

Geragogika ve zdravotnictví - význam edukace seniorů v péči o jejich zdraví

Martina Hirtová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Hirtová**
Osobní číslo: **H130240**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Andragogika v profilaci na řízení lidských zdrojů v neziskové sféře**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Geragogika ve zdravotnictví – význam edukace seniorů v péči o jejich zdraví**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti změn kognitivních funkcí u seniorů a specifik edukace seniorů v rámci poskytované zdravotní péče.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KOUKOLÍK, František. Lidský mozek: funkční systémy : normy a poruchy. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8379-X.

KUDLOVÁ, Pavla. Ošetrovatelská péče v diabetologii. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5367-6.

POKORNÁ, Andrea. Ošetrovatelství v geriatrici: Hodnotící nástroje. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-8769-5.

POKORNÁ, Andrea a Lucie SMÉKALOVÁ. Komunikace se seniory: geragogika a gerontodidaktika. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Renata Polepilová

Datum zadání bakalářské práce:

1. listopadu 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

26. dubna 2017

Ve Zlíně dne 1. listopadu 2016


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel 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

3.3.2014



.....

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 nevydávalečně 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) Disertační, 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). Odpirá-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 jim 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 se zabývá významem edukace seniorů v péči o jejich zdraví. Teoretická část práce vymezuje předmět geragogiky, základní pojmosloví, popisuje historické mezníky vývoje geragogiky, její hlavní zdroje a cíle. Dále přibližuje specifika edukace seniorů, její funkci, prostředky a/nebo cíle, důležitost a nezbytnost edukace seniorů v rámci poskytované zdravotní péče. Poukazuje na otázky stáří, staroby jako filologického procesu a jevů, které ho doprovázejí, změnou kognitivních funkcí u seniorů, činnostmi podporujícími mentální schopnosti v seniorském věku.

Cílem praktické části v rámci kvantitativního výzkumu je formou dotazníkového šetření zjistit, jaké potřeby mají senioři při edukaci v ambulantní péči onkologického centra, Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně. Zda ovlivňuje pohlaví a věk pohled na samotnou edukaci, jaké potřeby mají senioři při edukaci v ambulantní péči, zda je důležité kdo je edukuje, jakou formou, jakým způsobem, zda jsou všechny informace dostatečné, srozumitelné a zda mají pro seniory edukační význam.

Klíčová slova: geragogika, edukace, senior, péče o zdraví, stáří, vzdělávání seniorů, celoživotní vzdělávání

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the education of the seniors in the health care area. The theoretical part defines the subject of the geragogy, the basic concepts and it describes the historical breakpoints in the geragogy development, its principal sources and the goals. In the next part it examines the specifics of the senior education, its function, means and the goals. Its importance and the necessity in the health care is also described. Then all the questions of the old age as a filology process and the accompanying phenomenas,

the changes of the seniors cognitive functions, the activities supporting the mental capabilities in the old age are all also pointed out.

The aim of the practical part and its quantitative research is to examine by the questionnaire what needs the old people have during the education in the ambulatory care provided in the oncology center of the Bata Hospital in Zlín. The question if sex and age influences the view on the

education itself, what needs the old people have during the ambulatory care, if it is important who educates them, in which form, way and if the information is sufficient, understandable and if it is relevant is examined.

Key words: geragogy, education, seniors, old people, health care, education of seniors, lifelong learning.

Děkuji Mgr. Renatě Polepilové za trpělivý přístup a odborné rady, které mi při vedení bakalářské práce poskytla. Děkuji Mgr. Haně Veselé, s níž jsem mohla svou bakalářskou práci kdykoliv konzultovat.

Moje velké poděkování patří především těm, kteří mě v době nelehkého boje s onkologickým onemocněním nechali nahlédnout do své mysli a podělili se se mnou o cenné informace a zkušenosti. Velký dík patří všem, kteří se podíleli na výzkumném šetření, bez nichž by má práce nikdy nemohla vzniknout a v neposlední řadě děkuji Komplexnímu onkologickému centru Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně.

Tuto práci věnuji svým dětem.

Motto:

„... první, čeho si přejeme, jest, aby tak plně a k plnému lidství mohl bytí vzděláván ne nějaký jeden člověk nebo několik jich nebo mnoho, nýbrž všichni lidé vespolek i každý zvlášť, mladí i staří, bohatí i chudí, urození i neurození, mužové i ženy, zkrátka každý, komu se dostalo údělu narodit se člověkem, aby konečně jednou bylo celé lidské pokolení vzdělané po všech věkových stupních, stavech, pohlaví a národech...“

J. A. Komenský. Obecná porada o nápravě věcí lidských. III sv. Pampaedia

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 GERAGOGIKA.....	13
1.1 HISTORICKÝ KONTEXT GERAGOGIKY	13
1.2 VYMEZENÍ POJMU GERAGOGIKA.....	14
1.3 HLAVNÍ ZDROJE GERAGOGIKY.....	16
1.4 CÍLE GERAGOGIKY	18
2 EDUKACE SENIORŮ	20
2.1 FUNKCE EDUKACE.....	21
2.2 SPECIFICKÉ METODY EDUKACE SENIORŮ.....	23
2.3 EDUKACE SENIORŮ JAKO PROSTŘEDEK A/NEBO CÍL.....	25
2.4 EDUKACE PACIENTŮ SENIORŮ V PÉČI O JEJICH ZDRAVÍ.....	26
2.5 PÉČE O SENIORY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	29
ZAŘÍZENÍ ZŘIZOVANÁ PRO POMOC SENIORŮM	30
3 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ JAKO FYZIOLOGICKÝ PROCES.....	31
CHARAKTERISTIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	31
3.1 STARÝ ČLOVĚK	31
3.2 SENIOR	32
3.3 STÁRNUTÍ.....	33
3.4 STÁŘÍ	33
3.5 ZMĚNY PROVÁZEJÍCÍ STÁŘÍ	35
4 ZMĚNY KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ VE STÁŘÍ.....	39
4.1 PAMĚŤ A DALŠÍ PSYCHICKÉ FUNKCE A JEJICH ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	40
4.2 ČINNOSTI PODPORUJÍCÍ MENTÁLNÍ SCHOPNOSTI VE STÁŘÍ.....	44
PRAKTICKÁ ČÁST	46
5 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM V OBLASTI EDUKACE SENIORŮ V PÉČI O JEJICH ZDRAVÍ	47
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	47
5.2 VÝZKUMNÝ CÍL	47
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	48
5.4 HYPOTÉZY.....	48
6 METODIKA VÝZKUMU	50
6.1 METODA SBĚRU DAT	50
6.2 PRŮZKUMNÝ VZOREK.....	50
6.3 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	51
DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	52
6.4 ZHODNOCENÍ VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	71
6.5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	75
ZÁVĚR	77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	86
SEZNAM OBRÁZKŮ	87
SEZNAM TABULEK.....	88
SEZNAM PŘÍLOH.....	90

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá životní etapou, která se nazývá stáří, a s tím spojenou problematikou edukace seniorů v péči o jejich zdraví.

Stárnutí je vlastností každého živého organismu a je nedílnou součástí života. Týká se nejen jednotlivců, ale bývá generalizováno na celé populace. Stárnutí je významný fenomén života moderní společnosti.

Stárnutí populace je jedním z významných demografických trendů současnosti, který se v celosvětovém měřítku stává problémem 21. století. Daná demografická situace se promítne do všech oblastí společenského života, včetně vzdělávání. Představa, že vzdělávání je doménou období dětství a mládí, je již dávno překonána.

Objevuje se požadavek a potřeba celoživotního učení a vzdělávání, jehož nedílnou součástí je i vzdělávání seniorů. Výchova a vzdělávání je proces celoživotní a je tedy zcela přirozený a žádoucí. Udržování fyzické kondice je stejně nezbytné, jako udržování kondice duševní a mentální. Ovšem aby senioři mohli tyto přínosy vzdělávání čerpat, je třeba zajistit jeho další rozvoj a dlouhodobé udržení. Vzdělání je jedním z určujících faktorů subjektivně pociťované kvality života.

Normální stárnutí s sebou přináší nevyhnutelné a nezvratné změny. Tyto involuční změny jsou částečně zodpovědné za zvýšené riziko vzniku zdravotních problémů v rámci starší populace. Individuální procesy stárnutí, viděné především z pohledu medicíny a gerontologie, a měnící se věková struktura populace, změny v rámci sociální politiky, musí být vnímány jako jeden vzájemně provázaný problém a musí být řešeny ve vzájemných souvislostech. To, co v současné době potřebujeme, je sociální politika reflektující cyklus jednotlivců a v kontextu edukace seniorů by to měla být sociální politika zřetelná především ve vzdělávací a zdravotnické oblasti.

Cílem práce je nastínit problematiku edukace seniorů v ambulantní péči Komplexního onkologického centra, Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Není vůbec snadné být nemocný, natož být onkologickým pacientem. Pro většinu nemocných a jejich nejbližších, jsou to velké obavy z neznámého. Sociální aspekty onkologického onemocnění negativně ovlivňují všechny oblasti v lidském životě. Zasáhnou osobní vztahy, rodinu, zaměstnání a hlavně psychiku samotného člověka. A proto se stala otázka edukace pacientů, kteří jsou již v seniorském věku, předmětem naší práce.

Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části jsou popsány základní pojmy, které se vztahují k edukaci seniorů. Podány jsou definice základních pojmů, pozornost je věnována předmětu základního pojmosloví, historii a vývoji geragogiky, jeho hlavní zdroje a cíle. Blíže je popsána edukace seniorů, její funkce, prostředky a/nebo cíle, důležitost a nezbytnost samotné edukace seniorů v rámci poskytované zdravotní péče. V neposlední řadě je vysvětlena otázka stáří, staroby jako fyziologického procesu a jevů, které ho doprovázejí, změna kognitivních funkcí u seniorů a také na činnosti podporující mentální schopnosti v seniorském věku.

Výzkumná část je věnována popisu realizovaného výzkumu a interpretaci výsledků. V rámci výzkumu byli osloveni pacienti v seniorském věku, kteří jsou v ambulantní péči Krajského onkologického centra Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně. Respondenti odpovídali na námi vytvořený dotazník týkající se skutečnosti, jak pacienti v seniorském věku vnímají a hodnotí edukaci, kterou v rámci své léčby absolvují. Získaná data byla analyzována pomocí základních statistických metod a následně vyhodnocena.

Závěry a doporučení pro praxi jsou také součástí této bakalářské práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 GERAGOGIKA

Geragogiku lze vymezit jako nauku o vzdělávání starších (starých) lidí, rovněž teorii výchovy ve stáří a pro stáří. V kontextu se stárnutím populace a v souladu se zvyšujícími se nároky na kvalitu života seniorů lze vznik a rozvoj geragogiky brát jako jednu ze stěžejních společenských otázek dnešní doby.

1.1 Historický kontext geragogiky

Špatenková, Smékalová (2015, s. 26) nám ve své knize předkládají ucelený obraz historického kontextu geragogiky. Na jedné straně představují geragogiku jako mladou disciplínu a na druhé straně upozorňují na kořeny, které sahají hluboko do minulosti.

Za otce geragogiky tedy můžeme hrdě považovat Jana Ámose Komenského, který svůj koncept celoživotního vzdělávání rozvíjí především v díle *Pampaedia* z roku 1656, kde v souladu s vývojem člověka rozlišil osm tzv. škol (Komenský, 1948, s. 152):

- Škola narození (Schola Nativitatis),
- škola dětství (Schola Infantiae),
- škola chlapců (Schola Pueritiae),
- škola dospívání (Schola Adolescentiae),
- škola mladosti (Schola Juventatis),
- škola dospělosti (Schola Virtatis),
- škola stáří (Schola Senii),
- škola smrti (Schola Mortis).

Komenský (1948, s. 252) píše, že stáří je součástí života, proto je součástí školy a tato škola musí mít své učitele, předpisy, cíle a disciplínu. Je přesvědčen o tom, že pokrok v životě starých lidí je možný. Dále argumentuje tím, že co je slabé, musí dostat radu a podporu. A protože stáří je nejslabší ze všech etap v životě člověka, nesmí být podle Komenského (1948, s. 252) zanedbávané a zbavené pomoci.

Vytvořil také první ucelenější systém poznatků o výchově a vzdělávání nejen dětí a mládeže, ale také dospělých, včetně seniorů. Stáří pojímal Komenský jako rovnocennou část života stejně jako kterékoli životní období. Stáří rozděluje na staré, obtížené a sešlé, každému z nich náleží vykonávat něco jiného a jiným způsobem. V období stáří

je podstatné radovat se ze současnosti, nejde jen o zaplňování prázdného místa. Motiv geragogiky lze nalézt také v práci Komenského Velká Didaktika Komenský (1954, s. 271), ve kterém diskutuje principy prodloužení lidské existence. Došel k závěru, že prodloužení života spočívá v získání umění jeho správného použití. Vzdělání je v tomto smyslu nedílnou součástí všeobecné osvěty, tedy i nedílnou součástí školy stáří a smrti (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 26).

1.2 Vymezení pojmu geragogika

Geragogika, ačkoliv se primárně zabývá staršími a starými lidmi, je sama o sobě velmi mladá. Je to relativně nová disciplína, která stále ještě prochází procesem legitimizace, obsahově a terminologicky se vyvíjí. Pravděpodobně poprvé použil pojem „geragogika“ v roce 1952 Ferdinand Adalbert Kehrer. V roce 1962 představil jeho krajan Otto Friedrich Bollnow koncept gerontogogiky jako výzkumné disciplíny zaměřené na vzdělávání starších lidí (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 17). V literatuře je možné se setkat s různými pojmy, například:

- **Gerontopedagogika**, resp. **pedagogika starších lidí** nebo **pedagogika stárnutí a stáří** (Livečka, 1979, Mühlpachr, 2004),
- **geragogika** (Čornaničová, 1998, Bartel, 1986, Mieskes, 1970, Zych, 1991, Berdes, Zych, Adam, Dawson, 1992),
- **gerontagogika** (Špatenková, 2013),
- **gerontogogika** (Kalvach a kol., 2004),
- **geragogie** (Bachmann, 1987a, 1987b),
- **vzdělávací gerontologie** (Schulz, 1986, Wojciechowski, 1986),
- **gerontologické vzdělávání** (Glendenning, 1990),
- **vzdělávání seniorů** (Eirnbter, 1978, Gronemeyer, 1986, International glossary of social gerontology, 1985, Kamiński, 1971, 1978, 1986, Schenda, 1972, Schulz, 1986, Sitzmann, 1970, 1976),
- **eldergogy** (v anglosaské literatuře) pod.

Livečka (1979, s. 3), již v roce 1979 poukazoval na „nově budovanou vědní disciplínu pedagogiky, která slouží k přípravě dospělých občanů a aktivní a tvůrčí etapy stáří z hledisek výchovných a vzdělávacích potřeb, zájmů, funkcí a cílů výchovy a vzdělávání

dospělých. Zahrnuje nejen teoretická východiska a pojetí, výchovu ke stáří a ve stáří, ale také praktické ukázky řešení a metodiky postupů při realizaci této výchovy a vzdělávání dospělých“.

Pojem „geragogika“ je totiž některými odborníky (např. Petříková, Čornaničová, Bednaříková, Šerák) užíván výhradně pro popis vzdělávacích aktivit zaměřených na seniory (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 19).

Konkrétně Čornaničová (1998, s. 156), řadí geragogiku primárně do systému věd o výchově a v jejích rámci ji považuje za disciplínu andragogikou, shodující se s andragogikou jednak v předmětu, jednak i v objektu andragogickém, respektive geragogické intervence. Úvahy o geragogice jako samostatné disciplíně vůbec nerozvíjí.

Naproti tomu Jochmann (1992, s. 20 - 21) značně rozšiřuje akční pole geragogiky na následující oblasti:

- **Vzdělávání** - nejznámějšími institucemi jsou akademie třetího věku a univerzity třetího věku,
- **edukace** - kulturní výchova, zdravotní osvěta, rehabilitace, prevence a výchovná péče v oblasti sociálně deviantních jevů,
- **péče – volný čas**, zábava, rekreace, seberealizace, sociální péče, poradenství
- **funkcionální působení** – masmédiá, působení prostředí, výchovné působení výchovně nespecifických organizací.

Podle Špatenkové (2013, s. 5) v užším pojetí tak geragogika svým způsobem doplňuje a rozšiřuje tzv. vědy o výchově na pomyslnou trojčlenku: **pedagogika – andragogika – geragogika**. Zatím co pedagogika zaměřuje svoji pozornost na děti a dospívající, andragogika na dospělé, geragogika obrací svůj zájem na seniory. V širším pojetí je pak předmět geragogiky i animace staršího člověka, jeho orientace v kritických oblastech životní dráhy či při jejím problémovém průběhu, péče o staršího člověka v nejrůznějších oblastech jeho života.

Je třeba také zdůraznit, že pod pojmem geragogika, se skrývají nejméně tři skutečnosti, které jsou od sebe velmi odlišné a přitom se vzájemně doplňují a velmi ovlivňují:

- **Geragogika jako oblast společenské činnosti**, ve které se realizují nejrůznější aktivity, ovlivňují sociálního aktéra (např. vzdělávání, péče, vedení apod.), tedy jakási technologie, způsob ovlivňování,

- **geragogika jako teoretická disciplína**, která se zabývá touto oblastí (prostředím, v němž se příslušné aktivity realizují, jejich reflexí sociálním aktérem, metodami a technikami jednotlivých aktivit apod.),
- **geragogika jako studijní obor** připravující odborníky pro koncepční, řídicí a realizační činnost v dané oblasti společenského působení (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 19).

1.3 Hlavní zdroje geragogiky

Vyvstává však otázka, zdali je nutné rozvíjet **geragogiku** jako samostatnou disciplínu a zda by nemohla být tato problematika řešena v kontextu s disciplínami, jako **pedagogika** či **andragogika**.

Pedagogika je definována jako věda o výchově a vzdělávání člověka. Poskytuje geragogice poznatky z oblasti didaktiky, technologie učení a vzdělávání, poznatky o organizačních formách vzdělávání, o pedagogické interakci apod. (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 21).

Průcha (2002, s. 481) označuje **pedagogiku** jako vědu, která se zabývá člověkem v situaci výchovy.

Potměšilová (2013, s. 159) doplňuje, že je člověk v situaci výchovy se všemi svými vztahy ke skutečnosti po celý běh své životní dráhy, včetně stáří.

Podle Rozálie Čornaničové (1998, s. 126), **andragogika** vytváří příznivé inkubační podmínky a prostor na modelování strukturálních schémat obsahových polí gerontagogiky.

Knowles (1980, s. 43 - 44) pojímá **andragogiku** jako umění a vědu o pomoci dospělých učit se. Andragogika v jeho pojetí se vyrovnává s nezávislými dospělými studenty, kteří mají své vlastní edukační cíle týkající se nějakého specifického problému nebo úkolu. Senioři, ale na rozdíl od dospělých, nemusí být úplně nezávislí, dokonce nemusí mít ani vlastní vzdělávací cíle či přijmou motivaci ke vzdělávání. Je proto vhodné, aby byl v souvislosti se vzděláváním seniorů užíván pojem geragogika, který jednoznačně upozorňuje na specifika edukace starších osob. Senioři nejenže nemusí mít stanovené vzdělávací cíle, mohou se dokonce i obávat zapojení do vzdělávacích situací a mnohdy je představa zapojení do procesu vzdělávání přímo stresující a dokonce odpuzující.

Srovnání aspektů pedagogiky, andragogiky a geragogiky

	Pedagogika	Andragogika	Geragogika
Vzdělávající	Učitel určuje, co a jak se bude učit, a pak to prověřuje.	Lektor účastníky podporuje a povzbuzuje je k sebeřízení.	Lektor jako facilitátor a partner pro komunikaci.
Vzdělávaný	Žák, student, dítě, adolescent. Je závislý.	Účastník vzdělávání (dospělý). Je nezávislý.	Účastník vzdělávání (senior). Nemusí být zcela nezávislý, ale chtěl by být.
Přístup	Subjekt-objektový přístup.	Subjekt-subjektový přístup.	Spíše objekt-subjektový přístup.
Zkušenosti účastníka vzdělávání	Životní zkušenosti žáka nejsou příliš bohaté.	Zkušenosti účastníka jsou cenným zdrojem.	Účastník vzdělávání má značné a cenné životní zkušenosti.
Očekávání účastníka	Žáci se učí to, co je od nich očekáváno, musí se učit.	Účastníci vzdělávání se učí to, co potřebují, resp. chtějí vědět.	Edukační programy navazují na biografickou historii účastníků a reflektují jejich zkušenosti.
Motivace	Vnější motivace.	Vnitřní, ale i vnější motivace.	Vnitřní motivace.
Cíle vzdělávání	Získávání znalostí a dovedností pro budoucnost a uplatnění na trhu práce. Směr: do budoucnosti („bude“).	Nejlépe návaznost na možnost bezprostředního praktického použití. Směr: do přítomnosti, resp. blízké budoucnosti („je“).	Integrace zážitků, zkušeností, dosažení moudrosti a vyrovnanosti. Směr: návrat do minulosti („bylo“).

Obrázek č. 1. Srovnání aspektů pedagogiky, andragogiky a geragogiky

(Zdroj: modifikace dle Knowlese, 1980)

Mezi další důležité zdroje geragogiky patří především vědy jako **psychologie, sociologie, filozofie**.

- **Psychologie** umožňuje aplikovat psychologické poznatky o osobnosti jedince, faktorech ovlivňujících psychický vývoj, o zvýšeném riziku psychických chorob a poruch ve stáří a možnostech jejich prevence, o možnostech podpory a pomoci pozitivního vývoje osobnosti seniora, o faktorech kognitivní výkonnosti ve starším věku a možnostech jejich ovlivňování žádoucím směrem, o významu motivace pro učení i ve starším věku a úspěšné psychické adaptace na stárnutí včetně determinujících faktorů. Kromě toho poskytuje psychologie geragogice klíčový pojmový aparát paměť, učení, motivace, komunikace aj. (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 23).
- **Sociologie** podle Livečky (1979, s. 20 - 29) disponuje rozsáhlým aparátem metod a technik empirického významu a tak nabízí poznání v oblasti společenských vztahů,

principů navozování a udržování mezigenerační solidarity, společenského vývoje a změn ve všech oblastech společenské praxe souvisejících se stárnutím společnosti. Právě vztahy jedince a společnosti, sociální role (a jejich změna) u stárnoucích a starých lidí, téma autority a prestiže seniorů a zvláště pak změn, k nimž dochází u stárnoucích a starých lidí ve struktuře a využívání volného času, jsou pro geragogiku zvlášť významné.

