

Spokojenost seniorů v ústavním zařízení

Katarzyna Sikorová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Katarzyna SIKOROVÁ**

Osobní číslo: **H080211**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Spokojenost seniorů v ústavním zařízení**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části se zaměřit na vymezení pojmu stáří, stárnutí, klasifikace věku, hlavní změny v období stáří a na potřeby seniorů. Specifikovat úlohu sestry v péči o seniora. Seznámit s historií daného ústavního zařízení.

V praktické části zjistit spokojenost seniorů s poskytovanými službami ve sledovaném zařízení, s organizací denního režimu a s nabízenými volnočasovými aktivitami. V neposlední řadě zjistit spokojenost seniorů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. S výsledky šetření seznámit management sledovaného domova pro seniory a navrhnout praxeologická opatření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. str. 864. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. str. 336. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén, 2006. str. 44. ISBN 80-7262-455-5.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. str. 202. ISBN 978-80-247-2169-9.

TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi.1. Vydání, Praha: Galén, 2005. str. 270. ISBN 80-7262-365-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 23.2.11

Silavová I. Uctívám

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Hlavním cílem bakalářské práce je zjištění spokojenosti klientů v domově pro seniory v Moravskoslezském kraji. V teoretické části popisují, co je to stáří a stárnutí, jaké jsou změny ve stáří, jaká je kvalita poskytované péče a seznamují s historií daného ústavního zařízení. Praktická část zahrnuje spokojenost seniorů s poskytovanými službami sledovaného zařízení, s organizací a každodenní rutinou a nabídkou volnočasových aktivit. Praktická část je zpracována podle výsledků dotazníkového šetření. Zpracované výsledky může vedení domova využít při rozvoji a zvyšování kvality služeb, a to v těch oblastech, které klienti označili z jejich pohledu za problematické.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, klient, spokojenost, ústavní péče

ABSTRACT

The objective of the bachelor's work is discovery the satisfaction of clients at the retirement home in Moravian-Silesian Region. The theoretical part of my thesis describes old age and aging, changes in old age, quality of provided care and also the history of institutional care. The practical part includes senior's satisfaction with services provided by the reporting facilities, organization and daily routine and offers leisure-time activities. The practical part is processed according to the survey results. The management of the retirement home can processed results maket he best of development and rasing quality in problematical spheres witch clients.

Keywords: age, aging, client, satisfaction, constitutional care

Poděkování:

Děkuji Mgr. Anně Krátké, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, vstřícnou pomoc, trpělivost, čas, cenné rady, podporu a ochotu vždy poradit. Rovněž děkuji klientům domova pro seniory za ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku. Dále chci poděkovat celé své rodině za podporu a pomoc během mého studia.

Motto:

Ptal se jednou vnuk svého prapraotce:

„Dědo co to znamená být *blahoslavený*?“

Starý muž se zamyslel a pravil:

„*Blahoslavení jste* všichni, kteří máte pochopení pro mou malou chůzi a roztřesené ruce a nesykáte netrpělivě, když se belhám a neumím už hezky jíst.

Blahoslavení jste, kteří vidíte, že mé ucho se musí namáhat, abych porozuměl a mluvíte se mnou pomalu a zřetelně.

Blahoslavení jste, kteří vidíte, že mé oči jsou zkaleny, mé myšlenky jsou smutné, a taktně mi pomůžete, v čem právě pomoci potřebuji.

Blahoslavení jste, kteří se u mne zastavíte s přívětivým úsměvem a máte trochu času si se mnou popovídat. A neděláte to se shovívavou ironií.

Blahoslavení jste, kteří neříkáte, že jsem starý popleta, protože pořád něco zapomínám a ztrácím.

Blahoslavení jste, kteří umíte ve mně vzbudit vzpomínky na zašlé časy a trpělivě mne vyslechnete, když si zavzpomínám na to, jak jsem byl mlád.

Blahoslavení jste, kteří dáváte najevo, že nejsem ještě odepsán a nejsem tak docela sám.

Blahoslavení jste vy všichni, kteří mi nějak ulehčujete dny stáří, které mi ještě zbývají ujít po cestě do věčného domova. Až tam dojdu, budu o vás vyprávět.“

(Klevetová, 2008, s. 8)

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	12
1.1 STÁRNUTÍ.....	12
1.2 STÁŘÍ	12
1.3 KALENDÁRNÍ STÁRNUTÍ	13
1.4 BIOLOGICKÉ STÁRNUTÍ.....	14
1.5 SOCIÁLNÍ STÁRNUTÍ	14
1.6 BIOLOGICKÉ ZMĚNY V OBDOBÍ STÁŘÍ	15
1.7 PSYCHICKÉ ZMĚNY V OBDOBÍ STÁŘÍ	16
1.8 AGEISMUS	18
1.9 POTŘEBY SENIORŮ.....	19
1.10 GERIATRICKÉ SYNDROMY.....	20
2 ÚLOHA SESTRY V PÉČI O SENIORA	23
2.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O SENIORY	23
2.2 KOMUNIKACE SE SENIOREM	24
2.2.1 Nejčastější chyby v komunikaci se seniorem	25
2.2.2 Desatero komunikace se seniorem	26
3 DOMOV PRO SENIORY	28
3.1 PÉČE O STARÉ LIDI V HISTORII	28
3.2 POSKYTOVANÉ SLUŽBY V ÚSTAVNÍM ZAŘÍZENÍ	29
3.3 HISTORIE DOMOVA MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE.....	31
3.4 KLIENT V ÚSTAVNÍM ZAŘÍZENÍ	32
3.5 AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI SENIORŮ	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	35
4.1 CÍL PRÁCE	35
4.2 HYPOTÉZY.....	35
5 METODIKA PRÁCE	36
5.1 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	36
5.2 METODY PRÁCE.....	36
5.2.1 Dotazník	37

5.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	37
5.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	38
5.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	38
6	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	39
6.1	VYHODNOCENÍ IDENTIFIKAČNÍCH OTÁZEK	39
7	DISKUZE	67
	ZÁVĚR	72
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	77
	SEZNAM GRAFŮ	78
	SEZNAM TABULEK.....	79
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

Lidská populace 21. století se dožívá stále vyššího věku. V důsledku toho přibývá starších lidí, kteří naplňují kapacity v domovech seniorů. Tito lidé potřebují pomoc se základními aktivitami, ale většina mladých lidí se o ně nemůže postarat, ať již z důvodů nevhodných bytových podmínek nebo z důvodu pracovního zatížení. V domovech pro seniory je ale čekací doba i několik let. Z tohoto důvodu si mnoho lidí podává žádost o umístění do domova již několik let dopředu. Když zestárnou a nebudou už schopni se o sebe sami postarat, budou ubytováni v domově pro seniory, kde jim bude poskytnuta odborná, ohleduplná a důstojná péče.

Toto téma jsem si ke zpracování bakalářské práce vybrala proto, abych zjistila, jaká je ve 21. století spokojenost lidí v domově pro seniory, když už nemohli z jakéhokoliv důvodu zůstat ve svém vlastním, přirozeném prostředí. Cílem mé práce bylo zjistit spokojenost seniorů daného ústavního zařízení. Tuto spokojenost jsem zjišťovala pomocí dotazníku. Zpracované výsledky poslouží danému domovu, ke zvyšování kvality v těch oblastech, které senioři označili, z jejich pohledu, za problematické.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou i praktickou část. V teoretické části se nejdříve zaměřuji na vymezení pojmů stáří, stárnutí, klasifikace věku, hlavní změny v období stáří a na potřeby seniorů. Dále popisuji geriatrické syndromy, specifika úlohy sestry v ošetrovatelské péči, komunikaci se seniory a seznamuji s historií ústavního zařízení. Informace k teoretické části jsem čerpala z odborné literatury, časopisu a zákona o službách sociální péče.

V praktické části zjišťuji spokojenost seniorů s poskytovanými službami a péčí daného ústavního zařízení, spokojenost se stravováním a s nabídkou volnočasových aktivit. K těmto oblastem se budou klienti vyjadřovat v dotazníku, který jsem sestavila tak, aby se týkal všech položek k daným cílům. Odpovědi jsem na závěr zpracovala a výsledky doplnila komentářem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

1.1 Stárnutí

Stárnutí neboli gerontogeneze či involuce je soubor procesů probíhajících s časem, které mají většinou nevratný charakter a posléze končí smrtí (Hrůza, 1966). Z pravidla je to souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností, výkonností jedince (Langmeier, 2006, s. 202). Je to proces individuální, daný zejména genetickou výbavou, rozlišenými životními podmínkami, odlišným zdravotním stavem i životním způsobem (Kalvach, 1997, s. 33). Stárnutí lze tedy rekapitulovat jako průběh postupného ubývání psychických a fyzických sil, které jedinci brání provádět plné výkony (Kuric, 2001).

1.2 Stáří

Stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, „poklesových“, a atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Z medicínského hlediska hovoříme o involučním úbytku potenciálu zdraví. Často dochází k rozporům mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (jeho zdatností, mírou involuce). Mnozí lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní, jiní působí předčasně zestárlým dojmem (Kalvach, 2006, s. 7).

Období stáří v rámci spojitosti lidského života má svůj speciální význam. Podle E. H. Eriksona je nejdůležitějším vývojovým úkolem docílit k integritě vlastního života. Z toho vyplývá, že starší člověk by měl hodnotit svůj život pozitivně, brát ho takový jaký byl a vyrovnat se svými neúspěchy (Vágnerová, 2007).

Problematikou stáří a stárnutí se zabývá věda nazývaná gerontologie (řecky gerón = starý člověk, logos = nauka, slovo), která se dělí na:

- gerontologie experimentální – zabývá se příčinami a mechanismy stárnutí živých organismů;

- gerontologie sociální – zabývá se společenskými souvislostmi individuálního i populačního stárnutí. Zasahuje do sociologie, psychologie, politologie, sociální práce, pedagogiky, ekonomie, práva, designérství i do dalších oblastí;
- gerontologie klinická – zabývá se problematikou zdraví, chorob, funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života ve stáří. Označuje se také jako geriatrie (řecky iatro = léčím).

Z toho všeho vyplývá, že stáří je období, které souvisí se všemi dřívějšími etapami života. Rovněž je podstatné si uvědomit, že má svá specifika, která ho odlišují od jiných životních úseků (Kalvach, 2005).

1.3 Kalendářní stárnutí

Nejčastějším měřítkem stárnutí je chronologický (kalendářní) věk. Můžeme také říci, že je to údaj, který nám poukazuje na to jak je člověk starý. Ten nám ale v podstatě nic neříká, protože se jedná o náhodně vybranou míru. Můžeme mít totiž sedmdesátníky, kteří odpovídají stereotypu starého člověka (vráscitý obličej, šedé vlasy), ale rovněž jsou i takoví jedinci, kterým bychom tento věk neřekli, protože vypadají "zachovale". Proto kalendářní věk nemůže být pokládán za důvěryhodného ukazatele stavu u konkrétního jedince (Hamilton, 1999).

V 60. letech minulého století Světová zdravotnická organizace (WHO) označila za hranici stáří věk 60 let. V ekonomicky vyspělých státech se v souvislosti se stárnutím populace posouvá hranice stáří k věku 65 let.

V poslední době se stále častěji uplatňuje následné členění:

- 65-74 let **mladí senioři** (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace);
- 75-84 let **staří senioři** (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob);
- 85 a více **velmi staří senioři** (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení) (Mühlpachr, 2004, s. 20-21).

1.4 Biologické stárnutí

Lze považovat za přirozený a biologický zákonitý proces, který se projevuje sníženou adaptační schopností organismu a úbytkem funkčních rezerv (Štilec, 2004, s. 14). Musíme si uvědomit, že úbytek funkcí nezačíná ve stáří, ale už v rané dospělosti. Dále bychom měli vzít v úvahu, zda řada pozorovaných změn u starého člověka není zapříčiněna spíše nemocemi než samotným stárnutím. Je téměř nemožné, aby člověk v době svého života neonemocněl, a proto je těžké vyloučit, že změny ve stáří můžou souviset z nemocemi, které se nahromadí během života (Hamilton, 1999).

Prováděly se pokusy, které chtěly určit biologické stárnutí za přesnější oproti kalendářnímu stárnutí, nicméně se nezdařily. Dosud tak chybí vědecké skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti (Mühlpachr, 2004, s. 19).

1.5 Sociální stárnutí

Jednou z možností, jak nahlížet na stárnutí, je sociální věk (Farková, 2009, s. 118). Západní společnost očekává, že lidé, kteří přesáhli šedesát let, se budou chovat klidně a usedle, a proto se nesmíme divit, že společnost považuje za znak začátku stáří ukončení pracovního poměru a odchod do starobního důchodu (Hamilton, 1999). Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního stylu i ekonomického zajištění. Stáří zde chápeme jako sociální událost. V souvislosti se sociálním stářím lze podle Mühlpachra hovořit o sociální periodizaci života, která klasifikuje lidský život do čtyř velkých období takzvaně věků:

- **první věk** (předproduktivní) - období dětství a mládí;
- **druhý věk** (produktivní) - období dospělosti;
- **třetí věk** (postproduktivní) - představuje stáří jako období poklesu dovednosti a odpočinku, ale především bez produktivní přínosnosti. Takové pojetí třetího věku potlačuje osobnostní rozvoj jako celoživotní proces;
- **čtvrtý věk** - někdy bývá označován jako fáze závislosti. Označení je ale nevhodné, neboť vzniká dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí. To odporuje konceptu

úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné (Mühlpachr, 2004, s. 19-20).

1.6 Biologické změny v období stáří

Typickým projevem stáří je zhoršení zdravotního stavu a s tím spojený pokles různých pravomocí (Vágnerová, 2007). U biologického stárnutí dochází ke změnám v organismu, které probíhají na fyziologické úrovni. Změny postihují tělesné tkáně a orgány, avšak neprobíhají u každého člověka stejně, jsou ovlivněny genetickými vlivy a životním stylem (Klevetová, 2008). Ve stáří je typické, že lidí trpí mnoha chorobami najednou, což označujeme jako polymorbiditu, a to ve větší míře, než je tomu v raném stáří. Průběh chorob je charakteristickým sklonem ke komplikacím a k chronicitě, protože organismus už nemá dostatečnou zásobu, aby zvládl i obyčejná onemocnění. Zdraví, soběstačnost a pocit pohody hodnotí staří lidé jinak než mladší generace. Pro starší jedince je velmi důležité si udržet soběstačnost a to jak v péči o sebe sama, tak i o svou domácnost. Protože snížená soběstačnost může vést až k bezmocnosti a závislosti na pomoci druhých lidí či k nutnosti umístění do instituce. Soběstačnost rovněž závisí na typu a závažnosti onemocnění. Pro stáří je charakteristický vzestup některých nemocí z nichž pak vyplývá postižení jednotných orgánových systémů (Vágnerová, 2007).

Postižený může být například:

- **pohybový systém:** výška těla se snižuje, ubývá kostní hmoty, meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají. Z důvodu poklesu svalové síly dochází k úbytku svalové hmoty, jsou zpomalené nervové vzruchy, které zapříčiní pomalejší pohyb. Kosti řídnou, stávají se křehčími, a proto senioři mají obavy z pádu, z nezvládnutí situací v běžném denním provozu, například na ulici, v obchodě či v dopravních prostředcích. V cévách se ukládá vápník a tukové látky a dochází k jejich zužování s následnou nedokrevností. Nejvíce jsou postiženy mozkové tepny a věnčité tepny dolních končetin;
- **kardiopulmonální systém:** dochází k sníženému průtoku krve důležitými orgány, v cévním řečišti k snížení elasticity cév, zvětšuje se světlost tepen s jejich elongací. Dochází k levostrannému srdečnímu selhání při zvýšené zátěži, kdy levá komora je méně výkonná, srdce nedokáže zvládnout stávající nápor, to vede ke zhoršení srdeční výkonnosti, která se projeví dušností plic. Funkce plic se snižuje, senioři

přijímají z atmosféry méně kyslíku, to vše způsobuje menší pohyb hrudního koše. Klesá vitální kapacita plic;

- **trávicí systém:** snižuje se množství trávicích šťáv, strava se pomaleji rozkládá a vstřebává. Játra a slinivka břišní jsou méně výkonné. Pokles tlustého střeva je zapříčiněn sníženou svalovou silou, což se projeví zácpou;
- **pohlavní orgány a vylučovací systém:** stáří vede k poklesu pohlavní činnosti, u žen končí menstruace, u mužů se začíná snižovat potence. Klesá očišťovací a koncentrační schopnost ledvin. Snižuje se elasticita močové trubice a klesá síla svalových svěračů močového měchýře;
- **kožní systém:** tvoří se vrásky na obličeji, vlasy šedivějí a řídnou. Kůže ztrácí pružnost, kožní turgor je snížený. Kožní barvivo se ukládá do určité oblasti kůže a způsobí zhnědnutí (stařecké skvrny) nebo v určitých částech úplně chybí (Klevetová, 2008);
- **nervový systém:** dochází k zpomalení nervového vedení a prodloužení reakční doby, rovněž dochází k atrofii mozku s lehkým zhoršením vstřípivosti i výbavnosti, přibývají poruchy spánku, kdy jejich spánek je nekvalitní a často se budí (Mühlpachr, 2004);
- **smyslové orgány:** zhoršuje se zrak, sluch ale i čichové, chuťové, hmatové receptory. Rovněž ztrácí vnímat pocity tlaku, tepla a chladu.

Všechny tyto faktory mají vliv na prostředí jedince. Senioři se začnou obávat různých životních situací, vyhýbají se sociálnímu kontaktu. Raději říkají, že nemají zájem někde jít, než aby přiznali svůj strach ze selhání, nezvládnout konkrétní akce či činnosti. Proto se raději vyskytují ve svém prostředí, kde se dokážou orientovat, zvládat denní činnosti a cítit se dobře. Je třeba si uvědomit, že starší lidé snášejí změny mnohem hůř než mladší jedinci, a proto bychom měli uzpůsobit naše chování a prostředí potřebám starých lidí (Klevetová, 2008).

1.7 Psychické změny v období stáří

Podobně jako u tělesného stárnutí i v duševním vývoji těžko odlišujeme přirozeně involuční změny dané věkem od změn, jež jsou součástí nebo následkem duševní poruchy. V duševním stárnutí se prolínají vlivy biologického věku mozku i celého těla s vlivem

zkrácené životní perspektivy, změněného vzhledu a dalších společenských faktorů, které s sebou věk nese, a které determinují duševní involuci (Mühlpachr, 2004, s. 25).

Duševní činnost starých lidí je především zpomalena. Máme proto jednoduché vysvětlení: aktivita mozkových buněk je ve stáří pomalejší, což se projeví i na odpovídající duševní činnosti. Starým to „pomaleji zapaluje“. To je ale příliš jednoduché vysvětlení neboť staří lidé jsou zvýšeně opatrní. Gerontovi například více vadí, jestliže udělá ve svém uvažování chybu, než jestliže se opozdí. Přesnost je pro něj důležitější než rychlost (Říčan, 2004, s. 337). Dále starší lidé velmi špatně snášejí změny, například co se týče stěhování či jiných životních změn. Mají takzvaně rádi svůj pořádek (Říčan, 2004).

Jak je to v seniu s inteligencí a pamětí? Poruchu paměti definujeme tehdy, pokud na člověku začínáme pozorovat neschopnost zapamatování. Například sestra o něčem informuje klienta, ale ten za 10 minut už neví, co mu bylo řečeno. Senioři s úplnou ztrátou paměti se chovají tak, jakoby nikdy ten svět neznali, nikdy nepřečetli či neviděli danou knížku, film. V každodenním životě to může vést k vzniku nebezpečné události, kdy například osoba starší si postaví vodu k varu a pak z kuchyně odejde, a na to úplně zapomene. Následně to může skončit požárem nebo udušením z plynu. Tito lidé by neměli sami chodit na procházky, neboť můžou zapomenout adresu svého domu a ztratit se ve městě (Wiśniewska-Roszkowska, 1989). Problém změn inteligence se stárnutím je velmi složitý. S věkem je organizace intelektuálních schopností ovlivňována ve stoupající míře pamětním deficitem. V letech mezi dospělosti a stářím klesá víceméně plynule intelektová výkonnost, individuální rozdíly jsou značné. Stupeň poklesu intelektu je rychlejší u těch jedinců, kteří byli méně schopní již od počátku. Velký vliv má tělesný a duševní stav člověka. Důležitou roli hraje i schopnost dospělého mít sebekritický pohled na své intelektové možnosti. Intelektuální změny může ovlivňovat i druh povolání, stupeň vzdělání, celková zdravotní situace (Vacinová, 2008, s. 121).

Dalším rysem stáří je snížení zájmu o okolí až netečnost, kdy senioři jsou mrzutí, nespokojeni a negativně hodnotí své zážitky. Problém není v nich ale spíše v našem prostředí. Senioři jsou málo odměňováni za svůj zájem a snahu, a proto jsou lhostejní. Měli by si najít lidi, kteří budou mít stejné zájmy jako oni a vytvořit si prostředí, které je bude obměňovat za svou činnost.

S psychickou involucí se kombinují i psychické poruchy. Koncem sedmdesátky má každý třetí geront obtíže, které by vyžadovaly odbornou pozornost. Velmi často

se vyskytují psychogenní neurózy, které vedou k zvýšené duševní citlivosti a zranitelnosti. Ve stáří se rovněž často mění jejich osobnost. Říká se, že kdo v mládí šetřil, ve stáří se stává lakomým. Rovněž podezřívavost je velkou hrozbou stáří, kdy si jedinci myslí, že jsou předmětem zvláštní pozornosti svého okolí. Někdy k tomu přispívá nedoslýchavost. Typickou psychickou poruchou stáří je demence, čili větší úbytek rozumových schopností, než odpovídá věku. Nejčastější demenci stáří je demence Alzheimerova typu, kdy dochází ke změnám osobnosti a chování. S věkem rovněž přibývá depresí, takzvaně chorobných smutků spojených s úzkostí. Někdy vznikají jako reakce na těžkou ztrátu: smrt manžela/manželky, amputace nohy, přemístění z rodiny do domova seniorů (Říčan, 2004, s. 339-341).

