

Komparace ošetrovatelské péče v českých a anglických zařízeních pro seniory

Adriana Ženčáková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Adriana ŽENČÁKOVÁ**

Osobní číslo: **H10792**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Komparace ošetrovatelské péče v českých a anglických zařízeních pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Zpracovat rešerši a nastudovat odbornou literaturu na danou problematiku.

Vymezit pojmy a teoretická východiska v oblasti stáří, klasifikace věku a potřeb seniorů.

Specifikovat ošetrovatelskou péči o seniory ve Velké Británii a v České republice.

Realizovat průzkum formou dotazníkového šetření a interview.

Zpracovat, vyhodnotit, srovnat a interpretovat získaná data.

Prezentovat výsledky šetření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, et al. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

TOŠNEROVÁ, Tamara. Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9506-0.

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

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

JAROŠOVÁ, Darja. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství

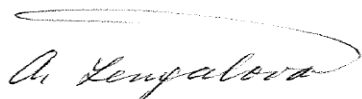
Datum zadání bakalářské práce:

7. února 2013

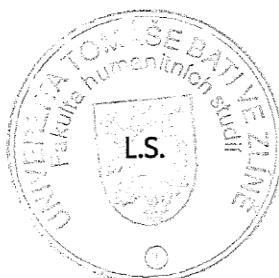
Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 7. února 2013



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



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 7.3.2013

.....
Kučalová

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 nevydělečně 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 nahlížení 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, užije-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 vzdělávacího 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

Bakalářská práce srovnává ošetrovatelskou péči v zařízeních pro seniory v Anglii a Česku a zároveň seznamuje čtenáře s problematikou hlavních rozdílů. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá osobností seniora, změnami v procesu stárnutí, specifikuje úlohy sestry v péči o seniora a vymezuje hlavní rozdíly péče dvou evropských zemí. Praktická část je založena na dotazníku, který zjišťuje spokojenost a informovanost 20 seniorů v každém zařízení. Dále potom interview s hlavním vedoucím zařízení, jehož cílem je specifikovat rozdíly v chodu zařízení. Závěrem práce je vyhodnocení, interpretace a prezentace výsledků šetření.

Klíčová slova: senior, stáří, úloha sestry, ošetrovatelská péče

ABSTRACT

This bachelor thesis compares nursing care in Czech and English facilities for the elderly and concurrently introduces readers to issues of the main differences. It is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part deals with seniors' personalities and changes in the aging process. It also specifies the nurse's role in the care of the elderly and outlines the main differences in this type of care in these two European countries. The empirical part is based on a questionnaire survey of twenty seniors in each facility that reveals their satisfaction and their level of awareness with respect to the quality of care. It also contains interviews with facility managers in both countries. The aim of the interview is to specify differences in operation of facilities. The final part of this work presents, interprets and evaluates results of the survey.

Keywords: senior, old age, nurse's role, nursing care

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Anně Krátké Ph.D. za vedení, cenné rady, připomínky, trpělivý a laskavý přístup v průběhu zpracování mé bakalářské práce. Rovněž děkuji klientům domovů pro seniory za ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku a vedoucím domovů za poskytnuté interview. Poděkování patří také mé rodině za podporu a pomoc během mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 OŠETŘOVATELSTVÍ	11
1.1 OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	12
1.2 ÚLOHA SESTRY.....	14
1.2.1 Kompetence a vzdělávání sestry v Česku	17
1.2.2 Kompetence a vzdělávání sestry v Anglii.....	17
1.2.3 Specifika ošetřovatelské péče o seniory.....	18
2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	20
2.1 GERONTOLOGIE A GERIATRIE	20
2.2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	20
2.2.1 Změny ve stáří.....	21
2.2.2 Problémy ve stáří.....	23
2.2.3 Potřeby ve stáří.....	25
2.3 ŽIVOTNÍ STYL SENIORŮ	27
3 ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY	28
3.1 VYMEZENÍ ZAŘÍZENÍ	29
3.1.1 Systémové rozdíly zařízení	31
3.2 ORGANIZACE PRÁCE A SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V ČESKU.....	32
3.3 ORGANIZACE PRÁCE A SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V ANGLII	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 METODIKA PRÁCE	36
4.1 STANOVENÍ CÍLŮ	36
4.2 METODY PRŮZKUMU	36
4.2.1 Struktura dotazníku	36
4.2.2 Struktura interview.....	37
4.2.3 Charakteristika položek.....	37
4.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	37
4.4 REALIZACE PRŮZKUMU	38
4.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	38
5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU	39
5.1 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	39
5.2 INTERVIEW	61
6 DISKUZE	66
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	70
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	77
SEZNAM TABULEK	78
SEZNAM GRAFŮ	79
SEZNAM PŘÍLOH	80

ÚVOD

„Stáří začíná a střední věk končí, když počet našich potomků je větší než počet našich přátel.“ Ogden Nash (AZcitaty ©2009-2011)

Lidská populace se v dnešním světě dožívá stále vyššího věku. V důsledku toho se také zvyšuje počet lidí, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých, ať v domácím prostředí nebo v ústavním zařízení. Čekací doba do domovů pro seniory je z důvodu nízkých kapacit mnohdy i několik let, proto je důležité myslet na spoustu věcí dopředu.

Když lidé zestárnou, měli by zpětně zavzpomínat a sami pro sebe si říct, že v životě měli čas jak na sebe, tak na své blízké. Měli by se naučit vnímat krásu života a těšit se ze všeho, co se jim v životě podařilo vybudovat.

V létě roku 2011 jsem měla možnost v rámci plnění odborné praxe pracovat v zařízení pro seniory v Severním Irsku. Po dobu mého pobytu ve městě Belfast jsem měla možnost poznat zvyky a tradice tamních obyvatel, ale také spolupracovat a učit se novým věcem v místním zařízení pro seniory. Když jsem později ve druhém ročníku přemýšlela nad tématem mé bakalářské práce, bylo pro mě výzvou provést komparaci péče v tamním zařízení pro seniory s péčí v zařízení pro seniory u nás. Ke komparaci jsem si vybrala Dům pokojného stáří ve Zlíně a Lansdowne Care Home v Belfastu.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské péči v českém a anglickém zařízení. Dalším cílem chci srovnat typy zařízení, personální obsazení a doplňkové služby, jaké dané zařízení poskytuje. Předposlední cíl má za úkol zjistit, zda jsou senioři daných zařízení s poskytovanými službami spokojeni. A v poslední řadě definovat rozdíly v péči v jednotlivých zařízeních.

Předem dané cíle chci získat pomocí připravených dotazníků a interview. Vytýčila jsem si dvě skupiny respondentů a to seniory/uživatele jednotlivých zařízení, kteří se na výsledcích budou podílet vyplněním dotazníku. Druhou skupinou jsou vedoucí daných zařízení, s kterými bude následně realizováno interview.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OŠETŘOVATELSTVÍ

Vývoj geriatrického ošetřovatelství

Původ geriatrického ošetřovatelství má kořeny v Anglii a je spojován se jménem Florence Nightingaleové. Její vize ošetřovatelství byla významně ovlivněna komunitně zaměřeným ošetřovatelstvím, které studovala na Lutheránské diakonii v Kaiserwerthu. Po návratu z Krymské války založila v roce 1860 svoji vlastní ošetřovatelskou školu, ve které byly sestry vzdělávány v moderním ošetřovatelství. Nightingaleová nepřipravovala sestry jen pro praxi v nemocnici, ale zdůrazňovala potřebu vzdělané sestry v terénu. Zdůrazňovala, že snahou ošetřovatelství musí být podpora zdraví a prevence onemocnění, za důležité pro zdraví považovala vhodnou výživu, odpočinek a hygienu. Svě absolventky vysílala do terénu nebo do ošetřoven pro chudé, aby pečovaly o chudé osoby a staré nemocné.

Další rozvoj geriatrického ošetřovatelství včetně odborné přípravy sester je spjat především se Spojenými státy Americkými. Již v roce 1925 byl v odborném časopise *American Journal of Nursing* zveřejněn návrh na vytvoření specializace ošetřovatelské péče o staré lidi. V roce 1940 byla v USA zprovozněna dvě vynikající centra pro geriatrickou péči. Ošetřovatelský dům v Ohio a Židovský dům pro staré v New Yorku. Krátce na to v roce 1943 bylo v *American Journal of Nursing* publikováno doporučení pro speciální studium sester pečujících o staré pacienty (geriatrické vzdělání). V roce 1966 vzniklo při Americké asociaci sester Oddělení geriatrického ošetřovatelství. O 9 let později vyšlo první číslo odborného časopisu věnovaného problematice geriatrického ošetřovatelství – *Journal of Gerontological Nursing*, který vychází dodnes. Od počátku osmdesátých let minulého století se začíná vyučovat geriatrické ošetřovatelství na všech typech ošetřovatelských škol v USA podle odborných kurikul připravených v roce 1979 (Jarošová, 2006, s. 75).

V České republice až do roku 1990 neexistovala terénní služba domácí péče, geriatrické sestry pracovaly většinou v ambulancích obvodních lékařů. Součástí jejich praxe byla návštěvní služba v rodinách seniorů, kde vykonávaly vedle preventivní péče převážně ošetřovatelské činnosti dle ordinace lékaře.

Pro tyto činnosti byly sestry připravovány ve dvouletém postgraduálním specializačním studiu ošetřovatelská péče v geriatrii. V nemocnici byli senioři umístováni spolu s ostatními pacienty na standardních odděleních, což nepřinášelo potřebu speciální přípravy sester pro geriatrické ošetřovatelství. Také v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde senioři tvoří dodnes převážnou část pacientů, pracovaly většinou sestry bez specializačního

studia. Podobná situace byla i v ostatních institucích pro seniory (domovy důchodců, penziony).

V současné době získávají všeobecné sestry základní teoretické znalosti a praktické dovednosti v ošetrovatelství a ošetrovatelské péči o seniory již během bakalářského studia ve studijním programu ošetrovatelství nebo ve studiu na vyšších zdravotnických školách. V navazujícím magisterském studijním programu mohou dále studovat ošetrovatelství se zaměřením na péči o seniory - obor dlouhodobá péče o nemocné a obor ošetrovatelská péče v gerontologii (Jarošová, 2006, s. 75-76).

Florence Nightingaleová (1820-1910)

Anglická ošetrovatelka, zakladatelka organizovaného ošetrovatelství. Byla to žena se silným sociálním cítěním, zcela oddána myšlence pomáhat strádajícím a poskytovat nemocným tu nejlepší péči. Zkušenosti získala v průběhu pobytu v nemocnici v Anglii, Německu a Francii. Uplatnila je zejména ve vojenském lazaretu v době Krymské války (1853-1856). Udržovala přísný režim mezi sestrami. Velký důraz kladla na hygienu. V roce 1860 založila první ošetrovatelskou školu na světě, v Londýně (Rozsypalová, Šafránková, Vytejková, 2009, s. 27-29).

1.1 Ošetrovatelství a ošetrovatelská péče

Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.

Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti (Pochylá, 2005, s. 8).

Cíle ošetrovatelství:

- podporovat a upevňovat zdraví,
- podílet se na navrácení zdraví,
- zmírňovat utrpení nemocného člověka,
- zajistit klidné umírání a důstojnou smrt (Pochylá, 2005, s. 8).

Charakteristické rysy ošetřovatelství:

- poskytování aktivní ošetřovatelské péče,
- poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu,
- poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem,
- holistický přístup k nemocnému,
- preventivní charakter péče,
- poskytování péče ošetřovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (Rozsypalová, Šafránková, Vytečková, 2009, s. 15).

Ošetřovatelská péče vychází většinou ze standardů a hodnotí se její kvalita.

Zaměření geriatrického (gerontologického) ošetřovatelství

V současné době již není pochyb, že ošetřovatelská péče o staré lidi má svá specifika a proto by měla být poskytována sestrou se specializací v gerontologii. Z hlediska náplně ošetřovatelské péče o seniory lze činnost sester rozdělit do dvou velkých oblastí:

1. **Základní ošetřovatelská péče** zaměřená především na udržení a podporu zdraví a na uspokojování základních životních potřeb člověka. Bývá prováděna zejména v domácím prostředí starého člověka nebo ve specializovaných institucích. Tato ošetřovatelská péče nemusí být vždy poskytována odborníkem, může být zajišťována také klientem samotným (sebepečí) nebo jeho blízkými osobami, rodinnými příslušníky, pečovatelkou. Laická péče vycházející z emocionálních, sociálních a morálních aspektů sociálního prostředí klienta je nenahraditelná. Je založena na lidské blízkosti a na hlubokém a přímém vztahu se silnou motivací.

2. **Specializovaná ošetřovatelská péče** zahrnuje všechny odborné aktivity sester ošetřujících starého a nemocného člověka. V této oblasti je již role sestry jedinečná a nezastupitelná a ošetřovatelská péče musí být prováděna s vysokou profesionalitou. Jejím cílem je uspokojit potřeby a vyřešit problémy seniora, které se objevily v průběhu jeho onemocnění. Sestra je přitom součástí multidisciplinárního geriatrického týmu, jehož metody práce jsou vzhledem ke zvláštnostem chorob a problémů starých lidí specificky odlišné od odborných aktivit v jiných klinických oborech (Jarošová, 2006, s. 76-78).

1.2 Úloha sestry

Sestra podporuje každého nemocného člověka ve schopnosti postarat se sám o sebe. Pomáhá lidem žijícím v okolí nemocného získat vědomosti a dovednosti v laické pomoci, vede rodinu nejen v těchto disciplínách, ale posiluje také v rodinných příslušnících vědomí významu této pomoci potřebné osobě. (Šamánková a kol., 2006, s. 27)

Práce sestry má určitý sociální charakter. Při své práci je v neustálém kontaktu s lidmi, tj. se spolupracovníky, s nemocnými a s příbuznými nemocných. Tento kontakt klade značné nároky na osobní vlastnosti člověka. Má-li mít žádoucí výsledky, vyžaduje to od obou zúčastněných stran vstřícnost, pochopení, ale i trpělivost a toleranci (Rozsypalová, Šafránková, Vytejková, 2009, s. 16).

Dle ošetrovatelské etiky by sestra měla:

- akceptovat pacienta takového jaký je, lépe řečeno tak, jak se nám jeví; brát pacienta se všemi jeho změnami v nemoci, nezlehčovat jeho potíže, vyslechnout jeho názor na nemoc, respektovat sdělení jeho předchozích zkušeností,
- považovat nemocného člověka za partnera, zejména v respektování jeho individuality, chápat, že i nemocný má svůj názor na léčbu, má právo na vysvětlení podstaty onemocnění, má následně i svoje právo spolurozhodovat o léčebném postupu,
- poučit pacienta o jeho zdravotním stavu v takovém rozsahu a tak srozumitelně, aby byl skutečně podle svých možností schopen vyjádřit svůj souhlas nebo nesouhlas s léčbou a péčí (Šamánková a kol., 2006, s. 32).

Role sestry pečující o klienty na gerontologii

Poskytovatelka péče

- V roli poskytovatelky péče sestra poskytuje přímou péči starším lidem v různých zařízeních. U spousty starých lidí se vyskytují atypické příznaky nemocí, které komplikují stanovení přesné diagnózy. Proto by sestra měla být poučena o změnách viz. kapitola 2.2.1 Změny ve stáří, které starší generace postihují. Dále by sestra měla znát rizikové faktory a příznaky, které obvykle doprovází většinu onemocnění. Ošetrovatelská péče by měla být založena na zkušenostech z praxe.

V roli poskytovatelky péče může sestra také upotřebit znalosti z rehabilitace a aktivně spolupracovat s rehabilitační sestrou nebo fyzioterapeutem.

Edukátorka

- Pedagogická činnost je nezbytnou součástí celého ošetrovatelství. Sestry pracující v gerontologii by měly zaměřit svoji edukaci na rizikové faktory. Stárí sebou přináší spoustu nemocí, kterým se dá předcházet změnou životního stylu (zdravá výživa, odvyknutí kouření, udržování vhodné hmotnosti, zvýšení fyzické aktivity a zvládnutí stresu). Sestry jsou zodpovědné za edukaci starší populace o možnostech, kterými lze snížit riziko vzniku některých onemocnění, jako jsou srdeční choroby, rakovina a mrtvice. Tato onemocnění patří k nejčastějším příčinám úmrtí u starší populace. Sestry by měly rozvíjet své znalosti i ve specializovaných oblastech, a vzájemně si předávat zkušenosti. Cílem by měla být dostatečná informovanost klientů a poskytnutí kvalitní péče.

Manažerka

- Sestry pracující v gerontologii také působí jako organizátorky při každodenní péči. Uklidňují pacienta, rodinu a organizují práci celého týmu. Sestry v roli manažerek by měly neustále rozvíjet své dovednosti v koordinaci řízení času, komunikaci, organizaci a asertivitě. Dále by měly dohlížet na práci ošetrovatelského personálu, studentů a ostatního zdravotnického personálu.

Advokát pacienta

- Sestra v roli advokáta pacienta posiluje samostatnost v rozhodování u starších osob. Dále jedná jménem pacienta např. u vysvětlení lékařských či ošetrovatelských postupů rodině. Také může pomoci rodinným příslušníkům ve výběru vhodného zařízení pro jejich blízkého. Sestra by si však měla za každé situace uvědomit, že spolurozhodování neznamená úplné rozhodnutí za staršího pacienta. Cílem je umožnit starším pacientům zůstat nezávislými a ve všech případech by se sestra měla snažit o zachování důstojnosti pacienta.

Badatelka

- Samostudium a soustavné vyhledávání nových informací je povinností každého zdravotnického pracovníka. I sestra pracující v gerontologii by si měla neustále zvyšovat a prohlubovat odbornou způsobilost a průběžně ji obnovovat tak, aby

po celou dobu výkonu povolání udržovala krok s rozvojem praxe a vědy v příslušném oboru (Mauk, 2008, s. 9-12).

Fyzická a psychická náročnost práce

Fyzické zatížení zdravotnických pracovníků při práci se liší podle typu oddělení a druhu vykonávané činnosti, podle stavu nemocných a podle počtu pracovníků pečujících v danou dobu o nemocné. Při práci na náročnějších odděleních (interní, chirurgické či ortopedické oddělení) je zatěžován pohybový aparát, zejména klouby a páteř. Značné nároky se však také kladou na zrak, sluch, pozornost a paměť a vyžaduje i logické uvažování (Rozsypalová, Šafránková, Vytejková, 2009, s. 17).