- **Filozofie** nabízí a předkládá poznatky ohledně smyslu života, významu životní zaměřenosti, vytváření hodnotové orientace člověka a významu životních hodnot, problematiky kvality života, problematiky morálky a etiky aplikované v každodenním životě, významu důstojnosti života i v etapě stáří (Špatenková, Smékalová, s. 24).

Čornaničová (1998, s. 127) upozorňuje na širší společenské vztahy geragogiky a jejich význam shrnuje do možnosti vnímat sénium ve spektru společenskovedního poznání a tím i blíže k objektivní realitě. Kromě psychologie, sociologie, filozofie, andragogiky, gerontologie, se také geragogika opírá o poznatky demografie, ekonomie, lékařských věd, práva.

1.4 Cíle geragogiky

Geragogiku je možno vymezit v užším či širším významu. Např. Martha Tyler John (1988, s. 156) používá pojem „geragogika“ (geragogy) pro popis veškerých procesů a aktivit podílejících se na stimulaci, aktivizaci a pomoci seniorům učit se.

Pichaud a Thareau (1998, s. 156) vymezují geragogiku v širším pojetí jako nauku o výchově ke stáří a ve stáří, pak **cílem** geragogických intervencí je adaptace seniora na:

- Involuční změny organismu,
- další snížení schopnosti a psychických výkonů,
- možnou postupně omezenou soběstačnost v základních potřebách,
- změnu životní role,
- umírání.

Konkrétně se může jednat o pomoc při vyrovnávání se s nejdůležitějšími životními změnami ve vyšším věku, ke kterým patří:

- Odchod do důchodu,
- odchod dospělých dětí z rodiny a narození vnoučat,
- biologické (fyzické) změny,
- změny v oblasti psychologického potenciálu a sociálních rolí,
- smrt partnera, blízkých lidí, přátel a vrstevníků a anticipace vlastní smrti,
- změna bydlení, přestěhování či institucionalizace (Pichaud, Thareau, 1998, s. 156).

Podle Špatenkové, Smékalové (2015, s. 25) lze uvedené životní události do jisté míry očekávat a nějakým způsobem se na ně připravit. Obtíže při překonávání těchto náročných životních změn se mohou projevit neurózami stáří, depresemi. Může se také objevit hostilita (nepřátelství, agrese), nebo naopak stažení do sebe, apatie, deprese, únik do závislosti – na druhých lidech, na práci, alkoholu či jiných drogách, útek do nemocnic apod. Každý z výše zmíněných bodů, může představovat pro seniora potenciální ohrožení, ale také určitou šanci na změnu. **Cílem geragogiky v nejširším slova smyslu, je tedy hledání (a nalézání) umění žít a stárnout.**

2 EDUKACE SENIORŮ

Pojem **edukace** je mnohem vhodnější než tradiční výraz „výchova a vzdělávání“. V andragogickém, resp. geragogickém významu pokrývá tento pojem všechny druhy formálního a neformálního vzdělávání včetně vzdělávání dospělých a seniorů (Průcha, Veteška, 2012, s. 85).

Podle Klevetové, Dlabajové (2008, s. 53 - 55), je oblast edukace seniorů neobyčejně široká a netvoří žádný jednotný a vzájemně provázaný systém. Může mít charakter neprofesního všeobecného seniorského vzdělávání. V tomto případě se jedná např. o výuku počítačové gramotnosti, cizích jazyků, trénování paměti apod. Stejně tak může mít i podobu inovace odborných znalostí a dovedností, kdy je cílem vzdělávání rozvoj nebo udržení kvalifikace s cílem dosáhnout (re)aktivizace seniorů.

Edukační aktivity pro seniory zahrnují tedy nejrůznější programy – od kurzů zaměřených na obnovu či prohloubení znalostí a dovedností pro setrvání či znovu zapojení se na trhu práce (**profesní vzdělávání**), přes rozvoj dovedností užitečných například pro dobrovolnické aktivity, až po kurzy zaměřené ryze na kultivaci a rozvoj osobnosti účastníků (**zájmové vzdělávání**) (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 38).

Čornaničová (2004, s. 92), poukazuje na to, že v současné době lze reflektovat vývojové trendy v rozšiřování chápání edukace seniorů a jejího poslání:

- **Edukace zaměřená na životní styl** (preseniorská edukace, program přípravy na stáří). Hlavní ideou je vyrovnání se se stářím jako součástí života, přijetí vstupu do důchodu jako výzvy, která může otevírat nové šance. Stáří a stárnutí se v programech zaměřených na zdravý životní styl, prezentuje jako přirozená součást života člověka, lidské ontogeneze. Stárnutí je přirozený, zákonitý a všeobecný jev, kterému podléhají všechny živé bytosti, tedy i člověk. Programy zdravého životního stylu by měli být zaměřeny na sociální, psychologická a biologická rizika adaptačního selhání a příprav stárnoucího jedince na biologické a psychosociální změny, které ho čekají, včetně konkrétní přípravy na stáří;
- **seniorská edukace**. Prosadilo se širší chápání poslání edukace seniorů a diferencované pojetí seniorů jako cílové věkové skupiny, edukace dospělých se specifickými potřebami a odlišným posláním;

- **„dobrá praxe“ v zaměstnání starších pracovníků (od 50 let).** Aktivní péče o starší pracovníky, udržení jejich profesní kvalifikace, ale i pracovní výkonnosti, aktivit směřujících k posílení zdraví a age management na pracovišti jsou nová témata vzdělávacích aktivit;
- **kvalita života v pokročilém stáří.** Edukačně-aktivizační, edukačně-rehabilitační a edukačně-ošetrovatelské programy a intervence zaměřené na udržení soběstačnosti, na neformální pomoc a podporu při řešení osobních, životních, zdravotních a rodinných problémů křehkých a zranitelných seniorů.

Například v roce 1985 byl pod vedením prof. Jaroslava Rybky a interní kliniky Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví lékařů a farmaceutů, zahájen celospolečenský zdravotnický diabetologický program, který funguje doposud (Kudlová, 2015, s. 14);

- **edukace ve prospěch sénia** (proseniorská edukace). Má široký transgenerační záběr zacílený na problematiku sénia, jeho společenskou podporu a mezigenerační porozumění, rodinnou a sociální podporu a péči. Jedná se o změnu od „postarejme se o seniory“ ve smyslu jejich odsunu do rezidenčních zařízení k „žijme se seniory“, protože jsou nedílnou součástí naší společnosti, naší komunity, naší rodiny (Čornaničová, 2004, 143 - 153).

Podle Mühlpachra a Staníčka (2001, s. 28) je edukace seniorů nezbytnou podmínkou orientace v rychle se měnícím světě. Prostřednictvím nových informací poskytuje seniorům možnost volby, jak si uspořádat vlastní život, jak být psychicky i fyzicky vyrovnanější a spokojenější. Učení a vzdělávání seniorům pomáhá také usnadnit orientaci v nových životních situacích, vyrovnat se ztrátami a znovu nalézt vlastní identitu.

2.1 Funkce edukace

Základní funkce edukace seniorů vymezil již Emil Livečka (1979, s. 233), který rozlišoval následující edukační funkce:

- **Funkce preventivní,** která pozitivně ovlivňuje kvalitu života seniorů a proces stárnutí, zejména se vztahuje především k výchově ke stáří a ve stáří a k přípravě na stáří,

- **funkci anticipační** související především s přípravou rozhodováním o budoucí životní situaci, například v souvislosti se změnami spojenými s odchodem do penze či organizací volného času,
- **funkci rehabilitační** týkající se udržení a rozvoje duševní aktivity seniorů,
- **funkci posilovací**, která je považována za nejvýznamnější. Má posilovat sociální integraci seniorů a týká se podpory jejich aktivního života (jejich zájmů, potřeb a schopností).

Podle Haškovcové (2010, s. 129) funkce edukace seniorů, můžeme také dělit podle jiných kategorií, například podle **primárního zaměření edukace** na některé osobnostní rysy účastníka vzdělávání:

- **Vzdělávací funkce** znamená získávání poznatků, informací, zkušeností, osvojování si dovedností,
- **kulturně-kultivační funkce** působící na rozvoj osobnosti v oblastech uměleckých, kulturních a pohybových,
- **sociálně-psychologická funkce** je oblastí sociálních vztahů, psychického rozvoje, cílené aktivity.

Petřková, Čornaničová (2004, s. 64 - 65) a Bočková (2000, s. 23) nám ukazují pro srovnání pohled **specifického zaměření edukace** v těchto kategoriích:

- **Preventivní funkce** - vzdělávací aktivity, které jsou prováděny v určitém předstihu a pozitivně ovlivňují průběh stárnutí a kvalitu života ve stáří,
- **anticipační funkce** - pozitivní připravenost na změny ve stylu života, hlavně při odchodu do důchodu,
- **rehabilitační funkce** - znovuobnovování a udržování fyzických a duševních sil, zachování praktické soběstačnosti,
- **posilování (stimulační, kultivační) funkce** – rozvoj a kultivace zájmů, potřeb a schopností seniora,
- **kompenzační funkce** – vzdělávací aktivity kompenzující úbytek sociálních kontaktů,
- **aktivizační funkce** – začlenění do současné společnosti,
- **komunikační funkce** – komunikace s okolím, a tak i s celou společností,
- **relaxační funkce** – plnohodnotné kultivované trávení volného času vedoucí k vnitřní harmonii člověka,

- **funkce mezigeneračního porozumění** – prohloubení porozumění mezi generacemi a prevence řešení mezigeneračního napětí.

Edukační aktivity mohou být pro seniory jedním z nejvýznamnějších způsobů v hledání životních hodnot a kvality života. V současné době samotní senioři očekávají od svého života v důchodovém věku mnohem více než v minulosti. S přibývajícím věkem se mění jejich životní hodnoty, očekávání. Nová životní situace, která nastává odchodem do důchodu, je pro většinu seniorů výzva a prostor k seberealizaci, sebeuplatnění a sebeaktualizaci. Čas na věci a zážitky, které byl nucen mnohdy během produktivního věku odkládat.

2.2 Specifické metody edukace seniorů

Při edukaci seniorů je tedy nutné respektovat specifika, která vycházejí ze zdravotního a sociálního hlediska starších lidí a také jejich motivace. Důležité je respektovat specifické věkové kategorie, mezi které patří příprava na důchod, „začínající“ důchodci, starší lidé a staří lidé. Poznáním zájmů a možností daných věkových kategorií můžeme určit jejich zájem a možnosti. Jak člověk stárne, přesouvá se zájem vzdělání z poznatkové oblasti do zdravotní, sociální a emoční. Také je nutné brát ohled na větší zatížení organismu a to jak v biologické tak, i psychologické stránce (Palán, 2003, s. 173).

Specifické metody vzdělávání seniorů se dělí na **teoretické metody** (přednášky se seniory), **teoreticko-praktické metody** (diskuze), **metody řešení v malých skupinách** a **praktické metody** (výcvik), (Mužík, 2004, s. 69 - 70).

- **Metody teoretické** se používají při předávání teoretických poznatků. Senioři se pomocí této metody učí novým poznatkům, obnovují a doplňují své vědomosti (Mužík, 2004, s. 69 - 70),
- **teoreticko-praktické metody** se zaměřují především na výcvik mentálních dovedností, sbírání informací (Mužík, 2004, s. 70),
- **metody praktické zahrnují praktický výcvik**, který seniorům pomáhá v uplatnění jejich dovedností a návyků (Mužík, 2004, s. 70).

Metody zaměřené na poznání problémů:

- **Metoda přednášení** patří mezi nejběžnější a nejtradičnější metodu. Spočívá v tom, že menší či větší skupině přednášíme pomocí systematického výkladu téma, které chceme probírat,
- **metoda cvičení a seminářů** více rozvíjí schopnost a dovednosti. Dochází zde k vzájemné interakci lektora a seniora,
- **diskusní metody** - používáme ji při řešení problémů ve skupině. Od jedince se očekává kooperativní činnost, při které přispívá do diskuze svými názory a zkušenostmi. (Mužík, 2004, s. 72 - 74).

Podle Mühlpachra (2004, s. 37) je nezbytný důsledně individuální přístup respektující a ctící v každém člověku až do nejvyššího věku, jeho neopakovatelnou jedinečnost.

Komunikace se seniory

Se seniory vždy komunikujeme s partnerským a nediskriminujícím přístupem. Starší jedinec by se měl cítit jako rovnoprávný a rovnocenný partner. Měli bychom používat pomalejší tempo řeči, aby nám lidé seniorského věku dobře rozuměli a pochopili obsah sdělení. Důležitá je také dobrá artikulace a přiměřená hlasitost naší řeči. Osoby ve starším věku mají problémy porozumět některým novějším výrazům, protože používají odlišný slovník než dnešní generace. Na to bychom měli myslet a používat novější výrazy jen zřídka. Pro seniory, kteří již mají vyšší věk, nebo jsou osamělí, je velice důležitá také komunikace dotyky, kterou pokládají za projev náklonnosti a porozumění. Jednou z velmi důležitých věcí je aktivně naslouchat seniorům, kteří se chtějí podělit o své vzpomínky a přispět mladší generaci svými radami a zkušenostmi (Slowík, 2010, s. 148 - 150).

Při práci se seniory musíme pamatovat na to, že mají jiný kulturní a společenský kontext a také na to, že velké množství seniorů je věřících. Mnoho seniorů svým rodičům ještě vykalo a nejsou zvyklí používat vulgarismy. Naopak nás může překvapit situace, kdy senior ve vyšším věku používá nadávky a překračuje společenské hranice. Starší lidé mluví pomaleji, a proto je důležité dát jim dostatek času na promyšlení odpovědi (Venglářová, 2007, s. 74).

Při komunikaci se seniorem respektujeme seniora a oslovujeme jej jeho jménem po případě i titulem. Se starým člověkem nemluvíme jako s dítětem a chráníme důstojnost seniora. Také bychom měli taktně si ověřovat bariéry, které seniorovi brání v komunikaci. Aby byla naše komunikace se staršími lidmi snadnější, měli bychom se zdržovat v jeho zorném

poli, udržovat oční kontakt a mluvit srozumitelně. Na seniory nezvyšujeme zbytečně hlas. Svou pomoc vždy nabízíme, nikdy se nesmíme starším lidem vnucovat (Špatenková, Králová, 2009, s. 77).

Bariéry při komunikaci s lidmi seniorského věku

Můžeme mezi ně zařadit bariéry na straně seniora, který nechce komunikovat a má v nás nedůvěru. Většina seniorů komunikuje otevřeně, kdy je možno navázat pouto mezi seniorem a pracovníky. Poté se podaří i rozhovor na vážnější téma. Další z bariér může být zábrana na straně pracovníka, kdy může mít i on zábrany v komunikaci. Většinou je to strach komunikovat o závažnějších tématech jako je umírání, smrt, nevyléčitelné choroby. Také to může být problém s konkrétním seniorem, špatná zkušenost z předchozích rozhovorů a nedostatek času. Komunikační dovednosti se dají získat a rozšířit. Mezi poslední bariéru můžeme zařadit hlučné prostředí bez soukromí. Také můžeme zařadit specifické bariéry seniorského věku, které se týkají fyzických a psychických obtíží jako je nedoslýchavost, špatný zrak, poruchy řeči a demence (Venglářová, 2007, s. 74 - 76).

2.3 Edukace seniorů jako prostředek a/nebo cíl

Edukace seniorů může být sama o sobě považována za prostředek a/nebo cíl. Pokud je považována za **prostředek**, je vzdělávání seniorů nástrojem pro sociální účely, například pro setrvání na trhu práce, zlepšení pracovního uplatnění, získání nějaké sociální role, zvýšení fyzického či psychického zdraví v rámci určité vybrané populace, informovanost spotřebitele, zvýšení funkční gramotnosti apod. Pokud je považována za **cíl samotný**, je vzdělávání seniorů nástrojem rozvoje lidského potenciálu a přenosu kultury, například učení po učení, zajištění kulturní kontinuity, zvýšení psychické a fyzické pohody v rámci obecného konceptu volného času a rozvoj celoživotního učení (Verner, Booth, 1964, s. 118).

Podle Cremina (1976, s. 57 - 70) je vzdělávání seniorů **prostředkem** uplatňovaným v oblasti sociální politiky, rozvoji lidských zdrojů, ve vzdělávání spotřebitele nebo při vzdělávání zaměstnanců. Edukace seniorů se začala uplatňovat také jako součást zdravotnické politiky. Ať už je vzdělávání **prostředkem** nebo **cílem**, není vzdělávání seniorů všeobecně přijímaným konceptem, nebo dokonce samozřejmostí. Sociální

potřebnost celoživotního učení je sice všeobecně uznávaná, nicméně toto uznání má v praxi spíše podporu deklarativní, než podporu konkrétní finanční podpory, pobídky, dotace či grantu. V kontextu stárnutí populace je ale celoživotní vzdělávání nutností. Jinak se nejen senioři, ale i samotná společnost dostanou do problémů. Vědění se stále rozšiřuje a technologie jsou stále složitější. Přechod k informační nebo učící se společnosti znamená, že učení musí zahrnovat informace a dovednosti o tom, co vědět, jak to hledat, jak to vědět, jak se učit o učení a jak se přizpůsobovat změnám. Vzdělávání jako sociální působení ve všech svých formách, je pak nejen **prostředkem**, ale i **cílem**.

2.4 Edukace pacientů seniorů v péči o jejich zdraví

Ve zdravotnictví a ošetrovatelství znamená edukace výchovu nemocného k samostatnější péči o vlastní onemocnění, při které přebírá větší část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe. Pacient by si měl, kromě získání nových informací, jejich pochopení a aplikaci ve svém životě, osvojit určité dovednosti jak v činnosti teoretické (např. poznat svoji nemoc), tak v činnosti praktické (např. aplikace léčebných úkonů, realizace zdravého způsobu života) a získat nové návyky. Edukace zároveň slouží ke zlepšení spolupráce pacienta se zdravotnickým týmem (Prosestry.cz, 2017).

Podle Svěrákové (1982, s. 25) úspěch komunikace v rámci zdravotní péče ovlivňuje z velké míry osobnost pacienta. Závěry sociologických šetření pomohly definovat soubor vlastností, které s největší pravděpodobností umožní jedinci úspěšný a šťastný život, v povědomí odborníků známá tzv. „velká pětka – big five“. Těchto pět základních osobnostních rysů, které je přínosné kultivovat i na poli edukace:

- Extroverze,
- přívětivost,
- svědomitost,
- emoční stabilita,
- intelekt kultura a otevřenost – přístup ke vzdělávání a získávání zkušeností.

Svěráková (1982, s. 25) dále zmiňuje, že výchovné a vzdělávací působení by mělo být zaměřeno na utváření uvedených vlastností a osobnostních rysů. Problém vidí v náročnosti úkolu zdravotníka-edukátora v interakci s osobností pacienta. „Pět pohromadě“ nemá automaticky každý a nemůžeme je tedy očekávat u osoby aktuálně, či chronicky

hendikepované stavem vlastního zdraví. Přítomnost „big-five“ u obou stran dialogu edukace je ideálem, ne však všední realitou. Pokud je nemůžeme pro jejich deficit pěstovat, můžeme se pokusit je jako dílčí cíl navrhnout a hledat – tedy utvářet. Přesto je společná cesta možná, důležitou roli ve spolupráci při edukačním procesu hraje **motivace** – a to opět oboustranná, pacient by měl být získán ke spolupráci na udržení či návratu vlastního zdraví, a to zdravotníkem, kterému opravdu není lhostejné, jak to dopadne. Pro volbu vhodných argumentů a volby strategie edukačního procesu je důležité prvotní posouzení osobnosti pacienta, a to v širší ukazatelů, jakými jsou jeho věk, vzdělání, žebříček hodnot, společenské postavení atd.

Psychologové Mareš a Vachková (2009, s. 22), odborníci z oblasti medicíny, zabývající se pohledem na zdravotní péči ze strany hovoří o „subjektivní teorii pacientů“ jako o kognitivním konstrukt, který, tak či tak nahlížen, umožňuje člověku, který se stal pacientem, „zvládat“ proces péče o vlastní zdraví. Důležitou kategorií v subjektivní teorii je pacientovo pojetí nemoci. Tímto termínem čeští autoři nahrazují obtížně srozumitelný přejatý výraz „mentální reprezentace“, který zahrnuje kognitivní, konativní, afektivní schopnosti a jednání pacienta v souvislosti s prožíváním jeho zdravotního stavu. Domnívají se, že v této souvislosti i pacientovo pojetí zdraví je důležitým a vlastně prvotním aspektem, jak se vyrovnat s jeho případným narušením, nebo i ztrátou.

Mareš a Vachková (2009 s. 22) dále vidí jako zásadní pro cílenou edukaci a reedukaci pacienta a pro účinné ošetřování a léčbu schopnost zdravotníků, při hlubším porozumění pacientově mentální reprezentaci nemoci, predikovat takové názory, které jsou hrozbou pro příznivý vývoj, pro poskytované služby a pro sociální situaci pacienta, nebo zda jsou naopak schopni identifikovat takové názory pacienta, které jsou příznivé pro léčbu, posilují pacientovu spolupráci a snahu dodržovat léčebný režim.

Úspěch **edukačních aktivit** zdravotníků u dospělých pacientů a seniorů zvláště, závisí primárně na schopnosti zdravotníka získat dotyčného pacienta pro participaci na procesu budování (udržení) jeho vlastního zdraví. Tento první (a pro trasu cesty zásadní) krok nelze vynechat a bez něj se (logicky) cesta ubírá odlišným směrem. Formální i obsahové stránky procesu při tom mohou být plněny (a evidovány), ale bez vnitřní změny struktury motivace. Odborníci z oblasti androdidaktiky pojmenovávají tento předpoklad úspěchu vnitřními pohnutkami. Dospělý člověk si uvědomuje objektivní požadavky na své vědomosti, dovednosti, či návyky a stupeň tohoto uvědomění ovlivňuje jeho zainteresovanost na jejich prohlubování a rozvoji (Mužík, 2004, s. 27).

Tyto děje musí být podmíněné komplementární investicí ze strany edukátora, jinak nevedou k cíli, kterým je v tomto případě vědomí odpovědnosti za své vlastní zdraví a od toho odvislé jednání. Během procesu edukace je třeba myslet nejen na faktory, které působí v zájmu pacienta, ale i na mnohé protisíly (špatné návyky, nedostatečná motivace, pesimistické ladění). U vědomí jejich možné existence lze jejich rušivé vlivy eliminovat, případně transformovat ku prospěchu věci (Otsu, Moryiama, 2011, s. 140 - 152).

