

UNIVERZITA PARDUBICE

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

Bc. Monika Milichovská

Univerzita Pardubice
Ústav zdravotnických studií

Význam důstojnosti u pacientů hospitalizovaných na oddělení dlouhodobé péče
Diplomová práce

2022

Bc. Monika Milichovská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Monika Milichovská**
Osobní číslo: **Z19304**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Význam důstojnosti u pacientů hospitalizovaných na oddělení dlouhodobé péče**
Téma práce anglicky: **The importance of patients' dignity in long-term care facilities**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Dlouhodobá péče, geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
- KISVETROVÁ, Helena. *Postoje ke stáří a stámutí v současné společnosti*. Profese online [online]. 2019, ročník 12/1. 30-31s. ISSN 1803-4330.
- KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační proky při práci se seniory*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019. 200 s. ISBN 978-80-271-1008-7.
- PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-807345-437-1.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Marie Holubová, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2022

Prohlašuji:

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Práci s názvem Význam důstojnosti u pacientů hospitalizovaných na oddělení dlouhodobé péče jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 1. 4. 2022

Monika Milichovská v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla velice poděkovat Mgr. Marii Holubové, Ph.D. za inspiraci, odborné a cenné rady a pomoc při zpracování mé diplomové práce. Děkuji Mgr. Haně Vojáčkové, Bc. Kristýně Kaplanové a Janu Odehnalovi za pomoc při statistickém zpracování sesbíraných dat výzkumu a Ing. Evě Bártové za technickou podporu. Vážím si i podpory kolegyně z oddělení ONPaR a především laskavé trpělivosti celé mé rodiny. Děkuji.

ANOTACE

Předmětem práce je zjistit vnímání zachování důstojnosti pacientů při hospitalizaci na oddělení dlouhodobé péče pomocí dotazníkového šetření. Tato práce vymezuje pojem geriatrický pacient a shrnuje jeho specifické potřeby. V teoretické části shrnuje důležité pojmy ohledné stáří, stárnutí, změny lidských potřeb a vlivu hospitalizace na vnímání seniora. Výzkumná část je zaměřena na zjišťování hodnot, pocitů a obav pacientů při dlouhodobé hospitalizaci. Práce poukazuje a doporučuje přístup zdravotnického personálu nutný při zachování lidské důstojnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA

Důstojnost, dlouhodobá péče, geriatrický pacient, stáří, stárnutí, lidské potřeby

TITLE

The importance of patients 'dignity hospitalized in the long-term care facilities

ANNOTATION

The subject of my thesis is to assess the perception of inpatients 'dignity in long-term care by questionnaire survey. The thesis defines the term geriatric patient and summarizes his specific needs. The theoretical part summarizes important terms concerning old age, ageing, change of human needs and influence of hospitalization on the patient. The research identifies the values, feelings and distress of inpatients in long-term care. The thesis identifies and suggests the optimal approach of medical staff, which is crucial to maintain human dignity.

KEYWORDS

Dignity, long-term care, geriatric patient, old age, aging, human needs

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 13 |
| 1. Cíle a metody práce..... | 14 |
| 1.1. Metody k dosažení cíle..... | 14 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 17 |
| 2. Demografie | 17 |
| 3. Vymezení pojmu stáří a stárnutí | 18 |
| 3.1. Stáří..... | 18 |
| 3.2. Změny ve stáří a jejich odraz na chování seniora v ústavní péči | 19 |
| 3.3. Stárnutí | 20 |
| 3.4. Senior v pojetí dnešní doby | 21 |
| 3.5. Onemocnění ve stáří..... | 22 |
| 3.6. Křehkost v geriatrii..... | 22 |
| 3.7. Dlouhodobá péče v praxi..... | 22 |
| 3.7.1. Hodnocení v geriatrické praxi..... | 22 |
| 3.7.2. Cíle v péči o seniory..... | 23 |
| 3.7.3. Morálka pracovníka | 24 |
| 4. Geriatrický pacient a jeho potřeby | 27 |
| 4.1. Geriatrický pacient | 27 |
| 4.2. Lidské potřeby | 27 |
| 4.2.1. Identifikace lidských potřeb | 28 |
| 5. Komunikace | 29 |
| 5.1. Eldspeak | 29 |
| 5.2. Rogersovská psychoterapie | 29 |
| 5.3. Témata, která si starší lidé rádi připomínají | 30 |
| 5.4. Podmínky komunikace | 30 |
| 5.5. Pravidla správné komunikace | 31 |
| 5.6. Komunikace s geriatrickým pacientem | 32 |

| | |
|---|----|
| 5.7. Druhy komunikace | 32 |
| 6. Hodnoty geriatrického pacienta | 33 |
| 6.1. Kvalita života | 33 |
| 6.2. Koncept kvality života | 33 |
| 6.3. Sebeúcta..... | 35 |
| 6.4. Autonomie | 35 |
| 6.5. Soukromí..... | 36 |
| 6.6. Smysl života..... | 37 |
| 6.7. Identita | 37 |
| 6.8. Rodina a životní role | 37 |
| 6.9. Důstojnost | 38 |
| 6.9.1. Vymezení pojmu důstojnost..... | 38 |
| 6.9.2. Důstojnost Menschenwürde | 39 |
| 7. Problematické chování u geriatrického pacienta | 39 |
| 7.1. Transakční analýza Erika Berneho..... | 39 |
| 7.2. Deprese | 39 |
| 7.3. Úzkost | 40 |
| 8. Chyby v přístupu zdravotnického personálu ke geriatrickému pacientovi..... | 41 |
| VÝZKUMNÁ ČÁST..... | 43 |
| 9. Metodika výzkumné části..... | 43 |
| 9.1. Charakteristika souboru..... | 44 |
| 9.2. Metoda sběru dat | 45 |
| 9.3. Realizace výzkumu | 46 |
| 9.4. Metoda zpracování dat | 46 |
| 10. Popis souboru respondentů..... | 47 |
| 10.1. Prezentace výsledků ze standardizovaného dotazníku | 49 |
| 10.1.1. Vyhodnocení subškály 1 - Ztráta smyslu života..... | 50 |
| 10.1.2. Vyhodnocení subškály 2 - Ztráta nezávislosti..... | 51 |
| 10.1.3. Vyhodnocení subškály 3 - Ztráta pocitu jistoty..... | 52 |
| 10.1.4. Vyhodnocení subškály 4 - Ztráta sociální podpory | 53 |

| | |
|--|----|
| 10.2. Prezentace výsledků jednotlivých odpovědí..... | 54 |
| 10.3. Vyhodnocení specifických otázek dotazníku..... | 57 |
| 10.4. Výsledky výzkumu ve vztahu k jednotlivým dílčím cílům..... | 58 |
| 11. Diskuze..... | 61 |
| 12. Závěr | 72 |
| 13. Použitá literatura | 74 |
| 14. Přílohy | 79 |

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Histogram četnosti rozložení věku pacientů

Obrázek 2 - Graf četnosti diagnóz vedoucí k hospitalizaci

Obrázek 3 – Graf vyhodnocení subškály 1 – *Ztráta smyslu života*

Obrázek 4 – Graf vyhodnocení subškály 3 – *Ztráta jistoty*

Tabulka 1 - Tabulka četnosti rozložení pohlaví souboru

Tabulka 2 - Tabulka četnosti délky hospitalizace na ODN a celkové hospitalizace

Tabulka 3 - Vyhodnocení popisnou statistikou subškály 1 - *Ztráta smyslu života*

Tabulka 4 - Vyhodnocení popisnou statistikou subškály 2 – *Ztráta nezávislosti*

Tabulka 5 – Vyhodnocení absolutní a relativní četnosti subškály 2 – *Ztráta nezávislosti*

Tabulka 6 – Vyhodnocení popisnou statistikou subškály 3 – *Ztráta jistoty*

Tabulka 7 – Vyhodnocení absolutní a relativní četnosti subškály 4 – *Ztráta sociální podpory*

Tabulka 8 – Vyhodnocení popisnou statistikou subškály 4 – *Ztráta sociální podpory*

Tabulka 9 – Celková prezentace výsledků dotazníku

Tabulka 10 – Hodnocení délky hospitalizace na ODN s hodnocením subškály 1

Tabulka 11 – Délka hospitalizace na ODN a četnost odpovědí na subškálu 1 *Ztráta smyslu života* v intervalech

Tabulka 12 – Součet bodů subškály 3 a délka hospitalizace na ODN

Tabulka 13 – Součet bodů subškály 3 *Ztráta jistoty* a četnost odpovědí mužů a žen

Tabulka 14 - Rozmezí bodového hodnocení jednotlivých otázek dotazníku u mužů a žen

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

| | |
|------------|---|
| AJ | Anglický jazyk |
| AMDA | American Medical Directors Association |
| CELLO | Centre of expertise in Longevity and Long-term Care |
| CMD | Certifikate of Medical Director |
| COVID – 19 | Coronavirus disease 2019 |
| ČJ | Český jazyk |
| ČR | Česká republika |
| ČSU | Český statistický úřad |
| DCI | Dignity Care Intervation |
| Dg. | Diagnóza |
| DK | Dolní končetina |
| EAN | Elder Abuse and Neglect |
| ELTECA | Exchange of Expirience in Long-term Care |
| EUGMS | European Union Geriatric Medicine Society |
| HK | Horní končetina |
| CHOPN | Chronická obstrukční plicní nemoc |
| IAGG | International Association of Gerontology and Geriatrics |
| IGA MZČR | Interní grantová agentura ministerstva zdravotnictví |
| IMC | Infekce močových cest |
| INPEA | The International Network for the Prevention of Elder Abuse |
| LDN | Léčebna dlouhodobě nemocných |
| MMSE | Mini Mental State Exam |
| NMSKB | Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského |
| ODN | Oddělení následné péče |
| OS | Osteosyntéza |
| OSN | Organizace spojených národů |
| PDI – CZ | Dotazník důstojnosti pacientů – česká verze |
| TEP | Totální endoprotéza |

USA United States of America
WHO World Health Organization

ÚVOD

„Důstojná péče o seniory se sníženou soběstačností je odrazem vyspělosti společnosti.“
(Holmerová, 2014, str. 105)

Na stáří a stárnutí lze nahlížet z mnoha úhlů pohledu, měly by ale vycházet ze základní premisy, že stárnutí a stáří není nemoc. Je to jen životní etapa jedince, která má svá specifika, jež kladou zvláštní požadavky na prevenci, diagnostiku a léčbu. Stárnutí, jakožto fyziologický proces, má své zákonitosti a přináší výzvy pro každého, kdo jím prochází, aby se dopracoval k důstojnému stáří. Problematika stárnutí je spojena se specifickou péčí, je protkaná všemi medicínskými obory a překračuje její hranice, jak do filosofie, etiky, sociologie, ekonomie a psychologie. (Rokyta, 2021, str. 11) Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje zhruba 3 miliony osob. Podle demografické prognózy zpracované ČSU bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku nad 85 let a více (ve srovnání se 124 937 v roce 2007). (Dvořáčková, 2012, str. 19) Rostoucí počty seniorů tvoří heterogenní skupinu, ve které se nacházejí jak zdraví, tak i nemocní jedinci. Všichni mají nárok na odpovídající profesionální zdravotní a sociální péči, která zachovává jejich důstojnost i ve vysokém věku. Pro většinu lidí neexistuje větší utrpení než to, když cítí, že přišli o svoji důstojnost. Když už člověk nemůže plnit své role, může zaniknout pocit vlastní ceny. (Dvořáčková, 2012, str. 36) Důstojná péče o osoby se sníženou soběstačností je odrazem vyspělosti společnosti. Vzhledem k demografickému vývoji není pochyb o tom, že její význam roste a zavádění systémů kvality do tohoto oboru bude rozhodně úspěšnou strategií. K vytvoření systému kvalitní dlouhodobé péče je však zapotřebí i politické vůle a požadavky ze strany veřejnosti. (Holmerová, 2014, str. 105) Téma důstojnosti hospitalizovaných pacientů mne provází od začátku mé zdravotnické praxe, kdy jsem pocítovala u pacientů její nedostatek, jako studentka a dále jako všeobecná zdravotní sestra u lůžka. Zachování důstojnosti je pro mne pilířem ošetrovatelské péče a v této práci jsem chtěla shrnout všechny aspekty, které jsou k zachování důstojnosti pacienta nezbytné.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Cílem diplomové práce je zjistit, jak geriatřičtí pacienti na oddělení dlouhodobé péče hodnotí důstojnost pomocí dotazníku PDI. Položky dotazníku PDI byly tématicky rozděleny do čtyř subškál, z nich byly odvozeny i cíle diplomové práce. Subškála 1 – *Ztráta smyslu života* obsahuje položky: 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 23, 24. Subškála 2 – *Ztráta nezávislosti* obsahuje položky: 1, 2, 4, 10, 20. Subškála 3 – *Ztráta jistoty* obsahuje položky: 5, 6, 9, 17. Subškála 4 – *Ztráta sociální podpory* obsahuje položky: 21, 22 a 25. (Kisvetrová, 2018, str. 444 - 450)

Teoretický cíl:

Cílem teoretické části je vymezit všechny důležité pojmy týkající se stárnutí, stáří, změny lidských hodnot a potřeb geriatrického pacienta při dlouhodobé hospitalizaci. Neopomíjí ani důležitost správné komunikace, která je pilířem správného vztahu mezi pacienty a zdravotnickým personálem. Poukazuje i na postoj zdravotnického personálu, který má být pacientovi společníkem a průvodcem při pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Cíl 1: Zjistit, zda má délka hospitalizace geriatrických pacientů vliv na pocity ztráty smyslu života.

Cíl 2: Zjistit, zda při dlouhodobé hospitalizaci zvládají psychickou zátěž v oblasti smyslu života lépe ženy, nebo muži.

Cíl 3: Zjistit, zda má délka hospitalizace na Oddělení následné péče vliv na pocity ztráty jistoty.

Cíl 4: Zjistit, zda při dlouhodobé hospitalizaci pocít'ují ztráty jistoty více ženy, nebo muži.

Cíl 5: Zjistit, zda pocít'ují ztrátu důstojnosti vyplývající z dlouhodobé hospitalizace více ženy, nebo muži.

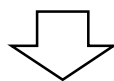
1.1 Metody k dosažení cíle

V teoretické části jsem se studiem odborné literatury snažila objasnit a vysvětlit pojmy týkající se stáří, stárnutí a geriatrického pacienta. Snažila jsem se pochopit a popsat potřeby pacienta, žebříček hodnot a důležitost důstojnosti při dlouhodobé hospitalizaci. Studovala

jsem odborné knihy, internetové články a využívala k jejich hledání internetových databází, které jsou blíže specifikované v algoritmu řešeršní činnosti.

Algoritmus řešeršní činnosti

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



Vyhledávací kritéria:

- klíčová slova v ČJ: důstojnost, dlouhodobá péče, geriatrický pacient, stáří, stárnutí, lidské potřeby
- klíčová slova v AJ: dignity, long-term care, geriatric patient, old age, ageing, human needs
- jazyk: český, anglický
- období: 2017-2022 (posledních 5 let)
- další kritéria: články týkající se dané problematiky, odborná periodika

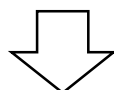


DATABÁZE:

EBSCO, GOOGLE SCHOLAR, MEDVIK, Souborný katalog ČR

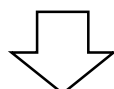


Nalezeno 469 článků.



Vyřazovací kritéria:

- duplicitní články,
- články nesplňující kritéria
- články s odlišnou tematikou
- články zaměřené úzce medicínsky



Pro tvorbu diplomové práce bylo nalezeno 83 článků.

Zdroj vlastní.

V praktické části jsem pomocí validovaného dotazníku (viz. Příloha C) zjišťovala důležitost jednotlivých potřeb pacienta, vliv hospitalizace na vnímání sebe a okolí, zda pacienti cítí dostatečnou podporu od rodiny a zdravotnického personálu. Pacienti hodnotili jednotlivé otázky pomocí Likertovy škály, na výběr měli mezi odpověďmi žádný problém až po problém nepřekonatelný. Vyhodnocovala jsem jednotlivé odpovědi a odpovědi shrnuté do čtyř subškál, kde jsou otázky uspořádány tematicky.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část mé práce je rozdělena do 8 kapitol. Každá z nich se zabývá důležitými pojmy a aspekty od stáří pacienta, přes lidské potřeby, komunikaci až k pojmu geriatrický pacient v dlouhodobé péči. Neopomínají ani roli zdravotnických pracovníků, jejich význam a vliv jejich péče na život geriatrického pacienta.

2 Demografie

Podle prognóz OSN i našich demografů, může být naše republika společně s Itálií a Řeckem zeměmi s největším podílem seniorů na světě. V následujících padesáti letech zřejmě dojde k velkým změnám v demografické struktuře populace na území ČR. Do této prognózy se promítá fakt vzrůstající doby dožití a klesající porodnost. Podle projekce ohledně demografického vývoje vypracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace. V roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony obyvatel. Pro porovnání, v roce 2007 tvořilo tuto skupinu starší 65 let 14,6 % populace naší země. V roce 2050 bude dle prognózy žít v České republice přibližně půl milionu seniorů ve věku 85 let a více. Pro srovnání s rokem 2007, kdy to bylo 124 937 obyvatel. Dle zmíněných prognóz vyplývá fakt, že přibývá starých a velmi starých seniorů. V dnešní době tvoří 3 % evropské populace senioři, v roce 2050 to bude nejméně 10 %. Mluvíme tedy o absolutním stárnutí populace, kdy převažuje podíl starých osob nad mladými v celkovém počtu obyvatel. (Dvořáčková, 2012, str. 19-20)

Evropa patří mezi nejrychleji stárnoucí oblasti světa. Evropská komise vydala v roce 2013 zásadní dokumenty ohledně dlouhodobé péče. V Evropské unii je chápána dlouhodobá péče jako poskytování spektra služeb a pomoci pro občany, kteří jsou dlouhodobě závislí v denních aktivitách na pomoci ostatních. Je dobré mít přehled o péči v evropském a mezinárodním kontextu. (Holmerová, 2014, str. 53) Přehled péče v evropském a mezinárodním kontextu je uveden v příloze A.

Je evidentní, že prodlužující se střední délka života otevírá prostor k vzestupu prevalence chorob úzce souvisejících s vyšším věkem. Tento vývoj velmi ovlivňuje strukturu a zaměření, jak lékařského výzkumu, tak otázky péče, otázky etické a psychologické. (Rokyta, 2021, str. 13)

Dvacáté století začínalo jako „století dítěte“ a končí jako „století stáří“. Jedním z cílů naší vyspělé společnosti by mělo být zajištění důstojného života v pozdním věku, a to nejen po finanční stránce. (Dvořáčková, 2012, str. 22)

Celosvětově vznikají nejrůznější organizace zabývající se odborně problematikou poskytování dlouhodobé péče. (Holmerová, 2014, str. 56) Seznam organizací zabývajících se problematikou dlouhodobé péče a geriatrických pacientů je uveden v příloze B.

3 Vymezení pojmu stáří a stárnutí

3.1 Stáří

S prodlužující se délkou života nabývá na významu zkoumání faktorů významně ovlivňujících kvalitu života ve stáří, a to ve všech čtyřech rovinách, bio-psycho-sociální a spirituální. Kvalita života je spojená s historickým, geografickým, ekonomickým a společenským kontextem. Je ovlivněna životními zkušenostmi i životními podmínkami a jejich subjektivním vnímáním. Je zřejmé, že pohled na kvalitu života se může měnit s věkem, zdravotním stavem, sociálním postavením a mnoha dalšími okolnostmi, včetně transkulturních vlivů. V seniorském věku se do popředí hodnotového systému obecně dostává zdraví a vnímání osobní a společenské pohody. (Dvořáčková, 2012, s. 7) Na každého člověka má nemoc větší vliv ze subjektivního než objektivního pohledu. Se zvyšujícím se věkem stoupá prevalence chorob a polymorbidita, která je tak vysoká, že bez přítomnosti chronické nemoci, či chronických příznaků je jen malé procento seniorů. Ve věku mezi 60-74 rokem trpí chronickou chorobou až 80 % seniorů. Ve věku nad 70 je to až 87 %. (Dvořáčková, str. 77) Je pravda, že stáří bylo a je moderní společností vyřazováno z celospolečenského uvažování a tím senioři postrádají důstojný kredit. Nepropadejme demografické panice a začněme chápat stáří jako důležitou etapu v životě, odstraňme mýtus, že stáří je nemoc, přestaňme posuzovat stáří podle věku a nemocí. (Holmerová, 2014, s. 42)

Dnešní senioři jsou z funkčního a sociálního hlediska velmi heterogenní skupinou. Můžeme je rozdělit do vícero skupin, od „elitních seniorů“, kteří jsou v lepší kondici než o mnoho let mladší lidé, přes soběstačné, křehké, až po zcela závislé na svém okolí. (Baumanová, 2014, str. 20)

Smysl života se mění, ale nepřestává být. (Holmerová, 2014, s. 47) Etapa stáří je stejně důležitá jako všechny ostatní a může trvat 30-40 let, proto si zaslouží pozornost nejen samotného seniora, ale i širokého okolí. Je to vývojová etapa lidského života, kde je

především kladen důraz na uchování pohybových dovedností a soběstačnosti. Stáří není konec života, to až smrt je konec. (Klevetová, 2017, str. 12) Psychosociální stárnutí spočívá ve změně prožívání a chování seniora a jeho postavení ve společnosti. Je velice důležité chápat stárnutí ve více rovinách, nejen v otázce zdraví, tedy biologické. (Klevetová, 2017, str. 82)

Přirozenou součástí stárnutí je komplex hodnot, včetně spirituality, která je nezávislá na religiozitě či církevní příslušnosti a její nenaplnování úzce souvisí se stěžejními úkoly stáří, zejména v duchovní rovině, se zpracováním životního příběhu, životních bilancí a smířením. (Suchomelová, 2016, str. 92)

Ve stáří se krystalizují povahové rysy, objevují se jiné nároky na okolí a soužití. Velikým problémem ve společnosti tak může být nevyřešený systém zdravotně sociální pomoci pro nesoběstačné a osamělé seniory. Někteří sledují jen život svých úspěšných rodin a neopovažují se je z jejich pohledu zdržovat. To přináší pocit osamělosti a neužitečnosti. Mladší generace, by si měla uvědomit, že bude pravděpodobně ve stejné situaci a měla by tento model změnit. (Klevetová, 2017, str. 36)

Stáří je spojené s obdobím ztrát a společností je stigmatizováno nepotřebností a bezmocností, což vede u jedinců k subjektivnímu vnímání snížené důstojnosti. Senioři jsou často vnímáni jako nevykonní, nemocní a jsou označováni jako konzervativní a skeptičtí jedinci, místo respektu vůči zkušenostem a moudrosti. To vše má vliv na chování seniorů, jejich sebevědomí, úctu a vede k rozvoji deprese a úzkostí. (Kisvetrová, 2014)

Dle výzkumu bylo potvrzeno, že většina dotazovaných považuje věk nad 70 let za stáří, ale na druhou stranu spojené se zkušeností a moudrostí. (Vaculíková, 2019, str. 326)

Pravdou bohužel je, že stáří bylo a je moderní společností vyřazeno ze celospolečenského uvažování a tím senioři postrádají důstojný kredit. Nepropadejme panice a začněme stáří chápat jako důležitou etapu v životě a ne, že stáří je nemoc. (Klevetová, 2017, str. 42)

Sociální charta by měla snížit pravděpodobnost sociálního vyloučení. S tímto úzce souvisí i Sociální zabezpečovací reformy, kde je prioritou udržet nezávislost stárnutí jedince a tím tak zabránit sociálnímu vyloučení seniora. (Karcová, 2019, str. 421)

