



Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Spektrum ošetrovatelské péče o závislé seniory u vybraných poskytovatelů

Vypracoval: Monika Pflegerová

Vedoucí práce: Alena Machová Mgr.

České Budějovice 2014

ABSTRAKT

Spektrum ošetrovatelské péče o závislé seniory u vybraných poskytovatelů.

Současný stav

Senioři a stárnoucí populace jsou aktuálním tématem dnešní doby, stejně jako otázka kdo, kdy a jakým způsobem uspokojí potřeby této stále početnější části obyvatelstva. V pokročilém věku potřebuje člověk stále více pomoci při běžných denních činnostech. Za nejlepší způsob péče o seniora je považována možnost starého člověka zůstat ve svém vlastním domácím prostředí spojená s péčí jeho rodiny. Žít navyklým způsobem ve vlastní domácnosti závislému seniorovi do jisté míry umožňuje agentura domácí péče, která zahrnuje především pečovatelské služby, domácí zdravotní péči a podporuje co nejdélší setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. V domovech pro seniory se poskytují služby osobám, které mají z důvodu vyššího věku sníženou soběstačnost a nejsou schopny samy žít ve vlastní domácnosti. Pak domov pro seniory nahrazuje domácí prostředí, kde mají senioři zajištěnou komplexní péči (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011).

Cíle práce

Cílem práce bylo zmapování spektra ošetrovatelské péče a dostupnosti péče o seniory závislých na pomoci druhé osoby poskytované domovem pro seniory, agenturou domácí péče a ordinací praktického lékaře ve spolupráci s rodinou. Byly zvoleny tyto výzkumné otázky: Jak jsou uspokojovány fyziologické potřeby seniora u vybraných poskytovatelů péče? Jak jsou uspokojovány psycho-sociální potřeby seniora u vybraných poskytovatelů péče? Jak je zajištěna edukace seniora u vybraných poskytovatelů? Jaká je dostupnost zdravotní péče pro seniora u vybraných poskytovatelů péče?

Metodika

Pro zpracování bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. K získání informací byla použita technika hloubkového rozhovoru pomocí otevřených

otázek metodou dotazování. Rozhovory byly se svolením respondentů nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány. Získaná data z jednotlivých rozhovorů byla analyzována pomocí metody kódování v ruce, neboli metodou papír a tužka (Švaříček, Šeďová a kol., 2007). Byly vytvořeny jednotlivé kategorie a podkategorie. V rozhovorech s jednotlivými respondenty byla vyhledávána nejčastější slova a větná spojení, kterými se respondenti vyjádřili k jednotlivým podkategoriím. Jednotlivé podkategorie byly zpracovány v přehledných schématech za pomoci organizačních diagramů.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 12 respondentů ve věku od 65 do 94 let. Průměrný věk respondentů byl 87 let. Výzkumný vzorek se skládal z 8 žen a 4 mužů. Respondenti byli rozděleny dle vybraných poskytovatelů péče a dle uznaného stupně závislosti. Výběr respondentů byl záměrný. V každé skupině poskytovatelů péče byli pro homogenost výzkumného souboru zastoupeny všechny stupně závislosti.

Výsledky

Výsledkem metody otevřeného kódování byly identifikovány čtyři kategorie: Uspokojování fyziologických potřeb u závislých seniorů, Uspokojování psycho-sociálních potřeb u závislých seniorů, Edukace závislých seniorů, Dostupnost péče u závislých seniorů. Každá kategorie byla rozdělena do několika podkategorií.

Z výzkumu vyplynulo, že respondenti prvního a druhého stupně závislosti, s ohledem na poskytovatele péče, nemají zásadní problémy v uspokojování potřeb a poskytované služby jsou dostačující. Zásadní rozdíly jsou však u respondentů s vyšším stupněm závislosti a to s negativním dopadem na seniory využívající terénních služeb.

U péče poskytované rodinou bylo zjištěno, že návštěvní činnost praktického lékaře je nedostačující, spíše žádná. Provádění zdravotních výkonů je delegováno na pečujícího rodinného příslušníka. Z rozhovorů vyplynulo, že pečujícím rodinným příslušníkům nejsou poskytovány dostatečné informace z ordinace praktického lékaře, jsou odkázáni na samostatné vyhledávání informací z internetu a od známých. U respondentů v péči

terénních služeb byla zjištěno, že se cítí osamoceni. Sociální interakce, komunikace, denní aktivizace respondentů je velmi omezená. V případě potřeby, nemají možnost okamžitého ošetrovatelského zásahu. Z výzkumu vyplývá, že domov pro seniory nabízí jak 24 hodinovou komplexní ošetrovatelskou péči o seniora, tak širokou škálu aktivizačních programů, z kterých si senior může vybírat, což dle výsledků z výzkumu vede ke spokojenosti seniorů využívajících tuto formu péče.

Závěr

Závěr této práce by měl směřovat především k podpoře starající se rodiny o závislého seniora, aktivně jí nabízet pomoc a informace prostřednictvím ordinace praktického lékaře. Velmi žádoucí je rozvinout domácí a komunitní formy péče, zajistit dostupnost běžných i specializovaných služeb a zabránit tomu, aby závislý senior žijící ve své domácnosti nebyl ohrožen sociálním vyloučením.

Výstupem z této bakalářské práce bude publikace odborného článku v časopise *Medicína pro praxi*.

Klíčová slova

ošetrovatelská péče, senior, závislost, domov pro seniory, domácí péče, rodina

ABSTRACT

Spectrum of nursing care for dependent seniors with chosen providers

Current situation

Seniors and elderly are the current theme of this day and age, together with the question who, when and in what way is going be able to meet the needs of this growing group of population. In advanced age a person needs an increasing amount of aid in frequent everyday activities. The best currently acknowledged type of senior care is the possibility to remain in familiar surroundings of own home combined with family care. The chance to proceed with normal life in own home is usually enabled at least partly by home care agencies whose activities mainly include nursing services, home nursing care and supporting the longest possible stay of the senior in his home environment. Senior homes usually provide care for people with age connected decrease of independency no longer capable to live by themselves. Such a senior home thus replaces the home environment and provides complex nursing care (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011).

Work aim

The aim of this thesis is to map the spectrum of nursing care and the availability of care for aid dependent senior given by senior home institutions, home care agencies and general practitioner's office in cooperation with the family. These research questions were chosen: How well are the physiological needs of seniors met by chosen care providers? How well are the psycho-social needs of seniors met by chosen care providers? How well is needed information supplied to the senior by the chosen care providers? How accessible is senior health care with the chosen care providers?

Methodology

Qualitative research was chosen for this thesis. The technique of in depth interview using open questions was used in order to obtain the required information. The conducted interviews were after agreement with the respondents recorded and then

exactly transcribed. Data collected from individual interviews was analysed through manual coding, the method of pen and paper (Švaříček, Šed'ová et al., 2007). Data was divided into individual categories and subcategories. In each interview the most frequent words and phrases for the evaluation of the chosen categories and subcategories were identified. Simple diagrams were created for each subcategory using organisational charts.

Research group

The chosen research group consisted of 12 respondents aged 65 to 94. The average age was 87. The group included 8 women and 4 men. The respondents were divided according to the chosen care provider and decided degree of dependency. The choice of the respondents was intentional. Each provider group included all dependency degrees in order to maintain homogeneity.

Results

Results of the open coding method gave four identified categories: Satisfaction of physiological needs of dependent seniors, Satisfaction of psychosocial needs of dependent seniors, Information given to dependent seniors and Care availability for dependent seniors. Each category was divided into several subcategories.

The results show that respondents with first and second degree of dependency, considering the provider, lack serious problems regarding satisfied needs and the given services are also satisfactory. Major differences have been identified for seniors with higher degrees of dependency with negative effects experienced especially by seniors using field services.

Care given by family members showed the frequency of visits from general practitioners (GP) very insufficient, even non-existent. Health treatments usually befall one of the caring family members. The interviews also showed that the information given by the GP is insufficient and the family is often left to find information independently, on internet or from friends. Respondents needing field care were often commenting on feeling lonely. Social interaction, communication and daily activation of

the respondents are felt to be very restricted. Immediate nursing intervention is often impossible when needed. The research also shows that retirement homes offer 24 hour complex senior nursing care and a wide range of activities for the senior to choose from which in its case leads to better satisfaction of the seniors using this form of care.

Conclusion

The conclusion of this thesis is mainly aimed toward better support for families caring for a dependent senior, toward offering more active aid and information through the GP offices. Home and community care should be further explored and ensure availability of both common and specialised services and prevent the dependent senior living in his home surroundings from the threat of social exclusion.

The output of this work will be a publication of a research paper in journal *Medicina pro praxi*. (Practical medicine)

Key words

Nursing care, senior, dependence, senior home, homecare, family

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 SOUČASNÝ STAV.....	8
1.1 Stáří a stárnutí.....	8
1.1.1 Rozdělení seniorů.....	9
1.2 Specifické péče o geriatrického pacienta.....	10
1.3 Změny ve stáří.....	12
1.3.1 Biologické změny.....	12
1.3.2 Psychické změny.....	13
1.3.3 Sociální změny.....	14
1.4 Potřeby starých a dlouhodobě nemocných	14
1.5 Ošetrovatelská péče u geriatrických syndromů.....	16
1.5.1 Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti.....	16
1.5.2 Syndrom instability s pády.....	17
1.5.3 Syndrom anorexie a malnutricie.....	18
1.5.4 Syndrom mobility (imobilizační syndrom)	20
1.5.5 Syndrom inkontinence.....	20
1.5.6 Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti	21
1.5.7 Syndrom delíria.....	23
1.5.8 Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání	23
1.5.9 Syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří.....	24
1.5.10 Syndrom dehydratace.....	25
1.5.11 Syndrom kombinovaného senzorického deficitu.....	25
1.5.12 Syndrom maladaptace.....	27
1.5.13 Syndrom terminální geriatrické deteriorace.....	28
1.6 Komunikace se seniory.....	30
1.6.1 Komunikační bariéry.....	31
1.7 Kategorizace péče o seniory.....	31
1.7.1 Rozdělení péče o seniory.....	32
1.7.2 Péče poskytovaná praktickým lékařem a rodinou.....	33
1.7.3 Péče poskytovaná terénními službami.....	34
1.7.4 Péče poskytovaná v domovech pro seniory	35

1.7.5 Příspěvek na péči.....	36
2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	38
2.1 Cíl práce.....	38
2.2 Výzkumné otázky.....	38
3 METODIKA.....	39
3.1 Použité metody.....	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	40
4 VÝSLEDKY.....	41
4.1 Uspokojování fyziologických potřeb u závislých seniorů.....	41
4.1.1 Hygiena.....	41
4.1.2 Vyprazdňování.....	42
4.1.3 Mobilita.....	43
4.1.4 Výživa.....	44
4.1.5 Oblékání, péče o prádlo.....	45
4.1.6 Čistota prostředí.....	45
4.1.7 Spánek.....	46
4.2 Uspokojování psycho-sociálních potřeb u závislých seniorů.....	46
4.2.1 Bezpečí.....	47
4.2.2 Sociální interakce.....	47
4.2.3 Kulturní akce.....	48
4.2.4 Denní aktivity.....	49
4.2.5 Zájmy.....	50
4.2.6 Psychická kondice.....	50
4.2.7 Komunikace.....	51
4.2.8 Překážky v uspokojování psycho-sociálních potřeb.....	51
4.3 Edukace závislých seniorů.....	52
4.3.1 Dieta.....	52
4.3.2 Diabetes melitus.....	53
4.3.3 Pády a úrazy.....	53
4.3.4 Inkontinentní pomůcky.....	54
4.3.5 Kompenzační pomůcky.....	54
4.3.6 Užívání léků.....	55
4.4 Dostupnost péče u závislých seniorů.....	56
4.4.1 Představy	56

4.4.2 Četnost	57
4.4.3 Finance.....	57
4.4.4 Překážky	58
4.4.5 Výkony.....	59
5 DISKUZE.....	60
6 ZÁVĚR.....	65
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	70

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské 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 5.5.2014

.....
Monika Pfliegerová

Poděkování

Mé poděkování patří zejména Mgr. Aleně Machové za cenné rady při vedení mé bakalářské práce a za čas, který mi vždy ochotně věnovala. Děkuji mému manželovi a dětem za trpělivost a podporu, kterou mi po celou dobu mého studia věnovali. Nemohu s díkem za spolupráci zapomenout ani na své kolegyně z domova pro seniory.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADP – agentura domácí péče

BMI – Body Mass Index

CMP – cévní mozková příhoda

DK – dolní končetiny

DM – diabetes melitus

EKG – elektrokardiograf

ICHS – ischemická choroba srdeční

OL – ošetřující lékař

PMK – permanentní močový katétr

R - respondent

RHB – rehabilitace

TK – tlak krve

ÚVOD

Senioři a stárnoucí populace jsou aktuálním tématem dnešní doby, stejně jako otázka kdo, kdy a jakým způsobem uspokojí potřeby této stále početnější části obyvatelstva. V pokročilém věku potřebuje člověk stále více pomoci při běžných denních činnostech. Za nejlepší způsob péče o seniora je považována možnost starého člověka zůstat ve svém vlastním domácím prostředí spojená s péčí jeho rodiny. Občasná péče o starého a stárnoucího jedince nebývá obvykle pro rodinné příslušníky problém, ale nastane-li situace, kdy je třeba zajistit péči dlouhodobou nebo trvalou, existuje mnoho překážek bránících rodině tuto péči poskytnout. Žít navyklym způsobem ve vlastní domácnosti závislému seniorovi do jisté míry umožňuje agentura domácí péče, která zahrnuje především pečovatelské služby, domácí zdravotní péči a podporuje co nejdelší setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. Zásadní změnu představuje umístění do domova seniorů nebo jiné instituce. Přináší to ztrátu soukromí a s tím spojené vazby na domov, jako místo životních jistot. V domovech pro seniory se poskytují služby osobám, které mají z důvodu vyššího věku sníženou soběstačnost a nejsou schopny samy žít ve vlastní domácnosti. Pak domov pro seniory nahrazuje domácí prostředí, kde mají senioři zajištěnou komplexní péči (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011).

Co mě dovedlo k výběru tohoto tématu bakalářské práce? Se seniory pracuji patnáct let. Pracuji v domově pro seniory a setkávám se i se seniory, kteří využívají z různých důvodů odlehčovací služby. Velká řada z nich po ukončení pobytu v domově pro seniory se nerada vrací zpátky domů a sdělují, že by rádi zůstali v domově. Zajímalo mě, proč tomu tak je. Kladla jsem si otázku, jak se liší životy seniorů v domácnosti a v domově pro seniory. Přední odborníci z oboru geriatry, se shodují na tom, že je pro seniora nejlepší setrvat co nejdéle v domácím prostředí., proč tedy ta necht' seniorů vracet se zpět domů?

Cílem práce je zmapování spektra ošetrovatelské péče a dostupnosti zdravotní péče o seniory závislých na pomoci druhé osoby poskytované agenturou domácí péče, domovem pro seniory, ordinací praktického lékaře ve spolupráci s rodinou.

1 SOUČASNÝ STAV

Motto - „*Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý*“

(Jonathan Swift)

1.1 Stáří a stárnutí

Starých a velmi starých lidí ve zdravotnických zařízeních významně přibývá a bude přibývat. Stárnout znamená růst a zrát, starý člověk je ten, který v daném společenství žije déle a zná mnoho příběhů a má co předávat dál (Holmerová a kol. 2007). Stáří je přirozenou a závěrečnou etapou v rámci ontogenetického vývoje člověka. Toto vývojové stádium má podobně jako ostatní vývojová stádia své specifické znaky, jimiž se od předchozích životních etap odlišuje. Definic stárnutí a stáří je celá řada. Stáří má společné rysy, avšak „zabarvení stáří“ konkrétního člověka závisí na úhlu jeho pohledu. Vytvoříme-li si o stáří vyváženější představu tím, že vedle objevujících se negativních stránek budeme hledat i stránky pozitivní, připravíme tak pozitivní klima pro dialog, spolupráci a konkrétní pomoc v rodině i v instituci (Zavázalová a kol., 2001). Stáří je součástí našeho života. Stárnutí se týká sféry somatické, psychologické i sociální. Fenomény ze všech těchto oblastí se prolínají a vytvářejí celkový obraz přirozeného stárnutí člověka (Pacovský 1994). Stáří je fyziologický a nevyhnutelný stav ve vývoji člověka. Stáří neznamena nemoc, ale proces, který začíná již od narození (Šafránková a Nejedlá ,2006). Haškovcová (2010) vyvrací, že stáří a nemoc jsou synonyma. „*Je to nesprávné, protože nemoci postihují lidi ve všech věkových kategoriích. Je pravdou, že ve stáří se nemoc akceptuje jako nepřekvapující zlo a starý nemocný člověk stále doufá v úlevu a touží po zlepšení svého zdravotního stavu.*“ (Haškovcová, 2010,s.249). Ani Pacovský (1994) neuznává obecné klasické tvrzení „*senectus ipsa est morbus*“ (již samo stáří je nemoc). Dle Křivohlavého (2002) je pravdou, že ve stáří se zvyšuje počet zdravotních těžkostí, s nimiž se senioři obracejí na lékaře. Holmerová a kol. (2007) připouští, že právě stáří je obdobím, kdy některé nemoci a poruchy přicházejí častěji a také lidé vyššího věku jsou častějšími klienty zdravotnických a sociálních služeb. Mühlpachr (2004,s.39) uvádí: „*Stáří není choroba, je však spojena se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta*

soběstačnosti. Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje a starý člověk si tak nemůže své základní potřeby plně saturovat sám, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech a mnohdy k nucené životní změně.“ Stárnutí a stáří je všeobecně pojímáno a chápáno negativně, s obavami. Jsou očekávány problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím a ztráta možnosti seberealizace. Obavy a negativní očekávání vedou také ke strachu z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu především při nesoběstačnosti. Tyto obavy jsou neopodstatněné, protože při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nedochází automaticky a vždy k popsáním problémům. Závisí tedy na konkrétním průběhu stárnutí (Malíková, 2011). Pacovský (1994) rozlišujeme dva typy stárnutí, fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí popisuje jako normální součást života jedince s přirozeným průběhem a jako patologické uvádí stárnutí předčasné a takové, kdy je kalendářní věk nižší než funkční a projevuje se sníženou soběstačností

1.1.1 Rozdělení seniorů

Světová zdravotnická organizace (WHO) vyhází z patnáctiletých věkových cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení:

- 45-59 let střední věk (nebo též zralý věk)
- 60-74 let senescence (počínající, časná stáří)
- 75-89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
- 90let a více patriarchum (dlouhověkost)

(Trachtová a kol., 2010).

V současné době je hodně rozšířené a užívané členění stáří podle Mühlpachra (2004) :

- 65-74let mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit)
- 75-84let staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)
- 85 let a více velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)

Dle Kalvacha a kol. (2008) mohou být senioři členěni do tří skupin dle funkční zdatnosti, rizikivosti a potřeby zdravotnických služeb. První skupinu tvoří jedinci s výbornou výkonností, kteří se ve zdravotnických diagnostických a terapeutických postupech nemusí lišit od postupů pro mladšího jedince. Je to skupina tzv. zdatných seniorů, která nepotřebuje geriatrickou péči, ale je u nich důležitá edukace a podrobně

prováděná preventivní prohlídka. Další skupinou jsou nezávislí senioři, kteří nepotřebují za normálních okolností dispenzarizaci, ani žádnou pečovatelskou či ošetrovatelskou službu. Dochází u nich k přechodnému zhoršení jejich kondice vlivem zátěže v podobě operace, infektu, závažného onemocnění. Poslední skupinu tvoří senioři křehcí. Mohou to být jedinci s chronickým rizikem pádů, zhoršením kognitivních schopností (menší až střední stupeň demence), psychickou labilitou – deprese, s nestabilním stavem při onemocnění kardiovaskulárního aparátu, arytmiemi, kteří potřebují dispenzarizaci, eventuálně napojení na nouzovou signalizaci. Tito pacienti zpravidla využívají spolu se zdravotnickými službami i služby sociální, domácí péči apod. Senioři zcela závislí jsou zcela nesoběstační jedinci, kteří vyžadují téměř nepřetržitou pomoc rodiny a pečovatelské organizace, vyžadují respitní péči nebo pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných. Velice často dochází vlivem dekompenzace celkového stavu k hospitalizaci v zařízeních.

1.2 Specifické péče o geriatrického pacienta

Starší pacient se liší od mladšího pacienta zpravidla tím, že jeho uzdravení trvá déle. Geriatrický pacient je ten starší pacient (zpravidla 70 a více let), jehož onemocnění je komplikováno dalšími významnými komorbiditami ovlivňujícími diagnostický proces, terapii i rehabilitaci, který je ohrožen zejména zhoršením či ztrátou soběstačnosti, kvalitativními poruchami vědomí a dalšími geriatrickými komplikacemi (imobilita, dehydratace, malnutrice atd.) – zdravotnický zájem se u takového pacienta stává komplexnější a rovnoměrněji se soustřeďuje na problematiku chorob i funkčního stavu, který potřebuje specifický přístup (specifický geriatrický režim), tak jako děti potřebují specializovanou pediatrickou péči, s tím rozdílem, že pediatrickým pacientem je každé nemocné dítě – geriatrickým pacientem není zdaleka každý nemocný senior. Na lidský věk můžeme pohlížet z několika aspektů, a tak hovoříme kromě věku kalendářního o věku biologickém, který odpovídá stavu jednotlivých orgánových systémů, například stavu cév, o věku sociálním - dle role, kterou člověk zastává ve společnosti (Holmerová a kol., 2007).

Stařecká křehkost neboli fraility je převzatý anglický termín, který lze vyjádřit jako

křehkost, až rizikovost způsobenou fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, svalovou atrofií, úbytkem kostní hmoty a její sníženou pevností, zhoršením mobility, snížením imunity a kardiovaskulární výkonnosti a snížením kognitivních funkcí. U křehkých seniorů je vyšší riziko pádů, úrazů, zlomenin, inkontinence a rozvoje celkově nepříznivého zdravotního stavu. Tyto stavy poté vedou opakovaně k dekompenzacím a hospitalizacím (Topinková, 2005). Formulování geriatrické křehkosti a geriatrických syndromů se považuje za významný pokrok v geriatrické medicíně. Přináší lepší pochopení části geriatrických pacientů, jejich smysluplnější klinický popis a účelnější intervenování jejich obtíží (Kalvach a kol., 2008).

Práce se starými lidmi je náročná jak fyzicky, tak i psychicky. U lůžka geriatrického pacienta se setkáváme s projevy bolesti, nesoběstačnosti, s chronickými nemocemi, osamocením, utrpením a v neposlední řadě i se smrtí. Cílem péče o starého člověka je zajištění profesionální, odborné, ale hlavně lidské péče a pokusit se o udržení co nejdelší soběstačnosti (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Péče je pilířem geriatrické medicíny, nejvíce problémů se týká nepřiměřenosti péče. Péče znamená také starostlivost. Synonymem slovesa pečovat je dbát o někoho, starat se, mít péči, nebýt lhostejný, věnovat se někomu, hledět si někoho. Péče má vysokou morální hodnotu, je více než pouhé léčení, terapie v tradičním slova smyslu. Nemocný senior potřebuje více než pouhý lék. Péče o starého člověka se orientuje především na potřeby, jejich uspokojování, zajišťování, pokrývání a pak na řešení jeho problémů, on sám musí mít z péče prospěch (Pacovský, 1994).

Dle Holmerové a kol. (2007) se jedná o zásadu diferencovaného poskytování služeb dle aktuálních potřeb seniorů, s důrazem na aktivní přístup, preventivní zaměření, včasnou diagnostiku, funkční hodnocení, intenzivní a minimálně invazivní léčbu a rehabilitaci, doléčení a koordinaci služeb komunitního typu. Zdravotní a zdravotně sociální péče ošetrovatelského typu přizpůsobená potřebám pacientů, eventuálně specializovaná dle převládající problematiky (např. stavy po cévních mozkových příhodách, demence atd.), je chápána pouze jako východisko tam, kde není jiné řešení. Jedná se tedy o aktivní „manažerský“ přístup, který by měl nahradit přístup kapacitně-ošetrovatelsko-ubytovací, s jakým se mnohdy setkáváme.

1.3 Změny ve stáří

Ve vyšším věku dochází v organismu k mnoha změnám, kterým se nelze vyhnout. Projevují se značně individuálně. Jejich nástup je časově různorodý v souvislosti s genetickými dispozicemi, životním stylem, zlozvyky. Všechny změny spolu vzájemně souvisí a ovlivňují se (Mlýnková, 2011).

Předpokladem zdravého - úspěšného stárnutí je trvalé udržování činného a tvůrčího života. Zásadami pro uchování si aktivity ve stáří je snaha o zachování fyzické aktivity, stálá podpora psychických činností. Tvořivý, čínorodý, stárnoucí člověk zapomíná na věk a dokáže se odpoutat od pozorování stárnoucího těla i neduhů, které se stářím přicházejí, prožívá stáří daleko pozitivněji, než ten, který se stále pozoruje, na něco si stěžuje a má nedostatek činností (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Typickými obecnými projevy stárnutí jsou celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie (úbytek původní funkční tkáně a nahrazením jinou) a změny reakcí organismu na určitou zátěž (Malíková, 2011).

