

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Hana Pavlíková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Dlouhodobá péče o seniory z perspektivy
ošetřovatelství**
diplomová práce

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

Datum odevzdání práce: 20.5.2013

Abstrakt

Dlouhodobá péče o seniory je v posledních letech velmi diskutovaným tématem nejen v kruhu zdravotníků, ale i v rámci široké veřejnosti. A nebude tomu v budoucnu jinak. Dle údajů Českého statistického úřadu (2012) se v roce 2050 počet obyvatel starších 65 let zdvojnásobí, a počet obyvatel starších 85 let dokonce zpětinasobí. Tato práce se zabývá dlouhodobou péčí o seniory z perspektivy ošetřovatelství, jelikož současný demografický vývoj jej ovlivňuje velmi významně. S dlouhodobou hospitalizací seniora ve zdravotnických zařízeních je spojen výskyt mnoha komplikací, a to nejen fyziologických, ale i psychických, sociálních a spirituálních.

Cílem diplomové práce na téma „Dlouhodobá péče o seniory z perspektivy ošetřovatelství“ bylo zjistit, co považují sestry při poskytování dlouhodobé péče seniorům za největší problémy, zda by uvítaly změny v kompetencích v oblasti dlouhodobé péče o seniory, a rovněž bylo cílem zjistit názor na dlouhodobou ústavní péči a dlouhodobou domácí péči. Byly porovnány jednotlivé názory sester z různých oddělení a bylo zjišťováno, v čem ony samotné vidí řešení současné problematiky dlouhodobé péče o seniory. Cíl 1. Zjistit, co sestry shledávají jako nejvýznamnější problém v poskytování dlouhodobé péče seniorům. Cíl 2. Zjistit, zda sestry vnímají nutnost změny v ošetřovatelských kompetencích v oblasti péče o dlouhodobě nemocného seniora. Cíl 3. Zjistit, jaký je názor sester na dlouhodobou ústavní péči o seniora oproti dlouhodobé komunitní péči v domácím prostředí.

Základní výzkumná otázka vycházející z výzkumného problému a jeho cílů výzkumu byla definována následovně: **Jaká je perspektiva dlouhodobé péče o seniory z pohledu ošetřovatelství?** Byl zvolen explorativní přístup a k obecné výzkumné otázce byly hledány další souvislosti, které byly zkoumány hloubkově. Poměrně široké téma zahrnuté do výzkumné otázky bylo nadále dekomponováno do několika specifických otázek: 1. Bude nutné provést další změny ve financování péče o dlouhodobě nemocné z důvodu stále se navyšujícího demografického věku obyvatelstva? 2. Mohly by sestry v oblasti dlouhodobé péče o seniora přebrat některé kompetence doposud náležející lékařům? 3. Vzroste význam poskytování ošetřovatelské péče dlouhodobě nemocným seniorům v domácím prostředí? 4. Měla by být

dlouhodobá péče o seniora přesunuta mimo nemocnice do specializovaných zařízení? 5. Bude nutné navýšit počet zdravotnických zařízení se zaměřením na dlouhodobou péči z důvodu vzrůstajícího počtu seniorů? 6. V souvislosti s rostoucím počtem hospitalizovaných seniorů budou zdravotnická zařízení disponovat dostatečným množstvím pomůcek?

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda rozhovoru. Se sestrami z různých oddělení byly vedeny rozhovory, které byly následně zpracovány metodou obsahové analýzy. Rozhovor byl dobrovolný, osloveným sestram byla vysvětlena podstata a účel šetření a byl od nich získán informovaný ústní souhlas s uskutečněním rozhovoru. V rámci šetření byl důraz kladen na zkoumaný objekt (sestra pracující na standardním oddělení), na který bylo pohlíženo jako na synoptický celek. Zkoumaný objekt je brán jako celek biologických, psychologických a spirituálních vlastností, jelikož osobnost sestry zahrnuje všechny zmíněné složky. Kontextuálnost subjektu je zachycována v reálném pracovním prostředí, což napomáhá zachytit kvintesenci procesů ve zkoumaném prostředí. Na zkoumaný jev je pohlíženo v jeho celkové podobě. Záměrem této práce bylo porozumět zkoumanému jevu a získat co nejkomplexnější informace o tom, jak sestry pohlížejí na dlouhodobou péči o seniory, jak hospitalizace většího množství seniorů ve zdravotnických zařízeních ovlivňuje ošetrovatelskou péči a jaké perspektivní řešení vidí sestry v současné situaci péče o seniory.

Základní soubor byl tvořen sestrami jednotlivých oddělení. Výběr respondentů byl záměrný. Při šetření byl kritériem výběru pracovní poměr na předem zvoleném oddělení - délka minimálně pět let. Pro šetření byla zvolena různá oddělení nemocnice z důvodu různorodého pohledu na dlouhodobou péči o seniory. Celkem bylo osloveno 12 všeobecných sester, z toho šest rozhovor odmítlo. Původním záměrem bylo vést rozhovory pouze se sestrami pracujícími na oddělení následné péče. Od tohoto záměru však bylo upuštěno z důvodu možné jednostrannosti názorů sester na dlouhodobou péči o seniory.

Z výsledků šetření vyplývá, že sestry za nejvýznamnější problémy při poskytování ošetrovatelské péče dlouhodobě nemocnému seniorovi považují: nedostatek času,

nedostatečné personální zabezpečení, překážky při komunikaci se seniorem, nedostatečné řešení sociální situace seniora a problémy spjaté s návratem seniora do domácího prostředí. Sestry by v rámci zvýšení kompetencí uvítaly různé formy vzdělávání, jako jsou např. semináře či školení. Považují za nutné při hospitalizaci seniora ve zdravotnickém zařízení zvážit, zda je opravdu nutný překlad na LDN/oddělení následné péče či je vhodnější poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Sestry jako perspektivu poskytování ošetrovatelské péče dlouhodobě nemocnému seniorovi vidí v: užším propojení zdravotních a sociálních služeb, zvýšení kvality poskytované péče, posílení autonomie seniora, důstojné péči o seniora, častějším využívání domácí péče a informování široké veřejnosti o ní, zefektivnění komunikace se seniorem a jeho rodinou, zvýšení bezpečnosti prostředí a zvýšení motivace sester k poskytování co nejkvalitnější ošetrovatelské péče.

Abstract

Long-term care for the elderly people is a widely discussed topic in recent years not only among health professionals but also by the general public. And it will not change in the future. According to the Czech Statistical Office (2012) in 2050, the population aged over 65 will double and the population older than 85 years even quintuple. This work deals with long-term care for the elderly from the perspective of nursing, for the current demographic trends affect it significantly. Long-term hospitalization of the elderly in medical facilities is linked to many complications, not only physiological, but also psychological, social and spiritual.

The aim of the thesis entitled "Long-term care for the elderly in nursing perspective" was to find out what the nurses in long-term care for seniors consider as the greatest problems, if they would welcome a change in competences in long-term care for the elderly, and to obtain an opinion about the long-term institutional care and long-term home care. Individual opinions of nurses from different departments were compared; what kind of solution to the current problems of long-term care for the elderly the nurses propose themselves. Objective 1: Find out what the sisters find as the most crucial problem in long-term care for seniors. Objective 2: Determine whether nurses feel the necessity for change in nursing competences in the management of long-term ill elderly. Goal 3: Find out what is the opinion of nurses about long-term institutional care for the elderly compared to long-term community care at home.

The main research question based on the research problem and the research objectives was defined as follows: What is the prospect of long-term care for the elderly in terms of nursing? I decided for an exploratory approach. I was looking for another connection to general research question and examined them in depth. I decomposed this relatively broad topic covered by the research questions into several specific questions: 1. Will it be necessary to make additional changes in financing long-term care, due to a growing demographic age of the population increases? 2. Could nurses in long-term care for the elderly take over certain powers previously belonging to doctors? 3. Will the importance of providing nursing care long-term ill seniors at home increase? 4. Should be a long-term care for the elderly moved out of hospitals to specialized

facilities? 5. Will it be necessary to increase the number of health care facilities with the focus on long-term care because of the growing number of senior citizens? 6. In connection with the increasing number of hospitalized elderly, will medical facilities have enough of gadgets?

For the research was chosen a qualitative interview method. Nurses from various departments were interviewed and the outcomes were processed using the content analysis. The interview was voluntary. The addressed nurses were explained the nature and the purpose of the investigation and their informed oral consent with the realisation of the interview was collected. During the investigation I focus on the object of the research (a nurse working at the standard department) which I consider to be a synoptic complex. I think of it as of a complex of biological, psychological and spiritual qualities for the nurse's personality includes all of these ingredients. I study contextuality of the subject in the real work environment, which helps me capture the quintessence of processes in the investigated area. I try to look at the examining phenomenon at its overall form. My intention is to understand the researched phenomenon and to obtain most comprehensive information about how nurses perceive the long-term care for the elderly, how hospitalization of more seniors in health facilities affects nursing care and what the nurse sees as a promising solution to the current situation of elderly care.

The basic sample consisted of nurses from each department. The selection of the sample of respondents was intentional. The criterion was the length of employment at the chosen department - at least five years. For the investigation were chosen various departments of the hospital due to diverse view of long-term care for the elderly. 12 nurses were asked to give an interview altogether; six refused. The original intention was to interview nurses working only at the department of aftercare. However, this plan was abandoned because of possible bias opinions of sisters on long-term care for the elderly.

The results show that as the most significant problems in the provision of long-term nursing care to ill elderly the nurses consider: lack of time, lack of personal security, barriers when communicating with the elderly, poor dealing with the social situation of the elderly and the problems associated with the return of seniors in their home

environment. To increase the competences, nurses would welcome various forms of training, such as seminars and trainings. During hospitalization of elderly in medical facilities they find necessary to consider whether relocation to LDN / Department of aftercare is really necessary or if it is better to provide nursing care at home. Sisters' perspective on a long-term nursing care for elderly is: closer connection of health and social services, to increase quality of care, to strengthen the autonomy of elderly, dignified care for the elderly, increased use of home care and informing the general public about it, streamlining communication with seniors and their families, safer environment and to increase the motivation of nurses to provide the highest quality of nursing care.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20.5.2013

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Mé velké díky patří paní doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. Moc děkuji za trpělivost, ochotu a cenné odborné rady. Ráda bych poděkovala všem respondentkám za poskytnutí rozhovorů. A v neposlední řadě moc děkuji všem, kteří mi byli nápomocní při psaní této práce.

Obsah

Úvod.....	13
1. Současný stav	14
1.1 Historie péče o seniora.....	14
1.1.1 Laická péče o seniora v historii	15
1.1.2 Charitativní péče o seniora v historii	16
1.1.3 Institucionální péče o seniora v historii	17
1.2 Ošetrovatelská péče o seniora	18
1.2.1 Zaměření ošetrovatelské péče o seniora.....	20
1.2.2 Specifika při poskytování ošetrovatelské péče seniorovi.....	21
1.2.3 Komunikace se seniorem	24
1.3 Etické aspekty v oblasti ošetrovatelské péče o seniora	26
1.3.1 Autonomie, beneficence, justice, nonmaleficence.....	28
1.4 Možnosti péče o dlouhodobě nemocného seniora v současné době	29
1.4.1 Evropská charta pacientů/klientů seniorů	31
1.4.2 Vliv prostředí na dlouhodobě nemocného seniora	32
1.5 Institucionální péče o dlouhodobě nemocného seniora	33
1.6 Komunitní péče o dlouhodobě nemocného seniora	35
1.6.1 Specifika péče o dlouhodobě nemocného seniora v domácí péči.....	37
1.7 Domácí péče o dlouhodobě nemocného seniora ve světě	38
1.8 Perspektiva ošetrovatelství dlouhodobě nemocných seniorů	39
2. Cíle práce a výzkumné otázky.....	40
2.1 Cíle práce	40
2.2 Základní výzkumná otázka a specifické výzkumné otázky	40
3. Volba metodologického přístupu.....	42

3.1	Rámcové podmínky šetření	42
3.2	Specifika kvalitativního šetření	43
3.3	Výběr zkoumaného souboru.....	44
3.4	Metodika a technika výzkumu.....	46
3.5	Charakteristika výzkumného souboru.....	46
3.6	Postup při analýze rozhovorů	48
4.	Kategorizace.....	51
5.	Diskuze	79
6.	Závěr	91
7.	Seznam použitých zdrojů	93
8.	Klíčová slova.....	101
9.	Přílohy.....	102

Seznam použitých zkratk

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

ADP – agentura domácí péče

ONP – oddělení následné péče

LTC – long-term care (dlouhodobá péče)

Úvod

Mezi nejaktuálnější problematiku současné společnosti patří neustále se zvyšující demografický věk. Rostoucí věk obyvatelstva se velmi významně promítne ve zdravotní péči. Léčba a následná rekonvalescence seniorů s sebou přináší mnohá specifika a vznik nemalých komplikací. Délka hospitalizace se často pohybuje v řádech několika měsíců. Senior se stává závislým na péči zdravotnického personálu, je odpoután od svého přirozeného prostředí a kontakt s rodinou je značně omezený.

Ale dlouhodobá hospitalizace neovlivňuje pouze seniora samotného, ovlivňuje zejména charakter poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče. Péči je nutné přizpůsobit specifickým změnám seniorského věku a potřebám seniorů. Více než na odborné výkony se musí ošetrovatelská péče soustředit na psycho-sociálně-spirituální potřeby seniora, které se při dlouhodobé hospitalizaci dostávají do popředí.

Otázkou zůstává, zda současná situace péče o dlouhodobě nemocné seniory je vyhovující. Je nutné, aby všem seniorům hospitalizovaným v současné době v léčebnách dlouhodobě nemocných či na odděleních následné péče byla poskytována pouze institucionální péče či by bylo možné některé z těchto seniorů ošetřovat v domácím prostředí prostřednictvím agentur domácí péče?

S měnící se demografickou strukturou obyvatelstva dochází ke změnám struktury rodiny. V dřívějších dobách žili senioři společně se svými dětmi a vnoučaty. V dnešní době se potomci stěhují do měst za pracovními, vzdělávacími či společenskými příležitostmi a senioři zůstávají osamoceni.

Jedním z mnoha projektů Světové zdravotnické organizace (WHO) je program Zdravé aktivní stárnutí, který má za cíl umožnit seniorům plnohodnotné a kvalitní prožití konce života. Tento projekt zahrnuje mimo jiné i míru autonomie seniora, stav zdraví, bezpečnost seniorova prostředí či spoluúčast rodiny na péči. Senioři nesmí být na okraji společnosti, ale musí se stát její plnohodnotnou součástí (WHO, 2008). A právě ošetrovatelství hraje ve zmíněných oblastech velmi významnou a nezastupitelnou roli, a tudíž je nutné jej koncipovat tak, aby mohly být cíle Světové zdravotnické organizace naplněny.

*„Stáří neklepe na dveře,
stáří má klíče.“*

(Karel Plíhal)

1. Současný stav

1.1 Historie péče o seniora

Od nepaměti lidé usilují o prožití co možná nejvyššího věku, nejedná se o žádný rozmar být tu co nejdéle, nahromadit co nejvíce peněz, zažít co nejvíce zážitků či potkat co nejvíce zajímavých osobností. Přání dlouhověkosti má svůj racionální podklad. V dobách, kdy lidstvo umíralo na dnes poměrně snadno léčitelnou chřipku, nebylo samozřejmostí dosáhnout stáří. Vysoká novorozenecká úmrtnost, smrt při porodu či těžká pracovní invalidizace „dovolovaly“ člověku jen zřídka dosáhnout seniorského věku. Podstatný vliv má také pohled společnosti na seniory, který byl ovlivněný aktuální sociokulturní, ekonomickou či politickou situací. Jinak přistupovali lidé k seniorům v archaické společnosti a jiný přístup měli lidé doby osvícenské. Například za dob antiky byli staří lidé velice váženými občany a měli vysoké společenské postavení. Velmi významný vliv na péči jak o nemocného obecně, tak o seniora měly historické události a osobnosti. Vliv na prodloužení lidského života a péči o seniora měly mimo jiné sepsání Hippokratovy přísahy, vznik křesťanství, první pitva mrtvého těla, zakládání prvních starobinců, zápisky Florence Nightingalové, objevení pasterizace, vynález antibiotik či penzionování (Haškovcová, 2010).

Péče o seniora v té či oné podobě doprovází lidstvo od počátků lidské existence. Mezi původní formy péče o seniory a první pomáhající profese řadíme takzvané šamany. V pravěkých dobách byla péče seniorům poskytována výhradně skupinou/rodinou/kmenem, ve kterém žili. Pokud tato péče nestačila, byl přivolán šaman, který byl jakýmsi prostředníkem mezi zdravím a nemocí. Do jaké míry šamanství pomáhalo seniorům, lze dnes již pouze spekulovat (Géringová, 2011).

Rozvoj péče o seniory lze rozdělit na tři základní odvětví/období, které se navzájem ovlivňují a existují současně i v dnešní době. Jsou jimi laická péče, charitativní péče a profesionální ošetrovatelská péče (Farkašová, 2006).

1.1.1 Laická péče o seniora v historii

Za nejstarší a nezákladnější péči o seniory je považována laická péče. Uskutečňovala se v rámci kmenů, komunit či rodiny. Podpora seniora ze strany rodiny se uskutečňovala prostřednictvím specifických rituálů, které měly podpořit zdraví, upevnit postavení jedince ve společnosti či posunout jedince na vyšší příčku společenského žebříčku. Mezi nejpůvodnější ošetřovatele patří šamani či kouzelníci. Pokud se člověk dostal do psychické či fyzické nepohody, se kterou si nedokázal poradit sám a nedokázala mu pomoci ani rodina či komunita, šaman jej léčil pomocí duchovní podpory či bylin. Významné postavení později zaujímají ženy – bylinkářky, které léčí pomocí přírodních produktů (Géringová, 2011).

Péče o seniory v archaické společnosti však zdaleka nebyla častým jevem a zdaleka nebyla nijak idylická. V komunitách, pro které bylo typické kočování a nemajetnost, byl senior spíše přítěží. Nebyly prostředky na péči, potrava se velice těžko sháněla, a tudíž senior, pokud chtěl v komunitě zůstat, musel si tvrdě vydobýt své místo. Pokud člověk dosáhl seniorského věku, byl často, a to v lepším případě, vyháněn ze skupiny a ponechán svému osudu. V horším případě byl ukamenován, rozčtvrcen, či dokonce sněden ostatními členy. S vyspělejšími civilizacemi se postupně i zlepšovala péče o seniory. V antice byli staří lidé pokládáni za ztělesnění lidské moudrosti a laskavosti. Členové tehdejšího senátu byli převážně muži seniorského věku. Stejně tak komunity starých Slovanů vedla a soudila rada starších (Haškovcová, 2010). Stále však péče o seniory probíhá v rámci určitého společenství v domácím prostředí. Významným mezníkem v péči o seniory a nemocné je vznik křesťanství. Filozofie lásky, pomoci bližnímu a pokory podněcuje společnost zakládat při kláštorech a kostelích špitály, chudobince a hospice. Ošetřovatelkami jsou většinou ženy, členky jednotlivých církevních řádů, které mají poslání v poskytování péče nemocným, starým a nemohoucím (Jarošová, 2006).

1.1.2 Charitativní péče o seniora v historii

„*Miluj bližního svého...*“, právě tak začíná jedno z deseti nejzákladnějších pravidel křesťanského světa. Díky křesťanství dochází k významnému rozvoji ošetrovatelství, vzniká množství církevních řádů, jejichž hlavním posláním je pečovat o sirotky, nemocné, nemajetné a nemohoucí. Při kláštorech jsou zakládány špitály, hospice a nemocnice. Staří lidé, kteří o sebe nemohou sami pečovat, často končí v chudobincích, ve kterých panují mnohdy otřesné hygienické podmínky. Avšak kapacita a možnosti výše zmiňovaných zařízení nejsou schopny poskytnout péči všem, kteří ji potřebují (Farkašová, 2006).

Medicínská péče stále není poskytována na institucionální úrovni, o nemocné a staré lidi se starají zejména řeholnice/řeholníci církevních řádů a chudí lidé. Lékař pouze dochází do domovů, ale i tento fakt je komplikovaný, jelikož ne všichni nemocní a senioři si mohou finančně dovolit návštěvu lékaře. Špitály ve středověku mají spíše sociálně-rehabilitační charakter, neodlišují nemoc od náročné životní situace (Kalvach, 2004).

Pečující řeholníci a řeholnice se dobrovolně vzdali veškerého majetku a vydělané peníze odevzdávali církvi. Pomoc bližnímu měla být jedinou odměnou za vykonanou práci. O nemocné pečovaly i řády světské a rytířské. Mezi nejznámější patří Vojenský a špitální řád svatého Lazara Jeruzalémského, alžbětinky, klaristky či diakonky. Do klášterů často vcházeli dcery a synové zámožných občanů, či dokonce potomci králů. Mezi nejslavnější patří Anežka Česká, dcera Přemysla Otakara I., zakladatelka ženského kláštera sv. Františka a špitálu při kostele sv. Haštala. Zdislava z Lemberka, jež se svým manželem vstoupila do dominikánského řádu a celý svůj život zasvětila péči o chudé a staré lidi (Kutnohorská, 2010).

Veškerá péče však nebyla systematicky organizována. Chudí sice dostávali peněžní či potravinové dary, ale jednalo se spíše o výjimečné situace. Také ve špitálech a hospicích nebylo možné setrávat delší dobu, poněvadž disponovaly jen několika lůžky. Společnost si začala uvědomovat nutnost zakládání speciálních zařízení, kde by senioři mohli setrvat delší dobu a byla jim poskytována ucelenější péče (Haškovcová, 2010).

1.1.3 Institucionální péče o seniora v historii

První zmínka o zařízení věnovaném seniorům se objevuje již ve 14. století, kdy je na území dnešního Chorvatska a Slovinska založen první domov pro staré občany (Haškovcová, 2010). Na sklonku 15. století jsou zakládány první zařízení, které jsou určena chudým a starým lidem. S nástupem Ferdinanda I. na trůn je vydán zákon, který stanovuje obcím a městům postarat se o staré a chudé občany (Haškovcová, 2006).

S rozvojem medicíny jsou zakládány nemocnice, kde péče o nemocné již nemá pouze sociální charakter. V roce 1722 vzniká nemocnice U Alžbětinek, či roku 1791 nemocnice na Karlově náměstí. Dále pak je stavěno množství chorobinců, starobinců či nalezinců, prvních předzvěstí léčen dlohodobě nemocných, domovů pro seniory a kojeneckých ústavů (Kalvach, 2004).

V osvěcenském období se začínají utvářet reformy, na jejichž základech je vybudovaná současná péče o seniory. Díky reformám Marie Terezie a jejího syna Josefa II. jsou položeny základy sociální péče a první nástiny povinností lidí pečovat o druhé. Do zdravotní péče se začíná zapojovat i veřejnost, na lékařských fakultách se konají přednášky určené pro porodní báby či mastičkáře (Farkašová, 2006).

Ošetrovatelská péče je však na velmi nízké úrovni, o nemocné, chudé a staré pečují ženy v oboru ošetrovatelství nevzdělané (školy pro ošetrovatelky ještě neexistovaly). Péče je zaměřena pouze na hygienu, krmení a hlídání. Rozvoj profesionálního ošetrovatelství je spojen se dvěma jmény, jsou jimi lékař Nikolaj Ivanovič Pirogov a Florence Nightingalová. Nikolaj Ivanovič Pirogov byl lékařem pečujícím o zraněné na ruské frontě v období Krymských válek. Dal základy systému třídění zraněných dle závažnosti poranění a do polních nemocnic získal první ošetrovatelky, jimž kladl na srdce důležitost odborné péče o zraněné vojáky. Florence Nightingalová za Krymské války pečovala o nemocné na druhé straně než Pirogov. Vedla společenství žen, učila je, jak správně ošetrovat raněné vojáky, kladla důraz na udržování hygienického prostředí, zavedla v polních nemocnicích kanalizaci. Právě Florence Nightingalová roku 1860 založila první školu pro ošetrovatelky, což je průlomový okamžik v péči o nemocné (Haškovcová, 2010).

1.2 Ošetrovatelská péče o seniora

Známým faktem dnešní společnosti je neustále se prodlužující délka života. Mění se demografická situace a s ní se také mění potřeby a hodnoty celé společnosti. Zvyšující se počet seniorů ovlivňuje oblast ekonomickou, sociální, politickou a mnoho dalších. Jednou z nejvíce „zasažených“ oblastí je ošetrovatelství a medicína. V nemocnicích je hospitalizováno stále větší množství seniorů, posouvá se věkový průměr nemocných téměř na každém oddělení. Péče o hospitalizované seniory je ve většině případů komplikována polymorbiditou (Holmerová a kol., 2002). Když pominou důvody hospitalizace, nastává další problém. Lze propustit seniora domů? Bydlí sám? Je schopen o sebe pečovat? Zodpovězení těchto a mnoha dalších otázek není zdaleka tak snadné, jako u lidí v produktivním věku. Pokud je třeba delší rekonvalescence, je senior překládán na oddělení následné péče, na doléčovací rehabilitační jednotky provozované v rámci jednotlivých nemocnic či do soukromých a státních léčeben dlouhodobě nemocných. Pokud to zdravotní stav dovoluje, je senior propuštěn do domácího prostředí a ošetrovatelská péče je poskytována zaměstnanci agentur domácí péče (Kalvach, 2011).

Ošetrovatelská péče o seniora má svá významná specifika. Sestra pečuje o pacienta/klienta, který je v náročné životní situaci. Většina seniorů se hůře adaptuje na nové prostředí a s tím souvisí odlišnosti v prožívání situací, na které by dospělý člověk reagoval jiným způsobem. Je nutné, aby si celý ošetrovatelský personál uvědomil nutnost odlišného přístupu v péči o seniora. Problémové situace však nemusí nastat pouze v oblasti emocionální a v oblasti komunikace (Dušek a Minibergerová, 2006). Stárnutí s sebou přináší významné změny v biologické, psychologické, sociální a spirituální oblasti. Na každého člověka je třeba hledět jako na holistickou bytost (platí nejen u seniorů), sestra musí mít vědomosti z anatomie, fyziologie, patologie, psychologie, pedagogiky a z mnoha dalších disciplín, aby uměla nacházet mezi jednotlivými oblastmi souvislosti, individualizovat péči dle stavu, chování a prožívání pacienta/klienta a dokázala správně a efektivně ošetrovat seniora. Velice důležitá je také spolupráce s rodinou, která se velmi podílí na celkové péči (Malíková, 2011).

Stáří samo o sobě není nemoc, pokud však senior onemocní, je třeba zaměřit se na jiné oblasti v péči o seniora, než by tomu bylo u dospělého člověka v produktivním věku. Nemoci u seniora často přecházejí do chronicity, snadno dochází k postupnému vzniku přidružených onemocnění a omezují soběstačnost seniora. Senioři často bojují s demencí různých typů a projevů, s hospitalizací se mohou objevovat deprese či úzkostné stavy. Senioři mají často problémy s inkontinencí, a je proto třeba poskytnout vhodné pomůcky a důkladnou hygienickou péči. Hospitalizace seniora je spojena s pocity osamělosti, izolace a pocity méněcennosti. Sestra musí být dobrým pozorovatelem, citlivým ošetřovatelem a rádcem (Haškovcová, 2006).