3.2 Změny ve stáří a jejich odraz na chování seniora v ústavní péči

Fyziologické změny mají svoje následky. Jedná se především o změny spánkového rytmu, kdy spánková inverze má za následek pospávání během dne, noční neklid a tím rušení ostatních od spánku. Úbytek energie se projevuje zvýšenou potřebou pomoci, zdánlivě

neodpovídá zdravotnímu stavu pacienta. Snížená chuť k jídlu a snížený pocit žízně způsobuje malnutrici a problémy s dehydratací. Poruchy soustředění a paměti vyústí v hledání věcí, nepozornost, neustálé vyžadování opakování informací, až například nařčení z krádeže svých věcí. Změny kognitivních funkcí, jako je zhoršení intelektu, které stěžuje zvládání nových situací. Zhoršení komunikace vyústí v hledání slov, horší vybavování, neporozumění sdělení. Zhoršená orientace má vliv na bloudění, obzvláště v novém neznámém terénu. (Venglářová, 2007, str. 16)

3.3 Stárnutí

Stárnutí a stáří je velmi individuální, z hlediska času průběhu, rozsahu i závažnosti projevů. Dochází k tělesným projevům stáří, k sociálním změnám, a především ke změnám psychickým. Psychické a sociální změny stěžují seniorům adaptaci na nové prostředí, do kterého se často díky svému stavu dostanou, ať už se jedná o umístění mimo rodinu do domova důchodců, domova s pečovatelskou službou nebo jsou dlouhodobě hospitalizováni. (Dvořáčková, 2012, str. 12) Moderní společnost má tendenci celý život vést člověka k nezávislosti, ve stáří, nebo díky nemoci se stává senior závislým. (Dvořáčková, 2012, str. 13) Stárnutí a stáří je proces velmi individuální, a to z hlediska času, rozsahu a závažnosti problému. (Dvořáčková, 2012, str. 11) Je velmi důležité najít odvalu a dokázat přijmout veškeré změny, které s sebou stáří přináší. Přijmout své tělo a pečovat o něj v rámci možností. Jan Amos Komenský je označován za prvního psychologa a gerontologa zároveň, kladl důraz na všestranný celoživotní vývoj člověka, kde je potřeba dbát na rozumovou, tělesnou a duchovní stránku, aby byl člověk formován celý život a aby dokázal plně a s uspokojením zastávat své životní role. Jako součást celoživotního vzdělání pojmenoval *školu stáří*, ta byla vedle školy dětství a mládí, téměř 300 let pouze součástí rukopisu. Obsahem školy stáří je „jak by mohl, dovedl a chtěl starý člověk žít“. (Komenský, 1992) Až v roce 1948 vyšla kniha Pampadeia, kde se věnuje škole stáří. Jeho myšlenka byla naplněna až univerzitou třetího věku. (Dvořáčková, 2012, str. 33)

Důležité je smířit se s nedokonalostí, nekazit si život maličkostmi, naučit se žít přítomností, stát se trpělivějšími, naučit se zahánět negativní myšlenky, ale hlavně, naplnit svůj život láskou. (Klvetová, 2017, str. 43)

Na stáří a stárnutí lze pohlédnout různými pohledy, ale vychází ze základní premisy, že stáří není nemoc. Jako životní etapa má svá specifika, jež kladou speciální požadavky na prevenci, diagnostiku i léčbu. Stárnutí je normální fyziologický proces, který má však své zákonitosti a

přináší výzvy k jejich překonávání, tím máme možnost se propracovat k důstojnému stáří. Problematika stárnutí a specifika péče ve vyšším věku, prochází téměř všemi obory medicíny a překračuje její hranice, jak do filosofie, etiky, ekonomie, sociologie až psychologie. (Rokyta, 2021, str. 11)

Změna, nebo ztráta kognitivních funkcí ve stáří se projevuje na celkové osobnosti. Mezi kognitivní funkce patří především vnímání prostřednictvím smyslů, paměť, pozornost, představy, fantazie, myšlení, úsudek a řeč. (Klevetová, 2017, str. 57)

3.4 Senior v pojetí dnešní doby

Rostoucí počty seniorů tvoří heterogenní skupiny, kde jsou zastoupeni jak zdraví, tak nemocní. Všichni mají nárok na kvalitní profesionální péči, která dokáže zachovat jejich důstojnost i ve vysokém věku. (Klevetová, 2017, str. 9) Osobnost starého člověka je utvářena po celý jeho předešlý život, především zkušenostmi, schopnostmi, adaptačními vlastnostmi a v neposlední řadě právě rodinou. (Klevetová, 2017, str. 37) Řčení, že jsme dětmi své doby, ať chceme, nebo nechceme, přesně vyjadřuje postavení každého z nás. Je na každém z nás, jak do té doby vyrůstáme, jaké hodnoty si přisvojíme. Dnešní doba je velmi hektická a dramatická. Pěstuje se především kult mládí, krásy a zdraví. (Hauke, 2014, str. 94)

Na problematiku partnerského vztahu sestry a pacient se v ČR od 90. let 20. století klade čím dál větší důraz a neustále se víc implementuje do praxe. V dnešní době by se pacient neměl v péči ničeho obávat, nesmí se obávat cokoli říct ohledně péče o něj a měl by se cítit dobře, jedině tak můžeme očekávat pozitivní vývoj zdravotního stavu. (Petrovicová, 2016, str. 21)

Tento postmoderní svět se mění každou chvílí a nám doslova pod rukama. Mnoho z nás jen s ustaranou tváří sledují jeho vývoj a tvrdí, že už nikdy nebude jako dřív a doufají ve změnu životního postoje lidí, odvrát od materialismu a návrat více k duchovním hodnotám a tradicím. Stát procházel ve 20. století po druhé světové válce nevídaným rozmachem, za to prochází od let osmdesátých 20. století krizí. Krizí prochází i samotné lidské hodnoty a celá společnost. Prožíváme jev, který nazval Durheim (Francouz, který je považován za otce zakladatele moderní sociologie) *anomií*. Anomie je stav, ve které se nachází společnost, ve které jsou silně zpochybněny stávající normy a existující hodnoty. Skupinová morálka je otřesená. Staré hodnoty umírají a nové ještě nejsou ustanoveny. (Hauke, 2014, str. 95)

3.5 Onemocnění ve stáří

Soběstačnost je v pokročilém věku snížena následkem jednoho nebo více onemocnění, či poruch, převážně chronických. Mezi časté choroby patří Alzheimerova choroba a jiná onemocnění projevující se syndromem demence. (Holmerová, 2014, str. 58) Studie porovnávající počet pacientů s demencí v Domovech pro seniory a v Domovech se zvláštním režimem, kde stoupl jejich počet z 43 % z roku 2007 na téměř 90 % roku 2013. Zde tito senioři potřebují komplexní zdravotně-sociální dlouhodobou péči. Dalším velmi častým omezením je syndrom křehkosti (frailty), chronické renální selhání, chronické kardiální selhání, sarkopenie, osteoporóza, artrózy, artritidy, syndromy instability s častými pády, pozdní komplikace diabetu, aterosklerózy atd. (Holmerová, 2014, str. 68)

3.6 Křehkost v geriatrii

Křehký nemusí znamenat postižený! Ten, kdo je křehký má jen vysoké riziko ztráty funkce se snížením funkčních rezerv, kdy důležité rezervy jsou redukovány v důsledku fyziologických i chorobných změn spojených se stářím. Měřitelné hodnoty jsou ovlivnitelné intervencí svalově kosterní funkcí (pohyblivost a síla), aerobní výkon (vytrvalost), kognitivní a interaktivně-neurologické funkce (poznávací schopnosti, rovnováha a koordinace) a stav výživy. (Shuler, 2010, str. 174)

Geriatrická křehkost (frailty) je involučními ději podmíněný pokles potencionálního zdraví, který souvisí s vyčerpáním rezerv organismu, vedoucích k rozvoji geriatrických syndromů, 5I: Imobilita, Inkontinence, Instabilita, Intelektové poruchy, Iatrogenie. (Nováková, 2018, str. 130)

3.7 Dlouhodobá péče v praxi

3.7.1 Hodnocení v geriatrické praxi

Hodnocení je komplexním diagnostickým procesem geriatrie a je základem k vytvoření individuálního léčebného plánu. Upozorní na schopnosti, možnosti a eventuální ohrožení pacienta, které vyšetřujícím nemusí být ihned zřejmé. Shromáždí základní informace pro individuální plán ošetrovatelské péče a léčby. Je pak nutné k průběžné kontrole kvality poskytované péče. Rychlé zjištění možných problémů se může provádět díky Geriatrickému screeningu, což je komplexní zhodnocení zdravotního stavu seniora doplněné o posouzení fyzické výkonnosti, soběstačnosti a zhodnocení psychických funkcí v kontextu jeho sociální situace. Jednotlivé oblasti lze pak podrobněji vyšetřit pomocí speciálních nástrojů, jako je

Barthelův index, MMSE test, Geriatrická škála deprese a test Time Up and Go. (Shuler, 2010, str. 128)

Potřeby institucionalizovaných starších pacientů zůstávají nedostatečně diagnostikované a není na ně brán dostatečný zřetel, může tak být odrazem v neefektivní, a dokonce negativní péči, kdy dochází k neuspokojování potřeb. Je nutnost dalších výzkumů a na základě nich odpovídající vzdělávání zdravotníků, aby nevznikaly v ošetrovatelské péči etické problémy. (Kalanková, 2021, str. 149)

Ve Velké Británii stanovili řešení nenaplněných potřeb geriatrických pacientů jako naléhavou prioritu veřejného zdraví, kdy je nutné je stanovit a porozumět jim. Nutné je eliminovat nežádoucí faktory, které péči ohrožují, a to je nedostatek odborných rad, informací ohledně dostupné péče, špatná koordinace a komunikace. Důležitý je rozvoj modelů péče a podpůrných služeb na základě potřeb seniorů. (Abdi, 2019, str. 2)

3.7.2 Cíle v péči o seniory

Celostní přístup je nutný zejména u starších lidí s komplexní zdravotní problematikou, u lidí chronicky nemocných se zhoršenou kvalitou života, soběstačností a zkrácenou životní prognózou a u lidí trpících nevyléčitelným onemocněním. I tito lidé potřebují kvalitní a dostatečně odborně profilovanou a specializovanou zdravotní péči včetně péče lékařské. Veškerá tato péče by měla být více orientována na zlepšení či alespoň zachování kvality života. (Holmerová, 2014, str. 72)

Je důležité v institucích s dlouhodobou péčí a tam, kde je všeobecně lékař a zdravotník přirozenou autoritou, učinit k pacientům takový postoj, aby v žádném případě nedocházelo k institucionálnímu ponížení. (Jones, 2015, str. 3)

Základním cílem zdravotní politiky by mělo být zajištění zlepšování celkového zdravotního stavu obyvatelstva a tím k přispění k prodloužení kvalitní délky života, ve smyslu duševní, fyzické a sociální pohody. Pokud ovšem není senior již schopen zvládat sebezpečí, či péče od rodiny a blízkých je nedostatečná, přijde na řadu sociální šetření a opatření, v neposlední řadě dlouhodobá instituční péče, včetně dlouhodobé hospitalizace. (Dvořáčková, str. 23) V tomto směru roste ve všech hlediscích zájem o autonomii anebo její udržení, co nejdelší možnou dobu. (Dvořáčková, 2012, str. 24)

Tedy pokud hledáme charakteristiky uživatelů spojené s potřebou ošetrovatelské péče, jsou jimi hlavně nesoběstačnost a syndrom demence, nikoli věk ani délka pobytu ani přítomnost velkého počtu diagnóz pacienta. (Holmerová, 2014, str. 70)

Veškeré pečovatelské činnosti jsou vzájemně propojeny, což ukazuje na význam důležitosti holistické perspektivy při zachování důstojnosti. (Östlund, 2019, str. 2)

V kontextu péče o lidi s omezenou soběstačností je třeba brát v úvahu jejich větší křehkost a zranitelnost, které autonomii limitují nebo ohrožují. Tomuto lze zabránit kvalitně poskytovanou péčí. Lidé v dlouhodobé péči potřebují laskavý přístup pracovníků přímé péče. Podporu rodiny a blízkých, sociální podporu, kvalifikovanou ošetrovatelskou péči sester, lékařské rady, pomoc a rady psychologa, specializovanou práci logopeda, stomatologa, psychiatra a rehabilitačního týmu. (Holmerová, 2014, str. 100)

Nedůstojné jednání je proti životu. Je-li důstojnost přítomna, člověk cítí, že je ceněn. Jinak chybí důvěra a schopnost rozhodovat sám za sebe. (Kutnohorská, 2018, str. 17)

Důstojná péče o osoby se sníženou soběstačností je odrazem vyspělosti společnosti. Vzhledem k demografickému vývoji není pochyb o tom, že její význam poroste a zavádění systémů kvality do tohoto oboru bude rozhodně úspěšnou strategií. K vytvoření systému kvalitní dlouhodobé péče je však třeba politické vůle a požadavky ze stran veřejnosti. (Holmerová, 2014, str. 105)

Ke správné a uspokojivé řešení situace seniora, který po všech zvážení potřebuje využití ústavní péče, je nutné vhodně vybrat, kde mu bude po lidské stránce a stránce jeho specifických potřeb nejlépe. Je proto dobré správně rozlišit jednotlivé typy zařízení a uvědomit si možnosti umístění pacienta seniora. Zákon o zdravotních službách definuje jednotlivé typy lůžkové zdravotní péče, jako péči akutní, následnou a dlouhodobou. (Homerová, 2014, str. 35) Rozdělení jednotlivých zařízení je uvedeno v příloze C.

3.7.3 Morálka pracovníka

V práci zdravotníka, nebo pomáhajícího pracovníka je nesmírně důležitá správná hodnotová orientace, lidskost, dobro, vlastní ukotvení v systému, jelikož pracuje s lidmi, v mezních situacích, pracuje s důvěrou a bezpečím lidí. (Hauke, 2014, str. 97)

Sestry by měly mít schopnost adekvátně jednat na změnu stavu a s tím spojeným postavením pacienta a reagovat flexibilně. Respektovat aktuální a individuální potřeby a problémy. (Östlund, 2019, str. 2)

Vedle nezištné touhy pomoci, je nutné stát pevně nohama na zemi, být vyzrálou osobností s jasně daným žebříčkem hodnot a mít své pevné místo v postmoderní společnosti. Je nezbytné být nastaven pozitivně, ale ne naivně. Znat sílu myšlenky a vědět, že vše, co se nám v životě děje, je nesmírně důležité pro náš další vývoj a osobní růst. Jedno ze starých přísloví výstižně říká: “Utrpení je rychlý kůň na cestě poznání.“ (Hauke, 2014, str. 98)

Klíčem k mravnímu chování zdravotníka je jednat s úctou k okolí, oprostít se a zmírnit naše vášně, strachy, osobní touhy a obrátit se na naši praktickou moudrost, spravedlivě soudit, ukázat sílu charakteru, který spočívá i ve střídém chování. Mít schopnost ovládat své chování. Dokázat uznávat pacienta jako svobodného jedince. (Jones, 2015, str. 3)

Osa morálního chování by měla zejména tvořit všelidské morální hodnoty, etické principy autonomie, benefice, důvěryhodnost, spravedlnost a variacita. (Sikorová, 2011, str. 205)

Při respektování důstojnosti bychom se měli důsledně vyhýbat všemu, co důstojnost snižuje: neslušné chování, nevšímavost až přezíravost, hrubost, nerespektování intimity a soukromí, nedodržování hygienických zásad, zamlžování pravdy, nerespektování kulturních tradic a stereotypů. (Kutnohorská, 2018, str. 18)

Angažovaný zdravotník pomoc člověku v mezní situaci považuje za přirozenou součást svého života a uvědomuje si plně svou zodpovědnost. Nezbytnou součástí práce se seniory, pacienty je pokora. Pokora ve smyslu vyjádření moudrosti a vyzrálosti osobnosti. Angažovaný pracovník je po určité době vystaven i rizikům vůči sobě, a to je například syndrom vyhoření. Neangažovaného pracovníka málokdy postihne syndrom vyhoření. Mohou zde nastat dva problémy u angažovaného pracovníka. Na jedné straně jde o tendenci přebírat kontrolu nad klientem a na druhém protipólu je tendence se obětovat pro pacienta na svůj vlastní úkor. Ale v obou případech již jde o překročení hranice mezi klientem a zdravotníkem. Oba dva tyto postoje hraničí s neprofesionalitou a dříve či později vedou k již zmiňovanému syndromu vyhoření. (Hauke, 2014, str. 100 - 101)

Sestry a všechen zdravotnický personál je zodpovědný za svoje výkony a výsledky své práce a při péči mají brát neustále zřetel na její zlepšování a zdokonalování. (Šaňáková, 2016, str. 38)

Práce sester je úzce spojena s psychickou zátěží, která pramení z vysoké míry zodpovědnosti, neustálého kontaktu s lidmi, zvyšujících se nákladů a požadavků. (Hasáková, 2017, str. 68)

Etické zásady zdravotníků nelékařů se tak stávají záležitostí osobnostních vlastností jednotlivce ovlivněných výchovou, vzděláváním a nabídnutými vzory jednání a chování na pracovištích. (Wichsová, 2012, str. 12)

Pracovník si musí být vědom své moci a musí se jí naučit uvážlivě používat. Vždy musí mít na mysli dobro pacienta. Na druhou stranu to má zdravotník neskutečně těžké, nese obrovskou zodpovědnost vůči čtyřem subjektům, vůči klientovi, vůči zaměstnavateli, společnosti a v neposlední řadě vůči sobě samému. (Hauke, 2014, str. 98 - 99)

Pacient neočekává od zdravotníka výhradně péči, ale především empatický přístup respektující důstojnost. Soucitné prostředí ovlivňuje duchovní pohodu pacienta. Aktivity spojené s duchovní péčí jsou v roli zdravotnického pracovníka spojovány s projevem respektu, podpory důstojnosti, aktivním nasloucháním a přítomností u pacienta. (Kisveterová, 2013, str. 253)

Watsonova teorie lidské péče, dává stručný návod, jak být správným pečujícím pro dlouhodobě a nevléčitelně nemocné. Je shrnuta do deseti bodů, které zahrnují respektující a milující přístup k ostatním, ctěte ostatní i sami sebe, respektujte ostatní i sebe, rozvíjejte dobré vztahy kolem sebe i v roli pečujícího a pomáhajícího, umějte naslouchat druhým, naučte se používat kreativní metody řešení problému, sdílejte a učte přístupu i ostatní, vytvořte lidské prostředí, laskavé a pečující, otevřete se i duchovnu, které může dělat zázraky. (Keegan, 2011, str. 104)

Je potřeba podpořit pacienta k jeho aktivnímu přístupu k nemoci, léčbě a rozhodování o dalším směru, kam se chce v léčbě ubírat. Je potřeba podpořit pacienta stanovit si cíl a podpořit ho v jeho nalezení nejlepší cesty k jeho dosažení tím se sníží pacientův stres. Cíle by měly být reálné, aby pacient později nepropadal stresu a později pasivitě, až odporu. Zvládat léčbu v harmonii se svojí identitou. (Redman, 2013, str. 60)

Základní hodnoty pečujících by měly být především sociálního zaměření, zejména se jedná o benevolenci k druhým, vstřícnost, zodpovědnost, zdvořilost, úctu k rodině, rodičům a starším a mít cit pro sounáležitost. (Marková, 2020, str. 71) Pomoci unést změny těla a životní ztráty, najít naději, určit zodpovědnosti pro konkrétní cíl péče a najít k jeho dosažení nejvhodnější prostředek. Uplatníme své schopnosti empatie a komunikace. (Holmerová, 2014, str. 112-113) Jakékoli chyby a opomenutí v ošetrovatelské péči jsou v rozporu s mezinárodními standardy bezpečnosti pacientů a kvality poskytovaných služeb ošetrovatelské péče. (Gurková, 2021, str. 281)

Výzkumy ukázaly, že sestry mají v 72 % mírně pozitivní pohled na seniory a neprojevují žádné ageistické postoje. Bylo zjištěno, že s rostoucím věkem roste i přehled a porozumění geriatrické problematice. (Kabátová, 2016, str. 245)

4 Geriatrický pacient a jeho potřeby

4.1 Geriatrický pacient

Geriatrický pacient obvykle bývá charakterizován vyšším věkem, významnou morbiditou a s tím spojeným funkčním omezením. S tímto pojmem je neodmyslitelně spojený další pojem, a to geriatrická křehkost, a to ve smyslu omezené, nebo chybějící funkční rezervy, potřebné k překonání nemoci anebo k odvrácení komplikací spojené s nemocí. Nejčastěji to bývá imobilizační syndrom spojený se zlomeninami vzniklých z důvodu postižení zraku, rozvinutí srdeční nedostatečnosti z důvodu horečky. Kdy obecně znovuzískání soběstačnosti lze získat pouze nemocniční léčbou. Přesto rehabilitace přizpůsobena geriatrickému pacientovi není v běžné nemocniční praxi dostatečná. Multidimenzionalita nemoci, kdy pacient po prodělané cévní mozkové příhodě má obavy o budoucí trvalé postižení a obává se ztráty soběstačnosti, je často depresivní až zmatený. S tím vším souvisí možný následný vznik pádů, nepohyblivost, inkontinence, zmatenost, nedostatečný přísun potravin a tekutin, nebo iatrogenní komplikace. (Shuler, 2010, str. 119)

K eliminaci deprivace a nelibých pocitů geriatrického pacienta je žádoucí s ním vytvořit profesionální vztah, který se zakládá na uctívém a hodnotu neubírajícím chování. (Petrovicová, 2016, str. 23)

Geriatrickí pacienti uváděli, že fyzická nerovnováha spojená s onemocněním má dopad na emocionální a sociální nerovnováhu, která souvisí se vztahy s okolím, sebevědomím a motivací do budoucna. (Krejčí, 2019, str. 323)

4.2 Lidské potřeby

Abychom pochopili lidské potřeby hospitalizovaných seniorů, je potřeba tento pojem vymezit a uvědomit si, na co všechno má správné pochopení vliv. „Potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku, nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální, nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu.“ (Příbyl, 2015, str. 38)

Zdravotnický personál mnohdy směřuje své priority na výkony prováděné rychle, precizně a lege artis, tak pacient a jeho potřeby zůstávají v pozadí. (Sikorová, 2011, str. 205) Pokud si

pacient stěžuje, že s ním není zacházeno s respektem, neznamená to, že jsme mu nenaplnili všechny jeho potřeby. (Jones, 2015, str. 2) Aby byla potřeba uspokojena, je nutné se naučit naslouchat a k tomu slyšet, všítat si i mnohem víc. Pacient si toho všimne a bude nejen vděčný a spokojený. (Petrovicová, 2016, str. 23)

Uspokojení potřeb nebo naopak jejich neutěšení ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka a velmi zásadně se podílí na jeho chování. Potřeby jsou základním motivem k udržení rovnováhy uvnitř organismu, k obdržení rovnováhy mezi člověkem a jeho prostředím a odrážejí vztah člověka k sobě samému. Mezi psychické potřeby, na jejichž uspokojování můžeme mít jako zdravotničtí pracovníci vliv neodmyslitelně patří Potřeba smysluplného života (pokusit se seniora motivovat k dosažení dalších cílů v životě), Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a druhými (respektování co nejvíce individuálního biologického rytmu), Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti (dát pocit, že jsou nadále v životní roli, pomoci najít postavení v ošetrovatelském procesu), Potřeba identity a uznání vlastního „já“ (ponechat seniorovi autonomii a možnost o sobě rozhodovat), Potřeba otevřené budoucnosti (pokusit se najít radosti v každém dni). (Příbyl, 2015, str. 38)

Senioři potřebují v životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoliv jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. (Dvořáčková, 2012, s. 38)