1.3.1 Biologické změny

Jarošová (2006) uvádí přehled typických biologických změn. Objevuje se atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně. Snižuje se elasticita orgánů a tkání, především v cévním systému a plicích. Snižuje se funkce endokrinních žláz. Mění se distribuce tělesných tekutin. Zvyšuje se obsah tělesného tuku a mění se ukládání vápníku v těle. Zmenšuje se postava v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a shrbené pozice těla z důvodu svalové ochablosti. Snižuje se elasticita a výkonnost kosterního svalstva. Objevují se změny na kůži, kůže je v důsledku nižšího obsahu vody suchá, tenká, svažtělá, je snížený kožní turgor, vznikají stařecké skvrny na kůži. Padají a šedivějí vlasy. Zpomaluje se růst nehtů. Snižuje se činnost centrálního i periferního nervového systému, vzniká senilní porucha motoriky - zhoršení pohybových schopností, porušení stability, problémy s rovnováhou. Objevují se poruchy spánku. Nastávají změny v respiračním systému, klesá vitální kapacita plic a funkce řasinkového epitelu, což vede k infekcím dýchacího ústrojí, vzniká stařecký emfyzém. Ve vylučovacím systému se snižuje glomerulární filtrace, klesá elasticita uretry, snižuje se kapacita močového

měchýře, zvyšuje se postmikční rezidium, často se vyskytuje močová inkontinence. V trávicím systému klesá tvorba slin, klesá motilita trávicí trubice, klesá schopnost vstřebávání vitamínů a minerálů, je snižená peristaltika, která vede k zácpě. Zhoršuje se funkce smyslových orgánů - snižuje se chuť, čich, hmat, sluch i zrak. Snižuje se zraková ostrost, schopnost oka adaptovat se na tmou a šero, můžeme pozorovat zúžení zorného pole, což je velmi závažné u řidičů. Stařecké změny oční čočky mohou být doprovázeny vznikem katarakty, glaukomu. Snižuje se schopnost rozlišovat barvy. Atrofické změny sluchové dráhy vedou k presbyakuzii. Nedslychavost představuje závažný a mnohdy přehlížený problém, lidé mají problémy v komunikaci, což může vést k sociální izolaci (Jarošová, 2006).

1.3.2 Psychické změny

Typické je snížení kognitivních a gnostických funkcí – zvýšené zapomínání, snížené schopnosti paměti, koncentrace, výbavnosti, zapamatování nových informací, schopnosti rozpoznat viděné předměty, rozumět slyšeným zvukům. Dále je snížení fatických funkcí – pokles schopnosti cokoli pojmenovat, porozumět řeči. Objevuje se zvýšená emoční nestabilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků, někdy naopak citová oploštělost, ztráta schopnosti citových prožitků. Vyskytují se celkové povahové změny – z pozitivních vlastností do neutrálních nebo až silně negativních, nebo úplně opačně (např. dříve laskavý člověk je najednou neochotný, nevstřícný, reaguje tak, jako nikdy v průběhu svého života, nebo naopak, jeho postoj je překvapením pro blízké osoby). Povahové vlastnosti a osobnostní projevy, většinou ty negativní, se zvýrazňují. Klesá zájem seniora ve všech oblastech, nebo jen v některých (apatie, rezignace, sociální izolace, neochota se zapojit do jakékoliv činnosti a být aktivní). Probíhají změny v pořadí hodnot – orientace na rodinu, zdraví, duchovní hodnoty. Mění se potřeby a jejich pořadí – orientují se více na uspokojení potřeby lásky, sounáležitosti, duchovních potřeb a spirituality. Snižuje se schopnost adaptace na změny, nové a náročné situace (Jarošová , 2006).

1.3.3 Sociální změny

Mezi sociální změny ve stáří řadíme syndrom prázdného hnízda, doprovázený pocitem náhlé osamělosti, hledáním nového způsobu manželského života, kdy rodičovská role bývá nahrazena rolí prarodiče. Další změnou je změna bydliště z důvodu snížení příjmů, snížené soběstačnosti. Klíčovým zlomem je odchod do důchodu, který s sebou nese změnu hodnot v životě, ztrátu sociální role, úbytek sociálních vazeb, pokles ekonomických příjmů a senior bojuje s pocitem prázdnoty a nepotřebnosti. Další zkouškou je ztráta partnera a převzetí jeho rolí (Ulrychová, 2011).

Změny ekonomického zabezpečení, změny vztahů v rodině - úmrtí manžela, partnera, přátel, vyvolávají pocity izolace, osamocení, závislosti na druhých, neprospěšnosti, obtěžování druhých. Převládá touha po soukromí a pohodlí, objevuje se strach z nemoci, nesoběstačnosti, z opuštěnosti, ze smrti. (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Postoj ke stáří a jeho prožívání je individuální a závisí na mnoha okolnostech, jak se s ním stárnoucí člověk vyrovná. Každý člověk se rodí s určitými dispozicemi, a to jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno genetickými předpoklady, typem osobnosti, životními zkušenostmi, prostředím, ve kterém žije, výchovou, vzděláním, současným zdravotním stavem. Člověk se stále učí způsobům chování v určité době na určitém místě a při změně se může jeho chování stát obtížným a úzce souvisí se schopností adaptace dotyčné osoby (Malíková, 2011).

Ideální situací by bylo, kdyby jedinec vyrovnaně přijímal svůj věk, užíval si zaslouženého odpočinku, uměl vyplnit volný prostor k různým činnostem a měl dostatek přizpůsobivosti. Nebránil se změně životního stylu, kterou si jeho věk, funkční schopnosti a zdravotní stav vyžadují a akceptoval novou situaci, přijímal ji s klidem a vyrovnáním. Ovšem ne každý má v sobě schopnost a sílu akceptovat přibývající léta se všemi neduhy a omezeními, které nám stárnutí a stáří může přinášet (Zacharová, 2011).

1.4 Potřeby starých a dlouhodobě nemocných

Potřeba je projevem určitého nedostatku, deficitu či strádání, jehož odstranění je žádoucí a je velký předpoklad, že doplnění tohoto deficitu (neboli saturace potřeby) povede ke zlepšení stavu člověka či ke zvýšení jeho spokojenosti (Trachtová a kol,

2010). Lidskými potřebami se již zabývalo mnoho autorů a vznikla řada různých škál, které je člení podle různých kategorií. Ve zdravotnictví, především v ošetrovatelství a v oblasti sociálních služeb je nejvíce rozšířeno a používáno členění potřeb podle Maslowa (viz. Příloha 1).

Potřeby se v jednotlivých věkových kategoriích mění. U seniora dochází ke změnám v životních potřebách oproti mladší a střední generaci. Do popředí se dostávají potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Senioři jako by se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům. Zůstávají a jsou zvýrazněny potřeby fyziologické a z psychosociálních potřeb to jsou především potřeby bezpečí, lásky, jistoty, sounáležitosti (Mlýnková, 2011).

Ulrychová (2011) uvádí tyto specifické potřeby pro seniorský věk: Potřeba být nezávislý na svém okolí, což zásadně ovlivňuje kvalitu života. Tuto nezávislost tvoří komplex potřeb spojených se sebeobsluhou v denních činnostech, jako je potřeba pohybu, hygieny, schopnost se přiměřeně obléknout, být ve vhodném prostředí, obstarat si stravu a najíst se, vyprázdnit se. Potřebu autonomie senior vyjadřuje jako touhu po rozhodování o svém osudu a způsobu života. Úlohou nejbližšího okolí a personálu je tuto autonomii respektovat. Potřeba sebepojetí, je chápána ve smyslu dobře vypadat, každý chce vypadat dobře, důstojně, být ustrojený, upravený, učesaný, eventuálně nalíčený. Během dne odložit noční prádlo a obléknout se do denního oblečení. Potřeba tělesného komfortu je stavem nepřítomnosti bolesti, dušnosti, dalších nepříjemných příznaků. Potřeba seberealizace, kdy senior chce mít životní program, chce mít pocit smyslu života, chce mít všestranné aktivity, které vedou k pocitu psychické pohody. Důležitá je potřeba lásky. Senior chce, aby mu někdo dal najevo, že ho má rád, chce mít někoho rád, potřebuje cítit ve svém okolí náklonnost a podporu. Vnímání intenzity jednotlivých potřeb je velmi individuální a závislé na osobnosti člověka, jeho vzdělání, hodnotové orientaci, na celkovém zdravotním stavu, který naopak limituje jejich uspokojování. Dojde-li k poruše schopnosti potřeby uspokojit, vzniká výrazný pocit frustrace, deprivace (Ulrychová, 2011).

1.5 Ošetrovatelská péče u geriatrických syndromů

Pacovský (1994) geriatrické syndromy také zjednodušeně nazývá nejčastějšími problémy starého člověka. Topinková (2005) uvádí, že geriatrické syndromy jsou specifické a mají multikauzální etiologii. Pokud jsou podceňovány, rozvíjejí se a podstatně zhoršují celkový stav seniora a vyžadují dlouhodobou léčbu. Specifické geriatrické syndromy rozděluje do oblasti psychické (demence, deprese, delirium, poruchy chování, poruchy adaptace), somatické (poruchy chůze, pohyblivosti, závratě, nestability, pády a úrazy, inkontinence moči a stolice, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy a tekutin, dekubity) a sociální (ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci, sociální izolace, týrání a zneužívání, dysfunkce rodiny).

1.5.1 Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti

Ke vzniku tohoto syndromu dle Malíkové (2011) dochází při omezení pohybové aktivity seniora z důvodu úrazu, zhoršení některé chronické nemoci (kardiální, respirační), které vyžaduje omezení pohybu, rozvoj duševní nemoci, deprese a vlivem nežádoucích účinků některých léků. Kalvach a kol.(2008) uvádí, že podstatou je omezování pohybových aktivit, především lokomoce, chůze, zmenšování okruhu, ubývání svalové hmoty a síly (sarkopenie) a s tím související pokles kondice a vytrvalosti. Hypomobilita, sarkopenie významně souvisí s instabilitou, anorexií, malnutricí a s dalšími geriatrickými symptomy. Pokročilá fáze může být součástí syndromu terminální deteriorace a časného úmrtí. Příčiny geriatrické hypomobility zahrnují faktory tělesné, psychické, sociální i faktory prostředí. Objem pohybu a i aktuální pohybový výkon jsou limitovány bolestí, svalovou slabostí, instabilitou, kloubním či inervačním omezením, ale také vůlí a motivací. U mnoha seniorů je zjevná nechuť k pohybu, vnímanému jako dyskomfort a neochota k překonání tohoto dyskomfortu.

Související ošetrovatelské problémy jsou zhoršená pohyblivost 00085, zhoršená chůze 00088, deficit sebepěče ve všech oblastech 00108,00109,00102,00110, únava 00093. Hrozí riziko pádu 00155, sociální izolace 00053, riziko neefektivní perfuze gastrointestiální 00202, renální 00203 a srdeční tkáň 00200 (Nanda International,2013).

Sestra se zaměřuje na motivaci seniora k pravidelné pohybové aktivitě a tím k zachování či obnově pohybové aktivity úměrné aktuálnímu stavu tělesné zdatnosti a pohybové limitaci daného pacienta. Soustředí se na zajištění vhodného prostředí, na nácviku překonání bariér, na zajištění vhodných opěrných pomůcek, zajištění společníka k vycházkám, na úpravě nutričního stavu s dostatkem vitamínu D a bílkovin (Kalvach a kol., 2008).

1.5.2 Syndrom instability s pády

Projevuje se závratěmi a nestabilitou. Nejčastějšími příčinami jsou poruchy krční páteře, prokrvení mozku, závažná anémie, poruchy hlubokého nervového cití, ochrnutí, svalová slabost, poruchy zraku, poruchy kloubů dolních končetin. Senioři jsou nejvíce ohroženi pády s následnými úrazy (Malíková, 2011).

Frekvence pádů narůstá s věkem, s polymorbiditou a se zhoršováním soběstačnosti. Pády jsou hlavní příčinou všech úrazů ve vyšším věku. Staří lidé pády nehlásí hlavně proto, že jim připomínají vlastní bezmocnost. Významný je negativní psychologický dopad, který vede ke strachu z pádů a druhotně k omezování aktivity (Pacovský 1994). Příčiny pádů jsou zevní, vnitřní a situační. Zevní příčiny jsou odstranitelné, patří k nim – nevhodná obuv, kluzká podlaha, prahy, koberečky, neosvětlené prostory, úzké schody. Vnitřní příčiny jsou dány funkčním a zdravotním stavem. K hlavním patří účinky léků (psychofarmaka), alkohol, poruchy prokrvení mozku se závratěmi, pokles krevního tlaku (hlavně při postavení), poruchy krční páteře vedoucí k závratím, ochrnutí, těžké poruchy kloubů, poruchy zraku, stavy zmatenosti a neklidu. K situačním příčinám můžeme zařadit neopatrné provádění nepřiměřených riskantních činností, vycházení při náledí (Kalvach a kol., 2008).

Závrať je nelibý subjektivní pocit vyznačující se poruchou jistoty postavení těla v prostoru. Člověku se zdá, že se okolní svět nebo on sám pohybuje, zatímco ve skutečnosti je obojí v klidu. Projevuje se pocitem nejistoty v prostoru, při stání, chůzi, motáním (lidový název pro závratě je „motolice“), s pacientem se vše točí, táhne jej to stranou, vrávorá (titubace), propadá se. Nemocný se chytá opory, při chůzi se zastavuje. Provokujícími momenty jsou prudké pohyby hlavou, voda ve zvukovodu, cerumen,

závrať ve volném prostoru, akutní horečnatý stav, některé léky (Pacovský, 1994).

Pacovský (1994) uvádí zvláštní geriatrický syndrom tzv. náhlý, neočekávaný pád bez poruch vědomí a bez jakýchkoliv dalších potíží („drop attack“). Starý člověk obvykle bez pomoci nevstane, je ohrožen prochlazením, vznikem dekubitů.

Související ošetrovatelské problémy jsou neefektivní péče o vlastní zdraví 00078, nedostatečné znalosti 00126, nevyvážený objem tekutin v organismu 00025, zhoršená pohyblivost a chůze 00085,00088, riziko pádu 00155, riziko traumatu 00038, riziko poškození 00035, riziko narušení integrity kůže 00047 (Nanda International,2013).

Sestra by měla věnovat pozornost prevenci pádů, vytipovat si ohrožené seniory, určit si riziko pádů a snažit se pádům zabránit. Zajistit pravidelnou fyzickou aktivitu, posilování svalstva dolních končetin, omezit rizikovou medikaci, zvýšit bezpečnost v domácnostech uspořádáním bytu, zajistit dobré osvětlení a označení schodů, vybavit koupelnu a WC madly, protiskluzovými podložkami, potřebnými pomůckami, u imobilních použít postranice, aktivně seniory edukovat (Šafránková a Nejedlá, 2006).

1.5.3 Syndrom anorexie a malnutricie

Vokurka a kol.(2004) anorexii definuje jako nechutenství, příznak, který může mít řadu příčin a malnutrici jako podvýživu, zejména ve smyslu špatného složení potravy. Nechutenství s hubnutím a rozvojem malnutrice, bez přítomnosti vysvětlující choroby, je jedním ze základních prvků konceptu geriatrické křehkosti. Malnutrice ovlivňuje celkový stav klienta i úspěch léčby. Zvyšuje se riziko infekce, hůře se hojí rány, je svalová slabost, snižuje se hybnost, stoupá riziko proleženin. Malnutrice má dvě klinické formy – marasmus (ztráta váhy), kwaschiorkor (bez ztráty váhy i obezita). Je důležité u každého seniora určování stavu výživy, a to provedením nutriční anamnézy a výpočtem BMI (Pacovský, 1994).

Malíková (2011) příčiny poruch příjmu potravy shrnula takto: u anorexie může být příčinou závažné onemocnění, nežádoucí účinky léků, deprese, obstipace, nevhodná úprava stravy pro seniora. Příčinami malnutricie jsou problémy s chrupem, polykací obtíže, poruchy vstřebávání a příjmu potravy, složení stravy spojené s chudobou, mobilitou, demencí. Patofyziologie stárnutí a stáří se promítá i do stavu výživy. Problémy s

příjmem potravy můžeme rozdělit dle pohledu na problémy samotného seniora a problémy kolem seniora. Mezi problémy samotného seniora řadíme změněnou chuť k jídlu a to jako hypogeuzii - snížené vnímání chuti, nebo dysgeuzie - změněné vnímání chuti, a anorexii – nechutenství v souvislosti se somatickými potížemi, farmakoterapií, psychickými vlivy. Dalším problémem ze strany seniora může být porucha mastikace (žvýkání, kousání) při různých onemocněních dutiny ústní, defektech chrupu, xerostomií („suchá ústa“), porucha polykání (dysfágie, odynofagie, achalázie jícnu), malabsorpce a maldigesce, gastrointestinální potíže v souvislosti s jídlem jako je nauzea, zvracení, průjem, zácpa a dále problémy s dietou - dietní limitace a dietní intolerance. Mezi problémy kolem klienta řadíme způsob života a životní styl, nutriční závislost (nemožnost nebo neochota nakupovat, vařit, samostatně konzumovat jídlo, závislost na nakrmení někým), ekonomické problémy, nutriční důsledky nemoci - závislost na do- nášce jídla, vliv léků na výživu, problémy s umělou výživou a jejími technikami (Pacovský, 1994).

Související ošetrovatelské problémy jsou nauzea 00134, zanedbávání sama sebe 00193, nevyvážená výživa 00002, poruchy polykání 00103, poškozená dentice 00048, poškozená sliznice ústní 00045, deficit sebekpěče při stravování 00102, nedostatečné znalosti 00126, riziko nevyvážené výživy 00003, riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu 00025 (Nanda International,2013).

Sestra sleduje změny hmotnosti a BMI, hodnotí nutriční stav a příjem potravin. Monitoruje a usnadňuje příjem potravy. Podněcuje klienta k dodržování stravovacích zvyklostí (přiměřenost, důstojnost, stravování se ve společnosti, kvalitní strava s dostatkem bílkovin), zaměřuje se na problémy ve vyprazdňování stolice, sleduje nežádoucí účinky užívaných léčiv. Zajišťuje potřebnou nutriční enterální podporu formou sippingu či borusového pití (Kalvach a kol., 2008).

1.5.4 Syndrom mobility (imobilizační syndrom)

Je-li starý člověk z jakýchkoliv důvodů upoután na delší dobu na lůžko, objevuje se soubor patofyziologických změn, které se projevují jako imobilizační syndrom. Dlouhodobý pobyt na lůžku seniorovi přináší více problémů než prospěchu. Aktivní remobilizace musí začít co nejdříve (Pacovský, 1994).

Imobilizační syndrom se projeví postižením krevního oběhu (zpomalením oběhu, což má za následek ortostatickou hypotenzi, vznik trombóz a embolie), postižením dýchacího ústrojí (snížení plicní ventilace, zvýšení viskozity hlenu a z toho plynoucí zá-
nětlivé komplikace), postižením pohybového aparátu (atrofie svalů z nečinnosti, vznikají kontraktury), postižením kostí (osteoporóza, osteomalacie z nedostatku vitamínu D, zpracování kalcia a omezeného pohybu), postižením zažívacího ústrojí (zácpa, dyspepsie, nechutenství), postižením močového ústrojí (retence moče, inkontinence, cystitida), postižením kůže a podkoží (atrofie, pomalé hojení ran, vysoké riziko vzniku dekubitů, opruzenin), neurologickými změnami (porušená koordinace, nestabilita při posazení), psychickými změnami (smyslová deprivace, tři „D“ - demence, deprese, delirium), poruchami spánku (insomnie, hypersomnie, spánková inverze), sociálními důsledky (ztráta soběstačnosti, vznik úplné závislosti, sociální izolace) (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Související ošetrovatelské problémy jsou zhoršené vylučování moči 00016, inkontinence stolice 00014, zácpa 00011, dysfunkční gastrointestinální motilita 00196, narušený vzorec spánku 00198, zhoršená pohyblivost 00085, deficit sebekpěče ve všech oblastech 00108,00109,00110,00102, zhoršená sociální interakce 00052, riziko intolerance aktivity 00094, riziko neefektivní tkáňové perfuze 00204, riziko pádu 00155, riziko narušení kožní integrity 00047 (Nanda International,2013).

Sestra hodnotí riziko vzniku dekubitů (nejrozšířenější je škála Nortonové z roku 1962) a zajišťuje včasnou prevenci. Důležitá je včasná mobilizace, zajištění antidekubitárních pomůcek, péče o pokožku, zajištění dostatečné hydratace a nutrice. Provádí kondiční, dechová cvičení, předchází kontrakturám. Při ošetrování ran upřednostňuje moderní vlhké hojení (Kalvach a kol., 2008).

1.5.5 Syndrom inkontinence

Dle Pacovského (1994) je inkontinence velmi častý problém starých lidí, je příkladem typického komplexního geriatrického syndromu. Při inkontinenci stoupá nebezpečí vzniku dekubitů, infekce močových cest, sociální izolace, deprese.

Inkontinence vyvolává pocit selhání. Inkontinentní sám sebe hodnotí jako neschopného a neví, jak to řešit. Z toho pramení bezradnost a snížené sebehodnocení. Důsledkem může být i narušení sociálních vztahů až sociální izolace. Senior může přestávat pít, odmítat tekutiny, aby málo močil, snížil spotřebu prádla, pomůcek, někoho, kdo by ho obsloužil, nechce obtěžovat. Inkontinence je velkým ošetrovatelským problémem, vzniká v důsledku ztráty kontroly nad řitním otvorem, nebo močovým svěračem, dále z důvodu gastrointestinálních a nervosvalových poruch, omezením poznávacích schopností, zmateností, stavů úzkosti a deprese, podáváním léků na odvodnění, zavedením permanentního katétru (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Související ošetrovatelské problémy jsou funkční, reflexní, stresová, urgentní inkontinence moči 00020, 00018, 00017, 00019, zhoršené vylučování moči 00016, inkontinence stolice 00014, zácpa 00011, dysfunkční gastrointestinální motilita 00197, riziko narušení integrity kůže 00047, narušená osobní identita 00121, zhoršená sociální interakce 00052 (Nanda International, 2013).

Úloha sestry se odvíjí od typu inkontinence, od schopnosti pacienta k samoošetření, od jeho spolupráce a spolupráce rodiny. Sestra pomáhá s výběrem vhodných pomůcek, pečuje o permanentní močový katétr, edukuje k posilování pánevního dna, pečuje o pokožku. Podporuje pacienta i rodinu (Kalvach a kol., 2008).

1.5.6 Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti

Výskyt psychických změn ve vyšším věku jde ruku v ruce se špatným sociálním postavením člověka, s přítomností tělesných chorob a sensorických defektů (Pacovský, 1994).

Malíková (2011) uvádí, že příčinou kognitivního deficitu, syndromu demence spojeným s poruchami chování, poruchami orientace a stavů zmatenosti může být vysazení

některých léků, případně některé somatické stavy (poruchy vnitřního prostředí - zejména vody a sodíku, horečnaté stavy).

Dle Pacovského (1994) je demence syndrom, který vznikl na základě onemocnění mozku a vyznačuje se zhoršením paměti, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnosti učení, řeči a úsudku. Není porušené vědomí. Nejčastější příčinou demencí u starých lidí je Alzheimerova choroba (primární degenerativní poškození mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými rysy). Druhou nejčastější příčinou jsou multiinfarktové demence, neboli demence vaskulární. Třetí etiologickou skupinou jsou demence sekundární (intoxikace, alkohol, některé léky, trauma hlavy, infekce CNS).

Depresi řadí Pacovský (1994) mezi afektivní poruchy. Popisuje formy smutku všedního dne, protrahovanou podobu existenciální deprese a plně rozvinutou patickou depresi. Na depresi je nutno pomyslet, objeví-li se únava, poruchy spánku, smutek bez zjevné příčiny, bezdůvodný pláč, řada somatických obtíží, ztráta zájmu, nemožnost se soustředit, ztráta radosti ze života (anhedonie), úvahy o smrti až myšlenky na sebevraždu. Maximum depresivních prožitků je u depresí ve stáří v dopoledních hodinách a bývá důležitým symptomem maladaptace (Pacovský, 1994).

Související ošetrovatelské problémy jsou syndrom zhoršené interpretace okolí 00127, zmatenost akutní 00128, chronická 00129, potulka 00154, zhoršená paměť 00131, narušený vzorec spánku 00198, zhoršená verbální komunikace 00051, zátěž v roli pečovatele 00061, neefektivní plnění rolí 00055, neschopnost dospělého se dále rozvíjet 00101, riziko oslabení lidské důstojnosti 00174, riziko traumatu 00038, riziko vyváženého objemu tekutin v organismu 00025, riziko nevyvážené výživy 00003 (Nanda International, 2013).

Od sestry se očekává specifický přístup. Samostatným problémem je chápání „světa dementního člověka“. Pro mimořádnou ošetrovatelskou zátěž hrozí syndrom vyhoření (Kalvach a kol., 2008). Poruchy paměti ovlivňují průběh komunikace. Klient nesmí být během hovoru ničím rušen. Pomáhá úsměv a oční kontakt. Vhodná podpora je dotyková komunikace. Volíme krátké a jednoduché věty, používáme slovník, který klient zná. Při kontaktu s pacientem posilujeme orientaci v čase, prostoru, v osobách kolem. Nevhodné

projevy přehlízíme, použití vulgarismů nekomentujeme. Všemi způsoby se snažíme zachovat důstojnost člověka s demencí (Venglářová , 2006).

1.5.7 Syndrom delíria

Pacovský (1994) popisuje delirium, akutní zmatenost, jako častý, nespecifický organický mozkový syndrom, charakteristický současnou poruchou vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emocí, nebo cyklu spánku-bdění. Klinické projevy jsou individuální, co do kombinace jednotlivých symptomů a co do hloubky akutní zmatenosti. Delirium je akutní a přechodná alterace duševního stavu, která je charakterizována neschopností adekvátně identifikovat a reagovat na změny okolního prostředí, poruchou vědomí, řečovými problémy a dalšími příznaky kognitivní poruchy. Delirium patří mezi nejčastější a také nejzávažnější psychické poruchy objevující se ve vyšším věku (Matějovská a Kubešová, 2009).

