

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Tereza Frühaufová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ANALÝZA POTŘEB U SENIORA PROPUŠTĚNÉHO
Z NEMOCNICE SE ZAJIŠTĚNOU DOMÁCÍ PÉČÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Václava Otcová, MBA

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza FRÜHAUFOVÁ, DiS.**
Osobní číslo: **Z18B0016K**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Analýza potřeb u seniora propuštěného z nemocnice se zajištěnou domácí péčí**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam použité literatury pro vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce podle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. Vybrané kapitoly z gerontologie. 2., dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6.
- MESSER, Barbara. 100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče. Přeložil Renata HALMO. Praha: Grada publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0215-0.
- DZIACKA, A., Andrea BOTÍKOVÁ, Olga KABÁTOVÁ and Silvia PUTEKOVÁ. 2012. Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) ako súčasť všeobecnej ambulantnej starostlivosti na Slovensku. Diagnóza v ošetrovatelství. 8 (2), 9-11.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Václava Otcová**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Litni dne 28.3.2021



vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Frůhaufová Tereza, DiS

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Analýza potřeb a problémů u seniora propuštěného z nemocnice se zajištěnou domácí péčí

Vedoucí práce: Mgr. Václava Otcová, MBA

Počet stran – číslované: 67

Počet stran – nečíslované: 12

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: agentura domácí péče, domácí péče, problémy seniorů, potřeby seniorů, stáří

Souhrn:

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje změny ve stáří a specifické potřeby seniorů. V praktické části jsou zpracovány výsledky výzkumu. Identifikuje problémy a potřeby seniorů a byl proveden formou dotazníkového šetření. Účelem bylo zjištění, jak problematiku vnímají samotní senioři i všeobecné a praktické sestry z agentur domácí péče, které se o seniory starají. Dalším cílem výzkumu bylo zjistit, zda všeobecné a praktické sestry mají všechny potřebné informace související s hospitalizací seniora v nemocnici.

Abstract

Surname and name: Frühaufová Tereza, DiS

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Health Care Requirement in Senior Patients with Homecare after Hospitalization

Consultant: Mgr. Václava Otcová, MBA

Number of pages – numbered: 67

Number of pages – unnumbered: 12

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 28

Keywords: Homecare agency, home care, problems of seniors, needs of seniors, old age

Summary:

This bachelor work is divided into two parts – theoretical and practical. Theoretical part describes changes during aging and specific needs in senior patients. In practical part you can find my research results. We aim this research on senior requirements identification and we carried out it by using questionnaire searching. We wanted to know how are these problems felt by seniors and by home care agency workers. Another aim of this study was to assess if nurses have all essential information about senior hospitalization.

Předmluva

Pacient se po úspěšné hospitalizaci v nemocnici vrací domů. Pokud potřebuje ještě odbornou zdravotní péči, je mu zajištěna agentura domácí péče. Pacient nemá žádnou představu o poskytovaném rozsahu péče agentury. Jeho skutečné požadavky a potřeby nejsou uspokojeny. Po příchodu domů nemá k dispozici všechny léky, není, kdo by mu vařil a sám to nezvládne. Buď nebyl důkladně informován, nebo důležité informace opomněl. Pacient potřebuje jiný rozsah služeb, než ty které mu jsou poskytovány agenturou. Nemá u sebe ošetrovatelskou překládovou zprávu. Všeobecná či praktická sestra při první návštěvě neví, které činnosti má u pacienta provádět. Tento pacient se vrací po několika dnech zpět do nemocnice a je v horším zdravotním stavu, než byl při propuštění...

I takto by mohl vypadat negativní scénář pacienta po propuštění z nemocnice do domácí péče. Chtěla jsem touto prací zmapovat, jak se pacient s propuštěním z nemocnice vyrovnává a jaké nejčastěji potíže ho trápí.

Poděkování

Děkuji Mgr. Václavě Otcové za mé profesní vedení a odborné vedení této práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům agentur domácí péče, kteří se na výzkumu podíleli. Jedná se o agentury: Geria, Bonum finem a Domácí péče Jarošová.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ.....	12
SEZNAM TABULEK.....	13
SEZNAM ZKRATEK.....	14
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 PROBLEMATIKA SENIORŮ.....	16
1.1 Pojem stáří.....	16
1.2 Teorie stárnutí	17
1.3 Vymezení a periodicita stárnutí.....	17
1.3.1 Biologické stáří	17
1.3.2 Kalendářní stáří	17
1.3.3 Sociální stáří.....	17
1.4 Pohled na funkční hodnocení geriatrického pacienta v dlouhodobé péči	17
1.4.1 Soběstačnost.....	17
1.4.2 Mobilita.....	18
1.4.3 Senzorické funkce	18
1.4.4 Křehkost a kondice.....	19
1.4.5 Stav výživy.....	19
1.4.6 Bolest.....	20
1.4.7 Kvalita života	20
1.4.8 Kognitivní funkce.....	21
1.4.9 Emotivita, nálada a motivace	21
1.5 Potřeby seniorů.....	22
1.5.1 Potřeba fyzického bezpečí.....	22
1.5.2 Potřeba psychického bezpečí.....	22
1.5.3 Potřeba ekonomického bezpečí.....	23
1.6 Současný systém zdravotní a sociální péče o seniory	23
1.6.1 Zdravotní péče o seniory	23
1.6.2 Sociální péče o seniory.....	24
1.6.3 Pobytová zařízení pro seniory	25
1.6.4 Neregistrovaná zařízení.....	26
PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
2 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	27
2.1 Hlavní cíl.....	27
2.2 Dílčí cíle.....	27
3 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY.....	28
4 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	29
5 METODIKA PRÁCE	30

6	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	32
6.1	Analýza dotazníku pro všeobecné a praktické sestry	32
6.1.1	Délka praxe všeobecné/praktické sestry v agentuře domácí péče	32
6.1.2	Obvyklá délka péče o pacienty v domácí péči	32
6.1.3	Frekvence návštěv agentury domácí péče	33
6.1.4	Nejčastější lékařské diagnózy pacientů v domácí péči	34
6.1.5	Nejčastěji prováděné ošetrovatelské úkony u pacientů v domácí péči	36
6.1.6	Problémy, které trápí pacienty	37
6.1.7	Psychosociální potřeby pacientů	38
6.1.8	Služby, které pacient vyžaduje, ale agentura je neposkytuje	39
6.1.9	Obdržení lékařské propouštěcí zprávy	40
6.1.10	Chybějící informace v ošetrovatelské překládové zprávě	41
6.1.11	Dostupnost léků ordinovaných pacientovi při propuštění z nemocnice	42
6.1.12	Informovanost pacienta o užívání léků	43
6.1.13	Frekvence návštěv pacientů blízkými nebo rodinou	44
6.1.14	Spolupráce praktického lékaře s agenturou domácí péče	45
6.1.15	Činnosti obtížné pro rodinné příslušníky a blízké pacienta	46
6.1.16	Návrhy na zlepšení spolupráce agentury domácí péče a nemocnice	46
6.2	Analýza dotazníku pro seniory	47
6.2.1	Věk a pohlaví respondentů	47
6.2.2	Problémy pacientů, které udávají pacienti po propuštění z nemocnice	48
6.2.3	Psychosociální potřeby pacientů, u kterých pacienti udávají, že se jim jich nedostává v dostatečné míře	49
6.2.4	Potřeba účasti na bohoslužbě a kontakt s duchovním	49
6.2.5	Počet osob žijících ve společné domácnosti	50
6.2.6	Frekvence návštěv seniora blízkou osobou	51
6.2.7	Informovanost seniorů o objednání služby agentury domácí péče	52
6.2.8	Informovanost seniorů o frekvenci péče	53
6.2.9	Připravenost pacientů na propuštění z nemocnice	54
6.2.10	Informovanost seniorů o užívání léků	54
6.2.11	Využití pečovatelských služeb	55
6.2.12	Soběstačnost pacientů v oblasti chůze	57
6.2.13	Soběstačnost seniorů v oblasti osobní hygieny	57
6.2.14	Zvládnutí úklidu domu/bytu	58
6.2.15	Zajištění nákupů	59
6.2.16	Náměty seniorů na další služby pomoci	60
7	DISKUZE	61
7.1	Zhodnocení hlavního cíle práce	61
7.1.1	Zhodnocení dílčího cíle č. 1	63
7.1.2	Zhodnocení dílčího cíle č. 2	64

7.1.3	Zhodnocení dílčího cíle č. 3	65
7.1.4	Zhodnocení dílčího cíle č. 4	65
7.1.5	Zhodnocení dílčího cíle č. 5	66
ZÁVĚR		67
SEZNAM LITERATURY		68
SEZNAM PŘÍLOH		70
PŘÍLOHY		71
Příloha 1: Dotazník pro všeobecné sestry, praktické sestry:		71
Příloha 2: Dotazník pro pacienty/pacientky		74
Příloha 3: Informovaný souhlas s výzkumem: Agentura Geria		77
Příloha 4: Informovaný souhlas s výzkumem: Agentura Jarošová		78
Příloha 5: Informovaný souhlas s výzkumem: Agentura Bonum Finem		79

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Délka praxe všeobecné/praktické sestry v agentuře domácí péče	32
Graf 2: Obvyklá délka péče o pacienty v domácí péči.....	33
Graf 3: Frekvence návštěv agentury domácí péče.....	34
Graf 4: Nejčastější lékařské diagnózy pacientů v domácí péči	35
Graf 5: Nejčastěji prováděné ošetrovatelské úkony u pacientů v domácí péči	37
Graf 6: Problémy, které trápí pacienty	38
Graf 7: Psychosociální potřeby pacientů v domácí péči	39
Graf 8: Vyžádání služeb neposkytovaných agenturou domácí péče	40
Graf 9: Obdržení lékařské propouštěcí zprávy.....	41
Graf 10: Chybějící informace v ošetrovatelské překladové zprávě.....	42
Graf 11: Dostupnost léků ordinovaných při propuštění z nemocnice	43
Graf 12: Informovanost pacienta o užívání léků	44
Graf 13: Frekvence návštěv pacientů blízkými nebo rodinou.....	45
Graf 14: Spolupráce praktického lékaře s agenturou domácí péče	46
Graf 15: Pohlaví a věk respondentů	47
Graf 16: Problémy seniorů propuštěných z nemocnice.....	48
Graf 17: Psychosociální potřeby seniorů propuštěných z nemocnice	49
Graf 18: Duchovní potřeby seniorů.....	50
Graf 19: Počet osob žijících ve společné domácnosti	51
Graf 20: Frekvence návštěv seniora blízkou osobou.....	52
Graf 21: Informovanost seniorů o objednání služby agentury domácí péče	53
Graf 22: Informovanost seniorů o frekvenci péče.....	53
Graf 23: Připravenost pacientů na propuštění z nemocnice	54
Graf 24: Informovanost o užívání léků	55
Graf 25: Využití pečovatelských služeb.....	56
Graf 26: Pečovatelské služby využívané seniory	56
Graf 27: Soběstačnost pacientů v oblasti chůze	57
Graf 28: Soběstačnost seniorů v oblasti osobní hygieny.....	58
Graf 29: Zvládání úklidu domu/bytu.....	59
Graf 30: Zajištění nákupů.....	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Délka praxe všeobecné/praktické sestry v agentuře domácí péče.....	32
Tabulka 2: Obvyklá délka péče o pacienty v domácí péči	33
Tabulka 3: Frekvence návštěv agentury domácí péče.....	33
Tabulka 4: Nejčastější lékařské diagnózy pacientů v domácí péči	35
Tabulka 5: Nejčastěji prováděné ošetrovatelské úkony u pacientů v domácí péči	36
Tabulka 6: Problémy, které trápí pacienty	37
Tabulka 7: Psychosociální potřeby pacientů v domácí péči.....	38
Tabulka 8: Vyžádání služeb neposkytovaných agenturou domácí péče	39
Tabulka 9: Obdržení lékařské propouštěcí zprávy	40
Tabulka 10: Chybějící informace v ošetrovatelské překladové zprávě.....	41
Tabulka 11: Dostupnost léků ordinovaných při propuštění z nemocnice	42
Tabulka 12: Informovanost pacienta o užívání léků	43
Tabulka 13: Frekvence návštěv pacientů blízkými nebo rodinou	44
Tabulka 14: Spolupráce praktického lékaře s agenturou domácí péče.....	45
Tabulka 15: Pohlaví a věk respondentů	47
Tabulka 16: Problémy seniorů propuštěných z nemocnice.....	48
Tabulka 17: Psychosociální potřeby seniorů propuštěných z nemocnice	49
Tabulka 18: Duchovní potřeby seniorů.....	50
Tabulka 19: Počet osob žijících ve společné domácnosti	50
Tabulka 20: Frekvence návštěv seniora blízkou osobou.....	51
Tabulka 21: Informovanost seniorů o objednání služby agentury domácí péče	52
Tabulka 22: Informovanost seniorů o frekvenci péče	53
Tabulka 23: Připravenost pacientů na propuštění z nemocnice	54
Tabulka 24: Informovanost seniorů o užívání léků.....	55
Tabulka 25: Využití pečovatelských služeb.....	55
Tabulka 26: Pečovatelské služby využívané seniory	56
Tabulka 27: Soběstačnost pacientů v oblasti chůze	57
Tabulka 28: Soběstačnost seniorů v oblasti osobní hygieny	58
Tabulka 29: Zvládání úklidu domu/bytu	58
Tabulka 30: Zajištění nákupů.....	59

SEZNAM ZKRATEK

ADP.....	Agentura domácí péče
ALS.....	Amyotrofická laterální skleróza
CMP.....	Cévní mozková příhoda
CSDD.....	Cornell Scale for Depression in Dementia
DUPV.....	Domácí umělá plicní ventilace
GDS.....	Geriatrická škála deprese
CHOPN.....	Chronická obstrukční plicní nemoc
IASP.....	International Association for the Study of Pain
MMSE.....	Mini-Mental State Examination
p. o.	per os
PMK.....	Permanentní močový katétr
PEG.....	Perkutánní endoskopická gastrostomie
RS.....	Roztroušená skleróza
VAS.....	Vizuální analogová škála
WHO QOL.....	World Health Organization, Quality of Life

ÚVOD

Se zvyšujícím se průměrným věkem populace stoupá potřeba seniorů využívat sociálních a zdravotních služeb. Proto je problematika péče o seniory důležitým a aktuálním tématem. Při mé profesní práci jsem se opakovaně setkávala se situacemi, kdy se pacienti seniorského věku při přechodu z nemocničního do domácího prostředí potýkali se složitými situacemi a problémy. Někteří pacienti neměli možnost zajištění nákupů, vyzvednutí receptů nebo zajištění kompenzačních pomůcek. Část pacientů neměla dostatečné informace, týkající se samotného onemocnění, plánu péče, prognózy nebo možností péče po propuštění z nemocnice. Často se stávalo, že pacient přicházel zpět do nemocnice z důvodu chybného užívání léků. Předpokládám, že se senioři při propuštění z nemocnice setkávají s problémy, které nejsou dostatečně prozkoumány. Jelikož jsem nenašla žádnou práci, která by se této problematice podrobněji věnovala, rozhodla jsem se případné nedostatky zmapovat a odhalit nejčastější problémy a potřeby seniorů v domácí péči.

Hlavním cílem práce je identifikovat nejčastější problémy a potřeby seniorů v domácí péči. Dílčím cílem pak zjistit, co by zaměstnancům agentur domácí péče usnadnilo převzetí pacientů do péče, zjistit chybějící informace v ošetrovatelské překladové zprávě nebo co by bylo možné v péči o pacienty v nemocnici udělat jinak, aby byl přechod pro pacienty do domácí péče plynulejší.

Rešeršní zdroje jsou zpracovány v Národní lékařské knihovně a ve Vědecké knihovně Ústřední vojenské nemocnice v Praze a jsou východiskem pro zpracování odborného textu, především v teoretické části.

V teoretické části jsou vymezeny pojmy stáří a teorie stárnutí. Jsou zde popsány změny, které nastávají ve stáří a pohled na funkční hodnocení seniora v dlouhodobé péči. Další kapitola se zaměřuje na jednotlivé potřeby seniorů. V teoretické části je podrobně popsán systém zdravotní a sociální péče o seniory v České republice.

Praktická část se zaměřuje na identifikaci jednotlivých problémů a potřeb seniorů. Důležitý je především názor samotných seniorů, ale nezanedbatelný je také názor všeobecných a praktických sester, které se o pacienty v domácí péči starají. Z toho důvodu byly zpracovány dva typy dotazníků, jeden byl určen seniorům a druhý všeobecným a praktickým sestřím agentur domácí péče. Dotazník určený všeobecným a praktickým sestřím z agentur obsahuje otázky směřované k odhalení problémů, se kterými se pacienti potýkají. Pokud budeme znát nejčastější problémy pacientů v domácí péči, je možné se na tyto problémy zaměřit již během hospitalizace a zajistit plynulejší přechod z nemocnice do domácího prostředí. Byla bych ráda, kdyby výsledky výzkumu pomohly zlepšit plánování péče o seniory a zkvalitnit spolupráci mezi agenturou domácí péče a nemocničním oddělením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA SENIORŮ

1.1 Pojem stáří

Jednoznačné vymezení pojmu stáří je vzhledem k individuální rozdílnosti osob nesnadné. Úbytek tělesných funkcí začíná již v rané dospělosti. Pojmem stárnutí lze označit změny ve struktuře a funkci organismu, které se projevují poklesem výkonnosti jedince. (1 stránky 9-10)

Dále můžeme stárnutí definovat jako komplexní, nezvratný a dynamický involuční proces postihující veškeré živé organismy průběžně už od jejich početí. Projevy stárnutí jsou biologické, psychologické a sociální, jsou vzájemně propojeny a odehrávají se s individuální variabilitou. (2 str. 9)

Přijetí stárnutí je důležitým mezníkem v životě každého starého člověka. Stárnutí je přirozený jev průběhu života člověka. Přijetí změn, souvisejících se snížením tělesné zdatnosti a síly, odchodem do penze, změnou sociálních rolí, přijetí pomoci od druhých osob nebo přechod do sociálního zařízení, je velmi obtížné. Příprava na stáří probíhá celý život a měla by být součástí výchovných i vzdělávacích programů. Zhruba 10 let před nástupem do penze začíná střednědobá příprava na stáří, která by měla zahrnovat hledání nových aktivit a možností ve stáří. Krátkodobá příprava na stáří by pak měla zhodnotit bydlení, dostupnost zdravotní péče, obchodů a také finanční rezervy seniora. Tato fáze by měla proběhnout 3-5 let před odchodem do penze. Přijetí těchto změn je individuální. Někdo se s novou situací vyrovná snadno, jiný může mít s přijetím změn ve stáří velké problémy. Je popisováno pět přístupů přijetí stárnutí. Jedinci s konstruktivním přístupem jsou pozitivně laděni, mají přiměřené cíle, akceptují možnost smrti, radují se ze života i citových vztahů. Strategie závislosti se projevuje tím, že jedinec pasivně přijímá pomoc okolí, očekává ji a přenechává odpovědnost mladším. Při obranné strategii zaujímá senior odmítavý postoj ke stáří a nechce opustit sociální postavení. Strategie hostility se vyznačuje agresivitou, své vlastní neúspěchy dává senior za vinu druhým, bývá nevrlý, závistivý a nepřátelský. Při strategii sebenenávisti obviňuje sám sebe a cítí se zbytečný. (3 stránky 107-108)

Podle demografických studií je předpoklad, že se od roku 2000 do roku 2050 třikrát zvýší podíl osob ve věku 80 let a více. Počet stoletých a starších lidí se navýší 15,5 krát. Podle prognózy Českého statistického úřadu bude v roce 2050 podíl osob nad 65 let 31,3 %. Naděje dožití se zvýší u mužů i žen oproti roku 2006 o přibližně 5 let. Nemocniční pobyt je podle zahraničních zdrojů zhruba u třetiny osob způsoben ztrátou soběstačnosti. Hospitalizace u těchto osob nepřináší zlepše-

ní funkčního stavu ani prognózy. U těchto pacientů je poskytována ošetrovatelsko-sociální péče, která by mohla být zajištěna zařízením sociálních služeb. (4 stránky 99-100)

1.2 Teorie stárnutí

Teorie stárnutí se dělí na stochastickou a nestochastickou. Stochastická teorie stárnutí předpokládá, že děje spojené se stárnutím jsou převážně náhodné. S věkem přibývá opotřebenosti, poruch a poškození. Nestochastická teorie předpokládá, že stárnutí je geneticky určeno a do jisté míry naprogramováno. (5 str. 21)

1.3 Vymezení a periodicitu stárnutí

1.3.1 Biologické stáří

Jde o souhrn nevratných biologických změn, předpokládajících zvýšené riziko nemocí a funkčních změn, případně úmrtí. Neexistují jasná kritéria pro vymezení biologického stáří. Vyjádřením změn biologického stáří je pokles výkonu, změny postoje, chůze, vlasů, pokožky, chrupu. (5 str. 25)

1.3.2 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je dosažení určitého věku, který vychází z obvyklého průběhu života a biologického stáří u průměrného vzorku populace. Kalendářní stáří je objektivní a jednoznačný údaj. Nezohledňuje však individuální involuční změny. Parametry se historicky mění se zlepšováním zdravotního stavu populace a prodlužováním délky života. (5 stránky 25-26)

1.3.3 Sociální stáří

Sociální stáří je odrazem změn sociálních rolí a postojů. Dochází k odchodu do penze a tím i snížení životní úrovně. Důležitým momentem v životě seniora je ztráta životního partnera. (5 str. 26)

Sociální teorie stárnutí zohledňuje složení společnosti. Postoj společnosti k seniorům je ovlivněn počtem seniorů ve společnosti. Pokud je zastoupení seniory vyšší, dochází k riziku devalvace. Pokud je ve společnosti menší počet seniorů, mají ve společnosti lepší postavení. (6 str. 17)

1.4 Pohled na funkční hodnocení geriatrického pacienta v dlouhodobé péči

1.4.1 Soběstačnost

Soběstačností člověka rozumíme schopnost žít v běžném prostředí bez pomoci druhých. Jednotlivé úkony soběstačnosti nazýváme aktivitami denního života. Zejména u starších pacientů

sledujeme průběh vývoje stavu, protože vlivem chronických onemocnění a geriatrických syndromů dochází k omezení soběstačnosti. (7 stránky 78-81)

Soběstačnost je komplexní pojem. Je do jisté míry relativní. Zlepšují ji kompenzační pomůcky a prostředky, a samozřejmě podpůrné prostředí. Zhoršit ji naopak mohou různé bariéry a nedostatky v prostředí, ve kterém člověk žije. Velice důležitým faktorem je podpora blízkých osob, zpravidla rodiny a dalších služeb, mezilidské vztahy i finanční zabezpečení. (7 stránky 78-81)