4.2.1 Identifikace potřeb

U seniorů bývá identifikace potřeb limitována i současným onemocněním, nebo postižením. Jediným možným prostředkem ke zjištění, identifikaci a následně ke splnění potřeb je komunikace. Komunikace ve smyslu spojení, přenosu a výměně informací. Nepřesnost v komunikaci může mít nedozírné důsledky a může narušit vztah mezi pečujícím a seniorem. (Příbyl, 2015, str. 45)

Pokud při příjmu pacienta, při prvním kontaktu s námi a novým prostředím, ve kterém bude nějakou dobu pobývat, věnujeme navíc minutu, sdělíme pomalu a srozumitelně potřebné informace, a hlavně dáme čas na jejich zpracování a pochopení, bude změnu prostředí daleko lépe vstřebávat a přizpůsobovat se. Cesta ke starému pacientovi se obtížně buduje, ale je pak přínosem pro všechny, zejména pro lepší spolupráci při léčbě a velká úleva od možných nedorozumění. S přibývajícím věkem roste cena času. (Holmerová, 2014, str. 108)

Potřeby člověka jsou individuální a mění se v čase a ve vztahu k prostředí, v kterém se nachází a žije. Všeobecně shrňme potřeby seniora na pět potřeb základních. Na Potřebu stimulace a otevřenosti novým zkušenostem, Potřebu sociálního kontaktu, Potřebu citové

jistoty, Potřebu seberealizace a Potřeba otevřené budoucnosti a naděje. (Hauke, 2014, str. 11 - 12)

5 Komunikace

5.1 Eldspeak

Eldspeak je umění správné komunikace se seniory, přizpůsobení se jejich stylu řeči a předávání informací. Mezi jeho projevy neodmyslitelně patří zpomalení řečového tempa, zvýšení tónu hlasu, zdůraznění intonace a častější opakování sdělené informace, nebo otázky. Musíme brát v potaz poruchy smyslových funkcí, jako je presbyakuze, presbyopie, změny kognitivních funkcí. Někdy je zapotřebí doplnit komunikaci například piktogramy. Určitě je nutný zjednodušený slovník než v běžné řeči. Je nutné dbát na to, abychom komunikaci přizpůsobili adekvátně a nesnížili tak sebehodnocení seniorů a nedopustili se ageismu. Všeobecně se udává, že i velmi vzdělaný člověk si od lékaře odnese a aktuálně zapamatuje jen třetinu informací, často je to díky stresu. Je nutné se doplňujícími otázkami přesvědčit, zda senior informacím rozuměl, popřípadě je pomalu a zjednodušeně zopakovat a doplnit. Velmi důležitý je respekt a vůle chtít seniora pochopit. Od seniorů se často předpokládá, že bude informace jen přijímat, ale je důležité jim i dát prostor k vlastnímu vyjádření postoje k dané situaci. (Příbyl, 2015, str. 45)

Jedná se hlavně o dobrou komunikaci v týmu, respektování přání a vůle pacienta a spolupráce s rodinou. Soběstačnost seniora v dlouhodobé péči souvisí s jeho zdravotním stavem. (Holmerová, 2014, str. 101)

Přípravná fáze rozhovoru předchází rozhovoru samotnému a je velice důležitá. Rozhovor nám usnadní, pokud si předem stanovíme, co je jeho cílem, čeho chceme rozhovorem dosáhnout a jak toho chceme dosáhnout, vzhledem k dosavadnímu průběhu péče. (Hauke, 2014, str. 89)

Jako výuková metoda se osvědčil nácvik komunikace v modelových situacích. Kombinace metod hraní rolí s video tréninkem, kdy došlo ke zlepšení úrovně ve všech komunikačních složkách: povzbuzování, objasňování, zrcadlení, parafrázování a shrnutí. (Tomová, 2020, str. 27)

5.2 Rogersovská psychoterapie

Americký psycholog Carl Ransom Rogers klade ve své humanistické psychoterapii důraz na jedinečnost osobnosti, opravdovosti a schopnosti zaměření na vnitřní zážitkový svět jedince. Mezi techniky aktivního naslouchání patří *Reflexe, neboli zrcadlení*, kdy se ujistíme, zda

rozumíme sdělené informaci nebo pocitu správně. Výsledkem reflexe bude návrh pomoci a řešení. *Parafráze* znamená, že naslouchám a ujišťuji se, zda jsem porozuměl, že opakuji smysl sděleného jinými slovy. *Povzbuzením* dáváme najevo, že se snažíme situaci a pocitům porozumět a tím opadne ve vztahu napětí. *Drobné zdvořilosti* prokazují a vyjadřují úctu. *Mlčením* dáváme nemocnému prostor pro myšlenky a vyjádření se. *Pohledem* dáváme najevo účast a potvrzení, že s ním souhlasíme a respektujeme ho. *Dotykem*, ať už jde o pohlazení, stisk ruky vyjadřujeme podporu, pochopení, či souhlas. *Shrnutím* potvrdíme porozumění slyšeného. (Holmerová, 2014, str. 116 - 118)

Příčiny nemožnosti přesunout se do fáze pravdivého lidského porozumění jsou způsobeny dehumanizací, povrchností a mechanickým typem vzájemné komunikace mezi sestrou a pacientem. (Stasková, 2015, str. 212)

5.3 Témata, která si starší lidé rádi připomínají

Velice důležité je ponechat pacientovi prostor pro převyprávění osobního příběhu. Už jen poskytnutí prostoru mu zvedne tak důležité sebevědomí a pocit, že okolí má o něj zájem a respektuje ho. (Šaňáková, 2018, str. 909)

Senioři rádi slyší informace o svém vzhledu a oblečení, jak dobře vypadají i když nám často chválu vyvracejí. Senioři rádi hovoří o životních tématech, jako je dětství, škola, koníčky, práce, zaměstnání, vztahy manželství, pracovní úspěchy, kultura, nebo filmy a seriály. Přírodními tématy jako jsou oblíbená roční období a zvyky a zážitky spojené s jednotlivými z nich. Témata významných životních událostí, rodinná setkávání, rodinné události, láska, přátelství, naděje, štěstí, nebo touha. Spolehlivé jsou společné hovory o jídle a receptech. Někdo najde společné téma v politice a senioři hovoří, co by dělali, kdyby mohli. Při rozhovorech se často prolíná minulost, přítomnost a očekávání budoucnosti. (Holmerová, 2014, str. 126)

5.4 Podmínky komunikace

Komunikace každého z nás je sebe prezentací, sebe potvrzením, je to nástroj k vyjádření postojů, názorů a slouží k předávání informací. Účinná a efektivní komunikace se lze naučit. Sociální komunikace je základním pilířem v práci sestry a je jedním z nástrojů péče. (Tomová, 2017, str. 206)

Komunikaci se seniorem velmi často komplikují, jejich zraková a sluchová omezení a kognitivní deficit. Rodina i pacient senior často stojí během geriatrické léčby před

existenčními problémy, které by měly být prostřednictvím komunikace zohledněny. (Shuler, 2010, str. 170) Sestry ve výzkumu poukázaly na nedostatek času a vhodného prostředí při prvotní komunikaci s pacientem, a tak dochází k prodlužování navazování správného a efektivního vztahu k personálu. (Šaňáková, 2018, str. 91)

Postupem by tak mělo být cílem vytvoření vhodného prostředí pro komunikaci seniora a popřípadě jeho rodiny. Vytvořit klidnou a pokud možno příjemnou atmosféru, kde budou eliminovány rušivé zvuky, a rozhovor bude veden, aby jeden nemluvil přes druhého. Zajistit použití vhodných pomůcek, jako jsou brýle, naslouchadla, možno použít i fonendoskop. Pacientům s demencí dodat emocionální jistotu a důvěru. Volit otázky jednoduché s jasnou odpovědí ano – ne. Pomalu, zřetelně a nahlas mluvit, výrazně artikulovat. Dle potřeby se ujišťovat, zda všichni rozumí a informace zjednodušit a opakovat. Případná obvinění a urážky ignorovat. Nechat seniorovi dost času na vyjádření se a reakci. (Shuler, 2010, str. 170)

5.5 Pravidla správné komunikace

Při komunikaci je potřeba dodržovat určitá pravidla: *Nedávat rady, pokud o ně druhý člověk nestojí* – být se vším všudy partnerem i v komunikaci a dát radu na vyžádání, ne hned soudit a poučovat. *Respektovat klienta* – každý člověk má právo na vnímání svého světa. *Vnímat přání klienta a brát je vážně*. *Pracovat s příběhem* – nenáleží zdravotníkovi příběh řešit, zda má pravdu, či nikoli. *Nechtít být zachráncem a řešit problémy za druhé*. *Neříkat věty, které projevují neúctu a nepochopení*, jako například „zítra bude lépe“, „neberte si to tak“, „o umírání mi tady vůbec nemluvte, na to je ještě čas“. *Komunikovat s klientem způsobem odpovídajícím jeho věku*. Existují zlatá pravidla srozumitelné komunikace: *Jednoduchost* – přiměřená věku, schopnostem a postižení. *Uspořádanost* – jasná a přehledná struktura sdělení. *Stručnost* – srozumitelné vyjádření toho podstatného a nejdůležitějšího. *Podnětnost* – emoční stránka sdělení, jeho zajímavost a aktuálnost. (Hauke, 2014, str. 86 - 87)

Nejefektivnější se jeví kombinovat různé metody, které pozitivně působí na klienta. Farmakoterapie umožňuje lépe zvládat některé poruchy, ale stále větší důraz je kladen na vhodné uspořádání prostředí, ve kterém se klient nachází a na zapojení rodiny a specialistů na plánování péče. (Venglářová, 2007, str. 44)

Hodnotný dialog může vést pouze ten, kdo respektuje pravdu, nechce pravdu vlastnit a přeje pravdu druhým. Mezigenerační dialog je nesnadnou výzvou a vyžaduje notnou dávku pokory, tolerance, schopnosti empatie, ale i úcty k tradicím a ke kořenům naší kultury. Je potřeba se umět zorientovat, reflektovat dobu a zamýšlet se nad souvislostmi. (Hauke, 2014, str. 94)

5.6 Komunikace s geriatrickým pacientem

Pravdivost ve sdělení více napoví tón hlasu, pohled, gesta či mimika. Kdo umí dobře naslouchat druhým, vždy sleduje i ostatní mimo řečové signály. Správně pozná, zda se ptát, pokračovat v hovoru či ustat, mlčet, zůstat, či odejít. Předpokladem efektivní a jasné komunikace je shoda verbálních a neverbálních sdělení. V podstatě jde o to, říkat věci pravdivě a s citem pro celkový projev člověka. Aktuální stav poznamenává všechny naše projevy, zejména pokud trpíme fyzickou bolestí, obtížemi, zdravotními komplikacemi. Se všemi těmito potížemi souvisí i míra ochoty udržovat společenskou rovinu komunikace. Mluvíme o bariérách ze stran pacienta a ve stejné míře i ze strany zdravotníka. (Venglářová, 2007, str. 74 - 75)

Z pohledu sester je mnohdy problémem v komunikaci nedostatečné prostředí a s tím spojený nedostatek soukromí, a hlavně času na vyslechnutí životního příběhu pacienta, a tak možnost přístupu jako k jedinečné bytosti. (Šaňáková, 2018, str. 909) Podpora dobré komunikace spočívá především v ochotě naslouchat. Komunikaci posiluje snaha domluvit se, přemýšlení o možnostech usnadnění narušených schopností klienta, hledání cest a empatie ke změnám v životě. (Venglářová, 2007, str. 79)

5.7 Druhy komunikace

Verbální komunikace využívá k přenosu sdělení slov, coby znaků a symbolů neboli kódů k předávání informací. Ovlivňujícími činiteli komunikace je denotace a konotace. Denotace vyjadřuje vztah k denotátu, k tomu, co označuje, tedy obecný význam pojmu. Konotace je druhá významová složka výrazu, určující emocionální charakter. V péči o seniory může nesoulad v pochopení těchto dvou složek vést k nesprávnému pochopení sdělovaného. (Příbyl, 2015, str. 43)

Neverbální komunikací rozumíme komunikace beze slov. Navazuje na verbální, kterou může doplnit, zdůraznit, zesílit, odporovat jí, měnit její význam. Mnoho odborníků udává, že sdělení verbální je uskutečněno v 7 %, zbytek je sdělen mimoslovně, intonací hlasu v 38 % a výrazem obličeje v 55 %. Neverbálně komunikuje člověk nevědomě, a tudíž nelže. (Příbyl, 2015, str. 44)

Naslouchání hraje mnohdy nejdůležitější prostředek v komunikaci. Je podstatné si uvědomit, jak důležité je umění jen naslouchat a vyjádřit pochopení a účast. (Klevetová, 2017, str. 115) Naslouchání je dovednost nejenom slyšet, ale správně porozumět a chápat. Rozděluje se dále na pasivní, která je charakteristická příjmem informací a není poskytována zpětná vazba.

Umožňuje naslouchajícímu uspořádat si myšlenky a pochopit vyslyšení tvrzení. Aktivní již dle empatie poskytuje potřebnou zpětnou vazbu, ale má svá pravidla. Plné zaměření na člověka, oční kontakt, otevřený postoj, naklonění k hovořícímu, zapojení neverbální komunikace, jako je pokývnutí hlavou, naklonění se, a především dávání potřebných doplňujících otázek. Velmi důležité je umění shrnout a parafrázovat to, co druhý říká. (Příbyl, 2015, str. 44)

Mnoho starých lidí potřebuje vyslyšet jejich životní příběh, cítit, že si na ně někdo udělal čas a vnímá je. Někdy je zájem a naslouchání stejně důležité jaké léčba, mnohdy i více. Staří lidé potřebují sdělit, co je trápí, svoje obavy, ulevit si nahlas a uvolnit tak energii, která vzniká neuspokojením životních potřeb. Jde o ujištění, že senior pro někoho něco znamená a že druhý člověk ho respektuje. (Kleťková, 2017, str. 107)

6 Hodnotový systém geriatrického pacienta

6.1 Kvalita života

Přístup ke kvalitě života ve stáří vyžaduje komplexní pohled a spolupráci napříč celým spektrem vědních a společenských oborů. Pokud nemá příští vývoj vést ke snížení kvality života seniorů, je nutné usilovat o lepší pochopení jejich potřeb. (Dvořáčková, 2012, str. 7) V posledních letech se u nás začíná mluvit o kvalitě života, nejen o jeho délce. Kde právě samostatnost, možnost spolurozhodovat o sobě a rozumná míra finančního zajištění má ve stáří vysokou hodnotu. (Venglarová, 2007, str. 11) Abychom poskytli humánní péči, je nezbytné si neustále uvědomovat, že středem naší péče je a měl by zůstat člověk, který je nám rovný. (Petrovicová, 2016, str. 24)

Pro kvalitu života seniora není až tak důležitá přítomnost nemoci, jako omezení z nemoci vyplývající. Nejzávažnějším důsledkem je ztráta soběstačnosti, která může vyústit až v bezmocnost a závislost na péči ostatních, v mnoha případech institucionální péči. Což kvalitu jejich života velmi snižuje. (Dvořáčková, 2012, str. 77)

6.2 Koncept kvality života

Kvalita života a jeho koncept vychází ze široké škály různorodých oblastí vycházejících ze zkušeností člověka. Od těch fyzických až po oblasti dosahování životních cílů a prožívání životního štěstí. Proto koncept nemá doposud jasně danou definici, metodologii a je

předmětem mnoha diskuzí, ale doposud bez všeobecně přijatého konsenzu v jeho konceptualizaci. (Gurková, 2011, str. 23)

V Nizozemské studii z let 2017 - 2018, bylo zjištěno, že každý pacient má při příjmu k hospitalizaci různé cíle související s onemocněním, týkající se především soběstačnosti a návratu do běžného života. Proto je velice důležité, aby pečující zdravotník věděl stanovené cíle a byly pro něj prvořadé. (MUNSTER, 2021, str. 2)

Kvalita života je v ošetřovatelství vymezena ve schopnost vést normální život, štěstí, spokojenost, dosahování osobních cílů, schopnost vést sociálně aktivní život, úroveň mentální a tělesné kapacity. U hospitalizovaných pacientů je kvalita života hodnocena jako výsledek ošetřovatelské péče, respektive ukazatel její efektivity. (Gurková, 2011, str. 25 - 26) U zdravotnického personálu je tendence posuzovat kvalitu života pacientů z hlediska jejich choroby. Pacient je však vnímá skrze své fungování v běžném životě, životním stylu a možnostech, které má. Proto snaha pacienta dosáhnout dobrého zdravotního stavu může mít za následek snížení kvality jeho života. Při hodnocení kvality života je třeba vycházet ze subjektivního prožívání pacienta. Konstrukt kvality života je relativní a měnitelná proměnná, při jejím měření je důležité zohledňovat faktory ovlivňující prožívání subjektivní pohody. Těmi jsou: životní události a zkušenosti, vliv osobních proměnných, vliv kognitivních adaptačních mechanismů. Nemoc může kvalitu života měnit různým způsobem, může ji měnit pozitivně, nebo ji může zhoršovat. Pozitivně má vliv redukce očekávání a ambicí a stanovení si realistických cílů. (Gurková, 2011, str. 53 - 62)

Kvalita života je v modelu WHO seřazena do šesti domén: fyzické, psychické, nezávislosti, sociálních vztahů, prostředí a náboženství/spirituality. Indikátory byly vytvořeny jako výsledek mezinárodního projektu realizovaného v 17 zemích, publikovaného v roce 1997. Zdravotní stav představuje prediktor, nikoliv součást kvality života a kvalita života má více generalizovaný význam než zdraví. (Gurková, 2011, str. 71 - 88)

Moderními trendy v lůžkových zařízeních, především sociálního typu, jsou přístupy nefarmakologické, cílené na individuální potřeby seniora, s cílem zachovat autonomii, nezávislost, po co nejdělsí možnou dobu. Jedná se především o spolupráci s rodinou, ale i dětmi a respekt k životnímu příběhu jedince. (Dvořáčková, 2019, str. 96)

Je důležité jako zdravotník pochopit, jak se onemocnění a léčba promítá do každodenního života pacienta. Pochopit preference, očekávání a požadavky související s jeho onemocněním. Kvalitu života můžeme měřit nástroji, které vyplňuje sestra během rozhovoru s pacientem,

nebo které pacient může vyplnit sám pomocí dotazníku jednotlivých zařízení. V klinické praxi musíme využívat nástroje, které mají na pracovišti vyřízený souhlas s jejím používáním a jsou standardizovány. (Gurková, 2011, str. 141 - 142)

6.3 Sebeúcta

Sebeúctu nesoběstačného seniora velkou měrou ovlivňuje pečující. Vhodným přístupem plným zdvořilého jednání, pochvalou, motivací, empatií můžeme seniorovi velmi zvýšit sebehodnocení a naplnit potřebu uznání a úcty. Důstojnost osobní identity seniora bývá poškozována zejména psychickou újmou, které může být způsobeno nejružnějšími nevhodnými úkony během dne, jako je nepřiměřené obnažování při hygieně, nedostatek soukromí při fyziologických potřebách, neschopnost rozhodovat o sobě při běžných činnostech. Senior tak může prožívat pocity bezmoci, studu, úzkosti. Nepoškozená důstojnost osobní identity přispívá k pocitu bezpečí, jistoty a lásky. Senior by v žádném případě neměl přijít o pocit vlastní hodnoty, a to by mělo být našim hlavním cílem při poskytování ošetrovatelské péče. (Příbyl, 2015, str. 88)

Sebeúcta se získává prostřednictvím mezilidských vztahů. K umění vytvořit hranice profesionálního vztahu je nutné dostatek výcviku v komunikačních stylech. Profesionální vztah je o vytvoření důležitých jasných hranic. Zdravotník profesionál svoji roli jasně vymezuje, není rodičem, soudcem, ani litující osobou. Získává a přijímá pravdivé informace o životě seniora a o jeho životní situaci a v tom musí být opravdový. V pravdě přiznává, že nemá jiné možnosti, sděluje, že je mu to líto, že má strach, přiznává i bezmoc, k tomu je zapotřebí veliké odvahy. Je nutné ale v sobě na druhou stranu najít sílu, a hlavně ochotu poskytovat v rámci možností podporující prostředí. (Holmerová, 2014, str. 112)

6.4 Autonomie

Starý člověk také potřebuje osobní nezávislost v rozhodování o svých životních cílech. Zdravotník obecně představuje tu moc, kterou pacient ztrácí, a tak roste hněv, odmítá, nebo naopak vše odevzdaně přijímá. (Holmerová, 2014, str. 108) Dobrá půda na přijímání léčby a na spolupráci se vytvoří, pokud je senior přijímán bez posuzování, nemusí se bránit nátlaku, nemusí bojovat o svou pozici, je tak ochotný spolupracovat. Základem je, že ošetřující personál respektuje jeho požadavky a je ochoten přijímat způsoby řešení náhle vzniklých situací. Senior v instituci potřebuje přijímat užitečné informace, které bude vypovídat o jeho skutečné situaci a podstatě problému, a hlavně jim bude rozumět. Také potřebuje slyšet vlídná slova uznání, pocítit respekt, a že má pořád svoji cenu. (Holmerová, 2014, str. 109)

Mění se tradiční pojetí rolí pomáhajících, hledají se nové cesty, které směřují k větší autonomii pacientů. Nenabízí se jim jen léčba, ale možnosti, jak zvládnout situaci a omezit její negativní vliv na jeho život. (Venglářová, 2007, str. 9)

Každý člověk a především pacient musí být respektován a viděn komplexně se svým životním příběhem, který mu zajišťuje a udržuje svoji autonomii. (Šaňáková, 2018, str. 909) Tam, kde je člověku odepřeno rozhodování a řízení dění bezprostředně kolem sebe, nastává pro něj velmi obtížná situace. Jde o nekontrolovatelný příliv negativních podnětů, kdy je na něj vyvíjen tlak a působí na něj mnoho stresových faktorů. (Petrovicová, 2016, str. 19)

Adaptace patří mezi základní lidské vlastnosti a umožňuje lidem přežít i velmi obtížné situace, ale jejich únosná míra je pro každého z nás jiná. Vyrovnání se předpokládá pomoci od okolí, o trpělivosti a toleranci. V životě seniora mnohdy přichází přímo smršť změn. Každý člověk je velmi citlivě zasažen, pokud je omezována jeho autonomie. Děje se tak v případech, i když takové omezování, až ztráta schopností jsou očekávána. (Venglářová, 2007, str. 13 - 15)

6.5 Soukromí

Zajištění základních fyziologických potřeb je podmínkou pro zachování lidské existence. Pokud je tato podmínka splněna, otevírá se prostor pro potřeby psychické. Bezpečí je základní psychická potřeba. Pacient se cítí ohrožený, pokud se neorientuje, nepoznává věci kolem sebe, má vedle sebe neznáme lidi a je s nimi v bezprostřední blízkosti, tito lidé se jich dotýkají a jsou jim nápomocni při nejdůležitějších činnostech, bojí se. Přirozenou reakcí v tomto stavu je obrana. Narušení intimního prostředí je vnímáno každým negativně. Každý člověk má potřebu svého soukromí a každý jsme jinak vnímavý a citlivý na nahotu a doteky na těle. (Venglářová, 2007, str. 40)

Intimita je oblast života, která nepočítá předem s žádným publikem. Na procesu minimalizace porušení intimity je potřeba spolupráce managementu, zdravotníků, ale i pacientů. Vzájemná úcta na všech úrovních zdravotnického zařízení je jednou z hlavních charakteristik úspěšného zařízení a podmínka kvalitní ošetrovatelské péče bez násilí. (Sikorová, 2011, str. 210)

Při výzkumu z dotazníkového šetření sester ve zdravotnických zařízeních bylo zjištěno, že není zajištěno dostatečné soukromí pacientů, a tak vznikají nevyhovující podmínky pro důstojnou péči. (Šaňáková, 2018, str. 909)

