



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Úloha sestry v rozvoji soběstačnosti geriatrického  
pacienta**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Dominika Málová

**Vedoucí práce:** Mgr. Jiří Kaas

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Úloha sestry v rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2017

.....

Dominika Málová

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. Jiřímu Kaasovi za cenné rady, vstřícnost, trpělivost a podporu, kterou mi během psaní mé bakalářské práce poskytl. Dále děkuji všem respondentům za jejich ochotu a čas. Poděkování patří také rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu podporovali.

## Úloha sestry v rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta

### Abstrakt

Cílem předložené práce je zmapovat úlohu sestry v rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta ve zdravotnickém zařízení a v pobytovém zařízení sociálních služeb. V návaznosti na tento cíl byla stanovena hlavní hypotéza: Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají důležitost rozvoje soběstačnosti odlišně než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb.

Empirická část práce byla zpracována pomocí kvantitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník obsahoval otázky zaměřující se na vnímání a postoj sester k udržení a rozvoji soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku v nemocničním zařízení a v pobytovém zařízení sociálních služeb. První část byla zaměřena na základní identifikační údaje, druhá část se zabývala tím, jak sestry vnímají udržení a rozvoj soběstačnosti seniora. Další část měla za úkol zjistit, jak se sestry staví k vykonávání úkonů sebezpečí za částečně soběstačného pacienta. Dále dotazník zkoumal snahu sester využívat kompenzační pomůcky a jejich názor na spolupráci s dalšími specialisty. Získané výsledky byly zpracovány v programu MS Excel pomocí grafů a statistického testování. Výzkumný soubor tvořily sestry, pracující v nemocničních zařízeních a v pobytových zařízeních sociální péče v Jihočeském kraji.

Výsledky práce jsou členěny do 5 oblastí, kde je srovnán pohled a postoj sester pracujících v jednotlivých zařízeních na rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku. Dále popisují názor sester na: vnímání důležitosti rozvoje soběstačnosti seniora, vliv soběstačnosti na kvalitu života seniora, vykonávání úkonů sebezpečí za seniora sestrou a využití kompenzačních pomůcek v udržení a rozvoji jeho soběstačnosti.

Práce poskytuje celkový pohled na pacienta/klienta seniorského věku v oblasti udržení a rozvoje soběstačnosti. Výsledky mohou použít sestry v praxi i studenti nelékařských zdravotnických oborů. Mimo jiné poskytuje důkazy o důležitosti udržení a rozvoji soběstačnosti v rámci poskytování komplexní péče a zlepšování kvality života seniorů. Práce může být podkladem pro další výzkumné šetření.

**Klíčová slova**

Soběstačnost; sebepéče; geriatrický pacienta; ošetrovatelská péče; sestra

# **The role of the nurse in the development of self-sufficiency of geriatric patient**

## **Abstract**

The aim of this thesis is to describe the role of the nurse in the development of the self-sufficiency of the geriatric patient in the health care facility and in the residential social facilities. In connection with this objective, the main hypothesis has been established: Nurses working in a health care facility perceive the importance of developing self-sufficiency differently than nurses working in social care facilities.

The empirical part of the thesis was elaborated using a quantitative research survey, which was carried out using a questionnaire of author's own design. The questionnaire included questions about nursing perceptions and attitudes to maintain and develop the self-sufficiency of a patient/senior-age client in a hospital and social care facility. The first part was focused on basic identification data, the second part dealt with how sisters perceive the maintenance and development of seniors' self-sufficiency. The next part was to find out how nurses are self-serving in a self-sufficient patient. Further, the questionnaire examined the nurses' efforts to use compensatory aids and their opinion of working with other specialists. The obtained results were processed in MS Excel using graphs and statistical testing. The research group consisted of nurses working in hospital facilities and social care facilities in the South Bohemian Region.

The results of the thesis are divided into 5 areas, where the view and attitude of nurses working in individual facilities for the development of self-sufficiency of the patient / client of the senior age is compared. Further, they describe the opinions of the sisters on: the perception of the importance of the development of seniors' self-sufficiency, the influence of self-sufficiency on the quality of the senior's life, the performance of self-care for the seniors and the use of compensatory aids in maintaining and developing their self-sufficiency.

The work provides a general view of the patient/seniors in the field of maintaining and developing self-sufficiency. The results can be used by nurses in practice as well as students of non-medical health care disciplines. It also provides evidence of the importance of maintaining and developing self-sufficiency in providing comprehensive care and improving the quality of life of seniors. The work can be the basis for further research.

**Key words**

Self – sufficiency; self – care; geriatric patient; nursing care; nurse

## **Obsah:**

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Vymezení pojmů gerontologie a geriatrie.....	11
1.1.1 Gerontologie .....	11
1.1.2 Geriatrie .....	11
1.2 Stáří a stárnutí .....	11
1.2.1 Vymezení pojmů stáří a stárnutí .....	11
1.2.2 Změny ve stáří .....	12
1.3 Soběstačnost a sebek péče.....	13
1.3.1 Definice pojmů soběstačnost a sebek péče .....	13
1.3.2 Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti v ošetrovatelství.....	14
1.4 Úloha sestry při hodnocení a rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta.....	17
1.5 Rozvoj soběstačnosti geriatrického pacienta .....	19
1.5.1 Aktivizace geriatrického pacienta.....	19
1.5.2 Léčebná rehabilitace v geriatrii.....	19
1.5.3 Další součásti rozvoje soběstačnosti.....	20
1.5.4 Ergoterapie.....	21
1.6 Zdravotní a sociální péče o seniory.....	22
1.6.1 Zdravotní péče o seniory.....	23
1.6.2 Sociální péče o seniory .....	23
2 Cíl práce a hypotézy .....	24
2.1 Cíl práce .....	24
2.2 Hypotézy .....	24
2.3 Operacionalizace pojmů.....	25
3 Metodika .....	26
3.1 Použité metody.....	26



3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	26
3.3	Zpracování dat.....	27
4	Výsledky.....	28
4.1	Grafické znázornění odpovědí.....	28
4.2	Statistické testování hypotéz.....	47
5	Diskuse.....	55
6	Závěr.....	60
7	Seznam použitých zdrojů.....	62
8	Přílohy.....	65

## Úvod

S narůstající úrovní života ekonomicky vyspělých států a vysokou kvalitou zdravotní péče, dochází k prodlužování střední délky života obyvatel. V současné době není ale vyřešen problém dlouhodobé péče pro seniorskou populaci a společnost není na nastávající demografické změny dostatečně připravena. Proto je naší snahou upozornit na aktuálnost tématu a rozšířit důležitost rozvíjení a udržení soběstačnosti v oblasti geriatrické péče. Tato práce si klade za úkol také poukázat na nepostradatelnou roli sestry, jako nezastupitelné osoby v přímém kontaktu s nemocným, která má největší příležitost podpořit rozvoj soběstačnosti seniora.

Soběstačnost v běžných denních činnostech patří k vysoce ceněným hodnotám, je přirozenou potřebou člověka, a pro mnohé tou nejvýznamnější věcí co mají. Zásadním úkolem a rolí sestry je tedy pomáhat nemocnému v udržení a rozvoji soběstačnosti. Soběstačnost/nesoběstačnost má vliv nejen na tělesný stav člověka, ale i na psychickou a duchovní stránku, sociální interakci a na vnímání sebe sama. Proto je důležité v oblasti geriatrické péče přistupovat k nemocnému individuálně a zároveň na něho nahlížet v holistickém pojetí.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala jednak z důvodu zálibení v geriatrickém oboru, ale také proto, že z mého pohledu dochází v některých případech k nesprávnému jednání sester v oblasti péče pacienta/klienta v oblasti sebepéče a soběstačnosti

## **1 Současný stav**

*„Etika úcty k životu si žádá, abychom vždy nějak a něčím byli lidmi pro lidi“*

A.Schweitzer (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 12)

Na stáří je důležité nahlížet z několika odlišných úhlů, zachovat lidskou individualitu a při péči o pacienta zohlednit jeho stránku psychickou, fyzickou, spirituální i sociální; tedy držet se holistické filozofie.

### **1.1 Vymezení pojmů gerontologie a geriatrie**

#### **1.1.1 Gerontologie**

Dle definice Kalvacha (2004) je gerontologie nauka o stárnutí, stáří a s ním souvisejících problémech. Název samotný je odvozen z řeckého slova geron – stařec, starý člověk a logos - nauka, či věda (Kalvach, 2004). Haškovcová (2006) rozděluje gerontologii na experimentální, sociální a klinickou. Experimentální gerontologie se zabývá biologickými a psychologickými procesy stárnutí člověka. Gerontologie sociální zkoumá sociální a společenské vlivy na proces stárnutí a gerontologie klinická se zabývá specifickými aspekty a postupy v léčbě starých lidí. (Haškovcová, 2006).

#### **1.1.2 Geriatrie**

Geriatrie je oblast medicíny, která shrnuje a zobecňuje napříč všemi obory seniorskou problematiku zdravotního a funkčního stavu. Název je odvozen z řeckého slova geron – starý člověk a iatreia – léčení (Kalvach, 2004). Tradici české geriatrie datuje Kalvach (2004) již k roku 1843, kdy byla projevena první evropská vlna zájmu o danou problematiku. Výše uvedený vědní obor se dále člení na gerontopsychologii, která zkoumá psychické změny ve stáří a gerontopedagogiku, která má svůj význam při pomoci a podpoře uspokojování potřeb seniorů (Kalvach, 2004).

### **1.2 Stáří a stárnutí**

#### **1.2.1 Vymezení pojmů stáří a stárnutí**

V publikaci Kalvacha (2004) je stáří popsáno jako součást přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek změn funkčních i morfologických, které jsou typické individuální variabilitou. Zmíněný proces je ovlivněn faktory, kterými jsou prostředí, zdravotní stav, životní styl, psychická kondice, sebehodnocení a adaptace jedince na dané role. (Kalvach,

2004). V publikaci Klevetové a Dlabalové (2008) není stáří považováno za konečnou etapu lidského bytí, nýbrž za rovnocennou vývojovou fázi, která společně s mládím a dospělostí vytváří celostní obraz lidského života. Kalvach (2004) rozděluje stáří na kalendářní, sociální a biologické. Kalendářní stáří je snadno vymežitelné a není zasaženo starobní důchod. Tento pojem je spojován se změnou životního stylu, sociálních rolí a ztrátou životní úrovně společně se soběstačností. Vymezení biologického stáří se často nedaří a neshoduje. U jedinců se hodnotí výkonnost, kondice i patologie (např. respirační, či mentální) (Kalvach, 2004). Kalvach (2004) ve své publikaci člení kalendářní stáří na mladé seniory (65-74 let), staré seniory (75-84 let) a velmi staré seniory (85 let a více). Ovšem přesné vymezení není jednoduché. Čevela (2012) vymezuje kategorii mladých seniorů již od 60 let. Proto je důležité zohlednit tělesnou a duševní kondici a také genetické předpoklady jedince (Vobr, 2013). Z publikace Dvořáčkové (2012) se dozvídáme, že úpadek tělesných zdatností není typickým jen pro stáří, ale začíná již od rané dospělosti. Po třicátém roce života je popisován úbytek tělesné zdatnosti až o jedno procento za rok (Dvořáčková, 2012).

Poněkud skeptický pohled na stárnutí přináší Langmeier a Krejčířová (2006), kteří ho popisují jako souhrn změn v organismu, které podmiňují pokles schopností jedince a zvyšují jeho zranitelnost. Také Malíková (2011) uvádí, že stáří a proces stárnutí jsou celkově pojímány negativně. S danou problematikou jsou spojovány problémy, jako je ztráta soběstačnosti a mentální zdatnosti, omezení sociální interakce, až ponížení a ztráta lidské důstojnosti (Malíková, 2011). Komplexní a holistická definice je uváděna Jarošovou (2006), která zmiňuje, že stáří zahrnuje aspekt biologický, psychologický, ale i sociální. Podtrhuje individuální charakter a u jednotlivců připouští znatelné rozdíly. Dle autorky lze také shrnout stárnutí jako proces, který je podmíněn vnitřními i vnějšími determinanty a na jehož utváření se podílí více faktorů současně. Je proto důležité, aby se na celý proces stárnutí nahlíželo celostně a zároveň nebyla opomíjena individualita každého seniora (Jarošová, 2006).

### ***1.2.2 Změny ve stáří***

Stáří a změny jsou normality, které se spolu pojí. Na první pohled je snadné rozeznat na seniorech změny tělesné, ale s procesem stárnutí se pojí i změny psychické a sociální. Změny ve stáří jsou podmíněny genetickými faktory a životním stylem (Klevetová, 2008). Venglářová (2007) rozděluje změny ve stáří na tělesné, psychické a sociální.

Mlýnková (2011) uvádí, že v rámci psychických změn dochází ke změnám kognitivních funkcí, tedy ke změně paměti, pozornosti a myšlení. Oproti tomu zůstává nezměněný intelekt, slovní zásoba a jazykové schopnosti (Mlýnková, 2011). Venglářová (2007) ve své publikaci připisuje k psychickým změnám také emoční labilitu, zhoršení úsudku i sebedůvěry a nedůvěřivost v okolí. Dle Jarošové (2006) role pracujícího člověka končí odchodem do starobního důchodu. V souvislosti se sociálními změnami Mlýnková (2011) popisuje, jak z důvodu odchodu do starobního důchodu a pobírání penze, může u seniorů docházet ke ztrátě společenského postavení. Venglářová (2007) k sociálním změnám připojuje také změnu životního stylu, ztrátu blízkých osob, ale také stěhování a řešení problémů souvisejících s finanční tísní. S přibývajícím věkem často přibývají i zdravotní potíže, se kterými dochází ke změnám v aktivitách denního života (Chung a kol., 2017). Biologické stárnutí označuje změny na tělesných tkáních a orgánech. Dochází k oslabení a zpomalení tělesných funkcí a k poklesu adaptačních mechanismů (Klevetová, 2008). Mezi biologické změny řadí Malíková (2011) změnu vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny v trávicím systému, vylučování moči, změny činnosti smyslů a termoregulace a změny sexuální aktivity. Tělesné změny jsou dle Mlýnkové (2011) nejvíce nápadné na pohybovém systému a kůži. Dále probíhají v systému kardiovaskulárním, respiračním, trávicím, pohlavním a nervovém (Mlýnková, 2011).

### **1.3 Soběstačnost a sebepěče**

*„...Zdraví tvoří nepochybně jeden z významných předpokladů kvality života a lidského štěstí, ale samo o sobě je nezakládá...Prožitek kvality života je fenomén plastický a důležité je, že může existovat i v absenci zdraví nebo při jeho výrazné redukci.“*

Haškovcová (Sýkorová, 2007, s. 92)

#### **1.3.1 Definice pojmů soběstačnost a sebepěče**

Dle Dvořáčkové (2012) se za soběstačnost považuje schopnost postarání se o sebe samého, ale i udržování prostředí, ve kterém jedinec žije (byt, dům, aj.). Podobná definice dle Kalvacha (2008) popisuje soběstačnost jako schopnost samostatně uspokojovat své potřeby v daném prostředí. Pokorná (2013) považuje za soběstačného jedince, který je schopen zvládat všechny každodenní činnosti bez pomoci druhé osoby. Kalvach (2008) považuje za důležitý prvek náročnost prostředí. Je velkou chybou považovat člověka za nesoběstačného, pokud žije pro něj v těžkém či nebezpečném prostředí. Mnozí lidé jsou i se závažným onemocněním či zdravotním postižením soběstační z důvodu adekvátně

upraveného prostředí (Kalvach, 2008). Udržení fyzické zdatnosti seniora na nejvyšší možné úrovni, až do vysokého věku, je jedním z nejdůležitějších cílů stárnoucí společnosti (Mombaur et al., 2017). Ve vyšším věku je běžné, že úroveň soběstačnosti v různých činnostech postupně klesá. Tento fenomén se nazývá disabilita (Dvořáčková, 2012). Dlouhodobé závažné zdravotní postižení - disabilita je charakteristické svým uvolněním z vazby na konkrétní choroby. Mnohdy bývá chybně interpretováno, že obtíže, které nemají svou chorobu, se nedají ovlivnit. Následkem takového pohledu dochází k omezení preventivní, režimové, rehabilitační i další intervence funkčně zdravotního stavu ve stáří (Čeledová, 2016). Termín poruchy soběstačnosti vystihuje komponenta DALY - Disability Adjusted Life Years neboli disabilita vzniklá/podmíněná věkem, která vyjadřuje počet potenciálních let produktivního života, ztracených v důsledku disability. Měřítkem, které vyjadřuje počet let zátěže disabilitou nebo chronickým onemocněním je YLD – Years Lived with a Disability (Pokorná, 2013).

„Sebepéče je samostatné vykonávání denních aktivit (stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování).“ (Malíková, 2011, s. 207). Sebepéči nelze dle Pokorné (2013) považovat za reflexy a instinkty, jelikož je formována procesem učení v průběhu celého života. Halmo (2014) uvádí, že adekvátní sebepéči lze poznat dle čtyř faktorů. Těmito faktory jsou podpora vlastního zdraví, preventivní ochrana vůči nemocem, určení vlastní diagnostiky a s tím související samotná sebeléčba a pacientova účast při profesionální léčbě. Existuje několik aspektů, které mohou zásadním způsobem sebepéči ovlivnit. Mnohdy za snížení úrovně sebepéče může vyšší věk, fyzická, či psychická vybavenost člověka, ale i vlivy vnějšího okolí (pohoda, deprese, úzkost, stres, aj.) (Halmo, 2014).

### ***1.3.2 Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti v ošetrovatelství***

Dle Pokorné (2013) je hodnocení soběstačnosti jedince krédem ošetrovatelského oboru. Hodnocení soběstačnosti je v dnešní době běžnou součástí hospitalizace a uskutečňuje se ve zdravotnické i sociální sféře. V obou sférách je důležitá jednotnost posuzování soběstačnosti a spolupráce pracovníků (Pokorná, 2013). Kalvach (2008) popisuje, že hodnocení soběstačnosti a výkonnosti seniora je funkční zdatností organismu a náročností prostředí. Náročnost konkrétního domácího prostředí je nutno zohlednit ve stejné míře jako funkční zdatnost organismu (Kalvach, 2004). Funkční zdatnost je dána nejen vlastním deficitem, ale také faktory tělesnými, psychickými a sociálními (např. využívání kompenzačních pomůcek, náročnost prostředí). Schuler (2010) uvádí, že stanovení

všeobecné funkční zdatnosti vychází z hodnocení soběstačnosti v základních denních aktivitách. Kalvach (2004) velmi podobně popisuje, že soběstačnost a výkonnost seniorů se posuzuje na základě hodnocení či pozorování, do jaké míry je pacient schopen sám zvládat aktivity každodenního života - ADL (Activities of Daily Living). Čeledová (2016) rozlišuje aktivity denního života na základní a instrumentální. Mezi základní aktivity denního života řadí úkony sebeobsluhy, pohyb na lůžku, přesun z lůžka do křesla, chůzi, stání, sebeobsluhu při jídle a hygieně, výkon fyziologické potřeby (vyprazdňování moči a stolice) a schopnost komunikace a orientace. Instrumentální aktivity denního života (IADL, Instrumental Activities of Daily Living) představují schopnosti jako nakupování, vaření, vedení domácnosti, a také zacházení s telefonem a užívání dopravních prostředků (Čeledová, 2016). Ovšem Kalvach (2004) k aktivitám denního života dodává, že nejsou vhodné k hodnocení lehké disability.

**Katzův index nezávislosti v každodenních aktivitách** (viz příloha 1) byl vytvořen roku 1964 S. Katzem. Původní šestipoložkový index bývá různými autory modifikován, avšak stále zůstává zlatým standardem. Sjednocuje pohled na pacienta v úrovni sebestačnosti a vytváří společný jazyk zdravotníků. Katzův index ADL hodnotí aktuální výkon („Oblékáte se sám?“), nikoliv potenciál („Mohl byste se sám oblékat po návratu domů?“) (Kalvach, 2004).

**Barthelové test základních všedních činností ADL - Activities of Daily Living** (viz příloha 2) vychází z předpokladu, že u pacientů není životně důležitá dílčí míra zdatnosti a její zlepšení, nýbrž funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. Hovoří se proto o ucelené rehabilitaci, která postihuje vlastní deficit, podpůrné tělesné faktory a psychosociální vlivy. Oproti Katz ADL navíc zahrnuje hodnocení chůze a stoupání do schodů (Kalvach, 2004). Každý úkon je bodově ohodnocen (Kalvach, 2011). V testu se hodnotí aktivity jako je napití, najedení, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence moči a stolice, použití WC, chůze po schodech, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině. Hodnocení je následovné:

- 0 – 40 bodů – vysoce závislý v bazálních všedních činnostech
- 45 – 60 bodů – závislost středního stupně
- 65 – 95 bodů – lehká závislost
- 100 bodů – nezávislý

(Kalvach, 2004)

**Modifikovaný test Barthelové – Modified Barthel index** (viz příloha 3), který byl vytvořen v roce 1989, rovněž slouží k hodnocení soběstačnosti v aktivitách všedního života. Test hodnotí stejné položky jako Barthelové index, ale každá položka je hodnocena pouze pěti body, čímž dochází ke zvýšení citlivosti a přesnosti původního testu (Pokorná, 2013).

**Lawtonova škála IADL (Instrumental Activities of Daily Living)** (viz příloha 4), hodnotí instrumentální všední aktivity. Mezi hodnocené schopnosti se řadí nakupování, vaření, vedení domácnosti, a také zacházení s telefonem, užívání dopravních prostředků, či zacházení s penězi (Čeledová, 2016).

**Hodnocení funkční nezávislosti (FIM - Functional Independence Measure)** (viz příloha 5), vychází z indexu Barthelové, navíc bere v úvahu i komunikaci s prostředím a sociální vztahy pacienta (Klevetová a Dlabalová, 2008). Prováděn je u křehkých geriatrických pacientů ve většině případů ergoterapeutem. Klade důraz, aby pacient odcházel z nemocnice se všemi potřebnými pomůckami, které bude schopen užívat ve své domácnosti (Kalvach, 2004). Klevetová a Dlabalová (2008) uvádí šest okruhů činností v hodnocení sebepečce, kdy má každá položka sedmibodovou klasifikaci. Hodnocena je osobní péče, kontrola svěřačů, mobilita, lokomoce, komunikace a sociální adaptabilita. (Klevetová a Dlabalová, 2008).

**Výkonové testy** se používají k hodnocení schopností pacienta. Hodnoceny jsou schopnosti tělesné (rychlost chůze), mentální (nakreslení hodin), či smíšené (vaření kávy). Výkonové testy mají nad testy ADL výhodu ve větší míře objektivity (Kalvach, 2011). Mezi nejpoužívanější testy patří například Test schopnosti vstát ze sedu na židli (Sit-to-stand-test) (Kalvach, 2004). Daný test je možné také provádět v modifikaci „Stand up and go“, neboli „Postav se a jdi“, kdy se vyžaduje po testované osobě vstát, ujít tři metry, otočit se a znovu usednout (Touhy a Theris, 2010).