1.4.2 Mobilita

Mobilita je odrazem činnosti nervového, kosterního a svalového systému. Ideální obraz o mobilitě pacienta poskytne vyšetření fyzioterapeutem či neurologem. Obecně je dobrým ukazatelem rychlost chůze. Lidé s rychlejší chůzí mají lepší prognózu (nižší mortalitu). Je dobré určit i pokročilost sarkopenie. Mezi nejjednodušší testy patří „Get up and go test“ dle Tinnettiové. Hodnotí schopnost postavit se, ujít tři metry, otočit se, dojít zpět a znovu se posadit. (7 str. 82)

Ve stáří se mění chůze, snižuje se výkonnost i tempo. Mizí pružná ladnost pohybů, zkracuje se krok a zhoršuje rovnováha. Změny chůze nemusí nutně znamenat onemocnění nervového či jiného systému. Při otáčení se projevuje tendence otáčet najednou hlavu, šíji a trup. Někdy se vyskytuje chůze o rozšířené bázi, která může být způsobena nejistotou při senzorických poruchách. Kromě senzorických poruch se projevují ochablosti svalů, zejména hýžďových a stehenních. Svalová slabost se obvykle zhoršuje po zátěži. Pacienti mívají také degenerativní změny kloubů a páteře. Stoj bývá nahrbený. (8 stránky 64-67)

S přibývajícím věkem narůstá i riziko pádů. V takovém případě je potřeba pátrat po příčině. Na vině může být například cévní onemocnění. Vzhledem k tomu, že senioři potřebují delší dobu na uzdravení, měli by být v péči zdravotnického zařízení dostatečně dlouhou dobu, aby se mohli vrátit bezpečně domů. V případě, že návrat do domácího prostředí není možný, je potřeba nalézt jiné řešení, které bude seniorovi vyhovovat. (9 stránky 793-797)

Imobilizační syndrom je označení souboru projevů v důsledku dlouhodobého upoutání na lůžko nebo pojízdné křeslo. Rozvíjí se právě zejména u křehkých pacientů seniorského věku. Příznakem imobilizačního syndromu může být vznik dekubitů, plicní hypoventilace s rizikem vzniku pneumonie, zpomalení krevního oběhu a s tím spojené riziko vzniku trombózy, porucha regulace krevního tlaku s ortostatickou hypotenzí, kontraktury šlach, intolerance zátěže, sarkopenie, apraxie, atrofie kostní hmoty, obstipace, retence moči a samozřejmě i psychické poruchy. (10 str. 1308)

1.4.3 Senzorické funkce

Nedílnou součástí vyšetření pacienta v seniorském věku je zhodnocení jeho senzorických funkcí. Nejčastěji se jedná o poruchy sluchu a zraku. Potíže se sluchem mohou velice limitovat

pacienta. Porucha sluchu může do jisté míry imitovat kognitivní deficit. Poruchy sluchu i zraku lze za pomoci specialisty velmi dobře kompenzovat a tím přispět ke značnému zlepšení kvality života i soběstačnosti seniora. (7 str. 83) Sluchové postižení má velký dopad na lidskou psychiku a často vede k informační i komunikační bariéře. Často vede k sociální izolaci. (10 str. 258)

Dalším smyslem, který může být porušen, je propriocepce. Propriocepce je nezbytná pro koordinaci pohybů a některé reflexy. Při její poruše dochází ke snížení motoriky a stability a může být příčinou pádů (7 str. 83)

Další smysly, které bývají porušeny, jsou čich a chuť. Mají dopad na nutriční stav seniora. Pestrost jídelníčku je vlivem těchto změn menší. Obvykle převládají nutričně nevyvážená jídla. (7 str. 83)

1.4.4 Křehkost a kondice

Pojem křehkost představuje snížení funkčních a adaptačních schopností. Vyskytuje se relativně často. Postihuje 10-25 % lidí nad 65 let, ale až 50 % lidí starších 85 let. Míra křehkosti ovlivňuje zásadně prognózu pacienta. U geriatrické křehkosti je klíčový pokles svalové hmoty. (11 str. 83)

Geriatrická křehkost může vyústit v syndrom terminální geriatrické deteriorace. Tato pokročilá fáze geriatrické křehkosti se může objevit například při horečnatém onemocnění a může být důvodem k zavedení úlevové paliativní péče. K výrazným projevům patří únava, apatie, nechutenství, omezený nebo jen minimální pohyb. Pacienti mohou pociťovat nepohodu nebo mají poruchu vědomí. Tento stav nereaguje na nutriční podporu. (8 stránky 299-300)

1.4.5 Stav výživy

Ve stáří je strava často nevyvážená nebo nevhodná. Nejčastějším důvodem jsou sociální příčiny. Těmi může být ztráta partnera, nedostatek financí nebo ztráta soběstačnosti. Další příčinou může být nechutenství, snížený pocit žízně a hladu, problémy se žvýkáním a snížená motilita trávicího traktu. Problémem však může být i psychické onemocnění starých lidí, jako je deprese, případně demence. (12 stránky 104-105)

Se stoupajícím věkem se mění metabolismus i energetické potřeby těla. Postupně se snižuje objem vody a podíl buněčné hmoty, dochází k úbytku kostní denzity a svalové hmoty. Naopak viscerální i abdominální obsah tuku přibývá. Ztráta svalů má negativní dopad na morbiditu i mortalitu pacientů. V důsledku nemoci dochází k další redukci svalové hmoty a může ve velmi krátké době vést k imobilitě pacienta. Rezistence vůči infekcím klesá. (13 str. 298)

Malnutrice je patologický stav vzniklý nedostatečným přísunem živin. Ve stáří se na vzniku malnutrice nejčastěji podílí polymorbidita, polypragmázie, ztráta zubů nebo nevyhovující zubní náhrada, sociální izolace, deprese a nezřídká i ekonomické příčiny. (13 str. 301)

Pro malnutrici v laboratorním nálezu svědčí snížená hladina sérových proteinů – albuminu, prealbuminu a transferinu. Pro stanovení diagnózy malnutrice je důležitá anamnéza. Zajímáme se o četnost přijímání stravy, složení jídelníčku, konzumace ovoce a mléčných výrobků, potíže s polykáním a chrupem, ale zjišťujeme také, zda je pacient schopen se nakoupit a uvařit. (13 stránky 303-304)

1.4.6 Bolest

Podle Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP, International Association for the Study of Pain) je bolest nepříjemným smyslovým a emočním prožitkem, spojeným s aktuálním nebo potencionálním poškozením. Bolest provází mnoho chronických onemocnění. Má velký vliv na komfort, náladu, naději, radost ze života, ale třeba i spolupráci při terapii. Každý pacient snáší a vyjadřuje bolest jiným způsobem. Ve svém důsledku ovlivňuje neléčená bolest i psychické funkce, a proto ji nelze vnímat jen jako somatický vjem. Bolest dělíme zejména na akutní a chronickou. Akutní bolest má ochrannou funkci a upozorňuje nás na postižení tkání. Chronická bolest tento význam nemá, má však psychosociální dopady. Objasnění příčiny bolesti je základ k úspěšné léčbě. Subjektivní prožitek bolesti je důležitý, proto bychom měli pacientovi bolest věřit. Při hodnocení bolesti nás zajímá lokalizace, intenzita, typ bolesti, trvání, co bolest ovlivňuje nebo spouští a co ulevuje. Epizody výrazného zhoršení bolesti, které se objevují u pacientů s dostatečně tlumenou bolestí, se nazývají průlomová bolest. Intenzita bolesti je důležitá při volbě léčby. V některých případech je potřeba hodnocení bolesti doplnit o pozorování - zejména pak pozorování výskytu bolestivých grimas, vegetativních projevů – pocení, tepové frekvence a dýchání. Mezi nástroje hodnocení intenzity bolesti můžeme použít verbální škálu, vizuální analogovou škálu (VAS), numerickou či obrazovou škálu. Škály umožňují sledování vývoje bolesti v čase. Základním principem léčby chronické bolesti je podávání analgetik časovaně a ne jen při nástupu bolesti. Součástí léčby bolesti je její pravidelné sledování a sledování účinku léků. U většiny nemocných lze bolest pozitivně ovlivnit. (10 stránky 1280-1294)

1.4.7 Kvalita života

Vnímání kvality života je velice subjektivní a individuální. Je dáno nesouladem mezi očekáváním a realitou. Tento rozpor je možné redukovat vhodnou ošetrovatelskou péčí. Kvalita života má dynamický charakter. Mění se v závislosti na životním období nebo situaci. Reflektuje pohodu a spokojenost jedince, a to nejen v souvislosti se zdravím. (14 stránky 39-40) Pro posouzení kvality života existují hodnotící nástroje, jedním z nich je dotazník WHO QOL. Vyplnění dotazníku je velmi časově náročné a jeho využití v klinické praxi není významné, proto se příliš nepoužívá.

Výsledky jsou srovnatelné s hodnocením úrovně funkčního stavu a odráží se v nich případná deprese. (7 str. 86)

1.4.8 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce jsou u zdravého seniora jen lehce ovlivněny. Se stářím klesá schopnost zapamatování, dochází ke zpomalení zpracování informací nebo rychlejší unavitelnosti. Obvykle jsou tyto změny kompenzované a nepřesahují rámec mírného kognitivního deficitu. Zhoršuje se fluidní inteligence, která zahrnuje objevování nových přístupů nebo řešení nových a neznámých situací. Krystalická inteligence využívající zkušenosti a analogické řešení neklesá. (3 str. 109)

Elementárním prvkem komplexního zhodnocení seniora je úroveň kognitivních funkcí. S věkem klesá plasticita myšlení, zpomaluje se výbavnost paměti. K těmto změnám začíná docházet už okolo třicátého roku života. Snižuje se psychomotorické tempo i rychlost zpracování informací. Tyto změny probíhají individuálně a nemusí přesně korelovat s kalendářním stářím. Změny kognitivních funkcí velmi ovlivňují kvalitu života seniora i jeho pečujících. Indikátorem změn kognice může být úroveň sebepěče. Denní aktivity si musí senior plánovat, řídit a realizovat. Informace o kvalitě kognitivních funkcí je důležitá i pro pečující osoby, aby podle rozsahu postižení kognice naplánovali a zajistili podpůrnou péči o seniora. Podle rozsahu poškození kognice je dobré rozhodnout, v kterých oblastech je potřeba seniorovi pomoci. Není jednoduché odlišit změnu a poruchu kognitivní funkce. Jako kognitivní poruchu označujeme postižení vyšších kognitivních funkcí: paměť, zpracování informací, chápání souvislostí, logické i abstraktní myšlení, různé plánování a organizace činnosti, používání předmětů, jejich poznávání a orientace v čase a prostoru. Nejzávažnější poruchou kognitivních funkcí je demence. Demence je syndrom kognitivní deteriorace zahrnující poškození paměti a další poznávací funkce. Tou může být například afázie, apraxie, porucha pozornosti, motivace, intelektu aj. Může vést ke změnám chování. Tyto změny jsou obvykle nevratné. (15 stránky 17-20)

1.4.9 Emotivita, nálada a motivace

Stav emotivity, nálady a motivace zásadním způsobem ovlivňuje soběstačnost seniorů a tím i kvalitu života. Pacienti si na poruchy nálady obvykle nestěžují. Deprese může probíhat naprosto skrytě a může se projevovat tělesnými obtížemi. Depresivní pacient může vykazovat známky kognitivního deficitu a může vykazovat zhoršené skóre i při testech zaměřených na kognitivní funkce. Působí zpomaleně, nesoustředí se. Pro vyšetření deprese slouží několik testů. U geriatrických pacientů se nejčastěji používá Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS). (16 stránky 37-46) Při dosaženém skóre MMSE menší než 15 se doporučuje využití Cornell škálu deprese u demence (CSDD). (7 str. 94)

Při syndromu deprese mohou vznikat závažné poruchy motivace k jakýmkoliv činnostem, včetně mobility. Problematika deprese ve vyšším věku je komplexnější, než u depresí v mladším a středním věku. Deprese výrazně agravuje klinický obraz onemocnění a akcentuje syndrom demence, pokud jím pacient trpí. Pacient trpící depresí působí zpomaleně, má problémy se rozhodovat, iniciovat jednání, nesoustředí se, selhává paměť. (7 str. 94)

1.5 Potřeby seniorů

Nejnámější je rozdělení potřeb podle amerického psychologa Abrahama Harolda Maslowa. Potřeby dělí Maslow na dvě hlavní skupiny. První z nich jsou potřeby nedostatku (Deficiency Needs), a druhou skupinou jsou potřeby spojené s bytím člověka (Being Values). Maslow řadí potřeby hierarchicky, původní pětistupňový model rozšiřoval a doplňoval na současný osmistupňový model. Obsahuje biologické a fyzické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, sociální potřeby, potřeby úcty a uznání a v potřebách spojených s bytím člověka jsou to pak kognitivní potřeby, estetické potřeby, potřeba seberealizace a na vrcholu pak sebetranscendence (něco, co samotného jedince přesahuje) (2 stránky 34-35)

S věkem se struktura potřeb nemění, ale mění se subjektivní význam. Bez ohledu na věk má člověk jednu hlavní potřebu, a to bezpečí fyzické, ekonomické a psychické. (2 str. 74)

1.5.1 Potřeba fyzického bezpečí

Potřeba fyzického bezpečí znamená zabezpečení tělesné schránky. Nepatří sem však pouze ochrana před zraněním. Jedná se o zajištění všech biologických a fyziologických potřeb. Mezi tyto potřeby patří hlavně dýchání, zajištění příjmu tekutin a stravy, péče o vyprazdňování, spánek, nepřítomnost bolesti apod. Seniori chtějí být mobilní. Fyzická soběstačnost patří mezi nejdůležitější potřeby seniorů. Lze využít mnoho kompenzačních pomůcek i bezpečnostních prvků. Někdy jim pomůže i prostá přítomnost další osoby, kdy se jedná spíše o psychickou podporu. Pocity bezpečí mohou navodit i aktivované postranice u lůžka. Někteří seniori postranice žádají, právě z důvodu navození pocitu bezpečí a ochrany před pádem z lůžka. Jejich užití je nutné vždy individuálně posoudit. (2 stránky 74-75)

1.5.2 Potřeba psychického bezpečí

Psychická pohoda je pro vnímání vlastní kvality života nejdůležitější. Pokud se senior vyhýbá společenství lidí, je za tím obvykle nějaký problém. Může jít například o inkontinenci, případně nedoslýchavost. Podílení se na společenském životě je pro něj velmi důležité. Potřebuje cítit, že je součástí rodiny, případně jiného společenství. Má potřebu být utvrzován v tom, že je přínosem pro komunitu a není na obtíž. Chce mít možnost vyjádřit se, ale současně být i vyslechnut. Seniori potřebují nejen dávat lásku svým bližním, ale i cítit, že jsou milováni. Staří lidé se často setkávají s neochotou mladších generací naslouchat tomu, co říkají. Každý senior potřebuje informace nejen

přijímat, ale i dávat. Toho lze dosáhnout pouze vzájemným respektem a pochopením. Neméně důležitá je osobní svoboda, aby mohl senior sám o sobě rozhodovat. Tato autonomie je důležitá hlavně pro mladší seniory. Potřeba seberealizace je ve stáří velmi individuální a souvisí i s povahou seniora. Velkou roli v uspokojování potřeb seberealizace hraje soběstačnost. Zajištění sebeúcty a důstojnosti seniora velkou měrou ovlivňuje pečující osoba. Komunikačními dovednostmi, vhodným a zdvořilým oslovením můžeme tyto pocity a potřeby naplňovat. Duchovní potřebou nemusí být myšlena pouze víra v Boha. Můžeme sem zařadit i potřebu naděje, otevřené budoucnosti, kterou staří lidé spatřují v potomcích. Zahrnuje otázku bilancování a smyslu života. (2 stránky 75-83)

Význam sociální interakce dokládá fakt, že senioři, kteří cítí psychickou podporu a mají dobré vztahy s poskytovateli ošetrovatelské péče, žijí déle. Mnoho profesionálních pečujících bohužel při péči o seniory používá přílišné zjednodušení vět, nadměrné objasňování nebo dokonce dětskou řeč. Komunikace se seniorem v takovém případě selhává a má spíše negativní dopady. (17 stránky 61-62)

1.5.3 Potřeba ekonomického bezpečí

Ekonomické bezpečí je opět velice aktuální zejména u mladších seniorů. Potřebují mít dostatek peněz na živobytí. S tím úzce souvisí potřeba mít zajištěné důstojné bydlení. Pokud tato potřeba není naplněna, mohou se u seniora objevovat nejrůznější psychické obtíže, jako strach z budoucnosti a úzkost. Rolí v prožívání ekonomického bezpečí může hrát i zkušenost s opravdovou chudobou. Lidé, kteří zažili válečné období, se často obávají hladu. Schopnost hospodaření s penězi je pro seniory velice citlivá. Pokud nemají dostatek peněz, raději se uskromní, než aby se svěřili se svými finančními problémy například rodině. (2 stránky 83-84)

1.6 Současný systém zdravotní a sociální péče o seniory

1.6.1 Zdravotní péče o seniory

I když stárnutí neznamena nutně nemoc, seniory postihují choroby častěji. Nemoci mají u seniorů určité zvláštnosti, kterým se věnuje obor geriatric. Péče o seniory musí být odborná a bezpečná. (18 str. 29)

Úkolem primární péče, kterou zajišťuje praktický lékař, je dlouhodobá a systematická péče o pacienta s možností ovlivnění způsobu života a tím snížení individuálních zdravotních rizik, spolupráce s dalšími odborníky, přístup k pacientovi s ohledem na biologickou, psychologickou a sociální perspektivu a poskytování péče ve vlastním prostředí pacienta. (19 str. 81) V péči o seniory je důležitá spolupráce praktického lékaře s rodinou a dále s ostatními službami, které péči o seniora zajišťují. Zejména je důležitá spolupráce s agenturou domácí péče. Stabilizace klinického stavu seniora je nutná k tomu, aby mohla být zajištěna péče v domácím prostředí. (20 str. 60)

Další možností zdravotní péče je terénní služba poskytovaná v přirozeném prostředí pacienta. Poskytovatelem péče jsou agentury domácí péče. Péči zajišťují zdravotní sestry, které navštěvují pacienta a provádějí odborné zdravotní úkony. K typickým úkonům domácí péče patří ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu, nebo rehabilitační ošetřování. (21 stránky 64-65) Domácí péče je hrazena plně ze zdravotního pojištění. Indikuje jí ošetřující lékař v nemocnici nebo praktický lékař. Rozsah a typ výkonu určuje indikující lékař, ten také může rozhodnout o změně, navýšení nebo naopak zredukování poskytované péče. (22 str. 21) Péči o potřeby pacienta pak zajišťuje pečující osoba. Pokud je pečující osobou rodinný příslušník, je dlouhodobá péče o seniora v domácím prostředí velkou zátěží, zabírá mu většinu volného času a někteří pečující přiznávají úplně vyčerpání. Péče o starého a nemocného člověka klade na pečovatele nejen psychickou, ale i fyzickou zátěž, způsobenou častým zvedáním, obracením a přenášením nemocného seniora. Pečovatelé zůstávají často bez pomoci okolí a omezují společenské kontakty. Dochází k izolaci a prožívání negativních emocí, kterými mohou být frustrace a deprivace. Předání seniora do ústavní péče, v případě nezvládnutí zátěže, vede k psychickým traumatům. (23 stránky 223-229)

Zdravotní péče je poskytována také ambulantními zařízeními a nemocnicemi. V nemocnicích jsou různá oddělení akutní péče a i následné péče. Oddělení následné péče je určeno pacientům v dobrém zdravotním stavu, u nichž je potřeba rehabilitace a nácvik soběstačnosti pro navrácení do původního prostředí. Předpokladem je, že již byla stanovena základní diagnóza, u pacienta došlo ke stabilizaci zdravotního stavu a zdravotní stav vyžaduje pouze doléčení. V rámci následné lůžkové péče může být poskytována i následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou závislí na podpoře základních životních funkcí. Dlouhodobá lůžková péče je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí příliš zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zdravotní stav zhoršuje. (7 str. 35) Zdravotní péči poskytuje také hospic. V hospicích se poskytuje péče pacientům, kteří trpí nevléčitelným onemocněním. (21 stránky 63-64)

1.6.2 Sociální péče o seniory

Zákon o sociálních službách definuje některé typy sociálních služeb a zařízení. (7 str. 36)

Sociální služby poskytují péči lidem znevýhodněným a cílem péče je maximální začlenění těchto lidí do společnosti. Sociální služby mají širokou nabídku pomoci. Může se jednat například o zajištění stravování, péči o domácnost, poskytování informací, zprostředkování kontaktu s vnějším prostředím. Další využívanou službou je pomoc s pečováním o vlastní osobu, jako například hygienická péče, pomoc s příjmem potravy nebo polohování. Prioritou je zajištění co největší soběstačnosti seniora. Důležitou složkou je i podpora motivace k jednotlivým činnostem. (20 str. 61)

Téměř každý senior si přeje zůstat ve své domácnosti a udržet si soběstačnost co možná nejdéle. Vlivem zhoršené pohyblivosti a smyslového vnímání je senior ohrožen zejména pády. Proto je důležité zhodnocení a případně úprava domácího prostředí. (24 str. 162)

Sociální péče může být poskytována jako terénní, ambulantní nebo pobytová služba. Terénní služba je poskytována ve vlastním sociálním prostředí. Tato péče může oddálit nutnost umístění do lůžkového zařízení sociální péče. (20 stránky 62-63)

Rozsah činností je ošetřen smluvně mezi agenturou a seniorem, případně rodinou. Tyto služby nejsou hrazeny ze zdravotního nebo sociálního pojištění.

1.6.3 Pobytová zařízení pro seniory

Domy s pečovatelskou službou kombinují pečovatelskou a pobytovou službu. Pečovatelky jsou přítomny většinou pouze v pracovní době, není tedy zajištěna nepřetržitá péče. Pobyt proto předpokládá určitý stupeň soběstačnosti klientů. (20 stránky 64-65) Zřizovatelem je zpravidla městský či obecní úřad. Základním kritériem pro výběr nájemců bytu v domě s pečovatelskou službou jsou osamělost, potřeba pečovatelské služby z důvodu snížené soběstačnosti nebo nepříznivé bytové podmínky stávajícího bytu. Jedná se o samostatné bytové jednotky. (7 stránky 37-38)

Nejčastějším pobytovým zařízením je domov pro seniory. Zde je zajištěna nepřetržitá péče o osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo nemoci. (20 stránky 64-65) Kvůli snížené soběstačnosti vyžadují obyvatelé pravidelnou pomoc jiné osoby. Je poskytováno ubytování, strava, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče, pomoc při osobní hygieně. Je zprostředkován kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv nebo obstarávání osobních záležitostí. (7 str. 36)

Specifickým zařízením jsou domovy se zvláštním režimem, kde je poskytována lůžková péče osobám trpícím chronickým duševním onemocněním, nejčastěji demencí. Mohou zde být ale i lidé se závislostí na návykových látkách. (20 stránky 64-65) V důsledku nemoci nejsou tyto lidé schopni se obejít bez pomoci jiné osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto lidí.

Pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, tzv. „sociální hospitalizace“ se ve zdravotnických zařízeních poskytují lidem, kteří už nevyžadují péči lůžkového zdravotnického zařízení, ale nejsou schopni se obejít bez pomoci jiné osoby. Úhrada za tyto služby je podhodnocená a pro zdravotnická zařízení ztrátová. (7 stránky 36-37)

Další pobytová zařízení, která definuje Zákon o sociálních službách, jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře, chráněné bydlení a domy sociálních služeb. (7 str. 37)

1.6.4 Neregistrovaná zařízení

Kromě uvedených zdravotních a sociálních zařízení, která jsou dle příslušné legislativy registrována, existují i tzv. neregistrovaná zařízení. Může jít o různé ubytovny, které poskytují sociální a někdy i dokonce zdravotní služby. Úroveň poskytovaných služeb je problematická, často poskytovaná osobami bez potřebné kvalifikace a bez dostatečného personálního i technického vybavení. Vyhýbání se povinnosti registrace poskytování sociálních pobytových služeb je v rozporu se zákonem. (7 str. 38)

PRAKTICKÁ ČÁST

2 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

2.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo identifikovat nejčastější potřeby pacienta a problémy, se kterými se pacient potýká po propuštění z nemocnice do domácí péče a určit, co považují všeobecné sestry z agentur domácí péče za nejčastější potíže pacientů.

2.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, co by všeobecným a praktickým sestřám z agentury domácí péče usnadnilo převzetí pacienta do péče.
2. Zmapovat, co by bylo možné udělat v nemocnici v péči o pacienty lépe nebo jiným způsobem, aby byl přechod pro pacienty do domácí péče snadnější.
3. Zjistit, zda jsou informace v ošetřovatelské překládové zprávě dostačující pro práci sester agentury domácí péče.
4. Jaké informace v ošetřovatelské překládové zprávě nejčastěji chybí.
5. Zjistit, zda u pacientů převládají zdravotní potíže nebo psychosociální problémy.

3 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Většina pacientů seniorského věku je propuštěna do domácí péče se zajištěnou agenturou domácí zdravotní péče. Část pacientů by pravděpodobně více profitovala z pečovatelských služeb hrazených klientem. Na interním oddělení nemáme zpětnou vazbu, zda byl pacient dostatečně připraven na domácí péči a zda agentura domácí péče obdržela dostatek informací o pacientovi a průběhu hospitalizace. Bakalářskou prací jsem chtěla zmapovat problémy, se kterými se pacienti i zdravotní sestry agentur domácí péče potýkají a zda jsou všichni zúčastnění dostatečně informováni. Informovanost se týká pacientů i jejich blízkých. Dále je důležité zjištění, zda mají všeobecné a praktické sestry z agentury domácí péče dostatek informací o pacientovi a jeho obtížích. Výsledky výzkumu bych ráda uplatnila v praxi. Zajišťujeme home care hospitalizovaným pacientům, propuštěným domů. Výsledek výzkumu na našem oddělení pomůže lepšímu plánování péče a zajištění dostatečných informací směrem k pacientům i směrem k zaměstnancům agentury domácí péče. Hlavní výzkumná otázka je: S jakými problémy se pacient po propuštění nejvíce potýká?

4 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Předmětem výzkumu byly názory a zkušenosti seniorů, kteří využívají služeb agentury domácí péče. Protože cílem bylo zjistit problémy a potřeby seniorů, byl určen minimální věk respondentů 65 let. Současně se jednalo o seniory, kteří byli propuštěni do domácí péče z nemocnice. Dotazník mohl vyplnit sám pacient nebo jeho blízcí. Participanti byli osloveni prostřednictvím všeobecné nebo praktické sestry z agentury domácí péče. Pokud participant souhlasil s účastí na výzkumu, vyplnil dotazník. Vyplněné dotazníky jsem si postupně vyzvedávala u zástupců jednotlivých agentur. Ze strany agentur domácí péče jsem se setkala s velice vstřícným přístupem. O výsledky výzkumu projeví zástupci jednotlivých agentur velký zájem a informace by chtěli dále využít v práci s pacienty. Pacientům bylo rozdáno celkem 100 dotazníků, vyplněných dotazníků se vrátilo 74.

Další dotazník byl určen všeobecným a praktickým sestrám z agentury domácí péče. Dotazník mohly vyplnit všechny všeobecné a praktické sestry pracující v agentuře, nebyly zde dány žádné limitující podmínky. Oslovila jsem agentury Geria, Domácí péče Jarošová a Bonum Finem. Majitelé a vrchní sestry z jednotlivých agentur domácí péče udělili po prostudování dotazníků písemný souhlas se zpracováním výzkumu. Všeobecným a praktickým sestrám z agentur domácí péče bylo rozdáno 100 dotazníků, návratnost byla 75 vyplněných dotazníků.

5 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Metody výzkumu obecně dělíme na kvalitativní a kvantitativní. Výběr výzkumné metody závisí na podstatě výzkumného problému, ale i na osobní preferenci výzkumníka. Výzkumný proces má dvě hlavní fáze. První fází je získávání poznatků a druhou fází je vyhodnocení získaných dat za účelem zevšeobecnění. Kvantitativní výzkum popisuje statisticky závislosti mezi proměnnými. Zaměřuje se na větší soubor respondentů. Používá metod dotazníkového šetření, standardizovaného rozhovoru nebo analýzy dat. Data se v kvantitativním výzkumu systematicky shromažďují a následně analyzují. (25 stránky 19-22)

Dotazník je výzkumný nástroj, který umožňuje získat data od velkého počtu subjektů. Důležitým aspektem je správná konstrukce dotazníku. Strukturu je nutné přizpůsobit typu dotazovaných osob a výzkumným cílům. Musí mít přiměřený rozsah, musí respektovat věk a vzdělanostní úroveň respondentů a také zkušenost s vyplňováním dotazníků. Při osobní administraci bývá návratnost dotazníků vyšší, než při zasílání dotazníků například poštou. Pokud je návratnost nízká, snižuje se reliabilita získaných dat. (26 stránky 114-116) Velmi malou výpovědní hodnotu mají dotazníky, které jsou neodborně sestavené nebo nevhodně použité. Data získaná dotazníkem mají podmíněnou platnost a vyžadují opatrnou interpretaci. Je důležité odlišit objektivní zjištění a subjektivní soudy. Velkou výhodou dotazníkových šetření je rychlé shromažďování dat od velkého počtu respondentů. (27 str. 158)

Standardizované dotazníky využívané ke kvantitativnímu výzkumu obsahují především uzavřené otázky, několik polouzavřených a výjimečně otevřené otázky. Jsou vytištěny na formuláři a dotazovaný je vyplňuje podle zadaných instrukcí. (27 stránky 119-120) Byly připraveny dva typy dotazníků. V prvním dotazníku určeném pacientům byly otázky zaměřeny na problémy, které pacienti sužují krátce po propuštění z nemocnice. Dotazník byl zaměřen nejen na identifikaci jednotlivých problémů, ale cílem bylo také zjistit, zda pacient využívající domácí zdravotní péči, nepotřebuje spíše hrazené pečovatelské služby nebo přítomnost někoho z rodiny. Otázky byly formulovány jasně a dostatečně srozumitelně. Druhý dotazník byl určen všeobecným a praktickým sestřím z agentur domácí zdravotní péče. I zde byly otázky směřované k identifikaci problémů, se kterými se pacienti potýkají. Zajímavé je srovnání, jak tuto problematiku vnímají všeobecné a praktické sestry a pacienti. Dotazník byl také směřován na odhalení nedostatků v ošetrovatelské překládové zprávě.

Bylo rozdáno celkem 200 dotazníků. 100 z nich bylo určeno všeobecným a praktickým sestřím a 100 pacientům agentur domácí péče. Návratnost byla 75 dotazníků od sester a 74 dotazníků od pacientů. Byly osloveny tři pražské agentury domácí péče: Geria, Bonum finem a Domácí péče

Jarošová. Všechny tři agentury se velice ochotně průzkumu zúčastnily a vyjádřily zájem o výsledky šetření.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

6.1 Analýza dotazníku pro všeobecné a praktické sestry

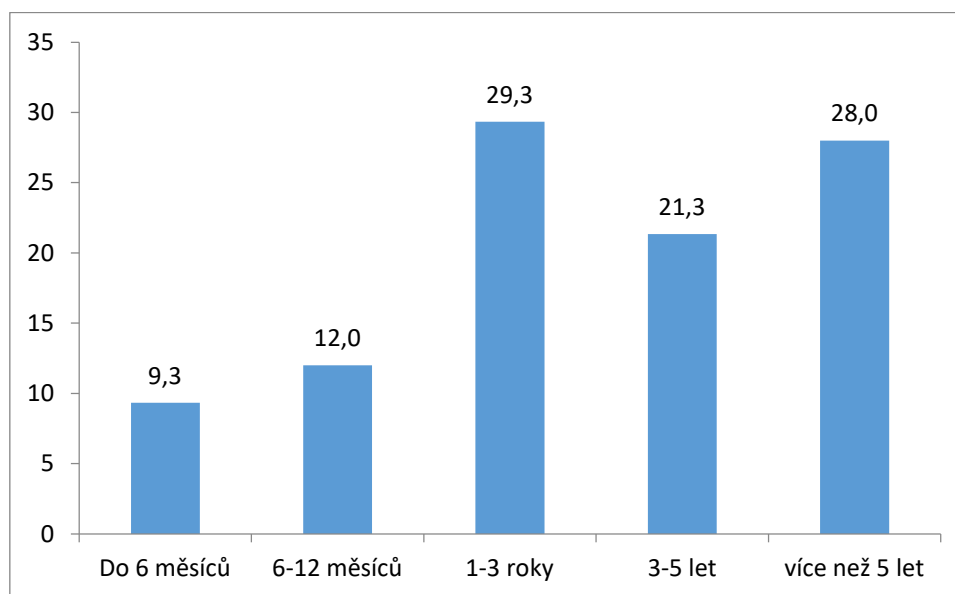
6.1.1 Délka praxe všeobecné/praktické sestry v agentuře domácí péče

Otázka týkající se délky praxe nesouvisí přímo s výzkumem, ale zdála se mi důležitá. Sestry s delší praxí v domácí péči jsou schopné lépe zhodnotit potřeby pacientů i odhadnout, zda by pacient profitoval z delšího pobytu v nemocnici. Pouze 16 (21,33 %) sester má praxi v agentuře domácí péče kratší než jeden rok. Delší praxi než tři roky uvedlo 37 sester (49,33 %).

Tabulka 1: Délka praxe všeobecné/praktické sestry v agentuře domácí péče

Délka praxe všeobecné/praktické sestry v agentuře domácí péče	Procent respondentů
Do 6 měsíců	9,33 %
6-12 měsíců	12,00 %
1-3 roky	29,33 %
3-5 let	21,33 %
více než 5 let	28,00 %

Graf 1: Délka praxe všeobecné/praktické sestry v agentuře domácí péče



6.1.2 Obvyklá délka péče o pacienty v domácí péči

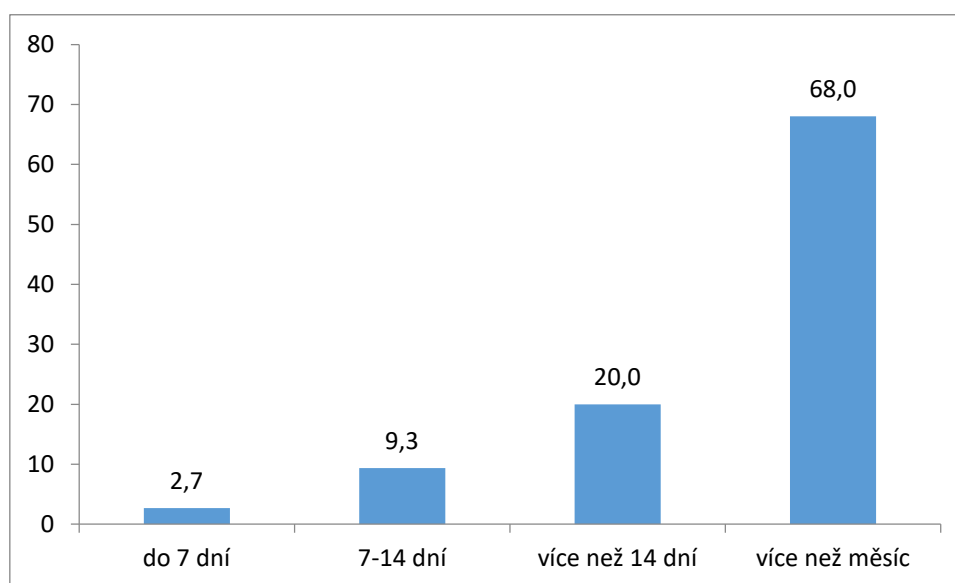
Předpokládám, že pokud má všeobecná/praktická sestra pacienta v péči delší dobu je opět schopna lépe reflektovat potřeby daného pacienty. Z výsledků šetření vyplývá, že ve většině případů sestry pečují o pacienta po dobu delší než měsíc (uvedlo 51 sester tj. 68 %) Pouze 9 (12 %) všeobecných/ praktických sester pečuje o pacienty obvykle do 14 dní. Tento výsledek je překvapivý,

protože nemocnice vystavuje poukaz na ošetření po dobu právě 14 dnů a prodloužení péče schvaluje praktický lékař. Z rozhovorů s vrchními sestrami agentur domácí péče jsem nabyla dojmu, že prodloužení péče není praktickými lékaři většinou indikováno.

Tabulka 2: Obvyklá délka péče o pacienty v domácí péči

Obvyklá délka péče o pacienty v domácí péči	Procent respondentů
do 7 dní	2,67 %
7-14 dní	9,33 %
více než 14 dní	20,00 %
více než měsíc	68,00 %

Graf 2: Obvyklá délka péče o pacienty v domácí péči



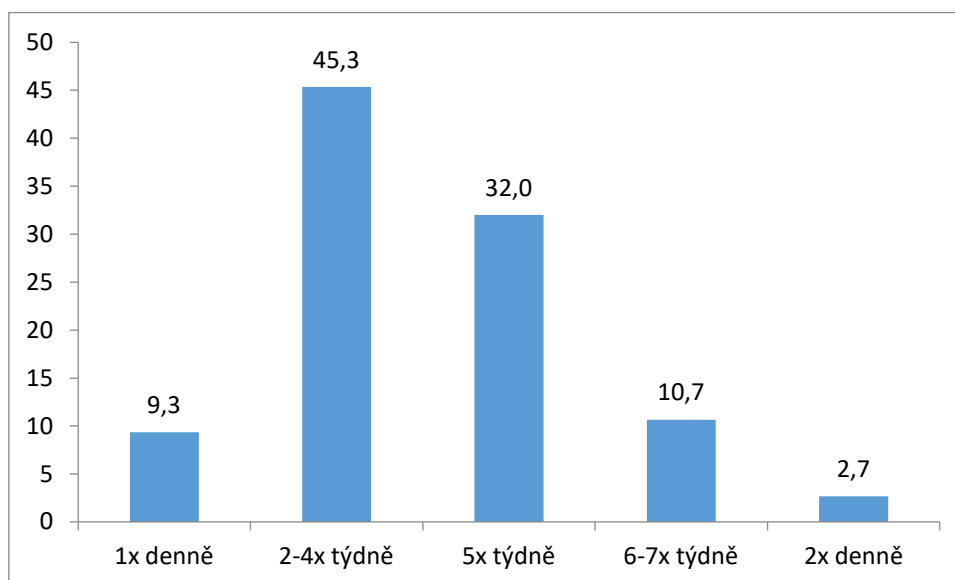
6.1.3 Frekvence návštěv agentury domácí péče

Frekvence návštěv se nejčastěji pohybuje v rozmezí 2-4x týdně - 34 respondentů (45,33 %), a 5x týdně 24 respondentů (32,00 %). Pouze u 2 respondentů (2,67 %) probíhá návštěva 2x denně.

Tabulka 3: Frekvence návštěv agentury domácí péče

Frekvence návštěv pacientů	Procent respondentů
1x denně	9,33 %
2-4x týdně	45,33 %
5x týdně	32,00 %
6-7x týdně	10,67 %
2x denně	2,67 %

Graf 3: Frekvence návštěv agentury domácí péče



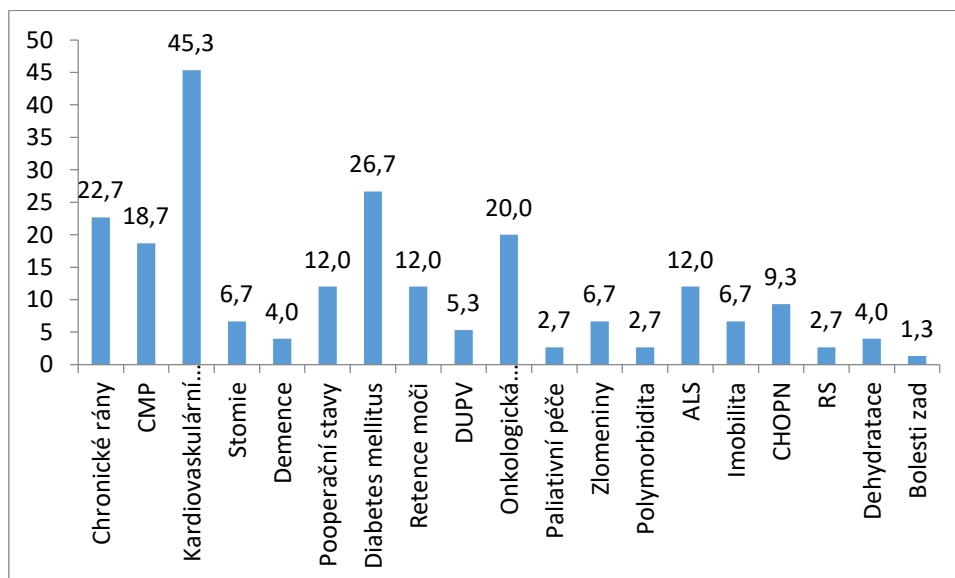
6.1.4 Nejčastější lékařské diagnózy pacientů v domácí péči

Všeobecné/praktické sestry měly vypsát tři nejčastější lékařské diagnózy, se kterými se setkávají u pacientů v domácí péči. Některé všeobecné a praktické sestry zmínily spíše výkony – rehabilitace, převazy apod. Tyto odpovědi jsem do výsledků nezahrnula. Odpovědi jsem pro přehlednost shrnula do nejčastěji se opakujících oblastí. Do nemocnice na oddělení všeobecných interních lůžek přijímáme pacienty nejčastěji s lékařskými diagnózami dehydratace, hyponatremie a se ztrátou soběstačnosti. Domnívala jsem se, že i tyto diagnózy budou často zmiňované u seniorů v domácí péči. V domácí péči ale převládají kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus a chronické rány. Další rozsáhlou skupinou pacientů jsou onkologicky nemocní pacienti a pacienti po prodělané cévní mozkové příhodě.

Tabulka 4: Nejčastější lékařské diagnózy pacientů v domácí péči

Nejčastější lékařské diagnózy pacientů v domácí péči	Procent respondentů
Chronické rány	22,67 %
CMP	18,67 %
Kardiovaskulární onemocnění	45,33
Stomie	6,67 %
Demence	4,00 %
Pooperační stavy	12,00 %
Diabetes mellitus	26,67 %
Retence moči	12,00 %
DUPV	5,33 %
Onkologická onemocnění	20,00 %
Paliativní péče	2,67 %
Zlomeniny	6,67 %
Polymorbidita	2,67 %
ALS	12,00 %
Imobilita	6,67 %
CHOPN	9,33 %
RS	2,67 %
Dehydratace	4,00 %
Bolesti zad	1,33 %

Graf 4: Nejčastější lékařské diagnózy pacientů v domácí péči



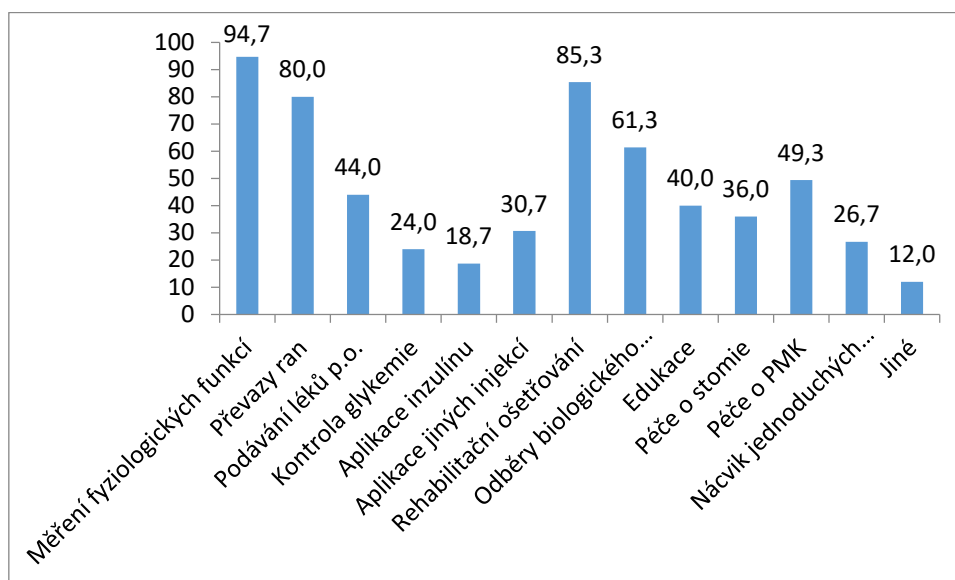
6.1.5 Nejčastěji prováděné ošetrovatelské úkony u pacientů v domácí péči

Nejčastějšími úkony, které všeobecné a praktické sestry provádějí, jsou: měření fyziologických funkcí (94,67 %), rehabilitační ošetřování (85,33 %), převazy ran (80,00 %), odběry biologického materiálu (61,33 %), péče o PMK (49,33 %), podávání perorální medikace (44,00 %). 12 % respondentů uvedlo i jiné činnosti, kde byly zmiňované ve čtyřech případech péče o PEG, péče o tracheostomii, péče o invazivní vstupy, DUPV (domácí umělá plicní ventilace) a nácvik mluvení. Někteří respondenti vyplnili všechny kolonky, přestože měli zaškrtnout pouze 5 nejčastějších úkonů. Do vyhodnocení jsem zahrnula všechny dotazníky, výsledek je z tohoto důvodu poněkud zkreslený.