Související ošetrovatelské problémy a úloha sestry jsou totožné se syndromem kognitivního deficitu.

1.5.8 Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání

Tento syndrom označuje závažné nevhodné jednání se starými lidmi, na němž se výrazně podílí jejich zdravotní a funkční znevýhodnění. Částečná či úplná ztráta soběstačnosti se závislostí na pečující/týrající osobě ať doma, nebo v ústavní péči, modifikuje formy i možnosti řešení nevhodného chování (Kalvach a kol., 2008).

V roce 2002 vydala WHO Zprávu o násilí a zdraví ve světě a v ní definuje násilí jako „*úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo jiného prostředku (power) proti sobě, jiné osobě, skupině či proti komunitě, a to síly (prostředku) která má, nebo pravděpodobně bude mít za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či deprivaci.*“ Pojmem *power* je myšleno působení jinými prostředky než silou a tudíž tato definice pokrývá všechny formy tělesného, duševního a sexuálního týrání a zneužívání, akty zanedbávání i sebevraždy a jiné formy sebepoškozování (Kalvach a kol., 2008).

Týrání je možné rozdělit na tělesné, psychické a citové a další formy jako jsou ekonomické, sexuální a zanedbávání péče. Podrobněji rozepsáno v příloze 2.

Související ošetrovatelské problémy jsou dysfunkční procesy v rodině 00063, post-traumatický syndrom 00141, zanedbávání sama sebe 00193, beznaděj 00124, strach 00148, narušená osobní identita 00121, narušená integrita kůže 00044, riziko sebepoškození 00139 (Nanda International, 2013).

Sestra sleduje nevysvětlitelné defekty, nejasné pády a úrazy, verbální stesky, náhlé změny v chování a jednání (strach, rezignace, pasivita) pro seniora neobvyklé, nápadné finanční výdaje seniora. Na zjištěné skutečnosti efektivně reaguje (Kalvach a kol., 2008).

1.5.9 Syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří

Staří nemocní jsou obecně citlivější na změny teploty okolního prostředí. Ve starším věku klesá produkce potu a pocení ochlazuje tělní povrch méně efektivně, dále klesá schopnost vnímání chladu (Matějovská a Kubešová, 2009).

Stáří se vyznačuje labilitou termoregulačních mechanismů. Senior je ohrožen jak podchlazením, tak přehřátím. Typické je, že zvýšení teploty často chybí tam, kde bychom to očekávali jako charakteristický projev. Když už se horečka objeví, má často nejasný původ a trvá dlouho. Hypertermie je zvýšení tělesné teploty při selhání termoregulačních mechanismů, což je ve stáří časté. Vzniká při abnormální tepelné expozici (vysoká okolní teplota, ozáření sluncem), nadměrné tvorbě tepla v těle (velká fyzická námaha), snížením jeho výdeje z organismu (nepřiměřené oblečení) nebo při malfunkci hypotalamického termostatu (trauma hlavy, encefalitidy). U starých lidí se velmi rychle objeví psychické změny (kvalitativní změny vědomí, nespavost, apatie). A může dojít až k apoplexii z přehřátí (apoplexie – náhlé selhání funkcí). Hypotermie je snížení tělesné teploty pod 35°C a je hlavním projevem podchlazení organismu. Příčinou je studené prostředí, nevytopený byt, nedostatečné oblečení, bezvědomí, nemožnost vstát z podlahy po pádu, postižení termoregulačního centra, farmakoterapie, alkohol, malnutricie (Pacovský, 1994).

Související ošetrovatelské problémy jsou hypertermie 00007, hypotermie 00006, neefektivní termoregulace 00008, zanedbávání sama sebe 00193, zhoršená paměť 00131, nedostatečné znalosti 00126 (Nanda International, 2013).

Sestra aktivně provádí depistáž rizikových osob (především lidé trpící demencí) a účinně je edukuje o vhodném oblečení, o vyváženém příjmu tekutin, zajistí vhodné prostředí a vybavení pacienta systémy tísňové péče (Kalvach a kol., 2008).

1.5.10 Syndrom dehydratace

Syndrom dehydratace je závažný soubor příznaků související s deficitem tělesné vody. Existují dvě skupiny poruch extarcelulární tekutiny a to dehydratace a hyperhydratace. Každá tato forma je rozdělena na izotonickou, hypotonickou a hypertonickou. Léčba dehydratace se musí řídit typem postižení a stavem pacienta. Dehydrataci rozdělujeme na izotonickou, hypertonickou, hypotonickou – podrobněji rozvedeno v příloze č.3.(Kalvach a kol., 2008).

Nezbytné je bilancování příjmu a výdeje tekutin, vážení pacienta. U rizikových klientů aktivní sledování možných příznaků dehydratace – suché sliznice, rychlý pokles hmotnosti, oligurie, tachykardie, arteriální hypotenze, psychické alterace (Kalvach a kol., 2008).

Související ošetrovatelské problémy jsou snížený objem tekutin v organismu 00027, nedostatečné znalosti 00126, zhoršení paměti 00131, deficit sebepéče v oblasti stravování 00102, riziko sníženého objemu tekutin v organismu 00028 (Nanda International, 2013).

Sestra aktivně pobízí k příjmu tekutin, vede záznamy o vypitém množství a diuréze. Monitoruje hmotnost pacienta. Edukuje o nezbytnosti pitného režimu, a to hlavně u ležících a dementních pacientů. Aktivně sleduje možné příznaky dehydratace (Kalvach a kol., 2008).

1.5.11 Syndrom kombinovaného senzorickeho deficitu

Syndrom zahrnuje kombinovanou poruchu dvou smyslů, zraku a sluchu, které významně snižují schopnost kontaktu s okolím, projevují se senzorickeou a komunikační deprivací a může vyústit až v sociální izolaci (Malíková, 2011).

Dle Kalvacha a kol. (2008) postižení dvou hlavních smyslů výrazně ztěžuje pohyb, orientaci, komunikaci a sociální participaci. Důsledkem jsou psychosociální problémy,

konflikty, nízké hodnocení vlastního zdraví. Postižení prožívají větší komunikační problémy a stres, než si připouštějí jejich blízké osoby. Duální postižení má na seniora závažný dopad. Situaci nedoslýchavého člověka zhoršuje fakt, že poslech řeči nemůže korigovat odezíráním. Senior se projevuje opatrnou, nejistou chůzí, je znevýhodněn při komunikaci v hlučném prostředí či hovoru více osob, obvyklé je kladení opakovacích či objasňujících otázek či stažením se z hovoru. Nedoslýchavý může být mylně považován za dementního. Mohou se objevit deprese, úzkost, paranoia nedoslýchavých, zrakové iluze, stoupá riziko delirií, zvláště při změně prostředí, stoupá riziko pádů. Při těžším postižení jsou výrazně limitovány psychické i sociální aktivity, prohlubuje se uzavřenost, omezování kontaktů a aktivit, hypomobilita, úzkost, deprese, apatie. Je narušena prostorová orientace, klesá adaptabilita na změnu prostředí. Rozvíjí se závažná sensorická, komunikační deprivace, nesoběstačnost, osamělost, sociální izolace. Při péči o klienta s duálním postižením dbáme na správnou komunikaci, napomáháme v orientaci v prostoru, zmírňujeme sensorické deprivace užíváním kompenzačních pomůcek, bazálně stimulujeme, užíváme cílevědomé čichové a taktilní podněty, udržujeme pohybovou aktivitu, spolupracujeme s ergoterapeuty na animačních a aktivizačních programech, zajišťujeme bezpečnost a ochranu důstojnosti (Kalvach a kol., 2008).

Související ošetrovatelské problémy jsou narušené smyslové vnímání 00122, narušená osobní identita 00121, zhoršená verbální komunikace 00051, zhoršená sociální interakce 00052, úzkost 00146, deficit sebepéče 00108,00109,00110,00102, riziko pádu 00155, riziko traumatu 00038, riziko osamělosti 00054 (Nanda International, 2013).

Sestra při komunikaci s nedoslýchavým člověkem mluví pomalu, zřetelně, dívá se do tváře. Volí vhodnou vzdálenost, pokud je to možné, využívá neverbální komunikace, složitější sdělení doplní psaným slovem. Věnuje pozornost kompenzačním pomůckám – naslouchadlu, udržuje dobrý technický stav, vyměňuje baterie, předchází poškození.

U seniora se špatným zrakem volí sestra vhodnou strategii zahájení hovoru, klepe, zdraví jako první, představí se, vše důsledně popisuje, nedotýká se klienta bez upozornění (Pokorná, 2010).

1.5.12 Syndrom maladaptace

Selhání maladaptací je pro vysoký věk typické. Každý jedinec žije v prostředí, kde je vystaven zátěžovým situacím. Hrozí-li porucha homeostázy, má organismus k dispozici dva druhy obranné odpovědi, a to reakce a adaptace. Reakce jsou odpovědi předem připravené, zakódované v již hotové podobě. Adaptace je proces, v jehož průběhu vznikají nové schopnosti organismu reagovat na změny prostředí změnou své činnosti. U lidí mají adaptivní charakter také zkušenosti nashromážděné během života jedince. Chybné reakce a adaptace se označují jako malreakce a maladaptace, v praxi souhrnně označované jako maladaptace (Pacovský, 1994). K velkým stresorům stáří kromě ovdovění, odloučení a přemístění patří ztráta autonomie a rozhodovacích kompetencí, ohrožení či ztráta soběstačnosti, závažné onemocnění a obava z něj, strach o blízkou osobu, či její náročné ošetřování, penzionování, finanční problémy, otřesení sebeúcty, ztráta společenské prestiže, rodinné konflikty, dlouhodobé vystavení nevhodnému jednání - diskriminaci či projevům týrání a zanedbávání (Kalvach a kol., 2008). Malíková (2011) uvádí, že tento syndrom se projevuje blouděním, bezcílným přecházením, pohybovými stereotypy, vyhýbáním se očnímu kontaktu, soustředěním zájmu na základní životní potřeby. Popsané projevy jsou často zaměňovány za projevy syndromu demence. Geriatrické maladaptativní syndromy můžeme rozdělit na maladaptaci na stárnutí a stáří, maladaptaci akutní a chronické zátěže, maladaptaci na ústavní pobyt.

.Do maladaptace na akutní a chronické zátěže můžeme zařadit postraumatickou stresovou poruchu, poruchy přizpůsobení na životní událost. Projevující se pocity tísně, různými funkčními poruchami, depresí, narušením sociální integrity, zhoršením ve výkonu každodenních činností.

Optimálním prostředím pro starého člověka je jeho domov. Odchod z domova je většinou vynucen okolnostmi „už nic jiného nezbyvá“. Po příchodu seniora do zařízení probíhá vždy adaptační reakce. Ta může být dobrá, zhoršená, nedostatečná. Dobrá reakce se projevuje spoluprací klienta z vlastní iniciativy. Klient je klidný, přátelský, má zájem o okolí, zapojuje se do činností, má zájmy a věnuje se jim. Zhoršená reakce je charakteristická spoluprací klienta jen na výzvu, s obyvateli se nebaví, neprojevuje aktivní zájem o okolí, bývá podrážděný, plačtivý, může odmítat jídlo, o činnosti se nezajímá,

ale po výzvě je zjevně neodmítá. Nedostatečná reakce se vyznačuje nespoluprací seniora, negativismem, vyhýbá se ostatním, nemá zájem o okolí, je trvale depresivní, apatický, odmítá jídlo, typická je somatická dekompenzace. Ve stáří existuje smrt z maladaptace, pojmenovaná jako „úmrť z nespecifických příčin“. Přemístění starého člověka znamená vždy velkou zátěž, riziko zhoršení zdravotního stavu. Tento soubor příznaků se nazývá relokační syndrom (Pacovský, 1994). Kalvach a kol. (2008) popisuje adaptaci na ústavní prostředí v několika fázích. Počínající fáze je seznamovací, přecházející ve fáze vnějšího a vnitřního přizpůsobení, pokračující fází slábnoucí vazby na dění mimo ústav a končící fází ztotožnění se s ústavním prostředím.

Související ošetrovatelské problémy jsou stresový syndrom z přemístění 00114, úzkost 00146, strach 00148, situačně snížená sebeúcta 00120, neefektivní plnění rolí 00055, obranné zvládání zátěže 00071, riziko osamělosti 00054, riziko bezmocnosti 00152, riziko stresového syndromu z přemístění 00149 (Nanda International, 2013).

Hlavním úkolem sestry je nápomoc klientovi v jeho adaptaci a začleněním v novém prostředí, zachování jeho osobitosti, autonomie, kontroly nad vlastním životem a tímto předejít rozvoji maladaptčního syndromu (Kalvach a kol., 2008).

1.5.13 Syndrom terminální geriatrické deteriorace

Deterioraci Vokurka a kol. (2004) definuje jako zhoršení, úpadek, zejména duševních schopností. Smrt (mors) je zánik jedince. Umírání je nepřesně ohraničený proces, který směřuje ke smrti. Poslední fáze umírání se označuje jako terminální stav (pre finem, ante finem), Některé zvláštní situace a problémy kolem smrti lze nazývat perimortálními syndromy (Pacovský 1994). Malíková (2010) tento syndrom popisuje jako zhoršování funkčního stavu křehkých geriatrických klientů, bez jednoznačné chorobné příčiny a bez adekvátní odezvy na léčbu, která vede ke smrti. Syndrom je obvykle doprovázen nechutenstvím, hubnutím, únavou, omezováním aktivit, apatií, objevením se či zhoršením inkontinence, poté omezením mobility, mohou se objevit i stavy zmatenosti

Kalvach a kol. (2008) uvádí, že u křehkých, deteoriorujících, geriatrických klientů dochází často k úmrťi po krátké fázi dekompenzující zvýšené zátěže (např.virové

onemocnění), jindy umírají náhle bez předchozího zhoršení stavu a může jít o plynulé progredování deteriorace. Ke zvláštnostem paliativní péče ve stáří patří obtížná odhadnutelnost délky umírání, délky zbývajících života, doby nástupu terminální fáze, což stěžuje rozhodování od odstupování od léčby a o zavádění paliativní péče. Kübl-Rossová popsala psychické odezvy na příchod a rozvoj smrtelné choroby v několika fázích – šok, popření, zloba a hněv, smlouvání, deprese, přijetí. Pacovský (1994) dle svých zkušeností tvrdí, že jsou ve stáří určité zvláštnosti, jednotlivé etapy jsou méně dramaticky vypjaté, překrývají se. Často je pozorován stav chronického smutku, odevzdání se, někdy i čekání na smrt.. Starý člověk umí někdy lépe odhadnout, kdy zemře, než jeho lékař. Většina starých lidí si přeje zemřít důstojně, klidně a pokojně.

Související ošetrovatelské problémy jsou deficity sebedpěče ve všech oblastech 00108, 00109, 00110, 00102, zhoršená pohyblivost 00085, inkontinence stolice 00014, únava 00093, úzkost 00146, úzkost ze smrti 00147, zmatenost 00128,00129, neefektivní popírání 00072, riziko nevyvážené výživy 00002, riziko nevyváženého objemu tekutin 00025, riziko porušení kožní integrity 00047 (Nanda International,2013).

Sestra vhodnou ošetrovatelskou péčí může u umírajícího ovlivnit řadu příznaků. Dušení je mnohdy jedním z příznaků vyhasínajících funkcí organismu. Jde o nejnepříjemnější příznak. Při aplikaci opiátů je nutné počítat s postupným snížením plicní ventilace s následným nedostatečným okysličením tkání. Podáváme kyslík, který u umírajících klientů působí částečně jako analgezie. U umírajících je nutné počítat se sníženou chutí k jídlu, způsobenou celkovým zpomalením všech funkcí a apatií. Nauzea je doprovodným jevem při aplikaci opiátů a může způsobit aspiraci stravy. Zajistíme bezpečností opatření proti aspiraci. Zhodnotíme aktuální možnosti klienta pro příjem potravy. Dle zjištění volíme vhodnou formu a způsob podání stravy. Předcházíme dehydrataci. Nápoje podáváme ve vhodných nádobách, doplněné o pomůcky, které usnadňují klientům příjem tekutin (brčka, hrnečky s víčkem). Umírajícími klienty jsou preferovány chladné nápoje. V případě, že nápoje podávané per os, nestačí k zajištění optimální hydratace, volíme zajištění příjmu tekutin parenterálně. Bolest je nejčastějším symptomem. Cílem je chránit klienta před bolestí fyzickou i psychickou a zmírnit vnímání bolesti. Je nutné stanovit typ, intenzitu, formu, toleranci bolesti. Nikdy klienta nepodezírá-

me ze simulace. Péče o hygienu těla umírajícího je zaměřena zejména na péči o pokožku a intenzivní péči o dutinu ústní. Při zanedbání hrozí vznik dekubitů a komplikovaných mykotických infekcí v dutině ústní. Péče je zaměřena i na psychickou stránku. Objevují se úzkostné stavy v souvislosti se strachem z bolesti nebo udušení a se strachem ze smrti samotné, smutek a deprese (Misconiová, 1999).

1.6 Komunikace se seniory

Komunikace je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícíma subjekty. Staří lidé bez ohledu na věk a onemocnění nevykazují ztrátu inteligence, ale mohou vyžadovat více času na sestavení verbální odpovědi, nebo pro vyhledávání informací z dlouhodobé paměti. Ani potřeba komunikovat se v obecné rovině u jedinců vyššího věku ve srovnání s ostatními neliší. V období stáří je nezbytné přizpůsobení komunikačních technik schopnostem a dovednostem naslouchajícího, akceptovat jeho omezení a individualitu (Pokorná 2010).

Komunikaci obecně rozdělujeme na verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Při práci se seniory se setkáváme s jiným kulturním a historickým kontextem, většina seniorů je věřících, mnoho z nich zažilo vykání rodičům. Starší lidé obvykle mluví pomaleji, zvláště při únavě. Je nutné ponechat jim dostatek času na promyšlení odpovědi (Venglářová a kol.,2006).

1.6.1 Komunikační bariéry

Pokorná (2010) bariéry v komunikaci rozděluje na interní a externí. Interní vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu. Řadí sem obavu z neúspěchu, negativní emoce, bariéry postoje (xenofobie), nepřípravenost, fyzické nepohodlí, nemoc. Externí bariéry jsou dány zevním prostředím a jeho uspořádáním. Patří sem vyrušení další osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat, komunikační zahlcení. Venglářová a kol. (2006) komunikační bariéry dělí ze strany klienta, pracovníka a prostředí. Tvrdí, že komunikační bariéry na straně klienta jsou různé zábrany, neochota komunikovat, nedůvěra, obavy, jak bude s informacemi naloženo, aktuální stav - při bolesti, zdravotních komplikacích klesá ochota komunikovat. Negativně se projeví únava, stres, úzkost. O řadě věcí se v generaci dnešních seniorů nemluvalo, hovor na nepříjemné téma může být donekonečna odkládán. Neochota komunikovat se může týkat konkrétního pracovníka, se kterým nemá klient dobrý vztah. Bariéry na straně pracovníka mohou souviset se strachem ze závažných témat, jako je umírání, nevyléčitelné choroby, dále problém s konkrétním klientem, nedostatek času, problémy s komunikací. Bariéry v prostředí mohou být technického rázu, obtížně se komunikuje v hlučném prostředí, bez soukromí, ve spěchu.

Sestra při komunikaci se seniorem dbá na zachování důstojnosti. Důležité je oslovení a vykání, Vždy platí, že jakékoliv jiné než standardní oslovení, musí navrhnout sám klient. Platí zde odkaz na individuální lidský přístup. Vhodný přístup je především o trpělivosti a hledání alternativních možností (počítač, obrázky, posunky). Důležitá je spolupráce s rodinou a sociálním okolím klienta (Venglářová a Mahrová, 2006).

1.7 Kategorizace péče o seniory

Cílem veškerých zdravotnických služeb pro seniory je co nejdelší zachování zdraví a soběstačnosti, integrace ve společnosti i při zhoršení zdravotního stavu, co nejdelší setrvání v rodinném a domácím prostředí. V období nemoci přiměřeně intenzivní a šetrné léčení a rehabilitace se zřetelem na potřeby seniorů (Holmerová a kol., 2007).

Základní péči o seniory by, přes veškerá úskalí, která s sebou nese péče, měla zajišťovat rodina. Jsou ale situace, kdy skloubit tuto péči se zaměstnáním, výchovou

děti a zvládním vlastní domácnosti, je téměř nemožné. Zvláště nastane-li situace, kdy senior v rodině potřebuje celodenní péči. V takovém případě je umístění do domova s pečovatelskou službou či jiných podobných typů zařízení pro seniory adekvátním řešením (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Z hlediska soběstačnosti v běžných denních aktivitách lze seniory rozdělit do tří skupin. První skupinu tvoří lidé zcela soběstační, nepotřebující pomoc druhé osoby, s odpovídající psychickou stránkou. Další skupinu představují nemocní, částečně soběstační lidé, kteří jsou schopni se obstarat i mimo lůžko. Nemocní zcela či částečně soběstační senioři potřebují pomoc okolí, a to z důvodu upoutání na lůžko nebo psychické dekompenzace. Do jaké míry je nemocný soběstačný, lze zjistit odhadem při pozorování seniora při různých denních aktivitách, nebo pomocí různých měřících technik. Tyto testy bývají prováděny zdravotním personálem a vypovídají o míře soběstačnosti seniora, kterou je třeba udržovat a rozvíjet, aby byl schopen co nejdéle zůstat ve svém domácím prostředí. Ve chvíli, kdy starý člověk ztrácí soběstačnost natolik, že už není schopen se o sebe postarat, je nezbytné, aby se v případě odděleného bydlení přestěhoval ke své rodině nebo se přemístil do takového zařízení, kde o něho bude dobře postaráno (Klevetová a Dlabalová, 2008).

1.7.1 Rozdělení péče o seniory

Kategorizaci lze péči o seniory rozdělit podle toho, kdo a jak ji poskytuje. Dělíme ji do dvou zásadních oblastí, a sice na péči formální, do které patří všechny organizace poskytující služby, a neformální, kterou poskytují obětavě a bezúplatně, převážně na základě osobních vztahů, nejčastěji členové rodiny, příbuzní nebo sousedé a blízcí přátelé nebo neziskové organizace (<http://www.mpsv>).

Nezbytná je propojenost zdravotní a sociální péče. Přestože péči o seniory jsme si zvykli rozdělovat na péči zdravotní a sociální, potřeby seniorů samotných jsou velmi často natolik komplexní, že je třeba zajistit nejen oba typy služeb (zdravotní i sociální), ale zejména garantovat jejich návaznost a propojenost. To je zatím největším problémem, protože dosavadní systém zdravotnictví a sociální péče, propojen nikterak není, a to ani v této citlivé oblasti. Během posledních let dochází bohužel spíše k oddálení než

ke sblížení v organizaci zdravotnických a sociálních služeb. V praxi dochází velmi často k situacím, kdy staří lidé jsou příliš nemocní na to, aby jim stačily pouhé sociální služby, ale problematika jejich zdravotního stavu a soběstačnosti je natolik dlouhodobá, že s nimi zdravotnictví již nepočítá, protože v tomto systému není nikterak řešena otázka dlouhodobých pobytů. Zajištění potřebných zdravotnických, sociálních a dalších služeb v domácnosti je nutnou podmínkou pro to, aby mohli i nesoběstační senioři setrvávat co nejdéle v domácím prostředí, a aby se o ně mohli rodinní pečující v co největší míře starat. Bez této pomoci dochází jak ke zbytečným hospitalizacím, tak k předčasné dlouhodobé institucionalizaci (Holmerová a kol. 2007).

1.7.2 Péče poskytovaná praktickým lékařem a rodinou

Praktický lékař je základním článkem primární péče. Primární péče je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby. Základní požadavky na primární zdravotní péči jsou prevence, dostupnost, účelnost, kvalita, přehlednost, citlivost, humánnost, ekonomičnost (Křečková a Tůmová, 2003).

Rodinu je třeba chápat jako základní prvek společnosti, který integruje všechny věkové kategorie. Proto považujeme za klíčové, aby byl vytvořen systém podpory pečujících rodin. V případě nemoci či zhoršení soběstačnosti seniora je třeba rodině dodat takové služby, které jí umožní se o pacienta seniora postarat (Holmerová a kol., 2007).

Každý člověk je rád doma. Senior, není výjimkou, i on by chtěl a měl by co nejdéle zůstat ve svém domě či bytě. Problém nastává, když senior ztrácí soběstačnost a potřebuje pomoc. Od koho může senior očekávat pomoc a kdo mu nakonec pomůže? V první řadě by to měla být rodina. Tato volba je někdy snadná, jindy komplikovaná a třeba také naprosto nedostupná (Haškovcová, 2010). Rodina sehrává důležitou a nezastupitelnou funkci v péči o starého člověka. Pacovský (1994) zdůrazňuje, že rodina musí chtít, umět a moci se postarat. Klíčové je ono „chtít“. Společnost musí vytvořit podmínky a předpoklady pro ono „moci“ a naučit se vlastní péči už je snadné.