**Screeningový test mobility** (viz příloha 6), umožňuje zhodnocení motorických funkcí, jako je pohyblivost, stabilita, svalová síla a obratnost. Hlavním cílem testu je monitorovat seniory, kteří jsou více ohroženi úrazy a pády a stanovit činnosti, které pro seniora představují potenciální nebezpečí. Screeningový test zahrnuje 9 motorických aktivit. Hodnoceny jsou činnosti jako způsob posazení na židli, vstávání ze židle, provedení stoje po dobu 30 vteřin bez opory, stoj se zavřenýma očima, tlak na sternum ve stoji, stoj se



záklonem, zvednutí předmětu ze země, provedení chůze po rovině a otočení při chůzi. Každou aktivitu, kterou senior neprovede, je potřeba řešit (Németh, 2009).

**Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové** je určeno pro seniory, kteří mají poruchu rovnováhy a chůze a funkčně hodnotí příčinu poruch a jejich závažnost (Németh, 2009). Maximální bodové ohodnocení činí 28 bodů, při výsledku 26 bodů a méně je vyžadována další diagnostika příčin poruch a pacientovi jsou navrženy kompenzační pomůcky a provedena režimová opatření (Klvetová a Dlabalová, 2008). Kalvach (2008) ve své publikaci uvádí, že změny chůze představují běžný doprovod stárnutí a až 50 % obyvatel ošetrovatelských zařízení má obtíže s chůzí a opakovaně padá.

Další součástí při stanovení míry soběstačnosti seniora je hodnocení náročnosti a bezpečnosti domácího prostředí. Hodnotí se pohyb nemocného v daném prostředí, bariéra, kompenzační pomůcky, jejich správnost instalování i užívání a účinnost (Kalvach, 2004).

#### ***1.4 Úloha sestry při hodnocení a rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta***

Sestry v péči o zdraví pacienta reprezentují největší profesní skupinu a stojí po boku lékařům, pacientům a jejich blízkým. Z tohoto postavení plyne mimořádnost, ale současně složitost role, kterou sestra představuje (Ptáček a Bartůněk, 2011). Roku 1953 byl Mezinárodní radou sester poprvé přijat Mezinárodní etický kodex, který byl v roce 2000 zrevidován, a ke kterému se dnes hlásí České sestry prostřednictvím České asociace sester. Mezi základní čtyři povinnosti sester, které jsou v kodexu zmíněny, patří pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení pacienta (Malíková, 2011). Kodex klade důraz na začlenění lidských práv do ošetrovatelské péče, respektování zvyků, hodnot, duchovního přesvědčení jedince, rodiny a komunity bez ohledu na etnikum, pohlaví či věk (ČAS, 2000). Hodnocení úrovně soběstačnosti je součástí celkového hodnocení pacienta, na kterém se sestra podílí. Aby sestra mohla aktivně vstoupit do terapeutického procesu, potřebuje dostatek informací od pacienta i jeho blízkých, které získává vhodně vedenou komunikací a pozorováním nemocného. Sestra by měla umět správně vést rozhovor, motivovat pacienta ke spolupráci, aktivitě a navázat s ním správný vztah. Dále pacienta připravuje a poučuje, jak postupovat v oblasti sebepečce, která omezení je nutné dodržovat a jak správně využívat kompenzační pomůcky. Zdravotnický pracovník by se měl ubezpečit, že pacient chápe význam soběstačnosti i zadané úkoly, na něž je schopen podat zpětnou vazbu. Aby byl pacient

v oblasti sebepečce orientován, využívá se k přiblížení problematiky metod rozhovoru, vysvětlování, demonstrace, cvičení, či hraní rolí (Zacharová, 2009).

Cílem ošetrovatelství v geriatрии je zajistit seniorům kvalitní odbornou i laickou péči, která vede k co možná nejdelšímu udržení soběstačnosti. Hospitalizace může seniora ovlivnit po stránce fyzické i psychické. Může dojít například ke vzniku imobilizačního syndromu nebo ztrátě sociálních rolí. Sestra je ve zdravotnické sféře geriatrickému pacientovi nejbliže, a proto je důležité, aby znala všechna rizika, která jsou s hospitalizací seniorů spojená a dokázala jim předcházet (Šmičková, 2011). Dlouhodobé snižování mobility může zapříčinit vznik nemoci, nesoběstačnosti, a dokonce až smrt pacienta (Harrison a Contie, 2014). Dle Pokorné (2013) je při dlouhodobé hospitalizaci seniorů základem pečlivé zhodnocení aktuálního stavu pacienta pomocí screeningových nástrojů. Prvotní posouzení pacienta je pouze základem dlouhodobé komplexní péče a neomezuje se jen na oblast fyzické aktivity. Proto ve výsledku nemusí být pacient vždy plně soběstačný, ale spokojený s vlastní mírou soběstačnosti a kvalitou svého života (Pokorná, 2013). Sestra se mimo hodnocení úrovně sebepečce zajímá i o sociální zázemí nemocného, a také o kvalitu a vybavenost bytu včetně vybavení kompenzačními pomůckami. Úkolem sestry je zhodnotit soběstačnost seniora a odhalit nedostatky, které je možné během hospitalizace nebo v domácím prostředí odstranit (Šmičková, 2011). Pokorná (2013) připisuje k doporučeným postupům udržení soběstačnosti seniora omezení tzv. „mrtvého“ času, kdy pacient tráví většinu dne na lůžku. Je vhodné, aby sestra zajistila usazení pacienta na křeslo mimo lůžko a soustředila se i na ostatní denní aktivity jako jezení či vyprazdňování také mimo lůžko (Pokorná, 2013). Sestra s pacientem provádí nácvik každodenních všedních činností, které pacient částečně nezvládá nebo neprovede, zajišťuje úpravu pomůcek a prostředí, ve kterém se pacient pohybuje a vybavuje pacienta kompenzačními pomůckami, se kterými ho naučí správně zacházet. Sestra dohlíží, aby pacient dodržoval pravidelný denní režim, zároveň dbá na správně volenou komunikaci (Šmičková, 2011). Pokorná (2013) také tvrdí, že mezi primární snažení patří zachování běžného denního harmonogramu, s maximální možnou mírou účasti seniora.

Kromě zmíněné sestry, se v rozvoji soběstačnosti uplatňují též sociální pracovníci, jejichž úlohou je hodnocení soběstačnosti především v komunitní péči, kde provádějí šetření v domácím prostředí seniora. Šetření probíhá pomocí testování aktivit denního života, za účelem využití státní sociální podpory, jejíž výše se odvíjí od stupně závislosti seniora (Pokorná, 2013).

## **1.5 Rozvoj soběstačnosti geriatrického pacienta**

*„Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný.“*

Hérakleitos z Efesu (Klvetová a Dlabalová, 2008, s. 125)

### **1.5.1 Aktivizace geriatrického pacienta**

Úkolem sestry a sociálních pracovníků je seniora co nejvíce aktivizovat (Průcha a Veteška, 2014). Cílem plánování aktivit je utváření vhodného prostředí, jak ve smyslu sociálním, psychologickým, duchovním i materiálním (Kalvach, 2004). Aktivizace seniorů přispívá k fyzickému i psychickému zdraví a celkové kvalitě života. Vhodně volené aktivity jsou možností pro včasný návrat seniora do běžného života. Aktivizační programy jsou zaměřovány na intervenci v oblasti dovedností, vědomostí, schopností, či na prevenci poruch paměti a myšlení (Průcha a Veteška, 2014). Dvořáčková (2012) popisuje aktivitu jako prevenci nesoběstačnosti. Autorka uvádí, že je důležité najít rovnováhu mezi odpočinkem a aktivitou, která by měla obsahovat fyzickou i duševní činnost, adaptaci na nové požadavky, udržování pozitivních vztahů stávajících a budování vztahů nových. Jakákoliv aktivita poté dává životu seniora smysl a naplnění (Dvořáčková, 2012). Obdobný názor má i Kalvach (2004), který popisuje aktivizaci jako pátrání po tom, co zajišťuje seniorovi pocit radosti a naplnění a zvyšuje počet příjemných pocitů a prožitků. Ve vykonávání každodenních aktivit by měl být senior podporován a motivován, ať už partnerem, rodinnými příslušníky nebo zdravotnickým či nezdravotnickým personálem (Holčerová a Dvořáčková, 2013).

### **1.5.2 Léčebná rehabilitace v geriatrii**

K obnovení funkční zdatnosti jedince slouží dle Kalvacha (2004) geriatrická léčebná rehabilitace. Léčebná rehabilitace je komplex medicínských, preventivních, diagnostických a léčebných opatření, vedoucích k odstranění disability nebo zmírnění jejího rozsahu. Léčebná rehabilitace vede ke zvýšení kvality života pacientů a přispívá k návratu pacientů do produktivní sféry. Mezi léčebnými rehabilitačními postupy v geriatrii má své místo balneologie, komprehenzivní rehabilitace, sociální rehabilitace a ergoterapie (Kalvach, 2004). „Odborná veřejnost v České republice odlišuje pojmy „léčebná

rehabilitace“ – fyzioterapie, rehabilitace v užším slova smyslu – a „ucelená rehabilitace“, což je pojem odpovídající definici WHO.“ (Muller, 2014, s 38)

Rehabilitace by se neměla uzpůsobovat věku, nýbrž individuálním možnostem a kondici pacienta. Rozsah rehabilitace by měl být stanoven tak, aby odpovídal bezpečnostním požadavkům, kdy je u pacienta zohledňováno přidružené onemocnění (Kolář, 2013). Předpokladem pro úspěšnou rehabilitaci je spolupráce pacienta, psychoterapeutická podpora, motivace a spolupráce s rodinou, a také role fyzioterapeuta jako instruktora a supervizora. Při hospitalizaci je důležitá týmová spolupráce zdravotníků, na které závisí úspěch rehabilitační léčby (Kalvach, 2004). Schuler a Oster (2010) ve své publikaci uvádí, že pro úspěšnou rehabilitaci je důležité stanovit nejprve dosažitelný cíl, prognózu, potřebnost rehabilitace a schopnost a vůli pacienta rehabilitovat. Součástí rehabilitačního ošetřovatelství je dle Kalvacha (2004) i kondiční cvičení, které se zaměřuje na celkovou aktivizaci nemocného. Mezi cíle kondičního cvičení patří udržení či zvýšení tělesné zdatnosti a pasivního rozsahu pohyblivosti, prevence vzniku svalové dysbalance, udržení a zvýšení aktivní hybnosti, podpora srdeční a dechové činnosti a v neposlední řadě příznivý vliv na psychiku (Kalvach, 2004).

### ***1.5.3 Další součásti rozvoje soběstačnosti***

Mezi další používané součásti rozvoje soběstačnosti se řadí pohybová léčba v geriatrici. Přispívá k obnovení a zachování funkční zdatnosti a soběstačnosti. Velkou roli v pohybové léčbě hraje fyzioterapeut, který poskytuje pacientovi dostatečnou motivaci, podílí se na léčbě v rámci akutní péče, dlouhodobé ústavní péče, v denních stacionářích. Další součástí komplexního rozvoje soběstačnosti je komprehenzivní neboli ucelená rehabilitace, při které navíc dochází ke kombinaci zdravotnických, sociálních, výchovných a pracovních opatření, která umožňují seniorům dosáhnout nejvyšší možné funkční úrovně a zařazení do společnosti. Komprehenzivní rehabilitace zahrnuje i spolupráci logopeda, psychologa či protetiky. Mezi další účinné rehabilitační metody se řadí také kinezioterapie, která prostřednictvím fyzioterapeuta využívá pohyb k udržení nebo obnovení tělesných funkcí (Kalvach, 2004). Pracovníci kinezioterapie jsou speciálně zaměřeni na techniky, které maximalizují rozsah pohybu, zlepšují sílu, rovnováhu a držení těla (Peden, 2015). V opačném pólu rozvoje fyzické soběstačnosti se nachází tvrzení Kalvacha (2004), že sociální vazby jsou důležité v každém věku, a z toho důvodu jsou považovány za nejčastější složku rehabilitace (Kalvach, 2004).

*„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).*

#### **1.5.4 Ergoterapie**

K dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti přispívá ergoterapie, jejímž cílem je dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) zvýšení kvality života seniorů. Ergoterapie je terapeutický postup, jehož cílem je u pacienta dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti v pracovním, domácím, či sociálním prostředí (Kalvach, 2004). Hlavním léčebným prostředkem je v ergoterapii účelná činnost či práce, která přispívá k obnovení narušených funkcí (Holczerová a Dvořáčková, 2013). Ergoterapeut je člověk, který pomáhá seniorům s prováděním běžných denních činností, se kterými mají potíže. Umí poradit, jak správně rozvrhnout každodenní režim, jak se vyhnout pocitu únavy a zůstat co nejdéle aktivní. Ergoterapeut se zaměřuje nejen na fyzické limity soběstačnosti, ale i na psychosociální faktory, které ovlivňují schopnost seniora samostatně vykonávat všední činnosti. Aby mohl ergoterapeut usilovat o udržení či navrácení soběstačnosti, musí znát a respektovat nejen zdravotní obtíže, ale i sociální podmínky a prostředí, ve kterém pacient žije. Proto se ergoterapie uplatňuje nejen ve zdravotnických, ale i sociálních zařízeních (Krivošíková, 2011). Mezi aktivity ergoterapie řadí Holczerová a Dvořáčková (2013) hodnocení funkční zdatnosti seniorů v rozsahu aktivit všedního života a využívání výkonových testů, nácvik všedních činností v rozsahu ADL i IADL, dále práci s kompenzačními pomůckami a jejich využití v adekvátním prostředí (Dvořáčková, 2013). K dalším aktivitám řadí Kalvach (2004) nácvik pohybové koordinace a jemné motoriky a v neposlední řadě i mozkový trénink, kognitivní rehabilitaci a pohybové aktivity jako je tanec či jógová relaxace (Kalvach, 2004).

Zhodnocení domácího prostředí a vyhodnocení možných rizik, které mohou vzniknout na podkladě změny pohyblivosti a smyslového vnímání jsou součástí preventivního geriatrického programu. V rámci sebepéče a sebeobsluhy je senior nejvíce ohrožen rizikem pádu. Z důvodu předcházení vzniku možných komplikací, které jsou spojené

s omezenou hybností, je vhodné u seniorů přistoupit k úpravě domácího prostředí s využitím kompenzačních pomůcek (Klevetová, 2008).

Základním cílem by měla být snaha udržet seniora co nejdéle v jeho přirozeném prostředí v okolí rodiny a blízkých, a zároveň mu vytvořit vhodné podmínky pro uspokojování jeho potřeb (Šmičková, 2011). Podpora rodiny může napomáhat nemocnému v udržení psychické i fyzické stability (Yee-Melichat et al., 2014). Z pohledu Holczerové a Dvořáčkové (2013) je funkcí rodiny plnit podporu sociální, ekonomickou, legislativní i morální. V dnešní době ubývá mezigeneračního soužití a dochází k prohlubování názorových rozdílů na svět, rodinu a hodnotový systém. Senioři často žijí pouze v páru nebo sami. V takovém případě může bez povšimnutí dojít k postupnému zhoršování sebepečce a soběstačnosti, které mohou mít za následek například pád a další komplikace v životě seniora. Pokud rodina péči o seniora nezvládá, může využít pomoci formou zdravotnických nebo sociálních služeb.

(Holczerová a Dvořáčková, 2013).

### ***1.6 Zdravotní a sociální péče o seniory***

*„Ani velmi staří lidé nežijí proto, aby mohli být léčeni – mají být účinně léčeni, aby mohli kvalitně (smysluplně) žít.“ (Čevela, 2012, s. 206)*

Současně je v České společnosti primárním poskytovatelem péče o nesoběstačného člověka rodina. Pokud funkce rodiny není dostatečná nebo zcela selhává, nahrazuje ji odborná zdravotní a sociální péče, která společně utváří širokou nabídku služeb. Zdravotní a sociální péče o seniory se nedá zcela oddělit, naopak, úzce spolu souvisí. Zdravotní potíže jsou často spojeny se sociálními problémy a naopak (Dvořáčková, 2012). Čevela ve své publikaci zdůrazňuje, že se při péči o zdraví seniora nelze zaměřovat pouze na samotné vyléčení choroby, nýbrž je nutné usilovat zároveň o zachování soběstačnosti, autonomie, sebeúcty, životní smysluplnosti a osobní identity seniora. Stejného názoru je Kalvach (2004), který také zakládá účelnost služeb, péče a projektů pro seniory na důsledné individualizaci a respektu k heterogenitě seniorské populace.

### ***1.6.1 Zdravotní péče o seniory***

Dle zákona č. 327/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, představuje zdravotní péče soubor činností a opatření, které slouží k předcházení, odhalení a odstranění nemoci, posuzování a udržení zdravotního stavu a zmírnění utrpení. Zdravotní péče dále představuje preventivní, diagnostické, léčebné či ošetrovatelské výkony prováděné zdravotnickými pracovníky (Zákon o zdravotních službách č. 327/2011 Sb.). Ze seznamu zdravotních služeb je možno vyjmenovat např. konzultační služby, poskytování péče zdravotnickými a jinými odbornými pracovníky, zdravotnickou záchrannou službu, zdravotnickou dopravní službu, nakládání s tělem zemřelého, zdravotní služby v rámci odběrových a tkáňových zařízení, transfúzní služby a služby krevní banky (Čevela, 2012). Kalvach (2004) rozděluje zdravotní služby na standardní zdravotnické služby, akutní zdravotnické služby ve specifickém geriatrickém režimu a dlouhodobou až trvalou péči zaměřenou na ošetrovatelství.

### ***1.6.2 Sociální péče o seniory***

Sociální služby jsou součástí státního systému zabezpečení. Dle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., se druhy sociálních služeb dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Poskytování sociálních služeb musí být prováděno s ohledem na zachování lidské důstojnosti a dodržování lidských práv a základních svobod člověka (Dvořáčková, 2012). Mezi formy poskytování sociálních služeb jsou zahrnuty služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Díky široké škále ambulantních a terénních služeb je umožněno mnoha seniorům setrvat v jejich přirozeném prostředí i za nepříznivé zdravotní situace (Malíková, 2011). Pobytové služby jsou spojené s ubytováním seniorů v zařízeních sociálních služeb. V rámci sociálních služeb mohou senioři využívat denní stacionáře, týdenní stacionáře, centra denních služeb, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb apod. (Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.).

## **2 Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Pro výzkumnou část práce byl stanoven tento cíl:

Zmapovat postoj sester k rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta ve zdravotnickém zařízení a v pobytovém zařízení sociálních služeb.

### **2.2 Hypotézy**

V souvislosti s cílem byly stanoveny tyto hypotézy:

#### ***Hlavní hypotéza***

Postoj sester k rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta ve zdravotnickém zařízení se liší od úlohy sester pracujících v pobytovém zařízení sociálních služeb

#### ***Dílčí hypotézy***

H1: Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku odlišně než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb.

H2: Sestry pracující v nemocničním zařízení vnímají udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku v souvislosti s kvalitou života rozdílně než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb.

H3: Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku jinak než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb.

H4: Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vykonávají za pacienta/klienta seniorského věku úkony sebeděže častěji než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb.

H5: Snaha sester naučit pacienta/klienta seniorského věku používat kompenzační pomůcky se v jednotlivých zařízeních liší.



### 2.3 *Operacionalizace pojmů*

**Geriatricie** – oblast medicíny, která shrnuje a zobecňuje napříč všemi obory seniorskou problematiku zdravotního a funkčního stavu

**Soběstačnost** – schopnost samostatně uspokojovat své potřeby v daném prostředí

**Sebepéče** – samostatné vykonávání aktivit každodenního života

**Hodnocení soběstačnosti** – posuzuje, do jaké míry je pacient schopen sám zvládat aktivity každodenního života

**ADL (Activities of Daily Living)** - aktivity každodenního života jsou rozlišovány na základní a instrumentální. Mezi základní aktivity denního života se řadí úkony sebeobsluhy, pohyb na lůžku, přesun z lůžka do křesla, chůze, stání, sebeobsluhu při jídle a hygieně, výkon fyziologické potřeby a schopnost komunikace a orientace

**Sestra** - osoba, reprezentují největší profesní skupinu v péči o zdraví pacienta, stojící po boku lékařů, pacientů i jejich blízkých.

**Geriatrický pacient/klient**– senior starší 60 let, vykazující speciální zdravotní či zdravotně – sociální podmínky

**Zdravotnické zařízení**- zdravotnickým zařízením se rozumí prostory určené pro poskytování zdravotních služeb.

**Pobytové zařízení sociálních služeb**- poskytuje ubytování starším občanům, kteří se neobejdou bez pomoci druhé osoby (Čevela a kol., 2015)

## **3 Metodika**

### **3.1 Použité metody**

Empirická část byla zpracována pomocí metod kvantitativního výzkumu, jako technika sběru dat byl využit dotazník vytvořený autorkou práce, za účelem zmapování úlohy sestry v rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta a dále k porovnání postoje sester k rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta/klienta v nemocničním zařízení a v pobytovém zařízení sociální péče. Dotazník byl určen pro samostatné vyplnění sestrami, které v zařízení pracují, byl zcela anonymní a použit pouze pro účely bakalářské práce.

Dotazník obsahuje celkem 36 otázek. Nejvíce otázek se zaměřuje na postoje sester k udržení a rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta/klienta, kdy u každé otázky vybírají sestry jednu z 5 možností, nakolik souhlasí s předloženým tvrzením. Každá otázka obsahuje 5 navržených odpovědí s výběrem a) souhlasím, b) spíše souhlasím, c) nevím, d) spíše nesouhlasím, e) nesouhlasím. Dále dotazník zkoumá, jak sestry se soběstačností pracují a jak vnímají důležitost udržení a rozvoje soběstačnosti geriatrického pacienta/klienta, zda projevují snahu a úpravu prostředí pacienta/klienta takovým způsobem, aby mu co nejvíce vyhovovalo. Další otázky zkoumají, zda sestry hodnotí čas, který mají na rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta, jako dostatečný. Dotazník také zkoumá názor sester na spolupráci s dalšími specialisty při rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta/klienta. Závěrečná část dotazníku obsahuje demografické údaje jako pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délku absolvované praxe v oboru. Dotazník byl zcela anonymní

Sběr dat byl realizován v červnu 2017. Celkem bylo distribuováno 200 dotazníků. Výzkum probíhal v červnu 2017.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumným souborem pro účely naší práce byly sestry pracující v nemocnicích a pobytových zařízeních sociálních služeb v Jihočeském kraji. Do výzkumu byly zahrnuty sestry z Oddělení následné péče, Oddělení rehabilitace, interního oddělení, Oddělení chirurgie, Oddělení neurologie a dále sestry pracující v Domovech pro seniory a Domovech se zvláštním režimem. Celkem bylo distribuováno 200 dotazníků, z nich bylo navraceno 161 dotazníků, což odpovídá návratnosti 80,5 %. Procento návratnosti

dotazníků se dá považovat za uspokojivé. Ze 161 vrácených dotazníků bylo nutno 9 dotazníků vyřadit z důvodu chybného vyplnění, což snížilo procentuální návratnosti na 76 %. V rámci zpracování výsledků bylo pracováno s konečným počtem 152 dotazníků ( $n = 152$ ).