V neposlední řadě vyvolává práce i psychické vypětí. Zdravotnický pracovník prožívá nelibé pocity, při zhoršování zdravotního stavu nemocných, při jejich neadekvátních reakcích, při pohledu na těžká zranění nebo při náhlém úmrtí člověka. Po určité době může při výkonu tohoto povolání vzniknout tzv. syndrom vyhoření (Rozsypalová, Šafránková, Vytejková, 2009, s. 17).

Syndrom vyhoření

Existuje celá řada autorů, kteří se snažili o formulaci svých představ, a přesnější ujasnění toho, co vlastně burnout je. Je třeba vzít v úvahu, že každá z definic pohlíží na syndrom vyhoření z poněkud jiného pohledu. Některé výroky psychologů, kteří se jevem burnout zabývali, nám předkládá Křivohlavý (1998, s. 47):

Burnout je reakcí na práci, která člověka mimořádně zatěžuje. Burnout je situací totálního (úplného) vyčerpání sil. Burnout je pocitem člověka, který došel k závěru, že již nemůže jít dále. (Cherniss, 1980 cit. podle Křivohlavý, 1998, s. 47)

Burnout je stav člověka, který se podobá vysychání pramenů či vybíjení baterie. Stejně jako stres i burnout není mimo nás, ale v nás. Neznáme ho, dokud se v nás nezabydlí. (McConnell, 1982 cit. podle Křivohlavý, 1998, s. 48)

Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem. (Maslach, 1997 cit. podle Křivohlavý, 1998, s. 50)

1.2.1 Kompetence a vzdělávání sestry v Česku

Všeobecná sestra

Povolání všeobecné sestry je jednou ze zdravotnických profesí. Minimální požadavky na vzdělávání sester jsou v České republice implementovány podle zákona 105/2011 Sb., změna zákona o nelékařských zdravotnických povoláních.

Pro výkon povolání všeobecné sestry je potřeba absolvování tříletého bakalářského oboru Všeobecná sestra, nebo tříletého studia na vyšší odborné škole zdravotnické. Dále zákon určuje řadu přechodných výjimek, s tím, že v některých případech je určeno tříleté období, kdy může sestra vykonávat práci pouze pod dohledem.

Sestra zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Péče sestry je zaměřena na uspokojování potřeb pacienta, které byly změněny v souvislosti s poruchou zdravotního stavu (Brůha, Prošková, 2011, s. 207-212).

Obsah výkonu povolání všeobecné sestry

Z definice vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků vyplývá, že sestra může pracovat zcela samostatně bez indikace lékaře a je považována za autonomního odborníka, a to v případě poskytování vlastní ošetrovatelské péče. Celé znění vyhlášky je přiloženo v příloze (příloha P I).

1.2.2 Kompetence a vzdělávání sestry v Anglii

Velká Británie má čtyři regulátory vzdělávání a to: Anglii, Wales, Skotsko a Severní Irsko, které souhrnně spadají pod Radu sester a porodních asistentek (Council of Nurses and Midwives – NMC). Hlavním cílem NMC je registrace všech zdravotních sester a porodních asistentek a zajištění jejich kvalifikace a způsobilosti k práci. Registr NMC byl dříve rozdělen do 15 částí a od roku 2005 je členěn na tři části: všeobecné sestry, porodní asistentky a komunitní sestry. Sestry ve Velké Británii potřebují pro výkon svého povolání získat a mít platnou registraci v NMC. Sestra, aby mohla používat profesní označení „Registrovaná sestra“ (Registered Nurse - RN), musí mít dokončené vysokoškolské vzdělání pro splnění požadavků NMC ve zvoleném oboru (NMC ©2010).

V Anglii získávají sestry kvalifikaci na školách univerzitního typu. Studium může být ukončeno diplomem nebo bakalářským stupněm vzdělání. Dále mohou sestry absolvovat magisterský, případně doktorandský stupeň vzdělání (Koláčná, 2006, s. 20).

V Anglii jsou rozpracované různé následné formy studia:

- **specializační formy studia:** sestra pro dospělé, dětská sestra, sestra pro mentálně nemocné, porodní asistentka, fyzioterapeut a sestra pro nemocné se speciálními potřebami,
- **vzdělávání pro nastupující sestry** (Bridging the Gap - Překlenování mezer),
- **program pro sestry v praxi** (Return to Practice) je určen pro sestry z praxe, které přerušily vykonávání povolání; přestávka v praxi je definována jako přerušení praxe na dobu delší než sto pracovních dnů,
- **kurzy na zvýšení kvalifikace** jsou určeny zejména pro sestry, mají se jich ale zúčastňovat i lékaři, popřípadě celý zdravotnický tým. Zaměřují se přímo na ošetrovatelské výkony (např. péče o pacienta s tracheostomií, podávání léků do žíly apod.).

Bez absolvování těchto kurzů sestra nesmí vykonávat procedury, kterých se tyto kurzy týkaly. V Anglii je kladen velký důraz na „sestry mentorky“. Jsou to sestry přítomné na každém pracovišti. Dvakrát ročně absolvují kurz specializovaný na vedení studentek při praxi. Tyto sestry vytvářejí „learning environment“ neboli učící prostředí. Jedná se o vytvoření vstřícného zdravotnického týmu, klidné řešení problémů, uspokojení potřeb studentů a jistotu pomoci od členů kolektivu. Mentor by také měl poskytovat konstruktivní zpětnou vazbu (Koláčná, 2006, s. 20).

Zdravotní sestry fungují v Anglii často naprosto samostatně a bez lékařů. Mají své ordinace a pacienty, kterým mohou v rámci svých kompetencí pomáhat. Nejedná se o samotnou léčbu, protože nemohou předepisovat nové léky, ale mohou očkovat, dělat výtěry, provádět preventivní prohlídky, řešit nekomplikované případy, pořádat přednášky pro nastávající rodiče nebo předepisovat léky, které již pacient užívá dlouhodobě. Recept však pokaždé podepisuje lékař. Dalším důvodem návštěvy sestry v ordinaci je například předepsání antikoncepce, která je v Anglii zdarma. Zřejmě se více vyplatí investovat do eliminování nechtěného otěhotnění, než riskovat placení přídatků na dítě jak rodinám, tak svobodným matkám, což zabírá podstatnou část britského rozpočtu (Kabelková, 2011).

1.2.3 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 bez pochyby velmi náročná, a to jak

fyzicky, tak i psychicky. Starší člověk by měl cítit, že je zdravotnický pracovník tady, aby mu poskytl takovou péči, jakou jeho zdravotní stav vyžaduje, protože mu jeho aktuální onemocnění nedovoluje žít plnohodnotný život jakým žil dříve.

Sestra by si při péči o seniory měla uvědomit specifické změny v oblasti psychických, tělesných ale i smyslových funkcí, které jsou pro starší populaci typické. Se starší osobou by měla jednat trpělivě a nespěchat na ni, neboť starší člověk je pohybově pomalejší. Vždy by měla mít na mysli, že cílem ošetrovatelské péče je udržet člověka co nejdéle soběstačným. Staršímu člověku musíme pomoci, pokud se už sám nezvládne obléknout, přesunout na WC či umýt. Rovněž by sestra měla pamatovat na to, že starší člověk už nevidí a neslyší tak bystře, jako tomu bylo v mládí, a proto je velmi důležité zjistit, na kterého seniora je třeba mluvit nahlas, zřetelně a pomalu. Komunikace mezi zdravotníkem a seniorem je velmi důležitá k navození důvěry a pocitu, že je klient v dobrých rukou. Sestra by si měla být vědoma, že starší lidé často a 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 se chtějí svěřit, vyslechne jejich obavy. Seniorsky velmi potěší, když se můžou se svým trápením někomu svěřit. Ne jenom s trápením, ale také se svými životními zkušenostmi a vzpomínkami. Sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem provádí rehabilitační cvičení a za každý pokrok či jen snahu pacienta pochválí. U každého výkonu je důležité s pacienty hovořit a předem jim vše vysvětlit. Velmi důležité je zajistit kontakt s rodinou a známými, neboť dokážou své blízké rozveselit a potěšit (Sikorová, 2011, s. 23).

Stáří s sebou přináší mnoho různých nemocí, a většina seniorů mnohdy užívá spoustu zbytečných léků. Pro přehlednost léků se většinou seniorům pořizují lehce otevíratelné lékovky, s dostatečně velkými nápisy. U starších seniorů je důležité dohlédnout na užití správného léku a eliminovat opakované užití.

Dalším velkým problémem starších jsou pády, které můžou zkomplikovat zdravotní stav a zapříčinit imobilizaci. Proto by sestra měla dohlédnout na to, aby byly odstraněny nebo řádně označeny všechny možné překážky, kterými mohou být prahy u dveří, koberec, špatně uložený nábytek, schody či mokrá podlaha. Jednou z možných prevencí je zajištění dostatečného osvětlení, označení a madel na schodištích, do koupelen a na záchod. Dále je možné použití protiskluzových koberečků do vany (Sikorová, 2011, s. 24).

2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stárnutí je nezvratný biologický proces, který se týká celé přírody. Délka života je geneticky podmíněná, specifická pro každý živočišný druh (od několika hodin po desítky let). Maximální délka života člověka je teoreticky asi 115-120 let, v praxi se však jedná o mimořádný jev (Poledníková, 2006, s. 8).

Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora (Haškovcová, 1989). Stáří je výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí. Stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá. A tito lidé potřebují pomoc. Díky medicíně již víme, jaký způsob života mají staří lidé vést, co mají jíst, co pít, jak mají cvičit a jaké léky mají brát. Jedna otázka však stále zůstává nezodpovězena, jak se vyrovnat se stářím, jak jej unést nebo ještě lépe jak se na něj připravit (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 5).

2.1 Gerontologie a geriatrie

Geriatric je samostatný lékařský obor, v České republice od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku – nad 65 let, obvykle však nad 70 - 75 let. Vychází z poznatku, že znalost zvláštní diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik včetně omezené funkční rezervy a důraz na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti zlepšují prognózu seniorů v případě onemocnění i výsledky zdravotní péče (Topinková, 2005, s. 3).

Gerontologie je multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Tento pojem je odvozen od řeckého gerón = stařec. Termín poprvé pravděpodobně použil I. I. Mečnikov (1845 - 1916, nositel Nobelovy ceny, spolupracovník L. Pasteura v Paříži) v roce 1903. Mohutným impulsem pro rozvoj gerontologie jako typicky komplexní, multidisciplinární a multidimenzionální oblasti je, kromě demografického vývoje, tzv. nové paradigma věd (Horehled, 2006, s. 17-18).

2.2 Kvalita života seniorů

Celý život potřebujeme dostatek vnitřní životní energie. Čerpáme ji především ze vztahů k druhým, k prostředí, ale i k sobě samým. V každém věku, a ve stáří obzvláště, je nutné svůj pozitivní vztah opírat o drobné radosti. Měli bychom se naučit přijímat svá omezení, která přicházejí s věkem, a naučit se směřovat svoji energii k jiným životním hodnotám.

Osobnost seniora je utvářena celým jeho předchozím vývojem. Důležitá je jeho primární rodina, kde se učil vytvářet vztahy k lidem, a způsob života, ale také životní zkušenosti a schopnost adaptace na zátěžové situace (Dvořáčková, 2012, s. 16).

Pro kvalitu života ve stáří je důležité vytvořit si program pro volný čas. Aktivita je prevencí nesoběstačnosti. Udržení a navázání nových kontaktů, společná setkávání vrstevníků i prohlubování mezigeneračních vazeb mají velký význam pro prožití kvalitního stáří. Znamená to tedy udržovat se v aktivitě v rovnováze s odpočinkem, uspořádat si životní náplň tak, aby zahrnovala fyzickou i duševní činnost, udržovat pozitivní přátelské vztahy a navazovat nové. Jakákoliv aktivita, ať už sociální, psychická nebo fyzická, dává životu ve stáří smysl a pocit naplnění (Dvořáčková, 2012, s. 27).

2.2.1 Změny ve stáří

Stupeň změn ve stáří je dán nejen vlastní involucí, ale také výchozí hodnotou daného parametru, životním způsobem a chorobnými změnami. (Mühlpachr, 2004, s. 23)

Kalvach (1997, s. 141-144) uvádí tyto somatické změny a jejich důsledky:

Složení organismu:

- atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku,
- úbytek tzv. lean body mass (netučné tělesné hmoty),
- zvýšení obsahu tělesného tuku (až o 25 %) s posunem výškováhových indexů,
- ztížená mobilizace tuku (rezistence k lipolytickým podnětům),
- zmenšení objemu celkové tělesné vody (souvisí s přírůstkem tuku) s větší závažností nedostatečného příjmu tekutin,
- ukládání vápníku v tkáních, jeho průnik do membránových buněk.

Řízení organismu:

- oslabení a zpomalení regulačních mechanismů,
- úbytek funkčních rezerv,
- zhoršení adaptačních schopností a odolnosti vůči zátěži,
- oploštění variability periodických dějů.

Pohybový aparát:

- pokles svalové síly, úbytek kostní density,
- stárnutí chrupavky odlišné od osteoartrotických změn,
- zhoršení hlubokého cití a pohybové koordinace (poruchy stereotypu chůze).

Nervový systém:

- zpomalení nervového vedení a prodloužení reakční doby,
- poruchy spánku,
- atrofie mozku s lehkým zhoršením vstíplivosti a výbavnosti.

Metabolismus:

- ztížení vstupu glukózy do buněk s 30 % výskytem porušené glukozové tolerance (ovlivnitelné pohybovou aktivitou),
- snížení maximální spotřeby kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiovaskulárního systému, snížení bazálního metabolismu (až o 20 %) a zhoršení vytrvalosti.

Endokrinní systém:

- rezistence tkání na hormonální stimulaci,
- snížení produkce růstového hormonu,
- snížení thyroxinové clearance a tím snížení potřeby substitučních látek.

Oběhový systém:

- snížení průtoku krve všemi orgány,
- zvětšování světlosti tepen s jejich elongací a vinutým průběhem,
- snížení elasticity tepen (zvětšování systolicko-diastolické amplitudy) a zatížením levé komory srdeční,
- snížení poddajnosti levé komory srdeční se sklonem k diastolickému typu srdečního selhávání bez hrubší poruchy systolické funkce (zvláště při dalším zhoršení jejího plnění v důsledku fibrilace síní),
- menší urychlování tepové frekvence,
- zánik buněk převodního systému s poruchami tvorby vzruchů a oplošťování variability tepové frekvence,
- hemodynamicky nevýznamné degenerativní změny chlopní.

Respirační systém:

- zvýšení dechové práce,
- zvětšování mrtvého prostoru a pokles vitální kapacity plic,
- snížení citlivosti dechového centra ke změnám krevních plynů a snížení aktivity řasinkového epitelu.

Vylučovací systém:

- úbytek renálních glomerulů s poklesem glomerulární filtrace i očišťování schopnosti ledvin asi o 50 % v 80 letech,
- pokles maximální koncentrační schopnosti ledvin (v 70 letech asi o 25 %),
- poruchy funkce močového měchýře.

Trávicí systém:

- opotřebenání a ztráta chrupu,
- poruchy motility trávicí trubice,
- snížení acidity žaludeční.

Imunitní systém:

- horší efekt imunizace ve stáří,
- zvýšená tvorba autoprotilátek.

Ostatní:

- atrofie kůže s poklesem pružnosti a úbytkem potních žláz s poruchou termoregulace (pocení),
- snížená vitalita tkání a zpomalené hojení,
- zhoršení smyslového vnímání (presbyopie, zhoršení adaptace na šero i osvit, presbyakusis, zhoršení sluchové ostrosti pro vysoké tóny, oslabení chuti i čichu, zhoršení propriocepce).

2.2.2 Problémy ve stáří**Odchod do důchodu**

S odchodem do důchodu se mění prožívání, vnímání i chování. Radost nad uvolněním z každodenní pravidelné povinnosti je velmi rychle vystřídána poznáním, že pokud člověk nemá vytvořeny potřebné zájmy, kterým by se mohl věnovat, může mít problémy s využitím náhle získaného volného času (Dvořáčková, 2012, s. 27).

Odchod do důchodu je důležitým životním momentem, který označuje konec jednoho a počátek dalšího období. Tahle chvíle je plné nejistot a vyrovnat se s ní není vždycky snadné. Nelze se už upínat na minulost a zároveň nevíme, co přijde v budoucnosti. Pro mnohé důchod představuje odchod ze života dospělých a vstup do stáří, přiřazení ke skupině starých lidí, blízkost smrti. Odchodem do důchodu mění člověk svou identitu. S touto realitou se však musí vyrovnat a přijmout ji. Odchodem do důchodu se náhle ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání. Odchod do důchodu nutí k novému uspořádání našeho života. Každý si musí sám organizovat svůj čas (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 10).

Partnerova smrt

Partnerova smrt je bezpochyby jednou z nejtěžších zkoušek, se kterou se musí staří lidé vyrovnávat. Partner, jenž zůstává, pociťuje opravdové roztržení, něco se rozbíjí, jedna část jeho bytosti umírá. Mnoho vdov a vdovců nakonec smutné období překoná a může začít znovu žít. U některých lidí se však rána nikdy nezahojí. Kromě partnera mizí postupně také stejně staří přátelé. Úmrtí přicházejí jedno za druhým a často velmi brzo po sobě. Co když to příště budu já (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 10)?

Rodinný život

Do rodinného života starších lidí se promítá celá řada změn. Většinou již v období dospělosti dochází k odchodu dětí z domova. Manželé se ocitají opět sami jeden s druhým. Musí nalézat novou rovnováhu manželského života bez dětí. Tato změna může partnery sblížit nebo naopak zhoršit už existující skryté konflikty. Jinak řečeno, odchod dětí není tolik traumatizující životní událostí, následuje-li narození vnoučat. Někteří staří lidé začnou mít opět pocit užitečnosti. Svou rodičovskou roli si kompenzují novou rolí prarodiče.

Staří lidé se snaží udržet si co nejdéle svou vlastní domácnost. Uvádí se, že starší lidé mají touhu žít v blízkosti vlastních dětí a nebýt na nich závislí. Mnohé domácnosti starých lidí by však bez pomoci mladších rodinných příslušníků nemohli vůbec existovat.

Žije-li starý člověk sám, ocitá se v sociální izolaci. Rovněž tak vícegenerační soužití často nese určité nesnáze. Pro některé rodiny je péče o jejich ne zcela soběstačného příslušníka velkou zátěží. Péče o starého a nemocného člověka v rodině je možná pouze při současném splnění tří podmínek: aby rodina o nemocného pečovat chtěla, aby o něj pečovat mohla a aby to uměla. Problémy soužití vícegeneračních domácností vyplývají z odlišných

názorů, avšak obě generace se vzájemně potřebují a vzájemně si pomáhají (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 10-11).