Tabulka 5: Nejčastěji prováděné ošetrovatelské úkony u pacientů v domácí péči

Ošetrovatelské úkony	Procent respondentů
Měření fyziologických funkcí	94,67 %
Převazy ran	80,00 %
Podávání léků p.o.	44,00 %
Kontrola glykemie	24,00 %
Aplikace inzulínu	18,67 %
Aplikace jiných injekcí	30,67 %
Rehabilitační ošetřování	85,33 %
Odběry biologického materiálu	61,33 %
Edukace	40,00 %
Péče o stomie	36,00 %
Péče o PMK	49,33 %
Nácvik jednoduchých ošetrovatelských činností pro pečující	26,67 %
Jiné	12,00 %

Graf 5: Nejčastěji prováděné ošetrovatelské úkony u pacientů v domácí péči



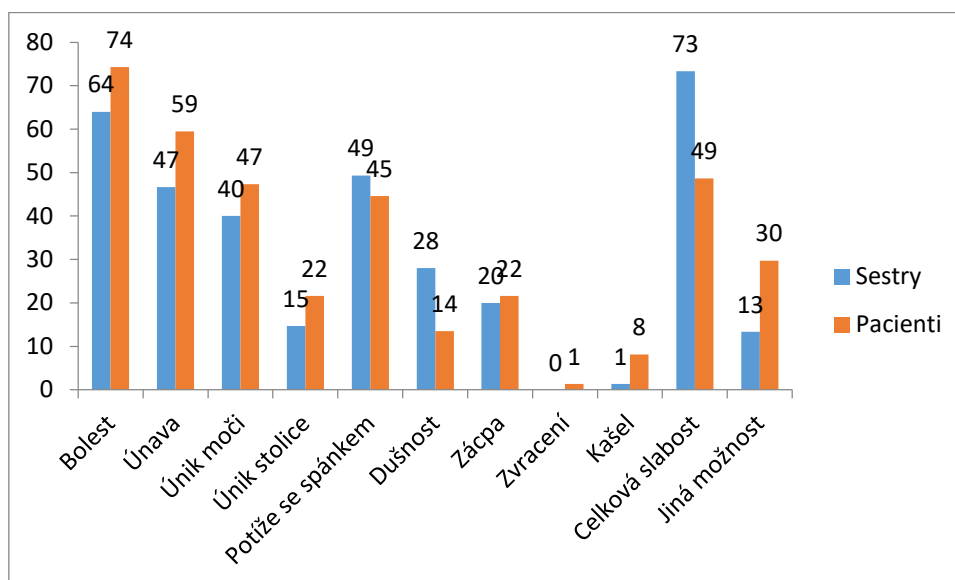
6.1.6 Problémy, které trápí pacienty

Porovnála jsem výsledky v dotazníku určeném pacientům agentury domácí péče a všeobecným/praktickým sestřám. V grafu je patrné, jak odpovědi obou dotázaných skupin korelují. Je zřejmé, že všeobecné/praktické sestry mají dobrou představu o problémech, které pacienty trápí. Přesto nejsou řešeny často se opakující potíže, které jsou velmi dobře ovlivnitelné léky, jako například bolest nebo potíže se spánkem, ačkoliv je z výsledků výzkumu patrné, že všeobecné a praktické sestry o potížích pacientů vědí. Další nabídkou v této odpovědi byla otevřená otázka „jiná možnost“, kde všeobecné a praktické sestry uvádějí strach, deprese, bolesti a ztuhlost kloubů a svalovou atrofii.

Tabulka 6: Problémy, které trápí pacienty

Problémy pacientů	Sestry	Pacienti
Bolest	64,00 %	74,32 %
Únava	46,67 %	59,46 %
Únik moči	40,00 %	47,3 %
Únik stolice	14,67 %	21,62 %
Potíže se spánkem	49,33 %	44,59 %
Dušnost	28,00 %	13,51 %
Zácpa	20,00 %	21,62 %
Zvracení	0,00 %	1,35 %
Kašel	1,33 %	8,11 %
Celková slabost	73,33 %	48,65 %
Jiná možnost	13,33 %	29,73 %

Graf 6: Problémy, které trápí pacienty



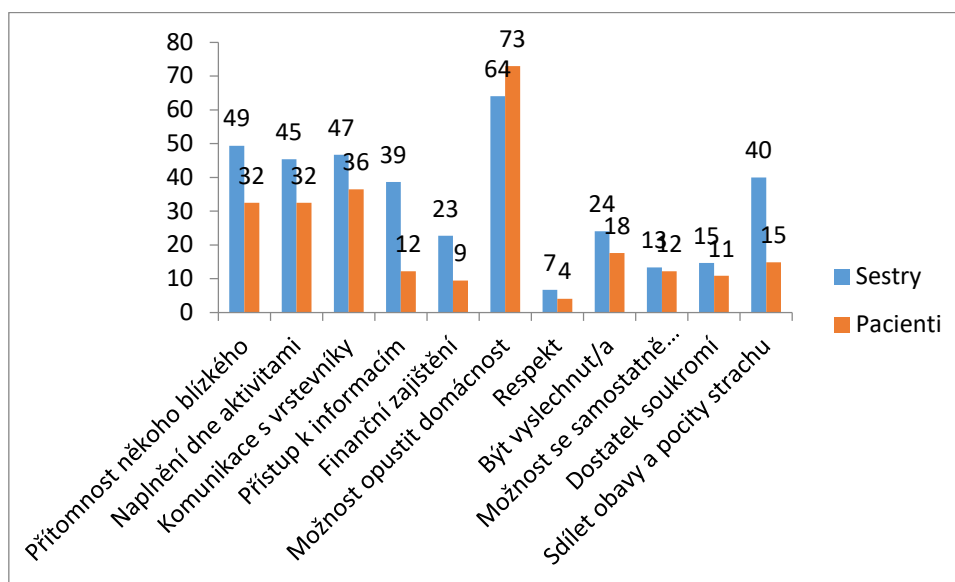
6.1.7 Psychosociální potřeby pacientů

I v oblasti psychosociálních potřeb je patrné, že všeobecné/praktické sestry mají dostatečnou představu o jejich saturaci. Rozdíly se ukazují v otázce přístupu k informacím nebo finanční zajištění seniorů. Sami seniori tyto oblasti považují za méně problematické než sestry. Zaměstnanci agentur i pacienti shodně uvádějí, že pacientům nejvíce schází schopnost opustit domácnost.

Tabulka 7: Psychosociální potřeby pacientů v domácí péči

Psychosociální potřeby	Sestry	Pacienti
Přítomnost někoho blízkého	49,33 %	32,43 %
Naplnění dne aktivitami	45,33 %	32,43 %
Komunikace s vrstevníky	46,67 %	36,49 %
Přístup k informacím	38,67 %	12,16 %
Finanční zajištění	22,67 %	9,46 %
Možnost opustit domácnost	64,00 %	72,97 %
Respekt	6,67 %	4,05 %
Být vyslechnut/a	24,00 %	17,57 %
Možnost se samostatně rozhodovat	13,33 %	12,16 %
Dostatek soukromí	14,67 %	10,81 %
Sdílet obavy a pocity strachu	40,00 %	14,86 %

Graf 7: Psychosociální potřeby pacientů v domácí péči



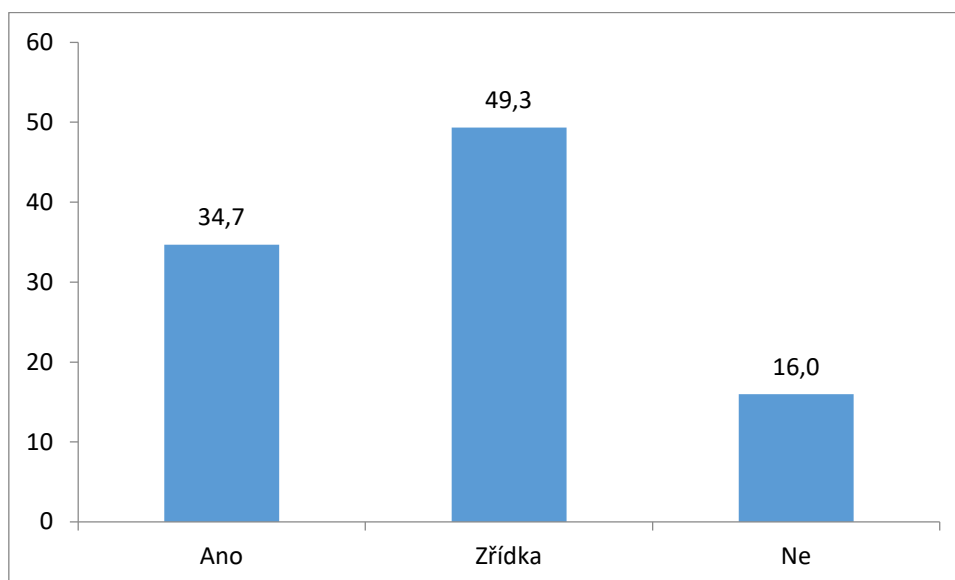
6.1.8 Služby, které pacient vyžaduje, ale agentura je neposkytuje

V případě uvedení odpovědi ano byla doplňující otázka na konkrétní služby. Jednalo se o otevřenou otázku. Převážně všeobecné/praktické sestry uváděly služby sociálního charakteru. Většina respondentů uvedla obecně odpověď „pečovatelské služby“ (9 respondentů). Z konkrétních činností pak převládaly žádosti o hygienickou péči (9 respondentů), úklid (5 respondentů) a nákup (8 respondentů). Ojedinelé odpovědi zmiňovaly zajištění pedikúry, kadeřníka, psychologa, sociální kontakt, vynešení odpadků, doprovod seniora na procházce, krmení, přebalování nebo zajištění léků. Z toho vyplývá, že by pacienti profitovali z nabídky pečovatelských služeb, které jsou hrazené klientem a většinu těchto činností pokrývají.

Tabulka 8: Vyžádání služeb neposkytovaných agenturou domácí péče

Vyžaduje pacient služby neposkytované agenturou	Procent respondentů
Ano, často	34,67 %
Zřídka	49,33 %
Ne	16,00 %

Graf 8: Vyžádání služeb neposkytovaných agenturou domácí péče



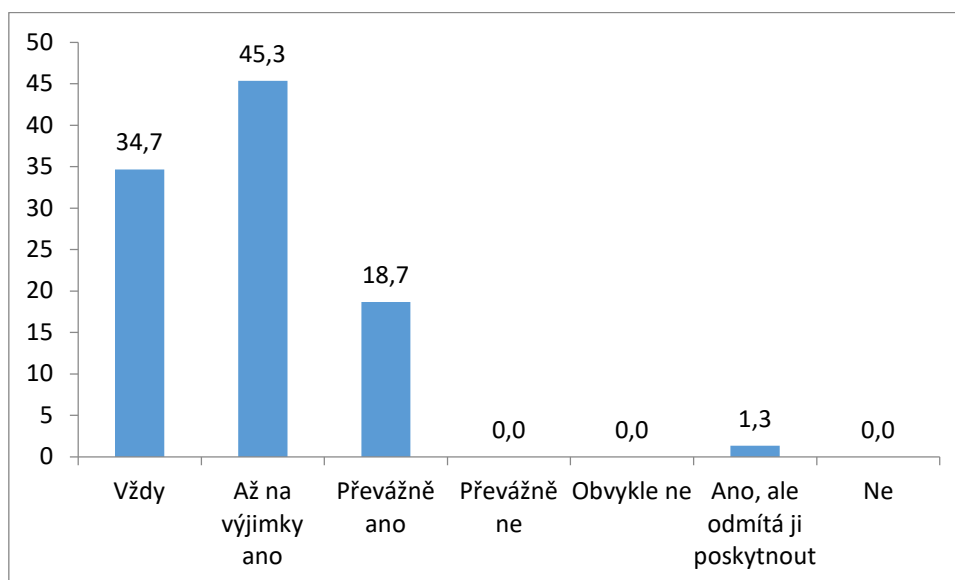
6.1.9 Obdržení lékařské propouštěcí zprávy

Je znepokojující, že existují pacienti, kteří nemají k dispozici lékařskou propouštěcí zprávu. V lékařské propouštěcí zprávě je uvedena medikace a její aktuální dávkování. Dále obsahuje doporučení i služby, které má agentura domácí péče zajistit. Jedná se o naprosto stěžejní dokument pro zaměstnance agentury.

Tabulka 9: Obdržení lékařské propouštěcí zprávy

Obdržení lékařské propouštěcí zprávy	Procent respondentů
Vždy	34,67 %
Až na výjimky ano	45,33 %
Převážně ano	18,67 %
Převážně ne	0,00 %
Obvykle ne	0,00 %
Ano, ale odmítá ji poskytnout	1,33 %
Ne	0,00 %

Graf 9: Obdržení lékařské propouštěcí zprávy



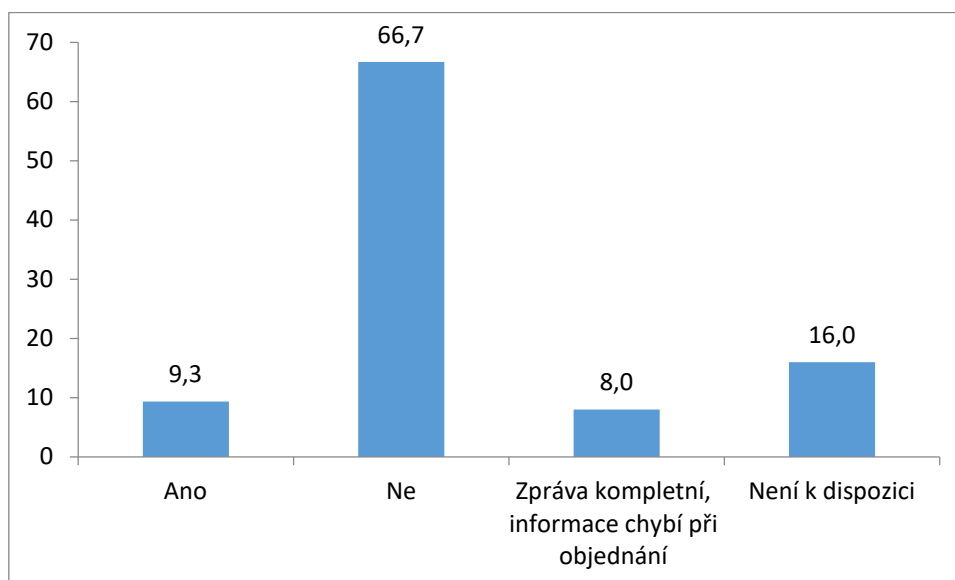
6.1.10 Chybějící informace v ošetrovatelské překládové zprávě

Pouze 66,67 % všeobecných a praktických sester obdrželo od pacienta kompletní ošetrovatelskou překládovou zprávu a všechny potřebné informace o pacientovi již v okamžiku objednání péče. 16 % všeobecných a praktických sester uvedlo, že obvykle ošetrovatelskou překládovou zprávu neobdrží. 9,33 % všeobecných a praktických sester postrádá některé informace v ošetrovatelské překládové zprávě. Nejčastěji postrádají všeobecné a praktické sestry informace o ošetření ran a dekubitů, datum zavedení invazivních vstupů, informace o infekcích, informace o možnosti hydratace, výška a hmotnost pacienta nebo datum poslední stolice pacienta.

Tabulka 10: Chybějící informace v ošetrovatelské překládové zprávě

Chybějící informace v ošetrovatelské překládové zprávě	Procent respondentů
Ano	9,33 %
Ne	66,67 %
Zpráva kompletní, informace chybí při objednání	8,00 %
Není k dispozici	16,00 %

Graf 10: Chybějící informace v ošetrovatelské překladové zprávě



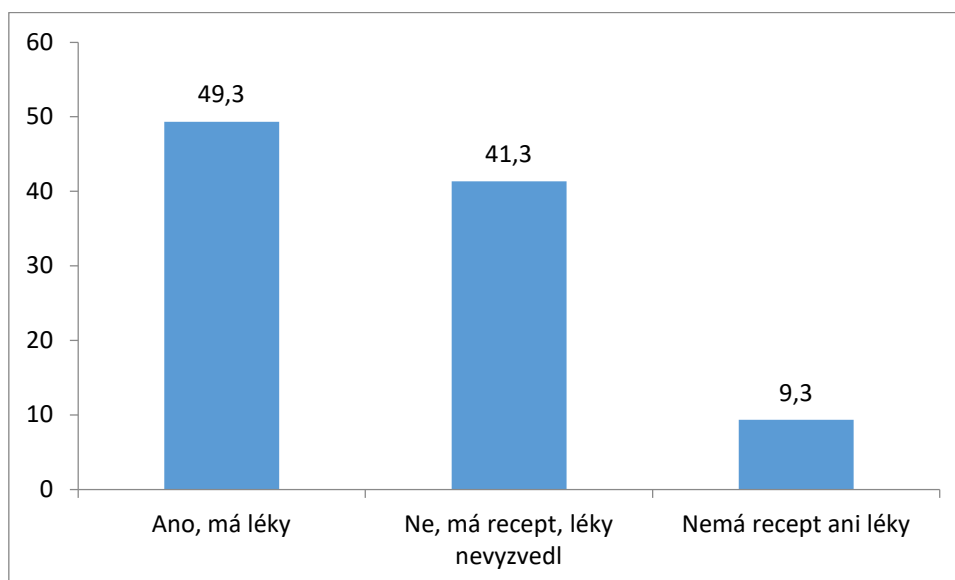
6.1.11 Dostupnost léků ordinovaných pacientovi při propuštění z nemocnice

Alarmujícím zjištěním je, že téměř polovina pacientů nemá k dispozici léky, které má po propuštění z nemocnice užívat. Všechny propuštěné pacienty vybavujeme v nemocnici při propuštění recepty na léky. Tento stav není ideální, jelikož většina pacientů hospitalizovaných na interním oddělení není schopna si samostatně léky vyzvednout. Jsou odkázáni na pomoc blízkých a rodiny. 9,33 % respondentů uvedlo, že pacient nemá ani recept, ani léky. To může být závažný problém, zejména jde-li o léky, u kterých může při vysazení nastat náhlé zhoršení zdravotního stavu. Ideálním stavem by bylo vybavení pacienta léky již při propuštění z nemocnice.

Tabulka 11: Dostupnost léků ordinovaných při propuštění z nemocnice

Dostupnost léků	Procent respondentů
Ano, má léky	49,33 %
Ne, má recept, léky nevyzvedl	41,33 %
Nemá recept ani léky	9,33 %

Graf 11: Dostupnost léků ordinovaných při propuštění z nemocnice



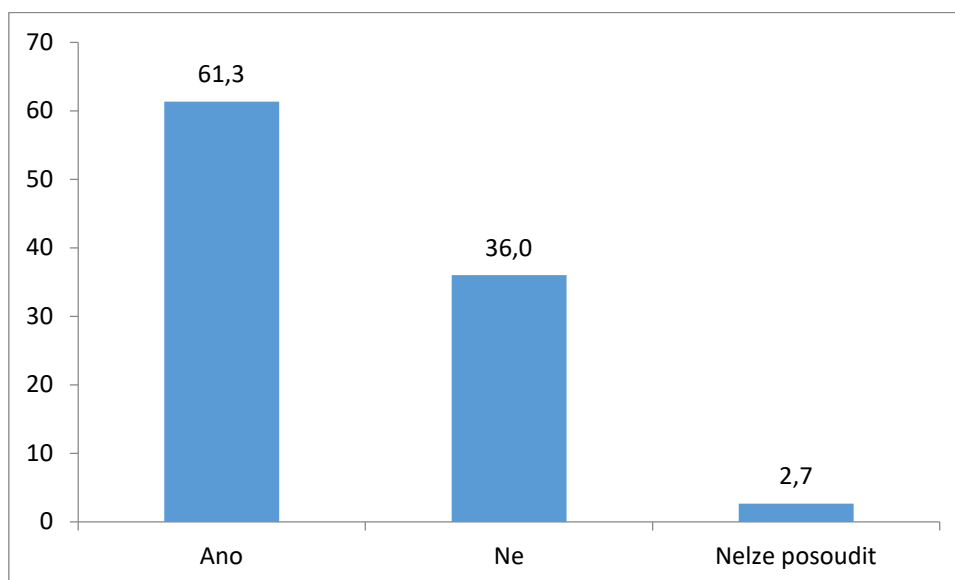
6.1.12 Informovanost pacienta o užívání léků

61,33 % všeobecných a praktických sester uvedlo, že pacient je informován o užívání léků. Informace o užívání léků je téměř vždy součástí lékařské propouštěcí zprávy. Pokud pacient tyto informace nemá, může to být způsobeno tím, že informace v lékařské propouštěcí zprávě jsou pro něj nepřehledné, nesrozumitelné nebo nečitelné. 36 % všeobecných a praktických sester uvedlo, že pacient není dostatečně informován o užívání léků. Přesto se téměř 76 % dotázaných seniorů domnívá, že jsou o užívání léků informováni dostatečně a pouze necelých 7 % seniorů udává, že informace o užívání léků nemají.

Tabulka 12: Informovanost pacienta o užívání léků

Informovanost pacientů o užívání léků	Procent respondentů
Ano	61,33 %
Ne	36,00 %
Nelze posoudit	2,67 %

Graf 12: Informovanost pacienta o užívání léků



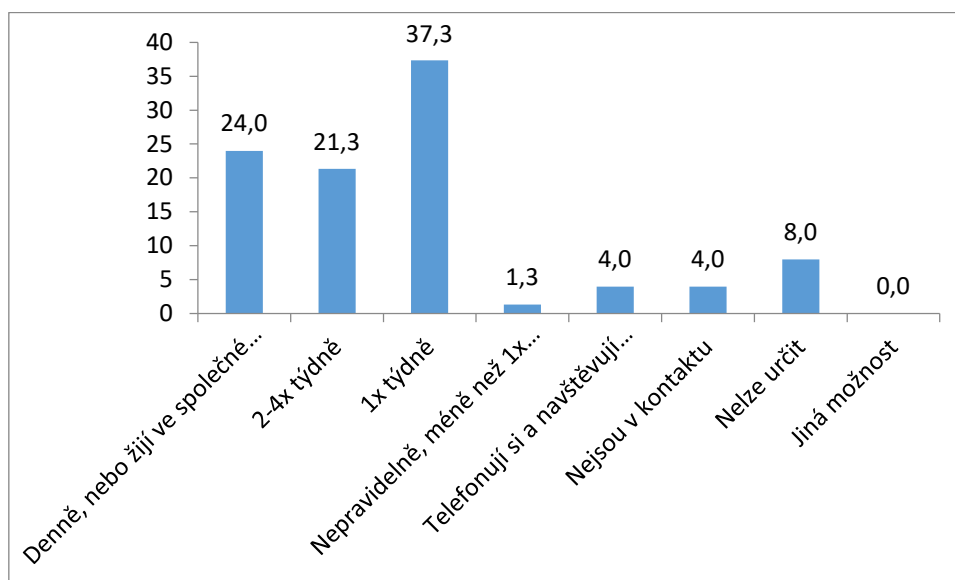
6.1.13 Frekvence návštěv pacientů blízkými nebo rodinou

Návštěvy pacienta blízkými se dle zaměstnanců agentury v 82,67 % odehrává alespoň jednou týdně. Pacienti udávají návštěvy ve frekvenci jednou týdně a častěji v 71,97 %. Naproti tomu 20,27 % seniorů uvádí, že nemají návštěvy nikdy.