Člověk má právo na respektování soukromí a obydlí. Problematika intimity, soukromí v ústavních službách, které v řadě navazují na původně medicínský model poskytování péče, je zmapována v řadě dalších materiálů. (Sešit sociální péče, str. 12)

Pacient má právo nejen na kvalitní péči, ale také na ohleduplný a citlivý přístup v oblasti soukromí, intimity a vlastní individuality. Rozbory jeho případu, konzultace ohledně léčby jsou věcí důvěryhodnou a musí být provedeny diskrétně. (Sikorová, 2011, str. 205)

6.6 Smysl života

Smysl života se může měnit den ode dne, od osoby k osobě a mnohdy z hodiny na hodinu. Pokud přijdou nečekané situace je potřeba se rozhodnout pro nějaká řešení. Vše má svůj význam, jen okolnosti se mění. Smysl života se mění, ale nepřestává být. Najít v sobě sílu a být na sebe hrdý v každé situaci, byt' není zrovna příznivá. Je důležité mobilizovat svoji vnitřní sílu. Pacientům, je proto důležité pomoci najít smysl života už v nadešlé situaci. Vždy máme svobodnou možnost volit mezi prázdnotou a dalším přijímáním svého života. Vždy máme nějakou cestu. Každá situace má nějaké řešení. (Kleťová, 2017, str. 47)

Nalezení smyslu života patří k důstojnosti. Za podpory rodiny a zdravotnického personálu by měl člověk najít smysl života v daném a reálném čase. Každý bychom měli odevzdat svůj život, mnohdy nedokončený, s vděčností a s pocitem, že byl důstojný a měl smysl. (Kutnohorská, 2018, str. 19)

6.7 Identita

Životní ztráty, nemoc a sociální omezení velmi pozmění chápání vlastního životního obrazu, jako je omezení schopnosti být sám sebou, omezení možnosti svobodně volit místo, čas a osoby, činnosti a nečinnosti s druhými lidmi, ztráty kontroly nad svým životem. Pro každého člověka je velice důležité mít svůj vlastní život pod kontrolou a moci rozhodovat o svých činnostech. Uznávat se takový, jaký jsem, a získat pocit důležitosti. Starý člověk v jednom okamžiku prožívá svou minulost, přítomnost i budoucnost. (Kleťová, 2017, str. 81) Intimita úzce souvisí s identitou člověka. Ztráta identity s sebou může nést ztrátu zdravého sebevědomí a sebejistoty. (Petrovicová, 2016, str. 21)

6.8 Životní role a rodina

Člověk je tvor sociální a potřebuje společnost, kontakty s druhými lidmi. Chceme být potřební a užiteční a během života se ztotožňujeme se spoustou životních rolí. Nejvýznamnější jsou role v rodině a role profesní. Pacient senior o řadu rolí přichází. Vznikají

pocity izolace a člověk ztrácí schopnost komunikace, s tím souvisí, že se dobře neorientuje v běžných situacích. (Venglářová, 2007, str. 40) Pacienti dlouhodobě nemocní cítí, že zhoršující nemoc mění pohled na jejich osobu od rodiny a blízkých. Dochází ke zhoršování komunikace a snižování kontaktů. (Žiaková, 2019, str. 998) Osoba je individualitou duchovní, která fyzickému tělu propůjčuje důstojnost a smysl, který ji samotnou přesahuje. (Wichsová, 2012, str. 9)

Status osoby závislé na pomoci jiných a přiřazení mnohdy stigmatizující diagnózy může snadno v očích od okolí i vlastních překrýt dosavadní roli profesní i rodinnou, či společenskou. V takto vzniklých nových rolích je právo na důstojnost ohroženo ztrátou úcty a sebeúcty. (Sešit sociální práce, 2015, str. 11) Naučit se žít s chronickým onemocněním a neudělat z nemoci stigma. Žít nadále dle svých zásad a k tomu je zapotřebí se vyhnout nepřátelskému prostředí a mnoho trpělivosti ze strany personálu. Je důležité dobré naplánování minimalizace nepříjemných symptomů. Velmi důležitou roli hraje role nejbližších, především rodiny. Zkusit dát pacientovi svobodu, který může dojít třeba i k experimentu zvládnání nemoci. (Redman, 2013, str. 66)

6.9 Důstojnost

6.9.1 Vymezení pojmu důstojnost

Pojem lidské důstojnosti je používán v etických kodexech a najdeme jej i v preambuli bioetické konvence, přesto neexistuje jednota vymezení pojmu. Důstojnost pacientů je zakotvena v etickém kodexu lékařů (Etický kodex České lékařské komory, Evropská charta lékařské etiky, 2011), sester (Etický kodex sester) a dalších zdravotníků (Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků) i v Právech pacientů (Práva pacientů ČR, 1992). Ten se ostatně stal součástí Konvence o biomedicině (Úmluva o lidských právech a biomedicině, 2001), kde se také nachází samostatné ustanovení týkající se důstojnosti. (Wichsová, 2012, str. 7-8) Lidská důstojnost je univerzální abstraktní hodnota, která náleží každé lidské bytosti na základě skutečnosti, že je člověkem, proto ji nelze měřit, vytvořit ani zničit. (Kisvetrová, 2018, str. 1)

Jelikož není jednoznačně definovaný pojem důstojnost, pomáhá ve Švédsku Národní směrnice pro paliativní péči a dlouhodobou hospitalizaci. Ještě podrobněji pomáhá v tomto směru dokument Dignity Care Intervention (DCI), vyvinutý odborníky Johnson, Östlund a Brown. Poskytuje vodítka, identifikuje potřeby pacienta a tím usnadní volbu ošetrovatelské péče. (Östlund, 2019, str. 2) Důstojnost je především projevem úcty k lidem, kdy

hospitalizovaní geriatrickí pacienti jsou její ztrátou ohroženi dvakrát více, než zdravý a bez omezení fungující člověk. Zachovaná důstojnost znamená být hodný úcty. Lidská důstojnost je pro člověka přirozená. (Jones, 2015, str. 2)

Ve stáří je tato forma důstojnosti při poskytování ošetrovatelské péče snadno pozitivně nebo negativně ovlivnitelná. Senioři spojují s pojmem důstojnost především úctu, vůči sobě samému i k druhým a ze strany druhých a pojem participace, v kontextu zapojení do dění. Zachování důstojnosti z pohledu seniora, především znamená, že má svůj život pod kontrolou a je s ním jednáno hlavně s respektem k jeho osobní identitě a autonomii. Proto musí senior být ostatními lidmi vnímán jako jedinečná lidská bytost a osobnost a respektovaný člen společnosti. (Kisvetrová, 2018, str. 2 - 3)

Důstojnost člověka je zakotvena v prvním článku Listiny základních lidských práv EU: „Lidská důstojnost je nedotknutelná. Musí být respektována a chráněna.“ Důstojnost mravní síly je živena tehdy, má-li člověk prostor žít a rozhodovat se v souladu s vnitřními hodnotami. (Sešit sociální práce, 2015, str. 10 - 11)

6.9.2 Důstojnost Menschenwurde

Jedna z kategorií pojmu lidské důstojnosti dle filosofa Lennarta Nordenfelta. Je takto označován ten typ důstojnosti, který vnímá osobu jako vlastníka nezcizitelné úcty, která souvisí s její univerzální hodnotou danou samou podstatou lidství. Menschenwurde je důstojnost náležící každé lidské bytosti ve stejné míře a po celý život a tato důstojnost je základem lidských práv. Je to typ důstojnosti, který má pro všechny lidské bytosti stejnou velikost a je po celý život neměnná. Proto je základem pro práci každého zdravotníka. (Wichsová, 2012, str. 11 - 12)

7 Problematické chování u geriatrického pacienta

7.1 Transakční analýza Erika Berneho

Transakční analýza pana Berneho (1992) poukazuje na tři typy chování, které vychází přirozeně z každého z nás. Každý z nás má v sobě citové projevy a chování *dítěte*, pak *zákazy* a *příkazy rodiče* a do třetice svého racionálně jednajícího *dospělého*. V každé situaci jedna stránka převažuje a každá stránka něco specifického potřebuje. Jako dítě, potřebuje naše já být hlazeno, pochopeno, potřebuje tělesný a citový kontakt. A pak je otázkou, jak se chová naše vnitřní dítě, pokud tyto podněty nedostane? Často z úst dětí zaznívá: A proč to mám dělat? Rodič často říká: To nesmíš, co by tomu ostatní řekli? Dospělý ale zpracovává informace a hledá, jak se zachovat a přijmout novou možnost. Musíme si uvědomit, která část našeho já,

bude řídit kterou část vzniklé situace. Shrňme jednotlivé typy chování. Rodič ochraňuje, pečuje, ví, přikazuje, trestá, kritizuje, je nositelem tradic a hodnotí. Dospělý pracuje, uzavírá dohody, řeší, myslí, zařizuje, umí, jedná a předvídá na základě zkušeností a znalostí. Dítě má pocity, raduje se, pláče, zlobí, truceje, chce, prožívá, nemyslí a trpí nejistotou. (Klevetová, 2017, str. 110 - 111)

7.2 Deprese

Deprese je závažná choroba, ale není součástí stáří. Zatěžuje hlavně nemocné, ale i jejich okolí. Deprese zhoršuje stávající tělesné onemocnění a zhoršuje kvalitu života pacienta. Je to závažné, ale léčitelné onemocnění, které je závislé na včasném odhalení příznaků. Okolí si může všimnout změn v chování a prožívání pacienta. Z výzkumů vyplývá, že přes polovinu seniorů v ústavní péči trpí příznaky deprese. (Venglářová, 2007, str. 18) Deprese je přímo úměrná fyziologickému onemocnění a tím související omezení, včetně kognitivních změn. Do popředí se dostává skupinová terapie a sociální podpora, která je prokazatelně velmi účinná. (Kotradyová, 2016, str. 213)

Deprese je často přítomná v počátcích demence. Deprese a její projevy se často zamění s běžnými známkami stáří. Charakteristickými je ztráta zájmu o běžné každodenní činnosti, úbytek energie a vymizení pozitivních emocí, a nejen u starších je spojena se zhoršením tělesných obtíží. Obvyklé příznaky deprese: zhoršení soustředění, snížení sebedůvěry, pocit viny, smutek, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu, ztráta plánování do budoucna, myšlenky na sebevraždu, nebo sebepoškození. U seniorů je klinický obraz povrchnější a symptomy nemusí být na první pohled patrné. Objevuje se zhoršení somatických projevů, jako je zvýšená citlivost k bolesti, somatizace. Dochází i k rezistenci na léčbu a obtíže chronifikují. (Vengléřová, 2007, str. 19)

7.3 Úzkost

Špatné vztahy a komunikace s pacientem vedou k rozvoji problematického chování a k nevratným poškozením pacienta. To může vést k nárůstu úzkosti, neklidu a slovní agresivity u pacienta. (Vengléřová, 2007, str. 25) Utrpení patří do života každé živé bytosti, i když jeho prožívání zvyšuje pocit úzkosti a neštěstí. Proto je potřeba se naučit na utrpení nahlížet a pracovat s ním. (Kutnohorská, 2018, str. 18)

8 Chyby v přístupu zdravotnického personálu ke geriatrickému pacientovi

Bagatelizace a zlehčování obtíží, depresivní člověk má tak pocit, že jeho situaci nikdo nerozumí. Doporučování nových aktivit může způsobit zvýšených nároků na adaptaci a nemocného můžou přetěžovat. Nucení k rozhodování, kdy pohled do budoucnosti může zhoršit stav současnosti. Přílišná liberálnost může způsobit, že je pacient ponechán sám sobě a nezvládne bez pomoci denní záležitosti. (Venglářová, 2007, str. 23)

Nevhodné chování může mít mnoho podob. WHO označuje špatné zacházení s osobami vyššího věku zkratkou EAN – Elder Abuse and Neglect, kde rozlišuje šest hlavních typů. Fyzické ubližování, Psychické a citové týrání, Finanční zneužívání, Sexuální zneužívání, Zanedbávání, a nakonec Nerespektování lidské důstojnosti. Poslední ze zmiňovaných se převážně vyskytuje v institucionálních zařízeních. Nejčastěji se jedná o urážky a nadávky ze strany personálu, nerespektování soukromí. Příkladem je uváděno nevhodné chování, jako vstupování do pokojů bez zaklepaní, nedostatek soukromí, familiární oslovování. Kombinace takového chování vyvolává v seniorovi frustrace a stres. (Příbyl, 2015, str. 29)

Evropská charta pacientů seniorů je důležité shrnutí zásad v péči o geriatrického pacienta. Pokud starší člověk onemocní, je nutné dodržovat zásady, které respektují zvláštnosti pokročilého věku. Evropská charta pacientů seniorů navazuje na Evropskou sociální chartu a další významné zdravotnické dokumenty. Evropská charta pacientů seniorů uvádí, jak má probíhat komplexní péče o nemocné seniory. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím nejdůležitějším se pro něj stane dostupná zdravotní a sociální péče. Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující: Posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti, či je zmírňovat. Léčit pacienta v případě onemocnění. Pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství. Zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými. Garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde žije. (Venglářová, 2007, str. 90 - 91) Evropská charta je uvedena v příloze D.

Po znalosti a uvědomění si nezbytnosti klíčových prvků v péči o geriatrického pacienta, by měl zdravotník umět zacházet s nabitými vědomostmi a aplikovat je do své praxe. Výsledkem

je pak spokojený geriatrický pacient, kterému jsou splněny, co možná nejvíce, základní lidské potřeby, včetně zachování lidské důstojnosti, zejména během pro něj již tak obtížné životní situace, jako je ztráta pevného zdraví a soběstačnosti spojené s dlouhodobou hospitalizací.

VÝZKUMNÁ ČÁST

9 Metodika výzkumné části

Ve výzkumné části byly stanoveny hypotézy související s daným tématem důstojnosti, byly rozděleny dle jednotlivých subškál a zkoumaly souvislosti s délkou hospitalizace a pohlavím.

Cíl 1: Zjistit, zda má délka hospitalizace geriatrických pacientů vliv na pocity ztráty smyslu života.

Hypotézy k cíli 1:

H01: Délka hospitalizace má vliv na pocity ztráty smyslu života.

HA1: Délka hospitalizace nemá vliv na pocity ztráty smyslu života.

Cíl 2: Zjistit, zda při dlouhodobé hospitalizaci zvládají psychickou zátěž v oblasti smyslu života lépe ženy, nebo muži.

Hypotézy k cíli 2:

H01: Dlouhodobě hospitalizované ženy zvládají psychickou zátěž v oblasti ztrátu smyslu života lépe než muži.

HA1: Dlouhodobě hospitalizované ženy nezvládají psychickou zátěž v oblasti ztrátu smyslu života lépe než muži.

Cíl 3: Zjistit, zda má délka hospitalizace na Oddělení následné péče vliv na pocity ztráty jistoty.

Hypotézy k cíli 3:

H01: Délka hospitalizace má vliv na pocity ztráty jistoty.

HA1: Délka hospitalizace nemá vliv na pocity ztráty jistoty.

Cíl 4: Zjistit, zda při dlouhodobé hospitalizaci pocít'ují ztrátu jistoty více ženy, nebo muži.

Hypotézy k cíli 4:

H01: Ženy pocít'ují ztrátu jistoty při pobytu na ODN méně než muži.

HA1: Ženy nepocít'ují ztrátu jistoty při pobytu na ODN méně než muži.

Cíl 5: Zjistit, zda pocít'ují ztrátu důstojnosti vyplývající z dlouhodobé hospitalizace více ženy, nebo muži.

Hypotézy k cíli 5:

H01: Ženy pocít'ují při dlouhodobé hospitalizaci na ODN ztrátu důstojnosti méně než muži.

HA1: Ženy nepocít'ují při dlouhodobé hospitalizaci na ODN ztrátu důstojnosti méně než muži.

Výzkumné šetření bylo realizováno formou kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum je metoda standardizovaného vědeckého výzkumu. Popisuje zkoumanou skutečnost pomocí proměnných, které lze vyjádřit čísly. Ta mohou vznikat buď měřením, nebo častěji škálováním samotnými respondenty, například od 1 – do 5. Výsledky jsou pak zpracovány pomocí statistických metod a nakonec interpretovány. Cílem je získání stanovených dat. (Chráška, 2015, str. 132) Byly použity standardizované hodnotící nástroje v české verzi. Na získání zvolených dat byl využit Dotazník důstojnosti pacienta – PDI, který je uveden v příloze E. Test kognitivních funkcí – MMSE je uveden v příloze F a Vizuální analogová škála pro hodnocení bolesti – VAS, která je v příloze G.

Realizace výzkumu byla schválena primářkou oddělení, vrchní sestrou i náměstkyní ošetrovatelské péče, kde byl výzkum realizován. Jednalo se o nemocnici okresního typu a výzkum byl realizován v období od listopadu 2021 až do března 2022.

9.1 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili geriatřičtí pacienti hospitalizovaní na Oddělení následné péče a rehabilitace. Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 60 seniorů. Šetření probíhalo v jedné fázi po minimálně 14 dnech hospitalizace. Kritéria pro výběr respondentů byla následující: pacienti, kteří souhlasili se zapojením do dotazníkového šetření, věk nad 65 let, pacienti schopni verbální komunikace, osoby netrpící pokročilou demencí, tj. MMSE 20 bodů a více. Pacienti trpící bolestí v době dotazníkového šetření při VAS nad 4 byli z dotazníkového

šetření vyloučení, aby jejich subjektivní vnímání bolesti nemohlo ovlivnit v danou chvíli úsudek a odpovědi.

9.2 Metoda sběru dat

K získání dat jsem využila kvantitativní typ výzkumu s využitím standardizovaných dotazníků v české verzi. Pro posouzení kognitivních funkcí hospitalizovaných seniorů byl použit *Test kognitivních funkcí* – MMSE. Subjektivní hodnocení bolesti jsem zjišťovala díky *Vizuální analogové škále pro hodnocení bolesti* – VAS. *Dotazníkem důstojnosti pacienta* – PDI jsem hodnotila problémy spojené s dlouhodobou hospitalizací a zachování důstojnosti.

MMSE – Mini Mental State Examination

MMSE je nejčastěji využívaným hodnotícím nástrojem zjišťujícím kognitivní poruchy po celém světě. Otázky jsou orientovány do několika podskupin. Zjišťují pacientovu orientaci v čase – jaký je rok, měsíc, den v týdnu, jaké je datum. Otázky se též zaměřují na pacientovu pozornost, výbavnost, paměť. Pacient opakuje sestrou vyřčená slova, je zkoušeno čtení, počítání. Maximální počet získaných bodů je 30. V rozmezí získaných bodů 24 - 30 je hodnocen kognitivní stav za normální. Počty bodů 21 - 23 je označována jako lehká kognitivní porucha. Střední kognitivní porucha je mezi získanými body 11 - 20. Při skóre menší než 10 bodů a méně je u pacienta označena pokročilá forma demence. (Shuler, 2010, str. 181) Tiskopis MMSE testu je uveden v příloze B.

VAS – Vizuálně analogová škála bolesti

VAS je velice často využívaný nástroj k měření bolesti při posuzování zdravotního stavu pacienta. Díky ní může pacient jednoduše vyjádřit intenzitu bolesti pomocí barevně označené úsečky, kde je nulou označen nejnižší stupeň bolesti a desítkou bolest nesnesitelná, tedy hodnocení od 0 - 10. (Tevepoint.CZ, 2022, Medical Tribune s.r.o.) VAS škála je uvedena v příloze D.

PDI – Dotazník důstojnosti pacienta

Dotazník důstojnosti pacienta (Patient Dignity Inventory) vychází z Chochinova Modelu důstojnosti a je nástrojem, který je zaměřen na celou řadu ukazatelů, u kterých je pravděpodobné, že mají vliv na důstojnost hospitalizovaného pacienta. Dotazník PDI v prvotní fázi obsahoval 22 otázek, později byl revidován a navýšen na 25 otázek. Otázky se zaměřují na pět oblastí, které ovlivňují důstojnost pacienta, a to na příznak utrpení, existenciální tíseň, závislost, duševní klid a sociální podporu. (Chochinov, 2006, s. 666).

Položky zahrnují široké spektrum fyzických, psychosociálních, duchovních a existenciálních problémů ovlivňujících pocit důstojnosti pacienta. Dotazník je rozdělen do čtyř subškál: *Ztráta smyslu života*, *Ztráta nezávislosti*, *Ztráta jistoty* a *Ztráta sociální podpory*. Každá otázka je hodnocena Likertovou škálou: 1 bod – není problém, 2 body – mírný problém, 3 body – problém, 4 body – velký problém, 5 bodů – nepřekonatelný problém. Profesor Chochinov považuje za problém, pokud pacient označil na Likertově škále otázku 3 a více body. Dotazník byl použit a přeložen do českého jazyka, a to se souhlasem jeho autora pana Dr. Harvey Max Chochinova, PhD. (Kisveterová, 2018, str. 444 - 450) Dotazník PDI v české verzi je přílohou E. Dotazník pro svoji práci jsem využila s laskavým svolením Doc. PhDr. Heleny Kisveterové, Ph.D., společná konverzace je uvedena v příloze H.

9.3 Realizace výzkumu

Souhlas s realizací výzkumu byl písemně udělen jak Univerzitou Pardubice, tak náměstkyní ošetrovatelské péče v okresní nemocnici, kde byl výzkum prováděn. Vedoucí pracovníci na oddělení dlouhodobé péče a rehabilitace byli o výzkumu informováni a souhlasili s ním. Oddělení je tvořeno dvěma stanicemi, každá disponuje 25 lůžky. Během hospitalizace byli pacienti, kteří splňovali požadovaná kritéria, osloveni a při udělení souhlasu byl proveden sběr dat pomocí rozhovoru. Žádný z pacientů nechtěl dotazník vyplňovat sám. Pacienty jsem seznámila s cílem výzkumu práce a vysvětlila způsob odpovědí na jednotlivé otázky. Z oslovených geriatrických pacientů, kteří splňovali stanovená kritéria, se dva odmítli dotazníkového šetření zúčastnit.

9.4 Metoda zpracování dat

Kvantitativní proměnné byly prezentovány pomocí průměrů, směrodatných odchylek, mediánů a minimálních a maximálních hodnot. Kvalitativní data byla prezentována pomocí absolutních a relativních četností. Vzájemná korelace kvantitativních znaků byla zjišťována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Rozdíly mezi dvěma závislými výběry v kvantitativních veličinách byly ověřovány párovým t-testem. Všechny testy byly prováděny na hladině statistické významnosti 5 %. Ke statistickému zpracování byl použit statistický software StatSoft STATISTICA12.

10 Popis souboru respondentů

V první fázi byly prezentovány výsledky statistického zpracování základních charakteristik souboru geriatrických pacientů. V druhé fázi byly popsány výsledky výzkumného šetření.