Změna dosavadního bydliště

Jsou různé důvody, které vyvolávají potřebu staršího člověka změnit dosavadní bydliště. Ať je to odchod dětí z domova, snížení příjmů nebo zhoršení hybnosti. Starší lidé odcházejí do různých zařízení sociální péče. Ve většině případů si uvědomují, že je to do konce života. Opustit svůj dům nebo byt znamená rozloučit se s minulostí, se vším, co tvořilo dosavadní život. Tato změna je mnohem horší, pokud přichází náhle nebo s ní dokonce nesouhlasí. Zaměstnanci sociálních zařízení by si měli uvědomit, že je to změna pro starého člověka psychicky velmi náročná a musí mu pozorně pomáhat při překonávání tohoto těžkého období (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 11-12).

Sexualita ve stáří

Ve stáří dochází k celé řadě somatických změn, tělo se mění a stárne. Naše společnost uznává přehnaný kult mládí a krásy. I starý člověk se učí přijímat tyto hodnoty a má sklon svou hodnotu ve vlastních očích snižovat. Pokládá se za toho, kdo už se nemůže líbit nebo někoho přitahovat. Od určitého věku už se nemluví o mužích a ženách, ale o starých lidech. Jakoby už člověk neměl právo na pohlaví a sex, protože je starý. Skutečné překážky k sexuálnímu životu starších mužů a žen nejsou fyziologické, ale:

- demografické: věku nad 80 let se dožívá mnohem více žen (Pacovský, 1990, s. 16-17),
- sociologické: sexualita starých lidí je ve společnosti tabu,
- psychologické: staří lidé si myslí, že to není vhodné pro jejich věk, mají strach z neúspěchu.

Dle WHO je sexualita jedním z elementů hodnotného života starých lidí (Pichaud, Thareauová, 1998). Staří lidé mají právo na něžná slova, na pohlázení, milovat a zakoušet rozkoš může člověk i v pokročilém věku. Touha nezná věk (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 12).

2.2.3 Potřeby ve stáří

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Charakteristickým rysem dnešního ošetřovatelství je hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince každého věku. Nejrozšířenější a nejvíce akceptovaná je

hierarchie podle názorů představitele humanistické psychologie Maslowa, který vytvořil teorii motivačního systému osobnosti (Jarošová, 2006, s. 32).

Hierarchická teorie potřeb dle Maslowa:

- fyziologické potřeby: objevují se při poruše homeostázy, vyjadřují potřeby organismu a nemusí mít psychickou odezvu (potřeba hygieny, výživy, vylučování, dýchání, spánku a pohybu),
- potřeba bezpečí: objevuje se v situacích ztráty pocitu životní jistoty, ekonomického selhání, jakéhokoliv nebezpečí,
- potřeby sociální: vystupují v situaci osamělosti a projevují se jako snaha být milován a patřit do nějaké sociální skupiny,
- potřeba uznání a sebeúcty: vznikají v situaci ztráty respektu, kompetencí, důvěry a projevují se snahou získat ztracené sociální hodnoty,
- potřeba sebeaktualizace: projevuje se jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, nalézt smysl svého života (Jarošová, 2006, s. 32-33).

Ve stáří dochází a mění se hodnotová orientace potřeb. Dochází ke větší fixaci na rodinu a senior potřebuje neustálé potvrzování především potřeb lásky a sounáležitosti. Z psychologických potřeb nejsou dobře saturovány potřeby komunikace, staří lidé se cítí více osamoceni. Potřeby fyziologické se s přibývajícím věkem zvyrazňují. Primárně se uspokojuje příjem potravy, vyprazdňování, spánek a odpočinek. Senioři se dožadují tepla a pohody, ale je oslabeno jejich uvědomování si potřeby hydratace.

Senioři se celkově cítí více ohroženi (onemocnění, ovdovění), smiřují se s určitou mírou závislosti na jiných lidech. Péče o seniora musí být zaměřena především na uspokojování jeho potřeb a řešení jeho problémů. Kritériem posuzování kvality poskytované péče musí být sám senior, jeho spokojenost a prospěch (Jarošová, 2006, s. 33).

Pro kvalitní stáří je nutné uspokojit pár základních potřeb:

- potřeba smysluplného světa,
- potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti,
- potřeba identity a uznání vlastního já sebou i druhými,
- potřeba otevřené budoucnosti – naděje, perspektiva.

Rodina

Rodinný život má pro starého člověka velký význam a zpravidla od rodiny se očekává určitá pomoc. V průběhu 20. století se však model vícegenerační rodiny postupně rozpadal. Sociologické výzkumy ukázaly, že optimálním řešením pro většinu starších i mladších lidí je „intimita na dálku“, tzn. zachování úzké citové vazby při odděleném bytí v nevelké vzdálenosti, která umožňuje vzájemné návštěvy a poskytování pomoci (Poledníková, 2006, s. 23).

Zachování důstojnosti

Starý a nemocný člověk musí mít právo na svobodné rozhodování o svém vlastním osudu. V případě nemoci a ošetrovatelské péče je třeba do rozhodování zapojit rodinné příslušníky. Lidská důstojnost a její zachování je klíčovým prvkem ošetrovatelské etiky v geriatrici (Poledníková, 2006, s. 27).

2.3 Životní styl seniorů

Životní styl je do značné míry určován podmínkami, v nichž člověk žije. Životní podmínky ovlivňují průběh stárnutí, zdravotní i funkční stav seniora a aktivity, kterým se věnuje. Životní podmínky ovlivňují průběh stárnutí přímo, ale také nepřímo: spolupůsobí např. při akceptaci funkčních změn organismu. Příkladem je člověk, který v důsledku zdravotního handicapu žije v optimálních podmínkách a může být i přes funkční deficit soběstačný (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 36).

Životní styl člověka ovlivňuje prostředí a místo kde žije, pracuje a tráví svůj volný čas, včetně rekreace, kulturního a sportovního vyžití. Seniori žijí obecně ve svých původních domech a bytech, které mají v osobním vlastnictví.

S příchodem důchodového věku a odchodem do penze se seniorům otevírají nové možnosti. Většina aktivit je však pasivních, z důvodu snížené fyzické zdatnosti v seni. Není to však pravidlem. Existuje spousta seniorů, kteří stále částečně pracují, sportují nebo cestují.

Každému však fyzická zdatnost není dopřána, ale až do vysokého věku je zachována schopnost věnovat se koníčkům jako je práce na zahrádce, kutilství, luštění křížovek, četba novin, časopisů a knih, sledování a poslouchání programů v televizi či v rozhlasu.

Způsob trávení volného času je individuální a záleží jak na ekonomické situaci seniora, tak na jeho zdravotním stavu.

3 ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY

Pobytová zařízení pro seniory

Kombinace pečovatelské služby a pobytového zařízení je zajišťována v domech s pečovatelskou službou. Výhodou tohoto zařízení je přítomnost pečovatelky.

Typickým pobytovým zařízením pro seniory jsou domovy pro seniory. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dalším zařízením pro seniory mohou být domovy se zvláštním režimem. V těchto domovech se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Dvořáčková, 2012, s. 85).

Péče o seniory v České republice – současná situace a možnosti

Při letmém pohlednutí v časové linii zpět vidíme, že se situace v oblasti poskytování sociálních služeb v posledních letech výrazně změnila k lepšímu. Předchozí model poskytování sociálních služeb stál na zcela odlišných základech. Lidé s postižením v jakémkoliv věku, staří, nemocní či umírající byli izolováni v ústavech a existence skupiny těchto osob se tabuizovala.

Předchozí umístění seniorů do jediné formy institucionální péče, státních domovů důchodců, bylo obvyklým a téměř výhradním způsobem řešení snížené soběstačnosti nebo úplné nesoběstačnosti seniorů. Poskytovanou péči financoval stát a nebyla možnost výběru.

Situace se v České republice částečně změnila po roce 1989, ale výraznější proměny doznala až po vstupu v platnost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách). Současným trendem je převzetí ověřeného funkčního modelu ze zahraničí, zejména z dalších členských zemí Evropské unie. Zákon zejména umožnil začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti (Malíková, 2011, s. 29-30).

3.1 Vymezení zařízení

Ke komparaci zařízení jsem si vybrala domov pro seniory ve Zlíně - Dům pokojného stáří. Bylo to první zařízení, ve kterém jsem v prvním ročníku vykonávala odbornou praxi a práce tam mě velice zaujala a obohatila o znalosti přístupu k nemohoucím seniorům.

Dále jsem si vybrala Lansdowne Care Home v Belfastu, domov pro seniory s pečovatelskou službou, kde jsem plnila svou první prázdninovou praxi. V tomhle zařízení jsem si poprvé uvědomila, jak vděční senioři jsou za ohleduplný a trpělivý přístup a pomoc při každodenních činnostech.

Dům pokojného stáří, středisko Naděje, pobočka Zlín

Domov se dělí na dvě hlavní části a to Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem.

Domov pro seniory

Dům pokojného stáří poskytuje celoroční komplexní služby pro seniory. Domov se nachází ve Zlíně na Jižních svazích. Domov nabízí dvoulůžkové pokoje, ve třech etážích s vlastním sociálním zařízením. Součástí domova je parková zahrada, odpočinkové místnosti pro společné sdílení, terapie a kaple. Domov má vlastní stravovací provoz a jídelnu. Kapacita domova je 48 uživatelů. Většinu z nich tvoří senioři s ohroženou nebo se ztracenou soběstačností. Zabezpečen je bezbariérový přístup.

Cíle poskytovaných služeb:

- vytvoření domácího a bezpečného prostředí se zajištěním trvalé ošetrovatelské a zdravotní péče,
- zajištění podmínek pro důstojný život - možnost svobodně o sobě rozhodovat,
- podpora rodinných a přátelských vazeb,
- podpora zachování soběstačnosti,
- zabránění pocitu samoty a nejistoty při změně zdravotního stavu,
- poskytnutí úlevy pro pečující rodiny,
- zprostředkování společenských kontaktů.

Zásady poskytovaných služeb

- zájemci o službu – srozumitelné podání informací, osobní jednání, transparentní pravidla hodnocení žádostí,

- uživatelé služby – individuální přístup ke každému uživateli, k jeho potřebám a přáním, dodržování práv uživatelů, zachování důstojnosti, respekt k soukromí a svobodné volbě,
- veřejnost – informování veřejnosti o službě, partnerský přístup,
- tým pracovníků – dodržování Kodexu etiky pracovníka Naděje, profesionalita, supervize a vzdělávání, zastupitelnost, spoluzodpovědnost, účelné předávání informací.

Cílová skupina uživatelů

- občané starší 65 let, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Jejich nepříznivá sociální situace je dána: vysokým věkem, nepříznivým zdravotním stavem, osamělostí, poklesem schopnosti se o sebe postarat, poklesem schopnosti orientace v každodenním životě, nechtěnou závislostí na rodině, pocitem ohrožení a nejistoty, potřebou pravidelné každodenní pomoci nebo dohledu nad zdravotním stavem, imobilitou nebo výrazně sníženou schopností pohybu a sebeobsluhy, nedostatkem možnosti uspokojování osobních potřeb (základních, společenských, duchovních),
- služba je určena pro dlouhodobý pobyt, je poskytována celodenně, nepřetržitě (Naděje ©2005-2013).

Lansdowne Care Home, Belfast, Severní Irsko

Domov s pečovatelskou službou

Zařízení poskytuje celoroční komplexní služby o tělesně postižené, ale také o nemohoucí, nesoběstačné seniory. Nabízí 32 jednolůžkových pokojů a 27 dvoulůžkových pokojů. Kapacita domova je 86 uživatelů. Součástí domova je parková zahrada, společenský obývací pokoj pro relaxaci, televizní salonek a jídelna, kde se klienti můžou scházet ke společnému stravování. Zařízení má vlastní kuchyň, kde si uživatelé mohou vybrat z denního menu. Taktéž jsou zajištěny speciální diety. Domov pravidelně navštěvuje kadeřnice a kvalifikovaný pedikér.

Dále zařízení nabízí:

- fyzioterapii,
- péči praktického lékaře,
- možnost dovozu vlastního nábytku,
- bezbariérový přístup,
- kuchyňský koutek pro uživatele,
- televizní servis na každém pokoji (Lansdowne care home ©2013).

3.1.1 Systémové rozdíly zařízení

Mzdy a benefity ve státě

National Health Service (NHS) – Národní zdravotní služba, Velká Británie

RN – Registered nurse

- spadá do platové skupiny č.5 (£ 21,176 – 25,625 p.a.) = (49.410 - 59.791,- /měs.),
- plný pracovní úvazek: 37,5 hod./týdně,
- roční dovolená: 27 dnů, po deseti odpracovaných letech 33 dnů,
- celoroční podpora osobního kariérního rozvoje, studijní volno,
- automatické členství v důchodovém systému Národní zdravotní služby (NHS ©2006).

Rozpočtový informační systém ARIS (Academic Registration Information System), (Ministerstvo financí), Česká republika

RN – Registrovaná sestra

- kategorie zaměstnání CZ-ISCO, podskupina 3221 – všeobecná sestra bez specializace, hrubá mzda 26.002,- /měs.,
- plný pracovní úvazek: 37,5 hod./týdně,
- roční dovolená: 4-5 týdnů (ISPV ©2010-2013).

Mzdy v zařízení

Lansdowne care home, Belfast

- £ 6.45 – 7.25/hod. = 30.450,- /měs.

Dům pokojného stáří, Zlín

- dle průměrných hrubých mezd.

Náklady na péči hrazené klientem

Lansdowne care home, Belfast

- Od £ 348/týdně = 9.744,- /týdně.

Dům pokojného stáří, Zlín

- 9.600,- (strava, ubytování)/měs. + 800-12.000,- /měs. za péči a služby (dle stupně soběstačnosti) (Naděje ©2005-2013).

3.2 Organizace práce a specifika ošetrovatelské péče v Česku

V České republice je více než 85 % pobytových sociálních zařízení zřizováno kraji nebo obcemi. Poskytované sociální služby v pobytových zařízeních jsou financovány vícezdrojově a podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení, které klientovi poskytuje sociální službu.

V přímé péči pečuje jeden pracovník přibližně o 3 až 15 klientů. Tento počet je velmi vysoký a neodpovídá srovnání s jinými zeměmi. V žádném případě neumožňuje pracovníkům dostatečně kvalitně vykonávat svou práci a vede především k demotivaci, syndromu vyhoření a fluktuaci.

V pobytových zařízeních pracuje omezený počet všeobecných sester, které kromě své odborné ošetrovatelské péče, poskytované klientům podle ošetrovatelského procesu, vykonávají i nekvalifikovanou a méně odbornou práci. V práci sestrám vypomáhají zdravotničtí asistenti, kteří pracují pod odborným dohledem všeobecné sestry.

Klientům jsou služby poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu. Individuální plánování a sociální standardy jsou velkou zárukou ochrany a dodržování práv klientů. Klient se stává aktivním spolutvůrcem poskytované sociální služby a partnerem pečujících pracovníků. Všechny služby, které jsou mu poskytovány, směřují k podpoře nebo udržování jeho soběstačnosti. Cílem poskytovaných služeb již není vykonávat něco za klienta, ale pomáhat mu a podporovat ho v tom, aby mohl alespoň některé činnosti provádět sám a byl co nejméně závislý. Udržováním soběstačnosti je zajištěna lidská důstojnost seniora, podporováno jeho sebevědomí a pocit vlastní hodnoty a ceny (Malíková, 2011, s. 32-33).

3.3 Organizace práce a specifika ošetrovatelské péče v Anglii

Diskutovanou otázkou mnoha zemí je potenciálně rostoucí počet seniorů a s tím spojený odpovídající systém péče, který je propojen s otázkou penzijních fondů, sociálních dávek a financování péče na základě vztahu mezi zdravotními a sociálními potřebami a službami. Společnost se zamýšlí nad nejvhodnějším způsobem poskytování služeb v rámci dostupných zdrojů. Prioritou je zamezit diskriminaci v přístupu k poskytování služeb péče o seniory a zajistit takovou péči, která poskytne seniorům důstojné stáří a akceptuje jejich aktivní přístup, to vše s ohledem na kulturní tradice.

V Anglii, tak jako v mnoha zemích, jsou požadavky na zajištění kvality definovány prostřednictvím standardů, např. Národními minimálními standardy pro domovy pro seniory, Národními minimálními standardy pro péči v domácnosti a agentury domácí ošetrovatelské péče, které mají vlastní standardy.

Odlišnost práce všeobecné sestry v Anglii a u nás spočívá v ošetrovatelské péči. V Anglii je zaveden systém primárního ošetrovatelství, což znamená, že po příchodu pacienta na oddělení se jej ujme primární sestra (sestra první úrovně), která s ním učiní přijímací rozhovor (vstupní anamnézu) a v průběhu hospitalizace plánuje a hodnotí jeho ošetrovatelskou péči. Sestra první úrovně koordinuje sestry druhé úrovně a úzce spolupracuje s ostatním zdravotnickým týmem (Fribertová, Pražanová, 1998, s. 32).

Nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou často rozděleni do týmů, kdy vedoucími jsou primární sestry, na které dohlíží staniční sestra. Zodpovědnost za kvalitní ošetrovatelskou péči má primární sestra. Na odděleních se používá ošetrovatelská dokumentace, která je odborně zaměřená podle typů a oborů ošetrovacích jednotek. Sesterská dokumentace je zde rozsáhlá. Sestry pracují přesně podle předem dané osnovy. Často dochází ke dvojkolejnosti (překrývání) s lékařskou dokumentací. Existují také vypracované postupy k prevenci nebo k řešení nejčastějších problémů u pacientů (Jirková, 1998, s. 36).

Na rozdíl od českých sester smějí sestry v Anglii předepisovat léky (od roku 1994). Nejprve léky mohly předepisovat pouze komunitní sestry nebo sestry pracující u praktického lékaře, které měly kvalifikaci sestry zdravotní návštěvní služby (health visitor) nebo okrskové sestry (distrikt nurse). V roce 2002 došlo, ohledně předepisování léků, k rozšíření kompetencí sester, kdy některé léky mohou předepisovat již všechny registrované sestry a porodní asistentky, které splní kritéria způsobilosti stanovené ministerstvem zdravotnictví. To také vydává pokyny obsahující podrobné informace

o pravidlech předepisování léků a pomocí zákonných norem striktně reguluje preskripci. Preskripce je rozvržena do dvou částí a to na samostatnou a doplňkovou a je nutné absolvovat kurz na třetí úrovni vzdělání (nižší akademický stupeň), schválený NMC. Doplňková preskripce je nejčastěji uplatňována u chronicky nemocných pacientů (astma, diabetes mellitus, apod.) a spočívá v dobrovolné spolupráci mezi lékařem a sestrou využívající doplňkovou preskripci tak, aby bylo možné realizovat plán individuální léčby pacienta, k čemuž je zapotřebí i pacientův souhlas. Plán léčby musí obsahovat seznam léků, které může sestra předepsat a informace o plánované kontrole samostatně předepisující osobou. I přes výše uvedenou spolupráci mají lékaři nadále zodpovědnost za pacienty a z toho důvodu je doplňková preskripce spojena s pravidelnými kontrolami pacienta (minimálně jednou za rok) u praktického lékaře (Dobrovodská, 2008, s. 139-140).

