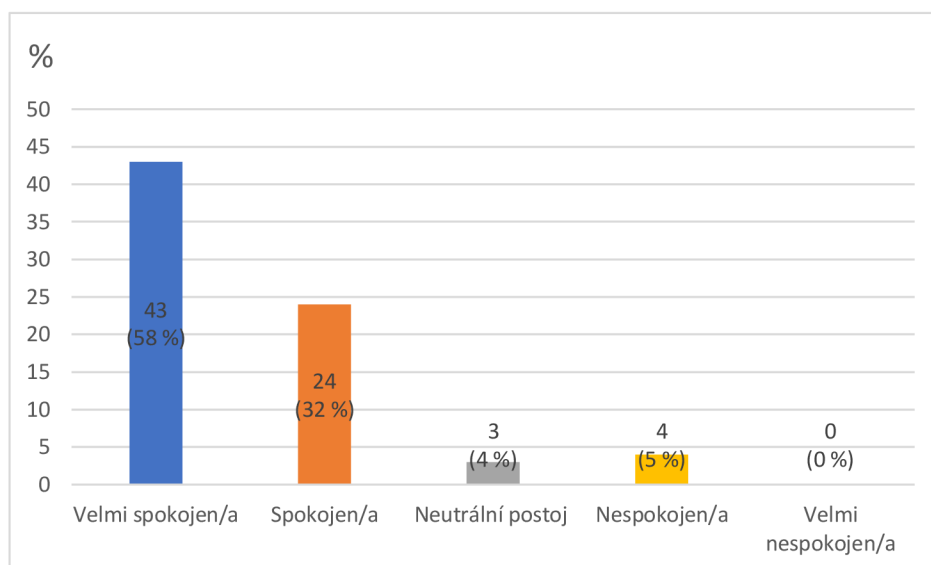
Tento graf popisuje, že ze 74 (100 %) klientů používalo inkontinenční pomůcky 50 (68 %) klientů. Inkontinenční pomůcky nepoužívalo 24 (32 %) klientů.

Graf 29 Spokojenost s četností výměny inkontinenčních pomůcek



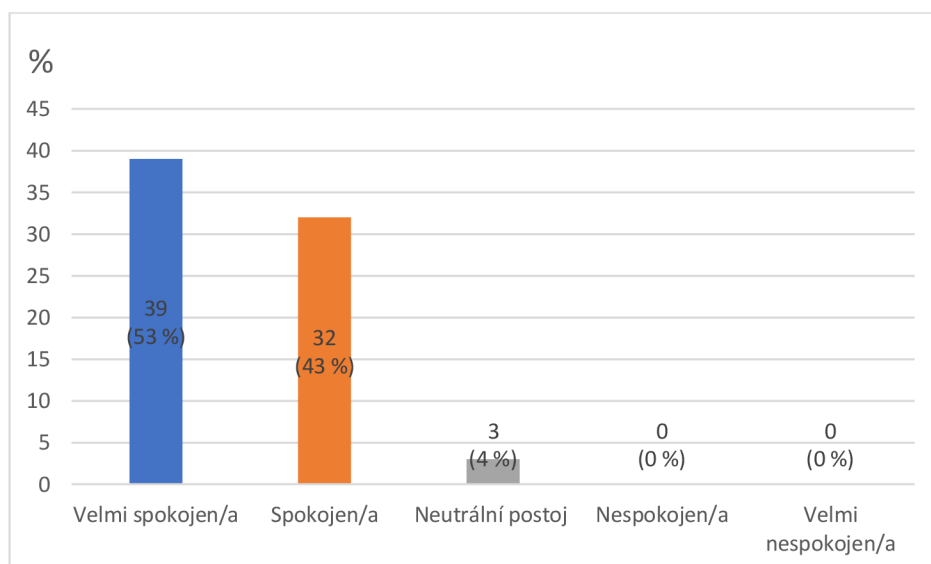
Tento graf popisuje, že z 50 (100 %) klientů bylo s četností výměny inkontinenčních pomůcek velmi spokojeno 31 (62 %) a spokojeno bylo 19 (38 %) klientů.

Graf 30 Spokojenost s celkovou koupelí ve sprše



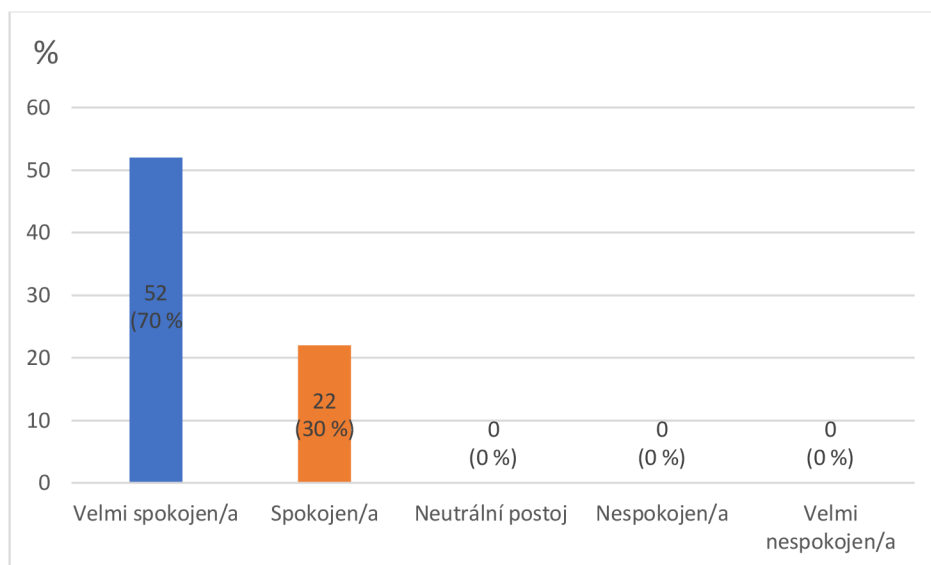
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s celkovou koupelí ve sprše velmi spokojeno 43 (58 %) a spokojeno 24 (32 %) klientů, neutrální postoj vyjádřili 3 (4 %) klienti, nespokojeni byli 4 (5 %) klienti.

Graf 31 Spokojenost se zachováním intimity při hygieně



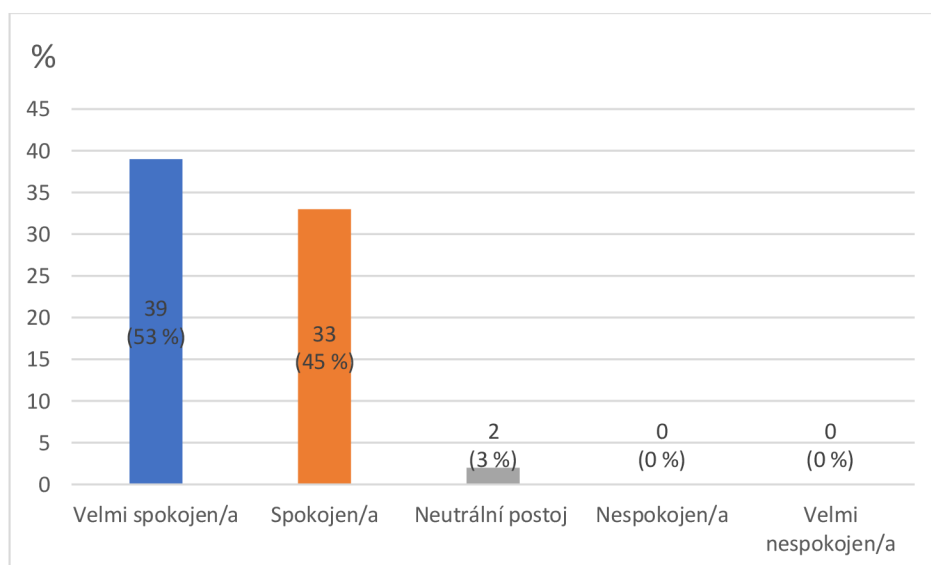
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo se zachováním jejich intimity při hygieně velmi spokojeno 39 (53 %) klientů. Spokojeno bylo 32 (43 %) klientů a další 3 (4 %) vyjádřili neutrální postoj.

Graf 32 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí ze strany sester



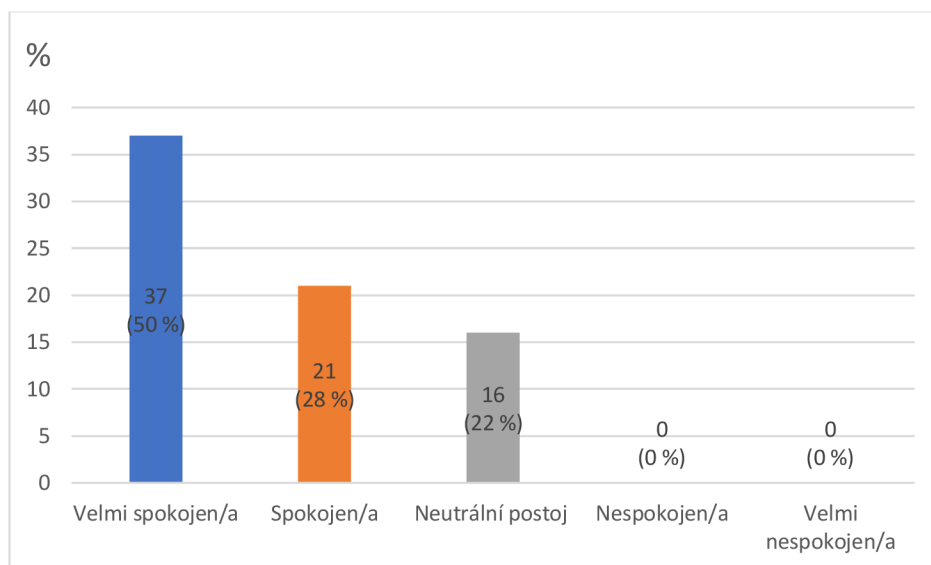
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s ošetrovatelskou péčí ze strany sester velmi spokojeno 52 (70 %), spokojeno bylo 22 (30 %) klientů.

Graf 33 Spokojenost s podáváním léků



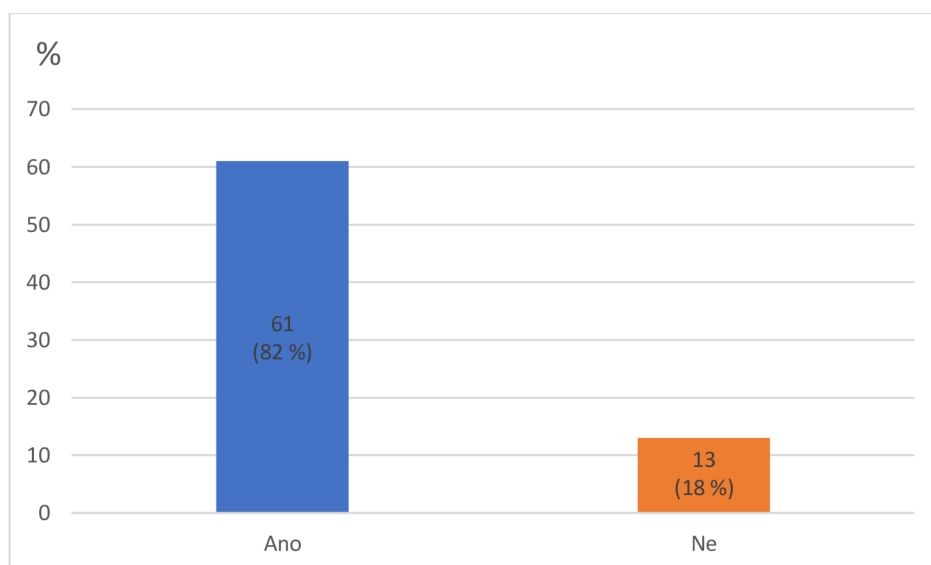
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s podáváním léků velmi spokojeno 39 (53 %) klientů. Spokojeno bylo 33 (45 %) klientů a 2 (3 %) klienti vyjádřili neutrální postoj.

