

Ošetrovatelská péče v zařízení sociální péče

Barbora Malinová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Malinová**
Osobní číslo: **H16288**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Ošetrovatelská péče v zařízení sociální péče**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Zmapování současného stavu řešené problematiky.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti úlohy sestry v péči o seniory.
Příprava metodiky praktické části práce.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace výzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČANKOVIĆ, Sonja et al. Quality of Life of Elderly People Living in a Retirement Home. Vojnosanitetski Pregled: Military Medical & Pharmaceutical Journal of Serbia, 2016. ISSN 0042-8450.

ČEVELA, Rostislav a kol. Sociální gerontologie. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HOLMEROVÁ, Iva. Dlouhodobá péče. Geriatrické aspekty a kvalita péče. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5439-0.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu


PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně  2019

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Dísertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Ošetrovatelská péče v zařízení sociální péče se zabývá ošetrovatelstvím poskytované v zařízení sociální péče. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do tří kapitol, z nichž první je zaměřená na vymezení pojmů vztahujících se k ošetrovatelství, druhá kapitola vymezuje rozdělení sociální a zdravotní péče a poslední, třetí kapitola se zabývá ošetrovatelskou péčí o seniory, posouzením klienta sestrou a specifickým přístupem k seniorům.

Praktická část obsahuje výsledky výzkumu technikou dotazníkového šetření. Výzkumu se účastnili klienti zařízení sociální péče, kteří se vyjadřovali k průběhu ošetrovatelské péče a ke změnám, ke kterým došlo po umístění do zařízení.

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, sociální péče, zařízení sociální péče, senior – klient, sestra, spokojenost.

ABSTRACT

Bachelor thesis on Nursing Care in Social Care Facility deals with nursing provided in social care facilities. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part includes three chapters. The first chapter presents the theoretical definition of nursing, the second chapter includes the division of social care and health care. The last, third chapter deals with nursing care for the elderly. The work also includes the quality of life in old age and the multidisciplinary team working in social care facilities. The third chapter also deals with the client's assessment of the nurse and the specifics of the approach to seniors. In the practical part the research is done by the questionnaire technique, applied to the respondents, who are clients of social care facilities. The questionnaire is focused on nursing care provided in the residential facility by the client's view. The objectives of the research include the course of nursing care, client satisfaction, whether and how the change of clients took place.

Keywords: nursing care, social care, social care facilities, senior – client, nurse, satisfaction.

Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Poděkování

Vyjadřuji velké poděkování PhDr. Anně Krátké, Ph. D. za cenné rady, komentáře, odborné vedení a pomoc při vypracování mé bakalářské práce. Poděkování patří všem zařízením, ve kterých byl výzkum zrealizován a respondentům, kteří ochotně věnovali svůj čas pro vyplnění dotazníků. Velké poděkování patří i mé rodině a příteli za podporu po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA OŠETŘOVATELSTVÍ.....	13
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	13
1.1.1 Ošetřovatelství.....	13
1.1.2 Ošetřovatelská péče.....	14
1.1.3 Dlouhodobá péče.....	15
1.1.4 Gerontologie a geriatrie.....	16
1.1.5 Zdraví a nemoc.....	17
1.2 SENIOR.....	18
1.2.1 Stárnutí.....	18
1.2.1.1 Změny způsobené stářím.....	20
1.2.1.2 Geriatrická křehkost.....	23
1.2.1.3 Geriatrické syndromy.....	23
1.2.2 Evropská charta práv pacientů seniorů.....	24
1.2.3 Kvalita života ve stáří.....	25
2 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE.....	26
2.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY A STANDARDY.....	26
2.1.1 Sociální péče.....	28
2.1.2 Zdravotní a ošetřovatelská péče.....	28
2.2 ROZDÍL MEZI SOCIÁLNÍM A ZDRAVOTNICKÝM ZAŘÍZENÍM.....	28
2.3 ROZDĚLENÍ POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍ.....	29
2.3.1 Výběr zařízení.....	30
2.4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE.....	31
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O SENIORY.....	32
3.1 SESTRA V PÉČI O SENIORA V HISTORICKÉM KONTEXTU.....	33
3.2 SENIOR A JEHO POTŘEBY.....	33
3.3 POSOUZENÍ KLIANTA SESTROU.....	35
3.3.1 Hodnocení funkčního stavu.....	36
3.3.2 Hodnocení soběstačnosti.....	38
3.3.3 Hodnocení kognice.....	39
3.3.4 Hodnocení výživy a hydratace.....	40
3.4 SPECIFIKA PŘÍSTUPU K SENIORŮM.....	41
3.4.1 Etika přístupu k seniorům.....	42
3.4.2 Komunikace s klienty a jejich blízkými.....	44
3.4.3 Spolupráce s rodinou.....	45
3.4.4 Aktivizace seniora.....	46
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	48
4 METODIKA PRÁCE.....	49

4.1	ZÁKLADNÍ CÍLE VÝZKUMU	49
4.2	VÝZKUMNÁ METODA A TECHNIKA	49
4.2.1	Charakteristika dotazníkových položek	50
4.3	CHARAKTERISTIKA A VÝBĚR ÚČASTNÍKŮ VÝZKUMU	50
4.4	ORGANIZACE VÝZKUMU	51
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	51
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU	53
6	DISKUZE	93
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	96
	ZÁVĚR	99
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	101
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	105
	SEZNAM GRAFŮ	106
	SEZNAM TABULEK	107
	SEZNAM PŘÍLOH	109

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči v zařízení sociální péče. Zabývá se seniory a jejich životem, kteří potřebují ať jen mírnou nebo úplnou ošetrovatelskou péči. Senioři, kteří pobývají v pobytovém zařízení, nazýváme klienty. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se skládá ze tří kapitol. V první kapitole jsou popsány pojmy korespondující s ošetrovatelstvím, pohled na seniora a jeho osobnost, se kterou souvisejí způsobené změny ve stáří. Některé klienty postihne nemoc těžká, jiné postihne více onemocnění najednou, v kapitole se seznámíme také s geriatrickou křehkostí a syndromy. Život ve stáří by měl být důstojný a klidný, tomu se věnujeme v Evropské chartě práv pacientů seniorů společně s kvalitou života ve stáří. Druhá kapitola seznamuje se sociálními službami, jejich standardy a charakteristikou sociálního a zdravotního zařízení. Kapitola zahrnuje nejen rozdělení sociálních, ale i zdravotních služeb. Kapitola také charakterizuje pracovníky, kteří mají tvořit jeden celek a pracovat jako multidisciplinární tým. Třetí kapitola charakterizuje ošetrovatelskou péči o seniory. Na začátku zahrnuje historický kontext na pohled sestry v péči o seniora. Nejen, že každý jedinec má své potřeby, ale i senior, kterému se mohou hodnoty potřeb zcela během stárnutí měnit, jsou uvedeny v této kapitole. S potřebami souvisí posouzení klienta sestrou, protože bez posouzení, nemusí být zcela jasné, jak senior funguje, jak se dokáže o sebe postarat sám nebo předejít potížím s příjmem potravy a tekutin. Poslední část třetí kapitoly zahrnuje specifický přístup k seniorům a zahrnuje etiku přístupu k seniorům, jak se chovat, když komunikujeme se seniorem. Každopádně komunikace na profesionálním a odborném pracovišti by měla být i s rodinou a nejbližšími klientovými příbuznými. V závěru práce je uvedena spolupráce s rodinou klienta, postavení vztahu pracovníka s rodinou. Na konec kapitoly je uvedeno několik aktivit, které vedou k příjemnému a pozitivnímu naladění k životu ve stáří.

Výzkum bakalářské práce zkoumá, jaká je ošetrovatelská péče v zařízení sociální péče a to z pohledu klientů ubytovaných v zařízení. Zdali znají pojem ošetrovatelská péče a jak jsou s ní spokojeni. Zjistíme jejich pohled a názor na ošetrovatelskou péči v pobytovém zařízení, ve kterém žijí. Cílem zkoumání je také zjistit, zdali a co se změnilo u klienta po umístění do pobytového zařízení. Výzkum je realizován v zařízeních sociální péče technikou dotazníku. Pomocí názoru klientů, je zjištěno, jaký mají pohled na ošetrovatelskou péči v zařízení sociální péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA OŠETŘOVATELSTVÍ

1.1 Vymezení pojmů

V první kapitole jsou vymezeny pojmy ošetřovatelství, ošetřovatelské péče, související dlouhodobá péče, gerontologie a geriatrie, zdraví a nemoci. Pojmy jsou korespondující se studijním oborem všeobecná sestra. V druhé části první kapitoly je popsán senior se související fází života stárnutí. Na vědomí je zdůrazněna Evropská charta práv a kvalita života ve stáří.

1.1.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína, zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví (Plevová a kol., 2018, s. 59).

Ošetřovatelství je pro mnohé osoby, které se zabývají oborem, jednoznačný pojem. Předmětem ošetřovatelství je především poskytování péče jak pro nemocné, tak i pro zdravé jednotlivce, poskytování péče rodinám a příbuzným a celkově seskupením jedinců. Pod pojmem ošetřovatelská péče si lze představit hlavně zdraví, udržení rovnováhy zdraví a jeho ochrany (Jarošová, 2000, s. 11).

Ošetřovatelství se zaměřuje především na podporu, udržení nebo navrácení zdraví, rozvíjí soběstačnost a zmírňuje utrpení závažného onemocnění. V konečných stádiích života ošetřovatelství napomáhá ke klidnému a důstojnému umírání (Plevová a kol., 2018, s. 59).

Zahrnuje všechny typy prevencí před vznikem a v průběhu nemoci a dalších nežádoucích a mimořádných událostí (Jarošová, 2000, s. 11). Ošetřovatelství se promítá do diagnostiky, terapie a v neposlední řadě i rehabilitace (Plevová a kol., 2018, s. 59).

Nicméně ošetřovatelská péče je zaměřena na holistický přístup, kde hlavním objektem péče je člověk považován jako celek se svými souvisejícími tělesnými, psychickými, sociálními a duchovními potřebami (Jarošová, 2000, s. 11). Hlavním cílem ošetřovatelství je uspokojení potřeb člověka a pohled na jeho potřeby a potíže, podpořit a upevnit jeho zdraví a v případě potřeby pomáhat s navrácením zdraví, zmírnit utrpení a zachovat důstojnost při umírání (Plevová a kol., 2018, s. 59).

Mastiliaková (2014, s. 48) ve své knize popisuje metaparadigma (předmět zkoumání) ošetřovatelství, kde zahrnuje člověka ve všech věkových kategoriích, zdraví a jeho

kontinuální změny a vývoj, průběh života, prostředí, které je přirozené a společenské, ve kterém člověk žije, a ošetrovatelskou činnost, jak v oblasti primární a sekundární, tak i terciární.

S ošetrovatelskou péčí jsou nejvíce spojovány sestry, ať již praktické sestry nebo všeobecné sestry a diplomované všeobecné sestry (Jarošová, 2000, s. 40).

Hlavní úkoly sestry:

- docílit u jednotlivce a skupiny tělesné, duševní a sociální pohody;
- aktivně zapojit člověka;
- udržet nebo navrátit soběstačnosti;
- zajistit ordinaci lékaře;
- uspokojit negativní změny vzniklé následkem onemocnění;
- seznámit s prevencí (Upraveno autorkou dle Jarošová 2000, s. 40).

1.1.2 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče je v rámci ošetrovatelství a měla by zahrnovat vhodné a správné metody, jak systematicky a celkově uspokojovat potřeby jednotlivce často způsobené onemocněním. *Pomáhat především těm, kteří sami o sebe nemohou, neumějí nebo nechtějí pečovat.* Ošetrovatelská péče poukazuje na aplikaci ošetrovatelství v praxi. Zahrnuje proces diagnostiky, léčby a rehabilitace. Zdůrazňuje pacientův zájem a jeho rodiny a plně je zapojuje do procesu uzdravení a následně k udržení zdraví. V neposlední řadě poskytuje člověku klidné umírání (Pacovský a Heřmanová, 1981, s. 262).

Jarošová (2000, s. 39) uvádí čtyři části ošetrovatelské péče, které souvisí se zdravím:

- a) *podpora zdraví;*
- b) *uchovávání zdraví;*
- c) *navrácení zdraví;*
- d) *péče o umírající.*

Ošetrovatelská péče zahrnuje pracovní způsob řízený ošetrovatelským procesem. Cílem ošetrovatelského procesu je preventivní opatření a eliminace problémů každého individuálního pacienta. Jedná se o racionální způsob, jak provádět a organizovat ošetrovatelskou péči. Zahrnuje řadu pracovních poznatků, které odborníci v ošetrovatelství aplikují v praxi. Poznátky slouží k hodnocení jednotlivých potřeb u každého jedince, určení ošetrovatelských problémů, následně k plánování, realizaci a vyhodnocení

ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces obsahuje také dva systémy organizování pracovních činností. Jedná se o *systém skupinové péče*, charakterizující skupinovou péči, kdy jedna sestra pečuje o skupinu pacientů, zatímco *systém primárních sester*, definuje péči sestry o jednoho pacienta po celou dobu jeho pobytu v nemocnici (Koncepce ošetřovatelství, ©2004).

Výhodou ošetřovatelského procesu je pro klienta kvalitně naplánovaná a poskytovaná péče, uspokojující potřeby jednotlivce, propojená a navazující péče a samotný podíl a zapojení klienta do péče (Mastiliaková, 2014, s. 41).

1.1.3 Dlouhodobá péče

V dnešní době se používá termín pro dlouhodobou péči jako *long-term care*. Ten je užíván i pro mezinárodní název. Jedná se o souhrn služeb, které jsou poskytovány osobám s omezenou soběstačností, kterou vzniká potřeba dlouhodobé péče (Holmerová, a kol., 2014, s. 32).

Aktuálně se problematika dlouhodobé péče o pacienty vyššího věku promítá v zdravotních i sociálních zařízeních. Spolu se stárnutím souvisí i polymorbidita, kdy se u stárnoucí populace objeví soubor onemocnění, které vedou k poškození soběstačnosti, která je provázená potřebou dlouhodobé péče.

Proces dlouhodobá péče a její kvalita čas od času byly předmětem veřejných diskuzí a to především, když byla velká nespokojenost právě s kvalitou poskytované péče. Na povrch vyšlo mnoho mediálních případů upozorňujících na nevhodnou, nesprávnou a neúplnou kvalitu poskytované dlouhodobé péče (Holmerová, a kol., 2014, s. 19).

Zařízení dlouhodobé péče jsou v mnoha případech velmi málo rozlišitelné. Ministerstvo práce a sociálních věcí se stará a stanovuje podmínky dle platné legislativy zákon č. 108/2006 Sb. Zahrnuje pouze tři zařízení. Jsou to domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy se zdravotním postižením. V domovech pro seniory dochází k výrazným změnám v typu umístění jejich obyvatel. Zatímco v minulých letech domovy pro seniory obývali pouze obyvatelé s vyšším věkem za účelem náhrady bydlení financované státem, dnes je tomu jinak (Holmerová, a kol., 2014 s. 31).

V dnešní době kvalita dlouhodobá péče v zařízení souvisí především s efektivností a bezpečností péče, orientací na klienta, schopností reagovat na potřeby a požadavky klientů, kterým je dlouhodobá péče poskytována. *Rovnoměrná kritéria kvality zahrnují*

personál, management, prostředí pro uskutečnění péče, dostupnost technologického vybavení, informační a technologické portály, vybavení pomůcek, tyto všechny aspekty jsou důležité pro zajištění kvalitní a dlouhodobé péče (Holmerová, a kol., 2014, s. 34).

1.1.4 Gerontologie a geriatric

Slovo gerontologie je řeckého původu, význam pochází z nauky o starém člověku (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 10), přesněji z řeckého názvu *gerón* znamenající starý člověk a *logos* znamenající nauka. Označuje složky o stárnutí, stáří a životě ve stáří. Jedná se o obor definující souvislost mezi zdravím, chorobami, funkčním stavem a kvalitou života. Zasahuje prakticky do všech klinických oborů. Tento jev se nazývá geriatrická medicína a označuje souhrn více klinických oborů (Kalvach, Onderková, 2006, s. 7).

Geriatric, z anglického názvu geriatrics, je samostatný lékařský obor, používán v České republice od roku 1982. Zabývá se poskytováním péče nemocným vyššího věku nad 65 let (Topinková, 2005, s. 3).

Tento obor můžeme zkoumat především z hlediska fyziologického vztahu a funkcí stárnoucího těla. Z hlediska sociologické stránky na obor pohlížíme jako na sociální vztahy a společenské role a jejich postavení ve společnosti (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 10).

Gerontologie se promítá do mnoha dalších odvětví o člověku, o bytosti skládající se z těla, ducha a duše. Společně uspořádaný celek dospěje k vyšší komplexitě, interdisciplinaritě a multiparadigmatičnosti. Nicméně je mnoho úhlů pohledů na stárnoucího člověka (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 9). V této bakalářské práci člověka považujeme jako objekt vědeckého zájmu stárnutí.

Českou gerontologii můžeme rozdělit hned na několik odvětví. Do popředí zahrneme odvětví sociální, klinické, psychologické, demografické a za další považujeme teologické, technologické, také environmentální, psychiatrické a v neposlední řadě také kineziologické. Je nutné nezapomínat na jeden důležitý poznatek a tím je propojenost a komunikace mezi danými disciplínami (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 10).

Cílem oboru je zachovat zdraví a případně zavčasu diagnostikovat akutní onemocnění, stanovit léčbu nebo stanovit a sledovat úspěšnost léčby u chronického onemocnění. Dalším cílem je naučit seniora dbát na primární a sekundární prevenci a dospět k vysoké

aktivitě stárnoucího člověka, vysoké funkční kondici, zachování soběstačnosti a dlouhodobé nezávislosti ve stálém prostředí seniora. Na základě všech okolností přispívat k udržení kvality života a zdravotního stavu (Topinková, 2005, s. 3).

Česká gerontologická a geriatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně povznesla velmi osobité jednání zaměřující se na problematiku péče o geriatrické pacienty. MUDr. Jaroslav Přehnal, CSc., stál u zrodu společnosti a následně po osobitém jednání byl zvolen předsedou České geriatrické společnosti, taktéž byl zakladatel Gerontologického centra Baťovy nemocnice ve Zlíně, kde dlouhá léta působil jako ředitel od roku 1994 do roku 200 (Holmerová 2014, a kol., s. 14). Nyní je Česká gerontologická a geriatrická společnost od roku 2007 pod vedením předsedkyně doc. MUDr. Ivy Holmerové, Ph.D. (Kontakty, ©2006).

Česká geriatrická společnost dříve pod vedením Jaroslava Přehnala a ve spolupráci s Ivo Burešem, Ivou Holmerovou a Alenou Jiroudkovou uvádějí: *Podmínky pro činnost geriatrie a celé oblasti dlouhodobé zdravotní péče nejsou v České republice na žádoucí úrovni a mnohdy jsou doslova alarmující. Jen plně rozvinutá komplexní geriatrická péče je schopna významně snížit společenské náklady na péči o chronicky nemocné, zlepšit kvalitu života a zdravotní stav starých lidí se všemi společenskými důsledky* (Holmerová a kol., 2014, s. 15).

1.1.5 Zdraví a nemoc

Definovat zdraví není snadné. Zdraví se vyvíjí a mění, nehledě na individuálnost u každého jedince. Je někdy až na zvažení, že zdraví se určuje podle stavu nemoci. Pokud je někdo nemocný, není zdravý, to je pochopitelné. Obvykle je kladen důraz více na nemoc než na zdraví. V posledních letech se zdraví dostává do popředí a je jasně definováno.

Světová zdravotnická organizace (WHO) zveřejnila definici zdraví v roce 1946:

Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze absence nemoci nebo slabosti. Tato definice je zrozena Předmluvou ústavu WHO přijatou Mezinárodní konferencí o zdraví v New Yorku ve dnech 19. až 22. července roku 1946. Stvrzena podpisem byla dne 22. července 1946 a společně se zástupci 61 států. Definice na veřejnost s úplnou platností byla uvedena dne 7. dubna 1948. Od roku 1948 nebyla definice změněna (WHO, ©1946).

Na zdraví se podílejí značné příčiny a faktory, které zdraví udržují ve správné rovnováze. Nicméně zdraví ve vyšším věku působí na všechny aspekty života. Pokud seniora chceme považovat za zdravého, definujeme ho jako pacienta bez přítomného závažného onemocnění jako spokojeného z hlediska sociální stránky (Pacovský a Heřmanová, 1981, s. 107).

Nemoc je stav, kdy se člověk necítí být zdravý a pociťuje na sobě změny jak ze somatické, tak i psychické stránky. Společně s nemocí souvisí i nevolnost, kterou je onemocnění doprovázeno. Pojem choroba je definován spíše v lékařském odvětví (Jarošová, 2000, s. 18).

Na základě příčin a rizikových faktorů se onemocnění odvíjí a působí individuálně na jedince. Jsou jedinci, které onemocnění nezasáhne, ale naopak jsou jedinci, kteří jsou k různým onemocněním náchylnější.

1.2 Senior

1.2.1 Stárnutí

Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově, specifickým časovým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí (Pacovský a Heřmanová, 1981, s. 57).

Stárnutím se rozumí schopnost sloučit a naučit se žít v nové situaci, novým stylem života, využít své zkušenosti a životní moudrosti. Umění stárnout patří mezi nejstarší lidské zkušenosti. Smířit se s tím, co je nevyhnutelné, se týká každého z nás. Stáří je třeba přijímat s klidem jako přirozený jev lidského života. Nicméně, do stáří se promítá i negativismus. Ve stádiu stáří propukají slabé chvíle, slabost těla, neuvědomování si odbývání času, nemožnost se smířit se situací a povznášet lítost sám/sama nad sebou, neudržování si společenských kontaktů a úpadek do osamělosti (Šolcová, 2011, s. 153-154).

V současnosti podle demografického vývoje a lepších podmínek funkčního stavu seniorů vychází orientační rozdělení stáří:

- 65- 74let, mladí senioři;
- 75- 84let, staří senioři;
- 85 a více let, velmi staří senioři (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003, s. 16).

Věkové kritérium není přesné pro každého jednotlivce. V popředí se určuje takzvaný funkční biologický věk. Tím i nemocného popisujeme jako jedince s mnoha onemocněními nebo s důraznými stárnoucími příznaky, jako jsou například poruchy chůze, pády, kognitivní a afektivní poruchy, snížení hmotnosti, únik moče a stolice, smyslové poruchy. Ohrožení jsou také komplikacemi, jako je ztráta soběstačnosti, se současnou potřebou rehabilitačního programu a navazující ošetrovatelská a sociální péče (Holmerová a kol., 2014, s. 18).

S narůstajícím věkem vzniká, člověk i sám pociťuje přítomnost příznaků neboli takzvaných geriatrických příznaků. V mnoha případech spojeno s poruchou pohybu, kognitivních funkcí a nesoběstačností. Tyto příznaky jsou přiřazovány především k vyššímu věku. Nicméně ne všechny příznaky jsou právě důsledkem stárnutí, ale souvisí s tím i jejich příčina, která je multifaktoriální. Mezi nejvýraznější faktory, které vše způsobují, je právě již zmiňovaná zdravotní problematika. Mluvíme především o syndromu křehkosti. V neposlední řadě je také potřeba zdůraznit, že vznik onemocnění vede ke geriatrickým příznakům. Nebývají hlavním důvodem vyššího věku, nýbrž jsou součástí primárního onemocnění. Příkladem může být onemocnění Alzheimerova choroba s brzkým začátkem, nebo osteoporóza, která vzniká v mladším věku a to jako důsledek primárního metabolického onemocnění. V důsledku dalšího onemocnění vzniká sarkopenie, ztráta svalové hmoty, celkové síly a funkce svalů. V neposlední řadě se objevuje malnutrice, což znamená nedostatečný a nevyvážený příjem potravy, a mnoho dalších jiných onemocnění vedoucích k poruchám funkcí organismu (Holmerová a kol., 2014, s. 30).

Příznaky ve vyšším věku nejsou jen pouhým dopadem stárnutí, nýbrž jsou to složky provázející konec života. Proto jejich závažnost není udávána podle kalendářního věku, ale je určena právě na blízkosti konce života. Stadium na konci života je definováno celkovým zdravotním stavem, souvisejícími příznaky a probíhajícími onemocněními, které předurčují konečnou fázi života (Holmerová a kol., 2014, s. 30).

V procesu stárnutí je rapidně snížené přizpůsobení změně ve vnitřním i vnějším prostředí. S narůstajícími lety se liší i charakter onemocnění a prohlubují se chronické degenerativní onemocnění. Vzhledem k vyššímu věku, zdravotní stav stárnoucí populace je těžce hodnocen skrze vlivy subjektivních a objektivních pocitů a nedokonalé diagnostiky všech onemocnění. Podle epidemiologických údajů téměř u 90 % osob nad 75 let se diagnostikuje jedno a více chronických onemocnění. Soubor nemocí u člověka, se označuje polymorbidita. Onemocnění vznikají z primárních příčin nebo se projeví

sekundárně a to důsledkem jiného onemocnění. Příkladem je zlomenina, kterou u starších lidí doprovází imobilita na lůžku. S imobilitou nastávají systémové příznaky, které mohou velmi zkomplikovat léčbu jak zlomeniny, tak následků imobilizačního syndromu. S onemocněním nabývá i farmakoterapie, užívání více léků označujeme jako polypragmazi (Topinková, 2005, s. 8).

Populace ve vyšším věku je nejvíce postihnuta onemocněním kardiovaskulárního systému, především ICHS, hypertenzí, onemocněním pohybového systému způsobující osteoporózu a artrózu, metabolickým onemocněním, nejčastěji diabetem mellitem a onemocněním dýchací a trávicí soustavy (Topinková, 2005, s. 6).

Nejčastější poruchou kognitivních funkcí je duševní onemocnění demence. Tím se postupně vyvíjí snížení funkce soběstačnosti a zdravotní stav se pomalu zhoršuje a hlavním příznakem je, kdy se mění charakter osobnosti, změna v chování. Demenci můžeme přirovnat k takzvanému ABC syndromu demence, kdy zahrnuje odvíjející se příznaky onemocnění.

- A- Aktivity denního života je klient schopen sám vykonávat, a to jak z hlediska instrumentálních, tak i základních činností;
- B- značné změny jsou viditelné pohledem na klientovo chování, se součástí příznaků neuropsychických;
- C- velmi nízká úroveň kognitivních funkcí, hodnotící pouze na jednotlivých doménách (Holmerová, a kol., 2014, s. 90).

Zdravotní stav seniora však velmi úzce souvisí s funkčním stavem a možností výkonnosti, zahrnuje schopnost zvládat životní situace, psychickou zátěž, komunikaci, společenské role, ale i spirituální oblast zahrnující myšlenku o smyslu života, víře v sebe a v neposlední řadě i ekonomické podmínky (Schuler a Oster, 2010, s. 326).

Proces stárnutí ovládá celé tělo člověka a postupně dochází ke změnám z hlediska biologických, psychických a sociálních. Příčiny změn jsou jednak ovlivnitelné, jako například životní styl, léčba nemocí a neovlivnitelné, například genetika (Ondrušová, 2011, s. 26).

1.2.1.1 Změny způsobené stářím

Tělesné/somatické změny

Stáří můžeme považovat za poslední fázi života (Kalvach, Onderková, 2006, s. 7). Je to pro člověka přirozená cesta, jak si udržet svůj stav rovnováhy. Příkladem je snížení funkce

po fyzické stránce, kde mohou být aktivovány jiné mechanismy, kterými se určité mezery vykompenzují. Nicméně, význam změny po fyzické stránce nabývá s klesající soběstačností, pohyblivostí a zhoršujícím se zdravotním stavem, související s ovlivněním kognitivních funkcí a tím i celkové kvality života seniora (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 12).

Nicméně, každý člověk prožívá svůj život individuálně a dle svého uvážení, ale přicházející změny s vyšším věkem jsou velmi shodné (Venglářová, 2007, s. 11).

Nejen po fyzické stránce se mění tělo člověka, ale i po biologické stránce. Mezi tuto část se řadí zdravotní kondice, snížená funkce smyslového vnímání a kognice nejčastěji krátkodobé paměti (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 13). Mezi tělesné změny můžeme zařadit změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny smyslových funkcí, degenerativní změny na kloubech, změny v cévní, vylučovací, plicní a trávicí soustavě (Venglářová, 2007, s. 11).