Tabulka 13: Frekvence návštěv pacientů blízkými nebo rodinou

Frekvence návštěv rodinou / blízkými pacienta	Procent respondentů
Denně, nebo žijí ve společné domácnosti	24,00 %
2-4x týdně	21,33 %
1x týdně	37,33 %
Nepravidelně, méně než 1x týdně	1,33 %
Telefonují si a navštěvují výjimečně	4,00 %
Nejsou v kontaktu	4,00 %
Nelze určit	8,00 %
Jiná možnost	0,00 %

Graf 13: Frekvence návštěv pacientů blízkými nebo rodinou



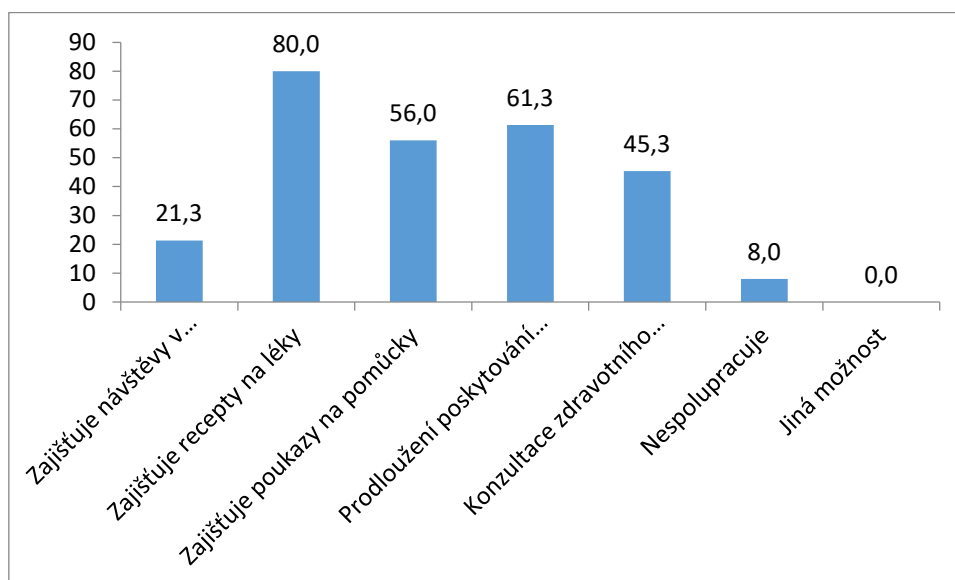
6.1.14 Spolupráce praktického lékaře s agenturou domácí péče

Pro zajištění kontinuity péče propuštěného seniora je stěžejní spolupráce praktického lékaře s agenturou domácí péče. Domnívám se, že dobré nastavení spolupráce agentury domácí péče a praktického lékaře může omezit opakované hospitalizace pacientů. 21,33 % všeobecných a praktických sester uvedlo, že praktický lékař zajišťuje návštěvy pacienta v domácím prostředí. 80,00 % respondentů uvedlo, že praktický lékař zajišťuje recepty na léky, 61,33 % uvedlo, že je praktický lékař je ochoten prodloužit péči agentury home care, pokud je indikována. Dále dotázaní uvádějí, že 45,33 % praktických lékařů je ochotno konzultovat zdravotní stav po telefonu. Pouze 8 % respondentů uvedlo, že praktický lékař s agenturou domácí péče vůbec nespolupracuje.

Tabulka 14: Spolupráce praktického lékaře s agenturou domácí péče

Spolupráce praktického lékaře	Procent respondentů
Zajišťuje návštěvy v domácím prostředí	21,33 %
Zajišťuje recepty na léky	80,00 %
Zajišťuje poukazy na pomůcky	56,00 %
Prodloužení poskytování domácí péče	61,33 %
Konzultace zdravotního stavu a agenturou	45,33 %
Nespolupracuje	8,00 %
Jiná možnost	0,00 %

Graf 14: Spolupráce praktického lékaře s agenturou domácí péče



6.1.15 Činnosti obtížné pro rodinné příslušníky a blízké pacienta

Poslední dvě otázky dotazníku byly otevřené. Domnívám se, že poskytnou vzhled do problematiky, s čím se rodiny nejčastěji potýkají a co by bylo dobré změnit, aby byli pacienti lépe připraveni na propuštění do domácí péče a případně zamezit i velkému množství opakovaných hospitalizací, ke kterým u seniorů dochází.

Největším problémem z pohledu všeobecných a praktických sester je v domácí péči zajištění hygienické péče a přebalování inkontinentních pacientů, polohování a manipulace s pacientem.

Dalším zmiňovaným aspektem je nedostatek času pečujících osob na zajištění péče a návštěv.

Další problematikou je samotná komunikace, případně komunikace s onkologicky nemocným pacientem. Příbuzní a blízcí pacienta se dále potýkají s odbornými výkony, které musí v domácí péči vykonávat. V těchto oblastech obvykle probíhá edukace už za hospitalizace, ale ne vždy je věnován těmto činnostem dostatečný čas, aby pečující cítili jistotu v provádění těchto činností. Jedná se o aplikaci injekcí, péči o kolostomie nebo ileostomie, případně péče o tracheostomii. Všeobecné a praktické sestry v dotazníku zmiňují i velice odborné činnosti, které musejí pečující obstarat, jako je odsávání z dýchacích cest, péče o pacienta na domácí umělé plicní ventilaci nebo péče o invazivní vstupy.

6.1.16 Návrhy na zlepšení spolupráce agentury domácí péče a nemocnice

Poslední otázka nabídla respondentům možnost vyjádřit se ke zlepšení a zefektivnění spolupráce oddělení nemocnice a všeobecných a praktických sester domácí péče.

Mnoho všeobecných a praktických sester uvedlo zlepšení informovanosti pacienta i rodiny. Už během hospitalizace se setkáváme s dotazy pacientů, kteří i po několika dnech v nemocnici vlastně nevědí, s čím do nemocnice přišli a zda se jejich stav lepší nebo horší.

Dalším návrhem všeobecných a praktických sester je vyzvedávání receptů přímo v nemocnici.

Zajímavý návrh všeobecných a zdravotních sester je omezení pátečních propuštění pacientů z důvodu nezajištění péče po dobu víkendu.

6.2 Analýza dotazníku pro seniory

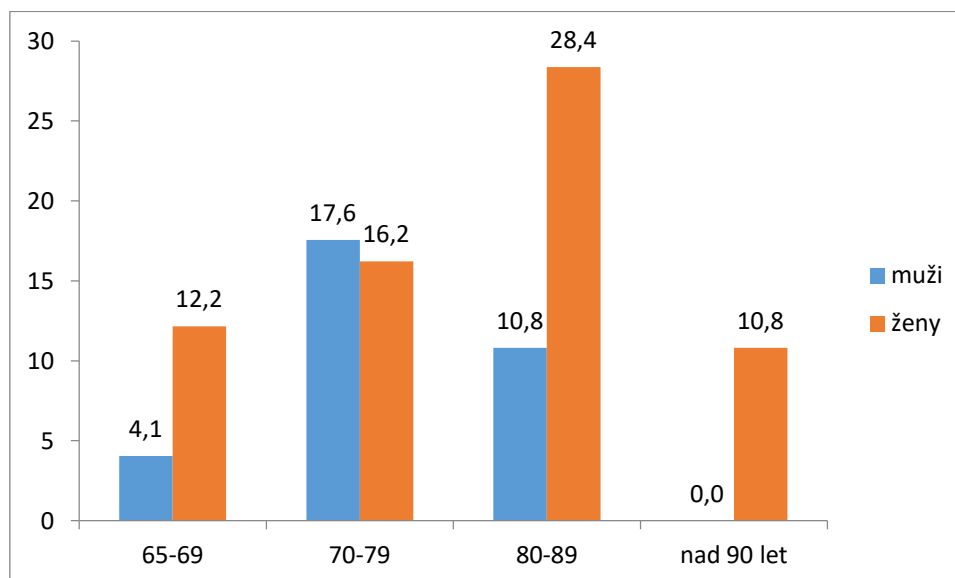
6.2.1 Věk a pohlaví respondentů

Dotazníkového šetření se účastnili senioři nad 65 let. Věk respondentů byl v rozmezí od 65 do 95 let. V celkovém počtu převládaly ženy. Průměrný věk respondentů je 80 let. Celkový počet žen byl 50 (67,57 %) a počet mužů 24 (32,43 %). Průměrný věk žen je 80,8 let a průměrný věk mužů 77,3 let. Podrobnější informace o věku respondentů u jednotlivých pohlaví je zobrazen v tabulce č. 15 a grafu č. 15.

Tabulka 15: Pohlaví a věk respondentů

Věk	Muži	Ženy
65-69 let	3	9
70-79 let	13	12
80-89 let	8	21
nad 90 let	0	8

Graf 15: Pohlaví a věk respondentů



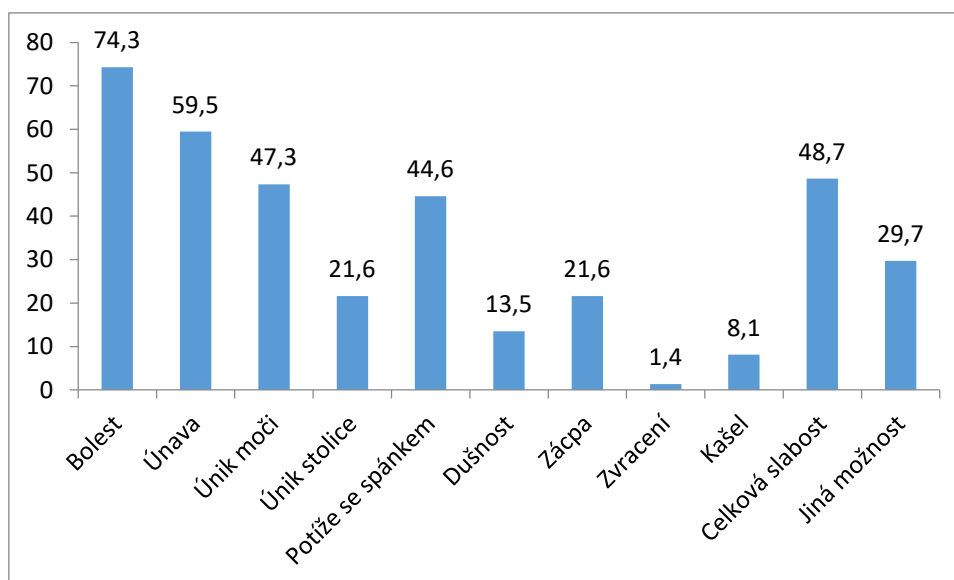
6.2.2 Problémy pacientů, které udávají pacienti po propuštění z nemocnice

Je alarmující, že 74,32 % seniorů uvedlo, že je trápí bolest. Bolest výrazně zhoršuje celkovou pohodu pacientů a může zhoršovat kvalitu života nebo ovlivňovat motivaci pacientů k pohybu. Je tedy naprosto žádoucí, aby se lékař během hospitalizace i před propuštěním pacienta z nemocnice zaměřil na problematiku bolesti a doporučil vhodnou léčbu a případně další postup, pokud bolest nereaguje na léčbu. Dalším velmi často uváděným příznakem byla únava (59,46 %) či celková slabost (48,65 %). Potíže se spánkem uvedlo skoro 45 % respondentů. I potíže se spánkem lze velice dobře řešit hypnotiky. Únikem moči, což je závažný problém, ovlivňující kvalitu života seniora, trpí 47,3 % dotázaných. Mnoho respondentů uvedlo i jinou možnost (29,73 %), respondenti nejčastěji zmiňovali potíže s hybností a chůzí (celkem 9 respondentů), několik pacientů trápily otoky. Dále byl uveden třes, stomie, opruzeniny, točení hlavy a v jednom případě ztráta zraku.

Tabulka 16: Problémy seniorů propuštěných z nemocnice

Problémy pacientů	Procent respondentů
Bolest	74,32 %
Únava	59,46 %
Únik moči	47,3 %
Únik stolice	21,62 %
Potíže se spánkem	44,59 %
Dušnost	13,51 %
Zácpa	21,62 %
Zvracení	1,35 %
Kašel	8,11 %
Celková slabost	48,65 %
Jiná možnost	29,73 %

Graf 16: Problémy seniorů propuštěných z nemocnice



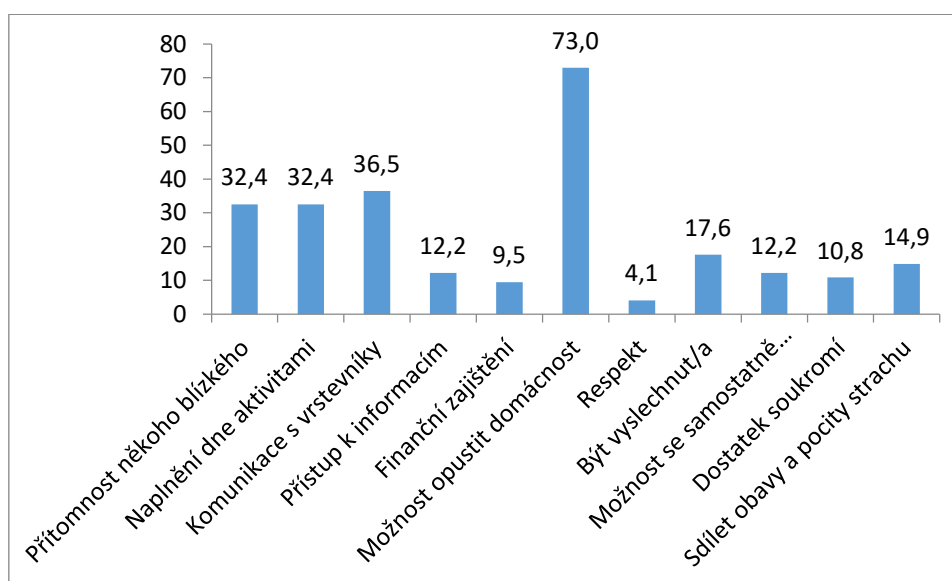
6.2.3 Psychosociální potřeby pacientů, u kterých pacienti udávají, že se jim jich nedostává v dostatečné míře

Téměř 73 % respondentů uvedlo, že negativně vnímají neschopnost opustit svoji domácnost. 36,49 % pacientů by ocenilo komunikaci s vrstevníky. 32,43 % dotázaných postrádá přítomnost někoho blízkého, a 32,43 % naplnění dne aktivitami. 17,57 % seniorů postrádá možnost „být vyslechnut/a“, 14,86 % sdílet obavy a pocity strachu, 12,16 % samostatně se rozhodovat a 12,16 % postrádá přístup k informacím. 10,81 % pacientů má nedostatek soukromí, 9,46 % uvádí špatné finanční zajištění a 4,05 % postrádá respekt.

Tabulka 17: Psychosociální potřeby seniorů propuštěných z nemocnice

Psychosociální potřeby	Procent respondentů
Přítomnost někoho blízkého	32,43 %
Naplnění dne aktivitami	32,43 %
Komunikace s vrstevníky	36,49 %
Přístup k informacím	12,16 %
Finanční zajištění	9,46 %
Možnost opustit domácnost	72,97 %
Respekt	4,05 %
Být vyslechnut/a	17,57 %
Možnost se samostatně rozhodovat	12,16 %
Dostatek soukromí	10,81 %
Sdílet obavy a pocity strachu	14,86 %

Graf 17: Psychosociální potřeby seniorů propuštěných z nemocnice



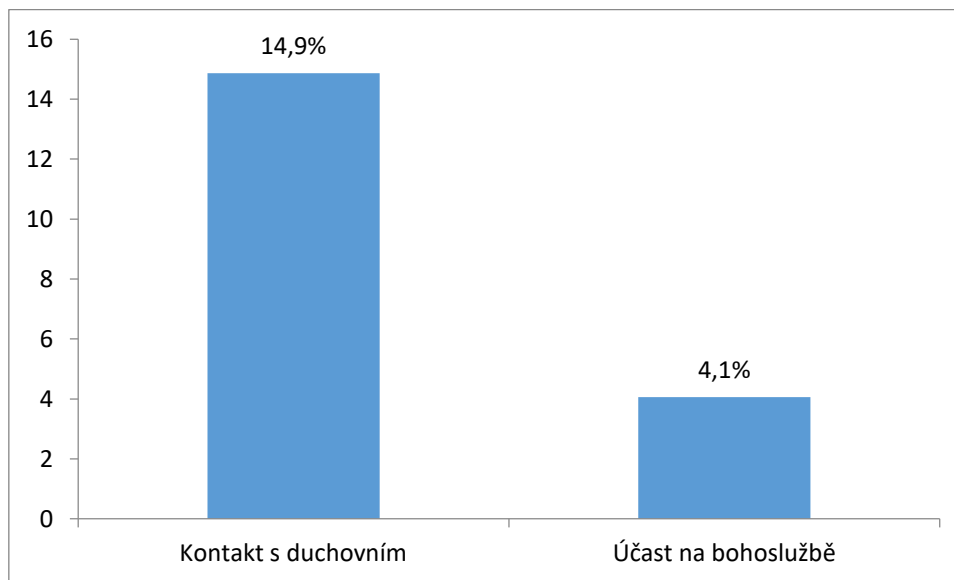
6.2.4 Potřeba účasti na bohoslužbě a kontakt s duchovním

Účast na bohoslužbě postávají 4 % respondentů. Kontakt s duchovním by ocenilo necelých 15 % respondentů. Někteří respondenti dopsali, že mají tyto duchovní potřeby zajištěné.

Tabulka 18: Duchovní potřeby seniorů

Aktivita	Procent respondentů
Kontakt s duchovním	14,86 %
Účast na bohoslužbě	4,05 %

Graf 18: Duchovní potřeby seniorů



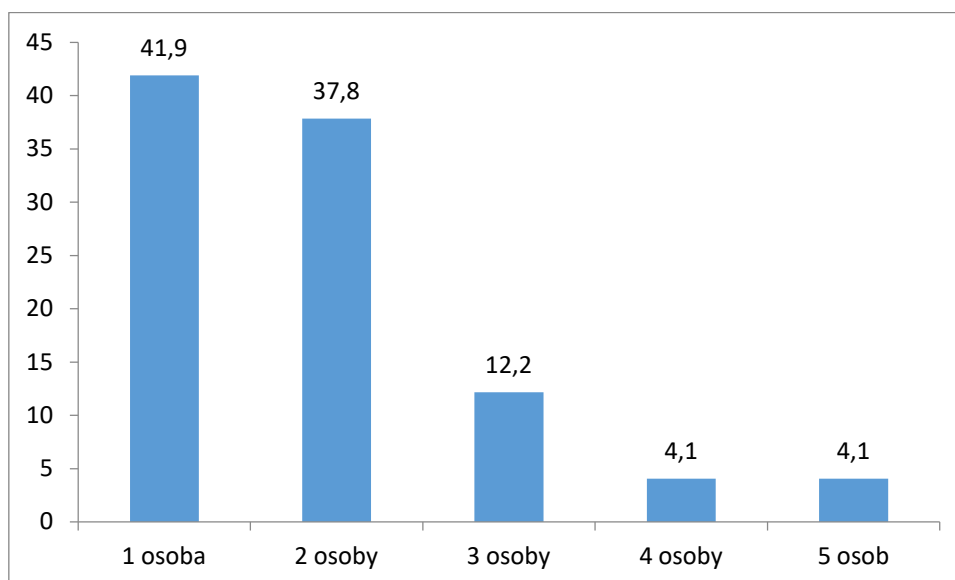
6.2.5 Počet osob žijících ve společné domácnosti

Z celkového počtu oslovených žije samostatně 41,89 % respondentů. Z toho 12,16 % respondentů nemá nikoho, kdo by je pravidelně navštěvoval. 37,84 % respondentů žije s další osobou. 20,27 % respondentů žije v domácnostech, které mají 3 a více členů.

Tabulka 19: Počet osob žijících ve společné domácnosti

Počet osob ve stejné domácnosti	Procent respondentů
1 osoba	41,89 %
2 osoby	37,84 %
3 osoby	12,16 %
4 osoby	4,05 %
5 osob	4,05 %

Graf 19: Počet osob žijících ve společné domácnosti



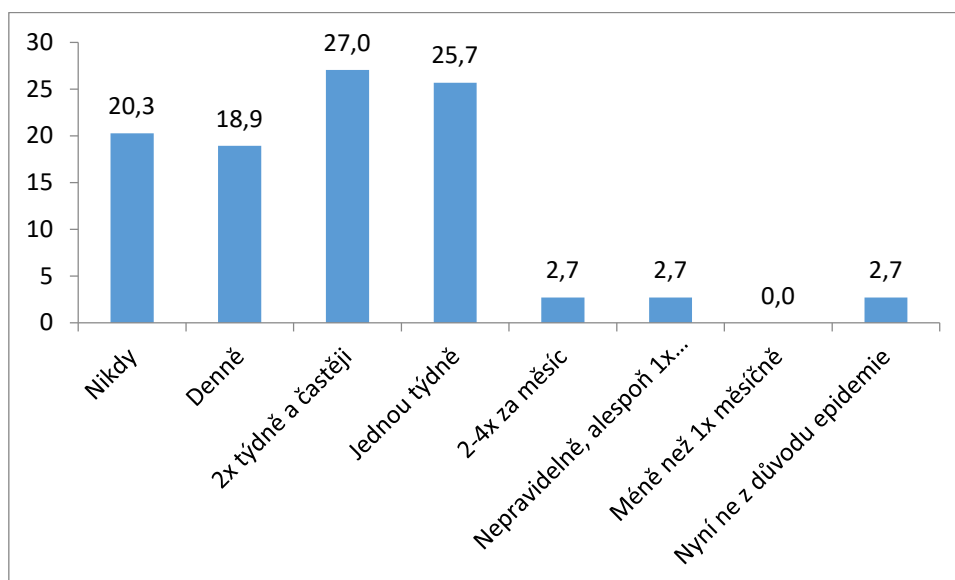
6.2.6 Frekvence návštěv seniora blízkou osobou

20,27 % oslovených seniorů uvedlo, že nemá žádnou blízkou osobu, která by je navštěvovala. 79,73 % respondentů osobu blízkou má. Frekvence návštěv je nyní ovlivněna epidemiologickou situací ve světě, kdy se návštěvy snaží příbuzní a blízcí omezovat. Někteří seniori toto v dotazníku zmínili. 18,92 % respondentů uvedlo, že je blízcí navštěvují denně, u 27,03 % respondentů dochází někdo blízký 2x týdně a častěji. Celkem u 71,62 % respondentů dochází někdo z blízkých alespoň 1x týdně. Osobně toto zjištění vnímám jako pozitivní výsledek výzkumu.