Sestry předepisující léky, musí být sestrami první úrovně s platnou registrací u NMC a musí mít po registraci nejméně tři roky praxe a musí mít absolvované vysokoškolské studium. Pro naplnění zákonné normy je nezbytné, aby tyto sestry měly v zápisu registru uvedené specifické kvalifikace pro preskripci. V současnosti jsou dvě kategorie sester, které mohou samostatně předepisovat léky a to:

- okrskové sestry nebo sestry zdravotní návštěvní služby (health visitor) – mohou předepisovat léky z lékopisu NPF (Nurse Prescriber's Formulary – lékopis pro sestry předepisující léky),
- registrované sestry první úrovně – předepisují z lékopisu NPEF (Nurse Prescriber's Extended Formulary – rozšířený lékopis pro sestry předepisující léky) (Dobrovodská, 2008, s. 139-140).

Podle názoru Koláčné (2006, s. 20) jsou anglické sestry více zaměřeny na specializace než na všeobecnost. Dle jejího úsudku jim chybí dostatečná míra praktičnosti a manuální zručnosti a chybí jim i nadhled, do jaké míry je jejich jednání empatií a co se dá už považovat za poškození pacienta.

V posledních dekáдах britské všeobecné sestry získaly větší pravomoci, např. sestry mohou samy vyjždět k novým pacientům, jako první mohou hodnotit jejich stav a stanovovat předběžný plán léčby, mohou rozhodnout o krátkodobé nucené hospitalizaci pacienta ve vážném stavu a pokud si doplní vzdělání, tak smějí předepisovat i některé léky (Třešňák ©2009).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Stanovení cílů

Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit rozdíly v péči o seniory v českém a anglickém zařízení.

Dílčí cíle

- Srovnat typy zařízení, personální obsazení a doplňkové služby.
- Zjistit, zda jsou senioři daných zařízení s poskytovanými službami spokojeni.
- Definovat rozdíly v péči.

4.2 Metody průzkumu

K získání informací o zvolené problematice oslovených respondentů byla zvolena metoda dotazníku. Dotazník je nejrozšířenější výzkumnou metodou získávání dat. Je to technika nepřímého získávání empirických informací s použitím dopředu formulovaných otázek (položek). Tato metoda je ze všech výzkumných technik nejméně časově náročná a obsáhne velký počet zkoumaných osob, shromáždí relativně jednoduché údaje od velkého počtu osob (Jarošová, 2006, s. 11).

Další metodou je metodicky vedený individuální rozhovor (interview) s vedoucím každého zařízení. Zvolila jsem si strukturovaný rozhovor, který mi umožní porovnání výpovědí.

4.2.1 Struktura dotazníku

Průzkumovému šetření předcházelo sestavení dotazníku v českém i anglickém znění, poté jeho schválení Mgr. Annou Krátkou, Ph.D. Na základě podnětných připomínek byla pracovní verze dotazníku upravena.

Dotazník obsahuje 23 položek, z toho pět otázek otevřených, kde se mohli respondenti volně vyjádřit, čtyři polootevřené s nabídkou výběrových odpovědí a s možností vlastního doplnění a čtrnáct otázek uzavřených. Plné znění dotazníku je uvedeno v příloze (příloha P II).

Úvod byl zaměřen na oslovení respondentů, představení se a objasnění k jakému účelu průzkum slouží. V úvodu také byla zdůrazněna anonymita, využití dat jen pro bakalářskou práci a poděkování za ochotu a spolupráci.

- Otevřené otázky: 10, 11, 14, 18, 23.
- Polootevřené otázky: 3, 5, 16, 21.
- Uzavřené otázky: 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 17, 19, 20, 22.

4.2.2 Struktura interview

Průzkumovému šetření opět předcházelo sestavení struktury otázek v českém i anglickém znění, průběžné konzultování a následně schválení vedoucí práce.

Interview obsahuje rámec 27 otázek, ke kterým se vedoucí zařízení volně vyjádřili. Struktura interview je uvedena v příloze (příloha P III).

4.2.3 Charakteristika položek

K cíli č. 1, jehož úkolem bylo zjistit rozdíly v péči o seniory v jednotlivých zařízeních, se vztahují otázky č. 8, 9, 10, 16, 17, 20 v dotazníku a položeny otázky č. 3, 11, 12, 13, 24 a 27 v interview.

K cíli č. 2, jehož úkolem bylo srovnat typy zařízení, personální obsazení a doplňkové služby, se vztahují otázky č. 11, 14, 18, 21, 22 v dotazníku a položeny otázky č. 4, 5, 6, 7, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 23, 25 a 26 v interview.

K cíli č. 3, jehož úkolem bylo zjistit, zda jsou senioři daných zařízení s poskytovanými službami spokojeni, se vztahují otázky č. 6, 7, 12, 13, 15, 19, 23 a položeny otázky č. 19 a 20 v interview.

4.3 Charakteristika respondentů

Soubor zkoumaného vzorku tvoří dvě skupiny respondentů.

První soubor respondentů tvoří klienti (ženy i muži starší 70 ti let) zkoumaných zařízení. Společně se sociální pracovníci daných zařízení jsme vybraly 20 respondentů v každém zařízení, kteří měli zachované kognitivní funkce (paměť, myšlení, pozornost) a byli schopni odpovědět na dané otázky. Respondenti předem souhlasili se svojí účastí na dotazníkovém šetření. 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.

Druhý soubor tvoří dvě respondentky, které jsou vedoucími ústavních zařízení, se kterými bylo provedeno interview s cílem získání potřebných informací ke komparaci daných zařízení.

4.4 Realizace průzkumu

Samostatnému šetření předcházelo sestavení jednotlivých položek dotazníku a interview, které byly konzultovány s vedoucí práce Mgr. Annou Krátkou, Ph.D. a následně schváleny. Na základě podnětných připomínek byly pracovní verze dotazníku i interview upraveny. Poté jsem před výzkumným šetřením provedla pilotní studii, kde jsem zjistila, že otázky v dotazníku jsou srozumitelné, a proto nebylo zapotřebí žádnou otázku upravit. Před vlastním šetřením jsem se připomněla prostřednictvím emailu vedoucím domovů pro seniory a požádala je o termín a vymezení času na výzkumné šetření. Poté jsem vedoucím domovů zaslala konečnou podobu dotazníku a otázek na interview, které mi byly schváleny. Před samostatným zahájením mého šetření jsem předložila ještě jednou originální dotazník, otázky na interview a žádosti umožňující provedení výzkumného šetření, které byly vedoucími zařízení podepsány.

V každém zařízení bylo rozdáno 20 dotazníků 100 % a provedeno 1 interview. Návratnost byla 100 %. Samotný průzkum v Anglii probíhal v srpnu 2012 v průběhu plnění mé praxe v tamní dětské nemocnici a v Česku v listopadu roku 2012.

4.5 Zpracování získaných dat

Získaná data pomocí dotazníkového šetření byla uspořádaná do tabulek četností. Podle podskupin byly sečteny absolutní a relativní četnosti a poté vytvořeny tabulky a grafy.

Absolutní četnost (n) v tabulce označuje počet respondentů nebo počet stejných odpovědí z nabídnutých možností. Vždy je upřesněno v komentáři u jednotlivé tabulky.

Relativní četnost (r %) v tabulce informuje o tom, jak velká část z celkového počtu připadá na uvedenou dílčí hodnotu.

Zpracování dat bylo provedeno pomocí Microsoft Excel, která byla vložena do tabulek, slovně okomentována a graficky znázorněna.

Dotazníky zařazené do pilotní studie nebyly zahrnuty do průzkumového šetření.

Odpovědi na položené otázky při interview jsem si pečlivě elektronicky zaznamenávala, poté jsem je přepsala svými slovy a následně provedla komparaci zodpovězených otázek.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

5.1 Dotazníkové šetření

V následující části jsou prezentovány výsledky zjištěných dat, seřazených dle pořadí uváděných v dotazníku. Tabulky a grafy řazeny přímo v textu.

Absolutní četnost: n

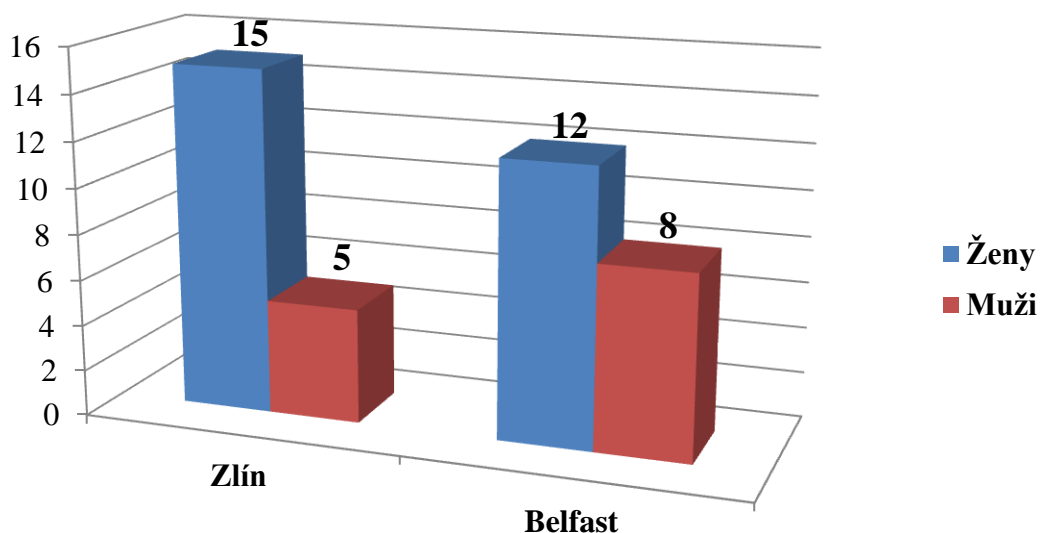
Relativní četnost: r (%)

Dotazníková položka č. 1 – Vaše pohlaví:

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	n	r (%)	n	r (%)
Žena	15	75	12	60
Muž	5	25	8	40
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů



Graf 1 Pohlaví respondentů

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) bylo 15 žen (75 %) a 5 mužů (25 %).

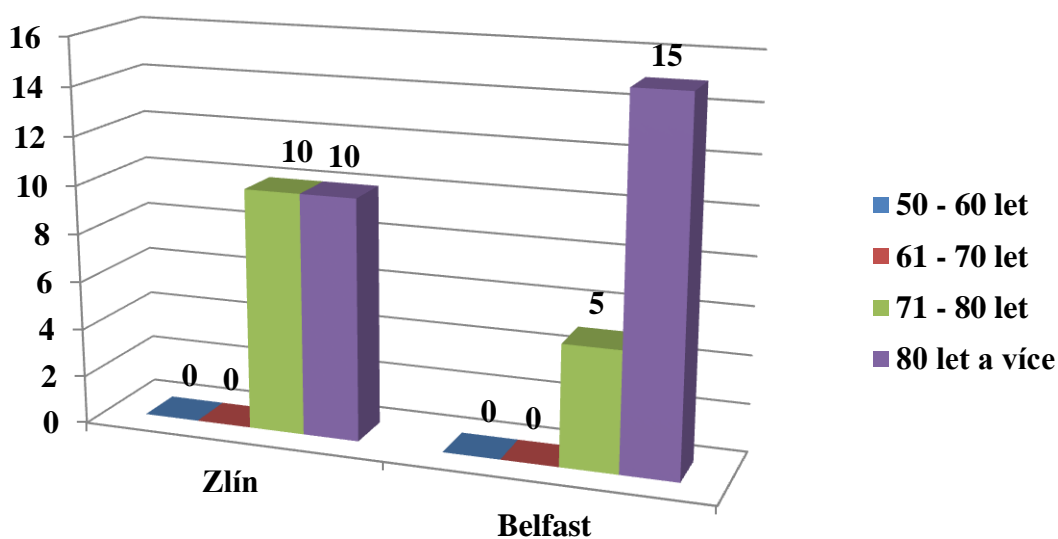
Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) bylo 12 žen (60 %) a 8 mužů (40 %).

Dotazníková položka č. 2 – Věková skupina:

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r</i> (%)	<i>n</i>	<i>r</i> (%)
50 - 60 let	0	0	0	0
61 - 70 let	0	0	0	0
71 - 80 let	10	50	5	25
80 let a více	10	50	15	75
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 2 Věk respondentů

Věk respondentů



Graf 2 Věk respondentů

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) je 10 respondentů (50 %) ve věkové kategorii 71 – 80 let a 10 respondentů (50 %) v kategorii 80 let a více.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) je 5 respondentů (25 %) v kategorii 71 – 80 let a 15 respondentů (75 %) v kategorii 80 let a více.

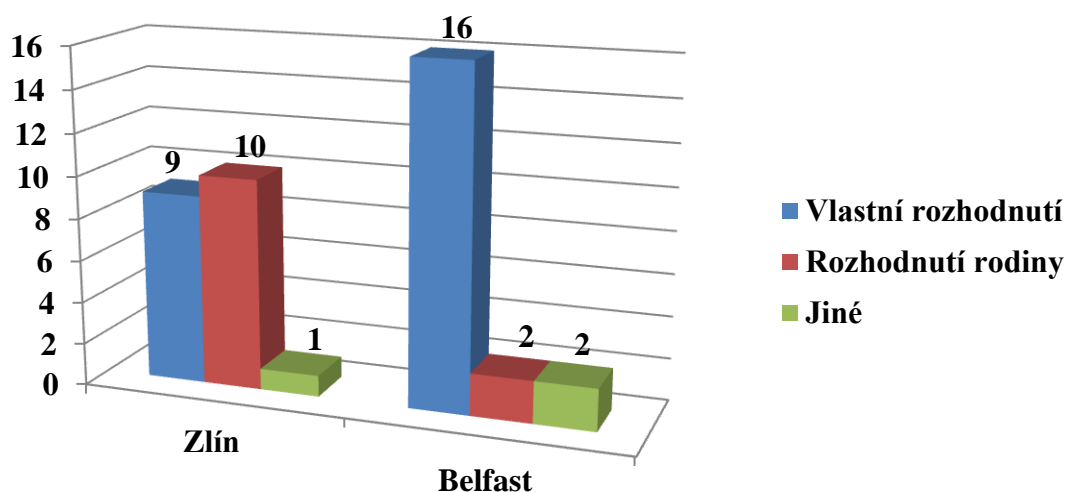
Z dotazníkového šetření vyplývá, že respondenti z Belfastu jsou průměrně starší, než respondenti ze Zlína.

Dotazníková položka č. 3 – V zařízení jsem na základě:

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Vlastního rozhodnutí	9	45	16	80
Rozhodnutí rodiny	10	50	2	10
Jiné	1	5	2	10
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 3 Rozhodnutí pro pobyt v zařízení

Rozhodnutí pro pobyt v zařízení



Graf 3 Rozhodnutí pro pobyt v zařízení

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) je 9 respondentů (45 %) v zařízení na základě vlastního rozhodnutí, 10 respondentů (50 %) na základě rozhodnutí rodiny a 1 respondent (5 %) na základě jiného rozhodnutí, v tomto případě rozhodnutí ošetřujícího lékaře.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) je 16 respondentů (80 %) v zařízení na základě vlastního rozhodnutí, 2 respondenti (10 %) na základě rozhodnutí rodiny a 2 respondenti (10 %) na základě jiného rozhodnutí, v tomto případě opět rozhodnutí ošetřujících lékařů.

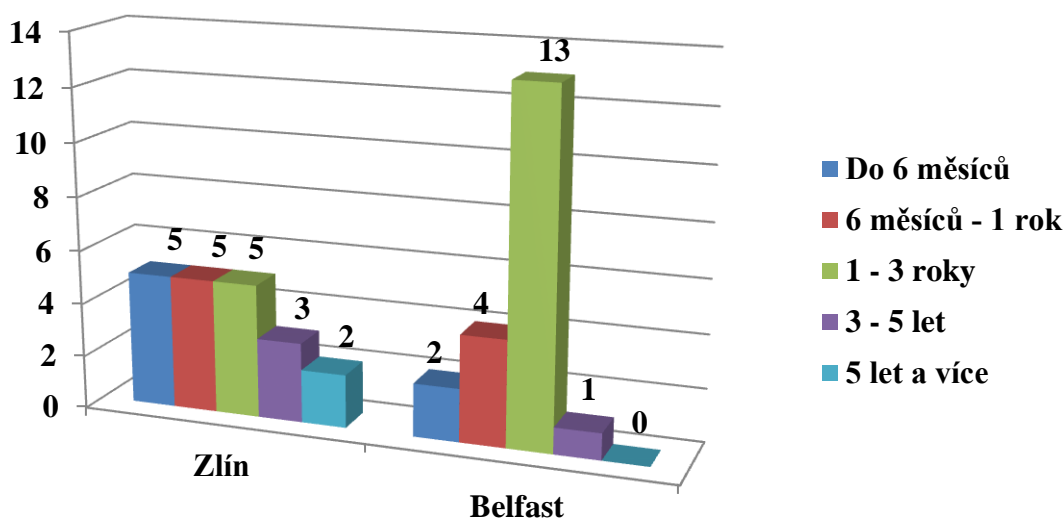
Z dotazníkového šetření vyplývá, že v Belfastu je v zařízení mnohem více respondentů na základě vlastního rozhodnutí.

Dotazníková položka č. 4 – Jak dlouho pobýváte v zařízení?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Do 6 měsíců	5	25	2	10
6 měsíců – 1 rok	5	25	4	20
1 – 3 roky	5	25	13	65
3 – 5 let	3	15	1	5
5 let a více	2	10	0	0
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 4 Délka pobytu v zařízení

Délka pobytu v zařízení



Graf 4 Délka pobytu v zařízení

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) pobývá v zařízení 5 respondentů (25 %) do 6 měsíců, 5 respondentů (25 %) 6 měsíců – 1 rok, 5 respondentů (25 %) 1 – 3 roky, 3 respondenti (15 %) 3 – 5 let a 2 respondenti (10 %) 5 let a více.