1.8 Ageismus

Involuční křehkost, klesající obranyschopnost, narůstající zranitelnost jsou základem seniorské ohroženosti, k níž patří také narůstající riziko diskriminace (Kalvach, 2006, s. 10). Termín ageismus, který nám sděluje přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, eventuálně až odporem ke starým lidem. V důsledku takového postoje dochází k diskriminaci výhradně na základě stáří. Považuje všechny lidi za méněcenné, a to bez rozdílu (Vágnerová, 2000).

Termín „ageismus“ se začal používat už v šedesátých letech v USA. Ve 20. století, kdy světem vládou technické vymoženosti, lidé platí daň v podobě úbytku lidské vzájemnosti a potřebnosti druhého člověka, neboť všechny informace najdou na internetu. Technika v dnešní době nahradila zkušené rady starších, kdy už nepotřebujeme jejich pomoc. Nyní i media v podobě reklam zkreslují pohled na stáří a seniory zesměšňují. Senioři jsou využíváni jenom pro reklamu na pomůcky k inkontinenci či na léky podporující jejich paměť a myšlení. Dokonce i v časopisech nejsou vidět tváře starších lidí. Dnešní společnost preferuje mládí, krásu a dokonalost. Společnost bere seniory jako přítěž, jelikož už nejsou výdělečně činní a nedokážou nic nového vytvářet.

Zvýšený výskyt násilí je prokázán ve všech zemích světa. Zkušenosti a rady starších nejsou žádány, dnešní člověk zvolil jemnější a záludnější formu týrání a trápení. Tuto formu můžeme aplikovat například i ve zdravotnictví, kdy někteří zdravotníci se ke své práci nestavějí profesionálně a ohleduplně a svými výroky, jako například: „*To víte, inkontinence patří ke stáří, s tím se nedá nic dělat*“ či „*Tak to bolí, co byste chtěl*“

ve vašem věku...Musíte si zvyknout“, umí velmi ranit a ponížít starší lidi. Ale věřím, že většina zdravotníků svou práci vykonává s láskou a chápe ji jako životní poslání pomáhat nemocným lidem. Nicméně nevhodné chování některých zdravotníků nedávají zdravotnické profesi správný image. Senioři jsou si dobře vědomi nesprávného chování svých dětí či zdravotníků. Jenomže si nechtějí na nikoho stěžovat, protože se bojí, aby nebylo ještě hůř. Tyto zkušenosti v seniorech vyvolávají pocity, že jsou na obtíž.

Na celém světě přibývá nesoběstačných seniorů, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby. Negativní zkušenosti seniorů s profesionální péčí poukazují na nepřipravenost zdravotnických pracovníků porozumět potřebám starých lidí. Měli bychom vytvořit přijatelné životní podmínky pro nemocné jedince vyššího věku, aby se jim dostávalo ohleduplnosti, porozumění a také naděje ve zlepšení (Klevetová, 2008).

1.9 Potřeby seniorů

Hartl definuje potřebu jako nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit. Rovněž ji označuje jako stav člověka, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti (Hartl, 2004, s. 194). Psycholog Abraham Maslow v roce 1943 definoval hierarchii potřeb. Maslow rozdělil lidské potřeby do pěti základních úrovní, které se ještě můžou rozdělit na potřeby nižší a vyšší. Z hierarchického uspořádání potřeb vyplývá, že nižší potřeby musí být dostatečně uspokojeny, a to dříve než se uplatní potřeby vyšší. Všechny potřeby dohromady pak tvoří základní pyramidu potřeb dle Maslowa. Jsou zde zahrnuty fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, lásky a náležitosti, úcty a potřeba sebeaktualizace (Drapela, 2008).

Potřeby starších seniorů vyplývají z jejich fyzického i psychického stavu, snížení soběstačnosti i sociálních kontaktů a s tím související subjektivní prožívání kvalitního života. Tito lidé se snaží v rámci svých možností o nápravu a udržení stávajících psychických i fyzických funkcí.

- **Potřeba stimulace** - ve stáří je tato potřeba nižší, ale i přesto mnoho seniorů strádá jejím nedostatkem. Často to může být z důvodů omezení pravomoci či sociálních kontaktů. Senioři jsou znudění, nemají žádný cíl, který by je naplňoval a dával jim smysl života. Proto je u nich velmi důležitá aktivita, která odstraní nepříjemné pocity (Vágnerová, 2007);

- **potřeba bezpečí** - zahrnuje potřebu fyzického i psychického bezpečí. Starší člověk potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, prahne po důvěře, jistotě a spolehlivosti. Jenomže v dnešní době si člověk uvědomuje postupného ubývání schopností, dochází ke snížení sebedůvěry a více si začne uvědomovat, že bez pomoci druhých to nezvládne (Martinek, 2008);
- **potřeba sociálního kontaktu a citové vazby** - je rovněž velmi důležitá, neboť senioři potřebují vědět co se ve světě, či jejím okolí děje, jsou závislí na vztazích s rodinou. Tato potřeba může být uspokojena díky každodennímu kontaktu se společností, například kluby seniorů, kontakt s vrstevníky. K potřebě se někomu svěřit, či být někým vyslechnut, patří právě možnost komunikace s druhým člověkem (Vágnerová, 2007);
- **potřeba autonomie** - zahrnuje potřebu úcty, uznání, být svobodný a rozhodovat o sobě samém. V důchodovém věku se totiž mnoho lidí cítí zbytečných a neužitečných, zvláště v nemoci kdy mají pocit, že jsou druhým na obtíž. Velmi by si přáli, aby se nějakým způsobem přičinili k aktivitě a tím mohli druhým pomoci. Mají potřebu předávat svoje vědomosti a dovednosti druhým lidem, to jim dává pocit užitečnosti (Martinek, 2008);
- **potřeba akceptace a uznání** – se projevuje tendencí vymáhat pozornost nebo snahou udělat něco, co by bylo někomu užitečné a eliminovat tak narůstající pocit vlastní zbytečnosti (Vágnerová, 2007, s. 414).

1.10 Geriatrické syndromy

U geriatrických klientů se velmi často vyskytují a opakují zdravotní potíže, které nejsou přímo způsobené základním onemocněním, ale spíše nakupením více nemocí najednou, které mohou velmi zkomplikovat průběh uzdravení a soběstačnost klientů. A proto na konci 20. let vznikl koncept geriatrických syndromů, který můžeme charakterizovat jako geriatrické příznaky vyvolané kombinovanými příčinami (Kalvach et al., 2008).

K hlavním geriatrickým syndromům patří:

- **syndrom instability** – Kalvach (In Hrozenková, 2008) definuje instabilitu jako stav způsobený přechodnými nebo trvalými pocity závratě, nejistotou při stožení,

při chůzi a zhoršenou pohyblivostí. Pády ve stáří jsou nejčastějšími příčinami nemocnosti a úmrtnosti. Počet pádů narůstá věkem, nahromaděním nemoci a zhoršenou soběstačností (Hrozenková, 2008). Výrazně se na nich podílejí i vnější faktory, které tvoří 25 % všech pádů, které většinou nastanou při základních činnostech. Nejrizikovější oblasti jsou schody, toaleta, koupelna, mokrá podlaha, špatné osvětlení, židle a postel (Dostálová, Nahodilová, 2011);

- **syndrom hypomobility** – tím rozumíme malou pohybovou aktivitu, která se vykonala za určité časové období, například jeden týden. Příčinou můžou být faktory psychické, tělesné, sociální a faktory prostředí. Senioři mají nechuť k pohybu a to už jak z důvodů instability, kloubního omezení či svalové slabosti. Je proto zapotřebí je motivovat k aktivitě a pohybovému režimu, především se zaměřit na chůzi (Kalvach et al., 2008);
- **syndrom imobility** – je souhrn negativních důsledků způsobených dlouhodobým či trvalým upoutáním na lůžko (Kalvach, 2006). Imobilita vede k rozvoji imobilizačního syndromu, který se projeví na všech orgánech. K hlavním projevům imobility patří dekubity, svalová atrofie, kontraktury, ortostatická hypotenze, trombembolická nemoc, zácpa, riziko vzniku močové infekce, smyslová deprivace, senioři hůř vidí a slyší, změny nálad a depresi (Hrozenková, 2008). Prevence spočívá v aktivní či pasivní pohybové aktivitě, jako například pasivní cviky na lůžku, posazování a vstávání z lůžka. Dále je důležitý dostatečný pitný režim, antidekubitální režim či umožnění klientovi výhled z okna nebo vyvezení do jiné místnosti;
- **syndrom anorexie a malnutrice** – malnutrice vede k poklesu tělesné hmotnosti, úbytku tukové tkáně a k celkovým somatickým a metabolickým změnám. Dochází tak ke zhoršené fyzické výkonnosti, zvyšuje se nemocnost a tím i náklady na zdravotní péči (Topinková, 2005). Příčinou anorexie může být například závažné onkologické onemocnění, ale také nevhodně upravená strava, kterou starší člověk nemusí dokázat pořádně rozkousat, anebo také nežádoucích účinků z léků či deprese. Abychom tomuto všemu předešli, je potřeba sledovat příjem potravy u seniorů, v případě potřeby jim ho individuálně upravit. Můžeme rovněž zajistit nutriční podporu (například sipping) či umělou výživu, a to jak enterální tak parenterální (například nazogastrická sonda) (Kalvach, 2006);

- **syndrom inkontinence** – je mimovolný únik moče či stolice. Představuje vážný sociální, zdravotní a hygienický režim. Důvodem inkontinence u seniorů můžou být různé nemoci, kterými oni trpí, dále to můžou být léky, ale také vysoký věk nad 80 let (Hrozenská, 2008);
- **syndrom psychické alterace** – jedná se o různé formy kognitivního deficitu až syndromu demence, který se projevuje poruchami chování, emotivity a poruchami aktivit denního života (Kalvach, 2006). Rovněž tady patří stavy zmatenosti, neboli deliria, které jsou definovány jako porucha vědomí, paměti, vnímání a pozornosti. Vzniká při užívání některých léků či změně pobytu, například příchodem do ústavního zařízení). Ošetrovatelská péče o tyto klienty je velmi náročná (Hrozenská, 2008). Nad těmito klienty je potřeba zvýšeného dohledu a zajištění bezpečnosti;
- **syndrom smíšeného a komunikačního deficitu** – jedná se o smíšenou poruchu zraku a sluchu, které mají následky při komunikaci s okolím a dochází u těchto klientů k sociální izolaci. Klienti potřebují od ošetrovatelského personálu intenzivní komunikační úsilí (Kalvach, 2006);
- **syndrom maladaptace** – je typický pro vyšší věk, kdy je narušena schopnost přizpůsobení se. Jedná se především o maladaptaci z přemístění starší osoby z jejího dosavadního bydliště do ústavního zařízení, které je pro ně ze začátku pobytu velkou zátěží z důvodu změny prostředí, ztráty soukromí, přerušeni dosavadních sociálních kontaktů, nutnosti se podříditi danému ústavu, jeho režimu a zvyklostem (Kalvach, 2008);
- **syndrom terminální geriatrické determinace** – je u křehkých geriatrických seniorů, u kterých dochází ke zhoršení zdravotního stavu bez jednoznačné příčiny nemoci, poměrně rychle progredující a spějící nevratně ke smrti. K hlavním příznakům patří únava, vyčerpanost, svalová slabost, nechutenství, instabilita s pády, dezorientace, apatie a ospávání. Lékař by měl umět odlišit léčitelné příčiny, jakými jsou například nádorové onemocnění, deprese, nežádoucí účinky léků a rozpoznání tohoto syndromu by mělo vést k vstřícné paliativní péči a kontaktu s jeho příbuznými (Kalvach, 2006).

2 ÚLOHA SESTRY V PÉČI O SENIORA

2.1 Specifika ošetrovatelské péče o seniory

Sestra pracující se seniory by měla respektovat určité zásady, které jsou specifické právě pro nemocné s vyšším věkem. Práce s těmito lidmi je bezpochyby velmi náročná, a to jak fyzicky, tak i psychicky. Starší člověk by měl cítit, že zdravotnický pracovník je tady, aby mu pomohl poskytnout takovou péči, jakou jeho zdravotní stav vyžaduje, neboli jeho aktuální onemocnění už mu nedovoluje žít plnohodnotný život jak žil doposud.

Sestra při péči se seniory měla by si uvědomit specifické změny v oblasti psychických, tělesných a smyslových funkcí. Měla by jednat se starší osobou trpělivě, nespěchat na ni, neboť starší člověk je pohybově pomalejší. Vždy by měla pamatovat, že cílem ošetrovatelské péče je udržet člověka co nejdéle soběstačným. Jenomže pokud už on sám se nezvládne obléknout, přesunout na záchod či umýt, musíme mu pomoci. Rovněž by měla pamatovat na to, že starší člověk už nemusí tak dobře slyšet a vidět jak za mlada, a proto je velmi důležité zjistit, na kterého seniora je třeba mluvit nahlas, zřetelně a pomalu. Komunikace mezi seniorem a zdravotníkem je velmi důležitá k navození důvěry a pocitu, že klient je v dobrých rukách. Sestra v takovém případě by měla taky zajistit možné kompenzační pomůcky, které mu mohou pomoci zlepšit komunikaci. Sestra si je taky vědoma, že starší lidé často rychle zapomínají věci, které jim již byly řečeny, a proto je důležité vše v klidu připomínat a nezvyšovat hlas, jelikož oni za to nemůžou. Sestra je tady pro ně, když mají nějaké starosti a když chtějí se svěřit, vyslechne jejich obavy. Seniory velmi potěší, když se můžou se svým trápením někomu svěřit. Ne jenom s trápením, ale také se svými životními zkušenostmi a vzpomínkami. Ve spolupráci s fyzioterapeutem provádí rehabilitační cvičení a za každý pokrok či jen snahu je pochválí. Nikdy nezapomíná u různých výkonů s nimi hovořit. Velmi důležité je, pokud je to možné zajistit kontakt s rodinou a známými, neboť dokážou ty seniory rozveselit, potěšit a vykouzlit úsměv na jejich tváři.

Stáří, jak už to bývá, přináší s sebou mnoho různých nemocí, a proto taky je zapotřebí, aby staří lidé užívali spoustu léků. Je dobré pro jejich přehlednost jim pořádit

lehce otvíratelné lékovky, s dostatečně velkými nápisy. Zdravotnický pracovník by měl už nachystat správný lék, správnou dávku a připomenout užití a pak i zkontrolovat.

U starších osob představují závažný problém pády, které jim můžou zkomplikovat jejich další zdravotní stav a udělat ze seniorů imobilní klienty. Proto musíme dbát o odstranění všech možných překážek, kterými mohou být prahy u dveří, koberce, špatně uložený nábytek, schody či mokrá podlaha. Jako jednou z možných prevencí je zajištění dostatečného osvětlení a kompenzačních pomůcek, dát madla na schodiště, do koupelen a na záchod, zajistit protiskluzové koberečky do vany (Šafránková, 2006).

2.2 Komunikace se seniorem

Komunikace je procesem předávání informací mezi dvěma či více lidmi, kteří mezi sebou komunikují (Pokorná, 2008). Veškerá komunikace mezi lidmi probíhá cestou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Verbální komunikace nám přináší informace, zatímco neverbální komunikaci především zahrnuje řeč těla (pohledy očí, výraz obličeje, doteky, pohyby těla, postoje), barvu a intenzitu hlasu, přestávky v řeči, rychlost mluvy. Neverbální komunikaci řadíme do vývojově starší a jednoznačnější. Mnohdy nám hodně napoví o daném klientovi, o tom zda nám mluví pravdu, myslí to vážně, neboť si mnohdy klienti ani neuvědomí, co o sobě pomocí řeči svého těla druhému vyradí (Minibergerová, 2006). Člověk, který umí naslouchat druhým lidem, vždy si všimá i mimořechových signálů. Tak pozná, zdali konverzace začíná být už nudná, či nepříjemná a má odejít, nebo právě naopak ještě zůstat a pokračovat s rozhovorem.

Základem dobrého vztahu a navození pocitu důvěry je dobrá komunikace mezi klientem a zdravotnickým pracovníkem (Venglářová, 2007). Tato komunikace musí být individuálně přizpůsobená věku a inteligenci nemocného, jeho schopnostem a dovednostem (Pokorná, 2010). Starý člověk může trpět poruchou smyslového vnímání (nedoslýchavost, zhoršený zrak), poruchami řeči afázie, nebo psychickými či kognitivními poruchami, které můžou způsobit v dorozumívání komunikační potíže (Minibergerová, 2006).

Navázání kontaktu s klientem je důležitou podmínkou smysluplné sociální práce. Tenhle kontakt vyžaduje komunikaci, která je postavena na vzájemném respektování, důvěře, porozumění a rovnoprávnosti. Velmi důležitou součástí komunikace je naslouchání, kdy sestra by měla být empatická, takzvaně by se měla umět vcítit

do pocitů, problémů a jednání klienta se záměrem lepšího pochopení jeho situace. Měla by klienta vyslechnout, přizvukovat mu (například slovem „aha“), dát mu prostor se vyjádřit, nespěchat na něho a hlavně nikdy ho za jeho názory nekárat (Krátká, 2008).

Velmi důležitým aspektem v komunikaci je zrakový kontakt, kdy klient vidí do tváře sestře a naopak. Zdravotník může úsměvem uklidnit, povzbudit, pochválit či pozitivně naladit. Hlavní roli v mimice hraje „řeč očí“, které jsou považovány za nejvýznamnější komunikační kanály, které zdravotníka informují o klientově citech, myšlenkách. Rovněž velmi důležitý je dotykový kontakt. U seniora posilíme důvěru tím, že mu podáme ruku, pohladíme ho po ruce či položíme ruku na ramena (Minibergerová, 2006). Dalším významným prvkem komunikace je komunikace tichem. Principem této komunikace je umění naslouchat srdcem. Stačí pouze přijít za člověkem, posadit se vedle něho a tiše sedět, po chvíli odejít. Tady je důležité dát svou přítomností najevo, že ten čas si na něho někdo našel a patří výhradně jen jemu, tady a teď, i přesto že danému člověku se mluvit nechce. Na konkrétního člověka to působí velmi povzbudivě a je rád, že jeho strasti s ním sdílí i někdo jiný, a že na to všechno není sám. Využití této komunikace je velmi vhodné u lidí v kómatu, při setkání s trpícím člověkem nebo i v manželství.

Starý člověk potřebuje mnohem více času, aby informaci porozuměl, našel odpověď a vyjádřil ji slovy, proto jejich komunikace je pomalejší a my jako profesionálové bychom se měli této situaci přizpůsobit a poskytnout jim dostatek času (Minibergerová, 2006).

2.2.1 Nejčastější chyby v komunikaci se seniorem

Jak se dopouštíme chyb s kteroukoliv skupinou lidí, tak se jich dopouštíme i ve vzájemném působení se seniory. Problém je však v tom, že senior se nedokáže bránit či rozpoznat odchylku od komunikační normy (Pokorná, 2008).

Mluvíme-li o nevhodné komunikaci se seniory, máme na mysli:

- **komunikaci „bez úcty“ k seniorovi** (nedůstojnou komunikaci se seniorem) - dopouštíme se často v situacích, kdy seniory oslovujeme familiárně „babi“, „dědo“, oslovujeme je pouze příjmením, aniž bychom předtím řekli „pán“, „paní“, nebo jim říkáme jménem, ba i tykáme (nejčastěji u mentálně postižených či dementních seniorů);

- **komunikace „bez zájmu“ o seniora** („chladnou“ komunikaci se seniorem) – jsou to pochybení, které se vyskytly ze strany pečujícího personálu při poskytování zdravotnické péče (nerespektování potřeb seniorů, nezájem o seniora ze strany sester, například v čekárně plných pacientů, netrpělivost sester v péči o seniora, kdy rychlejší je udělat vše za toho člověka, například hygienická péče);
- **komunikaci nerespektující individualitu seniora** („šablonovitou“, necitlivou komunikaci se seniorem) – profesionální sestra by měla umět nemocnému poskytnout individuální péči a ke každému přistupovat individuálně, což se tak ale vůbec neděje. Měla by si uvědomit, že ne každý klient, který je imobilní či inkontinentní potřebuje stejnou péči. Měla by umět seřadit potřeby nemocného a ne jen ty biologické;
- **podbízivý, žoviální či infantilní způsob komunikace se seniorem** – měli bychom se vyvarovat u starých lidí jak zdobnělin a hlazení, tak přehnané péče o ně, jako například ať nevstávají, aby si náhodou neublížili. Tento styl komunikace jim vadí, protože se s nimi zachází jak s malými dětmi, nebo duševně nemocnými;
- **netrpělivou komunikaci se seniorem** – senioři často už dobře nevidí nebo neslyší, rovněž ne vždy hned něčemu porozumí. Netrpělivá sestra je v takových situacích k pacientovi nevlídná, našťvaná nebo s ním urážlivým způsobem hovoří, což vyvolá u klienta stres a snížení sebedůvěry. Je samozřejmostí, že takovéto chování si profesionální zdravotník nesmí dovolit, a že takový člověk do zdravotnictví nepatří. Musíme respektovat psychomotorické tempo seniorů a udělovat jim rady nejen trpělivě, ale rovněž i srozumitelně (Krátká, 2008).

2.2.2 Desatero komunikace se seniorem

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem;
2. důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinštění) starého člověka;
3. při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost;
4. respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem;

5. složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léku) několikrát zopakujeme a raději ještě napíšeme na list papíru;
6. aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku) a tomu přizpůsobíme komunikaci;
7. k usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt;
8. bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas;
9. dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme. Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbarierová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením;
10. při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením, nikoli předčasně předpokládat jejich ztrátu a vést k imobilizaci (Kalvach, 2006, s. 42).

3 DOMOV PRO SENIORY

Dle § 72 vyhlášky č. 182/1991 Sb. (In Králová et al., 2005, s. 42) jsou domovy pro seniory určeny především pro občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna v jejich vlastním prostředí za pomoci rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými terénními službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Nemohou však být přijati občany, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

3.1 Péče o staré lidi v historii

V dřívější době o staré lidi pečovali pouze jejich příbuzní v rodině. Pokud ale rodina z jakéhokoliv důvodu nemohla či nechtěla o ně pečovat, staří lidé se ocitli na ulici. Jejich život byl velmi těžký, potulovali se, žebrali a žili v nedůstojných podmínkách. Nakonec zemřeli vyčerpáním z hladu a žízně. Pomocť těmto lidem se naskytlá v podobě charitativního charakteru, kdy vůdčí myšlenkou byla láska k bližnímu. Aby tato péče fungovala, byla sponzorována kněžími a bohatými lidmi. Jejich cílem bylo zajistit starým lidem čistou postel a něco k snědku. Ve 14. a 15. století na území dřívější Jugoslávie vznikaly „domovy pro staré osoby“. Až v Anglii roce 1504 vyšel první zákon, který řešil problémy starých lidí. Královna Alžběta vydala chudinské právo, že v každé farnosti bude vybírán poplatek na staré lidi. Teprve v roce 1909 každý chudý člověk starší 70 let získal penzi ve výši 5 šilinků týdně. V 15. a 16. století byly zakládány po celé Evropě pro staré a zchudlé občany obecní ústavy.