Graf 34 Spokojenost s prováděním převazů



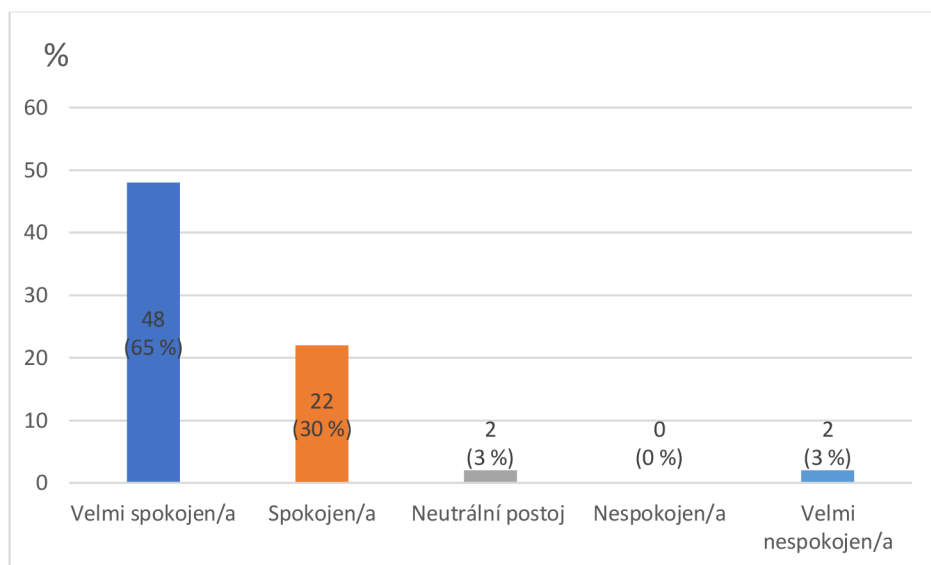
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s prováděním převazů velmi spokojeno 37 (50 %) klientů. Spokojeno bylo 21 (28 %) klientů a neutrální postoj vyjádřilo 16 (22 %) klientů.

Graf 35 Věnování dostatek času sestrou



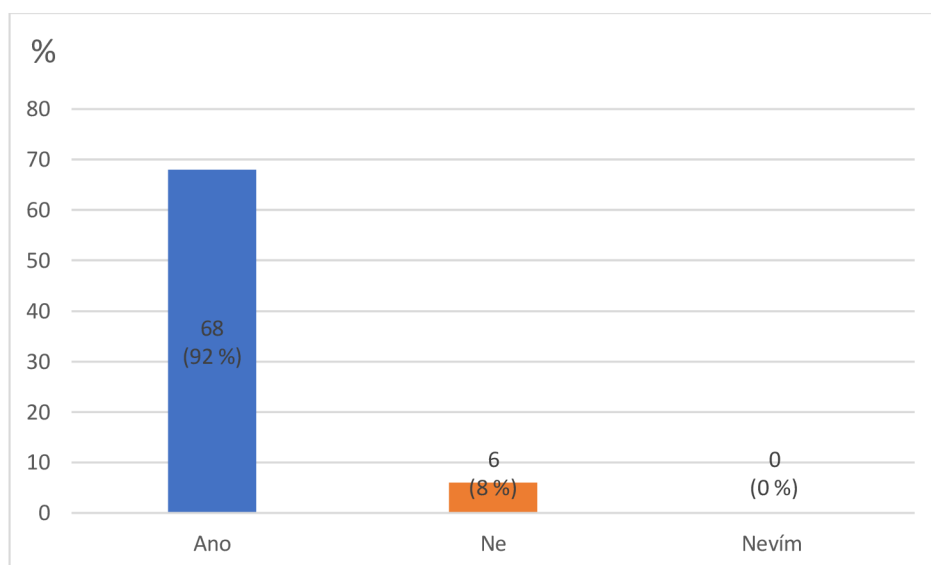
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) si 61 (82 %) myslelo, že jim sestry věnují dostatek času, zato 13 (19 %) klientů bylo opačného názoru.

Graf 36 Spokojenost s komunikací ze strany sestry



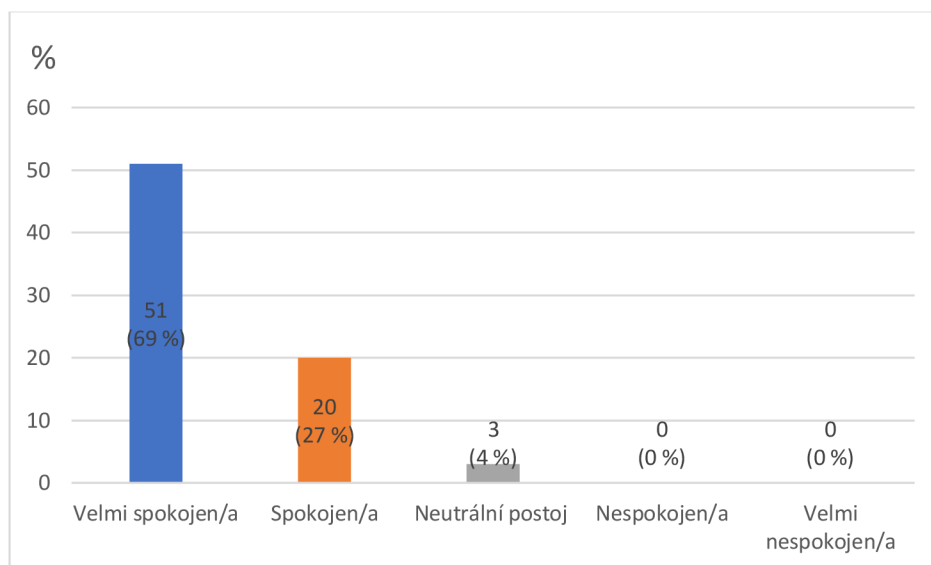
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s komunikací ze strany sestry velmi spokojeno 48 (65 %) klientů. Spokojeno bylo 22 (30 %) klientů a 2 (3 %) vyjádřili neutrální postoj. Velmi nespokojeni byli 2 (3 %) klienti.

Graf 37 Uzpůsobení komunikace při omezení



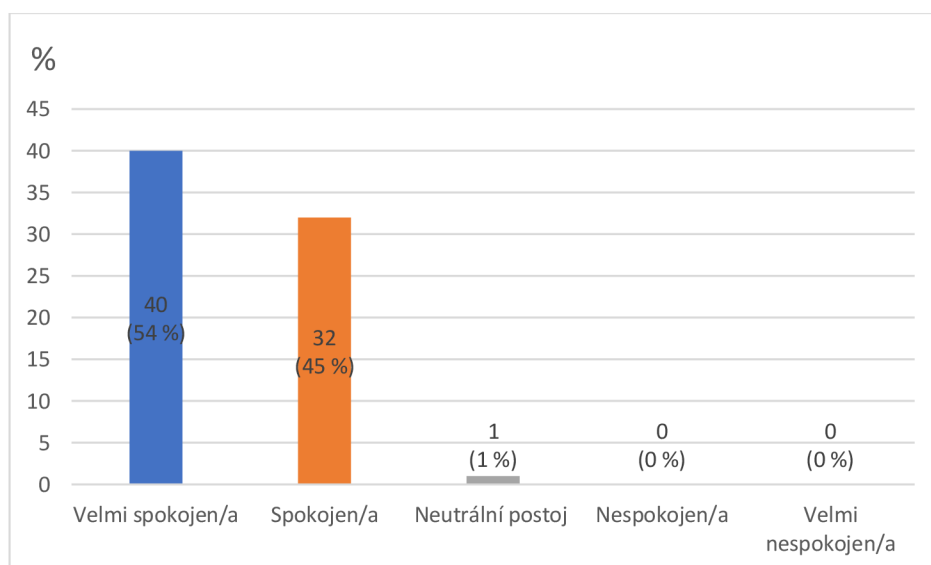
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) si 68 (92 %) klientů myslelo, že jim sestry uzpůsobují komunikaci, pokud je potřeba, pouze 6 (8 %) klientů si myslelo, že jim komunikaci neuzpůsobují.

Graf 38 Spokojenost s oslovováním



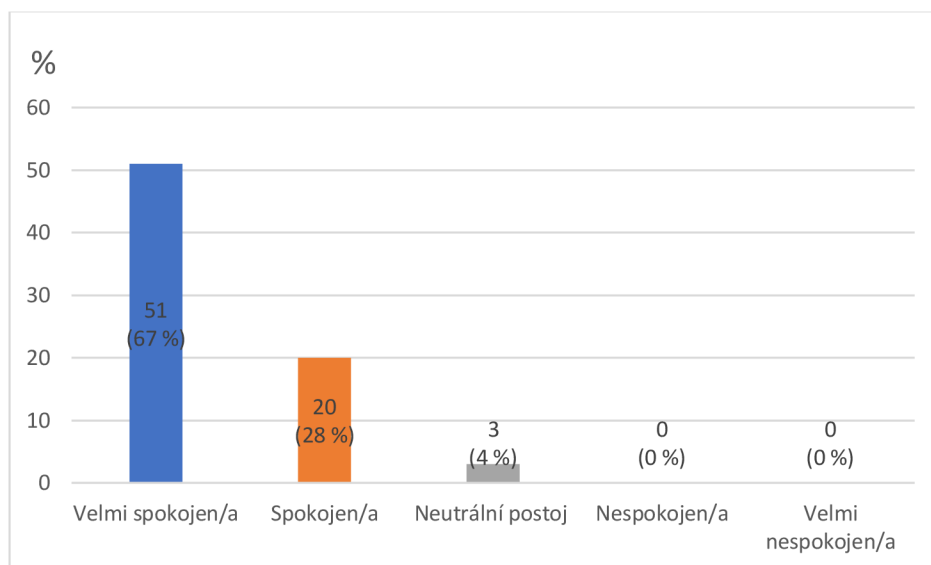
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s oslovováním sestrou velmi spokojeno 51 (69 %) klientů. Spokojeno bylo 20 (27 %) klientů a 3 (4 %) klienti mají neutrální postoj.