Koukolík (2009, s. 61) nám připomíná, jak pacient vnímá palčivější problémy, které více ovlivňují jeho každodenní život a jeho kvalitu. Lékař se zaměřuje více na medicínské problémy a rizikové faktory. Benefit procesu vyjednání je ve zviditelnění stanoviska druhého. Shoda v záměru jednání je také etickým požadavkem pro sdílení rozhodnutí a rozhodnutí o individuálních prioritách. Dalším spolupůsobícím mechanismem, který musíme brát v úvahu je, konflikt mezi strachem (dlouhodobým) a požitkem (okamžitým). Vzdělání a zkušenost v tomto duchovním boji, hraje minimální úlohu. Znalost souboru charakteristik, které tvoří výjimečnou osobnost každého z nás, by měla být základním stavebním kamenem budování plánu edukace „šitého na míru“ konkrétnímu pacientovi. Rozhodnutí pro určitou strategii řešení konfliktu v našich životech hrají **emoce**. **Kladné emoce** zvyšují pocit, že další události budou spíše příznivé. Rovněž způsobí, že jejich nositelé podceňují pravděpodobnost výskytu nepříznivých událostí. **Záporné emoce** naproti tomu zužují pozornost, jejich nositelé vyhledávají při řešení problémů méně alternativ.

Velký řecký filozof Aristoteles řekl: “Podstatou každé věci je její účel“ (Aristoteles, 2008, s. 120). Účelem edukace je - nejen- přivést pacienta tam, kde je to pro něj dobré – nejlepší z možného, ale i tak, aby znal cestu, která tam vede a toho, kdo jej doprovází. Teprve takové zajištění podmínek společné práce zajistí bezpečné a tvůrčí prostředí pro (oba) zúčastněné. Míru znalostí ale vždy určuje pacient, dnes již nejen prakticky, ale i teoreticky (právo být informován srozumitelně a právo informaci odmítnout). Vzdělávací složku edukace není možné realizovat bez složky výchovné, pro obojí je důležité navázání kontaktu mezi tím, kdo vzdělává a vychovává a tím, kdo se (v případě pacientů seniorů) nechá vést. Kvalita takového kontaktu závisí na různě ovlivnitelných okolnostech, avšak její podstatou je ochota obou aktérů ke vztahu – totiž emocionální investici jako prvotního vkladu a podmínky úspěchu (Pelcová, 2010, s. 264).

2.5 Péče o seniory ve zdravotnickém zařízení

Nemocnice a pobyt v ní, tedy hospitalizace, znamená pro seniora další nepříjemné prožitky. Starý pacient je ještě mnohem více, nežli člověk nižšího věku chápán jako neschopný a závislý na péči druhých, neschopný sám o sobě rozhodovat.

Umístění do nemocnice je seniory chápáno jako přechodné, vytváří naději návratu (někdy bohužel marnou) (Kopecká, 2011, s. 175).

Seniorům, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici, věnuje nemocniční personál v současnosti mnohem více pozornosti, než tomu bylo dříve. Mezi nejdůležitější úkoly, nemocničního personálu například patří:

Dohled nad užíváním všech léků

- Starší lidé často užívají celou řadu léků, ke kterým při pobytu v nemocnici přibudou další. Nemocniční personál dohlíží na to, aby každý pacient včas dostal své léky – musí ale přesně znát druh a dávkování léků, které pacient doma normálně užívá (Výživa v nemocnici, 2017).

Sledování psychického stavu pacienta

- Vynucená nečinnost v nemocnici se často negativně podepisuje na psychickém stavu starších pacientů. Je tedy nutné průběžně zjišťovat, jak se pacient cítí dobře a zda nestrádá. Pokud se i přes všechnu péči pacientův psychický stav zhorší, je možné zavolat nemocničního psychologa, nebo psychiatra, který s pacientem odborně pohovoří a pomůže mu, pokud je to možné, ulehčit nebo i vyřešit nežádoucí situaci (Výživa v nemocnici, 2017).

Udržování seniora v pohybu

- Psychická aktivita jde ruku v ruce s aktivitou fyzickou. Čím více se pacient za svého pobytu v nemocnici pohybuje, tím snáze se po propuštění vrací do běžného života. Pohyb pomáhá zabránit vzniku proleženin a svalové atrofii a také příznivě ovlivňuje psychický stav. Pokud je to možné, personál pomáhá pacientům alespoň se usadit do křesla, těm zdatnějším, vyjít alespoň na chodbu nebo se projít po pokoji. Každý i malý pohyb se u starého člověka počítá. Pokud je to nutné, přichází pracovník z rehabilitačního oddělení, které je součástí nemocnice a pomáhá personálu s aktivizací pacienta (Výživa v nemocnici, 2017).

Zabraňování v podvýživě pacienta seniora

- Není pochyb o tom, že pacienti v nemocnici dostávají dostatek jídla s patřičným obsahem kalorií. Nemocniční personál dohlíží na to, zda jídlo skutečně snědí. Problémem může být nedostatek času na jídlo, nechutenství způsobené nemocničním prostředím nebo zhoršená schopnost sebeobsluhy. Nemocniční personál pomáhá pacientovi s jídlem, může mu také pravidelně podávat přípravky tekuté výživy, které jsou obvykle chutné, dobře stravitelné a pacient je může pomalu upíjet v průběhu celého dne. S problémy se stravováním seniorů pomáhá v nemocnici nutriční terapeut (Výživa v nemocnici, 2017).

Mezi další a velmi podstatnou službu, kterou jsou nemocnice v současnosti mimo jiné seniorům také schopni nabídnout a zajistit jim tím kvalitní a komplexní péči, jsou Centra klinické gerontologie. **Centrum klinické gerontologie** je pracovištěm, které má lůžkovou a ambulantní část. Zajišťuje komplexní péči o geriatrického pacienta od akutní péče, následné péče s rehabilitací a ošetrovatelské péče. Délka hospitalizace v centru klinické gerontologie je dána zdravotním stavem pacienta a potřebou odborné lékařské a ošetrovatelské péče. Po stabilizaci zdravotního stavu a dosažení nejvyšší možné mobilizace pacienta, je možné propuštění do ambulantní péče. Oddělení pořádá také pravidelné edukační kurzy. Tyto vzdělávací kurzy jsou určeny pro veřejnost, osoby poskytující laickou ošetrovatelskou péči závislému či nesoběstačnému pacientovi v domácím prostředí. Součástí jsou i ukázky základních ošetrovatelských rehabilitačních postupů a poučení o vhodných zdravotních pomůckách (KNTB, a. s., 2017).

Zařízení zřizovaná pro pomoc seniorům

- Pečovatelská služba,
- denní (týdenní) stacionáře,
- penziony, Domovy důchodců, Domy s pečovatelskou službou,
- o částečně nesoběstačné (pokud se nemůže starat rodina, přebírají péči lůžková zařízení, LDN, tzv. lůžka následné péče, ošetrovatelská lůžka a sociální hospitalizace x Charita, Agentura domácí péče) (Prosestry.cz, 2017).

3 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ JAKO FYZIOLOGICKÝ PROCES

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti. Stárnutí s sebou nevyhnutelně přináší řadu zásadních změn, především mezi ně patří horšící se fyzický stav, ztráta duševní svěžesti, ztráta autonomie, neschopnost přizpůsobit se rychlým změnám, nástup do penze a větší problémy s řešením neznámých věcí.

Charakteristika stárnutí a stáří

Období stárnutí a stáří, je všeobecně pojímáno a chápáno negativně, s obavami. Jsou očekávány problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím a ztráta možnosti seberealizace. Obavy a negativní očekávání vedou také ke strachu z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu především při nesoběstačnosti. Tyto obavy nejsou zcela opodstatněné, protože při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nedochází automaticky a vždy k popsáným problémům. Závisí tedy na konkrétním průběhu stárnutí (Malíková, 2011, s. 15).

3.1 Starý člověk

„Starý člověk“ je pojem, který označuje člověka ve stáří. V souvislosti s negativním image stáří je to však pojmenování poněkud problematické. Být starý rozhodně není důvodem k hrdosti. Stáří není respektovaným zdrojem důstojnosti člověka. Spíše naopak. Prakticky pro všechny věkové kategorie se stáří stalo příčinou rozpaků a určitým zdrojem pocitu ohrožení (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 48).

Podle Haškovcové (2010, s. 265) dosažení věku pro přiznání důchodu není samo o sobě důvodem pro to, aby byl někdo považován za starého, nicméně v běžném životě je za starého člověka považován každý, kdo dosáhl důchodového věku.

Pokud vyjdeme ze Světové zdravotnické organizace (WHO), která doporučila dohodu o tzv. věkové kategorizaci opírající se o patnáctileté periody lidského života, je možné rozlišovat:

- 45-59 let jako střední věk
- 60-74 let jako vyšší neboli starší věk

- 75-89 let jako pravé stáří, sénium
- 90 a více let jako dlouhověkost

3.2 Senior

Jak jsme již zjistili, je velmi těžké vymezit pojem stáří. S tím samozřejmě vyvstává otázka, jak budeme tedy nazývat člověka v tomto období jeho života. Podle Šipra (1997, s. 10) se lidé snaží vyhýbat slovu starý člověk a raději používají jiné pojmy. Termíny přestárlý, dříve narození, o kterých se Šipr ve své práci zmiňuje, nejsou vhodným označením. Vždyť „*člověk nikdy neztrácí smysl své existence, nikdy není přestárlý*“ (Šipr, 1997, s. 10). Druhý termín „dříve narození“ může navozovat představu, že se člověk narodil předčasně a byl tedy snad nedonošený (Šipr, 1997, s. 11).

„Na Světovém shromáždění o stárnutí ve Vídni v roce 1982 doporučovali místo slova „starý“ (aged) používat označení „stárnoucí“ (aging). U nás byl navržen termín „letitý“, který si nikdo nemůže vykládat špatně.“ (Šipr, 1997, s. 11).

Seniorské období tedy členíme na rané stáří, vlastní stáří a dlouhověkost:

- 60 – 74 let rané stáří (starší věk) - hovoříme o těchto starších lidech jako o **mladých seniorech**,
- 75 – 89 let vlastní stáří - jsou starší lidé označováni jako **staří senioři**,
- 90 a více let dlouhověkost- používáme spojení **velmi staří senioři** (Kalvach a kolektiv, 2004, s. 47).

Různé odborné literatury však pro toto období lidského života používají také různá označení. Například z ekonomické literatury byl pro toto seniorského období přejat pojem „postproduktivní věk“, z literatury sociologické to je termín „ekonomicky postaktivní věk“, dále se také vžilo spojení „třetí věk“ (srov. Petřková, Čornaničová, 2004, s. 92).

3.3 Stárnutí

Rozlišují se dva typy stárnutí: stárnutí fyziologické a patologické.

- **Fyziologické stárnutí** – Probíhá přirozeně, tvoří normální součást života jedince. Jde o zákonitou epochu ontogeneze, tj. vývoje jedince od oplození až po zánik (Vokurka, Hugo, 1998, s. 318).
- **Patologické stárnutí** – Může se projevovat několika různými způsoby: např. předčasným stárnutím, či nepoměrem mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy kalendářní věk je nižší, než věk funkční. Patologické stárnutí se mj. projevuje sníženou soběstačností (Malíková, 2011 s. 14).

Definice stárnutí

Stárnutí je přirozený, zákonitý jev typický pro všechny živé organismy. Je to nevyhnutelný proces, který je nedílnou součástí životního cyklu člověka. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 368) vymezují stárnutí jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonností jedince, a které kulminují ve stáří a následně ve smrti.

Stárnutí je zákonitou součástí ontogeneze jedince. Dlouhověcí lidé prakticky demonstrují, že je třeba rozlišit fyziologický a patologický typ stáří. Fyziologické stárnutí je specifický, dlouhodobě nakódovaný biologický proces funkčních změn, k nimž dochází u dospělého člověka v závislosti na postupujícím věku. Nejedná se tedy o chorobný stav, ale o pokles funkcí (Trojan a kolektiv, 2003, s. 731).

Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická (Topinková, Neuwirth, 1993, s. 13).

3.4 Stáří

Stáří je životní fáze člověka ohraničená dvěma časovými body. Horní věková hranice stáří je ostře vymezena smrtí. Spodní věková hranice je rozmazána tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně. Teprve úhrn těchto jevů a procesů tvoří stáří. Každý z jevů a procesů tvořících stáří, má svůj vlastní čas a věk, v němž začne

v životě člověka působit. Tato individuálnost je provázena a posilována jedinečností každého jedince (Sak, Kolesárová, 2012, s. 14).

Definice stáří

Stáří je zákonitým a dovršujícím procesem vývoje člověka (Bartko, 1984, s. 372, cit. dle Jarošová, 2006, s. 9).

Stáří je přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku (Haškovcová, 1990, s. 58).

Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti. Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje a starý člověk si tak nemůže své základní potřeby plně saturovat sám, což vede ke zvýšení závislosti na jiných lidech a mnohdy k nucené změně (Mühlpachr. 2014, s. 39).

Jevy a procesy tvořící stáří a stárnutí

Časová diferenciace nástupu jevů a procesů tvořících **stáří a stárnutí** vzniká na základě genetické zvláštnosti jedince, jehož životní historie, ale také v důsledku společenských a kulturních faktorů. Patří sem životní styl, zdravotní a sociální systém, kvalita životního prostředí, hodnotový systém, charakter práce a celá pracovní oblast. Podle toho, jak se vyvíjí a proměňuje společnost, mění se také stáří a jeho atributy (Sak, Kolesárová, 2012, s. 14).

Můžeme rovněž pozorovat **generační podobu stáří**. Každá generace má svou podobu stáří a tyto generační podoby stáří jsou tím odlišnější, čím žila generace v dynamičtější společnosti, v dynamičtější době. Porovnáme-li seniory před sto lety a dnešní seniory, vidíme zcela odlišné stáří. Především by dnešní senioři před sto lety ve svém věku již většinou nežili, protože střední délka života byla o třicet let nižší. Dnešní senioři a senioři počátku 20. století by vypadali jinak, a to nejen oblečením, ale také jejich životní styl by byl odlišný (Sak, Kolesárová, 2012, s. 14).

Současné stáří je modelováno společností, která adoruje mládí a jeho atributy. Krása člověka se redukuje na krásu vzhledu a těla. Estetickou normou se stává nejen mladé tělo, ale uměle vytvořené pomocí specializovaných strojů a modelování jednotlivých svalů, plastických zákroků, kosmetických přípravků, každodenní výtvarné aktivity jedinců,

zvláště žen před zrcadlem. K tomu všemu se přidává obal - design (oblečení), který se ustavičně záměrně a účelově mění (móda), aby jedinec byl stále ve střehu a aktivně měnil svůj obal, čímž prokazuje svou mladistvost a to, že je „in“. V takto zdeformovaném světě působí stáří a senior, jako něco nepatřičného, téměř neslušného (Sak, Kolesárová, 2012, s. 15).

Jevy a procesy, které naplňují stáří, nemají pouze biologický charakter, ale také psychický, kulturní a sociální. Problematika stáří a stárnutí není jen tématem biologie a medicíny, ale také psychologie a sociologie. Staří a senioři jsou proto předmětem multidisciplinárního a interdisciplinárního zkoumání (Sak, Kolesárová, 2012, s. 16).

3.5 Změny provázející stáří

Podle Hrozenské a Dvořákové (2013, s. 31) provázejí stárnutí změny morfologické a funkční. Všeobecně lze říci, že změna struktury má za následek změnu funkce. S přibývajícím věkem člověka podléhají orgány jeho těla různým změnám na úrovni buněk a tkání. Změny, které se v lidském organismu vyskytují v závislosti na zvyšující se věk jedince, je možné porovnat a rozdělit jako:

- **Primární stárnutí** – tělesné změny stárnoucího organismu,
- **sekundární stárnutí** – změny, které se ve stáří objevují častěji, ale nejsou jeho nutným průvodním znakem,
- **terciární stárnutí** – prudký a nápadný tělesný úpadek, bezprostředně předcházející smrti.

Tělesné změny:

- Změny vzhledu,
- úbytek svalové hmoty,
- změny termoregulace,
- změny činnosti smyslů,
- degenerativní změny smyslů,
- kardiopulmonální změny,
- změny v trávicím systému,
- změny vylučování moči,

- změny sexuální aktivity.

Psychické změny:

- Zhoršení paměti,
- problematičtější osvojování si nového,
- nedůvěřivost,
- snížená sebedůvěra,
- sugestibilita,
- emoční labilita,
- změny vnímání,
- zhoršení úsudku.

Sociální změny:

- Odchod do důchodu,
- změna životního stylu,
- ztráta blízkých lidí,
- osamělost,
- finanční problémy.

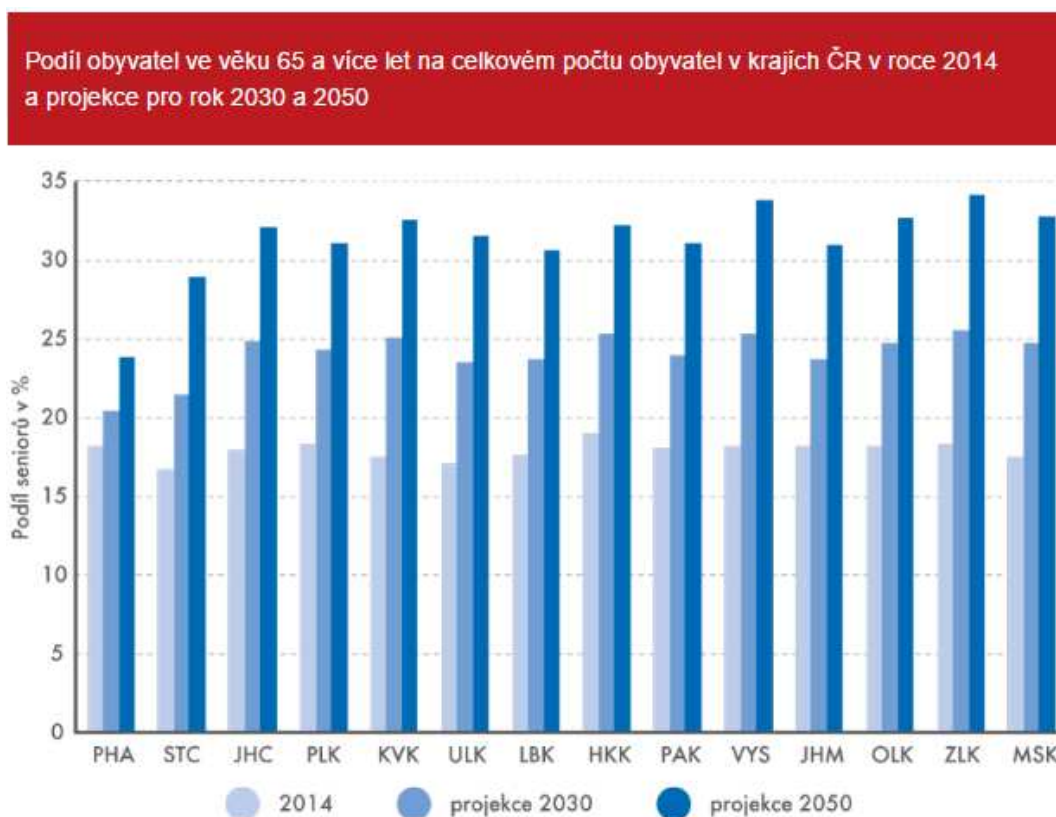
Demografické změny ve stárnutí obyvatel v České republice

V uplynulém desetiletí se počet seniorů (obyvatel ve věku 65 a více let) zvyšoval také ve všech krajích České republiky. Intenzita růstu však byla rozdílná. K největšímu zvýšení došlo v Karlovarském kraji. Nejnižší nárůst byl zaznamenán v hlavním městě Praze a ve Středočeském kraji (Statistika & my, 2016).

Podíl seniorů na celkovém počtu obyvatel se na konci roku 2014 pohyboval od 16,7 % ve Středočeském kraji po 19,0 % v kraji Královéhradeckém. V uplynulém desetiletí se počet obyvatel, kteří dosáhli seniorského věku, zvyšoval ve všech krajích, intenzita tohoto růstu však byla rozdílná. K největšímu zvýšení od roku 2005 došlo v Karlovarském kraji (nárůst o 4,6 procentních bodů), následovaly sousední kraje Ústecký a Liberecký. Nejnižší nárůst byl zaznamenán v hlavním městě Praze a ve Středočeském kraji. Ve Středočeském kraji dokonce nastal ve dvou správních obvodech obcí s rozšířenou působností (Lysá nad Labem a Brandýs nad Labem – Stará Boleslav) výjimečný pokles

podílu nejstarších obyvatel. Došlo k tomu vlivem procesu suburbanizace, kdy se na toto území přistěhovaly mladší ročníky obyvatel, především z Prahy (Statistika & my, 2016).

Středočeský kraj má celkově oproti ostatním krajům odlišné postavení. Je charakterizován nejmenším zastoupením obyvatel ve věku 65 a více let, nejnižším průměrným věkem (40,7 let) a byl na konci roku 2014 jediným krajem, ve kterém počet dětí 0–14letých převyšoval počet osob starších 65 let. Index stáří, který poměruje počet seniorů na 100 dětí, zde dosáhl úrovně 99,6. Naopak nejvyšší index stáří byl zaznamenán v kraji Královéhradeckém, Zlínském či hl. m. Praze, kde na 100 dětí ve věku do 14 let připadalo 126 seniorů. Kraje Královéhradecký a Zlínský, se zároveň vyznačovaly nejvyšším průměrným věkem obyvatel. Nejvyšší podíl obyvatel v nejstarší věkové kategorii nad 85 let byl zjištěn v hl. m. Praze, kde tito obyvatelé zaujímali 2,1 % z celkové populace (Statistika & my, 2016).