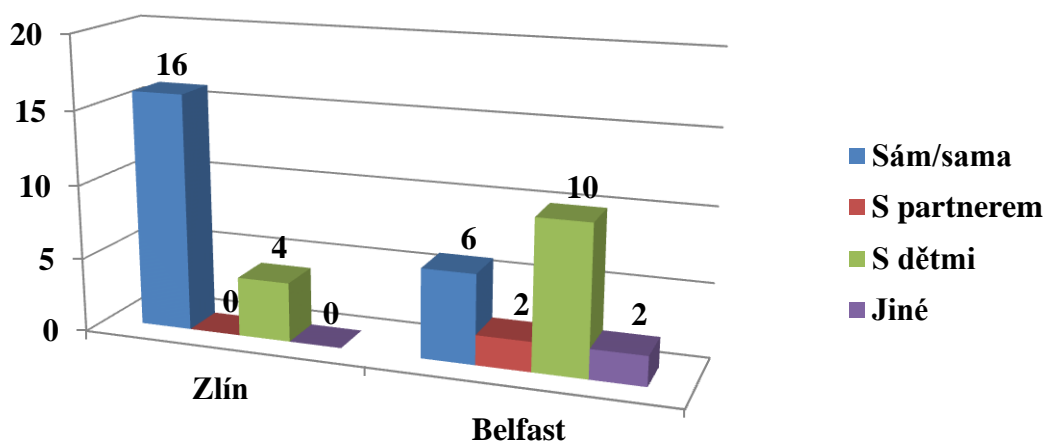
Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) pobývají v zařízení 2 respondenti (10 %) do 6 měsíců, 4 respondenti (20 %) 6 měsíců – 1 rok, 13 respondentů (65 %) 1 – 3 roky, 1 respondent (5 %) 3 – 5 let a žádný respondent nepobývá v zařízení déle než 5 let.

Dotazníková položka č. 5 – Před umístěním do zařízení jsem bydlel/a:

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r</i> (%)	<i>n</i>	<i>r</i> (%)
Sám/sama	16	80	6	30
S partnerem	0	0	2	10
S dětmi	4	20	10	50
Jiné	0	0	2	10
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 5 Bydlení před umístěním do zařízení

Bydlení před umístěním do zařízení



Graf 5 Bydlení před umístěním do zařízení

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) bydlelo před umístěním do zařízení 16 respondentů (80 %) samostatně, 4 respondenti (20 %) s dětmi a žádný z respondentů nebydlel s partnerem.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) bydlelo před umístěním do zařízení 6 respondentů (30 %) samostatně, 2 respondenti (10 %) s partnerem, 10 respondentů (50 %) s dětmi a 2 respondenti (10 %) přišli z jiných zařízení.

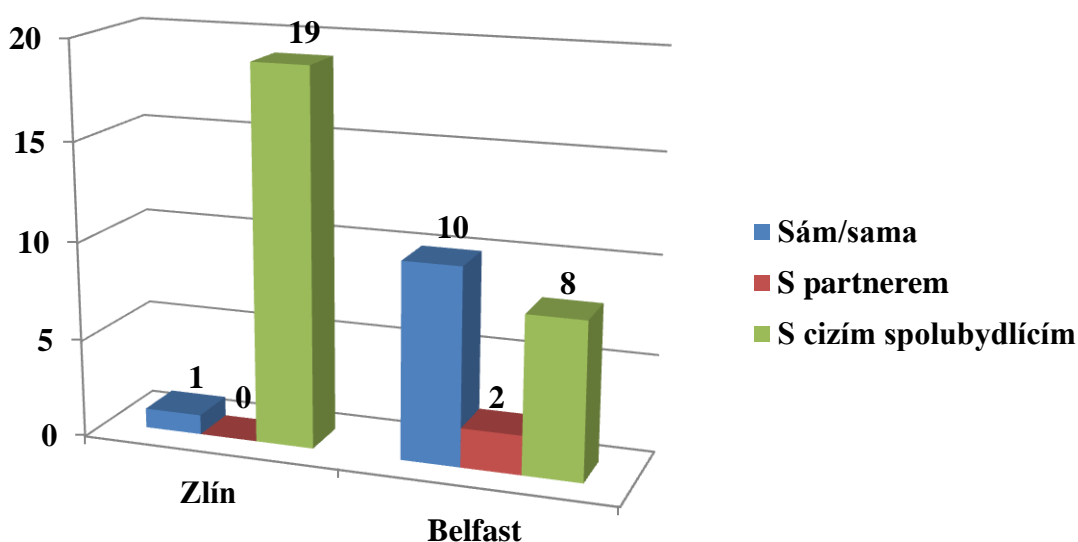
Z dotazníkového šetření vyplývá, že před umístěním do zařízení bydlela většina respondentů ze Zlína sama, kdežto v Belfastu bydlela většina respondentů před umístěním do zařízení s dětmi.

Dotazníková položka č. 6 – V zařízení jsem na pokoji:

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Sám/sama	1	5	10	50
S partnerem	0	0	2	10
S cizím spolubydlícím	19	95	8	40
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 6 *Obsazení pokoje*

Obsazení pokoje



Graf 6 *Obsazení pokoje*

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) bydlí 1 respondent (5 %) na pokoji sám, 19 respondentů (95 %) s cizím spolubydlícím a žádný respondent nebydlí s partnerem.

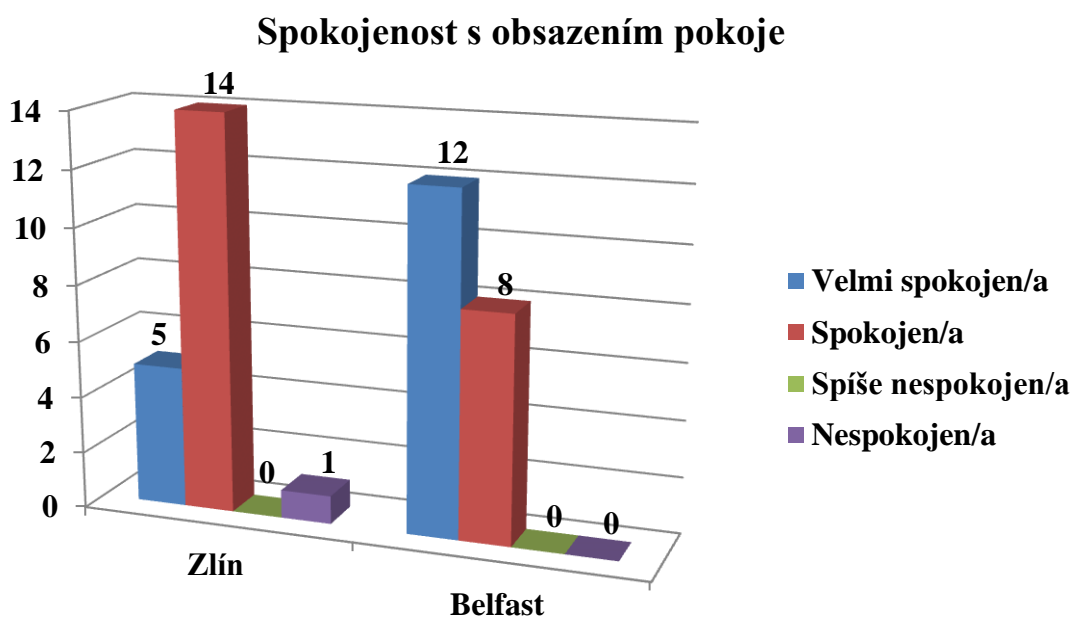
Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) bydlí 10 respondentů (50 %) na pokoji samostatně, 2 respondenti (10 %) bydlí na pokoji s partnerem a 8 respondentů (40 %) bydlí s cizím spolubydlícím.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina respondentů ze Zlína je na pokoji s cizím spolubydlícím, kdežto v Belfastu je většina respondentů na pokoji sama.

Dotazníková položka č. 7 – S obsazením na pokoji jsem:

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r</i> (%)	<i>n</i>	<i>r</i> (%)
Velmi spokojen/a	5	25	12	60
Spokojen/a	14	70	8	40
Spíše nespokojen/a	0	0	0	0
Nespokojen/a	1	5	0	0
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 7 Spokojenost s obsazením pokoje



Graf 7 Spokojenost s obsazením pokoje

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) je s obsazením pokoje velmi spokojeno 5 respondentů (25 %), 14 respondentů (70 %) je spokojeno a 1 respondent (5 %) je nespokojen, protože jeho spolubydlící nemluví.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) je s obsazením pokoje velmi spokojeno 12 respondentů (60 %) a dalších 8 respondentů (40 %) je spokojeno.

Dotazníková položka č. 8 – Věnuje Vám personál dostatek času a ochoty při péči?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano, pokaždé	20	100	20	100
Ano, s výjimkami	0	0	0	0
Většinou ne	0	0	0	0
Nikdy	0	0	0	0
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 8 *Čas a ochota při péči*

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpovědělo na danou otázku všech 20 respondentů (100 %) a všichni uvedli, že je jim pokaždé věnováno dostatek času a ochoty při péči.

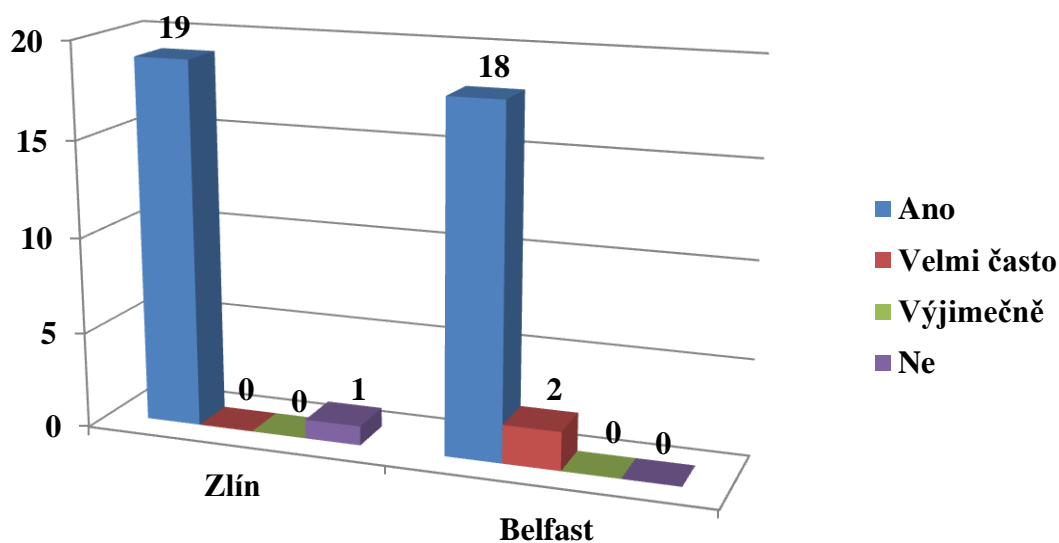
Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpovědělo na danou otázku všech 20 respondentů (100 %) a všichni uvedli, že je jim pokaždé věnováno dostatek času a ochoty při péči.

Dotazníková položka č. 9 – Je brán ohled na Váš názor?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r</i> (%)	<i>n</i>	<i>r</i> (%)
Ano	19	95	18	90
Velmi často	0	0	2	10
Výjimečně	0	0	0	0
Ne	1	5	0	0
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 9 Uznání názoru

Uznání názoru



Graf 8 Uznání názoru

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpovědělo 19 respondentů (95 %), že personál bere pokaždé ohled na jejich názor a 1 respondent (5 %) odpověděl, že není brán ohled na jeho názor.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpovědělo 18 respondentů (90 %), že personál bere pokaždé ohled na jejich názor a 2 respondenti (10 %) odpověděli, že personál bere ohled na jejich názor velmi často. Žádný z respondentů neodpověděl záporně.

Dotazníková položka č. 10 – Jak Vás personál nejčastěji oslovuje?

Zlín: odpovědi na danou otázku využilo všech 20 respondentů (100 %) a všichni odpověděli, že jsou personálem oslovováni pane/paní.

Belfast: odpovědi na danou otázku využilo taktéž všech 20 respondentů (100 %) a všichni odpověděli, že jsou personálem oslovováni pane/paní (Mr/Ms).

Dotazníková položka č. 11 – Je podle Vás v zařízení dostatek personálu?

Zlín: odpovědi na danou otázku využilo všech 20 respondentů (100 %) a volně doplnili své odpovědi. 17 respondentů (85 %) si myslí, že je v zařízení dostatek personálu, 2 respondenti (10 %) si myslí, že v zařízení moc personálu není, ale že to pro chod stačí a poslední 1 respondent (5 %) si myslí, že je v zařízení dostatek personálu jak kdy. Zde jsou citace některých odpovědí:

„*Ano.*“

„*Moc ne, ale stačí.*“

„*Ani ne.*“

„*Dost.*“

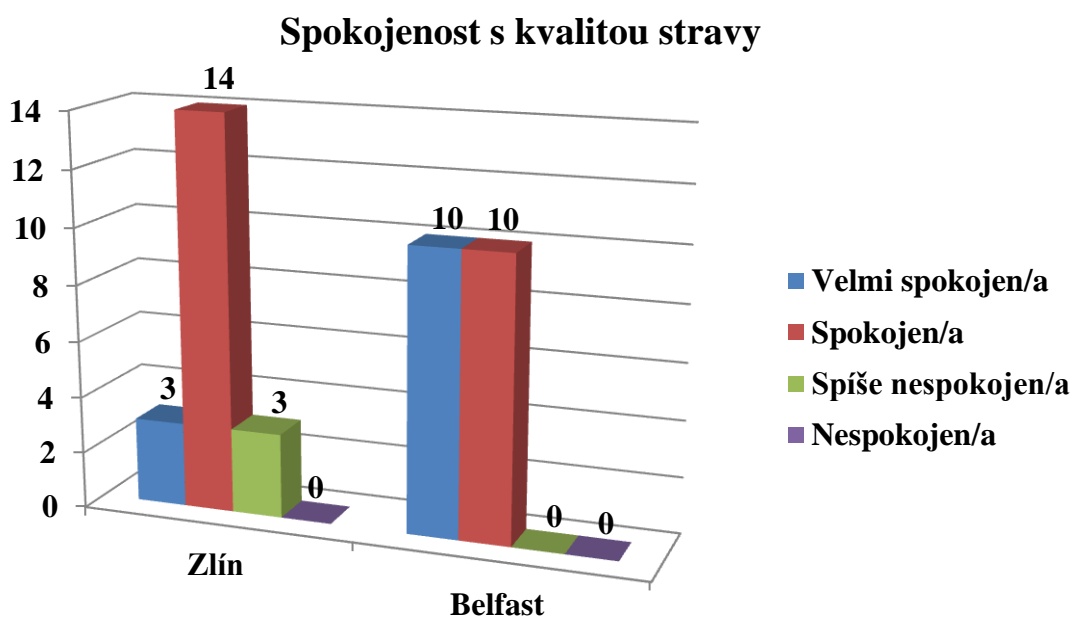
„*Jak kdy.*“

Belfast: odpovědi na danou otázku využilo všech 20 respondentů (100 %) a volně doplnili své odpovědi. Všichni respondenti odpověděli kladně a myslí si, že je v zařízení dostatek personálu.

Dotazníková položka č. 12 – Jste spokojen/a s kvalitou podávané stravy?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Velmi spokojen/a	3	15	10	50
Spokojen/a	14	70	10	50
Spíše nespokojen/a	3	15	0	0
Nespokojen/a	0	0	0	0
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 10 *Spokojenost s kvalitou stravy*



Graf 9 *Spokojenost s kvalitou stravy*

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) jsou s kvalitou stravy 3 respondenti (15 %) velmi spokojeni, 14 respondentů (70 %) je spokojeno a 3 respondenti (15 %) jsou spíše nespokojeni.

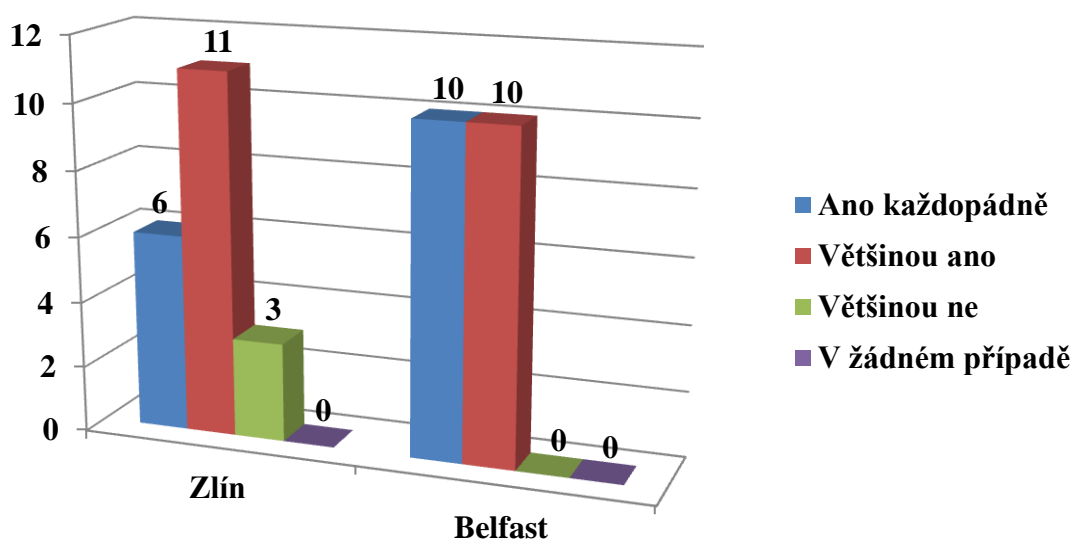
Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) je s kvalitou stravy 10 respondentů (50 %) velmi spokojeno a 10 respondentů (50 %) spokojeno.

Dotazníková položka č. 13 – Je strava ve Vašem zařízení chutná?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r</i> (%)	<i>n</i>	<i>r</i> (%)
Ano, každopádně	6	30	10	50
Většinou ano	11	55	10	50
Většinou ne	3	15	0	0
V žádném případě	0	0	0	0
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 11 Spokojenost s chutí stravy

Spokojenost s chutí stravy



Graf 10 Spokojenost s chutí stravy

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) uvádí 6 respondentů (30 %), že jim strava pokaždé chutná, 11 respondentů (55 %) uvádí, že jim strava většinou chutná a další 3 respondenti (15 %) uvádí, že jim strava většinou nechutná.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) uvádí 10 respondentů (50 %), že jim strava pokaždé chutná a dalších 10 respondentů (50 %) uvádí, že jim strava většinou chutná.