Jednou z nejzákladnějších zásad ošetřovatelské praxe je naslouchání, ať už je senior zmatený či rozhněvaný, sestra musí pomocí všech smyslů vnímat všechny aspekty ovlivňující lidské chování a prožívání. To, že je senior momentálně velmi zmatený neznamená, že musí být zákonitě dementní. Může být pouze ve stresu v důsledku hospitalizace, může se jednat o příznak některého z vážných onemocnění. Stejně tak je třeba brát vždy seniory vážně, jejich bolesti, trápení či vzpomínky mohou být natolik významné, že ovlivní celou následující léčbu a zdravotní stav. Sestra nesmí nikdy podléhat předsudkům, pokud je na oddělení přijat pacient/klient s Alzheimerovou nemocí, zákonitě nemusí být zcela ležící a neschopen sebeobsluhy (Adam, 2004). Senioři v nemocničním prostředí často ztrácejí sebedůvěru, jistotu a naději. Ztrácejí kontakt s rodinou, nemohou vykonávat oblíbené koníčky a uzavírají se do sebe, ztrácejí zájem o okolí. Samozřejmě, že člověku na pokraji deprese nestačí říci: „To bude dobré, však to zvládli jiní, zvládnete to také.“ Základem je všimnout si každé reakce, každého prožitku a uchopit, byť sebemenší, náznak naděje a podporovat tento pocit v člověku. I drobný pokrok je pokrok. Další důležitou oblastí je podpora autonomie pacienta/klienta. S příchodem do nemocničního prostředí je předáno mnoho informací, dáno mnoho pokynů a člověk nabývá dojmu, že není účastníkem péče. Při každém výkonu se sestra musí ujistit, zda s ním pacient/klient souhlasí, zda by mu byl příjemný jiný postup, neboť příště jej může odmítnout (Pörtner, 2009).

1.2.1 Zaměření ošetrovatelské péče o seniora

Stáří samo o sobě není nemoc, pokud však senior onemocní, je třeba zaměřit se na jiné oblasti v péči o seniora, než by tomu bylo u dospělého člověka v produktivním věku. Nemoci u seniora často přecházejí do chronicity, snadno dochází k postupnému vzniku přidružených onemocnění a omezují soběstačnost seniora. Senioři často bojují s demencí různých typů a projevů, s hospitalizací se mohou objevovat deprese či úzkostné stavy. Pokožka již ve stáří není dostatečně prokrvována a rány se hůře hojí, což ještě komplikují různá onemocnění jako je například diabetes mellitus. Organismus již není tak stabilní a nereaguje adekvátně na léčbu. Z onemocnění může dojít buď k dočasné, či trvalé imobilitě, která zasahuje všechny orgánové systémy lidského organismu, a tudíž může vyvolávat různé příznaky a onemocnění, od nízkého tlaku počínaje plicní embolií konče. Senioři mají často problémy s inkontinencí, a je proto třeba poskytnout vhodné pomůcky a důkladnou hygienickou péči. Hospitalizace seniora je spojena s pocity osamělosti, izolace a pocity méněcennosti. Sestra musí být dobrým pozorovatelem, citlivým ošetřovatelem a rádcem (Haškovcová, 2006).

Jednou z nejzákladnějších zásad ošetrovatelského praxe je naslouchání, ať už je senior zmatený či rozhněvaný, sestra musí pomocí všech smyslů vnímat všechny aspekty ovlivňující lidské chování a prožívání. To, že je senior momentálně velmi zmatený neznámá, že musí být zákonitě dementní. Může být pouze ve stresu v důsledku hospitalizace, může se jednat o příznak některého z vážných onemocnění. Stejně tak je třeba brát vždy seniory vážně, jejich bolesti, trápení či vzpomínky mohou být natolik významné, že ovlivní celou následující léčbu a zdravotní stav. Sestra nesmí nikdy podléhat předsudkům, pokud je na oddělení přijat pacient/klient s Alzheimerovou nemocí, zákonitě nemusí být zcela ležící a neschopen sebeobsluhy (Adam, 2004). Senioři v nemocničním prostředí často ztrácejí sebedůvěru, jistotu a naději. Ztrácejí kontakt s rodinou, nemohou vykonávat oblíbené koníčky a uzavírají se do sebe, ztrácejí zájem o okolí. Samozřejmě, že člověku na pokraji deprese nestačí říci: „To bude dobré, však to zvládli jiní, zvládnete to také.“ Základem je všimnout si každé reakce, každého prožitku a uchopit, byť sebemenší, náznak naděje a podporovat tento pocit v člověku. I drobný pokrok je pokrok. Další důležitou oblastí je podpora autonomie pacienta/klienta.

S příchodem do nemocničního prostředí je předáno mnoho informací, dáno mnoho pokynů a člověk nabývá dojmu, že není účastníkem péče. Při každém výkonu se sestra musí ujišťovat, zda s ním pacient/klient souhlasí, zda by mu byl příjemný jiný postup, neboť příště jej může odmítnout (Pörtner, 2009).

1.2.2 Specifika při poskytování ošetrovatelské péče seniorovi

Nastupující stáří s sebou přináší mnoho hezkého, například příchod vnoučat na svět, možnost trávení volného času, jak si člověk přál celý život. Mnozí senioři v penzi cestují. Avšak bylo by velice krátkozraké „dívat se na stáří přes růžové brýle“. S vyšším věkem dochází ke smyslovým poruchám, zejména sluchu. Senior se zprvu stydí přiznat se, že má problém se sluchem, poněvadž okolí nezájímá reaguje: „Naše babička tvrdí, že neslyší, ale ona slyší jen to, co chce.“ Dalším postiženým smyslem je například zrak. Již kolem padesátého roku života člověka dochází ke změnám na očním pozadí, ať už je to způsobené rostoucím krevním tlakem či známkou „opotrebování“ zrakového smyslového orgánu (Kalvach, 2004). Senioři se často právě zásluhou výše zmíněných poruch uchylují do ústraní a vyhýbají se kolektivu, poněvadž lidem v něm stejně nerozumí. I když by často třeba rádi byli součástí dění kolem sebe. V seniorském věku dochází i k poruchám chuťového vnímání, což vede k neschopnosti rozeznat jednotlivé chutě, člověk pak může extrémně přesolovat jídlo, což má dopad na cévní systém. Porucha hmatu, vnímání bolesti, tepla a chladu vede k vyššímu riziku vzniku omrzlin, které se zvláště pak v seniorském věku velice dlouze hojí. Porucha čichu může vést ke zhoršení hygieny seniora, což má dopad například k zanedbávání domácnosti, jehož následkem je pak sociální vyloučení či izolace. Všechny výše zmíněné smyslové poruchy musí být zaznamenány v ošetrovatelské anamnéze a zohledněny při poskytování ošetrovatelské péče (Kalvach, 2011). Poruchy kognice patří mezi významné fenomény seniorského věku, dochází k postupnému zhoršování krátkodobé paměti, míra a doba soustředění klesá a často vlivem hospitalizace dochází k dezorientaci (Holmerová a kol., 2002).

V oblasti ošetrovatelské péče o seniory se setkáváme s mnoha problémy, patří mezi ně nedostatečný příjem tekutin, který je způsobený poruchou vnímání žízně, což může

vést k dehydrataci seniora a následnému minerálovému rozvratu. Dalším problémem je snížená motilita střev, která způsobuje zácpu. Porucha krevního prokrvení akraálních částí lidského těla vede k pocitům chladu a způsobuje gangrény a nekrózy. Vlivem nedostatečného polohování, nedostatečné výživy a poruch prokrvení při imobilizaci seniora snadno dochází ke vzniku dekubitů. Sestra vždy při příjmu pacienta/klienta zkontroluje, zda má dekubity, zhodnotí riziko vzniku dekubitů (nejčastěji využívaným ukazatelem je Northon test) a zvolí vhodné pomůcky k polohování pacienta/klienta (Dlabalová a Klevetová, 2008).

Při ošetřování seniorů v oblasti dlouhodobé péče se sestra setkává s velkým množstvím seniorů s nejrůznějšími onemocněními, ale také různých schopnostmi a s různou mírou závislosti na druhých (Kalvach, 2011).

Hospitalizace u seniora často způsobuje pocity izolovanosti a těžké deprese. Sestra musí být vnímavá k jakýmkoliv náznakům psychické nepohody seniora a zprostředkovat, pokud je to možné, častější návštěvu rodiny, aktivizaci pacienta/klienta či návštěvu dobrovolníků (Kalvach, 2004).

Významným problémem při hospitalizaci seniora je geriatrický hospitalizmus, nedostatečná adaptace na nemocniční či ústavní prostředí. Dochází k rozvoji geriatrického syndromu, který ovlivňuje veškeré oblasti lidského zdraví, mezi jeho projevy patří inkontinence, imobilizace, poruchy hydratace či různé stupně delirií. Geriatrický syndrom je často úzce spojen a ovlivňován stavem jednotlivých orgánových soustav, jako je zažívací soustava, dýchací soustava, nervová soustava a další. Prevence, diagnostika a léčba jsou velmi problematické. Jedná se o dlouhodobý proces, který nemá mnoho řešení, a každý jedinec na léčbu reaguje odlišným způsobem. Sestra seniora za každé situace podporuje v co možná nejvyšší míře nezávislosti a pravidelně předává informace lékaři (Cress, 2012).

V seniorském věku se stále více dostávají do popředí otázky a myšlenky týkající se smrti, senior balancuje nad prožitým životem, upíná se na vzpomínky, mládí pokládá za nejtřastnější období. Velkého významu nabývá religiozita, která je pro mnohé jakousi oporou v otázkách umírání a života po smrti (O'Connor, Aranda, 2005). V posledních letech byla témata týkající se smrti v určité míře tabuizována, na rozdíl od západních

zemí, které se od poloviny 20. století zabývají smrtí a umíráním ve vysoké míře. Myšlenky na smrt jsou u každého jedince doprovázeny odlišnými pocity, jsou determinovány spirituální oblastí jedince, okolnostmi, za kterých nemoc vznikla, a nemocí samotnou (Mlýnková, 2011). V dřívějších dobách lidé umírali v rodinném kruhu ve svých domovech, v současnosti se umírání institucionalizuje, lidé umírají ve zdravotnických zařízeních často bez přítomnosti blízkých, bez oblíbených předmětů a obklopeni nejrůznějšími technologickými zařízeními, které však prodlužují pouze biologickou existenci, nikoliv autonomii a soběstačnost pacienta/klienta (Munzarová, 2005). Mnoho seniorů hledá oporu a radu u sestry, která musí být připravená na otázky týkající se smrti, musí být v této oblasti vzdělaná a mít osvojené zásady efektivní komunikace s umírajícím pacientem/klientem. Jedná se o témata velmi citlivá, i jedna neuvážená věta velmi ovlivní chování a prožívání, jak v negativním, tak i v pozitivním smyslu (Dvořáčková, 2012).

Rodina je základní stavební jednotkou společnosti, zahrnuje rozmanité věkové skupiny. Společenská situace ve státě by měla rodině umožňovat, vzhledem k možnostem jednotlivých příslušníků, poskytovat péči seniorovi v domácím prostředí, aniž by byl ohrožen ekonomický chod celé domácnosti způsobený například nedostatkem financí. Pokud o seniora rodina nedokáže, nechce nebo neumí efektivně a dostatečně pečovat sama, přichází v úvahu nejrůznější agentury domácí péče, kterými se budeme podrobněji zabývat v kapitole 1.6 Komunitní péče o dlouhodobě nemocného seniora (Holmerová a kol, 2002). Ošetrovatelská péče ve zdravotnických zařízeních je významně ovlivňována rodinou, ať už se jedná o rodinu funkční, či dysfunkční. Senior přicházející do zdravotnického zařízení z dysfunkční rodiny je často zanedbán a má snížené sebevědomí. Dysfunkční rodina neposkytuje dostatečné citové, ekonomické, společenské či spirituální zázemí. Trendem posledních let je oddělené soužití mladé a staré generace. Seniori se ocitají v prostředí domovů pro seniory a v případě onemocnění končí na odděleních či v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v prostředí pro ně neznámém, s jiným uspořádáním pokojů a jiným denním řádem, než na který byl senior zvyklý v domácím prostředí (Mlýnková, 2011).

1.2.3 Komunikace se seniorem

Komunikace v ošetrovatelství je složitý proces, který vyžaduje vysokou dávku profesionality, sebeovládání a také sebepoznání. Prakticky nikdy v nemocničním prostředí neprobíhá komunikace v absolutně klidném prostředí, dochází ke stresovým situacím, které sestra musí zvládat. Zároveň pacient/klient specifickým způsobem reaguje na dlouhodobou zátěž způsobenou prostředím, bolestí, zhoršením zdravotního stavu. Dochází ke vzniku konfliktu mezi pacientem/klientem či jeho rodinou a sestrou. Ošetrovatelská péče o dlouhodobě nemocného seniora je velice náročná a zdravotnický personál je ohrožen syndromem vyhoření, kterému je nutno předcházet dostatečnou duševní hygienou, uvědoměním si sebe sama, a významnou roli hraje i prevence ze strany managementu (Venglářová, 2007).

Jednoznačný jednoduchý návod na komunikaci se seniorem neexistuje. Každého seniora ovlivňuje choroba i věk jiným způsobem. Sestra musí přístup v komunikaci přizpůsobit každému člověku individuálně. Při každém ošetřování musíme seniora dostatečně informovat, nikdy nesmí mít pocit, že se vše děje bez jeho svolení a nemá sebemenší vliv na ošetrovatelskou péči. Senior se stává sestře partnerem, nikoliv pouhým „konzumentem“ ošetrovatelské péče, spolurozhoduje o jednotlivých krocích péče, je zvědavý a samostatnější než dříve (Kalvach, 2011). Senioři pociťují potřebu naslouchání, neboť hospitalizace je náročnou životní situací, při které se v myslí vynořuje mnoho složitých otázek, se kterými si neví rady. Při komunikaci se seniorem je třeba nejdříve upravit prostředí, které musí být klidné bez rušivých elementů, příjemné, dodávající jistý pocit intimity (Holmerová, 2002). Při prvním setkání se sestra i ostatní zdravotnický personál představí, seniora nikdy neoslovuje „babičko/dědečku“, nepoužívá dětinské výrazy a přemíru zdobnělin, nespěchá, při každé příležitosti dodává seniorovi pocit porozumění (Mahrová, 2006).

Mezi nejčastější problémy, se kterými se sestra setkává při komunikaci se seniorem, patří dotazování se na stále stejnou věc, poruchy vyjadřování, fabulace či například užívání vulgarismů. Sestra nesmí při komunikaci ztrácet trpělivost, senioři si často nepamatují, s kým a na jaké téma mluvili. Pobyt ve zdravotnickém zařízení bývá často stereotypní - ve stejnou dobu vstávání, úprava lůžka, snídaně, oběd, večeře.

Člověk těžko hledá témata ke konverzaci, při nepřiměřené reakci zdravotnického personálu se raději uzavře do sebe a další konverzace se navazuje jen velmi obtížně. Mezi komunikační dovednosti sestry patří i kreativně hledat nová témata rozhovoru (Venglářová, 2006).

Povolání sestry patří mezi jedno z nejnáročnějších. Je náročné po fyzické i psychické stránce, sestry musí být stále ve střehu, umět rychle reagovat, mít odborné znalosti, být zručné a umět pracovat s ošetrovatelskou dokumentací. Vysoká psychická zátěž vede k řadě komunikačních chyb, které mají na seniora vzhledem k jeho vnímavější psychice vážný dopad. Prvním krokem ke zlepšení komunikace je identifikovat vlastní chyby a snažit se o napravení. V praxi se často setkáváme s odsuzováním pacienta/klienta za jeho chování, s kritikou a moralizováním, aniž bychom pátrali po příčině vzniku reakce. Konejšení seniora, že je vše v naprostém pořádku, i když opak je pravdou, je vážnou komunikační chybou. Senior ztrácí důvěru k sestře, jelikož, ač možná s dobrým úmyslem, mu neříká pravdu. Zdravotnický personál se často „bojí“ emocionálních projevů pacienta/klienta a nedovoluje mu vyventilovat nahromaděné emoce (Malíková, 2011).

V ošetrovatelské péči se často setkáváme s ageistickými tendencemi v chování sestry a ostatního zdravotnického personálu, které negativně ovlivňují psychiku seniora. Ageismus lze definovat jako diskriminaci osob na základě jejich věku. Existuje mnoho odborné literatury pojednávající o stáří, jeho projevech, komplikacích a nejčastějších nemocech. Tyto informace však nelze generalizovat na všechny seniory, nelze z nich vyvozovat, že všichni senioři jsou pomalí, zmatení, nechápou, co jim sestra říká, či mají sklon k dětinskému chování. Každý senior je autonomní osobnost, která má právo na důstojné zacházení. Stáří není nemoc, ale fyziologický proces, během něhož dochází k postupným změnám v lidském organismu (Pokorná, 2010).

1.3 Etické aspekty v oblasti ošetrovatelské péče o seniora

Podstatou ošetrovatelského povolání je prakticky neustálý kontakt s pacienty/klienty, jejich blízkými a rodinami. Sestra pečuje o ty, kteří o sebe nemohou, neumějí nebo nechtějí sami pečovat, pomáhá chránit a navracet zdraví, je pacientovi/klientovi oporou v náročných životních situacích. Během hospitalizace si senior pokládá mnoho otázek: Budu se moci o sebe sám postarat? Nebudu zdravotnickému personálu na obtíž? Bude se na mě sestra zlobit, když nesplním, o co mě žádá? Budu se moci vrátit domů? Nebudu na obtíž své rodině (Farkašová, 2006)?

Sestra je pacientovi/klientovi partnerem a rádcem v otázkách základních životních hodnot týkajících se zdraví, života, rodiny, lásky a mnoha dalších. Komunikace a etika spolu velice úzce souvisejí, na základě hlavních naučených etických principů mezi sebou lidé komunikují, jednají a řeší problémy. Co považuje jeden člověk za etické, může druhý z etického hlediska odmítnout (Bartůněk, 2011). Etika ošetrovatelství analyzuje vztah a postoje mezi sestrou a pacientem/klientem, vnímá souvislosti mezi jednotlivými reakcemi, stanovuje očekávané výsledky, formuje mravními kodexy, zabývá se povinnostmi a odpovědností sestry týkající se ošetrovatelské péče. Podmínkou a základem etického chování sestry je odborná vzdělanost, kreativní myšlení a aplikace zkušeností do praxe (Kutnohorská, 2007).

Etickými problémy v oblasti péče o staré lidi se zabývalo a zabývá mnoho organizací, které vydaly ještě více dokumentů obsahující pravidla a principy péče o seniory. S rozvojem geriatrie a gerontologie se objevují etické problémy týkající se péče o seniora, zapojení do léčby, samostatného rozhodování, vytváření důstojných podmínek či respektu stran zdravotnických pracovníků (Haškovcová, 2002).

Pokud má sestra eticky pečovat o nemocného seniora, musí si nejprve uvědomit, se kterými morálními oblastmi se během ošetrovatelské péče nejčastěji setkává, až posléze může stanovit správná rozhodnutí. Pravdomluvnost je jedním z nejdiskutovanějších etických problémů. Sestra pacientovi/klientovi nikdy nelže, avšak sestra jako profesionálka by měla sama vědět, kdy a jakým způsobem bude pacientovi/klientovi odpovídat na položené otázky. Sestra má své kompetence, jejichž náplní není sdělování diagnózy a prognózy, ale může doplnit či pomoci objasnit

informace sdělené lékařem, informace týkající se podávání léčiv či postup jednotlivých ošetrovatelských úkonů (Burkhardt, 2008). Přiznání nevědomosti není projevem neprofesionality či nekompetentnosti. Nikdo na světě není vševědoucí, dáváme tím pacientovi/klientovi najevo, že nejsme nedotknutelná autorita, která má na všechno vždy odpověď. Kultivované chování je podmínkou každého povolání, jehož podstatou je práce s lidmi, sesterskou profesi nevyjímaje. Ohleduplné zacházení se seniorem je podstatou efektivního etického přístupu. Zahrnuje zásady verbální i neverbální komunikace, ochotu naslouchat seniorovi či odpovídat na položené otázky (Sýkorová, 2008). Ošetrovatelská praxe je odedávna spojována se soucitem a laskavostí, sestra rozpozná utrpení a snaží se jej snížit na co nejnižší možnou mez či zcela odstranit. Nedostatečný soucit vede k ignorování některých symptomů a neefektivní léčbě, naopak přílišný soucit vede k pocitům marnosti a selhání, sestra musí umět adekvátně vyhodnotit situaci a získat profesionální nadhled, což je základním pravidlem etického chování (Heřmanová, 2012).

V některých případech je při hospitalizaci diagnostikováno závažné onemocnění. Reakce každého seniora je odlišná, ovlivňuje ji temperament, forma sdělení, zkušenosti s onemocněním či věk. Byly však vyzorovány společné rysy v přijetí závažné diagnózy, které popsala Elisabeth Kübler-Rossová. Popisuje šest fází – šok („Proč právě já?“), popření („To není možné, muselo dojít k omylu.“), agrese („Vám se to říká, když nejste v mé situaci.“), smlouvání („Kdybych se dožil alespoň narození vnučky.“), deprese („Vše je marné.“), smíření („Dokonáno jest.“) Jednotlivé fáze nemusí probíhat v tomto pořadí, některé mohou být vynechány, mohou se opakovat a být různě dlouhé. Sestra usiluje, aby senior dospěl k fázi smíření, která přináší klid a vyrovnání se s onemocněním. Výše zmíněnými fázemi si prochází nejen senior, jemuž byla diagnóza sdělena, ale i jeho rodina, což musí mít sestra na paměti (Kübler-Rossová, 1969).

Pravdomluvnost je jedním z prvků ovlivňujících důvěru k druhému člověku. Některé národy mají ve zvyku sdělovat pravdu v celém jejím rozsahu, což pokládají za základ dobrého vztahu mezi lidmi. Sestra v domácí péči musí být k seniorovi upřímná, nesmí lhát. Situace může však být i opačná, pokud pacient/klient není k sestře upřímný, je ovlivněn vztah sestry k němu, což má dopad na celý průběh ošetrovatelské péče.

Princip věrnosti a poctivosti předpokládá oddanost sestry daným závazkům, dodržování slibů, dodržování povinné mlčenlivosti, což je jednou ze stěžejních požadavků profesní etiky v ošetrovatelství (Kelnarová, 2007).

Péče o seniory má i svá dilemata, se kterými se sestry při poskytování ošetrovatelské péče často setkávají. Týkají se autonomie jedince ve zdraví a nemoci, odpovědnosti za zdraví. Měla by být společnost solidární se seniorem, který vykouřil krabičku cigaret denně a nyní bojuje s rakovinou plic? Jak správně a bez předsudků pečovat o seniora, který byl dvacet let uvězněný za vraždu? Má rodina právo rozhodnout o odpojení seniora od život udržujících přístrojů? Zda řešením výše položených otázek jsou upřednostňovány zájmy jednotlivce či zájmy společnosti, by bylo debatou na mnoho hodin a stále bychom se nedobrali jasného a konečného řešení, které bude v souladu se všemi etickými principy, lidskými právy a smýšlením každého člověka (Doyle a Timonen, 2007).

1.3.1 Autonomie, beneficence, justice, nonmaleficence

Ošetrovatelská péče musí být vždy založena na čtyřech základních principech – respekt k autonomii seniora, beneficence (správnému jednání), nonmaleficence (nepoškozování) a justice (spravedlnosti), které spolu navzájem souvisejí, jejich podstata se prolíná (Munzarová, 2005). Definovat pojem autonomie je velice obtížné. Jedná se o svobodu a nezávislost v uspokojování biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb. Možnost vyjadřovat své názory, postoje, aniž by se člověk za ně musel před ostatními stydět či se za ně omlouvat. S autonomií úzce souvisí právo na soukromí a důstojné chování. Autonomie přináší člověku pocit uspokojení, není však trvalá, mění se v čase v závislosti na charakteru nově vznikajících situací (Langmeier a Krejčířová, 2006). Během hospitalizace seniora dochází vlivem vzniklé nemoci ke snížení soběstačnosti a možnosti podílet se na léčbě a ošetrovatelské péči. Často se ve zdravotnických zařízeních setkáváme s ageistickými tendencemi v chování personálu, vyhýbáním se kontaktu se seniory, zanedbáváním ošetrovatelské péče či s nedostatečným vysvětlením léčebných a ošetrovatelských postupů. Autonomie seniora není závislá na míře soběstačnosti, což musí mít sestra během ošetrovatelské péče na

paměti. Vždy je třeba mít na paměti, že snad nikdo z lidí netouží být závislý na druhých. Senior se snaží udržet si co nejvyšší možnou míru autonomie, v domácím prostředí využívá různých pomůcek ke zlepšení sebeobsluhy, snižuje tempo práce či snižuje množství činností během dne. Sestra musí respektovat autonomii seniora, podporovat jej v samostatném rozhodování, nikdy mu nepodsouvá svůj názor, pouze informuje o možnostech péče (Sýkorová, 2008). Princip beneficence spočívá v dobročinnosti, sestra předchází poškození seniora, dodržuje předpisy a standardy zdravotnického zařízení, odstraňuje nedostatky v ošetrovatelské péči, které by mohly vést k poškození seniora, maximálně podporuje zdraví pacienta/klienta. Princip nonmaleficence (nepoškozování) zakazuje jakýmkoliv způsobem úmyslně poškozovat pacienta/klienta. Při každém výkonu sestra musí jednat tak, aby poskytovala péči na co nejvyšší úrovni a v žádném případě nijak neohrozila seniora. Z principu nonmaleficence se odvíjí autonomie, která je formována pravidlem jednat tak, aby nebylo škodeno ostatním. Všichni lidé jsou si rovni, všichni mají právo na stejnou úroveň léčby, na základě těchto myšlenek je založen princip justice. Nelze upřednostňovat jednoho seniora před druhým, poněvadž je sestře sympatičtější. O umírající seniory sestra pečuje stejně důkladně jako o ostatní seniory (Munzarová, 2005).

1.4 Možnosti péče o dlouhodobě nemocného seniora v současné době

Se zvyšujícím se věkem ve společnosti se formuje nutnost péče o seniory, jejichž průběh onemocnění má dlouhodobý charakter. Moderní společnost je nucena k vytvoření systému, který by zabráňoval vyloučení dlouhodobě nemocného seniora ze společnosti či mu vůbec nedovolil ve společnosti přežít. Se zvyšující se potřebou dlouhodobé péče o seniory však stoupají i ekonomické náklady na léčbu v důsledku vysokého výskytu polymorbidity (Dlabalová a Klevetová, 2008).

Problematikou dlouhodobě nemocných seniorů se mimo jiné zabývá mezinárodní koncept integrované zdravotně sociální dlouhodobé péče vytvořený na začátku 21. století. Koncept je výsledkem stupňující se potřeby pečovat o stárnoucí společnost, upozorňuje na nutnost spolupráce mezi zdravotním a sociálním sektorem. Výzkumy vedené v souvislosti s péčí o dlouhodobě nemocné seniory přinesly velice zajímavé

výsledky, z nichž vyplynula nutnost zahájení systematického zvyšování kvality péče. Upozorňuje na nízkou kvalitu péče o seniory a necitlivou péči o umírající v takzvaných léčebnách dlouhodobě nemocných, neefektivní využívání ekonomických zdrojů v oblasti péče o dlouhodobě nemocné seniory, nemožnost rodiny pečovat o dlouhodobě nemocné seniory v domácím prostředí či například snižování kvality života dlouhodobě nemocného seniora jak v ústavní péči, tak v domácím prostředí (European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2008).

Empirické výzkumy informovanosti společnosti o možnosti péče o dlouhodobě nemocné seniory vykazují značnou neinformovanost, nejčastěji zmiňovanou možností byla ústavní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, méně pak agentury domácí péče. Avšak možností je mnohem více. Začneme od nejzákladnějších složek péče o dlouhodobě nemocné seniory.

V přední linii stojí samotný senior, bez jehož vůle nemůže být žádná péče poskytována, dále následuje laická pomoc rodiny. Další důležitou složkou je praktický lékař, který organizuje primární péči o seniora, který úzce spolupracuje se službami zabezpečujícími péči o seniora v domácím prostředí, jako jsou agentury domácí péče, pečovatelské služby, osobní asistence či tísňová péče. Významnou roli hrají rovněž organizace, které zabezpečují fyzioterapii, ergoterapii, protetická centra, půjčovny kompenzačních pomůcek, krizová centra s vyškolenými psychoterapeuty či logopedické ordinace. V posledních letech vzniká řada denních center, stacionářů a organizací, které koordinují dobrovolnickou činnost péče o seniory v domácím prostředí. Mnoho nemocnic disponuje odděleními zaměřenými na péči o seniory a rehabilitaci (Haškovcová, 2010).