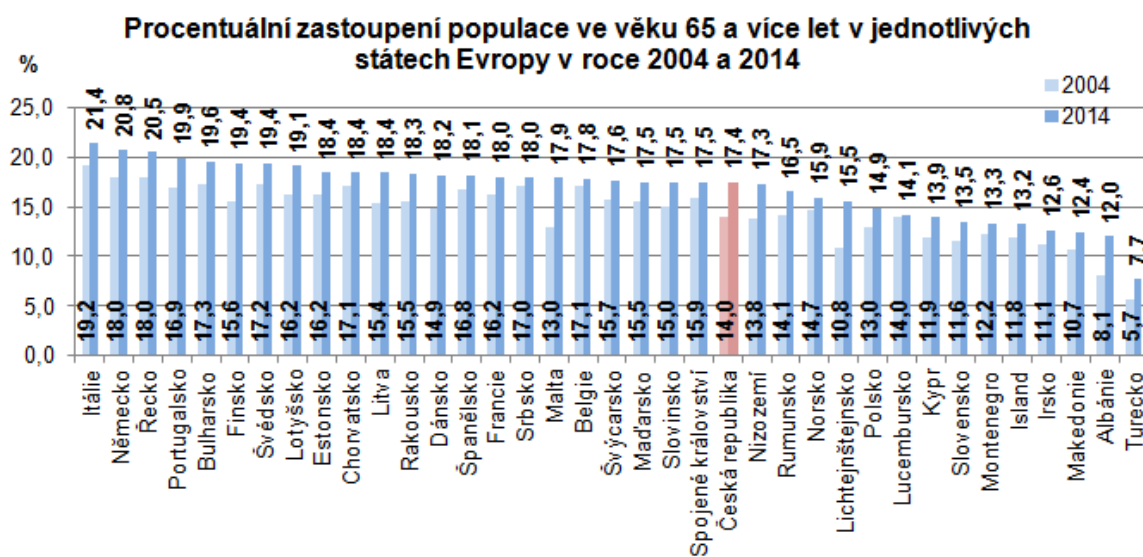
Obrázek č. 2. Podíl obyvatel ve věku 65 let

(zdroj: ČSÚ (<http://www.statistikaamy.cz/2016/01/senioru-pribylo-nejvice-na-karlovarsku>))

Proces stárnutí populace probíhá také na celosvětové úrovni, nejrychleji pak v Evropě, kde se podíl osob starších 60 let zvýší na celých 35 % v roce 2050. Tento trend se nevyhne ani České republice. Podle projekce Českého statistického úřadu, bude u nás v roce 2020

dokonce 28 % seniorů, což představuje téměř třetinu obyvatelstva. Největší nárůst počtu seniorů se pak očekává v kategorii dlouhověkých, tedy těch nejstarších. Odhaduje se, že v roce 2050 u nás bude žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let (Projekce obyvatelstva České republiky 2013, s. 6).

Graf ČSÚ nám ukazuje, jaké bylo například v letech 2004 a 2014 procentuální zastoupení obyvatel ve věku 65 a více (ČSÚ, 2016).



Obrázek č. 3. Zastoupení obyvatel ve věku nad 65 let ve státech Evropy

(zdroj: ČSÚ (<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>))

Evropa jako celek tedy stárnout bude. Všechny státy se budou muset vyrovnat s tím, že aby zvyšující se postproduktivní složku obyvatelstva nějak užívaly, budou muset více lákat migranty a také se snažit udržet seniory na trhu práce co nejdéle. Bude nutné také podporovat vlastní iniciativu v zabezpečení se na stáří. Na problematiku stárnutí poukazují odborníci nebo demografové už mnoho let. Vlastně všechny iniciativy různých evropských a nadnárodních institucí jsou poměrně nové, takže teprve v nedávné době se začala nějaká ta politická opatření vytvářet (Statistika & my, 2017).

Nárůst podílu seniorů v České republice přinášeli v minulosti především tzv. silné poválečné ročníky narozené po druhé světové válce, v zahraniční literatuře označován jako „baby-boomers“, který se opakoval zhruba mezi lety 1969-1975, jeho výsledkem jsou tzv. Husákovy děti, tedy kohorty dětí silných ročníků (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014).

4 ZMĚNY KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ VE STÁŘÍ

Definice kognitivních funkcí zahrnují procesy, pomocí nichž jedinec přijímá, vnímá, ukládá, znovu vybavuje a užívá informace. Kognitivní neboli poznávací funkce jsou tedy ty funkce, které umožňují výběr a zpracování informací tak, abychom se přizpůsobili svému okolí, svému prostředí (Kalvach, 2004, s. 864).

K pojmu kognice lze přiřadit synonymum poznání. Vymezení hranice mezi změnou a poruchou kognitivních funkcí je velmi obtížné.

Fundamentálním prvkem efektivního hodnocení seniora je posouzení úrovně kognitivních funkcí. Věk není choroba, ale rizikový faktor vzniku řady poruch, včetně těch, které souvisejí s úbytkem kognitivních funkcí. S věkem se snižuje plasticita myšlení a většinou se zpomaluje vybavnost ze zásobní paměti. K tomu pomalu dochází již od 3. - 4. životního decennia, později se stále častěji objevují i poruchy konsolidace paměti. Snižuje se psychomotorické tempo, tím rychlost zpracování informací, dochází k dalším variabilním změnám. Na tomto místě je nutno zdůraznit, že změny jsou velmi individuální a nesouvisí pouze s vlastním kalendářním věkem. Změny kognitivních funkcí významně determinují další důležité oblasti života seniora, jako schopnost sebepéče, sebeobslužné činnosti, běžné denní aktivity včetně příjmu potravy, které následně ovlivňují celkový stav seniora a kvalitu jeho života (Pokorná a kolektiv, 2013, s. 17).

Kognitivní funkce:

- Vnímání prostřednictvím smyslů,
- paměť,
- pozornost,
- představy,
- fantazie,
- myšlení,
- úsudek,
- řeč.

4.1 Paměť a další psychické funkce a jejich změny ve stáří

Paměť je schopnost centrální nervové soustavy ukládat, uchovávat a vybavovat si informace o předchozích zkušenostech. Lidský mozek je plně vyvinut přibližně ve věku 25 let a poté se paměť zhoršuje. Zpočátku to není příliš zřejmé, ale ve věku mezi padesáti a šedesáti lety už nemůžeme přehlédnout stále častější výpadky paměti. V průběhu stárnutí se také prodlužuje reakční doba, což ovlivňuje naše každodenní aktivity.

Paměť

Paměť se dá vědomě ovlivňovat celý život. Je to schopnost udržet přijaté informace. Doba jejich udržení je závislá na počtu opakování určité informace. Podpora paměti je také kladný emocionální náboj (Klevetová, Dlabajová, 2008, s. 46).

Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a znovu vybavovat informace. Na rozdíl od počítačové paměti, je lidská paměť připojena s dalšími psychickými funkcemi. Paměť je funkce, která nám umožňuje uvědomění si sama sebe, obsahuje všechny naše prožitky, vědomosti, dovednosti. Existují různé složky paměti a různé typy paměti: **krátkodobá, dlouhodobá – sémantická, procedurální, epizodická** (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 13).

Krátkodobá paměť nazývaná také pracovní, pojme okamžitě maximálně 5–9 slov. Informace získáváme prostřednictvím sensorických receptorů – zrakem, sluchem, hmatem, čichem, chutí, vnímáním polohy našeho těla a předmětů v prostoru kolem nás (motorická paměť – cesta do obchodu). Paměť je závislá na našem zájmu, výběru kontrastu, pohybu sledovaného předmětu a osob a naší pozornosti (Klevetová, Dlabajová, 2008, s. 46).

Podle Koukolíka (2000, s. 86) lze tento druh paměti přirovnat k tabulce, na kterou se napíše záznam, jenž se po několika desítkách sekund maže, aby učinil místo pro záznam další.

Dlouhodobá paměť je sémantická, procedurální a epizodická.

- **Sémantická** – všeobecná znalost o světě, schopnost pamatovat si význam slov a zařazení do skupin (například kopretina, růže...květiny: význam slova svoboda, naděje...). Můžeme ji prohlubovat především učením a pozorováním, týká se také slovní zásoby, běžně máme schopnost si pamatovat 20 000 – 50 000 slov, někteří lidé až dvojnásobek (Klevetová, Dlabajová, 2008, s. 46),

- **procedurální** – naše životní návyky, postupy (řízení auta, vaření...). Některé naše schopnosti jsou již trvalým opakováním zautomatizovány a uvolňují tak místo v krátkodobé paměti (Kleветová, Dlabajová, 2008, s. 46).
Bývá porušena typicky u tzv. subkortikálních demencí, jako je například demence při Parkinsonově chorobě. Projevuje se poruchou výkonných funkcí (dysexekutivní syndrom) a navenek se projevuje spíše jako neobratnost, nešikovnost. U těžkých demencí typu Alzheimerovy choroby však bývá postižena také (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 13),
- **epizodická** – osobní zkušenosti (okamžiky života, smutné i veselé vzpomínky z dětství, životní příběhy...). S přibývajícím věkem si lépe vybavujeme dřívější události, napomáhají nám utřídit si naše životní etapy (Kleветová, Dlabajová, 2008, s. 46),

Pozornost

Náleží mezi poznávací funkce. Je to schopnost zaměřit vnímání k určitému objektu i schopnost vnímat správně více objektů najednou. U demencí dochází k výrazným poruchám pozornosti. Objevuje se roztržitost u lidí, kteří dříve roztržití nebyli. Koncentrují se na objekty, které v tuto chvíli nejsou pro ně důležité, a naopak se nekoncentrují na důležité objekty. Jindy nejsou schopni soustředit se na více objektů, pozornost kolísá, vyskytují se těžké poruchy pozornosti (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 13).

Vědomí

Je schopnost uvědomovat si sama sebe, své prožitky, v kontinuu času. Vědomí má dva okruhy poruch:

- **Kvantitativní porucha vědomí** - představuje kontinuum od normálního stavu vědomí přes ospalost, spavost (somnia), sopor (stav, kdy člověk reaguje jen na silné a bolestivé podněty) až po kóma – bezvědomí (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 14),
- **kvalitativní poruchy** – představují poruchu kontinua prožívání. Vyskytují se jako tzv. deliria a projevují se různým stupněm dezorientace. Nejlépe je vystihuje výraz zmatenost (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 14),

Emoce

Lze definovat jako postoje ke skutečnosti, k vnějším i vnitřním podnětům, prožitkům. Emoce lze zhruba rozdělit do tří kategorií: **afekty, nálady, vyšší city**.

- **Afekty** jsou krátkodobé emoční stavy trvající průměrně desítky vteřin až minuty. Mohou být různého typu. Všichni známe afekt vzteku, který může být pouze na slovní úrovni - nadávání, vyhrožování, namířené proti věcem, například rozbítí skleničky, kopnutí do dveří, ale i proti druhému člověku – strkání, inzultace. U lidí trpících demencí bývá častá nekontrolovaná afektivita – nejsou schopni své afekty zvládat, rozčílí se pro nepodstatné maličkosti, často se rozplácí (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 15),
- **nálady** jsou dlouhodobější stavy, které je možno definovat jako vyladění afektu jednoho typu. Kromě normální, situaci přiměřené nálady se vyskytují chorobné (patické) nálady: depresivní nálada, úzkost a strach, naštvanost, euforie, manická nálada (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 16),
- **vyšší city** jsou trvalé znaky osobnosti člověka, týkají se především etické a estetické oblasti, obecného postoje k lidem a okolnímu světu. Mají svou polaritu, na jedné straně kladnou na druhé zápornou. Náleží mezi ně například altruismus - sobectví, mírumilovnost – agresivita. U demencí dochází k otupění vyšších citů, je to však značně individuální u různých jedinců i u různých typů demencí (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 16).

Vnímání

Je schopnost přijímat pomocí čidel (zraku, sluchu, hmatu, chuti, čichu) vnější i vnitřní podněty, v mozku je analyzovat a integrovat s dosavadními zkušenostmi. Nejtěžší poruchy vnímání jsou **halucinace a iluze**. Tyto poruchy vedou ke ztrátě kontaktu s realitou (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 17).

- **Halucinace** jsou smyslové vjemy, bez patřičného podnětu. I když nejsou skutečné, je pacient o jejich realitě bezvýhradně přesvědčen,
- **iluze** je jakési chorobné přetvoření reálného vjemu, takže jej vnímají jinak (nesprávně), ale jsou bezvýhradně přesvědčeni o jeho správnosti,

Myšlení

Je schopnost zpracovávat informace, umožňuje odpověď na zevní i vnitřní podněty, adaptaci na vnější prostředí. Myšlení je zprostředkováno pojmy, řečí. Existuje vnější řeč a méně strukturovaná vnitřní řeč. Hlavní psychotickou poruchou myšlení jsou **bludy** (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 15).

Bludy jsou myšlenky neodpovídající pravdě, ale nemocný je o jejich pravdivosti nevyvratně přesvědčen. U dementních pacientů jsou nejčastěji bludy okrádanosti a nepřátelství. Jiná závažná porucha u myšlení, která se může objevit je **inkoherece**, **ulpívavé myšlení**, **nevýpravné myšlení**, **zabíhavé myšlení** (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 17).

- **Inkoherece** (nesouvislost) myšlení, která se rovněž projeví v řeči, řeč nedává žádný význam, slova jsou zpřeházená,
- **ulpívavé myšlení**, neustálé opakování jedné myšlenky, slovní vazby, sentence,
- **nevýpravné myšlení** neustálé opakování jednoho tématu,
- **zabíhavé myšlení** nedržící se základního tématu, ale neustále zabíhající k nepodstatnostem, spějící k cíli oklikou.

Chování a jednání představují motorickou odpověď na vnější i vnitřní podněty. (Chování je neuvědomělé, nezaměřené, neplánované, jednání naopak zaměřené, plánované, ale často se oba pojmy směřují, používají se jako synonyma). Častá porucha chování je **agitovanost** (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 18).

Agitovanost je neklid různého stupně, přetrvávající delší dobu, někdy je drobný jindy výrazný.

Intelekt a inteligence jsou pojmy, které se směšují, zaměňují a v podstatě oba vyjadřují totéž – schopnost správně myslet a správně se přizpůsobovat změnám vnějšího prostředí (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 18).

- **Intelekt** spíše představuje schopnost originálních řešení, abstrakce, generalizace,
- **inteligence** je více vnímána jako praktická schopnost správného myšlení a adaptability.

Osobnost je soubor všech psychických vlastností individua. Je charakterizována například temperamentem, charakterem, ale také intelektem a dalšími vlastnostmi (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 19).

4.2 Činnosti podporující mentální schopnosti ve stáří

Podle (Mlýnková, 2011, s. 159) nemá procvičování mentálních schopností význam jen u seniorů, kteří mají postižené kognitivní funkce a paměť, ale je významné a potřebné u všech seniorů.

Reálné zhodnocení schopností, anebo naopak omezení seniora umožňuje profesionálním pečovateltům nastavení přiměřeného rozsahu péče a stanovení ošetřovatelského plánu, jako motivačního programu, k podpoře zachování funkcí, udržení funkční zdatnosti a v případě potřeby odpovídající míry dopomoci a podpory (Pokorná, 2013, s. 18).

Cíle každého cvičení paměti a kognitivních funkcí

- Zlepšit tyto schopnosti,
- udržet je na stávající úrovni,
- oddálit zapomínání,
- předcházet nepříjemným důsledkům, které se zapomínáním souvisejí (Mlýnková, 2011, s. 159).

Do této skupiny můžeme zahrnout:

- **Trénink paměti** – má význam zejména u zdravých seniorů. Jsou rozpracovány různé metody, ke zlepšení nebo udržení paměti. Kladou důraz na rychlost, úplnost a správnost. Je možné je užít, při různých soutěžích, učení se cizímu jazyku, početní úlohy, křížovky, sudoku, osmisměrky, společenské hry, pexeso, vědomostní soutěže. Pro seniory s demencí se příliš nehodí (Mlýnková, 2011, s. 159),
- **kognitivní rehabilitaci** – je důležité zaměřit se na základě vyhodnoceného testu na konkrétní oblast kognitivních funkcí, ve které došlo k oslabení a opakovaným cvičením tuto funkci navrátit. Vhodnými spolupracovníky pro cílenou kognitivní rehabilitaci jsou příbuzní, přátelé a známí (Válková, 2015, s. 51),
- **reminiscenci** – je vzpomínání, vyvolávání vzpomínek a jejich podporování. Techniku lze využít nejenom u osob s demencí, ale i pro aktivaci dlouhodobě ležících. Reminiscence respektuje prožívání zážitků z dětství, z manželství, či z pracovních činností, které senior dříve vykonával. Velmi vhodnou pomůckou jsou rodinné fotografie a vzpomínání na jména osob a společné zážitky (Klevetová, Dlabajová, 2008, s. 114),

- **orientaci v realitě** – důležitým cílem je u seniorů uchovat si základní informaci i o sobě samém, o prostředí, kde se nalézá a o lidech, s kterými žije. Pomáháme udržet orientaci místem, časem a situací a procvičovat krátkodobou paměť. Přínosem je využití nástěnky, kde je uveden den v týdnu, měsíc, roční období, počasí a další aktuální události. Důležité je seznámení seniora s okolím, umožnit mu dotknout se kapky deště, listí v parku. Při jakékoliv denní realitě stále nenásilně připomínáme realitu skutečnosti (Klevetová, Dlabajová, 2008, s. 113).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM V OBLASTI EDUKACE SENIORŮ V PÉČI O JEJICH ZDRAVÍ

Na začátku našeho výzkumu jsme si stanovili výzkumný problém, výzkumné cíle a hypotézy.

5.1 Výzkumný problém

Pro náš výzkum jsme si vybrali v dnešní době stále aktuálnější téma zdravotnické edukace seniorů. Prováděn byl mezi seniory, kteří se ambulantně léčí v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. ve Zlíně. Pro účely výzkumu byl vytvořen dotazník, prostřednictvím něhož byla zkoumána kvalita zdravotnické edukace seniorů ve zdravotnickém zařízení (nebo v péči o jejich zdraví). Především nás zajímala úroveň, forma, způsob a efekt zdravotnické edukace. Na základě stanoveného výzkumného cíle a výzkumných otázek jsme, mimo jiné, ověřovali platnost tří hypotéz, které jsou definovány v kapitole 5.4. Získaná data byla statisticky zpracována pomocí programu Microsoft Excel. Následně byla provedena analýza dat vzhledem k výzkumnému cíli a výzkumným otázkám.

5.2 Výzkumný cíl

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak hodnotí kvalitu zdravotnické edukace senioři, kteří jsou v procesu ambulantní léčby ve zdravotnickém zařízení. Hlavní cíl výzkumu doplňují dílčí cíle.

Cíl výzkumu

Zjistit, jak respondenti hodnotí úroveň, kvalitu a efekt zdravotnické edukace podle pohlaví a věku.

Dílčí cíle

- a) Zjistit, zda respondenti chtějí být edukováni a jakým způsobem chtějí informace získávat.
- b) Zjistit jakým způsobem a kým si přejí být respondenti edukováni.

- c) Zjistit, zda je pro respondenty edukace ve zdravotnickém zařízení srozumitelná a dostatečná.

5.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly formulovány v návaznosti na cíl výzkumu. V rámci našeho výzkumu jsme tedy pracovali s těmito výzkumnými otázkami:

Dílčí výzkumné otázky

- a) Jak respondenti chtějí být edukováni a jakým způsobem chtějí informace získávat?
Otázka č. 5, 6, 8, 12.
- b) Jakým způsobem a kým si přejí být respondenti edukováni? Otázka č. 7, 9, 10, 15.
- c) Je pro respondenty edukace ve zdravotnickém zařízení srozumitelná a dostatečná?
Otázka č. 4, 11, 13, 16.

5.4 Hypotézy

Hypotéza je podle Chrásky (2005, s. 6) tvrzení, které je vyjádřeno oznamovací větou. Hypotéza musí vyjadřovat vztah mezi dvěma proměnnými. Proto musí být hypotéza vždy formulována jako tvrzení o rozdílech, vztazích nebo následcích. Hypotézu musí být možno empiricky ověřovat.

Jinými slovy, hypotéza je podmíněný výrok o vztahu mezi dvěma nebo více proměnnými. Hypotéza tvrdí, že nastane-li jev A, nastane i jev B. Při testování hypotéz jde o rozhodování, zda je možné vyslovenou hypotézu přijmout, a to na základě rozsáhlého shromažďování dat, která jsou následně tříděna, zpracovávána a vyhodnocována (Chráska, 2005, s. 6 - 7).

Na základě zákonitostí týkajících se zásad při formulování hypotéz, v návaznosti na výzkumný cíl a výzkumné otázky, byly formulovány tyto hypotézy:

1H₀: Předpokládáme, že mezi ženami a muži ze zkoumaného vzorku nebudou žádné rozdíly v zájmu o zdravotnickou edukaci.

1H_A: Předpokládáme, že ženy ze zkoumaného vzorku budou dosahovat většího zájmu o zdravotnickou edukaci, než muži z téhož zkoumaného vzorku.

2H₀: Předpokládáme, že efekt zdravotnické edukace bude u všech respondentů stejný, a to bez ohledu na jejich věk.

2H_A: Předpokládáme, že efekt zdravotnické edukace bude vyšší u respondentů mladších 70 let.

3H₀: Předpokládáme, že všechny formy edukace budou mít stejný edukační význam.

3H_A: Předpokládáme, že pro respondenty bude mluvené slovo mít větší edukační význam, než ostatní formy edukace.

6 METODIKA VÝZKUMU

6.1 Metoda sběru dat

V praktické části jsme použili metodu kvantitativního výzkumu formou anonymního dotazníkového šetření. Dotazník byl rozdán seniorům, kteří se ambulantně léčí v Krajském onkologickém centru Krajské nemocnice T. Bati, a. s., ve Zlíně. Dotazník obsahuje 16 uzavřených a otevřených otázek. Otázky byly zpracovány na základě vytvořených cílů práce.

Dotazník můžeme chápat jako interview, ale v písemné podobě. Dotazník nám také může ušetřit spoustu času a také patří mezi dobře kvantifikovanou metodu. Má však i negativní stránky, mezi které můžeme zařadit:

- Vyžaduje větší pečlivost při přípravě,
- formulace otázek nemusí být srozumitelná pro toho, kdo dotazník vyplňuje,
- má nižší věrohodnost. (Ferjenčík, 2000, cit. podle Valenta, Müller, 2003, s. 64).

Rozeznáváme následující požadavky na konstrukci dotazníku:

- Otázky v dotazníku musí být srozumitelné a jednoznačné,
- neměl by být zbytečně rozsáhlý,
- klient by měl být dobře motivován, aby byl ochotný spolupracovat při vyplňování,
- dotazník by měl obsahovat pokyny k vyplnění,
- začínáme jednoduchými a konkrétními otázkami a postupujeme k obecnějším otázkám (Chráška, 2007, s. 69-170).

Metodu pomocí anonymních dotazníků, jsme si vybrali proto, že podle ní lze získat velké množství dat za krátkou dobu. Nevýhodou dotazníků může být skutečnost, že senioři nemusejí odpovídat pravdivě, anebo otázku mohou nesprávně pochopit. Otázky v dotazníku jsme se snažili klást tak, aby byly pochopitelné, kladly minimální nároky na čas a přemýšlení respondentů.

6.2 Průzkumný vzorek

Na realizaci výzkumu se podílelo 96 respondentů. Žen ve věku 60 - 69 bylo 32, ve věku 70 - více 22, celkem tedy 54 žen. Mužů ve věku 60 - 69 bylo 22, ve věku 70 - více bylo 20, celkem tedy 42 mužů. Výzkum byl realizován během měsíců ledna a února 2017. Výzkum

jsme realizovali se seniory, kteří jsou ambulantními pacienty Komplexního onkologického centra (KOC) Krajské nemocnice T. Bati, a.s. ve Zlíně. Ochota seniorů k vyplnění dotazníků byla velmi vysoká a jejich přístup byl pozitivní. Vyskytla se ovšem častá komplikace, kterou jsme nepředpokládali. Seniori neměli u sebe čtecí brýle a nemohli tedy sami dotazník vyplnit. Otázky z dotazníku bylo nutno některým seniorům přečíst a zapsat odpovědi zprostředkovaně.