Jednou z překážek v poskytování péče rodinnými příslušníky je nevyhovující bydlení, malý byt, kdy dochází ke ztrátě soukromí. Dalším faktorem je zaměstnanost střední generace, většina lidí v produktivním věku si nemůže dovolit zůstat doma se svými rodiči a věnovat jim potřebnou celodenní péči. Mají povinnosti vůči vlastní rodině, střední generace se věnuje péči o děti, domácnost. Mnohdy je překážkou vzdálenost rodin, kdy stárnoucí rodiče bydlí ve vlastním bytě daleko vzdálenému od bydliště jejich dětí. Zpravidla není možné, aby člověk středního věku zajišťoval provoz rodiny, chodil do zaměstnání a současně pečoval o stárnoucího rodiče, vyčerpanost a únava pečujících o seniora na sebe nenechá dlouho čekat (Mlýnková, 2011).

1.7.3 Péče poskytovaná terénními službami

Je systém odborných, zdravotnických služeb, které jsou klientům poskytovány v jejich domácnostech. U nás byla domácí péče zavedena v roce 1990 a převzala i aktivity geriatrických sester. I když je domácí péče určena všem věkovým kategoriím, značnou část tvoří senioři. Zastřešující organizací je Asociace domácí péče ČR (Haškovcová, 2012).

Smyslem této péče je ošetřování klienta v jeho domácím prostředí, kde se cítí dobře a je zde šťastný a spokojený. Péče je hrazena ze zdravotního pojištění a indikuje ji praktický lékař (Mlýnková, 2011).

Výkony domácí zdravotní péče jsou poskytovány pod odborností 925, 911. Patří sem ukončení a zahájení péče, ošetrovací návštěva I-IV, která obsahuje edukaci, reedukaci, ošetrovatelskou rehabilitaci, vyšetření stavu klienta, odběr biologického materiálu, aplikace parenterální terapie, lokální ošetření, klyzma, výplachy, cévkování, ošetření atonií, aplikace léků, instalace léčiv, aplikace UV záření, inhalační terapie, nácvik a zaučování aplikace inzulínu. Výkony jsou limitovány časovým rozsahem, frekvencí, nositelem výkonu (Misconiová, 1995).

V rámci komplexní domácí péče je poskytování péče, která vychází z aktuálních potřeb klienta v následujících oblastech: odborná zdravotní péče léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační, jejíž rozsah určuje indikace ošetřujícího lékaře. Sociální péče a pomoc pečovatelská, zajištění sociální dávky, řešení handicapů a krizí je

určována sociální diagnostikou klienta a jeho prostředí a v neposlední řadě laická péče -péče rodinných příslušníků, či blízkých, péče dobrovolníků, jejíž rozsah je dán aktuální situací v rodině, společenským klimatem a podporou státní správy osobám pečujícím o osoby závislé na pomoci druhé osoby (Misconiová, 1999).

Domácí péče je výhodná z několika důvodů. Udržuje rodinu pohromadě, nemocný se ve svém prostředí cítí lépe a rychleji se uzdravuje, vylučuje nepříjemné dopady hospitalizmu, snižuje náklady na zdravotní péči, ovšem nelze říci, že je levná (Haškovcová, 2012).

Pečovatelské služby umožňují pokračovat seniorům v navyklém způsobu života ve vlastním prostředí, s možností udržet si co největší část své autonomie.(Klevetová a Dlabáčová, 2008).

Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu (<http://www.mpsv>).

1.7.4 Péče poskytovaná v domovech pro seniory

V domovech pro seniory je poskytována celoroční pobytová péče. Poskytuje se zde pomoc těm seniorům, kteří nemohou žít sami ve vlastní domácnosti a potřebují trvalou komplexní péči (Mlýnková, 2011).

Každý poskytovatel sociální služby je povinen dodržovat rozsah služeb stanovený zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, pro konkrétní druh poskytované služby a odpovídajícímu typu zařízení. Podle § 49,dílu 3,odst.1 jsou v domovech pro seniory poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, Služba musí obsahovat poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím , sociální terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Klientům jsou služby poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu. Individuální plánování a standardy jsou velkou zárukou ochrany a dodržování práv klientů. Klient je aktivním spoluvůrcem poskytované služby. Všechny služby, které jsou mu poskytovány, směřují k podpoře nebo udržení soběstačnosti. Cílem služeb je pomoc a podpora klienta v jeho činnostech a udržení jeho nezávislosti. Je podporována jeho aktivita, sebevědomí a pocit vlastní hodnoty a ceny, zajištěna důstojnost (Malíková, 2011).

Zdravotní služby jsou v domovech pro seniory poskytovány pod odborností 911 na podkladě indikace ošetřujícího lékaře. Mezi výkony patří: zahájení a ukončení péče, aplikace léků p.o.,i.m.,s.c.,i.v., odběr biologického materiálu, převaz defektu, parenterální terapie, vyšetření a ošetření přístroji - EKG, glukometr, klyzma, laváž, ošetření permanentního katétru, inhalační terapie, oxygenoterapie, zavedení nasogastrické sondy, nácvik aplikace inzulínu, ošetření stomie (Malíková , 2011).

1.7.5 Příspěvek na péči

Malíková (2011) popisuje, že příspěvek na péči je finanční částka stanovená zákonem, která se poskytuje osobám především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, závislých na pomoci jiné osoby při běžných denních činnostech (úkony spojené s příjmem potravy, osobní hygieny, oblékáním, pohybem). Příspěvek je určen osobě v nepříznivém stavu, nikoli osobě pečující. Výše příspěvku je rozdělena do dvou kategorií (děti do 18-let a osoby starší 18 let), obě zahrnují čtyři stupně závislosti zákonem stanoveny takto:

první stupeň – lehká závislost , finanční výše 800,- Kč.

druhý stupeň – středně těžká závislost, finanční výše 4000,. Kč.

třetí stupeň – těžká závislost, finanční výše 8000,. Kč.

čtvrtý stupeň – úplná závislost, finanční výše 12000,. Kč.

Od 1. 1. 2012 je v platnosti nový způsob posuzování nepříznivého zdravotního stavu, který by měl zajišťovat objektivnější a hlavně spravedlivější posuzování zdravotního

stavu osoby. K tomuto datu vstupuje v platnost zákon č. 366/2011 Sb., který mění původní zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Nyní se posuzuje zdravotní stav při hodnocení stupně závislosti v 10 základních životních potřebách. Schopnost zvládat základní životní potřeby se hodnotí ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (příloha 4).

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapování spektra ošetrovatelské péče o seniory závislých na pomoci druhé osoby poskytované agenturou domácí péče, domovem pro seniory, ordinací praktického lékaře ve spolupráci s rodinou.

Cíl 2: Zmapování dostupnosti zdravotní péče o seniory závislých na pomoci druhé osoby poskytované agenturou domácí péče, domovem pro seniory, ordinací praktického lékaře ve spolupráci s rodinou.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak jsou uspokojovány fyziologické potřeby seniora u vybraných poskytovatelů péče?
2. Jak jsou uspokojovány psycho-sociální potřeby seniora u vybraných poskytovatelů péče?
3. Jak je zajištěna edukace seniora u vybraných poskytovatelů?
4. Jaká je dostupnost zdravotní péče pro seniora u vybraných poskytovatelů péče?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Výzkum probíhal v březnu 2014. K výzkumu bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Byla použita metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru pomocí otevřených otázek. Výzkumné otázky byly předem sestaveny (příloha 5) a doplněny dotazováním. Rozhovory byly vedeny s klienty domova pro seniory, se seniory v péči terénní služby a se seniory v péči rodiny v Jihočeském kraji. Výzkumné šetření v domově pro seniory bylo ústně povoleno vedením zařízení. Senioři byli ochotni podrobit se rozhovorům, byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce a s důvodem výzkumného šetření. Rozhovory byly se svolením respondentů nahrávány na diktafon a posléze doslovně přepsány (příloha 6). Vzhledem k mému pracovnímu zařazení a osobnímu vztahu s respondenty v domově pro seniory byly rozhovory provedeny, mnou oslovenou a nezávislou osobou, aby nedošlo ke zkreslení odpovědí. U respondentů 10 a 12, byla z důvodu nejasných informací od seniora pro důvěryhodnost dotazována i osoba pečující. Každý rozhovor s respondentem byl označen číslem. Na tyto čísla je odkazováno v textu (respondent 1 = R1).

Jednotlivé rozhovory byly doslovně přepsány. Přepsané rozhovory byly vytištěny pro přehlednost na barvou odlišené papíry a rozděleny do tří skupin dle poskytovatele služby. Rozhovory byly několikrát pečlivě přečteny. Získaná data z jednotlivých rozhovorů byla analyzována pomocí metody kódování v ruce, neboli metodou papír a tužka (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Byly vytvořeny jednotlivé kategorie a podkategorie. V rozhovorech s jednotlivými respondenty byla vyhledávána nejčastější slova a větná spojení, kterými se respondenti vyjádřili k jednotlivým podkategoriím. Jednotlivé podkategorie jsou zpracovány v přehledných schématech za pomoci organizačních diagramů. V jednotlivých podkategoriích byly používány i přímé citace respondentů. Zakódované výrazy v jednotlivých podkategoriích jsou označovány například R1/5, což znamená, že výrok se nachází na 5 řádku u prvního respondenta.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvořilo 12 seniorů závislých na péči jiné osoby.

Tabulka 1 – Identifikační údaje (zdroj: vlastní výzkum)

(DpS = domov pro seniory, ADP = agentura domácí péče, ROD = rodina, st.= stupeň)

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
Věk	94	93	65	90	89	90	80	92	92	85	83	91
Pohlaví	žena	muž	muž	muž	žena	žena	žena	žena	žena	žena	žena	muž
Poskytovatel	DpS	DpS	DpS	DpS	ADP	ADP	ADP	ROD	ADP	ROD	ROD	ROD
Závislost	4.st.	2.st.	3.st.	1.st.	2.st.	4.st.	1.st.	3.st.	3.st.	2.st.	1.st.	4.st.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 12 respondentů ve věku od 65 do 94 let. Průměrný věk respondentů byl 87 let. Výzkumný vzorek se skládal z 8 žen a 4 mužů. Respondenti byli rozděleni dle vybraných poskytovatelů péče a dle uznaného stupně závislosti.

Výběr respondentů byl záměrný, jednalo se o seniory závislé na péči druhé osoby s přiznaným příspěvkem na péči dle stupně závislosti. Rozhodnutí o výši příspěvku na péči vydává okresní správa sociálního zabezpečení v písemné podobě každému žadateli. Respondenti tento dokument měli u sebe. V každé skupině poskytovatelů péče byly pro homogenost výzkumného souboru zastoupeny všechny stupně závislosti.

Kritériem při výběru respondentů byla schopnost komunikace seniora, přiznaný stupeň závislosti a využívání služeb od vybraných poskytovatelů péče. Respondenti z domova pro seniory byli vybráni mnou a rozhovory probíhaly na pokojích klientů v zařízení. Vedoucí sestra oslovené agentury domácí péče, mi pomohla vybrat respondenty dle kritérií, domluvila mi možný termín rozhovorů a předala adresy. Výběr respondentů v péči rodiny byl zajištěn pomocí sestry z ordinace praktického lékaře, která mi poskytla adresy jednotlivých respondentů. Adresy respondentů byly předány s jejich souhlasem. Rozhovory byly vedeny v bytech vybraných respondentů. Datum a čas rozhovorů byl předem domluven.

4 VÝSLEDKY

Výsledky jsou řazeny do čtyř kategorií: uspokojování fyziologických potřeb u závislých seniorů, uspokojování psycho-sociálních potřeb u závislých seniorů, edukace závislých seniorů a dostupnost potřebné péče pro závislé seniory

K těmto kategoriím byly vytvořeny jednotlivé podkategorie, které jsou dále děleny do tří oblastí dle poskytovatele péče, a to na péči poskytovanou domovem pro seniory, péči poskytovanou terénními službami a péči poskytovanou rodinou. Byly zakódovány výrazy, které se opakovaně vyskytovaly v rozhovorech respondentů a následně byla provedena analýza dat, která je shrnuta v přehledných schématech vždy u každé podkategorie.

4.1 Uspokojování fyziologických potřeb u závislých seniorů

Kategorie uspokojování fyziologických potřeb u závislých seniorů byla rozdělena do podkategorií: hygiena, vyprazdňování, mobilita, výživa, oblékání a péče o prádlo, čistota prostředí a spánek.

4.1.1 Hygiena

Podkategorie se zaměřuje na způsob a četnost prováděné hygieny, na způsob a četnost péče o vlasy a nehty, na rozsah nutné pomoci a na to, kým je pomoc poskytována. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 1 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny s nižším stupněm závislosti zvládají ranní a večerní hygienu sami. R11 má ve vaně sedátko a nainstalovaná madla pro snazší vylézání z vany. Každé ráno jsou respondenti, s vyšším stupněm závislosti umývání na posteli osobou pečující. Pečující o R12 uvedl: „*Do koupelny bych ho nedostala*“. R8 sdělila, že koupel ve vaně provádí ob den, ale musí vystěhovat celou koupelnu, aby projeli s vozíkem. Kadeřníka a pedikúru navštěvuje pouze R11, u ostatních respondentů nehty a vlasy stříhá pečující osoba. (R8/1,3, R10/1,R11/1,R12/1)

Respondenti v péči terénní služby s nižším stupněm závislosti ranní a večerní hygienu zvládají sami, na velkou koupel s mytím hlavy přichází na pomoc dcera nebo

pečovatelka a je prováděna 1x týdně. U respondentů s vyšším stupněm závislosti dopoledne dochází pečovatelka a provede celkovou koupel na lůžku, večerní hygienu provádí rodinný příslušník nebo soukromá pečovatelka. Vlasy a nehty jsou stříhány rodinou. R5 uvedla: „ *U kadeřníka jsem nebyla, ani nepamatuji, vlasy stahuji do gumičky, pedikúru mi dělali naposledy v nemocnici.*“ R7 navštěvuje kadeřníka a pedikérka za ní dochází do bytu. (R5/1, R6/1, R7/2, R9/1)

Respondenti z domova pro seniory na celkovou koupel dochází do centrální koupelny. Na mytí je používána pojízdná vana. Nehty na rukách ošetřují sestry v rámci celkové koupele a nehty na nohách ošetřuje pedikérka působící v zařízení. Provádění ranní a večerní hygieny se liší dle schopností respondentů. Buď je prováděna samostatně, nebo s dopomocí sester - přípravou pomůcek, v jednom případě s dopomocí manželky. (R1/1,4,5, R2/1, R3/2,3, R4/1,2)

4.1.2 Vyprazdňování

Podkategorie se zaměřuje na způsob vyprazdňování, na potíže související s vykonáváním potřeby, na pomůcky související s únikem moči, na rozsahu pomoci druhé osoby. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 2 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny v případě úniku moči používají vložky, plenkové kalhotky, močové sáčky, podložky do lůžka. Dvakrát bylo uvedeno k dispozici WC křeslo. R12 má zavedený močový katétr, který 1x měsíčně mění urolog v bytě. Inkontinentní pomůcky jsou předepisovány ošetřujícím lékařem. U dvou případů předepsané množství nevystačí a pomůcky jsou dokupovány. R8 uvedla: „ *Někdy mě snacha přebaluje i 4x denně.*“ R10, trpící demencí, schovává pomočené pomůcky za oknem. (R8/4,6, R10/7, R11/4, R12/3,4,6)

Jeden respondent v péči terénní služby nepotřebuje žádnou pomoc. U ostatních respondentů jsou používány plenkové kalhotky, ve dvou případech v kombinaci s WC křeslem. Pomůcka pro inkontinenci je měněna 2x denně. Ráno výměnu provádí pečovatelka v rámci ranní hygieny a večer rodina při večerní návštěvě. R6 má zaveden PMK, výměna je prováděna 1x měsíčně sestrou z ADP. R5 uvedla problém související s vyprazdňováním: „ *Mám problém natáhnout kalhoty, ztrácím rovnováhu. Už jsem*

několikrát spadla.“ Z rozhovorů vyplynulo, že v případě znečištění stolicí v průběhu dne, musí respondenti na umytí čekat do večerní návštěvy rodiny. (R5/8,9,12 R6/3,4, R7/4, R9/4)

Respondenti z domova pro seniory shodně uváděli, že o výměny pomůcek pro inkontinenci se starají sestry. Jeden z respondentů je plně kontinentní, ostatní mají problémy s udržení moči či stolice. R1 uvedla: „*Když jsem znečištěná, zazvoním na sestry, aby mě umyly.*“ R2 si přes den dochází na WC na pokoji, ale na noc chce používat plenu pro opakované noční pády v souvislosti se závratí. R3 uvádí náchylnost k opruzeninám, v souvislosti s celodenním pobytem na vozíku. Musí používat pouze vyzkoušené značky plen.

(R1/6,7, R2/4, R3/5,6, R4/4)

4.1.3 Mobilita

Podkategorie je zaměřena na potíže se změnou polohy, na užívání kompenzačních pomůcek, na způsobu udržování fyzické kondice, na možné bariéry v pohybu, na rozsahu pomoci a na to, kým je pomoc poskytována. Vytýčené body jsou znázorněny ve schématu 3 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny k přemístění používají hůlku, chodítka, invalidní vozík. K zajištění polohy na lůžku jsou používány polštáře. Jeden z respondentů má polohovací lůžko se zábranami. R11 uvedla potíže spojené s pohybem: „*Mam problém s motolicí, po úraze nevidím na levé oko, cítím se v prostoru nejistá, neodhadnu vzdálenost*“ R10, dle sdělení osoby pečující, nepoužívá při chůzi chodítka a pak dochází k pádům. Z rozhovorů vyplynulo, že senioři cvičí s osobou pečující. Ve dvou případech byli instruováni sestrami z rehabilitace při poslední hospitalizaci. (R12/9,11,12, R11/7, R10/11,13)

Respondenti v péči terénní služby používají hůlku, čtyřkolku, chodítka. Dva respondenti si cvičí sami, jeden necvičí a s jedním cvičí sestry z agentury. Dva respondenti jsou ráno vysazeni do křesla, kde sedí celý den. Večer jsou uloženi do lůžka a napolohováni na spaní rodinným příslušníkem. (R9/7, R7/5, R6/6,7,8, R5/14,16)

Respondenti z domova pro seniory k pohybu používají elektrický vozík, chodítka,

berle, hrazdu na lůžku. Cvičení probíhá denně. R4 si cvičí každé ráno sám dle instrukcí rehabilitační sestry z domova. R2 chodí v chodítku s pomocí manželky, procvičuje si DK denně sám na lůžku. Ostatní respondenti jsou v péči rehabilitační sestry, se kterou denně chodí v chodítku. R1 uvedla: „ *Sama se neotočím, jen s pomocí sester, ráno mě sestry vysazují do křesla, pak přijde rehabilitační sestra, projdeme se v chodítku, pak už chci být v posteli. Odpoledne pak chodí sestra a cvičí se mnou na posteli.* “ (R1/9, R2/7,8, R3/11,12, R4/5,6)

4.1.4 Výživa

Podkategorie je zaměřena na způsob stravování a obstarávání potravin, na potíže související s příjmem potravin, na rozsahu pomoci a na tom, kým je pomoc poskytována. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 4 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny si připravují stravu doma. R11 si vaří sama na dva dny, drobné nákupy si zařídí a na velké jezdí s dcerou. R10 odebírá obědy ve školní jídelně, osoba pečující ji stravu připraví, ohřeje a nenápadně kontroluje, zda se nají. Momentálně je bez zubů, je jí zajišťována nová zubní protéza. Pečující o R12 uvedl: „ *Jídlo musím mixovat. Sám se nenají, nechám ho chvíli samotného, držím mu ruku, protože se hodně třese a nakonec ho dokrmím. Na pití má pítka a s tím se zvládne napít sám.* “ (R12/13, R11/8, R10/17,19,22)

Respondenti v péči terénních služeb využívají donášky obědů pečovatelskou službou. Z rozhovorů vyplynulo, že množství jídla vystačí i na večeři. Nákupy potravin jsou zajišťovány rodinou , v jednom případě pečovatelskou službou. R6 uvedla: „ *Najím se sama, ale pečovatelka mi občas pomáhá rozkrájet maso, to mi nejde, když to neudělá, tak ho nejím.* “ (R7/8,9, R6/ 9, R5/18,19)

Respondenti z domova pro seniory se všichni stravují v domově. Z rozhovorů vyplynulo, že se stravou jsou spokojeni, mají možnost si vybrat. V zařízení je kantýna. R3 uvedl: „*Do kantýny si jezdím kupovat drobnosti na večer k televizi, nebo sladkosti ke kávě.*“ R1 uvedla: „*Mam mletý maso, to se mi špatně kouše, ale kuře mi dávají v celku, to by mi namletý nechutnalo.*“ (R1/13, R2/10, R3/14, R4/7)

4.1.5 Oblékání, péče o prádlo

Podkategorie se zaměřuje na způsob zvládnutí oblékání a svlékání, na obouvání a zouvání, na způsob péče o prádlo, na to, kým je pomoc poskytována a v jakém rozsahu. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 5 (příloha 7).

Z rozhovorů s respondenty v péči rodiny vyplynulo, že o prádlo se ve třech případech stará osoba pečující. R11 je zatím schopná se o prádlo postarat sama, ale má problémy s obouváním a nazouváním ponožek, špatně se jí ohýbá, točí se jí hlava. R12 se stará o imobilního seniora a uvedla: „*Vzala jsem si inspiraci z nemocnice a ušila jsem si andílky z triček, určitě to ulehčí práci.*“ (R12/16, R11/10, R10/25, R8/14)

Respondentům v péči terénních služeb péči o prádlo zajišťuje rodinný příslušník. R7 si drobné prádlo vypere sama, ale s ložním prádlem jí pomáhají pečovatelky. Oblékání zvládne také sama. Ostatní respondenti jsou ráno oblékáni pečovatelkou a večer svlékáni rodinným příslušníkem. R5 uvedla: „*S obouváním si nedělám hlavu, mam pantofle, do těch se nazuji sama a chodím bez ponožek, máme tu teplo.*“ (R5/20,22, R6/14,15,R7/12, R9/10)

Z rozhovorů s respondenty z domova pro seniory vyplynulo, že prádlo jim pere prádelna, která je součástí zařízení. Sestrám je sděleno, co si respondenti přejí vyprat a ty to odnesou. R2 uvedl: „*Je to fajn, ráno dáte špinavé prádlo a v poledne ho máte zpět vyprané a vyžehlené.*“ S oblékáním pomáhají sestry. R3 sdělil: „*Všechno je v režii sestřiček. Mam speciální ortopedické boty a ty jdou hodně špatně nazouvat, u toho sestry stráví hodně času.*“ R1 je oblékána sestrami, ale uvedla: „*Nutí mě zapínat si knoflíky.*“ (R1/16, R2/14, R3/19, R4/8)

4.1.6 Čistota prostředí

Podkategorie se zaměřuje na způsob zvládnutí péče o domácnost, na to kým je pomoc poskytována a v jakém rozsahu. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 6 (příloha7).

U respondentů v péči rodiny udržují pořádek v domácnosti osoby pečující. Jedině R11 si běžné úklidy provádí sama, ale s velkým úklidem jí jezdí pomáhat dcera s vnučkou. R10 uvedla: „*Nádobí si umyje sama, snaží se sama něco poklidit, tak jí*

nechám a pak to dodělám pořádně.“ (R12/18, R11/14, R8/15)

Z rozhovorů s respondenty v péči terénních služeb bylo zjištěno, že domácnost v čistotě udržují rodinní příslušníci. Pouze R7 uvedla: „ *Utrít prach a vytřít si dovedu. Pořádila jsem si mop, abych nemusela ždímat hadr a předklánět se. Mytí oken a velký úklid si musím zaplatit u pečovatelské služby, rodinu žádnou nemam.*“ (R9/11, R6/17, R5/24)

Respondenti z domova pro seniory shodně uváděli, že se nemusí o nic starat. Úklidy denně provádí uklízečka, prach otírají sestřičky. (R1/19,20, R2/17, R3/20, R4/11)

4.1.7 Spánek

Podkategorie se zaměřuje na kvalitu a délku spánku. Vytýčené body jsou znázorněny ve schématu 7 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny shodně uváděli, že spí dobře. Respondentka trpící demencí uvedla , že spí jako „dudek“ , ale osoba pečující toto tvrzení vyvrátila: „ *V noci je dost často vzhůru, štrachá se tam , stěhuje nábytek, padá z postele. Máme ložnici nad jejím pokojem, tak když slyšíme ránu , hned tam běžíme.*“ (R10/31, R12/20, R11/15, R8/16)

Respondenti v péči terénní služby ve třech případech uvedli dobrý spánek. R9 sdělil, že spí i přes den. R7 spí špatně : „ *Přemýšlím, místo abych spala.*“ (R5/27, R6/18, R7/17, R9/12)

Respondenti z domova pro seniory se v odpovědích lišili. Dva respondenti sdělili, že spí dobře. R4 má na dveřích ceduli, že si nepřeje noční kontroly sestrami, to by ho budilo. Dva z respondentů užívají léky na spaní. R1 uvedla: „*V noci se často budím, i když večer беру prášek. Chci nechávat na noc rozsvíceno v předsíni.*“ (R1/21,22 , R2/18, R3/21, R4/13)

4.2 Uspokojování psycho-sociálních potřeb u závislých seniorů

Kategorie uspokojování psycho-sociálních potřeb u závislých seniorů je rozdělena do podkategorií: bezpečí, sociální interakce, kulturní akce, denní aktivity, zájmy, psychická kondice, komunikace, překážky.

4.2.1 Bezpečí

Podkategorie se zaměřuje na způsob a prostředky k zajištění pocitu bezpečí. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 8 (příloha 7).