### **3.3 Zpracování dat**

Zpracování dat proběhlo v programu MS Excel. Nejprve byly vytvořeny četnostní grafy, dále bylo provedeno statistické testování vybraných položek v závislosti na zařízení, ve kterém sestry pracují. Dále jsou uvedeny veličiny popisné statistiky, které jsou v práci použity.

#### *Medián a modus*

Medián je střední hodnota množiny zadaných čísel, modus zobrazuje hodnotu s nejvyšší četností ve výběrovém souboru

#### *Aritmetický průměr*

Aritmetický průměr udává průměrnou hodnotu z vybraného vzorku. Vypočítá se součtem všech naměřených hodnot vydělených jejich celkovým počtem

#### *Směrodatná odchylka*

Směrodatná odchylka je druhou odmocninou rozptylu, slouží k naměření hodnot okolo aritmetického průměru

#### *P – value*

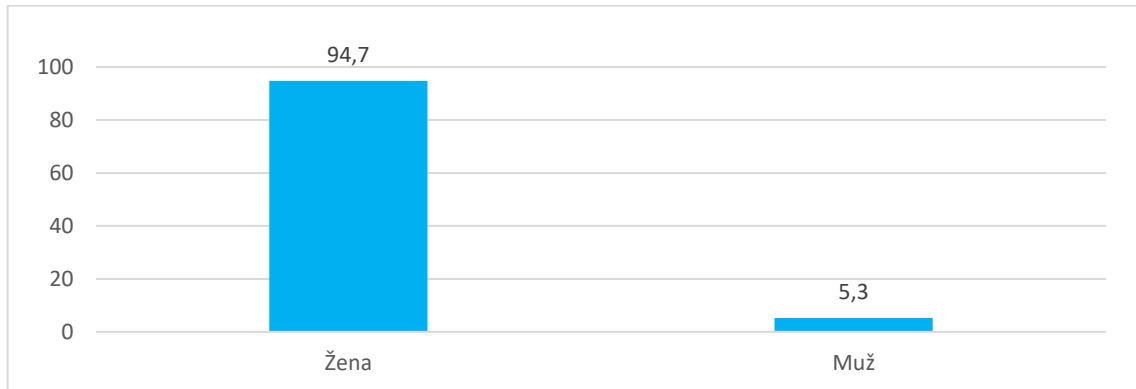
Daná hodnota se definuje jako nejmenší hladinu významnosti testu, při níž na daných datech ještě zamítneme nulovou hypotézu. Platí tedy, že čím nižší  $p$ -hodnota testu je, tím menší nám tento test indikuje pravděpodobnost, že platí nulová hypotéza (Zvára, 2013)

## 4 Výsledky

### 4.1 Grafické znázornění odpovědí

Uvedení grafů s identifikačními údaji:

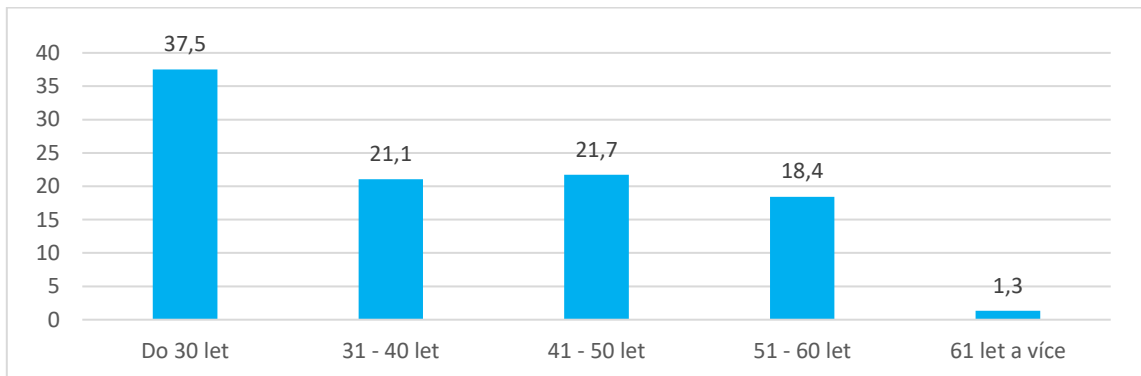
Graf 1: Pohlaví respondentů (n = 152)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1 popisuje zastoupení respondentů dle pohlaví. 94,7 % respondentů představují ženy, muži zastupují 5,3 %.

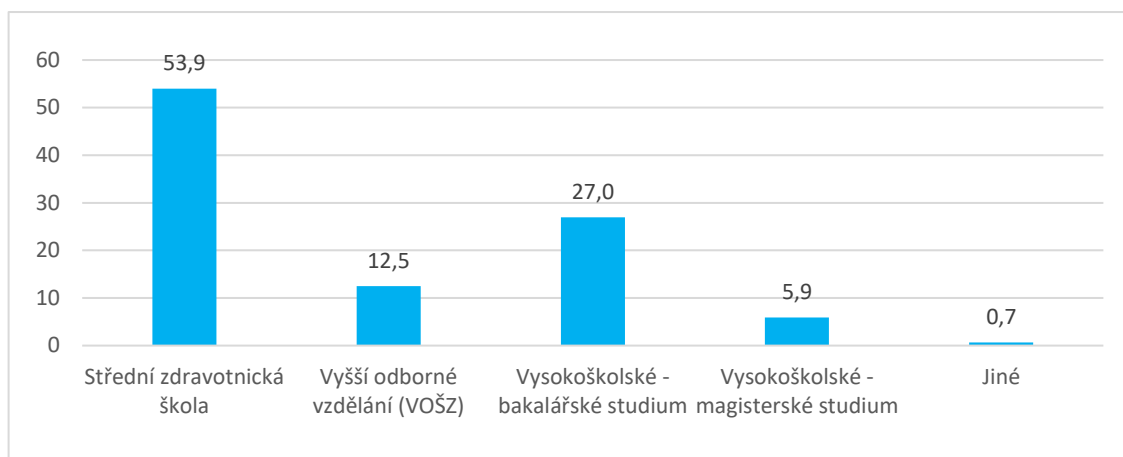
Graf 2: Věk respondentů (n = 152)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 zobrazuje věk dotazovaných. 37,5 % z respondentů je řazeno v kategorii do 30 let, 21,1 % respondentů se nachází mezi věkem 31 – 40 let, 21,7 % se řadí do rozmezí 41 – 50 let, 51 – 60 let představuje 18,4 % respondentů. Kategorii 61 let a více představuje pouhých 1,3 %.

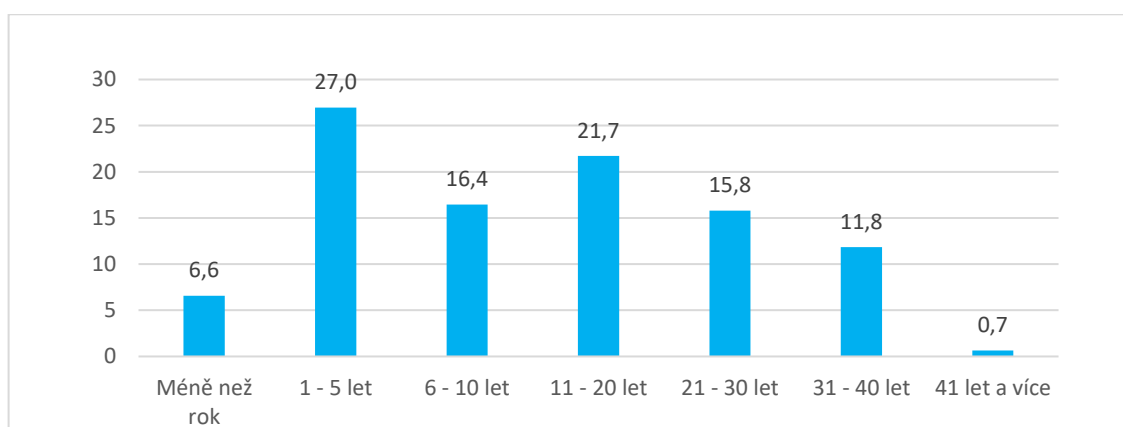
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (n = 152)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 prezentuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. 53,9 % uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání Střední zdravotnickou školu, 12,5 % Vyšší odborné vzdělání (VOŠZ), 27,0 % Vysokoškolské – bakalářské studium, 5,9 % Vysokoškolské – magisterské studium, 0,7 % respondentů zvolilo variantu „jiné“.

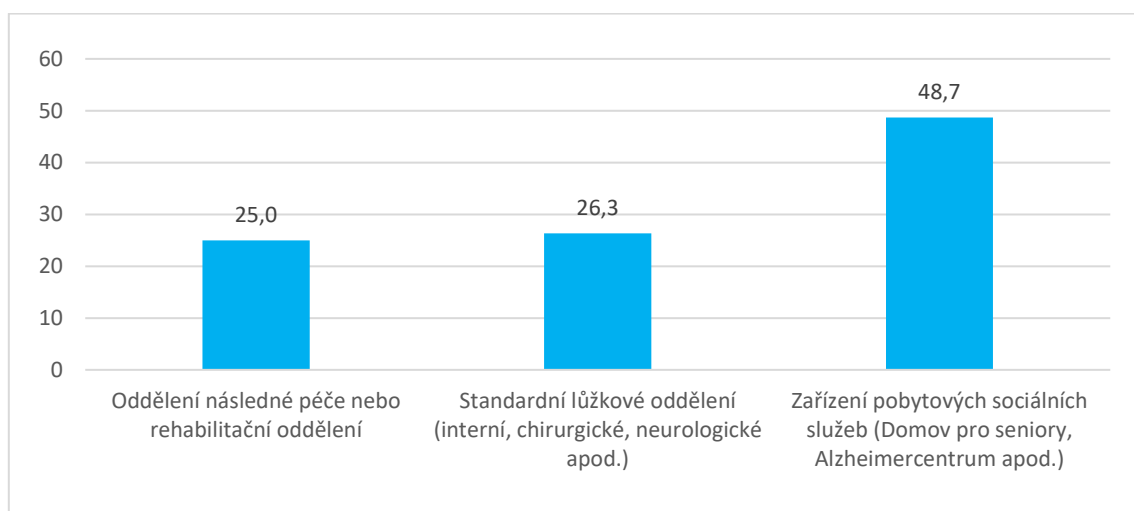
Graf 4: Délka získané praxe v oboru (n = 152)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4 zobrazuje délku získané praxe respondentů v oboru. 6,6 % respondentů se nachází v oboru méně než jeden rok, 27,0 % 1- 5 let, 16,4 % uvedlo, že pracuje v oboru 6 – 10 let, 21,7 % zvolilo rozmezí 11 – 20 let, 15,8 % 21 – 30 let, 11,8 % zvolilo odpověď „31 – 40 let“. Více jak 41 let praxe získalo 0,7 % respondentů.

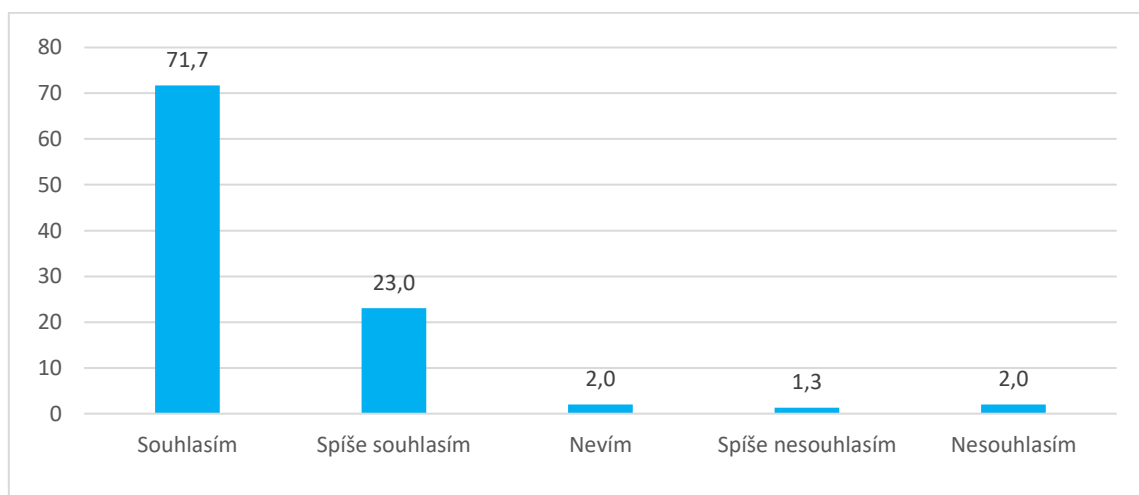
Graf 5: Počet zastoupení respondentů na jednotlivých pracovištích (n = 152)



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 5 zobrazuje počet respondentů zastupující jednotlivá pracoviště. Z oddělení následné péče nebo rehabilitačního oddělení zodpovědělo dotazník 25,0 % respondentů, ze standardního oddělení (interní, chirurgické, neurologické) 26,3 %. Ze zařízení sociálních služeb (Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem) je zastoupeno 48,7 % respondentů.

Graf 6: Vnímání rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku coby předního cíle ošetrovatelství (n = 152)

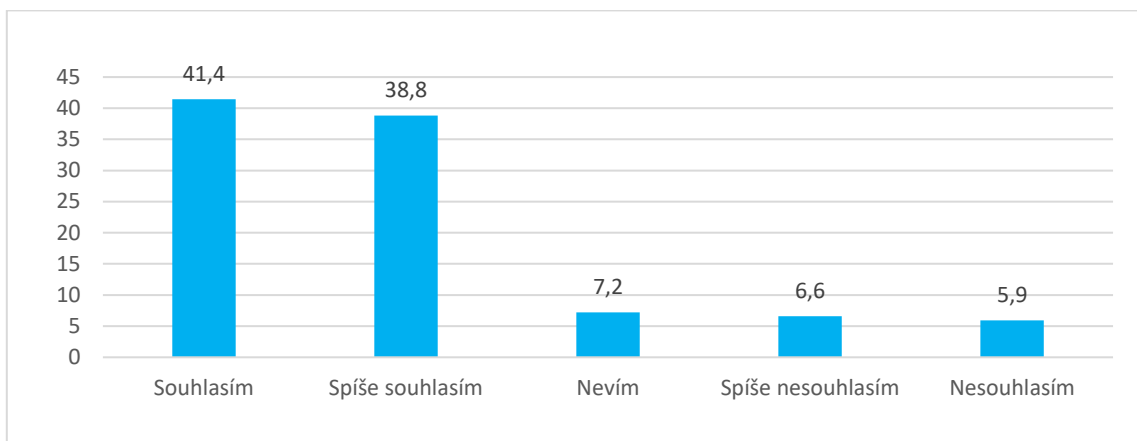


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 zobrazuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Rozvoj soběstačnosti pacientů/klientů vnímám jako přední cíl ošetrovatelství“. Nejvíce respondentů (71,7 %) odpovědělo, že s daným tvrzením souhlasí. 23 % s tímto tvrzením spíše souhlasí, 1,3 %

s tvrzením spíše nesouhlasí. Shodně po 2,0 % zvolili respondenti možnosti „nevím“ i „nesouhlasím“.

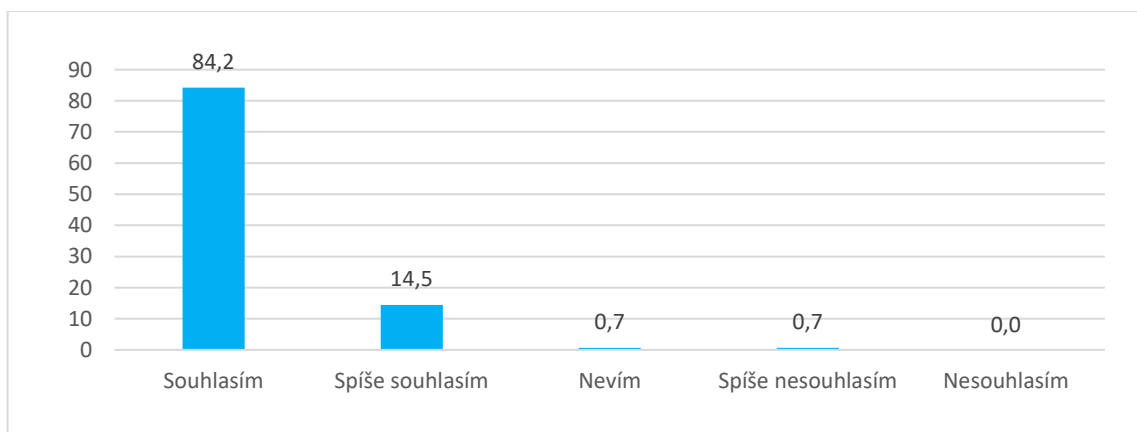
*Graf 7: Vnímání rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku coby klíčové kompetence sestry (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7 prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Rozvoj soběstačnosti pacientů/klientů vnímám jako klíčovou kompetenci sestry“. 41,4 % respondentů s tímto tvrzením souhlasí, 38,8 % spíše souhlasí, 6,6 % respondentů spíše nesouhlasí a 5,9 % respondentů nesouhlasí. Odpověď nevím zvolilo 7,2 % respondentů.

*Graf 8: Vnímání důležitosti udržení a rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku z pohledu sester (n = 152)*

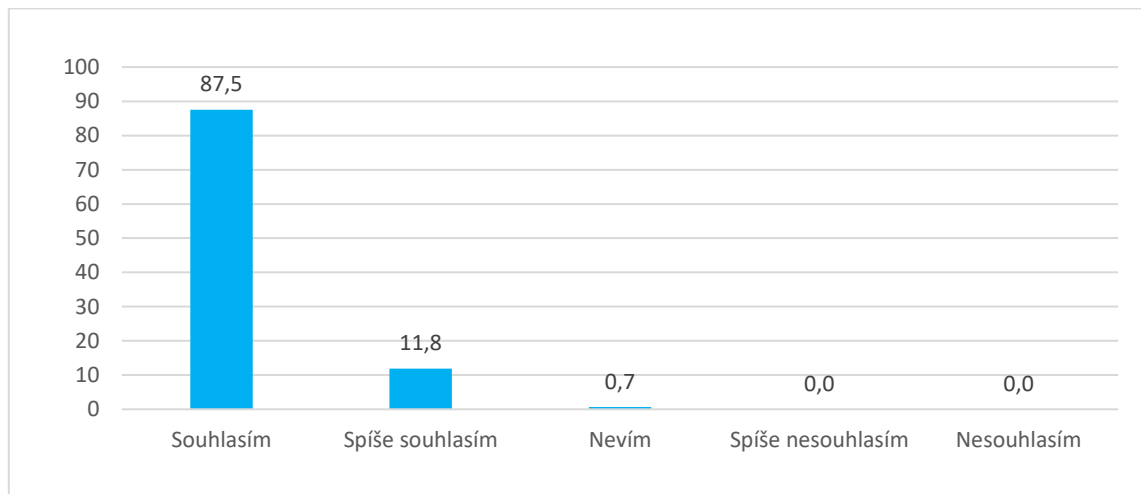


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 znázorňuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku vnímám jako velmi důležité“. 84,2 % respondentů se zmíněným tvrzením souhlasí, 14,5 % spíše souhlasí. Odpověď „nevím“

uvedlo 0,7 % respondentů, stejné procento respondentů uvedlo, že spíše nesouhlasí. Variantu „nevím“ neuvedl žádný z respondentů.

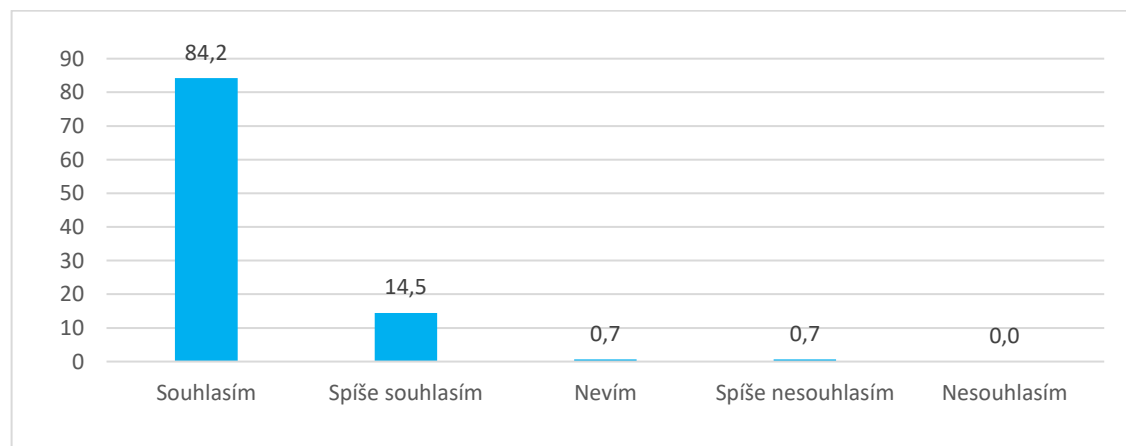
*Graf 9: Vnímání příznivého vlivu udržení a rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku na jeho psychický stav (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku má příznivý vliv na jeho psychický stav“. Celkem 87,5 % respondentů s daným tvrzením souhlasí, 11,8 % spíše souhlasí. Odpověď „nevím“ zvolilo 0,7 % respondentů. Žádný z respondentů neuvedl odpověď „spíše nesouhlasím“ ani „nesouhlasím“.