V České Republice byla situace stejná jak kdekoliv v Evropě. Podle Karla Dohnala, předsedy České gerontologické společnosti existovaly tři typy ústavní péče. **Středověké špitály** poskytovali ubytování a ošetřovatelskou péči tulákům, pocestným a chudým. Vybavení těchto špitálu záleželo na sponzorech, jakými byly kláštery, popřípadě bohatí lidé. Druhým typem ústavní péče byly **klášterní nemocnice**, které byly určeny pouze řeholníkům a šlechtickým rodinám. Jejich provoz dotovala nemocnice. Třetím typem ústavního zařízení byly **nemocnice pro malomocné**, do kterých byli posílání lidé

s infekčními chorobami s cílem je oddělit od zdravé populace a tak zabránit dalšímu šíření nemoci.

Jenomže starých nemocných přibývalo a začal být problém s tím, kde půjdou. Proto v Praze vzniklo několik špitálů. Například roku 1484 vznikl malostranský špitál, který byl založen Vladislavem II. V roce 1502 byl vybudován Staroměstský špitál a o tři roky později i Novoměstský špitál. Jenomže i přesto to bylo málo a mnoho lidí bylo odkázáno na chudobu a žebrotu.

Pořád tady byla myšlenka, aby péče byla poskytnuta všem, kteří ji budou potřebovat a ne jenom aby byla zaměřena proti žebrotě. Teprve až Josef II. se zaměřil na založení **farních chudinských ústavů**. Tato péče se osvědčila a byla rozšiřována.

Za vlády Marie Terezie (1717-1780) došlo ke značným změnám ve zdravotní péči. V roce 1720 v Praze byla postavena nemocnice **Milosrdných bratří**, rovněž v Praze roku 1722 byla založena **nemocnice Alžbětinek**. Pod zásluhou Josefa II. byla otevřena **Všeobecná nemocnice v Praze** roku 1788. Problém ale byl v tom, že lékaři neuměli, či dokonce nechtěli léčit staré lidi, a proto oni byli pořád přesouváni do starobinců.

Tehdejší péče byla na nízké úrovni. O starší lidi se starali především laici, kteří hlavně nemocným měli dát napít, najíst a umýt je. Medicína se zajímala jinými věcmi. Třeba si uvědomit, že zdravotnictví před několika lety bylo úplně na jiné úrovni, než je tomu dnes. O ošetřovatelství se začali lékaři zajímat až v 18. století, kdy ruský lékař Nikolaj Ivanovič Pirogov v době krymské války přivedl na bojiště první sestry a ukázal, že k tomu, aby léčba byla úspěšná, musí být i odborné ošetření. O rok později byla považována za zakladatelku moderního ošetřovatelství Angličanka Florence Nightingalová, která v roce 1860 v Londýně založila i první ošetřovatelskou školu. V Čechách se jako první pro obor ošetřovatelství zajímala Marta Staňková.

3.2 Poskytované služby v ústavním zařízení

Po roce 1989 došlo u nás ke značným změnám v sociální sféře. Sociální služby už neposkytuje pouze stát, ale z větší míry je dotují kraje a obce. Rovněž se roku 2007 změnil název z „domova důchodců“ na „domov pro seniory“. Tento název byl změněn zákonem o sociálních službách (Haškovcová, 2010).

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osobě.

Domov pro seniory obsahuje tyto základní činnosti, které jsou popsány v § 49 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách:

1. poskytnutí ubytování;
2. poskytnutí stravy;
3. pomoc při zvládnání běžných úkonů péče vlastní osobou;
4. pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
5. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
6. sociálně terapeutické činnosti;
7. aktivizační činnosti;
8. pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.¹

Domov pro seniory, ve kterém jsem prováděla výzkumné šetření dle tohoto zákona poskytuje následující služby:

Ad. a) praní a drobné opravy ložního prádla a osobního prádla a ošacení, žehlení, úklid;

Ad. b) zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel denně;

Ad. c) pomoc při oblékání a svlékání, včetně speciálních pomůcek, při vstávání z lůžka, ulehání, změna poloh, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, při podávání jídla a pití, při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru;

Ad. d) pomoc při úkonech osobní hygieny, při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití toalety;

¹ 2006/108 Sb. Zákon o sociálních službách [online]. [cit. 2011-04-05]. Dostupné z: <<http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm>>.

Ad. e) pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktů s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob, podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů;

Ad. f) socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob;

Ad. g) zájmové a volnočasové aktivity, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím;

Ad. h) pomoc při obstarávání osobních záležitostí, při uplatňování práv, oprávněných zájmů.²

3.3 Historie domova Moravskoslezského kraje

Domov seniorů, ve kterém jsem prováděla výzkumné šetření byl postaven v letech 1973-1976 a do provozu byl slavnostně uveden dne 2. 3. 1977. Na začátku v něm bylo ubytováno 130 občanů v jedno nebo dvoulůžkových pokojích. Kapacita se v roce 1973 navýšila o 26 míst. V roce 2002 po přístavbě dalšího pavilónu, zde nyní bydlí 186 klientů. Od 1. 1. 1991 jako jeden z prvních získal Domov seniorů právní subjektivitu příspěvkové organizace daného města, kde sídlí. V září 2005 příspěvková organizace Domov seniorů změnila svůj název na Sociální služby. V roce 2007 v souladu se zákonem o sociálních službách byla provedena registrace Krajským úřadem Moravskoslezského kraje a registrovány následující sociální služby: Domovy pro seniory, Domovy pro osoby se zdravotním postižením, Odlehčovací služby, Domovy se zvláštním režimem. Tyto služby se poskytují dodnes. V domově pro seniory funguje pro klienty centrum volného času, rehabilitace, kadeřnické služby a bohoslužby. Výhoda institucionální péče je v tom, že senioři mají denně po dobu 24 hodin k dispozici odborného pracovníka. Do domova

² *Sociální služby města Třinec* [online]. [cit. 2011-04-05]. Dostupné z: <<http://www.ssmc.cz/>>.

pravidelně docházejí 2-3 krát týdně specializovaní lékaři, tudíž zdravotní péče je dobře zajištěna.³

3.4 Klient v ústavním zařízení

Do domova pro seniory jsou přijímáni z velké části senioři, kteří dosáhli věkové hranice 60. let a výše. Jedná se o seniory, kteří mají vzhledem k věku sníženou soběstačnost, a jejich zdravotní stav už není natolik dobrý, aby se mohli o sebe sami doma postarat, a proto potřebují pravidelnou péči jiné osoby.

Domov pro seniory není určen pro klienty s infekčním onemocněním, s jakýmkoliv mentálním postižením, s totální slepotou a hluchotou, rovněž nejsou určeny pro osoby drogově závislé a závislé na alkoholu, či jiných omamných látkách, pro osoby s duševním onemocněním (například schizofrenie) a pro osoby trpící stařeckou, Alzheimerovou demencí a jinými typy demencí.⁴

Klienti jsou ubytováni v jedno nebo dvoulůžkových pokojích. Problém se vyskytuje v tom, samozřejmě pokud nejsou manželé, že na „stará kolena“ musí sdílet pokoj s cizí osobou, se kterou si nemusí ani rozumět a s kterou by si v normálním životě neměl ani co říct. Jejich zájmy a koníčky jsou odlišné, a taktéž každý z nich už má jiný životní styl a denní rytmus.

V dnešní době jsou domovy pro seniory z větší části pěkně vybaveny, dokonce některá soukromá zařízení jsou až luxusní. Problém ale pořád přetrvává v tom, že si klienti ještě často nemůžou vzít s sebou vlastní nábytek, který by jim alespoň trochu připomínal jejich domácnost. Proto, pokud senioři se ještě dovedou sami o sebe postarat, zůstávají ve svém přirozeném prostředí a nijak nespíchají do těchto zařízení (Haškovcová, 2010).

³ *Město Třinec* [online]. [cit. 2011-04-10]. Dostupné z: <<http://www.trinecko.cz/dotazy.php?stranka=2>>.

⁴ *Sociální služby města Třinec* [online]. [cit. 2011-04-05]. Dostupné z: <<http://www.ssmc.cz/>>.

Podle mého názoru senioři, kteří chtějí být ubytováni v ústavním zařízení, by si měli nejdříve zjistit, do jakého zařízení chtějí jít, jaké tam jsou podmínky ubytování, jak to tam vypadá, jestli si můžou přinést sebou i svůj nábytek a jaká je nabídka volnočasových aktivit. O tomto rozhodnutí by měli přemýšlet už dlouho dopředu, aby se psychicky připravili na změnu prostředí, a na to, že už to nikdy nebude takové, jaké to bylo doma. Budou tam i jiní, úplně cizí lidé, se kterými dokonce budou muset sdílet pokoj, a na které si budou muset na starší léta zvyknout. Na toto všechno by měli být připraveni, aby předešli depresím, ztrátě chuti do života a regresi v lidském vývoji. Tyto negativní faktory můžou způsobit až předčasnou smrt klienta. Naopak by měli tuto poslední etapu lidského vývoje prožít jak nejlépe.

3.5 Aktivizační činnosti seniorů

Je široká škála aktivizačních a terapeutických činností. Všechny tyto činnosti jsou zaměřeny na cílené jednání člověka s člověkem, směřují k odstranění nebo zmírnění nežádoucích potíží či odstranění jejich příčin. Všechny terapeutické činnosti pracují odborníci, kteří prošli kvalifikovaným kurzem a mají k tomu kompetence. Vždy u jakékoliv terapie platí, že probíhá v určitém prostředí a čase, je individuální nebo skupinová a závisí na věku (Müller a kol., 2005). Terapeutické činnosti, které se nejčastěji využívají v domovech pro seniory můžou být například artherapie, canisterapie, reminiscenční terapie, muzikoterapie, ergoterapie, taneční terapie či pohybové aktivity (viz. Příloha P 1).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

4.1 Cíl práce

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda jsou senioři daného ústavního zařízení spokojeni.

Cíl č. 1

Zjistit, zda jsou senioři spokojeni s režimem a poskytovanými službami v příslušném zařízení.

Cíl č. 2

Zjistit spokojenost seniorů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a přístupem zdravotnického personálu.

Cíl č. 3

Zjistit spokojenost seniorů se stravováním.

Cíl č. 4

Zjistit, zdali mají senioři dostatečnou nabídku volnočasových aktivit a jestli jim tato nabídka vyhovuje.

Cíl č. 5

Seznámit s výsledky šetření odpovědné pracovníky (management) příslušného zařízení, případně navrhnout účinná opatření.

4.2 Hypotézy

H 1:

Předpokládám, že více než polovina (60 %) respondentů nebude spokojena se stravováním.

H 2:

Předpokládám, že více než polovina (60 %) respondentů bude spokojena s nabídkou využití volnočasových aktivit.

5 METODIKA PRÁCE

Výzkumné šetření předcházela vlastní zkušenost, studium literatury a sestavení anonymního, cíleně vypracovaného dotazníku.

5.1 Charakteristika respondentů

Vzorek respondentů tvořili klienti mnou zvoleného domova pro seniory v Moravskoslezském kraji. Pro svůj výzkum jsem použila 74 dotazníku, z toho 4 dotazníky se mi nevrátily. Tudíž jsem pracovala se 70 respondenty, kteří měli zachované kognitivní funkce (paměť, myšlení, pozornost) a byli schopni odpovědět na dané otázky. Dotazník byl z větší části vyplněn ženami. Tento výrazný nepoměr v počtu žen k mužům přisuzuji stanovené průměrné délce života, kdy muži umírají dříve než ženy, a proto i v ústavních zařízeních je více žen než mužů.

5.2 Metody práce

Pro svůj kvalitativně-quantitativní průzkum jsem zvolila metodu dotazníku. Tato metoda se mi jevila jako nejrychlejší a z důvodu zachování anonymity i nejlepší k vyjádření možné nespokojenosti, v kterékoliv zkoumané oblasti. Dotazník obsahuje 26 otázek (viz. Příloha P 3). Jednotlivé položky jsou přiřazeny k stanoveným cílům dotazníkového šetření.

Dotazník v úvodu tvoří oslovení respondentů a představení výzkumníka. Následně nám stíní problematiku výzkumného šetření společně s pokyny pro jeho vyplnění.

Respondenti byli seznámeni s anonymitou dotazníku, a že všechny poskytnuté údaje budou zpracovány pouze pro potřeby bakalářské práce a nebudou nijak zneužity.

Jednotlivé položky v dotazníku mají formu otázek uzavřených, otevřených, polouzavřených, výběrových, polytomických, filtračních a škálovacích.

Otázky jsou stanoveny tak, aby byly vzhledem k věku respondentů jednoduché.

Druhy položek dotazníků:

- uzavřené: 1, 17, 25
- otevřené: 2, 3, 9, 11, 26

- polouzavřené: 4, 5, 23
- výběrové: 6, 8, 12, 14, 15, 16, 18, 22, 24
- polytomické: 7, 13
- filtrační: 10
- škálovací: 19, 20, 21

5.2.1 Dotazník

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je vhodné, aby v úvodu dotazníku bylo krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje, které by obsahovalo i potvrzení faktu, že dotazník je případně anonymní. Pokud dotazník není anonymní, pak je nutný informovaný souhlas respondenta. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu (Kutnohorská, 2009, s. 41).

5.3 Charakteristika položek

Položky č. 1, 2 zjišťují pohlaví a věk respondentů.

Položky č. 3, 4 zjišťují délku pobytu v domově a schopnost se v něm pohybovat

Položky č. 5, 6, 7, 8, 9 zjišťují, zda si klienti v domově našli přátele, jak často je navštěvují rodinní příslušníci či kamarádi a zdali i klienti navštěvují je.

Položky č. 10, 11, 12, 13, 14 zjišťují spokojenost klientů s přístupem ošetrovatelského personálu a důvěru k nim.

Položky č. 15, 16, 17 zjišťují jaká je spokojenost s denním režimem daného zařízení a s ošetrovatelskou péčí, zda pamatují na soukromí a stud u klientů.

Položky č. 18, 19, 20, 21 zjišťují nabídku služeb a volnočasových aktivit zprostředkovaných domovem pro seniory a zda jim tato nabídka vyhovuje.

Položky č. 22, 23, 24, zjišťují spokojenost se stravováním.

Položka č. 24 zjišťuje, zdali i v sociálním zařízení můžou žít plnohodnotný život.

Položka č. 25 zjišťuje od respondentů, co by se dalo v domově ještě zlepšit.

5.4 Organizace šetření

Samostatnému šetření předcházelo sestavení jednotlivých položek dotazníku, který byl konzultován s vedoucím práce a následně schválen. Před výzkumným šetřením jsem provedla na 5 náhodných respondentech jiného zařízení sociálních služeb pilotní studii, kde jsem zjistila, že otázky v dotazníku jsou srozumitelné, a proto nebylo zapotřebí žádnou otázku upravit.

Před vlastním šetřením jsem oslovila vedoucí domova pro seniory a požádala ji, zdali by bylo možné provést v jejich zařízení výzkumné šetření. Poté jsem paní vedoucí zaslala konečnou podobu dotazníku, který mi byl schválen. Před samostatným zahájením mého šetření jsem předložila ještě jednou originální dotazník a žádost umožňující provedení výzkumného šetření (viz. Příloha P 2), která byla paní vedoucí podepsána.

Celkem bylo rozdáno 74 dotazníku (100,00 %), přičemž 4 z nich se mi nevrátily (5,41 %), proto jsem v konečné fázi pracovala se 70 respondenty (94,59 %). Výzkumné šetření probíhalo dva měsíce (únor až březen 2011).

5.5 Zpracování získaných dat

Získaná data pomoci dotazníkového šetření byla uspořádaná do tabulek četností. Podle podskupin byly sečteny absolutní a relativní četnosti a poté vytvořeny tabulky a grafy. U otázky č. 2 byl statisticky vyhodnocen ještě průměr, maximum, minimum, median. Zpracování dat bylo provedeno pomoci Microsoft Excel, která byla vložena do tabulek, slovně okomentována a graficky znázorněna.

Absolutní četnost nám udává počet respondentů v každé skupině, kteří odpovídali na určitou otázku stejným způsobem.

Relativní četnost je uvedena v procentech a informuje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

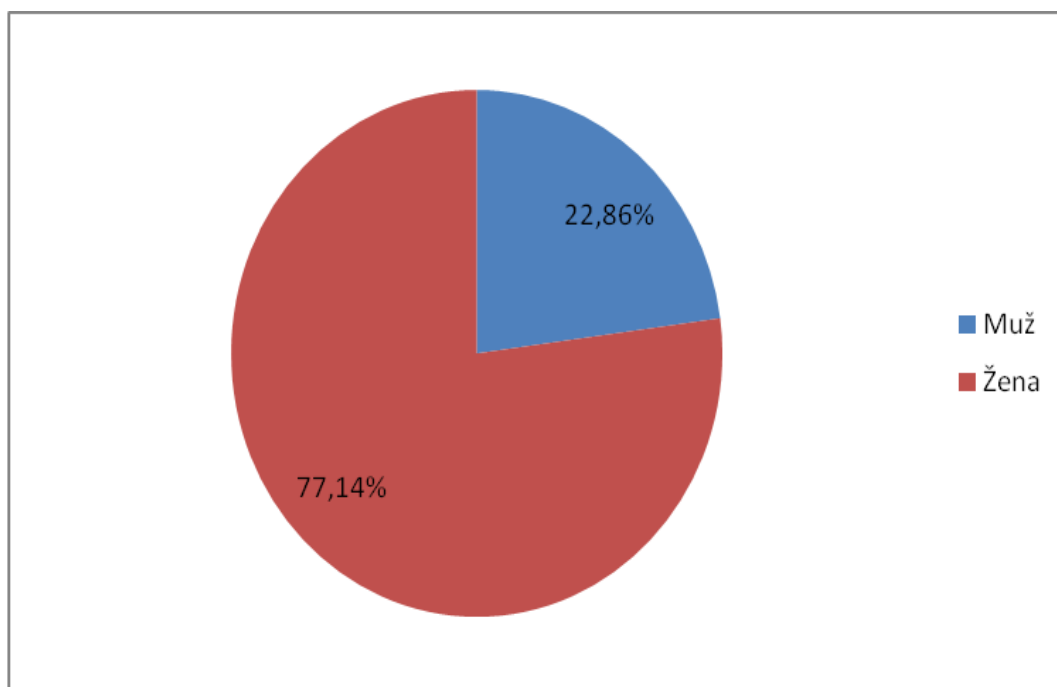
6 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Vyhodnocení identifikačních otázek

Otázka č. 1 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	16	22,86 %
Žena	54	77,14 %
Celkem:	70	100,00 %

Tabulka 1: Pohlaví respondentů



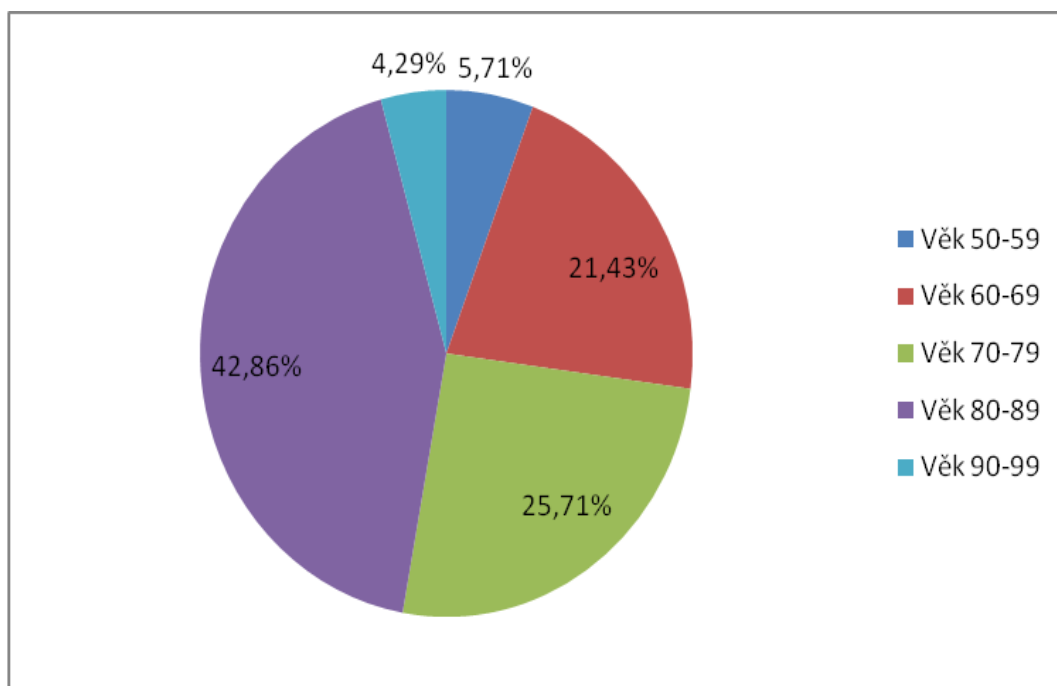
Graf 1: Pohlaví respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 žen (77,14 %) a 16 mužů (22,86 %).