Tabulka 20: Frekvence návštěv seniora blízkou osobou

Frekvence návštěv	Procent respondentů
Nikdy	20,27 %
Denně	18,92 %
2x týdně a častěji	27,03 %
Jednou týdně	25,68 %
2-4x za měsíc	2,70 %
Nepravidelně, alespoň 1x měsíčně	2,70 %
Méně než 1x měsíčně	0,00 %
Nyní ne z důvodu epidemie	2,70 %

Graf 20: Frekvence návštěv seniora blízkou osobou



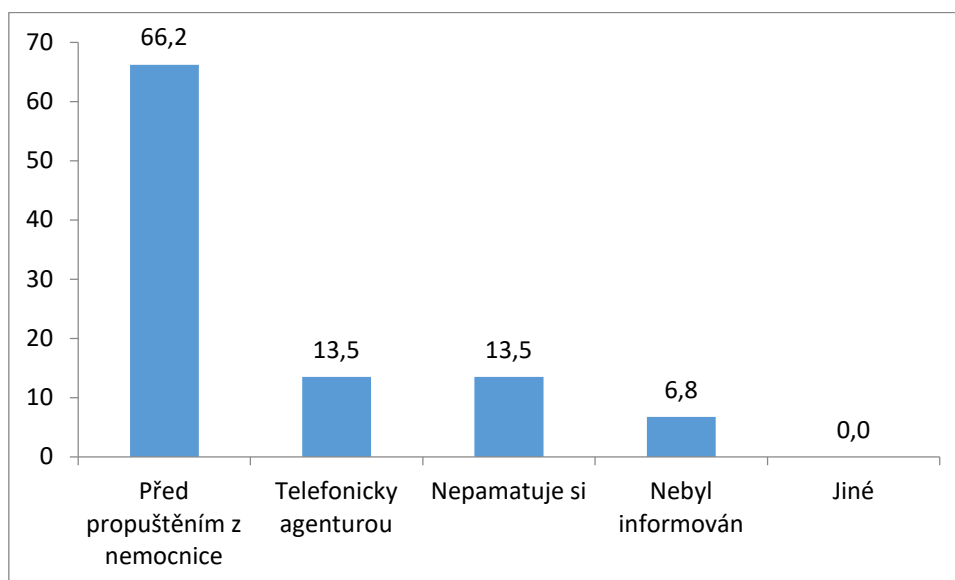
6.2.7 Informovanost seniorů o objednání služby agentury domácí péče

Převážná většina propuštěných pacientů byla informována o tom, že do jejich bydliště bude docházet agentura domácí péče. Někteří seniori si však nevybavují, zda jim tato informace byla poskytnuta. Jen 6,76 % dotázaných uvedlo, že informování nebyli. Lze tedy usuzovat, že je informovanost pacientů v této oblasti dostatečná. Domnívám se, že někteří pacienti díky mírnému kognitivnímu deficitu nejsou schopni udržet informaci, která jim je poskytnuta. Přestože pacienti jsou před propuštěním většinou vybaveni i kontaktem na konkrétní agenturu nebo informačním letákem, mnoho pacientů si po chvíli nevybavuje, kdo jim leták předal a za jakým účelem.

Tabulka 21: Informovanost seniorů o objednání služby agentury domácí péče

Informovanost pacienta	Procent respondentů
Před propuštěním z nemocnice	66,22 %
Telefonicky agenturou	13,51 %
Nepamatuje si	13,51 %
Nebyl informován	6,76 %
Jiné	0,00 %

Graf 21: Informovanost seniorů o objednání služby agentury domácí péče



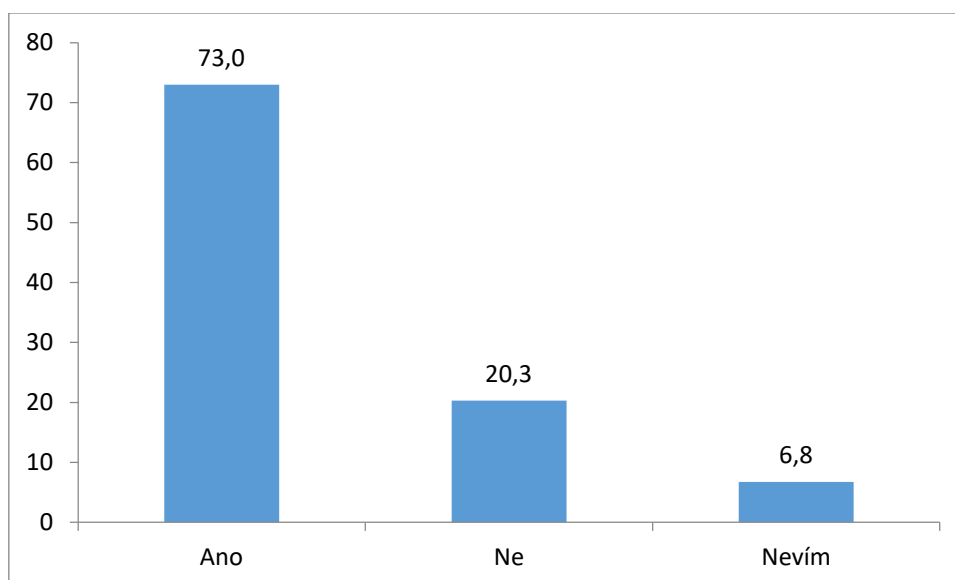
6.2.8 Informovanost seniorů o frekvenci péče

Informaci o frekvenci návštěv agentury domácí péče dostalo 72,97 % respondentů. 20,27 % respondentů informaci nedostalo a 6,74 % respondentů si nepamatuje.

Tabulka 22: Informovanost seniorů o frekvenci péče

Informovanost o frekvenci návštěv	Procent respondentů
Ano	72,97 %
Ne	20,27 %
Nevím	6,76 %

Graf 22: Informovanost seniorů o frekvenci péče



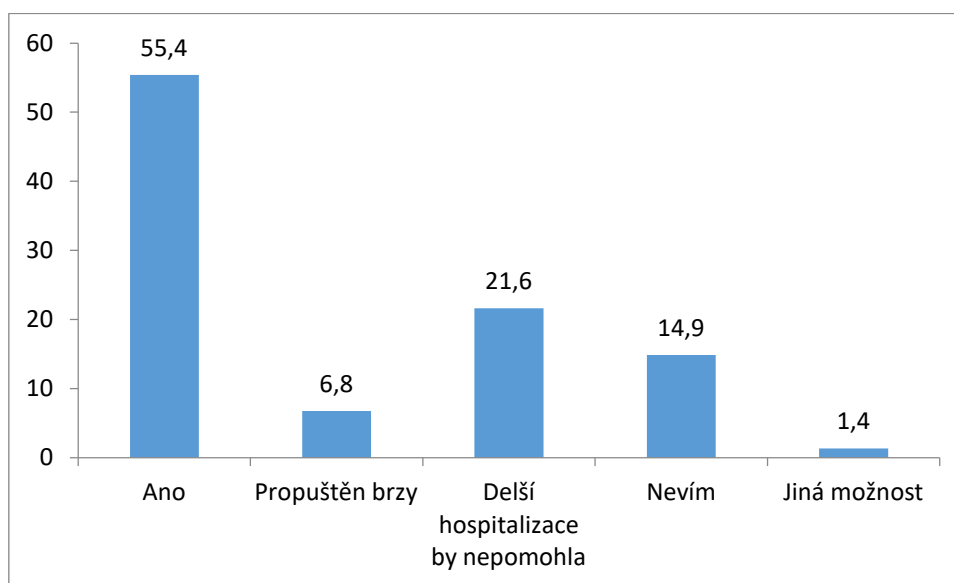
6.2.9 Přípravenost pacientů na propuštění z nemocnice

55,41 % respondentů uvedlo, že byli připraveni na propuštění domů. Pouze 6,76 % seniorů se domnívá, že kdyby trvala hospitalizace déle, byli by na propuštění lépe připraveni. 21,62 % dotázaných seniorů uvedlo, že i pokud by byli hospitalizováni déle, nebyli by po zdravotní stránce lépe připraveni na propuštění a 14,86 % seniorů se domnívá, že nejsou schopni posoudit, zda by prodloužení hospitalizace ovlivnilo jejich připravenost na propuštění z nemocnice. Jeden senior uvedl jinou možnost a do poznámky uvedl kyslíkovou terapii. Z odpovědi jsem nepochopila, zda senior chtěl být propuštěn, nebo by raději pobyl v nemocnici déle. Sama terapie kyslíkem není překážkou v propuštění pacientů do domácího prostředí, za předpokladu, že je vše předem dohodnuto s rodinou a agenturou domácí péče a s předstihem zajištěn koncentrátor kyslíku a transport sanitním vozem.

Tabulka 23: Přípravenost pacientů na propuštění z nemocnice

Přípravenost pacientů na propuštění	Procent respondentů
Ano	55,41 %
Propuštěn brzy	6,76 %
Delší hospitalizace by nepomohla	21,62 %
Nevím	14,86 %
Jiná možnost	1,35 %

Graf 23: Přípravenost pacientů na propuštění z nemocnice



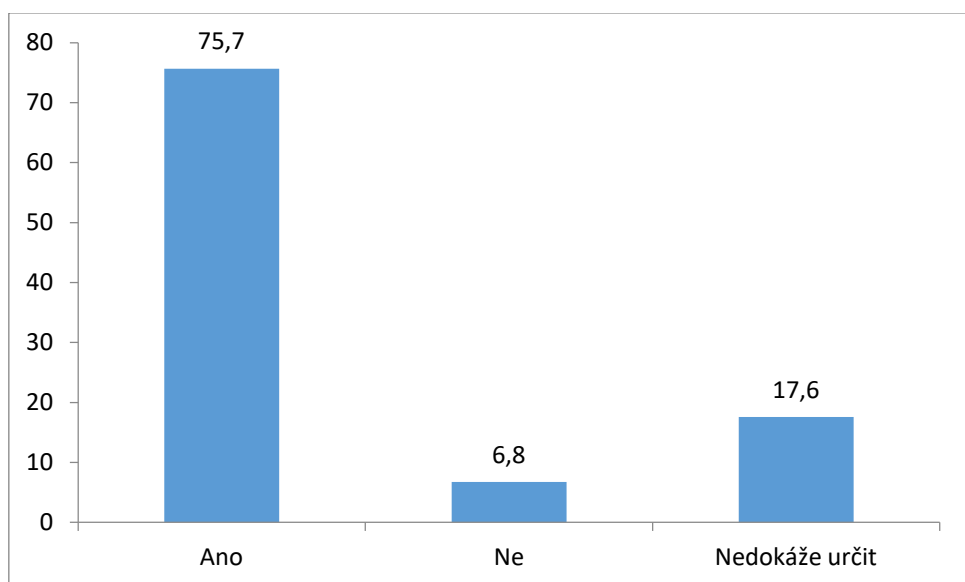
6.2.10 Informovanost seniorů o užívání léků

Většina seniorů (75,68 %) se domnívá, že je dostatečně informována o užívání léků. Paradoxně je seniorům často indikována služba agentury domácí péče z důvodu, že užívají léky v nesprávných dávkách.

Tabulka 24: Informovanost seniorů o užívání léků

Informace o užívání léků	Procent respondentů
Ano, jsou informováni	75,68 %
Ne, nejsou informováni	6,76 %
Nedokáže určit	17,57 %

Graf 24: Informovanost o užívání léků



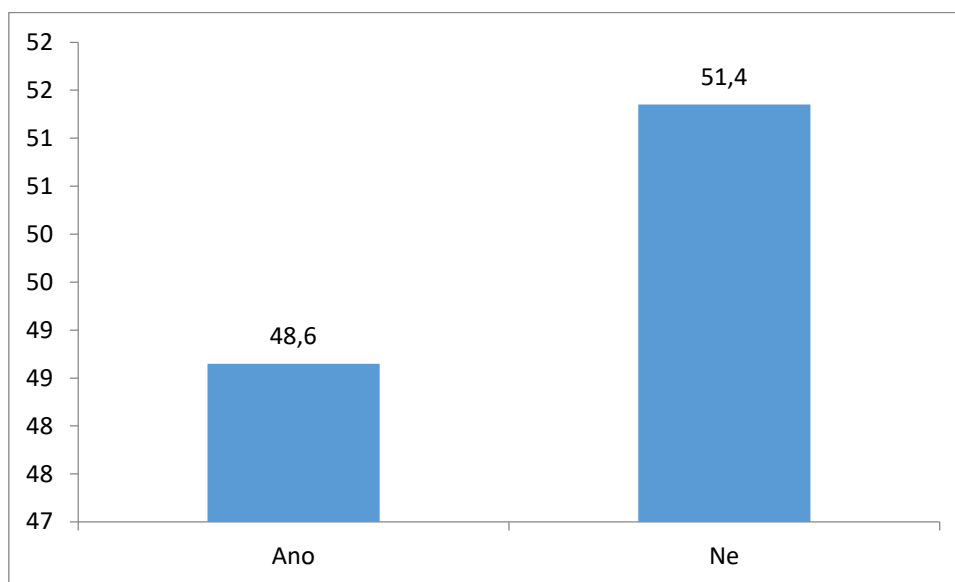
6.2.11 Využití pečovatelských služeb

Pečovatelské služby využívá necelá polovina respondentů 48,65 %. Mezi nejčastěji využívané služby patří pomoc s hygienickou péčí. Mnoho blízkých má problémy s poskytováním hygienické péče, což vyplývá z dotazníku určeného všeobecným a praktickým sestřím. Pečovatelské služby nabízejí i donášku obědů. Tuto donášku obědů využívá 27,03 % dotázaných. Domnívám se, že externí dodání obědů může zlepšit nutriční stav seniorů. Jídla nabízená seniorům bývají cenově dostupná a nabídka pestrá. Dalšími méně využívanými službami jsou nákupy, úklid, praní prádla či doprovod k lékaři. Mezi jiné možnosti senioři uváděli například krmení andulky, využití hospodyně, či hlídání seniora po dobu, kdy je rodina mimo domácnost.

Tabulka 25: Využití pečovatelských služeb

Využití pečovatelských služeb	Procent respondentů
Ano	48,65 %
Ne	51,35 %

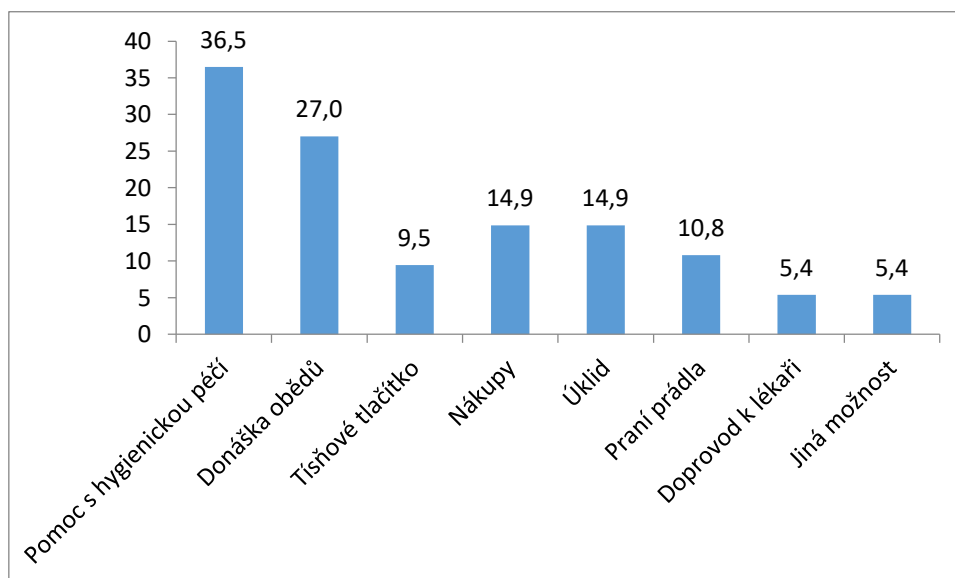
Graf 25: Využití pečovatelských služeb



Tabulka 26: Pečovatelské služby využívané seniory

Využití pečovatelských služeb	Procent respondentů
Pomoc s hygienickou péčí	36,49 %
Donáška obědů	27,03 %
Tísňové tlačítko	9,46 %
Nákupy	14,86 %
Úklid	14,86 %
Praní prádla	10,81 %
Doprovod k lékaři	5,41 %
Jiná možnost	5,41 %

Graf 26: Pečovatelské služby využívané seniory



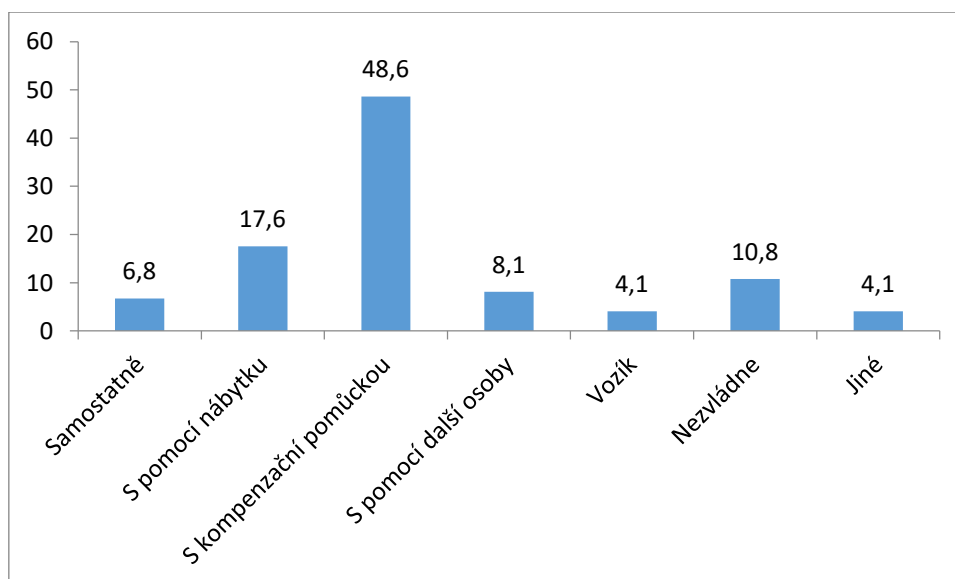
6.2.12 Soběstačnost pacientů v oblasti chůze

Pouze 6,76 % seniorů je schopno se samostatně pohybovat po bytě bez kompenzační pomůcky. 17,57 % seniorů se pohybuje s pomocí nábytku a 48,65 % s kompenzační pomůckou. Odpovědi uvedené jako „jiné“ obsahovaly různé typy kompenzačních pomůcek. 10,81 % seniorů pohyb po bytě nezvládá vůbec. Všichni imobilní senioři využívají kromě služby agentury domácí péče i pečovatelské služby hrazené klientem.

Tabulka 27: Soběstačnost pacientů v oblasti chůze

Chůze po bytě	Procent respondentů
Samostatně	6,76 %
S pomocí nábytku	17,57 %
S kompenzační pomůckou	48,65 %
S pomocí další osoby	8,11 %
Vozík	4,05 %
Nezvládne	10,81 %
Jiné	4,05 %

Graf 27: Soběstačnost pacientů v oblasti chůze



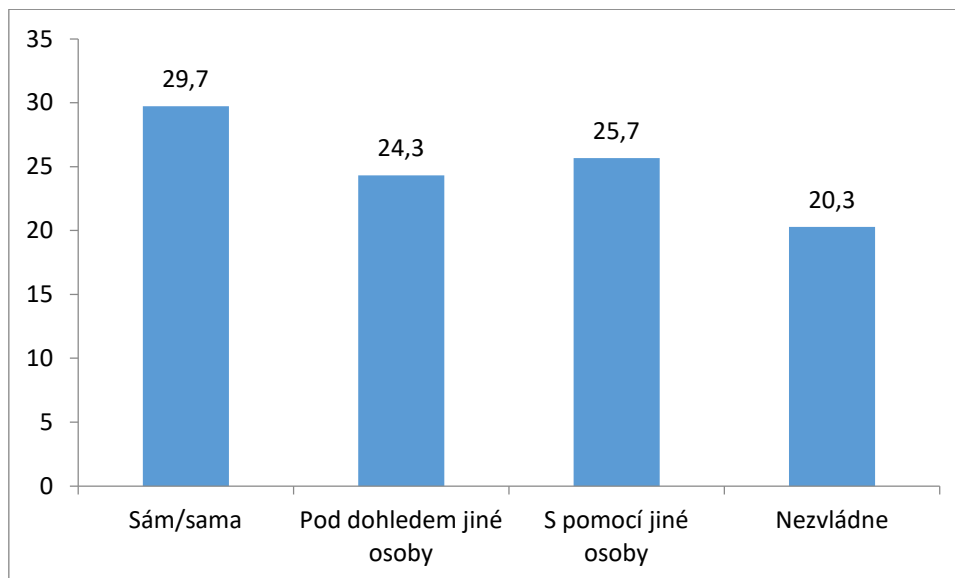
6.2.13 Soběstačnost seniorů v oblasti osobní hygieny

29,73 % seniorů se v oblasti osobní hygieny cítí soběstačně. Přibližně čtvrtina dotázaných vykonává hygienu pod dohledem jiné osoby a další čtvrtina s pomocí jiné osoby. 20,27 % seniorů hygienickou péčí nezvládá. Všichni senioři, kteří nezvládají osobní hygienu, mají osobu žijící ve společné domácnosti nebo k zajištění hygieny využívají služby hrazených pečovatelů.