Pro zlepšení kvality péče o dlouhodobě nemocné seniory je třeba, aby došlo ke zlepšení spolupráce sociální a zdravotní péče, které dosud fungují odděleně. Kvalita poskytování ošetrovatelské péče o seniory je zajišťována standardizací jednotlivých výkonů, ošetrovatelskými audity či změnami v získávání způsobilosti k výkonu ošetrovatelského povolání (Jabůrková a Mátl, 2007).

1.4.1 Evropská charta pacientů/klientů seniorů

Evropská charta práv seniorů se zabývá poskytováním zdravotní, ošetrovatelské a sociální péče. Klade důraz na prevenci, zvyšování soběstačnosti, včasné léčení onemocnění, integraci seniorů do společnosti, zajišťování multidisciplinární péče o seniory a předcházení ageismu. Charta je tématicky rozdělena na několik částí týkajících se péče o seniora – obecné zásady, komunikace a informace, podporu zdraví, léky, transport, zdravotní problémy, nemoc, propuštění z nemocnice, respitní péče, komunitní a sociální služby a změnu domova. Jako obecné zásady charta zmiňuje ekvitu v poskytování zdravotní péče bez ohledu na finanční situaci, místo bydliště a závažnost onemocnění (Pracovní stránky českých geriatrů, 2012).

Komunikace a informace jsou pro seniora velice důležité, během pobytu v nemocnici musí být informován na co nejprofesionálnější úrovni a zároveň srozumitelně. Senior má právo nahlížet do své dokumentace, aby jej zastupoval v případě indispozice jeden z členů rodiny, aby mu byly poskytnuty pomůcky ke zlepšení komunikace v případě sluchového či zrakového poškození, má právo být informován o každém výkonu a ošetření a případně je odmítnout. Podpora zdraví u seniora probíhá pomocí edukace o zdravém životním stylu, zdravé výživě či speciálních cvičeních. Mimoto Česká republika poskytuje bezplatné preventivní prohlídky zaměřené na onemocnění vyskytující se ve větší míře v seniorském věku jako je karcinom tlustého střeva či karcinom prsu (Haškovcová, 2006). Léky jsou předepisovány seniorovi dle zdravotního stavu, lékař musí dostatečně informovat o účincích léku, nežádoucích účincích a dostatečně informovat o způsobu podávání a dávkování. Seniorovi musí být zajištěn transport, pokud není schopen se do zdravotnického zařízení dopravit sám, v nemocnici musí být jasně a čitelně vyznačeny jednotlivé úseky (Malíková, 2011).

Charta stanovuje nutnost specializovaných oddělení určených pro seniory, upozorňuje na nutnost multidisciplinární spolupráce, nevyjímaje oblast rehabilitace a sociální péče. Dále navrhuje možnosti postupů při vybraných problémech zdravotní a ošetrovatelské péče, jako jsou poruchy paměti, pády a poruchy hybnosti a inkontinence. V případě vzniku nemoci musí být seniorovi poskytnuta kvalitní péče. V případě

hospitalizace musí sestra a celý zdravotnický tým respektovat seniorovu autonomii, informovat jej o každém kroku, poskytovat péči na co nejvyšší možné úrovni (Venglářová, 2007).

Délka pobytu seniora ve zdravotnickém zařízení je přímo závislá na schopnosti vrátit se do domácího prostředí. Pokud senior není schopen sebeobsluhy v domácím prostředí, musí mu být nabídnut soubor alternativních opatření sociálních a zdravotních služeb. Sestra musí seniora maximálně podporovat v návratu k soběstačnosti a úzce spolupracovat s fyzioterapeutem. Při propuštění seniora ze zdravotnického zařízení je třeba jej dostatečně informovat o případném dalším postupu léčby, a pokud je nutné, zajistit služby domácí péče. Charta se dále zabývá problematikou denních center, respitní péči a poskytováním komunitní a sociální péče (Haškovcová, 2002).

Pokud je nemožné, aby senior setrval v domácím prostředí a sám o sebe pečoval, a ani rodina není schopna poskytnout seniorovi dostatečné zázemí, řešením je pobyt v instituci. Ještě před přestěhováním je senior důkladně vyšetřen a je informována rodina. V instituci je jasně naplánována péče přizpůsobená seniorovým individuálním potřebám, senior se může sám rozhodnout, co pokládá v péči za nejdůležitější. Senior nesmí být jakýmkoliv způsobem omezován v kontaktu s přáteli, rodinou, pravidelně je mu doručována pošta. Instituce je pravidelně kontrolována, zda vyhovuje pro účely poskytování péče seniorům. Při onemocnění seniora v instituci mu musí být bezpodmínečně poskytnuta dostatečná péče (Holmerová, 2002).

1.4.2 Vliv prostředí na dlouhodobě nemocného seniora

Prostředí je společně se zdravím a osobou základem metaparadigmatické koncepce ošetřovatelství. Má bezprostřední vliv jak na osobu, tak na zdraví člověka, když nejsou všechny tři složky v rovnováze, dochází ke vzniku nemoci. Mezi člověkem a prostředím dochází k nepřetržité interakci (Farkašová, 2006).

S prostředím a vznikem nemoci úzce souvisí saturace potřeb seniora. Ve zdraví je schopen uspokojovat své základní potřeby sám, bez pomoci druhých. Se vznikem nemoci dochází k překážce v uspokojování těchto potřeb. Senior, který je imobilní, není schopen se sám vyprázdnit, často ani není schopen se sám najíst, najednou je odkázaný

na pomoc sester a sanitářů. Porucha soběstačnosti značně ovlivňuje potřeby vyšší, například seberealizace. Pokud sestra chce pochopit a následně i plnit potřeby seniora, musí si důkladně zmapovat osobnost seniora a jeho dosavadní situaci. Bydlel sám v domě či v domově pro seniory? Využíval služeb domácí péče? Jak reaguje na ztrátu soběstačnosti? Opravdu se nemůže sám najíst, nebo nechce, není to důsledek depresivních stavů (Šamánková, 2011)?

Každý člověk se při změně prostředí musí adaptovat. Když člověk přizpůsobí situaci sobě a svým potřebám, jedná se o aktivní adaptaci. Jestliže člověk přizpůsobí své potřeby nově vzniklé situaci, jedná se o adaptaci pasivní. S prostředím se pojí některé rituály, které někteří lidé mají – před spaním větrají, spí v pokoji na jižní světovou stranu, bydlí v klidné části města a podobně (Šimíčková-Čížková a Zacharová, 2011).

Nemocniční prostředí může významně ovlivnit psychiku seniora a psychika následně ovlivňuje celkové zdraví organismu. Pokud se senior není schopen adaptovat na změnu prostředí, ovlivňuje to jeho psychiku, není schopen spolupracovat, často dochází ke vzniku depresí a s nimi spjatých apatií, ponurým myšlenkám, k neochotě k jakékoliv činnosti, narušení vztahů s rodinou a podobně. Sestra si musí důkladně všimnout všech, byť sebemenších, změn v chování seniora (Asbjørn, 2004).

1.5 Institucionální péče o dlouhodobě nemocného seniora

Současný obraz rodiny se od předešlých desetiletí podstatně změnil. Nejen v České republice, ale v celé Evropě dochází k rozpadu multigeneračních rodin, ženy chodí do zaměstnání, snižuje se porodnost, mění se žebříčky hodnot celé společnosti v péči o seniory. Socioekonomické postavení seniora ve společnosti se od základů mění. V minulosti bylo běžné soužití mladé a staré generace, mladí pečovali o své rodiče a prarodiče v domácím prostředí. V současnosti probíhá péče o seniory v rámci institucí, s čímž přichází stres z nového prostředí a nutnost adaptace na novou životní situaci (Sak, 2012).

Pokud se zdravotní stav seniora zhorší natolik, že není možné, aby o sebe v domácím prostředí pečoval sám, a ani rodina o něj nemá možnost pečovat, dostává se senior do péče instituce. Je však třeba mít na paměti, že institucionální péče o seniora

není řešením aktuálních neshod v rodině či špatné bytové situace a každou případnou hospitalizaci je nutné důkladně zvážit. Jiným východiskem je pobyt na lůžkovém oddělení a následná potřeba doléčení v některé z institucí zabývajících se následnou péčí a rehabilitací (Dvořáčková, 2012).

Institucionální péče je dlouhodobě nemocnému seniorovi poskytována v rámci geriatrických a gerontologických oddělení, oddělení následné péče v nemocnicích či v léčebnách dlouhodobě nemocných. Zdravotní a ošetrovatelská péče v institucích, kde jsou hospitalizováni senioři, musí být maximálně profesionální, organizovaná a bezpečná. Sestra a ostatní zdravotničtí pracovníci musí jednat se seniorem s respektem a vždy seniora vyslechnout. Senior často očekává, že sestra se mu bude plně věnovat, poněvadž se cítí odtržen od vlastní rodiny, vlastního domu či bytu (Haškovcová, 2012). Léčebny dlouhodobě nemocných a oddělení následné péče poskytují péči seniorům, kteří již nevyžadují akutní péči, ale nemohou se ještě vrátit do domácího prostředí. Tato zařízení poskytují i tzv. respitní péči, která slouží jako odlehčení pečujícím osobám. Tyto instituce poskytují léčebnou, rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní, sociální a speciální péči (Kalvach, 2011). Pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných a na odděleních následné péče by měl vést ke zlepšení sebezpěče, kompenzaci chybějících funkcí a měl by pomoci snadnějšímu návratu do domácího prostředí. Péče musí plynule navazovat na léčbu poskytovanou na oddělení s akutními lůžky. Léčba by neměla trvat déle jak tři měsíce, ale samozřejmě existují nemoci, které vyžadují delší dobu hospitalizace (Holmerová a kol, 2002).

Jedno z poslání institucí a oddělení pro seniory je poskytovat péči umírajícím seniorům. Umírání je pro současnou společnost jedním z nejcitlivějších témat. Smrt je všude kolem nás, když otevřeme denní tisk, zapneme televizi nebo internet. Problém je spíše v prožívání smrti a umírání blízkého člověka (Bártlová, 2005). Jak trávit volný čas s umírajícím blízkým? Jak odpovídat na otázky seniora týkající se smrti? Jak se blízkého zeptat na to, jaký chce mít pohřeb? Rodina řeší mnoho otázek, na které sama nemůže najít odpovědi, v důsledku toho často potřebuje intenzivnější psychologickou péči nežli umírající samotný, protože přijmout smrt slavného politika prezentovanou v médiích je o mnoho snazší, než přijmout smrt milovaného rodiče (Kalvach, 2011).

1.6 Komunitní péče o dlouhodobě nemocného seniora

Komunitní péče zahrnuje zdravotní, sociální a další služby poskytované nemocným, starým lidem či skupinám a rodinám. Ošetrovatelská péče je pacientovi/klientovi poskytována v domácím prostředí, na které je pacient/klient zvyklý a je pro něho přirozené. Komunitní péče usiluje o co nejdelší setrvání pacienta/klienta v domácím prostředí i v případě chronického onemocnění nebo postižení (Haškovcová, 2012). Komunitní péče je orientována na skupiny (komunity), je jim přizpůsobována veškerá ošetrovatelská péče, zahrnuje odborné ošetrovatelské výkony, psychoterapeutickou pomoc, paliativní péči a spirituální péči. Komunitní péče je multioborová disciplína, která spojuje sociální péči, ošetrovatelskou péči, rehabilitační péči či například asistenční službu (Schuler a Oster, 2010).

Jednou z odnoží komunitní péče je domácí péče. Lze ji definovat jako jakoukoliv péči poskytovanou druhým lidem v domácím prostředí. Je zaměřena na uspokojování biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta/klienta, od nichž se odvíjí celkové plánování ošetrovatelské péče. Jedná se o péči, která je součástí primární péče založené na vzájemném působení člověka a jeho přirozeného prostředí, přičemž je kladen důraz na udržení co nejvyššího možného stupně kvality života (Ellis, 2005).

Domácí péče je ekonomičtější než běžná hospitalizace ve zdravotnických zařízeních. V případě dobré spolupráce institucionální péče s péčí domácí dochází ke zkracování hospitalizace na dobu nezbytně nutnou a tím k poklesu nákladů na institucionální péči o dlouhodobě nemocného pacienta/klienta. Domácí péče není poskytována pouze sestrami, ale celou řadou odborníků, kteří kontinuálně a plynule pečují o pacienta/klienta dle jeho aktuálních potřeb (Halová, 2007). Vysoká úroveň individualizované ošetrovatelské péče zajišťuje efektivní péči o pacienta/klienta v domácím prostředí na velmi vysoké úrovni. Péče je poskytována komplexně, tudíž zahrnuje současné působení léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické péče a mnoho dalších, jejichž stavbu a míru určuje aktuální stav pacienta/klienta. Trvání domácí péče je ovlivněno potřebami pacienta/klienta a jeho rodiny, úrovní soběstačnosti, pochopením jednotlivých úkonů, spoluprací či motivací. Domácí péče

nepečuje pouze o pacienty/klienty nemocné či postižené, podílí se na všech třech oblastech prevence (Hanzlíková, 2002).

Trendem posledních let je růst významu domácí péče, který ovlivňuje zejména zvyšující se věk evropské populace, u které se častěji vyskytují chronická onemocnění, která vyžadují odbornou péči. Význam domácí péče je také ovlivněn změnou struktury rodiny, kdy rodiče žijí odděleně od svých potomků, ženy chodí do zaměstnání, aby udržely ekonomickou stabilitu rodiny, a tudíž se nemohou intenzivně starat o staré nemocné rodiče (Dlabalová a Klevetová, 2008). Rozkvětu domácí péče napomáhá rozvoj medicíny a ošetrovatelství. Díky vynálezu peritoneální dialýzy, parenterální výživy či např. signalizačnímu zařízení může ošetrovatelská péče probíhat v domácím prostředí bez nutnosti hospitalizace a s ní spjatou nutností adaptace na nové prostředí. U pacienta/klienta se v domácím prostředí nerozvíjí hospitalizmus, dezorientace a jiné problémy spjaté s neefektivní adaptací na nové prostředí a nový režim dne (Jarošová, 2007).

Ošetrovatelská péče v domácím prostředí může být ovlivňována mnoha oblastmi, jako jsou osobnost pacienta/klienta, podmínky bydlení a rodinné poměry. Dále domácí ošetrovatelskou péči významně ovlivňuje osobnost sestry, která o pacienta/klienta pečuje a musí zvládat zásady efektivní komunikace, umět komunikovat s rodinou. Sestra dojíždí do domácnosti pacienta/klienta, postupem času se stává, dalo by se říci, členem rodiny, vzniká vztah mezi pacientem/klientem, jeho rodinou a sestrou. Sestra často působí jako prostředník mezi lékařem a pacientem/klientem, zprostředkovává mu spojení mezi zdravotní, sociální, ošetrovatelskou, rehabilitační a ergoterapeutickou léčbou (Benjan, 2010).

Ošetrovatelská péče v domácím prostředí je poskytována formou ošetrovatelského procesu. Probíhá v pěti fázích, stejně jako institucionální ošetrovatelská péče. V první fázi posuzování přichází sestra do domácího prostředí pacienta/klienta a po celou dobu trvání ošetrovatelské péče zaznamenává veškeré informace týkající se pacienta/klienta a jeho rodiny, měří základní fyziologické funkce. Sestra na základě zjištěných informací navrhuje spolupráci s jinými odborníky. Pacient/klient se podílí na získávání dat a je seznámen se všemi činnostmi. Diagnostika problémů v oblasti domácí péče probíhá na

základě získaných informací, sestra stanovuje objektivní ošetrovatelské diagnózy. Plánování ošetrovatelských aktivit se odvíjí od stanovených diagnóz, sestra stanovuje dlouhodobé a krátkodobé cíle, seznamuje s nimi pacienta/klienta a jeho rodinu a dává jim prostor k vyjádření, pochybnostem a argumentům. Při realizaci plánu ošetrovatelských aktivit si sestra jednotlivé aktivity chronologicky seřadí dle priority. Pacient/klient a jeho rodina se na realizaci aktivně podílí, jsou sestře rovnými partnery. Vyhodnocení stavu pacienta/klienta probíhá na základě porovnání stanovených cílů a dosažených výsledků. Pacient/klient se aktivně podílí na hodnocení, společně navrhuje následný postup a upravují počet návštěv dle individuálních potřeb (Hanzlíková, 2006).

1.6.1 Specifika péče o dlouhodobě nemocného seniora v domácí péči

Stáří je spjato s mnoha fyziologickými odlišnostmi, objevuje se řada chronických onemocnění, polymorbidita či demence. Sestra musí při vyhodnocování efektivnosti ošetrovatelské péče v domácím prostředí hledat souvislosti některých onemocnění s bytovou a rodinnou situací seniora. Kvalitní ošetrovatelská péče je podmíněna znalostmi specifík z oblasti geriatrického ošetrovatelství, fyziologie stárnutí, psychologie či gerontopsychiatrie. Při posuzování se sestra nesoustředí pouze na projevy nemoci (biologickou stránku), více než na nemoc samotnou se domácí péče soustředí na člověka, jeho prožívání, chování, uspokojování psychologických, sociálních a spirituálních potřeb (Ebersole, 2004).

Při poskytování veškeré péče je třeba vždy nejprve zjistit funkční dopad nemoci, od něhož se odvíjí rozsah ošetrovatelských intervencí či případná potřeba péče jiných zdravotnických odvětví. Funkční hodnocení seniora je jakýmsi testem míry soběstačnosti. Hodnotí základní a instrumentální činnosti běžného dne, pohyblivost, poznávací funkce, zrak, sluch, výživu, vyprazdňování a vliv prostředí na zdraví. Oblast psychického zdraví je zaměřena na vyhledávání psychických problémů typických pro seniorský věk, jako je např. demence. Hodnocení aktivit běžného dne se odvíjí dle soběstačnosti seniora v oblastech stravování, provádění osobní hygieny, motorika, kontinence. Posouzení jednotlivých oblastí osobnosti, soběstačnosti, výskytu

psychických onemocnění je vždy prováděno kvalifikovaným odborníkem s odbornou praxí (Doyle a Timonen, 2007).

Sestra již během první návštěvy seniora sbírá anamnestické údaje týkající se rizika či výskytu dekubitů, sleduje výskyt bolesti, hodnotí stav výživy, posuzuje spánkový režim seniora, získává informace o funkci jednotlivých smyslových orgánů, hodnotí stupeň mobility a s ním související riziko pádů. Velice citlivým tématem pro seniory je inkontinence. S rostoucím věkem dochází k oslabování svalů pánevního dna, k poruchám inervace svěračů, významný vliv na kontinenci mají i některá léčiva či psychický stav (Joint commission international, 2005).

1.7 Domácí péče o dlouhodobě nemocného seniora ve světě

V padesátých letech dvacátého století se v Evropě a USA objevují první zmínky o tom, že by péče o pacienty/klienty měla být ve větší míře přesunuta z uzavřených institucí do domácího prostředí, které je člověku přirozené. Začíná se hovořit o negativním vlivu dlouhodobé hospitalizace na psychiku člověka. Tyto myšlenky se nejprve týkaly hospitalizace duševně nemocných pacientů/klientů, později se začaly zaměřovat na téměř všechny oblasti zdravotní péče. Dochází k deinstitucionalizaci zdravotní péče v rámci celé Evropy a USA. Rozvoj domácí péče však není ve všech zemích Evropy a USA rovnoměrný a vždy ideální. První nadšení a hromadné rušení institucí nepřináší nejlepší výsledky. V České republice až do devadesátých let dvacátého století převažuje institucionální léčba, tudíž komunitní péče je dnes stále „velmi čerstvou záležitostí“. Rodina navyklá na to, že péče o dlouhodobě nemocné seniory je poskytována v léčebnách dlouhodobě nemocných a na specializovaných odděleních, si pomalu zvyká na „nový“ způsob léčby (Říčan, 2010).

Ve Velké Británii proběhlo velké množství průzkumů vlivu domácí péče na nemocného seniora. Výsledky dokazují, že domácí péče zajišťuje částečně nezávislý život, který senioři hodnotí lépe než institucionální péči, kdy jsou téměř plně závislí na zdravotnických pracovnících. Americké studie zabývající se ekonomičností komunitní péče uvádějí, že domácí péče je méně ekonomicky náročná než institucionální péče (European Social Network, 2012).

1.8 Perspektiva ošetřovatelství dlouhodobě nemocných seniorů

Počet dlouhodobě hospitalizovaných seniorů ve zdravotnických zařízeních neustále stoupá. Lůžkové fondy léčeben dlouhodobě nemocných a oddělení následné péče není dostačující. Dochází k neustálému zdražování celkové zdravotní péče. Zdravotnická zařízení musí šetřit, nemají finance na nákup kvalitnějších pomůcek. Novou formou péče o dlouhodobě nemocné seniory je domácí péče. Současná laická společnost však není dostatečně informována o formě takové ošetřovatelské péče (Haškovcová, 2010).

Kalvach (2005) uvádí, že při ošetřování dlouhodobě nemocného seniora je nutné mít na paměti, že vedle zdravotního stavu je třeba se více soustředit na sociální poměry seniora. Strukturu poskytovaných služeb je třeba upravit do takové míry, aby napomohla seniorovi strávit co možná nejkvalitnější život. V současné době zdravotní a ošetřovatelská péče do dostatečné míry nespolupracuje se sociální péčí, o kterou jde při dlouhodobé hospitalizaci seniora především. Užší spolupráci se sociální sférou se péče stává komplexnější a tím i kvalitnější. S tímto tvrzením souhlasí Jarošová (2007) a dodává, že pokud je to možné, je třeba přesunout zdravotní péči o seniory z institucí do domácího prostředí. Stáří není nemocí, ale přirozenou součástí života. Senior má právo na stejné postavení ve společnosti jako člověk v produktivním věku.

Domácí prostředí má pozitivní vliv na psychiku seniora, prožívá zde pocity jistoty a bezpečí. Má zde pocit, že někam opravdu patří, toto prostředí je mu přirozené. Nemusí se přizpůsobovat novému prostředí, novým lidem a měnit své dosavadní zvyky (Mlýnková, 2011).

V současné době Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky připravuje zákon zabývající se dlouhodobou péčí. Připravovaný zákon by měl stanovovat podmínky pro poskytování péče pacientům/klientům, jejichž zdravotní stav je relativně stabilizovaný, ale potřebují zdravotně sociální péči (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

Cílem šetření bylo zjistit, co považují sestry při poskytování dlouhodobé péče seniorům za problém, zda by uvítaly změny v kompetencích v oblasti dlouhodobé péče o seniory, a dále zjistit názor na dlouhodobou ústavní péči a dlouhodobou domácí péči. Byly porovnány jednotlivé názory sester z různých oddělení, zda se liší, či jsou podobné, v čem ony samotné vidí řešení současné problematiky dlouhodobé péče o seniory. Ze stanovených cílů vyplynulo šest výzkumných otázek.

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zjistit, co sestry shledávají jako nejvýznamnější problém v poskytování dlouhodobé péče seniorům.

Cíl 2. Zjistit, zda sestry vnímají nutnost změny v ošetrovatelských kompetencích v oblasti péče o dlouhodobě nemocného seniora.

Cíl 3. Zjistit, jaký je názor sester na dlouhodobou ústavní péči o seniora oproti dlouhodobé komunitní péči v domácím prostředí.

2.2 Základní výzkumná otázka a specifické výzkumné otázky

Základní výzkumná otázka vycházející z výzkumného problému a jeho cílů výzkumu byla definována následovně: **Jaká je perspektiva dlouhodobé péče o seniory z pohledu ošetrovatelství?** Zvolila jsem explorativní přístup a k obecné výzkumné otázce jsem hledala další souvislosti, které jsem zkoumala hloubkově. Poměrně široké téma zahrnuté do výzkumné otázky jsem nadále dekomponovala do několika specifických otázek:

1. Bude nutné provést další změny ve financování péče o dlouhodobě nemocné, jelikož se stále navyšuje demografický věk obyvatelstva?

2. Mohli by sestry v oblasti dlouhodobé péče o seniora přebrat některé kompetence doposud náležící lékařům?

3. Domníváte se, že vzroste význam poskytování ošetrovatelské péče dlouhodobě nemocným seniorům v domácím prostředí?

4. Měla by být dlouhodobá péče o seniora přesunuta mimo nemocnice do specializovaných zařízení?

5. Bude nutné navýšit počet zdravotnických zařízení se zaměřením na dlouhodobou péči z důvodu vzrůstajícího počtu seniorů?

6. Myslíte si, že v souvislosti s rostoucím počtem hospitalizovaných seniorů budou zdravotnická zařízení disponovat dostatkem pomůcek?

3. Volba metodologického přístupu

V ošetrovatelském výzkumu se setkáváme s kvalitativním a kvantitativním přístupem. Na počátku jsem nestanovila hypotézy, které by měl výzkum potvrdit nebo vyvrátit. Výzkum jsem začala úvahou, jakým způsobem se vyvíjí ošetrovatelská péče o seniora v současné době, zda sestry v péči o seniora pocítují nějaké problémy, jaká je realita každodenní péče o seniory a jaká možná řešení současné péče o dlouhodobě nemocného seniora sestry vidí. Mým záměrem bylo hlouběji poznat realitu, více jí strukturovat a posléze kontextualizovat k lepší interpretaci. Výzkum jsem koncipovala jako exploračně deskriptivní. Vzhledem k hlubšímu zaměření a výzkumným otázkám jsem zvolila kvalitativní přístup. Je tomu tak z několika příčin.

V rámci šetření se zaměřuji na zkoumaný objekt (sestra pracující na standardním oddělení), na který se dívám jako na synoptický celek. O zkoumaném objektu přemýšlím jako o celku biologických, psychologických a spirituálních vlastností, protože osobnost sestry zahrnuje všechny zmíněné složky. Kontextuálnost subjektu zachycuji v reálném pracovním prostředí, což mi napomáhá zachytit kvintesenci procesů ve zkoumaném prostředí. Na zkoumaný jev se snažím pohlížet v jeho celkové podobě. Za pozitivum pokládám znalosti a dovednosti ošetrovatelské prostředí.

Mým záměrem je porozumět zkoumanému jevu a získat co nejkomplexnější informace o tom, jak sestry pohlížejí na dlouhodobou péči o seniory, jak hospitalizace většího množství seniorů ve zdravotnických zařízeních ovlivňuje ošetrovatelskou péči a jaké perspektivní řešení vidí sestry v současné situaci péče o seniory.

3.1 Rámcové podmínky šetření

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda rozhovoru. Se sestrami z různých oddělení byly vedeny rozhovory, které byly následně zpracovány metodou obsahové analýzy. Rozhovor byl dobrovolný, osloveným sestrám byla vysvětlena podstata a účel šetření a byl od nich získán informovaný ústní souhlas s uskutečněním rozhovoru.

Obsahem souhlasu bylo: Rozhovor se uskutečňuje pro účely diplomové práce s názvem „Dlouhodobá péče o seniory z perspektivy ošetrovatelství“. Poskytnutí

rozhovoru je dobrovolné, s možností odmítnout. Rozhovor bude nahráván na diktafon s ústním souhlasem sestry. Pokud si sestra nepřeje, aby byl rozhovor nahráván na diktafon, lze jej zaznamenat písemně. Rozhovor je anonymní, příjmení a další osobní údaje respondentek nebudou nikde uváděny.

Úvodní otázka pro sestry zněla:

„Domníváte se, že v souvislosti s hospitalizací vyššího počtu seniorů bude třeba navýšit počet pečujícího personálu na směnu?“

Vývoj rozhovoru byl přizpůsoben sestrám a oblastem, o kterých se respondentky zmiňovaly. U sester byly také zjišťovány identifikační údaje týkající se vzdělání, délky praxe a oddělení, na kterém pracují. Další dvě otázky se týkaly popsáním běžného pracovního dne a počtu zdravotnického personálu na daném oddělení.