Každý z respondentů v péči rodiny odpověděl jinak. R8 potřebuje k pocitu bezpečí mít nablízku osobu pečující a v noci zvonek u lůžka, aby si mohl přivolat pomoc. R12 pro pocit bezpečí vyžaduje otevřené dveře do svého pokoje, aby vnímal, co se děje v bytě a u ruky má bezdrátový zvonek k přivolání pomoci. R10 nechodí na schody, obává se pádu. R11 nevidí na L oko a má obavy z pohybu na ulici, uvedla: „ *Při chůzi musím mít hůlku. Na ulici musím být hodně opatrná, mám špatný odhad na vzdálenosti.*“ (R12/21,22, R10/36, R8/18)

Respondenti v péči terénní služby shodně udávali strach z pádu a následně z neschopnosti zvednout se ze země. R5 uvedla: „ *Jsem tady pořád sama. Už jsem jednou spadla a nemohla se zvednout, tak jsem ležela do večera na zemi než přišla dcera a odvezla mě do nemocnice, zlomila jsem si krček.*“ R6 se cítí v bezpečí na posteli. Na přivolání pomoci mají respondenti k dispozici mobilní telefon.(R9/14, R7/18,19, R6/19, R5/29)

U respondentů z domova pro seniory z rozhovorů vyplynulo, že se cítí být v bezpečí díky tomu, že se dovolají pomoci 24 hodin denně. R3 uvedl: „ *Potřebuji vědomí, že se dovolám pomoci a ten zde mám.*“ Každý respondent má zvonek k přivolání sestry. R1 je imobilní a sdělila: „ *Na posteli mam postranice , když se něco děje, tak si zazvoním na sestry a ony přijdou, v noci chci mít rozsvíceno v předsíni.*“ R2 potřebuje mít svoji ženu a pak se cítí bezpečně. (R1/23,24, R2/19, R3/ 22, R4/15,16)

4.2.2 Sociální interakce

Podkategorie se zaměřuje na četnost styku s vrstevníky, rodinou, přáteli. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 9 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny uváděli každodenní kontakt s rodinou, styk s pravnoučaty. R11 se denně vidá se sousedkou. R8 dvakrát do roka navštěvují osadníci z Rumunska. R12 se s kamarády nestýká, protože převážná část umřela , nebo už nejsou v kondici.

R10, starající se o seniora s demencí, uvedl: „ *Kamarádky přijdou tak 2x týdně, chodí už méně, taky už jí mají plnou hlavu, vždycky jim napovídá hromadu nesmyslů.* “ (R8/19, R10/41, R11/19, R12/25)

Tři respondenti v péči terénní služby jsou denně v kontaktu s rodinným příslušníkem a personálem agentury domácí péče. R7 uvedla: „ *Rodinu nemám a v baráku bydlí samý hrozný baby, při kontaktu s nima člověk hned onemocní, tak se jim snažím vyhýbat, ale občas se mi to nepodaří, tak s nimi prohodím pár slov.* “ R5 každé pondělí navštěvuje sousedka. R9 se stýká pouze s dcerou a sdělila: „ *Nedávno jsem byla na odlehčovací službě v domově důchodců a tam to bylo fajn, tam bylo pořád s kým povídat.* “ (R5/33, R6/21, R9/15)

Respondenti z domova pro seniory jsou denně ve styku s rodinou, nebo svými přáteli. Někteří uváděli, že nejlepší přátele a kamarády už nemají. R1 je imobilní a je v kontaktu se sousedkou, sdělila: „ *Kamarádky už nemam, sem tam si popovídám na nějaký veselici se sousedkou, občas za mnou přijde i na pokoj.* “ (R1/25, R2/21, R3/23, R4/17)

4.2.3 Kulturní akce

Podkategorie se zaměřuje na četnosti účasti na kulturních akcích a na škále kulturních akcí. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 10 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny navštěvují kulturní akce v rámci rodinných oslav. R8 doma zpívá se synem, který hraje na harmoniku. R10 uvedla, že by jí rodina ráda někam vozila, ale v místě bydliště a okolí nejsou pořádány akce pro seniory. R12 rád chodil do divadla. Dcera sdělila: „ *V létě jsme ho vyvezli na venkovní představení, ale v polovině jsme museli odjet, byl hrozně unavený. Od té doby jsme nikde nebyli.* “ (R11/21, R10/45, R8/21)

Všichni respondenti v péči terénních služeb odpověděli, že žádné kulturní akce nenavštěvují. Jako překážky uváděli, že neví kam a nemají s kým. R9 uvedla: „ *Mam ráda lidovky, tady poslouchám rádio, ale na tom důchod'áku jsem byla na zábavě a to se mi moc líbilo, ještě teď na to vzpomínám.* “ (R9/17, R7/23, R6/22, R5/34)

Respondenti z domova pro seniory uváděli velkou škálu navštěvovaných kulturních

akcí. R1 ráda chodí na vystoupení s dětmi a na velké zábavy chodí jen na chvíli, protože nevydrží sedět dlouho na vozíku. R3 uvedl: „ *Na kulturu moc nejsem ,spíš na sport. Občas vyrazím na ples a jiné akce pořádané Červeným křížem. Akce tady v domově mi zevšedněly, ale rád jezdím na společné výlety a turnaje s ostatními důchodáky.*“ R2 sdělil, že dříve chodili s manželkou za kulturou často, ale pro zhoršení jeho zdravotního stavu z toho vypadli. Chodí v domově na mši a dětská vystoupení. R4 navštěvuje akce s živou muzikou, které jsou v domově pořádány 1x za měsíc.(R1/28, R2/23, R3/24,25, R4/18,19)

4.2.4 Denní aktivity

Podkategorie se zaměřuje na škálu denních aktivit závislých seniorů. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 11 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny jsou aktivně a jiní pasivně zapojeni do chodu domácnosti. R11 vaří, udržuje domácnost, chodí nakupovat, tráví čas s pravnoučaty. R12 a R8 jsou vysazeni do křesla a sledují přípravu oběda, poslouchají rádio, sledují TV , při hezkém počasí mají možnost trávit čas na zahradě. R8 má v pergole lehátko a uvedla: “ *Když je hezky, jsem nejradši celý den na zahradě, mam tam i lehátko, můžu si ležet pod pergolou a poslouchat ptáčky, někdy jdeme na procházku se psem.*“ R10 poslouchá Šlágr, venku na lavičce před domem si povídá s kolemjdoucími, je zapojována do obvyklých aktivit v domě a na zahradě.(R12/28,30, R11/23, R10/47, R8/23,25)

Respondenti v péči terénní služby uváděli sledování TV, zpěv s rádiem, luštění křížovek, čtení letáků. R9 uvedla: „ *Když se nadzvednu, vidím z okna, přemýšlím a čekám na dceru.*“ Spojení „*čekám na dceru*“ bylo v rozhovorech uvedeno dvakrát. R7 chodí na procházky, dřív chodila s pejskem, ale před rokem umřel a nového si nepořídila.(R9/19, R7/24,R5/36,R6/23)

Respondenti z domova pro seniory uváděli sledování TV, poslech rádia, čtení, procházky kolem rybníků. R1 je ráda venku, vyvází jí sestry nebo dcera. R3 tráví čas se spoluobytelkou, uvedl : „ *Taky jezdí na vozíku. Jsme tu spolu skoro 20 let, trávíme spolu hodně času.*“ (R1/30, R2/25, R3/29, R4/2

4.2.5 Zájmy

Podkategorie se zaměřuje na četnost a škálu zájmů. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 12 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny se snaží věnovat svým zájmovým činnostem. R8 ráda plete ponožky. R12 rád hraje karty a společenské hry, je zapojena celá rodina, hlavně děti. R11 má se sousedkou společnou zahrádku, kde si pěstují zeleninu, ovoce a pár kytiček pro radost. Ještě v 80-ti jezdila každý rok na dovolenou k moři, ale teď už jí to zdravotní stav nedovolí. R10 odpověděla: „*Ráda jsem pletla a četla, ale teď na nic nemám náladu.*“ Osoba pečující potvrdila: „*Je těžké ji k něčemu namotivovat, vše odmítá, nic jí nezaujme.*“ (R8/27, R10/52,54, R11/26, R12/32)

Respondenti v péči terénní služby ve třech případech sdělili, že nemají žádné záliby. Z rozhovorů vyplynulo, že ve vykonávání zálib jim brání bolest rukou, neschopnost dostat se na zahradu, nechut' něco vykonávat. R7, jako jediný, uvedl zálibu v pečování o květiny. (R9/21, R7/26, R6/24, R5/38)

Respondenti z domova pro seniory uváděli: čtení, sledování TV. R4 se lišil poslechem vážné hudby, uvedl: „*Sednu si do křesla, pustím si to nahlas a poslouchám. To si parádně odpočinu a hlavně mi to pomáhá, když je smutno po ženě.*“ R3 sleduje sportovní zápasy (R1/32, R2/27, R3/30, R4/22)

4.2.6 Psychická kondice

Podkategorie se zaměřuje na způsob udržování respondentů v psychické kondici. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 13 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny sdělovali, že se udržují v psychické kondici sledováním TV, a to hlavně zpráv, četbou denního tisku. R11 řekla, že se udržuje v kondici stykem s mladou generací. Jedna s pečujících osob uvedla: „*Každé ráno jí opakuji, jaké je datum. Kupujeme jí noviny. Ráda bych s ní dělala více, ale nevím co a jak, doktorka s ničím neporadí, nevím kde sehnat informace.*“ (R12/34, R11/28, R10/56, R8/28)

Respondenti v péči terénních služeb zprvu shodně odpovídali, že „neví“, posléze uváděli sledování zpráv v TV. (R9/22, R7/27, R6/25, R5/40)

Respondenti z domova pro seniory uváděli sledování zpravodajství, luštění křížovek a sudoku, kontakt s přáteli. R1 odpověděla, že neví. Bylo zmíněno, že v zařízení je možné navštěvovat cvičení paměti, ale žádný z respondentů se ho neúčastní.(R1/33, R2/27, R3/30,R4/25)

4.2.7 Komunikace

Podkategorie se zaměřuje na způsob a četnost komunikace. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 14 (příloha 7).

Komunikace u respondentů v péči rodiny probíhá v průběhu celého dne s členy domácnosti, či pomocí mobilního telefonu s rodinnými příslušníky. R10, starající se o seniora s demencí, uvedla: „ *Pořídili jsem jí mobilní telefon, aby si mohla volat s ostatními příbuznými, ale nenaučila se ho ovládat, plete si to s ovladačem na TV.*“ R12 mluví velmi pomalu a s velkou námahou. Osoba pečující sdělila: „ *Snažíme se ho pořád nutit, aby odpovídal, z legrace si říkáme jazykolamy, ty měl vždycky rád.*“ (R12/36, R11/29, R10/56,R8/30)

Respondenti v péči terénních služeb uvedli, že komunikují pouze s pečovatelkami a dcerou. Z rozhovorů vyplynulo, že hovory jsou krátké. R9 konstatovala: „ *Nezdrží se dlouho, vždycky někdo přijde jenom , že musí a zase chvátá odejít pryč, jsem tu pořád sama.*“ R7 sdělila , že společnost nevyhledává.(R9/23, R7/28, R6/26, R5/41)

Respondenti z domova pro seniory uváděli, že komunikují denně se svými příbuznými mobilním telefonem . Jeden z respondentů píše dopisy. R2 komunikuje denně s manželkou, uvedl: „ *Hovoříme celý den, už jsme spolu 68 let a pořád si máme co říct.*“ Z rozhovorů vyplynulo, že každý den dochází sociální pracovnice, která si s klienty povídá.“ (R1/34, R2/28, R3/32, R4/27)

4.2.8 Překážky v uspokojování psycho-sociálních potřeb

Podkategorie se zaměřuje na překážky v uspokojování psycho-sociálních potřeb. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 15 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny uváděli překážky v souvislosti s omezenou mobilitou a závratěmi. R11 sdělila: „ *Poznamenal mě úraz, dlouho jsme si nemohla zvyknout, že*

vidím jen na jedno oko, dělalo mi to velké problémy.“ U respondenta s demencí se rodinný příslušník potýká s nezájmem a vzdorovitostí. (R12/38, R11/32, R10/61, R8/32)

U respondentů v péči terénních služeb jsou překážkami zhoršená chůze, bolest, špatný zrak. R9 uvedla. „ *Nemůžu chodit, schody nevyjdu a tak čekám, až někdo přijde.*“ (R9/ 25, R7/29, R6/27, R5/43)

Respondenti z domova pro seniory shodně uváděli omezení ve svém zdravotním stavu a to hlavně v souvislosti s mobilitou. R3 uváděl překážky v souvislosti s elektrickým vozíkem, odpověděl.: „ *Tady v domově je to dobrý, ale jinde mam s vozíkem problémy. Je vždycky lepší, když se mnou někdo jede. To si musím dopředu domluvit s Olinkou (sociální pracovnice), nebo se staniční.*“ (R1/36, R2/30, R3/36, R4/28)

4.3 Edukace závislých seniorů

Kategorie edukace závislých seniorů je rozdělena do podkategorií: dieta, diabetes melitus, pády a úrazy, inkontinentní pomůcky, kompenzační pomůcky, užívání léků.

4.3.1 Dieta

Podkategorie je zaměřena na informovanost o dietním omezení a na zdroj informací. Vytčené body jsou znázorněny ve schématu 16 (příloha 7).

Žádný z respondentů v péči rodiny nemá doporučeno dietní omezení. Pouze u jednoho je strava upravována na mixovanou. (R8/33, R10/63, R11/34, R12/39)

Tři respondenti v péči terénních služeb nemusí dodržovat žádnou dietu. Jedna respondentka je diabetik, je si vědoma, že nesmí sladké, ale někdy si něco dobrého dá. Sestry z domácí péče jí upozorňují na nevhodné potraviny, respondentka však uvedla, že si z toho nic nedělá. (R5/45, R6/28, R7/30, R9/26)

Dva respondenti z domova pro seniory nemají žádné dietní omezení, u jednoho z nich je podávána speciální nutriční výživa na podporu hojení rány. Dva respondenti dodržují diabetickou dietu. Shodně sdělili, že nesmí sladké, musí jíst pravidelně, vícekrát denně a menší porce. R4 správně uvedl: „*Hlavně se musím najíst po aplikaci inzulínu.*“ Z rozhovorů vyplynulo, že informace jsou podávány staniční sestrou,

lékařem, a diabetologem formou informačního letáku. (R1/29,31, R2/38, R3/32, R4/37)

4.3.2 Diabetes melitus

Podkategorie je zaměřena na informovanost o komplikacích diabetu a na zdroj informací. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 17 (příloha 7).

V péči rodiny není žádný z respondentů diabetik.(R12/49, R11/41, R10/76, R8/38)

Respondentka v péči terénní služby je informována o možné hypoglykémii a riziku vzniku diabetické nohy. Svými slovy řekla: „ *Musím se po inzulínu najíst, jinak by mi bylo zle a mohla bych omdlít. Bojím se černý nohy, snad se mi to vyhne.*“ Kde informace získala, nevedla. (R5/59, R6/35, R7/38, R9/31)

Respondenti z domova pro seniory shodně uvedli dodržování dietních omezení, péči o DK, kontroly u očního lékaře. R4, závislý na inzulínu, ještě dodal pravidelné kontroly hladiny cukru v krvi s následnou konzultací s diabetologem. Informace byly získány od sester a v ordinaci diabetologa.(R4/44,46,48, R3/47, R2/41, R1/45,47)

4.3.3 Pády a úrazy

Podkategorie je zaměřena na preventivní opatření proti pádu a úrazu a na zdroj informací. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 18 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny, schopni chůze, uváděli shodně zvýšenou opatrnost. Kupují pevnou obuv, užívají kompenzační pomůcky. V jednom případě byl uveden protiskluzový nástavec na hůlku. K zabránění pádu z lůžka jsou v domácím prostředí používána křesla. U R12 je zakoupena postel s postranicemi. U R10, který je postižen demencí, bylo uvedeno pečující osobou: „ *Na chůzi má chodítka, které nepoužívá, zábrany u postele nám odstěhuje, mobil u sebe nenosí.*“ Z rozhovorů vyplynulo, že informace si vyhledávají osoby pečující samy od známých, z internetu. R12 odpověděl: „ *Informace člověk nasbíral časem. Musela jsem se pít a vyptávat, nikdo mi sám od sebe nic neporadil.*“ (R12/45, R11/39, R10/73, R8/37)

U respondentů v péči terénních služeb byl opakovaně používán výraz „ opatrnost.“ Pro zajištění na lůžku je používáno křeslo, pro zajištění v křesle stolek. R7 uvedl: „ *Dávat pozor a v nejhorším případě si volat pomoc. Nosím pevnou obuv a snažím se*

mít u sebe pořád mobil.“ Kým jsou informace podávány z rozhovorů není patrné. (R9/30, R7/36, R6/33, R5/55)

U třech respondentů z domova pro seniory byly uváděny postranice na lůžku, také opatrnost a pevné boty. Z rozhovorů se ukázalo, že edukace je opakovaně prováděna sestrami. R4 toto potvrzuje slovy: „ *Sestry mě varovaly před rychlým vstáváním a že si mam zazvonit, kdybych se motal.*“ (R1/43,44, R2/38, R3/43, R4/41,43)

4.3.4 Inkontinentní pomůcky

Podkategorie je zaměřena na informovanost, a zdroj informací o inkontinentních pomůčkách. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 19 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny se shodli na tom , že informace si vyhledávají sami, a to na internetu nebo od známých. Ve dvou případech byla shodně uvedena obezřetnost lékařů v předepisování pomůcek pro inkontinenci. R12 uvedl: „ *Člověk musí být dotěrný, doktoři jsou opatrní napsat něco navíc.*“ R10 toto potvrzuje: „ *U doktora se nedozvíte nic, musela jsem si říct i o to, aby mi napsal kalhotky.*“ (R8/35, R10/70, R11/36, R12/41)

U respondentů v péči terénní péče z rozhovorů vyplynulo, že pomůcky pro inkontinentní jsou zařizovány rodinou. Sami respondenti informace nemají. V jednom případě předepisované množství pomůcek nevystačí a je přikupováno dcerou. R7 inkontinencí netrpí, zná vložky a plenkové kalhotky a rady by hledala u lékaře. (R5/52, R6/31, R7/33, R9/28)

Respondenti z domova pro seniory se ve všech případech shodli, že vše zařizují sestry a na ně se mohou vždy s radou obrátit .R4 uvedl: „ *Nepotřebuji je a tak se nezajímám. Věřím, že kdyby náhodou, tak se sestřičky postarají. Staniční už se mě jednou ptala, jestli nemam problémy.*“ R3 sdělil: „ *Vím všechno, co potřebuji, ale hlavně to ví sestry. Když se něco změní, přijde mi to staniční říct. Ted' se zrovna chystají změny s podložkami, snad budeme muset doplácet.*“ (R4/37, R3/40, R2/36, R1/41)

4.3.5 Kompenzační pomůcky

Podkategorie je zaměřena na informovanost o používání kompenzačních pomůcek a

na zdroj informací. Vytýčené body jsou znázorněny ve schématu 20 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny se nezajímají, informace získávají osoby pečující od známých a z internetu. R11 uvedl: „*Mám hůlku a pomůcky v koupelně, obracela bych se na vnučku.*“ R12 pomohla k získání invalidního vozíku nemocnice, vše zařizovala osoba pečující. V domácím prostředí jsou používány hůlky, madla v koupelně, invalidní vozík, chodítko, WC křeslo. (R12/44, R11/38, R10/72, R8/36)

Respondenti v péči terénních služeb užívají chodítko, WC křeslo, hůlku. O způsobu používání kompenzačních pomůcek jim nikdo nic neříkal, v jednom případě byl respondent edukován na rehabilitačním oddělení v nemocnici. R6 konstatoval: „*Nic nepoužívám, i když invalidní vozík by se mi hodil, aby mě mohla dcera vyvést ven, tam jsem nebyla několik let.*“

(R9/29, R7/34, R6/31, R5/54)

Respondentům z domova pro seniory jsou informace shodně podávány rehabilitační a staniční sestrou. R4 používá berle a s těmi ho naučili chodit na rehabilitačním oddělení v nemocnici. R3 používá elektrický vozík a veškeré informace mu podal pracovník Meyry (výrobce a servis vozíku). (R1/42, R2/38, R3/43, R4/40)

4.3.6 Užívání léků

Podkategorie se zaměřuje na způsob přípravy a užívání léků a na zdroj informací. Vytýčené body jsou znázorněny ve schématu 21 (příloha 7).

U respondentů v péči rodiny jsou ve třech případech léky zajišťovány u lékaře osobou pečující. R11 je k lékaři pro recepty dopravena dcerou, společně léky vyzvednou v lékárně a dále již s léky hospodaří sama. U ostatních respondentů podává léky osoba pečující. U R12 je nutno léky drtit. R10, trpící demencí, byla pro nesprávné užívání léku hospitalizována v nemocnici s celkovou dekompenzací stavu. Osoba ošetřující sdělila: „*Léky připravuji já a nenápadně kontroluji, zda je spolkla. Stávalo se, že si nepamatovala jestli si je vzala a brala je několikrát, a tak skončila v nemocnici. Teď jsou zásoby zamčený a klíč mam já.*“ (R8/34, R10/65, R11/35, R12/40)

Žádný z respondentů v péči terénních služeb si léky nepřipravuje sám. Léky jsou připravovány rodinným příslušníkem a nebo sestrou z domácí péče. Jsou používány

týdenní dávkovače na léky. R5 uvedla: „ *Dcera mi to dává do kalíšku, nejde mi to vydávat, mam chromý ruce a ty prášky jsou tak malý a jako živý.*“ Recepty jsou zajišťovány rodinným příslušníkem, v jednom případě je využívána pečovatelská služba.(R5/48, R6/29, R7/31, R9/27)

Respondenti z domova pro seniory se shodli, že léky jim zajišťují, připravují a podávají sestry. Na konci měsíce respondenti zaplatí doplatky za léky. R1 dostává léky rovnou do pusy, uvedla: „ *Mně by to všude padalo.*“ Když potřebují něco v lékárně, osloví staniční sestru a ta potřebné zařídí.(R4/34, R3/39, R2/34, R1/39)

4.4 Dostupnost péče u závislých seniorů

Kategorie dostupnost péče u závislých seniorů je rozdělena do podkategorií: představy, četnost, finance, překážky a výkony.

4.4.1 Představy

Podkategorie je zaměřena na představy o poskytování potřebné péče. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 22 (příloha 7).

U třech respondentů, kteří jsou v péči rodiny, vyplynulo, že jsou představy s poskytovanou péčí naplněny. Jsou s péčí rodinných příslušníků velmi spokojeni. Pečující o R10 odpověděl:“*Nikdy bych tatínka nedala do zařízení, nikdo by mu nevěnoval tolik času a nedal takovou péči, jako já doma.*“ Jeden z respondentů odpověděl:“ *Možná bych raději byla v důchod'áku, překážím jim tady.*“ jednalo se o respondenta postiženého demencí a s narušenou vazbou mezi ošetřující osobou., která uvedla:“ *Nemá ve mně důvěru, pořád mě obviňuje, snad by se v zařízení cítila lépe.*“ (R12/51, R11/43, R10/77, R8/39)

Analýza výsledku z oblasti terénních služeb ukázala, že jeden respondent uváděl spokojenost a poskytovaná péče probíhá dle jeho představ, ostatní respondenti nejsou s péčí spokojeni a mají jinou představu. Společným negativním znakem byla samota. Uvádím odpověď R5: „*Byla bych radši, kdyby tu se mnou někdo byl, je mi tu celý den smutno.*“ Respondent č.9 měl zkušenost s odlehčovací službou v sociálním zařízení a odpověděl:“*Moc se mi líbilo v tom důchod'áku, člověk tam nebyl tak sám.*“ (R9/32,

R7/39, R6/36, R5/61)

Respondenti z domova pro seniory se společně shodli na spokojenosti se službami a komentovali péči následovně. R3 uvedl: „*Rozhodně bych neměnil, péče je vynikající.*“ Výrok respondenta č.2 zněl takto: „*Jsme spokojeni na výsost*“ Další dva respondenti uvedli , že péče odpovídá jejich představám, a to hlavně v zajištění celodenní péče a v jistotě okamžité pomoci. (R1/ 48, R2/42, R3/48, R4/49)

4.4.2 Četnost

Podkategorie je zaměřena na četnost poskytované péče. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 23 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny, se shodli na celodenním zajištění péče. R10 a R12 shodně odpověděli: „*Je mi k dispozici celý den*“. Dále vyplynulo, že pokud není přítomna osoba pečující, vždy je nahrazena jiným rodinným příslušníkem, který zastane potřebné úkony. R8 toto potvrzuje odpovědí: „*Nikdy tu nejsem sama, když si potřebuje snacha odskočit, je tu se mnou syn.*“ R11, která má přiznán 1.stupeň závislosti, si četnost péče určuje sama. Potvrdila: „*Co potřebuji, si zařídím a nebo mi pomohou děti.*“ (R8/43, R10/81, R11/50, R12/55)

Respondenti v péči terénních služeb v kombinaci s rodinou, s vyšším stupněm závislosti, shodně uváděli návštěvy ošetřujících osob 3x denně. Tyto návštěvy se jim ovšem zdály velmi krátké a hodnotili služby takto: „*Každý se tu zdrží jen chvíli*“, respondent č.5 uvedl: „*Zdrží se tu dohromady dvě hodiny a ten zbytek je tu člověk jako kůl v plotě.*“ R7 s 1.stupněm závislosti si určuje sama četnost služby dle aktuální potřeby. (R5/66, R6/39, R7/42, R9/34)

Z rozhovorů s respondenty z domova pro seniory vyplynulo, že četnost péče v rámci denního režimu je dostačující a v případě zvýšené potřeby mají k dispozici signalizační zařízení. R1 uvedla: „*Já mam zvonek, tak si můžu zazvonit, když něco potřebuji.*“ (R4/54, R3/51, R2/45, R1/51)

4.4.3 Finance

Podkategorie je zaměřena na finanční náročnost poskytované péče. Vytyčené body

jsou znázorněny ve schématu 24 (příloha 7).