*Graf 10: Vnímání vlivu udržení a rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku na celkovou kvalitu jeho života (n= 152)*

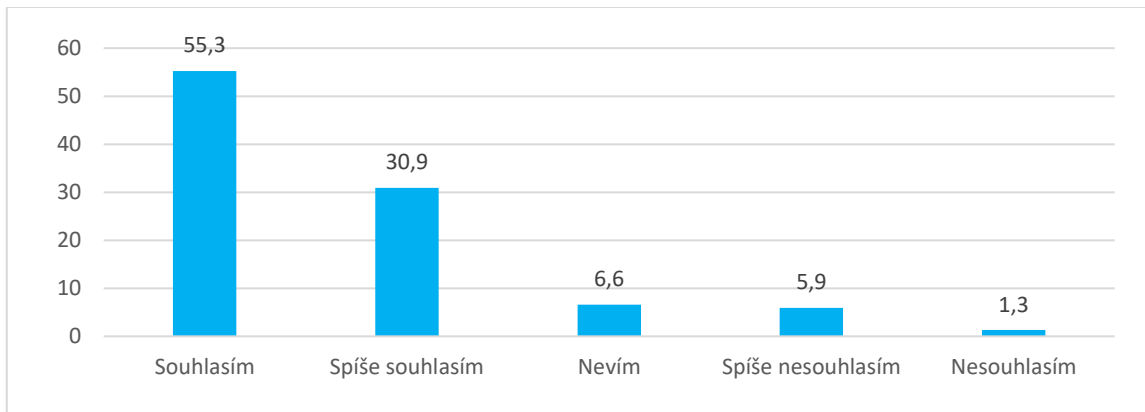


Zdroj: vlastní výzkum



Tento graf znázorňuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku má zásadní vliv na celkovou kvalitu jeho života“. 84,2 % respondentů s tímto tvrzením souhlasí, 14,5 % spíše souhlasí. Odpověď „nevím“ a „spíše nesouhlasím“ uvedlo 0,7 % respondentů. Žádný z dotazovaných nezvolil odpověď „nesouhlasím“.

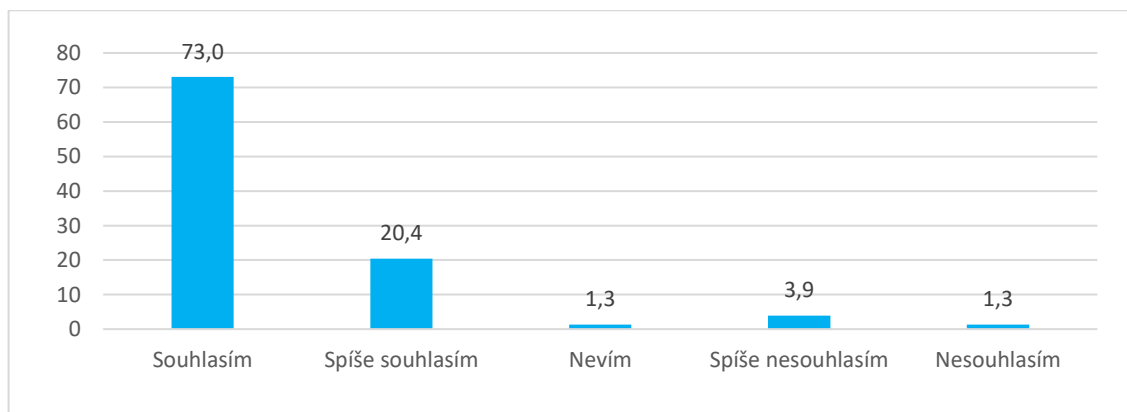
*Graf 11: Vnímání důležitosti hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku z pohledu sester (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf zobrazuje odpovědi respondentů na dané tvrzení: „Hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku vnímám jako velmi důležité“. 55,3 % respondentů s tímto tvrzením souhlasí, 30,9 % respondentů spíše souhlasí. Se zadanou otázkou 5,9 % respondentů spíše nesouhlasí a 1,3 % nesouhlasí. Variantu „nevím“ zvolilo 6,6 % respondentů.

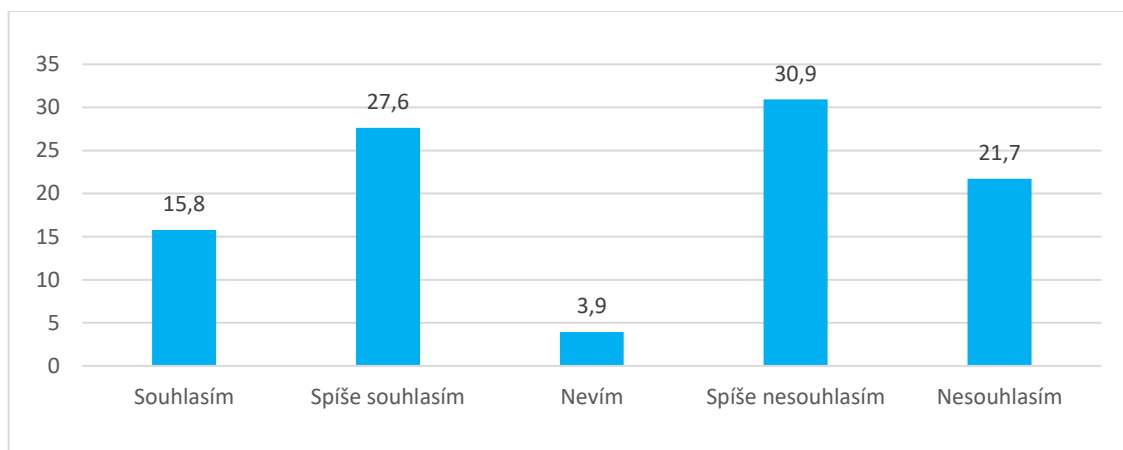
*Graf 12: Posouzení úrovně soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku před vyplněním formuláře hodnotícího soběstačnost (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Před vyplněním formuláře hodnotícího soběstačnost pacienta/klienta seniorského věku vždy nejprve úroveň soběstačnosti důkladně posoudím“. 73 % respondentů s tímto tvrzením souhlasí, 20,4 % respondentů uvedlo odpověď „spíše souhlasím“. 3,9 % s tvrzením spíše nesouhlasí. Variantu „nevím“ a „nesouhlasím“ zvolilo 1,3 % respondentů.

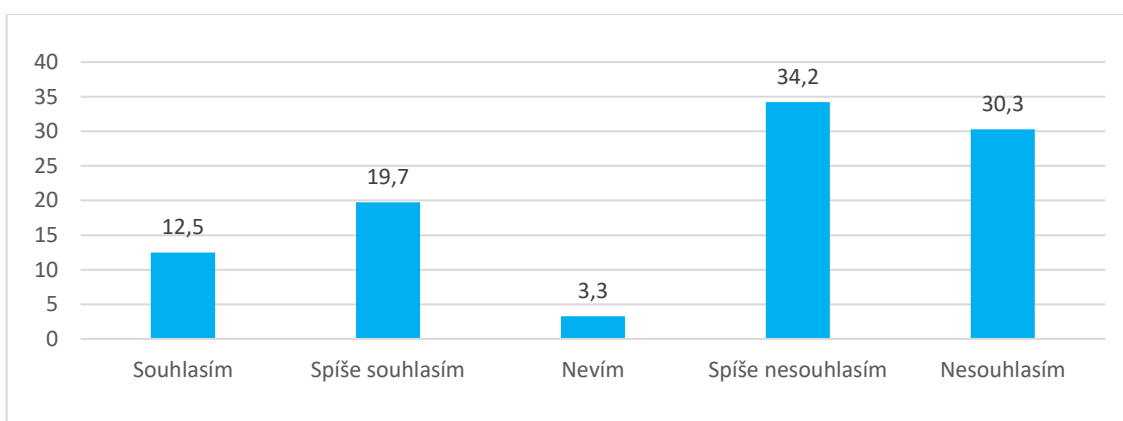
*Graf 13: Dostatek času na posouzení úrovně soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku sestrou (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf zobrazuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Na posouzení úrovně soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku mám vždy dostatek času“. 15,8 % respondentů s tvrzením souhlasí, 27,6 % spíše nesouhlasí. Odpověď „nevím“ zvolilo 3,9 % respondentů. 30,9 % s výrokem spíše nesouhlasí, 21,7 % nesouhlasí.

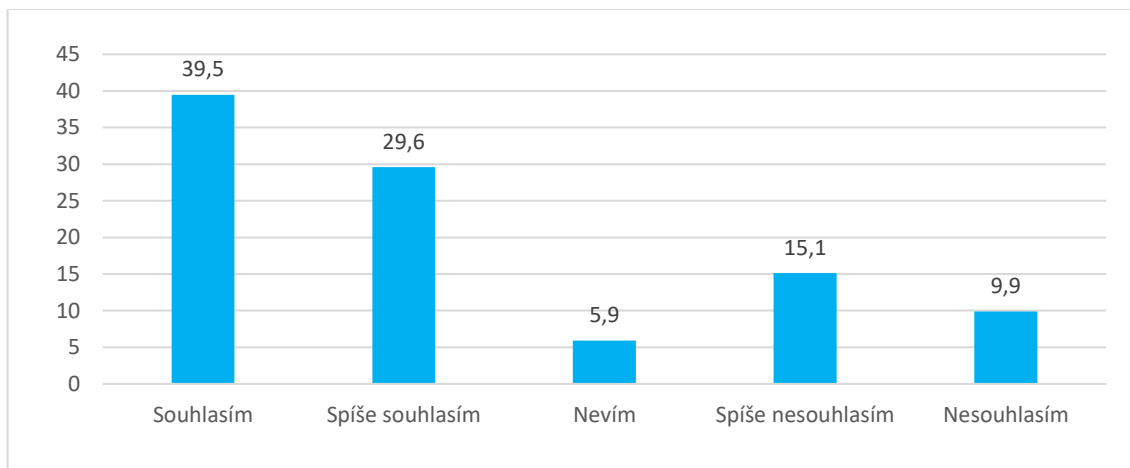
*Graf 14: Dostatek času na rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku sestrou (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Na rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku mám vždy dostatek času“. Z dotazovaných s položenou otázkou souhlasilo 12,5 %, 19,7 % spíše souhlasilo. Odpověď „Nevím“ uvedlo 3,3 % respondentů. 34,2 % s tvrzením spíše nesouhlasí, 30,3 % nesouhlasí.

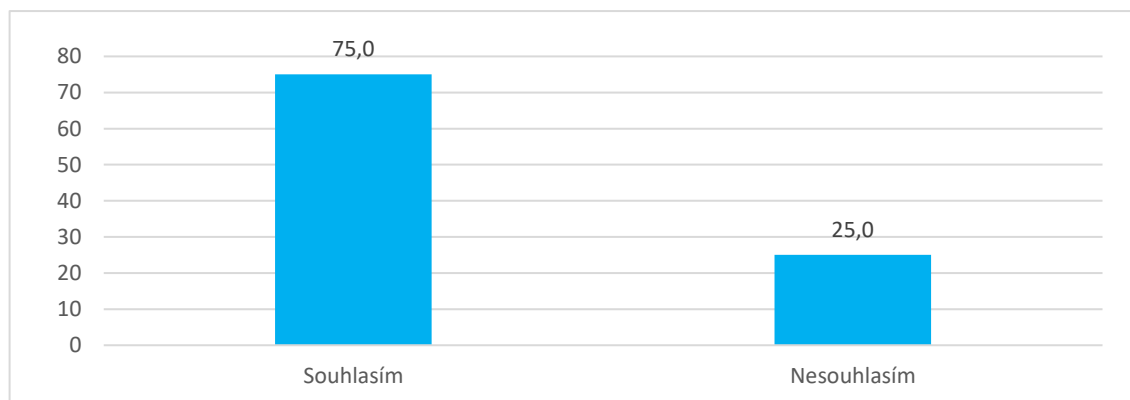
*Graf 15: Vykonávání úkonů sebeděže za pacienta/klienta seniorského věku sestrou i přes schopnost pacienta/klienta jejich samostatného výkonu (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf vyznačuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Úkony sebeděže, které si pacient/klient seniorského věku dokáže vykonat sám, za něj nikdy nevykonávám“. 39,5 % respondentů s tímto tvrzením souhlasí, 29,6 % nesouhlasí. 5,9 % respondentů zvolilo odpověď „nevím“. Spíše nesouhlasí 15,1 %, nesouhlasí 9,9 %.

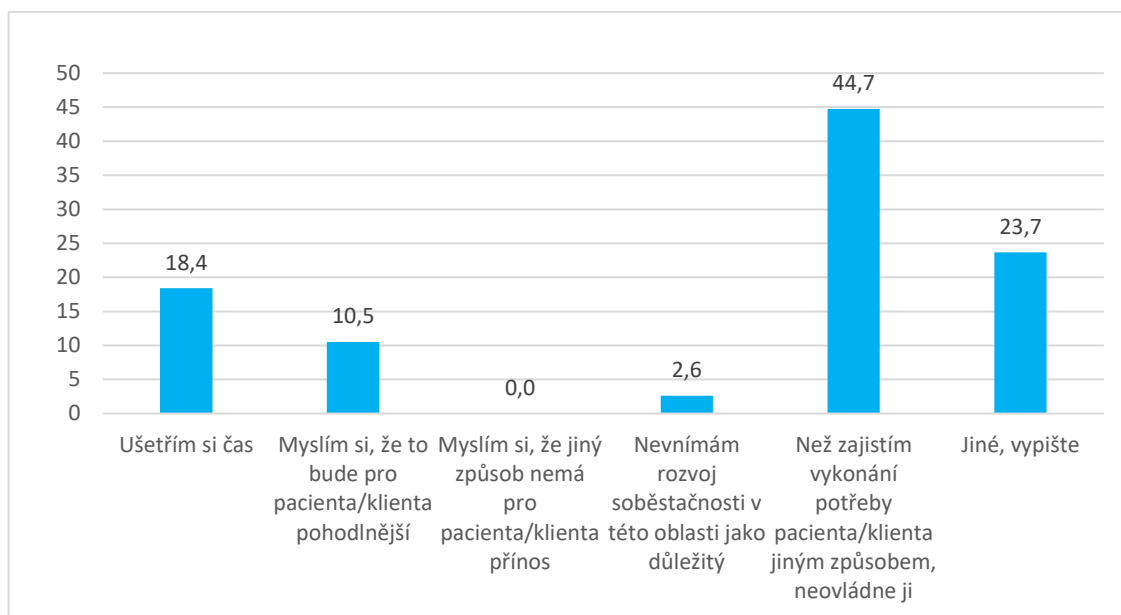
*Graf 16: Výkon potřeby pacienta/klienta seniorského věku do plenkových kalhotek i přes její verbalizaci (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na dané tvrzení: „Pacientovi/klientovi seniorského věku, který si dokáže říci, že se potřebuje vyprázdnit, nikdy neříkám, aby potřebu vykonal do plenkových kalhotek“. 75 % s tvrzením souhlasí, 25 % s tvrzením nesouhlasí. Respondenti, kteří s daným tvrzením souhlasí, neodpovídají na další otázku.

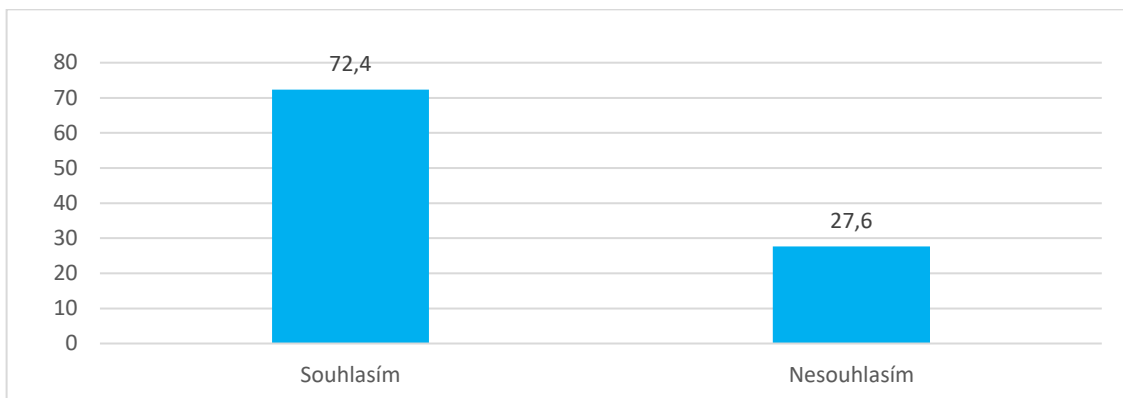
*Graf 17: Důvody vyprazdňování pacienta/klienta seniorského věku do plenkových kalhotek i přes verbalizaci této potřeby (n = 38)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf zobrazuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Pokud řeknu pacientovi/klientovi seniorského věku, aby vykonal potřebu vyprázdnění do plenkových kalhotek i přesto, že ji dokáže ovládat sám, udělám to především proto, že“: 18,4 % respondentů uvádí jako důvod časovou úsporu, 10,5 % si myslí, že to bude pro pacienta/klienta pohodlnější. Žádný z respondentů si nemyslí, že by měl jiný způsob pro pacienta/klienta přínos. 44,7 % uvedlo, že než zajistí vykonání potřeby pacienta/klienta jiným způsobem, neovládne ji. 23,7 % zvolilo variantu „jiné“. Mezi variantou „jiné“ se vyskytly důvody, že se pacient neudrží na podložní míse, obezita pacienta, a případné znečištění oblečení.

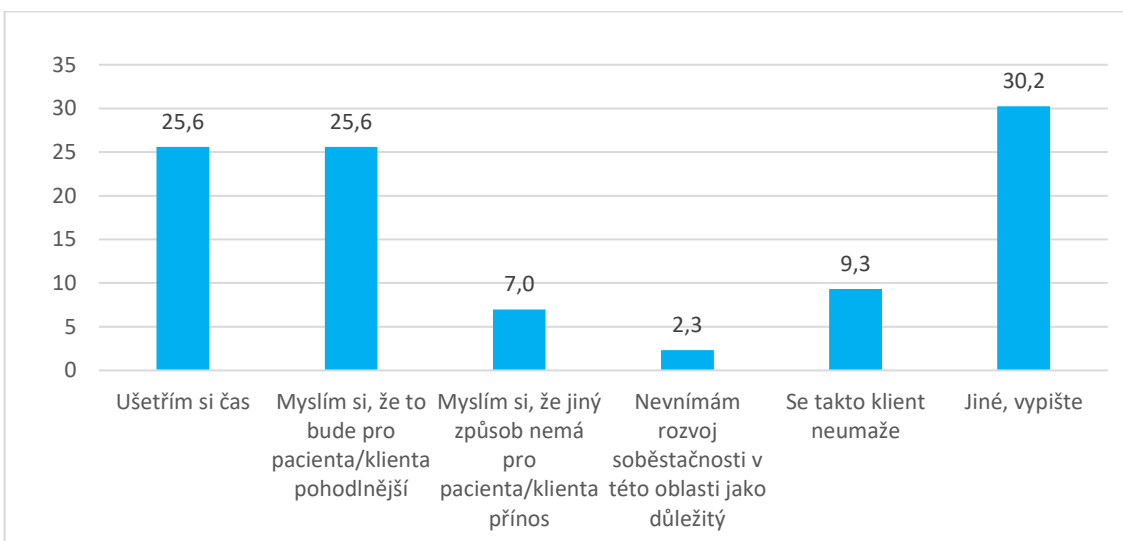
*Graf 18: Nakrmení pacienta/klienta seniorského věku i přes jeho částečnou samostatnost v daném úkonu (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Pacienta/klienta seniorského věku nechám vždy najíst samostatně dle jeho možností a dopomáhám pouze s nezbytným“. 72,4 % s tvrzením souhlasí, 27,6 % nesouhlasí. Respondenti, kteří s daným tvrzením souhlasí, nezodpovídají následující otázku.

*Graf 19: Důvody nakrmení pacienta/klienta seniorského věku i přes jeho částečnou samostatnost v daném úkonu (n = 42)*

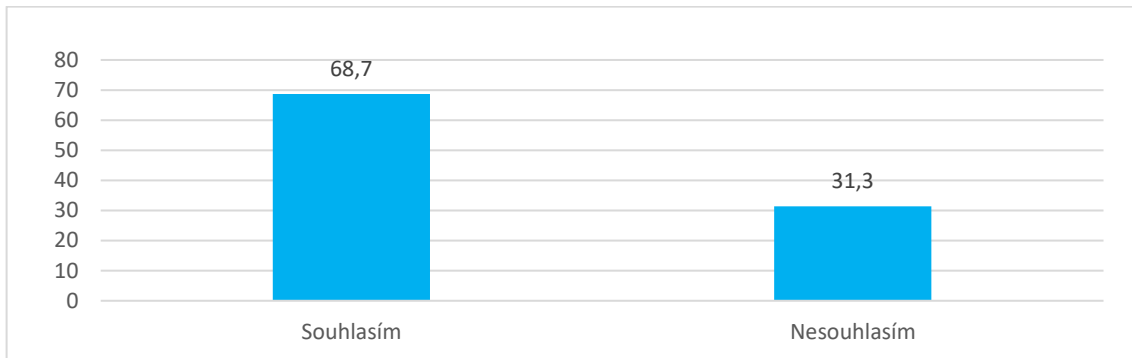


Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf zobrazuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Pokud pacienta/klienta seniorského věku nakrmím i přesto, že by se do určité míry dokázal najíst sám, udělám to proto, že“: 25,6 % respondentů uvedlo jako důvod časovou úsporu, stejné procento si myslí, že to bude pro pacienta/klienta pohodlnější. 2,3 % respondentů nevnímá rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta v této oblasti jako důležitý. 9,3 % uvedlo,

že se takto pacient/klient neumaže. 30,2 % zvolilo variantu „jiné“. U varianty „jiné“ respondenti uváděli, že dokrmují pacienta v rámci zajištění dostatečné výživy nebo se tímto způsobem snaží předcházet jeho znečištění.

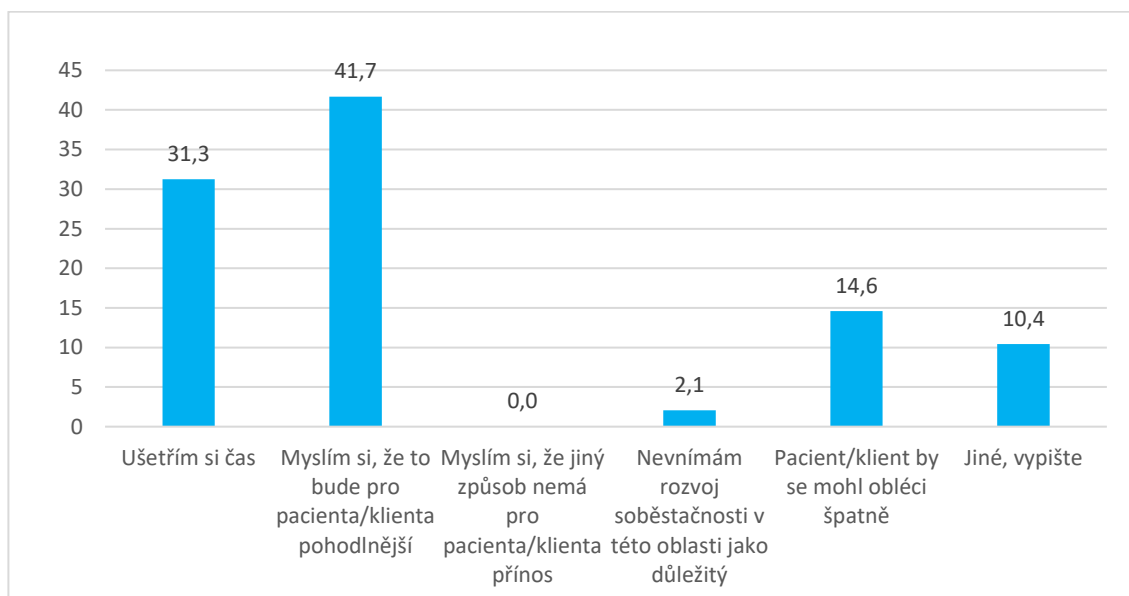
*Graf 20: Oblékání pacienta/klienta seniorského věku sestrou i přes jeho částečnou soběstačnost v daném úkonu (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Pacienta/klienta seniorského věku nechám vždy oblékat samostatně dle jeho možností a dopomáhám pouze s nezbytným“. 68,7 % respondentů s tímto tvrzením souhlasí, zbylých 31,3 % nesouhlasí. Respondenti, kteří s tvrzením souhlasí, nezodpovídají následující otázku.