Pohlaví respondentů

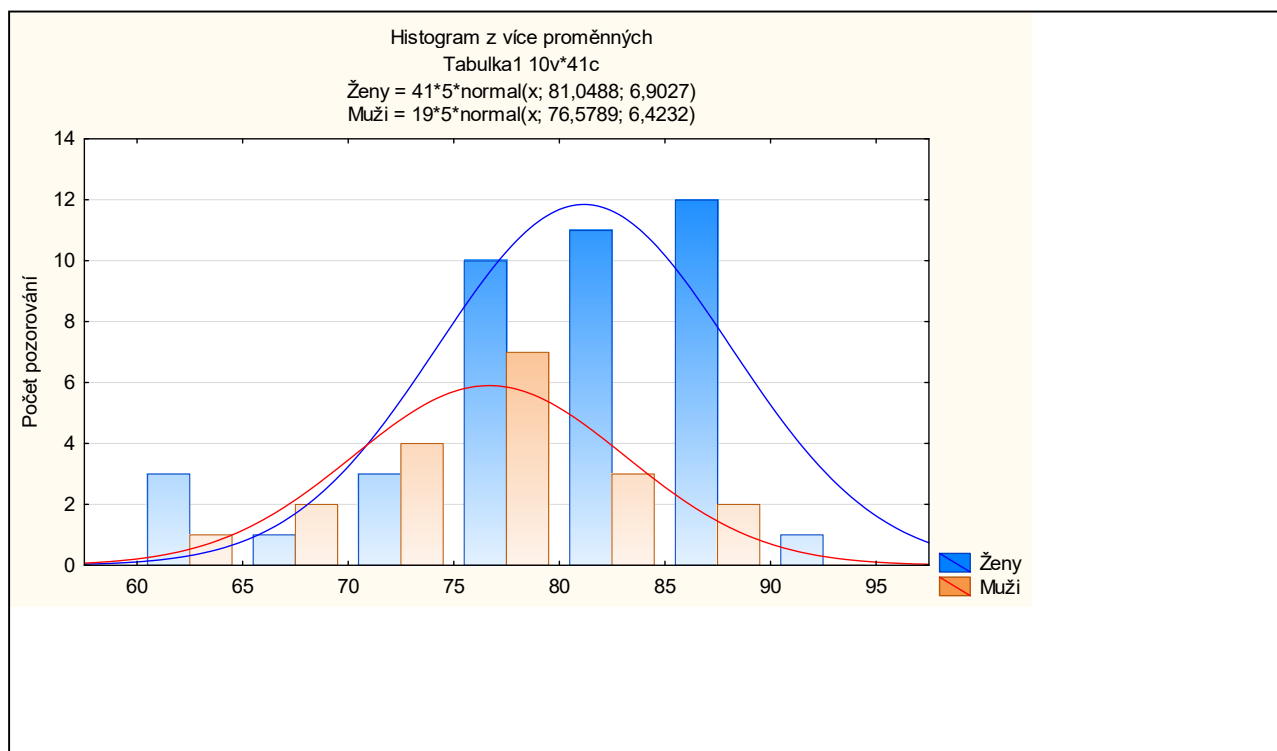
Výzkumu se zúčastnilo celkem 60 pacientů. Z toho bylo 19 mužů (31 %) a 41 žen (68 %).

Tabulka 1 Četnosti rozložení pohlaví souboru

| n=60 | | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------|------|-------------------|-----------------------|
| pohlaví | muži | 19 | 31,67 |
| | ženy | 41 | 68,33 |
| celkem | | 60 | 100 |

Věk respondentů

Dotazovaní geriatrickí pacienti byli dle stanoveného kritéria ve věku nad 65 let. Rozložení věku pacientů bylo od 65 do 91 let.



Obrázek 1 Histogram četnosti rozložení věku sledovaného souboru

Nejstarším zúčastněným dotazníkového šetření byla pacientka ve věku 91 let a nejstarším mužem byl pacient ve věku 84 let. Nejmladší pacienti byli u obou pohlaví ve věku 65 let. Průměrný věk u žen byl 82 a u mužů 77. Nejčastější věk žen byl 87 let a 82 let, tedy vícenásobný modus, u mužů to byl věk 78 let.

Délka hospitalizace

Stanovená minimální délka hospitalizace dotazovaných pacientů byla 14 dní na oddělení dlouhodobé péče. Do výzkumu byly zahrnuty i údaje o celkové délce pobytu při jedné hospitalizaci, kde bylo oddělení následné péče většinou cílovým oddělením, pokud u pacienta nenastaly potíže a nebyl přesunut zpět na akutní oddělení.

Tabulka 2 Četnosti délky hospitalizace na ODN a délky celkové hospitalizace

| Proměnná | Popisné statistiky | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------|--------|--------|-------|----------------|---------|---------|---------|--------------|
| | N platných | Průměr | Medián | Modus | Četnost (modu) | Minimum | Maximum | Rozptyl | Sm.odch ylka |
| Délka hospitalizace na ODN | 60 | 22 | 18 | 14 | 12 | 14 | 50 | 76 | 9 |
| Celková délka hospitalizace | 60 | 39 | 36 | 23,0 | 6 | 23 | 103 | 272 | 17 |

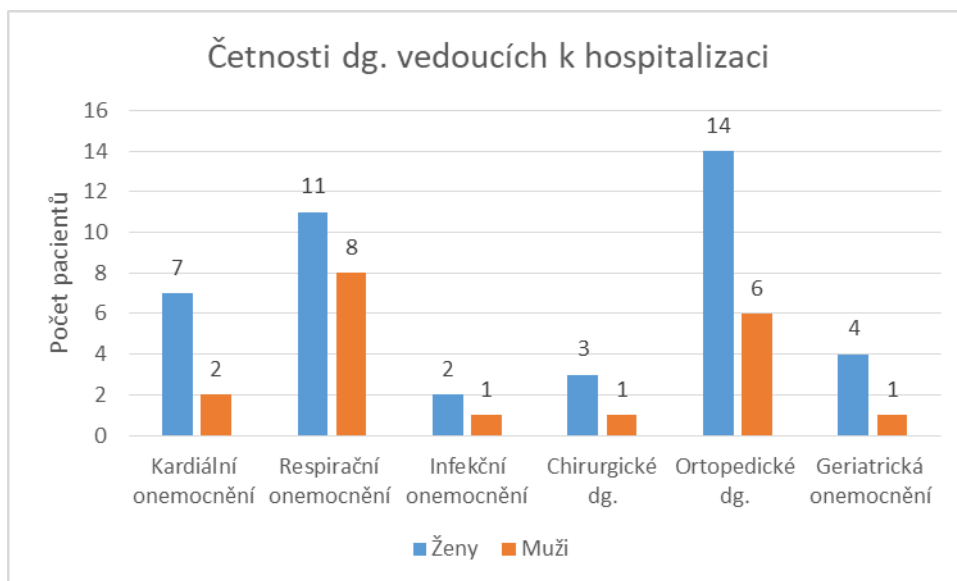
Nejkratší doba hospitalizace na ODN byla stanovena na 14 dní, nejdéle byl dotazovaný pacient na zkoumaném oddělení 50 dní. Průměrně byli pacienti na ODN 22 dní, nejčastěji však 14 dní.

Celková doba pacienta v nemocnici během jedné hospitalizace, kdy pobyt na ODN byl její součástí, byla nejkratší 23 dní a maximální 103 dní. Průměrně doba celkové hospitalizace vycházela na 39 dní, nejčastěji na 23 dní.

Onemocnění respondentů

Hospitalizovaní geriatřičtí pacienti měli celý výčet diagnóz, ale do výzkumu jsem zařadila jenom diagnózy vedoucí k hospitalizaci. Diagnózy jsem seskupila do 6 skupin: *kardiovaskulární onemocnění* (městnavé selhávání srdce, hypertenze, kolapsové stavy, kardiorepirační insuficience, st. po náhradě mitrální chlopně, plicní embolie), *respirační*

onemocnění (CHOPN, post Covidová pneumonie), *infekční onemocnění* (stav po clostridiích, IMC), *stavy po chirurgickém řešení onemocnění* (cholangitida, pankreatitida, amputace DK i HK pro gangrénu), *ortopedičtí pacienti na doléčení* (po OS, fraktury DK a HK, fraktury ramének stydkých kostí a TEP). *Geriatrické diagnózy*, obecně diagnózy objevující se především u starších pacientů, nebo jsou důsledkem vícečetných diagnóz, polymorbidity (vertigo s opakovanými pády, hypomobilita, rehabilitace po CMP, dehydratace, počínající demence, onkologičtí pacienti k paliativní péči).



Obrázek 2 Graf četnosti diagnóz vedoucích k hospitalizaci

Nejpočetnější skupinou diagnóz vedoucích k hospitalizaci bylo u žen ve 34 % doléčení ortopedických obtíží, druhou v 27 % respirační onemocnění, zejména zahrnující post covidové obtíže. V 17 % pacientky s kardiovaskulárními obtížemi, v 10 % to byly souhrnně geriatrické diagnózy, v 7 % pacientky po chirurgických zákrocích a nejméně zastoupenou skupinou to byly pacientky na doléčení po infekčních chorobách a to v 5 % zastoupení. U mužů byla nejpočetnější skupina pacientů s respiračními onemocněními ve 42 %, druhou byla skupina 32 % na doléčení s ortopedickým onemocněním. V 11 % pacienti s kardiovaskulárními potížemi a stejné skupiny po 5 % po infekčních potížích, po chirurgických zákrocích a s geriatrickými diagnózami.

10.1 Presentace výsledků ze standardizovaného dotazníku

Ke stanovenému šetření byl využit validovaný Dotazník důstojnosti pacienta PDI CZ. Položky dotazníku PDI byly tematicky rozděleny do čtyř subškál. Subškála 1 – *Ztráta smyslu*

života obsahuje položky dotazníku: 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 23, 24. Subškála 2 – *Ztráta nezávislosti* obsahuje položky: 1, 2, 4, 10, 20. Subškála 3 – *Ztráta jistoty* obsahuje položky: 5, 6, 9, 17. Subškála 4 – *Ztráta sociální podpory* obsahuje položky: 21, 22 a 25. (Kisvetrová, 2018, str. 444 - 450) S pacienty jsem vedla rozhovor a zaznamenávala odpovědi do dotazníku, žádný z pacientů nevyužil možnosti vyplňovat dotazník sám.

Jednotlivé subškály jsem vyhodnotila, dle součtu jednotlivých odpovědí. Odpovědi byly zaznamenávány dle Likertovy škály, kde 1= není problém, 2= menší problém, 3= problém, 4=vážný problém, 5= nepřekonatelný problém. Profesor Chochinov považuje za problém, pokud pacient označil na Likertově škále otázku 3 a více body (Chochinov, 2008, str. 564).

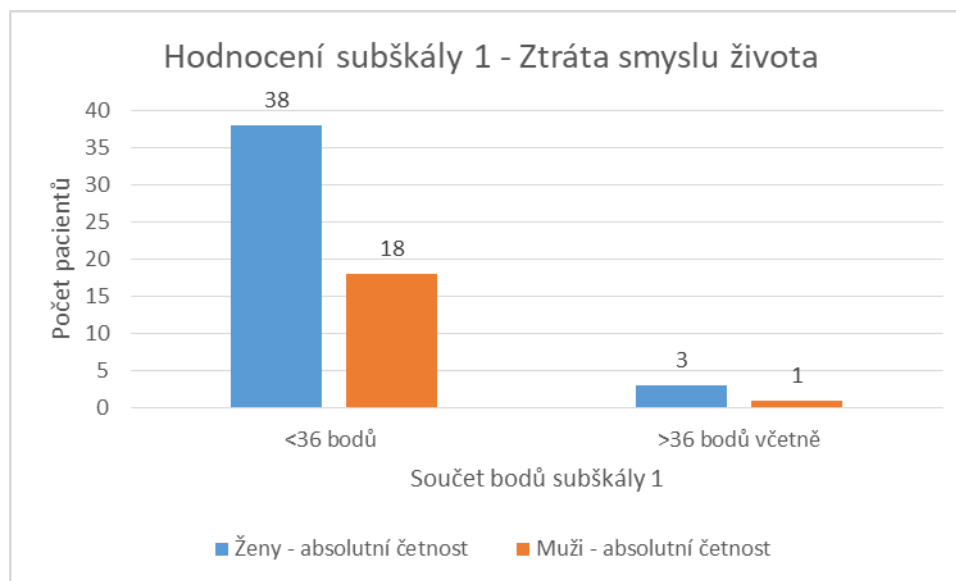
10.1.1 Vyhodnocení subškály 1 – *Ztráta smyslu života*

Subškála *Ztráta smyslu života*, obsahuje odpovědi na otázky č. 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 23, 24 v dotazníku. V součtu je možné získat od 13 do 65 bodů, kdy v součtu více 39 bodů a včetně, znamená pociťování problému v oblasti smyslu života, až jeho ztráty.

Tabulka 3 Vyhodnocení popisnou statistikou subškály 1 – *Ztráta smyslu života*

| Proměnná | Vyhodnocení subškály 1 | | | | | | | |
|----------|------------------------|--------|--------|-------|----------------|---------|---------|----------|
| | N platných | Průměr | Medián | Modus | Četnost (modu) | Minimum | Maximum | Sm.odch. |
| Ženy | 41 | 24 | 23 | 19 | 7 | 13 | 42 | 7 |
| Muži | 19 | 24 | 23 | 18 | 4 | 18 | 48 | 7 |
| Celkem | 60 | | | | | | | |

V součtu odpovědí na dotazy v subškále 1 – *Ztráta smyslu života* ženy odpovídaly minimálně 13 body, kdy nepociťovaly problém, muži měli minimální hodnotu vyšší a to 18 bodů. V součtu byla hodnoty u žen maximální 42 a u mužů 48 bodů. Celkově tedy muži vnímají oblast smyslu života s většími obtížemi než ženy. Průměrně odpovídala obě pohlaví stejnou hodnotou součtu bodů 24, nejčastější hodnota součtu u žen byla 19 bodů s četností odpovědí 7 a u mužů 18 bodů s četností odpovědí 4.



Obrázek 3 Vyhodnocení subškály 1 - *Ztráta smyslu života*

Při součtu bodů Likertovy škály všech odpovědí v dané subškále 1 – *Ztráta smyslu života*, více a včetně 36 bodů poukazuje na vnímání subškály jako problém, což vnímá u žen 7 % a u mužů 5 %. Naopak ženy v 93 % a muži v 95 % neztrácí smysl života při dlouhodobé hospitalizaci a pobytu v nemocničním zařízení.

10.1.2 Vyhodnocení subškály 2 – *Ztráta nezávislosti*

Subškála 2 – *Ztráta nezávislosti* obsahuje odpovědi na otázky 1, 2, 4, 10 a 20 z PDI dotazníku. V součtu je možné získat minimálně 5 a maximálně 25 bodů. Při jednotlivých odpovědích nad 3 body včetně znamená pocíťování problému v oblasti Ztráty nezávislosti. V součtu odpovědí je problém v této oblasti nad 15 bodů včetně.

Tabulka 4 Vyhodnocení popisnou statistikou subškály 2 – *Ztráta nezávislosti* popisnou statistikou

| Proměnná | Vyhodnocení subškály 2 | | | | | | | |
|----------|------------------------|--------|--------|-------|----------------|---------|---------|-----------|
| | N platných | Průměr | Medián | Modus | Četnost (modu) | Minimum | Maximum | Sm. odch. |
| Ženy | 41 | 11 | 10 | 7 | 8 | 5 | 21 | 4 |
| Muži | 19 | 12 | 12 | 12 | 4 | 5 | 22 | 4 |
| Celkem | 60 | | | | | | | |

V odpovědích v subškále 2 – *Ztráta nezávislosti* byla v součtu odpovědí u žen minimální hodnota 5, rovněž tak i u mužů. Maximální hodnota v součtu byla u žen 21 bodů a 22 bodů u

mužů. Průměrně udělily ženy za tuto subškálu 11 bodů a muži 12 bodů. Nejčastěji sečtených odpovědí u žen bylo 7 bodů a u mužů 12 bodů.

Tabulka 5 Vyhodnocení subškály 2 – Ztráta nezávislosti

| Hodnocení | Ženy - absolutní četnost | Muži - absolutní četnost | Ženy - relativní četnost v % | Muži - relativní četnost v % |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <25 bodů | 41 | 19 | 100 | 100 |
| >25 bodů včetně | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 41 | 19 | 100 | 100 |

Celkově tuto subškálu ženy i muži ve 100 % hodnotí bez problémů, nebo s menším problémem. Dokládá to součet bodů méně jak 25 u obou pohlaví.

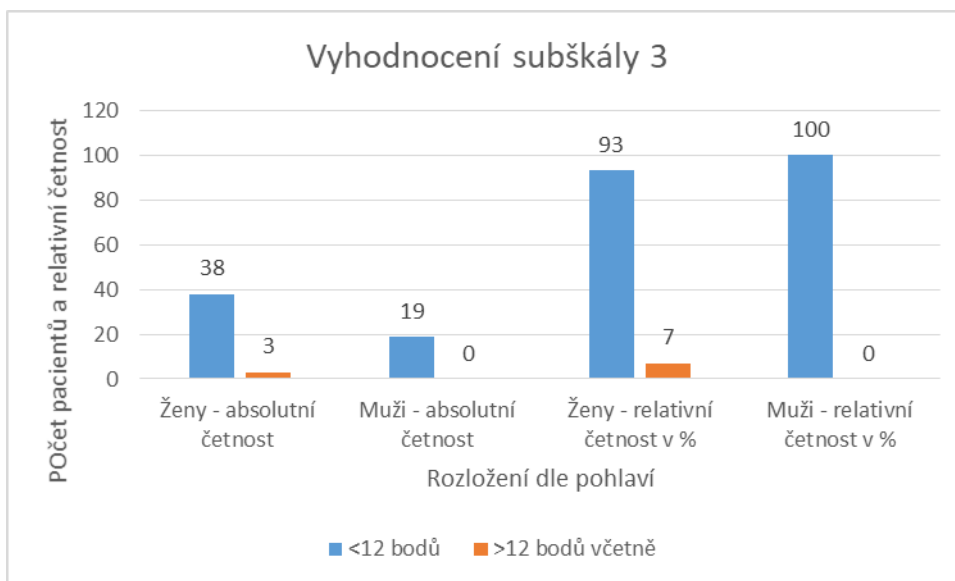
10.1.3 Vyhodnocení subškály 3 – Ztráta jistoty

Subškála 3 – Ztráta jistoty obsahuje otázky 5, 6, 9, 17 z dotazníku PDI. Minimální možný počet udělených bodů je 4 a maximální bodové hodnocení je 20. Při součtu bodů nad 12 včetně, udává pacient problém v oblasti ztráty jistoty.

Tabulka 6 Vyhodnocení popisnou statistikou subškály 3 – Ztráta jistoty

| Proměnná | Vyhodnocení subškály 3 | | | | | | | |
|----------|------------------------|--------|--------|-------|----------------|---------|---------|-----------|
| | N platných | Průměr | Medián | Modus | Četnost (modu) | Minimum | Maximum | Sm. odch. |
| Ženy | 41 | 7 | 6 | 4 | 12 | 4 | 14 | 3 |
| Muži | 19 | 6 | 5 | 4 | 9 | 4 | 11 | 3 |
| Celkem | 60 | | | | | | | |

Minimální počet bodů byl v této subškále 3 stejný jak u mužů, tak u žen a to 4 body. Maximální přidělený počet bodů byl u žen 14 a u mužů 11 bodů. Průměrně ženy ohodnotily subškálu 7 body, muži méně, 6 body. Nejčastěji přidělená hodnota v součtu byla u obou pohlaví stejná a to 4 body, u žen ve 12 případech a u mužů v 9 případech.



Obrázek 4 Vyhodnocení absolutní a relativní četnosti subškály 3 – *Ztráta jistoty*

V oblasti Ztrát jistoty během hospitalizace neuvádí ženy v 93 % problém, nebo pouze menší problém. Jako problémovou tuto oblast potřeb vidí 7 % dotazovaných žen. U mužů je oblast Ztrát jistoty během hospitalizace ve 100 % vnímána jako bezproblémová, nebo jen s menšími problémy.

10.1.4 Vyhodnocení subškály 4 – *Ztráta sociální podpory*

Subškála 4 – Ztráta sociální podpory zahrnuje odpovědi na otázky 21, 22 a 25 z dotazníku PDI. Minimální počet přidělených bodů je 3 a maximální je 15. Při součtu bodů z odpovědí nad 9 včetně udává pacient problém v oblasti Ztráty sociální podpory.

Tabulka 7 – Vyhodnocení absolutní a relativní četnosti subškály 4 – *Ztráta sociální podpory*

| Proměnná | Vyhodnocení subškály 4 | | | | | | | |
|----------|------------------------|--------|--------|-------|----------------|---------|---------|----------|
| | N platných | Průměr | Medián | Modus | Četnost (modu) | Minimum | Maximum | Sm.odch. |
| Ženy | 41 | 4 | 3 | 3 | 29 | 3 | 8 | 1 |
| Muži | 19 | 4 | 3 | 3 | 12 | 3 | 8 | 1 |
| Celkem | 60 | | | | | | | |

Minimum přidělených bodů u subškály 3 je u žen i mužů stejný a to 3 body, stejně tak maximální hodnota přidělených bodů je u obou pohlaví stejná, v součtu je to u jednoho pacienta, nebo pacientky 8 bodů. Průměrně hodnotili obě pohlaví v součtu tyto otázky 4 body

a nejčastější odpovědi měly opět u obou pohlaví stejnou hodnotu - 3 body, u žen ve 29 případech a u mužů ve 12.

Tabulka 8 Vyhodnocení popisnou statistikou subškály 4 – *Ztráta sociální podpory*

| Hodnocení | Ženy - absolutní četnost | Muži - absolutní četnost | Ženy - relativní četnost v % | Muži - relativní četnost v % |
|----------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <9 bodů | 41 | 19 | 100 | 100 |
| >9 bodů včetně | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 41 | 19 | 100 | 100 |

V hodnocení subškály 4 pociťují dostatečnou sociální podporu jak muži, tak i ženy, kdy součet bodů odpovědi je ve 100 % menší než 9, což znamená, že necítí v této oblasti problém vůbec, nebo je ten problém menší.

10.2 Prezentace výsledků jednotlivých odpovědí dotazníku

Následující tabulka shrnuje odpovědi všech dotazovaných pacientů, dle Likertovy škály, kde odpovědi znamenají 1= není problém, 2 = menší problém, 3= problém, 4= větší problém a 5= nepřekonatelný problém.