Graf 39 Spokojenost s nasloucháním



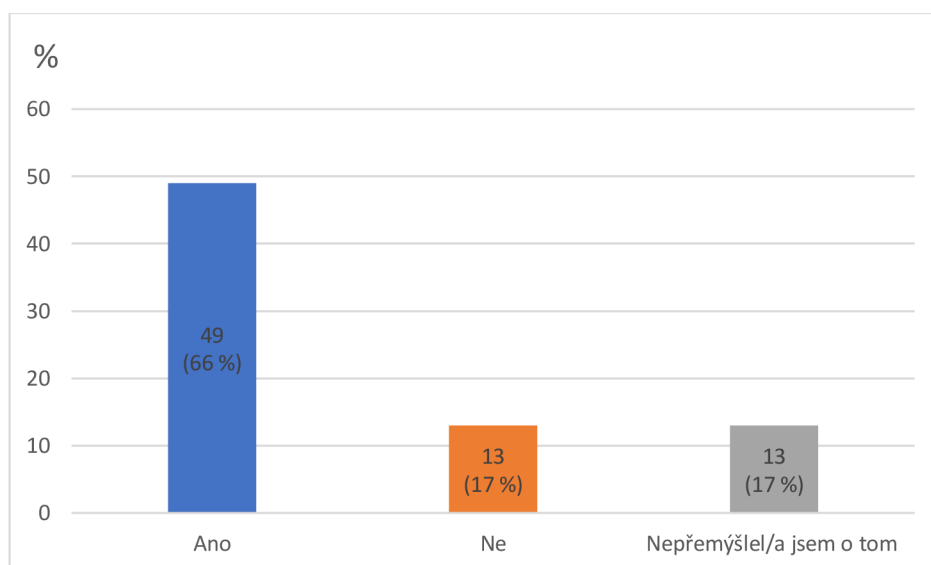
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s nasloucháním sestry velmi spokojeno 40 (54 %) klientů, spokojeno bylo 32 (45 %) klientů a 1 (1 %) klient vyjádřil neutrální postoj.

Graf 40 Spokojenost s reakcí na problém



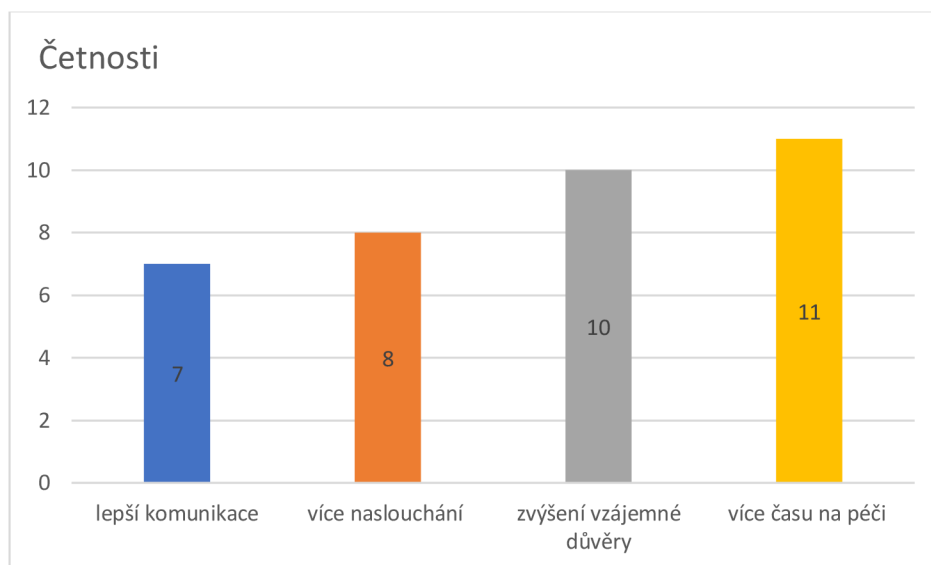
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s reakcí sestry v případě nějakého problému velmi spokojeno 51 (67 %) klientů. Spokojeno bylo 20 (28 %) klientů a 3 (4 %) vyjádřili neutrální postoj.

Graf 41 Změna v přístupu sester



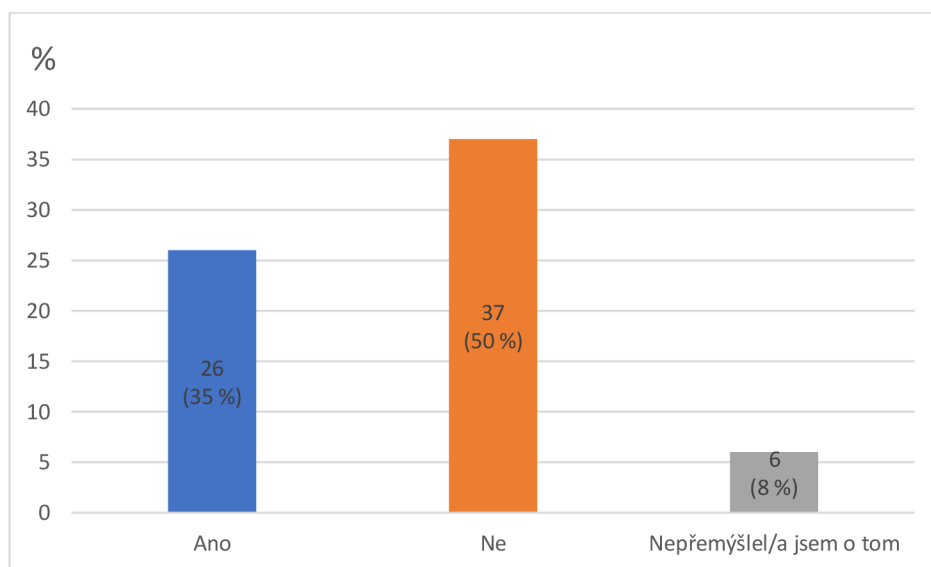
Z celkového počtu 74 klientů (100 %) by v přístupu sester něco změnilo 49 (66 %) klientů, 13 (17 %) by v přístupu sester nic neměnilo. Zbývajících 13 (17 %) klientů o tom vůbec nepřemýšlelo.

Graf 42 Konkrétní změny v přístupu sester



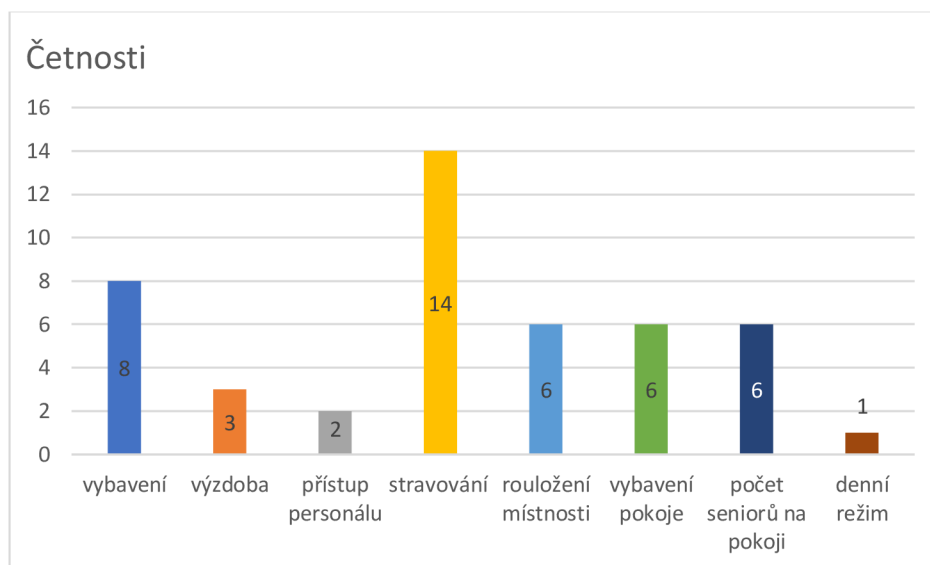
Tento graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu č. 43 – 7 klientů by přivítalo lepší komunikaci, 8 klientů by si přálo více naslouchání, 10 klientů by chtělo zvýšit vzájemnou důvěru a 11 klientů by chtělo, aby sestry měly více času na péči.

Graf 43 Změna v domově pro seniory



Z celkového počtu 74 klientů (100 %) by v domově pro seniory něco změnilo 26 (35 %) klientů, nic by neměnilo 37 (50 %) a 6 (8 %) klientů o tom vůbec nepřemýšlelo.

Graf 44 Konkrétní změny v domově pro seniory



Tento graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu č. 43 – 8 klientů by změnilo vybavení, 3 výzdobu, 2 klienti přístup personálu, 14 klientů stravování, 6 klientů rozložení místností, 6 klientů vybavení pokoje, 6 klientů počet seniorů na pokoji a 1 klient denní režim.

4.2.1 Statistické testování hypotéz

4.2.1.1 První hypotéza

K této hypotéze se vztahovaly otázky z dotazníku č. 1, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 44, 45.

Ha: Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na pohlaví.

H0: Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se nemění v závislosti na pohlaví.

Tabulka 2 – test hypotézy 1 – Mann-Whitney U test

Mann-Whitney U test		
č. otázky		p-hodnota
13	Jak jste spokojen/a s vybavením Vašeho pokoje?	0,174
15	Jste spokojen/a s časovým prostorem pro vlastní aktivity?	0,695
16	Jste spokojen/a s aktivitami které zařízení nabízí?	0,480
17	Jste spokojen/a s přístupem zaměstnanců? (Pozdrav, klepání, zdvořilost, ochota, oslovování...)	0,473
19	Jste spokojen/a s prováděním hygienické péče?	0,211
20	Jste spokojen/a s pomocí při oblékání?	0,626
21	Jste spokojen/a s pomocí při stravování?	0,676
22	S podanými informacemi od sester jste:	0,934
23	Jste spokojen/a s podporou Vaší soběstačnosti ze strany sester?	0,900
25	Pokud jste v předchozí otázce odpověděli NE, jak jste spokojen/a s tím, jak Vám je aktivně nabízeno pití?	0,568
28	Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a NE, jste spokojen/a s pomocí sester při přípravě potravy?	0,442
29	Jak jste spokojen/a s časovým vymezením na příjem potravy?	0,536
30	Jak jste spokojen/a s pomocí při poskytování hygienické péče?	0,961
32	Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, Jste spokojen/a s tím, jak Vám jsou pravidelně vyměňovány inkontinenční pomůcky?	0,705
33	Jak jste spokojen/a s celkovou koupelí ve sprše? (Četnost, čas strávený ve sprše...)	0,142
34	Jste spokojen/a se zachováním Vaší intimity při hygieně?	0,513
35	Jak jste celkově spokojen/a s poskytovanou ošetrovatelskou péčí ze strany sester?	0,209
37	Jak jste spokojen/a s prováděním převazů?	0,237
39	Jak jste spokojen/a s komunikací ze strany sestry?	0,688

Ve všech případech jsme nezamítli nulovou hypotézu. Ani v jednom případě se nám nepodařilo prokázat statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi muže a ženy. Lze tedy konstatovat, že spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se nemění v závislosti na pohlaví. Proto přijímáme nulovou hypotézu „Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se nemění v závislosti na pohlaví“.

4.2.1.2 Druhá hypotéza

K této hypotéze se vztahovaly otázky z dotazníku č. 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44.