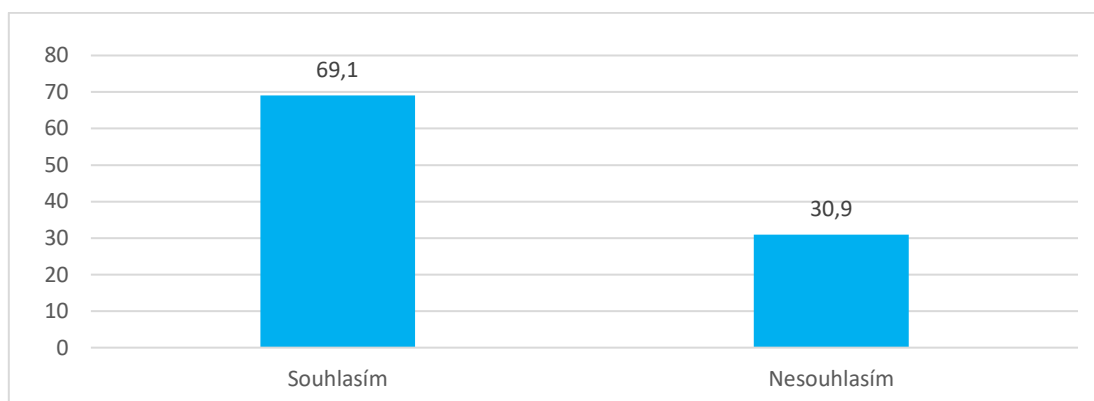
*Graf 21: Důvody oblékání pacienta/klienta seniorského věku sestrou i přes jeho částečnou soběstačnost v daném úkonu (n = 47)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Pokud pacienta/klienta seniorského věku obléknu i přesto, že by se do určité míry dokázal obléci samostatně, udělám to proto, že“: 31,3 % si tímto způsobem ušetří čas, 41,7 % si myslí, že to bude pro pacienta/klienta pohodlnější, 2,1 % nevnímá rozvoj soběstačnosti v této oblasti jako důležitý, 14,6 % respondentu tak jedná z obavy, že by se pacient/klient mohl obléci špatně. Žádný z respondentů neuvedl odpověď „myslím si, že jiný způsob nemá pro pacienta/klienta v této oblasti přínos“. Kategorii „jiné“ zvolilo 10,4 % respondentů. Odůvodněním respondentů bylo, že by se pacient/klient oblékl nesprávně, nevolnost pacienta/klienta a nadměrný počet pacientů/klientů.

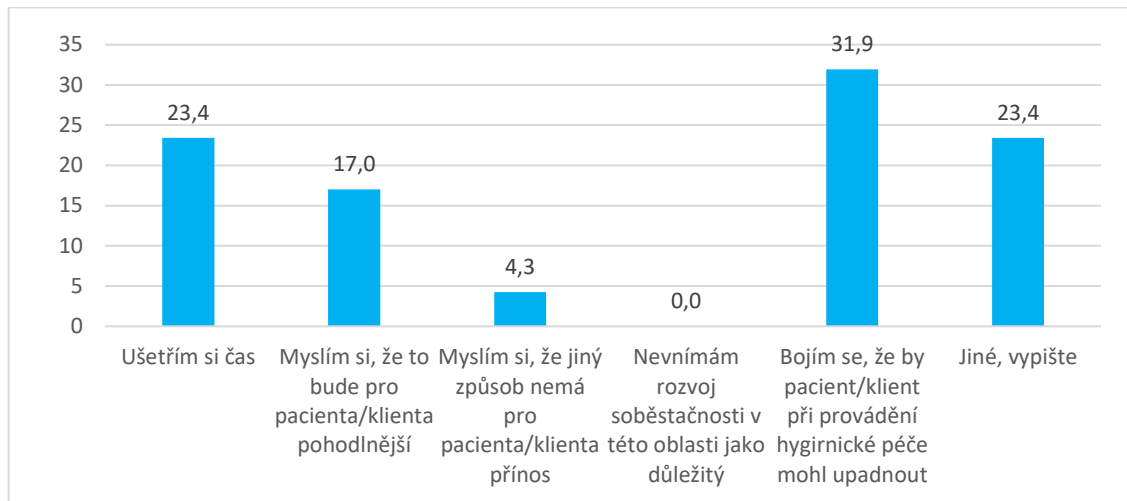
*Graf 22: Provádění hygienické péče za pacienta/klienta seniorského věku sestrou i přes jeho schopnost samostatného zajištění dané potřeby (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Hygienickou péči, kterou si pacient/klient seniorského věku dokáže zajistit, jej vždy nechám provést samostatně“. Se zmíněným tvrzením souhlasí 69,1 %. Ostatní respondenti, jež představují 30,9 %, nesouhlasí. Respondenti, kteří zvolili odpověď „souhlasím“ následující otázku nezodpovídají.

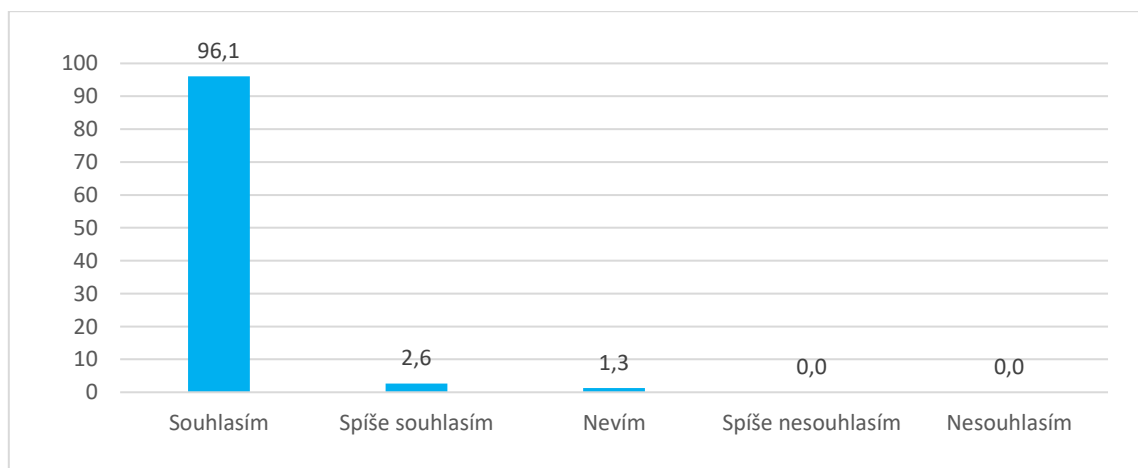
*Graf 23: Důvody provádění hygienické péče za pacienta/klienta seniorského věku sestrou i přes jeho schopnost samostatného zajištění dané potřeby (n = 47)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Pokud za pacienta/klienta seniorského věku provádím hygienickou péči, kterou si dokáže zajistit sám, dělám to proto, že“: 23,4 % respondentů uvedlo, že si tímto způsobem ušetří čas, 17,0 % si myslí, že to bude pro pacienta/klienta pohodlnější, 4,3 % si myslí, že jiný způsob nemá pro pacienta/klienta přínos, 31,9 % se obává, že by pacient/klient mohl při provádění hygienické péče upadnout. 23,4 % uvedlo variantu „jiné“. Odůvodněním respondentů bylo, že by pacient/klient neprovedl hygienickou péči důkladně, mohl by být vystaven riziku pádu a také nadměrný počet pacientů.

*Graf 24: Radost sester ze zlepšení soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku (n = 152)*

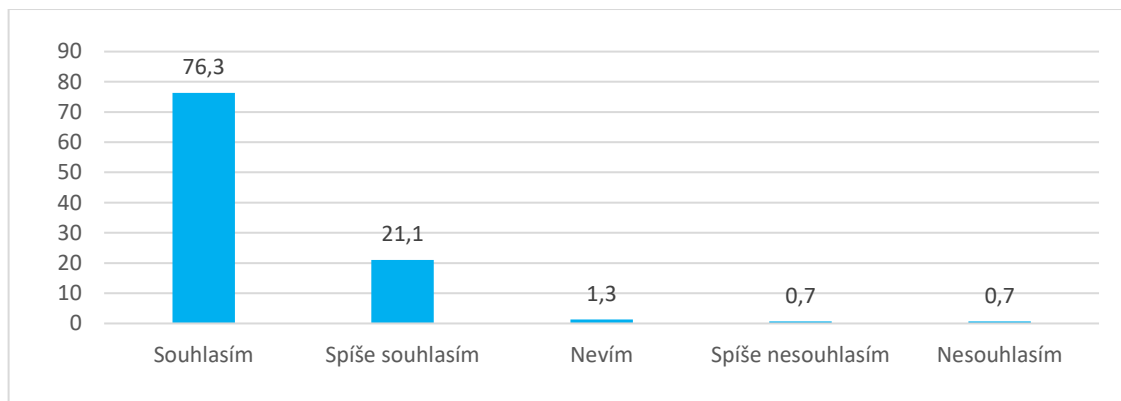


Zdroj: vlastní výzkum



Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Vždy mám radost, když se soběstačnost pacienta/klienta seniorského věku zlepšuje“. Naprostá většina respondentů v 96,1 % s daným tvrzením souhlasí, 2,6 % spíše souhlasí. 1,3 % zvolilo odpověď „nevím“. Variantu „spíše nesouhlasím“ a „nesouhlasím“ neuvedl žádný respondent.

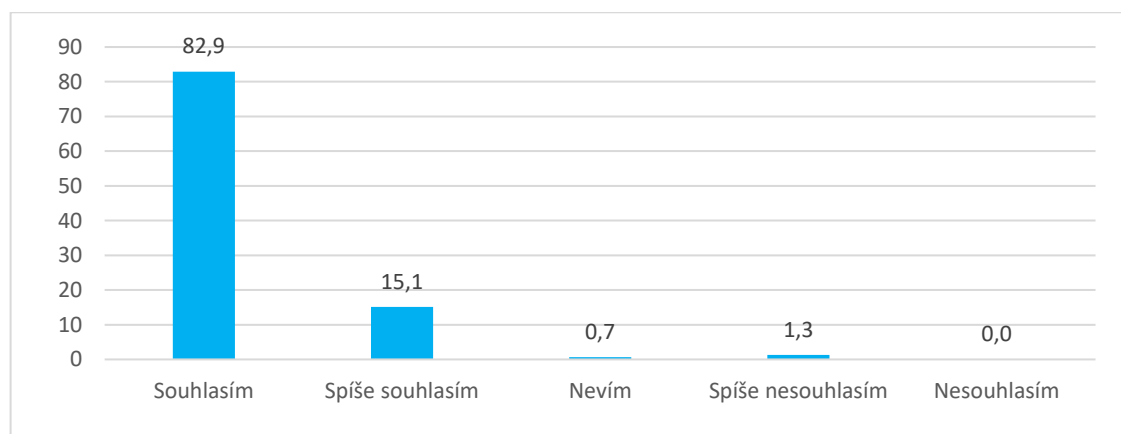
*Graf 25: Snaha o úpravu prostředí pacienta/klienta seniorského věku v rámci přijatelnosti k jeho soběstačnosti (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf vyjadřuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Vždy se snažím upravit prostředí pacienta/klienta seniorského věku tak, aby bylo z hlediska jeho soběstačnosti přijatelné“. 76,3 % s tímto tvrzením souhlasí, 21,1 % spíše souhlasí. Odpověď „spíše nesouhlasím“ a „nesouhlasím“ zastává 0,7 %. 1,3 % respondentů označilo variantu „nevím“.

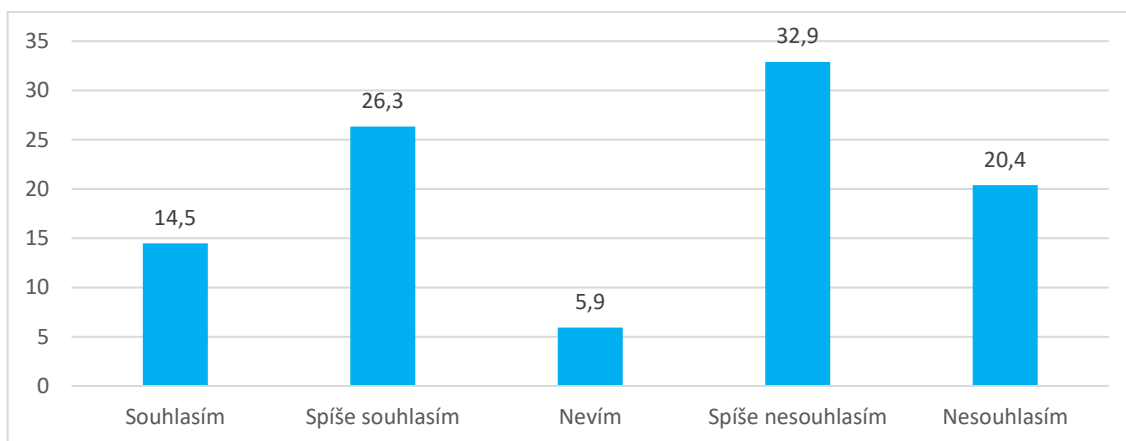
*Graf 26: Snaha o vytvoření bezpečného prostředí pro pacienta/klienta seniorského věku (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf zobrazuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Vždy se snažím pacientovi/klientovi seniorského věku zajistit bezpečné prostředí“. 82,9 % s tímto tvrzením souhlasí, 15,1 % spíše souhlasí, 1,3 % spíše nesouhlasí. 0,7 % respondentů zvolilo odpověď „nevím“. Žádný z respondentů nevedl variantu „nesouhlasím“.

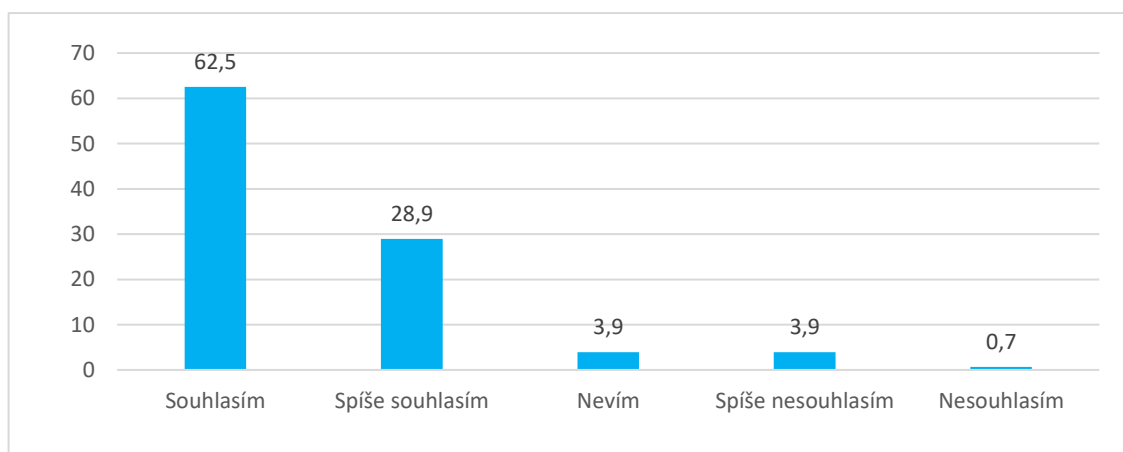
*Graf 27: Dostatek času na vytvoření vyhovujícího prostředí z hlediska soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Pro vytvoření prostředí, které by bylo pro pacienta/klienta seniorského věku z hlediska jeho soběstačnosti vyhovující, mám vždy dostatek času“. 14,5 % s tvrzením souhlasí, 26,3 % spíše souhlasí, 32,9 % naopak spíše nesouhlasí, 20,4 % nesouhlasí. 5,9 % respondentů si vybralo odpověď „nevím“.

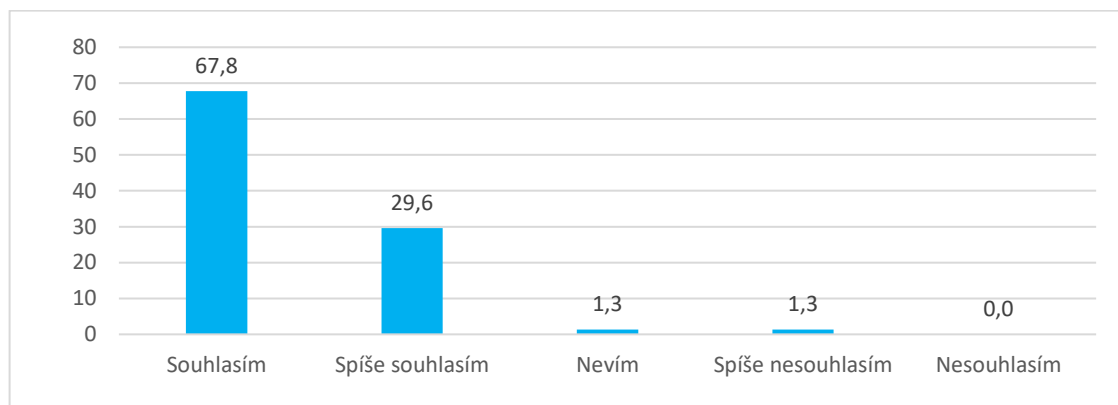
*Graf 28: Snaha sestry o edukaci pacienta/klienta v rámci užívání kompenzačních pomůcek (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Vždy se snažím pacienta/klienta seniorského věku naučit používat kompenzační pomůcky“. 62,5 % s tvrzením souhlasí, 28,9 % spíše souhlasí, 3,9 % spíše nesouhlasí, 0,7 % nesouhlasí. Odpověď „nevím“ zvolilo 3,9 % respondentů.

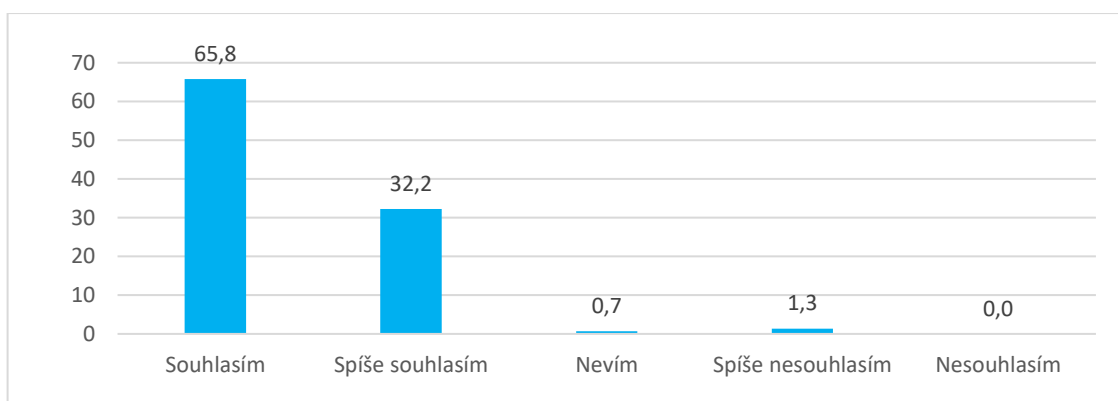
*Graf 29: Snaha sestry o maximální využití dostupných pomůcek za účelem vytvoření vyhovujícího prostředí s ohledem na soběstačnost pacienta/klienta seniorského věku (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „V rámci vytvoření vyhovujícího prostředí pro pacienta/klienta seniorského věku, které by bylo vyhovující s ohledem na jeho soběstačnost, se snažím maximálně využít pomůcky, které mám k dispozici“: 67,8 % s tvrzením souhlasí, 29,6 % spíše souhlasí. 1,3 % respondentů spíše nesouhlasí, stejné procento je zastoupeno u odpovědi „nevím“. Žádný z dotazovaných nezvolil variantu „nesouhlasím“.

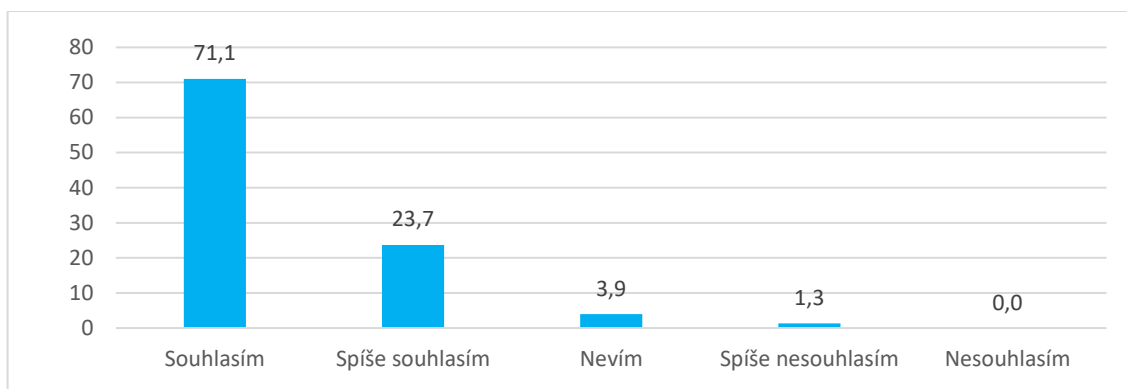
*Graf 30: Zjišťování preferencí pacienta/klienta seniorského věku v rámci podpory jeho soběstačnosti (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Vždy zjišťuji od pacienta/klienta seniorského věku, co by mu v rámci podpory jeho soběstačnosti nejvíce vyhovovalo“. 65,8 % s tvrzením souhlasí, 32,2 % spíše souhlasí, 1,3 % spíše nesouhlasí. 0,7 % respondentu zvolilo variantu „nevím“. Žádný z respondentů nezvolil variantu „nesouhlasím“.