Dotazníková položka č. 14 – Máte možnost výběru stravy, popřípadě možnost vlastní přípravy?

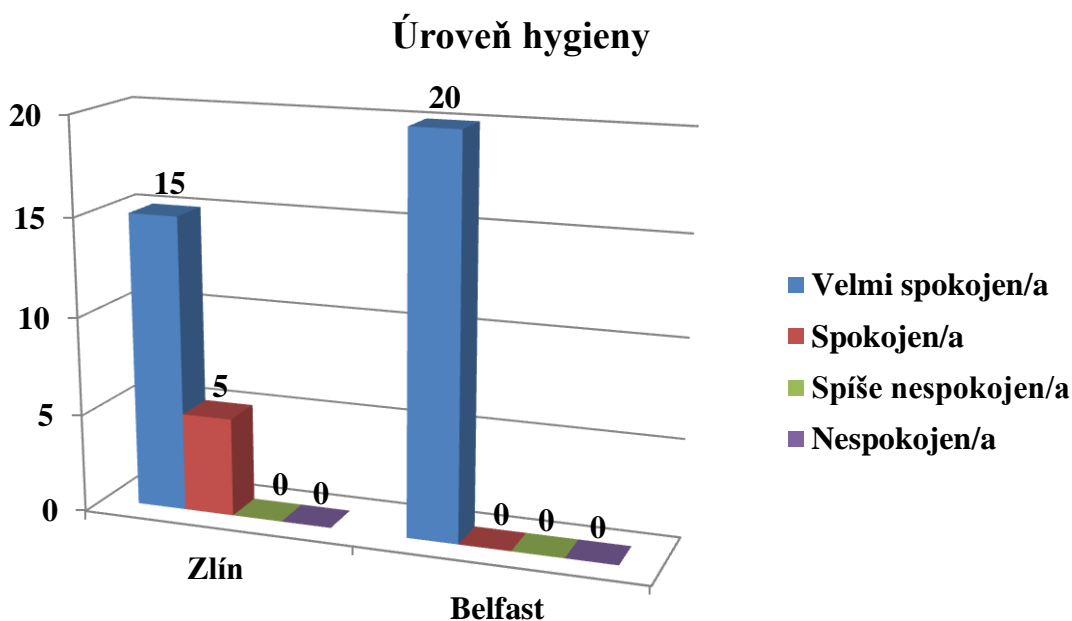
Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) využili odpověď na otevřenou otázku všichni, a všichni respondenti odpověděli, že možnost výběru stravy, ani možnost vlastní přípravy nemají.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) využili odpověď na otevřenou otázku všichni, a všichni respondenti odpověděli, že mají možnost výběru stravy i možnost vlastní přípravy.

Dotazníková položka č. 15 – Jste spokojen/a s úrovní osobní hygieny ve Vašem zařízení?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r</i> (%)	<i>n</i>	<i>r</i> (%)
Velmi spokojen/a	15	75	20	100
Spokojen/a	5	25	0	0
Spíše nespokojen/a	0	0	0	0
Nespokojen/a	0	0	0	0
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 12 Úroveň hygieny



Graf 11 Úroveň hygieny

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) je 15 respondentů (75 %) s úrovní osobní hygieny velmi spokojeno a 5 respondentů (25 %) je s úrovní osobní hygieny spokojeno.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) jsou všichni respondenti s úrovní osobní hygieny velmi spokojeni.

Dotazníková položka č. 16 – Dostane se Vám v případě potřeby pomoc?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano, sami se přihlásí	20	100	20	100
Ano, na požádání	0	0	0	0
Jiné	0	0	0	0
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 13 *Pomoc v případě potřeby*

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpověděli všichni respondenti, že se jim dostane pomoci pokaždé v případě potřeby, personál se průběžně chodí ptát a sám se přihlásí.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpověděli všichni respondenti, že se jim dostane pomoci pokaždé v případě potřeby, aniž by se o pomoc museli sami dožadovat.

Dotazníková položka č. 17 – Je Vám věnován dostatečný čas a soukromí při provádění osobní hygieny?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano, pokaždé	20	100	20	100
Ano s výjimkami	0	0	0	0
Většinou ne	0	0	0	0
Nikdy	0	0	0	0
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 14 *Čas a soukromí při osobní hygieně*

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpověděli všichni respondenti, že je jim pokaždé věnováno soukromí a dostatečný čas při provádění osobní hygieny.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpověděli taktéž všichni respondenti, že je jim pokaždé věnováno soukromí a dostatečný čas při provádění osobní hygieny.

Dotazníková položka č. 18 – Jaké kulturní programy Vaše zařízení organizuje?

Zlín: odpovědi na danou otevřenou otázku se zúčastnilo všech 20 respondentů (100 %), pouze 5 respondentů (25 %) odpovědělo, že neví, že se žádných aktivit v zařízení nezúčastňují. Zbýlých 15 respondentů (75 %) uvedlo celou škálu aktivit, které jejich zařízení organizuje. Aktivity jako skupinka, které jsou na denním programu a vede je sociální pracovnice. Probíhá zde luštění křížovek, cvičení paměti pomocí hádanek, opakování států a hlavních měst a jiných zeměpisných znalostí, učení a opakování různých básniček, nacvičování zpěvu a opakování různých tradic, dle měsíce, nebo ročního období. Dalšími aktivitami jsou stolní tenis, rehabilitační cvičení v místnosti s míči, keramická dílna, mše, harmonika, kineziologie, vystoupení a poslech hudby.

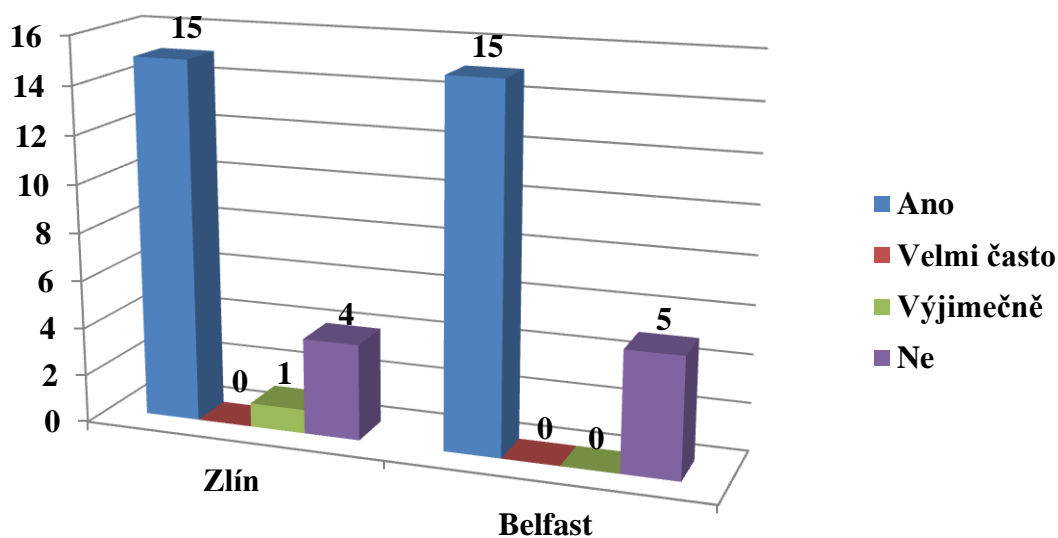
Belfast: odpovědi na danou otevřenou otázku se zúčastnilo všech 20 respondentů (100 %), pouze 3 respondenti (15 %) odpověděli, že neví o žádných kulturních programech a aktivitách v jejich zařízení. Dalších 17 respondentů (85 %) uvedlo aktivity jako pletení, luštění křížovek, malování, vytváření výzdoby, cvičení, hudební programy, filmové programy a procházky.

Dotazníková položka č. 19 – Zapojujete se aktivně do dění v zařízení?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r</i> (%)	<i>n</i>	<i>r</i> (%)
Ano	15	75	15	75
Velmi často	0	0	0	0
Výjimečně	1	5	0	0
Ne	4	20	5	15
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 15 Zapojení do aktivit

Zapojení do aktivit



Graf 12 Zapojení do aktivit

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) se 15 respondentů (75 %) zapojuje do aktivit pokaždé, 1 respondent (5 %) se do dění v zařízení zapojuje výjimečně a 4 respondenti (20 %) se nezapojují nikdy.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) se 15 respondentů (75 %) zapojuje do aktivit pokaždé a 5 respondentů (25 %) se nezapojuje nikdy.

Dotazníková položka č. 20 – Máte dostatek osobního volna?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano	20	100	20	100
Velmi často	0	0	0	0
Výjimečně	0	0	0	0
Ne	0	0	0	0
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 16 *Osobní volno*

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpověděli všichni respondenti, že mají dostatek osobního volna.

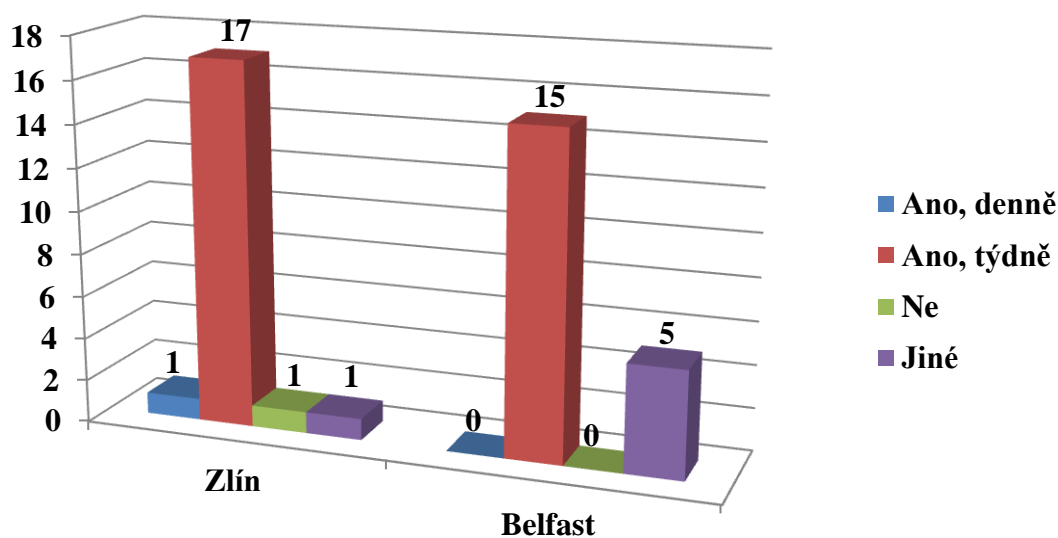
Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpověděli všichni respondenti, že mají dostatek osobního volna.

Dotazníková položka č. 21 – Dochází do Vašeho zařízení kněz?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r</i> (%)	<i>n</i>	<i>r</i> (%)
Ano, denně	1	5	0	0
Ano, týdně	17	85	15	75
Ne	1	5	0	0
Jiné	1	5	5	25
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 17 Duchovní potřeby

Duchovní potřeby



Graf 13 Duchovní potřeby

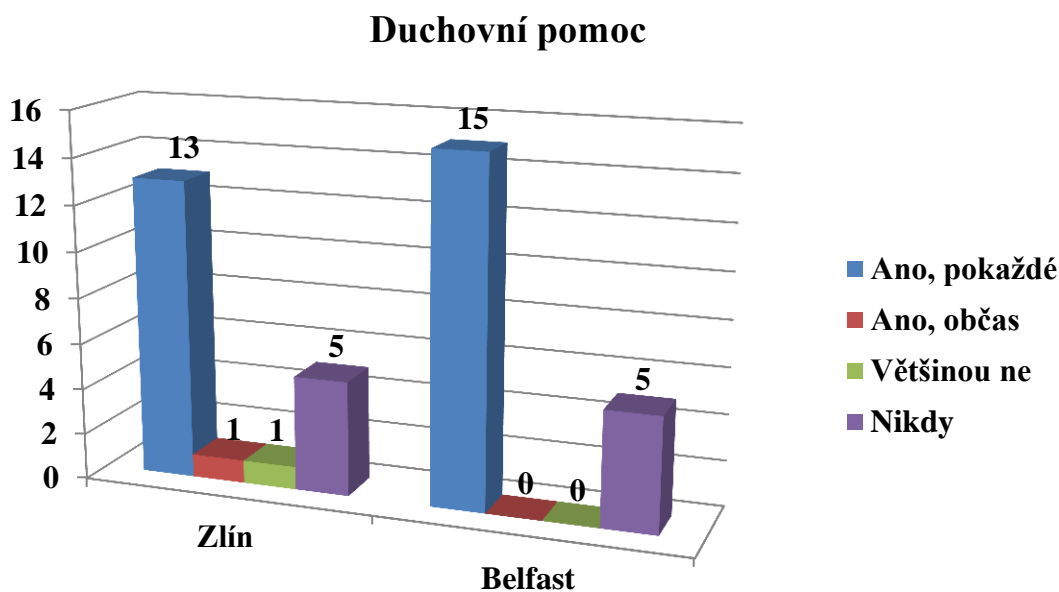
Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpověděl 1 respondent (5 %), že kněz do jejich zařízení dochází denně, 17 respondentů (85 %) odpovědělo, že kněz do jejich zařízení dochází týdně, 1 respondent (5 %) odpověděl, že kněz do jejich zařízení nedochází a poslední 1 respondent (5 %) použil odpověď – jiné, v tomto případě neznal informace.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpovědělo 15 respondentů (75 %), že kněz do jejich zařízení dochází týdně a dalších 5 respondentů (25 %) o službách kněze nevědělo nic.

Dotazníková položka č. 22 – Využíváte jeho služeb?

Odpověď	ZLÍN		BELFAST	
	<i>n</i>	<i>r</i> (%)	<i>n</i>	<i>r</i> (%)
Ano, pokaždé	13	65	15	75
Ano, občas	1	5	0	0
Většinou ne	1	5	0	0
Nikdy	5	25	5	25
Celkem	20	100	20	100

Tabulka 18 Duchovní pomoc



Graf 14 Duchovní pomoc

Zlín: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpovědělo 13 respondentů (65 %), že služeb kněze využívají pokaždé, když je k dispozici, 1 respondent (5 %) využívá služeb kněze občas, 1 respondent (5 %) odpověděl, že většinou jeho služeb nevyužívá a 5 respondentů (25 %) odpovědělo, že služeb kněze nevyužívá nikdy.

Belfast: z celkového počtu 20 respondentů (100 %) odpovědělo 15 respondentů (75 %), že služeb kněze využívá pokaždé a 5 respondentů (25 %) odpovědělo, že služeb kněze nevyužívá nikdy.

Dotazníková položka č. 23 – Co Vám v zařízení schází? Co byste doporučili k vylepšení?

Zlín: odpovědi na tuhle otázku využilo všech 20 respondentů (100 %), 17 respondentů (85 %) je se zařízením spokojena, nic jim neschází a nemají žádné doporučení k vylepšení. Zbylým 3 respondentům (15 %) schází šipky, kuželky nebo relaxační bazén.

Belfast: odpovědi na tuhle otázku využilo všech 20 respondentů (100 %), 17 respondentů (85 %) je se zařízením spokojena, nic jim neschází a nemají žádné doporučení k vylepšení. Zbylým 3 respondentům (15 %) schází domácí mazlíčci.

5.2 Interview

V následující části jsou prezentovány výsledky zjištěných dat z interview s druhou skupinou respondentů, vedoucími zařízení, ve kterých výzkum probíhal.

Pro přehlednost označuji:

T (tazatel)

R1 (vedoucí zařízení Dům pokojného stáří, Zlín)

R2 (vedoucí zařízení Lansdowne Care Home, Belfast)

T: Jak dlouho jste zaměstnána v tomto zařízení (kde jste pracovala předtím)?

R1: v tomto zařízení pracuji 3,5 roku, předtím jsem pracovala cca 3 roky v jiném zařízení.

R2: pracuji zde 7 let, předtím jsem pracovala jako vrchní sestra.

T: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

R1: vysokoškolské, magisterské, obor sociální pedagogika.

R2: vysokoškolské, bakalářské, obor sociální práce.

T: Jaká je spolupráce s ošetřujícím personálem?

R1: z pohledu vedoucí služby dobrá.

R2: výborná, na plně profesionální úrovni.

T: Jaké profese jsou v zařízení a kolik?

R1: v domově pracují pracovníci sociálních služeb (21, ale ne všichni na plný úvazek), všeobecné sestry (4 na plný a 2 na poloviční úvazek), rehabilitační sestra, vedoucí přímé péče, vrchní sestra, správce, údržbář, dvě prادلeny, pět uklízeček, pracovnice recepce, vedoucí kuchyně, čtyři kuchaři a dva pomocníci, ekonomka a personalistka.

R2: ošetřující personál (40), sociální pracovníci (10), rehabilitační pracovníci (2), ochranka, uklízečky, kuchaři a pomocný personál, údržbář a ekonomové.

T: Jaké jsou osobnostní předpoklady pro vaše zaměstnance – co je podle Vás nejdůležitější?

R1: osobnostní předpoklady jsou zpracovány pro každou profesi zvlášť, u přímé péče je důležitá odbornost, lidskost, empatie, ale také práce v týmu.

R2: dosažené vzdělání v daném oboru, praxe, flexibilita, profesionální přístup.

T: Jste spokojena s počtem a úrovní personálu?

R1: ne zcela.

R2: ano.

T: Pokud ne, proč?

R1: toto není jednoduchá otázka – co se týká počtu, bylo by potřeba navýšit personál v přímé péči, a to především v nejnáročnějších časech dne (ráno, večer), aby bylo možno více vyhovět přáním klientů. Co se týká úrovně, je to o konkrétních lidech, a ne vždy to lze jednoduše ovlivnit a vyřešit.

T: Jaká je spolupráce s rodinami klientů?

R1: s některými výborná, s jinými špatná.

R2: spolupráce s rodinami je individuální.

T: Dochází rodiny pravidelně za svými příbuznými?

R1: cca polovina.

R2: ano, dochází.

T: Jaká je čekací doba ve Vašem zařízení?

R1: cca rok, většinou ale déle.

R2: většinou žádná, máme velkou kapacitu.

T: Akceptujete přání klienta na jednolůžkový pokoj, či ubytování s partnerem?

R1: jednolůžkové pokoje v zařízení nejsou a ubytování s partnerem není problém, ale téměř vždy to není možné najednou.

R2: ano, většina našich pokojů je jednolůžková, ubytování s partnerem není problém.

T: Můžou klienti ve Vašem zařízení dožít?

R1: samozřejmě.