Otázka č. 2 – Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Věk 50-59	4	5,71 %
Věk 60-69	15	21,43 %
Věk 70-79	18	25,71 %
Věk 80-89	30	42,86 %
Věk 90-99	3	4,29 %
Celkem	70	100,00 %
Průměrný věk	76,1	
Střední hodnota věku	79	
Nejvyšší věk	93	
Nejnižší věk	51	

Tabulka 2: Věk respondentů



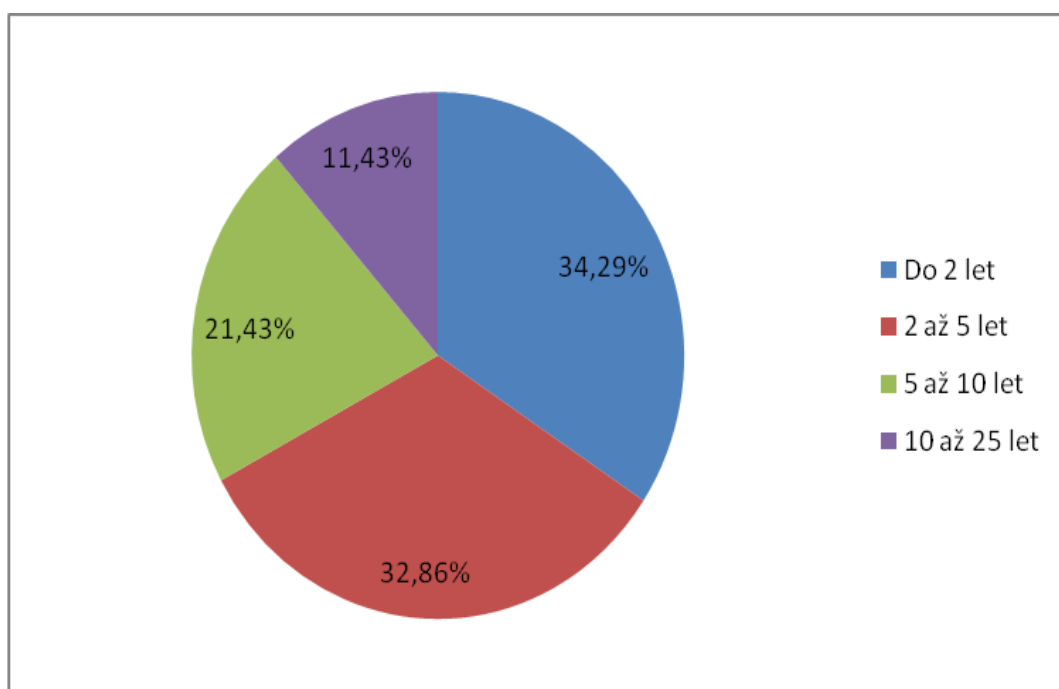
Graf 2: Věk respondentů

Z celkového počtu respondentů (70) vyplývá, že průměrný věk se pohyboval kolem 76 let, přičemž nejnižší věk byl 51 let a nejvyšší 93 let. Nejvyšší část respondentů tvořila skupina 80 – 89 (42,86 %) let. Skupiny 60 – 69 (21,43 %) let, 70 – 79 (25,71 %) let byly na střední příčce nejčastějšího věku. Nejmenší věkovou skupinou jsou respondenti ve věku 50 – 59 (5,71 %) let a 90 – 99 (4,29 %) let.

Otázka č. 3 – Délka Vašeho pobytu v domově pro seniory?

Délka pobytu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 2 let	24	34,29 %
2 až 5 let	23	32,86 %
5 až 10 let	15	21,43 %
10 až 25 let	8	11,43 %
celkem	70	100,00 %

Tabulka 3: Délka pobytu respondentů v domově pro seniory



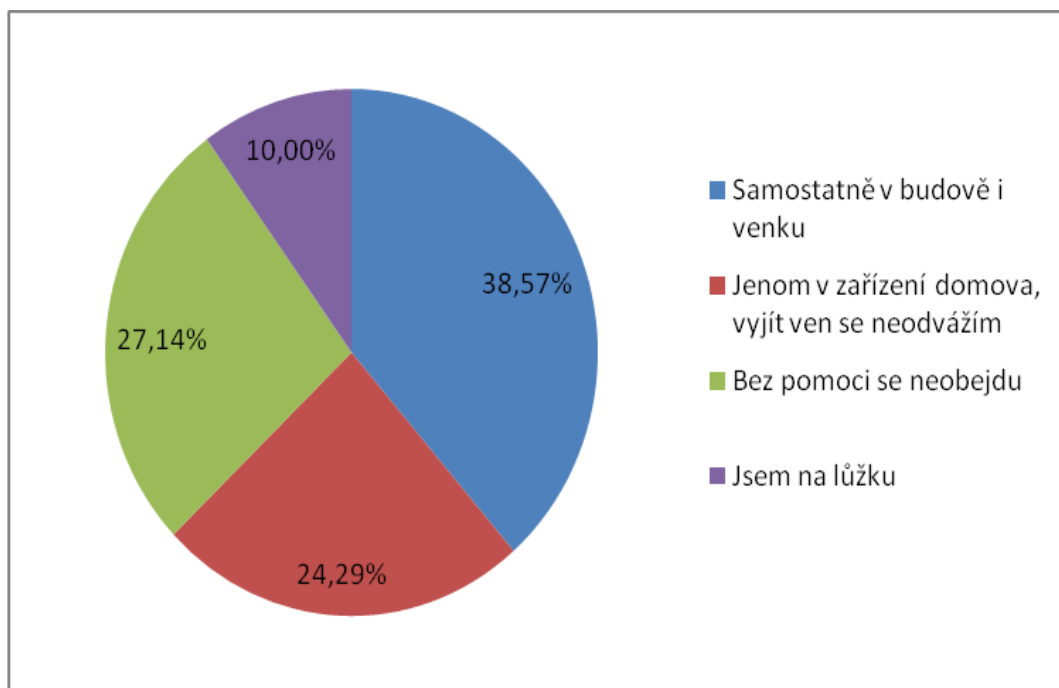
Graf 3: Délka pobytu respondentů v domově pro seniory

Z průzkumu vyplývá, že největší skupinou respondentů, která žije v domově pro seniory je do 2 let (34,29 %) a od 2 do 5 let (32,86 %). 15 respondentů žije v domově v rozmezí 5 – 10 (21,43 %) let a 8 (11,43 %) respondentů již v domově žije v rozmezí 10 – 15 let.

Otázka č. 4 – Dovoluje Vám zdravotní stav pohybovat se?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Samostatně v budově i venku	27	38,56 %
Jenom v zařízení domova, vyjít ven se neodvážím	17	24,29 %
Bez pomoci se neobejdu	19	27,14 %
Jsem na lůžku	7	10,00 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 4: Schopnost se pohybovat



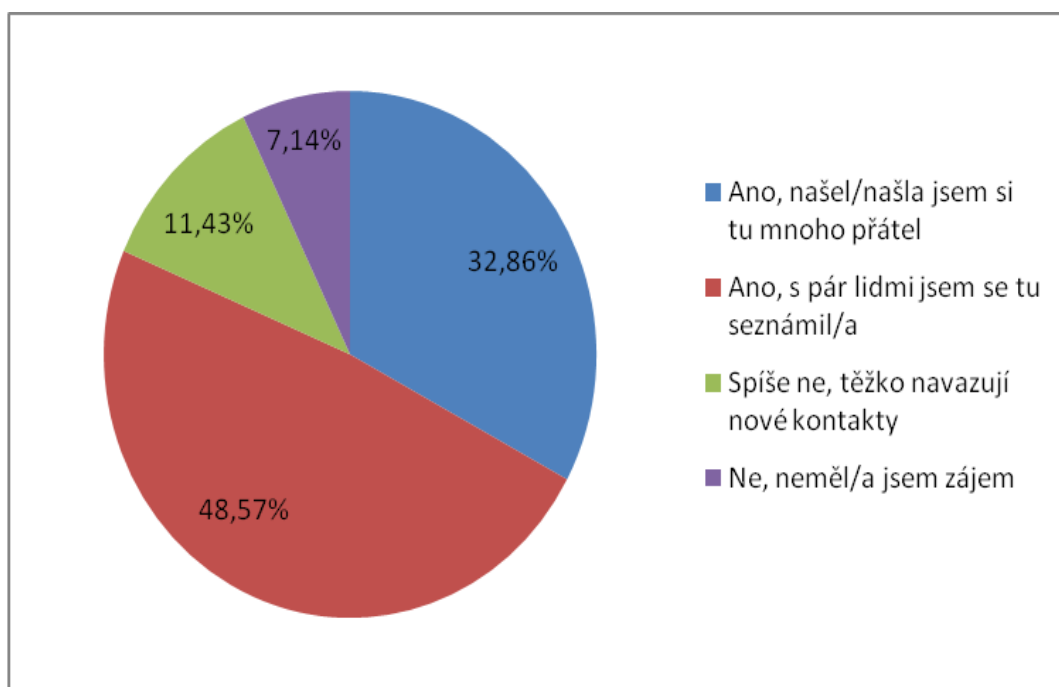
Graf 4: Schopnost se pohybovat

Z celkového počtu respondentů (70) se 27 (38,57 %) lidí dokáže samostatně pohybovat v budově i venku, 17 (24,29 %) lidí se pohybuje pouze v zařízení domova. 19 (27,14 %) respondentů se bez pomoci personálu ani neobejde, protože jsou například upoutáni na vozík a 7 (10,00 %) respondentů je upoutáno na lůžko.

Otázka č. 5 – Našel(a) jste si mezi ostatními klienty domova nové přátele či nějakou spřízněnou duši?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, našel/našla jsem si tu mnoho přátel	23	32,86 %
Ano, s pár lidmi jsem se tu seznámil/a	34	48,57 %
Spíše ne, těžko navazují nové kontakty	8	11,43 %
Ne, neměl/a jsem zájem	5	7,14 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 5: Navázání nových kontaktů



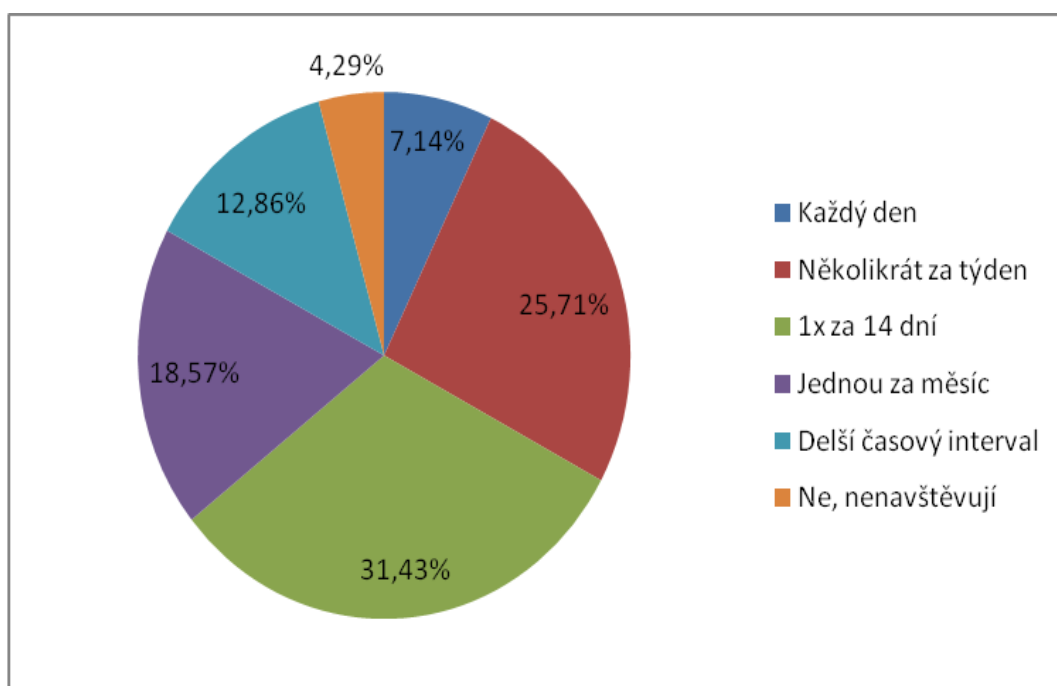
Graf 5: Navázání nových kontaktů

Z grafu č. 5 vyplývá, že většina respondentů 34 (48,57 %) se s pár lidmi v domově seznámila. Seniorům, kterým nedělá problém navázání nových kontaktů a našli si v domově mnoho přátel bylo 23 (32,86 %). 8 (11,43 %) respondentů odpovědělo, že těžko navazují nové kontakty a 5 (7,14 %) respondentů nemělo ani zájem je navázat.

Otázka č. 6 – Jak často Vás navštěvují rodinní příslušníci?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každý den	5	7,14 %
Několikrát za týden	18	25,71 %
1x za 14 dní	22	31,43 %
Jednou za měsíc	13	18,57 %
Delší časový interval	9	12,86 %
Ne, nenavštěvují	3	4,29 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 6: Návštěvnost rodinných příslušníků



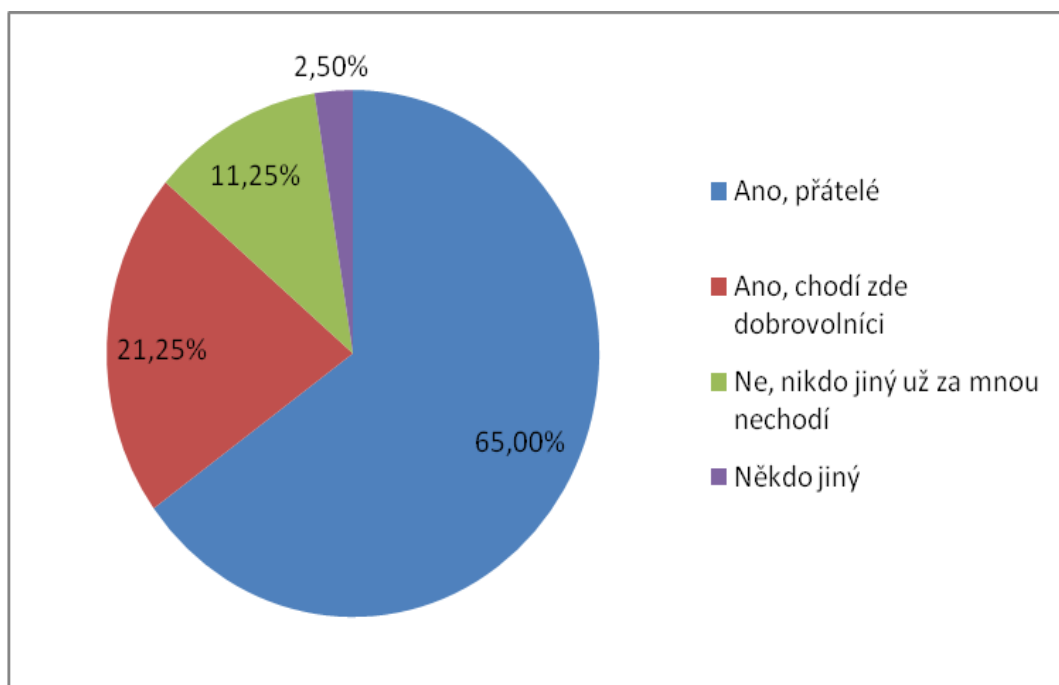
Graf 6: Návštěvnost rodinných příslušníků

Z výzkumného šetření jsem zjistila, že největší návštěvnost respondentů 22 (31,43 %) jejich příbuznými z celkového počtu 70 (100,00 %) byla 1x za 14 dní. Za 18 (25,71 %) seniory chodí rodina na návštěvu několikrát za týden. 13 (18,57 %) jedinců navštíví rodinní příslušníci jednou za měsíc a u 9 (12,86 %) respondentů byl to delší časový interval, který v některých případech byl odůvodněn příliš velkou vzdáleností od místa pobytu. Za 5 (7,14 %) respondenty chodí jejich rodina každý den a 3 (4,29 %) respondenti uvedli, že jejich rodinní příslušníci je nenavštěvují vůbec.

Otázka č. 7 – Navštěvuje Vás v domově kromě rodiny někdo jiný?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, přátelé	52	65,00 %
Ano, chodí zde dobrovolníci	17	21,25 %
Ne, nikdo jiný už za mnou nechodí	9	11,25 %
Někdo jiný	2	2,50 %
Celkem	80	100,00 %

Tabulka 7: Návštěvnost respondentů někým jiným



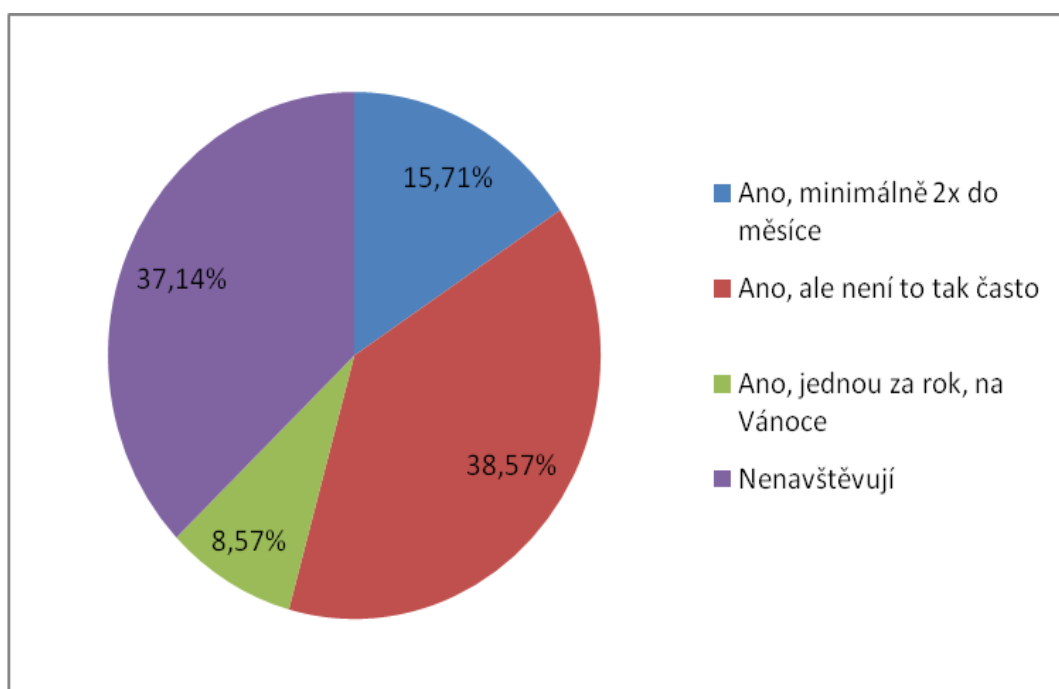
Graf 7: Návštěvnost respondentů někým jiným

Z průzkumu je patrné, že 52 (65,00 %) respondentů navštěvují v domově jejich přátelé. Za sedmnácti respondenty (21,25 %) chodí dobrovolníci. 9 (11,25 %) respondentů odpovědělo, že už nikdo jiný za nimi nechodí a 2 (2,50 %) respondenti zaškrtnuli odpověď někdo jiný, při čemž za jedním chodí bývalí spolupracovníci a za druhým třikrát do roka kněz.

Otázka č. 8 – Navštěvujete i Vy své příbuzné?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, minimálně 2x do měsíce	11	15,71 %
Ano, ale není to tak často	27	38,57 %
Ano, jednou za rok, na Vánoce	6	8,57 %
Nenavštěvují	26	37,14 %
celkem	70	100,00 %

Tabulka 8: Návštěvnost klienta svých příbuzných



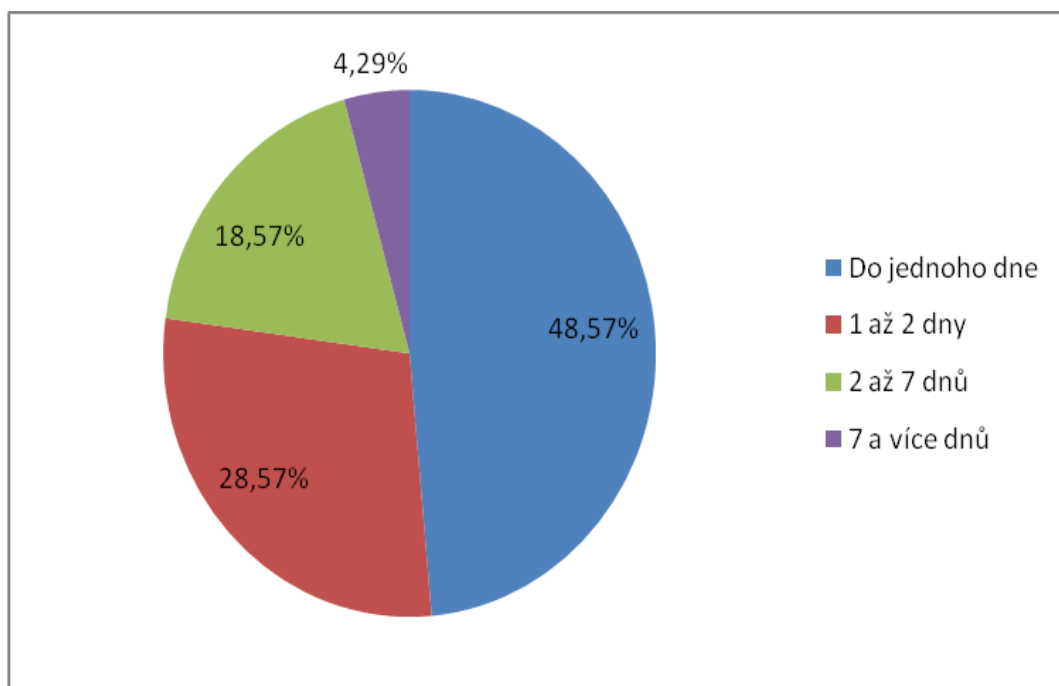
Graf 8: Návštěvnost klienta svých příbuzných

Graf č. 8 nám ukazuje, že 27 (38,57 %) respondentů chodí na návštěvu k svým příbuzným, ale není to tak často a 26 seniorů (37,14 %) své příbuzné nenavštěvuje vůbec a to z několika důvodů, například kdy jim to zdravotní stav nedovoluje, jsou upoutaní na lůžko nebo je rodinní příslušníci domů neberou, či samotní senioři tam ani nechtějí a uvádějí, že v domově je jim nejlépe. Jedenáct respondentů (15,76 %) odpovědělo, že minimálně 2x do měsíce své příbuzné navštíví a 6 (8,57 %) respondentů uvedlo, že je berou příbuzní k sobě domů jednou za rok na Vánoce.