Tabulka 28: Soběstačnost seniorů v oblasti osobní hygieny

Soběstačnost v oblasti osobní hygieny	Procent respondentů
Sám/sama	29,73 %
Pod dohledem jiné osoby	24,32 %
S pomocí jiné osoby	25,68 %
Nezvládne	20,27 %

Graf 28: Soběstačnost seniorů v oblasti osobní hygieny



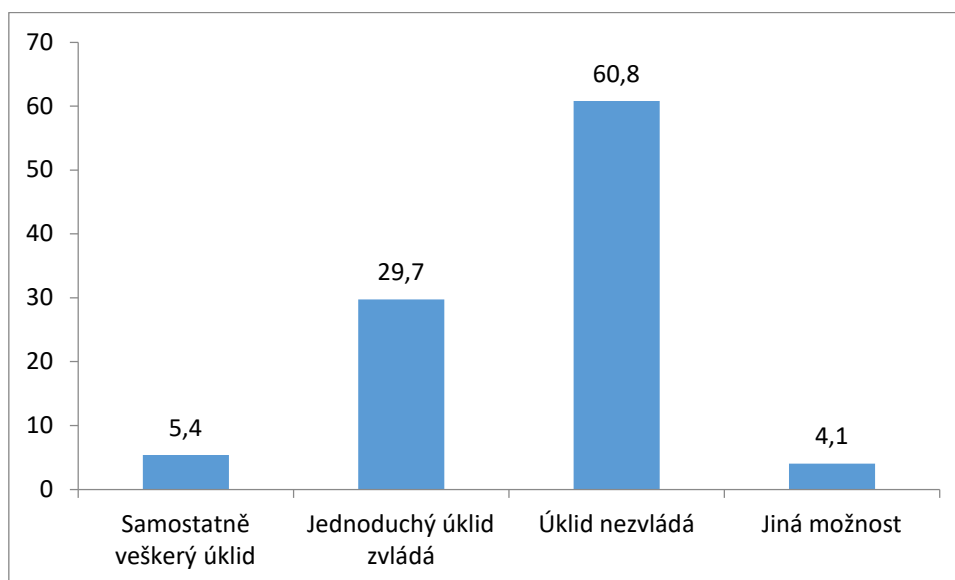
6.2.14 Zvládání úklidu domu/bytu

Většina dotázaných (60,81 %) udává, že nezvládá úklid domácnosti. Tato informace v dotazníku dokresluje celkovou soběstačnost seniorů, kteří jsou propuštěni z nemocnice. Jsem přesvědčená, že tato čísla potvrzují předpoklad, že pacienti nejvíce potřebují dopomoc v každodenních činnostech.

Tabulka 29: Zvládání úklidu domu/bytu

Zvládání úklidu	Procent respondentů
Samostatně veškerý úklid	5,41 %
Jednoduchý úklid zvládá	29,73 %
Úklid nezvládá	60,81 %
Jiná možnost	4,05 %

Graf 29: Zvládání úklidu domu/bytu



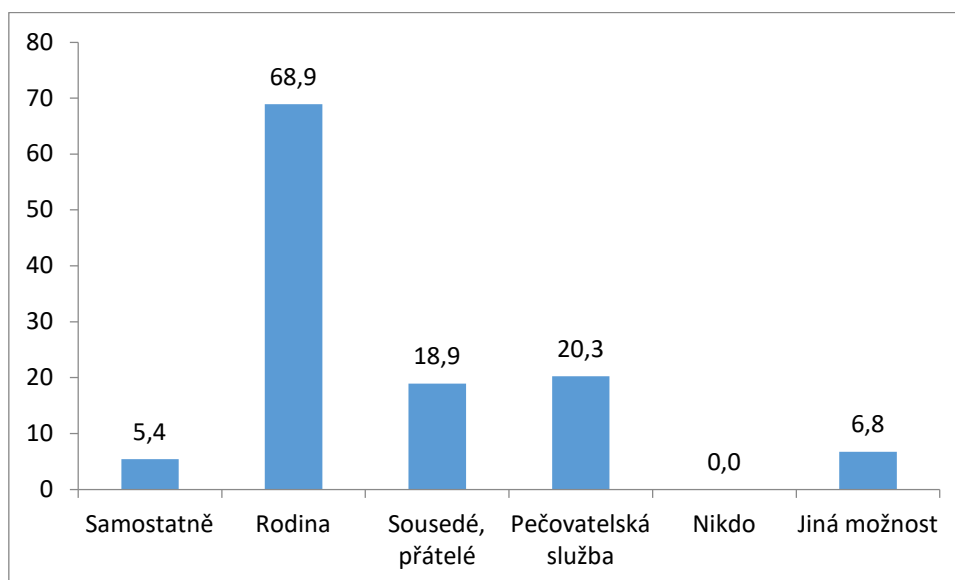
6.2.15 Zajištění nákupů

V otázce zajištění nákupů označovali senioři více možností. Samostatně si zajišťuje nákupy jen 5,41 % seniorů. Je pozitivní, že všichni dotázaní mají nákupy zajištěné. Překvapivé bylo, že v možnosti „jiné“ celkem 6,76 % respondentů uvedlo, že mají zajištěné nákupy pomocí internetových objednávek s dovážkovou službou.

Tabulka 30: Zajištění nákupů

Zajištění nákupů	Procent respondentů
Samostatně	5,41 %
Rodina	68,92 %
Sousedé, přátelé	18,92 %
Pečovatelská služba	20,27 %
Nikdo	0 %
Jiná možnost	6,76 %

Graf 30: Zajištění nákupů



6.2.16 Náměty seniorů na další služby pomoci

Poslední otázka v dotazníku byla otevřená a seniori měli doplnit, jaké další služby by rádi využili. Mnoho seniorů ponechalo kolonku v dotazníku nevyplněnou. Jiní zmiňovali nejčastěji služby, které lze za poplatek seniorům zajistit. 4 seniori vyplnili, že žádnou službu nechtějí a 2 seniori mají vše, co potřebují. 8 seniorů uvedlo, že by chtěli společníka na popovídání, 4 seniori by ocenili, kdyby jim někdo pomohl se dostat ven z bytu (pomoc s chůzí do schodů, asistence u schodolezu, snášení vozíku z patra). 2 seniori by rádi využili možnost transportu vozidlem. Existují různé nabídky dopravy pro seniory, které jsou finančně dostupné, ale často velmi vytížené. Seniorka popisuje, že z důvodu velké obsazenosti této služby využívá taxi, ale je to finančně náročné. 6 seniorů uvádí, že by uvítali služby pedikúry, kadeřníka a holiče. Dále je zmíněno vyzvednutí léků z lékárny nebo hlídání druhá, aby jeden z manželů mohl opustit domácnost.

Požadavky týkající se zdravotních služeb byly ojedinělé. Jeden pacient by ocenil návštěvu lékaře v domácím prostředí. Další pacientka by byla ráda, kdyby sestry z domácí péče docházely dlouhodobě každý den v týdnu a dva pacienti si přáli intenzivní rehabilitaci.

7 DISKUZE

7.1 Zhodnocení hlavního cíle práce

Hlavní výzkumnou otázkou práce je zjištění problémů a potřeb seniorů propuštěných z nemocnice s podporou agentury domácí péče. Identifikovala jsem nejčastější problémy, s nimiž se pacienti potýkají. Nejvíce pacientů udávalo bolest jako jeden z problémů, který je trápí po propuštění z nemocnice. Tento poznatek je využitelný v praxi. Léčba bolesti je velmi dobře ovlivnitelná vhodně nastavenou medikací. Bolest by mohla být efektivně řešena již v nemocnici po dobu hospitalizace a adekvátní léčba bolesti by měla pokračovat v domácím prostředí. Nastavení vhodné medikamentózní léčby je kompetencí lékaře. Možností je využití spolupráce lékaře s klinickým farmaceutem, který dokáže odhadnout lékové interakce, posoudí komorbidity a může doporučit vhodný lék. Pokud je léčba bolesti i přes navrženou medikaci neúspěšná, je možné kontaktovat specialistu v ambulanci bolesti. Všeobecné a praktické sestry mohou pacientovi poskytnout informace o alternativách k lékům. Těmi jsou dechová cvičení, meditace, imaginativní techniky, kognitivně – behaviorální postupy. Úkolem všeobecné a praktické sestry je zhodnocení bolesti. Cílem není pouze bolest identifikovat, ale ve spolupráci s lékařem zajistit léčbu a sledovat účinek léků.

Dalšími problémy seniorů jsou únava a celková slabost. Tyto potíže se řeší poměrně složitě. Je možné se zaměřit na řešení obtíží se spánkem a tím snížit celkové vyčerpání, které může potíže se spánkem provázet. Potíže se spánkem by měly být odhaleny během hospitalizace a je možné je řešit hypnotiky. U seniorů by měly být voleny šetrnější preparáty než u mladších osob. U většiny hypnotik klesá při pravidelném užívání účinek, u některých typů hypnotik se objevují nepříjemné vedlejší účinky. Může docházet k projevům zmatenosti, někdy mohou vyústit až v delirantní stav nebo mohou zvýšit riziko pádů. S výběrem léků na spaní může také pomoci klinický farmaceut. Všeobecné a praktické sestry mohou opět doporučit metody, které velmi dobře pomohou zlepšit spánkovou hygienu. Doporučit seniorovi nespát během dne, dodržovat pravidelný režim, nastavit před spaním různé rituály, případně využít účinků bylinek. U bylinných čajů nebo doplňků stravy je nutná konzultace s lékařem nebo lékárníkem, aby nedošlo k ovlivnění účinku jiných užívaných léků. Všeobecné a praktické sestry z agentury domácí péče pak mohou pokračovat v léčbě těchto potíží ve spolupráci s praktickým lékařem i v domácím prostředí.

Dalším často zmiňovaným problémem seniorů je únik moči. Lze doporučit cviky na posilování pánevního dna, případně použití vhodných inkontinenčních pomůcek. Specialista určí po vyšetření seniora další postup. Důležitým aspektem je informovat seniora, že se problémy s inkontinencí dají řešit. Jejich řešení většinou přinese pacientovi výrazné zlepšení kvality života. Téměř čtvrtina dotázaných seniorů trpí zácpou. Všeobecné a praktické sestry mohou vhodnými doporučeními seniorům i jejich blízkým pomoci řešit potíže s vyprazdňováním stolice. Je vhodné změnit

stravovací návyky, zajistit dostatek vlákniny, zvýšit příjem tekutin i fyzickou aktivitu. Tyto zdravotní obtíže by bylo vhodné řešit už během hospitalizace.

Je potěšující, že všeobecné a praktické sestry uvádějí podobné procentuelní zastoupení druhu zdravotních obtíží, jako popisují pacienti. Z toho usuzuji, že není až takový problém tyto potíže zachytit, složitější se zdá být jejich řešení.

V otázce č. 4 v dotazníku pro pacienty a č. 8 v dotazníku pro všeobecné a praktické sestry je hodnoceno nedostatečné zajištění psychosociálních potřeb seniorů. Všeobecné a praktické sestry z agentury domácí péče hodnotí potřeby jako nedostatečně zajištěné výrazně častěji, než sami pacienti. Například přístup k informacím hodnotí nedostatečně téměř 39 % všeobecných či praktických sester, ale pouze 12,2 % seniorů. 22,7 % všeobecných a praktických sester považuje finanční zajištění seniorů za nedostatečné, ale svou finanční situaci vnímá negativně pouze 9,5 % seniorů. Pacienti nejvíce postrádají možnost opustit domácnost (uvedlo 73 % seniorů, 64,0 % všeobecných a praktických sester). Komunikaci s vrstevníky postrádá 36,5 % seniorů. Naplnění dne aktivitami vnímá nedostatečně 32,4 % seniorů a 45,3 % všeobecných a praktických sester. Potřebu přítomnosti někoho blízkého zmiňuje jen 32,4 % seniorů, ale 49,3 % všeobecných a praktických sester. Je zajímavé, že všeobecné a praktické sestry vnímají psychosociální potřeby seniorů více problematicky, než samotní senioři. Může to být dáno i odlišnými prioritami seniorů a mladší generace. Domnívám se, že výsledek výzkumu je ovlivněn i současnou epidemií COVID-19, kdy je žádoucí omezení kontaktů s jinými lidmi a omezení pohybu osob. Největší rozdíl v odpovědích seniorů a všeobecných a praktických sester je v otázce sdílení obav a pocitů strachu. Tuto potřebu označilo 40 % všeobecných a praktických sester, ale pouze 14,9 % seniorů. Činnosti, týkající se výše zmiňovaných potřeb, zajišťují buď blízcí pacienta, případně pečovatelské služby hrazené klientem. Pečovatelské služby zahrnují rozličné činnosti, na kterých se s klientem dohodnou. Většinou je účtována klientovi hodinová sazba. V případě zajištění obědů je pak obvykle fixní cena za oběd i dovoz. Cenová dostupnost těchto služeb bývá zajištěna dotováním ze strany měst a obcí. Výjimečně jsou nabízeny tyto služby zdarma a to ve spolupráci s dobrovolníky. Domnívám se, že v tomto směru může personál nemocnice i agentury domácí péče poskytnout rodině informace o těchto potřebách, ale samotné zajištění služby je již na rodině či jiných blízkých pacienta. Denní aktivity i možnost komunikace s vrstevníky nabízí domovy seniorů. Je možné využít i denní stacionáře, kde se senior se svými vrstevníky setká, aniž by musel trvale opustit svou vlastní domácnost.

V otázce dotazníku pro pacienty č. 18, která se týká zajištění nákupů, vyplývá, že zajištěné nákupy mají všichni dotázaní senioři. Zaujalo mě, že v možnosti „jiné“ celkem 6,76 % respondentů uvedlo, že využívá k zajištění nákupů internetové objednávky a dovozkovou službu. Využití moderních technologií považují za jednu z efektivních možností pomoci seniorům. To, že jsou senioři

schopni si sami objednat a zajistit dodávku nákupů domů, zvyšuje seniorům kvalitu života i pocit soběstačnosti.

V otázce č. 11 jsou pacienti dotazováni, zda byli po zdravotní stránce připraveni na propuštění z nemocnice. 55,41 % respondentů uvedlo, že byli připraveni na propuštění domů. Pouze 6,76 % seniorů se domnívá, že kdyby trvala hospitalizace déle, byli by na propuštění lépe připraveni.

Z výzkumu vyplývá, že někteří senioři požadují po zaměstnancích agentury některé činnosti, které agentura zajišťující zdravotní péči neposkytuje. Konkrétně jde o hygienickou péči, přebalování, pomoc s příjmem potravy, úklid, nákup, vynesení odpadků, doprovod seniora k lékaři nebo na vycházku a vyzvednutí léků. Všechny výše zmíněné požadavky seniorů lze zajistit prostřednictvím pečovatelských služeb. Dále požadují kadeřnici nebo pedikúru. Ani tyto činnosti nespádají do náplně práce všeobecných a praktických sester agentury domácí péče. Hygienická péče, přebalování, polohování a manipulace s pacientem jsou činnosti, které všeobecné a praktické sestry označily jako nejobtížnější pro rodinné příslušníky a blízké osoby seniorů. Důvodů tohoto problému bude určitě mnoho. Pacient i pečující mohou mít pocity studu, často se však jedná i o nedostatečnou fyzickou sílu nebo praktické dovednosti. Na zdravotních školách a v sanitářských kurzech je hygienické péči věnováno mnoho teoretických i praktických hodin výuky. Rodinní příslušníci nebo osoby pečující tyto průpravy obvykle nemají.

Všeobecné a praktické sestry agentury domácí péče uvádějí, že mají příbuzní a blízcí pacienta problémy s komunikací. Komunikace se na zdravotních školách vyučuje velmi podrobně, proto zdravotnickému personálu nečiní potíže. Blízcí a rodinní příslušníci jsou citově zainteresováni a o to je komunikace složitější. Mají obavy projevit emoce, hovořit otevřeně o nemoci nebo vývoji onemocnění. Přitom někteří senioři jsou otevřeni otázkám vývoje nemoci i smrti.

7.1.1 Zhodnocení dílčího cíle č. 1

Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit, co by všeobecným a praktickým sestrám z agentury home care usnadnilo převzetí pacientů do péče.

Z výsledků výzkumu je patrné, že lepší informovanost pacientů by zlepšila plynulost přechodu z nemocnice do domácího prostředí. Pacientům chybí informace o tom, že bude docházet všeobecná nebo praktická sestra z agentury domácí péče a jaké činnosti bude provádět. Dále chybí pacientům informace o užívání předepsané medikace.

Všeobecným a praktickým sestrám by pomohlo, kdyby byl pacient už při propuštění z nemocnice vybaven léky a ne pouze recepty na léky. Tím ale narážíme na otázku, kdo by měl léky na recept z lékárny vyzvedávat. Při propuštění obdrží pacienti recepty na léky, pokud však senior nemá možnost zajistit si vyzvednutí léků na recept, vydá nemocnice léky na období tří dnů.

Tím se problém pouze přesune na všeobecné a praktické sestry domácí péče. Dochází i k situacím, že vyzvednutí léků na recept zajistí řidič sanitního vozu. Podobná řešení jsou nesystémová. Komplikovaná situace nastává, pokud je potřeba zajistit poukaz na pomůcku, například chodítka. Lékařem s příslušnou odborností je poukaz na chodítka vypsán, ale protože podléhá schválení revizním lékařem, trvá někdy i měsíc, než chodítka pacient obdrží. Po tuto dobu si pacient musí pomůcku vypůjčit, v horším případě ji nemá k dispozici vůbec. Agentury domácí péče se přizpůsobují těmto překážkám a některé z agentur mají k dispozici půjčovnu a poskytují pomůcky zdarma, nebo za symbolické částky.

Všeobecné a praktické sestry uvádějí, že nejrizikovější den propuštění pacienta je pátek, protože je pacient po dobu víkendu bez zajištění zdravotnického dohledu.

7.1.2 Zhodnocení dílčího cíle č. 2

Dílčím cílem č. 2 bylo zmapovat, co by bylo možné v péči o seniory v nemocnici udělat lépe nebo jiným způsobem, aby byl přechod do domácího prostředí plynulejší.

Za stěžejní považuji důkladnou léčbu bolesti i jiných zdravotních obtíží. Jak vyplynulo z výzkumu, velká část pacientů trpí bolestí, poruchou spánku a problémy s vyprazdňováním moči a stolice. Během hospitalizace je možné zajistit vyšetření specialistou v daném oboru.

Spatřuji možnost zlepšení spolupráce nemocnice s agenturami domácí péče v lepší informovanosti pacientů i rodinných příslušníků. Seniory je vhodné lépe informovat o tom, že bude zaměstnanec agentury domácí péče docházet a detailně popsat rozsah služeb poskytovaných agenturou. A v případě potřeby nabídnout seniorům možnost využití pečovatelských služeb. Právě nedostatek informací může být příčinou toho, že senior požaduje služby sociálního charakteru od zaměstnanců agentury domácí péče. I odborná veřejnost nereflektuje vždy rozdíly mezi pečovatelskou službou a zdravotní službou (agentura domácí péče). Přehledně zpracovaný strukturovaný leták by pomohl objasnit rozsah obou služeb. V některých nemocnicích velmi dobře funguje spolupráce se zdravotně sociálními pracovníky. V případě, že je identifikován problém sociálního charakteru, navrhuje různá řešení. Během hospitalizace pacienta je v kontaktu se samotným pacientem, s jeho rodinnými příslušníky a blízkými osobami, ale i s ostatními členy zdravotnického týmu. Spolupracuje zejména s ošetřujícím lékařem a staniční sestrou, s nimiž si vzájemně předává informace. Často je ve spojení i s ostatními členy zdravotnického týmu, například se sanitáři, kteří mají nejlepší informace o soběstačnosti pacienta.

Informace o užívání léků obdrží pacient v písemné podobě v lékařské propouštěcí zprávě. Tyto informace nejsou pro pacienty přehledné a čitelné. Bylo by žádoucí, aby kromě zprávy obdržel pacient i přehlednou tabulku veškeré doporučené medikace. Text v tomto dokumentu musí být

dostatečně velký. Některé nemocniční informační systémy tuto možnost nabízejí. Tabulka pacientům seniorského věku zjednoduší a zpřehlední užívání medikace.

Osobně se domnívám, že by měli být senioři lépe psychicky připraveni na propuštění. Je vhodné seniora informovat o plánu propuštění alespoň den předem, aby se na situaci mohl připravit a lépe se s ní vyrovnat. Někdy se rozhoduje o propuštění až v den dimise a narychlo se zařizuje transport pacienta, případně se až v den propuštění extrahují invazivní vstupy. Odběry krve a kontrolní vyšetření je vhodné provádět s předstihem, aby v případě nepříznivých výsledků nedocházelo ke zrušení propuštění pacienta až v den, kdy má jít z nemocnice domů. Tyto změny mají dopad na seniora i jeho rodinu, vesměs všechny nenadálé situace většinu seniorů stresují.

Pro pečující osoby o nesoběstačné pacienty by bylo vhodné zajistit v nemocnici krátkou ukázkou hygienické péče nebo instruktáž výměny plenkových kalhot a manipulace s pacientem. Takové krátké zaškolení pečujících osob by nemělo mít vliv na provoz oddělení.

7.1.3 Zhodnocení dílčího cíle č. 3

Dílčím cílem č. 3 bylo zjistit, zda jsou informace v ošetrovatelské překladové zprávě dostačující pro práci všeobecných a praktických sester agentur domácí péče. Pouze 66,67 % dotázaných všeobecných a praktických sester považuje obdrženou ošetrovatelskou překladovou zprávu za kompletní. Tento výsledek považuji za alarmující. Pro zachování kontinuity péče je zcela zásadní předávání informací o pacientovi.

7.1.4 Zhodnocení dílčího cíle č. 4

Dílčím cíle č. 4 bylo reflektovat konkrétní informace chybějící v ošetrovatelské překladové zprávě. Všeobecné a praktické sestry v dokumentu postrádají důležité informace týkající se defektů na kůži a jejich ošetřování, informace o infekcích, o výšce a hmotnosti pacienta nebo datu poslední stolice. Další chybějící informací je datum zavedení invazivního vstupu. V Ústřední vojenské nemocnici v Praze je ošetrovatelská překladová zpráva generována z nemocničního informačního systému automaticky. Všechny zmiňované náležitosti obsahuje. Pokud záznamy o pacientovi obsahují zmínku o defektu na kůži nebo invazivním vstupu, jsou přeneseny také do ošetrovatelské překladové zprávy. Záznam o defektech na kůži obsahuje informaci o druhu defektu, o rozměrech i způsobu ošetření, sekreci, dále obsahuje informaci o datu posledního převazu a následném termínu převazu. V záznamu o invazivních vstupech je informace o druhu invazivního vstupu, datum zavedení, u žilních vstupů i druh krytí, datum další výměny krytí, informace o průchodnosti i zhodnocení okolí místa vstupu. Spatřuji velkou výhodu v systémově nastaveném exportu všech zmiňovaných informací v podobě výstupní zprávy. Osobně se setkávám s případy absence překladové zprávy při příjmu pacienta z jiného zdravotnického zařízení. Ručně vypsané překladové zprávy bývají obsahově nedbalé a neúplné.