R2: ano, ale rozhodovacím stanoviskem je zdravotní stav.

T: Je Vaše zařízení členěno dle soběstačnosti klientů?

R1: ne.

R2: ano, máme vyhrazeny pokoje pro nesoběstačné klienty.

T: Patří Vaše zařízení státu, nebo se jedná o zařízení soukromé?

R1: soukromé zařízení.

R2: jedná se o soukromou společnost.

T: Jakou kapacitu má Vaše zařízení?

R1: zařízení má kapacitu 48 klientů.

R2: kapacita je 86 klientů.

T: Mají klienti možnost vzít si do zařízení domácího mazlíčka?

R1: to bohužel ne.

R2: bohužel tohle není možné.

T: Mají klienti možnost výběru stravy?

R1: ne, ale výběr se snažíme přizpůsobovat individuálním potřebám.

R2: ano, mají možnost výběru z denního menu. Dále mají možnost vlastní přípravy stravy.

T: Jsou součástí vašeho zařízení i geriatřičtí klienti?

R1: samozřejmě.

R2: ano.

T: Mají klienti možnost vyjádřit se ke službám? Pokud ano, jakým způsobem?

R1: ano, máme systém podávání stížností a připomínek, každoročně děláme dotazníkové šetření ohledně spokojenosti pro klienty i rodiny.

R2: ano, zpětná vazba je pro nás velice důležitá. Klienti, kteří mají zájem, se pravidelně účastní sezení, kde jsou tyto problémy diskutovány.

T: Zjišťujete spokojenost klientů? Pokud ano, jak často a jakým způsobem?

R1: ano, viz výše.

R2: ano, většinou pomocí dotazníků.

T: Mají možnost se vyjádřit rodinní příslušníci?

R1: totéž + každoroční schůzky pro rodiny s vedoucími zaměstnanci.

R2: ne, rodiny se nevyjadřují. Pouze u nesoběstačných klientů.

T: Jak se postupuje v případě stížnosti klienta/rodiny – jaký typ stížností je nejčastější?

R1: většinu případů řeší vedoucí domova, individuálně, dle typu stížností (prověření, zjištění skutečností). Poté odpovídá stěžovateli do 10 dnů.

R2: všechny problémy jsou řešeny se specialisty na daných sezeních.

T: Jaký typ služeb poskytuje zařízení?

R1: služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

R2: naše zařízení je určeno pro klienty, kteří si nedokážou sami zajistit základní potřeby, ale také pro klienty, kteří se cítí osamělí.

T: Je k dispozici lékař? Pokud ne, jaký je postup v případě potřeby?

R1: lékař zde trvale není, jsme domov. Jsou tady všeobecné sestry, které musí posoudit situaci, zda se dá vyřešit pomocí medikace, případně telefonicky konzultují s ošetřující lékařkou, volají pohotovost nebo RZP.

R2: v případě potřeby dojíždí ošetřující lékaři, nebo RZP. Soběstačným klientům zajistíme odvoz v případě potřeby návštěvy lékaře.

T: Jaký typ dokumentace používáte, probíhají supervize?

R1: sociální a ošetřovatelská dokumentace, a ano supervize probíhají.

R2: ano, supervize probíhají, používáme elektronické dokumentace.

T: Jak probíhají kontroly personálu?

R1: průběžně, pokud se jedná o větší vizitaci, tak je předem hlášena.

R2: kontroly jsou běžné a namátkové. Personál je pravidelně školen.

T: Jak vypadá běžný pracovní den sestry? Co vše musí stihnout udělat?

R1: vše co stanoveno v ordinacích od lékaře, dokumentace, zápisy, úklid pomůcek, dezinfekce dle harmonogramů + cokoliv, co je potřeba.

R2: každá sestra má pevný pracovní plán, který se stanovuje dopředu (výdej léků, napomáhání klientům při jejich aktivitách, pravidelné kontroly, aj. individuální úkony, které se stanovují dle stavu klientů).

6 DISKUZE

Výzkumným záměrem mé bakalářské práce bylo provést komparaci ošetrovatelské péče ve dvou zařízeních pro seniory. Jedná se o české a anglické zařízení. Na začátku práce jsem si stanovila cíle. Na základě toho byly vytvořeny otázky, a následně sestaven dotazník a rámec pro strukturovaný rozhovor. Do mého výzkumu byly zařazeny dvě skupiny respondentů, 20 uživatelů zařízení v Česku a 20 uživatelů zařízení v Anglii, kterým byl předložen k vyplnění dotazník. S vedoucími každého zařízení byl následně realizován strukturovaný rozhovor (interview).

Průzkumové šetření probíhalo v Anglii v srpnu roku 2012, v době plnění mé praxe v místní nemocnici a v Česku v listopadu 2012.

Dotazníkové položky č. 1, 2, 3, 4 a 5 měly za úkol definovat výběrový vzorek respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 15 žen (75 %) a 5 mužů (25 %) z českého zařízení a 12 žen (60 %) a 8 mužů (40 %) ze zařízení v Anglii. V Česku byly nejčastěji zastoupeny věkové kategorie 71 – 80 let a to 10 respondenty (50 %) a 81 – více let opět 10 respondenty (50 %). V Anglii byla nejpočetněji zastoupena věková kategorie 81 – více let a to 15 respondenty (75 %). Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že 10 respondentů (50 %) z českého zařízení je v zařízení na základě rozhodnutí rodiny, naopak v Anglii je 16 respondentů (80 %) v zařízení na základě vlastního rozhodnutí. V dotazníkové položce, která zjišťuje délku pobytu seniorů v zařízení, byly zastoupeny všechny možné odpovědi. Většina dotazovaných seniorů v Česku užívá zařízení v průměru od 6 měsíců do 3 let na rozdíl od Anglie, kde většina dotazovaných seniorů užívá zařízení v průměru 3 – 5 let. Poslední úvodní otázka zjišťuje, s kým senioři před umístěním do zařízení bydleli. 16 respondentů (80 %) z Česka, což je většina, bydlela před umístěním do zařízení samostatně, zbylí 4 respondenti (20 %) bydleli s dětmi. V Anglii se výsledky opět liší. 10 respondentů (50 %) bydlelo před umístěním do zařízení s dětmi, 6 respondentů (30 %) bydlelo samostatně, 2 respondenti (10 %) bydleli s partnerem a poslední 2 respondenti (10 %) bydleli v jiném zařízení.

Cíl č. 1 Zjistit rozdíly v péči o seniory v českém a anglickém zařízení

Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou rozdíly v péči o seniory v českém a anglickém zařízení. Dotazníková položka č. 8 měla za úkol zjistit, zda je seniorům věnován dostatek času a ochoty při péči. Výsledky byly velice překvapivé a potěšující. Všech 20 respondentů (100 %) z obou zařízení odpovědělo, že je jim pokaždé věnováno dostatek času a ochoty.

V otázce č. 9 uvedlo 19 respondentů (95 %) z českého zařízení a 18 respondentů (90 %) ze zařízení v Anglii, že je brán ohled na jejich názor. Další dotazníková položka č. 10 se zaměřuje na oslovení seniorů personálem. Výsledky byly v obou případech stejné, všichni respondenti jsou oslovováni personálem pan/paní. Otázka č. 16 zjišťovala, zda se seniorům v zařízení dostane v případě potřeby pomoc. Výsledky byly opět překvapivé. Všichni respondenti odpověděli kladně, s dodatkem, že se personál sám přihlásí. Otázka č. 17 byla zaměřena na čas a soukromí při provádění osobní hygieny. Odpověď byla opět potěšující od všech 20 respondentů (100 %) z obou zařízení, a to, že je jim pokaždé věnováno dostatek času a soukromí, při provádění osobní hygieny. Poslední dotazníková položka č. 20 k prvnímu cíli měla za úkol zjistit, zda mají senioři v zařízení dostatek osobního volna. Všech 20 respondentů (100 %) z českého i anglického zařízení uvádí, že dostatek osobního volna mají. K tomuto cíli jsem zaměřila i některé otázky v interview. V otázce č. 3 jsem se dotazovala, jaká je s ošetřujícím personálem spolupráce. Na tuto otázku mi vedoucí českého zařízení odpověděla, že je spolupráce z pohledu vedoucí služby dobrá. Vedoucí v Anglii mi odpověděla, že je spolupráce výborná, na plně profesionální úrovni. Myslím si, že spolupráce a souhra ošetřujícího personálu hraje hlavní roli v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Další otázkou (otázka č. 11) jsem chtěla zjistit, zda je akceptováno přání klienta na jednolůžkový pokoj, či ubytování s partnerem. Ve srovnávaném zařízení v Česku nejsou k dispozici jednolůžkové pokoje, a ubytování s partnerem není problém, téměř vždy však nejsou volná dvě místa najednou. V anglickém zařízení jsou k dispozici jednolůžkové pokoje, a ubytování s partnerem není problém. Odpovědi na další otázku (otázka č. 12) jsou totožné, a uvádí, že senioři mohou v zařízení dožít. V otázce č. 13 jsem se ptala, zda jsou jednotlivá zařízení členěna dle soběstačnosti klientů. Zařízení v Česku členěno není, zařízení v Anglii má vyhrazené pokoje pro nesoběstačné klienty. V posledních dvou otázkách (otázka č. 24 a 27) jsem se dotazovala, zda je v jednotlivých zařízeních k dispozici lékař, popřípadě jaký je postup v případě jeho potřeby a jak vypadá běžný pracovní den sestry. Vedoucí zařízení v Česku mi odpověděla, že lékař trvale k dispozici není, všeobecné sestry by měly zhodnotit situaci, případně telefonicky konzultovat problém s ošetřující lékařkou nebo volají pohotovost. Náplní práce sestry, je zvládnout vše, co je stanoveno v ordinacích od lékaře, zpracování dokumentace, zápisy, úklid pomůcek, dezinfekce dle harmonogramů a samozřejmě cokoli, co je potřeba v případě jakýchkoliv komplikací. V zařízení v Anglii lékař taktéž trvale není, v případě potřeby dojíždí na kontroly nebo se volá pohotovost. Soběstačným

klientům je v případě potřeby zajištěn odvoz k ošetřujícímu lékaři. Dále má každá sestra stanovený přesný denní plán, a plní různé individuální úkony, které jsou stanoveny dle stavu klientů.

Cíl č. 2 Srovnat typy zařízení, personální obsazení a doplňkové služby

Druhým cílem bylo srovnat typy zařízení, personální obsazení a doplňkové služby. Dotazníková položka č. 11 měla za úkol zjistit, zda si respondenti myslí, že je v zařízení dostatek personálu. Z českého zařízení si 16 respondentů (80 %) myslí, že ano. Ze zařízení v Anglii si všichni respondenti myslí, že je v zařízení dostatek personálu. Další otázka (otázka č. 14) zjišťuje, zda mají klienti v zařízení možnost výběru stravy, popřípadě možnost vlastní přípravy. Zařízení v Česku tyto možnosti nemají, naopak srovnávané zařízení v Anglii tyto možnosti má. V otázce č. 8 mi respondenti odpovídají na otevřenou otázku, která se týká kulturních programů, které jejich zařízení organizuje. Z českého zařízení pouze 5 respondentů (25 %) nemělo o aktivitách přehled, protože se jich nezúčastňují, a z Anglie o aktivitách nevěděli pouze 3 respondenti (15 %). Otázky č. 21 a 22 zjišťují, zda do zařízení dochází kněz, a zda klienti využívají jeho služeb. Z českého zařízení mi 17 respondentů (85 %) odpovědělo, že kněz dochází do zařízení týdně, a 13 respondentů (65 %) využívá pokaždé jeho služeb. V Anglii využívá služeb kněze 15 (75 %) respondentů, a ten samý počet respondentů mi také odpověděl, že kněz do jejich zařízení dochází týdně. Další otázky se soustředili na vedoucí obou zařízení. Otázkou č. 4 jsem se vedoucích dotazovala, jaké profese v zařízení mají a v jakém počtu. Personální obsazení je téměř totožné s výjimkou Anglie, kde je téměř o polovinu vyšší počet zaměstnanců. V otázce č. 5 se ptám, jaké mají osobnostní předpoklady pro své zaměstnance. Vedoucí z Česka preferuje odbornost, empatii a práci v týmu a vedoucí z Anglie preferuje vzdělání v daném oboru, praxi, flexibilitu a profesionální přístup. Otázky č. 6 a 7 na sebe navazují, zjišťují, zda jsou vedoucí spokojené s počtem a úrovní personálu. Vedoucí českého zařízení spokojená není, zdůvodňuje, že by byla potřeba navýšit personál v přímé péči, především ráno a večer. Vedoucí z Anglie je spokojená a jiné důvody neuvádí. Další otázkou (otázka č. 10) zjišťuji, jak dlouhá je čekací doba v jednotlivých zařízeních. V českém zařízení je čekací doba asi jeden rok. Vedoucí zařízení v Anglii uvádí, že čekací doba je minimální z důvodu velké kapacity zařízení. V otázkách č. 14 a 15 vedoucí českého zařízení uvádí, že zařízení je soukromé a kapacita je 48 klientů. Vedoucí v Anglii uvádí, že zařízení je také soukromé, s kapacitou 86 klientů. Otázkou č. 16 jsem se dozvěděla, že klienti ani jednoho zařízení nemají možnost

chovu domácího mazlíčka. V otázce č. 17 řeším, zda mají klienti možnost výběru stravy. Vedoucí českého zařízení uvádí, že tahle možnost není, ale že se snaží přizpůsobovat jídelníček individuálním potřebám a vychází vstříc chutím klientů. Vedoucí z Anglie uvádí, že klienti mají možnost výběru stravy z denního menu. Z odpovědí na otázku č. 18 se dozvídám, že součástí obou zařízení jsou geriatričtí klienti. Otázkami č. 23, 25 a 26 se ptám, jaký typ služeb zařízení poskytuje, jaké dokumentace jednotlivá zařízení používají a zda probíhají kontroly personálu. Vedoucí českého zařízení uvádí, že poskytují sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, že používají sociální a ošetrovatelské dokumentace a kontroly probíhají průběžně. Vedoucí z Anglie uvádí, že poskytují služby klientům, kteří si sami nedokáží zajistit základní potřeby, že používají elektronické dokumentace a kontroly jsou běžné a namátkové.

Cíl č. 3 Zjistit, zda jsou senioři daných zařízení s poskytovanými službami spokojeni

Třetím cílem bylo zjistit, zda jsou senioři daných zařízení s poskytovanými službami spokojeni. Dotazníkové položky č. 6 a 7 na sebe navazují, zjišťují, s kým jsou klienti na pokoji, a zda jsou s daným obsazením spokojeni. 19 respondentů (95 %) s českého zařízení je na pokoji s cizím spolubydlícím a všichni respondenti jsou s obsazením spokojeni. V Anglii je většina klientů na pokoji sama, a jsou velmi spokojeni. Další položky č. 12 a 13 zjišťují, zda jsou klienti spokojeni s kvalitou podávané stravy a zda jim strava chutná. Z celkového výsledku vyplývá, že je v obou případech spokojenost na obou stranách. Dále otázka č. 15, která měla za úkol zjistit, zda jsou klienti spokojeni s úrovní v oblasti osobní hygieny, opět je spokojenost na obou stranách a to 100%. Poslední dvě dotazníkové položky č. 19 a 20 zjišťují, zda se klienti daných zařízení aktivně zapojují do dění v zařízení a co jim v zařízení schází. V obou případech se do dění zapojuje 15 respondentů (75 %). V českém zařízení se našli 3 respondenti (15 %), kteří by v zařízení uvítali šipky, kuželky nebo relaxační bazén. V anglickém zařízení se našli taktéž 3 respondenti (15 %), kterým chybí domácí mazlíčci. Dále jsem se dotazovala vedoucích otázkami č. 19 a 20, zda mají klienti možnost vyjádření ke službám a zda se zjišťuje jejich spokojenost. Vedoucí českého zařízení uvedla, že mají systém podávání stížností a připomínek a každoročně dělají dotazníkové šetření ohledně spokojenosti pro klienty i rodiny. Vedoucí anglického zařízení uvedla, že je pro ně zpětná vazba velice důležitá, proto pořádají pravidelná sezení, kde jsou dané problémy diskutovány.

Cíl č. 4 Definovat rozdíly v péči

Posledním cílem bylo definovat rozdíly v péči mezi srovnávanými zařízeními. Z předešlých cílů lze vyvodit, že žádný velký rozdíl v poskytované péči v jednotlivých zařízeních není. Kvalita péče je ve srovnávaných zařízeních v podstatě stejná. Ke komparaci nalezneme snad jen pár rozdílů, které se týkají spíše systémů v zařízeních.

Prvním rozdílem je vybavenost anglického zařízení jednolůžkovými pokoji. V českém zařízení bohužel jednolůžkové pokoje k dispozici nejsou. Klienti však neprojeví v této oblasti nespokojenost a s cizím spolubydlícím se ve velké většině případů brzo seznámí. Zařízení se také snaží k sobě přiřazovat klienty s podobnou zdravotní kondicí.

Druhým rozdílem je čekací doba pro přijetí do zařízení. Populace v České republice stárne a těchto zařízení je v naší republice značný nedostatek, proto je i čekací doba podstatně delší. Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že v zařízení v Česku je čekací doba v průměru až o rok delší, než v zařízení v Anglii. Což je problémem, pokud chce být do zařízení přijat pár ve stejnou dobu.

Třetím rozdílem je výběr a příprava vlastní stravy, což je seniorům v anglickém zařízení umožněno díky kuchyňskému koutku. Výběr stravy si poté vybírají z denních menu. Seniori v českém zařízení tuhle možnost bohužel nemají, ale průběžně je obchází vedoucí kuchyně a strava je přizpůsobena dle chutí, přání a diet klientů.

Čtvrtým a posledním rozdílem je nespokojenost ze strany vedoucí v českém zařízení s počtem personálu. Vyslovila své přání, že by byla potřeba navýšit personál pro přímou péči alespoň v ranních a večerních hodinách. Z finančního hlediska tohle bohužel není možné. Proto jsou vedení i personál vděční za každého volentéra, studenta plnicího praxe nebo rodinného příslušníka, který jeví zájem o pomoc při péči o svého příbuzného.

6.1 Doporučení pro praxi

Nyní si dovoluji připojit pár mých návrhů, které by mohly ještě více zlepšit spokojenost z řad klientů, ale také spokojenost a motivaci zaměstnanců při práci.

- Pokusit se získat finanční pomoc od obce (dotace) nebo od státu v takové výši, aby mohly být personálně posíleny služby, alespoň na zkrácený úvazek v nejnáročnějších denních dobách, což by mohlo přispět k individuálnímu přístupu ke klientovi.
- Snažit se více spolupracovat s rodinou klienta.