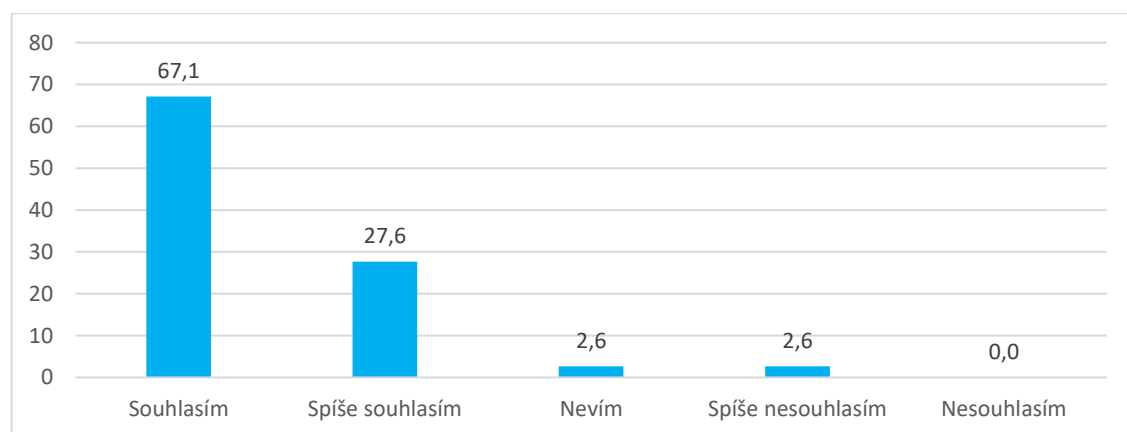
*Graf 31: Míra spoléhání sester na své znalosti a dovednosti v rámci rozvoji soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „V rámci rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku maximálně spoléhám na své znalosti a dovednosti“. 71,1 % s daným tvrzením souhlasí, 23,7 % spíše souhlasí. 1,3 % uvedlo, že spíše nesouhlasí. „Nevím“ uvedlo 3,9 % respondentů. „Nesouhlasím“ neuvedl žádný z respondentů.

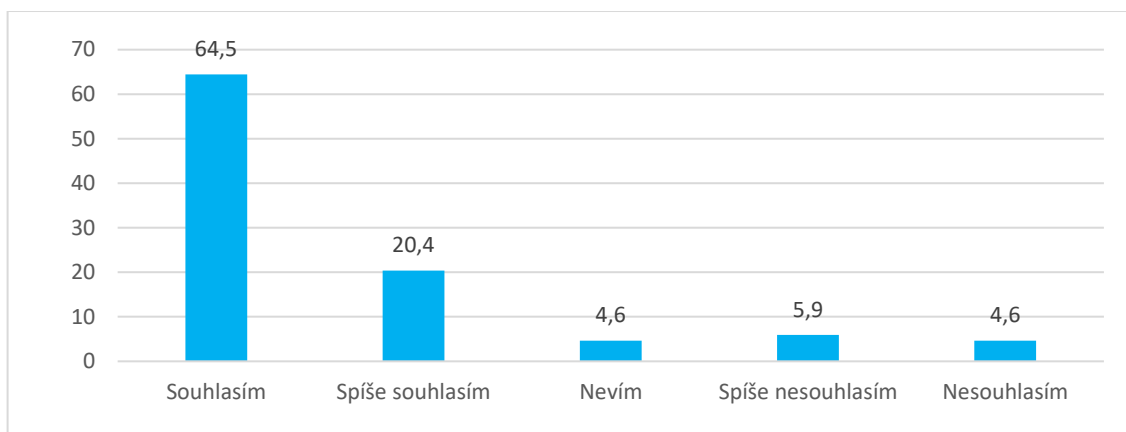
*Graf 32: Znalost a zájem sester o problematiku prevence pádu pacienta/klienta seniorského věku (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na dané tvrzení: „Zabývám se prevencí pádů u pacientů/klientů seniorského věku a vím, jak pádům předcházet“. 67,1 % s tvrzením souhlasím, 27,6 % spíše souhlasí, 2,6 % zvolilo odpověď „nevím“, stejné procento respondentů vybralo variantu „spíše nesouhlasím“. Žádný z respondentů nevybral tvrzení „nesouhlasím“.

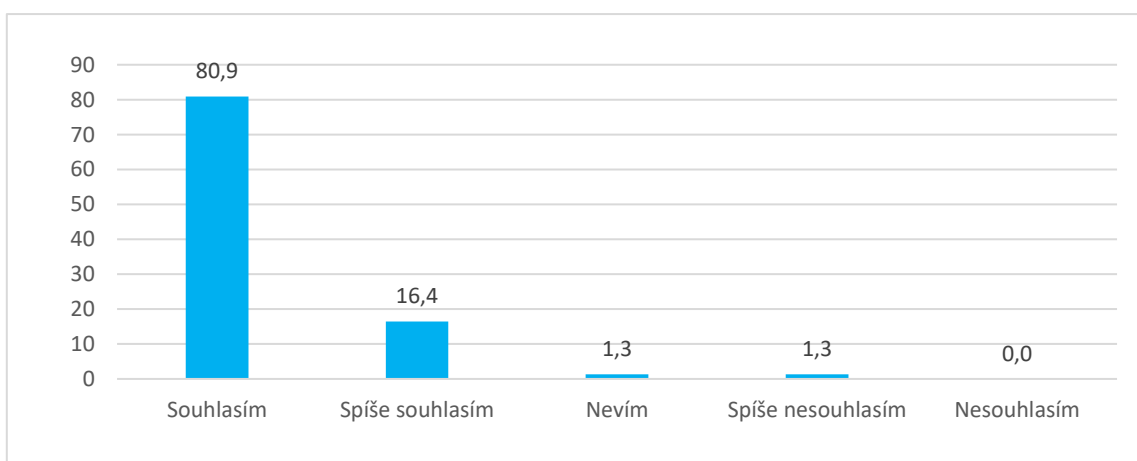
*Graf 33: Vnímání důležitosti hodnocení rizika pádu pacienta/klienta seniorského věku (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na následující tvrzení: „Hodnocení rizika pádu u pacienta/klienta seniorského věku vnímám jako velmi důležité“. 64,5 % respondentů s daným tvrzením souhlasí, 20,4 % spíše souhlasí, 5,9 % spíše nesouhlasí. Odpověď 4,6 % zvolilo variantu „nevím“, stejné procento s tvrzením nesouhlasí.

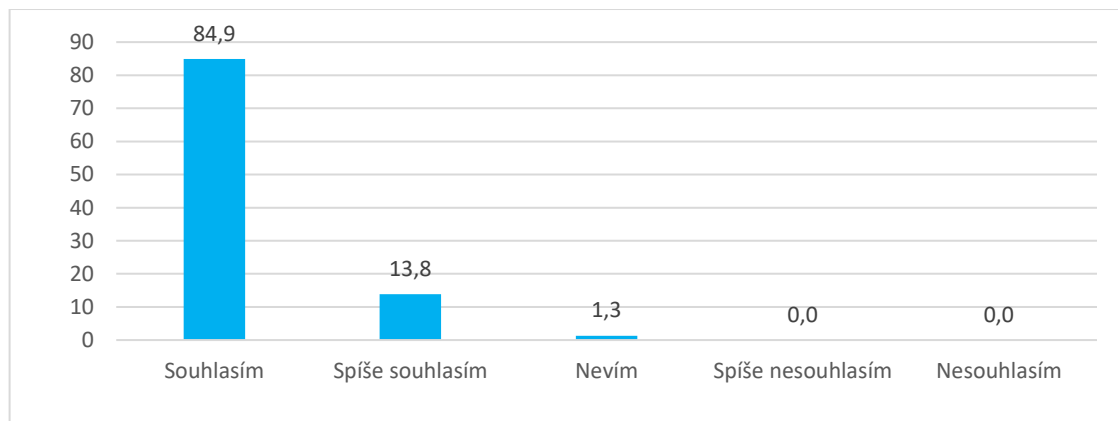
*Graf 34: Vnímání důležitosti spolupráce s rodinou v rámci rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „V rámci rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku je důležitá spolupráce s rodinou“. 80,9 % s daným tvrzením souhlasí, 16,4 % s daným tvrzením spíše souhlasí, 1,3 % spíše nesouhlasí, stejné procento respondentů zvolilo variantu „nevím“. Žádný z respondentů nezvolil odpověď „nesouhlasím“.

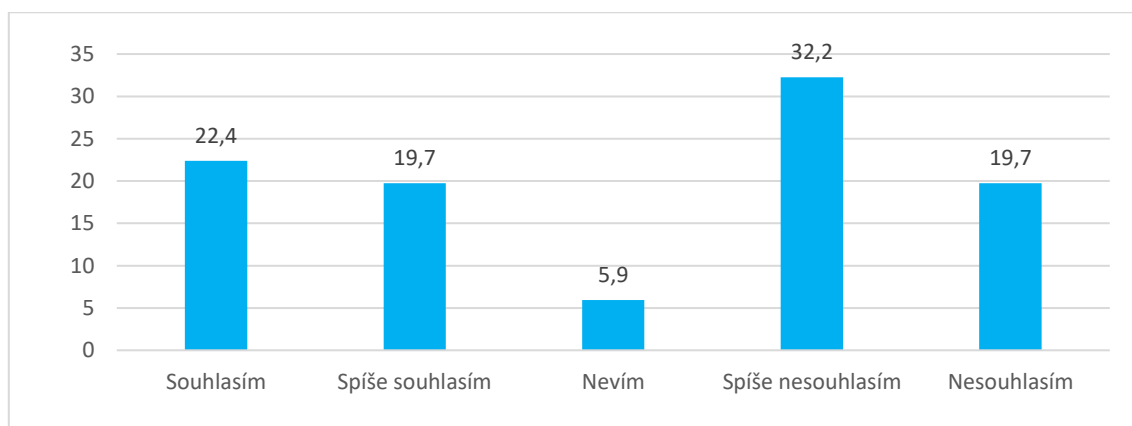
*Graf 35: Vnímání důležitosti spolupráce se specialisty v rámci rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf zobrazuje odpovědi respondentů na uvedené tvrzení: „V rámci rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku je důležitá spolupráce s dalšími specialisty, např. ergoterapeutem, fyzioterapeutem apod.“. 84,9 % s tímto tvrzením souhlasí, 13,8 % spíše souhlasí. 1,3 % respondentů zaznamenalo odpověď „nevím“. Žádný z respondentů nezvolil variantu „spíše nesouhlasím, ani „nesouhlasím“.

*Graf 36: Názor na účast pracovníků ergoterapie a fyzioterapie v rozvoji soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku namísto sester (n = 152)*



Zdroj: vlastní výzkum

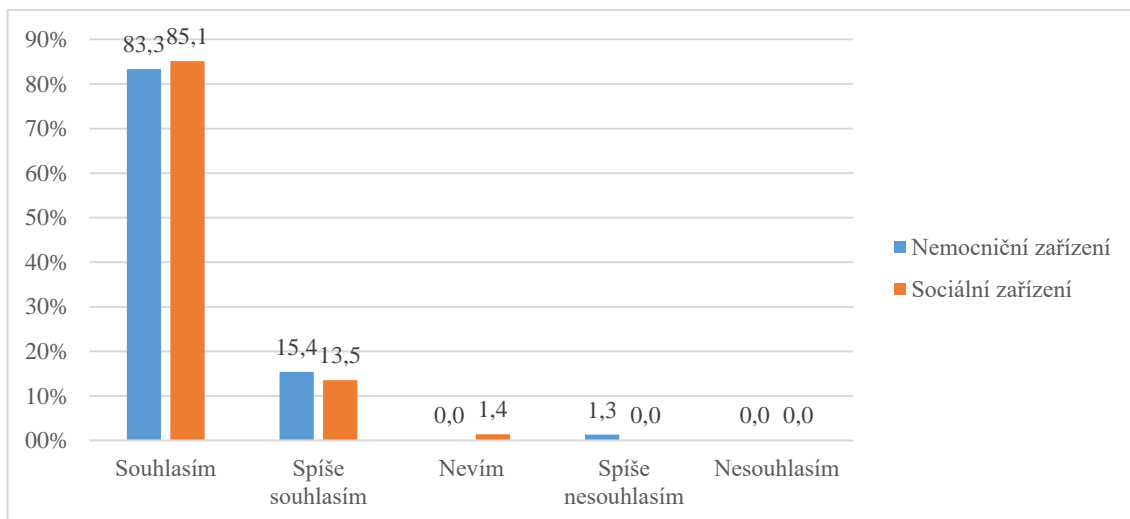
Tento graf popisuje odpovědi respondentů na předložené tvrzení: „Na rozvoji soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku by se měli podílet především ergoterapeuti a fyzioterapeuti, nikoliv sestry“. 22,4 % respondentů s variantou souhlasí, 19,7 % spíše souhlasí, 32,2 % spíše nesouhlasí, 19,7 % nesouhlasí. 5,9 % respondentů zvolilo odpověď „nevím“.

#### 4.2 Statistické testování hypotéz

**Testování H1: Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají důležitost rozvoje soběstačnosti odlišně než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb**

**HA1: Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají důležitost rozvoje soběstačnosti stejně jako sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb**

*Graf 37: Vnímání důležitosti udržení a rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku v závislosti na typu zařízení (n = 152)*



Zdroj: vlastní zpracování

Tento graf prezentuje rozdíl odpovědí sester pracujících v nemocničním zařízení a sester pracujících v pobytovém zařízení sociálních služeb na předložené tvrzení: „Udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku vnímám jako velmi důležitý“. Velká část respondentů (83,3 %) z nemocničního zařízení odpověděla, že s daným tvrzením souhlasí, 15,4 % s tvrzením spíše souhlasí a 1,3 % spíše nesouhlasí. Žádný z respondentů z nemocničního zařízení nezvolil odpověď „nevím“, stejně tak platí u varianty „nesouhlasím“. Respondenti z pobytových zařízení sociální péče odpovídali obdobně. Celkem 85,1 % s daným tvrzením souhlasí, 13,5 % spíše souhlasí, 1,4 %

uvedlo variantu „nevím“. Odpověď „spíše nesouhlasím“ nevybral žádný z respondentů, stejně tak tomu bylo i u odpovědi „nesouhlasím“.

Tabulka 1 – Statistická analýza H1 (n = 152)

	Nemocniční zařízení	Zařízení sociálních služeb	Celkem
Souhlasím	65	63	128
Spíše souhlasím	12	10	22
Nevím	0	1	1
Spíše nesouhlasím	1	0	1
Nesouhlasím	0	0	0
Medián	2	2	2,5
Modus	1	1	1
Aritmetický průměr	1,208	1,162	1,185
Směrodatná odchylka	0,481921696	0,403599582	0,4457692
P-value	55,00 % > 5 %		

Zdroj: vlastní zpracování

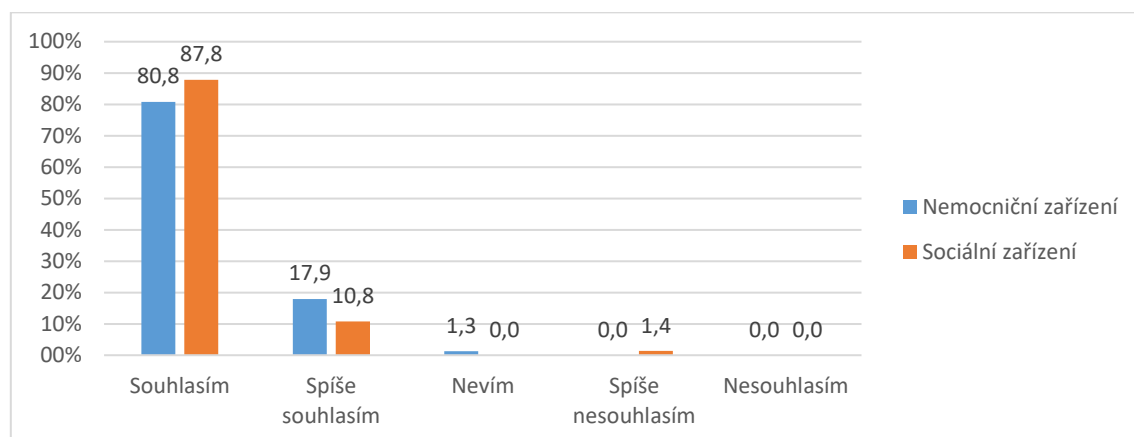
Dle výsledku statistického testování nelze stanovenou hypotézu HA1 vyvrátit, tudíž z provedené analýzy vyplývá, že sestry pracující v nemocničním zařízení nevnímají rozvoj soběstačnosti odlišně od sester pracujících v pobytovém zařízení sociální péče. Hypotéza H1: **Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají důležitost udržení a rozvoje soběstačnosti odlišně než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb**, tedy neplatí.

**Testování H2: Sestry pracující v nemocničním zařízení vnímají udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku v souvislosti s kvalitou života rozdílně než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb**

**HA2:** Sestry pracující v nemocničním zařízení vnímají udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku v souvislosti s kvalitou jeho života stejně jako sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb



Graf 38: Vnímání vlivu udržení a rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku na celkovou kvalitu jeho života v závislosti na jednotlivých typech zařízení



Zdroj: vlastní zpracování

Tento graf prezentuje rozdíl odpovědí sester pracujících v nemocničním zařízení a sester pracujících v pobytovém zařízení sociálních služeb na předložené tvrzení: „Udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku má zásadní vliv na kvalitu jeho života“. Odpovědi respondentů jednotlivých zařízení se taktéž nelišily. Z nemocničního zařízení odpovědělo 80,8 % respondentů, že s daným tvrzením souhlasí, 17,9 % s tvrzením spíše souhlasí. Odpověď „spíše nesouhlasím“ i „nesouhlasím“ nevyplnil žádný z respondentů. Variantu nevím zvolilo 1,3 % respondentů z prostředí nemocnice. Dotazovaní v pobytovém zařízení sociálních služeb odpovídali velmi podobně. 87,8 % respondentů s tvrzením souhlasí, 10,8 % spíše souhlasí, 1,4 % spíše nesouhlasí. Variantu „nevím“ nezvolil žádný z respondentů, stejně tomu tak bylo i u varianty „nesouhlasím“.

Tabulka 2 – Statistické testování H2 (n = 152)

	Nemocniční zařízení	Zařízení sociálních služeb	Celkem
<b>Souhlasím</b>	63	65	128
<b>Spíše souhlasím</b>	14	8	22
<b>Nevím</b>	1	0	1
<b>Spíše nesouhlasím</b>	0	1	1
<b>Nesouhlasím</b>	0	0	0
<b>Medián</b>	2	2	2,5
<b>Modus</b>	1	1	1
<b>Průměr</b>	1,205	1,164	1,185
<b>Směrodatná odchylka</b>	0,434386522	0,455667981	0,4457692
<b>P-value</b>	31,25% > 5 %		

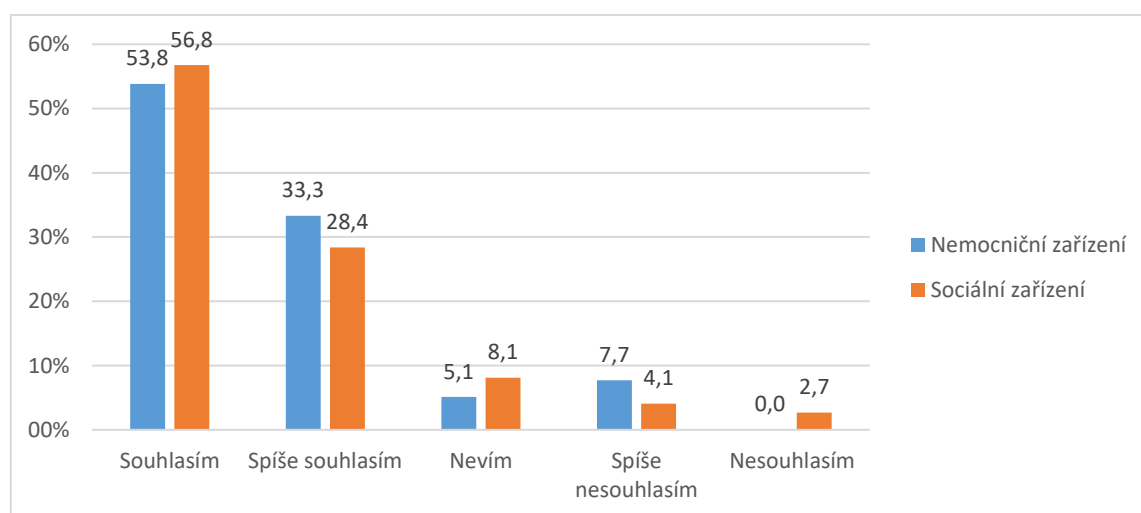
Zdroj: vlastní zpracování

Dle výsledku statistického testování nelze stanovenou hypotézu HA2 vyvrátit, tudíž z provedené analýzy vyplývá, že sestry pracující v nemocničním zařízení vnímají udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta v souvislosti s kvalitou jeho života stejně jako sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb. Hypotéza H2: „*Sestry pracující v nemocničním zařízení vnímají udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta v souvislosti s kvalitou života rozdílně než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb*“ je zamítnuta.

### **Testování H3: Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta jinak než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb**

**HA3:** Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají důležitost hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta stejně jako sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb

*Graf 39: Vnímání důležitosti hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku v závislosti na jednotlivých typech zařízení*



Zdroj: vlastní zpracování

Tento graf prezentuje rozdíl odpovědí sester pracujících v nemocničním zařízení a sester pracujících v pobytovém zařízení sociálních služeb na předložené tvrzení: „Hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku vnímám jako velmi důležité“. 53, 8 % respondentů z nemocničního zařízení s tvrzením souhlasí, 33, 3 % spíše souhlasí, 7, 7 % spíše nesouhlasí. 5, 1 % respondentů zvolilo odpověď „nevím“. Žádný z respondentů nevybral variantu „nesouhlasím“. Respondenti ze sociálního zařízení odpovídali také

podobně. 56, 8 % respondentů uvedlo, že s odpovědí souhlasí, 28, 4 % respondentů spíše souhlasí, 4,1 % spíše nesouhlasí, 2, 7 % nesouhlasí. Variantu „nevím“ vybralo 8,1 % respondentů.