Otázka č. 9 – Jak dlouhý čas strávíte u svých příbuzných, když k nim přijdete na návštěvu?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do jednoho dne	34	48,57 %
1 až 2 dny	20	28,57 %
2 až 7 dnů	13	18,57%
7 a více dnů	3	4,29 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 9: Strávený čas u příbuzných



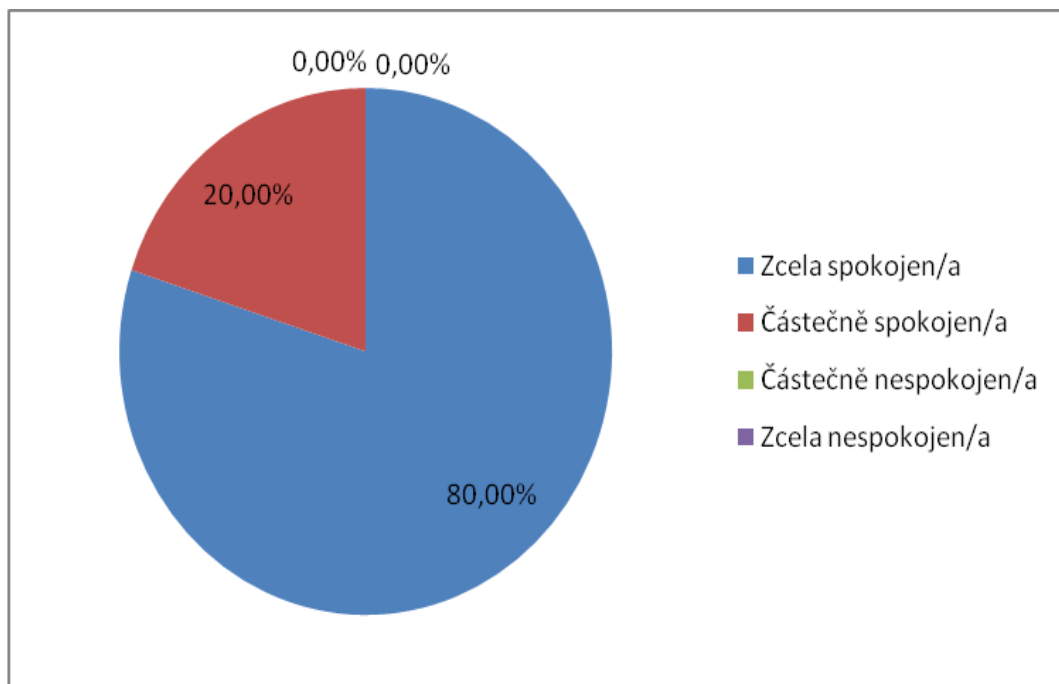
Graf 9: Strávený čas u příbuzných

V 48,57 % (34) odpověděli respondenti, že čas, který stráví u svých příbuzných je maximálně jeden den. 20 respondentů (28,57 %) zůstane u svých příbuzných na návštěvě 1 až 2 dny. Odpověď 2 až 7 dnů zakroužkovalo 13 lidí (18,57 %). Pouze u třech osob (4,29 %) se vyskytla odpověď 7 a více dnů, kdy k nim nejčastěji přicházejí na návštěvu v období prázdnin.

Otázka č. 10 - Jak jste spokojen/a s přístupem ošetřovatelského personálu k Vaší osobě?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zcela spokojen/a	56	80,00 %
Částečně spokojen/a	14	20,00 %
Částečně nespokojen/a	0	0,00 %
Zcela nespokojen/a	0	0,00 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 10: Spokojenost s přístupem ošetřovatelského personálu



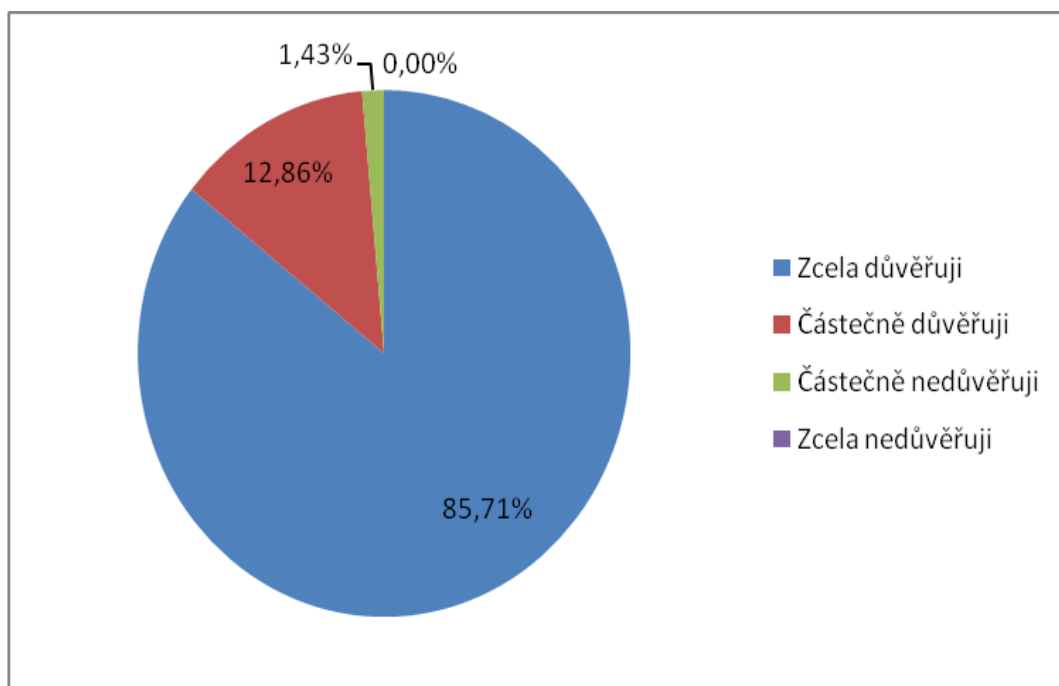
Graf 10: Spokojenost s přístupem ošetřovatelského personálu

Z celkového počtu 70 (100%) respondentů je 56 (80,00 %) spokojeno s přístupem ošetřovatelského personálu k jejich osobě a 14 (20,00 %) respondentů je spokojeno částečně. Jeden s respondentů uvedl, že je to tím protože někoho má rád a někoho ne. Odpověď částečně nespokojen nebo zcela nespokojen nevedl žádný z dotazovaných, proto následující otázka v dotazníku byla přeskočena a respondenti pokračovali až otázkou číslo 12.

Otázka č. 12 – Důvěřujete ošetrovatelskému personálu, který o Vás pečuje?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zcela důvěřuji	60	85,71 %
Částečně důvěřuji	9	12,86 %
Částečně nedůvěřuji	1	1,43 %
Zcela nedůvěřuji	0	0,00 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 11: Důvěra v péči



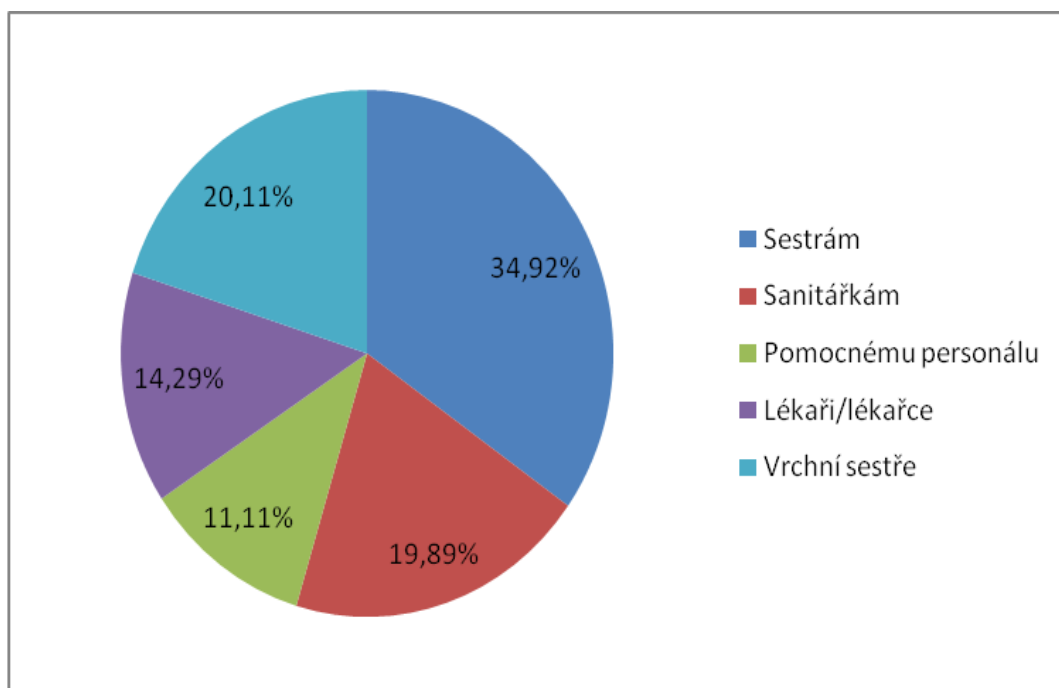
Graf 11: Důvěra v péči

Z výzkumného šetření jsem zjistila, že více než polovina (85,71 %) respondentů má plnou důvěru v ošetrovatelský personál. 9 (12,86 %) respondentů jim částečně důvěřuje a jeden (1,43 %) respondent odpověděl, že ošetrovatelskému personálu částečně nedůvěřuje. Odpověď zcela nedůvěřuji, žádný s respondentů nezakroužkoval.

Otázka č. 13 – Komu nejvíce důvěřujete?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sestrám	66	34,92 %
Sanitářkám	37	19,89 %
Pomocnému personálu	21	11,11 %
Lékaři/lékařce	27	14,29 %
Vrchní sestře	38	20,11 %
Celkem	189	100,00 %

Tabulka 12: Důvěra k ošetřujícímu personálu



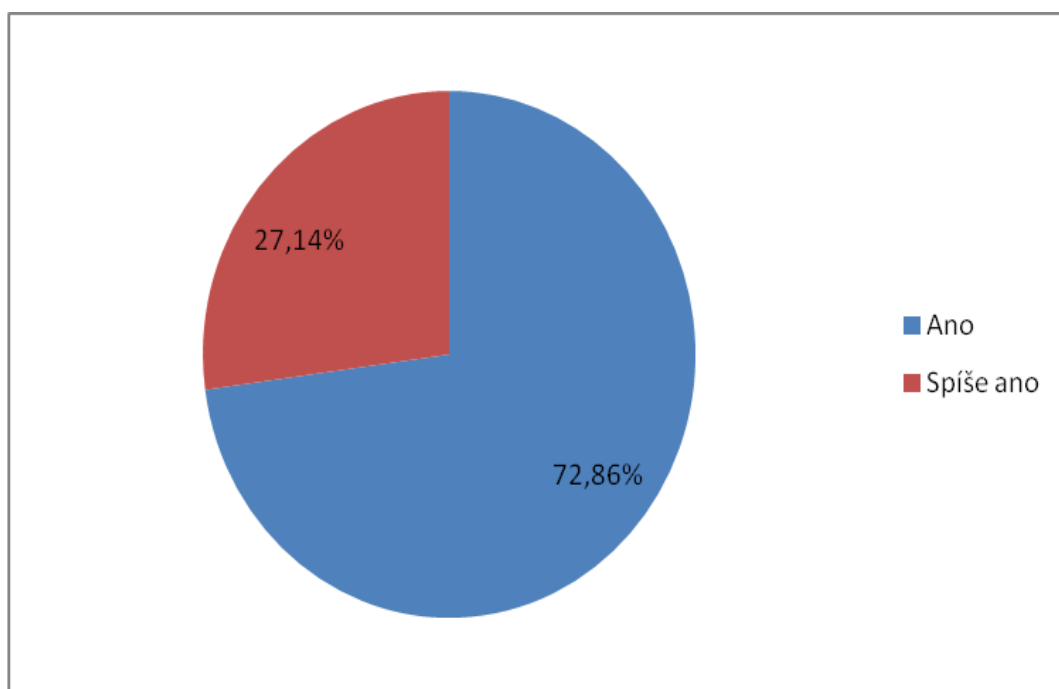
Graf 12: k ošetřujícímu personálu

U této otázky mohli respondenti uvést více odpovědí. Nejvíce (34,92 %) respondentů důvěřuje zdravotním sestřím. Na druhém místě mají důvěru k vrchní sestře (20,11 %) a k sanitářkám (19,89 %). Nejmenší důvěra je k lékařům (14,29 %) a pomocnému personálu (11,11 %). Co se týče lékařů, tak si myslím, že je to z důvodu menšího kontaktu toho lékaře s klientem.

Otázka č. 14 – Cítíte, že je o Vás pečováno s úctou a respektem?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	51	72,86 %
Spíše ano	19	27,14 %
Spíše ne	0	0,00 %
ne	0	0,00 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 13: Úcta a respekt



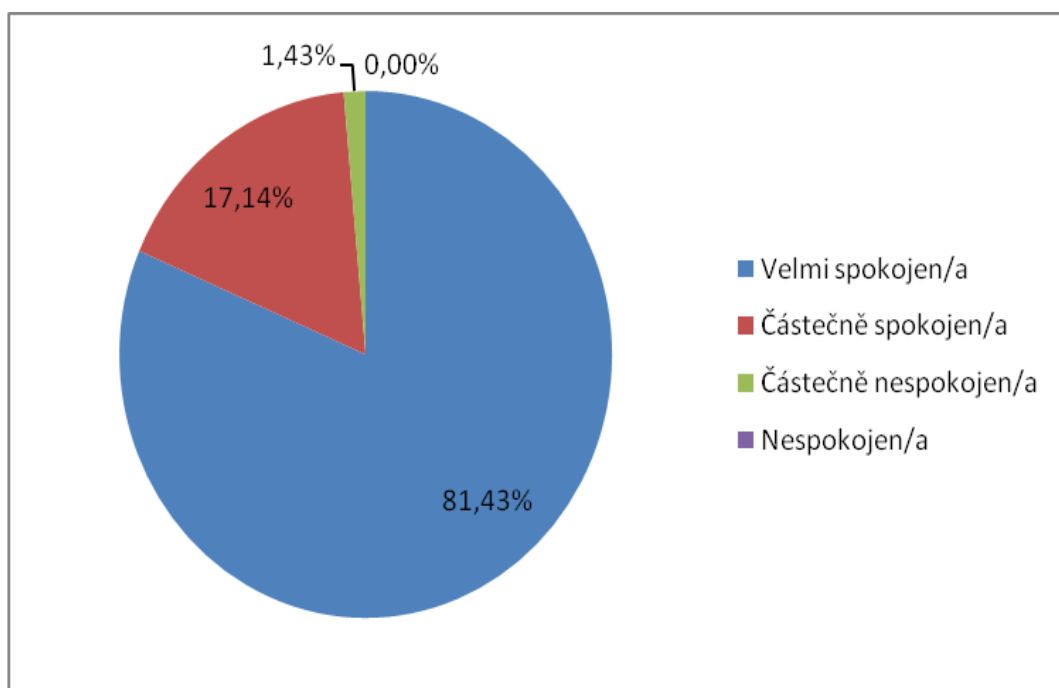
Graf 13: Úcta a respekt

U této otázky respondenti uvedli pouze kladné odpovědi, proto odpovědi typu spíše ne, ne nejsou zahrnuty v grafu. 51 (72,86 %) respondentů cítí, že personál k nim přistupuje a pečuje o ně s úctou a respektem a 19 (27,14 %) respondentů zvolilo odpověď spíše ano.

Otázka č. 15 - Jste spokojen/a s pomoci personálu v oblasti oblékání, svlékání, polohování, pomoc při jídle a dalších úkonech péče?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi spokojen/a	57	81,43 %
Částečně spokojen/a	12	17,14 %
Částečně nespokojen/a	1	1,43 %
Nespokojen/a	0	0,00 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 14: Spokojenost s pomocí personálu v denních činnostech



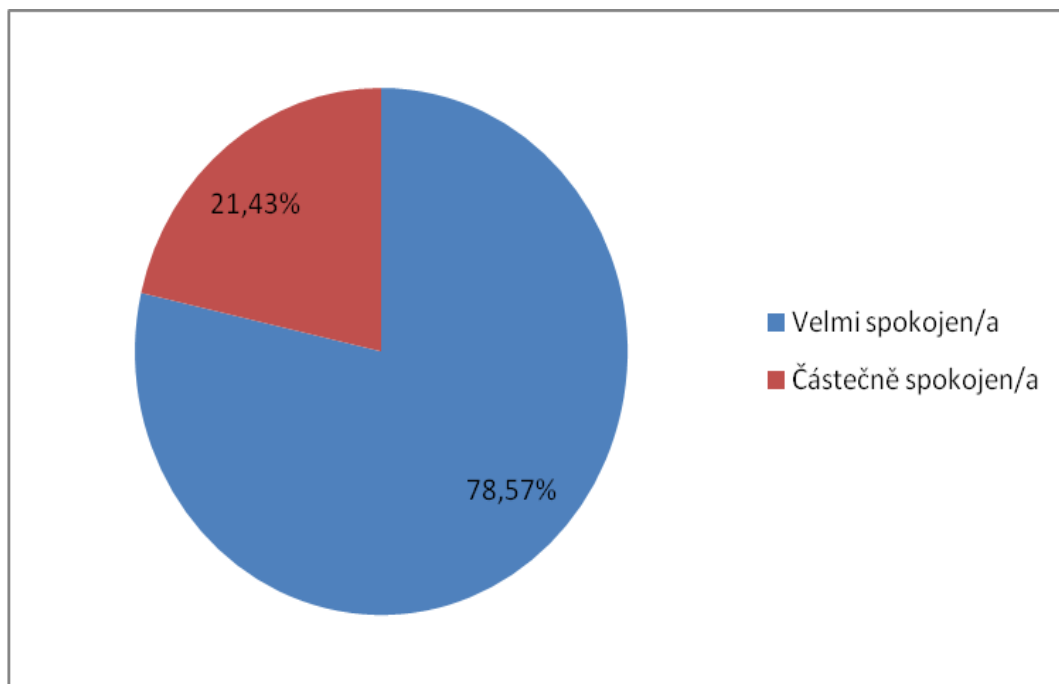
Graf 14: Spokojenost s pomocí personálu v denních činnostech

Z celkového počtu 70 (100,00%) respondentů bylo velmi spokojeno 57 (81,43 %) s pomoci personálu v základních denních činnostech. Částečnou spokojenost vyjádřilo 12 (17,14 %) klientů a jeden respondent (1,43 %) uvedl, že je částečně nespokojen.

Otázka č. 16 – Jste spokojen/a se zajištěním soukromí a intimity v pokoji při provádění osobní hygieny personálem?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi spokojen/a	55	79,00 %
Částečně spokojen/a	15	21,00 %
Částečně nespokojen/a	0	0,00 %
Nespokojen/a	0	0,00 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 15: Spokojenost se soukromím



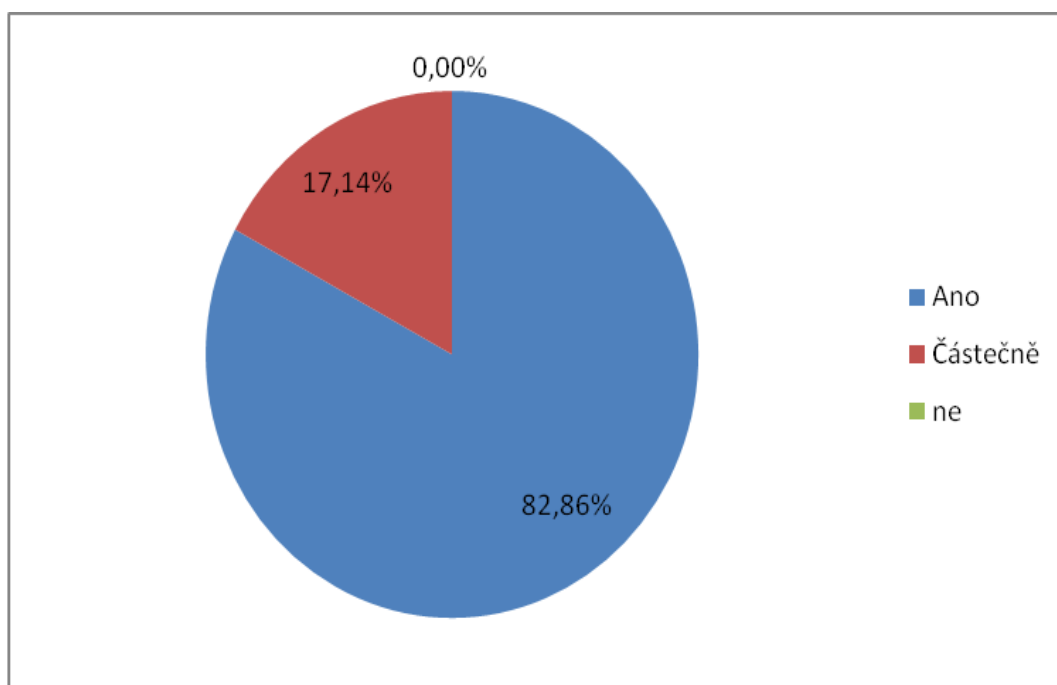
Graf 15: Spokojenost se soukromím

V této otázce, která se vztahuje na zajištění soukromí a intimity při hygieně bylo 55 (78,57 %) klientů velmi spokojeno a 15 (21,43 %) klientů částečně spokojeno. Žádný s respondentů nevedl v této oblasti nespokojenost, proto to na grafu není znázorněno.