Charakteristika respondentů:

- Ženy ve věku 60 - 69 a 70 - více,
- muži ve věku 60 - 69 a 70 - více,
- diagnostikované onkologické onemocnění,
- ambulantní léčba v KOC KNTB (dostupnost respondentů),
- aktuální probíhající léčba onkologického onemocnění,
- ochota spolupracovat při vyplnění dotazníku.

Celkem rozdáno bylo 110 dotazníků, návratnost byla 96 dotazníků. 14 dotazníků nebylo zařazeno do výzkumného vzorku zařazeno z důvodu neúplného vyplnění. Při vyplnění dotazníku jsme se setkávali, zejména u žen, s velkým zájmem. Dotazník je složen z 16 otázek, které analyzujeme v další části výzkumu.

6.3 Zpracování získaných dat

Získaná data jsme zpracovávali programem Microsoft Excel a uspořádali jsme je do tabulek četností. V každé tabulce je uvedena relativní četnost (udává procentuální zastoupení těchto respondentů). Ke každé otázce jsme vytvořili tabulku odpovědí a graf.

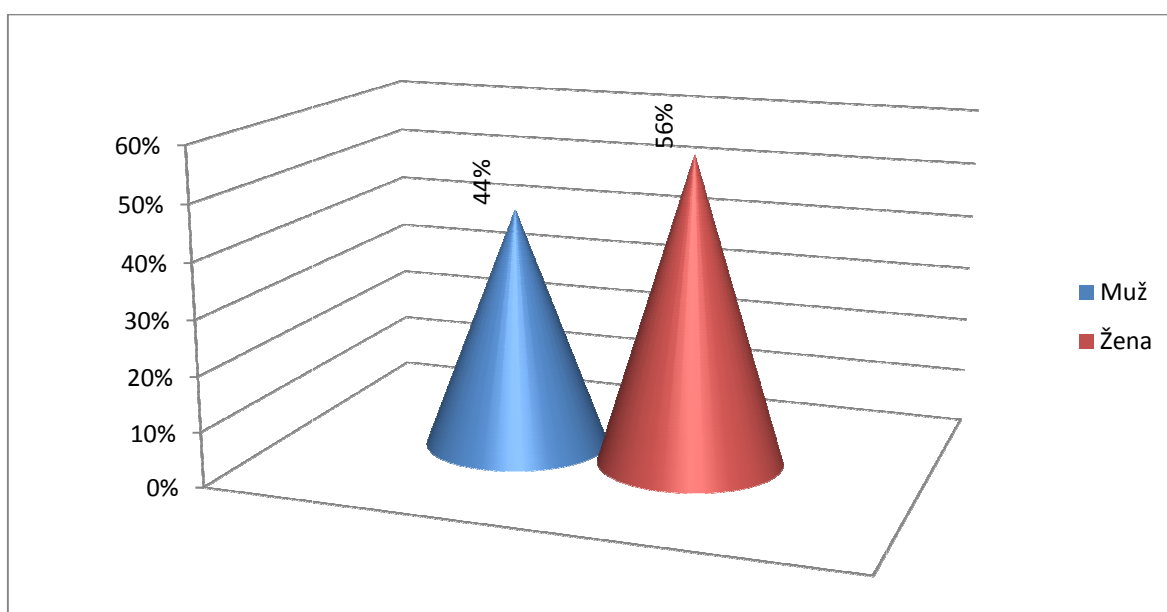
Dotazníkové šetření

Po vyhodnocení dotazníků se budeme nyní zabývat jejich vyhodnocením.

Otázka č. 1 - Pohlaví

Odpověď	Procenta
Muž	44 %
Žena	56 %

Tabulka 1 Pohlaví (vlastní zpracování)



Graf 1 Pohlaví (vlastní zpracování)

Komentář:

Otázka č. 1 - Pohlaví

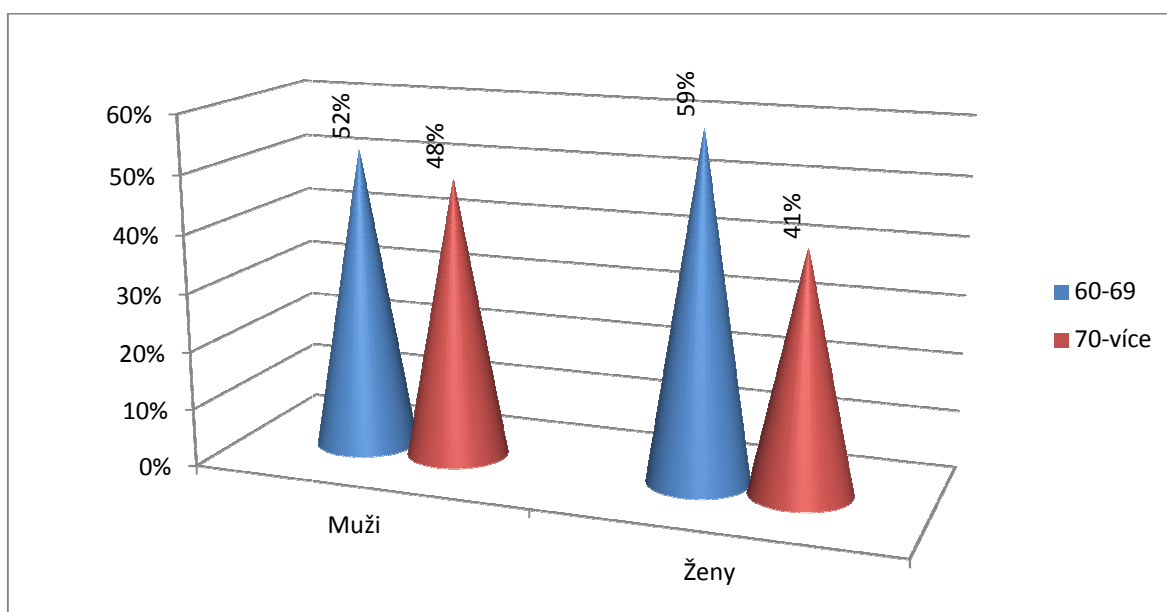
Na realizaci výzkumu se podílelo 96 respondentů. Žen ve věku 60 - 69 bylo 32, ve věku 70 - více 22, celkem tedy 54 žen. Mužů ve věku 60 - 69 bylo 22, ve věku 70 - více bylo 20, celkem tedy 42 mužů.

V praxi to znamená **44 % žen** a **56 % mužů**.

Otázka č. 2 - Kolik je Vám let?

Odpověď	Muži	Ženy
60 - 69	52 %	59 %
70 - více	48 %	41 %

Tabulka 2 Věk (vlastní zpracování)



Graf 2 Věk (vlastní zpracování)

Komentář:**Otázka č. 2 - Kolik je Vám let?**

Pro lepší znázornění věkového složení jsme si vytvořili celkem 4 věkové kategorie.

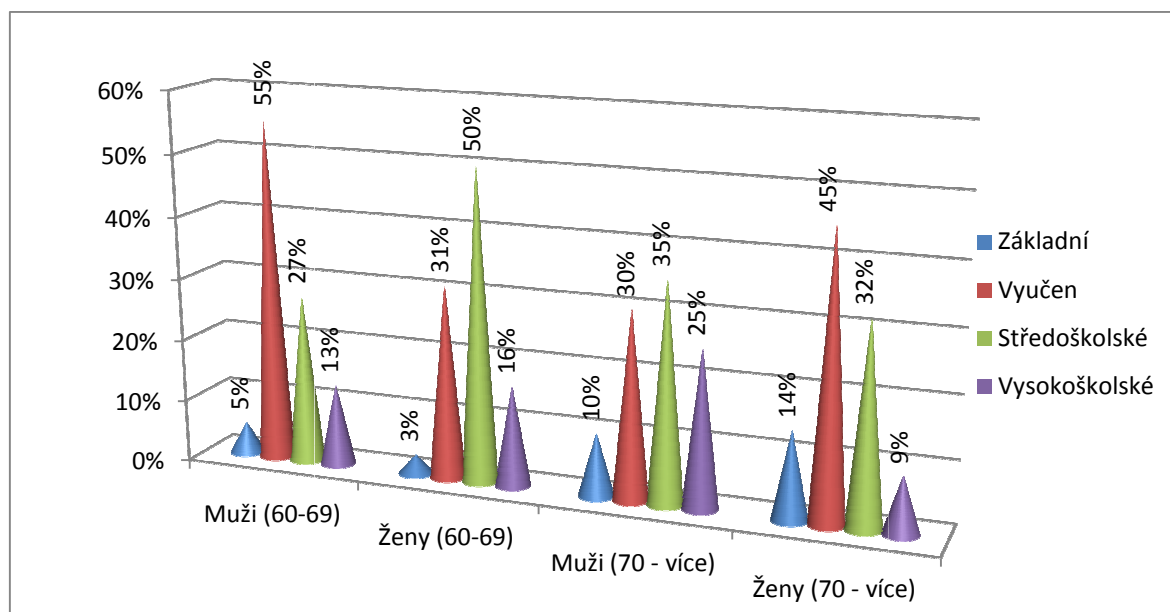
Ženy (60 - 69) byly zastoupeny 59 %. **Ženy (70 - více)** byly zastoupeny 41 %.

Muži (60 - 69) byli zastoupeni 52 %. **Muži (70 - více)** byli zastoupeni 48 %.

Otázka č. 3 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Odpověď	Muži (60 - 69)	Ženy (60 - 69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Základní	5 %	3 %	10 %	14 %
Vyučen	55 %	31 %	30 %	45 %
Středoškolské	27 %	50 %	35 %	32 %
Vysokoškolské	13 %	16 %	25 %	9 %

Tabulka 3 Vzdělání (vlastní zpracování)



Graf 3 Vzdělání (vlastní zpracování)

Komentář:**Otázka č. 3 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Složení výzkumného vzorku respondentů bylo současně porovnáváno i z hlediska dosaženého vzdělání. Celkový počet respondentů byl 96.

Ženy (60-69) hodnotí nejvyšší dosažené vzdělání termínem „středoškolské“ 50 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, že hodnotí nejvyšší dosažené vzdělání termínem „základní“ 3 %.

Ženy (70 - více) hodnotí nejvyšší dosažené vzdělání termínem „vyučen“ 45 %. Nejméně žen (70 - více) odpovědělo, že hodnotí nejvyšší dosažené vzdělání termínem „vysokoškolské“ 9 %.

Muži (60 - 69) hodnotí nejvyšší dosažené vzdělání termínem „vyučen“ 55 %. Nejméně mužů (60-69) odpovědělo, že hodnotí nejvyšší dosažené vzdělání termínem „základní“ 5 %.

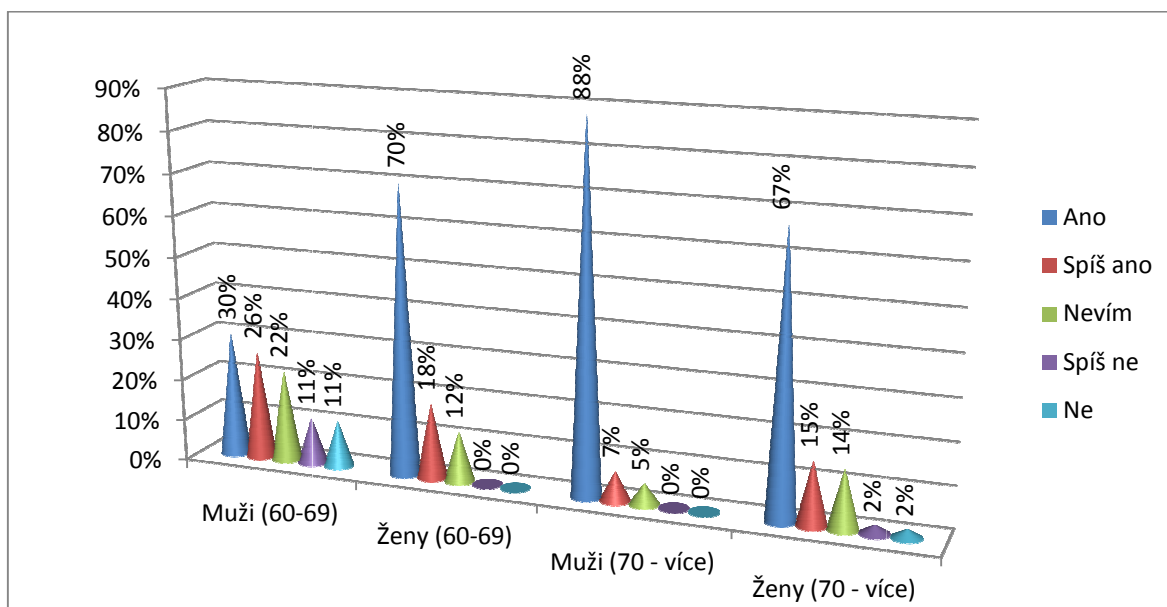
Muži (70 - více) hodnotí nejvyšší dosažené vzdělání termínem „středoškolské“ 35 %. Nejméně mužů (70 - více) odpovědělo, že hodnotí nejvyšší dosažené vzdělání termínem „základní“ 10 %.

Otázka č. 4

Máte zájem o edukaci?

Odpověď	Muži (60 - 69)	Ženy (60 - 69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Ano	30 %	70 %	88 %	67 %
Spíš ano	26 %	18 %	7 %	15 %
Nevím	22 %	12 %	5 %	14 %
Spíš ne	11 %	0 %	0 %	2 %
Ne	11 %	0 %	0 %	2 %

Tabulka 4 Zájem o edukaci (vlastní zpracování)



Graf 4 Zájem o edukaci (vlastní zpracování)

Komentář:

Otázka č. 4 – Máte zájem o edukaci?

Odráží aktuální subjektivní hodnocení zájmu o edukaci.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 70 %. Nejméně žen (60-69) odpovědělo, že hodnotí zájem o edukaci termínem „spíš ne“ a „ne“ 0 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 67 %. Nejméně žen (70-více) odpovědělo, že hodnotí zájem o edukaci termínem „spíš ne“ a „ne“ 2 %.

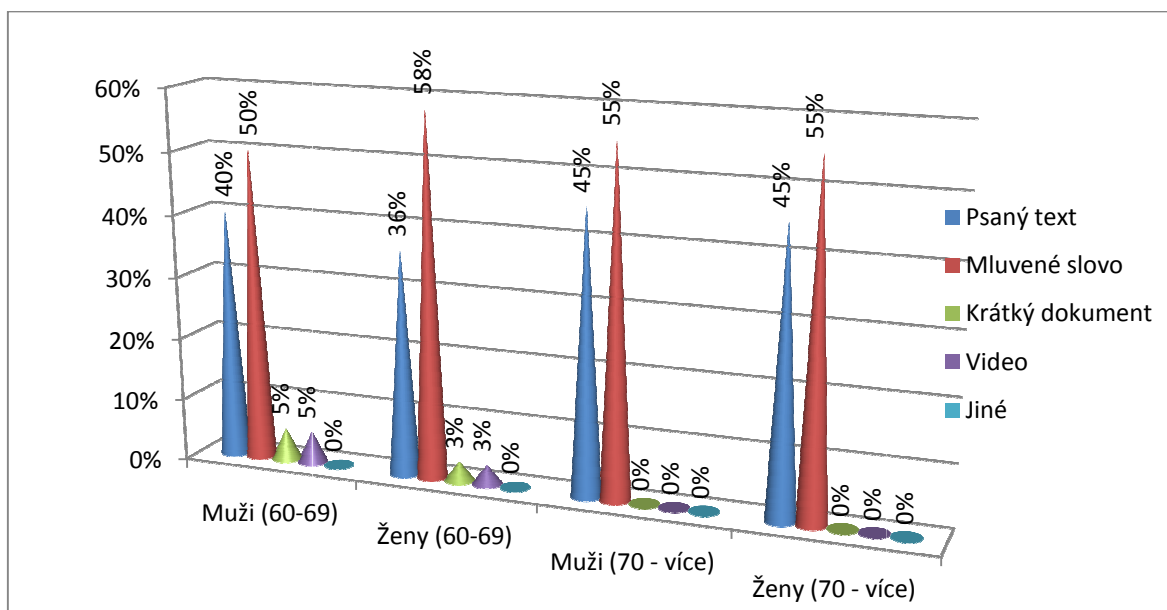
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď „ano“ 30 %. Nejméně mužů (60-69) odpovědělo, že hodnotí zájem o edukaci termínem „spíš ne“ a „ne“ 11 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 88 %. Nejméně mužů (70-více) odpovědělo, že hodnotí zájem o edukaci termínem „spíš ne“ a „ne“ 0 %.

Otázka č. 5 - Jaká forma edukace, tedy získávání informací, je pro Vás nejefektivnější?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Psaný text	40 %	36 %	45 %	45 %
Mluvené slovo	50 %	58 %	55 %	55 %
Krátký dokument	5 %	3 %	0 %	0 %
Video	5 %	3 %	0 %	0 %
Jiné	0 %	0 %	0 %	0 %

Tabulka 5 Forma edukace (vlastní zpracování)



Graf 5 Forma edukace (vlastní zpracování)

Komentář:

Otázka č. 5 - Jaká forma edukace, tedy získávání informací, je pro Vás nejefektivnější?

Odráží subjektivní hodnocení formy edukace a její efektivity.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „mluvené slovo“ 58 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, že hodnotí formu edukace a její efektivnost termínem „jiné“ 0 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „mluvené slovo“ 55 %. Nejméně žen (70 - více) odpovědělo, že hodnotí formu edukace a její efektivnost termínem „krátký dokument“ a „video“ a „jiné“ 0 %.

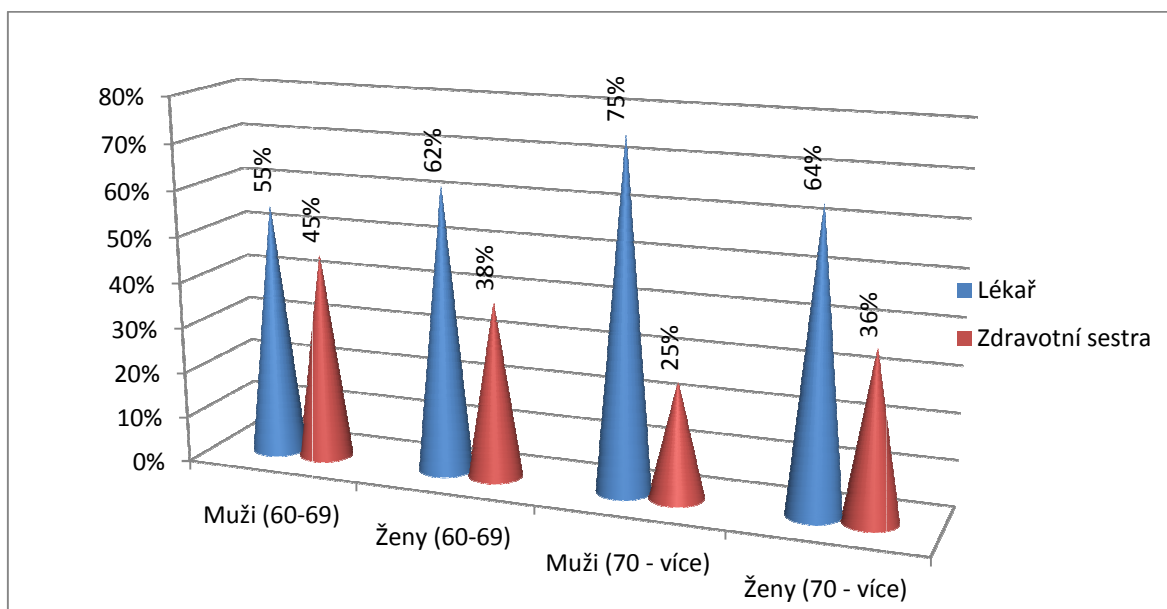
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „mluvené slovo“ 50 %. Nejméně mužů (60 - 69) odpovědělo, že hodnotí formu edukace a její efektivnost termínem „jiné“ 0 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „mluvené slovo“ 55 %. Nejméně mužů (70 - více) odpovědělo, že hodnotí formu edukace a její efektivnost termínem „krátký film“ a „video“ a „jiné“ 0 %.

Otázka č. 6 - Od koho jste raději edukováni?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Lékař	55 %	62 %	75 %	64 %
Zdravotní sestra	45 %	38 %	25 %	36 %

Tabulka 6 Osoba vhodná k edukaci (vlastní zpracování)



Graf 6 Osoba vhodná k edukaci (vlastní zpracování)

Komentář:

Otázka č. 6 - Od koho jste raději edukováni?

Odráží aktuální subjektivní hodnocení osoby, od které jste raději edukováni.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „lékař“ 62 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, od koho jsou raději edukovány termínem „zdravotní sestra“ 38 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „lékař“ 64 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, od koho jsou raději edukovány termínem „zdravotní sestra“ 36 %.

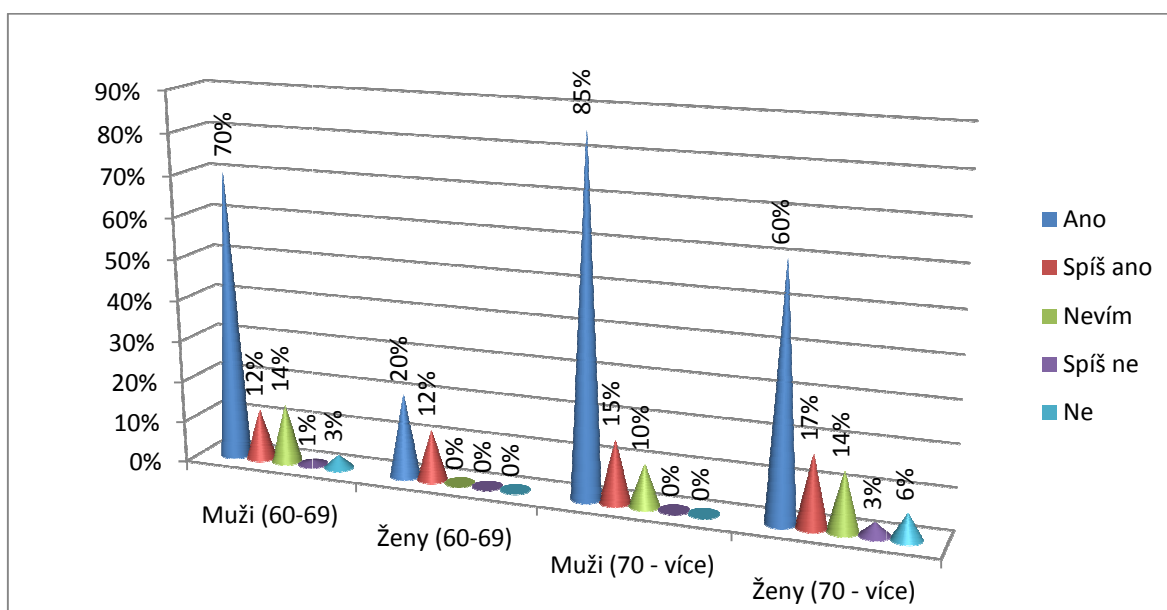
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „lékař“ 55 %. Nejméně mužů (60 - 69) odpovědělo, od koho jsou raději edukováni termínem „zdravotní sestra“ 45 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „lékař“ 75 %. Nejméně mužů (70 - více) odpovědělo, od koho jsou raději edukováni termínem „zdravotní sestra“ 45 %.