-
- Zvýšit informovanost klientů o volnočasových aktivitách a všech možných službách, které domov poskytuje. Aktivně nabízet, doporučovat a připomínat aktuální aktivity.
 - Průběžně zjišťovat spokojenost klientů a úroveň péče pomocí krátkých dotazníků, nebo společných sezení.
 - Pravidelně kontrolovat přístup zdravotnického personálu k seniorům, a taktéž probírat a řešit problémy ze strany ošetrujícího personálu.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit hlavní rozdíly v péči mezi jednotlivými srovnávanými zařízeními. Při komparaci jsem došla k závěru, že v poskytované péči, na drobné rozdíly není žádný zásadní rozdíl. Kvalita ošetřovatelské i celkové péče je ve své podstatě stejná. Nemohu ovšem mluvit za celý systém, protože z vlastní zkušenosti vím, že i v České republice se kvalita poskytované péče liší zařízení od zařízení. Kvalita poskytované péče vychází v některých domovech z předem daných norem a počtů, bohužel ne všude se ohlíží jen na potřeby klientů. Tyto rozdíly nejsou velké, nicméně jsou pozorovatelné. Rozdíly mohou být způsobeny systémem vedení a priorit, které vedení jednotlivých ústavů má. Priority jsou pro každého z nás různé. Někdo považuje za nejdůležitější aktivizaci seniorů, bohužel najdeme i takový systém, kde se děje přesný opak. Dalším faktorem mohou být finanční možnosti, které taktéž nejsou ve všech zařízeních stejné. Záleží opět na daném systému, jakou část si hradí sami klienti a jaká část finančních prostředků je poskytována od státu. Kvalita péče může být také ovlivněna motivací zaměstnanců, ať už finanční (mzdy a odměny) nebo etická (poslání řádových sester), kde se může lišit přístup k jednotlivým klientům.

Když se nad tím vším zamyslíme, uvědomíme si, že každý z nás může být jednou odkázaný na pomoc druhých. Ne každému se dostane pomoci v domácím prostředí. A je nad míru smutné, pokud rodina umístí svého příbuzného do zařízení jen proto, aby jim nebyl na obtíž. Někteří lidé se však do domovů pro seniory velice těší, jelikož už nemají nikoho, kdo by se o ně postaral. Stáří sebou přináší jak ty špatné, tak i dobré stránky a najdeme i takové lidi, kteří se na stáří těší.

Prostřednictvím této práce jsem měla možnost zjistit, jaké možnosti mají senioři v dnešním světě. Měla jsem možnost nahlédnout do každodenního života seniorů žijících v domovech pro seniory tady u nás, ale také v Anglii.

V úplném závěru si kladu otázku: „*Co mi tato práce dala?*“. Dala mi opravdu mnoho. Obohatila mne o spoustu nových informací. A v poslední řadě mne donutila přemýšlet nad mým budoucím povoláním, úctou, trpělivostí a empatií, která je pro práci obzvláště se seniory nesmírně důležitá.

„*Již od mládí je třeba mít před očima stáří.*“ *Gaius Lucilius* (CITATY ©2007-2013)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**Knižní tituly:**

- [1] BALOGOVÁ, Beáta, 2005. *Seniori*. Prešov: Akcent print. ISBN 80-969-2749-3.
- [2] BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ, 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-661-5.
- [3] CHERNISS, Carry, 1980 cit. podle KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-716-9551-3.
- [4] JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.
- [5] JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Výzkum v ošetřovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
- [6] KALVACH, Zdeněk, 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4366-0.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-716-9551-3.
- [8] MASLACH, Christina, 1997 cit. podle KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-716-9551-3.
- [9] MAUK, Kristen L, 2006. *Gerontological nursing: competencies for care*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 0-7637-2843-8.
- [10] McCONNELL, Edwina, 1982 cit. podle KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-716-9551-3.
- [11] MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-436-4.
- [12] MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3345-2.
- [23] PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0076-8.

- [34] PETŘKOVÁ, Anna a Rozálie ČORNANIČOVÁ, 2004. *Gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80 -244-0879-1.
- [45] PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ, 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8184-3.
- [56] POCHYLÁ, Karla, 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-420-8.
- [67] POLEDNÍKOVÁ, Ľubica, 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Vydavatel'stvo Osveta. ISBN 80-8063-208-1.
- [78] ROZSYPALOVÁ, Marie, Alena ŠAFRÁNKOVÁ a Renata VYTEJČKOVÁ, 2009 *Ošetrovatel'ství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-074-3.
- [89] ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2006. *Základy ošetrovatel'ství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.
- [20] TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

Články v periodikách:

- [29] DOBROVODSKÁ, Libuše. 2008. Předepisování léků nelékaři, zejména sestrami.
- [22] FRIBERTOVÁ, Petra, PRAŽANOVÁ, Adéla. 1998. Šest bakalárek v Anglii. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, a. s., 8(1), 32. ISSN 1210-0404.
- [23] JIRKOVÁ, Alena. 1998. Ze studijního pobytu v Anglii. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, a. s., 8(3), 36. ISSN 1210-0404.
- [24] KOLÁČNÁ, Tereza. 2006. Vzdělávání v Anglii. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, a. s., 16(5), 20. ISSN 1210-0404. *Florence: časopis moderního ošetrovatel'ství*. Praha: Ambit Media, a. s., 4(4), 139-140. ISSN 1801-464X.

Elektronické zdroje:

- [25] AZCITATY. 2009-2011 [online]. © 2009-2011 [cit. 2013 – 04 - 11]. Dostupné z: <http://azcitary.cz/ogden-nash/22695/>

- [26] CAREHOME. 2013. Lansdowne Care Home [online]. © 2013 [cit. 2013 – 04 - 09]. Dostupné z: <http://www.carehome.co.uk/carehome.cfm/searchazref/20007005LANA>
- [27] CITATY. 2007-2013 [online]. © 2007-2013 [cit. 2013 – 04 - 15]. Dostupné z: <http://citary.net/autori/gaius-lucilius/>
- [28] ČESKO. Vyhláška ze dne 1. Března 2011 105/2011 Sb.: změna zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&fulltext=&nr=105~2F2011&part=&name=&rpp=100#seznam>
- [29] ČESKO. Vyhláška ze dne 1. března 2011 55/2011 Sb.: o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=55~2F2011&rpp=100#seznam>
- [30] HOREHLEĎ, Petr. *Edukativní dimenze gerontopedagogiky*. Brno, 2006. [cit. 2013 – 03 - 13]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/105566/pedf_b/. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA. Vedoucí práce doc. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
- [31] ISPV. 2010-2013 [online]. © 2010-2013 [cit. 2013 – 03 - 21]. Dostupné z: <http://www.ispv.cz/cz/Vysledky-setreni/Aktualni.aspx>
- [32] KABELKOVÁ, M. Zdravotní sestry u nás a ve světě: Jak se jim žije? In: *Vlasta* [online]. 2011 [cit. 2013 – 04 - 09]. Dostupné z: <http://archiv.vlasta.cz/tematydne/2011/10/23/clanky/zdravotni-sestry-u-nas-ve-svete-jak-se-jim-zije/>
- [33] NADĚJE. 2005-2013 [online]. © 2005-2013 [cit. 2013 – 04 - 09]. Dostupné z: <http://www.nadeje.cz/zlin/index.php?show=stranka&id=1-Dum-pokojneho-stari>
- [34] NHS: CAREERS. 2006 [online]. © 2006 [cit. 2013 – 03 - 21]. Dostupné z: <http://www.nhscareers.nhs.uk/working-in-the-nhs/pay-and-benefits/>
- [35] NMC. 2010. About us [online]. © 2010 [cit. 2013 – 04 - 09]. Dostupné z: <http://www.nmc-uk.org/About-us/>

- [36] SIKOROVÁ, Katarzyna. *Spokojenost seniorů v ústavním zařízení*. Zlín, 2011. [cit. 2013 – 03 - 13]. Dostupné z: <http://dspace.k.utb.cz/handle/10563/18088>. Bakalářská práce. UNIVERZITA TOMÁŠE BATI. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
- [37] TŘEŇÁK, Petr. Sestřičky na útěku. In: *CS Magazín* [online]. 2009 [cit. 2013 – 04 - 09]. Dostupné z: <http://www.cs-magazin.com/index.php?a=a2009061037>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

£	libra
ARIS	Academic Registration Information System
cit.	citace
CZ-ISCO	Národní klasifikace zaměstnání
č.	číslo
f	relativní četnost
n	absolutní četnost
např.	například
NHS	National Health Service
NMC	Council of Nurses and Midwives
NPEF	Nurse Prescriber's Extended Formulary
NPF	Nurse Prescriber's Formulary
RN	Registered Nurse
s.	strana
Sb.	Sbírka
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně
viz.	najdete na ...
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Pohlaví respondentů
Tabulka 2	Věk respondentů
Tabulka 3	Rozhodnutí pro pobyt v zařízení
Tabulka 4	Délka pobytu v zařízení
Tabulka 5	Bydlení před umístěním do zařízení
Tabulka 6	Obsazení pokoje
Tabulka 7	Spokojenost s obsazením pokoje
Tabulka 8	Čas a ochota při péči
Tabulka 9	Uznání názoru
Tabulka 10	Spokojenost s kvalitou stravy
Tabulka 11	Spokojenost s chutí stravy
Tabulka 12	Úroveň hygieny
Tabulka 13	Pomoc v případě potřeby
Tabulka 14	Čas a soukromí při osobní hygieně
Tabulka 15	Zapojení se do aktivit
Tabulka 16	Osobní volno
Tabulka 17	Duchovní potřeby
Tabulka 18	Duchovní pomoc

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Pohlaví respondentů
Graf 2	Věk respondentů
Graf 3	Rozhodnutí pro pobyt v zařízení
Graf 4	Délka pobytu v zařízení
Graf 5	Bydlení před umístěním do zařízení
Graf 6	Obsazení pokoje
Graf 7	Spokojenost s obsazením pokoje
Graf 8	Uznání názoru
Graf 9	Spokojenost s kvalitou stravy
Graf 10	Spokojenost s chutí stravy
Graf 11	Úroveň hygieny
Graf 12	Zapojení se do aktivit
Graf 13	Duchovní potřeby
Graf 14	Duchovní pomoc

SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA P I **Definice vyhlášky č. 55/2011 sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků**
- PŘÍLOHA P II **Dotazník**
- PŘÍLOHA P III **Interview**

PŘÍLOHA P I

Definice vyhlášky č. 55/2011 sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Činnost všeobecné sestry bez odborného dohledu a bez indikace lékaře podle § 4 odst. 1:

- vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů, a to i za použití měřících technik,
- sledování a orientační hodnocení fyziologických funkcí pacientů,
- pozorování, hodnocení a zaznamenávání stavu pacienta,
- zajišťování herních aktivit pro děti,
- zajišťování a vyšetřování biologického materiálu neinvazivní cestou,
- odsávání sekretu horních cest dýchacích a zajišťování jejich průchodnosti,
- hodnocení a ošetřování poruchy celistvosti kůže, chronických ran, stomií a žilních vstupů,
- ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem provádění rehabilitačního ošetřovatelství,
- provádění nácviku sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- edukace pacientů a blízkých osob o ošetřovatelských postupech a příprava edukačních materiálů,
- hodnocení sociální situace pacienta a v případě nutnosti zprostředkování pomoci,
- zajišťování činnosti spojené s přijetím, přemísťováním nebo propuštěním pacientů,
- provádění psychické podpory umírajícím a jejich blízkých, po stanovení smrti lékařem provádění péče o tělo zemřelého,
- přejímání, kontrolování, ukládání léčivých přípravků, manipulace s nimi a zajišťování jejich dostatečné zásoby,
- přejímání, kontrolování a ukládání zdravotnických prostředků a prádla a zajišťování jejich dostatečné zásoby.

Činnost všeobecné sestry bez odborného dohledu na základě indikace lékaře podle § 4 odst. 3:

- připravování pacientů k diagnostickým a léčebným výkonům, na základě indikace lékaře při nich asistuje a poskytuje ošetřovatelskou péči v průběhu a po výkonu,
- podávání léčivých přípravků, s výjimkou nitrožilních léků u dětí do 3 let a radiofarmak,

- zavádění a udržování kyslíkové terapie,
- odebírání biologického materiálu a orientační hodnocení,
- ošetřování akutní a operační rány včetně drénů,
- katetrizace močového měchýře u žen a dívek nad 10 let, péče o močové katetry pacientů všech věkových skupin,
- výměna a ošetření tracheostomické kanyly, zavádění nazogastrické sondy, péče o sondu a aplikace výživy sondou,
- výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

Činnost všeobecné sestry vykonávaná pod přímým dohledem lékaře podle § 4 odst. 4:

- aplikování nitrožilních krevních derivátů,
- asistování při zahájení aplikace krevních derivátů, péče v průběhu a ukončení

PŘÍLOHA P II

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Adriana Ženčáková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad pro vypracování praktické části mé bakalářské práce na téma „Komparace ošetrovatelské péče v českých a anglických zařízeních pro seniory“. Dotazník je anonymní a získané údaje budou použity v mé závěrečné práci.

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Ženčáková Adriana

Pozn.: Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jen jednu odpověď. U otázek s volnou odpovědí napište svůj názor.

1. Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2. Věková skupina:

- a) 50 - 60 let
- b) 61 - 70 let
- c) 71 - 80 let
- d) 81 – více let

3. V zařízení jsem na základě:

- a) Vlastního rozhodnutí
- b) Rozhodnutí rodiny
- c) Jiné _____

4. Jak dlouho pobýváte v zařízení?
- a) do 6 měsíců
 - b) 6 měsíců – 1 rok
 - c) 1 – 3 roky
 - d) 3 – 5 let
 - e) 5 let a více
5. Před umístěním do zařízení jsem bydlel/a:
- a) Sám/sama
 - b) S partnerem
 - c) S dětmi
 - d) Jiné _____
6. V zařízení jsem na pokoji:
- a) Sám/sama
 - b) S partnerem
 - c) S cizím spolubydlícím
7. S obsazením na pokoji jsem:
- a) Velmi spokojen/a
 - b) Spokojen/a
 - c) Spíše nespokojen/a
 - d) Nespokojen/a
8. Věnuje Vám personál dostatek času a ochoty při péči?
- a) Ano, pokaždé
 - b) Ano, s výjimkami
 - c) Většinou ne
 - d) Nikdy

9. Je brán ohled na Váš názor?

- a) Ano
- b) Velmi často
- c) Výjimečně
- d) Ne

10. Jak Vás personál nejčastěji oslovuje?

11. Je podle Vás v zařízení dostatek personálu?

12. Jste spokojen/a s kvalitou podávané stravy?

- a) Velmi spokojen/a
- b) Spokojen/a
- c) Spíše nespokojen/a
- d) Nespokojen/a

13. Je strava ve Vašem zařízení chutná?

- a) Ano, každopádně
- b) Většinou ano
- c) Většinou ne
- d) V žádném případě

14. Máte možnost výběru stravy, popřípadě možnost vlastní přípravy?

15. Jste spokojen/a s úrovní osobní hygieny ve Vašem zařízení?

- a) Velmi spokojen/a
- b) Spokojen/a
- c) Spíše nespokojen/a
- d) Nespokojen/a

16. Dostane se Vám v případě potřeby pomoc?

- a) Ano, sami se přihlásí
- b) Ano, na požádání
- c) Jiné_____

17. Je Vám věnován dostatečný čas a soukromí při provádění osobní hygieny?

- a) Ano, pokaždé
- b) Ano s výjimkami
- c) Většinou ne
- d) Nikdy

18. Jaké kulturní programy Vaše zařízení organizuje?

19. Zapojujete se aktivně do dění v zařízení?

- a) Ano
- b) Velmi často
- c) Výjimečně
- d) Ne

20. Máte dostatek osobního volna?

- a) Ano
- b) Velmi často
- c) Výjimečně
- d) Ne

21. Dochází do Vašeho zařízení kněz?

- a) Ano, denně
- b) Ano, týdně
- c) Ne
- d) Jiné_____

22. Využíváte jeho služeb?

- a) Ano, pokaždé
- b) Ano, občas
- c) Většinou ne
- d) Nikdy

23. Co Vám v zařízení schází? Co byste doporučili k vylepšení?

Děkuji za vyplnění.

PŘÍLOHA P III

INTERVIEW

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Adriana Ženčáková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o zodpovězení otázek, které poslouží jako podklad pro vypracování praktické části mé bakalářské práce na téma „Komparace ošetrovatelské péče v českých a anglických zařízeních pro seniory“. Rozhovor je anonymní a získané údaje budou použity v mé závěrečné práci.

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas při zodpovídání otázek.

Ženčáková Adriana

-
1. Jak dlouho jste zaměstnána v tomto zařízení (kde jste pracovala předtím)?
 2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
 3. Jaká je spolupráce s ošetřujícím personálem?
 4. Jaké profese jsou v zařízení a kolik?
 5. Jaké jsou osobnostní předpoklady pro vaše zaměstnance – co je podle Vás nejdůležitější?
 6. Jste spokojena s počtem a úrovní personálu?
 7. Pokud ne, proč?
 8. Jaká je spolupráce s rodinami klientů?
 9. Dochází rodiny pravidelně za svými příbuznými?
 10. Jaká je čekací doba ve Vašem zařízení?
 11. Akceptujete přání klienta na jednolůžkový pokoj, či ubytování s partnerem?
 12. Můžou klienti ve Vašem zařízení dožít?
 13. Je Vaše zařízení členěno dle soběstačnosti klientů?
 14. Patří Vaše zařízení státu, nebo se jedná o zařízení soukromé?

15. Jakou kapacitu má Vaše zařízení?
16. Mají klienti možnost vzít si do zařízení domácího mazlíčka?
17. Mají klienti možnost výběru stravy?
18. Jsou součástí vašeho zařízení i geriatrictí klienti?
19. Mají klienti možnost vyjádřit se ke službám? Pokud ano, jakým způsobem?
20. Zjišťujete spokojenost klientů? Pokud ano, jak často a jakým způsobem?
21. Mají možnost se vyjádřit rodinní příslušníci?
22. Jak se postupuje v případě stížnosti klienta/rodiny – jaký typ stížností je nejčastěji?
23. Jaký typ služeb poskytuje zařízení?
24. Je k dispozici lékař? Pokud ne, jaký je postup v případě potřeby?
25. Jaký typ dokumentace používáte, probíhají supervize?
26. Jak probíhají kontroly personálu?
27. Jak vypadá běžný pracovní den sestry? Co vše musí stihnout udělat?