Sociální změny

Z hlediska změny ze sociální stránky se jedná o změnu na základě odchodu do důchodu, ztráty svých blízkých členů rodiny nebo nové sociální společnosti. Tím navazuje situace ekonomická s důsledky na změnu příjmu financí a dopad na bydlení, nižší příjem financí, obavy o sociální zabezpečení a zdravotní péči (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 13).

Mezi sociální změny zařadíme odchod do důchodu, změnu životního stylu, změnu bydliště, ztrátu blízkých lidí, samotu a nedostatek financí (Venglářová, 2007, s. 12).

U každého jedince musíme brát změny individuálně, každý se vyvíjí různou intenzitou i rychlostí. Souvislost má i to, jak se s tím jednotlivce dokáže vyrovnat, jaké má zkušenosti a jak se dokáže na změnu adaptovat. Při optimistickém přístupu, jednotlivce dokáže aktivně a úspěšně zvládat obtíže a dokáže přizpůsobit aktuální životní situaci. Stárnoucí lidé si s sebou pokaždé nesou svou mladou kopii a na ni během svého života nabalují své životní zkušenosti a směřují je k tvarování osobnosti. Každý člověk ve stáří charakterizuje výsledek svého prožitého života. Ať už úspěšného nebo méně úspěšného života, tvoří se osobnost člověka vlivem zkušeností, schopností a zážitků. Tím vzniká pak jedinečné tělo, duše a duch seniora (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 13).

Psychické změny

Další méně jasné příznaky stárnutí jsou subjektivní a psychologické. Tentokrát z hlediska vnímání a změny ve zdravotním stavu, fyzické kondice, vnímání možností z finančních prostředků tím vzniklé následné krize a zátěžové situace. Pokud následky změny jsou negativní a dlouhodobé, způsobují sníženou funkci imunity organismu, psychické potíže a často vznikají závislosti. Celkové faktory jsou do jisté míry podpořeny tím, jak se jednotlivci daří a jak si vůbec dokáže najít novou rovnováhu mezi aktuální potřebou a problémem se situací přítomné společnosti (Šolcová, 2011, s. 153-154). Psychické změny souvisí se zhoršenou funkcí paměti, nedůvěřivostí, sníženou sebeúctou, střídáním emocí, změnami vnímání a obtížným přizpůsobením (Venglářová, 2007, s. 12).

Tím se vyvíjí nejdůležitější faktor ovlivňující přizpůsobení se ve stáří, kterým je spokojenost vyplývající ze všech přítomných faktů a z velké části odrážející se z dospělosti. K uvážení je i stádium před stárnutím, kdy v tomto období ovlivňuje důsledek stárnutí dědičnost, a to jaké jsou vrozené genetické dispozice, výchova, vzdělání, zkušenosti a zvyklosti ohledně tělesné a mentální činnosti, vývoj zájmů a sociální kontakty (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 17).

Změny v souvislosti s pobytem v zařízení

Změny také vznikají v souvislosti s pobytem v zařízení a mají značný vliv na chování seniora. V první řadě jsou to fyziologické změny. Například se vyskytne změna spánkového rytmu, kterou odborně nazýváme spánková inverze, se u seniora v zařízení projeví jako spánkový deficit přes den, čili pospávání během dne, v noční hodinu je klient neklidný a může vytvářet hluk. Jestliže senior pociťuje úbytek energie, je nutné v zařízení zajistit opatření a dopomoc, která bude přizpůsobena zdravotnímu stavu. Pokud senior má sníženou chuť k jídlu a snížený pocit žízně, v zařízení může dojít k malnutrici s denní hydratací. Pokud má pacient problém s pamětí a soustředěním, projevuje se to navenek jako nepozornost, které vyžaduje opakování informací. Při častém dohledávání svých věcí může docházet až k tomu, že klient své okolí nařkne z krádeže. Další změny se projevují ve snížení kognitivních funkcí. Jakmile má pacient zhoršený intelekt, těžko se vypořádá s novou situací. V zařízení bude potřebovat dopomoc ke zvládnutí činností nebo minimálně slovní podporu. Při zhoršené komunikaci, se pacient v zařízení projeví jako nekomunikativní, nicméně klient déle hledá slova, pomaleji si vybavuje, nebo nerozumí sdělení (Venglářová, 2007, s. 16).

1.2.1.2 Geriatrická křehkost

Pojem geriatrická křehkost popisuje zranitelnost, nebezpečí a možná rizika. Známe ji také pod pojmem stařecká křehkost. Tento stav je způsoben nedostatečným fyziologickým fungováním orgánů, úbytkem svalové a kostní hmoty, čímž vzniká nedostatečná kondice. Ve stáří se velmi často vyskytuje i malnutrice. Dalšími typickými příznaky jsou zhoršená mobilita, vytrvalost, snížení svalové síly, porucha koordinace a celkové výkonnosti. Následně se u seniorů objevuje nevyváženost, nesoběstačnost, pády, zlomeniny a vývoj nedostatečného zdravotního stavu, kdy špatné vlivy na zdravotní stav velmi často končí hospitalizací seniora, dlouhodobou péčí a potřebou zdravotní a sociální péče (Topinková, 2005, s. 9).

Nicméně dlouhodobé hospitalizace či náhlé hospitalizace navazují na zhoršení stavu vlivem nedostatečného fungování celkového organismu. Tomuto stavu říkáme geriatrický hospitalismus. Na základě hospitalizace se pacient stává imobilní se závažnými sociálními problémy a mnohdy i potřebou následné dlouhodobé péče. V neposlední řadě jsou to psychické potíže a pocit méněcennosti, bezvýznamnosti a ztráty sebeúcty (Kalvach, 2008, s. 25). Nejdůležitějším úkolem je co nejlepší zvládnutí zhoršení zdravotního a funkčního stavu u křehkých nemocných a geriatrických nemocných, kteří jsou vysoce ohroženi komplikacemi a nepříznivým průběhem onemocnění a to včetně následné ztráty soběstačnosti (Holmerová, 2014, s. 18).

1.2.1.3 Geriatrické syndromy

U některých seniorů bylo zaznamenáno, že příznaky geriatrického hospitalismu se opakovaly častěji a to i mimo období strávené v nemocnici. Následkem bylo přehlížení těchto příznaků a na základě toho vznikl koncept geriatrických syndromů. Vychází z příznaků vznikajících z různých příčin nebo chronického průběhu, který vede k nesoběstačnosti. Léčba není snadná, nýbrž velmi problematická (Ondrušková, 2011, s. 29).

Na základě vzniku geriatrických syndromů, se uvádí specifické somatické, psychické a sociální potíže, kde se syndrom projevuje. Somatické syndromy zahrnují svalovou slabost, nedostatečnou kondici, nestálost s pády a úrazy, imobilita, inkontinence a nedostatečný příjem potravy nebo porucha termoregulace. Psychické syndromy zahrnují demenci, depresi, delirium, poruchu chování a poruchu přizpůsobení se okolí a změně prostředí.

Poslední sociální oblast se projevuje nesoběstačností, závislostí na pomoci druhé osoby, straněním se okolí a od druhých lidí, stává se obětí týrání a zneužívání (Topinková, 2005, s. 10).

1.2.2 Evropská charta práv pacientů seniorů

U stárnoucí populace může nastat situace, která člověku už nedovolí postarat se o sebe sám vlivem snížené fyzické funkce, nesoběstačnosti nebo potřebou dlouhodobé rekonvalescence z důvodu operace a hospitalizace. Je na místě začít shánět vhodnou a dostupnou zdravotní a sociální péči. Evropská charta práv pacientů seniorů uvádí souhrn potřebných informací pro efektivní a celkovou péči o nemocného staršího člověka. Evropská charta práv pacientů seniorů (P1) velmi vhodně vystihuje potřeby u seniorů z hlediska zdravotní i sociální péče. Bylo by na místě, aby zdravotnický nelékařský i lékařský personál, měl znění dokumentu vždy na paměti.

Evropská charta práv pacientů seniorů byla doporučena Evropskou sekci Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 a ve znění, které bylo schváleno a publikováno v roce 1998 výborem České gerontologické a geriatrické společnosti a České alzheimerovské společnosti. (Upraveno autorkou dle Práva pacientů a etické kodexy: Evropská charta práv pacientů seniorů, ©2019)

Evropská charta práv pacientů seniorů uvádí doporučení pro zdravotní a sociální péči o seniory:

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

Dále se dokument zabývá 13 doporučeními z hlediska různých úhlů potřeb péče (Upraveno autorkou dle Práva pacientů a etické kodexy: Evropská charta práv pacientů seniorů, ©2019).

1.2.3 Kvalita života ve stáří

Je zřejmé, že určující oblasti kvality života seniorů v zařízeních, mají různé hodnoty. Jestliže bereme v úvahu i to, že v zařízení jsou stejné pobytové podmínky pro všechny, tak i stejné dopravní služby, stejná zdravotní péče, hromadně pořádané aktivity a hromadné využívání volného času, tím klienti nemají ani možnost kvalitu srovnávat s jinými způsoby v zařízení. Mezi faktory ovlivňující nejvíce kvalitu života v zařízení, a to z hlediska spirituální stránky, se řadí sebevědomí, pocit cennosti a duchovní blaho. Tyto pocity dají starším lidem pozitivní pohled a smysl žít i ve stáří. Nicméně je mnoho dalších faktorů, které ovlivní život jednice i v zařízení. Nejfrekventovanějšími faktory jsou onemocnění, nejčastěji kardiovaskulární, revmatické a metabolické onemocnění, např. diabetes mellitus. Důležitý je i funkční stav, kdy je v popředí soběstačnost, schopnost se o sebe postarat a výkonnost. Mezi sociální vztahy ovlivňující kvalitu života, jsou společenské role, osobní vztahy a podpora. Je dokázáno, že pokud žije jednotlivec ve stáří v páru, a to především muži, trpí méně psychickou bolestí. Naopak ženy se lépe vyrovnají s ovdověním a tím i novou rolí jednotlivce (Čankovič, 2016, s. 44-45).

Světová zdravotnická organizace uvedla čtyři široké domény, které jsou relevantní pro výzkum kvality života. Zahrnují fyzické a psychické zdraví, sociální vztahy a životní prostředí (Čankovič, 2016, s. 43).

Výzkumy zkoumající kvalitu života ve stáří poukazují na hodnoty, které jsou pro seniory nejvýznamnější. Například v Srbsku je aplikován téměř shodný dotazník WHOQOL- BREF, odlišný pouze zaměřením (Čankovič, 2016, s. 43). V České republice je využíván dotazník WHOQOL- OLD (P2). Na otázky je možné odpovědět na škále možností od vůbec ne až po maximálně. Tyto otázky zachycují oblasti, které lze považovat za závažné vzhledem ke kvalitě života seniorů. Oblast etiky je zachycena v Chartě práv seniorů (Venglářová, 2007, s. 11). Přítomnost onemocnění je důležitým faktorem pro zhodnocení kvality života, zatímco věk, vzdělání a rodinný stav se nijak neodráží na fyzickém a psychickém zdraví (Čankovič, 2016, s. 45).

2 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

2.1 Sociální služby a standardy

Základním podnětem v sociálních službách jsou takzvané prováděné standardy. Standardy by měly být směřovány jako návody na zavedení sjednocené kvality a přehledné informovanosti o možnostech a volbě sociálních služeb, úpravě soustavných úkonů, předání vhodné praxe a ocenění kvality, které byly v mnoha případech přehlíženy a napravit je v rámci větší orientace na klienta, důstojnosti klientů a podporu autonomie s cílem zachovat všechna práva. Z hlediska praxe je negativně vnímána administrativa z pohledu náročnosti a uspořádání. Pokud administrativa není zpracovávána smysluplně a není sjednocena, její funkčnost nepřispívá ke kvalitě, nýbrž přispívá k odpoutání pozornosti od klienta a neosobnímu chování ke klientovi. Administrativa, by měla být brána jako návod pro snadnější realizaci, nežli jako cíl, který je nutné splnit za všech okolností (Holmerová, a kol., 2014, s. 109-110).

Jakákoliv zařízení poskytující sociální služby musí dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, být uvedené na příslušném úřadě a jejich povinností je dodržovat určené standardy sociálních služeb. Určená inspekce hodnotí poskytování správných standardů v sociálních službách. Možnosti pro urovnání procesu kvality z hlediska dlouhodobé péče nejsou jen samotné standardy, nýbrž jsou legislativou požadovány. Dalším důvodem je uvedená forma, podobající se ISO normám, která specifikuje sociální služby. Východiskem tedy je jedním nástrojem uspokojit oba systémy i ISO normu a standardy. Standardy obsahují 15 nároků a jsou rozvedeny do tří složek (Holmerová, a kol., 2014, s. 115).

Zákon č. 505/2006 Sb., paragraf 38 odstavec 1, vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, uvádí obsah standardů sociálních služeb v České republice. Jakmile si poskytovatel stanoví vnitřní pravidla, jeho povinností je postupovat dle stanovených pravidel při situacích, které uvádějí nároky (ČESKO, 2006a). Každý nárok definuje přesná kritéria. Na ukázkou je uvedeno prvních pět nároků s jednotlivými kritérii, pokračování nároků s kritérii jsou v originálním znění uvedeny níže (P3).

Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb definují, aby poskytovatel měl zveřejněno poslání, cíle a zásady, poskytované sociální služby a okruh lidí, pro které je určen, aby poskytovatel vytvářel vhodné podmínky, kde lidé mohou jednat dle vlastní vůle při nepříznivých situacích. Poskytovatel má mít zpracované pracovní postupy a vytvářet vnitřní pravidla pro ochranu lidí před negativním hodnocením.

Ochrana práv a osob definuje, aby poskytovatel měl zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situací, kdy by mohlo dojít k porušení ochrany lidských práv a svobody. Aby měl poskytovatel vypracována vnitřní pravidla, kde vymezí situace, kdy by došlo ke střetu zájmů a zájmů osob. Poskytovatel také musí uvádět vnitřní pravidla pro přijímání darů.

Jednání se zájemcem o sociální službu definuje, kdy poskytovatel vypracuje vnitřní pravidla, dle kterých srozumitelně informuje zájemce o službu o podmínkách. Poskytovatel má se zájemcem projednat požadavky, očekávání a osobní cíle. Poskytovatel na základě vnitřních pravidel definuje postup při odmítnutí zájemce o sociální službu, z důvodu stanovených zákonem.

Smlouva o poskytování sociální služby zahrnuje písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociálních služeb s ohledem na druh poskytované služby a okruh lidí. Poskytovatel postupuje dle vnitřních pravidel, aby i osoba pochopila obsah a účel smlouvy. Také poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytované služby z hlediska osobního cíle, který je závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby.

Individuální plánování průběhu sociální služby definuje, kdy poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla na základě druhu a poslání sociální služby, kterým se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu. Poskytovatel společně s osobou plánuje průběh poskytování služby na základě osobních cílů a možností osoby a společně průběžně hodnotí, zda je cíl naplněn. Poskytovatel má mít pro postup předchozích plnění zaměstnance pro určitou osobu. Poskytovatel zpracuje a provádí systém získávání a předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytované služby (ČESKO, 2006a).

Při plánování procesu je možné dle daných přístupů sestavit chtěnou kvalitu odvíjející se od zdroje, průběhu a cílů, jak ze strany dodržení kvality, tak životního prostředí i BOZP. Je nutností, aby systém dodržoval platnou legislativu (Holmerová, a kol., 2014, s. 115).

2.1.1 Sociální péče

Sociální péče poskytuje a přispívá lidem zachovat jejich fyzickou a psychickou soběstačnost nebo ji alespoň navrátit v možné míře. Cílem této péče je udržet jejich život v přirozeném prostředí, nejčastěji v domácnosti nebo v zařízení sociální péče, zprostředkovat jim co nejlepší prožívání běžného života ve společnosti. Jestliže však jejich zdravotní stav toto neumožní, i tak sociální péče podpoří důstojné prostředí a přístup. *Každý má právo na poskytování sociální péče v nejméně omezujícím prostředí* (ČESKO, 2006b).

2.1.2 Zdravotní a ošetřovatelská péče

Zdravotní péčí se rozumí soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení, posuzování zdravotního stavu. Zdravotní péče zahrnuje preventivní, diagnostické, léčebné a léčebně rehabilitační, ošetřovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky (ČESKO, 2011a).

Ošetřovatelská péče napomáhá udržovat, podporovat a navrátit zdraví, uspokojit biologické, psychické a sociální potřeby, které jsou změněné nebo vzniklé při poškození zdravotního stavu. Ošetřovatelská péče se zabývá udržením a zachováním soběstačnosti. Součástí je i péče o nemocné, kteří trpí nevy léčitelnou nemocí, zmírnění jejich utrpení a nápomoc ke klidnému a důstojnému umírání (ČESKO, 2011a).

2.2 Rozdíl mezi sociálním a zdravotnickým zařízením

Nejdůležitějším cílem sociálních zařízení je snaha o co největší začlenění jednotlivých osob do společnosti a podporovat jejich vývoj osobnosti a vůli k dožití svého života. V sociálním zařízení se mnohdy hovoří o lidech jako o uživatelích, klientech sociální péče. Jedná se o spojitost života jako normálního, lidského a přitom ne patientského. (Holmerová, a kol., 2014, s. 9).

Každopádně, zdravotní a sociální péče je zcela neoddělitelná. Obě péče musejí být poskytovány současně a vzájemně spolupracovat a podílet se na vhodné péči (Pacovský a Heřmanová, 1981, s. 221).

Zdravotně sociální péče je průsečíkem mezi sociální a zdravotní oblastí. Jsou však situace, kdy nelze jednoznačně říci, jestli se jedná o sociální péči, nebo naopak zdravotní péči. V mnohých případech je poskytována zdravotní i sociální péče současně. Nicméně v České republice je z velké části používán pouze model akutní péče, ten samozřejmě nepokrývá z úplné části jak ošetrovatelskou, tak sociální péči a tím vzniklé potřeby u jednotlivců, především u stárnoucích lidí a chronicky nemocných. Když vezmeme v potaz demografické údaje, Česká republika patří mezi země, kde je nejrychleji stárnoucí populace. Na základě demografických údajů, je potřebné postavit se k aktuálnímu problému a vnímat péči jak po zdravotní i sociální stránce a věnovat se potřebám stárnoucích lidí a poskytovat model dlouhodobé péče (Holmerová, a kol., 2014, s. 22).

Ošetrovatelská péče je poskytována v mnoha typech zařízení, se kterými souvisí příjemci ošetrovatelské péče. Příjemci jsou rozděleny na konzumenty, pacienty a klienty. Konzumenti jsou většinou jednotlivci, ale i skupiny, kterým jsou poskytovány zdravotnické služby nebo produkty zdravotnické péče. Mezitím pacienti jsou označováni za osoby, které čekají nebo využívají léčbu a péči od lékaře. Většinou pacienti jsou považováni za osoby přijímající zdravotní péči. A naopak klienti jsou osoby, které využívají rady a služby od jiných kvalifikovaných osob provádějící služby. V mnohém případě klienti nejsou nemocní, ale využívají sociální služby (Jarošová, 2000, s. 40).

2.3 Rozdělení pobytových zařízení

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nezmiňuje problematiku dlouhodobé péče, taktéž nedefinuje pojem dlouhodobé péče. Zaměřuje se spíše na jednotlivé druhy služeb a zařízení, jako je například pobytová služba, která je však významná pro poskytování dlouhodobé péče. Zahrnuje především domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením (Holmerová, a kol., 2014, s. 36).

Rozdělení pobytových zařízení dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, část třetí sociální služby, hlava I. udává druhy sociálních služeb a úhrada nákladů za poskytování sociálních služeb, díl 3, dle následujících paragrafů a odstavců popisuje týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domov se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby a sociální rehabilitace (P4).

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, část druhá zdravotní služby a zdravotní péče, hlava I. popisuje formy zdravotní péče. Zahrnuje ambulantní péči, jednodenní péči, lůžkovou péči a zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Ambulantní péče představuje zdravotní péči, při které se nevyžaduje hospitalizace nebo je délka hospitalizace pouze jeden den. Podobně je tomu u jednodenní péče, kdy pacient je hospitalizován na lůžku po dobu kratší 24 hodin. V neposlední řadě je lůžková péče, která nelze poskytnout ambulantně a neobejde se bez hospitalizace. Lůžková péče se dále rozděluje na akutní lůžkovou péči intenzivní a standardní, následnou lůžkovou péči a dlouhodobou péči (P5).

2.3.1 Výběr zařízení

Je možné, že nastane situace pro rozhodování jaká ústavní péče je nevhodnější nebo jaké zvolit zařízení. Ať už z jakéhokoliv důvodu, ze samoty, z potřeby dlouhodobé péče, neschopnosti rodiny se postarat o stárnoucího člověka, může nastat situace, kdy sám člověk nebude moct, nebude chtít nebo nebude vědět, jak se o sebe postarat.

Podle Ivy Holmerové, zakladatelky ČALS- České alzheimerovské společnosti, se doporučuje pár kritérií, které je nutné zvážit při výběru zařízení:

- *Je zařízení otevřené pro návštěvy bez omezení?*
- *Cítíte se při prohlídce zařízení příjemně a jste vstřícně přijímáni?*
- *Usmívají se pracovníci a dorozumívají se pohledem s klienty?*
- *Vypadá zařízení dobře, uklizeně, není tu něco nepříjemného cítit?*
- *Podívejte se, jak funguje komunikace mezi jednotlivými pečujícími profesemi.*
- *Je možné umístit klienta pouze na zkoušku?*
- *Snaží se pečující podporovat co nejvíce samostatnost klientů?*
- *Jak se respektuje důstojnost seniorů? Jsou hezky upravení, jak je personál oslovuje?*
- *Snažte se komunikovat s co největším počtem zaměstnanců, na postoji k Vám se nejlépe ukáže postoj ke klientům.*
- *Jak spokojeně klienti vypadají? Jsou spokojeni skutečně jako doma?*
- *Budete moci pohodlně a často seniora navštěvovat? (Venglářová, 2007, s. 90).*

2.4 Multidisciplinární tým v zařízení sociální péče

V zařízení sociální péče pracují členové součástí multidisciplinárního týmu, kteří vykonávají odbornou činnost. Jsou to:

- *sociální pracovníci za podmínek stanovených dle zákona č.108/2006 Sb., paragrafu 109 a 110;*
- *pracovníci v sociálních službách;*
- *zdravotničtí pracovníci;*
- *pedagogičtí pracovníci;*
- *rodinní poradci a další odborní pracovníci, poskytující přímo sociální služby (ČESKO, 2006b).*

Pracovník, který pracuje v zařízení sociální péče, poskytuje *přímou obslužnou péči* o osoby v ambulantním režimu nebo v pobytovém zařízení poskytující sociální péči, poskytuje základní výchovnou nepedagogickou činnost zaměřující se na základní činnosti z oblasti hygieny a společenských pravidel, poskytuje pečovatelskou činnost, která je vykonávána v domácnosti klienta, poskytuje pod dohledem sociálního pracovníka základní sociální poradenství a výchovnou, vzdělávací a aktivizační činnost. Jestliže pracovník chce pracovat v zařízení, které poskytuje sociální služby, podmínkou přijetí je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost dle zákona č. 108/2006 Sb. (ČESKO, 2006b).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O SENIORY

Geriatrická péče se může považovat za souhrn opatření při pacientově křehkosti, při prevenci pádu, při chronickém onemocnění způsobující nesoběstačnost, při potřebě rehabilitace a při důkladné diagnostice a léčbě multimorbidity, spolu s vzniklými problémy (Schuler a Oster, 2010, s. 120).

Geriatrický pacient bývá definován jako pacient s vyšším věkem, chronickým onemocněním a funkčním omezením. Jestliže je klient v ambulantní péči, nebo rovnou hospitalizován, jedná se především o akutní vzplanutí onemocnění nebo zhoršení chronického onemocnění. Avšak s nedostačujícím a slabým funkčním stavem, který je potřebný k zvládnutí nemoci a překonání komplikací, je obtížné to zvládnout (Schuler a Oster, 2010, s. 119).

Autoři Schuler a Oster (2010, s. 214), popisují, že cílem péče je udržet, požadovat a podporovat soběstačnost a tím zachovat a zlepšit kvalitu života.

Primární geriatrická péče směřuje na akutní oddělení, kde se určuje diagnostika, léčba a rehabilitace pacientů. Tento proces vyžaduje speciální geriatrický režim a cílem je navrácení soběstačnosti. Geriatrický odborný léčebný ústav je následně doporučen pro nemocné se stanovenou diagnózou a léčebně rehabilitačním procesem zaměřeným na dosažení požadovaného stupně soběstačnosti, který podpoří a nacvičí si soběstačnost a pomůže tak návratu do přirozeného domácího prostředí. Tito nemocní jsou předurčeni k propuštění do domácího prostředí. Naopak při nedostatečně stabilizovaném stavu nejsou klienti schopni se o sebe postarat, jsou propuštěni do pobytového zařízení pro nemocné a vyžadují dlouhodobou ošetrovatelskou péči (Holmerová, a kol., 2014, s. 15).

Každopádně vhodná a přínosná komplexní léčba geriatrického pacienta spočívá v kvalitní a odborně odvedené práci ošetřujícího lékaře spolu s multidisciplinárním týmem. Taková péče potřebuje spolupráci jednotek, spolupracujících na kvalitní a úspěšné léčbě pacienta. Mezi geriatrický tým patří *rodina, lékaři, ošetřující personál, psychologové, pracovníci duchovní péče, sociální pracovníci, terapeuti (ergoterapeut, logoped, nutriční terapeut), pomocný ošetřující personál, technický personál a uklízečky a další* (Schuler a Oster, 2010, s. 122).

3.1 Sestra v péči o seniora v historickém kontextu

Existoval důležitý systém, který zavedl pojem geriatrické sestry. Ten byl poprvé uveden do procesu v 80. letech 20. století. Určitě se v tehdejší době tento systém označoval za velmi potřebný v rámci zdravotnického systému. Geriatrické sestry pracovaly pod záštitou obvodního zdravotnického systému, čili tehdy byly považovány za spolupracovnice všeobecných obvodních lékařů, takto se nazývají dnešní praktičtí lékaři (Holmerová, a kol., 2014, s. 11). Mezi povinnosti geriatrické sestry bylo dohlédnutí nad péčí nad staršími lidmi s potřebou dlouhodobé péče vzniknuté dlouhodobým onemocněním, péče o osoby celkově starších 65 let a především o staré obyvatele, kterým rizikové faktory ohrožovaly jejich zdravotní stav. Starší obyvatelé geriatrické sestry často vyhledávali a dle domluvy na základě potřeby jednotlivce tyto sestry pravidelně docházely na setkání a dle jejich potřeb poskytovaly při tomto setkání základní výkony zahrnující kontrolu krevního tlaku v rámci prevence. Mezi léčebné výkony se řadily převazy, aplikace injekcí a aplikace inzulinu a mnoho dalších potřebných výkonů v rámci domluvy a potřeb starších obyvatel. Zahrnovalo to vyzvedávání léků z lékárny, příprava a aplikace léků, poskytnutí edukace, informací, konzultací (Holmerová, a kol., 2014, s. 12).

Systém geriatrických sester byl ukončen již na počátku devadesátých let. Proběhl záměrný vznik systému všeobecného zdravotního pojištění a náhlá privatizace obvodních lékařů, ze kterých se vybuodovaly dnešní ordinace soukromých praktických lékařů. Nicméně podobný systém přece jen nahradil systém geriatrických sester, nebyl to systém zaměřen vysloveně na geriatrické pacienty, ale celkově pacienty, kteří jsou v domácím prostředí a potřebují péči. Agentury domácí péče vznikly již v devadesátých letech, 20. století (Holmerová, a kol., 2014, s. 12).

3.2 Senior a jeho potřeby

Základní hierarchii potřeb uvádí Abraham Harold Maslow, klinický psycholog a zakladatel humanistické psychologie, jež ztvárnil systém lidských potřeb ve tvaru pyramidy. Základ tvoří tělesné, fyziologické potřeby, dále potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky, přijetí, potřeba uznání, úcty a potřeba seberealizace. Ovšem pokud není potřeba dostatečně uspokojena, následující krok na další příčku nenastane. Z toho nám vyplývá, že potřeby daného jednotlivce jsou společně propojeny a mají být postupně uspokojovány (Mastiliaková, 2014, s. 23).

Ve stáří dochází k mnoha změnám některých potřeb, zejména biologických a psychických. Mnohé potřeby ztrácejí na významu a naopak potřeby dříve méně důležité a automatické, nyní přicházejí do popředí. Do těchto potřeb můžeme zařadit jistotu a bezpečí. Stárnoucí populace se musí zaměřit více sama na sebe, aby byli schopni zvládat běžné denní úkony, uspokojovat potřeby. Z toho nám vyplývá, jak moc jsou zhoršeny fyzické či psychické funkce nebo určení stupně ztráty soběstačnosti. Jakmile není dosaženo úplné spokojenosti, dochází následně k frustraci, depresi a sebeobviňování, což vede k problémovému chování (Hauke, 2014, s. 11).

Každý člověk má individuální potřeby, hodnoty a význam potřeb se mění v čase dospívání, stárnutí a vztahu k prostředí, ve kterém žije. Pokud označujeme stárnutí jako proces, kdy dochází postupně k změnám zdravotního a funkčního stavu a k proměnám související jeho partnerských, rodinných a společenských vztahů, zvážíme v potaz i to, že uspokojení potřeb bude nápodobně odlišné. K tomu naplnění jedné potřeby může znemožnit naplnění druhé potřeby, jiné (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 34).

Podle Vágnerové (2007, s. 344-347) představujeme následující potřeby seniora:

1. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem

Potřeba stimulace a celkově náhlých změn je snižena. Větší zásah seniora unaví a spíše podráždí, cítí se dezorientovaný a nejistý. Sám uniká do minulosti, s kterou si je jistý. Proto senior upřednostňuje spíše klidné tempo a stereotypní věci, na které je on sám zvyklý. Každopádně senior potřebuje přiměřený impulz nových možností a věcí, které vedou k prevenci jeho závislosti na druhé osobě.

2. Potřeba sociálního kontaktu

Senioři vyhledávají sociální kontakt, nicméně u známých, blízkých a rodiny, kterým dávají přednost. Nechtějí být vystaveni nadměrnému množství debatujících lidí, je to pro ně zatěžující a proto někdy vyhledávají chvíli klidu, čas o samotě a chvíli pro sami sebe. V popředí můžeme zaznamenat potřebu jistoty a bezpečí, která je velmi související. Realita je ovšem tak, že staří lidé jsou mnohdy samotě vystavováni až příliš, což vede spíše k pocitu prázdnoty a izolace, které zatěžují stárnutí.

3. Potřeba citové jistoty a bezpečí

Vyskytuje se spíše ve vyšším věku, je hodnotnější než dříve. Následkem může být u seniorů postupně ztráta síly a různých schopností a obratností. Senior se smíří s určitou závislostí a pomocí, nicméně může být pro ně nepříjemná.

Určitá vazba na blízké, kteří jsou ochotni pomoci, však posiluje u seniora potřebu jistoty. Více hledí též na chválu, či ocenění od blízkých, které vede k posílení sebevědomí a motivuje k zvládnání dalších činností.

4. *Potřeba seberealizace*

Potřeba seberealizace se postupem času mění ve významu i uspokojenosti. Velkou životní zkouškou a posílení této potřeby je odchod do důchodu. Promítají se pocity bezvýznamnosti, bezcennosti, které mohou vést k odmítání, nebo nastupuje problémového chování. Kompenzací můžou být opětovné příběhy o minulosti, o dřívějších povoláních a pracovních zkušenostech. Tím je potřeba seberealizace uspokojena v rámci možností vzpomínkami. Potřeba velmi úzce souvisí s prožitkem do určité míry svobody, rozhodováním o svých věcech, mít svůj názor a být soběstačný. K naplnění uspokojení je důležité pochválení a ocenění, nebát se seniorům říct, že jsou pro ně významní a užiteční a že mají svou roli v rodině. Jestliže tomu tak kolikrát není, seberealizace v seniorovi vyhasíná a senior nemá smysl či důvod si něco dokazovat a jednoduše ve stáří rezignuje.

5. *Potřeba otevřené budoucnosti a naděje*

Nad obavami z onemocnění, ze samoty a ztráty soběstačnosti přemýšlí každý senior. Důležité je stále si zachovat soběstačnost a sebeúctu. Velmi významné je, aby senioři přijali proces stárnutí a vlastní smrt, a aby se těšili z aktuální existence a zachovaných hodnot.

6. *Potřeba spirituální*

V dnešní době se hodně mluví o takzvaných spirituálních potřebách, které jsou pro život seniora velmi důležité. Spirituální potřeby nezahrnují jen víru v náboženství. Jedná se o psychický a duchovní vnitřní klid u každého jedince.

3.3 Posouzení klienta sestrou

Hodnocení je komplexním diagnostickým procesem geriatric (Schuler a Oster, 2010, s. 128).

Hodnocení je velkým přínosem pro individuální plánování ošetrovatelské péče. Zahrnuje dané cíle pro uskutečnění správné péče. Hodnocení upozorní na klientovi nedostatky, schopnosti a možnosti, které nebudou z odborných vyšetření zcela jasné, shrne základní informace pro vytvoření plánu pro individuální léčbu a péči.

Hodnocení je nutné provádět průběžně a dokumentovat průběh hodnocení. Na základě hodnocení je pro personál snadnější dokumentování poskytované péče (Schuler a Oster, 2010, s. 128).

V předchozím zjištění je dáno, že následnou a dlouhodobou péči nerozlišíme pouhým základním šetřením klienta. Výsledky také potvrzuje Ministerstvo zdravotnictví, kdy potvrzuje proces sledování pro určení šetření. Stanovují, že sledování je zapotřebí alespoň po dobu 1 měsíce, když se jedná o „průměrného klienta“ a bude se zabývat průměrnými výsledky ve všech typech zařízení (Holmerová, a kol., 2014, s. 45). Ovšem v zařízeních jako je domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, nebylo zlepšení potvrzeno. Vysvětlení je následující. V těchto zařízeních jsou lidé ubytovaní po delší dobu a se stabilizovaným stavem. V některých případech dochází v průběhu pobytu k zhoršení stavu, nicméně tomu nasvědčuje průběh chronického onemocnění nebo výskyt nového akutního onemocnění. Naopak v dalším případě probíhá zlepšení stavu následkem dobře poskytované péče daného zařízení oproti poskytované péči před umístěním do zařízení (Holmerová, a kol., 2014, s. 50).

3.3.1 Hodnocení funkčního stavu

Pravděpodobně důležitým mezníkem k rozlišení je celkové geriatrické vyhodnocení stavu pacienta a to přes Comprehensive Geriatric Assessment (dále jen CGA) u klientů ve vyšším věku (P6). Může se použít i u jedinců mladšího věku k nápomoci vyhodnocení například problému rehabilitačního. Hlavní, avšak výhradní složka CGA, je zaměřena na geriatrické pacienty a jejich zhodnocení funkčního stavu. Tím je zahrnuto provedení testů k těmto potížím s pohledem na fyzické i psychické funkce. S tím souvisí i fakta, že funkční stav vždy nemusí souviset s omezenou soběstačností a tím také není vhodným ukazatelem pro nastavení péče. Poukazuje aktuálně jen na stav přítomný a to v potřebě péče, především v každodenních aktivitách instrumentálních i základních činnostech (Holmerová, a kol., 2014, s. 50).

Hodnocení se skládá ze třech hlavních úrovní: empirické, orientační a podrobné zaměření na speciální vyšetření. Empirická část se zaměřuje na zjištění informací na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření. Orientační část využívá metodu sledování. Druhá část je tímto odpovědná spíše na sledování pracovníků nelékařských a vyhodnocení je následně na lékařích. Obezřetnost je kladena především, aby u vyšetřujícího nepřevažovaly

subjektivní pocity a aby tak sledování nebylo zkreslené. Podrobná část k hodnocení využívá vyšetření za pomoci speciálních přístrojů (Šnejdrová, Kalvach, 2008, s. 157–159).

Hlavním a významným nástrojem je však hodnocení funkčního stavu, především pro zaznamenání dynamiky funkčního stavu klienta a jeho vývoj v čase. Cílem je dokázat tak úspěšný proces léčby a rehabilitace v následné péči a pokračovat k úspěšné stabilizaci stavu v následující dlouhodobé péči, ale také být v pozoru v možném zhoršení průběhu zdravotního stavu a řešit to včasnou a vhodnou paliativní péčí (Holmerová, a kol., 2014, s. 50).

V rámci posuzování funkčního stavu hodnotíme *osobnost a její životní záležitosti, kvalitu života, onemocnění a prognózy chorob, pohyb a soběstačnost, kognitivní funkce a sociální oblast* (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 8-9).

Tato jednoduchá vyšetření však neumožňují k rozhodnutí, zda klient potřebuje následnou péči a bude mu prospěšná, nebo jak moc je už jeho stav stabilizován, který byl podmíněn dlouhodobou péčí. Pomocí CGA dochází k rozhodnutí, tedy interprofesionálnímu vyhodnocení stavu klienta skupinou kvalifikovaných pracovníků v daných rolích. Lékař určí diagnózu a průběh onemocnění nebo geriatrické příznaky, lékař zná průběh a výsledky dočasné terapie. Sestra je obeznámena s nastávající potřebou ošetrovatelské péče a výsledky, určí kvalifikovaně potřeby následující ošetrovatelské péče v daném časovém východisku, především v rozmezí týdnů u následné péče a měsíců u dlouhodobé péče. Fyzioterapeut zná průběh rehabilitační péče a dokáže kvalifikovaně určit postup a výstup rehabilitace v daném časovém východisku, celkově zhodnotí stav klienta a bere v potaz vyhodnocení dalších důležitých vyšetření, jak klinických, tak biochemických, zobrazovacích a konziliárních. Na podkladě tohoto CGA je navázána spolupráce se sociálními pracovníky a klientovými blízkými a jsou navrženy následující postupy v léčbě a péči (Holmerová, a kol., 2014, s. 51).

Doplňkem k vyšetření CGA je metoda SPICES, v českém překladu význam je koření a autorkou je Fulmerová. Jedná se o doplnění informací a zhodnocení celkového stavu klienta v ošetrovatelské péči a poukazuje na dané potřeby a poruchy. Je vhodné však brát na vědomí, že SPICES není náhradou CGA, je pouze vhodným doplňkem. Hodnotí potíže se spánkem, s příjmem potravy, s vyprázdněním, poruchami kognitivních funkcí, rizikem pádů a poškození integrity kůže (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 11-12).

3.3.2 Hodnocení soběstačnosti

Soběstačnost je nedílnou součástí v dlouhodobé péči a ovlivňuje tak klientův zdravotní stav. Hovoříme o zdravotním stavu, ne však o sociální situaci. Zdravotní stav je především nejčastějším důvodem, proč jsou senioři umístěni do zařízení. V rámci toho je významným faktem k naplánování vhodné péče znát zdravotní stav klientů a ovlivňující faktory související se stavem (Holmerová, a kol., 2014, s. 101). Největší povinnost spadá na zdravotnický personál, ať už lékařský, či nelékařský. Je nutné určit především zdravotní problematiku klienta a předat informace celému ošetřujícímu týmu a jasně definovat aktuální informace a následující kroky. Musíme definovat tak, aby rozuměli všichni členové ošetřovatelského týmu a v rámci toho se zachovala přání klienta, společně s povolením od klienta šířit informace a tím zachovat klientovu důstojnost. Jsou na mysli i informace o stavu klienta, které jsou důležité k poskytování péče, avšak někdy klient si nepřeje tyto informace předávat dál (Holmerová, a kol., 2014, s. 102).

Co se týče hodnocení testů o soběstačnosti, tak skutečností je, že musíme upřesnit důležitost a významnost testů. Když se jedná o test Barthelové (P7), tak tento test je zaměřena soběstačnost a tudíž nikoliv s testem neurčujeme potřebu péče. Opačně však testem Mini Mental State Exam (dále jen MMSE) hodnotíme kognitivní funkce (P8). Tím, že budou horší hodnoty v testu kognitivních funkcí, vypovídá to u klienta o pokročilosti syndromu demence, kterou také samozřejmě provází závislost. Překvapivě také nemusí být to, kdy test MMSE trvá déle než test Barthelové. U MMSE obsahuje otázky testu ohledně kognitivních funkcí, ovšem u Barthelové testu se jedná o zodpovězení otázek o soběstačnosti pacienta a to i na základě znalosti personálu o jeho stupni soběstačnosti a zvládnání daných činností (Holmerová, a kol., 2014, s. 42). U testu Barthelové by měla tedy posuzovat osoba, která s klientem tráví čas a dokáže zhodnotit, co je klient schopen zvládnout a co ne. Z hlediska klientova subjektivního názoru a pouze na základě teoretického zhodnocení, nemusí být vždy zcela pravdivě indikující. Do hodnocení mohou být zařazeni i klienti s kompenzačními pomůckami a v posuzování, osoba provádějící test Barthelové by měla brát na zřetel stav nemocného za posledních 24 – 48 hodin. A pokud posuzovaná osoba potřebuje pobídnout, dohlédnout a určit danou činnost, hodnotí se vždy až druhým nejvyšším počtem bodů (Schuler a Oster, 2010, s. 38).

3.3.3 Hodnocení kognice

Kognitivní funkce nemusí být porušeny jen na základě věku. Na selhávání kognitivních funkcí se podílí morfologické, metabolické a funkční změny v cévní nervové soustavě. Velký podíl na příčině potíží s kognicí mají i rizikové faktory a nepříznivé situace (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 18).

Pro zhodnocení kognitivních funkcí je zapotřebí dodržovat daná kritéria. Prvním je rychlost zpracovávání informací, kterou ovlivňuje jejich rozvážnost a pozornost. Druhým kritériem je pracovní paměť. Klient si je schopen vzpomenout, ale až za nějakou dobu, pokud si vůbec nevzpomene, můžeme označit za probíhající demenci. Třetím kritériem jsou senzorické a percepční dovednosti, čili vnímání zrakově, sluchem. Jestliže nastane porucha smyslového vnímání, je možné, že ovlivní, nebo zkreslí hodnocení kognice, například z důvodu špatnému porozumění otázky, či z důvodu slabozrakosti. Nicméně v dnešní době existuje mnoho kompenzačních pomůcek, jako jsou brýle, naslouchátka, tak by v dnešní době nemělo dojít k omezení klienta z nedostatečného poskytnutí pomůcky (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 18).

Cílem hodnocení je včasné rozpoznání změny nebo poruchy funkce, hodnocení individuálně jednotlivých klientů a sledování jednotlivých odpovědí klientů na podněty a aplikované přístupy (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 24).

Jedním z nejznámějších a v praxi nepoužívanějším testem je Mini- Mental State Examination (dále jen MMSE), v českém znění krátká škála mentálního stavu. Hodnocení obsahuje 30 položek a hodnotí oblasti orientace, krátkodobé paměti, výbavnosti, pozornosti, řeči, poznávacích funkcí, čtení, psaní a počítání (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 29). Méně složitý a časově méně náročný se považuje test Clock Drawing test, ve zkratce označován CDT. V českém překladu test kresby hodin. Je zaměřen na zjištění stádia demence. V mnohých případech je aplikován klientům s počátečním stádiem Alzheimerovy choroby. Test kresby hodin se jeví jako rychlejší, jednodušší a efektivnější doplněk při vyšetření, nežli MMSE. Test určuje *poruchy zrakového prostorového vnímání, poruchy motorických funkcí, porucha řeči, číselné řady, paměti nebo verbální poruchu při zadávání testu* (Kruckir, 2006, s. 57).

Další testy jsou u nás v České republice používány minimálně ba vůbec. Jedná se o test Montreal Cognitive Assessment (MoCA test), test Nasreddinův, jež je vhodný především k rozpoznání a zachycení stádií demence (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 30–35). Jedná se především o celkový a senzitivní test, který naopak oproti MMSE, určí intenzivněji, jakékoliv kognitivní potíže mnohem časněji. Následně je třeba dalšího odborného vyšetření a zjištění stádia demence, syndrom demence nebo jiné další stavy. Test MoCA trvá přibližně patnáct až třicet minut. V testu jsou zahrnuty oblasti, které se zaměřují na *zručnost, prostorovou orientaci, zrakovou a konstrukční zručnost, pojmenování zvířete, paměť, pozornost, opakování písmen, odečítání, opakování vět*. Test je vhodné aplikovat orientačně při příjmu klienta do zařízení (Kruckir, 2016, s. 50). Taktéž méně využívaným testem v České republice je Addenbrooke's Cognitive Examination, ACE-R), Addenbrookský kognitivní test, upravuje test MMSE spolu s testem nákresu hodin a kopii k rychlosti. Zaměřuje se na orientaci, pozornost, paměť, schopnosti řeči a zraku. Mezi škály hodnotící kognitivní funkce řadíme Škálu dle Hendriksena a kolektivu, Škálu dle Sunderlanda a kolektivu a Škálu dle Shulmana a kolektivu (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 30–35).

3.3.4 Hodnocení výživy a hydratace

Velký důraz ve stáří má i podíl výživy. Jak sami na sobě můžeme znát, tak máme nějaké zdravotní potíže, například příjem tekutin i potravy je nízký až žádný. U osob vyššího věku je proto v prvním případě pátrat po příčině a následně příčinu odstranit, zmírnit a vyřešit. Porucha příjmu potravy může být důsledkem poruchy dásní, nevhodné zubní protézy, poruchy slinných žláz, nechutenstvím, psychickými potížemi, nedostatkem pohybu, sociálními potížemi. Následkem špatného stravování a nevyváženého příjmu se objevuje mnoho rizikových faktorů ovlivňujících celý organismus. Mezi projevy nedostatečné výživy lze zařadit sníženou imunitu, sníženou svalovou sílu, únavu, poruchy termoregulace, poruchy hojení, poruchy mobility trávicího zažívání, neaktivní přístup a změna v sociálním přizpůsobení, zvládnání situací (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 54–55).

Mezi nejrozšířenější a v České republice nejpoužívanější test se řadí Mini Nutritional Assessment (MNA) - škála pro hodnocení stavu výživy (P9), která upozorňuje na riziko malnutrice (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 57). Test zajistí rychlou informaci o stavu výživy a na základě výsledku se zhodnotí i stav podvýživy.

Test je zkonstruován a určen seniorům. Test zahrnuje čtyři základní oblasti zaměřené na *antropometrické údaje, celkové hodnocení, stravovací návyky a subjektivní posouzení svého zdraví a nutrice klientem*. V rámci celkového posouzení, jsou zahrnuty informace o *soběstačnosti, mobilitě, kožních defektech, akutním onemocnění, přítomnosti stresu a užívaných lécích* (Kruckir, 2016, s. 69).

Mezi další méně známé hodnocení výživy patří Subjective Global Assessment (SGA)-subjektivní globální hodnocení nutričního stavu zaměřující se na spojení anamnéz a klinického vyšetření (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 59).

3.4 Specifika přístupu k seniorům

Vývoj v oblasti péče o seniory je velmi neuspokojivý z hlediska jak sociální, tak zdravotní péče (Holmerová, a kol., 2014, s. 16-17).

Pokud všeobecná sestra zná běžně se vyskytující poruchy u seniorů, napomáhá to zabránit poškozování stavu klienta z hlediska psychické i somatické stránky způsobené nežádoucím jednáním nelékařského zdravotnického personálu. A také to podporuje duševní, tělesné a sociální funkce u stárnoucí populace. Reálné vyhodnocení schopností nebo naopak vyhodnocení omezení u daného jedince napomáhá pracovníkům získat dostupnou a nastavitelnou péči, s tím samozřejmě i ošetrovatelský plán, který může sloužit k motivaci a podpořit tak zachovalé schopnosti, udržet funkční stav a v případě dopomoci stanovit rozsah potřebné pomoci a podpory. Vyhledávání dalších okolností pro posouzení klienta, napomáhá sestřám plánovat a také postupem času provádět preventivní a léčebné činnosti (Pokorná, Komínková, Schneiderová, Pinkavová, 2013, s. 8).

Velký ohled při plánování péče je třeba brát v potaz i klientova přání. Jestliže klient v dlouhodobé péči je schopen srozumitelně a jasně vyslovit nebo dát najevo neverbálně potřebu nějakého přání, je na místě přání alespoň částečně uskutečnit. Proto jsme zpět u systémové spolupráce, kdy je velmi na místě spolu diskutovat jak během dne, tak při předávání služby. Vědět, že komunikace s rodinnými příslušníky je významná, z hlediska sdělení přání klienta a zvýšit tak hodnoty a kvalitu života, se považuje za důležité. Na podkladě diskuze s klientem nebo jeho rodinnými příslušníky a týmem pracovníků vytváříme a dáváme dohromady součástky plánu péče, které se stávají součástí dokumentace a slouží tak k nápomoci a řízení péče o daného klienta pro celý tým.

Od složení jednotlivých součástí se pak snáze každý člen ošetrovatelského týmu rychleji a jasně zorientuje a postupuje v návaznosti na konání aktivit jak pečujících pracovníků, tak odborně kvalifikovaných sester po ošetřujícího lékaře a specialisty. Dokument zahrnující plán péče by měl být jednoznačný, srozumitelný a hmotný záznam. Měl by být zaznamenáván v pravidelném časovém úseku, podle stavu klienta, jeho potřeb a měl by být pravidelně aktualizován, aby záznam byl kvalitním návodem pro celý pracující tým a výsledkem tak úspěšné a uspokojivé péče (Holmerová, a kol., 2014, s. 102).

3.4.1 Etika přístupu k seniorům

Medicínská etika se zabývá kritickým zkoumáním morálních aspektů rozhodování v péči o zdraví a vztahů mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty a to i mezi sebou navzájem. Popisuje základní principy od *ekvity*, což znamená stejné a rovnocenné možnosti pro všechny, *autonomie*, která klade důraz na svobodné rozhodování, samostatnost, odpovědnost a příležitosti pro osobní rozvoj, *důstojnost* je pokora každému člověku ve zdraví, i přes onemocnění, tak i při umírání, *nepoškozování* není jen fyzicky, ale i psychicky, neubližovat, neškodit, nepáchat zlo, bolest, neomezovat a neutlačovat ostatní, *poskytnutí pomoci*, kdy předcházet způsobení škod, zmírnit nebo odstranit způsobené škody a dále chránit před vznikem dalších, *spravedlnost*, je brána z hlediska platného zákona a legislativy, podle které se zdravotníci řídí, navíc ale poskytovat všem dostupnou péči, každému jednotlivci (Čevela a kol., 2014, s. 218-220). Autonomie je v mnoha případech zcela přehlížena. U seniorů je autonomie na vyšší příčce hodnot.

Autonomie zachovává rozhodovací kompetence, kontrolu nad děním a soukromím. Jedná se o závažný moment preferování domácí péče v přirozeném prostředí před péčí ústavní (Kalvach, Onderková, 2006, s. 12).

Je považována za hlavní bod v psychosociálním náhledu stárnutí. Autonomii můžeme popsat jako relativní samostatnost jedinců (Štěpánková, Höschl a Vidovičová, 2014, s. 19).

Vztah k životním cílům popisuje autorka Sýkorová (2007, s. 147) a uvádí tři základní typy seniorů:

1. senior aktivně plánující a zaměřující cíle na aktivity jak konstruktivní, tak sociální;
2. senior pasivně přijímající a duchovně orientovaný, tak i materialisticky konzumní;
3. senior neplánující až pozitivně balancující, a rezignující.

Velký důraz autonomie se v posledních letech vyskytuje v sociálních i zdravotnických zařízeních. Smysl autonomie je velmi různorodý. Každý člověk v sobě má kousek autonomie a to i přes všechno, jsou vždy situace, kdy jsme na někom, něčem, či nějakém prostředí závislý jak psychicky, tak z hlediska onemocnění fyzicky nebo na faktory, které jsou kolem nás. Jestliže stádium onemocnění vede k nesoběstačnosti, ve značné míře autonomie zasahuje ještě více. Velmi důležitým a souvisejícím bodem autonomie, je křehkost a zranitelnost seniora. Tento stav omezuje limity a senioři se tak dostávají do ohrožení. Nejlépe je předcházet prevencí a poskytováním kvalitní péče, aby vůbec k dané situaci *bezmoci* nedošlo (Holmerová a kol., 2014, s. 99).

Důležité je brát na vědomí, co je pro seniora nejvhodnější, kdy ambulantní péče má přednost před hospitalizací a také rehabilitace je přednější, než prostá péče (Schuler a Oster, 2010, s. 286).

Senioři jsou rozvážní především ve svých schopnostech, dovednostech jak kognitivních, tak praktických, postojích ve společnosti a jejich uplatnění, spolu s pohyblivostí a finančním zajištěním, následně při předcházení komplikací a potíží, senior zažívá pocit uspokojení a pohody. Nicméně, senioři spíše poukazují na problémy z důvodu životní krize, než bio-psychologické potíže stárnutí. Jednotlivcům se do stáří promítá obohacující životní zkušenost z prožitého života, ale stávají se více rozvážní a ohleduplní k druhým lidem, protože často jejich rozhodnutí komplikuje pomalost, častá zapomnětlivost, omezená orientace ve světě a menší jistota (Sýkorová, 2007, s. 153).

Každý senior je velmi individuální a odlišná osobnost. Popsat jednotlivě je popsatelně nemožné. Proto internista a gerontolog Vladimír Pacovský v knize gerontologie (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 83-84) popisuje těchto pět strategií seřazených od optimální k pesimální:

- *konstruktivní strategie*- je optimistický postoj k životu, kdy člověk přijímá svůj věk, pokračuje ve svých zájmech a má stále smysl pro humor;
- *strategie závislosti*- je pasivní senior, s veškerou odpovědností se obrátí na druhé, především na mladší generaci, vztah k druhým nijak neprojevuje, převládá zde pasivní tolerance;
- *obranná strategie*- senior si na sebe vyvíjí až velmi nadměrnou kontrolu, obavu, že bude závislý ať už materiálně či psychicky, je pedantivní a je spíše pesimistický;

- *strategie nepřátelský*- senior je podezřívavý, agresivní a připisuje vinu druhým lidem, lidem o něj pečujících, často převládá u seniora mrzutost a závidí druhým lidem;
- *strategie sebenenávisti*- senior je agresivní především vůči sobě a kritizuje svou minulost, co bylo, v jakých případech selhal, a častokrát v anamnéze udává rozpor s rodiči.

3.4.2 Komunikace s klienty a jejich blízkými

Základem úspěšné komunikace je *jednoduchost*, přiměřenost se věku, schopnostem a postižením, *uspořádanost*, jasný a přehledný plán sdělení, rozhovoru, dále *stručnost*, srozumitelné vyjádření toho nejdůležitějšího a *podnětnost*, emoční stránka rozhovoru, jeho zajímavosti a aktuálnost (Slowík, 2010, s. 16).

Komunikace se seniory se nikdo nemusí bát, je to jako komunikace s dospělým, jen s přijatelnými změnami, které stáří sebou nese. Důležité je také pamatovat na to, že stárnutí s sebou nese snížení funkcí sluchových i zrakových a následně i přidružená onemocnění, která ovlivňují komunikaci. Rady k udržení si dlouhodobé a efektivní komunikace se seniory:

- přizpůsobit tempo řeči;
- mluvit přiměřeně hlasitě;
- dobře artikulovat;
- komunikovat s ohledem na fyzický stav;
- přistupovat k člověku dle postižení;
- pamatovat na význam slov, či odlišný slovník;
- trpělivost naslouchat (Hauke, 2014, s. 88).

Základní oblasti přístupu k seniorovi

1. *Připravit seniora na změny ve stáří a na možné přestěhování do zařízení.*
2. *Seznámit seniora s režimem daného zařízení.*
3. *O seniorovi zjistit co nejvíce informací, zvyků, přizpůsobení.*
4. *Pokoj vybavit věcmi klienta, na které je zvyklý, dopřát seniorovi kontakt s blízkými.*
5. *Přistupovat k seniorovi stejně jako před vstupem do sociálního zařízení.*
6. *Akceptovat povahu seniora.*
7. *Respektovat přání klienta, nenutit (Venglářová, 2007, s. 16-17).*

Jedna z častých problematik je nespolupracující klient. Podle Hauke (2014, s. 35) nespolupracující klient může být:

1. *klient agresivní;*
2. *klient v depresi;*
3. *klient s bariérami v komunikaci- smyslové, tělesné, mentální postižení;*
4. *klient odmítající služby.*

V první řadě je důležité od pracovníka zařízení zjistit důvody, proč je klient nespolupracující a dle toho dále postupovat. V mnoha případech si klienti myslí, že rozhodně služby nepotřebuje a vše dokáže zvládnout sám ve své domácnosti (Hauke, 2014, s. 35).

3.4.3 Spolupráce s rodinou

Do péče o seniora zpočátku nejvíce zasahuje rodina. Rodina nebo také blízcí rodinní příslušníci jsou těmi, kteří začínají o seniora pečovat, pomáhat mu a ochraňovat ho. Rodina jsou ti, kteří se zajímají o jeho potřeby a snaží se je uspokojit v rámci možností. V případě, že rodina už nestačí, nemůže nebo nechce o seniora pečovat, přichází možnost pobytového zařízení, kde je o seniory postaráno jak ze zdravotního, tak i sociálního hlediska péče. Po domluvě se zařízením a rodinou, seniora opatruje přes víkendy a přes svátky rodina. V opačném případě rodina do zařízení dochází a seniorovi pomáhá nebo po domluvě se zařízením se zapojuje do péče. Rodina je považována za jakousi nejvíce přínosnou materiální, emocionální a sociální podporou zejména při plánování péče o seniora (Hauke, 2014, s. 42).

Předpokladem pro spolupráci s rodinou je jejich ochota spolupracovat a mít dobrý vztah se seniorem. Seniorův souhlas se spoluprací s rodinou a v mnoha případech se podepisuje informovaný souhlas, který určuje, komu budou informace sděleny a komu nesmí být sděleny (Hauke, 2014, s. 44).

Pracovníci nejednají pouze s klientem, ale i s rodinou klienta. U mnoha pracovníků to může být problém, protože spolupráci s rodinou považují za problémovou a to z důvodu nespolupracující rodiny, neochoty spolupracovat s pracovníkem, nebo kdy rodina rozhoduje za klienta a jeho potřeby, schopnosti, přitom klient potřebuje nebo nedokáže, co rodina tvrdí. Rodina považuje pracovníky jako pomocnou sílu, která rodinu nahradí ve všem a mnohdy to pracovník považuje za to, že to není možné splnit.

Dalším důvodem je to, že rodina si neváží dostupné a dosavadní péče. Posledním důvodem je informovanost. Rodina vyžaduje po pracovníkovi informovat jak je samotné, tak i klienta, i přes to, že si to klient nepřeje, nebo jeho zdravotní stav to nedovoluje (Hauke, 2014, s. 42).

3.4.4 Aktivizace seniora

Život seniora souvisí s pravidelně prováděnou pohybovou a prožitkovou činností. Aktivita je nejvíce vhodný a přístupný způsob, jak pozitivně prožít život ve stáří. (Štilec, 2004, s. 9)

Při plánování pohybové aktivity pro seniory by se mělo brát na vědomí možnosti a náležitosti seniora a následně zjištění zpětné vazby. Pohyby by měly být pomalé, klidné a soustředěně prováděné. Senior by měl pociťovat pozitivní vnitřní klid a měl by mít k pohybové aktivitě mravní i psychický kladný vliv, nikoliv pociťovat napětí, tlak, stres a bolest. Během aktivit je vhodné od cvičitele slovně seniory podporovat. V rámci pobytového zařízení, zdali je klient upoután na lůžko, je vhodné zapojit do pohybové aktivity doteky na povrchu těla, poklepy a masáže (Štilec, 2004, s. 25).

Příklad aktivit organizované v pobytových zařízeních:

- *ergoterapie*- tato terapie zahrnuje aktivity, které má pod vedením určený pracovník, nazývající se ergoterapeut. Na každém ergoterapeutovi je, jak obsáhlu má kreativitu. Ergoterapie může zahrnovat malování, vystřihování, tvoření tematických výzdob, ruční práce, vaření, pečení, stolní hry;
- *reminiscenční terapie*- je zaměřena na každého klienta jednotlivě a jedná se o terapii, která napomáhá klientovi vzpomínat a následně si vytvořit a vyzdobit kufřík, poličku či místnost. Terapie nejen že povzbuzuje vzpomínání, ale naplňuje u seniorů pocit vlastní hodnoty, sebeúcty, pomáhá přiblížit vztah pracovníka a klienta, klient svými vzpomínkami předává informace i dalším generacím a vzpomínání je pro seniory tak radostné a pozitivní;
- *sportovní programy*- zahrnují sportovní hry, nejvhodněji hry s míčem, kuželky, šípky;
- *společenské programy*- zahrnují pořádané koncerty a vystoupení v rámci organizace mateřských a základních škol, uměleckých škol, folklorních a tanečních souborů, kteří vystoupí v zařízení. Do programu se mnohdy zapojí i samotní senioři a zpívají, spolupracují a aktivně se zapojují do zábavy s příchozími vystupujícími;

- *vzdělávací programy*- obsahují promítání dokumentů, kvízy, vědomostní hry, jako jsou paměti, hádání přísloví, doplňování vět a slov;
- *relaxační činnosti*- někteří klienti nevyhledávají společnost, raději si odpočinou, čtou, nebo se dívají na televizi;
- *hudební programy*- mnohdy souvisí se společenskými programy, kdy klienti společně zpívají, do zařízení dochází hudebník a společně se seniory zpívá a hraje na nástroj, poslech hudby různých žánrů, taneční aktivita; (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 18).
- *kanisterapie*- je terapie a rehabilitace společně se psy, lidé s vycvičenými pejsky dochází pravidelně do zařízení a poskytují klientům kontakt se zvířátkem.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

Ošetrovatelský výzkum se zabývá poznatky z hlediska péče ve zdraví i v nemoci. Poznatky vedou k *pochopení základních genetických, fyziologických, sociálních a behaviorálních mechanismů a dopadů na životní prostředí, které ovlivňují schopnosti jednotlivců a rodin udržet nebo zlepšovat optimální funkce a minimalizovat negativní dopady nemoci* (Kutnohorská, 2008, s. 62-63).

Cílem výzkumu by měly být znalosti a názory lidí, které souvisejí a dají se aplikovat v praxi. Výsledky výzkumu by měly být reálné a použitelné, tak aby výzkum byl veden uspořádaně. Výzkum by měl být korespondující s ošetrovatelstvím, příkladem je klinická péče, péče o zdraví, příčiny špatného zdraví, vzdělání sester a mnoho dalších témat z odvětví, nicméně aktuální témata se mohou měnit vzhledem k času a místu (Kutnohorská, 2008, s. 63).

4.1 Základní cíle výzkumu

Výzkum bakalářské práce je zrealizován v zařízení sociální péče, dotazováním klientů pobývajících v těchto zařízeních. Název bakalářské práce zcela koresponduje s cíli výzkumu. Jedná se o ošetrovatelskou péči poskytovanou v pobytových zařízeních, jak ji klienti vnímají, zdali znají pojem ošetrovatelská péče, zdali a jak se změnila jejich péče před nástupem do zařízení. Stanoveny jsou tři výzkumné cíle:

1. Zjistit, jak probíhá ošetrovatelské péče v zařízení sociální péče;
2. zjistit, jaká je spokojenost klientů s poskytovanou péčí v pobytovém zařízení;
3. zjistit, zdali a jak se změnila spokojenost uživatelů s poskytovanou péčí po umístění do zařízení sociální péče.

4.2 Výzkumná metoda a technika

Výzkum byl zrealizován technikou dotazníkového šetření metodou kvantitativní. Dotazník je velmi častá a aplikovaná technika výzkumu. S vedoucí bakalářské práce byl sestaven originální dotazník, v němž jsou zahrnuty všechny oblasti potřebné ke zjištění a splnění cílů (P11).

Dotazník je považován za *standardizovaný soubor otázek*, které jsou v časovém předstihu připraveny do tiskopisu.

Dotazník je charakterizován *nepřítomností výzkumníka při vyplňování dotazníku a přiměřenými znalosti šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu* (Kutnohorská, 2008, s. 41-42). Po konzultaci s vedoucí práce a na požádání respondentů byl dotazník vyplněn formou řízeného rozhovoru. Tuto možnost využila většina účastníků výzkumu.

4.2.1 Charakteristika dotazníkových položek

Dotazník se skládá ze 34 otázek, z toho 20 uzavřených a 14 otevřených z toho 4 jsou navazující na předešlé otázky. První oblast se zabývá identifikací klienta z hlediska pohlaví, věku, délky pobytu v zařízení a jaký je důvod umístění do zařízení. Navazující oblast se ptá na spokojenost v zařízení, zdali je něco, co klientovi schází a jak moc se o sebe dokáže postarat. Dalším tématem otázek je rodina, jestli by klient přivítal rodinu v péči a v jakých činnostech, další otázky jsou zaměřeny na personál, zdali klient ví, kdo o něj pečuje, jak je od sebe odliší a jestli zná pojem ošetrovatelská péče, jestliže je u něj zajištěna v tomto zařízení a kdy, kde a jak probíhá. V rámci toho se klienta svěří, co je pro něj během pobytu nejdůležitější. Následně zda se personál zajímá o potřeby, zda je klient s průběhem ošetrovatelské péče a péče od personálu spokojen, kdo u klienta zajišťuje spirituální potřeby. K závěru dotazníku jsou uvedeny otázky na aktivitu klienta, jestli se zapojuje do pořádaných programů a jaká je jeho aktivita, kterou má nejraději. Poslední oblast otázek je zaměřená na péči před nástupem do zařízení, kdo o klienty pečoval, zdali byla péče dostačující, a to i od praktického lékaře. Závěrem jsou otázky na možnost se znovu rozhodnout o nástupu, jak by jednali, jestli se něco změnilo za dobu, kdy jsou v zařízení a pokud si přejí něco zlepšit. Poslední otázka je poskytnuta pro další poznámky a hodnocení dotazníku.

4.3 Charakteristika a výběr účastníků výzkumu

Do výzkumu bakalářské práce bylo osloveno pět vedoucích pobytových zařízení ve Zlínském kraji, s jejichž souhlasem a povolením (na vyžádání „Žádost o umožnění dotazníkového šetření“ u autora) bylo možné aplikovat dotazníkové šetření a byli vybráni respondenti. Respondenti jsou klienti, pobývající v zařízení sociální péče. U respondentů, se kterými byl dotazník vyplňován, byla stanovena kritéria a na základě toho výběr vhodných respondentů v zařízení, a to ve spolupráci s vedoucí sociální péče nebo s vedoucí úseku přímé péče.

Mezi první kritérium výběru respondentů je délka pobytu, pro efektivní a účelné vyplnění dotazníku je nutné pobývat v zařízení déle než rok. Dalším kritériem jsou zachované kognitivní funkce, ochota spolupracovat, dobrovolný vstup do dotazníkového šetření nikoli pod tlakem nebo jasným nesouhlasem o spolupráci a vyplnění dotazníku. Bylo rozdáno celkem 121 dotazníků.

4.4 Organizace výzkumu

Dotazníkové šetření bylo zrealizováno od 20. února do 31. března 2019 v pěti zařízeních sociální péče u 121 klientů. Z důvodu nesplnění kritérií, bylo 5 dotazníků vyřazeno. Respondenti odpovídali uzavřenými i otevřenými odpověďmi. Například otázka číslo 9: *V čem potřebujete pomoc? (doplňte)* nebo otázka číslo 15: *Co si představíte pod pojmem ošetrovatelská péče? (doplňte)*. Navazující otázky doplňovaly důvod, proč klient zvolil předešlou odpověď. U každé otázky byla v závorce uvedena poznámka, zdali má uvést důvod, proč zvolil danou odpověď, také poznámka k otázce, kde mohli respondenti zvolit více odpovědí.

Prvním krokem výzkumu byla schůzka s vedoucími přímé péče. Jejichž prostřednictvím byly dotazníky aplikovány. S vedoucími byly domluveny návštěvy, ve kterých byl dotazník aplikován. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Tak tomu bylo uvedeno i na předmluvě dotazníku. V předem domluvenou dobu návštěvy byly vždy rozdané dotazníky a zpět vysbírány.

4.5 Zpracování získaných dat

Výsledky, které byly získány v rámci odpovědí v dotazníku, byly ihned, nejlépe ten den zapsány do tabulky v programu Microsoft Office Excel 2007. Společně s metodou tužka papír bylo rozdělení odpovědí překontrolováno. Po získání konečného počtu 116 vhodných respondentů byla výsledná data srovnána v tabulkách, sjednocena a zakódována v případě otevřených otázek. Následně byla vytvořena tabulka a odpovědi do ní uvedeny společně s výslednými číselnými daty, kde jsou znázorněny absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost, označována malým písmenem *n*, znázorňuje počet hodnot spadajících do jednotlivých intervalů. Mezitím relativní četnost, označována %, znázorňuje počet hodnot v daném intervalu vztažený k celkovému počtu hodnot (Souhrn-rozdělení četností, ©2009), tedy procentuální vyjádření hodnoty.

Rozbor otázek se skládá z odpovědí a číselných výsledků vypsanych v tabulce, znázorněných v grafu a hodnoceních v komentáři. Dotazník vyplnilo 121 respondentů, ovšem 5 z nich nespĺnilo kritéria, tak museli být vyřazeni.

Počítá se tedy s celkovým počtem respondentů 116, kteří splnili daná kritéria. Pouze u otázky číslo 3 jsou výsledky uvedeny s celkovým počtem 121, která určuje kritérium dobu pobytu.

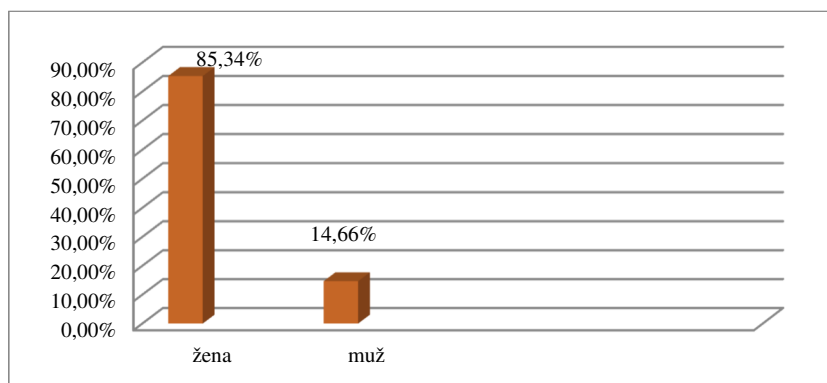
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky výzkumného dotazníkového šetření jsou uvedeny v této kapitole. Celkem bylo zpracováno 116 dotazníků.

Otázka číslo 1 – Jakého jste pohlaví?

Tabulka 1: Pohlaví

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	99	85,34 %
Muž	17	14,66 %
Celkem	116	100,00 %



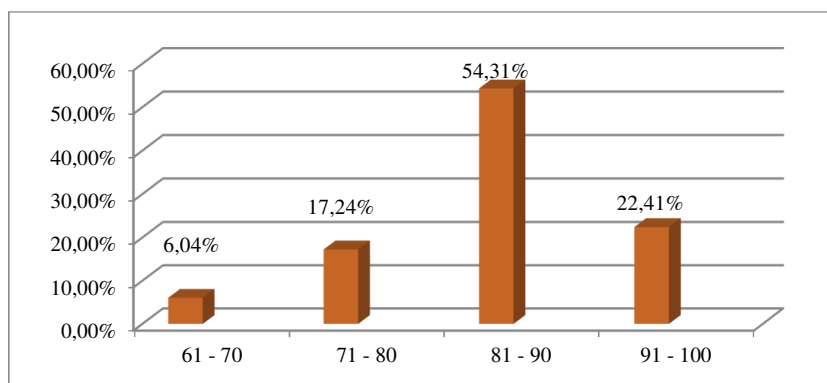
Graf 1: Pohlaví

Komentář: Z celkového počtu 116 respondentů vyplývá, že zastoupení žen při vyplňování bylo 85,34 % a mužů 14,66 %. Ženské pohlaví v dotazníkovém šetření převyšuje mužské.

Otázka číslo 2 – Kolik je Vám let?

Tabulka 2: Věk

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
61 - 70	7	6,04 %
71 - 80	20	17,24 %
81 - 90	63	54,31 %
91 - 100	26	22,41 %
Celkem	116	100,00 %



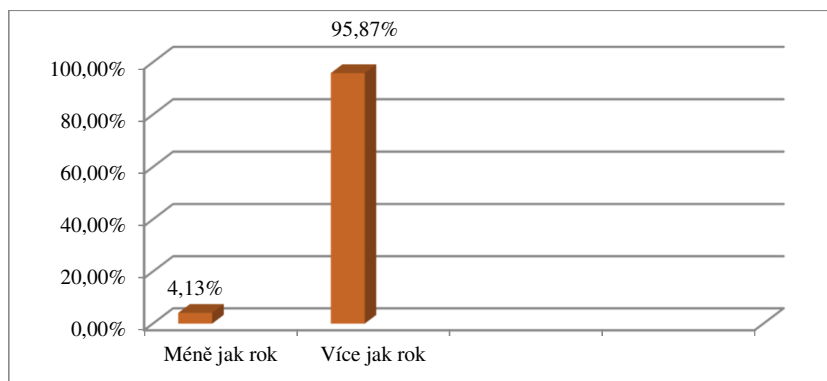
Graf 2: Věk

Komentář: Nejvíce respondentů je ve věkovém rozmezí 81 – 90 let, což je 54,31 %. Následně v rozmezí 91 – 100 let je zastoupeno 22,41 % respondentů, to je více než v mladším zastoupení od 71 – 80 let respondentů, kterých je 17,24 %. Nejmenší zastoupení respondentů bylo ve věku 61 – 71 let, tedy 6,04 %.

Otázka číslo 3 - Jak dlouho jste v tomto zařízení?

Tabulka 3: Délka pobytu

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně jak rok	5	4,13 %
Více jak rok	116	95,87 %
Celkem	121	100,00 %



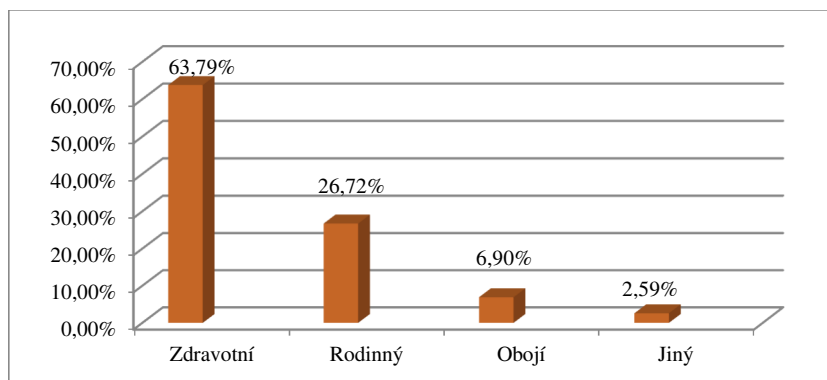
Graf 3: Délka pobytu

Komentář: U tohoto grafu, je znázorněných 4,13 %, kteří nespĺňovali kritéria. Pouze u této otázky číslo 3 je uveden celkový počet aplikovaných dotazníků v počtu 121.

Otázka číslo 4 - Jaký byl důvod umístění do pobytového zařízení?

Tabulka 4: Důvod umístění do pobytového zařízení

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zdravotní	74	63,79 %
Rodinný	31	26,72 %
Obojí- zdravotní i rodinný	8	6,90 %
Jiný (doplňte) <i>Po záplavách</i> <i>Vzdálené bydliště</i> <i>Chtěl/a jsem</i>	3	2,59 %
Celkem	116	100,00 %



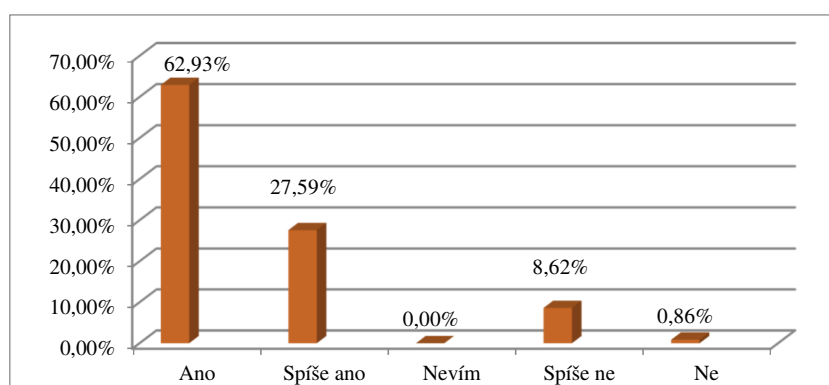
Graf 4: Důvod umístění do pobytového zařízení

Komentář: Nejčastějším důvodem umístění do pobytového zařízení byl *zdravotní* důvod zastoupen v grafu 63,79 %. Pouze *rodinný* důvod byl zastoupen 26,72 %. Položku *Obojí- zdravotní i rodinný* označilo celkem 6,90 % respondentů. Zbývajících pár respondentů, tedy 2,59 %, uvedlo svůj důvod umístění a to *po záplavách*, *kvůli vzdálenému bydlišti* a vlastní volba *chtěl/a jsem*.

Otázka číslo 5 - Jste spokojen/á v pobytovém zařízení?

Tabulka 5: Spokojenost v pobytovém zařízení

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	73	62,93 %
Spíše ano	32	27,59 %
Nevím	0	0,00 %
Spíše ne	10	8,62 %
Ne	1	0,86 %
Celkem	116	100,00 %



Graf 5: Spokojenost v pobytovém zařízení

Komentář: Přes polovinu respondentů, 62,93 % odpovědělo *Ano*. Odpověď *Spíše ano* odpovědělo 27,59 %. U odpovědi *Nevím* se nikdo nevyjádřil. Nicméně *Spíše ne* odpovědělo 8,62 % respondentů a odpověď *Ne* byla zaznamenána pouze jedna, což činí 0,86 %.

Otázka číslo 6 - Proč jste nespokojen/á v pobytovém zařízení? (doplňte)

Tabulka 6: Důvod nespokojenosti v pobytovém zařízení

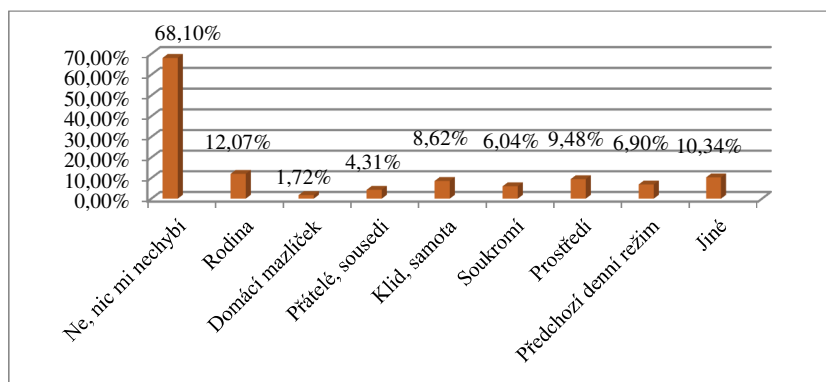
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Spíše ne	10	8,62 %
<i>Není to jako doma</i>	2	1,72 %
<i>Dříve to bylo lepší</i>	1	0,86 %
<i>Ztráta věcí</i>	1	0,86 %
<i>Dlouhá doba pobytu</i>	1	0,86 %
<i>Nevyhovující stravování</i>	2	1,72 %
<i>Zájem o jednolůžkový pokoj</i>	1	0,86 %
<i>Dlouhodobě ležící</i>	1	0,86 %
<i>Stesk po rodině</i>	1	0,86 %
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne (<i>Rekonvalescence po operaci</i>)	1	0,86 %
Celkem	11	---

Komentář: V rámci otázky číslo 5, na kterou navazuje otázka číslo 6, bylo šetřeno, proč celkem 11 respondentů odpovědělo *Spíše ne* a *Ne*. U jednotlivých výroků je vypočítána relativní četnost z celkového počtu respondentů, a proto není uvedena celková relativní četnost. Předchozí graf ukazuje, že 8,62 % respondentů odpovědělo *Spíše ne* a odpověď *Ne* označilo 0,86 % respondentů.

Otázka číslo 7 - Je něco, co Vám schází v sociálním zařízení? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

Tabulka 7: Co schází v sociálním zařízení

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne, nic mi nechybí	79	68,10 %
Rodina	14	12,07 %
Domácí mazlíček	2	1,72 %
Přátelé, sousedi	5	4,31 %
Klid, samota	10	8,62 %
Soukromí	7	6,04 %
Prostředí	11	9,48 %
Předchozí denní režim	8	6,90 %
Jiné (doplňte) <i>Jednolůžkový pokoj</i> <i>Kultura u ležícího klienta</i> <i>Více času od personálu</i> <i>Dobré jídlo a Obchod na nákup</i> <i>Málo programů, kolektiv</i> <i>Častější návštěvy Dr.</i>	12	10,34 %
Celkem	150	---



Graf 6: Co schází v sociálním zařízení

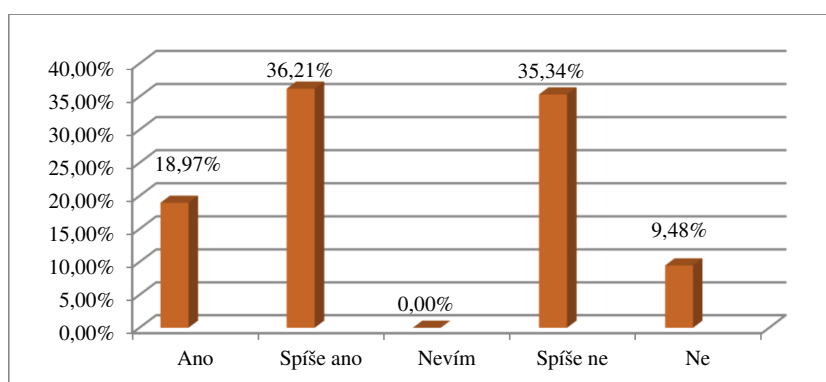
Komentář: U této položky respondenti měli možnost označit více odpovědí. U jednotlivých výroků je vypočítána relativní četnost z celkového počtu respondentů, a proto není uvedena celková relativní četnost. Respondenti uváděli, co jim v zařízení sociální péče schází. Přes polovinu, to je 68,10 % respondentů, odpovědělo *Ne, nic mi nechybí*. Ostatní odpovědi se pohybují převážně ve stejném počtu. 12,07 % respondentů uvedlo, že jim schází *rodina*. 1,72 % uvedlo, že jim schází *domácí mazlíček*, 4,31 % uvedlo, že jim schází *přátelé, sousedi*.

Objevila se i odpověď u 8,62 % respondentů, že jim schází *klid a samota, soukromí* svou odpovědí označilo 6,04 %, také *prostředí* značilo 9,48 % respondentů. 6,90 % respondentům schází *předchozí domácí režim* a 10,34 % uvedlo *Jiné*. Odpovědi v rámci *Jiné* jsou uvedeny v tabulce.

Otázka číslo 8 - Dokážete se o sebe postarat sám/ sama?

Tabulka 8: Sebepéče

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	22	18,97 %
Spíše ano	42	36,21 %
Nevím	0	0,00 %
Spíše ne	41	35,34 %
Ne	11	9,48 %
Celkem	116	100,00 %



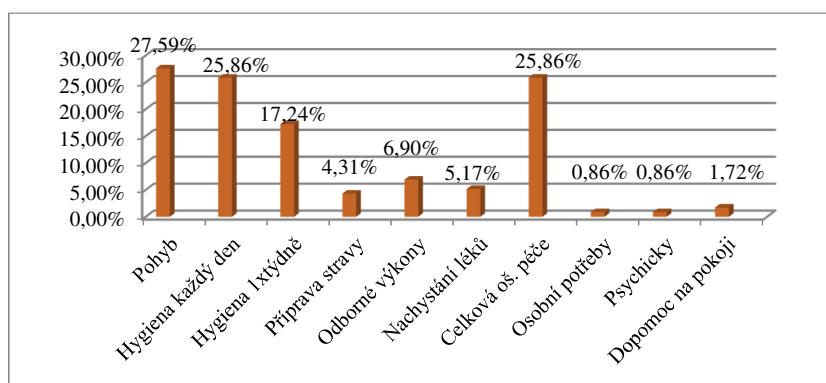
Graf 7: Sebepéče

Komentář: Výsledky položek u této otázky jsou ve dvou položkách téměř shodné. Odpověď *Ano* označilo 18,97 % respondentů, zatímco odpověď *Spíše ano*, označilo až 36,21 % respondentů, odpověď *Nevím*, nebyla označena. Ovšem odpověď *Spíše ano*, je téměř shodná s odpovědí *Spíše ne*, která je zastoupena 35,34 %. Odpověď *Ne*, označilo 9,48 % respondentů, kteří se o sebe nedokážou postarat sami.

Otázka číslo 9 - V čem potřebujete pomoc? (doplňte)

Tabulka 9: Činnosti, ve kterých potřebují respondenti pomoc

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pohyb	32	27,59 %
Hygiena každý den	30	25,86 %
Hygiena 1x týdně	20	17,24 %
Příprava stravy	5	4,31 %
Odborné výkony	8	6,90 %
Nachystání léků	6	5,17 %
Celková ošetrovatelská péče	30	25,86 %
Osobní potřeby	1	0,86 %
Psychicky	1	0,86 %
Dopomoc na pokoji	2	1,72 %
Celkem	135	---



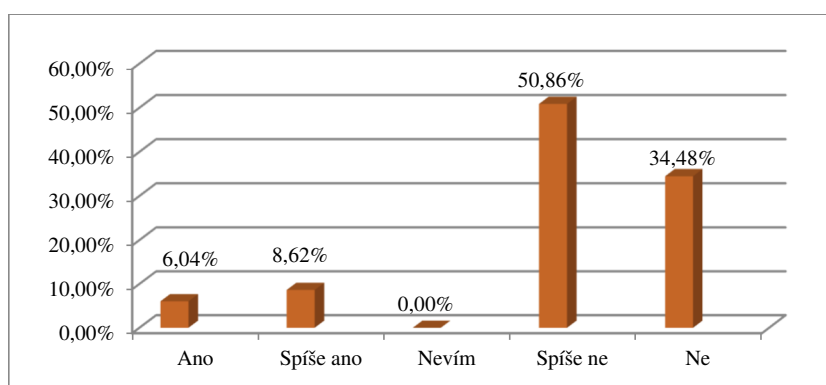
Graf 8: Činnosti, ve kterých potřebují respondenti pomoc

Komentář: U této položky měli respondenti možnost označit více odpovědí. U jednotlivých výroků je vypočítána relativní četnost z celkového počtu respondentů, a proto není uvedena celková relativní četnost. V rámci otázky číslo 8 navazuje otázka číslo 9. Největší zastoupení má *pohyb* 27,59 %, na stejné úrovni je pomoc při *hygieně každý den* a *celková ošetrovatelská péče*, u těchto dvou položek odpovědělo 25,86 % respondentů, z čehož vyplývá, že respondentů, kteří potřebují pomoci s hygienou každý den, je stejný počet jak respondentů, kteří potřebují o mnoho více pomoci a to celkovou ošetrovatelskou péčí. Pomoc při *hygieně prováděné 1x týdně* uvedlo 17,24 % respondentů. Pomoc s *přípravou stravy* označilo 4,31 % respondentů. Pozoruhodné je, že 6,90 % respondentů si je vědomo, že potřebují pomoc s *odbornými výkony*. 5,17 % respondentů uvedlo pomoc s *nachystáním léků*. Dále pouze 0,86 % respondentů uvedla pomoc se svými *osobními potřebami*, *psychickou pomoc* a *dopomoc na pokoji* uvedlo 1,72 % respondentů.

Otázka číslo 10 - Přivítal /a byste, kdyby se do péče o Vás zapojila rodina?

Tabulka 10: Zapojení rodiny do péče

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	7	6,04 %
Spíše ano	10	8,62 %
Nevím	0	0,00 %
Spíše ne	59	50,86 %
Ne	40	34,48 %
Celkem	116	100,00 %



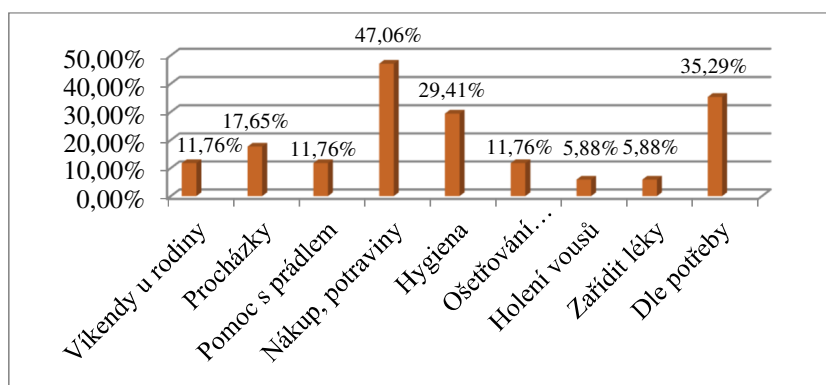
Graf 9: Zapojení rodiny do péče

Komentář: Výsledky této otázky jsou spíše nesouhlasné. Pouze 6,04% respondentů odpovědělo *Ano* a 8,62% odpovědělo *Spíše ano*. Tito respondenti by přivítali, kdyby se rodina zapojila do péče. Odpověď *Nevím* neoznačil žádný respondent. Za to odpověď *Spíše ne* označila polovina respondentů z celkového počtu, čili 50,86 %, odpověď *Ne* označila více než čtvrtina a to 34,48 % respondentů.

Otázka číslo 11 - Vypište, ve kterých činnostech byste přivítal /a, aby se rodina zapojila do péče? (doplňte)

Tabulka 11: Činnosti, ve kterých by pomáhala rodina při zapojení se do péče

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Víkendy u rodiny	2	11,76 %
Procházky	3	17,65 %
Pomoc s prádlem	2	11,76 %
Nákup, potraviny	8	47,06 %
Hygiena	5	29,41 %
Ošetřování nohou, rukou	2	11,76 %
Holení vousů	1	5,88 %
Zařídít léky	1	5,88 %
Dle potřeby	6	35,29 %
Celkem	30	---



Graf 10: Činnosti, ve kterých by pomáhala rodina při zapojení se do péče

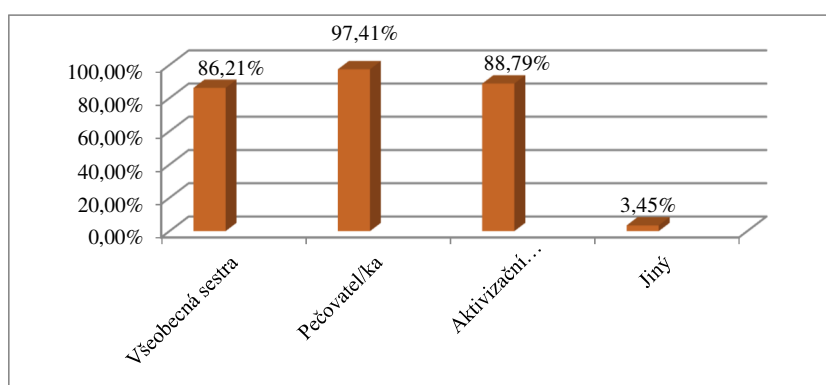
Komentář: U této položky respondenti uvedli více odpovědí. U jednotlivých výroků je vypočítána relativní četnost z celkového počtu respondentů, a proto není uvedena celková relativní četnost. V rámci otázky číslo 10 navazuje otázka číslo 11. Největší zastoupení 47,06 % *pomoc s nákupem*, nebo *donést potraviny* do zařízení. Za druhé nejvíce klientů 35,29 % odpovědělo, že potřebují pomoc od rodiny *dle potřeby*.

Nadále uvedlo 29,41 % *hygienu*, 17,65 % by přivítalo pouze *procházkou*, 11,76 % odpovědělo, že by přivítali *trávit čas s rodinou o víkendech*, ve stejném procentuálním zastoupení respondenti uvedli *pomoc s prádlem* nebo *ošetřování nohou a rukou*. Nejmenší počet respondentů a to 5,88 % uvedlo, že by přivítali pomoc s *holením vousů* nebo pomoc *při zařizování léků*.

Otázka číslo 12 - Víte, kdo o Vás v zařízení pečuje? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 12: Znalost pečujícího personálu

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Všeobecná sestra	100	86,21 %
Pracovník v sociálních službách- pečovatel/ka	113	97,41 %
Aktivizační pracovník/ pracovníce	103	88,79 %
Jiný (doplňte) <i>Nevím</i> <i>Sociální pracovníce z kanceláře</i> <i>Rehabilitační, klíčová sestra</i> <i>Pracovnice na sanitární a osobní potřeby, odvoz</i>	4	3,45 %
Celkem	320	---



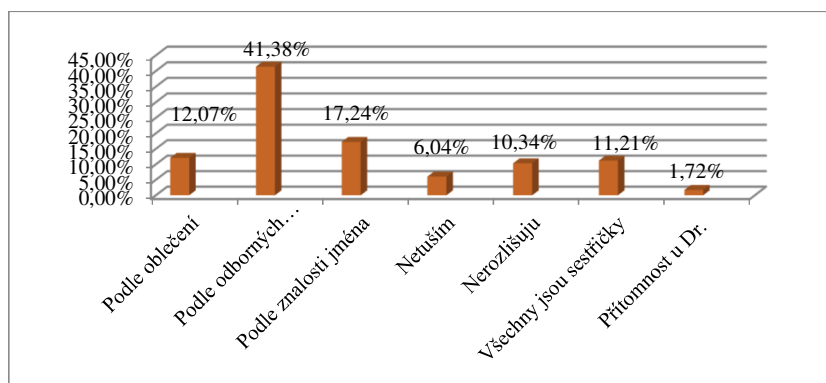
Graf 11: Znalost pečujícího personálu

Komentář: U této položky měli respondenti možnost označit více odpovědí. U jednotlivých výroků je vypočítána relativní četnost z celkového počtu respondentů a není uvedena celková relativní četnost. Tento graf nám poukazuje na to, zdali respondenti vědí, kdo o ně v zařízení pečuje. Z celkového počtu uvedlo 86,21 % respondentů, že o ně pečuje *všeobecná sestra*. Největší zastoupení a to 97,41 % z celkového počtu je u odpovědi, že o ně pečuje *Pracovník v sociálních službách – pečovatel/ka* a 88,79 % respondentů z celkového počtu uvedlo, že do péče se zapojuje i *Aktivizační pracovník/pracovnice*. 3,45% z celkového počtu uvedlo další pracovníky a to *sociální pracovníci z kanceláře, rehabilitační, klíčovou sestru a pracovníci na sanitární a osobní potřeby, odvoz* v položce *Jiný*. Odpověděl v rámci položky *Jiný* jeden respondent *Nevím*.

Otázka číslo 13 - Popište, jak od sebe odlišíte personál (například sestru od pečovatelky).

Tabulka 13: Odlišení personálu

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Podle oblečení	14	12,07 %
Podle odborných výkonů	48	41,38 %
Podle znalosti jména	20	17,24 %
Netuším	7	6,04 %
Nerozlišuju	12	10,34 %
Všechny jsou sestřičky	13	11,21 %
Přítomnost u Dr.	2	1,72 %
Celkem	116	100,00 %



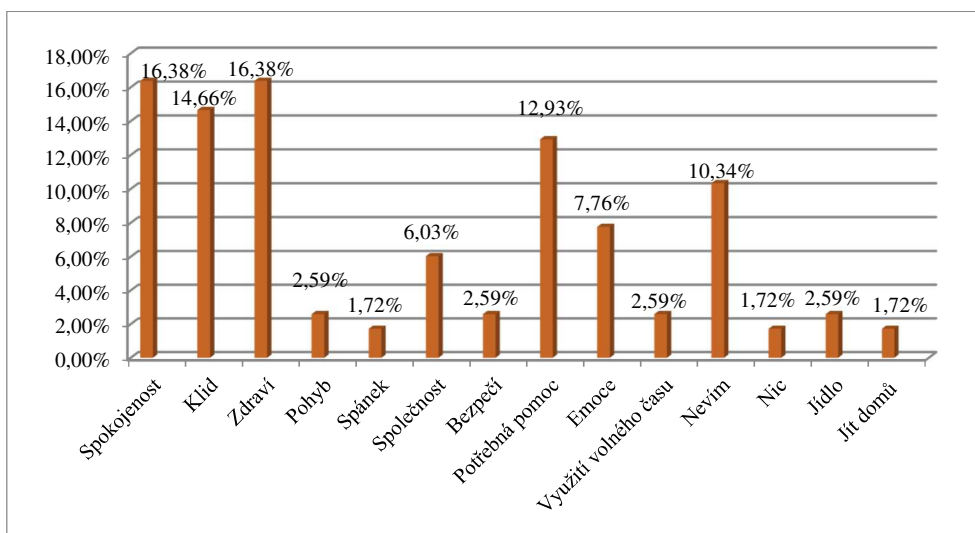
Graf 12: Odlišení personálu

Komentář: Výsledky grafu vykazují, jak respondenti od sebe odliší pracovníky, kteří o ně v zařízení pečují. Nejvíce respondentů 41,38 % uvedlo *podle odborných výkonů*, 12,07 % uvedlo, že *podle oblečení*, 17,24 % respondentů uvedlo, že je znají *podle jména*. Menší část 6,04 % respondentů uvedlo, že *Netuší*, jak je rozeznají a dokonce 10,34 % respondentů *nerozlišuje*, kdo o ně pečuje. Celkem znepokojující je že až 11,21 % respondentů uvedlo, že pracovníky, kteří o ně pečují, nazývají *všechny sestřičky*. Pouze 1,72 % respondentů uvedlo, že rozeznají zdravotnický personál, když je za *přítomnosti doktora*.

Otázka číslo 14 - Co je pro Vás během pobytu nejdůležitější? (doplňte)

Tabulka 14: Nejdůležitější během pobytu

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Spokojenost	19	16,38 %
Klid	17	14,66 %
Zdraví	19	16,38 %
Pohyb	3	2,59 %
Spánek	2	1,72 %
Společnost	7	6,03 %
Bezpečí	3	2,59 %
Potřebná pomoc	15	12,93 %
Emoce	9	7,76 %
Využití volného času	3	2,59 %
Nevím	12	10,34 %
Nic	2	1,72 %
Jídlo	3	2,59 %
Jít domů	2	1,72%
Celkem	116	100,00%



Graf 13: Nejdůležitější během pobytu

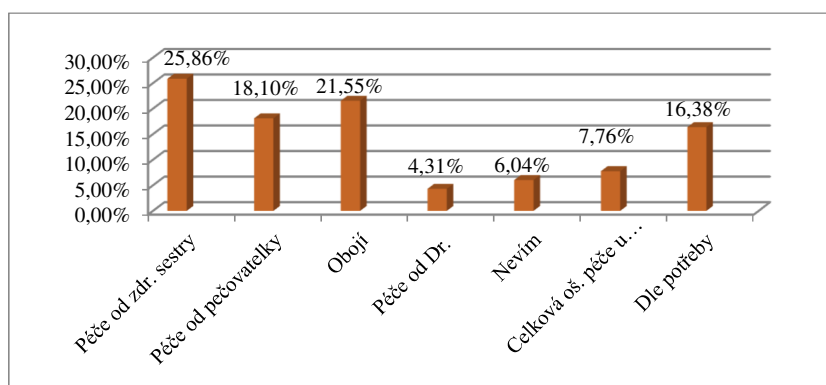
Komentář: Jednalo se o otevřenou otázku, kdy respondenti uváděli, co je pro ně nejdůležitější. 16,38 % respondentů uvedlo *spokojenost* a se stejným procentuálním zastoupením uvedli i *zdraví*. 14,66 % uvedlo, že *klid*, nicméně pro 2,59 % je důležitý *pohyb*, pro 1,72 % je důležitý *spánek*, pro 6,03 % je důležitá *společnost* a 2,59 % je *bezpečí*. Celkem 12,93 % respondentů uvedlo, že je pro ně důležitá *potřebná pomoc*, kterou v zařízení mají.

Pro 7,76 % respondentů jsou důležité *emoce* a pro 2,59 % je důležité vhodně *využít volný čas*. Dokonce 10,34 % respondentů nedokázalo odpovědět a jejich odpověď byla *nevím*. Pro 1,72 % respondentů není *nic* důležitého a také 1,72 % respondentů je důležité *jít domů*. Pro 2,59 % je důležité *jídlo*.

Otázka číslo 15 - Co si představíte pod pojmem ošetrovatelská péče? (doplňte)

Tabulka 15: Pojem ošetrovatelská péče

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Péče od zdravotní sestry	30	25,86 %
Péče od pečovatelky	21	18,10 %
Obojí	25	21,55 %
Péče od Dr.	5	4,31 %
Nevím	7	6,04 %
Celková ošetrovatelská péče u ležících	9	7,76 %
Dle potřeby	19	16,38 %
Celkem	116	100,00 %



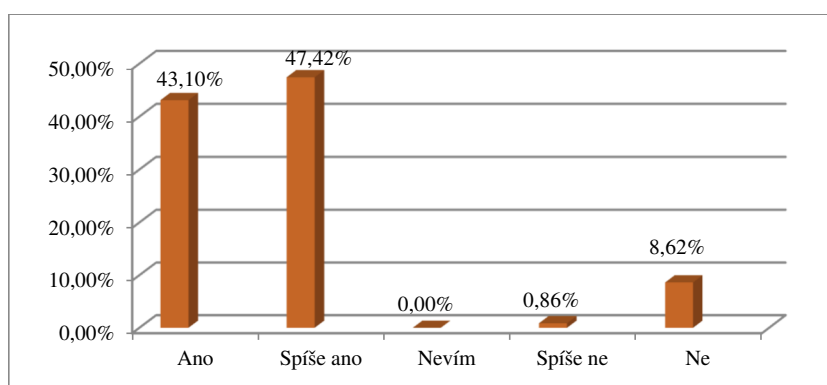
Graf 14: Pojem ošetrovatelská péče

Komentář: Výsledky jsou z otevřené otázky, co si respondenti představují pod pojmem ošetrovatelská péče. 25,86 % respondentů uvedlo *péče od sestry*, při tom až 18,10 % respondentů uvedlo, že se jedná o *péči od pečovatelky*. Nicméně 21,55 % respondentů uvedlo, že *péče je i od zdravotní sestry i od pečovatelky*. Nejmenší zastoupení měla odpověď *péče od doktora* a to od 4,31 % respondentů. 6,04 % respondentů odpovědělo *Nevím*. 7,76 % uvedlo, že se jedná o *celkovou ošetrovatelskou péči* a dokonce 16,38 % respondentů uvedlo, že je to péče, která je poskytována *dle potřeby*.

Otázka číslo 16 - Je u Vás v tomto zařízení zajištěna ošetrovatelská péče?

Tabulka 16: Zajištění ošetrovatelské péče

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	50	43,10 %
Spíše ano	55	47,42 %
Nevím	0	0,00 %
Spíše ne	1	0,86 %
Ne- <i>nevyužívám</i>	10	8,62 %
Celkem	116	100,00 %



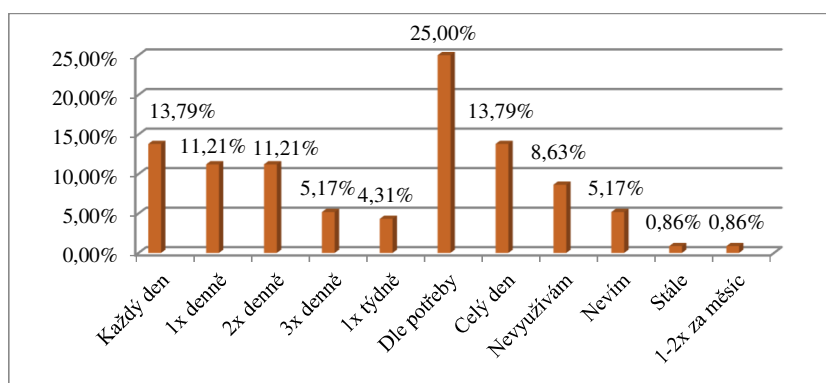
Graf 15: Zajištění ošetrovatelské péče

Komentář: Výsledky grafu ukazují, zdali je u respondentů zajištěna ošetrovatelská péče. Odpověď *Ano* uvedlo 43,10 % respondentů a o něco více 47,42 % respondentů uvedlo *Spíše ano*. Odpověď *Nevím* neuvedl nikdo. *Spíše ne* uvedlo 0,86 % respondentů a odpověď *Ne* odpovědělo 8,62 %.

Otázka číslo 17 - Kdy probíhá ošetrovatelská péče v pobytovém zařízení? (doplňte)

Tabulka 17: Časový průběh ošetrovatelské péče

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Každý den	16	13,79 %
1x denně	13	11,21 %
2x denně	13	11,21 %
3x denně	6	5,17 %
1x týdně	5	4,31 %
Dle potřeby	29	25,00 %
Celý den	16	13,79 %
Nevyžívám	10	8,63 %
Nevím	6	5,17 %
Stále	1	0,86 %
1-2x za měsíc	1	0,86 %
Celkem	116	100,00 %



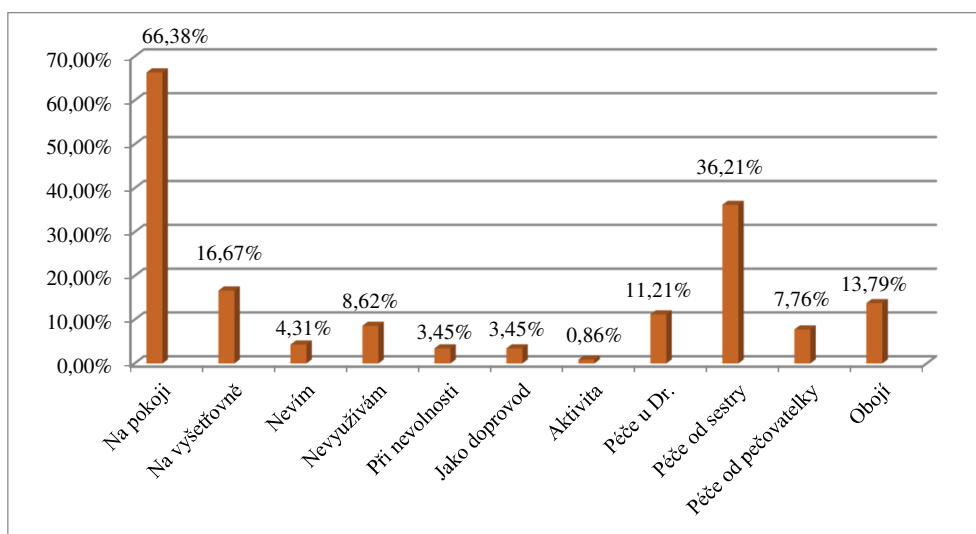
Graf 16: Časový průběh ošetrovatelské péče

Komentář: Otevřená otázka zjišťuje, kdy podle respondentů probíhá ošetrovatelská péče. Pouze 13,79 % respondentů uvedlo *Každý den*. 11,21 % respondentů odpovědělo *1x denně* a se stejnými procenty byla i odpověď *2x denně*. Zato 5,17 % respondentů uvedlo *3x denně* a 4,31 % uvedlo že *1x týdně*. Nejvíce odpovědí u této otázky byla *Dle potřeby*, kterou uvedlo rovných 25,00 % respondentů. Odpověď *Celý den* uvedlo 13,79 % a 0,86 % uvedlo pouze *1-2x za měsíc* a se stejnými procenty byla i odpověď *Stále*. Vyskytla se i odpověď *Nevyžívám* od 8,63 % respondentů a odpověď *Nevím* od 5,17 % respondentů.

**Otázka číslo 18 - Kde a jak probíhá ošetrovatelská péče v pobytovém zařízení?
(doplňte)**

Tabulka 18: Průběh ošetrovatelské péče

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Na pokoji	77	66,38 %
Na vyšetřovně	7	16,67 %
Nevím	5	4,31 %
Nevyužívám	10	8,62 %
Při nevolnosti	4	3,45 %
Jako doprovod	4	3,45 %
Aktivita	1	0,86 %
Péče u Dr.	13	11,21 %
Péče od sestry	42	36,21 %
Péče od pečovatelky	9	7,76 %
Obojí	16	13,79 %
Celkem	188	---



Graf 17: Průběh ošetrovatelské péče

Komentář: U této položky respondenti uvedli více odpovědí. Jednalo se o volné odpovědi, které byly pro větší přehlednost roztríděny dle významu a uspořádány do kategorií. U jednotlivých výroků je vypočítána relativní četnost z celkového počtu respondentů, a proto není uvedena celková relativní četnost. Kdy 66,38 % respondentů odpovědělo, že péče probíhá *Na pokoji*, zato 16,67 % respondentů odpovědělo, že *Na vyšetřovně*.

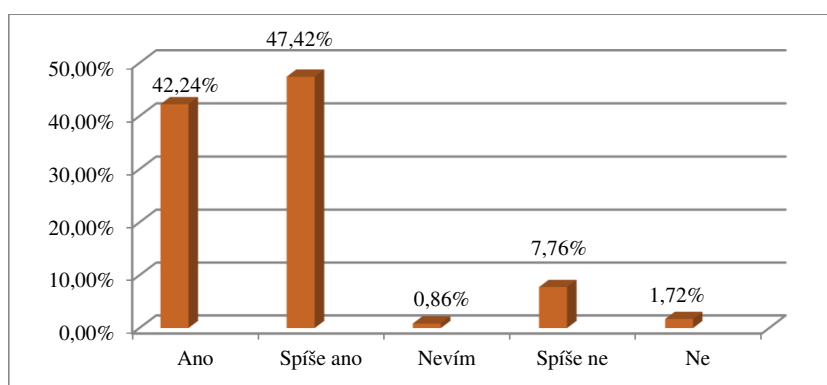
Odpověď *Nevím* uvedlo 4,31 % a odpověď *Nevyužívám*, uvedlo 8,62 % respondentů z celkového počtu. Na shodné příděle s 3,45 % je odpověď *Při nevolnosti*, tak jako odpověď *Jako doprovod*. Dokonce 0,86 % respondentů uvedlo, že se jedná o *aktivitu*.

Z hlediska průběhu odpovědělo 11,21 % respondentů, že se jedná o *péči u doktora* a 36,21 % uvedla, že se jedná o *péči od zdravotní sestry*, kdežto 7,76 % respondentů uvedlo, že se jedná o *péči od pečovatelky*. Ale vyskytla se také odpověď u 13,79 % respondentů, že se jedná i o *péči od zdravotní sestry i od pečovatelky*.

Otázka číslo 19 - Zajímá se personál o Vaše potřeby v rámci ošetrovatelské péče?

Tabulka 19: Uspokojení potřeb v rámci ošetrovatelské péče

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	49	42,24 %
Spíše ano	55	47,42 %
Nevím	1	0,86 %
Spíš ne	9	7,76 %
Ne	2	1,72 %
Celkem	116	100,00 %



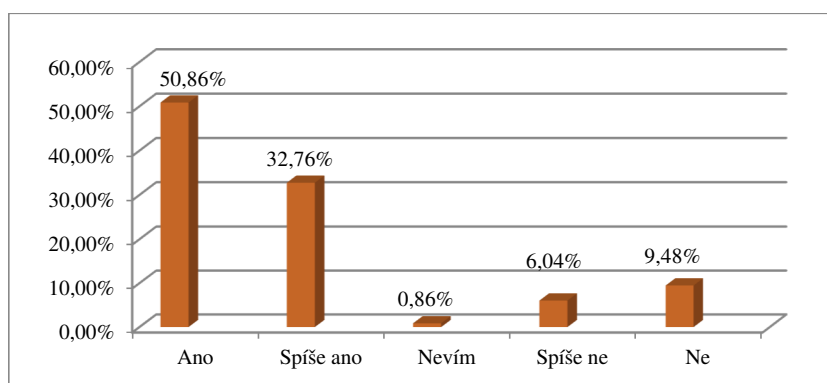
Graf 18: Uspokojení potřeb v rámci ošetrovatelské péče

Komentář: Výsledky ukazují, zdali se personál zajímá o potřeby respondentů. Méně jak polovina respondentů 42,24 % uvedlo, že *Ano* a 47,42 % respondentů uvedlo, že *Spíše ano*. U 0,86 % respondentů byla odpověď *Nevím*. Negativní odpověď *Spíše ne* uvedlo 7,76 % respondentů a 1,72 % uvedlo odpověď *Ne*.

Otázka číslo 20 - Jste spokojen/á s průběhem ošetrovatelské péče?

Tabulka 20: Spokojenost s průběhem ošetrovatelské péče

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	59	50,86 %
Spíše ano	38	32,76 %
Nevím	1	0,86 %
Spíš ne	7	6,04 %
Ne <i>Zapomínají na 2 večeři</i> <i>Nevyužívám</i> <i>Nedostatečná péče od Dr., není zájem</i> <i>Neptají se na léky</i>	11	9,48 %
Celkem	116	100,00 %



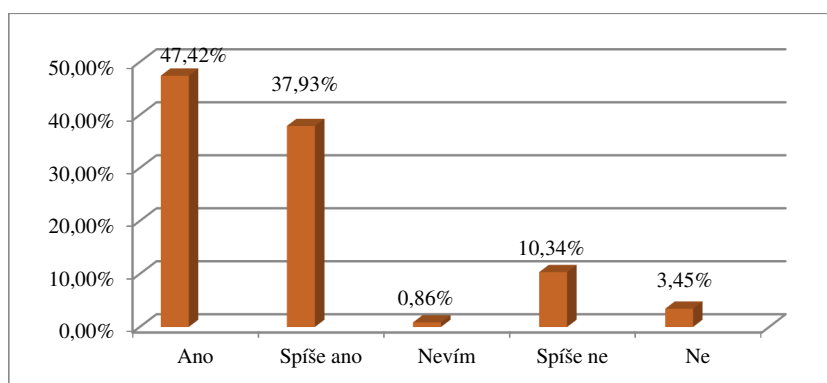
Graf 19: Spokojenost s průběhem ošetrovatelské péče

Komentář: Výsledky spokojenosti s průběhem uvedlo *Ano* celkem 50,86 % respondentů, *Spíše ano* 32,76 % respondentů. Odpověď *Nevím* uvedlo 0,86 % respondentů. Negativní odpovědi označilo 6,04 % respondentů, že *Spíše ne* a až 9,48 % respondentů že *Ne*. Odpověď *Ne* zvolili respondenti z důvodu, že *Zapomínají na druhé večeře pro diabetiky*, dále se objevili respondenti, kteří uvedli, že *nevyužívají péči*, dalším důvodem pro odpověď *ne* byla *nedostatečná péče od doktora a nebere ohledu na respondentovi léky, na které se neptají se*.

Otázka číslo 21 - Jste spokojen/á s péčí personálu?

Tabulka 21: Spokojenost s péčí personálu

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	55	47,42 %
Spíše ano	44	37,93 %
Nevím	1	0,86 %
Spíš ne	12	10,34 %
Ne <i>Neosobní, rozkazovačná</i> <i>Nedorozumění v komunikaci</i> <i>Vážný výraz, nekomunikativní</i> <i>Namyšlená (když to dělají za peníze)</i>	4	3,45 %
Celkem	116	100,00 %



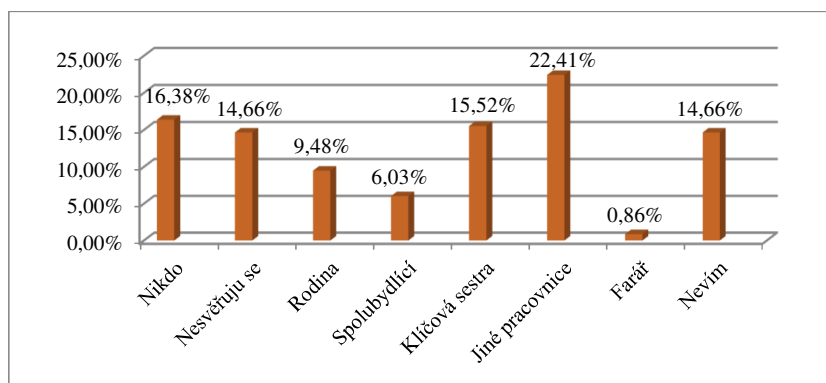
Graf 20: Spokojenost s péčí personálu

Komentář: Výsledky grafu ukazují, jak jsou respondenti spokojeni s péčí personálu. Odpověď *Ano*, uvedlo 47,42 % respondentů, odpověď *Spíše ano* uvedlo 37,93 % respondentů, odpověď *Nevím* uvedlo 0,86 % respondentů. Negativní odpovědi uvedlo 10,34 % respondentů, že *Spíše ne* a odpověď *Ne* uvedlo 3,45 %. V rámci odpovědi *Ne*, respondenti uvedli důvod, že je personál *neosobní, rozkazovačný, nekomunikativní, namyšlený a výskyt nedorozumění v komunikaci*.

Otázka číslo 22 - Co nebo kdo Vám pomáhá, když se po psychické stránce cítíte špatně? (doplňte)

Tabulka 22: Zajištění psychických potřeb

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nikdo	19	16,38 %
Nesvěřuju se	17	14,66 %
Rodina	11	9,48 %
Spolubydlící	7	6,03 %
Klíčová sestra	18	15,52 %
Jiné pracovníce	26	22,41 %
Farář	17	0,86 %
Nevím	1	14,66 %
Celkem	116	100,00 %



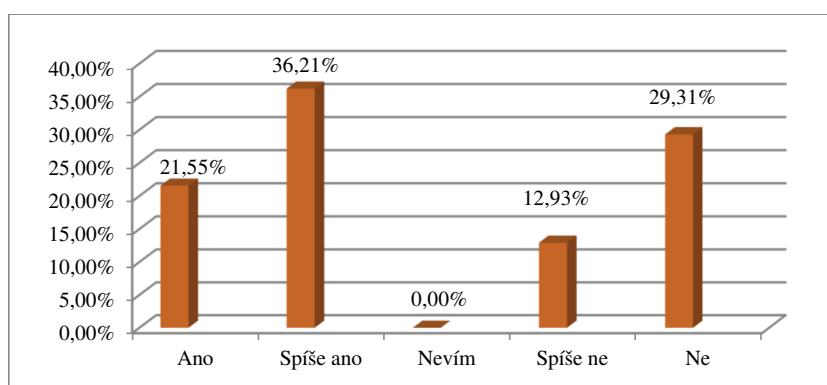
Graf 21: Zajištění psychických potřeb

Komentář: Z grafu vyplývá, že 16,38 % respondentů odpovědělo, že jim nepomáhá *Nikdo*. Až 14,66 % respondentů uvedlo, že se *Nesvěřují*. 9,48 % uvádí *Rodinu*, na koho se mohou obrátit. 6,03 % uvedlo *Spolubydlící*. Pracovníky v zařízení a to především *Klíčovou sestru* uvedlo 15,52 % respondentů, *Jiné pracovníce* uvedlo 22,41 % respondentů a *Faráře* uvedlo pouze 0,86 %. Mnozí respondenti 14,66 % odpověděli, že *Neví*.

Otázka číslo 23 - Míváte bolest?

Tabulka 23: Přítomnost bolesti

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	25	21,55 %
Spíše ano	42	36,21 %
Nevím	0	0,00 %
Spíš ne	15	12,93 %
Ne	34	29,31 %
Celkem	116	100,00 %



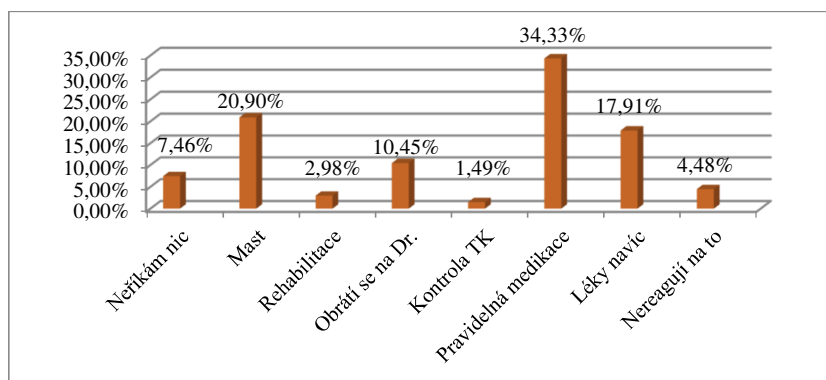
Graf 22: Přítomnost bolesti

Komentář: Výsledky ukazují, že 21,55 % respondentů má bolet, 36,21 % respondent odpovědělo, že *Spíše ano*. Odpověď *Nevím* neuvedl žádný z respondentů. Odpověď *Spíše ne* označilo 12,93 % respondentů a odpověď *Ne* uvedlo 29,31 % respondentů.

Otázka 24 - Jak personál reaguje na vaši bolest? (doplňte)

Tabulka 24: Reakce personálu na bolest

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neříkám nic	5	7,46 %
Mast	14	20,90 %
Rehabilitace	2	2,98 %
Obrátí se na Dr.	7	10,45 %
Kontrola TK	1	1,49 %
Pravidelná medikace	23	34,33 %
Léky navíc	12	17,91 %
Nereagují na to	3	4,48 %
Celkem	67	100,00 %



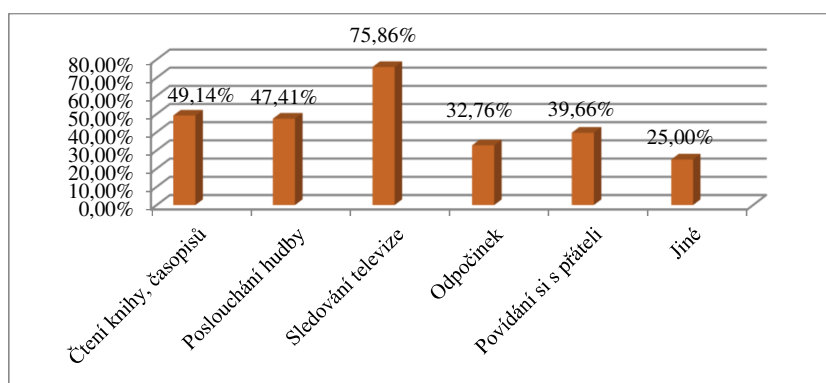
Graf 23: Reakce personálu na bolest

Komentář: V rámci otázky číslo 23 navazuje otázka číslo 24. Relativní četnost je vypočítána z celkového počtu uvedených odpovědí a to z 67. Jednalo se o volné odpovědi, které byly pro větší přehlednost roztrženy dle významu a uspořádány do kategorií. Menší část respondentů 7,46 % se svěřila, že *Neříká nic*. 20,90 % respondentů odpovědělo, že personál aplikuje *Mast*. 2,98 % respondentů zahrnuje *Rehabilitaci* jako úlevu od bolesti. 10,45 % respondentů uvedlo, že oznámí pracovníkům o bolesti, ti se *obráte na lékaře*. 1,49% respondentů uvedlo, že při bolestech zdravotní sestra *změří krevní tlak*. Nejčastější odpovědí respondentů 34,33 % byla, že berou *pravidelnou medikaci*, která zahrnuje i léky od bolesti. Naopak 17,91 % respondentů uvedlo, že dostává *léky navíc* při bolestech. Dokonce 4,48 % respondentů uvedlo, že personál *nereaguje na potíže* respondentů.

Otázka číslo 25 - Jak trávíte svůj volný čas? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

Tabulka 25: Využití volného času

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Čtení knihy, časopisů	57	49,14 %
Poslouchání hudby	55	47,41 %
Sledování televize	88	75,86 %
Odpočinek	38	32,76 %
Povídání si s přáteli	46	39,66 %
Jiné (doplňte) <i>Uklízení, prach</i> <i>Cvičení</i> <i>Pletení</i> <i>Programy</i> <i>Zahrada</i> <i>Návštěvy</i> <i>Počítač</i>	29	25,00 %
Celkem	313	---



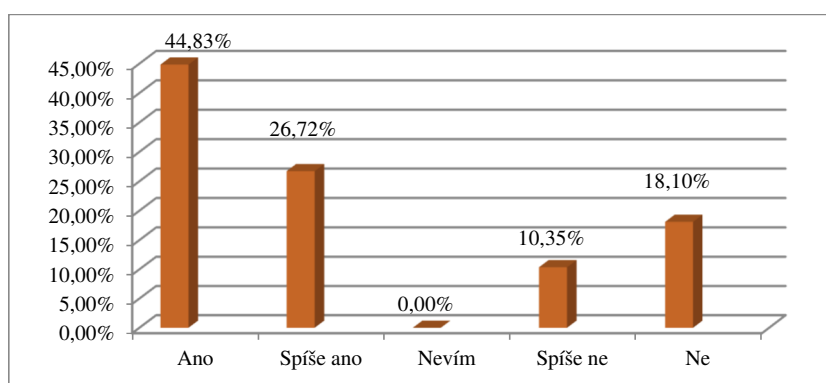
Graf 24: Využití volného času

Komentář: U této položky respondenti měli možnost označit více odpovědí. U jednotlivých výroků je vypočítána relativní četnost z celkového počtu respondentů, a proto není uvedena celková relativní četnost. Nejvíce 75,86% respondentů sleduje televizi, dále se zabývají aktivitami jako je Čtení knihy, časopisů uvedlo 49,14 % respondentů, poslouchání hudby 47,41 % respondentů, odpočinkem 32,76 % respondentů a povídáním si s přáteli uvedlo 39,66 % respondentů. Odpověď Jiné označilo rovných 25,00 % a uvedli činnosti jako úklid, cvičení, pletení, programy, zahrada, návštěvy a počítač.

Otázka číslo 26 - Zapojujete se do aktivit pořádaných v zařízení?

Tabulka 26: Účast na aktivitách v zařízení

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	52	44,83 %
Spíše ano	31	26,72 %
Nevím	0	0,00 %
Spíš ne	12	10,35%
Ne	21	18,10 %
<i>Ležící</i>		
<i>Epileptické záchvaty</i>		
<i>Neslyšící, nevidomá</i>		
<i>Nebaví mě to</i>		
<i>Jsem nespolečenský/á</i>		
<i>Kvůli omezenému pohybu</i>		
Celkem	116	100,00 %



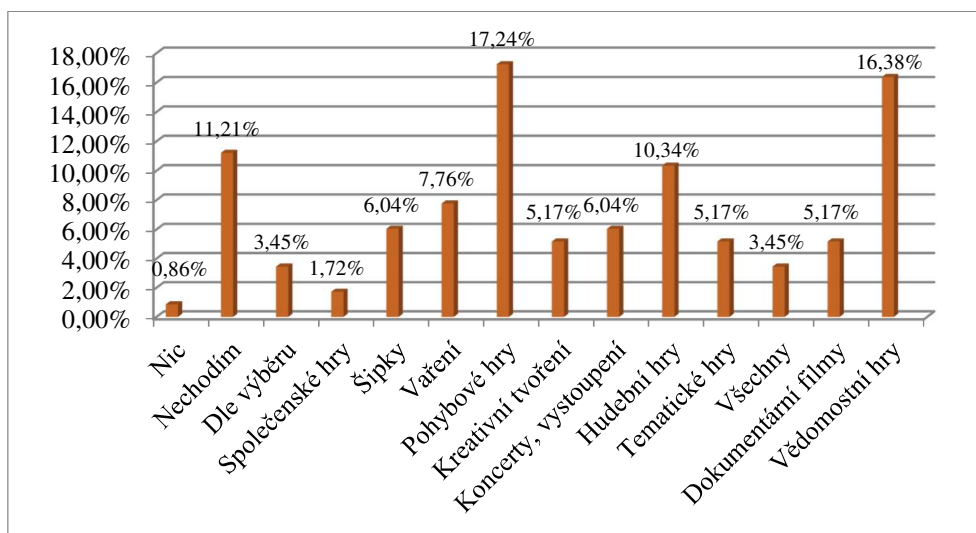
Graf 25: Účast na aktivitách v zařízení

Komentář: Výsledky ukazují, kolik respondentů se zapojuje do aktivit pořádané v zařízení. 44,83 % uvedlo *Ano*, zapojují se. 26,72 % uvedlo *Spíše ano*. Odpověď *Nevím* neuvedl žádný respondent. Zato *Spíše ne*, neúčastní se často, uvedlo 10,35 % respondentů a *Ne*, neúčastní se, uvedlo 18,10%. Důvodem proč se neúčastní, je to, že jsou *ležící, mají epileptické záchvaty, neslyšící, nevidomí, nebaví je to, je nespolečenský/á, jsou omezeni pohybem*.

Otázka číslo 27 - Jaké aktivity máte nejraději? (doplňte)

Tabulka 27: Oblíbená aktivita

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nic	1	0,86 %
Nechodím	13	11,21 %
Dle výběru	4	3,45 %
Společenské hry	2	1,72 %
Šipky	7	6,04 %
Vaření	9	7,76 %
Pohybové hry	20	17,24 %
Kreativní tvoření	6	5,17 %
Koncerty, vystoupení	7	6,04 %
Hudební hry	12	10,34 %
Tematické hry	6	5,17 %
Všechny	4	3,45 %
Dokumentární filmy	6	5,17 %
Vědomostní hry	19	16,38 %
Celkem	116	100,00 %



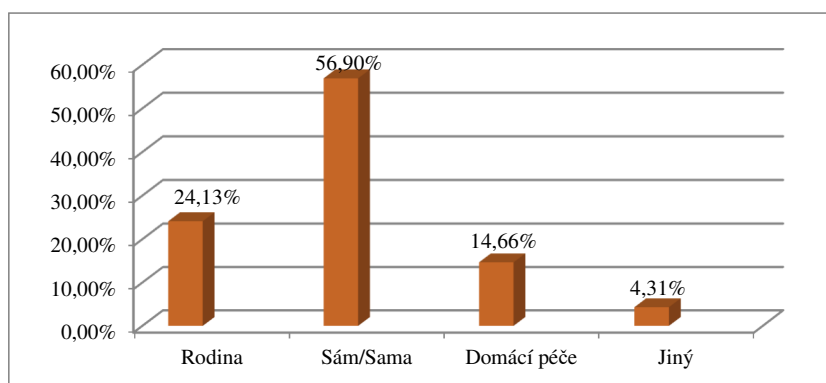
Graf 26: Oblíbená aktivita

Komentář: Graf, který znázorňuje aktivity, které respondenti mají nejraději. Jednalo se o volné odpovědi, které byly pro větší přehlednost roztríděny dle významu a uspořádány do kategorií. V popředí jsou *pohybové hry* 17,24 % a *vědomostní hry* 16,38%. Nejméně častá odpověď je *nic* 0,86% a *společenské hry* 1,72 %.

Otázka číslo 28 - Kdo Vám poskytoval péči, před pobytem v zařízení sociální péče?

Tabulka 28: Péče před nástupem do zařízení

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rodina	28	24,13 %
Sám/Sama	66	56,90 %
Domácí péče	17	14,66 %
Jiný (doplňte) <i>Nemocnice</i> <i>Sousedí</i> <i>Jiné zařízení</i>	5	4,31 %
Celkem	116	100,00 %



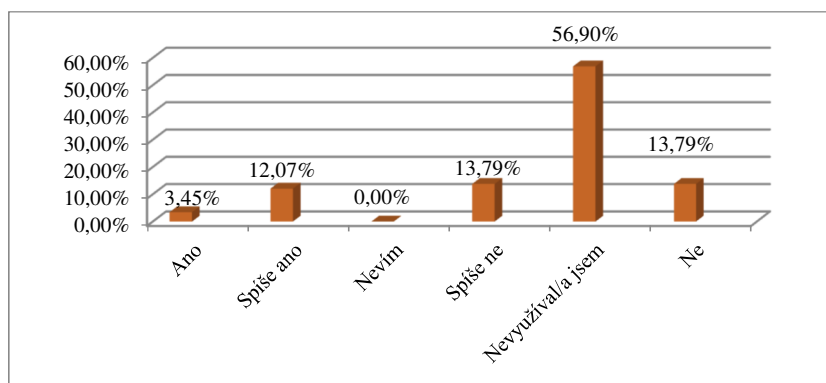
Graf 27: Péče před nástupem do zařízení

Komentář: Výsledky znázorňují, kdo pečoval o respondenta, než nastoupil do zařízení. Odpověď *Sám/Sama*, uvedlo nejvíce respondentů 56,90 %, odpověď *Rodina* uvedlo 24,13 % respondentů, zatímco *Domácí péči* uvedlo 14,66 % a odpověď *Jiné* označilo 4,31 %. Ta zahrnuje nástup z *nemocnice* do zařízení, péče od *sousedů* a péče v *jiném zařízení*.

Otázka číslo 29 - Byla pro Vás ošetrovatelská péče dostačující?

Tabulka 29: Dostatečnost péče

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	4	3,45 %
Spíše ano	14	12,07 %
Nevím	0	0,00 %
Spíš ne	16	13,79 %
Nevyužíval/a jsem	66	56,90 %
Ne (doplňte důvod) <i>Krátká doba péče</i> <i>Finančně náročná a neúplná</i> <i>Opatrovník onemocněl, zemřel</i> <i>Nedostačující</i> <i>Nevyhovující personál</i> <i>Rekonstrukce nebyla možná</i> <i>Péče se zrušila</i> <i>Dlouhá vzdálenost</i>	16	13,79 %
Celkem	116	100,00 %



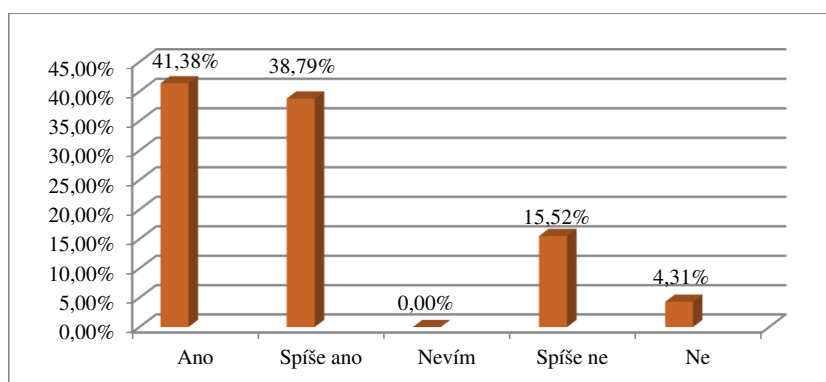
Graf 28: Dostatečnost péče

Komentář: Výsledky ukazují, zdali byla pro respondenty ošetrovatelská péče před nástupem do zařízení dostačující. 3,45 % označilo odpověď *Ano* a 12,07 % označilo odpověď *Spíše ano*. Žádný z respondentů neoznačil odpověď *Nevím*. Nicméně odpověď *Spíše ne* označilo 13,79 % a odpověď *Ne* označilo také 13,79 % respondentů. Důvody respondenti uvedli *krátká doba péče*, *finančně náročná a nedostačující*, *opatrovník onemocněl, zemřel*, *nedostačující*, *nevyhovující personál*, *rekonstrukce bytu nebyla možná*, *péče se zrušila*, *dlouhá vzdálenost dojíždění*. Odpověď *Nevyužíval/a jsem*, označili ti respondenti, kteří se starali sami o sebe, což je 56,90 %.

Otázka číslo 30 - Vyhovovala Vám péče od praktického lékaře?

Tabulka 30: Péče od praktického lékaře

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	48	41,38 %
Spíše ano	45	38,79 %
Nevím	0	0,00 %
Spíš ne	18	15,52 %
Ne (doplňte důvod) <i>Nedojížděla</i> <i>Nepředepisovala (léky,</i> <i>pomůcky)</i> <i>Sama jsem Dr.</i>	5	4,31 %
Celkem	116	100,00 %



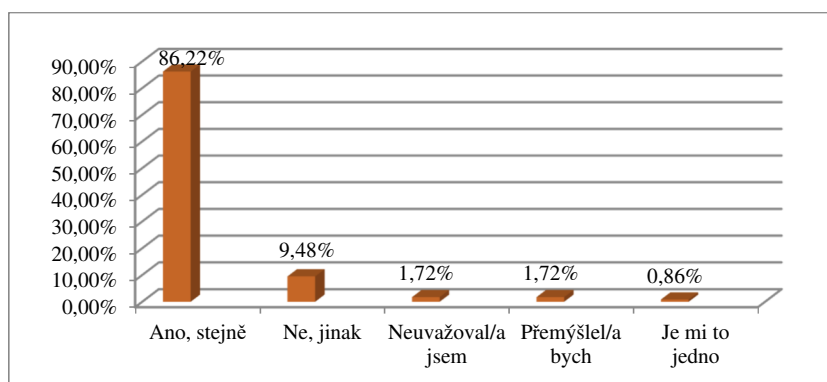
Graf 29: Péče od praktického lékaře

Komentář: Grafy znázorňují výsledky, zdali byli respondenti spokojeni s péčí od praktického lékaře. 41,38 % respondentů uvedlo *Ano* a 38,79 % respondentů uvedlo *Spíše ano*. Odpověď *Nevím* neuvedl žádný respondent. Naopak 15,52 % respondenti uvedli, že *Spíše nebyli* spokojeni a 4,31 % respondentů uvedli, že *Ne*, nebyli spokojeni. Jako důvod, proč nebyli spokojeni, uvedli, že *lékař nedojížděl do domácnosti, nepředepisoval léky, hygienické pomůcky a poslední důvod byl, že respondent byl sám/sama povoláním lékař.*

Otázka číslo 31 - Kdybyste se měl/a znovu rozhodnout o nástupu do tohoto zařízení, jak byste volil/a a proč? (doplňte)

Tabulka 31: Možnost se znovu rozhodnout o nástupu do zařízení

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, stejně	100	86,22 %
Ne, jinak	11	9,48 %
Neuvažoval/a jsem	2	1,72 %
Přemýšlel/a bych	2	1,72 %
Je mi to jedno	1	0,86 %
Celkem	116	100,00 %



Graf 30: Možnost se znovu rozhodnout o nástupu do zařízení

Komentář: Respondenti měli možnost sdělit touto odpovědí, zdali by volili stejně, nebo jinak o výběru a pobytu v zařízení. Celkem 86,22 % respondentů uvedlo, že *ano stejně*, pouze 9,48 % respondentů uvedlo, že by se *rozhodli jinak*. Nicméně 1,72 % respondentů nad touto možností *neuvažoval/ a*, taktéž 1,72 % respondentů by o tom *přemýšlel/a*. K tomu 0,86 % zvolilo odpověď, že *je mi to jedno*. V následující tabulce jsou uvedeny důvody, které respondenti uvedli.

Tabulka 32: Důvod rozhodnutí

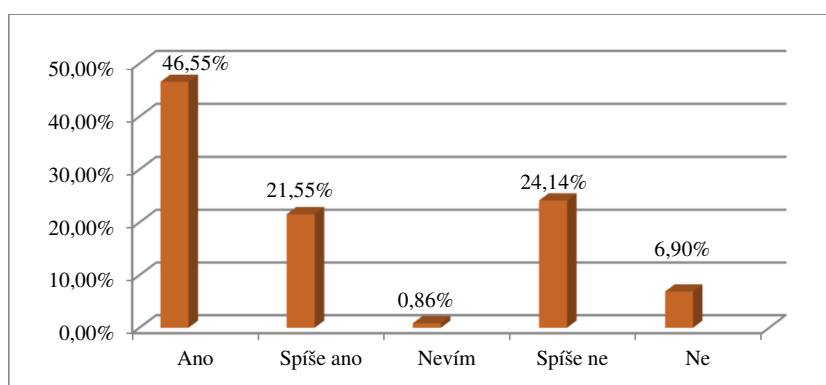
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, stejně, abych nezatěžovala rodinu	7	6,04 %
ano, stejně, byla to moje volba	16	13,79 %
ano, stejně, je to blízko	2	1,72 %
ano, stejně, je to méně finančně náročné	1	0,86 %
ano, stejně, je to tu lepší	7	6,04 %
ano, stejně, je tu zajištěná péče	4	3,45 %
ano, stejně, jsem místní	3	2,58 %
ano, stejně, jsem spokojená	16	13,79 %
ano, stejně, kdyby nebyla jiná možnost	4	3,45 %
ano, stejně, kdybych nechodila	2	1,72 %
ano, stejně, kvůli manželovi/manželce	2	1,72 %
ano, stejně, kvůli nesoběstačnosti	7	6,04 %
ano, stejně, líbí se mi tu	9	7,78 %
ano, stejně, musela bych	15	12,95 %
ano, stejně, nechci být sama	4	3,45 %
ano, stejně, nemusím vařit, nakupovat	1	0,86 %
je mi to jedno	1	0,86 %
jinak, je tu málo aktivního využití v okolí	1	0,86 %
jinak, radši bych byl doma	2	1,72 %
ne, jinak, do jiného zařízení	1	0,86 %
ne, jinak, jsem daleko	1	0,86 %
ne, jinak, jsem tu už dlouho	1	0,86 %
ne, jinak, kdyby se naskytlo lepší zařízení	2	1,72 %
ne, jinak, kdyby žil muž	2	1,72 %
ne, jinak, nemám si s kým povykládat	1	0,86 %
neuvažovala jsem	2	1,72 %
přemýšlela bych	2	1,72 %
Celkem	116	100,00 %

Komentář: Tabulka znázorňuje odpovědi od všech respondentů. Tabulka doplňuje předchozí otázku. Relativní četnost je vypočítána z celkového počtu respondentů. Respondenti uvádějí, proč by volili možnost nástupu do zařízení stejně a uvedeno počtem uvedených odpovědí. 100 respondentů uvedlo, ano volil/a bych stejně a důvod. V tabulce jsou také uvedeny odpovědi negativní, celkem 11 respondentů odpovědělo, proč by nevolili stejně, a uvedly důvod, proč by volili jinak. Tabulka zahrnuje také odpovědi neutrální, kdy z celkového počtu odpovědělo 5 respondentů.

Otázka číslo 32 - Změnilo se u Vás v životě něco po nástupu do zařízení?

Tabulka 33: Změna po nástupu do zařízení

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano (doplňte co)	54	46,55 %
Spíše ano (doplňte co)	25	21,55 %
Nevím	1	0,86 %
Spíše ne	28	24,14 %
Ne	8	6,90 %
Celkem	116	100,00 %



Graf 31: Změna po nástupu do zařízení

Komentář: Graf znázorňuje výsledky, zdali se u respondentů něco po nástupu změnilo, pokud odpověděli *ano* a *spíše ano*, uvedli i důvody, které jsou vypsány v následující tabulce. 46,55 % respondentů uvedlo *Ano, změnilo* a 21,55 % respondentů uvedlo *Spíše ano*. Odpověď *Nevím* uvedlo 0,86 % respondentů. U 24,14 % respondentů uvedlo, že se *Spíše nezměnilo* a 6,90 % respondentů uvedli, že se *Ne, nezměnilo*.

Tabulka 34: Změny

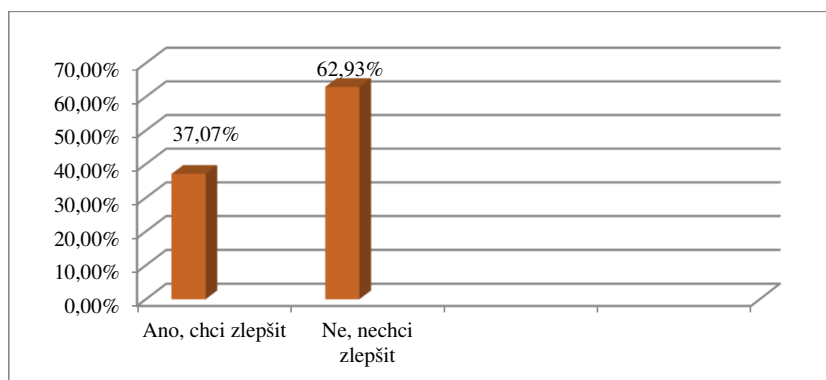
Změna u respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Není tu rodina	3	3,90 %
Jsem bez starostí	6	7,79 %
Bezpečí	7	9,09 %
Jistota	1	1,30 %
Lepší stav	3	3,90 %
Nachystané jídlo	4	5,19 %
Neaktivní	8	10,40 %
Odvážnější	1	1,30 %
Pohodlí	6	7,79 %
Prostředí	4	5,19 %
Režim	6	7,79%
Spokojenější	4	5,19 %
Zajištěná péče	6	7,79 %
Zhoršený stav	12	15,59 %
Společnost	6	7,79 %
Celkem	77	100,00 %

Komentář: Tabulka znázorňuje odpovědi od všech respondentů, kteří uvedli v předchozí otázce odpověď *Ano*, *Spíše ano*. Relativní četnost je vypočítána z celkového počtu odpovědí, celkem se 77 respondenty. Tabulka doplňuje předchozí otázku. Respondenti uvádějí, co se změnilo po nástupu do zařízení.

Otázka číslo 33 - Přál/a byste si něco zlepšit?

Tabulka 35: Přání něco zlepšit

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, chci zlepšit	43	37,07 %
Ne, nechci zlepšit	73	62,93 %
Celkem	116	100,00 %



Graf 32: Přání něco zlepšit

Komentář: V předposlední otázce respondenti uváděli, jestli by si přáli něco změnit. Ve výsledku převažuje odpověď *Ne, nechci zlepšit*, kterou uvedlo 62,93 % respondentů, zatímco 37,07 % respondentů uvedlo *Ano, chci zlepšit*. V tabulce jsou uvedeny návrhy respondentů, co by si přáli změnit.

Tabulka 36: Návrhy ke zlepšení

Ano, chci zlepšit	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Chování personálu	6	13,96 %
Informace od vedení	4	9,29 %
Kamarádku	1	2,33 %
Klid	4	9,29 %
Návštěvu domova	2	4,65 %
Ovzduší budovy v létě	1	2,33 %
Stravu	12	27,91 %
Více pečovatelek	1	2,33 %
Více programů	5	11,62 %
Vrátit čas	1	2,33 %
Zdraví	6	13,96 %
Celkem	43	100,00 %

Otázka číslo 34 - Pokud máte zájem, prosím doplňte další informace, názory nebo hodnocení k dotazníku.

Tabulka 37: Vyjádření se k dotazníku

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
-	102	87,93 %
Odpověď	14	12,07 %
Celkem	116	100,00 %

Komentář: Poslední otázka byla dobrovolná a bylo na respondentech, jestli se chtějí vyjádřit. Celkem se vyjádřilo 12,07 % respondentů a otázku nevyplnilo 87,93 % respondentů.

Poznámky od respondentů:

- *Dlouhá čekací doba.*
- *Dochází za mnou fyzioterapeutka, kterou si platím.*
- *Málo personálu.*
- *Jsou tu pečovatelky, co by tu neměli co dělat, nemají vztah k lidem.*
- *Požadavky na jídlo.*
- *Pravidelná péče nevede k hospitalizaci.*
- *Platím za jídlo, které mi nechutná.*
- *Pořádané oslavy narozenin.*
- *Jako doma, čisto.*
- *Více rehabilitace.*
- *Hodnocení dotazníků- dobrý, dalo se to, zajímavé.*

6 DISKUZE

V této kapitole se věnujeme výsledkům výzkumného šetření. Na začátku tvorby bakalářské práce byly sestaveny tři hlavní výzkumné cíle, které celou práci provází a propojují. Hlavní podstatou dotazníkového šetření a zpracování bakalářské práce je, aby mohly být cíle považovány za splněné. Respondenti jsou klienti pobývajících v zařízení sociální péče déle než jeden rok a mají zachovalé kognitivní funkce, ale také jsou ochotni spolupracovat a být součástí anonymního dotazníkového šetření.

Prvním hlavním cílem bylo **zjistit, jak probíhá ošetrovatelská péče v zařízení sociální péče** a to pohledem klientů užívajících pobytové zařízení, dále zjistit jejich pohled na ošetrovatelskou péči a znalost vůbec co je ošetrovatelská péče, co si pod tím představují a jaký je jejich názor na poskytovanou péči, se kterou se pojí i druhý cíl, tedy dotaz na spokojenost s péčí z pohledu klientů. Důležitým zjištěním bylo, že respondenti potřebují péči. Na to nám odpověděla otázka číslo 8 ve znění: *Dokážete se o sebe postarat sám/sama?* Odpověď *ano* označilo 18,97 % respondentů a odpověď *spíše ano*, označilo 36,21 % respondentů. Můžeme tedy předpokládat, že tito respondenti se s poskytovanou péčí se mohou setkat méně často, než respondenti, kteří označili odpověď *spíše ne* s počtem 35,34 % nebo odpověď *ne*, kterou označilo 9,48 % respondentů. Je tedy na značné, že respondentů, kteří se o sebe dokážou postarat sami je více, avšak i jejich názor na poskytovanou péči je důležitým poznatkem, ba dokonce velmi přínosným. Každopádně navazující otázka se dotazuje, v čem klienti potřebují pomoc. Nejvíce je zastoupena pomoc s pohybem, dále hygiena každý den nebo celková ošetrovatelská péče. K vyhodnocení cíle byla důležitá související otázka číslo 15: *Co si představíte pod pojmem ošetrovatelská péče?* Nejvíce respondentů, celkem 25,86 % uvedlo, že se jedná o péči od zdravotní sestry, což je krásná vítězná příčka, nicméně s velmi malým počtem a to pouze přes jednu čtvrtinu. Druhá nejčastější odpověď byla obojí, čili péče od zdravotních sester i pečovatelek, kterou uvedlo 21,55 % respondentů a třetí příčku uvedlo celkem 18,10 % respondentů s odpovědí, že je to péče od pečovatelky, to už není zcela úsměvné. Hlavní první cíl je zhodnocen jako splněn, i když výsledky nejsou zcela uspokojivé, protože respondenti netuší, co ošetrovatelská péče zahrnuje. Cíl označuji za splněný, protože bylo zjištěno, jaký mají pohled klienti pobytového zařízení na poskytovanou péči a jak dle klientů poskytovaná péče probíhá.

Druhým hlavní cílem tedy bylo **zjistit, jaká je spokojenost klientů s poskytovanou péčí v zařízení**. Pomohla nám k tomu otázka číslo 16: *Je u Vás ošetrovatelská péče v tomto zařízení zajištěna?* Odpověď *Ano* uvedlo celkem 43,10 % respondentů, *spíše ano* 47,42 % respondentů, tím jsou výsledky velmi pozitivní a pomáhají nám splnit další cíl. Odpověď *spíše ne* označilo pouze 0,86 % respondentů a *ne* 8,62 % respondentů. Každopádně převažují kladné odpovědi a péče je u většiny respondentů zajištěna. Otázky číslo 20 a 21 pak doplňují cíl tím, že se tážou na spokojenost s průběhem ošetrovatelské péče a s péčí personálu. Druhý cíl byl splněn. Bylo zjištěno, že většina respondentů je spokojená. Menší část respondentů označují důvod nespokojenosti, například kvůli tomu, že *chtějí jít domů*, že mají *nedostatečnou péči od lékaře* nebo že jsou *nespokojení se zařizováním medikace*. V rámci spokojenosti péče od personálu označili nelékařské zdravotnické pracovníky za *neosobní, rozkazovačné, vážné a nekomunikativní*.

Třetím cílem bylo zjištění, **zdali a jak se klientův život změnil**. Kdyby měl možnost, zdali by změnil názor na nástup do zařízení, nebo co by si přál změnit a to jestli je pobytové zařízení efektivní, účelné a využívané, vyplývá z dotazovaných otázek. K tomuto cíli nám pomohly otázky číslo 28: *Kdo vám poskytoval péči před pobytem v zařízení sociální péče?* Také navazující otázka číslo 29, zjišťující, zdali byla péče dostačující. Výsledky nám poskytly odpověď. Odpověď *ano* označilo pouze 3,45 % a odpověď *spíše ano* jen 12,07 %. Zatímco odpověď *spíše ne* označilo 13,79 % a se stejným procentem i odpověď *ne*. Z čehož vyplývá, že péče pro respondenty nebyla vyhovující. To označuje zásadní změnu v průběhu. Předtím péče nebyla dostačující a nyní po umístění do zařízení dostačující je. Doplňující otázky k cíli pak byly s číslem 31, kdy otázka uváděla respondentům možnost znovu se rozhodnout o nástupu do zařízení, dále otázka číslo 32, která se dotazovala, jestli se u respondentů něco změnilo po nástupu do zařízení. Předposlední otázka směřuje k tomu, pokud by si klient přál něco změnit a co by to bylo. Třetí hlavní cíl můžeme označit za splněný, neboť se zjistilo, že se změnila péče, která pro mnohé byla nedostačující a to nám potvrzuje i to, že by většina, tedy 86,22 % respondentů, neměnila svá rozhodnutí o nástupu do zařízení. *Ano*, změna se vyskytla, uvedlo ji 46,55 % respondentů, taktéž odpověď *spíše ano* označilo 21,55 % respondentů.

Bakalářských prací na podobné téma bylo sice zpracováno hodně, ale většinou se cíle neshodovaly s našimi, takže výsledky nebylo možné porovnat. Tyto práce ale sloužily pouze k orientaci v této problematice.

Jako příklad uvádíme práci Štěpánky Markové z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Kvalita ošetrovatelské péče v domově pro seniory z pohledu klienta, nebo bakalářská práce Zdeňky Zborníkové z Vysoké školy polytechnické v Jihlavě s názvem Práce všeobecné sestry v domově pro seniory.

Pro srovnání této práce byla použita bakalářská práce na téma Spokojenost seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb zpracovaná v roce 2015 autorkou Barborou Mahdalovou. Cílem její práce bylo zmapovat spokojenost seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb. Výzkum zrealizovala metodou rozhovoru. Srovnání výsledků spokojenosti klient v zařízeních jsou shodné. I v její práci ze shrnutí výzkumu vyplývá, že klienti jsou spokojeni jak s péčí personálu, tak i s poskytovanými službami. Odpovědi se při návrhu na zlepšení se s touto prací rozcházejí, ve výzkumu této práce klienti volili zlepšit spíše programy a jídlo, zatímco v práci Barbory Mahdalové klienti uvádějí návrhy ke zlepšení masérských služeb a častější setkání (Mahdalová, 2015, s. 10).

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jestliže si položíme otázku, zdali je zařízení sociální péče efektivní a účelné, naším výzkumným šetřením dáváme na vědomí, že ano. Většina klientů je spokojena a uvádí změnu k lepšímu a to především na základě nedostatečné péče před pobytem do pobytového zařízení. Jedna poznámka od respondentů zněla: *Když jsem v pobytovém zařízení, jsem méně často hospitalizovaná, když jsem byla doma, byla jsem často hospitalizovaná z důvodu nevolnosti, pádů a zlomenin.*

Co je ovšem pro nás alarmující, je zjištění, že respondenti zcela nedokážou odlišit zdravotnický tým od pečovatelského týmu. Nazývat všechny pracovníky „sestřičko“ je nesprávné vůči danému povolání všeobecné sestry. Na veřejnost vyplývá i nedorozumění oslovení všeobecné sestry. Klienti v zařízení, považují i všeobecnou sestru i praktickou sestru pod jedním pojmenováním a to zdravotní sestru. Tento termín není dle legislativy platný, poukazuje pouze na pojmenování povolání ve zdravotnictví. Jako jediným způsobem, jak tuhle domněnku napravit, je stanovit v zařízení daná opatření. Příkladem je odlišné oblečení, jmenovky nebo představení se klientům i s danou pracovní pozicí.

Návrh ujasnění odlišností všeobecné sestry a dalších členů v multidisciplinárním týmu. Ve kterém společně spolupracují všeobecné sestry, pečovatelky, ošetřovatelky, aktivizační pracovníci/pracovnice, rehabilitační sestry, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, sociální pracovnice.

- Odlišit barvy oblečení a seznámit klienty s tím, jaké barvy oblečení má všeobecná sestra a jaké barvy oblečení má pečovatelka a ostatní pracovníci.
- V souladu s GDPR znázornit tabuli pracovníků s fotkami a popisky jak se pracovní pozice liší od jiných.
- Při přijetí klienta a seznámení se s klientem se představit a definovat, na jaké pracovní pozici pracovník je.
- Jakmile jsou klienti nevidomí, komunikovat s klienty a při příchodu do pokoje vždy zdůraznit, kdo přichází a co bude provádět.

Je nutné, aby bylo všem klientům jasné zařazení pracovníků pobytového zařízení. K tomu je nezbytné jejich odlišení. Je důležité znát kompetence všeobecné sestry (P10). Všeobecná sestra má kompetence dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., nicméně novelizací vyhlášky určuje vyhláška č. 391/2017 Sb. a doplňuje kompetence všeobecné sestry a uvádí rozlišení mezi všeobecnou sestrou a praktickou sestrou.

Zde jsou vybrány činnosti, ve kterých je všeobecná sestra kompetentní a vykonává je v zařízení sociální péče. Jedná se o:

- vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti, projevů onemocnění a rizikových faktorů za použití měřicích technik;
- sledování a orientační vyhodnocení fyziologických funkcí;
- pozorování, hodnocení a zaznamenávání fyzického a psychického stavu klienta;
- spolupráce s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, logopedem, zejména rehabilitační ošetřování;
- edukování klienta a rodiny, poskytování informačních materiálů;
- hodnocení sociální situace jedince, identifikování potřeby spolupráce se sociálním pracovníkem;
- poskytování psychické podpory umírajícím a jeho blízkým osobám;
- doporučení vhodných kompenzačních zdravotnických prostředků pro zajištění pohybu a soběstačnosti;
- poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče (ČESKO, 2011b).

V rámci pobytu v pobytovém zařízení, je důležité klienty aktivizovat. To především s ohledem na jejich zájmy a aktivity, které rádi provádějí. Ideální je, pokud by u klienta byla zpracovaná ve spolupráci s rodinou biografická anamnéza (dětství, mládí, dospělost a stáří). Vzhledem k rozsáhlosti této problematiky se o této aktivitě zmiňujeme jen okrajově, protože autobiografie by si zasloužila samostatnou práci. Na základě teoretických východisek uvádíme návrh aktivizačního plánu.

Aktivita by měla být přiměřená věku a dobrovolná. Mělo by se přihlížet k aktuálnímu stavu klienta a zhodnotit individuální potřeby. Klienti by neměli být nuceni. Nejlépe je, řídit se přáním klienta, co rád dělá, co může a co umí. Rozhodně se nesmí ignorovat klientovy fyzické schopnosti a dovednosti. Aktivita by měla být vyvážená, užitečná a radostná. Role sestry spočívá v provázení klientů v činnostech, komunikací s klienty, řešení případných komplikací a navození přátelské nálady a pozitivního myšlení. Cílem aktivizace je procvičování motorických a psychických schopností, efektivní sociální začlenění a odreagování se od potíží, nebo onemocnění. V poslední kapitole jsou zmíněny aktivity poskytované v pobytovém zařízení. V následujícím archu je návrh na aktivizaci klientů v zařízení sociální péče.

AKTIVIZAČNÍ PLÁN	
Název	Zrcadlení
Typ	Pohybový
Cíl	Spolupráce klientů mezi sebou a pohybová aktivita
Prostředí realizace	Prostorná místnost, tělocvična,
Délka trvání	Jedna ukázka 2-3 minut, celkový čas aktivity 45-60 minut
Počet účastníků	Skupinka 8-10 klientů
Věk účastníků	Neomezený, kdokoli, jelikož zdravotní stav to dovoluje
Pomůcky	Připravené papíry s nakreslenými obličejí v emocích. Napsané názvy zvířat, sportů a dalších činností.
Postup	V první řadě se klienti rozdělí do dvojic, nebo se skupinka rozpočítá první, druhý. Jedna půlka klientů si stoupne na jednu stranu a druhá půlka klientů si s rozstupem dvou kroků stoupnou do druhé řady naproti první řadě. Vytvoří tak dvojice stojící za sebou. Jedinci v první řadě ukazují a provádějí pohyby tělem, nohama, rukama, které jim vedoucí ukazuje na papíře, na druhých klientech je pak aby předváděli úplně shodné pohyby dvojčky a hádali, co klient předvádí. Klienti ve druhé řadě se snaží co nejlépe naplomit toho prvního, který předvádí. Po několika ukázkách se role klientů vymění. Hra se může rozvíjet v několika úrovních, ukázka tělem, ukázky obličejů a emoce. Aktivita je veselá a nenáročná. Po skončení, klienti diskutují, co bylo pro ně nejtěžší, nebo naopak jaká role pro ně byla snadnější.

(Upraveno autorkou dle Štilec, 2004, s. 42)

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelství, se zabývá podporou, udržením a i navrácením zdraví. V rámci ošetrovatelství, se zahrnuje uspokojení potřeb biologických, psychických a sociálních, nejen nemocného, ale i zdravého člověka. Ošetrovatelská péče je systém, jak ošetrovatelství aplikovat do praxe. Práce je zaměřena na gerontologii, charakterizuje stárnoucí populaci, její věk a biologický proces stárnutí. S ním souvisí změny způsobené stářím, ale i kvalita života ve stáří. Postupem času se stárnoucí osoba začne zajímat o zařízení sociální péče, kde za stanovených standardů by měla probíhat sjednocená kvalitní péče a to z hlediska jak sociální, tak zdravotní i ošetrovatelské péče. Je mnoho druhů služeb, avšak ne každý zná její jednotlivé druhy a formy péče. Toto vymezení je uvedeno v druhé kapitole a popisuje rozdělení pobytových zařízení. Multidisciplinární tým je složen z členů, kteří mají způsobilost dle daného zákona k výkonu povolání. Multidisciplinární tým je důležitou součástí týmu, který vykonává odbornou a kvalitní sociální a zdravotní péči. V pobytovém zařízení je velmi podstatná ošetrovatelská péče o seniory. Každý má své potřeby a během našeho života se mohou hodnoty potřeb měnit, je to nevyhnutelně i u seniorů. Na základě stanovení potřeb je důležité pro ošetřující osobu znát její funkční stav, soběstačnost, kognitivní funkce a stav výživy a hydratace, informace se získávají pomocí posouzení seniora škálou, testem. Poslední část uvádí specifika přístupu k seniorům.

Na teoretickou část navazuje praktická část, která je tvořena z výzkumného dotazníkového šetření. Cílem výzkumu bylo zjistit a splnit tři hlavní cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak probíhá ošetrovatelská péče v zařízení sociální péče. To bylo zjištěno otázkami tázajícími se, co je to pojem ošetrovatelská péče, co si pod tím respondenti představují a jak probíhá. Výsledky vyšly minimálně odlišně a cíl byl splněn. Výsledná data poukazují na to, že nejvíce respondentů uvedlo péči od zdravotní sestry, nicméně jen o 4,31 % více, než když respondenti uvedli, že se jedná o péči od pečovatelky.

Druhý cíl byl zaměřen na spokojenost klientů v pobytovém zařízení. Cíl byl splněn, zjistilo se, že více respondentů je spokojených, méně respondentů uvedlo své osobní důvody a zkušenosti, proč jsou nespokojení.

Třetím cílem bylo zjištěno, zdali a co se změnilo po nástupu do zařízení. Také zde můžeme třetí cíl považovat za splněný. Otázka číslo 29, zdali byla péče před nástupem do zařízení dostačující, nám hned napověděla.

Více respondentů uvedlo, že nebyla a spíše nebyla, než byla uspokojující. Taková změna bude během roku viditelná, když péče v zařízení je dostačující. U další doplňující otázky se respondenti mohli znovu rozhodnout o nástupu do zařízení a opět více respondentů zvolilo možnost, *ano volil/a bych stejně*.

Všechny tři cíle práce byly splněny. Teoretický výklad práce nás obohacuje o vztahu ošetrovatelství a gerontologie. Praktická část nám ukazuje reálné výpovědi respondentů, žijící v prostředí zařízení sociální péče. Veřejnost by měla mít na vědomí, že zdravotní a ošetrovatelská péče je nezbytnou součástí sociální péče.

Všem respondentům patří velké poděkování za jejich ochotu spolupracovat, upřímné odpovědi a za jejich čas strávený nad dotazníkem.

Zpracování bakalářské práce mě velmi obohatilo, a to jak z hlediska teoretických poznatků, tak i praktických dovedností. Pokud mi bude osud nakloněn, ráda bych se tomuto tématu věnovala např. při zpracování diplomové práce, kde bych navázala na téma této bakalářské práce a věnovala se kapitolám, kterým jsem se z důvodu limitu obsahu a počtu stránek nemohla věnovat. Tvorba bakalářské práce a realizace výzkumu mne motivovalo ještě více se aktivně podílet na rozvoji profese všeobecné sestry a oboru ošetrovatelství.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČANKOVIĆ, Sonja et al., 2016. *Quality of Life of Elderly People Living in a Retirement Home*. Vojnosanitetski Pregled: Military Medical & Pharmaceutical Journal of Serbia. ISSN 0042-8450.

ČEVELA, Rostislav a kol., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.

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

HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 80-86541-12-6.

JAROŠOVÁ, Darja, 2000. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV. ISBN 80-858-6655-2.

KALVACH, Zdeněk, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

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

KUCKIR, Martina et al., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0054-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-1877-3.

LUDEWIG, Kurt, 2011. *Základy systematické terapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3521-4.

- MAHDALOVÁ, Barbora, 2015. *Spokojenost seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb* [online]. Zlín [cit. 2019-04-11]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta Humanitních studií. Vedoucí práce Anna Krátká.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Základy sociální práce*. 2. dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.
- PACOVSKÝ, Vladimír a Hana, HEŘMANOVÁ, 1981. *Gerontologie*. Praha: Avicenum. Knižnice praktického lékaře.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2018. *Ošetrovatelství I.*, 2. dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.
- POKORNÁ, Andrea, Alena KOMÍNKOVÁ, Michaela SCHNEIDEROVÁ a Hana PINKAVOVÁ, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.
- SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-62-5.
- ŠNEJDRLOVÁ, Michaela a Zdeněk Kalvach, 2008. Funkční stav v pokročilém věku a genetická dispozice k dlouhověkosti: CDT- Clock Drawing test. *Medicína pro praxi*. 5(4), s. 157-159. Praha: Medicína pro praxi. ISSN 1214-8687.
- ŠOLCOVÁ, Iva, 2011. Psychosociální aspekty stárnutí. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 55(2), s. 152-166. Praha: Psychologický ústav Akademie. ISSN 0009-062X.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ, 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.

ŠTILEC, Miroslav, 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-920-8.

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

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

Seznam internetových zdrojů

ČESKO, 2006a. Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 29. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi* [online]. § 38 odst. 1, příloha 2. [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#f3144877>.

ČESKO, 2006b. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 31. března 2006 o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#f3010235>

ČESKO, 2011a. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 8. prosince 2011 o zdravotních službách. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p2-4>

ČESKO, 2011b. Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Kontakty, ©2006. *Česká gerontologická a geriatrická společnost* [online]. Praha: Česká gerontologická a geriatrická společnost [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: <https://www.cggs.cz/kontakty>

Souhrn-rozdělení četností, ©2009. *Moodle LFHK* [online]. Hradec Králové: Lékařská Fakulta Univerzity Karlovy [cit. 2019-04-11]. Dostupné z: <https://moodle.lfhk.cuni.cz/moodle2/mod/page/view.php?id=2112&inpopup=1>

Koncepce ošetřovatelství, ©2004. *MZČR* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html

Práva pacientů a etické kodexy: Evropská charta práv pacientů seniorů, ©2019. *Klatovská nemocnice: Pobyť v nemocnici* [online]. Klatovy: Klatovská nemocnice [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz/pro-verejnost/prava-pacientu-a-eticke-kodexy>

About WHO: Who we are, ©1946. *WHO* [online]. Ženeva: World Health Organization [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACE- R	Addenbrooke´s Cognitive Examination
CDT	Clock Drawing Test
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment
ČAS	Česká Alzheimerovská Společnost
ISO	Norma
MMSE	Mini-Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
PDCA	Plan- do- check- art
Sb.	Sbírky
SGA	Subjective Global Assessment
WHOQOL- OLD	Česká verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku.
ZQ	Značka kvality

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví.....	53
Graf 2: Věk	54
Graf 3: Délka pobytu	55
Graf 4: Důvod umístění do pobytového zařízení.....	56
Graf 5: Spokojenost v pobytovém zařízení.....	57
Graf 7: Co schází v sociálním zařízení	59
Graf 8: Sebepečce	61
Graf 9: Činnosti, ve kterých potřebují respondenti pomoc.....	62
Graf 10: Zapojení rodiny do péče	63
Graf 11: Činnosti, ve kterých by pomáhala rodina při zapojení se do péče	64
Graf 12: Znalost pečujícího personálu.....	66
Graf 13: Odlišení personálu	67
Graf 14: Nejdůležitější během pobytu	68
Graf 15: Pojem ošetrovatelská péče.....	70
Graf 16: Zajištění ošetrovatelské péče.....	71
Graf 17: Časový průběh ošetrovatelské péče.....	72
Graf 18: Průběh ošetrovatelské péče	73
Graf 19: Uspokojení potřeb v rámci ošetrovatelské péče	75
Graf 20: Spokojenost s průběhem ošetrovatelské péče	76
Graf 21: Spokojenost s péčí personálu	77
Graf 22: Zajištění psychických potřeb.....	78
Graf 23: Přítomnost bolesti.....	79
Graf 24: Reakce personálu na bolest	80
Graf 25: Využití volného času	81
Graf 26: Účast na aktivitách v zařízení.....	82
Graf 27: Oblíbená aktivita	83
Graf 28: Péče před nástupem do zařízení	84
Graf 29: Dostatečnost péče	85
Graf 30: Péče od praktického lékaře.....	86
Graf 31: Možnost se znovu rozhodnout o nástupu do zařízení.....	87
Graf 32: Změna po nástupu do zařízení.....	89
Graf 33: Přání něco zlepšit.....	91

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví.....	53
Tabulka 2: Věk.....	54
Tabulka 3: Délka pobytu.....	55
Tabulka 4: Důvod umístění do pobytového zařízení.....	56
Tabulka 5: Spokojenost v pobytovém zařízení.....	57
Tabulka 6: Důvod nespokojenosti v pobytovém zařízení.....	58
Tabulka 7: Co schází v sociálním zařízení.....	59
Tabulka 8: Sebepéče.....	61
Tabulka 9: Činnosti, ve kterých potřebují respondenti pomoc.....	62
Tabulka 10: Zapojení rodiny do péče.....	63
Tabulka 11: Činnosti, ve kterých by pomáhala rodina při zapojení se do péče.....	64
Tabulka 12: Znalost pečujícího personálu.....	66
Tabulka 13: Odlišení personálu.....	67
Tabulka 14: Nejdůležitější během pobytu.....	68
Tabulka 15: Pojem ošetrovatelská péče.....	70
Tabulka 16: Zajištění ošetrovatelské péče.....	71
Tabulka 17: Časový průběh ošetrovatelské péče.....	72
Tabulka 18: Průběh ošetrovatelské péče.....	73
Tabulka 19: Uspokojení potřeb v rámci ošetrovatelské péče.....	75
Tabulka 20: Spokojenost s průběhem ošetrovatelské péče.....	76
Tabulka 21: Spokojenost s péčí personálu.....	77
Tabulka 22: Zajištění psychických potřeb.....	78
Tabulka 23: Přítomnost bolesti.....	79
Tabulka 24: Reakce personálu na bolest.....	80
Tabulka 25: Využití volného času.....	81
Tabulka 26: Účast na aktivitách v zařízení.....	82
Tabulka 27: Oblíbená aktivita.....	83
Tabulka 28: Péče před nástupem do zařízení.....	84
Tabulka 29: Dostatečnost péče.....	85
Tabulka 30: Péče od praktického lékaře.....	86
Tabulka 31: Možnost se znovu rozhodnout o nástupu do zařízení.....	87
Tabulka 32: Důvod rozhodnutí.....	88

Tabulka 33: Změna po nástupu do zařízení	89
Tabulka 34: Změny	90
Tabulka 35: Přání něco zlepšit.....	91
Tabulka 36: Návrhy ke zlepšení	91
Tabulka 37: Vyjádření se k dotazníku	92

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1	112
PŘÍLOHA 2	116
PŘÍLOHA 3	117
PŘÍLOHA 4	119
PŘÍLOHA 5	122
PŘÍLOHA 6	123
PŘÍLOHA 7	124
PŘÍLOHA 8	125
PŘÍLOHA 9	126
PŘÍLOHA 10	127
PŘÍLOHA 11	129

PŘÍLOHA 1

Evropská charta práv pacientů seniorů

1. Obecné zásady	Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl. Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.
2. Komunikace, informace	Starší občan může jako pacient očekávat, že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodnutích, která se budou týkat jeho zdraví a péče, že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným, že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obracejí, že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu, že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech, že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát, že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik, že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama, že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost o že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď, že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci, že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.
3. Podpora zdraví	Starší občan může očekávat, že bude informován o zdravém způsobu života, o zdravé výživě, o pohybovém režimu a cvičení a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.
4. Léky	Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci. Dále je žádoucí, aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné, aby se lékovky daly bez obtíží otevírat, aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.
5. Transport	Starší občan může očekávat, že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení, že ve

	<p>zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem, že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější.</p>
6. Zdravotní problémy	<p>Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce. Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje, je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti, v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého.</p> <p>S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných. Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat vyšetření specializovaným týmem odborníků, že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání, že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích - např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci. Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolici, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčby včetně ev. chirurgického řešení. V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčby v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.</p>
7. Nemoc	<p>Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař. V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat, že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu, že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů, že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy, že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta, že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčby, že zůstane v nemocnici tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav.</p>

8. Zotavení, rehabilitace	Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu. Proto je důležité, aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení, v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů, aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života, aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.
9. Propuštění z nemocnice	Je žádoucí a nutné, aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí, aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci, umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.
10. Denní centra	Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí, aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci, aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým, aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám.
11. Respitní péče	Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost. Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok, na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče, na dva až tři týdny respitní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.
12. Komunitní,	Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby, pobyt v denním centru, domácí péče, noční

sociální služby	<p>„hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku), pomůcky pro inkontinentní, přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech, praní prádla, fyzioterapie, hygienické služby (vykoupaní), péče o nohy, systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.</p> <p>Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.</p>
13. Změna domova	<p>Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci. Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje. V instituci má starší občan právo očekávat, že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám, že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti, že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv, pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče, že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování.</p>

(Práva pacientů a etické kodexy: Evropská charta práv pacientů seniorů, ©2019)

PŘÍLOHA 2

Dotazník WHOQOL-OLD- česká verze

1. Obáváte se toho, co přinese budoucnost?
2. Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život?
3. Do jaké míry ovlivňuje ztráta například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu Vaši schopnost zapojit se do různých činností?
4. Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?
5. Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?
6. Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?
7. Cítíte se izolován/a od lidí kolem Vás?
8. Jak moc se bojíte toho, že zemřou lidé, kteří jsou Vám blízcí?
9. Znepokojujete se tím, jak zemřete?
10. Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?
11. Jak moc se bojíte umírání?
12. Jak moc se bojíte bolesti při umírání? (Venglářová, 2007, s. 11)

PŘÍLOHA 3

Obsah standardů kvality sociálních služeb

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována; podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace;
c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje;
d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby.

2. Ochrana práv osob

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

4. Smlouva o poskytování sociální služby

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy;
c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;
c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda naplňovány její osobní cíle;
d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;
e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám;

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby;
c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele;
c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě;
d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Kritérium
a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat;
b) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb;
c) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj.

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;
b) Poskytovatel má písemně zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovním právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovním právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

10. Profesní rozvoj zaměstnanců

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace; podle tohoto postupu poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje;
c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje;
d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje;
e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.

Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Kritérium
Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Kritérium
Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.

13. Prostředí a podmínky

Kritérium
a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;
b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

14. Nouzové a havarijní situace

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;
b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;
c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

15. Zvyšování kvality sociální služby

Kritérium
a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob;
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby;
d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby

PŘÍLOHA 4

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, část třetí, hlava I., díl 3.

Služby sociální péče:

1. Týdenní stacionáře, dle paragrafu 47, odstavec 1.

Jedná se o pobytovou službu, poskytující lidem se sníženou soběstačností a to z důvodu vyššího věku, zdravotního postižení a chronického duševního onemocnění. Na základě jejich situace, která potřebuje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Odstavec 2 popisuje základní činnosti dle odstavce 1. Obsahuje poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně, nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2. Domovy pro seniory, dle paragrafu 49, odstavec 1

Jedná se o pobytovou službu poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu vyššího věku a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Odstavec 2 popisuje základní činnosti dle odstavce 1., kde se jedná o poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Zkratkou jsou označovány jako DpS- domov pro seniory.

Domovy důchodců

Taktéž mluvíme o době v roce 1989, kdy budovy s názvem „domovy důchodců“ obsahovaly až 33 000 lůžek. Lůžka sloužily k ubytování lidem důchodového věku, tím nebyla hranice nijak zvolena ani ovlivněna zdravotním stavem. Lidé, kteří dospěli důchodového věku, se na vlastní žádost mohli ubytovat v tomto zařízení. Byla tu možnost do jisté míry poskytnout ošetrovatelskou péči i minimální lékařskou péči. Protože tehdy byla v léčebnách dlouhodobě nemocných považována nevhodná a nekvalitní péče. Lidé mohli v zařízení pobývat pouhých 80 dnů. A to z hlediska jedné stránky věci, kdy léčebnám dlouhodobě nemocných bylo poukazováno na nevhodnou a nedostačující ošetrovatelskou péči, ale zároveň s tím zdůrazňováno a kritizováno že má být péče pouze

v zařízení ústavním nebo poskytována péče po odborné zdravotnické stránce. (Holmerová, a kol., 2014, s. 11) Zkratkou je označován jako DD- domov důchodců, jedná se o pojmenování zařízení pro seniory před platností legislativy zákona 108/2006Sb., sociálních služeb, kdy se pojem „domov důchodců“ již neuvádí (Holmerová, a kol., 2014, s. 59).

3. Domovy se zvláštním režimem, dle paragrafu 50, odstavec 1.

Jedná se o pobytovou službu pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislostí na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou chorobou, ostatními typy demence a snížení soběstačnosti na základě těchto onemocnění. Jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Odstavec 2 popisuje základní činnosti na základě odstavce 1. a ten obsahuje poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

4. Chráněné bydlení, dle paragrafu 51, odstavec 1

Jedná se o pobytovou službu poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění a jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, případně individuálního bydlení. Odstavec 2 popisuje základní činnosti na základě odstavce 1. Obsahuje poskytnutí ubytování, stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

5. Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, dle paragrafu 52, odstavec 1.

Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují sociální služby osobám, nevyžadující lůžkovou péči, ale vzhledem ke zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení

lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. Odstavec 2 popisuje základní činnosti na základě odstavce 1., kde poskytují ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Definice paragrafu o sociálních službách je takzvaným pokračováním dalších opatření, již těch, které existovala, za předchozí doby, kdy bylo možné hospitalizaci prodloužit ve zdravotnickém zařízení a to z hlediska sociálních důvodů, tím takzvaně uvést sociální hospitalizaci. Společnými fakty tohoto opatření i definicí zákona je podhodnocená služba a právě tyto pobyty ze sociálních důvodů jsou pro zdravotnická zařízení jak finančně, tak materiálně ztrátová, nehledě na další klienty, kteří se svým zdravotním stavem nemohou být z hlediska zaplnění zařízení přijati. V dnešní době proto tento druh není zcela využíván a pojem sociální hospitalizace není uveden dle platné legislativy (Holmerová, a kol., 2014, s. 36-37).

Díl 4, dle následujících paragrafů a odstavců:

6. Sociální rehabilitace, dle paragrafu 70, odstavec 1.

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Odstavec 3, služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností, obsažených v odstavci 2 tyto základní činnosti, jako jsou poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy a pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

PŘÍLOHA 5

Zákon č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách, část druhá, hlava I, § 7 – 10.

Ambulantní péče	Jednodenní péče	Lůžková péče	Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta
<p>Ambulantní péče je</p> <ul style="list-style-type: none"> - zdravotní péče, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta - přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele, jedná se o jednodenní péči. 	<p>Jednodenní péče je</p> <ul style="list-style-type: none"> - zdravotní péče, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, s ohledem na charakter, délku poskytovaných zdravotních výkonů. <p>Při poskytování jednodenní péče musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní.</p>	<p>Lůžková péče je</p> <ul style="list-style-type: none"> - zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. <p>Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu</p>	<p>Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta je</p> <ul style="list-style-type: none"> a) návštěvní služba, b) domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče, paliativní péče
<p>Je poskytována jako</p> <p><i>a) primární ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel</i></p> <p><i>b) specializovaná ambulantní péče, která je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče podle § 4 odst. 4,</i></p> <p><i>c) stacionární péče, jejímž účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče</i></p> <p>Součástí primární ambulantní péče poskytované registrujícími poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost je vždy návštěvní služba.</p>		<p>Lůžkovou péčí je akutní lůžková péče intenzivní, která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>akutní lůžková péče standardní</u>, která je poskytována pacientovi <ul style="list-style-type: none"> a. s náhlým onemocněním b. za účelem provedení zdravotních výkonů 2. <u>následná lůžková péče</u> je poskytována pacientovi, u kterého <ul style="list-style-type: none"> - byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, - zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, - v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, 3. <u>dlouhodobá lůžková péče</u>, která je poskytována pacientovi <ul style="list-style-type: none"> - jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; - v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče, 	<p>Ve vlastním sociálním prostředí pacienta lze kromě zdravotní péče podle odstavce 1 poskytovat umělou plicní ventilaci a dialýzu.</p> <p>V rámci zdravotní péče podle odstavce 1 lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení.</p>

PŘÍLOHA 6

Úroveň hodnocení CGA- komplexní geriatrické hodnocení

Sledovaný parametr	Úroveň empirická	Úroveň orientační	Úroveň podrobná
Kognitivní funkce	Anamnestický rozhovor	MMSE	Psychiatrické vyšetření, CT, MR
Nutriční stav	Fyzikální vyšetření Body Mass Index	MNA	Antropometrická měření využití kaliperu laboratorní testy
Tělesná zdatnost	Anamnéza, srovnání s vrstevníky	Orientační test v terénu chůze na čas	Bicykloergometrie, test v běhátku
Disabilita, soběstačnost	Anamnéza, fyzikální vyšetření	Test Barthelové	Speciální testování doma, v laboratoři na umělé dráze

(Upraveno autorkou dle Šnejdrová, Kalvach, 2008, s. 156-159)

PŘÍLOHA 7

Test Barthelové

Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní (potřebuje láhev na močení, podložní mísu, sací podložky, pleny)	5
		trvale inkontinentní (zavedený PMK)	0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní (neovládá svěrače, stolice odchází samovolně)	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

- ADL 4 0 – 40 bodů vysoce závislý
 ADL 3 45 – 60 bodů závislost středního stupně
 ADL 2 65 – 95 bodů lehká závislost
 ADL 1 96 – 100 bodů nezávislý

PŘÍLOHA 8

Mini- Mental State Examination

Příloha 2. Ukázka testu MMSE distribuovaného v klinické praxi

Mini-Mental State Examination

Jméno: Datum 1. vyšetření: Datum 2. vyšetření: Datum 3. vyšetření:

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0).

1. Orientace

Kolikátého je dnes?
Který je den v týdnu?
Který je nyní měsíc?
Který je nyní rok?
Které je roční období?
Jak se jmenuje země, ve které jsme?
Ve kterém jsme okrese?
Ve kterém jsme městě?
Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?
Ve kterém jsme poschodí?

vyšetření		
1.	2.	3.

2. Zapamatování

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

Lopata
Šátek
Váza

3. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

93
86
79
72
65

Pokud testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzvěme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM.

M
R
K
O
P

4. Výbavnost

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

Lopata
Šátek
Váza

5. Pojmenování

Ukažte náramkové hodinky: Co je to?
Ukažte propisovací tužku: Co je to?

vyšetření		
1.	2.	3.

6. Opakování

Opakujte po mně:
„Žádná kdyby, nebo, ale.“

--	--	--

7. Třístupňový příkaz

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzvěme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

Uchopení papíru
Přeložení na polovinu
Položení na zem

8. Čtení a splnění příkazu

Testovanou osobu vyzvěme, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol – „zavřete oči“).

--	--	--

9. Psaní

Vyzvěme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

--	--	--


10. Obkreslení obrazce

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

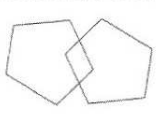
--	--	--

Celkem bodů		

HODNOCENÍ:
 max. počet - 30 bodů
 27 - 30 normální stav
 25 - 26 hraniční nález, možnost demence
 10 - 24 demence mírného až středně těžkého stupně
 6 - 9 demence středně těžkého až těžkého stupně
 6 a méně demence těžkého stupně



Zavřete oči



PŘÍLOHA 9

Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Příjmení:		Jméno:		
Pohlaví:	Věk:	Váha, kg:	Výška, cm:	Datum:

Vplňte část Screening tím, že doplníte příslušnou hodnotu do rámečku. Hodnoty sečtete. Je-li výsledek 11 nebo méně, pokračujte v části Hodnocení.

Screening	
A Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)? 0 = závažné nechutenství/výrazné snížení příjmu stravy 1 = mírné nechutenství/mírné snížení příjmu stravy 2 = žádné nechutenství/bez snížení příjmu stravy	<input type="checkbox"/>
B Úbytek váhy za poslední 3 měsíce 0 = úbytek váhy větší než 3 kg 1 = neví 2 = úbytek váhy mezi 1 a 3 kg 3 = žádný úbytek váhy	<input type="checkbox"/>
C Mobilita 0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní 1 = schopen vsít z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí 2 = samostatná chůze bez omezení	<input type="checkbox"/>
D Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním 0 = ano 2 = ne	<input type="checkbox"/>
E Neuropsychické poruchy nebo obtíže 0 = vážná demence nebo deprese 1 = mírná demence 2 = žádné psychické problémy	<input type="checkbox"/>
F Body Mass Index (BMI) = (váha v kg) / (výška v m) ² 0 = BMI nižší než 19 1 = BMI od 19 a nižší než 21 2 = BMI od 21 a nižší než 23 3 = BMI 23 nebo vyšší	<input type="checkbox"/>
Výsledek Screeningu = součet bodů (mezisoučet max. 14 bodů)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 až 14 bodů: normální výživový stav 8 až 11 bodů: v riziku podvýživy 0 až 7 bodů: podvýživný/á	
Pro obsáhlejší vyšetření pokračujte s otázkami G-R	
Hodnocení	
G Žije pacient samostatně (nikoliv v sociálním nebo zdravotnickém zařízení, např. domov pro seniory, nemocnice, LDN) 1 = ne 0 = ano	<input type="checkbox"/>
H Užívá pacient více než 3 předepsané léky denně 0 = ne 1 = ano	<input type="checkbox"/>
I Proleženiny nebo kožní defekty 0 = ne 1 = ano	<input type="checkbox"/>
Ref. Velas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® – Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y., Velas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice. Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? J. Nutr Health Aging 2006; 10:466-467. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners ©Nestlé, 1994, Revision 2006. N87200 12/09 10M Pro více informací: www.mna-elderly.com	
J Kolik plnohodnotných jídel jí pacient denně? 0 = 1 jídlo 1 = 2 jídla 2 = 3 jídla	<input type="checkbox"/>
K Vybrané hodnoty pro příjem bílkovin: • Alespoň jedna porce mléčných výrobků (mléko, sýr, jogurt) denně ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> • Dvě nebo více porcí luštěnin nebo vajec týdně ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> • Maso, ryby nebo drůbež každý den ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> 0,0 = je-li odpověď ano pouze 1× 0,5 = je-li odpověď 2× ano 1,0 = je-li odpověď 3× ano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Konzumuje pacient dvě nebo více porcí ovoce anebo zeleniny denně? 0 = ne 1 = ano	<input type="checkbox"/>
M Kolik tekutin (voda, džus, káva, čaj, mléko, ...) vypije pacient za den? 0,0 = méně než 3 šálky 0,5 = 3 až 5 šálků 1,0 = více než 5 šálků	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Příjem stravy 0 = pacienta je nutné krmít 1 = pacient se nají s dopomocí 2 = pacient se nají zcela samostatně	<input type="checkbox"/>
O Jak hodnotí svůj stav výživy pacient? 0 = hodnotí se jako podvyživený 1 = není si jistý stavem výživy 2 = hodnotí svůj stav výživy jako bez problémů	<input type="checkbox"/>
P V porovnání se svými vrstevníky, jak vnímá pacient svůj zdravotní stav? 0,0 = ne tak dobrý 0,5 = neví 1,0 = stejně dobrý 2,0 = lepší	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Střední obvod paže v cm (měří se ve středu vzdálenosti mezi akromiálním výběžkem lopatky a loketním výběžkem na nedominantní končetině – na levé u praváka a naopak) 0,0 = menší než 21 0,5 = 21 až 22 1,0 = 22 nebo větší	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Obvod lýtka v cm (měří se v nejširším místě) 0 = menší než 31 1 = 31 nebo větší	<input type="checkbox"/>
Hodnocení – součet (max. 16 bodů)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Výsledek Screeningu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Celkové hodnocení – součet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hodnota míry podvýživy	
24 až 30 bodů <input type="checkbox"/> normální výživový stav	
17 až 23,5 bodů <input type="checkbox"/> v riziku podvýživy	
Méně než 17 bodů <input type="checkbox"/> podvyživený/á	

(Převzato z Nestlé Nutrition Institute)

PŘÍLOHA 10

Všeobecná sestra má kompetence dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., nicméně novelizaci vyhlášky určuje vyhláška č. 391/2017 Sb. a doplňuje kompetence všeobecné sestry a uvádí rozlišení mezi všeobecnou sestrou a praktickou sestrou. Všeobecná sestra může *vykonávat činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem.*

Všeobecná sestra je kompetentní v těchto činnostech bez indikace lékaře:

- vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti, projevů onemocnění a rizikových faktorů za použití měřících technik;
- sledování a orientační vyhodnocení fyziologických funkcí;
- pozorování, hodnocení a zaznamenávání fyzického a psychického stavu klienta;
- získávání rodinné, pracovní a sociální anamnézy;
- zajišťování vyšetření biologického materiálu neinvazivní cestou a kapilární krve;
- odsávání sekretů z horních dýchacích cest a z ornamentní tracheostomické kanyly;
- hodnocení a ošetřování integrity kůže, chronické rány a stomie;
- hodnocení a ošetřování centrálních a periferních žilních vstupů, zajištění průchodnosti;
- pečování o zavedené močové katetry;
- spolupráce s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, logopedem, zejména rehabilitační ošetřování;
- edukování klienta a rodiny, poskytování informačních materiálů;
- hodnocení sociální situace jedince, identifikování potřeby spolupráce se sociálním pracovníkem;
- zajišťování přijetí, překlada a propuštění klienta;
- poskytování psychické podpory umírajícím a jeho blízkým osobám;
- přejímání, podávání a ukládání léčiv, zajišťování dostatečné zásoby;
- přejímání, kontrolování a ukládání zdravotnických potřeb, pomůcek;
- analyzování, zajištění a hodnocení kvality ošetrovatelské péče;
- zajišťování stálého připravení zdravotnických pomůcek a jejich zásobení;
- zajišťování technického, věcného a funkčního vybavení;
- doporučení při používání vhodných inkontinentních, stomických pomůcek;
- doporučení vhodných kompenzačních zdravotnických prostředků pro zajištění pohybu a soběstačnosti.

Všeobecná sestra je kompetentní v těchto činnostech s indikací lékaře:

- poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče;
- zavádění periferního žilního katetru;
- podávání léčivých přípravků, s výjimkou radiofarmak;
- zavádění a udržování inhalační a kyslíkové terapie;
- provádění screeningových vyšetření, odebírání krve a jiného biologického materiálu;
- provádění a ošetřování akutních a operačních ran, včetně drénů;
- odstraňování stehů u primárně hojících se ran a drény, s výjimkou hrudních drénů a drénů v oblasti hlavy;
- zavádění močového katetru u žen starších 3 let;
- vyměňování a ošetřování tracheostomické kanyly;
- zavádění nazogastrické sondy při vědomí starším 10 let, zajišťování průchodnosti a aplikace enterální výživy;
- provádění výplachu žaludku při vědomí a starších 10 let;
- asistování při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřování v průběhu, ukončení;
- poskytování péče u klienta v domácím prostředí;
- podávání potravin pro zvláštní lékařské účely (ČESKO, 2011b).

PŘÍLOHA 11

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Barbora Malinová a studuji obor všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro zpracování mé závěrečné práce na téma Ošetrovatelská péče v zařízení sociální péče. Účast na výzkumu je anonymní a dobrovolná. Vyplněním dotazníku dáváte kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/ 2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/ 2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití. V tomto dotazníku je Vaším úkolem odpovědět na přítomné otázky.

Pokyny k vyplnění dotazníku: Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jednu odpověď, a to tu, která nejlépe vystihuje Váš názor. Kde jsou otázky otevřené, čili doplňující, prosím doplňte.

Mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas.

Barbora Malinová

1. Jakého jste pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Kolik Vám je let?

.....

3. Jak dlouho jste v tomto zařízení?

- a) Méně jak rok
- b) Více jak rok

4. Jaký byl důvod umístění do pobytového zařízení?

- a) Zdravotní
- b) Rodinný
- c) Obojí- zdravotní i rodinný
- d) Jiný (doplňte)

.....

5. Jste spokojen/á v pobytovém zařízení?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

- pokud vaše odpověď je c) nevím, d) spíše ne, e) ne - odpovězte prosím na další otázku

- pokud vaše odpověď je **a) ano, b) spíše ano** – pokračujte s otázkou č. 7

6. Proč jste nespokojen/á v pobytovém zařízení? (doplňte)

.....
.....

7. Je něco, co Vám schází v sociálním zařízení? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) Ne, nic mi nechybí
- b) Rodina
- c) Domácí mazlíček
- d) Přátelé, sousedi
- e) Klid, samota
- f) Soukromí
- g) Prostředí
- h) Předchozí denní režim doma
- i) Jiné (doplňte)

.....

8. Dokážete se o sebe postarat sám/sama?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

- pokud vaše odpověď je b) spíše ano, c) nevím, d) spíše ne, e) ne – odpovězte na další otázku

- pokud vaše odpověď je **a) ano** - pokračujte s otázkou č. 10

9. V čem potřebujete pomoc? (Doplňte)

.....
.....

10. Přivítal/a byste, kdyby se do péče o Vás zapojila rodina?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

- pokud vaše odpověď je a) ano, b) spíše ano - odpovězte prosím na další otázku

- pokud vaše odpověď je c) nevím, d) spíše ne, e) ne - pokračujte s otázkou č. 12

11. Vypište, ve kterých činnostech byste přivítal/a, aby se rodina zapojila do péče? (doplňte)

.....
.....

12. Víte, kdo o Vás v zařízení pečuje? (můžete označit více odpovědí)

- a) Všeobecná sestra
 - b) Pracovník v sociálních službách- pečovatel/ka
 - c) Aktivizační pracovník/pracovnice
 - d) Jiný (doplňte)
-

13. Popište, jak od sebe odlišíte personál (například sestru od pečovatelky).

.....

.....

14. Co je pro Vás během pobytu nejdůležitější? (doplňte)

.....

15. Co si představíte pod pojmem ošetrovatelská péče? (doplňte)

.....

.....

16. Je u Vás v tomto zařízení zajištěna ošetrovatelská péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne (doplňte důvod).....

17. Kdy probíhá ošetrovatelská péče v pobytovém zařízení? (doplňte)

.....

.....

18. Kde a jak probíhá ošetrovatelská péče v pobytovém zařízení? (doplňte)

.....

.....

19. Zajímá se personál o Vaše potřeby v rámci ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

20. Jste spokojen/á s průběhem ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne (doplňte důvod).....

21. Jste spokojen/á s péčí personálu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne (doplňte důvod).....

22. Co nebo kdo Vám pomáhá, když se po psychické stránce cítíte špatně? (doplňte)

.....

23. Míváte bolesti?

- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Ne
- pokud vaše odpověď je a) ano, b) spíše ano - odpovězte prosím na další otázku
- pokud vaše odpověď je c) nevím, d) spíše ne, e) ne - pokračujte s otázkou č. 25

24. Jak personál reaguje na vaši bolest? (doplňte)

.....

25. Jak trávíte svůj volný čas?

- a) Čtení knihy, časopisů
- b) Poslouchání hudby
- c) Sledování televize
- d) Odpočinek
- e) Povídání si s přáteli
- f) Jiný (doplňte).....

26. Zapojujete se do aktivit pořádaných v zařízení?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne (doplňte důvod).....

27. Jaké aktivity máte nejraději? (doplňte)

.....

.....

28. Kdo vám poskytoval péči, před pobytem v zařízení sociální péče?

- a) Rodina
- b) Domácí péče- charita, pečovatelská služba
- c) Sám
- d) Jiný (doplňte).....

29. Byla pro Vás ošetrovatelská péče dostačující?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne (doplňte důvod).....
- f) Nevyužíval/a jsem

30. Vyhovovala Vám péče od praktického lékaře?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne (doplňte důvod).....

**31. Kdybyste se měl/a znovu rozhodnout o nástupu do tohoto zařízení, jak byste volil/a a proč?
(doplňte)**

.....
.....

32. Změnilo se u Vás v životě něco po nástupu do zařízení?

- a) Ano (doplňte co).....
- b) Spíše ano (doplňte co).....
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

33. Přejel/a byste si něco zlepšit? Pokud ano, co?

- a) Ano, chci zlepšit.....
- b) Nic nechci zlepšit

**34. Pokud máte zájem, prosím doplňte další informace, názory nebo hodnocení
k dotazníku, děkuji.**

.....
.....