Ha: Ošetrovující personál pozitivně ovlivňuje spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

H0: Ošetrovující personál pozitivně neovlivňuje spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

Tabulka 3 – test hypotézy – Wilcoxonův test

Wilcoxonův test		
č. otázky		p-hodnota
17	Jste spokojen/a s přístupem zaměstnanců? (Pozdrav, klepání, zdvořilost, ochota, oslovování...)	0,000
19	Jste spokojen/a s prováděním hygienické péče?	0,000
20	Jste spokojen/a s pomocí při oblékání?	0,000
21	Jste spokojen/a s pomocí při stravování?	0,000
22	S podanými informacemi od sester jste:	0,000
23	Jste spokojen/a s podporou Vaší soběstačnosti ze strany sester?	0,000
25	Pokud jste v předchozí otázce odpověděli NE, jak jste spokojen/a s tím, jak Vám je aktivně nabízeno pití?	0,000
28	Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a NE, jste spokojen/a s pomocí sester při přípravě potravy?	0,000
29	Jak jste spokojen/a s časovým vymezením na příjem potravy?	0,000

30	Jak jste spokojen/a s pomocí při poskytování hygienické péče?	0,000
32	Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, jste spokojen/a s tím, jak Vám jsou pravidelně vyměňovány inkontinenční pomůcky?	0,000
33	Jak jste spokojen/a s celkovou koupelí ve sprše? (četnost, čas strávený ve sprše,...)	0,000
34	Jste spokojen/a se zachováním Vaší intimity při hygieně?	0,000
35	Jak jste celkově spokojen/a s poskytovanou ošetrovatelskou péčí ze strany sester?	0,000
36	Jak jste spokojen/a s podáváním léků?	0,000
37	Jak jste spokojen/a s prováděním převazů?	0,000
39	Jak jste spokojen/a s komunikací ze strany sestry?	0,000
41	Jak jste spokojen/a s tím, jak Vás sestry oslovují? (vykání, oslovování „babi“, „dědo“)	0,000
42	Jak jste spokojen/a s tím, jak Vám sestra naslouchá?	0,000
43	V případě, že máte nějaký problém a obrátíte se na sestru, jste spokojen/a s její reakcí?	0,000
Jednovýběrový z-test proporce		
č. otázky		p-hodnota
18	Je brán ohled na Vaše osobní tempo a potřeby při běžných činnostech?	0,000
38	Věnují Vám sestry vždy dostatek času?	0,010
40	Pokud máte nějaké omezení, např. nedoslýchavost, uzpůsobuje Vám sestra vždy komunikaci, abyste se domluvili?	0,000
44	Změnili byste něco v přístupu sester?	1,000

Pouze v jednom případě klienti nezvolili statisticky významně více než 70 % kladných odpovědí. Téměř ve všech případech nám vyšlo, že klienti domova pro seniory jsou spokojení. Pouze v jednom případě nevyšla odpověď kladná, a to v případě otázky 44, kdy klienti chtěli něco změnit v přístupu sester.

Ve všech případech zamítáme nulovou hypotézu „Ošetřující personál pozitivně neovlivňuje spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí“, ve všech případech je tedy medián statisticky významně menší než 3. To znamená, že přijímáme alternativní hypotézu „Ošetřující personál pozitivně ovlivňuje spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí“.

4.2.1.3 Třetí hypotéza

K této hypotéze se vztahovaly otázky z dotazníku č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 46, 47.

Ha: Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na jejich soběstačnosti.

H0: Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se nemění v závislosti na jejich soběstačnosti.

Tabulka 4 – test hypotézy – Kruskal-Wallisův test

Kruskal-Wallisův test		
č. otázky		p-hodnota
5	Jak jste v domově pro seniory celkově spokojen/a? (vybavení, atmosféra, výzdoba,...)	0,003
6	Jak jste spokojen/a s vybaveností společných místností?	0,118
7	Jak jste spokojen/a s vybaveností jídelny?	0,000
8	Jak jste spokojen/a s vybaveností kaple?	0,304
9	Jak jste spokojen/a s vybaveností tělocvičny?	0,052
10	Jak jste spokojen/a s rozlišením pro jednoduchou orientaci v domově pro seniory? (barevné odlišení pater, cedule na dveřích,...)	0,007
12	Jak jste spokojen/a s vybavením Vašeho pokoje?	0,075
13	Jak jste spokojen/a s Vaším spánkovým režimem?	0,006

15	Jste spokojen/a s časovým prostorem pro vlastní aktivity?	0,026
16	Jste spokojen/a s aktivitami, které zařízení nabízí?	0,560
17	Jste spokojen/a s přístupem zaměstnanců? (pozdrav, klepání, zdvořilost, ochota, oslovování...)	0,536
19	Jste spokojen/a s prováděním hygienické péče?	0,465
20	Jste spokojen/a s pomocí při oblékání?	0,004
21	Jste spokojen/a s pomocí při stravování?	0,028
22	S podanými informacemi od sester jste:	0,098
23	Jste spokojen/a s podporou Vaší soběstačnosti ze strany sester?	0,114
25	Pokud jste v předchozí otázce odpověděli NE, jak jste spokojen/a s tím, jak Vám je aktivně nabízeno pití?	0,485
28	Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a NE, jste spokojen/a s pomocí sester při přípravě potravy?	0,264
29	Jak jste spokojen s časovým vymezením na příjem potravy?	0,077
30	Jak jste spokojen/a s pomocí při poskytování hygienické péče?	0,926
32	Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, jste spokojen/a s tím, jak Vám jsou pravidelně vyměňovány inkontinenční pomůcky?	0,183
33	Jak jste spokojen/a s celkovou koupelí ve sprše? (četnost, čas strávený ve sprše,...)	0,028
34	Jste spokojen/a se zachováním Vaší intimity při hygieně?	0,183
35	Jak jste celkově spokojen/a s poskytovanou ošetrovatelskou péčí ze strany sester?	0,015
36	Jak jste spokojen/a s podáváním léků?	0,010
37	Jak jste spokojen/a s prováděním převazů?	0,755
39	Jak jste spokojen/a s komunikací ze strany sestry?	0,092

Abychom zjistili, mezi kterými páry se nachází statisticky významný rozdíl, použili jsme Dunnův post hoc test.

Č. 5	Dunnův test	p-hodnota
Plně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,093
Plně soběstačný	Částečně soběstačný	0,020
Částečně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,629

Č. 7	Dunnův test	p-hodnota
Plně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,327
Plně soběstačný	Částečně soběstačný	0,000
Částečně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,010

Č. 10	Dunnův test	p-hodnota
Plně soběstačný	Částečně nesoběstačný	1,000
Plně soběstačný	Částečně soběstačný	0,011
Částečně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,042

Č. 13	Dunnův test	p-hodnota
Plně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,421
Plně soběstačný	Částečně soběstačný	0,005
Částečně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,104

Č. 15	Dunnův test	p- hodnota
Plně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,733
Plně soběstačný	Částečně soběstačný	0,026
Částečně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,193

Č. 20	Dunnův test	p- hodnota
Plně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,425
Plně soběstačný	Částečně soběstačný	0,003
Částečně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,070

Č. 21	Dunnův test	p- hodnota
Plně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,674
Plně soběstačný	Částečně soběstačný	0,022
Částečně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,224

Č. 33	Dunnův test	p- hodnota
Plně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,057
Plně soběstačný	Částečně soběstačný	0,049
Částečně soběstačný	Částečně nesoběstačný	1,000

Č. 35	Dunnův test	p- hodnota
Plně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,032
Plně soběstačný	Částečně soběstačný	0,022
Částečně soběstačný	Částečně nesoběstačný	1,000

Č. 36	Dunnův test	p- hodnota
Plně soběstačný	Částečně nesoběstačný	0,046
Plně soběstačný	Částečně soběstačný	0,009
Částečně soběstačný	Částečně nesoběstačný	1,000

Statisticky významný rozdíl se vyskytl v celkem 16 případech z celkových 38, můžeme tak říct, že spokojenost klientů se částečně mění v závislosti na jejich soběstačnosti. Proto nezamítáme nulovou ani alternativní hypotézu.

5 Diskuse

Tato diplomová práce se zabývá spokojeností klientů v domově pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Chtěli jsme zjistit oba pohledy, proto výzkumné šetření probíhalo kvantitativní formou se seniory a kvalitativní formou se sestrami. Chtěli jsme zmapovat, jak jsou klienti domova pro seniory spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a jak tato péče o seniory probíhá.

První část výzkumného šetření je zaměřena na zjištění spokojenosti klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza byla: Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na pohlaví. Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných seniorů bylo 53 (72 %) žen a 21 (28 %) mužů (viz Graf 1). Dále jsme zjišťovali, jak jsou klienti domova pro seniory celkově spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí ze strany sester. Z výsledků se dá usoudit, že klienti spokojeni jsou. Celkem 52 (70 %) klientů bylo velmi spokojeno a 22 (30 %) bylo spokojeno (viz Graf 32). Ošetrovatelská péče je nedílnou součástí péče o klienty v domovech pro seniory. Jelikož se jim se stoupajícím věkem snižuje soběstačnost, potřebují v některých činnostech dopomoc. Dle Németha et al. (2009) musí být ošetrovatelská péče o seniory komplexní, tedy vycházející z holistických principů, kontinuální, aktivizující (ovlivňování seniora ve smyslu soběstačnosti, resocializace a podpory mentální aktivity), preventivní (edukace klienta a rodiny) a musí být plánovaná. S tímto názorem se ztotožňujeme i my, je potřeba, aby seniorům nejen byla poskytována ošetrovatelská péče a tím byly uspokojeny jejich základní potřeby, ale aby byli také aktivizováni a tím byla podporována a rozvíjena jejich soběstačnost. Z vlastní praxe vím, že vzhledem k časové dotaci na péči o klienta je velmi náročné ho zapojovat do všech sebeobslužných činností, protože senioři na to potřebují více času. Tento můj názor sdílí ve své knize i Motlová (2007), tedy že sestry mají tendenci seniorům pomáhat, ale tyto snahy mohou vést k nežádoucí závislosti seniora na okolí. V tomto případě je nutné se zamyslet, zda snaha ochraňovat neomezuje samostatnou vůli seniora rozhodovat sám o sobě, o svých činnostech a svém životě. Janiš a Skopalová (2016) tento názor také podporují, ve své knize píšou, že senioři potřebují více času k vykonávání daných úkolů, protože se je snaží vykonat precizně. Z vlastní zkušenosti vím, že v některých případech má personál v domovech pro seniory nedostatek času. Stává se tak, že nemůže

poskytnout seniorům dostatečný prostor pro jejich samostatné vykonání některých činností, např. oblékání, proto jim raději pomůže nebo činnost vykoná za ně. To může být pro ně demotivující, mohou přestat se snažit úplně. Ovšem z výsledků vyplývá, že klienti s podporou soběstačnosti ze strany sester spokojeni jsou. Celkem 44 (59 %) seniorů bylo velmi spokojeno a 28 (38 %) spokojeno, pouze 2 (3 %) klienti vyjádřili neutrální postoj (Graf 21). Sestry nejčastěji odpovídaly, že se klienty snaží zapojovat do sebezpečí ve všech činnostech. Velmi častá odpověď byla, že klienty nechávají umýt si obličej, samostatně se posadit v lůžku nebo se najíst. Důležitá je nejen motivace k sebezpečí, kterou zmínily sestry (S4, S8, S10, S11), ale i motivace k jiným činnostem, jako je luštění křížovek a čtení, což zmínily S1 a S3. Dalším významným faktorem spokojenosti přisuzujeme poskytované hygienické péči, protože pokud je člověk zanedbaný, zvyšuje to jeho diskomfort. S prováděnou hygienickou péčí bylo velmi spokojeno 48 (65 %) klientů, spokojeno bylo 21 (28 %) klientů a zbylých 5 (7 %) vyjádřilo neutrální postoj (Graf 17). Z těchto výsledků se dá usoudit, že klienti jsou s prováděním hygienické péče spokojeni. S celkovou koupelí ve sprše už to tak jednoznačné není (Graf 30). S touto bylo velmi spokojeno 43 (58 %) klientů, spokojeno bylo 24 (32 %), neutrální postoj vyjádřili 3 (4 %) klienti a nespokojeni byli 4 (5 %) klienti. Při dotazu, proč tomu tak je, se respondenti shodli, že by celkovou koupel uvítali častěji. My ale víme, že je celková koupel ve sprše časově náročná, a proto probíhá pouze 1× týdně. Dle mého názoru klienti, kteří by chtěli provést celkovou koupel ve sprše častěji, mohou požádat např. rodinu. Většina seniorů má již problém s koordinací, proto je důležité, aby byl při koupeli přítomen ošetřující personál, jelikož dle Bartůňka et al. (2016) dochází v nervovém systému ke zmenšení počtu neuronů a tím dochází ke snížení rychlosti vedení vzruchů v periferním nervovém systému. Je narušena rovnováha, chůze a stoj. To potvrzuje i odpověď S1: *Většinou je při sprchování přítomen personál. Většinou proto, protože máme i pár klientů, kteří si sprchu obstarají sami, ale těch je málo.*“ Pro klienty s omezenou mobilitou sestry využívají kompenzační pomůcky, jako jsou koupací lehátka a sedačky, což ve své knize udává i Vytejčková et al. (2013). Hygienická péče zahrnuje i celkovou koupel/sprchu, kterou většině klientům zajišťuje personál a jež se provádí dle možností daného pracoviště a jeho vybavení. Mobilní klienty většinou stačí jen doprovodit, nebo si po vyzvání do koupelny dojdou sami. Pro imobilní nebo částečně imobilní klienty je vhodné využít např. pojízdné vany, lehátka či pojízdná koupací křesla. Sestry dále popsaly, že klienty