3.2 Specifika kvalitativního šetření

Uvědomuji si, že použitím kvalitativního šetření nezískám reprezentativní vzorek, pomocí kterého by bylo možné sestavit obecné tvrzení o šetřeném problému. Mým záměrem je však získat hlubší kontext a snáze porozumět, jaké problémy vidí sestry v současné situaci v poskytování ošetrovatelské péče dlouhodobě nemocnému seniorovi, jak sestry vidí současnou situaci geriatrického ošetrovatelství, zda sestry vidí nějaké řešení současné situace, kam by se měla ubírat péče o seniory či do jaké míry lze ovlivnit ošetrovatelskou péči o dlouhodobě nemocné seniory.

Vybraný přístup mi napomůže dostat se k hlouběji uloženým vrstvám postojů, zkušeností či názorů. Samozřejmě mi mé šetření neumožní procentuální vyjádření o jednotlivých výpovědích sester.

Zvolené kvalitativní šetření mi napomáhá lépe reagovat na nuance jednotlivých výpovědí než by tomu tak bylo při zvolení kvantitativního šetření. Poněvadž ošetrovatelská péče je ovlivněna velmi vysokým počtem okolností. Při šetření musím brát v potaz, že ošetrovatelská péče je poskytována v rozsáhlých souvislostech v neustálém dynamicky se měnícím prostředí.

Jsem si vědoma, že při zpracovávání šetření se mohou vyskytnout některé nejasnosti ovlivněné subjektivním vnímání šetřené oblasti jak na stranně mé, tak i na

straně dotazovaných respondentek. Úskalí kvalitativního šetření vnímám v nepředvídatelnosti jevů a procesů, což může velmi významně ovlivnit průběh celého výzkumu.

3.3 Výběr zkoumaného souboru

Na počátku výzkumného šetření jsem vycházela ze skutečnosti, že předem nelze stanovit přesný vzorek dotazovaných subjektů, je třeba soustředit se na způsob výběru. Záměrně byly vybrány oddělení různého zaměření (chirurgické, interní, ortopedické, neurologické, traumatologické a psychiatrické oddělení), poněvadž tím získáme rozličné pohledy na ošetrovatelskou péči, odlišných přístup k ošetrovatelské péči a odlišný způsob ve vnímání dlouhodobě nemocného seniora.

Základní předpokladem započetí výzkumu bylo opatření si kontaktů na vrchní sestry zvolených oddělení. V tomto kroku mi velmi pomohla hlavní sestra, které ochotně kontaktovala všechny vrchní sestry výše zmíněných oddělení s přeposláním výzkumných otázek. Všechny vrchní sestry souhlasily s výzkumným šetřením na daném oddělení. Vrchní sestry nominovali vždy jednu všeobecnou sestru z oddělení. Celkem bylo osloveno 12 všeobecných sester, z toho šest rozhovor odmítlo. První sestra pracující na chirurgickém oddělení odmítla rozhovor z důvodu odchodu na mateřskou dovolenou, nominovala však druhou sestru. Druhá sestra pracující na chirurgickém oddělení nejprve s rozhovorem souhlasila, ale žádala zaslání výzkumných otázek, po přečtení výzkumných otázek rozhovor odmítla a nominovala třetí sestru. Třetí sestra pracující na chirurgickém oddělení s rozhovorem souhlasila bez výhrad.

Vrchní sestra oddělení následné péče nominovala čtvrtou všeobecnou sestru. Čtvrtá sestra s rozhovorem bez námitek souhlasila.

Vrchní sestra Interního oddělení nominovala pátou sestru. Pátá sestra rozhovor odmítla z důvodu nedostatku času. Vrchní sestra dále nominovala šestou sestru. Šestá sestra po přečtení výzkumných otázek a ponecháním si tří dnů na „rozmyšlenou“ s rozhovorem souhlasila. Šestá sestra nominovala sedmou sestru pracující na neurologickém oddělení, poněvadž se jednalo o její bývalou kolegyni.

Sedmá sestra rozhovor odmítla z důvodu odchodu do invalidního důchodu, ale nominovala osmou sestru. Osmá sestra po přečtení výzkumných otázek rozhovor odmítla z důvodu přílišného množství otázek. Vrchní sestra neurologického oddělení posléze nominovala devátou sestru. Ta bez jakéhokoliv váhání s rozhovorem souhlasila.

Desátou sestru vzhledem k předešlým zkušenostem nominovala opět vrchní sestra traumatologického oddělení. Desátá sestra rozhovor odmítla z důvodu vysokého pracovního a studijního zatížení. Vrchní sestra traumatologického oddělení tedy nominovala jedenáctou sestru, která s rozhovorem po předložení výzkumných otázek a vysvětlení zkoumané problematiky souhlasila.

Dvanáctá sestra byla nominována vrchní sestrou psychiatrického oddělení. Poslední, dvanáctá sestra s rozhovorem souhlasila.

	ODMÍTNUTÝ ROZHOVOR	REALIZOVANÝ ROZHOVOR
Chirurgické oddělení	2	1
Oddělení následné péče	0	1
Interní oddělení	1	1
Neurologické oddělení	2	1
Traumatologické oddělení	1	1
Psychiatrické oddělení	0	1
CELKEM	6	6

Tabulka 1: Počet rozhovorů

Věk oslovených repondentek se pohyboval ve věkovém rozmezí 24 až 49 let.

Osloveny byly sestry s různým stupněm vzdělání - od absolventek středních škol po absolventky magisterského studia vysokých škol.

Délka vykonané praxe všeobecné sestry oslovených absolventek se pohybovala od 6 let do 31 let.

3.4 Metodika a technika výzkumu

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvalitativní výzkumné metody, při které je pracováno s malým počtem respondentů bez požadavku na statistickou reprezentativnost, jak jsem již zmínila výše. Sběr dat byl uskutečněn použitím techniky polostrukturovaného rozhovoru se sestrami jednotlivých oddělení (chirurgické oddělení, interní oddělení, oddělení následné péče, neurologické oddělení a psychiatrické oddělení). Zmíněná metoda byla zvolena z důvodu možnosti individuální tvorby komplementární otázky, čímž byla umožněna maximalizace hloubky rozhovoru.

Data získaná od jednotlivých respondentek byla nejdříve zaznamenávána pomocí diktafonu formou audiozáznamu. Následně byl audiozáznam přepsán do textové podoby. Transkripce byla doslovná s ponecháním hovorových výrazů.

Kontakt byl získán prostřednictvím hlavní sestry a vrchních sester jednotlivých oddělení. Celkem bylo osloveno dvanáct sester pracujících na zvolených odděleních. Šest sester rozhovor odmítlo. Šest respondentek bylo ochotno účastnit se rozhovoru. Pro zpracování výsledků šetření byla zvolena kvalitativní analýza dat. Jednotlivé rozhovory byly několikrát přehrávány a pročitány. Rozbor byl prováděn pomocí metody barvení textu.

3.5 Charakteristika výzkumného souboru

Základní soubor byl tvořen sestrami jednotlivých oddělení. Pro výběr byla zvolena metoda záměrného souboru. Při šetření byl kritériem výběru pracovní poměr na předem zvoleném oddělení - délka minimálně pět let. Pro šetření byla zvolena různá oddělení nemocnice z důvodu různorodého pohledu na dlouhodobou péči o seniory. Původním záměrem bylo vést rozhovory pouze se sestrami pracujícími na oddělení následné péče. Od tohoto záměru však bylo upuštěno z důvodu možné jednostrannosti názorů sester na dlouhodobou péči o seniory. K rozhovorům byly vrchními sestrami poskytnuty zasedací místnosti a denní místnosti jednotlivých oddělení. Tři dotazované sestry mají středoškolské vzdělání, dvě mají bakalářské vzdělání a jedna má magisterský titul. Přístup sester, které souhlasily s rozhovorem, byl velmi otevřený a velmi vstřícný. Průměrný čas rozhovorů čítal 171 minut. Každé sestře byla nabídnuta káva či čaj a malé

občerstvení. Při většině rozhovorů vládla uvolněná atmosféra. Některé sestry byly zpočátku nervózní kvůli diktafonu, ale po dvou až třech otázkách se atmosféra podstatně uvolnila.

První rozhovor se sestrou Petrou probíhal v zasedací místnosti chirurgického oddělení. Byla to prostorná světlá místnost s několika spojenými stoly uprostřed a několika židlemi okolo. Před začátkem rozhovoru byla sestře nabídnuta káva, čaj a poskytnuto malé občerstvení ve formě domácí bublaniny. Paní Petra se zpočátku zdála trochu nervózní, sama se i zmínila, že ji ještě nikdo nenahrával na diktafon. Po pár minutách však konverzace probíhala v uvolněné atmosféře. Rozhovor trval celkem 181 minut.

Druhý rozhovor se sestrou Hanou probíhal na psychiatrickém oddělení na denní místnosti sester. Byla to menší, příjemná místnost se dvěma křesly, sedačkou a barevnými stěnami. Před zahájením rozhovoru byla sestře nabídnuta káva, čaj a menší pohoštění. Paní Hana byla od počátku velmi otevřená a neváhala odpovědět na kteroukoliv otázku. Proti nahrávání rozhovoru na diktafon nic nenamítala. Atmosféra byla od počátku uvolněná a příjemná. Délka rozhovoru byla 175 minut.

Třetí rozhovor se sestrou Zuzanou probíhal na denní místnosti sester na interním oddělení. Byla to větší světlá místnost se sedací soupravou a kuchyňskou linkou. Sestře bylo opět nabídnuto občerstvení. Paní Zuzana byla celou dobu trochu nervózní, na některé otázky nevěděla, jak odpovědět, ale nakonec zodpověděla veškeré otázky. Celý rozhovor byl s jejím svolením zaznamenán na diktafon a čítal 169 minut.

Čtvrtý rozhovor se sestrou Evou probíhal na denní místnosti sester na oddělení následné péče. V malé světlé místnosti bylo ticho a klid. Opět bylo nabídnuto malé občerstvení, káva a čaj. Před zahájením rozhovoru dala sestra svolení s nahráváním celého rozhovoru na diktafon. Sestra byla od počátku velmi otevřená a s odpovídáním neměla problém. Délka rozhovoru byla 158 minut.

Pátý rozhovor se sestrou Ludmilou probíhal na neurologickém oddělení, na denní místnosti sester. Byla to malá místnost s velkým oknem. Sestře bylo nabídnuto občerstvení, čaj a káva. Respondentka souhlasila s pořizováním audiozáznamu. Sestra si

nechávala dost času na odpovědi, přemýšlela nad tím, co odpoví. Rozhovor trval 164 minut.

Poslední (šestý) rozhovor se sestrou Eliškou probíhal na traumatologickém oddělení. Pro rozhovor byla vrchní sestrou poskytnuta zasedací místnost určená pro školení zaměstnanců. Sestře bylo opět nabídnuto občerstvení ve formě teplých nápojů a zákusků. Rozhovor s respondentkou probíhal od počátku ve velmi přátelské atmosféře. Sestra byla milá, snažila se co nejvíce odpovídat. Ke konci rozhovoru již byla na sestře pozorovatelná únava. Po skončení rozhovoru sestra řekla, že to bylo velmi náročné. Délka rozhovoru byla 179 minut.

3.6 Postup při analýze rozhovorů

Cílem obsahové analýzy bylo identifikovat, které problémy sestry shledávají v oblasti dlouhodobé péče o seniory, které kompetence by dle názoru sester mohly být rozšířeny a názor sester na ústavní péči a domácí péči poskytovanou dlouhodobě nemocnému seniorovi.

1. krok: Transkripce rozhovorů se sestrami pracujícími na jednotlivých odděleních byly podrobeny analýze. Jako „problémy“ při poskytování ošetrovatelské péče seniorům byly identifikovány veškeré zmínky sester: *„při plném oddělení je personálu mnohdy málo“*, *„starší lidé se hůře adaptují“*, *„problémem je nedostatečné zázemí seniora, nezáměr rodiny, nesamostatnost seniora či nevyhovující úprava bytu“*, *„možná je dobré více propojit sociální a zdravotní péči o seniory, a nerozdělovat to“*, *„dlouhodobě nemocní senioři jsou nákladní na ošetřování“* (Respondentka 1)

„...je nedostatek pomůcek pro inkontinentní, nedostatek převazového materiálu a podobně“, *„chtěla bych, aby alespoň na ranní směnu bylo více sanitářů či ošetrovatelů, kteří by vypomohli hlavně s hygienou a úpravou pokojů“*, *„problémem je pro mě obsáhlá ošetrovatelská dokumentace“*, *„považuji za nejvýznamnější emoční otupělost, rezignaci, regresi“*, *„senioři již mají pomalejší uvažování a hůře chápou věci“* (Respondentka 2).

„...na doléčování je posíláme na zdejší geriatrici nebo na LDN“, *„u něj je ta péče těžká, nechce moc spolupracovat“* (Respondentka 6).

Jako „rozšíření kompetencí“ v poskytované péči dlouhodobě nemocným seniorům byly identifikovány veškeré výpovědi: „...abych mohla sama pacienta objednat na vyšetření, aniž bych musela čekat na souhlas lékaře“, „střední a vysoké školy připravují dostatečně“, „Připravenost sester ba zvýšila různá školení a přednášky, ale pouze takové, které nenudí a člověku opravdu něco dají, příklady z praxe, zajímavosti a podobně“ (Respondentka 4), „často už teď doktoři některé výkony přenechávají nám“, „mělo by přibývat sester se specializací na geriatrické ošetřovatelství“ (Respondentka 5).

Názory sester na ústavní a domácí péči o dlouhodobě nemocného seniora byly analyzovány z odpovědí: „člověk v domácím prostředí lépe funguje jako samostatná lidská jednotka, má větší snahu se uzdravit“, „je to pro něj nové a tam se jim většinou nechce a bojí se“, „tu odbornost, prostředky a zařízení, které v domácím prostředí nemají“, „musí hodně šetřit na úkor kvality péče“, „v domácím prostředí nejsou pomůcky, je nedostatek odborného personálu a vyšetřovacích metod“ (Respondentka 3).

„LDN je spíš chápána jako přestupní stanice mezi nemocnicí a smrtí“, „už teď je význam ošetrovatelské péče v domácím prostředí vysoký“, „doma, nemusí se stresovat cizím prostředím, je to prostě podle mě lepší než v nemocničních zařízeních“, „v domácím prostředí je nedostupnost profesionální péče“ (Respondentka 6).

2. krok: Transkripce rozhovorů byly pečlivě pročteny a v každém rozhovoru byly identifikované zmínky sester shrnuty do parafrází: málo času, nízký počet personálu, konflikt sestry se seniorem, konflikt sestry s rodinou seniora, nedostatek pomůcek, nedostatek financí ve zdravotnictví; s odkazem na jednotlivé řádky v transkripci konkrétního rozhovoru, z něhož kategorie vznikla.

3. krok: Dalším krokem jsem se snažila již stanovená obecná vyjádření generalizovat do počtu formulací menšího, než byl počet parafrází. Tím byl zredukován vyhodnocovací materiál a byly vytvořeny kategorie týkající se stanovených cílů. Z každého rozhovoru vznikl soupis několika kategorií týkajících se pohledu sester na dlouhodobou péči o seniory jako např.: personální zabezpečení, adaptace, rodina, pomůcky, změna legislativy a financování a podobně. Tímto způsobem byly vytvořeny kategorie u všech rozhovorů se sestrami.

4. krok: Následným krokem bylo vytvoření seznamu jednotlivých kategorií, který představuje názory sester na dlouhodobou péči o seniory. Kategorie byly vytvořeny na základě popisovaných problémů objevujících se při poskytování ošetrovatelské péče poskytované dlouhodobě nemocnému seniorovi.

5. krok:

Analýzou rozhovorů se sestrami bylo zjištěno, že kategorie Perspektiva ošetrovatelské péče je natolik rozsáhlá a natolik se prolíná rozhovory od počátku do konce, že je třeba ji rozdělit na jednotlivé podkategorie zabývající se tím, jak sestry vnímají současnou ošetrovatelskou péči o seniora a jak senioři ovlivňují ošetrovatelskou péči na jednotlivých odděleních.

4. Kategorizace

Personální zabezpečení

Dostatečné personální zabezpečení je pro chod oddělení a ošetrovatelskou péči o seniora velice důležité. Pokud oddělení disponuje dostatkem personálu, péče se stává kvalitnější. S tvrzením souhlasily všechny oslovené respondentky. Většina uvedla, že péči o seniora by zkvalitnil vyšší počet pomocného ošetrovatelského personálu. Nejčastěji byli zmiňováni všeobecní sanitáři. S nutností navýšení zdravotnického personálu v souvislosti s rostoucím množstvím hospitalizovaných seniorů souhlasí všechny dotazované sestry. Respondentka 4 si myslí: *„Myslím si, že na našem oddělení by měla být určitě posílena jak denní, tak noční směna už teď. V poslední době jsou na naše oddělení ve větším množství překládáni pacienti, kteří potřebují krmit, mají rozsáhlé dekubity a jsou velmi zmatení. Myslím si, že na tolik vážně nemocných lidí máme opravdu málo personálu. Zvlášť bych uvítala sanitáře – muže, kteří mají přeci jenom větší sílu pro manipulaci, polohování a přemísťování lidí.“* Respondentka 6 uvádí: *„No, míváme tady taky seniory docela často. Padají, lámají si kyčelní krčky. Zatím to stíháme, máme je tady spíš jen jako akutní případy, na doléčování je posíláme na zdejší LDN. Takže u nás si myslím, že není potřeba navyšovat počet personálu, kvůli seniorům. Navýšila bych počet kvůli celému oddělení, tak celkově je nás málo.“*

Při navýšení zdravotnického personálu na směnu „bude více času“ na pacienty/klienty, s tvrzením souhlasí všechny respondentky. S tím dojde ke zkvalitnění ošetrovatelské péče na oddělení. Respondentka 4 dodává: *„Myslím si, že to zajistí především kvalitnější péči a vyšší bezpečnost pacienta. Na směně bude více personálu, který bude mít čas se více věnovat pacientům i po psychické stránce. Budou si s nimi moct i popovídat, zjistit, jak se cítí, co by potřebovali, aby se cítili co nejlépe. Určitě to bude mít i velký vliv na psychiku pacienta, budou klidnější a budou mít pocit, že o ně máme zájem i mimo nařízené výkony jako jsou zmíněné převazy.“* Respondentka 5 se domnívá: *„Jistě ji ovlivní hodně pozitivně, bude více sester, aby si rozdělily dokumentaci. Taky bych řekla, že k pacientovi budou mít lepší přístup, protože na něj budou mít více času, nebudou muset chvátat za x dalšími. Celkově by bylo více času na jednotlivce a jeho aktuální problémy nejen po zdravotní stránce, ale i po té psychické.“*

Zvýšení počtu zdravotnického personálu pozitivně ovlivní kvalitu péče o všechny pacienty na oddělení, předpokládají všechny dotazované respondentky. Dvě sestry upozorňují, že s navýšením personálu dojde ke zvýšení bezpečnosti jak pro pacienty/klienty samotné, tak i pro zdravotnické pracovníky.

Se zvyšujícím se počtem dlouhodobě nemocných seniorů na oddělení bude třeba nazvýšit stav personálu, poněvadž péče bude náročnější - souhlasí většina respondentek. Otázka, zda na odděleních je v současné době dostatečné množství zdravotnického personálu, se ukázala být spornou. Sestry uvádějí, že svou práci "stíhají", ale také poukazují na nutnost navýšení zejména pomocného personálu v případě hospitalizace většího množství seniorů. Pouze respondentka 4 (pracující na oddělení následné péče) uvádí: *„Asi budu opakovat názor, který má většina sester pracujících na oddělení jako je toto. Myslím si, že personálu je nedostatek, a velkým problémem je, že nemocnice, a to nejen naše, nemohou přijímat více personálu, poněvadž nemají moc peněz.“*

Respondentky by na pracovištích uvítaly více všeobecných sanitářů, kteří by pacientům/klientům věnovali více času než doposud, naplňovali by jejich potřeby a informovali sestry o případných problémech. Pouze dvě sestry uvádějí, že by na pracovišti vedle všeobecných sanitářů uvítaly i zdravotnické asistenty. Respondentka 4 podotýká: *„Určitě bych na našem oddělení uvítala více sanitářů, kteří by zastali ošetrovatelskou práci, a my sestry měly více času na tu sesterskou. Jistě to má velký vliv i na zdravotnický personál. Myslím tím častější střídání pracovníků a delší rozestupy mezi jednotlivými směnami jako prevence syndromu vyhoření. Především dostatek personálu zajistí kvalitní péči o pacienta.“*

Hospitalizace seniora

Hospitalizaci seniora komplikuje mnoho faktorů, které lze větší či menší měrou ovlivnit. Jako nejčastější problémy sestry nejčastěji uváděly nově vznikající komplikace během hospitalizace, smyslové poruchy, snížení soběstačnosti pacienta/klienta či sníženou schopnost pochopit některé souvislosti, porozumět informacím od sester.

Za faktory ovlivňující adaptaci seniora na nemocniční prostředí sestry pokládají samotnou změnu prostředí, ke které většinou dochází náhle, bez možné přípravy seniora. Při maladaptivním chování pacienta/klienta respondentky popisují symptomy, jako jsou zmatenost a dezorientace, noční bloudění, zvýšenou agresivitu, nebo naopak apatie a rezignace. *„Ze své vlastní zkušenosti považují za nejvýznamnější emoční otupělost, rezignaci, regresi. To pak ovlivňuje opět dříve zmiňovanou spolupráci a ztěžuje péči o seniora. Nevím, jak je to na jiných odděleních, ale u nás pravidelně docházejí dobrovolníci, kteří se snaží s pacienty trávit čas a zabavit je. Taky máme v areálu dílny, kde pracuje několik ergoterapeutů a dobrovolníků. Vyrábí s pacienty nejrůznější věci, jako jsou výrobky z keramiky, dřeva, dále pak tašky a záložky.“* (Respondentka 2)

Ošetrovatelská péče se stává náročnější a je třeba se více soustředit na komunikaci s hospitalizovaným seniorem, myslí si všechny dotazované sestry. Také však uvádějí, že ke komunikaci je třeba více času, kterého se jim nedostává. Často uváděná je také zhoršená „manipulace“ s pacienty se zhoršenou pohyblivostí v rámci antidekubitní prevence. Sestry si uvědomují nutnost včasné a pravidelné rehabilitace, která ovlivňuje nejen pacientův/klientův zdravotní stav, ale zlepšuje i jeho psychiku a následnou adaptaci. Sestry pracující na oddělení s akutními lůžky si myslí, že nejčastějším problémem při péči o seniory je nedostatek času. Respondentka 3 uvádí: *„Dle mého názoru se určitě prodlužuje doba hospitalizace. Díky přidruženým nemocím častěji dochází ke komplikacím a prodloužení léčby. Nejhorší je, když se stane senior imobilním, to se pak dekubity vytvoří klidně během dvou dnů. Nemluvě o komplikacích jako je plicní embolie, se kterou se tu také často setkáváme. Taky nedostatek rehabilitačních pracovníků na našem oddělení hraje významnou roli. Projít se jednou za den po chodbě opravdu nestačí, čím dřív začne pacient chodit, tím dříve je schopen se vrátit domů.“*

Často zmiňovaný je také imobilizační syndrom, který dle výpovědi sester ovlivňuje adaptaci seniora velmi negativně a komplikuje ošetrovatelskou péči. Respondentka 4 pociťuje při dlouhodobé hospitalizaci tyto problémy: *„Nesoběstačnost pacienta ve všech ohledech, musí se mu pomoci s hygienou, oblékáním, krmením, přesunem na židli,*

pohybem na lůžku a podobně. Dalším velkým problémem jsou dekubity. Na našem oddělení opravdu poctivě polohujeme každé dvě hodiny, ale kolikrát to nestačí a proleženiny se objeví. Při delší hospitalizaci vznikají nozokomiální nákazy v močovém ústrojí, v ráně, i když dodržujeme všechny zásady. Při dlouhodobé hospitalizaci se, alespoň podle mých zkušeností, objevuje jistý negativismus pacienta vůči zdravotnickému personálu. Často takoví pacienti dělají pravý opak toho, co jim řekneme, a vůbec nechtějí spolupracovat.“

Jako možná prevenci maladaptace sestry zmiňují seznámení pacienta/klienta s uspořádáním oddělení a denním harmonogramem, dostatečnou a empatickou komunikaci a úpravu prostředí, ve kterém se pacient/klient nachází. Všechny sestry uvádějí, že někdy měly konflikt se seniorem. Například respondentka 2: *„Jednou k nám přijali pacienta, který byl hodně zmatený. Pobíhal po oddělení a slovně napadal ostatní pacienty, otevíral okna a ležel v cizí posteli. Když jsem se mu poněkolkáté snažila vysvětlit, kde je jeho pokoj, že je v nemocnici a musí být na pokoji, začal mě slovně napadat. Po třech dnech se ale všechno zlepšilo a pacient se mi omlouval. Takže bych řekla, že příčinou byla dezorientace pacienta a změna prostředí.“*

Dle respondentky 3 lze adaptaci seniora ovlivnit takto: *„Určitě to hodně ovlivňuje přátelský přístup sestry, ale ne zase moc benevolentní. Hodně důležitá je komunikace, kdy všechno opravdu pomalu a dostatečně vysvětlíme, popřípadě zopakujeme. Na seniora je třeba udělat si víc času, zvláště pak na toho zmateného a vyděšeného, kterého trvá opravdu dlouhou dobu uklidnit. Neustále je potřeba objasňovat nově vzniklé problémy a situace, pokud dávám nový lék, říct jak se jmenuje a na co je. Pokud píchám novou injekci, to samé. Pokud jedu na vyšetření, říct, co se bude dít a jestli to bude bolet.“*

Dvě z dotazovaných sester také poukazují na skutečnost, že pacienti/klienti na jednotlivých pokojích by měli být zhruba stejného věku, aby bylo sníženo riziko vzniku konfliktů. Respondentka 6 uvádí: *„Tak snažíme se adaptaci podporovat tím, že ho dáme na pokoj s ostatními pacienty, kteří mají podobný věk, protože ti lidé si mají co říct. Oproti tomu, kdybychom dali třeba babičku k nějaké mladé holčičce. Někdy to však tak vyjde, ale je lepší dát tu babičku mezi další babičky, aby si mohly povídat. Dále*

umožňujeme rodině návštěvy, protože pro ty staré lidi to je velice důležité. Ale ne každý senior má rodinu, která za ním dochází. Také se setkáváme s tím, že některá rodina je ráda, že jejich babička/dědeček je v nemocnici, protože se o něj aspoň nemusí starat. Je to smutné, ale setkáváme se s tím.“

Návrat seniora do domácího prostředí je často komplikovaný a často ani není možný, shodují se všechny dotazované sestry. Jako nejvýznamnější problémy spjaté s návratem domů sestry uvádějí nedostatečné zabezpečení před úrazem, trvale sníženou soběstačnost seniora či nemožnost rodiny pomoci seniorovi s adaptací na nově vzniklou životní situaci. Sestry poukazují na nutnost úpravy bytu či domu seniora, aby nedošlo k úrazu a další hospitalizaci. Respondentka 6 uvádí: *„Tak u nás jsou ti starší pacienti většinou po zlomeninách krčku. Záleží na tom, jak se tato zlomenina řeší. Může být řešena chirurgicky, nebo konzervativně. Určitě vyšší věk ovlivňuje délku rekonvalescence. Čím starší, tím hůře se to hojí. Kostí pacientů jsou už částečně osifikované, což má velmi negativní vliv na hojení. Takže tento fakt prodlužuje dobu hospitalizace. A nevím, kdy se tak navrací domů, to je individuální, záleží na více aspektech. Především druh léčby, komplikace, pacientův stav a jiné věci. To ovlivňuje rekonvalescenci pacientů.“* Respondentka 2 dále uvádí: *„Z mého hlediska je to nezajištění bezpečného prostředí, kdy je riziko, že si pacient ublíží při běžných domácích pracích. Hodně lidí bydlí samo v rodinném domě, kde mají schody, musí pečovat o zvířata a vařit si na plynovém sporáku. Dalším významným problémem je nedostatečná péče od rodiny, kdy děti bydlí jinde a buď nemají čas dojíždět, nebo nechtějí, protože komunikace s dědečkem je špatná.“*

Nutnost dlouhodobé péče na LDN a oddělení následné péče velmi významně ovlivňuje průběh hospitalizace seniora. Sestry pracující na oddělení s akutními lůžky uvádějí, že senioři jsou často překládáni na LDN k doléčení, jelikož je potřeba přijímat nové pacienty/klienty k akutní léčbě.