Otázka č. 17 – Jste spokojen/a s denním režimem v domově?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	58	82,86 %
Částečně	12	17,14 %
ne	0	0,00 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 16: Spokojenost s denním režimem



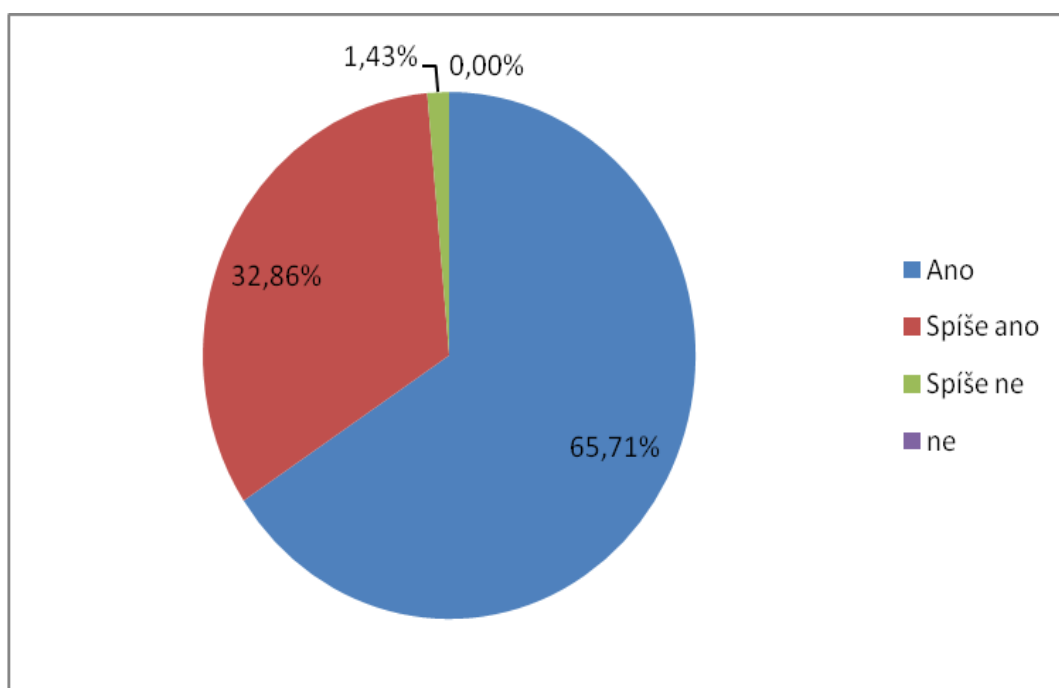
Graf 16: Spokojenost s denním režimem

S výsledku této otázky vyplývá, že 58 (82,86 %) klientů v domově pro seniory je spokojeno s denním režimem. 12 (17,14 %) je spokojeno částečně. Tuto odpověď někteří zvolili z důvodu včasného vstávání ke snídani, nebo by rádi přivítali více dobrovolníků z ADRY, kteří by se zaměřovali na přírodní životní styl a léčitelství. Odpověď ne, žádný s respondentů nevedl.

Otázka č. 18 – Máte pocit, že je Vám v domově dostatečně umožněno praktikovat Vaše zájmy a koníčky, které jste provozovala v minulosti?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	46	65,71 %
Spíše ano	23	32,86 %
Spíše ne	1	1,43 %
ne	0	0,00 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 17: Zájmy a koníčky



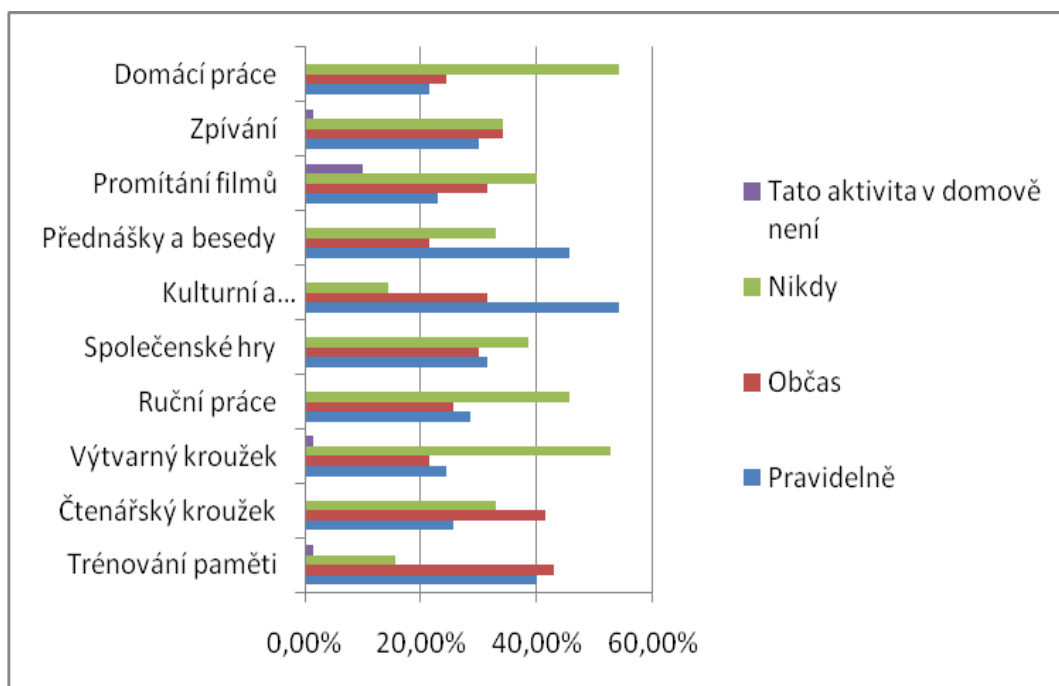
Graf 17: Zájmy a koníčky

Z výsledku průzkumu šetření vyplývá, že 46 (65,71 %) respondentům je umožněno praktikovat jejich zájmy a koníčky v domově. 23 (32,86 %) si myslí, že spíše ano a jeden respondent (1,43 %) z důvodu upoutání na elektrický vozík a časté únavě odpověděl spíše ne.

Otázka č. 19 – Jaké zájmové aktivity Vám domov pro seniory nabízí a jak často se jej zúčastňujete?

Odpověď	Pravidelně		Občas		Nikdy		Tato aktivita v domově není		Celkem	
	n	f %	n	f %	n	f %	n	f %	n	f %
Trénování paměti	28	40,00	30	42,86	11	15,71	1	1,43	70	100,00
Čtenářský kroužek	18	25,71	29	41,43	23	32,86	0	0,00	70	100,00
Výtvarný kroužek	17	24,29	15	21,43	37	52,86	1	1,43	70	100,00
Ruční práce	20	28,57	18	25,71	32	45,71	0	0,00	70	100,00
Společenské hry	22	31,43	21	30,00	27	38,57	0	0,00	70	100,00
Kulturní a společenské akce	38	54,29	22	31,43	10	14,29	0	0,00	70	100,00
Přednášky a besedy	32	45,71	15	21,43	23	32,86	0	0,00	70	100,00
Promítání filmů	16	22,86	22	31,43	28	40,00	4	10,00	70	100,00
Zpívání	21	30,00	24	34,29	24	34,29	1	1,43	70	100,00
Domácí práce	15	21,43	17	24,29	38	54,29	0	0,00	70	100,00

Tabulka 18: Aktivity nabízené domovem



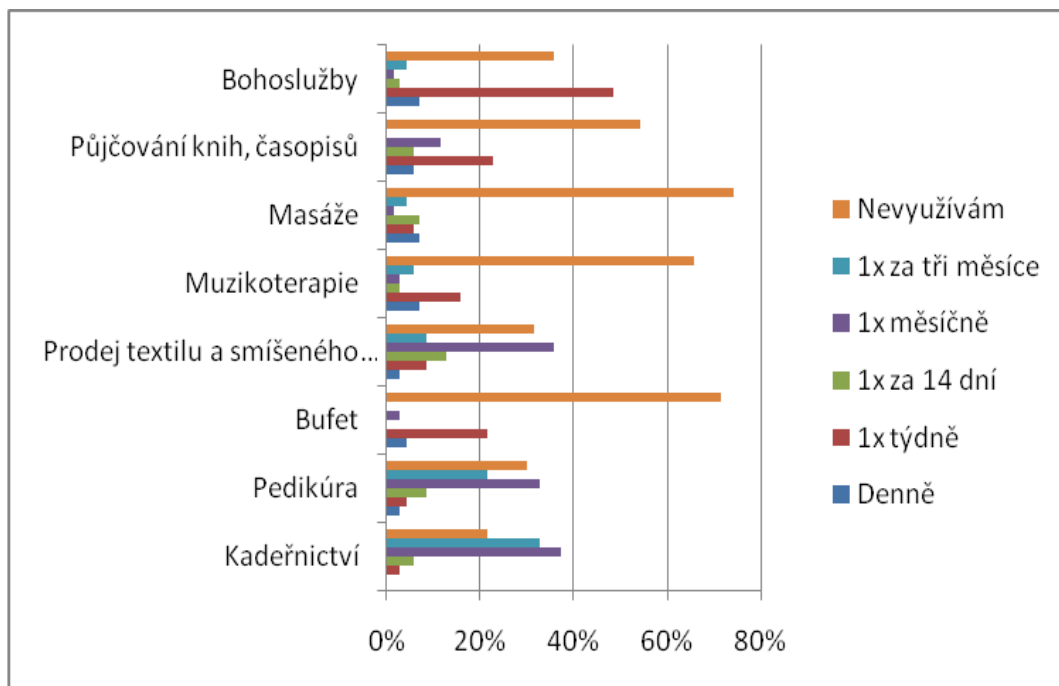
Graf 18: Aktivita nabízené domovem

Z průzkumu vyplývá, že domov pro seniory nabízí širokou škálu volnočasových aktivit, ale senioři je z velké části nevyužívají nebo ani o nich nevědí. Můžeme si to vysvětlit na příkladě promítání filmů kdy 16 (22,86 %) klientů se této volnočasové aktivity účastní pravidelně, zatímco 4 (10,00 %) respondenti ani nevědí, že tuto aktivitu v domově mají. Nejvíce seniorů 38 (54,29 %) se pravidelně účastní kulturních a společenských akcí, různých přednášek a besed 32 (45,71 %). Nejméně seniorů se účastní domácích prací 15 (21,43 %). Tady jsem pro lepší přehlednost zvolila jiný typ grafů.

Otázka č 20 – Jaké služby Vám domov nabízí, jak často jej využíváte?

Odpověď	Denně		1x týdně		1x za 14 dní		1x měsíčně		1x za tři měsíce		Nevyužívám		Celkem	
	n	f %	n	f %	n	f %	n	f %	n	f %	n	f %	n	f %
Kadeřnictví	0	0,00	2	2,86	4	5,71	26	37,14	23	32,86	15	21,43	70	100,00
Pedikúra	2	2,86	3	4,29	6	8,57	23	32,86	15	21,43	21	30,00	70	100,00
Bufet	3	4,29	15	21,43	0	0,00	2	2,86	0	0,00	50	71,43	70	100,00
Prodej textilu/ smíšeného zboží	2	2,86	6	8,57	9	12,86	25	35,71	6	8,57	22	31,43	70	100,00
Muzikoterapie	5	7,14	11	15,71	2	2,86	2	2,86	4	5,71	46	65,71	70	100,00
Masáže	5	7,14	4	5,71	5	7,14	1	1,43	3	4,29	52	74,29	70	100,00
Půjčování knih, časopisů	4	5,71	16	22,86	4	5,71	8	11,43	0	0,00	38	54,29	70	100,00
Bohoslužby	5	7,14	34	48,57	2	2,86	1	1,43	3	4,29	25	35,71	70	100,00

Tabulka 19: Služby nabízené domovem



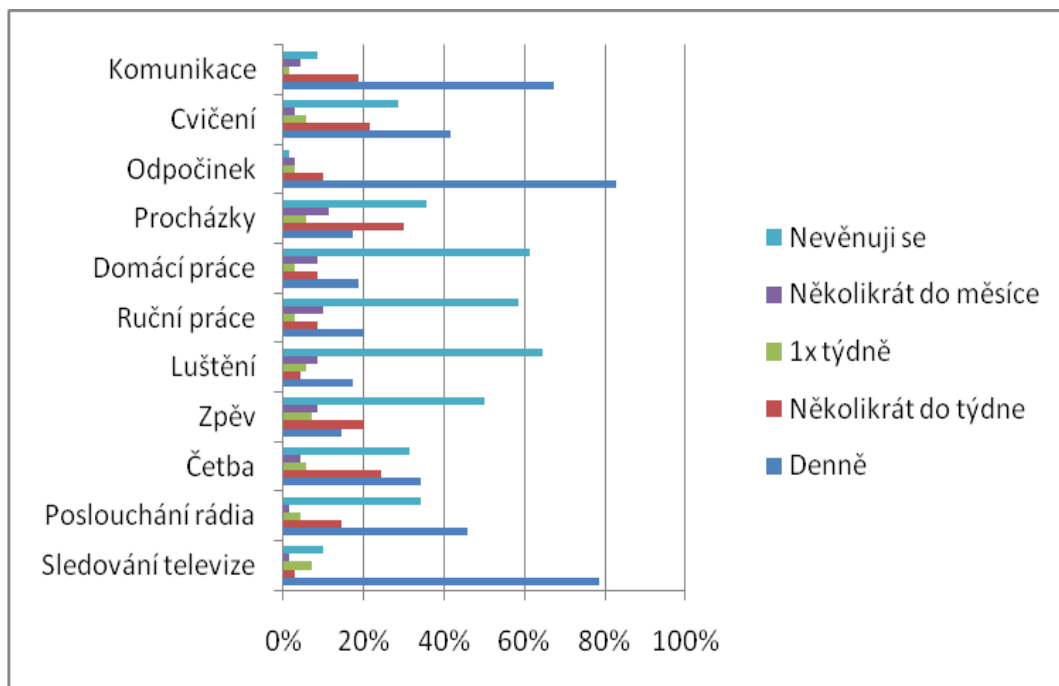
Graf 19: Služby nabízené domovem

Z výzkumného šetření vyplývá, že službu kadeřníka nejvíce respondentů 26 (37,14 %) využívá 1x měsíčně. Rovněž nejvíce respondentů 23 (32, 86%) využívá služeb pedikúry 1x měsíčně. Zatímco služby bufetu, muzikoterapie, masáže, půjčování knih nevyžívá víc jak polovina klientů. Pět (7,14 %) respondentů využívá masáže, muzikoterapii a bohoslužby denně. Nejvíce respondentů se 1x týdně účastní bohoslužeb 34 (48,57 %) a 1x za 14 dní si 9 (12,86 %) klientů zajde do obchodu. Pro lepší přehlednost jsem opět zvolila jiný typ grafů.

Otázka č. 21 – Jakým činnostem všedního dne se věnujete ve volném čase a jak často?

Odpověď	Denně		Několikrát do týdne		1x týdně		Několikrát do měsíce		Nevěnuji se		Celkem	
	n	f %	n	f %	n	f %	n	f %	n	f %	n	f %
Sledování televize	55	78,57	2	2,86	5	7,14	1	1,43	7	10,00	70	100,00
Poslouchání rádia	32	45,71	10	14,29	3	4,29	1	1,43	2 4	34,29	70	100,00
Četba	24	34,29	17	24,29	4	5,71	3	4,29	2 2	31,43	70	100,00
Zpěv	10	14,29	14	20,00	5	7,14	6	8,57	3 5	50,00	70	100,00
Luštění	12	17,14	3	4,29	4	5,71	6	8,57	4 5	64,29	70	100,00
Ruční práce	14	20,00	6	8,57	2	2,86	7	10,00	4 1	58,57	70	100,00
Domácí práce	13	18,57	6	8,57	2	2,86	6	8,57	4 3	61,43	70	100,00
Procházký	12	17,14	21	30,00	4	5,71	8	11,43	2 5	35,71	70	100,00
Odpočinek	58	82,86	7	10,00	2	2,86	2	2,86	1	1,43	70	100,00
Cvičení	29	41,43	15	21,43	4	5,71	2	2,86	2 0	28,57	70	100,00
Komunikace	47	67,14	13	18,57	1	1,43	3	4,29	6	8,57	70	100,00

Tabulka 20: Činnosti všedního dne



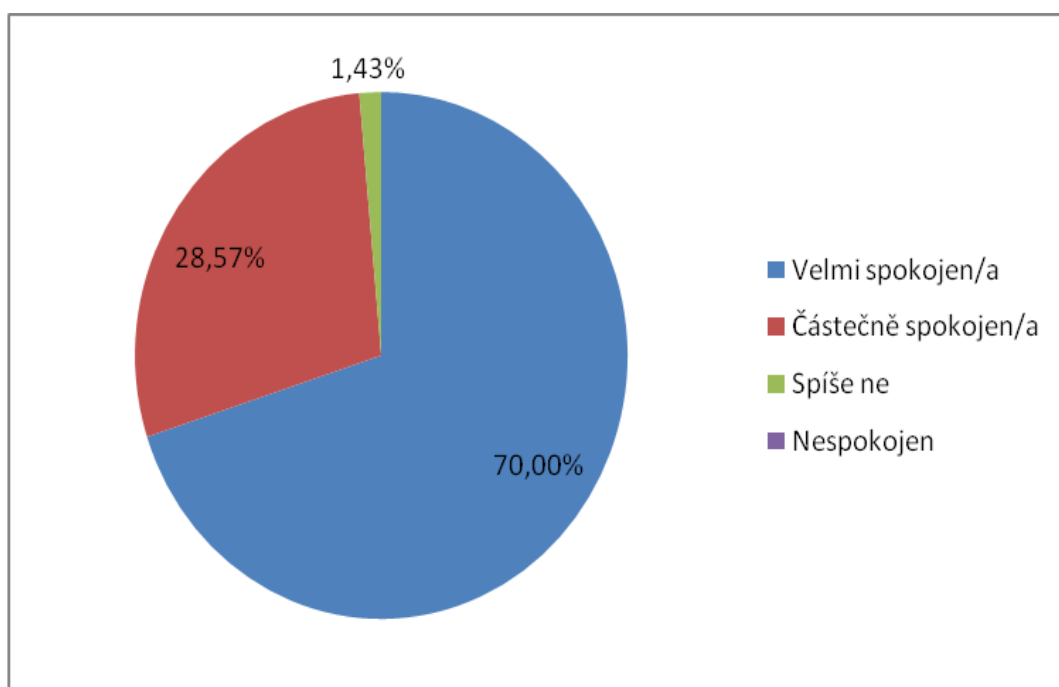
Graf 20: Činnosti všedního dne

Z grafu vyplývá, že nejvíce zodpovězenými aktivitami všedního dne, které respondenti provozují denně je sledování televize 55 (78,57 %), 32 (45,71 %) poslouchání rádia, čtení 24 (34,29 %), 58 (82,86 %) pravidelný odpočinek během dne, cvičení 29 (41,43 %) a komunikace s ostatními členy domova 47 (67,14 %). Naopak čtení 22 (31,43 %), zpěvu 35 (50,00 %), křížovkám 45 (64,29 %), ručním pracím 41 (58,57 %), domácím pracím 43 (61,43 %) se víc jak polovina klientů nevěnuje, nebo se jim věnuje velmi málo. Tady rovněž jsem použila pro lepší přehlednost typ grafů, které jsou použity již výše.

Otázka č. 22 – Jste spokojen/a s kvalitou stravy v domově?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi spokojen/a	49	70,00 %
Částečně spokojen/a	20	28,57 %
Spíše ne	1	1,43 %
Nespokojen	0	0,00 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 21: Spokojenost s kvalitou stravy



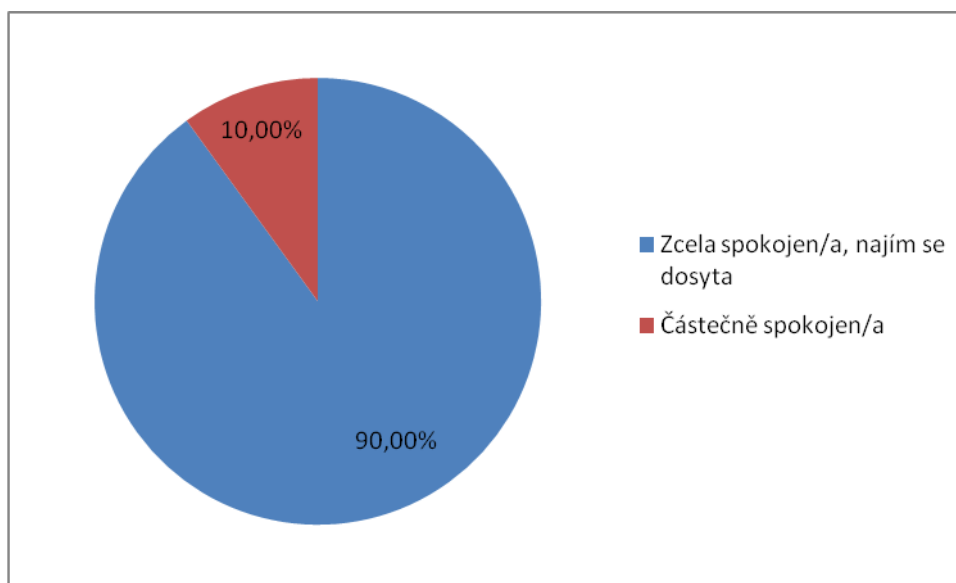
Graf 21: Spokojenost s kvalitou stravy

Z celkového počtu 70 (100,00 %) bylo 49 (70,00 %) respondentů velmi spokojeno s kvalitou stravy, částečně jich bylo spokojeno 20 (28,57 %). Jeden respondent (1,43 %) byl spíše nespokojen. Žádný s dotazovaných klientů nevedl celkovou nespokojenost, proto nebyl zahrnut v grafovém znázornění.