Otázka č. 7 - Je informovanost o Vašem zdravotním stavu a průběhu léčby pro Vás dostatečná a srozumitelná?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Ano	70 %	20 %	85 %	60 %
Spíš ano	12 %	12 %	15 %	17 %
Nevím	14 %	0 %	10 %	14 %
Spíš ne	1 %	0 %	0 %	3 %
Ne	3 %	0 %	0 %	6 %

Tabulka 7 Informovanost (vlastní zpracování)



Graf 7 Informovanost (vlastní zpracování)

Komentář:**Otázka č. 7 - Je informovanost o Vašem zdravotním stavu a průběhu léčby pro Vás dostatečná a srozumitelná?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení osoby a její informovanosti v průběhu léčby.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ano“ 20 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, zda je informovanost o jejich zdravotním stavu a průběhu léčby dostatečná a srozumitelná termínem „nevím“ a „spíš ne“ a „ne“ 0 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ano“ 60 %. Nejméně žen (70 - více) odpovědělo, zda je informovanost o jejich zdravotním stavu a průběhu léčby dostatečná a srozumitelná termínem „spíš ne“ 3 %.

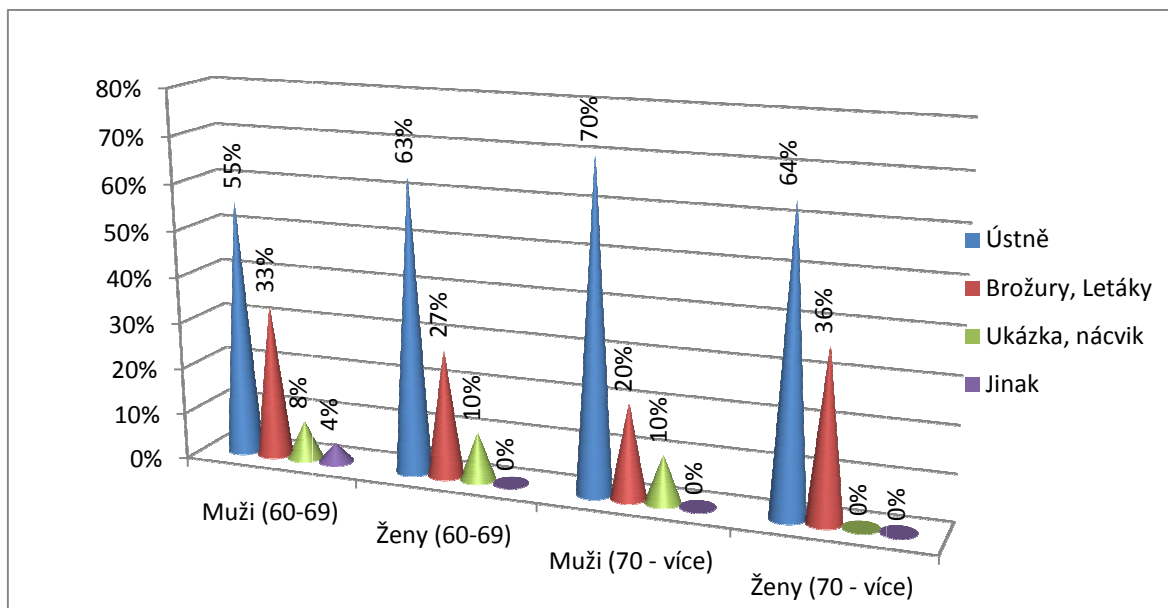
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 85 %. Nejméně mužů (60 - 69) odpovědělo, zda je informovanost o jejich zdravotním stavu a průběhu léčby dostatečná a srozumitelná termínem „spíš ne“ a „ne“ 0 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 70 %. Nejméně mužů (70 - více) odpovědělo, zda je informovanost o jejich zdravotním stavu a průběhu léčby dostatečná a srozumitelná termínem „spíš ne“ 1 %.

Otázka č. 8 - Obecně, jakým způsobem Vám lékař, lékařka nebo sestra předávají nové informace?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Ústně	55 %	63 %	70 %	64 %
Brožury, Letáky	33 %	27 %	20 %	36 %
Ukázka, nácvik	8 %	10 %	10 %	0 %
Jinak	4 %	0 %	0 %	0 %

Tabulka 8 Forma nových informací (vlastní zpracování)



Graf 8 Forma nových informací (vlastní zpracování)

Komentář:**Otázka č. 8 - Obecně, jakým způsobem Vám lékař, lékařka nebo sestra Vám předávají nové informace?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení způsobu, jakým Vám lékař, lékařka nebo sestra předávají nové informace.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ústně“ 63 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, jakým způsobem jim lékař, lékařka nebo sestra předávají nové informace termínem „jinak“ 0 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ústně“ 64 %. Nejméně žen (70 - více) odpovědělo, jakým způsobem jim lékař, lékařka nebo sestra předávají nové informace termínem „ukázka“ a „nácvik“ a „jinak“ 0 %.

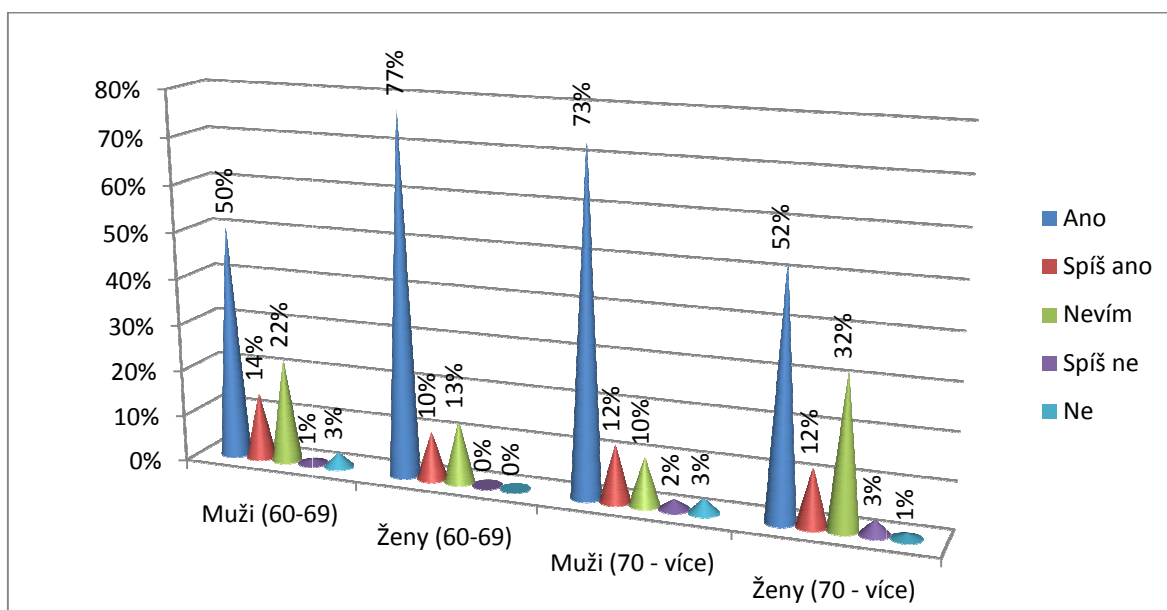
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ústně“ 55 %. Nejméně mužů (60 - 69) odpovědělo, jakým způsobem jim lékař, lékařka nebo sestra předávají nové informace termínem „jinak“ 4 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ústně“ 70 %. Nejméně mužů (70 -více) odpovědělo, jakým způsobem jim lékař, lékařka nebo sestra předávají nové informace termínem „jinak“ 0 %.

Otázka č. 9 - Poskytl Vám lékař/sestra informace, které jste hledal(a)?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Ano	50 %	77 %	73 %	52 %
Spíš ano	14 %	10 %	12 %	12 %
Nevím	22 %	13 %	10 %	32 %
Spíš ne	1 %	0 %	2 %	3 %
Ne	3 %	0 %	3 %	1 %

Tabulka 9 Poskytnutí informací (vlastní zpracování)



Graf 9 Poskytnutí informací (vlastní zpracování)

Komentář:

Otázka č. 9 - Poskytl Vám lékař/sestra informace, které jste hledal(a)?

Odráží aktuální subjektivní hodnocení způsobu, zda byly poskytnuty informace od lékaře/sestry, které jste hledali.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ano“ 77 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, zda jim lékař/ sestra poskytl informace, které hledaly termínem „ne“ 1 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ano“ 52 %. Nejméně žen (70 - více) odpovědělo, zda jim lékař/ sestra poskytl informace, které hledaly termínem „spíš ne“ a „ne“ 0 %.

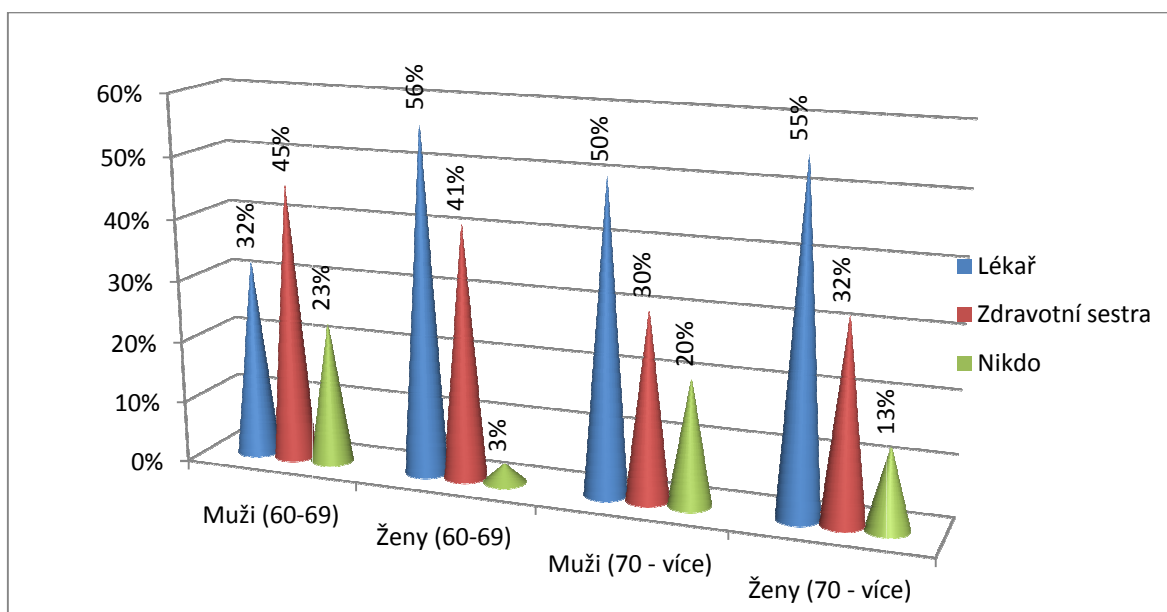
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 50 %. Nejméně mužů (70 - více) odpověděli, zda jim lékař/ sestra poskytly informace, které hledaly termínem „spíše ne“ 1 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 73 %. Nejméně mužů (70 - více) odpověděli, zda jim lékař/ sestra poskytly informace, které hledaly termínem „spíše ne“ 2 %.

Otázka č. 10 - Kdo si ověřil, že jste sděleným informacím porozuměl(a)?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Lékař	32 %	56 %	50 %	55 %
Zdravotní sestra	45 %	41 %	30 %	32 %
Nikdo	23 %	3 %	20 %	13 %

Tabulka 10 Ověření informací (vlastní zpracování)



Graf 10 Ověření informací (vlastní zpracování)

Komentář:

Otázka č. 10 - Kdo si ověřil, že jste sděleným informacím porozuměl(a)?

Odráží aktuální subjektivní hodnocení způsobu, kým bylo ověřeno, zda jste porozuměli sděleným informacím.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „lékař“ 55 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, kým bylo ověřeno, zda porozuměly sděleným informacím termínem „nikdo“ 3 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „lékař“ 55 %. Nejméně žen (70 - více) odpovědělo, kým bylo ověřeno, zda porozuměly sděleným informacím termínem „nikdo“ 13 %.

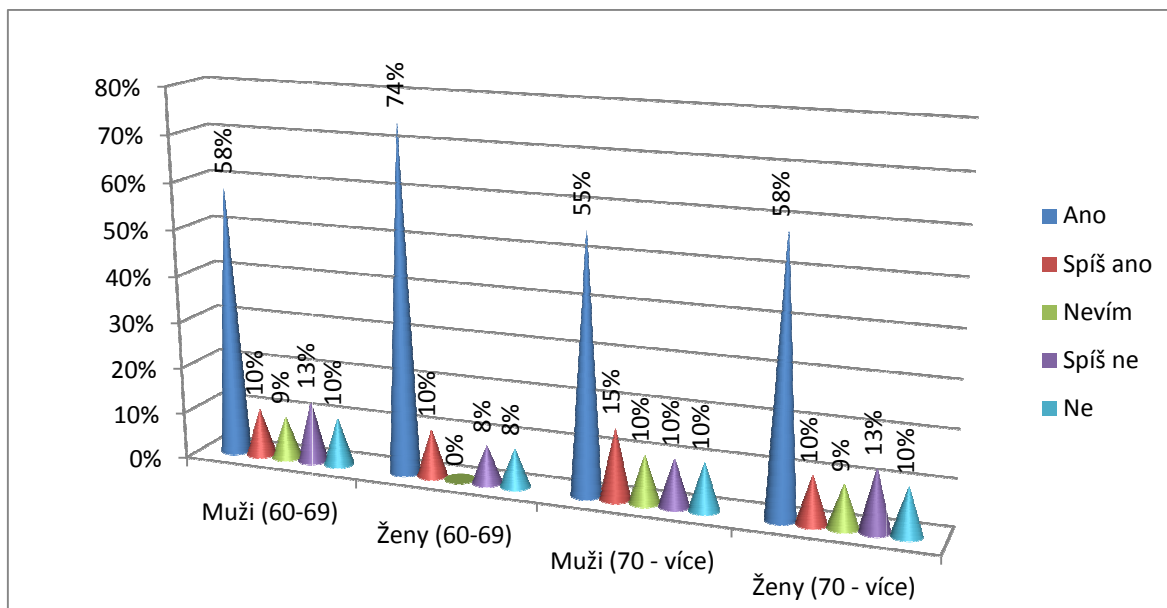
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „zdravotní sestra“ 45 %. Nejméně mužů (60 - 69) odpovědělo, kým bylo ověřeno, zda porozuměly sděleným informacím termínem „nikdo“ 23 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „lékař“ 50 %. Nejméně mužů (70 - více) odpovědělo, kým bylo ověřeno, zda porozuměli sděleným informacím termínem „nikdo“ 20 %.

Otázka č. 11 - Hledal(a) jste si aktivně samostatně informace o Vašem onemocnění?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Ano	58 %	74 %	55 %	58 %
Spíš ano	10 %	10 %	15 %	10 %
Nevím	9 %	0 %	10 %	9 %
Spíš ne	13 %	8 %	10 %	13 %
Ne	10 %	8 %	10 %	10 %

Tabulka 11 Aktivní vyhledávání informací (vlastní zpracování)



Graf 11 Aktivní vyhledávání informací (vlastní zpracování)

Komentář:**Otázka č. 11 - Hledal(a) jste si aktivně samostatně informace o Vašem onemocnění?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení způsobu, aktivního samostatného hledání informací o onemocnění.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ano“ 74 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, zda si samostatně hledají informace o svém onemocnění termínem „nevím“ 0 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ano“ 58 %. Nejméně žen (70 – a více) odpovědělo, zda si samostatně hledají informace o svém onemocnění termínem „nevím“ 9 %.

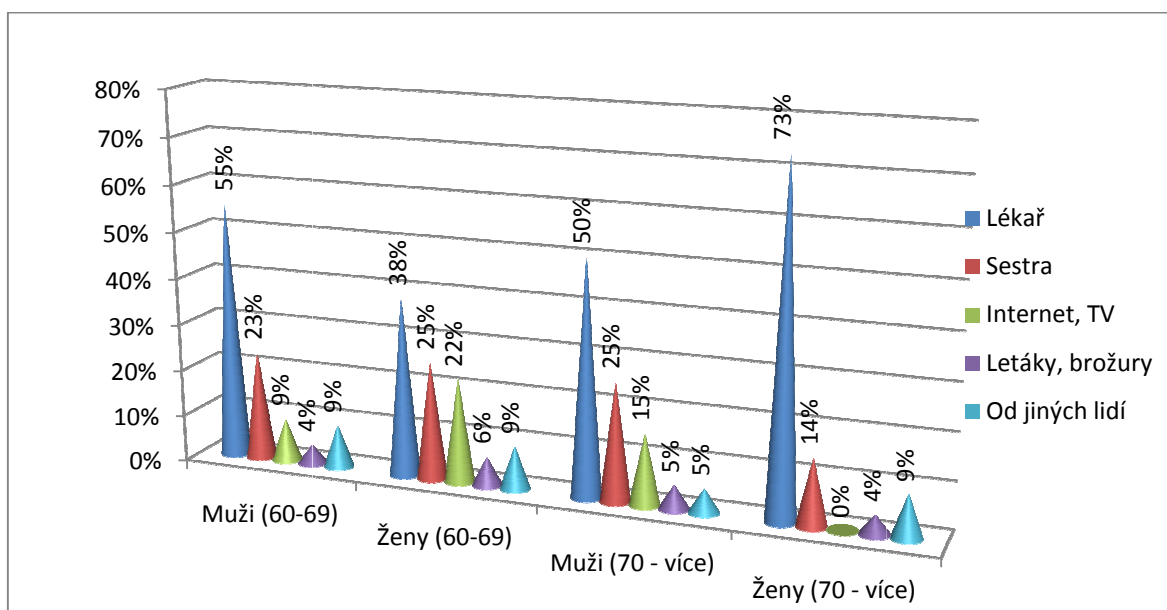
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 58 %. Nejméně mužů (60 - 69) odpovědělo, zda si samostatně hledají informace o svém onemocnění termínem „nevím“ 9 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 55 %. Nejméně mužů (70 - více) odpovědělo, zda si samostatně hledají informace o svém onemocnění termínem „nevím“ a „spíš ne“ a „ne“ 10 %.

Otázka č. 12 - Kde jste získal(a) nejvíce informací o svém onemocnění?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Lékař	55 %	38 %	50 %	73 %
Sestra	23 %	25 %	25 %	14 %
Internet, TV	9 %	22 %	15 %	0 %
Letáky, brožury	4 %	6 %	5 %	4 %
Od jiných lidí	9 %	9 %	5 %	9 %

Tabulka 12 Získávání informací (vlastní zpracování)



Graf 12 Získávání informací (vlastní zpracování)

Komentář:**Otázka č. 12 - Kde jste získal(a) nejvíce informací o svém onemocnění?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení způsobu, kde lze získat nejvíce informací o onemocnění.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „lékař“ 38 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, kde získalo nejvíce informací o svém onemocnění termínem „letáky“ a „brožury“ 6 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „lékař“ 73 %. Nejméně žen (70 - více) odpovědělo, kde získalo nejvíce informací o svém onemocnění termínem „internet“ a „TV“ 0 %.

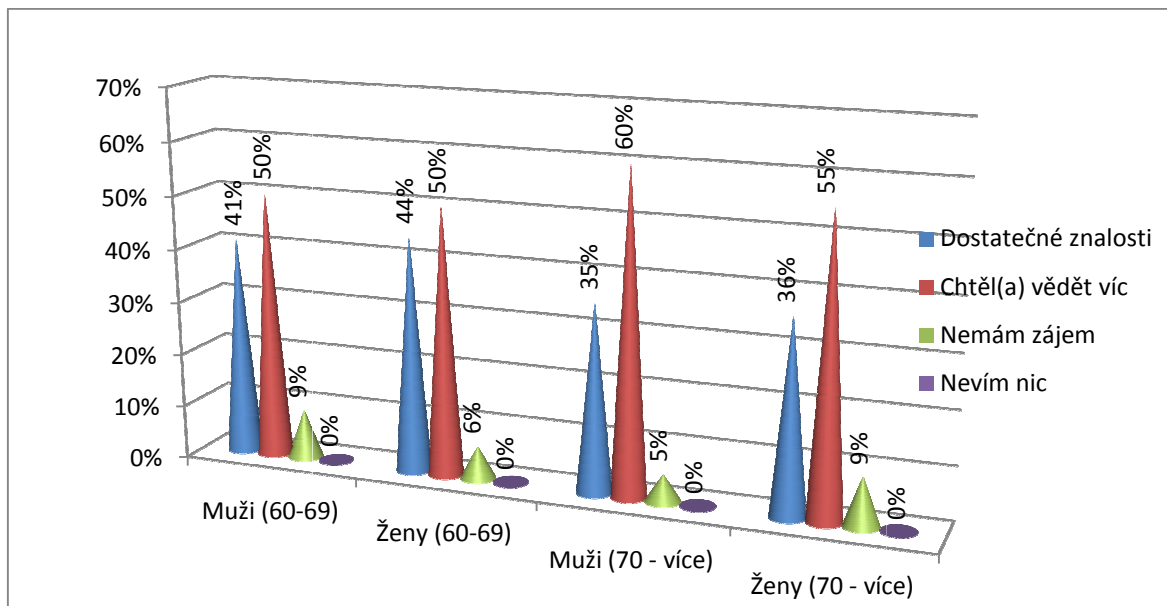
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „lékař“ 55 %. Nejméně mužů (70 - více) odpovědělo, kde získalo nejvíce informací o svém onemocnění termínem „letáky“ a „brožury“ 4 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „lékař“ 50 %. Nejméně mužů (70 - více) odpovědělo, kde získalo nejvíce informací o svém onemocnění termínem „letáky“ a „od jiných lidí“ 5 %.