Propuštění z oddělení následné péče probíhá ve spolupráci se sociální pracovnící a vrchní sestrou, které koordinují buď návrat do domácího prostředí, zajištění domova pro seniory či domova s pečovatelskou službou nebo pravidelné návštěvy agentury domácí péče, uvádí respondentka 4.

Rodina seniora

Na všech odděleních je možné každý den v rámci návštěvních hodin navštívit pacienty/klienty. Sestry uvádějí, že po domluvě s lékařem a sestrami je možné setkat se s pacienty/klienty i mimo návštěvní hodiny. Respondentky si také myslí, že pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta/klienta, je možné, aby si seniora „vzala“ rodina domů na propustku. Respondentka 1 dodává: *„Rodina má možnost navštívit seniora v oficiální návštěvní době a po domluvě s ošetřujícím personálem kdykoliv, pokud to nenarušuje chod oddělení. Je-li senior na oddělení delší dobu a jeho zdravotní stav je bez komplikací, je možno ho propustit na víkend na propustku domů k rodině.“* Telefonické spojení rodiny se seniorem je v současnosti takřka samozřejmostí, shodují se všechny dotazované sestry. *„Důležitá je hlavně komunikace s pacienty a podpora, hodně se snaží motivovat. Nosí jim dobrotu, které si potom sní o svačínách. Zájem o stav pacienta, některé rodiny volají každý den a snaží se zjistit, co je nového, jestli se stav zlepšuje. Také se domlouvají s lékařem na dalším postupu. Některé rodiny se snaží o co nejrychlejší propuštění nebo jiné řešení ve formě domovů s pečovatelskou službou nebo domovů důchodců.“* (Respondentka 2)

Návštěvy rodiny a jejich spolupráce ohledně péče o seniora hodnotí sestry velmi pozitivně. Oceňují zejména velmi dobrý vliv rodiny na psychiku seniora. Rodina seniora motivuje k vytrvalosti a spolupráci se zdravotnickým personálem, v případě potřeby je prostředníkem mezi pacientem/klientem a sestrou. Také se ve spolupráci se sestrami učí pečovat o seniora se sníženou mírou soběstačnosti. Sestry také uvádějí, že rodina se v mnoha případech podílí na samotné péči o seniora přímo v nemocničním prostředí. Nejčastěji je to pomoc při stravování, hygieně nebo při rehabilitaci.

I když sestry spolupráci rodiny vítají, všechny zmiňují, že za svou praxi měly s rodinou seniora nejeden konflikt. Všechny respondentky říkají, že se již setkaly se situací, kdy rodina považovala ošetrovatelskou péči za nedostačující. Ale také uvádějí, že konflikty s rodinou jsou často způsobeny nedostatečnou komunikací mezi zdravotnickými pracovníky, seniorem a rodinou. Respondentka 6 konflikty s rodinami seniorů popisuje takto: *„Tak rodina si dost často myslí, že se o jejich babičku/dědečka špatně staráme, ale to není pravda. Snažíme se co nejvíce. Jsou dvě skupiny rodin.“*

Jedna by nám snesla modré z nebe za to, jak se o ně hezky staráme. A druhý typ rodin by nás nejraději poslal za mříže, protože jim přijde, že se špatně staráme o jejich příbuzného. Jak která rodina, ale my se v tom nesnažíme dělat rozdíly, i když sama víte, že to někdy nejde. Taky záleží na tom samotném pacientovi, co u nás leží, jak se on chová k nám. Pokud se chová špatně, tak se snažíme chovat dobře, ale ne vždy to jde.“

Pomůcky

Dle výpovědi respondentek oddělení v současné době disponují nedostatkem pomůcek pro poskytování péče seniorům. Respondentky zmiňují, že mají nedostatek hygienických, inkontinenčních a antidekubitních pomůcek. S tím nesouhlasí respondentka 3: *„Pomůcek máme zatím podle mého názoru dostatek, ale jsme neustále upozorňováni, že musíme šetřit, protože naše oddělení hodně utrácí. Pokud bychom měli ještě více šetřit, nevím, jak kvalitní by byla naše péče.“*

Za nejpotřebnější pomůcky k péči o seniory respondentky pokládají antidekubitní, inkontinenční a hygienické pomůcky a dostatek ložního a osobního prádla. Respondentka 4 uvádí: *„Podle mého názoru jsou na našem oddělení důležité pomůcky k polohování pacienta. Dále pak plenkové kalhotky, kterých bývá často nedostatek. A hygienické potřeby. Také nám prádelna často posílá málo prádla na převlečení lůžek.“* Respondentka 6 dodává: *„Záleží na druhu seniorových potřeb. Pokud je inkontinentní, tak asi věci na hygienu. Plenky, podložky, žínky, mycí potřeby, a antidekubitální podložky. Celkově mít víc antidekubitních pomůcek.“*

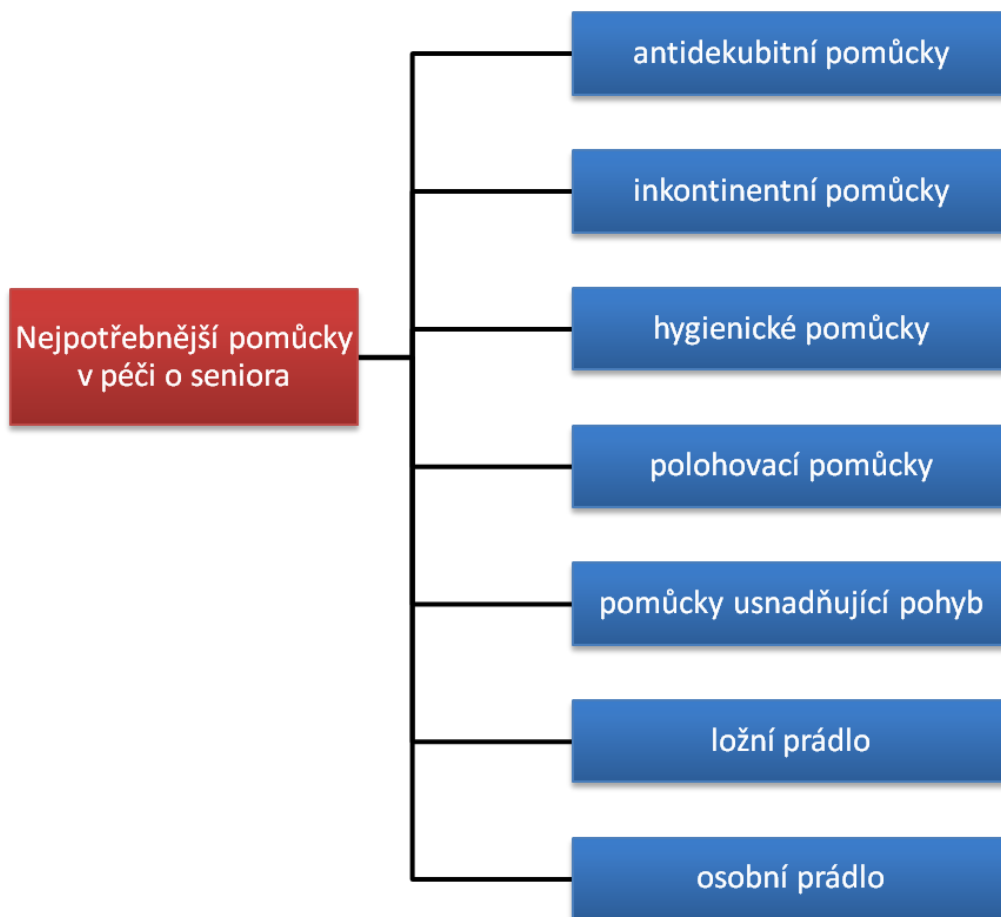


Schéma 1: Nejpotřebnější pomůcky v péči o seniora

Všechny dotazované respondentky se shodují v tom, že když bude na oddělení hospitalizováno větší množství seniorů, bude nedostatek pomůcek. Své tvrzení odůvodňují nedostatečným financováním zdravotní péče. Respondentka 5 říká: „*Myslím si, že vzhledem k rostoucím nákladům na energii a provoz nemocnice bude třeba stále více a více peněz. Nemocnice se budou snažit šetřit na pomůckách a jsme v začarovaném kruhu. Nevím, jak z téhle situace ven. Leda, že by si na pomůcky pacienti*

přípláceli sami. Ale jaká částka by to měla být a jak by se to řešilo například u bezdomovců, to opravdu nevím.“

Nedostatek pomůcek negativně ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče, jak uvádějí všechny respondentky. *„Je poskytována méně kvalitní ošetrovatelská péče. Vzniká mnohem víc dekubitů, pacienti jsou v nepohodě, dochází ke konfliktům jak s pacienty, tak s rodinou. Dochází k častějšímu přenosu infekcí. Když přijde návštěva na oddělení, snaží se co nejdříve odejít, protože okolí na ně působí hrozným dojmem. A celé to ovlivňuje pověst každého konkrétního zařízení,“* rozvádí dále respondentka 2. Respondentka 3 dále dodává: *„Nebude dostatek personálu a dostatek zdravotnických potřeb na péči o tyto pacienty. S nedostatkem pomůcek se zhorší péče o seniory a zvýší se množství komplikací při hospitalizaci, což prodlouží pobyt a celou léčbu. Pacient se bude neustále překládat na jiná oddělení, kvůli zhoršení stavu a potřebě specializované léčby, což je pro nemocnici, pojišťovny, stát i samotného seniora finančně velmi náročná záležitost. Je to takový začarovaný kruh, ze kterého, jak se zdá, zatím není úniku. Nevím, co by současnou situaci mohlo vyřešit, když peníze nejsou.*

Respondentka 5 uvádí: *„Určitě to ovlivňuje hodně. Nedostatkem pomůcek se snižuje kvalita poskytované péče. Pacient je ohrožen různými infekcemi. Sestru taky ta péče tolik nebaví, když ví, že ji nemůže dělat co nejlépe.“*

Změna legislativy a financování

Respondentky se shodují, že změna legislativy by napomohla zlepšení kvality poskytované péče. Myslí si, že by měl být legislativně stanovený postup a podmínky dlouhodobé hospitalizace seniora a jeho případné propuštění do domova pro seniory či domova s pečovatelskou službou. Respondentka 1 se domnívá: *„To nevím, co mám odpovědět. Možná je dobré více propojit sociální a zdravotní péči o seniora, a nerozdělovat to“* a respondentka 5 se domnívá: *„Myslím, že by to mohlo zlepšit celkovou péči. Myslím si, že je potřeba nějak zákonně ošetřit užší spolupráci se sociální sférou. Když už je senior hospitalizován, je třeba zjišťovat hned od začátku, jak bydlí, kde bydlí, jestli bydlí sám. A ne řešit to týden před opuštěním nemocnice, to už je pak pozdě.“* Avšak respondentka 6 je naprosto jiného názoru: *„To si nemyslím. Chytří lidé vymyslí,*

jak to obejít, aby na tom vydělali. Takže to stejně skončí jako všechny ostatní pokusy o zlepšení ošetrovatelské péče. Takže jsem naprosto v klidu. Vždycky se najde někdo, kdo na tom bude chtít zbohatnout, i když by to bylo podpořené legislativou. Zdravotnictví je jedna velká černá díra, kde se krásně ztrácí peníze daňových poplatníků.“

Nedostatečné financování dlouhodobé péče o seniory velmi negativně ovlivňuje kvalitu poskytované péče. Oddělení nedisponují dostatečným množstvím kvalitních pomůcek, myslí si všechny dotazované respondentky.

Respondentka 6 financování péče o seniory komentuje takto: *„Ono celkově financování zdravotní péče je jedno velké peklo. Zdravotnictví je průtokový ohříváč peněz, kterých je pořád nedostatek. Ale je zajímavé, že na některé věci peníze jsou, ale na zlepšení péče, třeba o ty seniory, peníze prostě nejsou. Samozřejmě, že pocítuji problémy s financováním. Nemůžeme lidem dopřávat kvalitní a kvalifikovanou péči. Místo, abychom koupili prostředky, které jsou sice dražší, ale jsou lepší a déle vydrží, tak kupujeme prostředky, které jsou levné, nic nevydrží a rychle se spotřebují. Ale jak jsem už říkala výše, je to většinou farmaceutické lobby. Takže to tady bude a bylo.“*

Respondentky uvádějí, že změna financování ošetrovatelské péče o seniory by přispěla ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Bylo by více financí na kvalitní a účinné pomůcky na ošetřování dekubitů a platy sester by mohly být navýšeny. Respondentka 6 uvádí: *„Hodně by péči ovlivnilo, kdyby byly provedeny změny ve financování zdravotní péče. Pobyt v nemocničním zařízení by se mnohokrát zkrátil, tím pádem by se ušetřilo na více frontách. Ale o tom se málem nesmí ani mluvit.“*

Kompetence

Otázky týkající se rozšíření kompetencí sester se ukázaly jako sporné. Sestry se shodly na tom, že již v současné době vykonávají práce, které patří do kompetencí lékařů. Avšak na otázku, jaké kompetence by mohly být rozšířeny, odpověděly pouze dvě respondentky. *„Jediné, co mě napadá, je změna diety u nemocného. U nás to má na povel lékař a mnohdy se mu to nechce měnit a často se stává, že schopní pacienti mají mletou a kašovitou stravu, přestože by mohli mít pevnou a naopak.“* (respondentka 1) Respondentka 2 dodává: *„Například aby sestry mohly samy ordinovat při zvýšené*

teplotě některá antipyretika, například Paralen, při průjmu antidiarhoika, při zácpě nějaká laxativa. Nebo například objednat pacienta na některá vyšetření jako je RTG třeba po pádu z postele.“

Sestry jsou v současné době připraveny pečovat o dlouhodobě nemocné seniory díky praxi na středních zdravotnických školách a na vysokých školách. Na tomto tvrzení se dotazované sestry shodují. Dále však uvádějí, že pro efektivnější péči o seniory je třeba delší praxe, zkušenosti a neustálá komunikace. *„Tak každá sestra se se seniory musela setkat už na střední zdravotnické škole, takže by to měly mít zažité. Připravit na to se ani nedá. Senior je pacient jako každý jiný pacient, jen je rozdíl v tom, že je starší. Někteří mladší pacienti vyžadují mnohem více péče než senioři. Takže bych v tom neviděla rozdíl. Samozřejmě, že na druhou stranu někteří senioři vyžadují větší péči, ale to se zase odvíjí od druhu onemocnění, konstituce pacienta a z dalších věcí. A taky naše populace má mezi sebou mnoho seniorů, takže si myslím, že sestry jsou připraveny.“* (respondentka 6) Respondentka 5 se však nedomnívá, že sestry na oddělení, kde pracuje, jsou připraveny natolik dostatečně, aby dokázaly efektivně jednat s dezorientovaným pacientem/klientem. Říká, že zachovat si trpělivost při jednání se zmateným pacientem je v určitých momentech při současném počtu pracovníků na jednu směnu někdy velmi obtížné.

Hlavním problémem při poskytování ošetrovatelské péče je nedostatek času k dostatečné komunikaci s pacientem/klientem způsobený nedostatkem zdravotnického personálu a vyplňováním obsáhlé ošetrovatelské dokumentace, uvádějí sestry. Respondentka 1 si myslí, že v současnosti je neefektivně vyřešena otázka následné péče u seniorů. Uvádí, že o seniory se zhoršenou soběstačností rodiny často nemají zájem.

Připravenost sestry na péči o seniory by mohla být zvýšena díky různým seminářům, kurzům, školením a studiím geriatrického ošetrovatelství, shodují se sestry. Respondentka 1 se domnívá: *„Myslím, že by bylo vhodné, aby si každá sestra prošla alespoň jeden měsíc na LDN.“* Respondentka 6 reaguje: *„Zvýšit připravenost? Tak různé semináře nebo zda jsou nějaké nové výzkumy v oblasti potřeb pacienta. Pak asi pořádně sledovat jejich potřeby pomocí ošetrovatelského procesu, ale na tohle všechno je nedostatek času. A taky jeden nápad, ale kolegyně by mne asi ukamenovaly. A to, že*

by se dělala kolečka po odděleních. Třeba s geriatrií, aby si každá sestra vyzkoušela péči jen o ty staré občany, aby poznala, jaká jsou v tom specifika, protože u nás ta specifika zanedbáváme.“ Respondentka 3 uvádí, že sestry jsou dostatečně připraveny, „jen je jich málo“.

Komunikace

Potíže při komunikaci se seniorem nejčastěji vznikají nepochopením, co sestra pacientovi/klientovi sděluje. Zdravotníci často používají slang, kterému laici nerozumí, často se pak stydí zeptat. Na tomto tvrzení se shodují všechny dotazované sestry. Dalšími komunikačními překážkami jsou uváděny smyslové poruchy u seniorů, nejčastěji se jedná o poruchy sluchu. Respondentka 3 si myslí: *„No, myslím si, že si sestra moc se seniorskými pacienty nepovídá nebo pořád o tom a samém, a to ji často omrzí. Taky samozřejmě záleží, o jakého seniora jde, nemůžu všechny házet do jednoho pytle. Často dochází k nepochopení, jak ze strany seniora, tak ze strany personálu. Senior nechápe, co a proč po něm danou věc chceme. A my nechápeme, proč se senior chová právě tak, jak se chová, čímž dochází nejen ke komunikačním potížím, ale i ke vzniku konfliktu.“*

Pro zamezení komunikačních potíží je třeba na seniora nespíchat, mluvit pomalu, srozumitelně a jednoduše. Při případném nepochopení je důležitá trpělivost, opakování a empatie, domnívají se respondentky. Všechny se však shodují v tom, že během pracovní doby je nedostatek času na „správné vysvětlování a opakování podaných informací. Respondentka 4 uvádí: *„Třeba používání některých pomocných předmětů, různé komunikační pomůcky jako jsou bloky, obrázky, stupnice bolesti a podobně. Věnovat klientovi dostatek času. Řešit případné problémy také s rodinou, která zná klienta lépe.“* Respondentka 6 dodává: *„Tak určitě jim to všechno jednoduše vysvětlit. Použít zpětnou vazbu, protože tolikrát vám pacient řekne, že tomu rozumí, ale když zkusíte zpětnou vazbu, tak zjistíte, že tomu vlastně vůbec nerozumí. Sestra by při komunikaci se seniorem měla být trpělivá, vlídná. Ale tohle jsou všechno vlastnosti, které má sestra bez praxe, která právě vyšla školu. Protože abych pravdu řekla, když jste v praxi dlouho, zapomenete na všechny tyto zásady, i když jste si na tom zakládala,*

aby to tak bylo po celý váš pracovní život. Taky jsem byla naivní, že prostě jednou ze mě bude sestra roku, ale praxe vás strašně změní. Je to škoda, ale je to tak. Hlavním problémem je ten čas, kterého máme málo, a je ještě smutnější, že za to pykají pacienti, kteří vlastně za nic nemohou.“

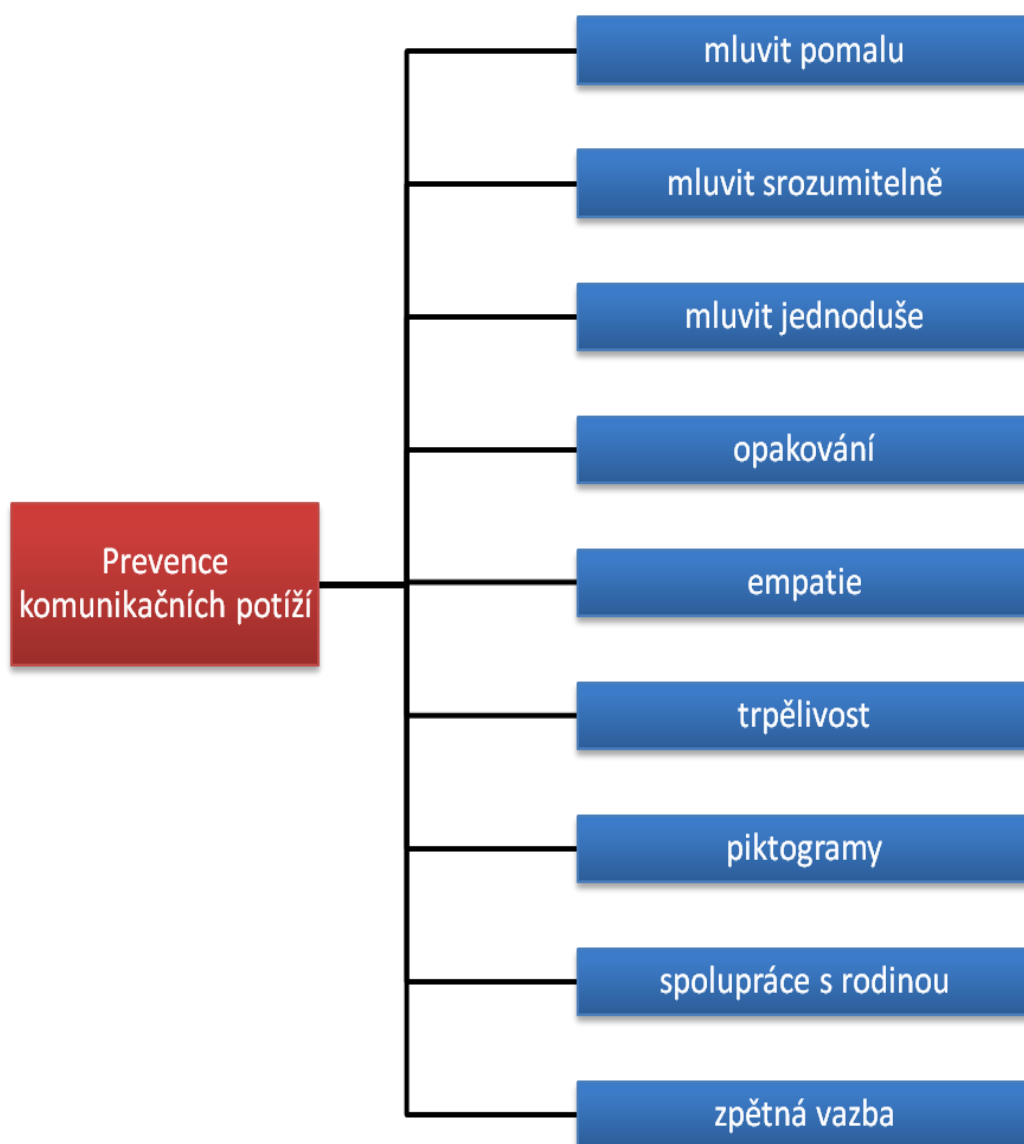


Schéma 2: Prevence komunikačních potíží

Dle názoru sester by bylo potřeba navýšit počet všeobecných sanitářů. Zejména při ranních směnách, kdy je na většině oddělení prováděna celková hygiena pacientů/klientů. Respondentka 6 se domnívá: *„Sanitáři a sanitářky. Když potřebujeme třeba přebalit nebo napolohovat seniora, který neváží zrovna málo, tak tento personál chybí. Protože většinou sanitář někde běhá s výsledky nebo krevními odběry nebo prostě někde je, takže není k zastížení. Sanitářky, co tady máme, samy jsou drobné, takže nám moc nepomohou. Neříkám, že nemají sílu, ale potřebovaly bychom více pomocného personálu, záda máme jenom jedny.“*

Docházení dobrovolníků do zdravotnických zařízení hodnotí dotazované respondentky velice pozitivně. Shodují se na tom, že kontakt s dobrovolníky výrazně zlepšuje psychiku pacienta/klienta, pomáhá mu odpoutat se od problémů a obav spjatých s dlouhodobou hospitalizací. Respondentka 5 význam dobrovolníků hodnotí takto: *„Věnují seniorům čas a energii. Pomáhají zaplnovat přebytek času, kterého v nemocnici mají spousty. Hrají s nimi společenské hry, které člověka odpoutají od myšlenek na nemoc. Dávají najevo svůj upřímný zájem. Pomáhají seniorům s některými problémy a jsou jim oporou. Musí to dělat lidi, co jsou rádi ve společnosti a nevadí jim nemocniční prostředí. Obdivuju je.“* Avšak pouze respondentky 2 a 4 uvedly, že na „jejich“ pracoviště dobrovolníci pravidelně docházejí a tráví čas s pacienty/klienty. Dobrovolnické služby místní charity zprostředkovává sociální pracovnice a vrchní sestra dle aktuální potřeby pacientů/klientů. Respondentka 3 uvádí: *„Na našem oddělení na nějaké trávení a organizování volného času opravdu nemáme čas. Vím, že třeba na LDN jim tam dochází dobrovolníci z charity, kteří si s pacienty chodí povídat a číst jim. V současnosti ani neuvažujeme o někom, kdo by sem chodil, myslím, že by na to nebyly ani prostory, ani ten čas. Ale to neznamená, že jsem proti dobrovolníkům, to vůbec. Oceňuji jejich práci a obdivuji lidi, kteří se ve svém volném čase věnují něčemu opravdu prospěšnému.“*

Trávení volného času různými aktivitami napomáhá seniorovi odpoutat se od současných problémů, souhlasí všechny dotazované respondentky. *„Tak u nás si ti seniori většinou čtou. Mají své oblíbené knížky, nebo když ráno jdou sanitářky do kantýny pro svačinu, tak jim berou i noviny, aby se dozvěděli, co nového se ve světě*

děje, když jsou u nás v nemocnici. Asi nejzajímavější bylo, když jsme tu měli jednu babičku, a ta si krátila svůj pobyt tím, že upravovala ubrouskovou metodou květináče. Byly nádherné, pár jich zde takto upravených také máme. Každý senior si dělá, co chce, necháváme to na nich. Když je třeba víc času, tak na chvíli vyvezeme pacienty na čerstvý vzduch. To však musí být pěkně a musí být klid. Taky jsme tady jednou měli jednu babičku, která se udržovala tím, že dělala dceři účetnictví. A právě u nás na oddělení zabrala vzadu celou jídelnu, kde stejně nikdo neobědvá a dělala tam účetnictví pro svou dceru.“ (respondentka 6)

Klady domácí a institucionální péče

Domácí péče má pozitivní vliv na psychiku seniora. Pokud to umožňuje zdravotní stav pacienta/klienta, je pro něj celkově lepší léčit se v domácím prostředí. Kontakt s rodinou není omezený návštěvními hodinami a režimem oddělení. Domácí prostředí je pro seniora přirozené, nemusí se adaptovat na jiný režim, jiné uspořádání pokoje. Také intimita je narušena v podstatně menší míře. Na těchto tvrzeních se shodují všechny dotazované sestry. Respondentka 1 uvádí: *„V domácím prostředí je senior neustále v kontaktu s rodinou, je ve svém známém prostředí, nemusí si zvykat na nové místo, nedochází ke konfliktům s ostatními pacienty. Má větší intimitu, stará se o něho rodina, neupadá do stereotypu jako v nemocnici. Ekonomicky je výhodnější. V ústavní péči nemá tolik soukromí, návštěvy jsou omezeny, je tam určitý režim, který nemusí všem vyhovovat, je tam riziko nozokomiálních nákaz.“*

Respondentka 2 si také myslí: *„Znamé prostředí, které pacient zná a orientuje se v něm. Lidé okolo něj, které zná a ví, jak s nimi mluvit, jací jsou a co od nich může čekat. Domácí prostředí umožňuje vykonávat dosavadní návyky. Není porušené soukromí a intimita pacienta.“*

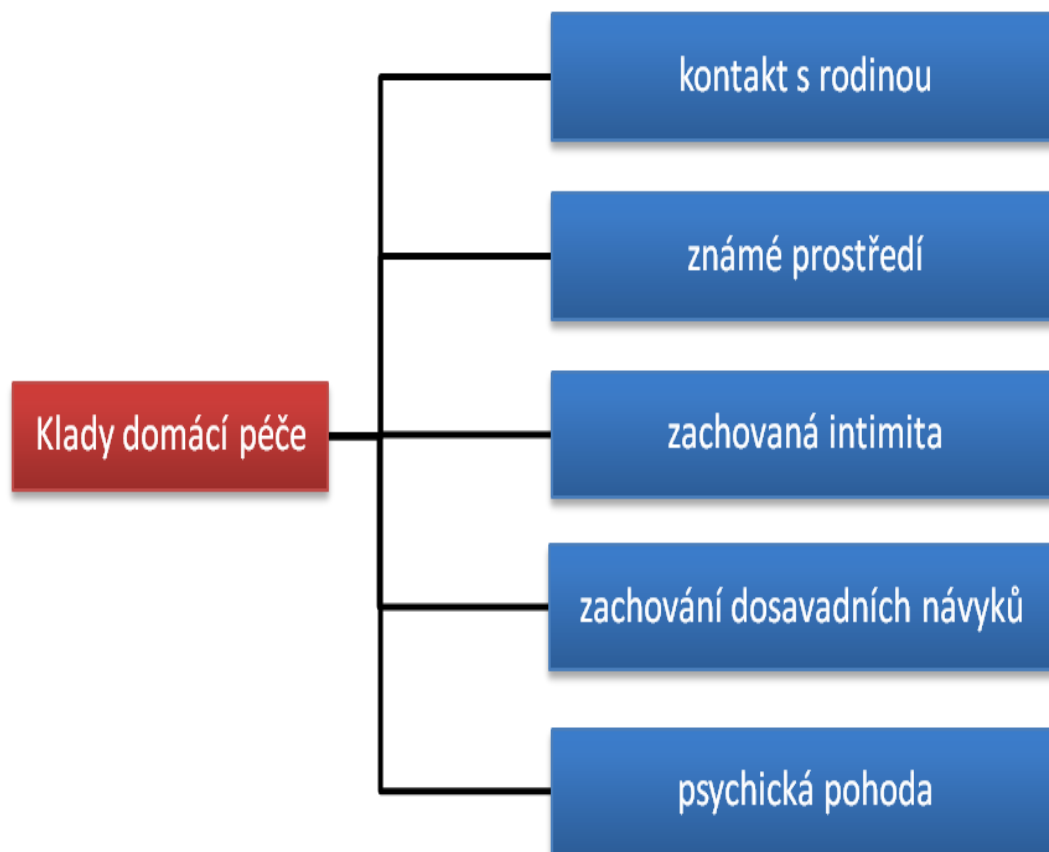


Schéma 3: Klady domácí péče

Respondentky uvádějí, že institucionální péče je v mnoha ohledech velmi specifická. Všechny se shodují, že její nejpodstatnější výhodou je neustálá odborná a komplexní péče 24 hodin denně. Respondentky také často uvádějí, že v případě potřeby jsou při pobytu v instituci dostupnější diagnostická pracoviště jako RTG, CT či magnetická rezonance.