U respondentů v péči rodiny nebyly shledány stížnosti na finanční tíseň. Ve třech případech finance spravuje osoba pečující. R10 sdělila: „*Všechno mi zajistí.*“ Respondent s nejlehčím stupněm závislosti uvedl: „*Finanční nouzi nemám. Dostává se mi všeho, co potřebuji.*“ (R12/56, R11/50, R10/83, R8/45)

Respondenti v péči terénních služeb v kombinaci s rodinou se ve dvou případech shodli na tom, že jim finance spravuje rodinný příslušník, který zajistil i terénní služby. R5 uvedl: „*Z důchodu platím nájem a jídlo, dcera mi platí léky, pečovatelky a pleny.*“ R7 konstatovala, že má peněz dost, protože pobírá ještě vdovský důchod. (R9/35, R7/43, R6/40, R5/68)

Tři respondenti v péči domova pro seniory s financemi vychází dobře. Uvádí, že mají vše co potřebují. R3 řekl: „*Vycházím dobře a nijak nestrádám.*“ Jeden z respondentů uvedl, že kvůli lékům musí sahat do rezerv a je pro něj těžké vyjít. (R1/54, R2/46, R3/52, R4/55)

4.4.4 Překážky

Podkategorie je zaměřena na možné překážky a komplikace v poskytování potřebné péče. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 25 (příloha 7).

Respondenti v péči rodiny uváděli rozličné překážky v poskytování péče. Jednou z nich bylo nevyhovující uspořádání koupelny, které komplikuje provádění celkové koupele. Dva uvedli jako překážku schody, v jednom případě toto bylo vyřešeno výtahem, v druhém došlo k přestěhování seniora do přízemí. U respondenta s narušenými rodinnými vztahy byla uvedena jako překážka nechuť seniora ke spolupráci. Jedna ošetřující osoba sdělila: „*Nemám čas žít svůj život, ovlivňuje to chod celé rodiny.*“ (R8/40, R10/80, R11/46, R12/54)

U respondentů, kteří využívají terénní služby, se vyskytovaly překážky v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem, jako je omezená mobilita, neschopnost zdolat schody a tím vzniklé omezení plnit si své záliby. Respondentka uvedla: „*Překážkou jsou mi schody, nemůžu na zahrádku.*“ Z rozhovoru R5 vyllynula překážka v časovém vytížení rodinného příslušníka, který nechce vyslyšet přání seniora. „*Dcera musí chodit do*

práce, nikoho jiného nemam. Uvažovala jsem o domově důchodců, ale dcera o tom nechce ani slyšet.“ (R5/65, R6/38, R7/41, R9/33)

Respondenti z domova pro seniory se jednotně shodli na tom, že v poskytování péče jim nejsou známy žádné překážky. R4 uvedl: *„Máme tu všechno pod jednou střechou, nemusíme nikam docházet, když nechceme.*“ (R4/52, R3/50, R2/44, R1/50)

4.4.5 Výkony

Podkategorie je zaměřena na poskytované ošetrovatelské výkony. Vytyčené body jsou znázorněny ve schématu 26 (příloha 7)..

Z rozhovorů bylo zjištěno, že respondentům v péči rodiny nejsou doma poskytovány lékařem či zdravotnickým pracovníkem žádné úkony. Dva s respondentů v případě potíží navštíví ordinaci OL osobně, kam je dopraví rodina. Ve dvou případech OL navštěvuje pouze osoba pečující k získání receptů. R12 sdělil: *„Doma změříme tlak, hodnoty nahlásím lékaři, ten si to zapíše. Naposled tatínka viděl doktor v nemocnici a to už je skoro dva roky.*“ R8 odpověděl: *„ Já se k lékaři nedostanu, on tady ještě nebyl, ani nevím jaký tady teď je, tamten umřel.*“ (R12/59,62, R11/52, R10/87,88, R8/46,47)

Respondenti v péči terénních služeb ve všech případech uvedli denní provádění hygieny, tři respondenti odebírají obědy, úklidu využívají dva respondenti,. Ze zdravotních úkonů jsou prováděny převazy defektů u dvou respondentů, rehabilitace u jednoho z respondentů. Denně je aplikován inzulín u jednoho respondenta. Nepravidelně jsou prováděny odběry krve, aplikace injekcí na bolest a výměna PMK. (R9/36, R7/44,45, R6/41, R5/70,71)

Respondenti z domova pro seniory uváděli následující zdravotní výkony: podávání léků ve všech případech, rehabilitaci ve třech případech, instalace mastí ve třech případech, aplikace inzulínu, převaz bércového vředu, bandáž DK, měření TK, odběr krve a natočení EKG v rámci preventivní prohlídky OL.(R1/55,56, R2/47,48, R3/53,54, R4/57,58)

5 DISKUZE

Cílem práce bylo zmapování spektra a dostupnosti ošetrovatelské péče o závislé seniory u vybraných poskytovatelů. Záměrem výzkumného šetření této bakalářské práce bylo objasnění potřeb závislých seniorů a zamyšlení se nad rozdíly v poskytované péči u vybraných poskytovatelů. Výzkumné otázky se zaměřovaly na uspokojování fyziologických potřeb, psycho-sociálních potřeb, edukaci a dostupnost péče u závislých seniorů s rozdělením dle poskytovatele péče.

Respondenti byli děleni dle stupně závislosti a z výzkumu vyplynulo, že respondenti prvního a druhého stupně závislosti, s ohledem na poskytovatele péče, nemají zásadní problémy v uspokojování potřeb a poskytované služby jsou jim dostačující. Zásadní rozdíly mezi poskytovateli jsou však u respondentů s vyšším stupněm závislosti.

Vybranými poskytovateli péče byly domov pro seniory, terénní služby (agentura domácí péče, pečovatelská služba) a rodina ve spolupráci s praktickým lékařem.

Mlýnková (2011) uvádí, že domov pro seniory je celoroční pobytovou službou, poskytuje pomoc těm seniorům, kteří nemohou žít sami ve vlastní domácnosti a potřebují trvalou komplexní péči. Respondenti z domova pro seniory potvrzují, že domov pro seniory nabízí jak 24 hodinovou komplexní ošetrovatelskou péči o seniora, tak širokou škálu aktivizačních programů, z kterých si senior může vybírat, což dle výsledků z výzkumu vede ke spokojenosti seniorů využívajících tuto formu péče. Velmi často se setkávám s negativními názory na péči v domovech pro seniory, a když se dotyčné osoby zeptám, kdy se byla naposledy v takovémto zařízení podívat, odpovídá, že už je to dávno. Ano, dříve nebyly podmínky pro klienty v domovech důchodců příliš příznivé, ale tyto doby už jsou dávno pryč. Haškovcová (2010) tvrdí, že aby byl domov pro seniory skutečným domovem, došlo k dramatickým změnám, které charakterizuje jako „vpád domova do domovů“.. Kasárenský typ domovů důchodců je minulostí.

Vybraní respondenti v péči terénních služeb využívali kombinaci domácí péče, pečovatelské služby a péči rodinného příslušníka. V dopoledních hodinách, kdy byli rodinní příslušníci v práci, seniory obstarává terénní služba a vykonává jak odborné tak ošetrovatelské úkony, dle potřeb respondentů. Z ošetrovatelských úkonů se jedná

převážně o provádění ranní hygieny formou celkové koupele na lůžku a dovážky obědů. Odborné úkony zajišťují sestry z ADP. V odpoledních hodinách o seniora pečuje rodina. Mlýnková (2011) uvádí, že terénní služba je odborná zdravotní péče, která je poskytována v domácím prostředí seniora a je určena těm lidem, kteří nemusí být hospitalizováni a u nichž není dostupná potřebná rodinná péče. Poskytovatelem této formy péče je agentura domácí péče. Pečovatelská služba poskytuje péči seniorům v jejich domácím prostředí. Sociální služby jsou placené a zahrnují ošetrovatelské úkony (hygienickou péči, nakrmení apod.), nakupování, péči o domácnost, praní, žehlení, doprovody k lékaři a další asistenční služby. Myslím si, že tyto služby jsou dostačující pro seniory s nižším stupněm závislosti ale u seniorů, kteří potřebují celodenní péči jsou tyto služby naprosto nedostačující. V tomto případě by byla na místě celodenní péče rodiny a pokud tomu brání určité skutečnosti, pak je umístění seniora do sociálního zařízení žádoucí. Mlýnková (2011) uvádí, že při ošetřování seniorů se nejednou setkává s tím, že péče rodinných příslušníků z různých důvodů selhává a je nedostatečná. Bohužel toto tvrzení výsledky výzkumu potvrdily. Respondenti uváděli pracovní vytíženost dcery i pracovníků terénní služby a s tím spojené krátké návštěvy a celodenní samotu. Dle osobních zkušeností musím konstatovat, že časová vytíženost sester v domácí péči je tak značná, že se nedá vytýkat spěšné provedení potřebných úkonů, bez delšího trávení času se seniorem, natož mu dát prostor pro otevřený rozhovor.

Celodenní péče rodiny je podle mého názoru pro seniora nejlepší řešení. Haškovcová (2002) uvádí že dle sociologického výzkumu rodinná a sousedská péče pokrývá 70-80 % potřeb starých lidí. Rodina musí chtít, umět a moci. Kdo chce, tak se naučí, což znamená, že si dovede zorganizovat a zvládne i základní ošetrovatelské úkony. Mlýnková (2011) uvádí, že přestěhování stárnoucího rodiče do bytu svých dětí usnadní péči o seniora, ušetří čas, péče se může rozdělit mezi všechny členy rodiny, senior není sám a s rodinou se cítí bezpečněji. Toto tvrzení výsledky našeho výzkumu jen potvrzují – respondenti v péči rodiny, kteří bydleli ve společné domácnosti, uváděli, že jsou celý den zabezpečeni, kdykoliv během dne mají pomoc na dosah, jsou zapojeni do chodu domácnosti, přirozeně jsou během dne aktivováni, necítí se sami a přítomnost

členů rodiny jim zajišťuje pocit bezpečí a jsou s péčí svých příbuzných velmi spokojeni. Alarmujícím však bylo zjištění, že návštěvní činnost praktického lékaře je nedostačující, spíše žádná. Provádění zdravotních výkonů je delegováno na pečujícího rodinného příslušníka a lékař respondenta neviděl i několik let.

V kategorii uspokojování fyziologických potřeb u závislých seniorů jsme se zaměřili na zvládání hygieny, vyprazdňování, pohybu, stravování, oblékání a péči o prádlo, péči o čistotu prostředí, a na spánek. V oblasti provádění hygieny jsou si poskytovatelé vyrovnáni, jen v domácím prostředí je problémem nevyhovující bytové uspořádání pro koupel respondenta v koupelně a tak jsou prováděny v domácím prostředí celkové koupele na lůžku, na rozdíl od domova pro seniory, kde se celková koupel provádí v centrální koupelně s pomocí kompenzačních pomůcek. V oblasti vyprazdňování byl zjištěn zásadní problém u respondentů v péči terénních služeb, kdy se jim nedostává okamžitého ošetřovatelského zásahu při pokálení a jsou nuceni čekat na pomoc i několik hodin, což u ostatních poskytovatelů je řešeno okamžitě. Dle zkušeností z praxe v domově pro seniory, mohu jen konstatovat, že pokud by se něco podobného stalo klientovi z domova pro seniory, skončilo by to stížností na poskytovanou péči. Na tomto případě se ukazuje, že četnost péče je pro seniora nedostačující a toto zjištění by mělo být signálem pro seniora, či rodinného příslušníka, něco udělat.

V kategorii uspokojování psycho-sociálních potřeb u závislých seniorů jsme se zaměřili na sociální interakci, denní aktivity, zájmy, kulturní akce, komunikaci, pocit bezpečí, psychickou kondici a překážky v uspokojování těchto potřeb. Z analýzy výsledků byly zjištěny zásadní nedostatky u respondentů v péči terénních služeb. Z rozhovorů vyplynulo, že sociální interakce seniorů v péči terénních služeb je zúžena pouze na osoby pečující, kulturní akce nenavštěvují, denní aktivity se omezují na sledování televize, poslech rádia, čtení. Převážná část dne plyne v duchu čekání na osobu pečující. K udržování psychické kondice nejsou cíleně využívány žádné metody. Komunikace probíhá pouze s osobami pečujícími a to ještě v krátkém časovém omezení. S tvrzením Haškovcové (2010), že sociálně aktivizační služby pro seniory tvoří důležitou součást péče a žádný senior žijící v domácím prostředí, by neměl být ohrožen sociálním vyloučením, se plně ztotožňuji. Je žádoucí zaměřit se na aktivním

poskytování a nabízení těchto služeb seniorům v domácím prostředí. Senioři z domova pro seniory a v péči rodiny jsou denně pečujícími podněcováni k smysluplnému trávení volného času. Jsou v neustálé sociální interakci, mají kolem sebe osoby, s kterými si mohou popovídat. To vyvrací tvrzení od Mlýnkové (2011), která uvádí, že potřeba komunikace bývá nedostatečně zajišťována v domovech pro seniory. Pro pocit bezpečí senioři, od všech poskytovatelů péče, shodně uváděli možnost dovolání se pomoci či přítomnost pečující osoby. Překážky v uspokojování psycho-sociálních potřeb byly seniory shodně uváděny, u všech poskytovatelů ,související s omezenou mobilitou.

V kategorii edukace závislých seniorů jsme se zaměřili na informovanost respondentů o dietních omezeních, možných komplikacích diabetu melitu, o správném užívání léků, používání inkontinentních a kompenzačních pomůcek a o prevenci úrazu a pádu. Respondenty v domovech pro seniory edukují sestry pracující v domově. Senioři v péči terénních služeb edukují zdravotní sestry z ADP. U seniorů v péči rodiny bylo zjištěno, že pečujícím rodinám nejsou poskytovány dostatečné informace z ordinace praktického lékaře, jsou odkázáni na samostatné vyhledávání informací z internetu a od známých. Myslím si, že je velká škoda, že byla zrušena funkce geriatrické sestry. Její návrat by byl pro komunitní ošetřovatelství přínosem. Vyřešila by se tím edukace seniorů v domácím prostředí, byla by zajištěná kvalitní odborná pomoc rodinným příslušníkům pečujících o seniory s aktivní nabídkou a koordinací potřebných služeb. Haškovcová (2010) tvrdí, že o rizikových seniorech je třeba vědět a v případě potřeby jim včas a účinně pomoci a to kontaktováním sociálních pracovníků, nebo informováním příslušného praktického lékaře.

V kategorii dostupnosti péče u závislých seniorů jsme se zaměřili na naplnění představ s poskytovanou službou, na možné překážky v péči, na četnost a finanční náročnost péče a na druh ošetřovatelských výkonů. Byla zjištěna skutečnost, že senioři v péči terénních služeb nejsou spokojeni s četností péče, tudíž není naplněna ani jejich představa o poskytované péči. Cítí se být osamoceni. Jako překážky v zajištění potřebné péče v rodině byly uváděny nevyhovující bytové podmínky. V poskytování ošetřovatelských výkonů a zajištění zdravotní péče došlo k alarmujícímu zjištění. Návštěvní činnost praktického lékaře je nedostačující, spíše žádná. Provádění

zdravotních výkonů je delegováno na pečujícího rodinného příslušníka.

Otázkou tedy zůstává, co je potřeba udělat pro závislé seniory v domácím prostředí ?

Zajistit seniorovi vhodné bydlení se správným uspořádáním a vybavením bytu kompenzačními pomůckami a zejména vhodnou úpravou koupelny. Haškovcová (2010) uvádí, že s přibývajícím věkem je důležité odstranit vše, co by mohlo ztěžovat běžný chod domácnosti a hrozilo by riziko úrazu či pádu. S tím souvisí zajištění signalizačních systémů pro případ přivolání pomoci v domácím prostředí, což dle výsledků výzkumu zajišťuje seniorům i pocit bezpečí. Zaměřit a rozšířit terénní služby v nabídce aktivizačních činností, v činnostech vedoucích k udržení psychické kondice seniora a tím zabránit sociální izolaci a vyloučení ze společnosti. Snad by pomohlo zapojit do terénní péče více dobrovolníků. Více se věnovat edukaci a aktivnímu poskytování informací seniorům a pečujícím osobám. A opět se vracím k funkci geriatrické sestry, která by mohla veškerou potřebnou péči koordinovat a provádět depistáž seniorů.

6 ZÁVĚR

Záměrem výzkumného šetření této bakalářské práce bylo objasnění potřeb závislých seniorů a zamyšlení se nad rozdíly v poskytované péči u vybraných poskytovatelů. Na základě tohoto záměru byly stanoveny následující cíle. Prvním cílem bylo zmapovat spektra ošetrovatelské péče o seniory závislých na pomoci druhé osoby poskytované vybranými poskytovateli, druhým stanoveným cílem bylo zmapování dostupnosti péče o seniory závislých na pomoci druhé osoby poskytované vybranými poskytovateli.

Z výzkumu vyplynulo, že respondenti prvního a druhého stupně závislosti, s ohledem na poskytovatele péče, nemají zásadní problémy v uspokojování potřeb a poskytované služby jsou dostačující. Zásadní rozdíly jsou však u respondentů s vyšším stupněm závislosti a to s negativním dopadem na seniory využívající terénních služeb.

Z hloubkových rozhovorů z kategorie uspokojování fyziologických potřeb byly zjištěny následující skutečnosti. V oblasti hygieny nejsou patrné zásadní rozdíly mezi poskytovateli. V uspokojování potřeb v souvislosti s vyprazdňováním je patrné, že respondenti v péči terénních služeb nemají možnost, oproti ostatním poskytovatelům péče, okamžitého ošetrovatelského zásahu a jsou odkázáni na využití vlastních sil a s tím je spojeno zvýšené riziko pádu. Mobilita je nejvíce podporována v domově pro seniory, kde je výhodou přítomnost rehabilitační sestry a vybavenost speciálními kompenzačními pomůckami. V oblasti výživy nebyly zjištěny žádné problémy, strava je u všech poskytovatelů zajištěna a dle sdělení respondentů je dostačující. V péči o prádlo a čistotu prostředí je u všech poskytovatelů využívána pomoc druhé osoby a z rozhovorů nevyplývaly žádné potíže s tím spojené. Potřeba spánku je saturována dle zvyklosti respondentů u všech poskytovatelů.

V kategorii upokojování psycho-sociálních potřeb u závislých seniorů byly zjištěny zásadní nedostatky u respondentů v péči terénních služeb. Z rozhovorů vyplynulo, že sociální interakce seniorů v péči terénních služeb je zúžena pouze na osoby pečující, kulturní akce nenavštěvují, denní aktivity se omezují na sledování televize, poslech rádia, čtení. Převážná část dne plyne v duchu čekání na osobu pečující. K udržování psychické kondice nejsou cíleně využívány žádné metody. Komunikace probíhá pouze s

osobami pečujícími a to ještě v krátkém časovém omezení. Senioři z domova pro seniory a v péči rodiny jsou denně podněcováni k smysluplnému trávení volného času. Pro pocit bezpečí senioři, od všech poskytovatelů péče, shodně uváděli možnost dovolání se pomoci či přítomnost pečující osoby. Překážky v uspokojování psychosociálních potřeb byly seniory shodně uváděny u všech poskytovatelů související s omezenou mobilitou.

Výzkum v kategorii edukace závislých seniorů potvrdil, že pečujícím rodinám nejsou poskytovány dostatečné informace z ordinace praktického lékaře, jsou odkázáni na samostatné vyhledávání informací z internetu a od známých.

V kategorii dostupnosti péče byla zjištěna skutečnost, že senioři v péči terénních služeb nejsou spokojeni s četností péče, tudíž není naplněna ani jejich představa o poskytované péči. Cítí se být osamoceni. Z výzkumu vyplynulo, že financování péče senioři zvládají, i když finanční rezervy jsou minimální. V mnoha případech finance spravuje rodinný příslušník. Jako překážky v zajištění potřebné péče v rodině byly uváděny nevyhovující bytové podmínky. V poskytování ošetrovatelských výkonů a zajištění zdravotní péče došlo k alarmujícímu zjištění. Návštěvní činnost praktického lékaře je nedostačující, spíše žádná. Provádění zdravotních výkonů je delegováno na pečujícího rodinného příslušníka.

Z výzkumu vyplývá, že domov pro seniory nabízí jak 24 hodinovou komplexní ošetrovatelskou péči o seniora, tak širokou škálu aktivizačních programů, z kterých si senior může vybírat, což dle výsledků z výzkumu vede ke spokojenosti seniorů využívajících tuto formu péče.

Závěr této práce by měl směřovat především k podpoře starající se rodiny o závislého seniora, aktivně jí nabízet pomoc a informace prostřednictvím ordinace praktického lékaře. Velmi žádoucí je rozvinout domácí a komunitní formy péče, zajistit dostupnost běžných i specializovaných služeb a zabránit tomu, aby závislý senior žijící ve své domácnosti nebyl ohrožen sociálním vyloučením. Výstupem z této bakalářské práce bude publikace odborného článku v časopise *Medicína pro praxi*. Struktura odborného článku je uvedena v příloze 8.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HAŠKOVCOVÁ, H, 2006. *České ošetřovatelství 10: Manuálek ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, H, 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 1.vyd. Český Těšín: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAŠKOVCOVÁ, H, 2010. *Fenomén stáří*. 2.vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I, B. JURÁŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ, 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN80-86541-12-6.

JAROŠOVÁ, D, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-110-2.

JEDLIČKA, V. a kol., 1991. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-109-8.

KALVACH, Z a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOZLOVÁ, L. a V. KUBELOVÁ, 2009. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 2.vyd. České Budějovice: Vlastimil Johanus Tiskárna. ISBN 978-80-7394-155-0.

KŘEČKOVÁ, N. a M. TŮMOVÁ, 2003. *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*.in sborník č. 2/2003 IZPN-institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad černými lesy: Vivas, 2/2003. ISSN 1213-8096.

KŘIVOHLAVÝ, J, 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.

MALÍKOVÁ, E, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATĚJOVSKÁ, KUBEŠOVÁ,H, 2009. *Akutní stavy v geriatrii*. Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-620-5.

MARKOVÁ, M, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.

MLÝNKOVÁ, J, 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha:

Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

MŮHLPACHR, P, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.

MISCONIOVÁ, B, 1999. *Péče o umírající hospicová péče*. Praha : Národní centrum domácí péče ČR. ISBN neuvedeno.

MISCONIOVÁ, B, 1995. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče ČR ISBN neuvedeno, rok neuveden.

MISCONIOVÁ, B, 1999. *Anamnestika diagnostika a plánování v komplexní domácí péči*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR. ISBN neuvedeno, rok neuveden.

MPSV, 2013. Příspěvek na péči. In: *Portal mpsv.cz*. [online]. [cit.2013-03-09].Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

MPSV. 2010. Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. *Sociální služby*. [online]. [cit. 2010-12-26].
Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_a_odpovedi_22-rev2.pdf

NANDA International, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014* 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

PACOVSKÝ, V, 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia medica. ISBN 80-85526-32-8.

PEJZNOCHOVÁ, I, 2003. *Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné*. 1.vyd. Veverská Bitýška: Hartmann-Rico a.s.. ISBN 80-238-9971-6.

POKORNÁ, A, 2010. *Komunikace se seniory*. 1.vyd.Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.

SCHULER, M, a P, OSTER, 2010. *Geriatric od Ado Z pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1777-8.

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

TRACHTOVÁ, E. a kol., 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-324-8.

ULRYCHOVÁ, L, 2011. *Geriatrický pacient*. Výukový materiál , investice pro rozvoj vzdělávání za přispění EU, státního rozpočtu ČR a Středočeského kraje. ISBN neuvedeno.

ULRYCHOVÁ, L, 2011. *Sociální stárnutí, životní změny*. Výukový materiál , investice pro rozvoj vzdělávání za přispění EU, státního rozpočtu ČR a Středočeského kraje. ISBN neuvedeno.

VENGLÁŘOVÁ, M, 2010. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VOKURKA, M, a kol. 2004. *Praktický slovník medicíny*. 5. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-037-2.

ZACHAROVÁ, E a J. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2062-1

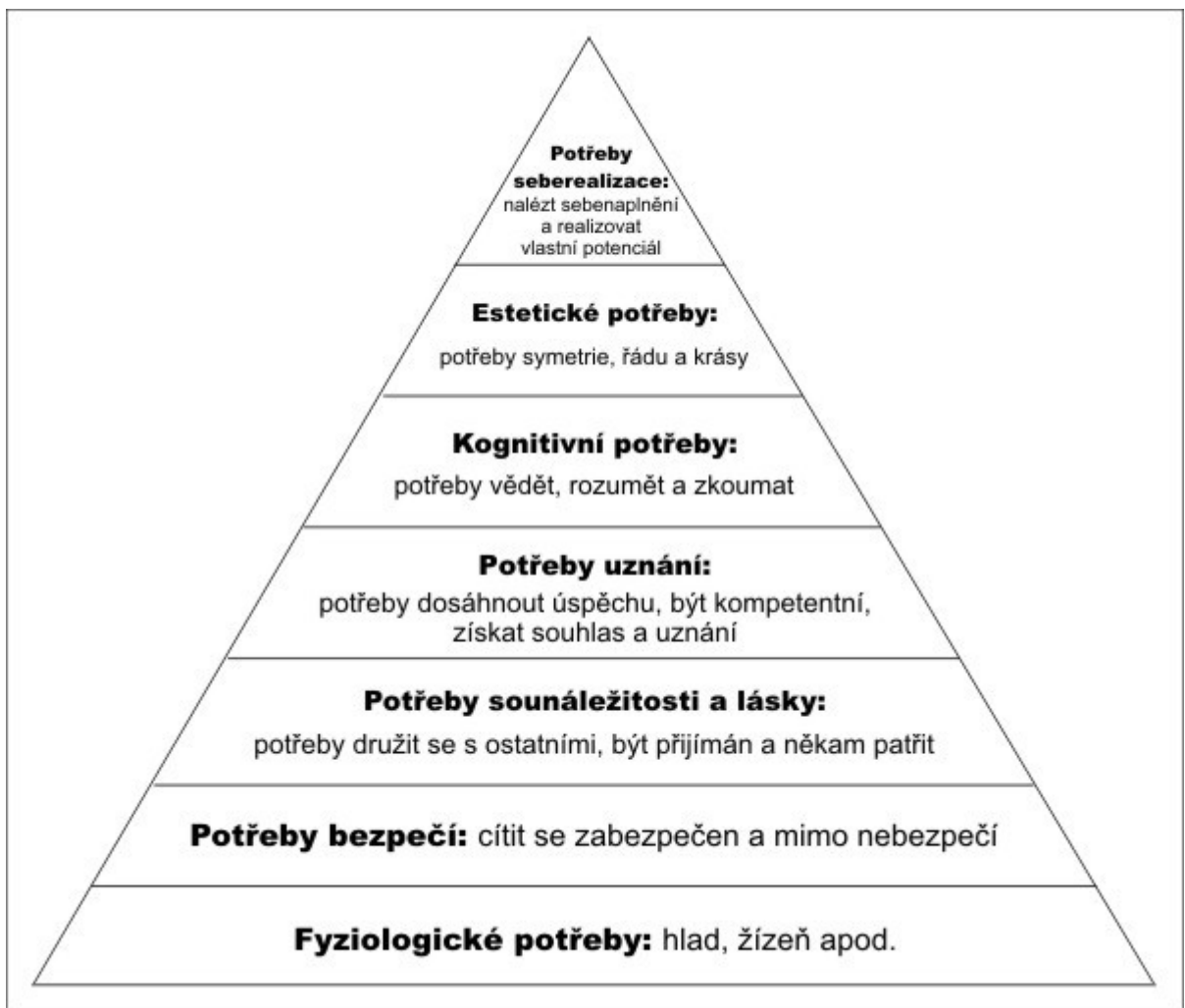
ZAVÁZALOVÁ a kol., 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0326-8.

8 SEZNAM PŘÍLOH

1. Maslowova pyramida potřeb
2. Formy týrání
3. Druhy dehydratace
4. Základní životní potřeby
5. Otázky k hloubkovému rozhovoru
6. Technika kódování
7. Schémata
8. Struktura odborného článku

Příloha 1

MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB



(zdroj : Trachtová a kol., 2010)

Příloha 2

FORMY TÝRÁNÍ

TĚLESNÉ TÝRÁNÍ

Dle Kalvacha a kol. (2008) jde o nejhrubší a nejzjevnější formu týrání. WHO tuto formu definuje jako „způsobení bolesti či zranění, fyzický nátlak a fyzicky či lékově navozené omezení“. Podstatou je záměrné působení bolesti, zraňování nebo odpírání základních tělesných potřeb. Nejčastěji jde o brachiální násilí, bití, cloumání či srážení k zemi, škracení, kopání, pálení, vystavování chladu, mytí studenou vodou. Může docházet i k tzv. pasivní agresy, k odpírání jídla, léků či ošetření při bolesti. Tělesné týrání vede k mnohočetným a opakovaným zraněním, která zůstávají neošetřena, k malnutrici, podchlazení, úzkosti, depresi. Nejzávažnější komplikací bývá subdurální hematom (Kalvach a kol., 2008).

PSYCHICKÉ A CITOVÉ TÝRÁNÍ

Forma psychického, citového, verbálního týrání je častá a obtížně postižitelná. WHO ji definuje jako „působení duševního utrpení“. Jedná se o verbální agresy, urážení, ponižování, znejišťování, šikanování, vyhrožování přestěhováním do ústavního zařízení, likvidování a poškozování předmětů s mimořádným citovým významem pro týraného (osobní památky), agrese vůči domácím zvířatům, bránění v sociálních kontaktech (izolace, deprivace), omezování pohybu (uzavření v místnosti). K závažným formám patří omezování autonomie, soukromí, rozhodovacích kompetencí, vystavení nevhodným ošetrovatelským režimům (Kalvach a kol., 2008).

DALŠÍ FORMY TÝRÁNÍ

Finanční a ekonomické týrání je v seniorském věku velmi časté. Dle WHO jde o „protiprávní či nepřiměřené využívání či přivlastňování majetku a zdrojů starších osob“. Jde o vynucování peněz, vynucování změny závěti, nevýhodné převody majetku, omezování vlastnických a uživatelských práv. Celosvětově narůstá problém zneužívání opatrovnictví u lidí zbavených způsobilosti k právním úkonům (demence). (Kalvach a kol., 2008). Sexuální zneužívání není ani ve stáří zanedbatelný problém. Dle WHO jde

o „ nedobrovolný sexuální kontakt jakéhokoliv druhu, kterému je vystaven starý člověk“. Nejčastější formou je obtěžování a zneužívání navzájem mezi klienty v ústavní péči. K nejčastějším projevům patří nedobrovolné líbání a osahávání, obnažování, exhibicionismus, výjimkou nejsou ani znásilnění starších žen (Kalvach a kol., 2008) Zanedbávání péče přichází v úvahu v rámci opatrovnictví, ústavní péče, poskytování domácí péče a může jít také o opomenutí péče o nesoběstačného člena společné domácnosti (Kalvach a kol., 2008). WHO charakterizuje tuto formu jako „ odpírání či selhání plnit pečovatelské (ošetřovatelské) závazky, bez ohledu na to, zda jde či nejde o vědomý a úmyslný pokus způsobit starému člověku tělesné či duševní potíže a ohrožení“. Zanedbání péče o sebe sama (self-neglect) je označení způsobu života s nedodržením základních hygienických a sociálních norem, s neupraveností, malhygienou tělesnou, v oblečení i v bydlení, často s příznaky malnutrice, parazitaálních a kožních chorob. Jde většinou o lidi, kteří se nesnaží svůj způsob života změnit a často aktivně pomoc sociálních služeb odmítají (Kalvach a kol., 2008). Je možné sem zařadit i Diogenův syndrom který je charakteristický zanedbáváním zevnějšku, zálibou ve špině a nečistotě, sběrem a hromaděním zbytečného odpadu, zvířat, aktivním odmítáním sociálních služeb. Často se jedná o lidi celoživotně svobodné, nadprůměrného intelektu, vyššího společenského statutu

(zdroj : Kalvach a kol., 2008)

Příloha 3

DRUHY DEHYDRATACE

IZOTONICKÁ DEHYDRATACE

Charakteristická současným úbytkem sodíku i vody. Důsledkem je zmenšení objemu extracelulární tekutiny (hypovolémie). Nejčastěji jde o ztráty při léčbě diuretiky, ztráty trávicím ústrojím při průjmech, zvracení, ztráty při popáleninách. Klinicky se objevuje pokles TK, tachykardie, kolapsové stavy ortostatického typu, závratě, pády, oligurie. U geriatrických pacientů často chybí pocit žízně a projevy arteriální hypotenze jsou výraznější. (Kalvach a kol. , 2008).

HYPERTONICKÁ DEHYDRATACE

Je způsobena deficitem čisté bezsolutové vody. Dochází ke zvýšení osmolality, koncentrace sodíku, bílkovin i hemoglobinu. Stoupá viskozita krve. Moč je silně koncentrovaná. Příčinou je nedostatečné hrazení volné vody, ztráta tekutin s nízkou koncentrací iontů např. u diabetes insipidus, glykosurii, při ztrátách hyperventilací, či iatrogeně. Příčinou nedostatečné úhrady ve stáří je ztráta pocitu žízně, kognitivní deficit, delirantní stav, imobilita, bezvědomí, dysfágie, upoutání na lůžko omezujícími prostředky. Objektivním příznakem jsou oschlé sliznice, snížený turgor kůže, hyposmolalita séra, hypernatremie, psychická alterace (Kalvach a kol.2008).

HYPOTONICKÁ DEHYDRATACE

Vzniká tehdy, když ztráta sodíku je větší než ztráta vody. Dochází k retenci čisté bezsolutové vody a důsledkem je přesun vody do buněk, které zvětšují svůj objem, klinicky se projevuje edémem mozku. Tato situace nastává při horkých letních dnech při pocení a pití vody bez soli. Laboratorně nalézáme hyponatremii, hypoosmolalitu séra, nízkou koncentraci sodíku v moči. Dochází ke zvýšení hemoglobinu, hematokritu, celkové bílkovině.

Léčba dehydratace se musí řídit typem postižení a stavem pacienta. Nezbytné je bilančování příjmu a výdeje tekutin, vážení pacienta. Klíčovým při prevenci dehydratace je nezbytné připomínání důležitosti pitného režimu u ležících ale i dementních klientů.

Aktivní pobízení k příjmu tekutin, vedení záznamů o příjmu a výdeji tekutin. U rizikových klientů aktivní sledování možných příznaků dehydratace – suché sliznice, rychlý pokles hmotnosti, oligurie, tachykardie, arteriální hypotenze, psychické alterace (Kalvach a kol., 2008).

(zdroj : Kalvach a kol., 2008)

Příloha 4

ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY

a) Mobilita:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzí po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

b) Orientace:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

c) Komunikace:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

d) Stravování:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

e) Oblékání a obouvání:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

f) Tělesná hygiena:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

g) Výkon fyziologické potřeby:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

h) Péče o zdraví:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

i) Osobní aktivity:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

j) Péče o domácnost:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.

(zdroj : MPSV, 2013. Příspěvek na péči. In: *Portal mpsv.cz*. [*online*]. [cit.2013-03-09].
Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>)

OTÁZKY K HLOUBKOVÉMU ROZHOVORU

Identifikační údaje

1. pohlaví
2. věk
3. choroby
4. stupeň závislosti
5. typ vyžívané zdravotně sociální služby

1. Jak jsou uspokojovány fyziologické potřeby seniora u vybraných poskytovatelů?

- A. Jak provádíte ranní a večerní hygienu? Jak provádíte celkovou koupel ? Jak pečujete o vlasy a nehty? Kdo Vám pomáhá a v jaké míře?
- B. Jak zvládáte používání WC ? Jaké činnosti související s výkonem potřeby Vám činí problémy? Jaké pomůcky související s únikem moči znáte a používáte? Kdo Vám pomáhá a v jaké míře?
- C. Jaké máte potíže při změně polohy ? Jaké kompenzační pomůcky znáte a používáte? Jak se udržujete ve fyzické kondici, jaké cviky znáte? Jaké bariéry máte v místě bydliště a jak je překonáváte? Kdo Vám pomáhá a v jaké míře?
- D. Jakým způsobem se stravujete? Jak si obstaráváte potraviny? Jaké činnosti v souvislosti se stravováním Vám činí potíže? Kdo Vám pomáhá a v jaké míře?
- E. Jakým způsobem zvládáte oblékání, svlékání, obouvání, zouvání? Jak pečujete o osobní a ložní prádlo? Kdo Vám pomáhá a v jaké míře?
- F. V jaké míře zvládáte chod domácnosti a domácí práce ? Kdo Vám pomáhá a v jaké míře?
- G.. Jaká je Vaše kvalita a délka spánku?

2. Jak jsou spokojovány psycho-sociálních potřeby seniora u vybraných

poskytovatelů?

- A. Co potřebujete k tomu aby jste se cítil v bezpečí a zabezpečen?
- B. Jak často se stýkáte se svými vrstevníky , přáteli, rodinou?
- C. Jaké kulturní akce máte rád/a a jak často se jich účastníte?
- D. Jaké jsou Vaše denní aktivity?
- E. Jakým zálibám se věnujete a jak často?
- F. Jakým způsobem se udržujete v psychické kondici?
- G.. Jakým způsobem a jak často komunikujete se svými blízkými?
- H. Jaké máte překážky při uspokojování výše zmíněných potřeb?

3. Jak je zajištěna edukace seniora u vybraných poskytovatelů?

- A. Jaké máte informace o předepsané dietě a kdo Vám informace poskytl?
- B. Jak si připravujete a užíváte předepsané léky, kdo Vám informace poskytl?
- C. Jaké informace máte o inkontinentních pomůckách a jejich používání? Kde jste informace získal/a?
- D. Jaké informace máte o kompenzačních pomůckách a jejich používání ? Kde jste informace získal/a?
- E. Jaké znáte preventivní opatření proti pádu a úrazu? Kde jste informace získal/a?
- F. Jaké zásady dodržujete jako diabetik? Jaké znáte komplikace DM a jak jim předcházíte? Kde jste informace získal/a?

4. Jaká je dostupnost zdravotní péče pro seniora u vybraných poskytovatelů?

- A. Jaká je Vaše představa o způsobu poskytování potřebné péče?
- B. Jaké jsou pro Vás překážky v poskytování potřebné péče?
- C. Jaká je pro Vás četnost poskytované péče dostatečující?
- D. Jak je pro Vás potřebná poskytovaná péče finančně náročná?
- E. Jaké jsou Vám poskytovány ošetřovatelské úkony (injekce, RHB, převazy)?

Příloha 7

SCHÉMATA

- Schéma 1 – hygiena
- Schéma 2 – vyprazdňování
- Schéma 3 – mobilita
- Schéma 4 – výživa
- Schéma 5 – oblékání, péče o prádlo
- Schéma 6 – čistota prostředí
- Schéma 7 – spánek
- Schéma 8 – bezpečí
- Schéma 9 – sociální interakce
- Schéma 10 – kulturní akce
- Schéma 11 – denní aktivity
- Schéma 12 – zájmy
- Schéma 13 – psychická kondice
- Schéma 14 – komunikace
- Schéma 15 – překážky
- Schéma 16 – dieta
- Schéma 17 – diabetes melitus
- Schéma 18 – pády, úrazy
- Schéma 19 – inkontinentní pomůcky
- Schéma 20 – kompenzační pomůcky
- Schéma 21 – užívání léků
- Schéma 22 – představy
- Schéma 23 – četnost
- Schéma 24 – finance
- Schéma 25 – překážky
- Schéma 26 – výkony

Schéma 1 – Hygiena

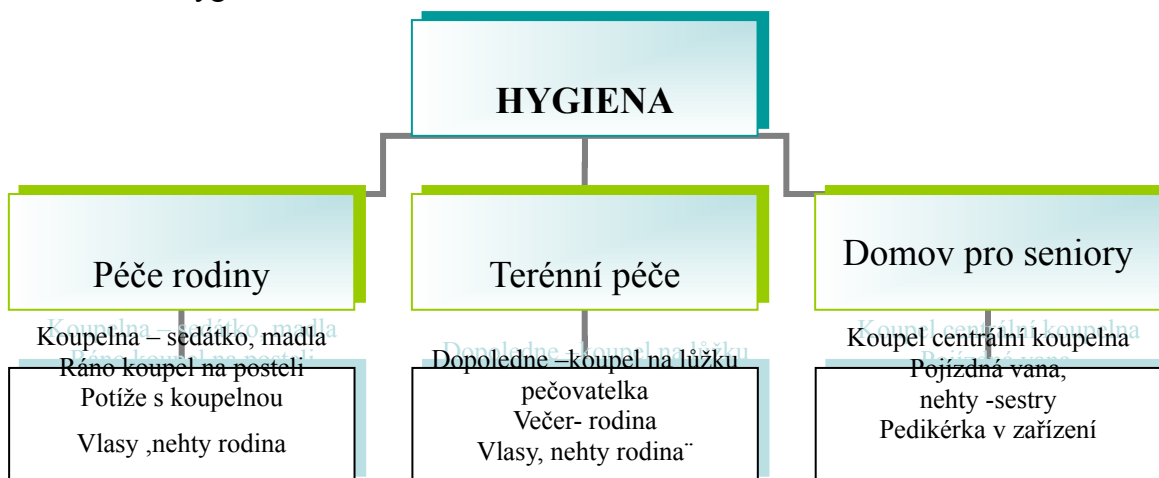


Schéma 2 – Vyprazdňování



Schéma 3 – Mobilita



Schéma 4 – Výživa



Schéma 5 – Oblékání , péče o prádlo

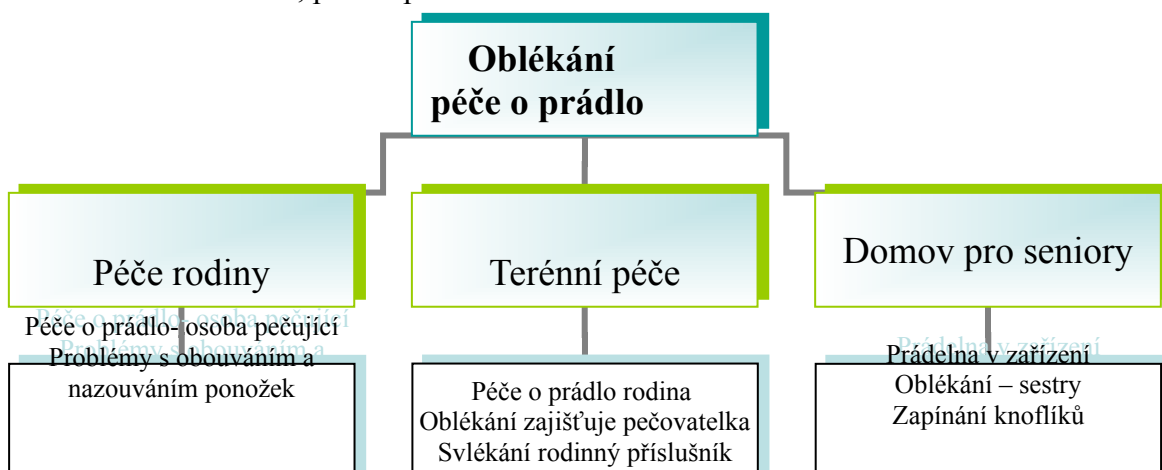


Schéma 6 – Čistota prostředí



Schéma 7 - Spánek

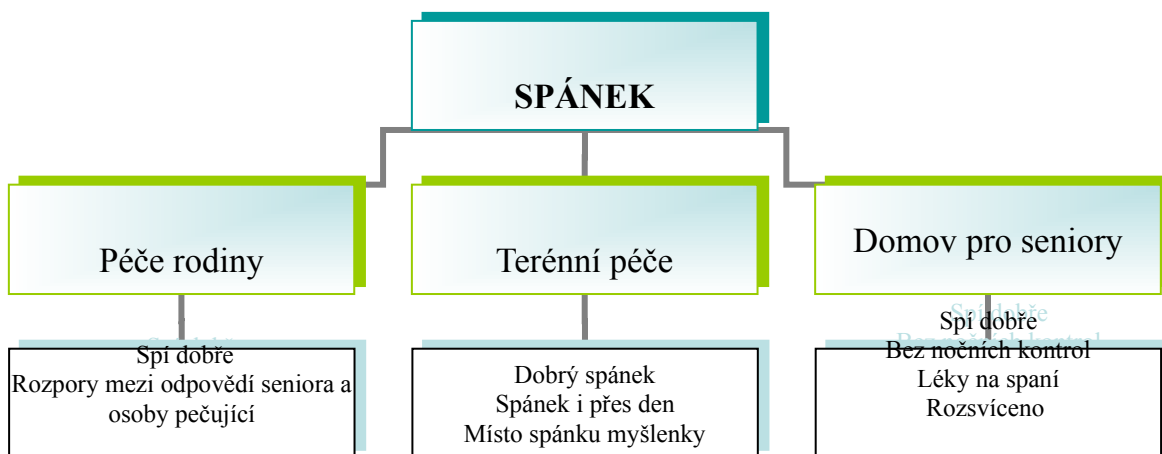


Schéma 8 – Bezpečí

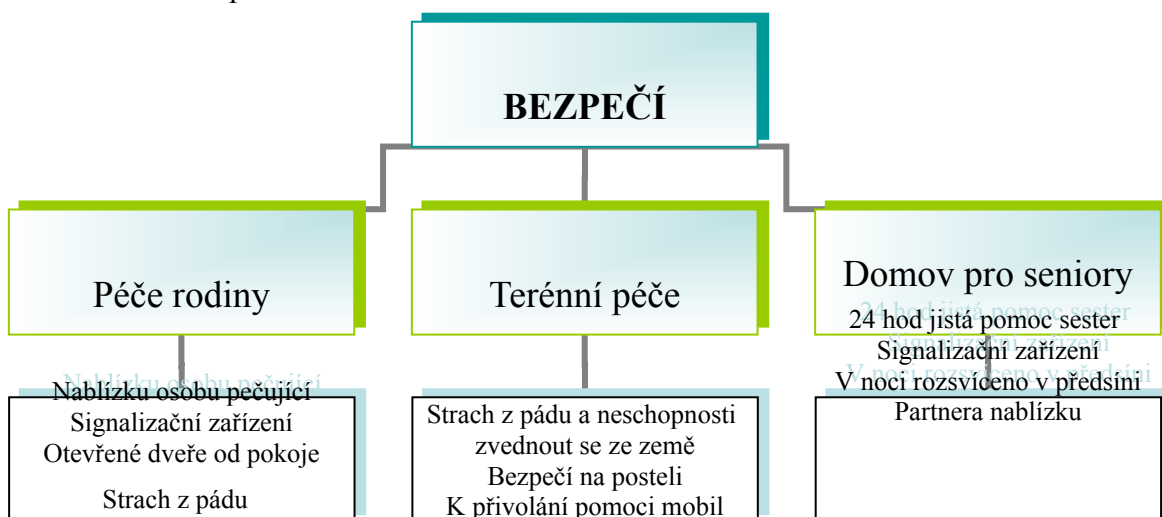


Schéma 9 – Sociální interakce

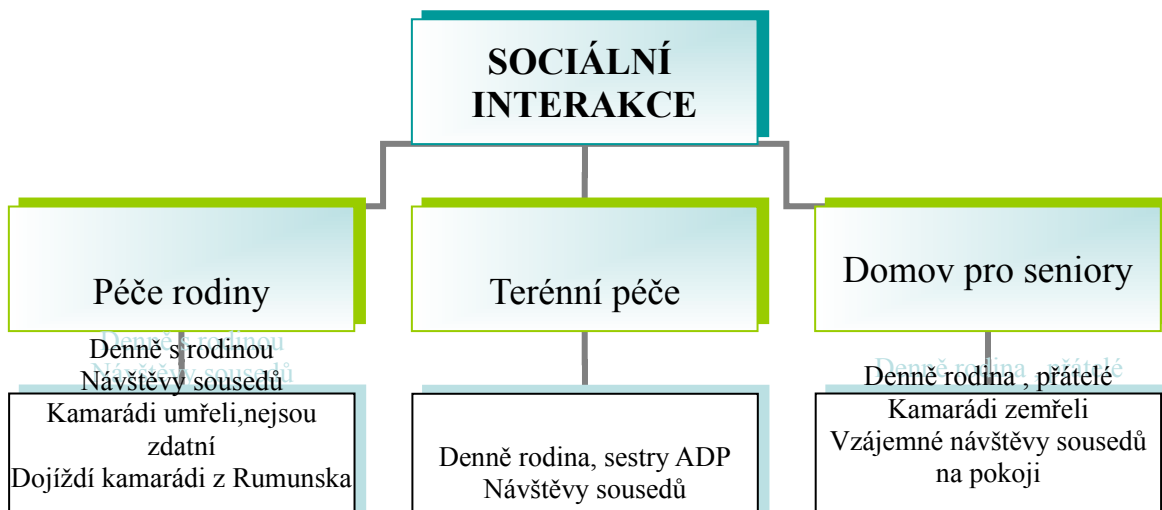


Schéma 10 – Kulturní akce



Schéma 11 – Denní aktivity

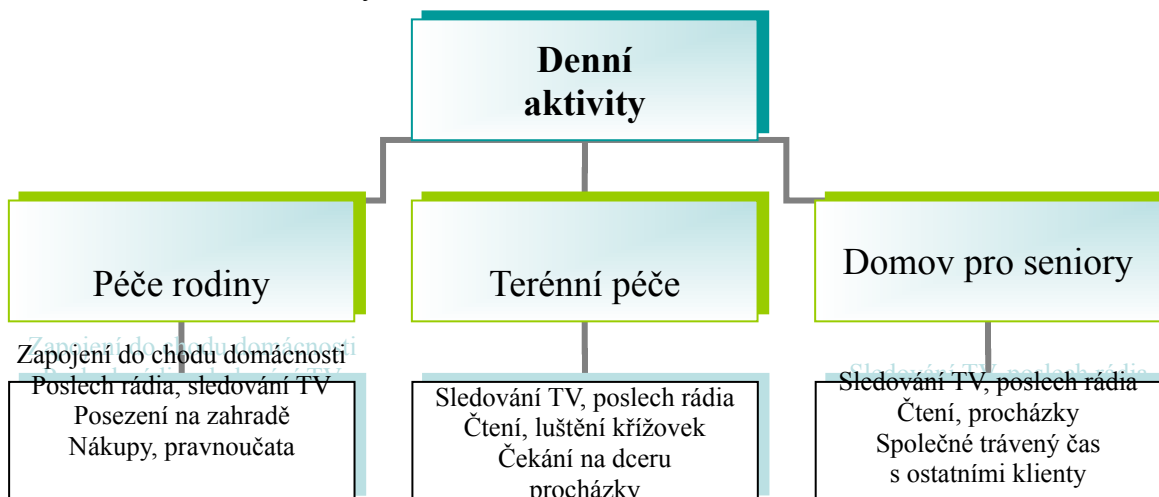


Schéma 12 – Zájmy

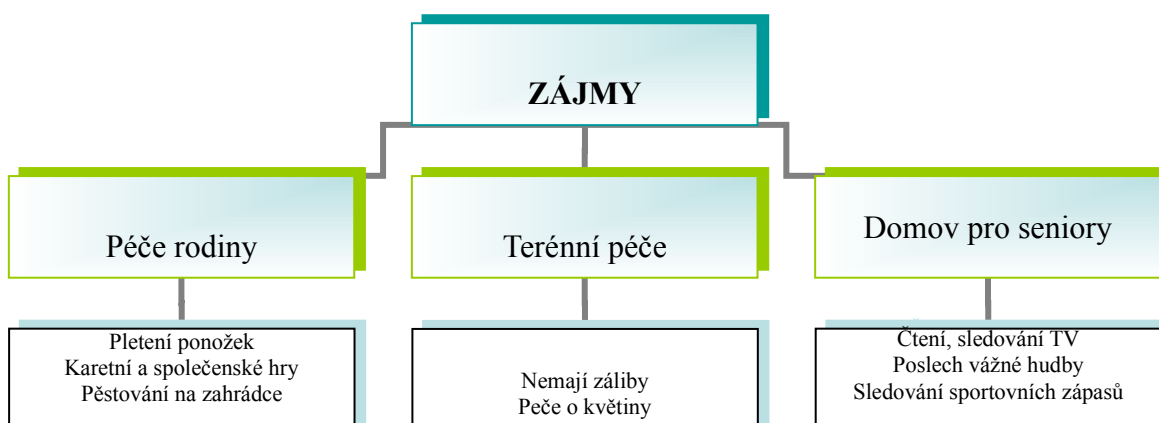


Schéma 13 – Psychická kondice



Schéma 14 – Komunikace



Schéma 15– Překážky



..