Otázka č. 23 – Jste spokojen/a s množstvím stravy?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zcela spokojen/a, najím se dosyta	64	90,00 %
Částečně spokojen/a	6	10,00 %
Částečně nespokojen/a	0	0,00 %
Částečně nespokojen/a, jídla by mohlo být více	0	0,00 %
Zcela nespokojen/a	0	0,00 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 22: Spokojenost s množstvím stravy



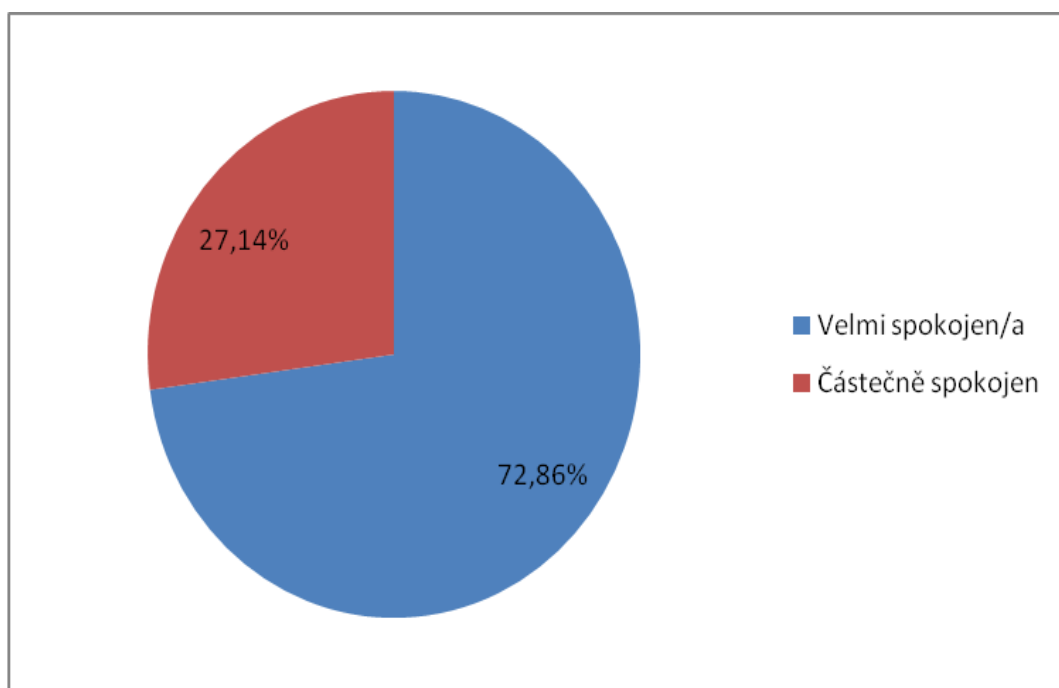
Graf 22: Spokojenost s množstvím stravy

Z grafu zcela vyplývá, že 64 (90,00 %) dotazovaných respondentů byla celkově spokojena s množstvím podávané stravy v domově. Částečně spokojeno jich bylo 6 (10,00 %). Odpověď částečně nespokojen/a, jídla by mohlo být více či zcela nespokojen nezakroužkoval žádný s respondentů, a proto nejsou zahrnuty v grafovém znázornění.

Otázka č. 24 – Jste spokojen/a s chutností stravy?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi spokojen/a	51	72,86 %
Částečně spokojen	19	27,14 %
Spíše ne	0	0,00 %
Nespokojen	0	0,00 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 23: Spokojenost s chutností stravy



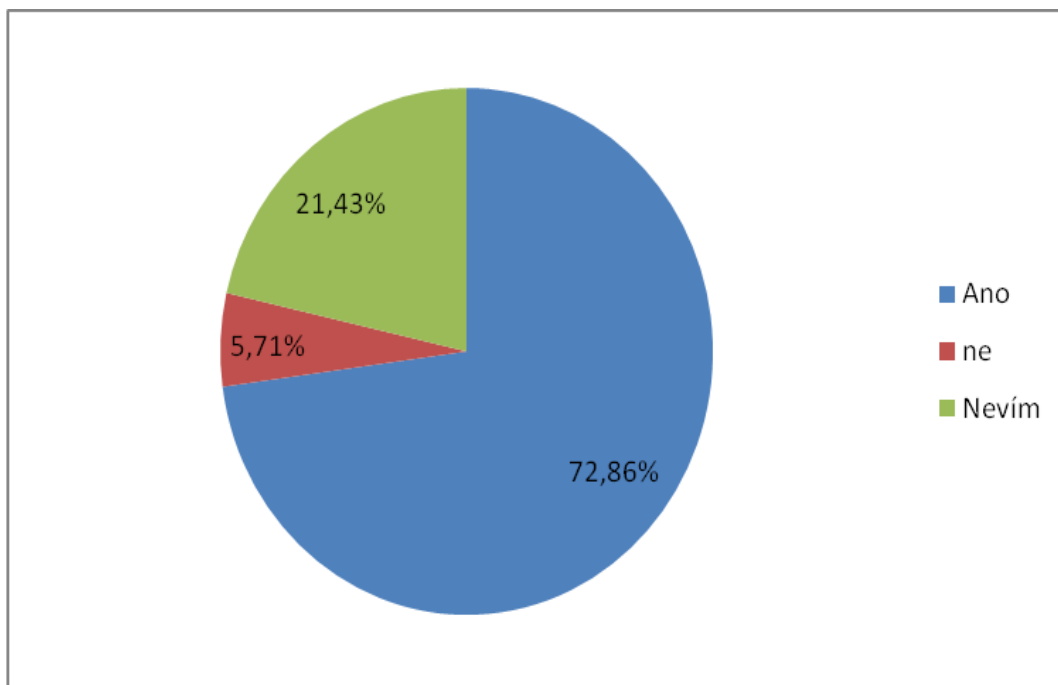
Graf 23: Spokojenost s chutností stravy

V této otázce 51 (72,86 %) respondentů odpovědělo, že je velmi spokojeno s chutností stravy. 19 (27,14 %) respondentů je spokojeno částečně. Odpověď spíše ne a nespokojen neuvedl žádný s respondentů, proto není ani zahrnuta v grafovém znázornění.

Otázka č. 25 – Myslíte si, že Vám zařízení umožňuje žít plnohodnotný život?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	51	72,86 %
Ne	4	5,71 %
Nevím	15	21,43 %
Celkem	70	100,00 %

Tabulka 24: Plnohodnotný život



Graf 24: Plnohodnotný život

Z celkového počtu 70 (100,00%) respondentů odpovědělo 51 (72,86 %) klientů, že jim zařízení umožňuje žít plnohodnotný život. Odpověď ne uvedli 4 (5,71%) dotazovaní respondenti a na tuto otázku nedokázalo odpovědět 15 (21,43 %) respondentů.

Otázka č. 26 – Co si myslíte, že by se dalo ještě v domově zlepšit?

Odpověď	Počet odpovědí
Více rehabilitačních aktivit	20
Záclony na pokoje	1
Oprava oken	1
Podávání večeře v talíři a ne v nerezových miskách	1
Větší účast lékaře na pokoji	1
Více místa na pokoji	1
Více společenských her	1
Stravování – bez omáček	1
Více personálu – více individuality ke klientům	1
Více pracovníku ADRY	2
Více canisterapie	1
Masáže	4
Muzikoterapie	2
Zesilovač zvuků	1
Vybavení pokojů	2
Lavičky	1

Tabulka 25: Co zlepšit v domově

Tato otázka byla otevřená a dobrovolná. Zde se klienti mohli vyjádřit, co vše by ještě chtěli zlepšit v domově. Na tuto otázku odpovědělo pouze 20 (29,00 %) z celkového počtu 70 (100,00 %) dotazovaných. Každý s klientů, který se k této otázce vyjádřil, uvedl, aby bylo v domově více rehabilitačních aktivit. Další položky viz. tabulka, byly připsány některými klienty k základní nejčastější odpovědi. Tabulka, je uvedena pouze pro přehlednost, co a kolik klientů by si ještě přálo něco v domově vylepšit. Není u ní zpracována absolutní a relativní četnost.

7 DISKUZE

Výzkumným záměrem mé bakalářské práce bylo zjistit a zhodnotit spokojenost klientů domova pro seniory. Na začátku práce jsem si stanovila cíle, k některému cíli i hypotézu. Na základě toho byly vytvořeny otázky a sestaven dotazník. Po vytvoření dotazníku byl proveden kvalitativně kvantitativní výzkum. Při zpracování výsledku jsem zjistila několik důležitých informací, nad kterými by bylo dobré se zamyslet a navrhnout k nim praxeologická opatření.

1. Zjistit, zda jsou senioři spokojeni s režimem a poskytovanými službami v příslušném zařízení.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 17, 20. S denním režimem domova jsou spokojeni všichni klienti (100,00 %). Někteří více, někteří méně. Nikdo neodpověděl záporně a ani se nijak k tomu nevyjádřil. Z počátku jsem si říkala, zdali to není ovlivněno délkou ubytování v domově, kdy klienti žijící zde už delší dobu si zvykli na denní režim, takto jim to vyhovuje a nechtějí na tom nic měnit. Ale potvrdilo se, že spokojení byli i klienti, kteří v domově žijí krátkou dobu. Mohu tedy říci, že denní režim klientům domova vyhovuje a jsou s ním spokojeni. Domov pro seniory rovněž nabízí svým klientům širokou škálu poskytovaných služeb, například: je to kadeřnictví, pedikúra, bufet, půjčovna knih. Nyní vám chci více přiblížit kolik respondentů z celkového počtu dotazovaných 70 (100,00 %) využívá jednotlivých služeb, a to bez ohledu častosti návštěv. Služeb kadeřníka využívá 55 klientů, nejčastěji je to 1x měsíčně. Služeb pedikúry jich využívá 49, do obchodu s textilem a smíšeným zbožím chodí nakupovat 48 klientů. Bohoslužeb se účastní 45 dotazovaných, 32 seniorů v určitých časových intervalech si chodí půjčovat knihy a časopisy. Další služeb domova využívá v počtu kolem 20 klientů. Tudiž nabídka je dostatečná, ale záleží na každém klientovi, zdali tyto služby využije.

2. Zjistit, spokojenost seniorů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a přístupem zdravotnického personálu.

Otázky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 se vztahují k tomuto cíli. Otázky č. 10, 11 zjišťují spokojenost klientů s přístupem ošetrovatelského personálu. Otázky č. 12, 13, 14 vztahují se na důvěru a respekt. Tyto otázky nám zjistí, v jaké míře klienti důvěřují ošetrovatelskému personálu, který o ně pečuje a komu z nich zvláště věří nejvíce. Při zpracování výsledku jsem zjistila, že více jak polovina klientů zcela důvěřuje

ošetřovatelskému personálu (60) a 9 jim důvěřuje částečně. Pouze jeden klient uvedl odpověď: částečně nedůvěřují. Rovněž jsem zjistila, že nejvíce klientů věří sestřím (66), na dalším místě je to vrchní sestra a sanitářky. Nejméně důvěřují lékaři a pomocnému personálu. Z toho vyplývá, že větší důvěru mají k osobám, se kterými jsou skoro v každodenním kontaktu, oproti lékařům, s kterými kontakt není až tak častý, přestože do zařízení pravidelně přicházejí. V otázce č. 14 jsem zjišťovala, zda ošetřující personál přistupuje k pacientům s náležitou úctou a respektem, což je velmi důležité pro celkovou spokojenost klientů v domovech pro seniory. Dle odpovědí je patrné, že všichni dotazovaní respondenti jsou spokojeni, přestože z celkového počtu 100,00 % odpovědělo 27,12 % spokojenost částečnou. Dle mého názoru je důležité při prvním kontaktu navodit pocit důvěry a dát klientovi najevo, že ho respektujeme, a chováme k němu úctu. Tyto hodnoty dáme najevo už jen tím, že se představíme a při komunikaci a rozhodování budeme respektovat jeho názory, neboť oni na to mají právo. Otázka č. 15 zjišťuje, zdali klienti jsou spokojeni s přístupem personálu, když potřebují pomoc v některé základní fyziologické činnosti, jako například v oblasti oblékání, svlékání, podávání stravy či pomoci s přemístěním na záchod, jelikož kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu už tyto činnosti nemůžou vykonat sami. Z celkového počtu 70 (100,00 %) respondentů uvedlo, že 57 (81,43 %) klientů je spokojeno s dopomocí a 12 (17,14 %) je spokojeno částečně. Pouze jeden klient odpověděl, že částečně spokojen není. Přesto je to velmi dobrý výsledek a poukazuje na vysokou profesionalitu zdravotníků přistupujících ke svým klientům, která je docílena pouze jejich odborným a neustálým vzděláváním. Otázka č. 16 nám zjišťovala, jestli personál při provádění osobní hygieny na pokojích nebo v koupelnách chrání stud pacientů pomoci zavírání dveří či používání záclon. Rovněž i tady můžeme vidět profesionální přístup zdravotníků, jelikož všichni klienti byli spokojeni. Z toho 55 (78,57 %) byla zcela spokojena a 15 (21,43 %) byla spokojena částečně.

3. Zjistit spokojenost seniorů se stravováním.

Hypotéze č. 1: Předpokládám, že více než polovina (60 %) respondentů nebude spokojena se stravováním.

Hypotézu mi měly ověřit otázky č. 22, 23, 24. Z výsledku otázky č. 22, která se ptala klientů, jak jsou spokojeni s kvalitou stravy. Kdy 49 (70,00 %) klientů uvedlo, že jsou velmi spokojeni, 20 (28,57 %) byli spokojeni částečně a jeden klient uvedl odpověď

spíše ne. Nebylo to z důvodu nedobrého jídla, ale spíše v čem se jídlo přináší. Přijde mu nedůstojné, že oběd a večeře je podávána v nerezových miskách místo talířů. U této otázky selhal můj předpoklad, neboť jsem si myslela, že právě spokojenost bude menší než polovina. Vycházela jsem z vlastních zkušeností při vykonávání brigády v domově pro seniory, kdy například snídaně u většiny klientů byly formou namočeného rohlíku s mlékem a přidáním do toho másla. Věřím, že některým tento druh snídaně může chutnat a je pro lidi, kteří už nemají zuby i lepší, ale když ten člověk to musí jíst každý den, připadá mi to takové nedůstojné. Nevím, zdali se pracovníkům nechce, nebo to zabírá více času udělat estetičtější snídani například podobě nakrájeného chleba na kostičky a takto podat. Klientovi více chutná, více toho sní. Otázka č. 23 se tázala klientů, zda jim vyhovuje množství stravy, kterou dostanou a nají se dosyta. Zde 64 (90,00 %) klientů uvedlo, že jsou zcela spokojeni s množstvím stravy a nají se dosyta. 6 (10,00 %) klientů zakroužkovalo odpověď částečně spokojen. Nikdo nebyl nespokojen a ani se k tomu nijak nevyjadřoval. Může se z toho usoudit, že klienti v domově jsou spokojeni, nají se dosyta a nehladoví. Otázka č. 24 zjišťuje, jak jsou klienti spokojeni s chutností stravování. Přičemž z celkového počtu 70 (100,00 %) respondentů uvedlo, že 51 (72,86 %) je velmi spokojeno a 19 (27,14 %) je spokojeno částečně. Odpovědi, které se vztahovaly na nespokojenost žádných s dotazovaných nevedl. V této otázce jsem si myslela, že klienti budou spokojeni, neboť kvalita chutnosti stravy v dnešní době je už na jiné úrovni, než jak to bylo v dřívější době, kdy jídla byla planá, málo ochucená, okořeněná. *Na základě těchto výsledků se hypotéza 1: Předpokládám, že více než polovina (60 %) respondentů nebude spokojena se stravováním, nepotvrdila.*

4. Zjistit, zdali mají senioři dostatečnou nabídku volno-časových aktivit a jestli jim tato nabídka vyhovuje.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že více než polovina (60 %) respondentů bude spokojena s nabídkou využití volno-časových aktivit.

Otázky č. 18, 19, 21 měly ověřit tuto hypotézu. Otázka č. 18 zjišťuje, jestli klientům v domově je v dostatečné míře umožněno praktikovat jejich zájmy a koníčky, které měli rádi a které vykonávali v minulosti. Více než polovina 46 (65,71 %) respondentů odpovědělo, že ano, 23 (32,86 %) klientů uvedlo v odpovědi, že spíše ano. Jeden respondent označil odpověď spíše ne, protože sám už nemůže chodit a ani na vozíku více jak 20 minut nevydrží sedět, jelikož na něho rychle padá únava. Určitě u této dotazníkové

otázky odpovědi musely být velmi ovlivněny momentálním zdravotním stavem dotazovaných respondentů a schopnosti se pohybovat. Z výsledku u otázky č. 4 můžeme vidět, že více než polovina dotazovaných klientů, kteří vyplňovali tento dotazník, byli schopní se samostatně pohybovat. 27 klientů se pohybuje i mimo budovu a 17 dotazovaných se samostatně pohybuje v zařízení domova, ale i přesto jsou ještě soběstační a můžou praktikovat své zájmy v domově. Svou spokojenost vyjádřili i ti, kteří už nejsou schopni se pohybovat, ale ví, že domov jim umožňuje a vychází vstříc, aby mohli v dostatečné míře praktikovat své zájmy. Otázka č. 19 má zjistit, jaké zájmové aktivity jsou seniorům nabízené v domově, a jak často se jej zúčastňují. Na začátku je nutno podotknout, že klienti v domově mají širokou škálu nabízených zájmových aktivit, problém je někdy v tom, že je nevyužívají, nebo ani nejsou informováni o dané aktivitě v domově. Aktivity, které víc jak 50,00 % nevyužívají klienti daného domova, jsou domácí práce a výtvarný kroužek. Další aktivity, které domov nabízí, z více jak 50,00 % jsou klienty využity. U některých aktivit klienti označili odpověď, že tato aktivita v domově není, i přesto že víc jak 90,00 % klientů se té aktivity v domově zúčastňuje. Z toho pouze vyplývá, jak už jsem výše uvedla, že tito klienti nejsou o dané aktivitě dostatečně informováni. Klienti rovněž ještě uvedli, že domov jim nabízí aktivitu jako je canisterapie, výuka na počítači nebo různé výlety. Otázka č. 22 zjišťuje, jakým činnostem všedního dne se klienti ve volném čase věnují. Nejvíce klientů odpočívá 69, komunikuje s ostatními lidmi v zařízení domova či mimo něj 64, nebo sledují televizi 63. Dále dle pořadí nejvíce cvičí 20, čtou 22, poslouchají rádio 24, chodí na procházky 25 nebo rádi zpívají 35. Naopak tomu je u takových činností jako je luštění křížovek, sudoku, provádění domácích prací (uklizení) nebo ručních prací (pletení), kdy klienti se jim věnují míň jak z 50,00 %. *Na základě těchto výsledků se hypotéza 2: Předpokládám, že více než polovina (60 %) respondentů bude spokojena s nabídkou využití volnočasových aktivit, potvrdila.*

5. Seznámit s výsledky šetření odpovědné pracovníky (management) příslušného zařízení, případně navrhnout účinná opatření.

Z výše uvedeného vyplývá, že většina klientů je spokojena s péčí, režimem, stravou a využitím volnočasových aktivit. Je zřejmé, že vzhledem k dnešní čím dál modernější době a vzhledem k demografickému vývoji můžeme předpokládat, že požadavky na čím dál kvalitnější péči a možnosti využití volnočasových aktivit

budou narůstat, proto je důležité, aby na tuto skutečnost byli připraveni jak poskytovatelé služeb Domova pro seniory tak kraj.

Nyní si dovolím připojit i návrh doporučení, které by mohlo zlepšit ještě více spokojenost klientů žijících v domově pro seniory:

- získat finanční prostředky v takové výši, aby mohla být služba personálně posílena, což by mohlo přispět k individuálnímu přístupu ke klientovi a více s ním strávenému času;
- více spolupracovat s rodinou klienta;
- zefektivnit informovanost klientů o všech možných volnočasových aktivitách, které jsou nabízené domovem.(např. navrhnout na každém podlaží nástěnku, kde by byl vyvěšen seznam dostupných aktivit);
- zlepšit informovanost u klientů o všech možných službách, které domov poskytuje, a které může klient využít (např. navrhnout na každém podlaží nástěnku, kde by byl vyvěšen seznam všech dostupných služeb, které klienti mohou využívat);
- navázat větší spolupráci s volontéry;
- pokusit se získat finanční prostředky v takové výši aby mohl být zaměstnán alespoň ještě jeden fyzioterapeut;
- pokusit se získat finanční příspěvek na modernější vybavení pokojů, opravu oken;
- umožnit klientům větší osobní kontakt s ošetřujícím lékařem;
- průběžně zjišťovat úroveň poskytované ošetrovatelské péče a spokojenost klientů pomocí krátkých dotazníků;
- pravidelně kontrolovat přístup zdravotnické personálu k seniorům. (vrchní sestrou, staniční sestrou).

ZÁVĚR

Při vyslovení slova „stáří“ se může většině z nás podvědomě vybavit slovo nemoc, neschopnost, nepotřebnost, nuda, což může vyvolat u mnoha lidí nechuť, rezignaci. Teprve když se zamyslíme a uvidíme i druhou stránku stáří jako je moudrost, zkušenost, čas na volnočasové aktivity, koníčky, přátele, rodinu, se nám uleví a řekneme si, že se na něj i těšíme. Při větším zamyšlení máme pochybnosti, zdali je tomu opravdu tak. Co když nám ve stáří zdraví už nebude tolik sloužit, onemocníme a octneme se v situaci, kdy budeme závislí na pomoci druhých. Co bude dál? Kde půjdeme? Nechají nás naše děti ve vlastním domově a budou chtít o nás pečovat? Nebo skončíme v domovech pro seniory? Tuto otázku si snad položí každý občan v produktivním věku. Někteří lidé jdou do domova proto, aby nebyli své rodině na obtíž, jiní se tam dokonce těší, neboť už nemají nikoho, kdo by se o ně postaral, ale někteří tam jdou proti své vůli, jelikož tam jsou „odloženi“ svými příbuznými.

Proto jsem chtěla prostřednictvím této práce zjistit, jaká je v dnešní době spokojenost klientů ubytovaných v domovech pro seniory. Z průzkumu vyplývá, že většina klientů je spokojena s pobytem v domově, s jeho režimem, dostatečnou pomocí personálu, stravováním a využitím volnočasových aktivit. Cíl práce byl proto šetřením naplněn. Výsledky byly předány i s možným praxeologickým opatřením paní vedoucí daného domova pro seniory. (Viz Příloha P 4, v kroužkové vazbě).

Díky této bakalářské práci, jsem měla možnost nahlédnout do každodenního života lidí, žijících v domech pro seniory. Dozvěděla jsem se, co se klientům nelíbí, co jim schází, co by chtěli změnit nebo naopak s čím jsou v domově velmi spokojeni. Rovněž jsem získala cenné informace pro svůj další pracovní rozvoj. Věřím, že tato práce může být přínosem pro domov seniorů, kde byl výzkum proveden, jako návrh ke zvyšování spokojenosti všech klientů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečně-pohybová terapie*. 1. Vydání. Praha: Triton, 2005. s. 119. ISBN 80-7254-547-7.
- [2] DRAPELA, V. J., BALCAR, K. *Přehled teorií osobnosti*. 5. Vydání, Praha: Portál, 2008. s. 175. ISBN 978-80-7367-505-9.
- [3] FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. 1. Vydání, Praha: Grada, 2009. s. 136. ISBN 978-80-247-2480-5.
- [4] HAMILTON, S., Ian; KREJČÍ, J. *Psychologie stárnutí*. 1. Vydání, Praha: Portál, 1999. s. 319. ISBN 8071782742.
- [5] HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. Vydání, Praha: Portál, 2004. s. 311. ISBN 8071788031.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. Vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 365. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [7] HROZENSKÁ, M. *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. s. 180. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [8] HRŮZA, Z. *Věda o stárnutí*. Praha: Academia, 1966. s. 122. ISBN 21-043-66.
- [9] JELÍNKOVÁ, J. a Kolektiv. *Ergoterapie*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2009. s. 270. ISBN 978-80-7367-583-7.
- [10] KALVACH, Z. et al. *Úvod do gerontologie a geriatricie*. 1. Vydání, Praha: Karolinum, 1997. s. 193. ISBN 80-7184-366-0.
- [11] KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. s. 44. ISBN 80-7262-455-5.
- [12] KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. *Geriatricie a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. s. 864. ISBN 80-247-0548-6.
- [13] KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. s. 336. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [14] KANTOR, J. a Kolektiv. *Základy muzikoterapie*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. s. 295. ISBN 978-80-247-2846-9.