Zápory domácí a institucionální péče

Nejvýznamnější nevýhodou péče v domácím prostředí je zhoršená dostupnost profesionální péče, v případě zhoršení zdravotního stavu seniora, uvádí všechny dotazované sestry. V domácím prostředí není dostatek specializovaných pomůcek k usnadnění pohybu či ošetření nově vzniklých ran, domnívá se respondentka 1. *„Minimum odborného zdravotnického zařízení a pomůcek, odborného personálu a vyšetřovacích metod. Sestra je u pacienta úplně sama a musí umět rychle reagovat, když se pacientovi zrovna udělá špatně, popřípadě musí sama zorganizovat nějaká další vyšetření. Taky je to dost špatné, když si sestra s pacientem nemají co říct, nebo si nepadnou do oka.“* (respondentka 3) Respondentka 5 zmiňuje: *„Není tu dohled nad pacientem 24 hodin denně. Poskytování odborné péče není v úplně nejhygieničtějších a nejvhodnějších podmínkách.“*

Senior se v instituci musí přizpůsobit novému prostředí, novému režimu a komunikovat s doposud pro něj neznámými lidmi. Institucionální péče s sebou přináší ztrátu soukromí a narušení intimity, shodují se respondentky. *„Neosobní chování zdravotnického personálu, nedostatek času na ně, nemožnost se věnovat svým koníčkům.“* (respondentka 6) *„Určitě jsou to obavy ze smrti. Co tak pozoruji, tak nejvíce se naši pacienti bojí umírat sami. Často, i když jsou věřící, se bojí, co bude po smrti. Bojí se, že budou trpět bolestmi, že budou umírat nedůstojně. Neznalost prostředí, ve kterém se člověk momentálně nachází. Člověk se neorientuje ani v okolí, ani v lidech, kteří jsou s ním na pokoji, ba ani v personálu. Stud pacienta hraje taky velkou roli, často se stydí zvonit, když potřebují na záchod. Často musí chodit na mísu, což je jim hodně nepříjemné.“* (respondentka 4) Respondentka 1 dodává: *„V ústavní péči nemá tolik soukromí, návštěvy jsou omezeny, je tam určitý režim, který nemusí všem vyhovovat, je tam riziko nozokomiálních nákaz. Větší riziko infekce, ztráta soukromí, nutnost podřídit se režimu na oddělení.“*

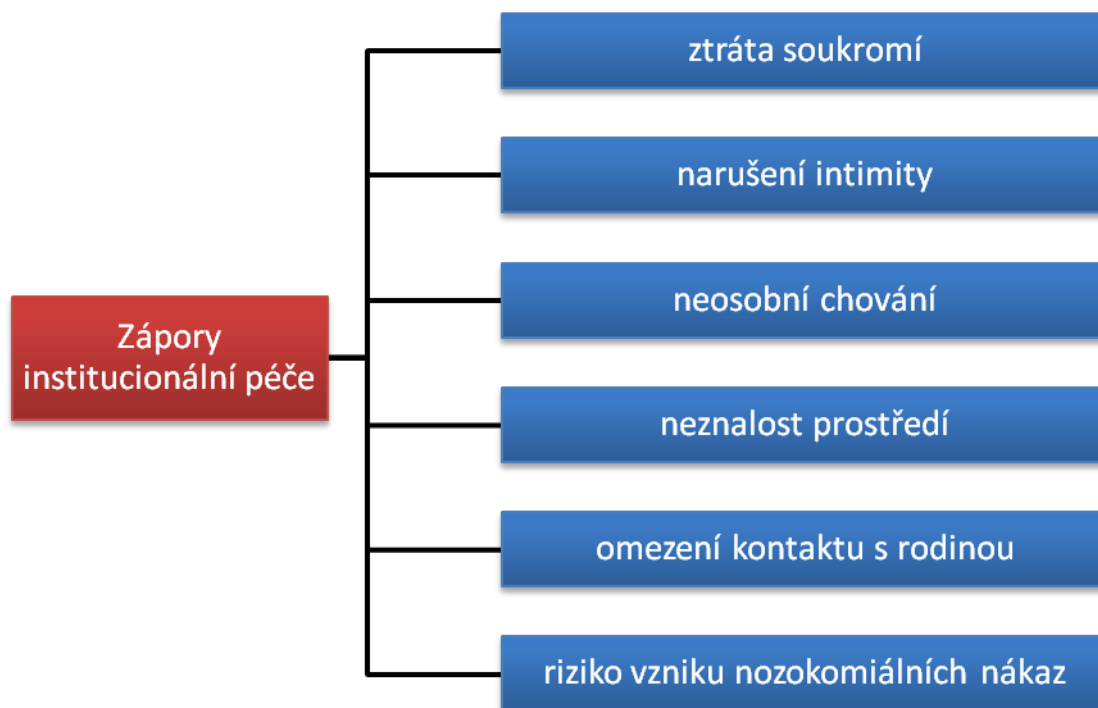


Schéma 4: Zápory institucionální péče

Ošetrovatelská péče o dlouhodobě nemocného seniora

Vlivem demografických změn obyvatelstva je ve zdravotnických zařízeních hospitalizováno stále větší množství seniorů. Ošetrovatelská péče o seniory je náročnější jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Zvyšuje se časová náročnost při péči o seniora. Za nejnáročnější na ošetrovatelské péči poskytované seniorům pokládají hygienickou péči, prevenci dekubitů a komunikaci. Na těchto tvrzeních se dotazované respondentky shodují. *„Klient má většinou více onemocnění, jeho pohyblivost je minimální a komunikace vážne. Sestra musí být daleko trpělivější, vše seniorům trochu déle trvá. Hlavně si spousta zdravotníků myslí, že je to zbytečné, stejně ten dotyčný*

zemře. Bud' teď, nebo později. Není tam vidět žádný pokrok v té práci. Sestra pacienta neléčí, nebo alespoň se to vyléčení nedostavuje hned. Taky se tam sestry často setkávají s umírajícím, což by pro mě bylo hodně náročné. Péče o umírajícího je pro mě hodně těžká, i když tu taky máme takové pacienty. To se pak člověk musí snažit co nejvíce ulehčit tomu umírajícímu to prožívání nemoci a udělat všechno podle svého nejlepšího vědomí a svědomí.“ (respondentka 3)

V odpovědi na otázku, zda by měla být dlouhodobá péče o seniora přesunuta mimo nemocnice, respondentky nejčastěji uvádí, že záleží na aktuálním zdravotním stavu pacienta/klienta. Také uvádějí, že by mělo dojít ke zvýšení kvality péče poskytované v LDN a na odděleních následné péče. Respondentka 2 je tohoto názoru: *„To je těžké jednoznačně říci., Samozřejmě z akutních lůžek se senior musí někam umístit, protože přicházejí noví pacienti, kteří potřebují odbornou pomoc. Asi záleží na konkrétní situaci a stavu pacienta. Ale obecně odsunout seniora na LDN, i když je poměrně schopný a zvládl by se doma o sebe víceméně postarat, určitě v pořádku není.“*

Respondentka 3 si myslí: *„Určitě by dlouhodobá péče měla být přesunuta do specializovaných zařízení, ovšem měla by ta péče za něco stát, víc se jim tam věnovat. A to nejen po odborné stránce, ale řešit i jejich psychický stav. Řešit, jestli se vůbec takový senior má kam vrátit, jaké má doma podmínky, jestli by v případě nutnosti s ním někdo mohl být. Nebo jestli nebydlí v šestém patře bez výtahu. Tohle si myslím, že na LDN moc neřeší, tam se ze seniorů stávají většinou ležáci, kteří se už o nic a o nikoho moc nezajímají. Vím, že je to tam pro sestry hodně těžká práce, jak psychická, tak fyzická, ale je potřeba k péči o seniory mít nějaké osobnostní předpoklady. Nejen to, že půjdu zrovna pracovat tam, kde je místo.“*

Všechny dotazované sestry odpověděly, že mají osobní zkušenosti s LDN či odděleními následné péče. Shodují se, že při překladu pacienta/klienta na toto oddělení často musí čekat, poněvadž mají obsazená všechna lůžka. Spolupráci hodnotí většinou kladně.

V posledních letech stále vzrůstá význam poskytování péče v domácím prostředí prostřednictvím agentur domácí péče, myslí si všechny dotazované respondentky. Některé dotazované sestry uvádí, že ošetřování seniora v domácí péči je méně nákladné,

než hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Pouze respondentka 4 zmiňuje: *„Vrchní a sociální sestra má tuto problematiku na starost. Sjednávají s agenturou domácí péče potřebu jejich služeb. Spojují se s praktickými lékaři. V poslední době naše oddělení celkem často spolupracuje s agenturou domácí péče. Řekla bych, že se možnost domácí péče dostává do podvědomí veřejnosti.“*

Respondentka 1 si myslí, že pro zlepšení celkové péče o seniory do budoucna: *„Je nutno zlepšit spolupráci s rodinou a agenturou domácí péče, aby nedocházelo k odkládání starých lidí do ústavů, pokud s podporou nebo dohledem mohou žít sami. Stávající ústavy či domovy pro seniory zmodernizovat a doplnit vhodným personálem (vzdělaným, zkušeným), aby mohla být poskytována kvalitní péče.“* Respondentka 4 se domnívá, že je potřeba: *„Zvýšit dostatek financování na dostatek kvalitních pomůcek. Zajistit dostatečné finanční ohodnocení personálu a zajistit mu jistotu zaměstnání. Zpříjemnit pracovní prostředí pořádáním různých akcí, aby se personálu lépe chodilo do práce, aby se každý těšil na své spolupracovníky.“*

Ostatní respondentky uvádějí, že je zapotřebí úzce propojit zdravotní a sociální péči o seniory, aby se péče stala komplexnější a plynule by na sebe navazovala. Dále, že je zapotřebí více prezentovat agentury domácí péče jako alternativy institucionální dlouhodobé péče o seniory. Respondentka 5 dále dodává: *„Chtělo by to více propojit zdravotní a sociální péči. V současné době fungují tyto oblasti na sebe nezávisle, ale jedna neví moc o druhé. Je třeba zlepšit celkový zdravotní stav seniorů. Více je začlenit do společnosti, jsou její součástí, ne její přítěží. Podporovat jejich nezávislost a vytvářet pro ně více aktivit.“*

Perspektiva ošetřovatelské péče

Během celého rozhovoru všechny respondentky zmiňují, že je třeba od podstaty změnit komunikaci se seniorem. Je to způsobené zhoršenými kognitivními funkcemi seniora, zhoršenou percepcí, stresem z nového prostředí či například častým používáním zdravotnického slangu při komunikaci se seniorem.

Respondentka 2 uvádí: *„Když je pacient nedoslýchavý, tak neslyší moc dobře, co mu sestra říká, často se přeslechne nebo si něco domyslí jinak. Nevidomému nebo*

pacientovi s poruchou zraku musíme věci a prostředí kolem něho více popisovat. Určitě nehledě na postižení je nutný vlídný přístup, pomalu a jasně vysvětlovat, nechvátat, mluvit jednoduše.“

Respondentka 2 dodává: *„Někteří pacienti nemusí rozumět našemu zdravotnickému slangu. Ale zase se jim snažíme vysvětlit, že pokud něčemu nerozumí, že se nás mohou bez ostychu zeptat. Ale těch lidí je také málo. Spíše dělají, že rozumí, a pak jsou nepřijemní, když jim začneme sdělovat informace, které navazují na ty předchozí, kterým nerozumí.“*

Možné řešení komunikačních problémů při poskytování ošetrovatelské péče seniorům vidí sestry ve změně komunikace. Myšlení a chování seniora je diametrálně odlišné od myšlení člověka v produktivním věku, shodují se. V současné době jsou i na oddělení, kde byli dříve hospitalizováni ve většině mladí lidé, hospitalizováno stále větší množství seniorů. To významně ovlivňuje ošetrovatelskou péči, častěji dochází ke vzniku konfliktů, nedorozumění a nedopatření způsobené neefektivní komunikací. V této oblasti sestry spatřují velmi významný problém. Sestry se v rozhovorech často zmiňují o nutnosti upravit prostředí, ve kterém se senior nachází, tak, aby pro něj bylo bezpečné. Není výjimkou, že záhy po návratu domů ze zdravotnického zařízení je senior znovu hospitalizován se zlomeninou způsobenou zakopnutím o schod, práh či spadnutím ze schodů. *„Člověk se v mnoha případech nezrehabilituje natolik, aby chodil jako před úrazem nebo operací. A to následně ovlivňuje návrat do domácího prostředí, musí dojít k nemalým úpravám domu nebo bytu,“* říká respondentka 4. Respondentka 2 se domnívá, že domácí prostředí skrývá velké množství nástrah, které mohou ohrozit zdraví seniora. Domnívá se toto: *„Z mého hlediska je největším problémem při návratu seniora domů nezajištění bezpečného prostředí, kdy je riziko, že si pacient ublíží při běžných domácích pracích. Hodně lidí bydlí samo v rodinném domě, kde mají spoustu schodů, musí pečovat o zvířata a vařit si na plynovém sporáku.“*

Sestry ale také zmiňují nutnost zvýšení bezpečnosti prostředí i ve zdravotnických institucích. Sestry se shodují, že je senior po příchodu do nového prostředí často zmatený. Jako nejtypičtější příklad uvádějí noční bloudění po oddělení, které často končí pádem - v horších případech doprovázený zlomeninou. Ačkoliv by v současné

době všechna zdravotnická zařízení měla mít zajištěné bezbariérové přístupy a zajištěné pomůcky pro snazší pohyb pacientů/klientů, respondentka 2 uvádí: „Podle mého názoru jsou důležité postranice. Hlavně na noc, když jsou někteří pacienti zmatení. Dále pak by to chtělo umístit po celém oddělení madla, hlavně na záchody, do sprchy a na chodby. Myslím si, že by to snížilo počet pádů.“

Sestra 4 zmiňuje souvislost mezi počtem personálu a mírou bezpečnosti pacienta/klienta: „Myslím si, že více personálu zabezpečí vyšší bezpečnost pacienta. Na směně bude více personálu, který bude mít čas se více věnovat pacientům a předcházet nežádoucím událostem.“

Respondentky se téměř jednohlasně shodují v tvrzení, že pobyt seniora v domácím prostředí velmi pozitivně ovlivňuje jeho psychiku. Nedochozí ke stavům zmatenosti spojeným se změnou prostředí. Pacient/klient má zachované soukromí a intimitu a není stresován přítomností dalších cizích lidí kolem sebe při běžných činnostech, jako je například hygiena či vyprazdňování, souhlasí dále sestry.

Respondentka 2 se také domnívá, že domácí péče je o mnoho méně nákladnější, než péče institucionální: „Myslím si, že vzroste potřeba domácí péče, co vím ze svého okolí, tak moc lidí o možnosti domácí péče vůbec neví. Stát by ušetřil hodně peněz, kdyby více lidí, kteří jsou samozřejmě v adekvátním stavu, využívalo domácí péče.“

Pokud je senior ošetřován v domácím prostředí, má možnost se denně prakticky nepřetržitě setkávat s rodinou a známými. Setkání nejsou omezená návštěvními hodinami, potřebami druhých pacientů/klientů či chodem oddělení. I tuto skutečnost uvádějí sestry jako pozitivum domácí péče. „V domácím prostředí je senior neustále v kontaktu s rodinou, je ve svém známém prostředí, nemusí si zvykat na nové místo, nedochází ke konfliktům s ostatními pacienty.“ (respondentka 1)

Respondentky si jsou vědomy, že domácí péče není koncipována pro všechny seniory bez rozdílu. Pokud to zdravotní stav dovoluje a senior má spolupracující rodinu, domnívají se sestry, že ve zprostředkování služeb domácí péče nic nebrání.

Respondentky se domnívají, že v současné době není laická společnost dostatečně informována o možnosti domácí péče a je třeba ji ve společnosti více prezentovat a aktivně nabízet. „Hodně lidí třeba ani neví o možnosti domácí péče, což je taky špatně,

protože velké množství lidí ležících na LDN by bylo schopné fungovat doma, a stačilo by, kdyby za nimi jen dojížděla sestra. Je to hodně komplikované. A nevím, či je to chyba, jestli sester v nemocnici, že neřeknou o téhle možnosti lidem. Nebo jestli se domácí péče málo propaguje.“ (respondentka 3)

Téma autonomie pacienta/klienta se prolíná všemi rozhovory od počátku do konce. Sestry sice nezmiňují přímo slovo autonomie, ale opisují vše spojené s tímto pojmem. Z výpovědí lze vyčíst a vydedukovat, že postavení seniora ve společnosti, prožívání kvalitního života, potřebu moci o sobě rozhodovat a podílet se na svém zdraví sestry velmi silně vnímají. Senior pro ně není pouhým objektem s jednotlivými subsystemy, které, když se rozbijí, je třeba opravit tu tam, tu jinde. Z odpovědí sester vyplývá, že pacienta/klienta vnímají jako komplexní lidskou bytost s individuálními rozdíly v psychice, biologické stránce, sociálními specifiky a spirituálními potřebami.

Dle výpovědí respondentek lze soudit, že sestry vidí současný stav či míru autonomie seniora jako naprosto nevyhovující. Výpovědi jako: *„Seniора více prezentovat jako samostatného jedince schopného o sobě rozhodovat,“* (respondentka 1) *„zlepšit kvalitu péče o seniory, aby mohli fungovat normálně ve společnosti,“* (respondentka 2) *„...je o ně pečováno bez jakéhokoliv dotazu, zda chtějí být léčeni a ošetřováni právě tímto způsobem. Jako by se nepočítalo s tím, že taky může nesouhlasit s tím, jak se o něj staráme,“* (respondentka 3) *„...začlenit seniора do společnosti, aby byl samostatně fungující nezávislou jednotkou...“* (respondentka 4) *„...podporovat jejich nezávislost a vytvářet pro ně více aktivit...“* (respondentka 5) či *„aby je brali jako sobě rovné a dbali na jejich názory a přání,“* (respondentka 6) toto tvrzení více než potvrzují. A netýká se pouze dlouhodobě nemocných seniorů, ale i pacientů/klientů v terminálních stádiích nemocí.

S předešlou kategorií úzce souvisí sestrami vnímaná a zmiňovaná potřeba důstojné péče o dlouhodobě nemocného seniora na všech oddělení, nejen na LDN. Je však nutné obě tyto oblasti odlišit, i když se prolínají a často zaměňují. Tato problematika se opět prolíná všemi oblastmi zkoumání. Ať už sestry odpovídají na otázku, zda bude dostatek pomůcek, jak dlouhodobá hospitalizace seniora ovlivňuje jeho adaptaci nebo například jak by legislativa mohla změnit péči o seniory. Ve všech odpovědích se dostává do

popředí senior, který má právo na kvalitní, důstojnou, smysluplnou, komplexní a na sebe navazující péči. Sestry si dle výpovědi uvědomují, že způsob péče o pacienta/klienta výrazně ovlivňuje průběh celé hospitalizace. Odpověď respondentky 4 toto tvrzení jen potvrzuje: *„Kvalitní péče o seniora, který je na ošetřujícím personálu závislý. Osobně si představuji péči takovou, jako by senior byl můj blízký a poskytují se mu ty nejlepší služby. Bohužel vím, že ve většině zařízeních se tomu tak neděje.“*

Sestry si uvědomují, že s hospitalizací většího počtu seniorů na jednotlivých odděleních se ošetrovatelská péče stává náročnější po všech stránkách. Sestry se musí soustředit na více věcí najednou, způsob komunikace, všimnout si změn nálad a změn zdravotního stavu, více se soustředit při podávání léků (kterých mají senioři zpravidla daleko více než lidé v produktivním věku) či se zaměřovat na možné problémy spojené s návratem do domácího prostředí. Sestry často ve svých výpovědích uvádějí, že senioři jsou daleko citlivější a vnímavější k vnějším podnětům, a na to je třeba brát zřetel. Toto tvrzení dokládá výpověď: *„...jsou citlivější k vnějším sociálním podnětům, více si některé věci berou...“* (respondentka 5)

Všechny sestry ve svých výpovědích uvádějí, že za svou kariéru měly konflikt/konflikty se seniorem. Respondentka 5 si myslí: *„Mnohdy to může být nezájmem o přání seniora či nerespektováním jeho potřeb.“*

Dlouhodobá hospitalizace seniorů ve zdravotnických zařízeních s sebou přináší potřebu nemalých změn. Je třeba provést změny ve financování této péče, poněvadž je podstatně nákladnější než péče o člověka v produktivním věku. S tím souvisí nákup kvalitnějších pomůcek k antidekubitní péči, inkontinentních pomůcek či například pomůcek upravujících prostředí seniora a usnadňujících mu pohyb jak na lůžku, tak po oddělení. Se stoupajícím počtem seniorů na jednotlivých odděleních se péče zákonitě musí stát kvalitnější než doposud, shodují se všechny dotazované respondentky. A nejedná se o pouhé zařízením poskytované dostatečné množství financí. Sestry ve svých výpovědích uvádějí, že kvalitu péče ve velmi významné míře ovlivňuje personální zabezpečení oddělení, zejména pak pomocného zdravotního personálu. *„Myslím si, že to zajistí především kvalitnější péči o pacienta. Na směně bude více personálu, který bude mít čas se více věnovat pacientům i po psychické stránce. Budou si s nimi moct i*

popovídat. Zjistit, jak se cítí, co by potřebovali, aby se cítili co nejlépe. Určitě to bude mít i velký vliv na psychiku pacientů, budou klidnější a budou mít pocit, že o ně máme zájem i mimo nařízené výkony, jako jsou zmíněné převazy.“ (respondentka 4)

I když z výpovědí sester vyplynulo, že je třeba více využívat možnosti ošetřování seniora v domácím prostředí, sestry si uvědomují, že to není jediné správné řešení péče o seniory. Uvádí, že pokud je stav pacienta/klienta natolik nestabilizovaný a hrozí riziko akutního zhoršení stavu, je lepší poskytovat dlouhodobou péči tomuto seniorovi v rámci instituce. Sestry však uvádějí, že pro poskytování adekvátní dlouhodobé péče v institucích je třeba podstatně zvýšit kvalitu péče v nich. Aby nedošlo k tomu, že LDN jsou chápány jako: *„...přestupní stanice mezi nemocnicí a smrtí,“* jak uvádí respondentka 6. Nutnost zvýšení kvality poskytované péče potvrzují výpovědi sester: *„Stávající ústavy či domovy pro seniory zmodernizovat a doplnit vhodným personálem (vzdělaným, zkušeným), aby mohla být poskytována kvalitní péče.“* (respondentka 1) *„V současné době si ale myslím, že ta kvalita péče v LDN je nedostačující.“* (respondentka 2) *„Kvalita péče na některých LDN je hrozná. Je potřeba s tím něco udělat.“* (respondentka 3) *„Obecně je třeba zkvalitnit tu péči v LDN.“* (respondentka 4) *„Podstatně přeměnit péči na LDN, aby za něco stála.“* (respondentka 5) *„V LDN je třeba tu péči od základů změnit, aby k něčemu byla.“* (respondentka 6)

Dotazované respondentky často při svých výpovědích uvádějí, že pokud je málo pomůcek, málo personálu, špatná kvalita péče, sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče není dostatečně motivovaná k vykonávání kvalitní péče. Respondentky souhlasí, že v případě zvýšení kvality péče bude sestra více motivovaná. *„S více penězi by se mohla zlepšit kvalita péče. Pomůcek k ošetřování pacientů by bylo dostatek. Určitě by to také změnilo přístup k práci.“* (respondentka 3)

Ve výpovědích respondentek se však objevuje ještě jedna oblast, která výrazně zlepšuje motivaci sester k vykonávání dostatečně kvalitní péče. Je jí finanční ohodnocení práce sester. Sestry si myslí, že pokud by došlo k navýšení platového výměru sestrám, byly by motivovanější k lepší péči. *„Sestry dostávají málo peněz, na to jakou mají náročnou práci, což taky ovlivňuje jejich ochotu kvalitně pečovat o pacienty.“* (respondentka 2) *„Podle mého názoru, kdyby se zvýšily platy sester a*

sanitářů, určitě by to také změnilo přístup k práci.“ (respondentka 4) *„Sestry nejsou dostatečně finančně ohodnoceny.*“ (respondentka 5)

Během rozhovorů se ukázalo, že sestry vidí velký problém týkající se péče o seniory v oblasti sociální péče. Sestry vnímají skutečnost, že při dlouhodobé hospitalizaci se mění potřeby pacienta/klienta. Je sice potřeba starat se o zdravotní stav, ošetřovat dekubity, podávat léky dle ordinace lékaře či rehabilitovat a snažit se o dosažení co nejvyšší míry soběstačnosti. Do popředí se ale dostávají psychosociální potřeby seniora více než kdy dříve. Dlouhodobě hospitalizovaný senior je nejistý, neví, co se s ním bude dít, má strach, obavy. Častěji pomýšlí na smrt, má strach, že zemře sám v cizím prostředí bez společnosti svých blízkých. *„Také se zde senior častěji setkává se smrtí, což může negativně ovlivnit jeho prožívání.*“ (respondentka 5)