Schéma 16 – Dieta

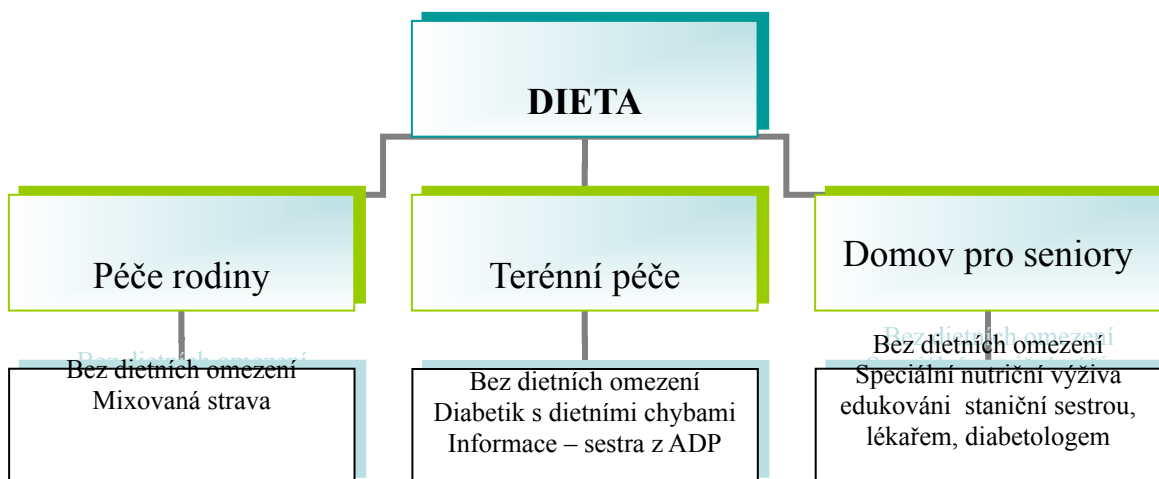


Schéma 17 – Diabetes melitus

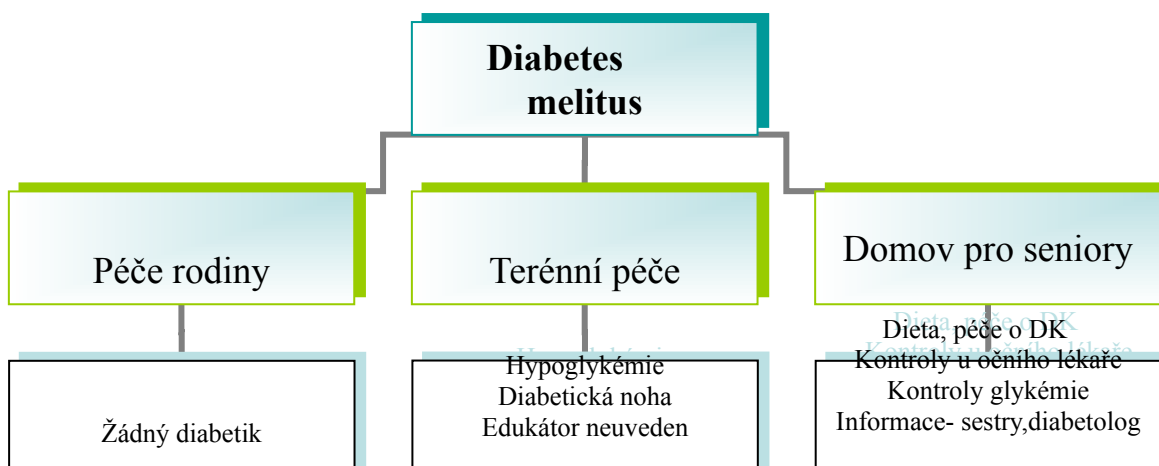


Schéma 18 – Pády a úrazy



Schéma 19 – Inkontinentní pomůcky



Schéma 20 - Kompenzační pomůcky

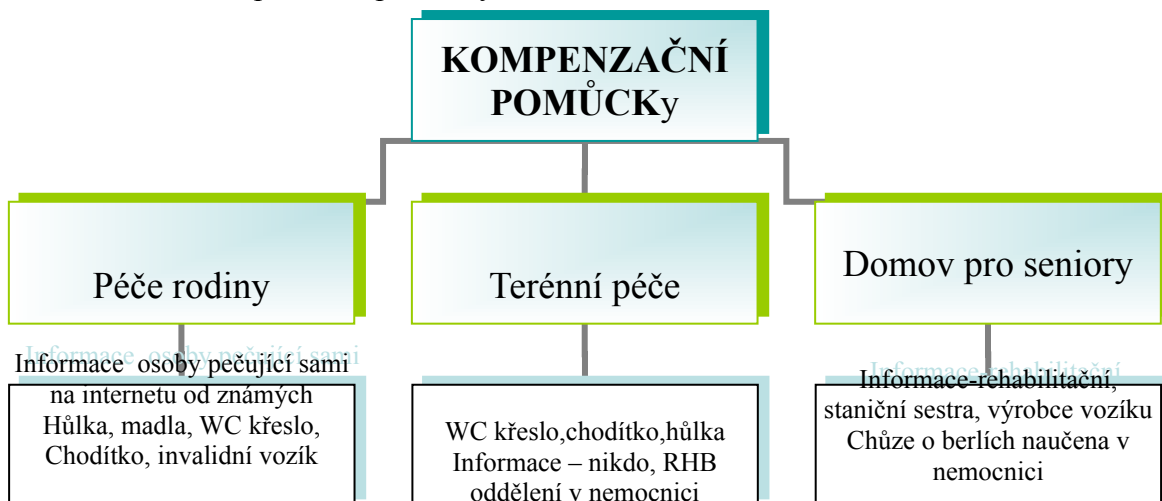


Schéma 21 - Užívání léků

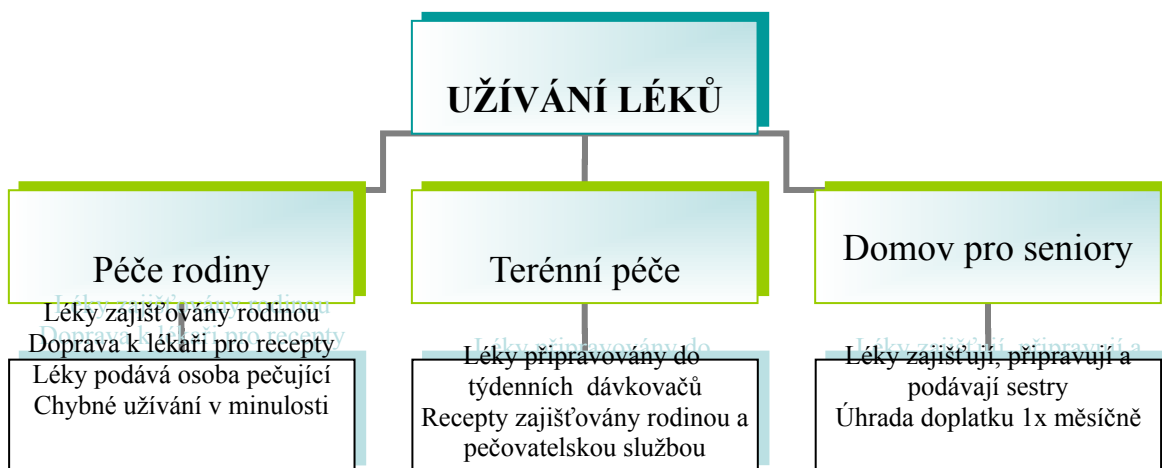


Schéma 22 – Představy o péči

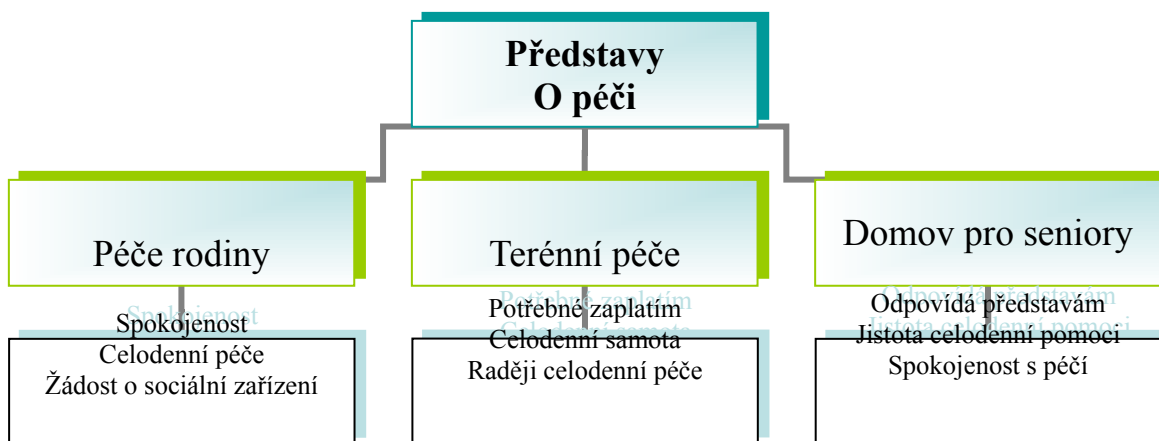


Schéma 23 - Četnost

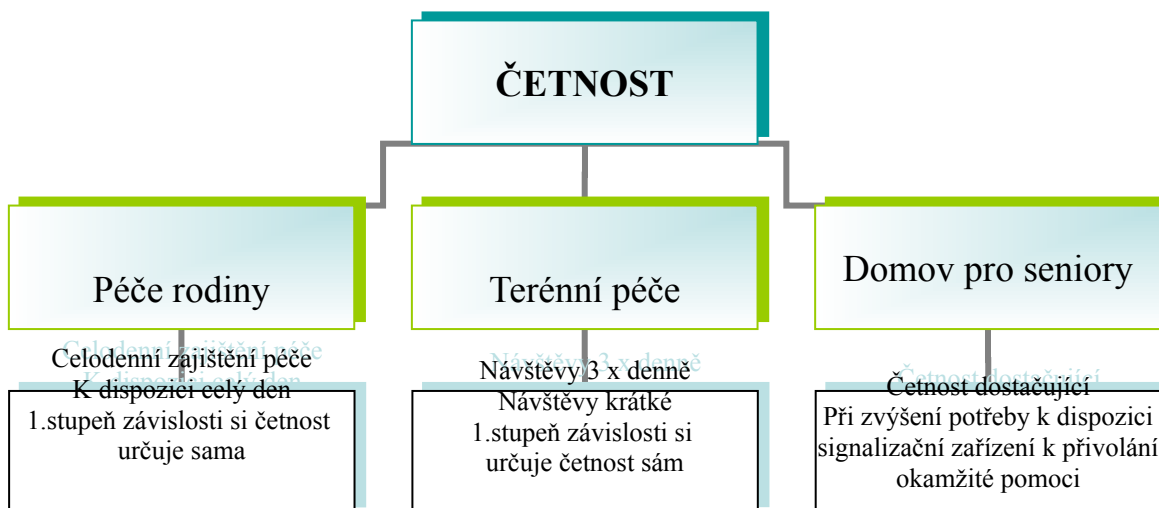


Schéma 24 - Finance

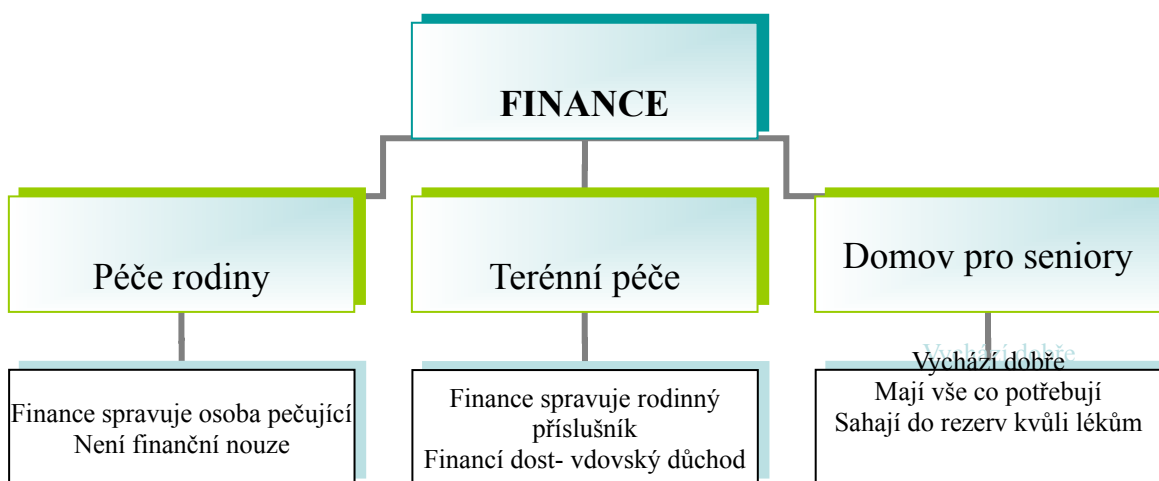


Schéma 25 - Překážky



Schéma 26 - Výkony



Příloha 8

STRUKTURA ODBORNÉHO ČLÁNKU

Téma:

Spektrum ošetrovatelské péče o závislé seniory u vybraných poskytovatelů

Abstrakt:

Senioři a stárnoucí populace jsou aktuálním tématem dnešní doby, stejně jako otázka kdo, kdy a jakým způsobem uspokojí potřeby této stále početnější části obyvatelstva. V pokročilém věku potřebuje člověk stále více pomoci při běžných denních činnostech. Za nejlepší způsob péče o seniora je považována možnost starého člověka zůstat ve svém vlastním domácím prostředí spojená s péčí jeho rodiny. Žít navykklým způsobem ve vlastní domácnosti závislému seniorovi do jisté míry umožňuje agentura domácí péče, která zahrnuje především pečovatelské služby, domácí zdravotní péči a podporuje co nejdelší setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. V domovech pro seniory se poskytují služby osobám, které mají z důvodu vyššího věku sníženou soběstačnost a nejsou schopny samy žít ve vlastní domácnosti. Pak domov pro seniory nahrazuje domácí prostředí, kde mají senioři zajištěnou komplexní péči (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011).

Klíčová slova:

Ošetrovatelská péče, senior, závislost, domov pro seniory, domácí péče, rodina

Thema :

Spectrum of nursing care for dependent seniors with chosen providers

Abstract :

Seniors and elderly are the current theme of this day and age, together with the question who, when and in what way is going be able to meet the needs of this growing group of population. In advanced age a person needs an increasing amount of aid in frequent everyday activities. The best currently acknowledged type of senior care is the possibility to remain in familiar surroundings of own home combined with family care. The chance to proceed with normal life in own home is usually enabled at

least partly by home care agencies whose activities mainly include nursing services, home nursing care and supporting the longest possible stay of the senior in his home environment. Senior homes usually provide care for people with age connected decrease of independency no longer capable to live by themselves. Such a senior home thus replaces the home environment and provides complex nursing care (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011).

Key words

Nursing care, senior, dependence, senior home, homecare, family

Cíle a výzkumné otázky:

Cílem bylo zmapování spektra a dostupnosti ošetrovatelské péče o závislé seniory u vybraných poskytovatelů. Záměrem výzkumného šetření bylo objasnění potřeb závislých seniorů a zamyšlení se nad rozdíly v poskytované péči u vybraných poskytovatelů. Výzkumné otázky se zaměřovaly na uspokojování fyziologických potřeb, psycho-sociálních potřeb, edukaci a dostupnost péče u závislých seniorů s rozdělením dle poskytovatele péče.

Metodika, výzkumný soubor:

Pro zpracování bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. K získání informací byla použita technika hloubkového rozhovoru pomocí otevřených otázek metodou dotazování. Rozhovory byly se svolením respondentů nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány. Získaná data z jednotlivých rozhovorů byla analyzována pomocí metody kódování v ruce, neboli metodou papír a tužka (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007). Byly vytvořeny jednotlivé kategorie a podkategorie. V rozhovorech s jednotlivými respondenty byla vyhledávána nejčastější slova a větná spojení, kterými se respondenti vyjádřili k jednotlivým podkategoriím.

Výzkumný soubor tvořilo 12 respondentů ve věku od 65 do 94 let. Průměrný věk respondentů byl 87 let. Výzkumný vzorek se skládal z 8 žen a 4 mužů. Respondenti byli rozděleni dle vybraných poskytovatelů péče a dle uznaného stupně závislosti. Výběr respondentů byl záměrný. V každé skupině poskytovatelů péče byli pro homogenost

výzkumného souboru zastoupeny všechny stupně závislosti..

Výsledky

Z výzkumu vyplynulo, že respondenti prvního a druhého stupně závislosti, s ohledem na poskytovatele péče, nemají zásadní problémy v uspokojování potřeb a poskytované služby jsou dostačující. Zásadní rozdíly jsou však u respondentů s vyšším stupněm závislosti a to s negativním dopadem na seniory využívající terénních služeb.

U péče poskytované rodinou bylo zjištěno, že návštěvní činnost praktického lékaře je nedostačující, spíše žádná. Provádění zdravotních výkonů je delegováno na pečujícího rodinného příslušníka. Z rozhovorů vyplynulo, že pečujícím rodinným příslušníkům nejsou poskytovány dostatečné informace z ordinace praktického lékaře, jsou odkázáni na samostatné vyhledávání informací z internetu a od známých. U respondentů v péči terénních služeb bylo zjištěno, že se cítí osamoceni. Sociální interakce, komunikace, denní aktivizace respondentů je velmi omezená. V případě potřeby nemají možnost okamžitého ošetřovatelského zásahu. Z výzkumu vyplývá, že domov pro seniory nabízí jak 24 hodinovou komplexní ošetřovatelskou péči o seniora, tak širokou škálu aktivizačních programů, z kterých si senior může vybírat, což dle výsledků z výzkumu vede ke spokojenosti seniorů využívajících tuto formu péče.

Diskuze

Mlýnková (2011) uvádí, že domov pro seniory je celoroční pobytovou službou, poskytuje pomoc těm seniorům, kteří nemohou žít sami ve vlastní domácnosti a potřebují trvalou komplexní péči. Velmi často se setkávám s negativními názory na péči v domovech pro seniory, a když se dotyčné osoby zeptám, kdy se byla naposledy v takovémto zařízení podívat, odpovídá, že už je to dávno. Ano, dříve nebyly podmínky pro klienty v domovech důchodců příliš příznivé, ale tyto doby už jsou dávno pryč. Haškovcová (2010) tvrdí, že aby byl domov pro seniory skutečným domovem, došlo k dramatickým změnám, které charakterizuje jako „vpád domova do domovů“.. Kasárenský typ domovů důchodců je minulostí. Respondenti z domova pro seniory potvrdili, že domov pro seniory nabízí jak 24 hodinovou komplexní ošetřovatelskou

péči o seniora, tak širokou škálu aktivizačních programů, z kterých si senior může vybírat, což dle výsledků z výzkumu vede ke spokojenosti seniorů využívajících tuto formu péče.

Mlýnková (2011) uvádí, že při ošetřování seniorů se nejednou setkává s tím, že péče rodinných příslušníků z různých důvodů selhává a je nedostatečná. Bohužel toto tvrzení výsledky výzkumu potvrdily. Z rozhovorů vyplynulo, že sociální interakce seniorů v péči terénních služeb je zúžena pouze na osoby pečující, kulturní akce nenavštěvují, denní aktivity se omezují na sledování televize, poslech rádia, čtení. Převážná část dne plyne v duchu čekání na osobu pečující. K udržování psychické kondice nejsou cíleně využívány žádné metody. Komunikace probíhá pouze s osobami pečujícími, Respondenti uváděli pracovní vytíženost rodinných příslušníků i pracovníků terénní služby a s tím spojené krátké návštěvy a celodenní samotu seniora.

Celodenní péče rodiny je podle mého názoru pro seniora nejlepší řešení. Haškovcová (2002) uvádí že dle sociologického výzkumu rodinná a sousedská péče pokrývá 70-80 % potřeb starých lidí. Rodina musí chtít, umět a moci. Kdo chce, tak se naučí, což znamená, že si dovede zorganizovat a zvládne i základní ošetrovatelské úkony. Mlýnková (2011) uvádí, že přestěhování stárnoucího rodiče do bytu svých dětí usnadní péči o seniora, ušetří čas, péče se může rozdělit mezi všechny členy rodiny, senior není sám a s rodinou se cítí bezpečněji. Toto tvrzení výsledky našeho výzkumu jen potvrzují – respondenti v péči rodiny, kteří bydleli ve společné domácnosti, uváděli, že jsou celý den zabezpečeni, kdykoliv během dne mají pomoc na dosah, jsou zapojeni do chodu domácnosti, přirozeně jsou během dne aktivováni, necítí se sami a přítomnost členů rodiny jim zajišťuje pocit bezpečí a jsou s péčí svých příbuzných velmi spokojeni.

Závěr

Závěr této práce by měl směřovat především k podpoře starající se rodiny o závislého seniora, aktivně jí nabízet pomoc a informace prostřednictvím ordinace praktického lékaře. Velmi žádoucí je rozvinout domácí a komunitní formy péče, zajistit dostupnost běžných i specializovaných služeb a zabránit tomu, aby závislý senior, žijící ve své domácnosti nebyl, ohrožen sociálním vyloučením.

Otázkou tedy zůstává, co je potřeba udělat pro závislé seniory v domácím prostředí ?

Zajistit seniorovi vhodné bydlení se správným uspořádáním a vybavením bytu kompenzačními pomůckami a zejména vhodnou úpravou koupelny. Haškovcová (2010) uvádí, že s přibývajícím věkem je důležité odstranit vše, co by mohlo ztěžovat běžný chod domácnosti a hrozilo by riziko úrazu či pádu. S tím souvisí zajištění signalizačních systémů pro případ přivolání pomoci v domácím prostředí, což dle výsledků výzkumu zajišťuje seniorům i pocit bezpečí. Zaměřit a rozšířit terénní služby v nabídce aktivizačních činností, v činnostech vedoucích k udržení psychické kondice seniora a tím zabránit sociální izolaci a vyloučení ze společnosti. Snad by pomohlo zapojit do terénní péče více dobrovolníků. Více se věnovat edukaci a aktivnímu poskytování informací seniorům a pečujícím osobám. Myslím si, že je velká škoda, že byla zrušena funkce geriatrické sestry. Její návrat by byl pro komunitní ošetřovatelství přínosem. Vyřešila by se tím edukace seniorů v domácím prostředí, byla by zajištěná kvalitní odborná pomoc rodinným příslušníkům pečujících o seniory s aktivní nabídkou a koordinací potřebných služeb. Haškovcová (2010) tvrdí, že o rizikových seniorech je třeba vědět a v případě potřeby jim včas a účinně pomoci a to kontaktováním sociálních pracovníků, nebo informováním příslušného praktického lékaře. Geriatrické sestra by mohla veškerou potřebnou péči koordinovat a provádět depistáž seniorů.

Literární zdroje:

KALVACH, Zdeněk a kol., 2008.. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

HAŠKOVCOVÁ, H, 2010. *Fenomén stáří*. 2.vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I, B. JURÁŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ, 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerská společnost. ISBN80-86541-12-6.

MALÍKOVÁ, E, 2011.. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MISCONIOVÁ, B, 1995. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče ČR ISBN neuvedeno.

MLÝNKOVÁ, J, 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

PACOVSKÝ, V, 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia medica. ISBN 80-85526-32-8.

ŠVAŘÍČEK, R, a K, ŠEĎOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

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

VENGLÁŘOVÁ, M, 2010. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

ZAVÁZALOVÁ a kol., 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0326-8.