- [15] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. s. 202. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [16] KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Brno: CERM, 2001. s. 179. ISBN 80-214-1844-3.
- [17] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2009. s. 175. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [18] KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. Vydání. Olomouc: ANAG, 2005. s. 303. ISBN 8072632752.
- [19] KRÁTKÁ, A. *Sdílení sociálních znalostí v týmech pečujících o seniory: sborník příspěvků z konference Sdílení sociálních znalostí v týmech pečujících o seniory, pořádané v rámci projektu GA ČR č. 406/07/1248 4. září 2008*. 1. Vydání. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2008. s. 63. ISBN 978-80-7318-788-0.
- [20] KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. 1. Vydání. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. s. 159. ISBN 978-80-7318-726-2.
- [21] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 368. ISBN 80-247-1284-9.
- [22] MARTINEK, M. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: Jabok, 2008. s. 175. ISBN 978-80-904137-2-6.
- [23] MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. Vydání. Brno: NCO NZO, 2006, s. 67. ISBN 80-7013-436-4.
- [24] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. Vydání, Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. s. 203. ISBN 80-210-3345-2.
- [25] MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. Vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s. 295. ISBN 80-244-1075-3.
- [26] POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. s. 160. ISBN 978-80-247-3271-8.

- [27] POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. Vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. s. 86. ISBN 80-7013-440-2.
- [28] POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. Vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. s. 100. ISBN 978-80-7013-466-5.
- [29] ROSŁAWSKI, A. *Jak zůstat fit ve stáří: [cvičení a pohybové hry pro seniory, zdravý životní styl ve stáří, pohyb v době nemoci]*. 1. Vydání. Brno: Computer Press, 2005. s. 71. ISBN 8025107744.
- [30] ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. Vydání, Praha: Portál, 2004. s. 390. ISBN 8071788295.
- [31] DOSTÁLOVÁ, B., NAHODILOVÁ H. Prevence pádů ve zdravotnictví. *Sestra*. č. 1, ročník 21, 2011. s. 31-32. ISSN 1210-0404.
- [32] ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 211. ISBN 80-247-1148-6.
- [33] ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2002. s. 167. ISBN 8071786160.
- [34] ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. Vydání, Praha: Portál, 2004. s. 136. ISBN 80-7178-920-8.
- [35] TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. Vydání. Praha: Galén, 2005. s. 270. ISBN 8072623656.
- [36] VACÍNOVÁ, M., TRPIŠOVSKÁ, D., FARKOVÁ, M. *Psychologie*. 1. Vydání, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. s. 189. ISBN 978-80-86723-47-1.
- [37] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. Vydání, Praha: Portál, 2000. s. 528. ISBN 8071783080.
- [38] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. 1. Vydání. Praha: Karolinum, 2007. s. 461. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [39] VELEMÍNSKÝ, M. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. s. 335. ISBN 978-80-7322-109-6.

[40] VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2007. s. 96. ISBN 978-80-247-2170-5.

[41] WIŚNIEWSKA – ROSZKOWSKA, K. *Starość jako zadanie*. Warszawa: PAX, 1989. s. 146. ISBN 83-21-0961-6.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

[42] 2006/108 Sb. Zákon o sociálních službách [online]. [cit. 2011-04-05]. Dostupné z: <<http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm>>.

[43] Sociální služby města Třinec [online]. [cit. 2011-04-05]. Dostupné z: <<http://www.ssmc.cz/>>.

[44] Město Třinec [online]. [cit. 2011-04-10]. Dostupné z: <<http://www.trinecko.cz/dotazy.php?stranka=2>>.

[45] Sociální služby města Třinec [online]. [cit. 2011-04-05]. Dostupné z: <<http://www.ssmc.cz/>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

č.	Číslo
Et. al.	A kolektiv
f	Relativní četnost
H	Hypotéza
n	Absolutní četnost
např.	Například
s.	Strana
Viz.	Najdete na ...

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1: Pohlaví respondentů</i>	39
<i>Graf 2: Věk respondentů</i>	40
<i>Graf 3: Délka pobytu respondentů v domově pro seniory</i>	41
<i>Graf 4: Schopnost se pohybovat</i>	42
<i>Graf 5: Navázání nových kontaktů</i>	43
<i>Graf 6: Návštěvnost rodinných příslušníků</i>	44
<i>Graf 7: Návštěvnost respondentů někým jiným</i>	45
<i>Graf 8: Návštěvnost klienta svých příbuzných</i>	46
<i>Graf 9: Strávený čas u příbuzných</i>	47
<i>Graf 10: Spokojenost s přístupem ošetrovatelského personálu</i>	48
<i>Graf 11: Důvěra v péči</i>	49
<i>Graf 12: k ošetrujícímu personálu</i>	50
<i>Graf 13: Úcta a respekt</i>	51
<i>Graf 14: Spokojenost s pomocí personálu v denních činnostech</i>	52
<i>Graf 15: Spokojenost se soukromím</i>	53
<i>Graf 16: Spokojenost s denním režimem</i>	54
<i>Graf 17: Zájmy a koníčky</i>	55
<i>Graf 18: Aktivity nabízené domovem</i>	57
<i>Graf 19: Služby nabízené domovem</i>	59
<i>Graf 20: Činnosti všedního dne</i>	61
<i>Graf 21: Spokojenost s kvalitou stravy</i>	62
<i>Graf 22: Spokojenost s množstvím stravy</i>	63
<i>Graf 23: Spokojenost s chutností stravy</i>	64
<i>Graf 24: Plnohodnotný život</i>	65

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Pohlaví respondentů</i>	39
<i>Tabulka 2: Věk respondentů</i>	40
<i>Tabulka 3: Délka pobytu respondentů v domově pro seniory</i>	41
<i>Tabulka 4: Schopnost se pohybovat</i>	42
<i>Tabulka 5: Navázání nových kontaktů</i>	43
<i>Tabulka 6: Návštěvnost rodinných příslušníků</i>	44
<i>Tabulka 7: Návštěvnost respondentů někým jiným</i>	45
<i>Tabulka 8: Návštěvnost klienta svých příbuzných</i>	46
<i>Tabulka 9: Strávený čas u příbuzných</i>	47
<i>Tabulka 10: Spokojenost s přístupem ošetrovatelského personálu</i>	48
<i>Tabulka 11: Důvěra v péči</i>	49
<i>Tabulka 12: Důvěra k ošetřujícímu personálu</i>	50
<i>Tabulka 13: Úcta a respekt</i>	51
<i>Tabulka 14: Spokojenost s pomocí personálu v denních činnostech</i>	52
<i>Tabulka 15: Spokojenost se soukromím</i>	53
<i>Tabulka 16: Spokojenost s denním režimem</i>	54
<i>Tabulka 17: Zájmy a koníčky</i>	55
<i>Tabulka 18: Aktivity nabízené domovem</i>	56
<i>Tabulka 19: Služby nabízené domovem</i>	58
<i>Tabulka 20: Činnosti všedního dne</i>	60
<i>Tabulka 21: Spokojenost s kvalitou stravy</i>	62
<i>Tabulka 22: Spokojenost s množstvím stravy</i>	63
<i>Tabulka 23: Spokojenost s chutností stravy</i>	64
<i>Tabulka 24: Plnohodnotný život</i>	65
<i>Tabulka 25: Co zlepšit v domově</i>	66

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P1: AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTÍ SENIORŮ

PŘÍLOHA P2: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA P3: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P4: SEZNÁMENÍ MANAGEMENTU S VÝSLEDKY PRŮZKUMU A
NAVRHNUTÍ PRAXEOLOGICKÉHO OPATŘENÍ

PŘÍLOHA P I: aktivizační činnosti seniorů

ARTETERAPIE – je to léčba pomocí umění, která zahrnuje poezii, hudbu, tanec, divadlo a výtvarné umění. Nejčastěji se využívá u osob s tělesným, duševním nebo mentálním postižením. Arteterapii dělíme na receptivní a produktivní. Receptivní arteterapie je vnímání určitého uměleckého díla. Pomáhá člověku vyjádřit své emoce do uměleckého díla. Zde patří návštěvy galérii a výstav nebo poslouchání videozáznamu s rozhovory o výtvarných uměních. Dále je Arteterapie produktivní, která používá konkrétní tvůrčí činnosti jako je modelování či kresba. Hlavním cílem arteterapie je uvolnění, sebe vnímání, uspořádání vlastních zážitků, sebehodnocení, růst osobní svobody, rozvoj fantazie ale také pomáhá při navazování nových kontaktů, vnímání a přijetí nových lidí a společné řešení konfliktů. U seniorů je především aplikována při procvičování krátkodobé paměti, posílení vlastní hodnoty a vědomí, je rovněž takovou rehabilitací jemné motoriky. Pomáhá se jim přizpůsobit nové životní situaci a při změnách v ekonomické a sociální oblasti, které nastaly vlastním stářím (Šicková, 2002).

CANISTERAPIE – terapie, která využívá pozitivní přítomnost psa na zdraví člověka. Je součástí zooterapie. Jde o formu psychoterapie, která je založena na kontaktu člověka se psem, který je mu vynikajícím společníkem. Canisterapie podporuje verbální a neverbální komunikaci, rozvíjí jemnou a hrubou motoriku a zlepšuje vzájemný vztah mezi klientem a ostatními lidmi. Může být taky využita k zlepšení kvality života, k rozvoji sociálního citění, snížení agresivity, k trénování koncentrace, a zvýšení pozornosti. V zařízeních sociální péče přináší pravidelná canisterapie novou aktivitu, narušení každodenního stereotypu dané ústavní péče a rovněž možnosti se naučit něčemu novému a k získání nových dovedností. Skrze psa může člověk lépe navázat mezilidské vztahy, přináší jim do každodenního života radost. Canisterapie pomáhá seniorům zvýšit kvalitu života, sebevědomí, zmírnit stres, zbavit se pocitu osamělosti, zlepšit adaptaci a zlepšit jemnou motoriku ruky (Velemínský a kol., 2007).

REMINISCENČNÍ TERAPIE – je to metoda práce, která pomáhá lidem oživit paměť, vyvolává u nich vzpomínky, které se už udály v minulosti a jsou pro ně velmi důležité. Lidé formou slov ale také pomocí starých fotografií, novin, předmětů se dělí vlastními

zkušenostmi, vzpomínkami se svými vrstevníky. Cílem této terapie je udržení současného stavu seniora tak, aby se cítil spokojený, a aby byla zachována jeho důstojnost. Reminiscenční terapie vyvolává u starších lidí pocit, že jejich život má smysl, a přinesl jim mnoho zážitků, radosti i bolesti, ale jsou rádi, že nyní své zkušenosti mohou předávat dalším lidem, a navíc zaměstnávají svoji paměť a myšlení. Nejčastěji se využívá tato terapie u lidí se ztrátou paměti, u seniorů a lidí s demencí (Hrozenská a kol., 2008).


MUZIKOTERAPIE – je to terapie za pomoci hudby nebo hudebních elementů (zvuku, melodie, rytmu). Cílem této terapie je rozvinout komunikaci, sebevyjádření, vztahy, pohyblivost, a také navýšit kvalitu života u daného jedince. Hudba pomáhá snížit bolest, úzkost, stres, odvrátí pozornost od nemoci, zlepší náladu. Tato terapie je využívána nejčastěji u osob s těžkým vývojovým postižením, u seniorů trpících demencí, kteří vnímají hudbu jako jednu z mála prostředků komunikace. Dále se využívá u lidí nemocných upoutaných na lůžko, s těžkým tělesným postižením, u nízkého sebevědomí, jedinci s komunikačními obtížemi, depresí a sociálně izolovaných (Kantor a kol., 2009).


ERGOTERAPIE – dříve také nazývána léčba prací. Podle definice České asociace ergoterapeutů (In Jelínková, 2009, str. 13) je „ergoterapie profesí, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity.“ Hlavním cíle terapie je dosáhnout toho, aby klient sám mohl vykonat činnosti v oblasti péče o sebe, aby byl schopný produktivity, aktivního využití volného času a znovu zapojení se do sociálního prostředí (Jelínková a kol., 2009).

TANEČNÍ TERAPIE - je definována jako proces psychoterapeutického užití pohybu, za účelem dosažení vzájemného fyzického a emočního spojení. Tanec umožňuje člověku lépe poznat své tělo, styl pohybu a propojit ho s momentálním emočním stavem. Tímto způsobem si může jedinec uvědomit vlastní pocity a chování. Cílem taneční terapie je vyvolání změn v chování a duševním životě (Čížková, 2005).

POHYBOVÉ AKTIVITY – existují různé druhy pohybu jako například tělesná cvičení, pohybové hry, plavání, turistika, sportovně rekreační aktivity a jiné. Pohyb velmi dobře působí na činnost nervového systému a na mechanismy regulující krevní oběh. Zmírňuje depresivní, neurotické stavy a poruchy spánku. Rovněž pohyb zlepšuje činnost dýchacích svalů, pohybového ústrojí, zpožďuje proces stárnutí, a tím prodlužuje fyzickou výkonnost a životní spokojenost. Rovněž je velmi účinný při snižování nadváhy. U seniorů se jako pohybové aktivity doporučují procházky, jízda na kole, plavání a vodní sporty, badminton, dechová cvičení a fyzické cvičení, které je samozřejmě přizpůsobeno zdravotnímu stavu seniora. Tyto sportovní aktivity lidem radost, zbaví je každodenního stresu a předchází vzniku nemocí jako je například vysoký krevní tlak, infarktu myokardu, koronární tepen dolních končetin a vzniku osteoporózy (Rosławski, 2005).

PŘÍLOHA P2: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

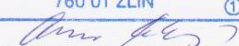
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

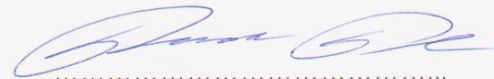
Jméno a příjmení studenta	KATARZYNA SIKOROVÁ
Téma bakalářské práce	Spokojenost seniorů v ústavním zařízení
Skupina respondentů	Seniori v ústavním zařízení
Pracoviště	Domov pro seniory

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 31. 1. 2011.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
760 01 ZLÍN


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P 3: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Sikorová Katarzyna a jsem studentkou studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci státních závěrečných zkoušek vypracovávám bakalářskou práci na téma „Spokojenost seniorů v ústavním zařízení“. Součástí mé bakalářské práce je průzkumná část, kdy dotazníkovou metodou získávám potřebná data. Proto se obracím na Vás s prosbou o pečlivé vyplnění tohoto dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní a Vámi poskytnuté údaje budou zpracovány pouze pro potřeby bakalářské práce a nebudou jinak zneužity.

Předem Vám děkuji za čas, věnovaný dotazníku a děkuji Vám za spolupráci.

Sikorová Katarzyna

Pokyny pro vyplnění:

Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte jednu odpověď, a to tu, se kterou se nejvíce ztotožňujete. U otázek s volnou odpovědí prosím doplňte dle svého uvážení.

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Věk

3. Délka Vašeho pobytu v domově pro seniory

4. Zdravotní stav Vám dovoluje pohybovat se:

- a) samostatně v budově i venku
- b) jenom v zařízení domova, vyjít ven se neodvážím
- c) bez pomoci se neobejdu
- d) jsem na lůžku
- e) jiné (prosím, doplňte).....

5. Našel(a) jste si mezi ostatními klienty domova nové přátele či nějakou spřízněnou duši?

- a) ano, našel/našla jsem si tu mnoho přátel
- b) ano, s pár lidmi jsem se tu seznámil/a
- c) spíše ne, těžko navazují nové kontakty
- d) ne, neměl/a jsem zájem
- e) jiné (prosím, doplňte).....

6. Jak často Vás navštěvují rodinní příslušníci?

- a) každý den
- b) několikrát za týden
- c) 1x za 14 dní
- d) jednou za měsíc
- e) delší časový interval
- f) ne, nenavštěvují

7. Navštěvuje Vás v domově kromě rodiny někdo jiný?

- a) ano, přátelé
- b) ano, chodí zde dobrovolníci
- c) ne, nikdo jiný už za mnou nechodí
- d) někdo jiný (prosím, uveďte)

8. Navštěvujete i Vy své příbuzné?

- a) ano, minimálně 2x do měsíce
- b) ano, ale není to tak často
- c) ano, jednou za rok, na Vánoce
- d) nenavštěvuji (prosím, uveďte důvod)

9. Jak dlouhý čas strávíte u svých příbuzných, když k nim přijedete na návštěvu?

.....

10. Jste spokojen/a s přístupem ošetřovatelského personálu k Vaší osobě?(pokud zvolíte odpověď a), b), pokračujte otázkou číslo 12, v případě odpovědi c), d), pokračujte otázkou číslo 11)

- a) zcela spokojen/a
- b) částečně spokojen/a
- c) částečně nespokojen/a
- d) zcela nespokojen/a

11. Uveďte důvody své nespokojenosti s přístupem ošetřovatelského personálu?

.....
.....
.....

12. Důvěřujete ošetřovatelskému personálu, který o Vás pečuje?

- a) zcela důvěřuji
- b) částečně důvěřuji
- c) částečně nedůvěřuji
- d) zcela nedůvěřuji

13. Komu nejvíce důvěřujete?

- a) sestřám
- b) sanitářkám
- c) pomocnému personálu
- d) lékaři/lékaře
- e) vrchní sestře
- f) jiné (prosím, doplňte)

14. Cítíte, že je o Vás pečováno s úctou a respektem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

15. Jste spokojen/a s pomocí personálu v oblasti oblékání, svlékání, polohování, pomoc při jídle a dalších úkonech péče?

- a) velmi spokojen/a
- b) částečně spokojen/a
- c) částečně nespokojen/a
- d) nespokojen/a

16. Jste spokojen/a se zajištěním soukromí a intimity v pokoji při provádění osobní hygieny personálem (zavírání dveří, používání paravánů/záclon mezi klienty, atd.)?

- a) velmi spokojen/a
- b) částečně spokojen/a
- c) částečně nespokojen/a
- d) nespokojen/a

17. Jste spokojen/a s denním režimem v domově (vstávání, doba podávání jídla, čas zájmových aktivit, atd.)

- a) ano
- b) částečně
- c) ne (prosím, uveďte co byste změnil/a?)

.....

.....

.....

18. Máte pocit, že je Vám v domově dostatečně umožněno praktikovat Vaše zájmy a koníčky, které jste provozovala v minulosti?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

19. Jaké zájmové aktivity Vám domov pro seniory nabízí a jak často se jej zúčastňujete?

Pravidelně 1	Občas 2	Nikdy 3	Tato aktivita v domově není 4			
Trénování paměti			1	2	3	4
Čtenářský kroužek			1	2	3	4

Výtvarný kroužek	1	2	3	4
Ruční práce	1	2	3	4
Společenské hry	1	2	3	4
Kulturní a společenské akce	1	2	3	4
Přednášky a besedy	1	2	3	4
Promítání filmů	1	2	3	4
Zpívání	1	2	3	4
Domácí práce	1	2	3	4
Jiné aktivity nabízené domovem seniorů, prosím uveďte:				
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4

20. Jaké služby Vám Domov nabízí, jak často jej využíváte?

Denně	1x týdně	1x za 14 dní	1x měsíčně	1x za tři měsíce	
1	2	3	4	5	
Kadeřnictví	1	2	3	4	5
Pedikúra	1	2	3	4	5
Bufet	1	2	3	4	5
Prodej textilu a smíšeného zboží	1	2	3	4	5
Muzikoterapie	1	2	3	4	5
Masáže	1	2	3	4	5
Půjčování knih, časopisů	1	2	3	4	5
Bohoslužby	1	2	3	4	5
Jiné aktivity nabízené domovem seniorů, prosím uveďte:					
	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

21. Jakým činnostem všedního dne se věnujete ve volném čase a jak často?

Denně 1	Několikrát do týdne 2	1x týdně 3	Několikrát do měsíce 4
Sledování televize			1 2 3 4
Poslouchání rádia			1 2 3 4
Četba			1 2 3 4
Zpěv			1 2 3 4
Luštění křížovek, sudoku,..			1 2 3 4
Ruční práce (vyšívání, háčkování, pletení,..)			1 2 3 4
Domácí práce			1 2 3 4
Procházky			1 2 3 4
Odpočinek během dne			1 2 3 4
Cvičení			1 2 3 4
Povídání si se spolubydlícími nebo jinými obyvateli domova			1 2 3 4
Jiné aktivity nabízené domovem seniorů, prosím uveďte:			
			1 2 3 4
			1 2 3 4
			1 2 3 4

22. Jste spokojen/a s kvalitou stravy v domově?

- a) velmi spokojen/a
- b) částečně spokojen/a
- c) spíše ne
- d) nespokojen

23. Jste spokojen/a s množstvím stravy?

- a) zcela spokojen/a, najím se dosyta
- b) částečně spokojen/a
- c) částečně nespokojen, jídla by mohlo být více
- d) zcela nespokojen
- e) jiné (prosím, doplňte)

24. Jste spokojen/a s chutností stravy?

- a) velmi spokojen/a
- b) částečně spokojen/a
- c) spíše ne
- d) nespokojen

25. Myslíte si, že Vám zařízení umožňuje žít plnohodnotný život?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

26. Co si myslíte, že by se dalo ještě v domově zlepšit (vybavení pokojů, kluboven, stravování, lékařská péče, ošetrovatelská péče, rehabilitace, nabídka denních aktivit, atd.)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prostor pro Vaše další vyjádření:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....