Otázka č. 13 - Jak byste zhodnotil(a) úroveň Vašich současných znalostí o svém onemocnění?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Dostatečné znalosti	41 %	44 %	35 %	36 %
Chtěl(a) vědět víc	50 %	50 %	60 %	55 %
Nemám zájem	9 %	6 %	5 %	9 %
Nevím nic	0 %	0 %	0 %	0 %

Tabulka 13 Zhodnocení úrovně znalostí (vlastní zpracování)



Graf 13 Zhodnocení úrovně znalostí (vlastní zpracování)

Komentář:

Otázka č. 13 - Jak byste zhodnotil(a) úroveň Vašich současných znalostí o svém onemocnění?

Odráží aktuální subjektivní hodnocení úrovně současných znalostí o svém onemocnění.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „chtěla bych vědět víc“ 50 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, jak by hodnotilo dosavadní vědomosti o svém onemocnění termínem „nevím nic“ 0 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „chtěla bych vědět víc“ 55 %. Nejméně žen (70 - více) odpovědělo, jak by hodnotily dosavadní vědomosti o svém onemocnění termínem „nevím nic“ 0 %.

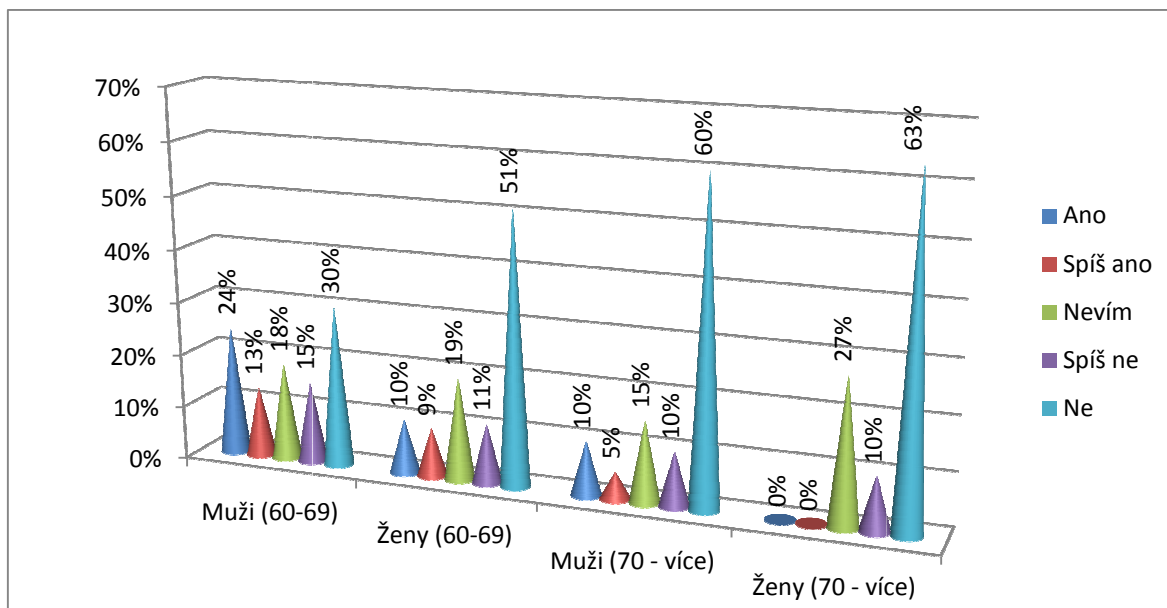
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „chtěl bych vědět víc“ 50 %. Nejméně mužů (60-69) odpovědělo, jak by hodnotilo dosavadní vědomosti o svém onemocnění termínem „nevím nic“ 0 %.

Muži (70- více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „chtěl bych vědět víc“ 60 %. Nejméně mužů (70 - více) odpovědělo, jak by hodnotilo dosavadní vědomosti o svém onemocnění termínem „nevím nic“ 0 %.

Otázka č. 14 - Měl(a) byste zájem o edukaci ve skupině?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Ano	24 %	10 %	10 %	0 %
Spíš ano	13 %	9 %	5 %	0 %
Nevím	18 %	19 %	15 %	27 %
Spíš ne	15 %	11 %	10 %	10 %
Ne	30 %	51 %	60 %	63 %

Tabulka 14 Zájem o edukaci ve skupině (vlastní zpracování)



Graf 14 Zájem o edukaci ve skupině (vlastní zpracování)

Komentář:**Otázka č. 14 - Měl(a) byste zájem o edukaci ve skupině?**

Odráží aktuální subjektivní hodnocení zájmu o edukaci ve skupině.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ne“ 51 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, zda by mělo zájem o edukaci ve skupině termínem „spíš ano“ 9 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ne“ 63 %. Nejméně žen (70 - více) odpovědělo, zda by mělo zájem o edukaci ve skupině termínem „ano“ a „spíš ano“ 0 %.

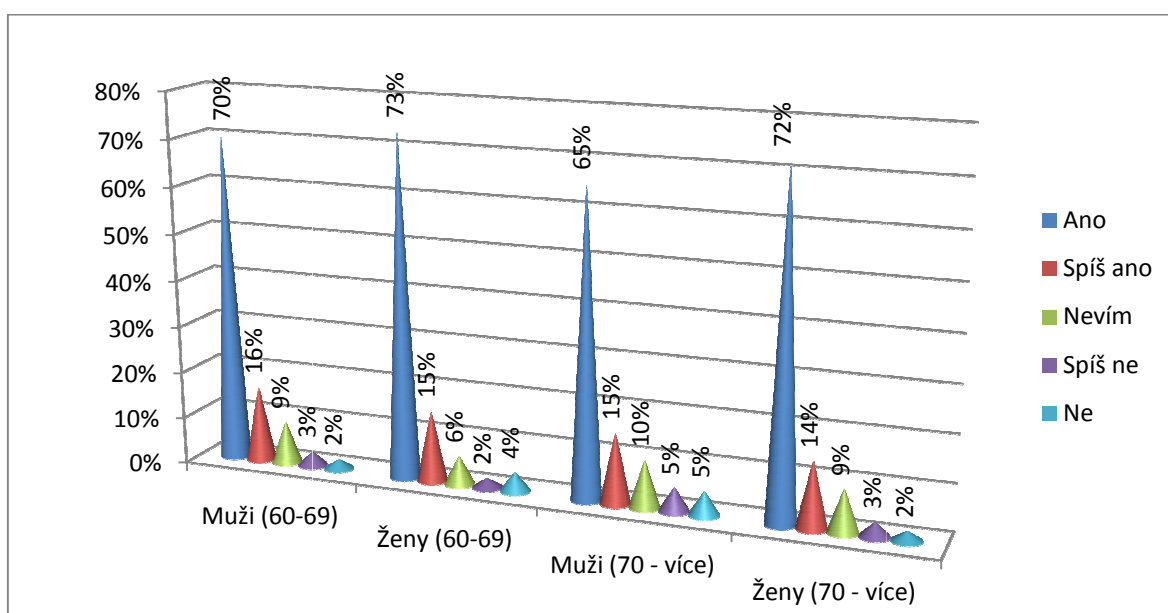
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ne“ 30 %. Nejméně mužů (60 - 69) odpovědělo, zda by mělo zájem o edukaci ve skupině termínem „spíš ano“ 13 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ne“ 60 %. Nejméně mužů (60 - 69) odpovědělo, zda by mělo zájem o edukaci ve skupině termínem „spíš ano“ 5 %.

Otázka č. 15 - Rozumíte v tuto chvíli všemu, co Vám lékař nebo všeobecná sestra sdělili v průběhu léčby?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Ano	70 %	73 %	65 %	72 %
Spíš ano	16 %	15 %	15 %	14 %
Nevím	9 %	6 %	10 %	9 %
Spíš ne	3 %	2 %	5 %	3 %
Ne	2 %	4 %	5 %	2 %

Tabulka 15 Porozumění (vlastní zpracování)



Graf 15 Porozumění (vlastní zpracování)

Komentář:

Otázka č. 15 - Rozumíte v tuto chvíli všemu, co Vám lékař nebo všeobecná sestra sdělili v průběhu léčby?

Odráží aktuální subjektivní hodnocení získaných informací sdělených v průběhu léčby.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ano“ 73 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, zda v tuto chvíli rozumí všemu co jim lékař nebo všeobecná sestra sdělili v průběhu léčby termínem „spíš ne“ 2 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ano“ 72 %. Nejméně žen (70 - více) odpovědělo, zda v tuto chvíli rozumí všemu co jim lékař nebo všeobecná sestra sdělili v průběhu léčby termínem „ne“ 2 %.

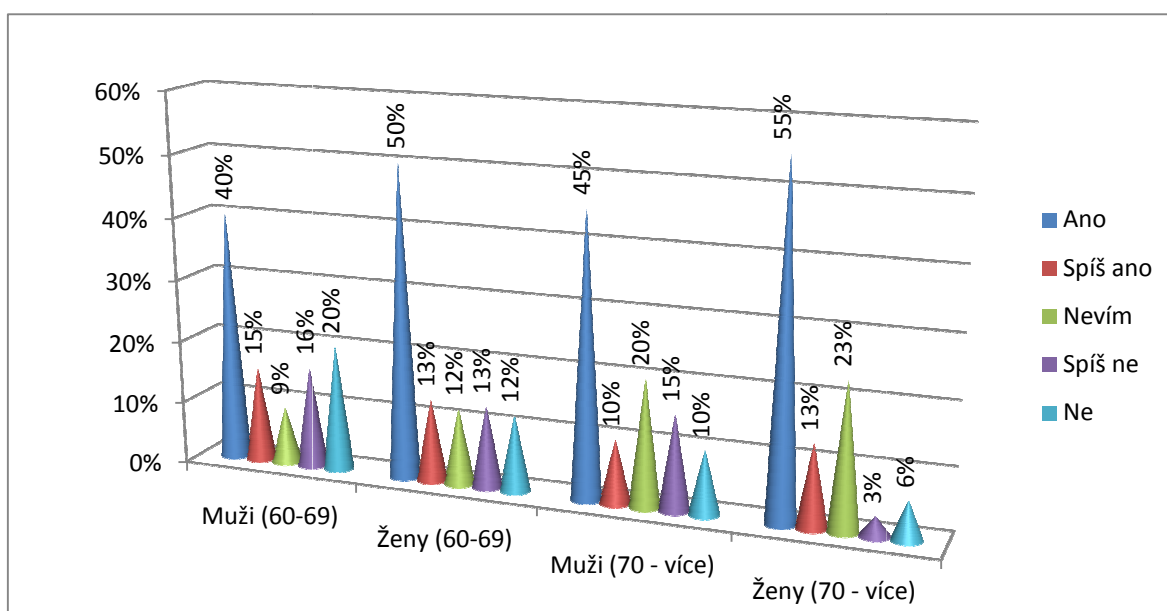
Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 70 %. Nejméně mužů (60 - 69) odpovědělo, zda v tuto chvíli rozumí všemu co jim lékař nebo všeobecná sestra sdělili v průběhu léčby termínem „ne“ 2 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 65 %. Nejméně mužů (70 - více) odpovědělo, zda v tuto chvíli rozumí všemu co jim lékař nebo všeobecná sestra sdělili v průběhu léčby termínem „spíš ne“ a „ne“ 5 %.

Otázka č. 16 - Přál/a byste si být o svém onemocnění ze strany personálu ještě více edukován/a?

Odpověď	Muži (60-69)	Ženy (60-69)	Muži (70 - více)	Ženy (70 - více)
Ano	40 %	50 %	45 %	55 %
Spíš ano	15 %	13 %	10 %	13 %
Nevím	9 %	12 %	20 %	23 %
Spíš ne	16 %	13 %	15 %	3 %
Ne	20 %	12 %	10 %	6 %

Tabulka 16 Přání být více edukován/a (vlastní zpracování)



Graf 16 Přání být více edukován/a (vlastní zpracování)

Komentář:

Otázka č. 16 - Přál/a byste si být o svém onemocnění ze strany personálu ještě více edukováni?

Odráží aktuální subjektivní hodnocení o větší edukaci ze strany personálu.

Ženy (60 - 69) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ano“ 50 %. Nejméně žen (60 - 69) odpovědělo, zda by chtěly být ještě více edukovány ze stran personálu termínem „nevím“ a „ne“ 12 %.

Ženy (70 - více) nejčastěji ohodnotily odpověď termínem „ano“ 55 %. Nejméně žen (70 - více) odpovědělo, zda by chtěly být ještě více edukovány ze stran personálu termínem „spíš ne“ 3 %.

Muži (60 - 69) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 40 %. Nejméně mužů (60 - 69) odpovědělo, zda by chtěli být ještě více edukováni ze stran personálu termínem „nevím“ 9 %.

Muži (70 - více) nejčastěji ohodnotili odpověď termínem „ano“ 45 %. Nejméně mužů (70 - více) odpovědělo, zda by chtěli být ještě více edukováni ze stran personálu termínem „spíš ano“ a „ne“ 10 %.

6.4 Zhodnocení výzkumné části

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak hodnotí kvalitu zdravotnické edukace senioři, kteří jsou v procesu ambulantní léčby ve zdravotnickém zařízení. Hlavní cíl výzkumu, doplňují dílčí cíle. Vyhodnocení výzkumu jsme provedli na základě výše uvedeného postupu zpracování dat. Na výzkumném kvantitativním šetření se podílelo celkem 96 respondentů Komplexního onkologického centra Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín.

Výzkumná otázka: Jak hodnotí úroveň, kvalitu a efekt zdravotnické edukace senioři, kteří jsou v procesu ambulantní léčby ve zdravotnickém zařízení?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku nám poskytly jednotlivé položky našeho dotazníku a blíže se výzkumné otázce budeme věnovat v dílčích výzkumných otázkách.

Dílčí výzkumné otázky

1. Jak respondenti chtějí být edukováni a jakým způsobem chtějí informace získávat?

Odpověď na tuto otázku nám poskytla položka z dotazníkového šetření č. 5, 6, 8 a 12. Respondenti odpovídali na otázky vztahující se například k formě edukace a její efektivity,

od koho chtějí být raději edukováni nebo o způsobu předávání nových informací a jejich samostatném získávání.

Výsledek dotazníkového šetření vypovídá o tom, že všechny formy edukace mají pro seniory stejný edukační význam, chtějí být raději edukováni „lékařem“ a to nejlépe „ústně“. Nejvíce informací o svém onemocnění získaly opět od „lékaře“.

2. Jakým způsobem a kým si přejí být respondenti edukováni?

Odpověď na tuto otázku nám poskytla položka z dotazníkového šetření č. 7, 9, 10 a 15. Respondenti odpovídali na otázky vztahující se například k dostatečnosti, srozumitelnosti a informovanosti o jejich zdravotním stavu v průběhu léčby, zda jim byly poskytnuty informace, které hledali, kdo si ověřil, zda porozuměli všem sděleným informacím a zda v současné chvíli rozumí všemu, co jim bylo sděleno o průběhu léčby.

Výsledek dotazníkového šetření vypovídá o tom, že senioři nejčastěji uvádějí odpověď, zda jsou dostatečně, srozumitelně informováni o jejich zdravotním stavu v průběhu léčby „ano“, zda jim byly poskytnuty informace, které hledali „ano“, kdo si ověřil, že sděleným informacím porozuměli, nejčastěji odpověděli, že „lékař“ a zda v tuto chvíli rozumí všemu, co jim lékař nebo všeobecná sestra sdělili o průběhu léčby „ano“.

3. Je pro respondenty edukace ve zdravotnickém zařízení srozumitelná a dostatečná?

Odpovědi na tuto otázku nám poskytla položka z dotazníkového šetření č. 4, 11, 13 a 16. Respondenti odpovídali na otázky vztahující se například, k jejich zájmu o edukaci, zda hledali aktivně samostatně informace o svém onemocnění, jak hodnotí úroveň vlastních současných znalostí o svém onemocnění a zda by si přáli být o svém onemocnění ze strany personálu ještě více edukováni.

Výsledek dotazníkového šetření vypovídá o tom, že senioři nejčastěji uvádějí odpověď, zda mají zájem o edukaci „ano“, zda hledají aktivně informace o svém onemocnění „ano“, hodnotí úroveň vlastních současných znalostí o svém onemocnění slovy „chtěl (a) bych vědět víc“ a zda by chtěli být o svém onemocnění ze strany personálu ještě více edukováni „ano“.

Na závěr lze říct, že získané výsledky se vyznačují pozitivním a vyrovnaným přístupem respondentů, ke všem otázkám v dotazníkovém šetření.

Hypotézy

Na základě stanovených cílů jsme stanovili tři hypotézy.

H1: Předpokládáme, že ženy ze zkoumaného vzorku budou dosahovat vyššího zájmu o zdravotnickou edukaci, než muži z téhož zkoumaného vzorku.

H2: Předpokládáme, že efekt zdravotnické edukace bude vyšší u respondentů mladších 70 let.

H3: Předpokládáme, že pro respondenty bude mluvené slovo mít větší edukační význam, než ostatní formy edukace.

K verifikaci hypotéz byl použit test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Podle Chrásky (2005, s. 24-26), se jedná o zvláštní případ kontingenční tabulky se dvěma řádky a dvěma sloupci. Čtyřpolní tabulku je možno použít v případech, kdy proměnné, mezi kterými má být ověřován vztah, mohou nabývat pouze dvou alternativních kvalit (např. muž-žena). Testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku lze použít pouze v případě, že celková četnost n je větší než 40. Pokud tato hodnota je menší než 40, ale větší než 20, je možné test použít v případě, že žádná očekávaná četnost není menší než 5.

Čtyřpolní tabulka

a	b	a + b
c	d	b + c
a + c	b + d	n

Význam písmen ve vzorci je patrný ze schématu čtyřpolní tabulky. Čtyřpolní tabulka má 1 stupeň volnosti, vypočítanou hodnotu χ^2 proto srovnáváme s kritickou hodnotou pro 1 stupeň volnosti a zvolenou hladinu významnosti (0,05).

V případě čtyřpolní tabulky je možné použít pro výpočet testového kritéria χ^2 tento vzorec:

$$\chi^2 = n(ad-bc)^2 / (a+b) (a+c) (b+d) (c+d)$$

Hypotéza č. 1

H₀: Předpokládáme, že mezi ženami a muži ze zkoumaného vzorku nebudou žádné rozdíly v zájmu o zdravotnickou edukaci.

H_A: Předpokládáme, že ženy ze zkoumaného vzorku budou dosahovat vyššího zájmu o zdravotnickou edukaci, než muži z téhož zkoumaného vzorku.

Chí-kvadrát

	muži	ženy	
ano	24	37	61
spíš ano	8	9	17
nevím	6	6	12
ne, spíš ne	4	2	6
	42	54	96

$$x^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0,27 + 0,04 + 0,09 + 0,75 + 0,21 + 0,04 + 0,09 + 0,58 = 2,07$$

Při 3. stupni volnosti a hladině významnosti 0,005 = 7,815 > 2,07

Zjišťujeme, že vypočítaná hodnota x^2 je menší, než kritická hodnota, proto byla přijata nulová hypotéza, tedy hypotéza č. 1 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 2

H₀: Předpokládáme, že efekt zdravotnické edukace bude u všech respondentů stejný, a to bez ohledu na jejich věk.

H_A: Předpokládáme, že efekt zdravotnické edukace bude vyšší u respondentů mladších 70 let.

Chí-kvadrát

	muži	ženy	
do 70 let	22	32	54
nad 70 let	20	22	42
	42	54	96

$$x^2 = n \cdot \frac{(ab - bc)^2}{(a+b) \cdot (a+c) \cdot (b+d) \cdot (c+d)}$$

$$x^2 = 96 \cdot \frac{24 \cdot 336}{5143824} = 96 \cdot 0,005 = 0,454$$

Při 1. stupni volnosti a hladině významnosti 0,005 = 3,841 > 0,454

Zjišťujeme, že vypočítaná hodnota x^2 je menší, než kritická hodnota, proto byla přijata nulová hypotéza, tedy hypotéza č. 2 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 3

H₀: Předpokládáme, že všechny formy edukace budou mít stejný edukační význam.

H_A: Předpokládáme, že pro respondenty bude mluvené slovo mít větší edukační význam, než ostatní formy edukace.

Chí-kvadrát

	muži	ženy	
mluvené slovo	22	30	52
ostatní formy edukace	20	24	44
	42	54	96

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ab - bc)^2}{(a+b) \cdot (a+c) \cdot (b+d) \cdot (c+d)}$$

$$\chi^2 = 96 \cdot \frac{5184}{5189184} = 96 \cdot 0,0099 = 0,96$$

Při 1. Stupni volnosti a hladině významnosti 0,005 = 3,841 > 0,96

Zjišťujeme, že vypočítaná hodnota χ^2 je menší, než kritická hodnota, proto byla přijata nulová hypotéza, tedy hypotéza č. 3 se nepotvrdila.

6.5 Doporučení pro praxi

Tato práce má především popisný charakter, avšak výsledky výzkumu mohou přispět k pochopení pocitů a potřeb seniorů, ale mohou být také nápomocny i odborným zdravotnickým pracovníkům, kteří s těmito seniory (nebo osobami) přicházejí do každodenního kontaktu a jejichž odborná péče a profesionální přístup jim pomáhají zvládat jejich onemocnění. Z výsledků výzkumného šetření tak jednoznačně vyplývá, že edukace seniorů je velmi důležitý a neopomenutelný proces. Zejména pro lékaře, od nichž senioři edukaci nejčastěji očekávají a zároveň nejlépe přijímají. Rovněž může být prospěšná klinickým psychologům, kteří se seniory spolupracují a rovněž mohou být dalším článkem ke zlepšení edukace a komunikace.

Z výše uvedeného výzkumu je také zřejmé, že i přesto, že mají senioři dostatečné povědomí o zdravotnické edukaci, chtějí stále získávat nové informace, a mají zájem prohlubovat své znalosti o svém onemocnění. Za velmi důležité také pokládají dostatečnou

komunikaci s personálem, kdy je pro ně prioritní dostatečná a kvalitní komunikace s ošetřujícím lékařem. Bylo zjištěno, že vyšší věk nehraje žádnou roli a neomezuje seniory v zájmu o edukaci. Z výzkumu také vyplývá, že zdravotnická edukace není jen v rukou zdravotnických pracovníků, ale spočívá ve spolupráci se seniorem a jeho individuálními potřebami. Je také důležitý způsob, jakým senioři mohou získávat informace. V současnosti mají možnost získat informace v prostorách čekáren u ambulancí Komplexního onkologického centra Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně, a to z brožur a letáků, které se vztahují k danému onemocnění. Mnohdy dostupnost těchto vzdělávacích materiálů není dostatečná a bylo by tedy vhodné rozšířit tuto nabídku informací v písemné formě, ale i formou názorných ukázek, jako je video, či krátký dokument na dané téma. Vzhledem k tomu, že respondenti nejvíce vítají jako metodu edukace mluvené slovo, dá se předpokládat, že je pro ně důležité o informacích, které jsou předávány, se zdravotnickými pracovníky debatovat, nechat si některá témata dovysvětlit a jistě uvítají vstřícnější a individuálnější přístup.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce na téma „Geragogika ve zdravotnictví - význam edukace seniorů v péči o jejich zdraví“ bylo zmapovat situaci, jak senioři ve zdravotnickém zařízení vnímají a hodnotí kvalitu edukace během léčby, tedy v péči o své zdraví. V teoretické části jsme za pomoci odborné literatury vymezili pojem geragogika, zmapovali jsme životní etapu zvanou stáří a s tím spojenou edukaci seniorů v péči o jejich zdraví.