Respondentky vidí možné řešení v užší spolupráci zdravotní a sociální sféry. Myslí si, že ve zdravotnických institucích je nedostatečné množství sociálních pracovníků, které by spolupracovaly s ostatními zdravotnickými pracovníky, pečovaly o sociální potřeby pacienta/klienta a navrhovaly možné alternativy péče. *„Chtělo by to více sociálních pracovníků, co by s námi spolupracovaly.*“ (respondentka 1) *„Na každé oddělení by měla patřit jedna sociální sestra.*“ (respondentka 2) *„Uvítala bych více sociálních sester, které by se podílely na péči o seniora.*“ (respondentka 3) *„Zapojit více sociální pracovníce do celkové péče, a to nejen týden před propuštěním.*“ (respondentka 4) *„Přijmout více sociálních pracovníků, které by se staraly o seniory i po té sociální stránce.*“ (respondentka 5) *„Taky by to v nemocnici chtělo více sociálních pracovníků, které by řešily návrat seniora domů a spolupracovaly by s ostatními zdravotníky.*“ (respondentka 6)

Propojením zdravotní a sociální péče o seniory se péče stane kontinuálnější a komplexnější. Péče nebude „roztříštěná a nejednotná“, myslí si respondentky. Péče tak bude kvalitnější a bude moci lépe reagovat na aktuální potřeby pacienta/klienta podle zásad holistické péče. *„Zaměřit se hodně na tu sociální stránku člověka, protože ta se při dlouhodobém pobytu v nemocnici dostává hodně do popředí a ovlivňuje průběh hospitalizace seniora.*“ (respondentka 1) *„Péče o dlouhodobě nemocného musí být komplexní, protože všechno se vším souvisí. Pokud bude mít doma nevyřešenou situaci,*

nebude tu ochota k rychlejšímu uzdravení. A právě to bych si představovala, že by sociální pracovnice řešila.“ (respondentka 2) „Stále všude slyšíme, že člověk je holistická bytost a že se o něj tak musíme starat, ale když tu chybí to sociální řešení, není péče efektivní.“ (respondentka 3) „Řešit to sociálně od začátku, aby ta péče byla opravdu tak, jak má být.“ (respondentka 4) „Lepší spolupráce se sociálními pracovníci by pak řešila komplexní péči, všechny potřeby pacienta.“ (respondentka 5) „Pak bude ta péče určitě kvalitnější, když bude postaráno o seniora po všech stránkách.“ (respondentka 6)

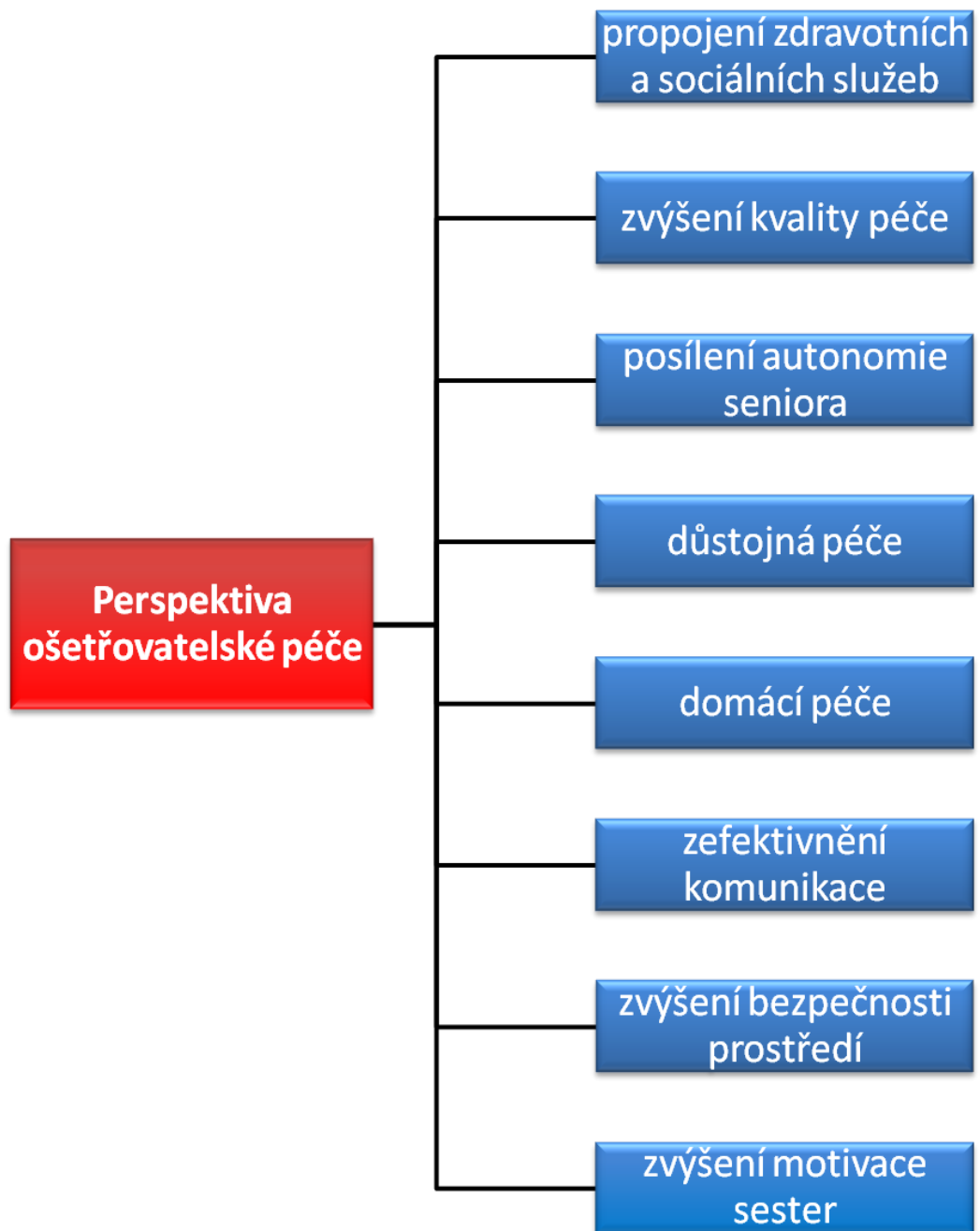


Schéma 5: Perspektiva ošetrovateľskej péče

5. Diskuze

Stárnutí současné společnosti je významným fenoménem posledních let. Nejedná se však pouze o problém České republiky, s tímto problémem se v současnosti setkává většina vyspělých zemí. A v budoucnu tomu nebude jinak. Prognostici uvádějí, že v budoucnu bude docházet k nárůstu počtu seniorů ve společnosti (Sak, 2012).

Předmětem výzkumu této práce byla perspektiva ošetřovatelství dlouhodobé péče o seniory. Demografický vývoj současné společnosti se velmi významně promítá do ošetřovatelské péče, jejího charakteru, uspořádání a filozofie. Jak uvádí Mlýnková (2011), při ošetřování seniora je třeba uvědomit si zásadní odlišnosti v životních potřebách. Ve stáří se aktuálními stávají potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. A právě tím se ošetřovatelská péče o seniory stává stále specifitější.

V době, kdy se Česká republika zmítá ve finanční krizi a nedostatek financí se nevyhnul ani zdravotnictví, se toto téma stává aktuálnější než kdy dříve. S nedostatkem financí vyvstává riziko nedostatku pomůcek, a tím i snížení kvality poskytované péče. Nedostatek financí se také dotýká platového ohodnocení ošetřovatelské profese, což následně ovlivňuje, byť je to velmi odvážné tvrzení, motivaci sester v poskytování péče pacientům/klientům.

Vědeckých prací zabývajících se specifiky ošetřovatelství seniorů je mnoho. Je to dáno narůstáním problematických situací v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací seniorů ve zdravotnických zařízeních a jejich následným návratem do domácího prostředí. Dalším v poslední době velmi diskutovaným tématem je význam poskytování péče v domácím prostředí prostřednictvím agentur domácí péče a oblastních charit. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak současnou situaci vnímají sestry, zda vyšší počet seniorů ovlivňuje ošetřovatelskou péči, jakým způsobem by mohla ošetřovatelská péče ovlivnit dlouhodobou hospitalizaci seniora a jaká vidí sestry možná řešení.

Pro účely šetření byla zvolena kvalitativní metoda rozhovoru. Výsledky jsou zpracovány z relativně malého zkoumaného vzorku, nelze tedy výsledky jakýmkoliv způsobem zobecňovat. Pro tyto účely by musela následovat rozsáhlejší studie. Na začátku práce byly položeny otázky, které budou zodpovězeny rozбором získaných dat.

Financování péče poskytované dlouhodobě nemocným seniorům

Nově vznikajících otázek a problémů týkajících se financování zdravotní péče dlouhodobě nemocných seniorů v posledních letech stále více přibývá. Havrdová (2010) uvádí, že se péče po druhé světové válce zabývá spíše akutní medicínou a snahou o zachování života a zabránění invalidizaci pacientů/klientů všemi dostupnými prostředky. S rozvojem moderních technologií a objevením nových terapeutických postupů se péče stává stále více nákladnou.

S touto problematikou souvisí opatření, která by měla snížit nákladovost zdravotní péče. Státy, které nedisponují dostatkem finančních zdrojů, se snaží omezit nákladné procedury u takzvaně „neperspektivních“ pacientů/klientů. Mezi ně, bohužel, patří i pacienti/klienti v seniorském věku. Zda se jedná již o diskriminaci či o logicky zdůvodnitelné, ač eticky velmi kontroverzní, jednání, zůstává otázkou. Pokud budou sestry nuceny šetřit materiálem a pomůckami, bude poskytovaná péče dosahovat potřebné kvality? Jaké problémy sestry pocítují ve financování zdravotní péče o dlouhodobě nemocné pacienty/klienty? Do jaké míry ovlivňuje financování ošetrovatelskou péči? Jak uvádí Dvořáčková (2012), současná finanční situace zvyšuje integraci ekonomické a sociální racionálnosti při poskytování dlouhodobé péče seniorům. Péče je posuzována z ekonomického, humánního, ale i technického a technologického hlediska. Respondentky se v odpovědích na otázky týkající se financování zdravotní péče víceméně shodují. S nedostatkem financí nebude dostatek pomůcek a kvalita péče se rapidně sníží. Sestry uvádějí, že současná finanční situace a nátlak ze strany top managementu k neúprosnému šetření vedou k demotivaci zdravotnických pracovníků vykonávat svou práci kvalitně. S tímto tvrzením se ztotožňuje i Havrdová (2010), která dále uvádí, že v posledních letech dochází k soustředění akutní specializované péče do center se speciálně školeným personálem a nejnovějšími technologiemi, což vede ke snížení nákladovosti akutní péče. Nutno však podotknout, že náklady na následnou péči pacientů/klientů naopak právě díky tomu stoupají. Tuto péči většinou zprostředkovávají zdravotnická zařízení menšího a středního typu dle spádových oblastí.

Ministerstvo zdravotnictví se ke konci roku 2012 rozhodlo vyčlenit finanční prostředky ve výši 208 milionů korun na podporu dlouhodobé, paliativní a geriatrické péče, a to především na projekty zabývající se modernizací lůžkových zařízení a agentur domácí péče a na podporu posílení činnosti nestátních neziskových organizací zabývajících se touto problematikou. Tato finanční pomoc se však prozatím týká pouze Moravskoslezského a Olomouckého kraje (Ministerstvo zdravotnictví, 2012).

Celkové náklady na roční dlouhodobou péči se v Norsku, které má politiku péče o seniory poměrně dobře vyřešenou, pohybuje kolem 9 miliard euro, z čehož 0,7 miliardy eur bylo hrazeno ze spoluúčasti pacienta/klienta na zdravotní péči (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009).

S problematikou financování rezortu zdravotnictví také souvisí platové ohodnocení zdravotnického personálu. Respondentky se domnívají, že vzhledem k rostoucím požadavkům na zvyšování kvality péče a rostoucí náročnosti zdravotnické profese nejsou dostatečně finančně ohodnoceny. Tuto skutečnost pokládají za další demotivující okolnost v poskytování kvalitní zdravotní péče. Motivace, jak uvádí Hekelová (2012), je základní hybnou silou v profesi (nejen) ošetrovatelství. Uvádí, že finanční motivace je v současné době do velké míry přeceňována. Top management by měl více užívat a více pracovat na vývoji nefinančních motivátorů, jako jsou pochvala, uznání, pocit sounáležitosti pracovního týmu a podobně.

Význam domácí péče

Využívání služeb agentur domácí péče při poskytování dlouhodobé péče seniorům by snížilo náklady zdravotnictví, shodují se dotazované respondentky ve svých odpovědích. Uvědomují si však, že domácí péče není vhodná pro každého dlouhodobě nemocného seniora, je třeba řídit se aktuálním zdravotním stavem a mírou spolupráce rodiny na péči. Misconiová (2006) uvádí, že potřeba snižovat náklady na zdravotní péči dlouhodobě nemocných seniorů se objevuje již v druhé polovině dvacátého století. Mezi první státy, které tuto problematiku začínají řešit, patří Finsko, Velká Británie či například Dánsko. Tyto státy si uvědomují, že situace týkající se financování zdravotní péče je v dlouhodobém časovém měřítku neudržitelná. Objevují se první názory, že

přesunutí péče o seniory do domácího prostředí je méně nákladná než péče poskytovaná prostřednictvím různých institucí. S tím souhlasí i Salonen (2009), která dále uvádí, že „písni budoucnosti“ je možnost seniorů vybrat si mezi péčí institucionální a péčí domácí, jak je tomu např. v Nizozemí, Norsku či Dánsku. Zde má domácí péče poměrně hlubokou historii a tento systém opravdu funguje. Procentuální zastoupení seniorů nad 75 let je v těchto zemích 15 % v Dánsku, 17 % v Nizozemí a 15% v Norsku.

Samozřejmě se tomu tak v určité míře v České republice děje, ale jak uvádí respondentky, domácí péče by se měla více dostávat do podvědomí laické veřejnosti, jelikož míra informovanosti není dostatečná. S tím souhlasí také někteří autoři (Dvořáčková 2012, Haškovcová 2010, Kalvach 2005), kteří současnou situaci informovanosti společnosti o možnostech domácí péče poskytované dlouhodobě nemocným či umírajícím seniorům považují za nedostačující. Cílem agentur domácí péče v České republice je přiblížit se systému poskytování domácí péče v Nizozemí, Norsku či Dánsku. To potvrzuje i Dvořáčková (2012) a uvádí, že je třeba více se zaměřit na deinstitucionalizaci péče o seniory a přestat oddělovat zdravotní a sociální péči. Dále se domnívá, že je třeba významně rozšířit rozvoj sociálně-zdravotních služeb v rámci menších měst a obcí.

Ošetřování seniora v domácím prostředí nepřináší pouze finanční benefity. Respondentky se shodují, že pobyt pacienta/klienta v domácím prostředí velmi pozitivně ovlivňuje jeho psychiku, adaptaci na nemoc a celkové prožívání nemoci. Respondentka 1 uvádí: „*V domácím prostředí je senior neustále v kontaktu s rodinou, je ve svém známém prostředí, nemusí si zvykat na nové místo, nedochází ke konfliktům s ostatními pacienty. Má větší intimitu, stará se o něho rodina, neupadá do stereotypu jako v nemocnici. Ekonomicky je výhodnější.*“ Toto zjištění se shoduje s tvrzením Jarošové (2007), která uvádí, že pobyt v domácím prostředí, dovoluje-li to zdravotní stav pacienta/klienta, má velmi pozitivní vliv na psychiku. Domácí péče poskytovaná seniorům v domácím prostředí se již neorientuje na pouhé vykonávání ošetřovatelských výkonů a plnění ordinací lékaře. Sestra pracující v domácí péči se zaměřuje i na psychosociálně-spirituální potřeby seniora a respektuje zvláštnosti fungování organismu v seniorském věku.

Respondentky jako další z mnoha kladů domácí péče uvádějí možnost prakticky neustálého kontaktu seniora s rodinou. Kontakt pacienta/klienta s jeho rodinou jej motivuje k rehabilitaci, k dodržování léčebného režimu. Senior se nemusí adaptovat na nové osoby a ví, co od příslušníků své rodiny očekávat. Marková (2010) souhlasí s těmito tvrzeními a dále podotýká, že v minulosti se veškeré léčení a umírání odehrávalo zejména a pouze v rodinném kruhu. Senior byl přirozenou součástí rodiny a trávil zde prakticky veškerý volný čas. S přesunutím zdravotní péče do institucí dochází k jakémusi odcizení či oddálení se rodiny od seniora. Rozhovor mezi rodinou a seniorem se stává složitějším, poněvadž chybí společné zážitky a společně strávený čas. Minibergerová (2006) dodává, že v současné době má rodina v oblasti péče o „svého“ seniora poměrně malou podporu státu, dochází k ekonomickému podhodnocování pečující rodiny a k morálnímu nedocení. Upozorňuje však také na skutečnost, že mezi pečovatelem (v tomto případě členem rodiny) a seniorem vzniká velmi silné citové pouto, které může vyústit v konflikty v dalších vztazích. Rodina je vlivem nutnosti nepřetržité péče o seniora v určité sociální izolaci, ztrácí kontakty s přáteli a je vystavena velmi silnému psychickému tlaku. Proto by společnost měla vytvářet takové podmínky pro pečující rodinu, aby byla schopna „zdravě“ fungovat zároveň ve společnosti i v rodině.

Domácí ošetrovatelská péče je poměrně efektivně vyřešena v Nizozemí, které patří mezi země s nejefektivnějším systémem domácí péče. Domácí péče je zde mezi nejkvalitnějšími v Evropě. Pro měření kvality poskytované domácí péče a měření spokojenosti pacientů/klientů s péčí v jednotlivých agenturách je stanovený jednotný měřicí systém nazývaný „Karty kvality“, jehož výsledky jsou k dispozici všem obyvatelům Nizozemí prostřednictvím internetu. Tyto „karty“ poskytují informace o fungování agentur domácí péče v Nizozemí. Je zde prezentováno přes 70% agentur vyskytujících se na území Nizozemí, což čítá přes 450 agentur domácí péče určených veřejnosti. Potencionální klienti zde naleznou informace o jednotlivých agenturách, jejich fungování, organizaci či podmínkách poskytování péče. Dočtou se zde o charakteru poskytovaných služeb a formách spolupráce s různými zdravotnickými odvětvími (Salonen, 2009).

Respondentky se však obávají, že péče poskytovaná v domácím prostředí s sebou přináší i mnohá rizika spojená s nedostupností urgentní lékařské pomoci oproti pobytu v instituci. Respondentky se domnívají, že agentury domácí péče nedisponují dostatkem nových pomůcek a často nejsou schopny v krátkém časovém úseku zprostředkovat akutní lékařské ošetření. Nedostatek speciálních pomůcek v domácí péči je však nepřesným argumentem. V současnosti agentury domácí péče a charity nabízejí pacientům/klientům zapůjčení některých pomůcek, antidekubitních matrací či lůžek. Pomůcky však předepisuje i obvodní lékař či lékař specialista. Jak uvádí Klevetová (2008), senioři často neví o některých kompenzačních pomůckách a možnosti jejich zapůjčení. Často také odmítají návštěvy lékaře, který má kompetence předepsat některé pomůcky.

Respondentky se také domnívají, že uspořádání domova seniora často brání v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a často zde nejsou dostatečné hygienické podmínky. Jarošová (2007) tento fakt připouští, avšak uvádí, že povinností sestry již při první návštěvě pacienta/klienta je zmapovat hygienické podmínky a provést konkrétní opatření. Někteří autoři (Klevetová 2008, Krivošíková 2011, Kalvach 2008) uvádějí, že při první návštěvě sestry je také nutné zhodnotit bezpečnost domácího prostředí a upravit jej ve spolupráci s pacientem/klientem tak, aby nebylo ohroženo jeho zdraví. Tuto problematiku mají efektivně vyřešenou například v Austrálii, kde existuje velké množství agentur zprostředkovávajících mobilní (či terénní) fyzioterapeutické a ergoterapeutické služby. Ergoterapeut při návratu seniora ze zdravotnického zařízení posuzuje podmínky domácího prostředí, navrhuje možné úpravy zvyšující bezpečnost, posuzuje stav seniora, napomáhá při běžných denních činnostech a vede seniora k nezávislosti. Ergoterapeut také navrhuje nákup či zapůjčení nejrůznějších pomůcek a vybavení usnadňující pohyb, zlepšující provádění hygienické péče či usnadnění stravování. Spolupráce s „mobilním ergoterapeutem“ seniorovi umožňuje setrvat co nejdéle v domácím prostředí (Adapt Health Care, 2013).

Sestry ve svých odpovědích také uvádějí problematiku adaptace dlouhodobě nemocného pacienta/klienta na nové prostředí. Nejprve na režim oddělení s akutními lůžky a posléze, je-li opravdu přeložen a vyžaduje-li to jeho stav, na LDN či oddělení

následné péče. Sestry ve svých odpovědích uvádějí, že senior je citlivější, často konfliktní, či naopak rezignovaný. Jako velmi významný problém popisují sestry noční bloudění seniora po oddělení. Na komplikovaný proces adaptace upozorňuje i Kalvach (2011), pacient/klient v seniorském věku má sníženou mozkovou adaptabilitu. Snadno proto dochází k deliriózním stavům. Je citlivější na sociální podněty, často dochází ke konfliktům se zdravotnickými pracovníky a s jeho okolím. Při dlouhodobé hospitalizaci se mohou dostavovat pocity rezignace, deprese a stavy apatie. Maladaptace se často projevuje také somatickými příznaky jako zácpa či naopak průjem, bušení srdce nebo například hypertenzí.

Překvapilo mne, že sestry si velmi uvědomují, že domácí péče o seniory je v současné době potřebná, jelikož ne všechny pacienty/klienty je třeba kvůli doléčení hospitalizovat. Shoduje se to s tvrzeními Kalvacha (2005) a Haškovcové (2010), kteří ve svých publikacích upozorňují na nutnost zvýšit využívání domácí péče poskytované seniorům. Oba autoři se domnívají, že v domácím prostředí, pokud to zdravotní stav seniora a spolupráce umožňuje, je nižší riziko vzniku některých komplikací, jako jsou nozokomiální nákazy, maladaptací syndrom či iatrogenní poškození pacienta/klienta.

Kompetence sester v oblasti dlouhodobé péče o seniora

Otázky týkající se navýšení kompetencí sester v oblasti péče o seniora se ukázaly být spornými. Snad to bylo způsobeno nevhodnou formulací, nebo také pozorovanými rozpaky sester při položení těchto otázek. Všechny respondentky uvádějí, že v současné době provádějí některé výkony náležející lékařům samy s vědomím lékaře. Tato skutečnost, jak mohu potvrdit ze své vlastní praxe, ač je častá, je velmi problematická. Sestra vykonávající práci, která není v její kompetenci, riskuje při poškození pacienta/klienta nemalé sankce. Vondráček (2009) uvádí, že povinností a náplní vrchních a staničních sester je řízení a kontrola ošetrovatelské péče na úseku daného pracoviště. Pokud dojde k pochybení způsobené podřízenými sestrami, je zapotřebí zjistit, zda nadřízená vrchní či staniční sestra v rámci své funkce dostatečně řídila a kontrolovala podřízené sestry. Z toho vyplývá, že vedoucí (vrchní či staniční) sestra je povinna dohlížet nejen na to, zda podřízené sestry vykonávají svou profesi dle

standardů a vyhlášek, ale i zda vykonávají svou profesi v souladu se stanovenými kompetencemi, aby tím zamezila vzniku možných postihů. Hekelová (2012) s tímto tvrzením souhlasí a skutečnost, že vrchní/staniční sestra zná kompetence svého pracovního týmu, řadí mezi základní manažerské dovednosti a znalosti sester. Škrla, Škrlová (2008) poukazují na osm rizikových oblastí ošetrovatelské péče, mezi které řadí nesprávné rozhodování v souvislosti s nedostatečnou klinickou kompetencí, které vedou k poškození pacienta/klienta. Pro vykonávání profese sestry není třeba „pouze“ disponovat dostatečnými teoretickými znalostmi získanými vzděláním. Je třeba mít jasně formulované kompetence, které stanovují výkony a formy péče, které sestra poskytuje pacientovi/klientovi a orientuje se v nich. Znalostí kompetencí je sestra schopna poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči (Heřmanová a kol., 2012).

S kompetencemi sester však nesouvisejí pouze výkony a péče stanovené legislativou. V současné době jsou prakticky každý den objevovány stále nové postupy a technologie, se kterými musí být sestra seznámena, aby byla schopna pacientům/klientům poskytovat co nejkvalitnější ošetrovatelskou péči. K poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je tedy třeba neustále zvyšovat odborné kompetence. Malíková (2010) poukazuje, že navyšujícím množstvím seniorů je nutné kontinuálně vzdělávat sestry. Se stářím je spojeno mnoho mýtů a nepravd, které zabraňují poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Domnívá se, že kontinuálním vzděláváním sester lze těmto problematickým oblastem péče předejít. To potvrzují i výpovědi respondentek, které se domnívají, že odborná školení, semináře či přednášky napomáhají sestřím lépe se orientovat v novinkách v oboru, lépe si uvědomí chyby, které doposud dělaly, a lépe si některé skutečnosti „dají do souvislostí“. Některé respondentky však upozorňují na skutečnost, že je třeba přednášku efektivně sestavit, aby splnila svou funkci. Zajímavým faktem je, že respondentka 6 uvádí, že některé sestry se účastní odborných školení pouze za účelem získání potřebných kreditů k registraci. Pro získání bližších souvislostí tohoto tvrzení by však bylo zapotřebí se problematikou hlouběji zabývat.

Péče o dlouhodobě nemocné seniory v rámci institucí

V současné době se zdravotnická zařízení potýkají se vzrůstajícím počtem seniorů na jednotlivých odděleních. Tato péče je nejen psychicky a fyzicky náročná pro sestry zde pracující, ale stává se i stále více finančně náročnou pro poskytovatele zdravotních služeb. Proto jsou senioři po stabilizaci zdravotního stavu překládáni do léčeben dlouhodobě nemocných, některé nemocnice disponují odděleními následné péče, odděleními dlouhodobé péče či doléčovacími rehabilitačními jednotkami (terminologie je v tomto případě nejednotná, jedná se však o oddělení svými službami podobná léčebnám dlouhodobé péče) (Kalvach 2005). Respondentky na otázky týkající se přesunutí péče o dlouhodobě nemocného seniora nebyly ve svých odpovědích jednotné. Některé odpovědi naznačovaly, že dosud je jak mezi laiky, tak i mezi odbornou zdravotnickou veřejností velké množství předsudků spojených s léčebnami (popřípadě odděleními) dlouhodobé péče. Například na dotaz: Když se řekne dlouhodobá péče o seniory, co se Vám vybaví? Sestry často uváděly dekubity, nedostatečnou péči, nekvalitní péči a podobně. Dlouhodobou péči ve specializovaných zařízeních však nelze jen tak jednoduše zavrhnout. I když senior v domácím prostředí lépe prospívá, rychleji se uzdravuje a je v lepší psychické pohodě, ne vždy je péče zde vhodná. Respondentka 1 si myslí, že pro zlepšení celkové péče o seniory do budoucna: *„Je důležité, aby nedocházelo k odkládání starých lidí do ústavů, pokud s podporou nebo dohledem mohou žít sami. Stávající ústavy či domovy pro seniory zmodernizovat a doplnit vhodným personálem (vzdělaným, zkušeným), aby mohla být poskytována kvalitní péče.“* I Dvořáčková (2012) uvádí, pokud se soběstačnost seniora sníží natolik a zdravotní stav zhorší tak, že o sebe nedokáže dostatečně pečovat a zůstat v domácím prostředí, a ani rodina není schopna mu poskytnout potřebnou péči, přichází na řadu institucionální péče. To platí i v případě návratu seniora domů z oddělení s akutními lůžky. Dále však upozorňuje na fakt, že je zapotřebí zamezit umisťování seniorů do léčeben dlouhodobě nemocných v případech, kdy to není nezbytně nutné. Seniora a jeho rodinu je třeba dostatečně informovat o dalších možnostech dlouhodobé péče, jako je péče poskytovaná agenturami domácí péče. Společně s Haškovcovou (2010) se

Dvořáčková (2012) domnívá, že informovanost seniorů a veřejnosti o možnostech poskytování péče v domácím prostředí je v současné době nedostačující.