namočí, umyjí ho pomocí žínky a sprchového gelu, umyjí jim vlasy a na závěr je osuší, ostříhají nehty a promažou pokožku. Dvořáčková (2012) ve své knize popisuje, že při osobní hygieně je klientům poskytována pomoc s veškerou osobní hygienou, péčí o vlasy, při použití toalety, holení, pedikúře a manikúře. Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2015) udává, že v zařízení musí být centrální koupelna, která zajišťuje větší komfort, bezpečnost a dostupnost. Dle Venglářové (2007) je dobrá komunikace s klientem základ dobrého vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. Williams et al. (2018) doplňuje, že pomocí komunikace může sestra klienta poznat jako člověka a může tak aktivně reagovat na jeho pocity, preference a potřeby. My sdílíme stejný názor, proto jsme zjišťovali, jak klienti hodnotí komunikaci ze strany sester. S komunikací ze strany sestry bylo velmi spokojeno 48 (65 %) klientů, spokojeno bylo 22 (30 %) klientů a 2 (3 %) vyjádřili neutrální postoj. Velmi nespokojeni byli 2 (3 %) klienti (Graf 36). Tyto výsledky nejsou úplně jednoznačné. I když se mohou 3 % klientů zdát zanedbatelná, určitě to tak není a podle mého názoru by bylo ideální to s nespokojenými klienty vyřešit. Myslíme si, že ale nemusí jít o problém na straně sestry, protože komunikace se seniory může být velmi náročná, což potvrzuje ve své knize Šrámková (2007) tvrzením, že v některých situacích mohou v komunikaci se seniorem nastat problémy. Ať už se jedná o rozzuřeného klienta, smutného či demotivovaného, je důležité znát osvědčené zásady, jak s ním komunikovat, snažit se zlepšit jeho situaci a dosáhnout jeho spokojenosti. Malíková (2020) tvrdí, že špatná komunikace se seniorem, může mít nepříznivý dopad. Naopak vhodně zvolená komunikace ovlivňuje vnitřní prožívání klientů a zásadně rozhoduje o jejich spokojenosti, či nespokojenosti. Dále Venglářová a Mahrová (2006) ve své knize popisují, že senioři často mívají problém s nedoslýchavostí. Vzhledem k tomu, že s přibývajícím věkem senior přichází o svůj sluch, ale i zrak, může být dorozumívání náročné, a proto je důležité umět využít verbální i neverbální komunikaci a vzájemně je propojit. Toto tvrzení podpořily ve svých odpovědích i dotazované sestry, které využívají neverbální komunikaci a snaží se pečlivě artikulovat. Dvě sestry dokonce popsaly, že pokud je potřeba, napíše klientovi na papír to, co mu chtějí sdělit. Dále sestry záměrně zvyšují hlas, ale upozornily, že nikdy nekřičí. Haškovcová (2002) ve své knize píše, že v průběhu komunikace je důležité být stále v zorném poli klienta, mluvit srozumitelně a udržovat oční kontakt, aktivně a taktně si ověřovat možné komunikační bariéry, např. nedoslýchavost, a přizpůsobit jí komunikaci, ale bez ověření nezvyšovat hlas. S tímto

názorem také souhlasíme, opravdu je důležité ověřovat to, zda je klient opravdu nedoslýchavý, protože pak může vzniknout nepříjemná situace, klienta můžeme urazit a tím se může stát nespokojeným. Dále sestry klientovi hovoří přímo do ucha, nebo kontrolují, zda má kompenzační pomůcky, jako je naslouchadlo. V komunikaci se seniorem je opravdu důležitá trpělivost, stejného názoru je i S4. Na základě analýzy H1 pomocí Mann-Whitney U testu byla hypotéza zamítnuta. Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se nemění v závislosti na pohlaví. Tento výsledek bychom přisuzovali tomu, že klienti obou pohlaví mají stejnou ošetrovatelskou péči bez rozdílu na pohlaví, ale také tomu, že v domovech pro seniory je žen mnohem více než mužů. Druhou hypotézu jsme stanovili následující: Ošetřující personál pozitivně ovlivňuje spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Dle Malíkové (2020) se na ošetrovatelské péči v domovech pro seniory mimo všeobecné sestry podílejí také pracovníci v přímé obslužné péči a pracovníci v sociálních službách. Každý z nich má svou funkci a jsou nezastupitelnou součástí týmu. My jsme se tedy zaměřovali na péči ze strany sestry. Co se týče čistě sesterských výkonů, zjišťovali jsme, jak jsou klienti spokojeni s podáváním léků. Z výsledků vyplynulo, že bylo velmi spokojeno 39 (53 %) klientů, spokojeno bylo 33 (45 %) klientů a 2 (3 %) vyjádřili neutrální postoj (Graf 33). S prováděním převazů bylo velmi spokojeno 37 (50 %) klientů. Spokojeno bylo 21 (28 %) klientů a neutrální postoj vyjádřilo 16 (22 %) klientů. Oproti podávání léků byl u provádění převazů celkem u 16 (22 %) klientů vyjádřen neutrální postoj. Na základě vlastních zkušeností z domova pro seniory vím, že převazy nepotřebuje každý klient, kdežto u léků se dá předpokládat, že nějaké užívá téměř každý senior. Jelikož jsou klienti v domovech pro seniory dlouhodobě, lze předpokládat, že to může sestry svádět k jinému oslovení, než je pan a paní. Venglářová a Mahrová (2006) ve své knize píšou, že je stále možné se v praxi setkat s oslovením „babi“ a „dědo“, ale jiné oslovení než pan a paní by sestřám měl navrhnout sám klient. S tímto jejich názorem ve své knize souhlasí i Haškovcová (2002). Podle ní je potřeba respektovat sociální identitu klienta a důsledně jej oslovovat jménem nebo titulem. Se starým člověkem se nikdy nesmí mluvit jako s dítětem a při komunikaci se musí cílevědomě chránit jeho důstojnost a nelze podceňovat jeho kognitivní dovednosti. S tímto ale v zařízeních, kde jsme prováděli výzkumné šetření, nebyl problém, jelikož bylo s oslovením ze strany sestry velmi spokojeno 51 (69 %) klientů. Spokojeno bylo 20 (27 %) klientů a 3 (4 %) klienti vyjádřili

neutrální postoj (Graf 38). Někteří klienti se nám svěřili, že preferují, když je zaměstnanci oslovují křestním jménem. Pokud si to klient sám přeje, nevidíme v tom žádný problém. Z vlastní zkušenosti vím, že spousta klientů oslovování křestním jménem upřednostňuje a zlepšuje to vzájemný vztah. Zato ale oslovení „babi“ a „dědo“ může seniora urazit, protože můžeme narazit na seniora, který nikdy neměl děti a rodič či prarodič tedy není. Malíková (2020) tvrdí, že špatná komunikace se seniorem může mít nepříznivý dopad. Vhodně zvolená komunikace ovlivňuje vnitřní prožívání klientů a zásadně rozhoduje o jejich spokojenosti či nespokojenosti. Dále Venglářová a Mahrová (2006) ve své knize popisují, že senioři často mívají problém s nedoslýchavostí. Vzhledem k tomu, že s přibývajícím věkem senior přichází o svůj sluch, ale i zrak, může být dorozumívání náročné, a proto je důležité umět využít verbální i neverbální komunikaci a vzájemně je propojit. Toto tvrzení podpořily ve svých odpovědích i dotazované sestry, které využívají neverbální komunikaci a snaží se artikulovat. Dvě sestry dokonce popsaly, že pokud je potřeba, napíší klientovi na papír to, co mu chtějí sdělit. Dále sestry záměrně zvyšují hlas, ale upozornily, že nikdy nekřičí. Haškovcová (2002) ve své knize píše, že v průběhu komunikace je důležité být stále v zorném poli klienta, mluvit srozumitelně a udržovat oční kontakt, aktivně a taktně si ověřovat možné komunikační bariéry, např. nedoslýchavost, a přizpůsobit jí komunikaci, ale bez ověření nezvyšovat hlas. S tímto názorem také souhlasíme, opravdu je důležité ověřovat si to, zda je klient opravdu nedoslýchavý, protože pak může vzniknout nepříjemná situace, klienta můžeme urazit a tím se může stát nespokojeným. Dále sestry klientovi hovoří přímo do ucha, nebo kontrolují, zda má kompenzační pomůcky, jako je naslouchadlo. V komunikaci se seniorem je opravdu důležitá trpělivost a stejného názoru je i S4. Z toho, co sestry odpověděly, se dá usoudit, že s klienty komunikují správně a snaží se jim upravit komunikaci různými způsoby. To potvrzují i výsledky z Grafu 37, kdy si 68 (92 %) klientů myslelo, že jim sestry uzpůsobují komunikaci, pokud je potřeba, a pouze 6 (8 %) klientů si myslelo, že jim komunikaci neuzpůsobují. Na základě analýzy H2 byla pomocí Wilcoxonova testu hypotéza „Ošetřující personál pozitivně ovlivňuje spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí“ potvrzena. Jako třetí hypotézu jsme si stanovili: Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na jejich soběstačnosti. Podle Holmerové et al. (2014) je pro seniory velmi důležité udržet nějakou míru soběstačnosti, tedy být schopen žít v běžném prostředí a umět se vyrovnat