Tabulka 9 Celková prezentace výsledků dotazníků

| Otázka | medián | modus | Průměr | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------|-------|--------|------|------|------|------|------|
| 1. Neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se) | 2 | 1 | 2,633 | 19 | 12 | 8 | 14 | 7 |
| | | | | 32 % | 20 % | 13 % | 23 % | 12 % |
| 2. Neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety) | 2 | 2 | 2,533 | 17 | 17 | 9 | 11 | 6 |
| | | | | 28 % | 28 % | 15 % | 18 % | 10 % |
| 3. Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků (např. bolest, dušnost, nevolnost) | 3 | 2 | 2,733 | 12 | 16 | 13 | 14 | 5 |
| | | | | 20 % | 27 % | 22 % | 23 % | 8 % |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|-------|------|------|------|------|------|
| 4. Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní | 2 | 2 | 1,7 | 24 | 31 | 4 | 1 | 0 |
| | | | | 40 % | 52 % | 7 % | 2 % | 0 % |
| 5. Pocit deprese | 1 | 1 | 1,983 | 35 | 7 | 5 | 10 | 3 |
| | | | | 58 % | 12 % | 8 % | 17 % | 5 % |
| 6. Pocit úzkosti | 1 | 1 | 1,967 | 34 | 9 | 5 | 9 | 3 |
| | | | | 57 % | 15 % | 8 % | 17 % | 5 % |
| 7. Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby | 2 | 2 | 2,517 | 11 | 20 | 19 | 7 | 3 |
| | | | | 18 % | 33 % | 32 % | 12 % | 5 % |
| 8. Obavy o mou budoucnost | 2 | 2 | 2,433 | 16 | 20 | 12 | 6 | 6 |
| | | | | 27 % | 33 % | 20 % | 10 % | 10 % |
| 9. Neschopnost jasně myslet | 1 | 1 | 1,433 | 37 | 20 | 3 | 0 | 0 |
| | | | | 62 % | 33 % | 5 % | 0 % | 0 % |
| 10. Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách | 2 | 2 | 2,483 | 9 | 29 | 8 | 12 | 2 |
| | | | | 15 % | 48 % | 13 % | 20 % | 3 % |
| 11. Pocit, že nejsem, kým jsem býval/bývala | 2 | 1 | 1,983 | 24 | 21 | 8 | 6 | 1 |
| | | | | 40 % | 35 % | 13 % | 10 % | 2 % |
| 12. Pocit, že nejsem užitečný ani vážený | 1 | 1 | 1,533 | 36 | 17 | 6 | 1 | 0 |
| | | | | 60 % | 28 % | 10 % | 2 % | 0 % |
| 13. Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič) | 2 | 2 | 2,067 | 14 | 33 | 9 | 3 | 1 |
| | | | | 23 % | 55 % | 15 % | 5 % | 2 % |
| 14. Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl | 1 | 1 | 1,383 | 47 | 7 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | 78 % | 12 % | 5 % | 3 % | 2 % |
| 15. Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým | 1 | 1 | 1,583 | 33 | 22 | 3 | 1 | 1 |
| | | | | 55 % | 37 % | 5 % | 2 % | 2 % |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|-------|------|------|------|-----|------|
| 16. Pocit, že mám "nedokončenou práci" (např. věci, které jsem chtěl/a říct nebo udělat nebo nejsou uzavřené) | 2 | 1 | 1,8 | 25 | 25 | 7 | 3 | 0 |
| | | | | 42 % | 42 % | 12 % | 5 % | 0 % |
| 17. Obavy, že můj duchovní život nemá smysl | 1 | 1 | 1,233 | 51 | 6 | 2 | 0 | 1 |
| | | | | 85 % | 10 % | 3 % | 0 % | 2 % |
| 18. Pocit, že jsem přítěží pro ostatní | 2 | 1 | 1,967 | 26 | 17 | 12 | 3 | 2 |
| | | | | 43 % | 28 % | 20 % | 5 % | 3 % |
| 19. Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem | 2 | 1 | 1,833 | 24 | 24 | 7 | 5 | 0 |
| | | | | 40 % | 40 % | 12 % | 8 % | 0 % |
| 20. Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí | 2 | 1 | 2,067 | 25 | 22 | 3 | 4 | 6 |
| | | | | 42 % | 37 % | 5 % | 7 % | 10 % |
| 21. Necítím podporu od rodiny a přátel | 1 | 1 | 1,267 | 53 | 3 | 1 | 1 | 2 |
| | | | | 88 % | 5 % | 2 % | 2 % | 3 % |
| 22. Necítím podporu od zdravotnického personálu | 1 | 1 | 1,133 | 54 | 5 | 0 | 1 | 0 |
| | | | | 90 % | 8 % | 0 % | 2 % | 0 % |
| 23. Pocit, že již nejsem dále schopen duševně "bojovat " s překážkami, které mi nemoc přináší | 1 | 1 | 1,283 | 49 | 7 | 3 | 0 | 1 |
| | | | | 82 % | 12 % | 5 % | 0 % | 2 % |
| 24. Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou | 1 | 1 | 1,2 | 50 | 8 | 2 | 0 | 0 |
| | | | | 83 % | 13 % | 3 % | 0 % | 0 % |
| 25. Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých | 1 | 1 | 1.267 | 47 | 10 | 3 | 0 | 0 |
| | | | | 78 % | 17 % | 5 % | 0 % | 0 % |

Zdroj vlastní

Ve vybraných odpovědích byl průměr odpovědí téměř 3, jednalo se tedy o otázky nasvědčující pocíťování problému v konkrétní oblasti.

V odpovědi 1. *Neschopnost vykonávat úkony každodenního života* (např. umýt se, obléknout se) odpovědělo 19 respondentů (32 %), tedy že nemají problém. 12 respondentů (20 %) odpovědělo, že mají menší problém v této oblasti, 8 (13 %) jich má problém, 14 (23 %) poukazuje na větší problém a 7 (12 %) má problém v této oblasti nepřekonatelný.

V odpovědi 2. *Neschopnost obsloužit své tělesné funkce* (např. nutná pomoc při použití toalety) odpovědělo 17 pacientů (28 %), že nemají problém, stejně tak 17 pacientů (28 %) že mají menší problém, 9 pacientů (15 %) má problém, 11 (18 %) má větší a 6 (10 %) má nepřekonatelný problém v této oblasti.

V odpovědi 3. *Pocíťování fyzicky nepříjemných příznaků* (např. bolest, dušnost, nevolnost) odpovědělo 12 pacientů (20 %), že nepocíťuje problém, 16 (27 %) pocíťuje menší problém, 13 (22 %) pacientů pocíťuje problém, 14 (23 %) má větší a 5 (8 %) nepřekonatelný problém.

V odpovědi 7. *Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby*, nevedlo 11 (18 %) pacientů problém, 20 (33 %) uvedlo menší problém, 19 (32 %) pacientů uvedlo problém, 7 (12 %) pacientů vidí v této oblasti větší problém a 3 (5 %) nepřekonatelný problém.

10.3 Vyhodnocení specifických otázek dotazníku

Nejpočetněji, jako problémová byla ohodnocena otázka 1. *Neschopnost vykonávat úkony každodenního života*, jako například bylo uvedeno samostatně se umýt, obléknout se. Tato otázka byla nejpočetněji ohodnocena jako nepřekonatelný problém, odpovědělo na ni takto 7 (12 %) pacientů. Hned druhou nejpočetněji uvedenou jako nepřekonatelný problém byly se stejným počtem odpovědí otázka 2. *Neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce*, kde byla jako příklad uvedena nutná pomoc při použití toalety, otázka 8. *Obavy o mou budoucnost* a otázka 20. *Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí*, kde odpovědělo shodně 6 (10 %) pacientů.

Naopak otázka, kde pacienti nepocíťovali žádný problém, byla s největším počtem odpovědí otázka 22. *Necítím podporu od zdravotnického personálu*, kde 54 (90 %) odpovědělo, že nemá žádný problém. Druhou nejvíce kladně ohodnocenou otázkou je otázka 21. *Necítím podporu od rodiny a přátel*, kdy nevidí v této oblasti problém 53 (88 %) dotazovaných pacientů. Třetí nejlépe hodnocenou otázkou, kde pacienti necítili žádný problém, je otázka 25.

Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých, kde odpovědělo 47 (78 %) pacientů.

10.4 Výsledky výzkumu ve vztahu k jednotlivým dílčím cílům

Cíl 1: Zjistit, zda má délka hospitalizace geriatrických pacientů vliv na pocity ztráty smyslu života.

Hypotézy k cíli 1:

H01: Délka hospitalizace má vliv na pocity ztráty smyslu života.

HA1: Délka hospitalizace nemá vliv na pocity ztráty smyslu života.

Tabulka 10 – Hodnocení délky hospitalizace na ODN s hodnocením subškály 1

| Bodové hodnocení subškály 1 | Počet pacientů hospitalizovaných 0-21 dní | Počet pacientů hospitalizovaných 22-28 dní | Počet pacientů hospitalizovaných 29- více dní |
|-----------------------------|---|--|---|
| 0-20 | 16 | 3 | 4 |
| 21-30 | 10 | 7 | 6 |
| 31-50 | 10 | 1 | 3 |
| celkem | 36 | 11 | 13 |
| Celkem | 60 | | |

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - 1)}{n'_{..}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 5.247$$

Kritická hodnota:

$$\chi(1-\alpha); df = 9.488$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

Interpretace výsledku

Na základě výsledku testu nezamítáme nulovou hypotézu o vlivu délky hospitalizace na pocity ztráty smyslu života. Test byl proveden na hladině významnosti 5 %. **Výsledkem je tvrzení, že délka hospitalizace má vliv na pocit ztráty smyslu života.**

Cíl 2: Zjistit, zda při dlouhodobé hospitalizaci zvládají psychickou zátěž v oblasti ztráty smyslu života lépe ženy, nebo muži.

Hypotézy k cíli 2:

H01: Dlouhodobě hospitalizované ženy zvládají psychickou zátěž v oblasti ztráty smyslu života lépe než muži.

HA1: Dlouhodobě hospitalizované ženy nezvládají psychickou zátěž v oblasti ztráty smyslu života lépe než muži.

Tabulka 11 – Délka hospitalizace na ODN a četnost odpovědí na subškálu 1 Smyslu života v intervalech

| Součet bodů ve subškále 1 | Počet mužů | Počet žen | Celkem |
|---------------------------|------------|-----------|--------|
| 0-20 | 8 | 15 | 23 |
| 21-30 | 9 | 20 | 29 |
| 31-50 | 2 | 6 | 8 |
| Celkem ve škále | 19 | 41 | 60 |

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - 1)}{n'_{..}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 0.272$$

Kritická hodnota:

$$\chi(1-\alpha); df = 5.991$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

Interpretace výsledku

Na základě výsledku testu nezamítáme nulovou hypotézu, kdy dlouhodobě hospitalizované ženy zvládají psychickou zátěž v oblasti ztráty smyslu života lépe než muži. Test byl proveden na hladině významnosti 5 %. **Výsledkem je tvrzení, že dlouhodobě hospitalizované ženy zvládají psychickou zátěž lépe než muži.**

Cíl 3: Zjistit, zda má délka hospitalizace na oddělení následné péče vliv na pocity ztráty jistoty.

Hypotézy k cíli 3:

H01: Délka hospitalizace má vliv na pocity ztráty jistoty.

HA1: Délka hospitalizace nemá vliv na pocity ztráty jistoty.

Tabulka 12 – Součet bodů subškály 3 a délka hospitalizace na ODN

| Součet bodů ve škále 3 | Počet pacientů hospitalizovaných 0-21 dní | Počet pacientů hospitalizovaných 22-28 dní | Počet pacientů hospitalizovaných 29- více dní |
|------------------------|---|--|---|
| 0-5 | 16 | 4 | 8 |
| 6-10 | 13 | 6 | 3 |
| 11-15 | 7 | 1 | 2 |
| Celkem ve škále | 36 | 11 | 13 |
| Celkem | 60 | | |

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - 1)^2}{n_{i.}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium :

$$G = 3.08$$

Kritická hodnota :

$$\chi(1-\alpha); df = 9.488$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

Interpretace výsledku:

Na základě výsledku testu nezamítáme nulovou hypotézu, kdy má délka hospitalizace vliv na hodnocení ztráty jistoty. Test byl proveden na hladině významnosti 5 %. **Výsledkem je tvrzení, že délka hospitalizace má vliv na hodnocení ztráty jistoty.**

Cíl 4: Zjistit, zda při dlouhodobé hospitalizaci pocít'ují ztrátu jistoty více ženy, nebo muži.

Hypotézy k cíli 4:

H01: Ženy pocít'ují ztrátu jistoty při pobytu na ODN méně než muži.

HA1: Ženy nepocít'ují ztrátu jistoty při pobytu na ODN méně než muži.

Tabulka 13 - Součet bodů subškály 3 Ztráty jistoty a četnost odpovědí mužů a žen

| Součet bodů ve škále 3 | Počet mužů | Počet žen | Celkem |
|------------------------|------------|-----------|--------|
| 0-5 | 12 | 16 | 28 |
| 6-10 | 4 | 18 | 22 |
| 11-15 | 3 | 7 | 10 |
| Celkem pacientů | 19 | 41 | 60 |

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - 1)}{n_{..}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 3.482$$

Kritická hodnota:

$$\chi(1-\alpha); df = 5.991$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

Interpretace výsledku:

Na základě výsledku nezamítáme nulovou hypotézu, kdy ženy pocít'ují ztrátu jistoty při

pobytu na oddělení dlouhodobé péče méně než muži. Test byl proveden na hladině významnosti 5 %. **Výsledkem je tvrzení, že ženy pociťují ztrátu jistoty při pobytu na oddělení dlouhodobé péče méně než muži.**

Cíl 5: Zjistit, zda pociťují ztrátu důstojnosti vyplývající z dlouhodobé hospitalizace více ženy, nebo muži.

Hypotézy k cíli 5:

H01: Ženy pociťují při dlouhodobé hospitalizaci na ODN ztrátu důstojnosti méně než muži.

HA1: Ženy nepociťují při dlouhodobé hospitalizaci na ODN ztrátu důstojnosti méně než muži.

Tabulka 14 – Rozmezí bodového hodnocení jednotlivých otázek dotazníku u mužů a žen

| Rozmezí bodového hodnocení jednotlivých otázek | Muži počet | Ženy počet | Celkem |
|--|------------|------------|--------|
| 31-40 | 7 | 19 | 26 |
| 41-50 | 7 | 10 | 17 |
| 51-60 | 3 | 7 | 10 |
| 61-70 | 1 | 3 | 4 |
| 71-82 | 1 | 2 | 3 |
| Celkem | 19 | 41 | 60 |

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - 1)}{n'_{..}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 1.084$$

Kritická hodnota:

$$\chi(1-\alpha); df = 9.488$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H0) o nezávislosti znaků nezamítáme.

Interpretace výsledků:

Na základě výsledků testu nezamítáme nulovou hypotézu, kdy ženy pociťují ztrátu důstojnosti během dlouhodobé hospitalizace na oddělení následné péče méně než muži. Test

byl proveden na hladině významnosti 5 %. **Výsledkem je tvrzení, že ženy pocítují při dlouhodobé hospitalizaci na oddělení následné péče ztrátu důstojnosti méně než muži.**

11 Diskuze

Diplomová práce se zabývá tématem důstojnosti dlouhodobě hospitalizovaných geriatrických pacientů na oddělení dlouhodobé péče. Výzkumné šetření probíhalo v nemocnici okresního typu na oddělení následné péče a rehabilitace a k získání dat byl použit jejich sběr pomocí standardizovaného dotazníku.

Do zkoumaného souboru byla zařazena skupina 60 respondentů (100 %), která byla složena ze 41 žen (68 %) a 19 mužů (32 %). Průměrný věk respondentů činil 82 let u žen a 77 let u mužů. Délka hospitalizace byla stanovena minimálně 14 dní na oddělení dlouhodobě nemocných, nejdelší doba hospitalizace byla u pacienta 50 dní. Do výzkumu byla zahrnuta i délka celkové hospitalizace pacientů v naší nemocnici, kde pobyt na našem oddělení byl jen její součástí, někteří pacienti byli propuštěni do domácí péče, někteří do dalších institucí mimo nemocnici a někteří byli z důvodu zhoršení stavu přeloženi na jiné oddělení v rámci nemocnice. Minimální délka celkové hospitalizace byla 23 dní a maximální 103 dní. Výzkumná část byla zaměřena na otázku, zda má délka hospitalizace vliv na hodnocení v rámci jednotlivých subškál. Geriatrickí pacienti mají výčet diagnóz, ve výzkumu byla uvedena jen jedna diagnóza, která vedla k hospitalizaci. Diagnózy byly utříděny pro jejich rozmanitost do 6 skupin. U žen byla nejpočetněji zastoupena skupina ortopedických diagnóz ve 34 % a u mužů skupina respiračních onemocnění ve 42 %. Diskuze je zaměřena na analýzu nejzajímavějších výsledků výzkumu a jejich porovnání s tematicky podobnými publikovanými výstupy.

Výsledky výzkumné práce byly srovnávány s následujícími pracemi:

S diplomovou prací Romany Hanáčkové (2019) na téma *Důstojnost u hospitalizovaných seniorů*, která se ve své práci zaměřila na hodnocení důstojnosti od samotných pacientů pomocí dotazníku PDI, zda se jejich hodnocení mění po měsíci hospitalizace. Zda má na hodnocení důstojnosti vliv deprese, úroveň soběstačnosti a věk. Do jejího souboru bylo zahrnuto 125 hospitalizovaných seniorů a šetření probíhalo ve dvou fázích, před a po měsíci hospitalizace. Výzkum proběhl od dubna po listopad roku 2018.

S diplomovou prací Jany Beránkové (2014) na téma *Hodnotový systém seniorů v Domově*

seniorů Jindřichův Hradec, kde se zaměřila na preferenci hodnot v domově pro seniory pomocí kvalitativního výzkumu. Výzkumným souborem bylo 6 uživatelů DpS a výzkum byl prováděn od září do prosince 2013.

S diplomovou prací Aleny Henzlové (2016) na téma *Důstojnost života u seniorů*, kde se zaměřila na hodnocení důstojnosti pomocí dotazníku PDI, jaký vliv má na hodnocení věk, pohlaví, vzdělání a sociální situace. Výzkumným souborem bylo 239 seniorů z ordinace praktického lékaře v Ostravě, onkologické ambulance v Liberci, v LDN v Radvanicích, v Hospici sv. Lukáše, v Hospici Ondráš v Ostravě a v Domově pro seniory v Ostravě.

S diplomovou prací Veroniky Koničkové (2018) na téma *Důstojnost ve stáří*, kde se zaměřila na hodnocení důstojnosti seniorů žijících trvale v domovech pro seniory pomocí PDI dotazníku, kde se soustředí na vliv soběstačnosti a deprese při hodnocení důstojnosti. Výzkumným souborem bylo 242 seniorů žijících v domovech důchodců v Jihomoravském kraji. Výzkum byl realizován od října do prosince 2017.

S disertační prací Šárky Šaňákové (2019) na téma *Důstojnost seniorů v kontextu ošetřovatelství*, která se zaměřila pomocí kvalitativního výzkumu na interpretaci důstojnosti v ošetřovatelské institucionalizované péči seniorů, jak ji interpretují sestry a jak senioři a v čem se interpretace liší. Výzkumným souborem bylo 10 sester a 8 pacientů a výzkum probíhal od května do června 2016.

S disertační prací Veroniky Oškerové (2016) na téma *Ludská důstojnost a lidské práva v paliativnej starostlivosti*, která se zaměřila na formulaci, porovnání a shrnutí paliativní péče a pojmu důstojnosti v USA, v Evropě, konkrétně v ČR, na Slovensku, v Německu a ve Spojeném království a využila pojmu Globální atlas paliativní péče.

S rigorózní prací Petry Křížkové (2021) na téma *Subjektivní vnímání potřeb seniorů žijících v zařízení rezidenční péče v České republice*, která je zaměřena na zjišťování hierarchie potřeb ve stáří, oblasti týkající se uspokojování potřeb seniora pomocí kvalitativního výzkumu, konkrétně strukturovaného rozhovoru a následné srovnání se zkušenostmi v Rakousku. Výzkumným souborem bylo 8 pacientů od listopadu do prosince 2018 a doplňování informací v průběhu prosince 2020.

Vyhodnocení hypotéz:

V první hypotéze bylo ověřováno, zda má délka hospitalizace geriatrických pacientů vliv na jejich pocity ztráty smyslu života. Při bodovém hodnocení subškál, je brána u

odpovědí pacientů hranice 3 bodů a více jako problémová. (Chochinov, 2008, str. 564) V jednotlivých subškálách je bráno v potaz součet všech odpovědí do nich spadajících. Dle výsledků výzkumu se ukázalo, že nejlépe hodnocena je zmiňovaná subškála, ztráta smyslu života, v době hospitalizace mezi 21 – 30 dny, kdy pacienti uváděli nejmenší problémy v této oblasti. S největšími problémy naopak byla hodnocena u hospitalizovaných do 21 dní. Výsledkem statistického testu je tvrzení, že délka hospitalizace má vliv na hodnocení pocitu ztráty smyslu života. Ideální dobou délky hospitalizace z tohoto pohledu je dle výzkumu 22 - 28 dní.

Dlouhodobá péče je široké spektrum služeb, kterou využívají lidé s omezenou funkční kapacitou, fyzickou, nebo kognitivní a jejich onemocnění je prolongované. (Homerová, 2014, str. 33)

Druhá hypotéza se zabývá problémy v oblasti ztráty smyslu života při dlouhodobé hospitalizaci, zda je pocitují více ženy, nebo muži. Při sečtení bodů otázek je za problémovou hranici považován součet 39 bodů. V součtu byla hodnota u žen minimální 13 bodů a maximální 42 bodů. U mužů byla minimální hodnota 18 bodů a maximální hodnota 48 bodů. Ve statistickém testu je výsledkem tvrzení, že dlouhodobě hospitalizované ženy zvládají psychickou zátěž v oblasti ztráty smyslu života lépe než muži.

Pro kvalitu života seniora není až tak důležitá přítomnost nemoci, jako omezení z nemoci vyplívající. Nejzávažnějším důsledkem je ztráta soběstačnosti, které může vyústit až v bezmocnost a závislost na péči ostatních, v mnoha případech institucionální péči. Což kvalitu jejich života velmi snižuje. (Dvořáčková, 2012, str. 77)

Třetí hypotéza ověřuje, zda má délka hospitalizace vliv na pocity ztráty jistoty. Nejkratší doba hospitalizace byla stanovena na 14 dní, nejdéle hospitalizovaný pacient na našem oddělení byl hospitalizován 50 dní. Průměrná doba hospitalizace byla 22 dní. Nejpočetnější skupina 16 pacientů byla hospitalizována v období do 21 dní a odpovídala v součtu bodů subškály 3 pocitu ztráty jistoty do 5 bodů, což znamená, že v této oblasti neuvádějí problém a neztrácí pocit jistoty. Ve statistickém testu je výsledkem tvrzení, že délka hospitalizace má vliv na hodnocení ztráty jistoty.

Beránková (2014) ve svém výzkumu zjistila, že pacienti v Domově seniorů v Jindřichově Hradci považují za nejvíce důležitou psychickou potřebu jistoty a bezpečí, ta je však ovlivněna zdravotním stavem. Zdravotní stav ovlivňuje všechny respondenty tím, že

nemohou vykonávat činnosti, které je dříve naplňovaly a bavily. (Beránková, 2014, str. 85)

Až 80 % pacientů ve věku nad 65 let jsou hospitalizováni v zařízeních dlouhodobé péče a průměrná délka hospitalizace je v ČR kolem 60 dnů. Na odděleních dlouhodobé péče, které jsou součástí nemocnic, je průměrná doba hospitalizace přibližně 34 dní. Potřeba hospitalizace v dlouhodobé péči je pro starší nemocné stresorem a vyvolává obavy o ztrátu jejich osobní důstojnosti. (Hanáčková, 2021, str. 1) Forma pomoci a její péče v různých institucích, včetně hospitalizace na odděleních dlouhodobé péče, musí za každou cenu maximálně zachovávat lidskou důstojnost. (Dvořáčková, 2012, str. 82)

Ve čtvrté hypotéze bylo zjišťováno, zda při dlouhodobé hospitalizaci pociťují ztrátu jistoty více ženy, nebo muži. Minimální počet udělených bodů byl u obou pohlaví stejný a to 4 body v součtu odpovědí dané subškály, který není považován v této oblasti za problém. Maximum udělených bodů bylo u žen 14 a u mužů 11 bodů. Nejpočetnější skupinou 12 mužů odpovídalo v bodovém hodnocení do 5 bodů, kdy není považováno za problém ztráta jistoty při dlouhodobé hospitalizaci. Nejpočetnější skupinou a to 18 žen bodovalo subškálu 3 ztráty jistoty 6 – 10 body, kdy pociťují menší problém. V souvislosti s dobou hospitalizace bylo ve statistickém testu výsledkem ale tvrzení, že ženy pociťují ztrátu jistoty při pobytu na oddělení dlouhodobé péče méně než muži.

Špatné vztahy a komunikace s pacientem vedou k rozvoji problematického chování a k nevratným poškozením pacienta. To může vést k nárůstu úzkosti, neklidu a slovní agresivity u pacienta. (Vengléřová, 2007, str. 25) Utrpení patří do života každé živé bytosti, i když jeho prožívání zvyšuje pocit úzkosti a neštěstí. Proto je potřeba se naučit na utrpení nahlížet a pracovat s ním. (Kutnohorská, 2018, str. 18)

V páté hypotéze bylo zjišťováno, zda pociťují ztrátu důstojnosti vyplývající z dlouhodobé hospitalizace více ženy nebo muži. Nejpočetnější skupinou 19 žen odpovídalo v celkovém bodovém rozmezí 31 – 40 bodů, kdy nepociťují problém. U mužů byly dvě stejně početné skupiny 7 mužů odpovídající v rozmezí 31 – 40 bodů, nepociťující problém a v rozmezí 41 – 50 bodů pociťující menší problém. Ve statistickém testu je výsledkem tvrzení, že ženy pociťují při dlouhodobé hospitalizaci na oddělení dlouhodobé péče ztrátu důstojnosti méně než muži.