Druhou otázkou však zůstává kvalita péče poskytovaná v léčebnách dlouhodobě nemocných, kterou sestry ve svých odpovědích velmi často zmiňují a kterou, jak lze z odpovědí vydedukovat, sestry pokládají za velmi významný problém současnosti. Mátl, Jabůrková (2007) uvádějí, že politika kvality dlouhodobé péče o seniory je v současné době dosti nejednoznačná. Zdravotní a sociální péče jsou navzdory nemalým snahám do velké míry oddělené, a tudíž na sebe nenasazují, což vede k významným problémům při dlouhodobé hospitalizaci seniora ve zdravotnickém zařízení. Tento problém však uvádějí i dotazované respondentky. Domnívají se, že současná spolupráce sociálního a zdravotního úseku je natolik nedostatečná, že snižuje kvalitu poskytované péče seniorovi. Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí v rámci reformy zdravotnictví již před dvěma lety avizovaly vytvoření zákona o dlouhodobé péči, který má stanovovat podmínky poskytování dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních, léčebnách dlouhodobě nemocných a zařízeních poskytujících sociální služby. Avšak zákon je podle informací z oficiálního webu Ministerstva zdravotnictví ve fázi příprav (Ministerstvo zdravotnictví, 2013).

Význam institucionální péče o dlouhodobě nemocné seniory

Tato výzkumná otázka velmi úzce souvisí s předešlou. Demografický vývoj obyvatelstva nejen v České republice, ale v rámci prakticky celé Evropy velmi významně ovlivňuje péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními, tato skutečnost je zde zmiňována mnohokrát. Pokud vzrůstá potřeba poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče, bude třeba navýšit počet zdravotnických zařízení specializovaných na dlouhodobou péči, nebo je třeba seniorům nabízet i jiné alternativy? Sestry ve svých odpovědích často zmiňují, že ne vždy je institucionální péče poskytovaná seniorům zapotřebí, v mnoha případech je možné indikovat domácí péči namísto pobytu v léčebnách dlouhodobě nemocných a na odděleních následné péče. Sestry se domnívají, že léčba seniora v domácím prostředí pozitivněji ovlivňuje seniorovu psychiku, a tudíž i ochotu spolupodílet se na péči. Dvořáčková (2012) uvádí, že

v současné situaci je třeba více zvážit nutnost institucionální péče seniora a spíše se soustředit na péči poskytovanou v domácím prostředí prostřednictvím agentur domácí péče. Venglářová (2007) se domnívá, že pokud má být domácí péče komplexní a účelná, je třeba zajistit multidisciplinární spolupráci mezi praktickými lékaři, zdravotnickými zařízeními, orgány sociální péče a agenturami domácí péče. Domácí péče a sociální služby zprostředkovávají pobyty v denních stacionářích, pomůcky napomáhající usnadnění denních činností, fyzioterapeutické služby, hygienickou péči, systémy monitorující bezpečnost seniora a podobně.

Sestry si myslí, že další nevýhodou pobytu seniora v instituci je riziko vzniku nozokomiální nárady. Maďar, Podstatová, Řehořová (2006) s tímto tvrzením souhlasí, vyšší věk pacientů/klientů, délka hospitalizace, polymorbidita, prodělaný operační zákrok, dekubity, imobilita a mnoho dalších faktorů zvyšují riziko vzniku nozokomiálních nárady.

Častým problémem uváděným sestrami je udržení kvality života seniora při dlouhodobé péči. Sestry se domnívají, že by měla být péče zaměřena mimo jiné i na udržení autonomie seniora, jeho postavení ve společnosti a nároku na stejně kvalitní ošetrovatelskou péči bez rozdílu věku a zdravotního stavu a udržení kvality života ve stáří. Ministerstvo zdravotnictví (2013) zveřejnilo tiskovou zprávu, která informuje o úrovni a kvalitě stárnutí v České republice v porovnání se státy Evropské unie, kterými se zabývala studie vypracovaná Evropským centrem pro sociální politiku probíhající v průběhu roku 2012, jakožto Evropského roku aktivního stárnutí. Česká republika se umístila na 12. příčce, z celkového počtu 27 zemí. Byly zde posuzovány oblasti jako dostupnost zdravotní a sociální péče, zapojení rodiny do péče o seniora či například pocit celkové mentální pohody. Výsledky tohoto výzkumu v současné době slouží Ministerstvu zdravotnictví jako podklad pro vypracování Strategie aktivního stárnutí v České republice.

Množství pomůcek k péči o dlouhodobě nemocné seniory

Dostatečné množství pomůcek pro poskytování péče seniorům se odvíjí od míry financování zdravotnictví prostřednictvím veřejných zdrojů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, z prostředků státu, krajů a obcí. A prostřednictvím soukromých zdrojů hrazených ze sponzorských darů, ze spoluúčasti pacienta/klienta či charitou.

Respondentky ve výpovědích týkajících se dostatečného množství pomůcek jednotně uvádějí, že s rostoucím počtem seniorů na odděleních se obávají nedostatku pomůcek k péči o seniory. Mezi nejpotřebnější pomůcky k ošetřování seniorů sestry řadí antidekubitní pomůcky, pomůcky pro inkontinentní pacienty/klienty, hygienické a polohovací pomůcky a dostatek ložního a prádla. Sestry se domnívají, že dostatek pomůcek pro ošetřování seniora zajistí kvalitní ošetrovatelskou péči. Malíková (2011) uvádí, že dostatečné množství pomůcek a vybavení vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče poskytované v zařízeních zabývajících se dlouhodobou péčí o seniory. Zachová (2010) dodává, že dostatek a vhodná volba pomůcek nejen zkvalitňuje ošetrovatelskou péči, ale zvyšuje pohodlí pacienta/klienta, a tím ovlivňuje kvalitu života.

Dle Join Commission International (2008) dlouhodobě hospitalizovaní senioři mají právo na poskytování stejné úrovně kvality péče jako ostatní pacienti/klienti v produktivním věku, to znamená, že musí být v rámci instituce dosahováno stejné úrovně kvality péče, ať už je senior hospitalizován na chirurgickém oddělení, či na oddělení následné péče. To často bývá podstatným problémem při překladau na oddělení, které nedisponuje dostatečným množstvím pomůcek. Každé oddělení musí mít vypracované vnitřní předpisy, ve kterých je mimo jiné uveden i údaj o potřebě a dostupnosti zvláštního vybavení a pomůcek.

Zajímavé je, že pouze respondentka 6 uvedla, že se domnívá, že by bylo zapotřebí, aby jednotlivá oddělení disponovala kvalitnějšími, a tudíž i dražšími, pomůckami. Domnívá se, že kvalitnější pomůcky mají delší životnost, a tudíž jsou ekonomičtější a zajišťují kvalitnější ošetření pacienta/klienta. S tímto tvrzením souhlasí Kalvach (2011) a dodává, že kvalita poskytované ošetrovatelské péče se odvíjí od používání kvalitních zdravotnických pomůcek a používání nových technologií.

6. Závěr

Dlouhodobá péče o seniory je v posledních letech velmi diskutovaným tématem nejen v kruhu zdravotníků, ale i v rámci široké veřejnosti. A nebude tomu v budoucnu jinak. Dle údajů Českého statistického úřadu se v roce 2050 počet obyvatel starších 65 let zdvojnásobí, a počet obyvatel starších 85 let dokonce zpětinásobí (Český statistický úřad, 2012). Tato práce se zabývá dlouhodobou péčí o seniory z perspektivy ošetrovatelství, jelikož současný demografický vývoj jej ovlivňuje velmi významně. S dlouhodobou hospitalizací seniora ve zdravotnických zařízeních je spojen výskyt mnoha komplikací, a to nejen fyziologických, ale i psychických, sociálních a spirituálních.

Cílem této práce bylo zjistit: Jaké nejvýznamnější problémy shledávají sestry v poskytování dlouhodobé péče seniorům. Zda sestry vnímají nutnost změny v ošetrovatelských kompetencích v oblasti péče o dlouhodobě nemocného seniora a jaký je názor sester na dlouhodobou ústavní péči o seniora oproti dlouhodobé komunitní péči v domácím prostředí.

Před zahájením šetření byly položeny následující výzkumné otázky: 1. Bude nutné provést další změny ve financování péče o dlouhodobě nemocné z důvodu stále se zvyšujícího demografického věku obyvatelstva? 2. Mohly by sestry v oblasti dlouhodobé péče o seniora přebrat některé kompetence doposud náležející lékařům? 3. Vzroste význam poskytování ošetrovatelské péče dlouhodobě nemocným seniorům v domácím prostředí? 4. Měla by být dlouhodobá péče o seniora přesunuta mimo nemocnice do specializovaných zařízení? 5. Bude nutné navýšit počet zdravotnických zařízení se zaměřením na dlouhodobou péči z důvodu vzrůstajícího počtu seniorů? 6. V souvislosti s rostoucím počtem hospitalizovaných seniorů budou zdravotnická zařízení disponovat dostatečným množstvím pomůcek?

Sestry vidí perspektivu ošetrovatelské péče o seniory v užší spolupráci zdravotní a sociální oblasti. Měla by být realizována kvalitnější péče o dlouhodobě nemocné seniory v LDN a na odděleních následné péče. V rámci péče o dlouhodobě nemocného seniora by měla být posílena seniorova autonomie a měla by mu být poskytována co nejdůstojnější péče. Perspektivně by měla být v oblasti dlouhodobé péče o seniora více

zvažována a využívána možnost domácí ošetrovatelské péče poskytovaná agenturami domácí péče či charitou. Mezi další oblasti změn v ošetrovatelské péči je nutné zaměřit se na zefektivnění komunikace se seniorem a jeho rodinou. Rovněž je důležité zajistit bezpečnost prostředí, ve kterém senior žije. Respondentky se také domnívají, že je potřeba více motivovat sestry v oblasti ošetrovatelské péče o seniora.

Ošetrovatelská péče o seniory není jednoduchá, je psychicky i fyzicky velmi náročná. Avšak pokud sestra svou práci dělá co nejkvalitněji, dokáže se dostatečně vcítit do pacienta/klienta, a jedná s ním tak, jako by jednala se svým blízkým. Pak teprve má tato péče smysl, přináší úspěchy a uspokojení. Vždyť koho jiného bychom měli ctít a uznávat více, než generaci, díky které můžeme existovat?

*„Dbejme,
aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši,
když je dělá na tváři.“*
Michel De Montaigne

7. Seznam použitých zdrojů

- ADAM, Zdeněk et al, 2004. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-247-02-79-7.
- ADAPT HEALTH CARE, 2013. Occupational Therapy. In: *adapthealthcare.com* [online]. 1.1.[cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://www.adapthealthcare.com.au/services/occupational-therapy/>.
- ASBJØRN, Faleide et al, 2010. *Vliv psychiky na zdraví*. Přeložil Jaro KŘIVOHLAVÝ. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BARTŮŇEK, Petr, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- BENJAN, Milan Beňo, 2010. *Starnutie a staroba: príčiny, príznaky, problémy*. Vyd. 2. Zvolen: Benjan. 44 s. ISBN 978-80-89241-37-8.
- BURKHARDT, Margaret A, 2008. *Ethics issues in contemporary nursing*. Clifton Part: Thomson/Delmar Learning. 554 s. ISBN 978-1-4180-4274-5.
- CRESS, Cathy, 2012. *Handbook of geriatric care management*. 3rd ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning. 524 s. ISBN 978-0-7637-9026-4.
- ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2011. Procentuální zastoupení seniorů v populaci. In: *Czso.cz* [online]. 31.12.[cit. 10.12.2012]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/seniori>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2011. Gender: Sociální zabezpečení. In: *Czso.cz* [online]. 31.12.[cit. 12.12.2012]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender_soczab.
- ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Zdeněk KALVACH, 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DLABALOVÁ, Irena a Dana KLEVETOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

- DOYLE, Martha and Virpi TIMONEN, 2007. *Home care for ageing populations*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited. ISBN 978-1-84720-494-3.
- DUŠEK, Jiří a Lenka MINIBERGEROVÁ, 2006. *Vybrané kapitoly a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- EBERSOLE, Priscilla et al, 2004. *Toward healthy aging: Human Needs and Nursing*. 6th ed. St. Louis: Mosby. 789 p. ISBN 0-323-02012-7.
- ELLIS, Janice Rider, 2005. *Managing and coordinating nursing care*. 4th ed. Philadelphia: Lippicott Williams and Wilkins. ISBN 0-7817-4106-8.
- EUROPIAN SOCIAL NETWORK, 2012. Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. In: *Esn-eu.org* [online]. 1.11. [cit. 12.12.2012]. Dostupné z: <http://www.esn-eu.org/publications-and-statements/index.htm>.
- FARKAŠOVÁ, Dana et al, 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. Přeložila Valerie TÓTHOVÁ. Martin: Osveta. 206 s. ISBN 80-8063-227-8.
- GÉRINGOVÁ, Jitka, 2011. *Pomáhající profese*. Praha: Triton. 194 s. ISBN 978-80-7387-394-3.
- GERSHMAN, Karen, 2009. *The little black book of geriatrics*. 4th ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 457 s. ISBN 978-0-7637-5771-7.
- GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HALOVÁ, Miroslava, 2007. *Nemocný v domácí péči I*. Javorník: Miroslava Halová. 140 s. ISBN 978-80-239-7316-7.
- HANZLÍKOVÁ, Alžbeta et al, 2006. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 2. vyd. Martin: Osveta. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
- HANZLÍKOVÁ, Alžbeta, 2002. *Úloha ošetrovatelstva v ochrane komunitného zdravia*. Bratislava: Univerzita Komenského. 126 s. ISBN 80-223-1534-6.

- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2006. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Galén. 183 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HAVRDOVÁ, Zuzana, 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. 207 s. ISBN 978-808-7398-067.
- HEALTHCARE AT HOME, 2012. Services and treatments. In: *Hah.co.uk* [online]. 1.11.[cit. 12.12.2012]. Dostupné z: <http://www.hah.co.uk/services-and-treatments>.
- HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 124 s. ISBN 978-802-4740-324.
- HERMANOVÁ, Miroslava, Jaroslava ŠRÁMKOVÁ a Eva ZACHAROVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- HEŘMANOVÁ, Jana et al, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HITCHCOCK, Janice E. et al. *Community health nursing*, 2003. 2nd ed. New York: Thomson Delmar Learning. ISBN 0-7668-3497-2.
- HOFFMANN, Gloria, 2004. *Basic geriatric nursing*. 3th ed. St. Louis: Mosby. 332 p. ISBN 0-323-02389-4.
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ, 2002. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema. 110 s.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

- JABŮRKOVÁ, Milena a Ondřej MÁTL, 2007. *Kvalita péče o seniory*. Praha: Galén. 176 s. ISBN 978-80-7262-499-7.
- JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 215 s. ISBN 80-7254-329-6.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2004. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: komentovaný oficiální překlad*. Přeložili David MARX a Ivan STANĚK. Praha: Grada. 287 s. ISBN 80-247-0629-6.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2005. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. Přeložili David MARX a Veronika DiCARA. Praha: Grada. 247 s. ISBN 80-247-1001-3.
- JONSON-CROCKETT, Mary Alice and Jesse B. BARBER. *Quality care issues in home care services for minority elderly*. [online]. Washington DC: NMA Activities [cit. 12.12.2012]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626952/pdf/jnma00893-0076.pdf>.
- KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Zdeněk et al, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KALVACH, Zdeněk et al, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KANSTRÖM, Lena, Gianna ZAMARO, Claes SJÖSTEDT a Geoff GREEN, 2008. *Healthy Ageing Profiles: Guidance for Producing Local Health Profiles of Older People* [online]. Copenhagen: World Health Organization. [cit. 5.12.2012]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/98399/E91887.pdf

- KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 103 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KOLESÁROVÁ, Karolína a Petr SAK, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
- KREJČÍŘOVÁ, Dana a Josef LANGMEIER, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 364 s. ISBN 978-802-4726-991.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1969. *On Death and Dying*. New York: Macmillan. 260 p. ISBN 978-00-260-5060-9.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- MAĎAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ, 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. 178 s. ISBN 80-247-1673-9.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
- MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ, 2007. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén. 176 s. ISBN 978-807-2624-997.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2011. II. fáze reforem ve zdravotnictví. In: *Mzcr.cz* [online]. 8.11.[cit. 12.12.2012]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/iifaze-reforem-ve-zdravotnictvi_5591_2160_1.html.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. Ministerstvo zdravotnictví podpoří 208 milionů korun projekty zaměřené na modernizaci dlouhodobé, paliativní a geriatrické péče. In: *Mzcr.cz* [online]. 5.11.[cit. 2013-05-08].

Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-podpori-208-miliony-korun-projekty-zamerene-na-modern_6970_2501_1.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2013. Kvalita stárnutí je v České republice mírně nad evropským průměrem. In: *Mzcr.cz* [online]. 21.3.[cit. 2013-05-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/kvalita-starnuti-je-v-ceske-republice-mirne-nad-evropskym-prumerem_7611_2778_1.html

MISCONIOVÁ, Blanka, 1998. *Péče o umírající - hospicová péče*. Česko: Národní centrum domácí péče České republiky. 96 s. ISBN 80-239-1915-6.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.

NATIONAL CARE PLANNING COUNCIL, 2012. Forgotten and Tossed Aside (Neglect of the Elderly). In: *Longtermcarelink.net* [online]. 15.8.[cit. 12.12.2012]. Dostupné z: <http://longtermcarelink.wordpress.com/2012/04/20/forgotten-and-tossed-aside-neglect-of-the-elderly/>.

NATIONAL HOMECARE COUNCIL, 2012. *About us*. In: *Nationalhomecarecouncil.co.uk* [online]. 1.12.[cit. 12.12.2012]. Dostupné z: http://www.nationalhomecarecouncil.co.uk/About_the_NHC/about_the_nhc.html.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPEMENT, 2011. *Norway: Long-term Care*. [cit. 8.5.2013]. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Developement. Dostupné z: <http://www.oecd.org/norway/47877969.pdf>

PETERS, Key, 2009. Domácí péče ve velké Británii. In: *Osz-stare.cmkos.cz* [online]. 1.5.[cit. 12.12.2012]. Dostupné z: http://osz-stare.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/05_2009/25.html.

- PETR ŠKRLA a Magda Škrlová, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 199s. ISBN 978-802-4726-168.
- PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ, 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Přeložila Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál. 160 s. ISBN80-7178-184-3.
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- PÖRTNER, Marlis, 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
- PRACOVNÍ STRÁNKY ČESKÝCH GERIATRŮ, 2007. *Evropská charta práv seniorů*. [online]. Praha: Gerontologické centrum. [cit. 12.12.2012]. Dostupné z: http://www.geriatrie.cz/dokumenty/madridsky_plan.pdf.
- RAPHAEL, Carol, 2012: *Confronting today's challenges*. Washington: Academy Health. [cit. 2012-4-16]. Dostupné z: <http://www.academyhealth.org/files/publications/ltcchallenges.pdf>.
- ŘÍČAN, Pavel, 2010. Úvod do komunitní péče. In: *Fokusvyšočina.cz* [online]. 26.2. [cit. 12.12.2012]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/document.aspx?p=45>.
- SALONEN, Kari, 2009. *Home Care for Older People: Good Practices and Education in Six European Countries*. [online]. Turku: Turku University of Applied Sciences. [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: http://www.equip2.net/files/home_care_for_older_people.pdf.
- SCHULER Matthias a OSTER Peter, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Přeložila Ivana SUCHARDOVÁ. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
- SÝKOROVÁ, Kateřina, 2008. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*. Liberec: Technická universita. ISBN 978-80-7372-323-1.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠIMEK, Jiří a Vladimír ŠPALEK, 2003. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada. 113 s. ISBN 80-247-0440-4.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a Eva ZACHAROVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-802-4731-322.

ZACHOVÁ, Veronika, 2010. *Stomie*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-802-4732-565.

8. Klíčová slova

Senior

Domácí péče

Komunitní péče

Institucionální péče

9. Přílohy

Příloha 1 Seznam otázek k rozhovoru

Příloha 2 Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha CD s přepisy rozhovorů

Příloha 1 Seznam otázek k rozhovoru

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Máte nějakou specializaci?
2. Jak dlouho pracujete jako sestra?
3. Na kterém oddělení pracujete?
4. Bude nutné provést další změny ve financování péče o dlouhodobě nemocné, jelikož se stále navyšuje demografický věk obyvatelstva?
5. Popište Vás běžný pracovní den?
6. Kolik zdravotnického personálu pracuje na Vašem oddělení (sestry, zdravotničtí asistenti, sanitáři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti...)?
7. Domníváte se, že v souvislosti s hospitalizací vyššího počtu seniorů bude třeba navýšit počet pečujícího personálu na směnu?
8. Jakým způsobem vyšší počet personálu ovlivní ošetrovatelskou péči o seniora?
9. Jaká personální situace je dle Vašeho názoru na Vašem oddělení?
10. Uvítala byste vyšší počet sester, zdravotnických asistentů či sanitářů? Proč?
11. Jakým způsobem dle Vašeho názoru vyšší věk pacientů/klientů ovlivňuje průběh hospitalizace?
12. Jakým způsobem to ovlivňuje ošetrovatelskou péči?
13. Jaké problémy dle Vašeho názoru vznikají při dlouhodobé hospitalizaci seniora?
14. Do jaké míry ovlivňuje vyšší věk pacienta/klienta délku rekonvalescence a následný návrat do domácího prostředí?
15. Jak ovlivňuje změna prostředí chování seniora?
16. Do jaké míry ovlivňuje seniorský věk vznik konfliktů se zdravotnickým personálem?
17. Pokud jste sama někdy měla konflikt se seniorem, co bylo příčinou?
18. Jaký konflikt by mohl nastat s rodinou seniora?
19. Jakým způsobem lze adaptace seniora ve zdravotnickém zařízení ovlivnit?
20. Jaké pociťujete problémy spjaté s návratem seniora do domácího prostředí?
21. Jak tento problém řešíte na Vašem oddělení?
22. Jak zdravotnické zařízení, ve kterém pracujete, umožňuje kontakt rodiny se seniorem?

23. Jakým způsobem se podílí rodina na léčbě pacienta/klienta na Vašem oddělení?
24. Jakým způsobem by rodina v ideálním případě mohla přispět v oblasti péče o seniora na Vašem oddělení?
25. Domníváte se, že Vaše oddělení disponuje dostatečným množstvím pomůcek pro péči o seniory?
26. Jaké pomůcky v péči o seniory jsou dle Vašeho názoru nejpotřebnější?
27. Jaké pomůcky při péči o seniory nejvíce postrádáte či pociťujete jejich nedostatek?
28. Myslíte si, že v souvislosti s rostoucím počtem hospitalizovaných seniorů budou zdravotnická zařízení disponovat dostatkem pomůcek?
29. Jak tato skutečnost ovlivňuje ošetrovatelskou péči?
30. Jak podle Vašeho názoru může změna legislativy ovlivnit péči o seniory?
31. Do jaké míry by to ovlivnilo ošetrovatelskou péči?
32. Jaké pociťujete problémy ve financování péče o dlouhodobě nemocné seniory?
33. Do jaké míry by změny ve financování péče o dlouhodobě nemocné seniory mohli ovlivnit ošetrovatelskou péči?
34. Mohli by sestry v oblasti dlouhodobé péče o seniora přebrat některé kompetence doposud náležící lékařům?
35. Jaké kompetence by mohly být rozšířeny v oblasti péče o dlouhodobě nemocného seniora?
36. Do jaké míry jsou sestry připraveny pečovat o dlouhodobě nemocného seniora?
37. Jaké nedostatky v péči o dlouhodobě nemocného seniora pociťujete?
38. Jak by bylo možné zvýšit připravenost sester na péči o dlouhodobě nemocného seniora?
39. Jaké komunikační potíže mohou nastat v oblasti péče o dlouhodobě nemocného seniora?
40. Jak efektivně zamezit vzniku komunikačních problémů se seniorem?
41. Jaký vliv mají školení, přednášky či kurzy týkající se komunikace se seniory vliv na ošetrovatelskou péči?

42. Do jaké míry ovlivňuje průběh hospitalizace seniora spolupráce s jinými nelékařskými zdravotnickými pracovníky?
43. V které oblasti nelékařské zdravotní péče pocítujete nutnost navýšit počet zdravotnického personálu?
44. Jakým způsobem péči o dlouhodobě nemocného seniora ovlivňují návštěvy dobrovolníků?
45. Jak se mohou dobrovolníci podílet na péči a seniory?
46. Jakým způsobem ovlivňuje trávení volného času (např.: ruční práce, čtení...) dlouhodobou péči o seniora?
47. Kdo se na Vašem oddělení zabývá se touto problematikou?
48. Měla by být dlouhodobá péče o seniora přesunuta mimo nemocnice do specializovaných zařízení?
49. Bude nutné navýšit počet zdravotnických zařízení se zaměřením na dlouhodobou péči z důvodu vzrůstajícího počtu seniorů?
50. Domníváte se, že vzroste význam poskytování ošetrovatelské péče dlouhodobě nemocným seniorům v domácím prostředí?
51. Jaké zásadní rozdíly shledáváte v ošetrovatelské péči poskytované dlouhodobě nemocným seniorům ve specializovaných zařízeních/na specializovaných odděleních a ošetrovatelskou péčí poskytovanou v domácím prostředí?
52. V čem shledáváte největší problém?
53. Co pokládáte za výhody ošetrovatelské péče o seniory ve specializovaných zařízeních?
54. Jaké jsou dle Vašeho názoru silné stránky péče o seniory v domácím prostředí?
55. Co pokládáte za nevýhody institucionální péče o seniory?
56. Jaké jsou nevýhody domácí péče?
57. Jakým způsobem ovlivňuje demografický vývoj obyvatelstva ošetrovatelskou péči?
58. Jakou máte osobní zkušenost s institucemi/odděleními zabývající se dlouhodobou péčí o seniory?

59. Jakým způsobem Vaše oddělení spolupracuje s institucemi/odděleními zaměřenými na dlouhodobou péči o seniory?
60. Jakou máte osobní zkušenost s poskytováním ošetrovatelské péče v domácím prostředí a agenturami domácí péče?
61. Jakým způsobem spolupracuje Vaše oddělení s agenturou/agenturami domácí péče?
62. Jaké demografické změny pozorujete na Vašem oddělení v průběhu posledních let?
63. Když se řekne dlouhodobá péče o seniory, co se Vám vybaví?
64. V kterých oblastech péče pokládáte péči o seniory za náročnější než u dospělých pacientů/klientů?
65. Do jaké míry se tato skutečnost dotýká ošetrovatelské péče?
66. Do jaké míry tato skutečnost ovlivňuje ošetrovatelskou péči na oddělení, kde pracujete?
67. V čem vidíte řešení současné situace dlouhodobé péče o seniory?

Příloha 2 Žádost o umožnění výzkumného šetření

Bc. Hana Pavlíková

Sedlice 6

Humpolec 39601

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a hlavní sestra

Boženy Němcové 585/54

České Budějovice 370 87

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážená paní náměstkyně,

Jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto Vás žádám o umožnění výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice, a.s., které se bude týkat mé diplomové práce na téma: „Dlouhodobá péče o seniory z perspektivy ošetrovatelství.“ Pro svou výzkumnou část potřebuji vést rozhovory se sestrami. Po zpracování výsledků budou získána data poskytnuta vedení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Hana Pavlíková

Bc. Hana Pavlíková

Studentka ZSF JU v ČB

Mgr. Monika Kyselová

Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a hlavní sestra

V Českých Budějovicích dne *29. 1. 2014*