s jeho nástrahami vlastními silami bez pomoci druhých lidí. Pokud klient ztratí soběstačnost, může se to odrazit na jeho celkové spokojenosti a kvalitě života. Vytejčková et al. (2013) se ve své knize vyjadřuje podobně, ztráta soběstačnosti může být pro člověka těžkou životní zkouškou. Proto je důležité poskytovat ošetrovatelskou péči individuálně a v maximálním rozsahu podle potřeb seniora, protože každý potřebuje jinou intenzitu péče. Z celkového počtu dotazovaných 74 klientů (100 %) domova pro seniory bylo 16 (22 %) klientů plně soběstačných, 34 (46 %) klientů částečně soběstačných a 24 (32 %) klientů částečně nesoběstačných (Graf 2). Z těchto výsledků vyplývá, že v domově pro seniory je více částečně soběstačných a částečně nesoběstačných klientů než těch soběstačných. Tento výsledek považuji za naprosto logický, protože pokud je senior stále soběstačný, je pro něj lepší, aby byl ve svém domově, dokud mu to jeho zdravotní stav dovolí. Zaměřili jsme se i na vlastní aktivity a aktivity, které zařízení nabízí. Dle Dvořáčkové (2012) je pro spokojenost a kvalitu života ve stáří důležité vytvořit seniorům program pro volný čas, tyto aktivity jsou zároveň prevencí nesoběstačnosti. Aktivizace seniorů musí respektovat individuální možnosti a přání každého jedince. Při aktivizaci senior udržuje a navazuje nové kontakty a setkává se se svými vrstevníky, a dokonce se prohlubují mezigenerační vazby. S tímto názorem se ztotožňujeme i my. Je velmi důležité, aby senioři měli své koníčky a tím rozvíjeli nejen svou soběstačnost, ale i psychomotorické a kognitivní dovednosti. Tomu, že klienti domova pro seniory mají dostatek času pro vlastní aktivity, odpovídají i výsledky výzkumného šetření. S prostorem pro vlastní aktivity bylo velmi spokojeno 41 (55 %) klientů, spokojeno bylo 26 (35 %) klientů, neutrální postoj vyjádřilo 6 (8 %) klientů a nespokojen byl pouze 1 (1 %) klient (Graf 13). To je podle mého názoru pozitivní výsledek, protože se nutně nemusí jednat o nedostatek volného času pro své aktivity, ale např. může seniorovi vadit pevný denní režim, který domovy pro seniory většinou mají nastaven. S aktivitami, které zařízení nabízí, bylo z celkového počtu 74 (100 %) klientů velmi spokojeno 33 (45 %), spokojeno 30 (41 %) a neutrální postoj vyjádřilo 11 (15 %) klientů. Podle Malíkové (2020) u nesoběstačných a imobilních klientů je péče zaměřena na péči o základní biologické potřeby, především o příjem potravy včetně pomoci při jejím podání či zajištění pitného režimu. Jelikož sestry zajišťují i hydrataci, kterou si někteří klienti nezvládnou obstarat sami, zjišťovali jsme i spokojenost s dopomocí při ní. Z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo schopno si zajistit pitný režim 43 (58 %) klientů. Naopak si ho nebylo

schopno zajistit 31 (42 %) klientů (Graf 22). Na rozvíjející otázku odpovědělo ale klientů více, než u nichž byla zaznamenána odpověď „ne“. Celkem odpovědělo 38 (100 %) klientů, s aktivním nabízením tekutin bylo velmi spokojeno 18 (47 %), spokojeno 18 (47 %) klientů a neutrální postoj vyjádřili 2 (6 %) klienti (Graf 23). Všechny dotazované sestry hydratují klienty v pravidelných intervalech, nebo když jsou u nich na pokoji. Některým stačí pitný režim pouze připomenout. Také se všechny sestry shodly, že kontrolují, zda klienti mají vždy plné hrnky či lahvičky a případně je doplní. Pouze jedna sestra zmínila, že klienty edukuje o hydrataci, ale myslíme si, že to některé sestry mají zautomatizované. Z těchto výsledků usuzují, že sestry připomínají pitný režim soběstačným klientům i nesoběstačným klientům, a proto na rozvíjející otázku odpovědělo více klientů. Ze 74 (100 %) klientů si bylo schopno samostatně připravit potravu 51 (69 %) klientů a 23 (31 %) klientů si nebylo schopno samostatně připravit potravu (Graf 24). Ze 34 (100 %) klientů bylo s pomocí při přípravě potravy velmi spokojeno 15 (44 %), spokojeno 17 (50 %) a neutrální postoj vyjádřili 2 (6 %) klienti (Graf 25). Bartůňek et al. (2016) ve své knize udává, že v důsledku stárnutí dochází k postupné ztrátě chrupu, tím vznikají problémy při příjmu potravy. Všechny sestry se shodly, že při podávání stravy nejčastěji pomáhají jídlo uzpůsobit tak, aby se klienti mohli lépe najíst. Nejčastěji se vyskytovala odpověď, že stravu buďto nakrájí, namažou pečivo nebo klientovi stravu podají. Některé sestry také pomáhají klientům si sednout, nebo je doprovodí ke stolu. Dle Dvořáčkové (2012) je strava klientovi poskytnuta na celý den v rozsahu tří hlavních jídel a dvou vedlejších jídel. Zařízení musí mít jídelnu, kde se mobilní klienti stravují. Klienti, kteří nejsou schopni se do jídelny přemístit, se stravují na pokoji u stolu, případně v lůžku. Z celkového počtu 74 (100 %) klientů používalo inkontinenční pomůcky 50 (68 %) klientů, nepoužívalo je 24 (32 %) klientů (Graf 28). Dle Malíkové (2020) je péče zaměřena i na péči o pravidelné a bezproblémové vyprazdňování zahrnující i péči při inkontinenci. Z těchto 50 (100 %) klientů bylo s četností výměny inkontinenčních pomůcek velmi spokojeno 31 (62 %) a spokojeno bylo 19 (38 %) klientů. Pro testování hypotézy byl využit Kruskal-Wallisův test a Dunnův post hoc test. Na základě analýzy H3 nebyla hypotéza ani vyvrácena, ani potvrzena. Spokojenost klientů se tedy částečně mění v závislosti na jejich soběstačnosti.

V kvalitativní části jsme se zabývali tím, jak mohou sestry ovlivnit spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Pro tuto část byl stanoven jeden cíl, a to identifikovat faktory ovlivňující spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí z pohledu sestry. K tomuto cíli byla stanovena jedna výzkumná otázka – Jakým způsobem mohou sestry ovlivnit spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí? Nejprve jsme se ptali, jak sestry vnímají časový prostor pro poskytování ošetrovatelské péče. Většina sester (S1, S2, S3, S8, S9, S10, S11) vnímá časový prostor jako nedostatečný, zbytek (S4, S5, S6, S7) ho vnímá jako dostatečný. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry vnímají časový prostor pro poskytování ošetrovatelské péče různě, ale všechny dělají vše, co je v jejich silách. Dle našeho názoru, jsou sestry vytížené vždy a všude, proto se jim může zdát, že neposkytují takovou péči, jakou by chtěly. Ale jelikož jsme prováděli rozhovory i se seniory, víme, že jsou velmi tolerantní a vědí, že sestry mají spoustu práce. To potvrzují i výsledky kvantitativní části, jelikož z celkového počtu 74 klientů (100 %) si 61 (82 %) myslelo, že jim sestry věnují dostatek času, pouze 13 (18 %) bylo opačného mínění (Graf 35). S4, S8, S10, S11 se vyjádřily tak, že kdyby bylo více personálu na službu, měly by na klienty mnohem více času. Tento názor koresponduje i s názorem Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2015), jenž tvrdí, že dostatečný počet pracovníků se odráží na spokojenosti s poskytovanou službou, protože právě pracovníci, a to nejen sestry, ale i pracovníci přímé obslužné péče tvoří základní pilíř celkové kvality a spokojenosti v daném zařízení. Jelikož by se klienti v domovech pro seniory měli cítit jako doma, zjišťovali jsme, co sestry provádějí předtím, než vejdou na pokoj. V první řadě by mělo dojít na hygienické umytí rukou a dezinfekci, což zmínilo pouze 5 sester. Domníváme se, že se pouze zapomněly zmínit. Dále si všechny sestry připraví potřebné pomůcky a vydají se na pokoj. Nejprve zaklepu na dveře a pak až vstoupí. Myslíme si, že právě díky takové banální činnosti, jako je zaklepání na dveře, klientům dodávají pocit, že jsou doma, mají tak mnohem větší pocit jistoty a bezpečí. Že je pocit jistoty a bezpečí jeden z nejdůležitějších u seniorů, potvrzuje i (Mlýnková, 2011), jež ve své knize píše, že u seniorů se mění hodnotová orientace potřeb, v popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Dále jsme zjišťovali, jak vůbec taková ošetrovatelská péče v domově seniorů probíhá. Jelikož jde o velmi obsáhlý termín, snažili jsme se zmapovat celý den v takovémto zařízení. Zde jsme se setkali se dvěma názory, a to od S11, která odpověděla: *Ošetrovatelské*

péče v domovech pro seniory je rutina.“ Naopak S9 odpověděla: „*Nelze specifikovat, každý den probíhá jinak a potřeby klientů jsou různé.*“ Toto vnímání je opravdu individuální, jelikož se může kdykoli cokoli stát a sestra musí řešit akutní stavy a situace, ale podle výsledků se spíše přikláníme k názoru, že ošetrovatelská péče v domovech pro seniory většinou opravdu rutina je. Ovšem Vytejková et al. (2011) se ve své knize vyjadřuje k oběma názorům a to, že sestra se vždy zaměřuje na péči o výživu, vyprazdňování, tělesnou čistotu, bolest, prevenci imobilizačního syndromu apod., což by se dalo považovat za rutinní péči. Ovšem dále udává, že konkrétní postup základní ošetrovatelské péče se přizpůsobuje aktuálním potřebám klienta. Pokud ale ošetrovatelskou péči zaměříme na potřeby každého klienta zvlášť, tak ty opravdu individuální jsou. Dle Malíkové (2020) se např. u nesoběstačných a imobilních klientů péče zaměřuje na péči o základní biologické potřeby, kterým se ale budeme věnovat později. Soběstačný či částečně soběstačný klient také potřebuje pomoc stejně jako klient nesoběstačný, ale pouze v jiné míře. Co se týče dalších výkonů během dne, sestry nejčastěji uváděly hygienu, podávání léků, aplikaci inzulinů, podávání a přípravu stravy, koupel, odborné výkony, jako jsou převazy, měření fyziologických funkcí, péče o permanentní močový katétr, aplikace injekcí s.c. a i.m., administrativní práce a hydratace. Tyto činnosti ve své knize zmiňuje i Malíková (2020) – ošetrovatelská péče je zaměřena na péči o základní biologické potřeby, a to především o příjem potravy včetně pomoci při podání stravy (příprava, podávání stravy), zajištění pitného režimu, péči o pravidelné a bezproblémové vyprazdňování zahrnující i péči při inkontinenci a s tím související prevenci opruzenin. U imobilních klientů se provádí pravidelné polohování, péče o pokožku s prevencí vzniku dekubitů, komplexní hygienická péče s péčí o dutinu ústní, vytváření podmínek ke spánku a odpočinku. Na tento výrok od Malíkové (2020) můžeme navázat prováděnými výkony. Zde se sestry také většinou shodovaly, výkony které nejčastěji provádí jsou – hygiena, která zahrnuje i výměnu inkontinenčních pomůcek, péči o pokožku a polohování. Dále to je příprava a podávání medikace, aplikace inzulinů, převazy, odběry biologického materiálu, aplikace injekcí, měření fyziologických funkcí, péče o permanentní močový katétr, podávání stravy a hydratace. Dle Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2015) je potřeba minimálně 1× denně nutné umýt a ošetřit obličej, záda a podpaží. Minimálně 3× denně je nutné umýt a ošetřit ruce, genitálie a konečník. Standardem je i pravidelná péče o dutinu ústní, zuby či