Henzlová (2016) ve své diplomové práci pomocí statistického testování zjistila, že muži lépe hodnotí svou důstojnost, a to zejména neschopnost vykonávat úkony každodenního života a

neschopnost obsloužit mé tělesné funkce, což je v rozporu s mým tvrzením. Předpokládá se tedy, že dotazovaní muži (ordinace praktického lékaře v Ostravě, onkologické ambulanci v Liberci, v LDN Radvanicích, v Hospici sv. Lukáše, v Hospici Ondráš v Ostravě a v Domově pro seniory v Ostravě) netrpěli onemocněním, které by je omezovalo v každodenních aktivitách. Henzlová tvrdí, že z výzkumného šetření vyplývá, že důstojnost vnímá každý senior jinak. (Henzlová, 2016, str. 69)

Křížková (2021) ve své religiózní práci srovnávala české a rakouské seniory v rezidentní péči a z rozhovorů potvrdila, že důstojnost má v životě rakouské společnosti, v tomto případě seniorů, významné postavení, je pro ně důležitou hodnotou, ale senioři ji vnímají jako přirozenou, naprosto normální a samozřejmou hodnotu. V rámci české rezidenční péče považují důstojnost stále za cíl komplexní péče v pomáhajících profesích, nikoli za samozřejmý atribut. (Křížková, 2021, str. 117)

Šaňáková (2019) na základě svého kvalitativního výzkumu ve své disertační práci uvádí, jak vidí důstojnost sestry a pacienti, tvrdí, že na základě výsledků svého výzkumu může konstatovat, že důstojnost seniorů je z pohledu sester vnímána, jako respekt k jedinečnosti každého pacienta. (Šaňáková, 2019, str. 98)

Samotný dotazník lze vyhodnotit z jednotlivých odpovědí, které jsou směřovány na pocity a potřeby pacientů, nebo pomocí čtyř subškál, kde je každá zaměřena na oblast ovlivňující celkový pocit důstojnosti. První subškála je shrnuta pod názvem Ztráta smyslu života, otázkami je nejpočetnější, zahrnuje 13 otázek. Druhá subškála je nazývána Ztráta nezávislosti a obsahuje 5 otázek, třetí je pod názvem Ztráta jistoty, které obsahuje čtyři otázky a na otázky nejméně početná je subškála čtyři ztráta sociální podpory, která obsahuje otázky tři. Po srovnání výsledků hodnocení jednotlivých subškál, byla jako nejproblematičtější vyhodnocena subškála 1 ztráta smyslu života, kdy 7 % žen a 5 % mužů vidí tuto oblast za problematickou. Druhou nejproblematičtější subškálou je ztráta jistoty, kde vidí problém 7 % žen, ale u mužů je tato oblast brána jako bezproblémová, nebo s menšími problémy. Ostatní dvě subškály, jsou vyhodnoceny pacienty jak bezproblémové, nebo s menšími problémy.

Statisticky nejzajímavější odpovědi z dotazníku byly vyhodnoceny ty, které se svým průměrem součtu bodů odpovědí nejvíce přiblížily označení za problémové, byly téměř na Likertově škále označeny body více jak 3 včetně.

Jednalo se o **otázku číslo 3** v dotazníku: **Pocit'ování fyzicky nepříjemných příznaků** (např. bolest, dušnost, nevolnost), kde průměrně pacienti odpověděli 2,7 body. Bodem 1 jako zcela bez problémů 20 % pacientů, jako s menším problémem 27 % pacientů, jako problém ji vidělo 22 % pacientů, jako větší problém 23 % pacientů a jako problém nepřekonatelný 8 % pacientů. Z toho tedy vyplývá, že na prožívání ztráty smyslu života má největší vliv právě vnímání fyzicky nepříjemných pocitů, fyzická nepohoda spojená s onemocněním.

Druhá nejvíce problematicky vyhodnocená byla **otázka číslo 1** v dotazníku: **Neschopnost vykonávat úkony každodenního života** (např. umýt se, obléknout se), kde 32 % pacientů vnímá tuto oblast za bezproblémovou, 20 % pacientů za menší problém, 13 % pacientů za problém, 23 % pacientů za větší problém a 12 % pacientů za problém nepřekonatelný. Z odpovědí vyplývá, že oblast sebeobsluhy a samostatnosti má veliký vliv na pocity ztráty nezávislosti.

Beránková (2014) ve své práci potvrdila, že pro seniory je důležitá potřeba samostatnosti a soběstačnosti, která je ovšem mnohdy limitována bolestí a zdravotním stavem. (Beránková, 2014, str. 84)

Hanáčková (2019) ve svém výzkumu v Uherskohradištské nemocnici na oddělení následné péče zjistila, že stupeň soběstačnosti měl signifikantní vliv na hodnocení PDI subškále ztráty nezávislosti, do které otázka 1 dotazníku spadá. Senioři, kteří se zlepšili v úrovni soběstačnosti, zlepšili i hodnocení v uvedené PDI subškále a naopak. Jednoznačně tedy vyplývá, že soběstačnost a důstojnost spolu souvisí. (Hanáčková, 2019, str. 52)

Třetí nejvíce problémovou byla **otázka číslo 2** v dotazníku: **Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce** (např. nutná pomoc při použití toalety), kde 28 % pacientů odpovědělo, že nevnímá problém, 28 % pacientů vnímá menší problém, 15 % pacientů uvádí problém, 18 % pacientů cítí větší a 10 % pacientů nepřekonatelný problém. Odpovědi poukazují, že závislost na ostatních v obstarání základních tělesných má vliv na vnímání ztráty nezávislosti.

Čtvrtou nejvíce problémovou byla **otázka číslo 7** v dotazníku: **Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby**, kde uvedlo jako žádný problém 18 % pacientů, jako menší problém 33 % pacientů, jako problém 32 % pacientů, větší problém 12 % pacientů a nepřekonatelný problém 5 % pacienti. Z odpovědí vyplývá, že pocit nejistoty ohledně hospitalizace, léčby, prognózy, tedy budoucnosti ovlivňují ztrátu smyslu života.

Oškerová (2016) ve své disertační práci srovnávala důstojnost napříč zeměmi v USA a v Evropě. Kde péče nekončí správnou léčbou, ale aktivním a nápomocným přístupem, efektivní komunikací mezi pacientem a ošetrovatelským týmem. Vždy by mělo být cílem, aby se pacientovi ulevilo a aby věděl, že se o něj lékař a personál zajímá a hlavně, aby byla zachována lidská důstojnost. (Oškerová, 2016, str. 173)

Naopak nejlépe hodnocenou otázkou, k mému velikému překvapení a potěšení, byla **otázka číslo 22: Necítím podporu od zdravotnického personálu**, kde 90 % pacientů uvedlo, že není problém, 8 % pacientů odpovědělo jako menší problém a 2 % pacientů jako větší problém. Žádný z nich neuvedl problém a nepřekonatelný problém. Otázka spadá do subškály 4 sociální podpory, která vyšla jako bezproblémová.

Beránková (2014) ve svém výzkumu potvrdila, že při výskytu problémů se všichni obrátí na pomoc sestry. Respondenti velmi kladně hodnotili podporu personálu, kteří respektovali jejich práva a usnadnili adaptaci seniora v Domově pro seniory Jindřichův Hradec. (Beránková, 2014, str. 84)

Koníčková (2018) zjistila ve svém statistickém výzkumu, že nejmenším problémem seniori pociťovali u položky, která popisovala podporu a respekt ze strany zdravotnického personálu. Což koresponduje i s mým zjištěním. (Koníčková, 2018, str. 45)

Porovnání otázky číslo 22 s **otázkou číslo 21: Necítím podporu od rodiny a přátel**, kde 88 % pacientů uvedlo, že necítí problém, 5 % pacienti uvedli menší problém, 2 % pacientů uvedlo oblast jako problémovou a s větším problémem a 3 % pacienti mají nepřekonatelný problém. V této oblasti zdravotnický personál poskytoval podporu pacientům, která byla hodnocena lépe než podpora rodiny a přátel.

Beránková (2014) ve svém výzkumu zjistila, že u pacientů v Domově seniorů nejvíce respondentům záleží na rodině, kde rodina je nejdůležitějším faktorem v pomoci se vyrovnat se změnami, které stáří přináší. Dobře fundující rodina se snaží působit a pozitivně podporovat seniora, který je v tomto období mnohem zranitelnější. Na druhou stranu zjistila, že vztah je pro všechny respondenty prioritou, ale při výskytu problému se všichni obrátí na pomoc sestry, nebo personálu. Což potvrzuje zjištění i v této diplomové práci. (Beránková, 2014, str. 83)

Křížková (2021) ve své religiózní práci srovnávala rakouské a české seniory v zařízeních s rezidenční péčí a zjistila, že pro české seniory jsou klíčové rodinné vztahy, zatímco pro

rakouské jsou to vztahy obecně a v tom vidí zásadní rozdíl. V rozhovorech s českými klienty rezidenčního zařízení se nejčastěji objevovala na prvním místě potřeba rodiny, následně lásky a dále potřeba společenství. (Křížková, 2021, str. 117)

Jen plně rozvinuta komplexní péče o chronicky nemocné je schopna zlepšit kvalitu života a zdravotní stav seniorů včetně snížení společenských nákladů na péči. V ústavní péči jsou pojmenovány tři základní pilíře, které zahrnuje diagnostiku, léčbu a rehabilitaci pacientů. Kde je snaha pomoci adekvátní léčby, a především rehabilitace o co největšího možného dosažení soběstačnosti a navrácení tak do domácího prostředí. Zhoršení soběstačnosti nedochází v životě bez příčiny, ale vždy se jedná o následek změny zdravotního stavu. (Holmerová, 2014, str. 15)

Limity výzkumu

Výzkum probíhal v době pandemie COVID – 19, což po předběžném zmapování situace ovlivnilo minimální dobu hospitalizace pro sběr dat na 14 dním, oproti plánovanému měsíci. Během pravidelného testování neočkovaných pacientů, nebo pacientů s příznaky docházelo k častým překladům pacientů na covidové jednotky, nebo jejich karanténám a tím ke zkrácení doby hospitalizace na našem oddělení, nebo naopak k rychlejšímu propouštění pacientů do domácí péče oproti standardnímu chodu oddělení. Z jedné stanic, kde byl sběr dat prováděn, se během sběru dat stala covidová jednotka a všichni personál byl povolán na výpomoc. Tato situace zkomplikovala sběr dat ve smyslu omezení počtu vhodných respondentů.

Všichni dotazovaní pacienti odmítli dotazník PDI vyplňovat sami, upřednostnili čtení otázek a zapisování odpovědí dotazovatelem, což mohlo eventuálně vést ke zkreslení odpovědí, i když na úvod vyplňování bylo zdůrazněno, že dotazník je anonymní.

Doporučení pro praxi

Při studiu odborných materiálů, výsledků diplomových, disertačních a jedné religiózní práce, jsem se ujistila, jak je důležité upřednostnit individuální potřeby pacientů, jejich přání a snažit se citlivě vnímat jejich žebříček hodnot. Empatie a uznání důstojnosti geriatrického pacienta by měly být pro zdravotnický personál pilířem ošetrovatelské péče. V konfrontaci se zkušenostmi z mé několikaleté praxe u lůžka na oddělení následné péče jsem usoudila, že je nezbytné neustálé kontinuální vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti nejen odborné, ale především psychologické, právě na téma lidských potřeb, individuálních hodnot

a důstojnosti pacienta. Důstojnost, pojem tak těžko konkrétně definovatelný, je potřeba blíže definovat a pochopit. Vzdělávat by se v této problematice měl beze sporu i nezdravotnický personál, jelikož je v kontaktu s pacienty na našem oddělení minimálně ve stejné intenzitě. Jedině tak může být poskytována profesionální zdravotnická a ošetrovatelská péče na odděleních dlouhodobě nemocných, protože zde jsou pacienti senioři obzvláště křehcí.

V oblasti edukace mají být témata důstojnosti u všeobecných sester a seniorů vhodných nástrojem k diskuzi v rámci předmětu Etika v ošetrovatelství, ale především v klinických oborech, s cílem zvýšit morální citlivost pro důstojnost u studentů ošetrovatelství a předcházet tak k poskytování nedůstojné péče. (Šaňáková, 2019, str. 88)

Každý léčebný úkon je nutno chápat v kontextu celého člověka, nikoli izolovaně jako technický problém. Nemocného je nutno přijímat ve všech jeho rozměrech nejen tělesných, ale i citových, intelektuálních a duchovních, proto se zdůrazňuje tak důležitý holistický přístup. Musíme uznat, že člověk je svébytnou lidskou bytostí i tehdy, kdy jsou jeho intelektuální schopnosti sníženy, a i když fyzicky strádá, či je jinak oslaben. Je potřeba uznávat tyto skutečnosti i v praxi a je nezbytné věnovat patřičnou pozornost zejména v prostředí, kde je vše lidské natolik zatěžováno a prověřováno nemocí a smrtí, tedy ve zdravotnictví. (Wichsová, 2012, str. 8 - 10)

Je nutné dbát na kvalitu poskytovaných služeb pro dlouhodobé pacienty. Jde především o bezpečnost při poskytování péče, její efektivitu, a hlavně schopnost přizpůsobit péči individuálně požadavkům pacienta a reagovat dle jeho měnících se potřeb. K tomu je nezbytný dobrý management, personální obsazení a technické zázemí. (Holmerová, 2014, str. 35)

12 Závěr

Diplomová práce se zabývá důstojností pacientů hospitalizovaných na oddělení dlouhodobé péče. Cílem bylo zmapovat vnímání důstojnosti pomocí validovaného dotazníku PDI – Patient Dignity Integrity v české standardizované verzi. Teoretická část práce se věnuje demografii, kde je evidentní růst stárnoucí populace a trendem je její neustále zvyšování. Věnuje se celkovému postavení seniorů v pojetí dnešní doby, kdy stáří je bráno spíše jako hendikep, kdy dnešní společnost neumí těžit z jeho zkušeností a hledat pozitiva. V práci jsou vysvětleny pojmy stáří, stárnutí a jsou přiblíženy životní změny související s přijetím nové role seniora, a především geriatrického pacienta. Zmíněn je hodnotový systém a lidské potřeby, které se během celého života dle našich možností a zkušeností mění a utváří. V práci není opomenuta komunikace s geriatrickým pacientem, která je základním pilířem dobrého vztahu mezi zdravotníky a seniorem a je nezbytnou součástí celku v zachování důstojnosti při hospitalizaci. Je důležité si uvědomit možné chyby v přístupu zdravotníka při ošetrovatelské péči a v přístupu k pacientovi a tím se jich snažit jednoduše vyvarovat a předcházet jim.

Výzkumná část diplomové práce byla zaměřena na pacienty na oddělení dlouhodobě nemocných v nemocnici okresního typu. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak celkově pacienti vnímají a hodnotí pojem důstojnost při hospitalizaci. Definovat a vymežit tento pojem nám pomohl dotazník rozdělený do čtyř subškál, do kterých byly tematicky sloučeny otázky. Bylo možno určit, které oblasti pociťují pacienti jako bezproblémové, jako s menším problémem, problémové, s větším problémem anebo jako s nepřekonatelným problémem. Jako nejproblematictější z výzkumu vyplynula subškála v oblasti ztráty smyslu života, kde na její hodnocení měl největší vliv pociťování fyzicky nepříjemných příznaků, jako příklad byla uvedena bolest, dušnost, nebo nevolnost. Stejně tak výsledky výzkumu ukázaly, že neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce, například nutná pomoc při použití toalety, mají vliv na důstojnost z pohledu ztráty smyslu života. Narušení důstojnosti pacienta mají dle výzkumu i pocity nejistoty ohledně jejich nemoci a léčby. Potvrdilo se tedy, že nemoc a s ní spojené nepříjemné potíže mají veliký vliv na hodnocení kvality života geriatrického pacienta. Stejně tak bylo zjištěno, že neschopnost vykonávat úkony

každodenního života, například umýt se, obléknout se, má vliv na důstojnost pacienta ve smyslu ztráty jeho nezávislosti. Naopak potěšitelným zjištěním bylo, že dlouhodobě hospitalizovaní pacienti vnímají a cítí podporu od zdravotnického personálu v 90 %, kdy naše podpora předčila podporu od rodiny a přátel. Naším přístupem jsme tedy potvrdili, že zdravotníci mají na důstojnost v pozitivním smyslu nezastupitelný vliv a díky tomu pacienti v mém výzkumu nepocítovali ztrátu sociální jistoty, která je součástí zachování důstojnosti pacienta. Jednou z cest, jak pozitivně přispět a pomoci v nelehkém období pacientova života, je díky znalostem snaha o pochopení aktuálního stavu pacienta, jeho potřeb, tužeb a cílů. K tomu by měla přispět i tato diplomová práce.

13 POUŽITÁ LITERATURA

ABDI, Sarah, Alice SPANN, Jacinta BORILOVIC, Luc de WITTE a Mark HAWLEY. Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics*. 2019, roč. 19, č. 195. ISSN: 1471-2318. Dostupné z: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1189-9>

BAUMANOVÁ, Michaela, Klára STAŇKOVÁ, Michal ŠTEFFL a Hana VAŇKOVÁ. *Specifické aspekty péče o starší pacienty*. Urgentní medicína. 2014, roč. 17, č. 3, s. 20-26. ISSN 1212-1924. Dostupné také z: https://urgentnimedicina.cz/?page_id=102

BEDNÁŘOVÁ, Martina, HIRŠOVÁ, Miloslava, KOMÁRKOVÁ, Lenka. *Leadership style and its influence on employee identification with the organisation : A study of the Czech hospital*. Kontakt, 2019, 21/3, s. 279-285. ISSN 1212-4117.

BERÁNKOVÁ, Jana. Hodnotový systém seniorů v Domově seniorů Jindřichův Hradec. České Budějovice, 2014. 100s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální péče. Vedoucí práce Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D.

ČERVENKA, Václav. *Nefarmakologické možnosti intervence v gerontopsychiatrii*, Centrum resocializace a terapie, Psychiatrická léčebna Bohnice, IPVZ. 2010.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, MOJŽÍŠOVÁ, Adéla. *Modern trends in the care of seniors in the residential facilities of the social services*. Kontakt, 2019, 21/1. s. 93-97. ISSN 1212-4117.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

GURKOVÁ, Elena, BARTONÍČKOVÁ, Daniela, MIKŠOVÁ, Zdeňka, LABUDÍKOVÁ, Monika, CHOCHOLKOVÁ, Daniela. *Reason for unfinished nursing care from the perspective of nurses from regional and university hospitals*. Kontakt 23/4, 2021. s. 281-288. ISSN 1212-4117.

HANÁČKOVÁ, Romana. Důstojnost u hospitalizovaných seniorů. Olomouc, 2019. 70s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Doc. PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

HANÁČKOVÁ, Romana, KISVETROVÁ Helena, TOMANOVÁ Jitka, GREAVES Peta Jane, STEVEN Alison. *Dignity and Predictors of Its Change Among Inpatients in Long Term Care*. *Clinical Nursing Research* [online]. 2021. 10s. DOI : 10.1177/10547738211036969.

HASÁKOVÁ, Jiřina, HLUBKOVÁ, Zuzana, ŠTENCLOVÁ, Pavlína. *Cesta k modernímu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2017. ISBN 978-80-87347-37-9.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.

HENZELOVÁ, Alena. Důstojnost života u seniorů. Olomouc, 2016. 89 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotních věd, Ústav ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

HOLÁ, Jana, MORAVCOVÁ, Markéta, HLAVÁČKOVÁ, Eva. *Communication competency: The topic of lifelong learning for nurse managers in hospital*. Kontakt, 2019, 22/1, s. 33-39. ISSN 1212-4117.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Dlouhodobá péče, geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

CHRÁSKA, Miroslav. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2015, 132 stran s. [ISBN 978-80-7454-553-5](#), [ISBN 80-7454-553-9](#).

CHOCHINOV, H.M., HASSARD, T., MCCLEMENT, S. et al. 2008. *The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care*. Journal of Pain and Symptom Management. 2008, s. 559-71. ISSN 0885 - 3924.

JONES, David Albert. Human Dignity in Healthcare: A Virtue Ethics Approach. *The New Bioethics*, 2015, roč. 21, č. 1, s. 87-97. ISSN: 2050-2877. Dostupné také z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/2050287715Z.00000000059>

KABÁTOVÁ, Olga, PUTEKOVÁ, Silvia, MARTINKOVÁ, Jana, ZÁHORECOVÁ, Henrieta. *Nurses' attitudes and knowledge of the geriatric age issue*. Kontakt 2016; 18(4): e213–e218; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.10.002>

KALANKOVÁ, Dominika, Minna STOLT, P. Anne SCOTT, Evridiki PAPASTAVROU a Riitta SUHONEN. *Unmet care needs of older people: A scoping review*. Nursing Ethics. 2021, roč. 28, č. 2, s. 149-178. Dostupné také z: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733020948112>

KEEGAN, Lynn a Carole Ann DRICK. *End of life: nursing solutions for death with dignity*. New York: Springer, 2011. 272 s. ISBN 978-0-8261-0760-2.

KISVETROVÁ, Helena, ŠKOLOUDÍK, David, DANIELOVÁ, Libuše, LANGOVÁ, Kateřina, VÁVERKOVÁ, Renata, BRETŠNAJDROVÁ, Milena and YAMADA, Yukuri. *Czech Version of the Patient Dignity Inventory: Translation and Validation in Incurable Patients*. Journal of Pain and Symptom Management [online]. 2018, Vol. 55 No. 2 February. 444-450 s. 0885-3924.

KISVETROVÁ, Helena. *Důstojnost pacienta jako součást NIC intervence, Duchovní podpora*. Kontakt [online]. 2013, XV/3, 252-259 s. ISSN 1804-7122.

KISVETROVÁ, Helena. Důstojnost ve stáří - editorial. *Profese on-line* [online]. 2019, roč. 12, č. 2 [cit. 2021-10-8]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://www.profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2019/02/02.pdf>

KISVETROVÁ, Helena. *Postoje ke stáří a stárnutí v současné společnosti*. Profese online [online]. 2019, ročník 12/1. 30-31s. ISSN 1803-4330.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.

KONÍČKOVÁ, Veronika. *Důstojnost ve stáří*. Olomouc, 2018. 62 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce doc. PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

KOTRADYOVÁ, Katarína. *The psychosocial aspects of the genesis of depression in old age and the possibilities of using group psychotherapy*. Kontakt 2016; 18(3): e194–e202; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.07.002>

KORCOVÁ, Renata, BORSKÁ, Jana. *Position of seniors in rural areas in relation to the Czech Republic*. Kontakt, 2019, 21/4, s. 416-423. ISSN 1212-4117.

KREJČÍ, Milada, HILL, Martin, JANDOVÁ, Dobroslava, KAJZAR, Jiří. *Analysis of balance ability in senior age related to quality of life indicators*. Kontakt 21/3, 320-325, ISSN 1212-4117.

KŘÍŽKOVÁ, Petra. *Subjektivní vnímání potřeb seniorů žijících v zařízení rezidenční péče v České republice*. Olomouc, 2021. 247 s. Univerzita Palackého v Olomouci Pedagogická fakulta Ústav pedagogiky a sociálních věcí.