Tabulka 3 – Statistické testování H3 (n = 152)

	Nemocniční zařízení	Zařízení sociálních služeb	Celkem
Souhlasím	42	42	84
Spíše souhlasím	26	21	47
Nevím	4	6	10
Spíše nesouhlasím	6	3	9
Nesouhlasím	0	2	2
Medián	2,5	3	3
Modus	1	1	1
Průměr	1,806	1,746	1,776
Směrodatná odchylka	0,886749562	0,974098448	0,930310614
P-value	42,96% > 5 %		

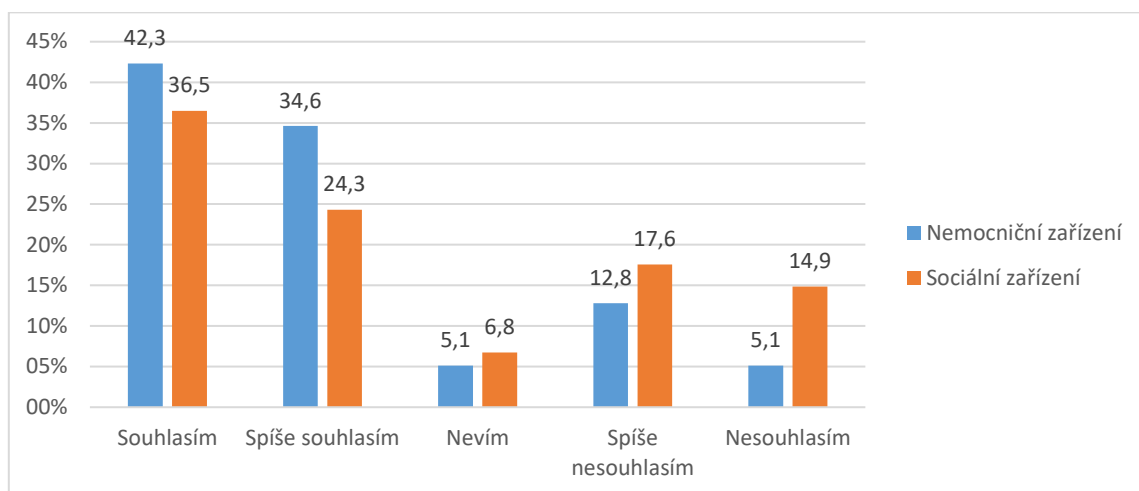
Zdroj: vlastní zpracování

Dle výsledku statistického testování nelze stanovenou hypotézu HA3 vyvrátit, tudíž z provedené analýzy vyplývá, že sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají důležitost hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta stejně jako sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb. Hypotéza H3: „Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta jinak než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb“ je zamítnuta.

**Testování H4: Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vykonávají za pacienta/klienta úkony sebedpěče s jinou frekvencí než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb**

**HA4:** Sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb vykonávají za pacienta/klienta úkony sebedpěče stejně často jako sestry pracující ve zdravotnickém zařízení

Graf 40: Míra nevykonávání úkonů sebepéče za pacienta/klienta seniorského věku sestrou v závislosti na jednotlivých typech zařízení



Zdroj: vlastní zpracování

Tento graf prezentuje rozdíl odpovědí sester pracujících v nemocničním zařízení a sester pracujících v pobytovém zařízení sociálních služeb na předložené tvrzení: „Úkony sebepéče, které si pacient/klient seniorského věku dokáže vykonat sám, za něj nikdy nevykonávám“. V tomto grafu již nebyly odpovědi respondentů natolik jednoznačné. 42,3 % respondentů z nemocničního prostředí s daným tvrzením souhlasí, 34,6 % spíše souhlasí, 12,8 % spíše nesouhlasí, 5,1 % nesouhlasí. Stejně procento (5,1 %) respondentů zvolilo variantu „nevím“. Respondenti ze zařízení sociální péče se svým názorem trochu odlišovali. 36,5 % respondentů uvedla, že s tvrzením souhlasí, 24,3 % spíše souhlasí, 17,6 % spíše nesouhlasí, 14,9 nesouhlasí. 6,8 % vybralo variantu „nevím“.

Tabulka 4 – Statistické testování 4

	Nemocniční zařízení	Zařízení sociálních služeb	Celkem
<b>Souhlasím</b>	33	27	60
<b>Spíše souhlasím</b>	27	18	45
<b>Nevím</b>	4	5	9
<b>Spíše nesouhlasím</b>	10	13	23
<b>Nesouhlasím</b>	4	11	15
<b>Medián</b>	3	3	3
<b>Modus</b>	1	1	1
<b>Průměr</b>	2,338	3,033	2,667
<b>Směrodatná odchylka</b>	1,203012327	1,490697998	1,370443849
<b>P-value</b>	31,25% > 5 %		

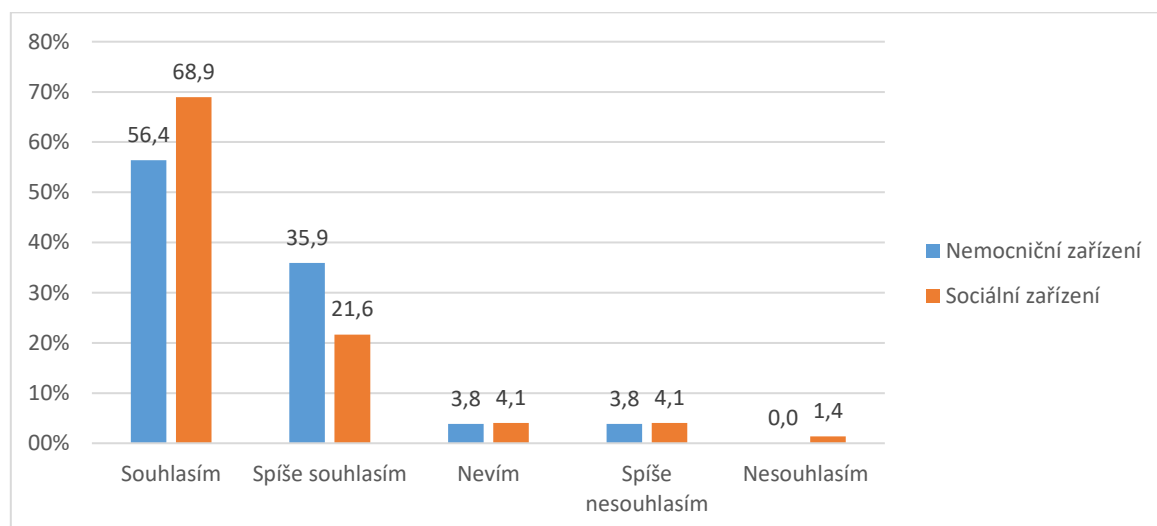
Zdroj: vlastní zpracování

Dle výsledku statistického testování nelze stanovenou hypotézu HA4 vyvrátit, tudíž z provedené analýzy vyplývá, že sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb vykonávají za pacienta/klienta úkony sebeděče stejně často jako sestry pracující ve zdravotnickém zařízení. Hypotéza H4: „Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vykonávají za pacienta/klienta úkony sebeděče s jinou frekvencí než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb“ je zamítnuta.

#### **Testování H5: Snaha sester naučit pacienta/klienta používat kompenzační pomůcky se v jednotlivých zařízeních liší**

**HA5:** Snaha sester naučit pacienta/klienta používat kompenzační pomůcky se v jednotlivých zařízeních neliší

*Graf 41: Snaha sestry o edukaci pacienta/klienta v rámci užívání kompenzačních pomůcek v závislosti na jednotlivých typech zařízení*



Zdroj: vlastní zpracování

Tento graf prezentuje rozdíl odpovědí sester pracujících v nemocničním zařízení a sester pracujících v pobytovém zařízení sociálních služeb na předložené tvrzení: „Vždy se snažím pacienta/klienta seniorského věku naučit používat kompenzační pomůcky“. Ani z toho grafu nemůžeme zaznamenat výrazné procento, ve kterém by se respondenti jednotlivých zařízení lišili. 56,4 % respondentů z nemocničního zařízení s tvrzením souhlasí, 35,9 % spíše souhlasí, 3,8 % spíše nesouhlasí. Žádný z respondentů nezvolil variantu „nesouhlasím“. 3,8 % vybralo variantu „nevím“. Respondenti z prostředí sociální péče z 68,9 % s tvrzením souhlasí, 21,6 % spíše souhlasí, 4,1 % spíše nesouhlasí, 1,4 % nesouhlasí. 4,1 % respondentů zvolilo variantu „nevím“.

Tabulka 5 – Statistické testování H5

	Nemocniční zařízení	Zařízení sociálních služeb	Celkem
<b>Souhlasím</b>	44	51	95
<b>Spíše souhlasím</b>	28	16	44
<b>Nevím</b>	3	3	6
<b>Spíše nesouhlasím</b>	3	3	6
<b>Nesouhlasím</b>	0	1	1
<b>Medián</b>	2,5	3	3
<b>Modus</b>	1	1	1
<b>Průměr</b>	1,613	1,535	1,575
<b>Směrodatná odchylka</b>	0,74502514	0,85776222	0,802847253
<b>P-value</b>	32,1% > 5 %		

Zdroj: vlastní zpracování

Dle výsledku statistického testování nelze stanovenou hypotézu HA5 vyvrátit, tudíž z provedené analýzy vyplývá, že se snaha sester naučit pacienta/klienta používat kompenzační pomůcky se v jednotlivých zařízeních neliší. Hypotéza H5: „Snaha sester naučit pacienta/klienta používat kompenzační pomůcky se v jednotlivých zařízeních liší“ je zamítnuta.

Z důvodu zamítnutí všech dílčích hypotéz nebylo možné potvrdit hypotézu hlavní: „*Postoj sester k rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta ve zdravotnickém zařízení se liší od úlohy sester pracujících v pobytovém zařízení sociálních služeb*“. Díky zamítnutí hlavní hypotézy je možno říci, že se postoj sester pracujících v nemocničním zařízení k rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta/klienta od sester pracujících v pobytových zařízeních sociálních služeb neliší.

## 5 Diskuse

V úvodu diskuze samotné jsme se zaměřili na údaje, které charakterizují výzkumný soubor. Poměr pohlaví nás nemohl překvapit, protože z praxe víme, že profese sestry je stále tvořena převážně ženským pohlavím. Ženy zastupují téměř většinu respondentů (95 %) a muži pouhých 5 % (viz graf 1). Věkové rozložení respondentů bylo poměrně široké a bylo zastoupeno v každé stanovené věkové kategorii (viz graf 2). Nejvíce respondentů (37,5 %) překvapivě zastupuje skupina sester do 30 let. Počet respondentů z nemocničního zařízení představuje 51 %, zbylých (49 %) představují respondenti ze zařízení pobytových služeb sociální péče (viz graf 5). Dále zde respondenti uváděli nejvyšší dosažené vzdělání a délku získané praxe v oboru (viz graf 3 a 4). Tyto ukazatele nebyly pro splnění našeho cíle natolik důležité a nebudeme s nimi dále pracovat.

První testovanou hypotézou v rámci kvantitativních dat byla hypotéza: **„Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají důležitost rozvoje soběstačnosti odlišně, než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb“**. Zmíněná hypotéza nebyla potvrzena (viz tabulka 1), což pro nás, s ohledem na tvrzení některých autorů nebylo překvapující. Odborné studie zdůrazňují důležitost kooperace zdravotnických a sociálních zařízení v oblasti zlepšování úrovně soběstačnosti a sebestarčivosti geriatrických pacientů/klientů. Také řešení sociálních problémů geriatrického pacienta/klienta, je často součástí ošetrovatelské péče. Z toho vyplývá, že zájem sester na rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta/klienta, by měl být pro obě zmíněná zařízení stejný (Hudáková a Majerníková, 2013). V rámci našeho výzkumu byl názor respondentů na důležitost rozvoje soběstačnosti geriatrického pacienta/klienta téměř stejný (viz graf 37). Naprostá většina respondentů vnímá udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku jako velmi důležitý. I Dvořáčková (2012) popisuje, že zdravotní a sociální péči o seniory od sebe nelze oddělovat. V praxi jsou často zdravotní problémy doprovázeny sociálními a naopak (Dvořáčková, 2012). Respondenti vnímají obdobně i tvrzení, že udržení a rozvoj soběstačnosti je klíčovou kompetencí sestry (viz graf 7), kde velká část respondentů (80 %) s tvrzením souhlasí. Z výše zmíněného tvrzení se můžeme domnívat, že odpovědi respondentů nebyly zcela pravdivé, protože v jiné otázce, zaměřující se na spolupráci s dalšími specialisty, významné procento respondentů (42 %) uvedlo, že by se na rozvoji soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku měli podílet především ergoterapeuti, či fyzioterapeuti, nikoliv sestry (viz graf 36). Rozvoj soběstačnosti je ale z velké míry rolí sestry, jelikož je to právě sestra, kdo tráví s pacientem/klientem nejvíce

času. Jejím úkolem je provádět s pacientem/klientem nácvik každodenních všedních činností, které pacient/klient nezvládá, zajistit mu úpravu prostředí a učit ho správnému zacházení s kompenzačními pomůckami. Sestra má těmito úkony dovést pacienta/klienta seniorského věku k maximální míře soběstačnosti, která je na jeho fyzické úrovni možná (Pokorná, 2013).

Druhou testovanou hypotézou byla: **„Sestry pracující v nemocničním zařízení vnímají udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku v souvislosti s kvalitou života rozdílně, než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb“**. Zmíněná hypotéza nebyla potvrzena (viz tabulka 2). Ovšem pokud dané zjištění porovnáme se studii odborníků, můžeme sledovat menší rozpor. Dle názoru odborníků, není v oblasti geriatric vyřešen problém dlouhodobé péče pro seniorskou populaci. Důvodem časté rehospitalizace pacientů/klientů jsou sociální problémy. Zároveň v rámci obav z komplikací vzniklých z hospitalizace dochází ke zhoršení kvality života pacientů seniorského věku v nemocničním zařízení. Z výše zmíněného bychom mohli říci, že pokud se pacientům/klientům v jednotlivých zařízeních nedostává komplexní péče, nemůže být ani pohled sester z jednotlivých zařízení sjednocen. Z výše zjištěného vyplývá, že rozvoj soběstačnosti geriatrického pacienta/klienta v souvislosti s kvalitou jeho života, vyžaduje další zkoumání za účelem poskytnutí komplexní (zdravotně – sociální) péče (Hudáková a Majerníková, 2014). Holmerová (2014) má v oblasti poskytování komplexní péče stejný názor. Současná legislativní situace interprofesionální spolupráci nebrání, ale ani ji neusnadňuje. Proto je podstatné stále hledat cesty ke zlepšení úrovně poskytované péče jak v rámci péče zdravotní, tak v rámci sociálních služeb (Holmerová a kol., 2014). Pokud máme tedy na pacienta/klienta pohlížet komplexně, v pohledu holistickém, je nutné mu poskytnout i komplexní péči.

Třetí testovanou hypotézou byla: **„Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku jinak, než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb“**. Předložená hypotéza nebyla potvrzena (viz tabulka 3). Velká část respondentů z nemocničního zařízení (54 %) souhlasí, že vnímá hodnocení soběstačnosti jako důležité, dalších 33 % respondentů s tvrzením spíše souhlasí, malý počet respondentů (8 %) odpověděl, že s tvrzením spíše nesouhlasí. Respondenti pobytových zařízení sociálních služeb odpovídali téměř stejně. Více jak polovina respondentů souhlasí, že vnímá hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku jako důležité, 29 % respondentů také spíše souhlasí.



Negativní odpovědi se vyskytují v zanedbatelných procentech (viz graf 39). Můžeme tedy říci, že sestry v jednotlivých zařízeních vnímají hodnocení soběstačnosti geriatrického pacienta/klienta seniorského věku stejně. V souvislosti s danou oblastí můžeme zhodnotit ještě další otázku (viz graf 12), kde více jak 90 % respondentů z celkového souboru tvrdí, že před vyplněním formuláře hodnotícího soběstačnost pacienta/klienta seniorského věku, vždy nejprve úroveň soběstačnosti důkladně posoudí. Zmíněnou skutečnost je možné s přihlédnutím k praxi částečně potvrdit. Částečně z důvodu, že k hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta dochází v prvních momentech po přijetí do péče a senior je na úkony sebezpěče dotazován. Pacienti mohou na dotazy odpovídat naprosto nerelevantně a uvádět, že vykonají činnosti, kterých ve skutečnosti již dávno nejsou schopni. Z odborné literatury však víme, že nástroje hodnocení soběstačnosti nejsou dotazníky, ale škály, které by měly být hodnoceny sestrou na základě objektivního stavu a znalostí pacienta/klienta seniorského věku (Holmerová a kol, 2014). Také Pokorná (2013) podotýká, že hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku je značně subjektivizováno vlivem představ hodnotitele a překladem nebo přesunem pacienta/klienta do jiného zařízení se umocňuje jeho nesprávnost. Z názoru jiných autorů se dozvídáme, že Barthelové index není vhodné vyplňovat hned po přijetí pacienta/klienta do péče. K hodnocení pacienta/klienta by mělo docházet nejdříve po dvou dnech po přijetí do péče a hodnotit by měla pacienta/klienta osoba, která ho zná nejlépe (Schuler a Oster, 2010). Domníváme se, že skutečnost je odlišná a kompletní dokumentace včetně hodnocení soběstačnosti probíhá bezprostředně po přijetí pacienta/klienta do péče.

Čtvrtou hypotézu „**Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vykonávají za pacienta/klienta úkony sebezpěče s jinou frekvencí, než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb**“ nelze potvrdit, neboť na základě jejího testování nebyl prokázán rozdíl mezi zkoumanými skupinami respondentů (viz tabulka 4). V rámci našeho dotazníkového šetření nadpoloviční většina respondentů z nemocničního prostředí i z prostředí pobytového zařízení sociálních služeb tvrdila, že za pacienta/klienta seniorského věku nevykonává úkony sebezpěče, které dokáže vykonat sám. Přesto významné procento respondentů zaznamenalo odpověď, že za pacienta/klienta úkony sebezpěče vykonávají. Z nemocničního prostředí tato část představovala 18 % a z pobytových zařízení sociální péče 33 % (viz graf 40). S přihlédnutím k praxi jsme očekávali, že procento sester vykonávajících úkony sebezpěče za pacienta/klienta

seniorského věku, které si je schopen vykonat sám, bude znatelně vyšší. I přesto jsou výsledná procenta značně vysoká. Většina respondentů z celkového souboru vnímá udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta jako velmi důležitý (viz graf 37), ale přesto značná část vykonává úkony sebezpečí za něho. Z toho se domníváme, že nemůže docházet k využití maximálního potenciálu pacienta/klienta seniorského věku potřebného k rozvoji soběstačnosti v úkonech sebezpečí. Z názoru odborníků ale vyplývá, že maximalizace fyzického potenciálu pacienta/klienta seniorského věku a minimalizace omezení v sebezpečí má příznivý vliv na kvalitu jeho života (Pokorná, 2013). Můžeme tedy zdůraznit, že není nutné, aby byl pacient/klient vždy plně soběstačný, ale aby byl soběstačný na své maximální možné úrovni a byl se svou úrovní soběstačnosti spokojen. Právě snížení soběstačnosti může vést až k pocitům bezmocnosti a výrazně tak snižovat kvalitu života seniorů (Dvořáčková, 2012). Téměř 80 % respondentů vnímá udržení a rozvoj soběstačnosti geriatrického pacienta jako klíčovou kompetenci sestry (viz graf 7), téměř všichni respondenti připouští příznivý vliv udržení a rozvoje soběstačnosti na psychický stav pacienta/klienta (viz graf 9) i na celkovou kvalitu jeho života (viz graf 10), ale i přesto některé úkony sebezpečí za pacienta/klienta provádí, čímž omezují jeho fyzický rozsah v úkonech sebezpečí a soběstačnost naopak snižují. Z daných zjištění se tak můžeme domnívat, že odpovědi respondentů na otázky týkající se oblasti vnímání rozvoje soběstačnosti nebyly hodnoceny respondenty relevantně, neboť se jednotlivá zkoumaná tvrzení dostávají do rozporu.

Poslední testovaná hypotéza: „**Snaha sester naučit pacienta/klienta seniorského věku používat kompenzační pomůcky se v jednotlivých zařízeních liší**“ také nebyla potvrzena, neboť na základě jejího testování nebyl prokázán rozdíl mezi danými skupinami (viz tabulka 4). Respondenti z nemocničního zařízení z 92,5 % souhlasí s tvrzením, že se snaží pacienta/klienta seniorského věku naučit používat kompenzační pomůcky, 91 % respondentů z pobytového zařízení sociálních služeb tvrdila totéž (viz graf). Používání kompenzačních pomůcek ve vztahu k rozvoji soběstačnosti považujeme za velmi důležité jak v nemocničním prostředí, tak i v oblasti sociálních služeb. Domníváme se, že správné používání kompenzačních pomůcek napomáhá pacientovi/klientovi v provedení úkonů sebezpečí a má tedy i pozitivní vliv na úroveň jeho soběstačnosti. Důležitost využívání kompenzačních pomůcek můžeme podpořit názorem Kalvacha a kol. (2011), který tvrdí, že i chronicky nemocný a nesoběstačný člověk je schopen se uzdravit a nabýt soběstačnosti pomocí kompenzačních pomůcek. Pokud jsou

odpovědi sester pravdivé a jejich snaha naučit pacienta/klienta správnému užívání kompenzačních pomůcek tak velká, můžeme být spokojeni. Pokud se ale znovu zaměříme na oblast otázek vztahujících se k úkonům sebekpěče, můžeme nalézt malé neshody (viz graf 16). 25 % respondentů přiznalo, že říká pacientovi/klientovi seniorského věku, aby vykonal potřebu do plenkových kalhotek přesto, že ji dokáže verbalizovat. Nejčastějším odůvodněním pro dané jednání byla snaha sester ušetřit si čas a neovládnutí potřeby pacientem/klientem před jejím zajištěním (viz graf 17). Zmíněným situacím se dá jednoduše předcházet použitím některé z pomůcek jako je např. podložní mísa, či klozetové křeslo, ale také včasným příchodem sestry. Z vlastních poznatků víme, že v praxi dochází k rozsáhlému používání polohovacích pomůcek a vybavenost lůžka je velmi dobrá. Dle Pokorné (2013) je ale úkolem sestry snaha podpořit pacienta v co možná nejdélsím pobytu mimo lůžko. Ve výsledcích můžeme najít další zajímavý poznatek. Celých 31 % respondentů potvrdilo, že vykonávají hygienickou péči za pacienta/klienta seniorského věku i přes jeho schopnost samostatného vykonání dané potřeby (viz graf 22). Mezi nejčastějším důvodem pro dané jednání byl strach z pádu pacienta, úspora času při provedení hygienické péče za pacienta/klienta nebo pohodlí pacienta/klienta (viz graf 23). Myslíme si, že k prevenci pádu by často stačila vhodná obuv, sedačka do sprchy nebo sprchový vozík a současně dohled sestry na pacienta/klienta. I přesto, že by takové řešení mohlo být pro sestru časově náročnější, z hlediska udržení úrovně soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku by mělo velký význam.