7.1.5 Zhodnocení dílčího cíle č. 5

Pátým dílčím cílem bylo zjistit, zda převládají u pacientů problémy psychosociální nebo zdravotní. Při výběru tématu a určování cílů práce jsem se domnívala, že budou převládat u seniorů psychosociální potíže. Překvapilo mě, že mnoho seniorů trápí i závažné zdravotní problémy, které jsou většinou řešitelné. Zdravotní problémy v celkovém součtu převládají nad psychosociálními problémy. Všechny zdravotní obtíže mají zároveň psychický a sociální dopad. Je potřeba nahlížet na pacienty holisticky a nezaměřovat se pouze na dílčí problémy. Problematika je komplexnější než jsem předpokládala, a proto se neodvážuji data statisticky vyjádřit a zevšeobecnit.

ZÁVĚR

Práce je definována jako výzkumná a je rozdělena na teoretickou část a praktickou část.

Teoretická část práce popisuje charakteristiku stárnutí a zabývá se v jednotlivých kapitolách změnami ve stáří a potřebami seniorů. Tato část práce nabízí přehled zdravotních a sociálních služeb, které mohou senioři využívat.

V praktické části jsou identifikovány a popsány nejčastější potřeby a problémy seniorů propuštěných z nemocnice do domácí péče. Identifikace proběhla formou dotazníkového šetření. Bylo zajímavé vzájemně porovnat výsledky těchto dotazníků určených všeobecným a praktickým sestram s výsledky dotazníků pro seniory. Není překvapením, že velkou část seniorů trápí zdravotní potíže, překvapivě nejčastěji zmiňovaným zdravotním problémem je bolest, únava, celková slabost, potíže se spánkem. Během hospitalizace v nemocnici jsou některé ze zmiňovaných obtíží intenzivně sledovány a řešeny. Většina seniorů má po dobu hospitalizace léky na spaní, několikrát denně je hodnocena bolest. Bolest je tlumena silnými léky podávanými nejčastěji nitrožilně. Při propuštění se předpokládá, že je pacient vyléčen a obtíže zmizely. Z výsledků výzkumu vyplývá, že některé chronické obtíže přetrvávají a je důležité v jejich léčbě pokračovat i v domácím prostředí. V celkovém součtu převažují zdravotní potíže nad psychosociálními potřebami. Všeobecné a praktické sestry uvádějí zdravotní potíže ve velmi podobném poměru jako sami pacienti. Je tedy zřejmé, že znají zdravotní potíže ošetřovaných pacientů velmi dobře a umějí je identifikovat. Je zajímavé, že přestože jsou zdravotní problémy odhaleny, nejsou efektivně léčeny. Pro pacienty je důležitá potřeba opustit domácnost, komunikovat s vrstevníky, naplnit den aktivitami a také je důležitá přítomnost někoho blízkého. V oblasti psychosociálních potřeb se odpovědi seniorů a všeobecných a praktických sester lišily více než v oblasti zdravotních potíží.

Česká republika má velmi dobře propracovaný systém zdravotní péče, který prezentují jednotlivá zdravotnická zařízení. Při předávání pacienta mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními ale dochází k přerušení kontinuity péče a nedostatečnému předávání informací. Součástí této bakalářské práce je i návrh některých drobných vylepšení, jejichž implementace by eliminovala některé popsané nežádoucí situace a usnadnila seniorům například přechod z nemocniční do domácí péče.

Domnívám se, že cíl bakalářské práce byl naplněn a výstupy budou využitelné v praxi. Na základě výsledků výzkumu je možné zlepšit vzájemnou spolupráci zdravotnického týmu nemocnice a zástupců agentur domácí péče. Již během výzkumu projevíli někteří zástupci agentur domácí péče zájem o výsledky výzkumu s cílem využití nasbíraných dat v péči o pacienty. Jsem ráda, že tato práce může napomoci zkvalitnit péči o pacienty a zacílit ji na obtíže, které seniory trápí.

SEZNAM LITERATURY

1. **DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar.** *Kvalita života seniorů.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 978-80-247-4138-3.
2. **PŘIBYL, Hugo.** *Lidské potřeby ve stáří.* Praha : Maxdorf s. r. o., 2015. 978-80-7345-437-1.
3. **ČELEDVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk a ČEVELA, Rostislav.** *Úvod do gerontologie.* Praha : Karolinum, 2016. 978-80-246-3405-0.
4. **ČEVELA, Rostislav, ČELEDVÁ, Libuše a DOLANSKÝ, Hynek.** *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 978-80-247-6467-2.
5. **ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a ČELEDVÁ, Libuše.** *Sociální gerontologie.* Praha : Grada Publishing, a. s., 2012. 978-80-247-3901-4.
6. **MALÍKOVÁ, Eva.** *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-3148-3.
7. **HOLMEROVÁ, Iva.** *Dlouhodobá péče.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2014. 978-80-247-5439-0.
8. **KALVACH, Zdeněk, a další.** *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 978-80-247-2490-4.
9. **ČELEDVÁ, Libuše, a další.** *Sociální gerontologie Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2014. 978-80-247-9290-3.
10. **KALVACH, Zdeněk, a další.** *Křehký pacient a primární péče.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-7628-6.
11. **ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, HŮSCHL, Cyril a VIDOVIČOVÁ, Lucie.** *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd.* Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2014. 978-80-246-2628-4.
12. **HOLMEROVÁ, Iva, a další.** *Průvodce vyšším věkem, manuál pro seniory a pečující.* Praha : Mladá fronta a.s., 2014. 978-80-204-3119-6.
13. **KALVACH, Zdeněk, a další.** *Geriatric a gerontologie.* Praha : Grada Publishing, a. s., 2004. 80-247-0548-6.
14. **HUDÁKOVÁ, Anna a MAJERNÍKOVÁ, Ludmila.** *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. 978-80-247-4772-9.

15. **POKORNÁ, Andrea, a další.** *Ošetrovatelství v geriatrii.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. 978-80-247-4316-5.
16. **KUCKIR, Martina, VAŇKOVÁ, Hana a HOLMEROVÁ, Iva.** *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2015. 978-80-271-9585-5.
17. **POKORNÁ, Andrea.** *Komunikace se seniory.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 978-80-247-3271-8.
18. **HAŠKOVCOVÁ, Helena.** *Sociální gerontologie.* Praha : Galén, 2012. 978-80-7262-900-8.
19. **ČELEDOVÁ, Libuše a HOLČÍK, Jan.** *Social Medicine.* Praha : Karolinum Press, 2019. 978-80-246-4307-6.
20. **HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar.** *Sociální péče o seniory.* Praha : Grada Publishing, a. s., 2013. 978-80-247-4139-0.
21. **MLÝNKOVÁ, Jana.** *Péče o staré občany.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-3872-7.
22. **POCHMANOVÁ, Karolina.** *Průvodce domácí péčí.* Praha : Cesta domů, 2015. 978-80-905809-2-3.
23. **ONDŘIOVÁ, Ivana., a další.** *Chorý s demenciou Alzheimerovho typu v kontexte rodinnej starostlivosti.* [Prakticky Lekar] 2016. 00326739.
24. **KLEVETOVÁ, Dana.** *Motivační prvky při práci se seniory.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2017. 978-80-271-0102-3.
25. **KUTNOHORSKÁ, Jana.** *Výzkum v ošetrovatelství.* Praha : Grada publishing, a.s., 2009. 978-80-247-6654-6.
26. **PRŮCHA, Jan.** *Andragogický výzkum.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2014. 978-80-247-9341-2.
27. **CHRÁSKA, Miroslav.** *Metody pedagogického výzkumu.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2016. 978-80-271-9225-0.
28. **REICHEL, Jiří.** *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 978-80-247-6935-6.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1: Dotazník pro všeobecné a praktické sestry
- Příloha 2: Dotazník pro pacienty / pacientky
- Příloha 3: Informovaný souhlas s výzkumem: Agentura Geria
- Příloha 4: Informovaný souhlas s výzkumem: Agentura Jarošová
- Příloha 5: Informovaný souhlas s výzkumem: Agentura Bonum Finem

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník pro všeobecné sestry, praktické sestry:

Dovolte, abych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma „Analýza potřeb a problémů u seniora propuštěného z nemocnice se zajištěnou domácí péčí“. Vyplnění dotazníku je anonymní.

Svoji odpověď prosím zakroužkujte, případně dopište. Za vyplnění dotazníku děkuji

Tereza Frühaufová, DiS

studentka Fakulty zdravotnických studií v Plzni, obor všeobecná sestra

1. Jak dlouho pracujete v oblasti domácí péče?

- Méně než půl roku
- 6-12 měsíců
- 1-3 roky
- 3-5 let
- Více než 5 let

2. Jak dlouho máte obvykle pacienty v péči?

- Méně než týden
- 7-14 dní
- Déle než 14 dní
- Déle než měsíc

3. Jak často obvykle pacienta /pacientku navštěvujete?

- 1x týdně a méně často
- 2 – 4 x týdně
- 5x týdně
- 6 - 7x týdně
- 2x denně nebo častěji

4. Nejčastější lékařské diagnózy, které mívá pacient využívající služby agentury domácí péče

-
-
-

5. Má obvykle pacient/pacientka představu o rozsahu péče, kterou agentura poskytuje?

- Většina má představu
- Většina nemá představu
- Nedokážu určit

6. Které výkony u pacientů provádíte? Zaškrtněte 5 nejčastějších

- Měření fyziologických funkcí
- Převazy ran
- Podávání perorálních léků
- Kontrola glykemie
- Aplikace inzulínu
- Aplikace jiných injekcí
- Rehabilitační ošetřování

- Odběry biologického materiálu
- Edukace
- Péče o stomie
- Péče o permanentní močový katétr
- Nácvik jednoduchých ošetrovatelských činností pro pečující
- Jiná možnost, prosím, uveďte.....

7. Zaškrtněte, prosím, všechny problémy, které nejčastěji pacienty/pacientky po propuštění z nemocnice trápí:

- Bolest
- Únava
- Únik moči
- Únik stolice
- Potíže se spánkem
- Dušnost
- Zácpa
- Zvracení
- Kašel
- Celková slabost
- Jiná možnost, prosím, uveďte.....

8. Zaškrtněte, prosím, všechny psychosociální potřeby, které pacienti v domácí péči nemají dostatečně naplněné:

- Přítomnost někoho blízkého
- Naplnění dne aktivitami
- Komunikace s vrstevníky
- Přístup k informacím
- Finanční zajištění
- Možnost opustit domácnost
- Respekt
- Být vyslechnut/a
- Možnost se samostatně rozhodovat
- Dostatek soukromí
- Sdílet své obavy a pocity strachu

9. Vyžaduje někdy pacient/pacientka služby, které agentura neposkytuje?

- Ano často, jaké?
.....
- Zřídka
- Ne

10. Máte k dispozici lékařskou propouštěcí zprávu z nemocnice?

- Vždy
- Až na výjimky ano
- Převážně ano
- Převážně ne
- Obvykle ne
- Ano, ale odmítá ji poskytnout
- Ne

11. Chybí vám často nějaké informace v ošetrovatelské překladové zprávě?

- Ano (jaké?).....
- Ne

- Ne, ošetřovatelská překládová zpráva bývá kompletní, ale důležité informace chybí při objednávce péče. Prosím, uveďte konkrétně.....
- Obvykle nemám k dispozici ošetřovatelskou překládovou zprávu

12. Má u sebe obvykle pacient všechny léky, které má užívat podle propouštěcí zprávy?

- Ano, obvykle má všechny léky, které má užívat
- Ne, pacient/pacientka má nejčastěji předepsané recepty, ale nevyzvedl/a si léky
- Ne, pacient/pacientka často nemá recept ani léky

13. Je pacient/pacientka obvykle dostatečně informován o užívání léků?

- Ano
- Ne
- Nelze posoudit

14. Jak často pacienta rodina nebo jeho blízcí navštěvují?

- U většiny pacientů, denně někdo dochází nebo bydlí ve společné domácnosti
- Většinou se rodina/blízcí podílejí na péči přibližně 2-4x týdně
- Většinou se rodina/blízcí podílejí na péči 1x týdně
- Rodina/ blízcí docházejí nepravidelně a to méně než 1x týdně
- Většinou jsou rodina/blízcí pouze v telefonickém kontaktu a pacienta navštěvují spíše výjimečně
- Ve většině případů rodina / blízcí nejsou v kontaktu s pacientem
- Nelze určit
- Jiná možnost, prosím, uveďte:.....

15. Setkáváte se v případě potřeby s tím, že praktický lékař:

- Zajišťuje návštěvu pacienta/pacientky v domácím prostředí
- Zajišťuje recepty na léky
- Zajišťuje poukazy na pomůcky
- Je ochoten prodloužit péči o pacienta, pokud je indikována
- Je ochoten konzultovat zdravotní stav s všeobecnou/praktickou sestrou domácí péče
- Praktický lékař obvykle s agenturou domácí péče vůbec nespolupracuje
- Jiná možnost, prosím, uveďte:.....

16. Které činnosti jsou, podle Vašeho názoru, pro příbuzné v péči o pacienta nejobtížnější?

.....
 ...

17. Co by podle Vašeho názoru mohli v nemocnici udělat lépe nebo jiným způsobem, aby byl přechod pro pacienty do domácí péče snadnější?

.....

Příloha 2: Dotazník pro pacienty/pacientky

Vážená paní, vážený pane,

dovolte, abych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma „Analýza potřeb a problémů u seniora propuštěného z nemocnice se zajištěnou domácí péčí“. Vyplnění dotazníku je anonymní.

Svoji odpověď, prosím, označte křížkem, případně dopište. Za vyplnění dotazníku děkuji

Tereza Frühaufová, DiS

studentka Fakulty zdravotnických studií v Plzni, obor všeobecná sestra

1. **Kolik je Vám let?**
2. **Pohlaví:**
 - Muž
 - Žena
3. **Zaškrtněte, prosím, všechny problémy, které Vás po propuštění z nemocnice trápí:**
 - Bolest
 - Únava
 - Únik moči
 - Únik stolice
 - Potíže se spánkem
 - Dušnost
 - Zácpa
 - Zvracení
 - Kašel
 - Celková slabost
 - Jiná možnost, prosím, vyplňte.....
4. **Zaškrtněte všechny psychosociální potřeby, kterých se Vám nedostává v dostatečné míře:**
 - Přítomnost někoho blízkého
 - Naplnění dne aktivitami
 - Komunikace s vrstevníky
 - Přístup k informacím
 - Finanční zajištění
 - Možnost opustit domácnost
 - Respekt
 - Být vyslechnut/a
 - Možnost se samostatně rozhodovat
 - Dostatek soukromí
 - Sdílet své obavy a pocity strachu
5. **Ocenil/a byste některou z následujících aktivit?**
 - Kontakt s duchovím
 - Účast na bohoslužbě
6. **Počet osob žijících ve společné domácnosti**
7. **Máte někoho blízkého, kdo Vás navštěvuje?**
 - Ano

- Ne
- 8. V případě, že ano, jak často?**
- Denně
 - 2x týdně a častěji
 - Jednou za týden
 - 2- 4x za měsíc
 - Mám blízkého, který mě navštíví nepravidelně, obvykle alespoň jednou za měsíc
 - Méně než jednou za měsíc
 - Nikdo mě nenavštěvuje
- 9. Byl jste informován, že bude docházet agentura domácí péče?**
- Ano, byl jsem informován ještě před propuštěním z nemocnice
 - Ano, byl jsem informován telefonicky sestrou z agentury domácí péče
 - Nepamatuji si, informací bylo mnoho
 - Ne, nebyl jsem informován
 - Jiné, prosím, uveďte
- 10. Bylo vám vysvětleno, v jakém rozsahu a v jakých intervalech bude péče zajišťovaná agenturou probíhat?**
- Ano
 - Ne
 - Nevím
- 11. Domníváte se, že jste byl/byla po zdravotní stránce připraven na propuštění do domácího ošetřování?**
- Ano
 - Ne, domnívám se, že kdybych byl/byla v nemocnici déle, byl bych více připraven
 - Ne, domnívám se, že i kdybych byl/byla v nemocnici déle, nebudu připraven
 - Nevím
 - Jiná možnost, prosím, vyplňte.....
- 12. Víte, v jakých intervalech máte léky užívat?**
- Ano
 - Ne
 - Nedokážu určit
- 13. Využíváte služeb pečovatelské služby? (Služby, které si hradí klient/ka)**
- Ano
 - Ne
 - Nevím
- 14. Pokud ano, označte, prosím.**
- Pomoc s hygienickou péčí
 - Donáška obědů
 - Tísňové tlačítko
 - Nákupy
 - Úklid
 - Praní prádla
 - Doprovod k lékaři
 - Jiná možnost, prosím, vyplňte:
- 15. Zvládáte chůzi po bytě?**
- Samostatně bez problémů
 - Přidržuji se nábytku
 - Pomoc kompenzační pomůcky /chodítka,hůl/
 - S pomocí další osoby
 - Pohybují se na vozíku

- Nevládám pohyb po bytě
- Jinak, prosím, vyplňte.....

16. Zvládáte samostatně osobní hygienu?

- Zvládnu sám/sama
- Pod dohledem jiné osoby
- S pomocí jiné osoby
- Nevládnou

17. Zvládáte úklid domu/bytu?

- Veškerý úklid zvládám samostatně
- Jednoduchý úklid zvládám sám/sama, větší úklid nevládám
- Úklid nevládám
- Jiná možnost, prosím, vyplňte.....

18. Kdo Vám zajišťuje nákupy?

- Nakupuji si sám/sama
- Pomáhá mi rodina
- Sousedé, přátelé
- Pečovatelská služba
- Nikdo
- Jiná možnost, prosím, uveďte.....

19. Jaké další služby byste rád uvítal/uvítala?

-
-
-

Příloha 3: Informovaný souhlas s výzkumem: Agentura Geria

INFORMOVANÝ SOUHLAS

ANALÝZA POTŘEB A PROBLÉMŮ U SENIORA PROPUŠTĚNÉHO Z NEMOCNICE SE ZAJIŠTĚNOU DOMÁCÍ PÉČÍ

STUDENT:

Jméno: Tereza Frühaufová, DiS
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: t.fruhaufova@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Jméno: Mgr. Václava Otcová MBA
Ústav ošetrovatelství 3. LF UK
e-mail: Vaclava.otcova@uvn.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit problémy a potřeby, se kterými se potýkají pacienti propuštění do domácí zdravotní péče.

S Vaším svolením bude proveden kvantitativní výzkum pomocí dotazníku. Jeden typ dotazníku je určen pacientům nad 65 let, propuštěným z nemocnice. Druhý typ dotazníku bude určen všeobecným a praktickým sestřám, které pečují o pacienty v domácím prostředí. Dotazníky jsou anonymní. Budou sloužit pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Název agentury domácí péče: GERIA, spol. s r.o., Antala Staška 510/38, 140 00 Praha 4

Souhlasím s oslovením klientů a zaměstnanců agentury domácí péče za účelem dotazníkového šetření. Vyplnění dotazníku je pro všechny zúčastněné dobrovolné.

Podpis a razítko zástupce agentury domácí zdravotní péče:..... Datum: 7. 1. 2021

GERIA, spol. s r.o.
Antala Staška 510/38, 140 00 Praha 4
IČ: 62587781 / DIČ: CZ62587781
tel: 237 327 249

Podpis studenta:..... Datum: 7. 1. 2021

Příloha 4: Informovaný souhlas s výzkumem: Agentura Jarošová

INFORMOVANÝ SOUHLAS

ANALÝZA POTŘEB A PROBLÉMŮ U SENIORA PROPUŠTĚNÉHO Z NEMOCNICE SE ZAJIŠTĚNOU DOMÁCÍ PÉČÍ

STUDENT:

Jméno: Tereza Frühaufová, DiS
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: t.fruhafova@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Jméno: Mgr. Václava Otcová MBA
Ústav ošetrovatelství 3. LF UK
e-mail: Vaclava.otcova@uvn.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit problémy a potřeby, se kterými se potýkají pacienti propuštění do domácí zdravotní péče.

S Vaším svolením bude proveden kvantitativní výzkum pomocí dotazníku. Jeden typ dotazníku je určen pacientům nad 65 let, propuštěným z nemocnice. Druhý typ dotazníku bude určen všeobecným a praktickým sestřám, které pečují o pacienty v domácím prostředí. Dotazníky jsou anonymní. Budou sloužit pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Název agentury domácí péče: Marie JAROŠOVÁ Domácí zdravotní péče, Xaveriova 1686/50, Praha 5, 150 00

Souhlasím s oslovením klientů a zaměstnanců agentury domácí péče za účelem dotazníkového šetření. Vyplnění dotazníku je pro všechny zúčastněné dobrovolné.

Podpis a razítko zástupce agentury domácí zdravotní péče:.....

Datum: 4. 1. 2021

Podpis studenta:.....

Datum: 4. 1. 2021



Příloha 5: Informovaný souhlas s výzkumem: Agentura Bonum Finem

INFORMOVANÝ SOUHLAS

ANALÝZA POTŘEB A PROBLÉMŮ U SENIORA PROPUŠTĚNÉHO Z NEMOCNICE SE ZAJIŠTĚNOU DOMÁCÍ PÉČÍ

STUDENT:

Jméno: Tereza Frühaufová, DiS
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: t.fruhaufova@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Jméno: Mgr. Václava Otcová MBA
Ústav ošetrovatelství 3. LF UK
e-mail: Vaclava.otcova@uvn.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit problémy a potřeby, se kterými se potýkají pacienti propuštění do domácí zdravotní péče.

S Vaším svolením bude proveden kvantitativní výzkum pomocí dotazníku. Jeden typ dotazníku je určen pacientům nad 65 let, propuštěným z nemocnice. Druhý typ dotazníku bude určen všeobecným a praktickým sestřám, které pečují o pacienty v domácím prostředí. Dotazníky jsou anonymní. Budou sloužit pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Název agentury domácí péče: BonumFinem s.r.o. , Zikova 706/9, 160 00 Praha 6

Souhlasím s oslovením klientů a zaměstnanců agentury domácí péče za účelem dotazníkového šetření. Vyplnění dotazníku je pro všechny zúčastněné dobrovolné.

BonumFinem s.r.o.

Zikova 706/9, 160 00 Praha 6

IČO: 030 95 151

Tel.: 774 810 751, 608 905 091

Podpis a razítko zástupce agentury domácí zdravotní
péče:.....Mgr. Aizbeta Jarošová
vrchní sestra

Datum: 4. 1. 2021

Podpis studenta:.....Datum: 4. 1. 2021