Nedílnou součástí bakalářské práce bylo uskutečněné výzkumné šetření, jehož cílem bylo, na základě kvantitativního výzkumu, formou dotazníkového šetření, a to prostřednictvím nezávislého testu chí- kvadrát pro čtyřpolní tabulku, získat informace o tom, jak senioři vnímají zdravotnickou edukaci.

Na základě statistického zpracování získaných dat a analýzou těchto dat bylo naším výzkumem zjištěno, že mezi ženami a muži ze zkoumaného vzorku nejsou žádné rozdíly v zájmu o zdravotnickou edukaci, také že efekt zdravotnické edukace je u všech respondentů stejný, a to bez ohledu na jejich věk. Bylo také zjištěno, že všechny formy edukace mají pro seniory stejný edukační význam. Na tomto místě již můžeme konstatovat, že všechny vytyčené cíle bakalářské práce byly splněny.

Smyslem této práce bylo probudit nejen zájem o zdravotnickou edukaci seniorů, ale přispět zjištěnými výsledky k rozšíření poznatků o jejich subjektivním vnímání zdravotnické edukace, případně přinést informace, které by byli přínosné pro praxi.

Jak již bylo naznačeno, zdravotnická edukace v sobě ukrývá informace o potřebách jedince při získávání informací o jejich závažném onemocnění. To, zda vůbec mají zájem o zdravotnickou edukaci, jakou formou chtějí získávat informace, od koho chtějí být raději edukováni, nebo zda je jejich informovanost v průběhu léčby dostatečná.

Výsledná zjištění z dotazníkového šetření se vztahují výhradně na seniory, kteří se v daném období ambulantně léčili Krajské nemocnici T. Bati, a. s. ve Zlíně a nelze je tedy žádným způsobem zobecňovat.

Přínos bakalářské práce vidíme v možnosti získání náhledu na problematiku z pohledu edukovaných pacientů seniorů. V současné společnosti, ve které převládá kult mládí, krásy a zdraví, je seniorská populace vnímána spíše negativisticky a je na ni nahlíženo jako na generaci ekonomicky neaktivní, na generaci, která nemůže již pro společnost udělat nic nového. Ze strany personálu pak může přetrvávat i jistý předsudek, že edukace seniorů

a starých lidí není tak důležitá a potřebná, jako je tomu u mladších osob. Málokdo si však uvědomuje, že také senioři mají potřebu získávat informace a chtějí se edukovat. Mají právo a zájem získávat o svém onemocnění stejné množství informací, jako kterýkoliv jiný člověk.

V praxi lze tuto práci využít jako zdroj informací, který by mohl seniorům, ale i zdravotnickým pracovníkům daného zařízení přinést nové poznatky a obohatit tak jejich pohled na zdravotnickou edukaci.

Do budoucna by mohla být práce rozšířena o šetření provedené mezi zdravotnickými pracovníky Komplexního onkologického centra Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně a přinést tak jiný úhel pohledu na danou tematiku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARISTOTELÉS, přeložil a poznámkami opatřil Antonín Kříž a [překlad upravil Petr Rezek]. *Metafyzika*. 3. vyd., V nakl. Petr Rezek 2. Praha: Rezek, 2008, s. 120. ISBN 9788086027272.
- [2] BARTEL, Roland. *Geragogik - ein Aufgabenbereich der Heilpädagogik: Survey-Studie zur Problematik alter/alternder Menschen aus heilpädagogischer Sicht*. 2. erw. Aufl. Gießen: Justus-Liebig-Univ., Inst. für Heil- u. Sonderpädagogik, 1986, s. 171. ISBN 39-223-4614-6.
- [3] BACHMANN, W. Geragogik ein Aufgabenbereich der Heilpädagogik (II). Educational gerontology a scope of dutin of therapeutic pedagogy (II). *Zeitschrift für Heilpädagogik* 1987a, H, č. 12.
- [4] BACHMANN, W. *Geragogik ein Aufgabenbereich der Pedagogik*. Giessen: JLU, 1987b.
- [5] BERDES, Celia M., Adam. ZYCH a Grace D. DAWSON. *Geragogics: European research in gerontological education and educational gerontology*. New York: Haworth Press, c1992. Münchener Studien zur Erziehungswissenschaft. ISBN 15-602-4397-X.
- [6] BOČKOVÁ, Věra. *Celoživotní vzdělávání - výzva nebo povinnost?*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2000, s. 29. Texty k otevřenému a distančnímu vzdělávání. ISBN 80-244-0155-X.
- [7] COMENIUS, Johann Amos. *Obecná porada o nápravě věcí lidských*. Praha: Svoboda, 1992, s. 9-167. ISBN 8020502289.
- [8] CREMIN, L. A. *Public education*. NEW YORK: Basic Books, 1976, s. 57-70.
- [9] ČORNANIČOVÁ, Rozália. *Edukácia seniorov: vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998, s. 156. ISBN 80-223-1206-1.
- [10] ČORNANIČOVÁ, Rozália. In Sýkorová, D., Chytil, O (eds.) *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. ZSF OU Ostrava: Albert, 2004, s. 143-153. ISBN 80-7326-026-3.
- [11] EIRMBTER, E. *Altenbildung. Zum Theorie ind Praxis*. Wörterbuch der Erwachsenenbildung. Schöningh: Padeborn, 1978.

- [12] GLENDENNING, Frank. *Teaching and learning in later life: theoretical implications*. Burlington, Vt.: Ashgate Arena, c2000, s. 118. ISBN 1-84014-802-0.
- [13] GRONEMEYER, R. Verschulung des Alters? Altenbildung: Eine neue Klientel wird erschlossen.- Is it the burden of old age? Education and old age. a new klientele at market. *Folia Paedagogica et Psychologica* 1986, č. 14
- [14] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 58-370. Pyramida (Panorama). ISBN 80-7038-158-2.
- [15] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013, s. 31. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [16] CHRÁSKA, Miroslav. *Hypotézy a jejich ověřování v klasických pedagogických výzkumech*. Olomouc: Votobia, 2005, s. 6-26. ISBN 80-7220-253-7
- [17] CHRÁSKA, Miroslav, 2007, 69-170. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1369-1.
- [18] JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, s. 9. ISBN 80-7368-110-2.
- [19] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, s. 13-19. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- [20] JOHN, Martha Tyler. *Geragogy: a theory for teaching the elderly*. New York: Haworth Press, c1988, s. 156. ISBN 08-665-6714-3.
- [21] JOCHMANN, V. *Výchova dospělých – andragogika*. In VARIA SOCIOLOGICA ET ANDRAGOGICA. Olomouc: UP, 1992, s. 20-21.
- [22] KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatry a gerontologie: studijní text pro kombinované studium*. Praha: Grada, 2004, s. 47 - 864. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-0548-6.
- [23] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, s. 46-114. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
- [24] KAMIŃSKI, A. *Wichowanie do starości jako czynnik adaptacji ludzi starych do nowoczesnego społeczeństwa*. In *Studia i Szkice Pedagogiczne*. Warszawa: PWN, 1978.
- [25] KAMIŃSKI, A. *Wychowanie do staroci. – Education for old age*. *Zdrowie Psychiczne* 1971, č. 1/2.

- [26] KAMIŃSKI, A. Pedagogika w subie staroci. – Pedagogics in service with old age. In *Encyklopedia seniora. - Senior's Encyclopedia*. Warszawa: Wiedza Powszechna, 1986.
- [27] KNOWLES, M. S. *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. New York: Cambridge Books, 1980, s 43-44.
- [28] KOMENSKÝ, Jan Amos. *Didaktika velká*. 3. vyd. Brno: Komenium, 1948, s. 252. Pedagogické klasobraní
- [29] KOMENSKÝ, Jan Amos. *Velká didaktika*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1954, s. 271. Knižnica pedagogických klasikov.
- [30] KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011, s. 175. ISBN 978-80-247-3875-8.
- [31] KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: funkční systémy: normy a poruchy*. Praha: Portál, 2000, s. 86. ISBN 80-7178-379 -X.
- [32] KOUKOLÍK, František. *Jak si lidé hrají?: vědecké eseje z vysílání Českého rozhlasu Leonardo*. Praha: Radioservis, 2009, s. 61. Leonardo (Radioservis: Český rozhlas). ISBN 978-80-86212-56-2.
- [33] KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 14. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5367-6.
- [34] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 368. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- [35] LIVEČKA, Emil. *Úvod do gerontopedagogiky: jen pro uživatele v odvětví školství*. Praha: Ústav školských informací při ministerstvu školství ČR, 1979, s. 3-233. Výchova a vzdělávání dospělých. Informace.
- [36] MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011, s. 14-15. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- [37] MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno: MSD, 2009, s. 22. ISBN 978-80-7392-120-0.
- [38] MIESSKES, H. Geragogik – Pädagogik des Alterns und des alten Menschen. *Pädagogische Rundschau* 24, 1970, s. 90 – 101.
- [39] MLÝNKOVÁ, Jana a Irena DLABALOVÁ. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011, s. 159. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3872-7.

- [40] UŽÍK, Jaroslav. *Androdidaktika*. vyd. 2., přeprac. Praha: ASPI, 2004, s. 27-70. ISBN 80-735-7045-9
- [41] MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004, s. 37-39. ISBN 80-210-3345-2.
- [42] MÜHLPACHR, Pavel a Petr STANÍČEK. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 28. ISBN 80-210-2510-7.
- [43] PALÁN, Zdeněk. *Základy andragogiky*. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2003, s. 173 s. ISBN 80-867-2303-8
- [44] PELCOVÁ, Naděžda. *Vzorce lidství: filosofické základy pedagogické antropologie*. Praha: Portál, 2010, s. 264. ISBN 978-80-7367-756-5.
- [45] PETŘKOVÁ, Anna a Rozália ČORNANIČOVÁ. *Gerontagogika: Úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Studijní texty pro distanční studium. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 64-92s. ISBN 80-244-0879-1.
- [46] PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 156. Sociální práce. ISBN 80-717-8184-3.
- [47] POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013, s. 17-18. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
- [48] POKORNÁ, Andrea a Irena DLABALOVÁ. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010, s. 17 Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
- [49] POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Sociální pedagogika v teorii a praxi: theoretical implications*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, s. 159. ISBN 978-80-244-3831-3.
- [50] PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika: theoretical implications*. 2., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002, s. 481. ISBN 80-717-8631-4.
- [51] PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 2012, 85. ISBN 978-80-247-3960-1.
- [52] SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012, s. 14-16. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- [53] SCHENDA, R. *Das Elend der alten Leute*. Düsseldorf: Patmos Verlag, 1972.

- [54] SCHULZ, M. Zum anthragogischen Problem im Verstaendnis der realbezogenen und die Wirklichkeit auslegenden Erziehungswissenschaft. *Folia Paedagogica et Psychologica*, 1986, 14, s. 277-297.
- [55] SITZZMAN, G. H. Lernen für das Alten. Diessen, 1970.
- [56] SITZZMAN, G. H. Weiterbildung im dritten Lebensalter. Zeitschrift für Gerontologie 1976, č. 40-57.
- [57] SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. vyd. 1. Praha: Portál, 2010, s. 148- 155 ISBN 978-807-3676-919
- [58] SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012, s. 25. ISBN 9788072628452.
- [59] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006, s. 13. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.
- [60] ŠIPR, Květoslav. Jak zdravě stárnout. 1. vydání. Brno: Gloria Rosice, 1997. S. 10-118. ISBN 80-901834-1-7
- [61] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, s. 77-135. ISBN 978-807-2625-99
- [62] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Gerontagogika: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, s. 5. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-244-3653-1.
- [63] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015, s. 48. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.
- [64] TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995, s. 13. ISBN 80-7169-099-6.
- [65] TROJAN, Stanislav a Marie NEJEDLÁ. *Lékařská fyziologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2003, s. 731. Sestra. ISBN 80-247-0512-5.
- [66] ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014, s. 36. ISBN 978-80-246-2628-4.

- [67] VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-732-0039-2
- [68] VÁLKOVÁ, Lenka a Marie DLABALOVÁ. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 51. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5571-7.
- [69] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, s. 96. ISBN 978-802-4721-705
- [70] VERNER, C. A. BOOTH. *Adult education*. New York: Center for Applied Research in Education, 1964, s. 118.
- [71] WOJCIECHOWSKI, K. (ed). *Encyklopedia oświaty i kultury dorosłych. – Encyclopedia of adult education and culture*. Wroslaw: Ossolineum, 1986, s. 455. ISBN 83-04-01837-3.
- [72] VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 5. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1998, s. 318. ISBN 8085800810.
- [73] ZYCH, A. A. *Geragotics: a Challenge for the time to come*. Center on Aging (Chikago), 1991, č. 1, s. 1-3.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

- [1] ANDROMEDIA.CZ. *Andragogický slovník* [online] ©2017 (cit. 2017-02-01). Dostupné z: <http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník/gerontagogika-gerontopedagogika-geragogika/>
- [2] KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI, a.s. *Centrum klinické gerontologie (LDN)* [online] ©2012 (cit. 2017-02-01). Dostupné z: <http://www.kntb.cz/centrum-klinicke-gerontologie-ldn>
- [3] MASARYKOVA UNIVERZITA. *Masarykova univerzita* [online] ©2017 (cit. 2017-02-01). Dostupné z: http://is.muni.cz/th/204424/lf_m/sejmout.pdf
- [4] OTSU, H. M. MORYIAMA. *Effectiveness of an educational self management program for outpatients with chronic heart failure, Japan Journal of Nursing Science* [online] © 2008-2017 (cit. 2017-02-01). Dostupné z: https://www.researchgate.net/journal/1742-7924_Japan_Journal_of_Nursing_Science

- [5] PROSESTRY.CZ. *Pro Sestry* [online] ©2017 (cit. 2017-02-01) Dostupné z: http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/psychologie/stari
- [6] STATISTIKA & MY. *Měsíčník Českého statistického úřadu* [online] ©2016 (cit. 2017-02-01) Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2016/01/senioru-pribylo-nejvice-na-karlovarsku/>
- [7] STATISTIKA & MY. *Měsíčník Českého statistického úřadu* [online] ©2016 (cit. 2017-02-01) Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/je-dulezite-si-uedomit-ze-starnuti-je-nevratny-proces/>
- [8] VÝŽIVA V NEMOCNICI. *Senior v nemocnici* [online] ©2012 (cit. 2017-02-01) Dostupné z: <http://www.vyzivavnemoci.cz/vyziva-ospelych/aktuality/detail/zprava/senior-v-nemocnici-venujte-mu-zvysenou-pozornost/>
- [9] WHO 2002 – *Active Aging: a Policy Framework*. [online] ©2014 (cit. 2017-02-01) Dostupné z: <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/index.html>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
ČSÚ	Český statistický úřad
hl. m.	hlavní město
KNTB	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
KOC	Komplexní onkologické centrum
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
mj.	mimo jiné
např.	například
pod.	podobně
prof.	profesor
resp.	respektive
tj.	to je
tzv.	tak zvaný, tak zvaně
vč.	včetně
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Srovnání aspektů pedagogiky, andragogiky a geragogiky.....	17
Obrázek č. 2 Podíl obyvatel ve věku 65 let.....	38
Obrázek č. 3 Zastoupení obyvatel ve věku nad 65 let ve státech Evropy.....	39

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví (vlastní zpracování)	52
Tabulka 2 Věk (vlastní zpracování)	53
Tabulka 3 Vzdělání (vlastní zpracování)	53
Tabulka 4 Zájem o edukaci (vlastní zpracování)	55
Tabulka 5 Forma edukace (vlastní zpracování)	56
Tabulka 6 Osoba vhodná k edukaci (vlastní zpracování)	57
Tabulka 7 Informovanost (vlastní zpracování)	58
Tabulka 8 Forma nových informací (vlastní zpracování)	59
Tabulka 9 Poskytnutí informací (vlastní zpracování)	61
Tabulka 10 Ověření informací (vlastní zpracování)	62
Tabulka 11 Aktivní vyhledávání informací (vlastní zpracování)	63
Tabulka 12 Získávání informací (vlastní zpracování)	65
Tabulka 13 Zhodnocení úrovně znalostí (vlastní zpracování)	66
Tabulka 14 Zájem o edukaci ve skupině (vlastní zpracování)	67
Tabulka 15 Porozumění (vlastní zpracování)	69
Tabulka 16 Přání být více edukován/a (vlastní zpracování)	70

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví (vlastní zpracování)	52
Graf 2 Věk (vlastní zpracování).....	53
Graf 3 Vzdělání (vlastní zpracování).....	54
Graf 4 Zájem o edukaci (vlastní zpracování).....	55
Graf 5 Forma edukace (vlastní zpracování).....	56
Graf 6 Osoba vhodná k edukaci (vlastní zpracování).....	57
Graf 7 Informovanost (vlastní zpracování).....	58
Graf 8 Forma nových informací (vlastní zpracování)	60
Graf 9 Poskytnutí informací (vlastní zpracování).....	61
Graf 10 Ověření informací (vlastní zpracování).....	62
Graf 11 Aktivní vyhledávání informací (vlastní zpracování).....	64
Graf 12 Získávání informací (vlastní zpracování).....	65
Graf 13 Zhodnocení úrovně znalostí (vlastní zpracování).....	66
Graf 14 Zájem o edukaci ve skupině (vlastní zpracování)	68
Graf 15 Porozumění (vlastní zpracování).....	69
Graf 16 Přání být více edukován/a (vlastní zpracování).....	70

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1:	Dotazník.....	91
Příloha P2:	Evropská charta práv pacientů seniorů	95
Příloha P3:	Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení	102

Příloha P1: Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně obor, který se zabývá vzděláváním dospělých. Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou edukace (výchovy a vzdělávání) seniorů v rámci poskytované zdravotnické péče.

Za účelem získání potřebných dat jsem si připravila tento dotazník a chtěla bych Vás požádat o spolupráci při jeho vyplnění, které je dobrovolné a anonymní. Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte. Můžete volit i více variant. U jiných otázek vepište svou odpověď na vyznačené místo.

Děkuji Vám za Váš čas, ochotu a spolupráci.

Martina Hirtová, studentka andragogiky

1. Pohlaví: a) Žena b) Muž

2. Kolik je Vám let: a) 60 – 69 b) 70 – a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní
- b) Vyučen
- c) Středoškolské
- d) Vysokoškolské

4. Máte zájem o edukaci?

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

5. Jaká forma edukace, tedy získávání informací, je pro Vás nejefektivnější?

- a) Psaný text
- b) Mluvené slovo
- c) Krátký dokument
- d) Video
- e) Jiné

6. Od koho jste raději edukováni?

- a) Lékař
- b) Všeobecná (zdravotní) sestra

7. Je informovanost o Vašem zdravotním stavu a průběhu léčby pro Vás dostatečná a srozumitelná?

- a) Ano
- b) Spíš ano
- c) Nevím
- c) Spíš ne
- d) Ne

8. Obecně, jakým způsobem Vám lékař, lékařka nebo sestra předávají nové informace?

- a) Ústně
- b) Prostřednictvím brožur a letáků
- c) Praktickou ukázkou, nácvikem
- d) Jinak (popište)

9. Poskytl Vám lékař/sestra informace, které jste hledal(a)?

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

10. Kdo si ověřil, že jste sděleným informacím porozuměl(a)?

- a) Lékař
- b) Všeobecná sestra
- c) Nikdo

11. Hledal(a) jste si aktivně samostatně informace o Vašem onemocnění?

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

12. Kde jste získal(a) nejvíce informací o svém onemocnění?

- a) Od lékaře
- b) Od sestry
- c) Internet, TV, rozhlas
- d) Letáky, brožury
- e) Od jiných lidí

13. Jak byste hodnotil(a) úroveň Vašich současných znalostí o svém onemocnění?

- a) Mám dostatečné znalosti
- b) Chtěl (a) bych vědět víc
- c) Nemám zájem získávat informace o svém onemocnění
- d) Nevím o něm nic

14. Měl(a) byste zájem o edukaci ve skupině?

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

15. Rozumíte v tuto chvíli všemu, co Vám lékař nebo všeobecná sestra sdělili v průběhu léčby?

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

16. Přejete si být o svém onemocnění ze strany personálu ještě více edukováni?

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

Příloha P2: Evropská charta práv pacientů seniorů

Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče. Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- léčit pacienta v případě onemocnění
- 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 instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

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 a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- 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 obrazejí
- 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
- 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
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným

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 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.

6. Zdravotní problémy

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.

Poruchy paměti

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

Pády a zhoršující se hybnost

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.

Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolici, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení. V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

7. Nemoc

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 léčení,

- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav.

8. Zotavení a 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. Respítní 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 respítní 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 a sociální služby

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 „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)
- pomůcky pro inkontinentní
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- praní prádla
- fyzioterapie
- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy
- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

13. Změna domova

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.

Příloha P3: Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989
Onkologické oddělení

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,
na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o Vašem zdravotním stavu, povaze Vašeho onemocnění či zranění, o jeho předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____
Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): _____
Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Před podáním informací byl pacient (jeho zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient) _____

Pacient byl ošetřujícím lékařem seznámen s údaji o:

- svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stádiu a předpokládaném vývoji,
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti, popř. zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytování dalších zdravotních služeb,
- ekonomicky náročnější variantě poskytnutí zdravotních služeb.

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů

PŘEVZETÍ DO AMBULANTNÍ PÉČE ONKOLOGICKÉHO ODDĚLENÍ

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o důvodech, které vedly k převzetí do péče onkologického centra, kterými jsou: _____

S převzetím do péče onkologického centra souhlasím. Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, včetně pedagogických pracovníků (žákyně Střední zdravotnické školy, Vyšší odborné školy zdravotnické a Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně) mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost.

Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevyklučují. Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji: _____

(vyplní pacient v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu: _____

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které mi úplně, řádně a srozumitelně odpověděl. Souhlasím s tím, že data o mém onemocnění, léčbě a získané výsledky mohou být anonymně zpracovány k vědeckým účelům.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíší negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor _____ (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu _____ (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne _____ hodina _____

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce / zákonných zástupců)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.