KUTNOHORSKÁ, Jana a Pavla KUDLOVÁ. *Důstojnost člověka v závěru života, fenomén naděje a empatie*. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2018, č. 1-2e. 3 s. [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/casopisy/paliativna-medicina-a-liecba-bolesti/dustojnost-cloveka-v-zaveru-zivota-fenomen-nadeje-a-empatie>

MARKOVÁ, Agáta, HIRŠOVÁ, Miloslava, KOMÁRKOVÁ, Lenka. *Personal Values of Caregivers in Czech Social Elderly Care*. Kontakt 22/1, 2020, str.68-75, ISSN 1212-4117

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sešit sociální práce, Agenda lidských práv v každodenní praxi sociálního zdravotníka*. 1. číslo. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. 47 s. ISBN 978-80-7421-086-0.

MUNSTER, Barbara.C. van, Gerdine G. Boot, Suzanne F. Festen a Sophia E. de ROOIJ. *Goals and outcomes of hospitalised older people: does the current hospital care match the needs of older people?* *International Medicine Journal*. 06 September 2021. ISSN:1445-5994. Dostupné také z: [doi: 10.1111/imj.15508](https://doi.org/10.1111/imj.15508).

NOVÁKOVÁ, Martina. *Křehký geriatrický pacient*. *Aktuality v nefrologii*. 2018, roč. 24, č. 4, s. 130-137. ISSN 1210-955X. Dostupné také z: <https://www.tigis.cz/casopisy/pro-lekare/aktuality-v-nefrologii24/itemlist/category/1071-avn-4-2018>

ÖSTLUND, Ulrika a kol. *How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care*. *BMC Palliative Care*, 2019, roč. 18, č. 10. Dostupné také z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-019-0393-x>

OŠKEROVÁ, Veronika. *Ludská důstojnost a lidská práva v paliativní starostlivosti*. Brno, 2016. 188 s. Dizertační práce v oboru sociálního lékařství. Masarykova univerzita Lékařská fakulta Ústav lékařské etiky. Vedoucí práce doc. Mgr. Josef Kuře, Dr. Phil.

PETROVICOVÁ, Eva a Marie TREŠLOVÁ. Respekt, autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti. *Ošetrovatel'stvo* [online]. 2016, roč. 6, č. 1, s. 19-25 [cit. 2021-10-8]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2016/01/2016-rocnik-6-cislo-1.pdf

POKOJOVÁ, Radka, BÁRTLOVÁ, Sylva. *Ensuring a sufficient number of personnel as part of the safety culture in medical facilities*. *Kontakt* 2018; 20(1): e11 – e16; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.10.002>

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019. 200 s. ISBN 978-80-271-1008-7.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-807345-437-1

REDMAN, Barbara Klug. *Advanced practice nursing ethics in chronic disease self-management*. New York, N.Y.: Springer Publishing Company, 2013. 206 s. ISBN 978-0-8261-9572-2.

ROKYTA, Richard. *Stárnutí jako výzva a všechny odstíny šedi*. 1. vyd. Mlečice: Axonite CZ, 2021. 144s. ISBN 978-80-88046-28-8.

SHULER, Mathias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

SIKOROVÁ, Lucie a Andrea FILLOVÁ. Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních. *Kontakt*. 2011, roč. 13, č. 2, s. 204-210. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201102-0010_opomijeni-dodrzovani-intimity-pacientu-ve-zdravotnickych-zarizenich.php

STASKOVÁ, Věra, TÓTHOVÁ, Valerie. Conception of the human-to-human relationship in nursing. *Kontakt* 2015; 17(4): e184–e189; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.09.002>

SUCHOMELOVÁ, Věra. Spirituální potřeby seniorů v sociální péči. *Sociální práce*. 2016, roč. 16, č. 5, s. 92-108. ISSN 1213-6204. Dostupné také z: <https://socialniprace.cz/issue/2016-05/>

ŠAŇÁKOVÁ, Šárka a Juraj ČÁP. Dignity of elderly adults from the perspective of nurses: a qualitative descriptive study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2018, roč. 9, č. 4, s. 906-914 [cit. 2021-10-8]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: https://cejnm.osu.cz/artkey/cjn-201804-0002_dignity-of-elderly-adults-from-the-perspective-of-nurses-a-qualitative-descriptive-study.php

ŠAŇÁKOVÁ, Šárková. *Důstojnost seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Olomouc, 2019. 138 s. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Juraj čáp, Ph.D.

ŠAŇÁKOVÁ, Šárka a Juraj ČÁP. *Důstojnost seniorů v ošetrovatelství*. In: *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*. 2016, s. 212-213. ISBN 978-80-7464-826-7. Dostupné také z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/sbornik-2016.pdf>

ŠNAJDROVÁ, Zuzana. Geriatrická paliativní péče vyžaduje smíření i respekt. *Medical tribune*. 2017, roč. 13, č. 22, s. B4. ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <https://www.tribune.cz/medicina/geriatricka-paliativni-pece-vyzaduje-smireni-i-respekt/>

Tevepoint.cz, Medical tribune s.r.o. 2000-2022.

TOMOVÁ, Šárka, BOTÍKOVÁ, Andrea. *The use of teaching methods in communication training of nurses at universities*. *Kontakt* 2017; 19(3): e192–e198; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.07.005>

TOMOVÁ, Šárka, KILÍKOVÁ, Mária, BARTONÍČKOVÁ, Daniela, KALÁNKOVÁ, Dominika. *Combination of the role-playing method and video training in undergraduate nursing studies*. *Kontakt* 2019, 22/1, s. 27-32, ISSN 1212-4117.

TOUMOVÁ, Kristýna, HAVIERNIKOVÁ, Lucie, KIMMEROVÁ, Jana, HELLEROVÁ Věra, TÓTHOVÁ, Valerie, CHLOUBOVÁ, Ivana. *The importance of ethical codes in nursing care*. *Kontakt* 23/2, 83-89. ISSN 1212-4117.

VACULÍKOVÁ, Jitka, VÁVROVÁ, Soňa. *Exploring the meaning of old age from the Czech adult perspective*. *Kontakt* 21/3:326-333. ISSN 1212-4117.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory – Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

WICHSOVÁ, Jana. *O důstojnosti pacienta*. *Kontakt* [online]. 2012, č. 14/1. 7-13s. ISSN 1804-7122.

ŽIAKOVÁ, Katarína, Juraj ČÁP, Michaela MIERTO VÁ a Elena GURKOVÁ. Dimensions of personal dignity of patients with multiple sclerosis: a qualitative narrative review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2019, roč. 10, č. 1, s. 993-1004 [cit. 2021-10-8]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: https://cejnm.osu.cz/artkey/cjn-201901-0006_dimensions-of-personal-dignity-of-patients-with-multiple-sclerosis-a-qualitative-narrative-review.php

14 PŘÍLOHY

Příloha A – Dlouhodobá péče v evropském a mezinárodním kontextu (Holmerová, 2014, str. 55 - 56)

Příloha B – Odborné organizace v problematice poskytování dlouhodobé péče (Holmerová, 2014, str. 56)

Příloha C – Rozdělení jednotlivých zařízení (Pokořová, 2017, str. 12)

Příloha D – Evropská charta práv pacientů seniorů (https://www.fnusa.cz/wp-content/uploads/Charta_prav_senioru.pdf)

Příloha E – Dotazník PDI CZ (Kisvetrová, 2018)

Příloha F – MMSE test (Červenka, 2010, str. 5)

Příloha G – Vizuálně analogová škála bolesti (Tevepoint.CZ, 2022, Medical Tribune s.r.o.)

Příloha H – Korespondence s uděleným souhlasem k použití PDI dotazníku (zdroj vlastní)

Příloha A

Dlouhodobá péče v evropském a mezinárodním kontextu

Evropa patří mezi nejrychleji stárnoucí oblasti světa. Evropská komise vydala zásadní dokumenty ohledně dlouhodobé péče v roce 2013. V Evropské unii je chápána dlouhodobá péče jako poskytování spektra služeb a pomoci pro občany, kteří jsou dlouhodobě závislí v denních aktivitách na pomoci ostatních. Každá členská země je zodpovědná za stav na svém území, ale celý tento proces je sledován prostřednictvím otevřené metody koordinace (Open Method of Coordination). Je zdůrazněna nejen kvalita dlouhodobé péče, ale také prevence její nadměrné potřeby. Tedy udržení zdravotního stavu obyvatel soběstačnými a s co nejnižším výskytem omezení kvůli špatnému zdravotnímu stavu. Naděje na dožití při narození v Evropě je v průměru kolem 80 let, ale naděje zdravého dožití se pohybuje kolem 60 let (nejníže ve Skandinávii a nejvýše v nově přistoupivších zemích na východě). Ideální strategie „Ageing in place“, tedy stárnutí v dosavadním prostředí, je nejvíce chtěnou, ale naráží na limity. (Holmerová, 2014, str. 53 - 54)

MUDr. Zuzana Šnajdrová, vedoucí lékařka geriatric NMSKB, varuje před geriatrickým hospitalismem, pro který je typické zhoršení stavu pacienta v nemocničním režimu a odosobněnými medicínskými postupy. (Šnajdrová, 2017, str. 1)

Poskytování dlouhodobé péče se v mnoha evropských zemích liší, a to zejména v její organizaci a financování. V již zmiňované Skandinávii je to součástí zdravotnické péče, ale v mnoha zemích, jako je Německo, Rakousko, Česká republika zavedly systém pojištění péče, či příspěvků na péči. Na jedné straně tu máme péči, velmi rozvinutou, integrovanou a dobře financovanou a na druhé straně rudimentární a podfinancovanou. Přestože zdravotní stav determinuje potřebu dlouhodobé péče u jednotlivce, nelze dlouhodobou péči považovat je za péči zdravotní, ale důležitý je právě mezioborový, lépe ještě interprofesionální a integrativní přístup. Dlouhodobá péče je také předmětem mnoha odborných akcí a odborné a vědecké spolupráce, která se zejména v posledních letech začíná rozvíjet. Rozdíl je i v nákladech na dlouhodobou péči, nejvyšší je v Dánsku, Nizozemí a Švédsku, kde to činí 4,5 % - 3,5 % HDP. Zatímco evropský model je něco pod 2 % HDP. (Holmerová, 2014, str. 55 - 56)

Příloha B

Odborné organizace v problematice poskytování dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče začíná být předmětem mnoha odborných akcí a odborné a vědecké spolupráce, jako například *American Medical Directors Association*, která sdružuje doktory pracující v zařízeních dlouhodobé péče. Velmi významnou je společnost sdružující gerontology a geriatry z celého světa IAGG – *International Association of Gerontology and Geriatrics*. Pracovní skupina *Special Interest Group on Long-term care* pro dlouhodobou péči v institucích (nursing homes) vznikla jako součást *EUGMS – European Union Geriatric Medicine Society*), kde se specializují a sdružují lékařské poznatky ohledně medicínské problematiky dlouhodobé péče. *ELTECA – Exchange of Experience in Long-term Care* je mezinárodní síť zájemců o zdravotní aspekty dlouhodobé péče zejména v zemích střední a východní Evropy, byla iniciována našim pracovištěm CEELO. Pozornost dlouhodobé péči také věnují členské organizace *International Longevity Centre*, což je rostoucí globální síť odborných institucí zabývajících se problematikou stárnutí. Za Českou republiku je členem této organizace *Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze*. (Holmerová, 2014, str. 56)

Příloha C

Rozdělení jednotlivých zařízení

Je dobré správně rozlišit jednotlivé typy zařízení a uvědomit si možnosti umístění pacienta seniora. Zákon o zdravotních službách definuje jednotlivé typy lůžkové zdravotní péče, jako péči akutní, následnou a dlouhodobou. (Holmerová, 2014, str. 35)

Definice jednotlivých zařízení dle paragrafu 9, odst. 2, písmena c a d.:

„*Následná lůžková péče* je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci, nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení, nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče, v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí.“ „*Dlouhodobá lůžková péče*, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje, v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientů s poruchou základních životních funkcí.“ Zákon o sociální službách se bohužel problematikou dlouhodobou péčí nezabývá, ale definuje některé typy služeb, které jsou pro takové poskytování služeb relevantní. Jedná se o *Domovy pro seniory*, *Domovy se zvláštním režimem*, (dle paragrafu 50 poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo osobám s demencí, které kvůli snížené soběstačnosti potřebují pomoc druhé osoby a režim, v těchto zařízeních je jim přizpůsoben), *Sociální hospitalizace* (osoby dle paragrafu 52 nevyžadují lůžkovou péči, ale díky svému zdravotnímu stavu nejsou schopni se obejít bez pomoci druhých), *Domovy pro osoby se zdravotním postižením* (dle paragrafu 48 poskytují pobytové služby lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, ale nepotřebují neustálou pomoc), *Týdenní stacionáře*, *Domovy sociálních služeb*, nebo *Domovy s pečovatelskou službou*. (Holmerová, 2014, str. 35 - 37)

Kvalita a bezpečnost při poskytování ošetrovatelské péče je nezbytná. K tomu bylo stanoveno v ČR Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče v rámci garantovaného úkolu IGA MZČR, k výpočtu potřebného ošetřujícího personálu. (Pokožová, 2017, str. 12)

Příloha D – Evropská charta práv pacientů seniorů

Evropská charta práv pacientů seniorů

Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří seniori nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

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

1. Obecné zásady

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl.

Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že

všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost

- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

3. Podpora zdraví

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života
- o zdravé výživě
- o pohybovém režimu a cvičení
- a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

4. Léky

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci.

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné
- aby se lékovky daly bez obtíží otvírat
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

5. Transport

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější

6. Zdravotní problémy

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého

Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných.

Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích - např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolici, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení.

V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

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

7. Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař.

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav

8. Zotavení a rehabilitace

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu.

Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

9. Propuštění z nemocnice

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo se podílet na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.
- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech

tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.

- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

10. Denní centra

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám

11. Respitní péče

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař nebo tým domácí péče
- na dva až tři týdny respitní péče – pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

12. Komunitní a sociální služby

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

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

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

13. Změna domova

Není – li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci.

Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života

včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti

- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv
- pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České Alzheimerovské společnosti.

(https://www.fnusa.cz/wp-content/uploads/Charta_prav_senioru.pdf)

Příloha E - PDI dotazník

Dotazník důstojnosti pacientů (PDI-CZ)

U každé položky, prosím, označte, do jaké míry je pro Vás v posledních několika dnech problémem nebo důvodem k obavám (1 = není problém; 2 = menší problém; 3 = problém; 4 = vážný problém; 5 = nepřekonatelný problém).

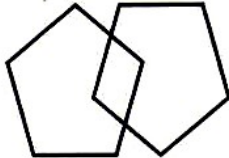
| | Položka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se) | | | | | |
| 2 | Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety) | | | | | |
| 3 | Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků (např. bolest, dušnost, nevolnost) | | | | | |
| 4 | Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní | | | | | |
| 5 | Pocit deprese | | | | | |
| 6 | Pocit úzkosti | | | | | |
| 7 | Pocit nejistoty ohledně <i>mé</i> nemoci a léčby | | | | | |
| 8 | Obavy o mou budoucnost | | | | | |
| 9 | Neschopnost jasně myslet | | | | | |
| 10 | Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách | | | | | |
| 11 | Pocit, že nejsem, kým jsem býval / bývala | | | | | |
| 12 | Pocit, že nejsem užitečný ani vážený | | | | | |
| 13 | Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič) | | | | | |
| 14 | Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl | | | | | |
| 15 | Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým | | | | | |
| 16 | Pocit, že mám „nedokončenou práci“ (např. věci, které jsem chtěl/a říct nebo udělat nebo nejsou uzavřené) | | | | | |
| 17 | Obavy, že můj duchovní život nemá smysl | | | | | |
| 18 | Pocit, že jsem přítěží pro ostatní | | | | | |
| 19 | Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem | | | | | |
| 20 | Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí | | | | | |
| 21 | Necítím podporu od přátel nebo rodiny | | | | | |
| 22 | Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu | | | | | |
| 23 | Pocit, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší | | | | | |
| 24 | Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou | | | | | |
| 25 | Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých | | | | | |

Příloha F – MMSE test

Jméno
klienta:

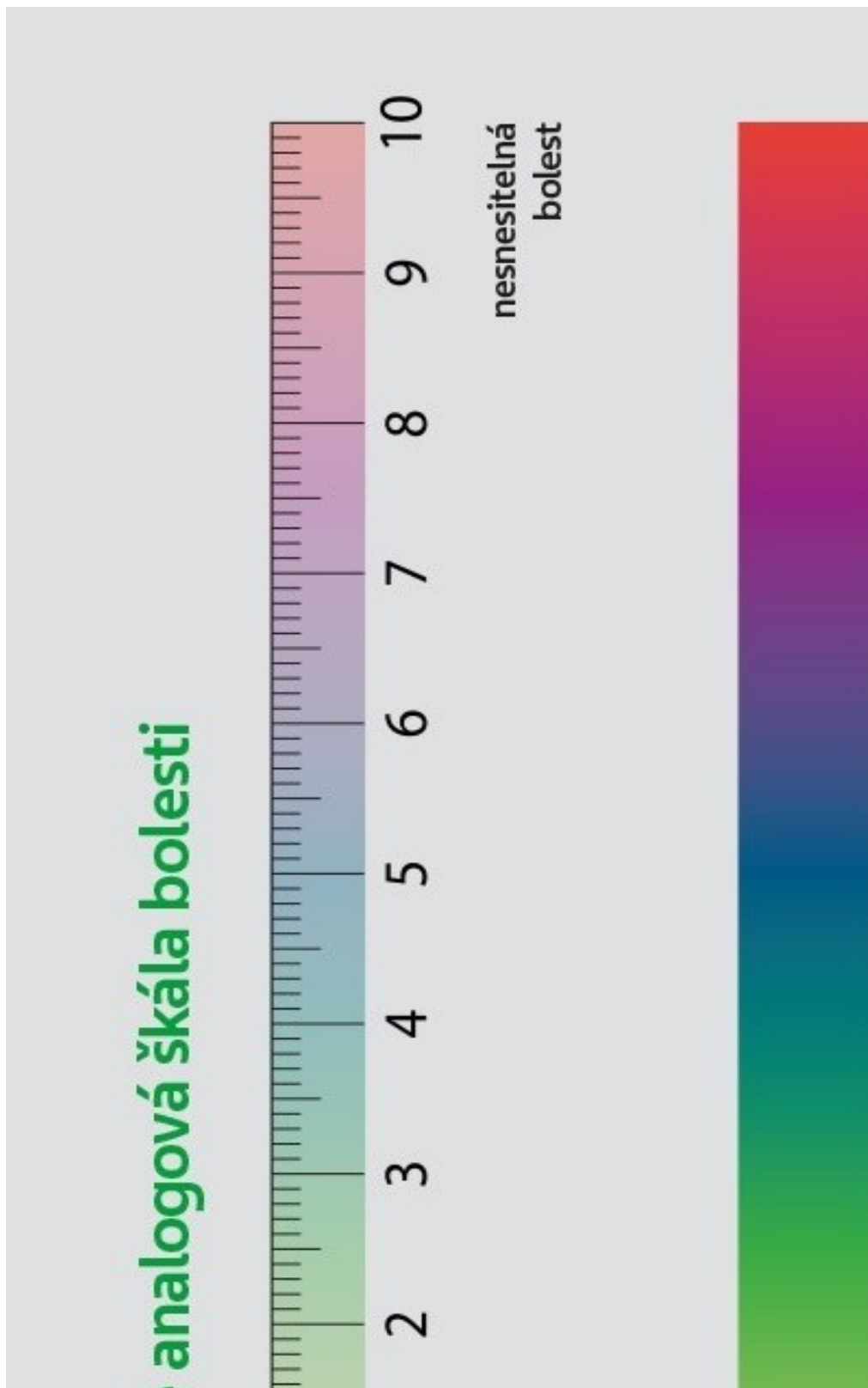
Datum
vyšetření:

Test kognitivních funkcí – Mini-Mental State Exam (MMSE)

| Oblast hodnocení | Max. skóre |
|---|---|
| <p>1. Orientace</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <p>a) Který je teď rok?</p> <p>b) Které je roční období?</p> <p>c) Můžete mi říci dnešní datum?</p> <p>d) Který je den v týdnu?</p> <p>e) Který je teď měsíc?</p> <p>f) Ve kterém jsme státě?</p> <p>g) Ve které jsme zemi?</p> <p>h) Ve kterém jsme městě?</p> <p>i) Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace)?</p> <p>j) Ve kterém jsme poschodí?</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> |
| <p>2. Všípivost</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 předměty (lopata, šátek, váza) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítá jeden bod. Jestliže pacient nereprodukuje všechny, 3. opakujte je tak dlouho, dokud se je nenaučí.</p> | 3 |
| <p>3. Pozornost a počítání</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby od čísla 100 odečítal stále číslo 7 (93 – 86 – 79 – 72 – 65). Skončete po 5 odečtech. Každou správnou odpověď hodnoťte 1 bodem. Alternativou počítání může být hláskování slova „pokrm“ pozpátku po jednotlivých hláskách.</p> | 5 |
| <p>4. Výbavnost</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby opakoval 3 slova, která si měl zapamatovat. 1 bod za každou správnou odpověď.</p> | 3 |
| <p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti</p> <p>a) Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Za správnou odpověď po jednom bodu.</p> <p>b) Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval „Žádná ale, jestliže a kdyby“.</p> <p>Správné opakování hodnoťte jedním bodem.</p> <p>c) Dejte nemocnému třístupňový příkaz (vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu). Za každý správně provedený stupeň započítejte 1 bod.</p> <p>d) Dejte nemocnému přečíst kartu s nápisem „Zavřete oči“. Započtete 1 bod za zavření očí.</p> <p>e) Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu. 1 bod za větu obsahující podmět a přísudek, která dává smysl.</p> <p>f) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> | <p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> |
|  | |
| Celkové skóre | Max. 30 bodů |
| <p>Hodnocení: Skóre 23 bodů a nižší svědčí pro kognitivní poruchu (delirium nebo demenci). Test má senzitivitu 87 % a specifitu 82 %.</p> | |

(Červenka, 2010, str. 5)

Příloha G – Vizuálně analogová škála bolesti



(Tevepoint.CZ, 2022, Medical Tribune s.r.o.)

Příloha H – Korespondence s uděleným souhlasem k použití PDI dotazníku

Vážená paní Milichovská,

potěšil mne Váš zájem o českou verzi dotazníku PDI-CZ. V příloze Vám formulář české verze posílám. Zároveň příkládám i článek o vytvoření české verze PDI-CZ, kde jsou popsány čtyři domény tohoto dotazníku (viz Kisvetrová et al, 2018). Protože plánujete realizovat svůj výzkum na oddělení LDN, připojila jsem ještě text článku, který jsem publikovala v letošním roce (Kisvetrová et al, 2021). Výzkum jsme realizovaly se studentkou v rámci diplomové práce také na odd. LDN, kde pracuje. Pokud byste zopakovala stejný výzkum na Vašem pracovišti, tak bychom pak mohly spojit data z obou diplomových prací a připravit společně další článek pro zahraniční časopis. My jsme měly následující cíle výzkumu:

Cílem bylo zjistit: 1/ jak geriatřičtí pacienti (věk 65+) hodnotí svou důstojnost na začátku hospitalizace v LDN; 2/ zda došlo k nějakým změnám v hodnocení důstojnosti pacienta po 1 měsíci hospitalizace; 3/ zda mohou být míra deprese, úroveň soběstačnosti a vybrané sociodemografické faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, náboženské přesvědčení) prediktory změny v hodnocení důstojnosti. Popis metodologie je podrobně v článku. Celkem jsme měly 125 pacientů ve věku 65+, kteří kompletně vyplnili dotazník v obou fázích výzkumu.

Přeji hezké odpoledne

S pozdravem

H. Kisvetrová



doc. PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
Proděkanka pro vědu a výzkum a doktorské studium

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd | Centrum vědy a výzkumu