zubní náhradu, a to 2× denně. Co se týče mytí obličeje a ošetření genitálu a konečníku, to sestry zmínily během rozhovorů. Ale zbytek informací jsme se od nich již nedozvěděli. Dle našeho názoru se toto u klientů běžně opravdu provádí, ale spousta výkonů ohledně hygieny zajišťují spíše pracovníci přímé obslužné péče. Tento náš názor potvrzuje fakt, že ze 74 (100 %) klientů bylo s poskytováním hygienické péče velmi spokojeno 45 (61 %), spokojeno bylo 23 (31 %) a neutrální postoj vyjádřilo 6 (8 %) klientů (Graf 27). Součástí hygienické péče je zajišťování intimity. Odpovědi od sester byly jednoznačné a z rozhovorů vyplynulo, že to je samozřejmé. Klientům při provádění výkonů zavírají dveře, zatahují závěsy, které jsou umístěné i mezi lůžky, využívají paravány, zatahují žaluzie a zahalují klienta při přemísťování např. do koupelny. To, že se sestry snaží zajišťovat klientům jejich intimitu, potvrzují i výsledky, které znázorňuje Graf 31. Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo se zachováním jejich intimity při hygieně velmi spokojeno 39 (53 %) klientů. Spokojeno bylo 32 (43 %) klientů a další 3 (4 %) vyjádřili neutrální postoj. Pro spokojenost klientů je důležité i naslouchání. Pokud se klient rozhodne sestře svěřit s nějakým problémem, je to dle našeho názoru známka důvěry a může to velmi ovlivnit jeho spokojenost. Všechny dotazované sestry se shodly, že se klientovi snaží vždy naslouchat a následně jeho problém vyřešit. Klienti byli s nasloucháním sester spokojeni. Z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s nasloucháním sestrou velmi spokojeno 40 (54 %) klientů. Spokojeno bylo 32 (45 %) klientů a 1 (1 %) vyjádřil neutrální postoj (Graf 39). Klevetová, Dlabalová (2008) ve své knize uvádí, že je vhodné nabídnout řešení a přitom se vyvarovat impulzivní reakce, naučit se bez agrese vyjádřit své pozitivní i negativní pocity a naučit se rozumět svým postojům a myšlenkám. Pokud řešení daného problému není v sesterských kompetencích, sestry se shodly, že klienty odkazují na jiné pracovníky, kteří jsou schopni jim pomoci. Nejčastěji byli zmiňováni staniční sestra, vrchní sestra, sociální pracovníce, lékař, kněz, rodina a fyzioterapeut. To potvrzují i výsledky zaznamenané v Grafu 40, kdy z celkového počtu 74 klientů (100 %) bylo s reakcí sestry v případě nějakého problému velmi spokojeno 51 (67 %) klientů. Spokojeno bylo 20 (28 %) klientů a pouze 3 (4 %) vyjádřili neutrální postoj. Všechny dotazované sestry si myslí, že spokojenost ovlivňuje především personál a prostředí, ve kterém se klienti nacházejí. Dle Waarda et al. (2018) může spokojenost klienta ovlivnit mnoho faktorů, např. věk, zdravotní stav, očekávání, přesvědčení, důvěra, hodnoty a zkušenosti. To, že spokojenost může ovlivnit i aktuální

zdravotní stav klienta, zmínila ve své odpovědi i S7. Dvě sestry se shodly, že spokojenost může ovlivnit i stravování, s čímž my souhlasíme. Během rozhovorů s klienty jsme se občas setkali s názorem, že jídlo, které jim je podáváno, není dobré. To potvrzují i výsledky z Grafu 44, kde je znázorněno, co by klienti v domově pro seniory změnili. 8 klientů by změnilo vybavení, 3 výzdobu, 2 klienti přístup personálu, 14 klientů stravování, 6 klientů rozložení místnosti, 6 klientů vybavení pokoje, 6 klientů počet seniorů na pokoji a 1 klient denní režim. Co už bylo několikrát zmíněno, by sestry chtěly mít více času na komunikaci s klienty. Tato odpověď se opakovala vícekrát a to nás nutí se zamyslet, že ošetřujícího personálu je opravdu nedostatek. Na to navazuje i další podkategorie, kde jsme se sester ptali, co by chtěly změnit. Opět jsme se dostali k nedostatku času a personálu. Opětovně bylo zmíněno stravování. Některé dotazované by si pro klienty přály tišší přístup. Když jsme se ptali, co si pod tím představují, chtěly by pro klienty více klidu, především aby je nemusely ráno budit tak brzy. Toto potvrzuje i Graf 11, kde bylo zjištěno, že z celkového počtu 74 (100 %) klientů bylo se spánkovým režimem velmi spokojeno 29 (39 %), spokojeno bylo 23 (31 %), neutrální postoj vyjádřilo 5 (7 %) a nespokojeno bylo 17 (23 %) klientů. Tento výsledek se podle mého názoru právě dá přisuzovat brzkému buzení. Ale některé sestry (S5, S6, S7) by nic neměnily, protože si myslí, že odvádějí dobrou práci a klienti spokojeni jsou. Někteří klienti by ale v přístupu sester něco změnili. To zaznamenává Graf 42. Celkem 7 klientů by změnilo lepší komunikaci, 8 klientů by uvítalo více naslouchání, 10 klientů by chtělo zvýšit vzájemnou důvěru a 11 klientů by chtělo, aby sestry měly více času na péči. Dle mého názoru je odpověď na výzkumnou otázku velmi obsáhlá. Sestry ovlivňují spokojenost klientů každý den a téměř vším, co dělají. Ať už se jedná o hygienickou péči, díky které se senior cítí komfortně, nebo o pomoc při podávání stravy a při zajišťování pitného režimu. Sestry se nejvíce shodly, že klienty ovlivňuje komunikace, s čímž rovněž souhlasím, protože se pak klient necítí osaměle a prostý rozhovor a sociální kontakt mu může zlepšit celý den.

6 Závěr

Tato diplomová práce byla zaměřena na spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Ke zpracování této problematiky byly stanoveny dva cíle. V souvislosti s naplněním cíle byly stanoveny tři hypotézy a k druhému cíli jedna výzkumná otázka. Pro splnění cílů bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření metodou dotazování, technikou řízeného rozhovoru na podkladě dotazníku a kvalitativní výzkumné šetření metodou hloubkového rozhovoru. Výzkumy byly prováděny ve dvou domovech pro seniory v Jihočeském kraji.

Prvním cílem bylo zjistit spokojenost klientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v domovech pro seniory. Pro tento cíl jsme stanovili 3 hypotézy. První hypotézu týkající se změny spokojenosti klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí v závislosti na pohlaví se nám nepodařilo potvrdit. Tato hypotéza byla analyzována pomocí Mann-Whitney U testu. Alternativní hypotéza byla zamítnuta a byla přijata nulová hypotéza – „Spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se nemění v závislosti na pohlaví“. Druhou hypotézu, a sice že „ošetroující personál pozitivně ovlivňuje spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí“ se nám podařilo potvrdit. Pro analýzu hypotézy byl použit Wilcoxonův test. Pouze v jednom případě klienti nezvolili statisticky významně více než 70 % kladných odpovědí. Téměř ve všech případech nám vyšlo, že klienti domova pro seniory jsou spokojení. Pouze v jednom případě nevyšla odpověď kladná, a to v případě otázky 44, kdy klienti chtěli něco změnit v přístupu sester. Ve všech případech je tedy medián statisticky významně menší než 3. To znamená, že byla přijata alternativní hypotéza – „Ošetroující personál pozitivně ovlivňuje spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí“. Třetí hypotéza – „spokojenost klientů domova pro seniory s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na jejich soběstačnosti“ se nám potvrdila částečně. Pro analýzu byly použity Kruskal-Wallisův test a Dunnův post hoc test. Statisticky významný rozdíl se vyskytl celkem v 16 případech z celkových 38, můžeme tak říct, že spokojenost klientů se částečně mění v závislosti na jejich soběstačnosti. Proto jsme nezamítli nulovou ani alternativní hypotézu.

Cílem kvalitativní části bylo identifikovat faktory ovlivňující spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí z pohledu sestry. Pro tento cíl jsme stanovili výzkumnou otázku, jakým způsobem mohou sestry ovlivnit spokojenost klientů domova pro seniory s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry mohou ovlivnit spokojenost klientů v domovech pro seniory vším, co u klientů vykonávají, svou ochotou a vstřícností. Bylo zjištěno, že spokojenost klientů ovlivňuje nejen zajišťování základních biologických potřeb, jako jsou hygiena, dopomoc při příjmu potravy a hydratace. Spokojenost klientů sestry ovlivňují i svou přítomností a správně zvolenou komunikací. Z výzkumného šetření vyplynulo, že komunikaci sestry vnímají jako jeden z nejdůležitějších faktorů spokojenosti. Je to z toho důvodu, že komunikace pomáhá navazovat bližší vztahy a klienti se tak mohou více cítit bezpečně a spokojeně jako doma. Dále vyplynulo, že seniory ovlivňuje ošetrovatelský personál, slušné jednání a zacházení a prostředí, ve kterém žijí.

Ze všech výsledků vyplynulo, že klienti domova pro seniory jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a sestry se ve všech ohledech snaží, aby klienti spokojeni byli. Provádějí u nich spousty výkonů a činností, snaží si s nimi vybudovat kladný vztah a tím jim zpříjemnit a ulehčit zbytek jejich života.

Zjištěné výsledky by mohly být poskytnuty vedení domovů pro seniory a mohly by vést ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče. Na základě výsledků by dále mohl být proveden interaktivní seminář se sestrami, který by se zaměřoval např. na oblast komunikace, manipulace nebo oblast podpory soběstačnosti klientů.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BARTŮNĚK, P., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. s.712. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BERNING, V., et al. 2018. Patient satisfaction and quality of recovery. *Anaesthesia*. 73(4). 521-522. doi: 10.1111/anae.14258. Dostupné z: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/anae.14258>
3. CAVALCANTI, W., Y. 2020. Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 20(1). 44. doi: 10.1186/s12877-020-1452-0. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7003363/>
4. ČELEDOVÁ L., et al. 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
ČEVELA, R., et al. 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
5. ČEVELA, R., et al. 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
6. DEVITO, A., J., 2008. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. 6. vyd. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
7. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
8. ENÇ, N., ALKAN, H., 2017. Nursing care in elderly patients with cardiovascular disease. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 45(5). 120-123. doi: 10.5543/tkda.2017.92147. Dostupné z: <https://archivestsc.com/jvi.aspx?un=TKDA-92147>
9. GOES, M., et al., 2020. A Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Need. *Sci Rep*. 10(1). doi: 10.1038/s41598-020-58596-1. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7000781/>
10. GRUBEROVÁ, B., 1998. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.

11. GRUSS, P., 2009. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál. 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6.
12. GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
14. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
15. HERMAN, J., et al., 2008. *Základy managementu sociálních služeb*. Brno: T.I.G.E.R. 159 s. ISBN 57-860-08.
16. HEUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory – nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
17. HOLMEROVÁ, I., et al. 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6 b.
18. HOLMEROVÁ, I., et al., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0 a.
19. HROZENSKÁ, M., 2011. *Kvalita života starších lidí v priestore spoločenských vied*. Nitra: Effeta. 155 s. ISBN 978-80-89245-24-6.
20. HULKOVÁ, V., 2016. *Štandardizácia v ošetrovatelstve*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-9083-6.
21. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
22. JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
23. JANOŮŠEK, J., 2015. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-4295-3.
24. JAROŠOVÁ, D., et al., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.
25. JEDLIČKA, V., et al. 1991. *Praktický gerontologie*. 2. vyd. Brno: Grafia. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.

26. KAJONIUS, J., P., KAZEMI, A., 2016. Safeness and Treatment Mitigate the Effect of Loneliness Satisfaction With Elderly Care. *Gerontologist*. 56(5). 928-936. doi: 10.1093. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5019041/>
27. KALVACH, Z., et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
28. KAUFMANOVÁ, P., 2004. Pohled seniorů na pečovatelskou službu. *Sociální práce*. 2004(2), 95-105. ISSN 7213-6204.
29. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
30. KOLIBOVÁ, H., 2012. *Kultura aktivního stáří v programech měst a obcí v Moravskoslezském kraji*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 154 s. ISBN 978-80-7248-790-5.
31. KONEČNÁ, Z., 2009. *Základy komunikace*. Brno: CERM. 151 s. ISBN 978-80-214-3891-0.
32. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
33. MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. 2007. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén. 176 s. ISBN 978-80-7262-499-7.
34. MIKULÁŠTÍK, J., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada. 2. vyd. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
35. MINIBERGOVÁ, L., DUŠEK, J. 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
36. MLÝNKOVÁ J. 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. s. 192. ISBN 978-80-247-3872-7.
37. MOHAMMADPOUR, A., et al. 2018. Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly. *Clin Interv Aging*. 13. 405-410. doi. 10.2147/CIA.S150697. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5858545/>
38. MOJŽÍŠOVÁ, A., 2019. *Sociální práce se seniory*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 80 s. ISBN 978-80-7394-761-3.

39. NÉMETH, F., et. al. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
40. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotnický nauka 2. díl*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
41. PŘIBYL, H., 2012. *Sociální gerontologie: Inovace a modernizace výuky a zvyšování odborných kompetencí*. Opava: Slezská univerzita. ISBN 978-80-7248-754-7.
42. ŘÍČAN, P. 2014. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
43. ŘÍČAN, P., 2008. *Psychologie: příručka pro studenty*. 2. vyd. Praha: Portál. 294 s. ISBN 978-80-7367-406-9.
44. SAK P., KOLESÁROVÁ K. 2012. *Sociologie stáří seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
45. SFAP, S., et. al. 2018. Copmparative study of quality of life of elderly nursing home residents and those atteneding a day Center. *Cien Saude Colet*. 23(11). 3923-3934. doi: 10.1590/1413-812320182311.21742016. Dostupné z: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YJCFRkvDhfrFrByzmdNw7gp/?lang=en>
46. SVOBODOVÁ, K., 2006. Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory. *Revue pro výzkum populačního vývoje*. Praha: Český statistický úřad. 48(4). 256-261. ISSN 0011-8265.
47. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-7142-841-1.
48. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatríe pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
49. TÓTHOVÁ, et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 2. vyd. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
50. VACÍNOVÁ, M., et al., 2010. *Psychologie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 240 s. ISBN 978-80-7452-008-2.
51. VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
52. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

53. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
54. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
55. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace pro praxi*. Praha: Grada. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
56. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
57. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
58. WAARD, S., C., et al. 2015. Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. *Scand J Prim Health Care*. 36(2). 189-197. doi: 10.1080/02813432.2018.1459229. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6066293/>
59. WEI, Y., ZHANG, L. 2020. Analysis of the Influencing Factors on the Preferences of the Elderly for the Combination of Medical Care and Pension in Long-Term Care Facilities Based on the Andersen Model. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.17(15). 5436. doi: 10.3390/ijerph17155436. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7432067/>
60. WILLIAMS, K., et. al., 2018. Person-Centered Communication for nursing Home Residents With Dementia: Four Communication Analysis Methods. *West J Nurs. Res.* 40(7). 1012-1031. doi: 10.1177/0193945917697226. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5581294/>.
61. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN978-80-271-0156-6.
62. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

8 Přílohy

Příloha 1 – Otázky určené pro hloubkový rozhovor

1. Pohlaví:
2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
3. Jak dlouho pracujete jako všeobecná sestra v domově pro seniory?
4. Jak vnímáte časový prostor pro poskytování ošetrovatelské péče?
5. Jaké činnosti předcházejí tomu, než vejdete ke klientovi do pokoje a v jakém sledu probíhají?
6. Jak probíhá ošetrovatelská péče u klientů během celého dne?
7. Jak udržujete soběstačnosti klientů při každodenních činnostech?
8. Jaké ošetrovatelské výkony u klientů vykonáváte/provádíte?
9. Jakým způsobem zajišťujete pomoc klientům při podávání stravy či pití?
10. Jak probíhá hygienická péče ve sprše?
11. Jak pečujete o pokožku klientů?
12. Jak zajišťujete intimitu u klientů ať už během přebalování, běžných výkonů či koupání?
13. Jak se snažíte uzpůsobit komunikaci, pokud jde např. o nedoslýchavého klienta?
14. Pokud se Vám klient s něčím svěří, snažíte se klientovi vždy naslouchat? A jak se pokoušíte jeho problém následně vyřešit?
15. Jak vnímáte vliv komunikace sester s klienty na spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?
16. Co podle Vás ovlivňuje spokojenost klientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a kdybyste měla možnost něco zlepšit, co by to bylo?

Zdroj: Vlastní

Příloha 2 – Otázky určené pro strukturovaný rozhovor

1. Pohlaví:

- Žena
- Muž

2. Věk

3. V domově pro seniory žiji:

4. Jsem (hodnocení dle ADL):

- Plně soběstačný
- Částečně soběstačný
- Částečně nesoběstačný
- Úplně nesoběstačný

5. Jak jste v domově pro seniory celkově spokojen/a? (Vybavení, atmosféra, výzdoba,,)

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

6. Jak jste spokojen/a s vybaveností společných místností?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

7. Jak jste spokojen/a s vybaveností jídelny?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

8. Jak jste spokojen/a s vybaveností kape?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a

- Velmi nespokojen/a

9. Jak jste spokojen/a s vybaveností tělocvičny?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

10. Jak jste spokojen/a s rozlišením pro jednoduchou orientaci v domově pro seniory? (barevné odlišení pater, cedule na dveřích,...)

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

11. Na jakém jste pokoji?

- Jednolůžkovém
- Dvoulůžkovém

12. Jak jste spokojen/a s vybavením Vašeho pokoje?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

13. Jak jste spokojen/a s Vaším spánkovým režimem?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a
-

14. Je v souvislosti s pobytem v domově pro seniory narušen Váš spánek?

- Ano
- Ne
- Jiné

15. Jste spokojen/a s časovým prostorem pro vlastní aktivity?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a

- Velmi nespokojen/a

16. Jste spokojen/a s aktivitami které zařízení nabízí?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

17. Jste spokojen/a s přístupem zaměstnanců? (Pozdrav, klepání, zdvořilost, ochota, oslovování...)

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

18. Je brán ohled na Vaše osobní tempo a potřeby při běžných činnostech?

- Ano
- Ne
- Nevím

19. Jste spokojen/a s prováděním hygienické péče?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

Jste spokojen/a s pomocí při oblékání?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

20. Jste spokojen/a s pomocí při stravování?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

21. S podanými informacemi od sester jste:

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

22. Jste spokojen/a s podporou Vaší soběstačnosti ze strany sester?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

23. Jste schopen/a si sám/sama zajistit pitný režim?

- Ano
- Ne
- Nevím

24. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli NE, jak jste spokojen/a s tím, jak Vám je aktivně nabízeno pití?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

25. Kde se stravujete?

- Jídelna
- Pokoj

26. Jste schopen/a se sám/sama najíst a připravit si jídlo? (Namazat si chléb, nakrájet si maso,...)

- Ano
- Ne
- Jiné

27. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a NE, jste spokojen/a s pomocí sester při přípravě potravy?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

28. Jak jste spokojen s časovým vymezením na příjem potravy?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

29. Jak jste spokojen/a s pomocí při poskytování hygienické péče?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

30. Používáte inkontinenční pomůcky? (Pleny, pants – natahovací inkontinenční kalhotky)

- Ano
- Ne

31. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, Jste spokojen/a s tím, jak Vám jsou pravidelně vyměňovány inkontinenční pomůcky?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

32. Jak jste spokojen/a s celkovou koupelí ve sprše? (Četnost, čas strávený ve sprše,...)

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a
- Ve sprše se nekoupu

33. Jste spokojen/a se zachováním Vaší intimity při hygieně?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

34. Jak jste celkově spokojen s poskytovanou ošetrovatelskou péčí ze strany sester?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

35. Jak jste spokojen/a s podáváním léků?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

36. Jak jste spokojen/a s prováděním převazů?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

37. Věnují Vám sestry vždy dostatek času?

- Ano
- Ne
- Jiné

38. Jak jste spokojen/a s komunikací ze strany sestry?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

39. Pokud máte nějaké omezení např. nedoslýchavost, uzpůsobuje Vám sestra vždy komunikaci, abyste se domluvili?

- Ano
- Ne
- Nevím

40. Jak jste spokojen/a s tím, jak Vás sestry oslovují? (Vykání, oslovování „babi“, „dědo“)

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a

- Velmi nespokojen/a

41. Jak jste spokojen/a s tím, jak Vám sestra naslouchá?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

42. V případě, že máte nějaký problém a obrátíte se na sestru, jste spokojen/a s její reakcí?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Neutrální postoj
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

43. Změnili byste něco v přístupu sester?

- Ano
- Ne
- Nepřemýšlel/a jsem o tom

44. Pokud jste v otázce č. 44 odpověděli ano, co byste na přístupu sester změnili? (můžete sdělit více odpovědí)

- Lepší komunikace
- Více naslouchání
- Zvýšení vzájemné důvěry
- Zdvořilejší chování
- Více času na péči
- Větší aktivita v péči
- Více vstřícnosti s ohledem na Vaše tempo
- Jiné (doplňte)

45. Změnil/a byste něco v domově pro seniory?

- Ano
- Ne
- Nepřemýšlel/a jsem o tom

46. Pokud jste odpověděl/a v otázce č. 46 ano, co byste změnil/a? (můžete sdělit více odpovědí)

- Vybavení
- Výzdobu
- Přístup personálu
- Stravování

- Rozložení místnosti
- Vybavení pokoje
- Počet seniorů na pokoji
- Denní režim
- Ošetrovatelskou péči (hygiena, koupání, přebalování)
- Jiné (doplňte)

Zdroj: Vlastní

Příloha 3 – Výstup pro interaktivní seminář se sestrami

Název semináře: Jak správně komunikovat s klientem v domově seniorů.

Vážené kolegyně, Vážení kolegové,

Dovoluji si Vás pozvat na interaktivní seminář týkající se správné komunikace s klientem v domově pro seniory. V dnešní praxi je stále možné se setkat s nevhodnou komunikací mezi ošetrovatelským personálem a klientem. V tomto semináři si řekneme, jaké jsou nejčastější chyby a bariéry v komunikaci se seniorem. Seminář bude probíhat formou teoretického úvodu s následnou diskusí a brainstormingem.

Těším se na Vaši účast.

Bc. Stanislava Kotková

Zdroj: Vlastní

9 Seznam zkratek

Např. – například

PMK – permanentní močový katétr

Injekce s.c. – subkutánní aplikace injekce

Injekce i.m. – intramuskulární injekce

FF – fyziologické funkce