Žádnou ze stanovených dílčích hypotéz nemůžeme potvrdit. Z daného zjištění vyplývá, že i hlavní hypotézu: „**Postoj sestry k rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta ve zdravotnickém zařízení se liší od úlohy sestry pracujících v pobytovém zařízení sociálních služeb**“ můžeme zamítnout. Ze statistického testování vyplývá, že se postoj sestry v jednotlivých zařízeních od sebe neliší. Z rozebrání dílčích grafů a dalších souvislostí ale víme, že pohled na danou problematiku není vždy tak jednoznačný. V ošetrovatelské péči o pacienta/klienta seniorského věku musíme zohledňovat mnoho souvisejících faktorů. Popsané skutečnosti považujeme za velmi důležité nejen v oblasti udržení a rozvoje soběstačnosti seniora, ale v celkovém pohledu na pacienta/klienta seniorského věku, ke kterému je potřeba přistupovat individuálně a přesto komplexně.

## 6 Závěr

Předložená bakalářská práce nahlíží na problematiku udržení a rozvoje soběstačnosti pacientů/klientů seniorského věku a roli sestry, která má v rozvoji seniora velmi důležitou a nezastupitelnou roli. Cílem této práce bylo zmapovat postoj sester k rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta/klienta ve zdravotnickém zařízení a pobytovém zařízení sociálních služeb.

Na začátku výzkumného šetření jsme stanovili hlavní hypotézu: Postoj sester k rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta ve zdravotnickém zařízení se liší od úlohy sester pracujících v pobytovém zařízení sociálních služeb. Platnost této hypotézy byla ověřována pomocí pěti dílčích hypotéz.

Na základě šetření jsme vyhodnotili stanovené hypotézy takto:

H1: Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku odlišně než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb, nepotvrzujeme. H2: Sestry pracující v nemocničním zařízení vnímají udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku v souvislosti s kvalitou života rozdílně než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb, nepotvrzujeme. H3: Sestry, pracující ve zdravotnickém zařízení vnímají hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku jinak než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb, nepotvrzujeme. H4: Sestry pracující ve zdravotnickém zařízení vykonávají za pacienta/klienta seniorského věku úkony sebek péče častěji než sestry pracující v pobytovém zařízení sociálních služeb, nepotvrzujeme. H5: Snaha sester naučit pacienta/klienta seniorského věku používat kompenzační pomůcky se v jednotlivých zařízeních liší, nepotvrzujeme. Z výsledku výzkumu vyplývá, že se postoj sester v jednotlivých zařízeních od sebe neliší. Hlavní hypotéza byla tedy zamítnuta.

Ačkoliv se sestry z jednotlivých zařízení ve většinovém pohledu na rozvoj soběstačnosti shodovaly, mohli jsme v péči o pacienta/klienta seniorského věku najít některé nedostatky. Tyto nedostatky se vztahovaly především k oblasti vykonávání úkonů sebek péče za částečně soběstačného pacienta/klienta seniorského věku sestrou nebo nesprávného postupu při hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta. Výsledky této práce mohou sloužit sestrám v oboru geriatric, aby si připomněly důležitost udržení a rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku jako důležitého ukazatele kvality jeho života, uvědomily si nedostatky, jaké se ve zmíněném oboru nachází a snažily se je

odstranit. Dále mohou být výsledky práce použity jako podklad pro další výzkum, neboť se domníváme, že by bylo vhodné dále rozpracovat některé oblasti.

## 7 Seznam použitých zdrojů

ČELEDOVÁ, L., et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 151 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEVELA, R., et al., 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 987-80-247-4138-3.

HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-4811-5.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HARRISON, W., CONTIE, V., 2014. [databáze]. *Physical Activity Helps Seniors Stay Mobile*. [cit.2017-06-13]. News in Health. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457216302324>.

HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-274-4139-0.

HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Protisk. 128 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 4772 – 9.

CHUNG, J., et al., 2017. *Examining daily activity routines of older adults using workflow*. [databáze]. Journal of Biomedical Informatics. [cit. 2017-07-28]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046417301077>.

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

KALVACH, Z., et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

- KALVACH, Z., et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z., et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 987-80-247-4026-3.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOLÁŘ, P., Clinical rehabilitation. 2013. Galén. 749 s. ISBN 978-80-905438-1-2.
- KOZÁKOVÁ, Z., MULLER, O., 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 54 s. ISBN 80-244-1552-6.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MULLER, O., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada. 509 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
- MOMBAU, K., et al., 2017. *How to best support sit to stand transfers of geriatric patients: Motion optimization under external forces for the design of physical assistive devices*. [databáze]. Journal of Biomechanics. [cit. 2017-07-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28551097>.
- NÉMETH, F., et al., 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Osveta. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- PEDEN, A., 2017. *Comparative Health Information Management*. Canada: Centrage Learning. 572 s. ISBN 9781285871714.

POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 987-80-247-3976-2.

SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336s. ISBN 978-80-247-3013-4.

SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. 284 s. ISBN 987-80-86429-62-5.

ŠMIČKOVÁ, E., 2011. Možnosti identifikace poruch sebekpěče u seniorů a jejich kompenzace [online]. Olomouc: Actavia. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/10.pdf>

TOUHY, THERIS A., 2010. *Ebersole & Hess gerontological nursing & healthy aging*. ISBN 978-0-323-05701-1.

VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOBR, M., 2013. *Antropomotorika* [online]. Brno: Masarykova univerzita. [cit. 2016-11-29]. ISBN 978-80-210-6284-9. Dostupné z: <https://publi.cz/books/64/Impresum.html>

WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory s demencí*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-40-274-4423-0.

YEE – MELICHAR, D., et al., 2014. *Geriatric Rehabilitation and Resilience from a cultural perspective*. [datbáze]. Nursing Care. [cit. 2017-07-12]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457214002808>.

ZACHAROVÁ, E., 2009. *Sestra a její pomoc při edukaci pacienta v sebekpěči*. Dostupné z: <http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/823.pdf>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

ZVÁRA, K., 2013. *Biomedicínská statistika IV: Základy statistiky v prostředí R*. Praha: Karolinum. 259 s. ISBN 978 – 80 – 246 – 2245 – 3.



## 8 Přílohy

### Příloha 1 Katzův index nezávislosti v každodenních aktivitách

Tab. 2.13 Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života, Katz ADL (Katz aj., 1970)

Aktivita	Nezávislost (žádná osobní asistence, vedení ani supervize) – 1 bod	Závislost (úplná péče, osobní asistence, vedení či supervize) – 0 bodů
koupání (bathing)	Myje se sám či dopomoc jen s 1 částí těla (např. záda či ochmutá končetina).	Dopomoc s mytím více částí těla ať ve vaně, ve sprše či na lůžku, nebo kompletní mytí.
oblékání (dressing)	Vyndá oblečení ze skříně a zásuvek, obleče se kompletně, včetně kabátu a zapínání. Možná dopomoc s ponožkami či punčochami.	Pomoc při oblékání či pasivní oblečení.
používání toalety (toileting)	Dojde na toaletu, dokáže se posadit i vstát, upravit oblečení, event. očistit genitál.	Pomoc s přemístěním na toaletu, s očištěním, nebo užívání podložní mísy či „gratofonu“.
přemisťování (transferring)	Přesun z lůžka a do něj či do křesla bez asistence. Mechanické pomůcky jsou možné.	Potřeba pomoci k přesunu z lůžka do křesla či kompletní přemisťování.
kontinence (continence)	Kompletní kontrola vyměšování. Možná je stresová inkontinence žen.	Úplná či částečná inkontinence moči nebo stolice.
jezení (feeding)	Vkládání stravy z talíře do úst bez dopomoci. Přípravu jídla může zajistit jiná osoba.	Částečná či kompletní pomoc s jezením či pasivní krmení.

Zdroj: KALVACH, Z., et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

## Příloha 2 Barthelové test základních všedních činností ADL - Activities of Daily Living

### Screeningové testy pro hodnocení soběstačnosti

Příloha 17. Barthelové test základních všedních činností (ADL – Activity of Daily Living)

Barthelové test základních všedních činností Activity of Daily Living = ADL		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
schopnost najedení a napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun lůžko/židle	samostatně nad 50 m	15
	samostatně bez pomoci	10
	s malou pomocí	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně bez pomoci	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0

Barthelové test základních všedních činností Activity of Daily Living = ADL		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

#### Hodnocení stupně závislosti

0–40 bodů – vysoce závislý

45–60 bodů – závislost středního stupně

65–95 bodů – lehká závislost

100 bodů – nezávislý

Zdroj: Trachtová, 2008

Zdroj: POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

### Příloha 3 Modifikovaný test Barthelové – Modified Barthel index

Příloha 18. Modifikovaný test Barthelové (Modified Barthel Index)

Modifikovaný test Barthelové (Modified Barthel Index)					
Kategorie	1	2	3	4	5
Činnosti	Neschopen vykonat úkol	Pokusí se o úkol, ale nesvede jej	Potřebuje omezenou pomoc	Potřebuje minimální pomoc	Úplně nezávislý
Osobní hygiena	0	1	3	4	5
Sám se vykoupe	0	1	3	4	5
Jídlo	0	2	5	8	10
Toaleta	0	2	5	8	10
Chůze po schodech	0	2	5	8	10
Oblékání	0	2	5	8	10
Kontrola stolice	0	2	5	8	10
Kontrola měchýře	0	2	5	8	10
Chůze	0	3	8	12	15
Vozík*	0	1	3	4	5
Přesun vozík/lůžko	0	3	8	12	15
Součet					

\* Hodnotí se jen v případě, že je položka „chůze“ = 0 bodů a pacient se cvičí v ovládání vozíku.

Kategorie	Výsledný součet	Hladina závislosti
1	0-24	plně závislý
2	25-49	velmi závislý
3	50-74	středně závislý
4	75-90	slabě závislý
5	91-99	nezávislý

Zdroj: Lippert-Grüner, 2005

**Zdroj:** POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

## Příloha 4 Lawtonova škála IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

Příloha 25. Test instrumentálních všedních činností  
(IADL – Instrumental Activity of Daily Living)

Test instrumentálních všedních činností (IADL – Instrumental Activity of Daily Living)		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí jej	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže používat telefon	0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce, nebo neudrží čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací, nebo se práce domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	samostatně v určenou dobu, správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
	neprovede	0

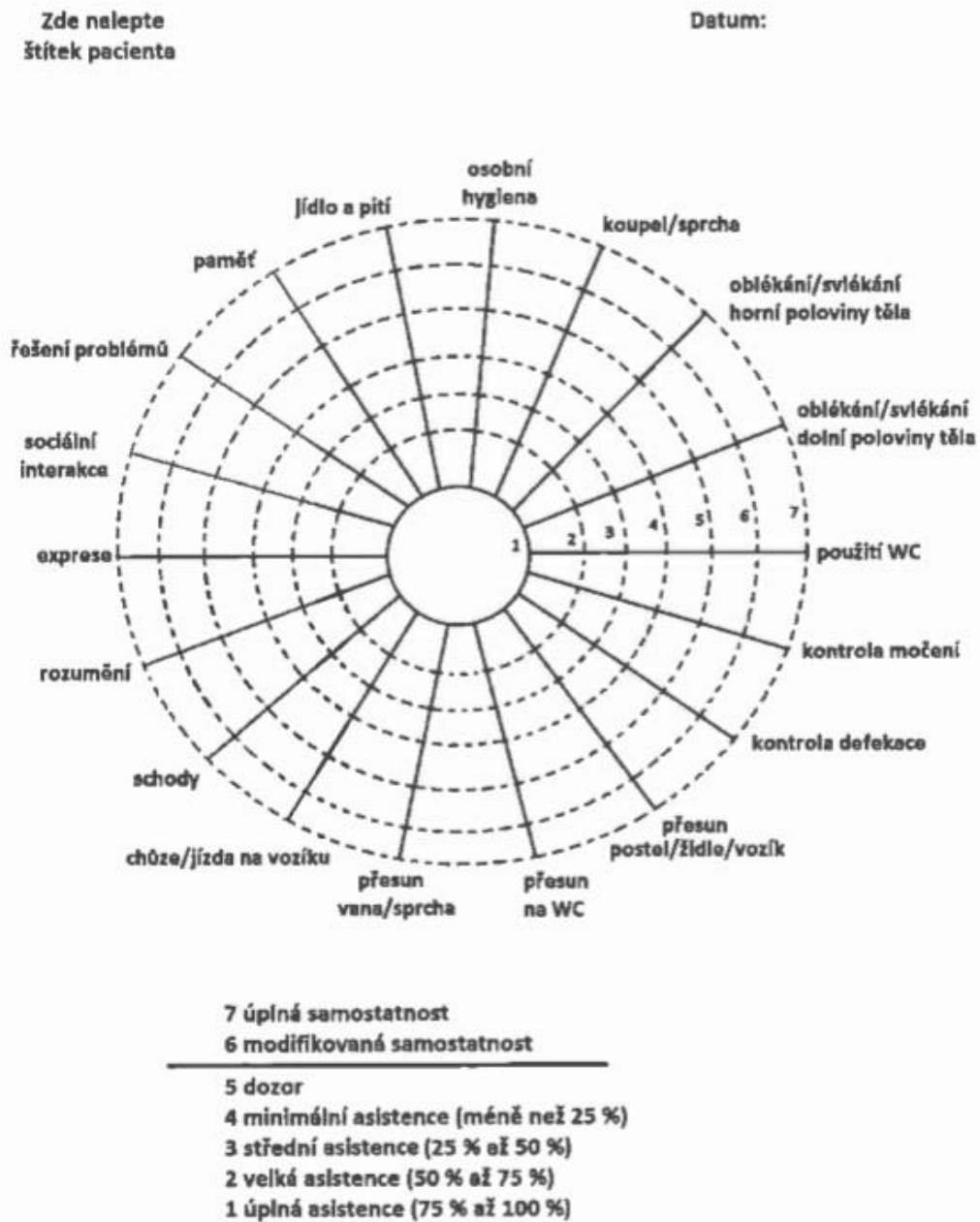
Hodnocení stupně závislosti: 0–40 bodů – závislý  
41–75 bodů – částečně závislý  
76–80 bodů – nezávislý

**Zdroj:** POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

**Příloha 5 Hodnocení funkční nezávislosti (FIM - Functional Independence Measure)**

**Příloha 23. Funkční míra nezávislosti (FIM) v grafické podobě distribuovaná v praxi**

**FIM - Functional Independence Measures**



Zdroj: POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

## Příloha 6 Screeningový test mobility

ČINNOSTI	DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA	INTERVENCE
• sedání/vstávání	onemocnění kloubní, kostní a svalové, motorické defekty, dekonidionace, parkinsonismus	posilování svalstva DK, nácvik přesunů, pevné židle s opěrkami pro ruce, zvýšené sedátko na WC
• stoj/rovnováha	ortostatická hypotenze vestibulární porucha porucha propiocepce	cvičení rovnováhy, pomůcky při chůzi, dobré osvětlení, u ortostatické hypotenze dostatek soli v dietě, elastické punčochy, cvičení a zvýšený podhlavník lůžka
• záklon/předklon	vestibulární porucha vertebrobazilární insuficience vertebrogenní porucha cerebrovaskulární onemocnění	nácvik rovnováhy, vertebrogenní cviky, fyzikální terapie, krční límec, umístění předmětů v rovině očí
• chůze/otáčení	onemocnění pohybového aparátu onemocnění nohou (kalus, deformity) postížení motoriky parkinsonský syndrom a další neurologické diagnózy mnohočetné senzorické poruchy (zrak, propiocepce)	korekce senzorických defektů, vhodná obuv a pomůcky, nácvik chůze, odstranění překážek a rizik prostředí (osvětlení, podlaha bez koberců)

Zdroj: POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

## Příloha 7 Vzor dotazníku



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Vážená paní, Vážený pane, jmenuji se Dominika Mállová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma „Úloha sestry v rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta“. Mým záměrem je pomocí dotazníku zjistit, jak se odlišuje postoj sester k rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta/klienta v nemocničním zařízení a v zařízení sociální péče. Dotazník je anonymní, nikde proto neuvádějte své jméno.

U každého z následujících tvrzení označte, nakolik s ním souhlasíte:

1. Rozvoj soběstačnosti pacientů/klientů vnímám jako přední cíl ošetřovatelství
  - a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
2. Rozvoj soběstačnosti pacientů/klientů vnímám jako klíčovou kompetenci sestry
  - a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
3. Udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku vnímám jako velmi důležité
  - a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím

4. Udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku má příznivý vliv na jeho psychický stav
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
5. Udržení a rozvoj soběstačnosti pacienta/ klienta seniorského věku má zásadní vliv na celkovou kvalitu jeho života
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
6. Hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku vnímám jako velmi důležité
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
7. Před vyplněním formuláře hodnotícího soběstačnost pacienta/klienta seniorského věku vždy nejprve úroveň soběstačnosti důkladně posoudím
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím



8. Na posouzení úrovně soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku mám vždy dostatek času
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
9. Na rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku mám vždy dostatek času
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
10. Úkony sebepečce, které si pacient/klient seniorského věku dokáže vykonat sám, za něj nikdy nevykonávám
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
11. Pacientovi/klientovi seniorského věku, který si dokáže říci, že se potřebuje vyprázdnit, nikdy neříkám, aby potřebu vykonal do plenkových kalhotek (v případě odpovědi „souhlasím“ nezodpovídejte následující otázku č. 12 a pokračujte otázkou č. 13)
- a) souhlasím
  - b) nesouhlasím

12. Pokud řeknu pacientovi/klientovi seniorského věku, aby vykonal potřebu vyprázdnění do plenkových kalhotek i přesto, že ji dokáže ovládat, udělám to především proto, že:
- a) ušetřím si čas
  - b) myslím si, že to bude pro pacienta/klienta pohodlnější
  - c) myslím si, že jiný způsob nemá pro pacienta/klienta přínos
  - d) nevnímám rozvoj soběstačnosti v této oblasti jako důležitý
  - e) než zajistím vykonání potřeby pacienta/klienta jiným způsobem, neovládne ji
  - f) jiné, vypište.....
13. Pacienta/klienta seniorského věku nechám vždy najíst samostatně dle jeho možností a dopomáhám pouze s nezbytným (v případě odpovědi „souhlasím“ nezodpovídejte následující otázku č. 14 a pokračujte otázkou č. 15)
- a) souhlasím
  - b) nesouhlasím
14. Pokud pacienta/klienta seniorského věku nakrmím i přesto, že by se do určité míry dokázal najíst samostatně, udělám to proto, že
- a) ušetřím si čas
  - b) myslím si, že to bude pro pacienta/klienta pohodlnější
  - c) myslím si, že jiný způsob nemá pro pacienta/klienta přínos
  - d) nevnímám rozvoj soběstačnosti v této oblasti jako důležitý
  - e) se takto klient neumaže
  - f) jiné, vypište.....
15. Pacienta/klienta seniorského věku nechám vždy oblékat samostatně dle jeho možností a dopomáhám pouze s nezbytným (v případě odpovědi „souhlasím“ nezodpovídejte následující otázku č. 16 a pokračujte otázkou č. 17)
- a) souhlasím
  - b) nesouhlasím

16. Pokud pacienta/klienta seniorského věku obléknu i přesto, že by se do určité míry dokázal obléci samostatně, udělám to proto, že:
- a) ušetřím si čas
  - b) myslím si, že to bude pro pacienta/klienta pohodlnější
  - c) myslím si, že jiný způsob nemá pro pacienta/klienta přínos
  - d) nevnímám rozvoj soběstačnosti v této oblasti jako důležitý
  - e) pacient/klient by se mohl obléci špatně
  - f) jiné, vypište.....
17. Hygienickou péči, kterou si pacient/klient seniorského věku dokáže zajistit, jej vždy nechám provést samostatně (v případě odpovědi „souhlasím“ nezodpovídejte následující otázku č. 18 a pokračujte otázkou č. 19)
- a) souhlasím
  - b) nesouhlasím
18. Pokud za pacienta/klienta seniorského věku provádím hygienickou péči, kterou si dokáže zajistit sám, dělám to proto, že:
- a) ušetřím si čas
  - b) myslím si, že to bude pro pacienta/klienta pohodlnější
  - c) myslím si, že jiný způsob nemá pro pacienta/klienta přínos
  - d) nevnímám rozvoj soběstačnosti v této oblasti jako důležitý
  - e) bojím se, že by pacient/klient při provádění hygienické péče mohl upadnout
  - f) jiné, vypište.....
19. Vždy mám radost, když se soběstačnost pacienta/klienta seniorského věku zlepšuje
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím

20. Vždy se snažím upravit prostředí pacienta/klienta seniorského tak, aby bylo z hlediska jeho soběstačnosti přijatelné
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
21. Vždy se snažím pacientovi/klientovi seniorského věku zajistit bezpečné prostředí
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
22. Pro vytvoření prostředí, které by bylo pro pacienta/klienta seniorského věku z hlediska jeho soběstačnosti vyhovující, mám vždy dostatek času
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
23. Vždy se snažím pacienta/klienta naučit používat kompenzační pomůcky
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím

24. V rámci vytvoření vyhovujícího prostředí pro pacienta/klienta seniorského věku, které by bylo vyhovující s ohledem na jeho soběstačnost, se snažím maximálně využít pomůcky, které mám k dispozici
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
25. Vždy zjišťuji od pacienta/klienta seniorského věku, co by mu v rámci podpory jeho soběstačnosti nejvíce vyhovovalo
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
26. V rámci rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku maximálně spoléhám na své znalosti a dovednosti
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
27. Zabývám se prevencí pádů u pacientů/klientů seniorského věku a vím, jak pádům předcházet
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím

28. Hodnocení rizika pádu u pacienta/klienta seniorského věku vnímám jako velmi důležité
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
29. V rámci rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku je důležitá spolupráce s rodinou
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
30. V rámci rozvoje soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku je důležitá spolupráce s dalšími specialisty, např. ergoterapeutem, fyzioterapeutem apod.
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
31. Na rozvoji soběstačnosti pacienta/klienta seniorského věku by se měli podílet především ergoterapeuti a fyzioterapeuti, nikoliv sestry
- a) souhlasím
  - b) spíše souhlasím
  - c) nevím
  - d) spíše nesouhlasím
  - e) nesouhlasím
32. Jaké je Vaše pohlaví:
- a) žena
  - b) muž

33. Jaký je Váš věk?

- a) do 30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) 51 – 60 let
- e) 61 let a více

34. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborné vzdělání (VOŠZ)
- c) Vysokoškolské – bakalářské studium
- d) Vysokoškolské – magisterské studium
- e) Jiné (doplňte) ...

35. Jaká je délka Vaší praxe v oboru?

- a) Méně než rok
- b) 1 - 5 roky
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 20 let
- e) 21 – 30 let
- f) 31 – 40 let
- g) 41 let a více

36. Vyberte typ pracoviště, na kterém pracujete

- a) Oddělení následné péče nebo rehabilitační oddělení
- b) Standardní lůžkové oddělení (interní, chirurgické, neurologické apod.)
- c) Zařízení pobytových sociálních služeb (Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem)