

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ,

o.p.s., PRAHA 5

KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U SENIORŮ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TOMÁŠ LORENC

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U SENIORŮ

Bakalářská práce

TOMÁŠ LORENC

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Lorenc Tomáš
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 3. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kvalita ošetrovatelské péče u seniora

The Quality of Nursing Care for the Elderly

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

LORENC, Tomáš. *Kvalita ošetrovatelské péče u seniorů*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha 2013. S 83.

Hlavním tématem bakalářské práce je kvalita ošetrovatelské péče u seniorů. Teoretická část se proto zaměřuje na období stáří, stárnutí a osobu seniora. Jsou popsány změny, které toto období charakterizují, a také specifika nemocnosti ve stáří. Dále jsme se zaměřili na ošetrovatelství jako takové a stručně na jeho historii. Nosnou částí práce je kvalita poskytované ošetrovatelské péče a její standardy. Péče o seniory je zastoupena zejména službami zdravotnickými, proto jsme část práce věnovali systému těchto služeb, jejich úkolům a zásadám, podle kterých by měli při poskytování ošetrovatelské péče postupovat. Zdravotnické služby jsou úzce propojeny se službami sociálními. Toto propojení jsme v naší práci také zohlednili a ve stručnosti charakterizovaly strukturu těchto služeb. V závěru naší práce jsme použili praktické příklady pochybení při poskytování ošetrovatelské péče. V empirické části práce jsou uvedeny výsledky průzkumného šetření pacientů Nemocnice Jindřichův Hradec. Jedná se o jejich subjektivní názory směřující ke zjištění, zda je jim poskytovaná péče kvalitní. V závěru práce jsou uvedeny doporučení pro praxi, které jsme vyvodili na základě empirického průzkumu.

Klíčová slova: Kvalita. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský standard. Senior.

ABSTRAKT

LORENC, Tomáš. *Quality of Nursing Care for Elderly*. Nursing College, o.p.s.. Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague 2013. 83 pages.

The main topic of the Bachelor thesis is the quality of nursing care for the elderly. The theoretical part, therefore, focuses on the period of old age, aging and seniors to the person. The thesis describes the changes that characterize this period and the specifics of the disease at old age as well. In addition, the thesis focuses on nursing and briefly on history. The main part of the thesis is description about the quality of nursing care and its standards. Care for the elderly is provided by health services, that's why some part of the thesis is devoted to the system of these services, tasks and the principles which are provided in nursing care. Medical services are closely linked to social services. The thesis emphasizes on this connection of social service and the structure of these services. The conclusion of the thesis is about practical examples of poor nursing care which was provided. In the empirical part of the thesis there are the results of the survey about nursing care of patients Hospital of Jindřichův Hradec. It is their subjective opinions on providing care whether is high-quality or is not. The conclusion of the thesis is some recommendations for practice, which are derived from the basis of empirical research.

Keywords: Quality. Nursing Care. Nursing Standard. Senior.

OBSAH

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD.....	10
1 STÁŘÍ.....	12
1.1 Stárnutí	12
1.2 Změny ve stáří	15
1.3 Charakter nemocnosti ve stáří	16
2 OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	18
2.1 Historie ošetřovatelství.....	19
3 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	21
3.1 Kritéria podle Ivy Holmerové.....	22
3.2 Pády u seniorů.....	23
4 STANDARDY KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	24
4.1 Typy standardů dle charakteristik kvality	25
4.2 Akreditace joint commission internaional (JCI).....	26
4.3 Ošetřovatelský audit.....	26
4.4 Indikátory kvality v nemocnici TGM v Hodoníně	27
4.5 Péče o seniory v ČR	27
5 SYSTÉM ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB PRO SENIORY V ČR.....	29
6 SOUČASNÝ STAV KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	33
7 POCHYBENÍ A SANKCE PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	35
7.1 Nepodání léku	35
7.2 Požití alkoholu při poskytování ošetřovatelské péče	36
7.3 Zanedbávání péče.....	36
8 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U SENIORŮ - EMPIRICKÁ ČÁST	38
8.1 Výsledky vlastního průzkumu	41
9 DISKUSE.....	73
ZÁVĚR.....	80
SEZNAM LITERATURY	81
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 - Pohlaví	41
Tabulka 2 - Věkové rozmezí respondentů.	42
Tabulka 3 - Spokojenost s dobou návštěv.	43
Tabulka 4 - Přítomnost hluku v nočních hodinách.	44
Tabulka 5 - Soukromí pacientů.	45
Tabulka 6 - Četnost pádů z lůžka.	46
Tabulka 7 - Pomoc personálu při polohování.	47
Tabulka 8 - Polohování pacientů vzhledem k jejich pohlaví.	48
Tabulka 9 - Přístupnost signalizačního zařízení.	49
Tabulka 10 - Pomoc personálu s hygienou pacientům.	50
Tabulka 11 - Pomoc personálu s hygienou pacientům vzhledem k pohlaví.	51
Tabulka 12 - Pitný režim pacienta.	52
Tabulka 13 - Oční kontakt s pacientem.	53
Tabulka 14 - Oční kontakt s pacientem dle pohlaví.	54
Tabulka 15 - Kontakt s pacientem.	55
Tabulka 16 - Kontakt s pacientem v závislosti na jeho pohlaví.	56
Tabulka 17 - Pomoc personálu se stravou.	57
Tabulka 18 - Pomoc personálu se stravou v souvislosti na pohlaví.	58
Tabulka 19 - Hodnocení přístupu ošetřujícího personálu k pacientům.	59
Tabulka 20 - Hodnocení přístupu ošetřujícího personálu k pacientům dle pohlaví.	60
Tabulka 21 - Četnost komunikace personálu s pacienty.	61
Tabulka 22 - Míra komunikace personálu vzhledem k pohlaví pacientů.	62
Tabulka 23 - Stud požádat o uspokojení vlastních potřeb.	63
Tabulka 24 - Spokojenost s chováním ošetřujícího personálu.	64

Tabulka 25 - Spokojenost se stravou.....	65
Tabulka 26 - Spokojenost s množstvím stravy.	66
Tabulka 27 - Čas na konzumaci stravy.....	67
Tabulka 28 - Teplota stravy.....	68
Tabulka 29 - Využití služeb rehabilitační sestry.....	69
Tabulka 30 - Trávení volného času v zařízení.	70
Tabulka 31 - Způsob trávení volného času pacienty.	71
Tabulka 32 Hodnocení kvality stravy vzhledem k pohlaví.	72
Graf 1 – Pohlaví.	41
Graf 2 - Věkové rozmezí respondentů.....	42
Graf 3 - Spokojenost s dobou návštěv.....	43
Graf 4 - Přítomnost hluku v nočních hodinách.	44
Graf 5 - Soukromí pacientů.	45
Graf 6 - Četnost pádů z lůžka.	46
Graf 7 - Pomoc personálu při polohování.....	47
Graf 8 - Pomoc personálu při polohování pacientů vzhledem k jejich pohlaví.....	48
Graf 9 - Přístupnost signalizačního zařízení.	49
Graf 10 - Pomoc personálu s hygienou pacientům.	50
Graf 11 - Pomoc personálu s hygienou pacientům vzhledem k pohlaví.	51
Graf 12 - Pitný režim pacienta.	52
Graf 13 - Oční kontakt s pacientem.	53
Graf 14 - Oční kontakt s pacientem dle pohlaví.	54
Graf 15 - Kontakt s pacientem.	55
Graf 16 - Kontakt s pacientem v souvislosti na jeho pohlaví.	56
Graf 17 - Pomoc personálu se stravou.....	57

Graf 18 - Pomoc se stravou v souvislosti na pohlaví.	58
Graf 19 - Hodnocení přístupu ošetřujícího personálu k pacientům.	59
Graf 20 - Hodnocení přístupu ošetřujícího personálu k pacientům dle pohlaví.	60
Graf 21 - Četnost komunikace personálu s pacienty.	61
Graf 22 - Míra komunikace personálu vzhledem k pohlaví pacientů.	62
Graf 23 - Stud požádat o uspokojení vlastních potřeb.	63
Graf 24 - Spokojenost s chováním ošetřujícího personálu.	64
Graf 25 - Spokojenost se stravou.	65
Graf 26 - Spokojenost s množstvím stravy.	66
Graf 27 - Máte dostatek času na konzumaci stravy?.....	67
Graf 28 - Teplota stravy.....	68
Graf 29 - Využití služeb rehabilitační sestry.	69
Graf 30 - Trávení volného času v zařízení.....	70
Graf 31 - Způsob trávení volného času pacienty.	71
Graf 32 Hodnocení kvality stravy vzhledem k pohlaví.....	72

ÚVOD

Téma naší bakalářské je - Kvalita ošetrovatelské péče u seniorů. Jedná se o oblast, kterou považujeme v dnešní době za poměrně důležitou. Zejména s přihlédnutím k tomu, že na ošetrovatelskou péči je vydávána relativně velká finanční částka a té by měla kvalita péče také odpovídat. Kvalitu poskytované péče určuje mnoho faktorů, na něž se v práci zaměříme. Považujeme za samozřejmé, že kvalita péče by měla být v dnešní době na co nejvyšší úrovni. Obzvláště v oblasti zdravotnictví, kde případné chyby mohou znamenat zhoršení stavu pacienta či v nejhorším případě jeho smrt.

V teoretické části jsme se zaměřili na základní aspekty kvality ošetrovatelské péče. Jelikož naší cílovou skupinou byli senioři, podstatná část naší práce se vztahuje na období stáří a na změny, které v tomto období přicházejí. Navázali jsme službami, jež jsou seniorům poskytovány, a tyto služby jsme blíže popsali. V teoretické části jsou zohledněna jak zdravotnická, tak sociální zařízení věnující svou péči právě geriatrickému pacientovi. V naší práci nebyly opomenuty zásady, podle kterých by měla ošetrovatelská péče fungovat a jejichž správné naplnění činí poskytovanou péči kvalitní.

Kvalita obecně se velmi těžko posuzuje v každé oblasti. Její vnímání je závislé na subjektivním pocitu každého jedince i přesto, že pro její hodnocení máme stanovena obecně platná kritéria. V závěru teoretické části jsme uvedli pro názornější představu pochybení, která vybočují z jedné či více zásad kvalitní péče. Jedná se o příklady z praxe, jejichž četnost mezi případnými pochybeními byla nejvyšší.

Praktická část pak byla zaměřena na zjištění stanovených cílů. Obecně se tedy jednalo o to, jak vnímají pacienti senioři jim poskytovanou péči, stravu a přístup ošetrojícího personálu v nemocnici Jindřichův Hradec. Zjišťovali jsme, zda je spokojenost s péčí závislá na pohlaví a také, jestli jsou pacienti senioři během dne aktivizováni. Ke zjištění těchto cílů byla použita metoda strukturovaného rozhovoru. Průzkumný vzorek čítal 37 respondentů nad 65 let. Pro toto vymezení jsme vycházely

z obecně platného vnímání seniora a zejména pak z vymezení prof. MUDr. Evy Topinkové, CSc.

Zjištěná data mohou posloužit jako ukazatele kvality poskytované ošetrovatelské péče v nemocnici Jindřichův Hradec a zároveň mohou upozornit na nedostatky, které by měly být odstraněny.

1 STÁŘÍ

Stáří je poslední životní fází člověka. Je ohraničena dvěma časovými body. Za horní hranici této fáze považujeme smrt. U spodní hranice je vymezení poněkud složitější. Jevy a procesy, které stáří tvoří, do života člověka totiž vstupují postupně a teprve jejich souhrn tvoří stáří jako takové. Proto je tento spodní časový bod jaksí rozmazán. Každý z těchto jevů a procesů má svůj vlastní čas, kdy začne působit. Jedná se o naprosto individuální a jedinečnou skutečnost odlišnou pro každého jedince. Tato diference vzniká na základě genetických zvláštností, dále díky působícím kulturním a společenským faktorům a v neposlední řadě také na základě životní historie daného člověka. Máme na mysli zejména životní styl, zdravotní a sociální systém, kvalitu životního prostředí, hodnoty jedince, charakter vykonávané práce a celou pracovní oblast. Je třeba také zohlednit generační podobu stáří. Srovnáme-li např. seniora dnešního se seniorem z počátku 20. století, vypadali jinak. Jejich odlišnost není dána jen oblečením, ale celkově rozdílným životním stylem. Současné stáří je výrazně modelováno hodnotami společnosti, která upřednostňuje především mládí a krásu. V takové společenské situaci působí senior jako něco nepatřičného. Dochází k tomu i přesto, že se objevil fenomén stárnoucí společnosti. Nebo možná právě proto. Nacházíme se v období nedostatečné reflexe na stáří a nepřipravenosti politiky na tuto skutečnost reagovat. Pohled na stáří je v dnešní společnosti vnímán velice chybně. Je třeba tento pohled změnit a vnímat stáří jako přirozené období člověka a ne jako něco obtěžujícího (SAK, 2012). S čím si současná společnost spojuje pojem senior, můžeme vidět v (příloha F).

1.1 Stárnutí

Jako stárnutí označujeme působení času na člověka, přičemž některé vlastnosti se vlivem času nezmění, některé se mohou zlepšit. Fyzické stárnutí sebou nese změny struktury a funkcí. Nástup těchto změn může zpomalit vhodná duševní i fyzická aktivita a tím ve výsledku prodloužit aktivní věk člověka. Stáří je považováno za výsledek

procesu stárnutím. Jedná se o nevyhnutelnou fázi každého člověka. Stárnoucích a starých lidí díky změně struktury společnosti na celém světě přibývá. Toto období v životě člověka můžeme rozdělit na: rané stáří (mladí senioři) od 60 do 74 let, pokročilý věk (senioři) od 75 do 89 let, dlouhověkost (zralí senioři) 90 a více let (MINIBERGEROVÁ, 2006 str. 5). (příloha C)

Periodizace stáří je však spíše formální. Jako jeho další variantu uvádíme stáří počínající, stáří vlastní a dlouhověkost. Pro seniory nacházející se v období počínajícího stáří je používán taktéž pojem mladý senior. Můžeme jej umístit do časového rozmezí, jako tomu bylo u rozdělení podle Lenky Minibergerové, 60/65 – 74 let. Pro toto období je obvykle typický zájem o pracovní uplatnění nebo čínorodé aktivity. Lidé se mohou věnovat tomu, na co neměli dříve z nejrůznějších důvodů dostatek času, často jsou aktivní v rámci rodiny – starají se o své velmi staré rodiče, děti, vnoučata. Neobvyklá není ani spolková činnost. Navazujícím obdobím je vlastní stáří ohraničené věkovou hranicí mezi 84-87 lety. Zde už často nastupují zdravotní problémy, narůstá potřeba odpočinku a snižuje se aktivita v různých oblastech. Mluvíme zde o starém senioru. Nad hranicí 85/90 lety se hovoří o velmi starém senioru a období dlouhověkosti. Můžeme si povšimnout, že tato periodizace se takřka shoduje s periodizací L. Minibergerové (ČEVALA, 2012).

Problematikou stárnutí se zabývá také Světová zdravotnická organizace WHO. Společně se svými členskými státy spolupracuje za účelem podpory zdraví po celou dobu života. Působí proti rostoucí nerovnosti ve stáří, podporuje posílení zdravotních systémů vzhledem k měnícím se potřebám stárnoucí populace a rozšiřuje vědomostní základnu. Cíly WHO je budování podpůrného sociálního prostředí, přístupu k vysoce kvalitní, na míru šité, dobře koordinované zdravotní a sociální službě, dále podporovat maximální zdraví a funkční kapacity v průběhu celého života a podpora důstojného života a umírání (WHO, 2013).

Stáří a stárnutí mohou nabývat tří podob. První podobou je stáří aktivní. Máme na mysli zdravé a úspěšné stárnutí, kdy zdravotní, psychický a funkční stav spolu s ekonomickou situací odpovídá situaci sociální i nárokům prostředí. Tato kombinace

umožňuje spokojené stáří, seberealizaci a participaci stárnoucího člověka. Tento stav můžeme označit jako ideální. Potřeba podpůrných služeb je v takovémto případě minimální, důležitá je zejména nabídka aktivit a vytvoření prostoru pro zmiňovanou seberealizaci a participaci seniora. Obvyklejší a častější podobou je stav, kdy je přítomna nerovnováha mezi zhoršeným zdravotním a funkčním stavem, psychickými potřebami, nároky prostředí a sociálně ekonomickými možnostmi. Takováto situace může vést ke snížení spokojenosti, možnosti seberealizace i participace člověka ve společnosti. Jako nejhorší podobu stáří a stárnutí označujeme jako stárnutí patologické. V případě tohoto stárnutí je zdravotní a funkční stav, adaptace, spokojenost, seberealizace a participace výrazně horší, než u ostatních vrstevníků. Choroby u člověka očitajícího se ve stáří označovaném jako patologické, nastupují obvykle dříve nebo jsou výraznější. Není neobvyklé, že takováto situace bývá spojena také s disabilitou, maladaptací, rezignací, sociální exkluzí, ztrátou soběstačnosti, chudobou, případně také se zanedbáváním a zneužíváním. Patologické stáří je zásadně ovlivněno zdravotním stavem, náročností prostředí, finančními zdroji, osobními charakteristikami stárnoucího jedince a životními událostmi, zejména mimořádnějšího rázu, např. ovdovění (ČEVALA, 2012).

Oblastí a problematikou seniorského věku se zabývají obory gerontologie a geriatrie. Gerontologie je charakterizována jako věda o stárnutí a stáří. Jejím cílem je zabývat se základními fyziologickými mechanismy stárnutí. Geriatrie je pak samostatným klinickým medicínským oborem, který se zabývá diagnostikou, léčbou a rehabilitací chorob ve stáří (MALÍKOVÁ, 2011).

Významný psycholog E. Erikson považuje za úkol stáří zachovat si osobnostní integritu proti beznaději, zoufalství a strachu ze smrti (ČEVALA, 2012).

Jako senior je podle slovníku cizích slov označován příslušník starší věkové kategorie (KUČERA, 2005-2006).

1.2 Změny ve stáří

Období stáří a stárnutí bývá obecně chápáno negativně. Ve stáří očekáváme problémy, omezení, nesoběstačnost a také určitým způsobem ztrátu lidské důstojnosti. Stáří považujeme za zákonitý a dovršující proces vývoje člověka, který je spojen se zvýšeným výskytem zdravotních potíží, nemocí a typických změn (MALÍKOVÁ, 2011).

Změny ve stáří můžeme rozdělit na biologické, psychické a sociální. Biologické změny postihují orgánové soustavy a jejich orgány. Nejnápadnější jsou změny na kůži a v pohybovém aparátu. Dochází ke snížení aktivity mazových žláz, kůže ztrácí schopnost zadržovat vodu, proto může být suchá a svědit. Mohou se objevovat hnědé skvrny, tzv. stařecké, které vznikají nahromaděním pigmentu, nebo se naopak mohou tvořit bledá místa, kde pigment chybí. Snižuje se elasticita kůže, tvoří se vrásky, snižuje se napětí kůže. Kůže je tenká, téměř papírová. Vlasy, chlupy a nehty také procházejí změnami. Dochází k šedivění, řídnutí, na nehtech se mohou objevit rýhy. V období stáří dochází také ke změnám spojeným s výškou a váhou postavy. Kosterní svaly ochabují, postava se díky tomu mírně ohýbá. Kosti jsou křehčí v důsledku řídnutí a mohou být ohroženy případnými pády. Zvyšuje se bolestivost kloubů a naopak snižuje rychlost pohybu. Také pracovní kapacita srdce klesá. V důsledku poklesu elasticity cév může dojít k hypertenzi. S postupujícím věkem u řady seniorů klesá respirační schopnost plic a dochází k zadýchávání se. Vitální kapacita plic se také snižuje. Ve stáří také může dojít ke ztrátě chrupu, prodlužuje se průchod tráveniny žaludkem a střevy, objevuje se častěji zácpa. Může se vyskytnout diabetes mellitus. Sexuální aktivita u seniorů je výrazně individuální. Postupem času klesá schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč a kapacita močového měchýře se snižuje. Prodlužuje se reakční čas na podněty a výkonnost smyslových orgánů, zejména v případě zraku a sluchu. Dochází také k poklesu chuti i čichu. Psychické změny objevující se v období stáří se projevují značně individuálně. Obecně dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, může klesat pružnost myšlení i psychická vitalita. Některé psychické pochody se mohou také zlepšovat. Máme na mysli vytrvalost, rozvahu, trpělivost a schopnost úsudku. Na kvalitě psychiky se výrazně podílí osobnost člověka (MLÝNKOVÁ, 2011).

Ve stáří přibývá mnoho sociálních změn a ztrát, které mohou být obtížně přijímány. Senior ztrácí pracovní kolektiv a navyklé pracovní činnosti v souvislosti se změnou pracovní role. Mění se jeho role v závislosti na odchodu dětí z domu, role otce či matky získává nový rozměr. Může dojít k rozvodu s partnerem, k jeho smrti nebo nemoci a senior se tak stává osamělým. Mění se jeho společenská role díky odchodu do důchodu a dochází tím k jisté sociální izolaci. Mění se seniorova bytová situace. Může odejít do nemocnice nebo domova pro seniory, čímž dochází ke krátkodobé či dlouhodobé ztrátě vlastního domova a soukromí. Snižují se fyzické schopnosti, stárnoucí člověk ztrácí schopnost sebe péče a je závislým na druhé osobě. Dochází ke změnám fyzického vzhledu, s čímž může být spojena neochota koupit si něco nového, zkráslit se, jít mezi lidi. Díky ztrátě autonomie a kontroly nad svým životem dochází ke změně obrazu vlastního života (KLEVETOVÁ, 2008).

1.3 Charakter nemocnosti ve stáří

Stáří lidé se stávají zranitelnějšími. Celkový zdravotní a funkční stav chátrá ve všech aspektech. Pokud poklesne na určitou prahovou mez, míra potenciálu zdraví se stane s životem neslučitelnou, člověk umírá. Na funkčním zdraví se podílí několik faktorů. Ve stáří se zvyšuje význam zdravotních problémů, které nemají vazby na chorobu. Význam roste zejména u chorobných stavů organismu, geriatrické křehkosti a geriatrických syndromů. Závažnost nemocí u geriatrických pacientů narůstá, nemoci často probíhají atypicky, často se vzájemně kombinují, ovlivňují a iniciují – polymorbidita, často také vyžadují změnu diagnostické, léčebné a rehabilitační strategie. Pokud máme charakterizovat geriatrickou křehkost, nabízí se toto označení – jedná se o chátrání zdraví bez jasné vazby na konkrétní nemoc. Nejčastějšími jejími aspekty jsou nechutenství spojené s nechťeným hubnutím, únava, svalová slabost, pomalá chůze a hypomobilita. Příčiny mohou být tělesné, psychické, sociální a dokonce i spirituální (ztráta smyslu a motivace, rezignace, apatie, beznaděj, pasivita). Zmínili jsme geriatrické syndromy. Pro ně je typický častý výskyt ve stáří, závažná míra obtíží, příčinná neovlivnitelnost a proměnlivě kombinovatelné příčiny. Mezi geriatrické syndromy řadíme např. syndrom instability s pády, syndrom anorexie, malnutrice,

imobilizační syndrom, syndrom dekompenzace, hypomobility, sarkopenie (ČEVALA, 2012).

K typickým příznakům nemocnosti ve stáří patří narůstání celkové prevalence s věkem a polymorbidita – stav, kdy pacient trpí současně několika závažnými chorobami. Dochází také ke změně spektra chorob, objevuje se více chronických a degenerativních nemocí, častější jsou také akutní dekompenzace a hospitalizace, zvyšuje se riziko přechodu do chronicity a invalidizující potenciál nemocí je vysoký, sociální komponenta je velmi významná. Mezi nejčastější choroby pokročilého věku řadíme zejména kardiovaskulární choroby (všechny formy ICHS, hypertenze, ikty), nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza), metabolická onemocnění (diabetes mellitus), gastrointestinální a respirační onemocnění. Pro potřeby klinické praxe je nutné vedle rozsahu a závažnosti postižení posuzovat také soběstačnost staršího nemocného. Jako soběstačného neboli samostatného pacienta považujeme takového člověka, bez závažných tělesných a duševních omezení, který bez pomoci druhé osoby zvládne veškeré potřebné činnosti všedního života v jeho běžném prostředí. V případě opaku hovoříme o závislosti (TOPINKOVÁ, 2005). (příloha D)

2 OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

„Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“ (Věstník MZ ČR 9/2004).

Předmětem ošetřovatelství je vymezení těchto čtyř pojmů – osoba, zdraví, prostředí a ošetřovatelská péče – a vztahem mezi nimi. Mezi charakteristické rysy ošetřovatelství patří zejména poskytování aktivní ošetřovatelské péče, poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu, poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, holistickým přístupem k nemocnému, preventivní charakter péče a poskytovaná péče ošetřovatelským týmem (PLEVOVÁ, 2011).

„Cílem ošetřovatelství je podporovat a upevňovat zdraví, podílet se na navrácení zdraví, zmírňovat utrpení nemocného člověka a zajistit klidné umírání a důstojnou smrt“ (MZČR, 2011).

Pokud se na cíle ošetřovatelství podíváme podrobněji, můžeme si je rozdělit na dva základní a to: zaměřené na nemoc a zaměřené na zdraví. Mezi cíle zaměřené na zdraví patří pomoc jednotlivci, rodině, skupinám, komunitám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jeho prostředím, dále podpora jejich pozitivní zdraví, maximalizace lidského potenciálu v péči o sebe sama a provádění prevence onemocnění. Cíle zaměřené na nemoc jsou následující – snižování negativního vlivu onemocnění na celkový stav člověka, nacházení a uspokojování potřeb lidí s porušeným zdravím, lidí zdravotně postižených a nevyлéčitelně nemocných. Hlavním cílem je tedy systematické a komplexní uspokojování potřeb člověka s respektem k jeho individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické a psychické bolesti v průběhu umírání. Mezinárodní rada sester stanovila 12 základních principů regulujících ošetřovatelskou profesii. Jedná se o účelovost, významnost,

definice rozsahu odborné praxe a odpovědnosti, rovnováhu zastoupených zájmů, optimálnost, flexibilitu, efektivitu, univerzálnost, spravedlnost, rovnost a kompatibilitu profesí. Na této regulaci se podílí Ministerstvo zdravotnictví, samotné sestry a jejich zaměstnavatelé a nutnost registrace – osvědčení k výkonu zdravotnického povolání. V dnešní době je kladen poměrně velký důkaz na individuální odpovědnost člověka za vlastní zdraví. Ošetřovatelská péče se zaměřuje na pomoc pacientovi s dýcháním, pomoc při přijímání potravy, při vyměšování, při udržení žádoucí polohy, při odpočinku a spánku, při oblékání a svlékání, pomoc používat vhodný oděv, pomoc při udržování tělesné teploty v normálním rozmezí, pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrany kůže, ochrana před nebezpečím z okolí, pomoc při komunikaci, při vyjádření pacientova pocitů a potřeb, při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla, pomoc při produktivní činnosti, pomoc v zájmových činnostech a pomoc při učení (PLEVOVÁ, 2011).

2.1 Historie ošetřovatelství

Rozvoj ošetřovatelství v různých zemích má některé znaky společné, ale také spousty znaků odlišných. Obecně platí, že vždy bylo ovlivňováno náboženskými, kulturními a sociálními faktory. Velký vliv na něj měly i války, vědecké objevy a významné osobnosti. Podíváme-li se na ošetřovatelství jako na profesi, zaznamenáme tři vývojové linie – směry v péči o nemocné. Jedná se o neprofesionální ošetřovatelství, charitativní ošetřovatelství a o ošetřovatelství na profesionální úrovni. U neprofesionálního ošetřovatelství platil systém, ve kterém se člověk ošetřoval sám, pečoval o sebe, rodinu, případně o komunitu. Později se ošetřování nemocných začalo považovat za morální pomoc trpícímu člověku. Mluvíme o období, kdy uspokojování základních humánních potřeb vycházelo z tradic a náboženského přesvědčení. S rozvojem medicíny pak zaznamenáváme i rozvoj profesionálního ošetřovatelství (PLEVOVÁ, 2011).

Samotné počátky ošetřovatelské péče sahají do období raného středověku a jsou spojené s šířením křesťanství. S péčí o člověka se však můžeme setkat už v předkřesťanských kulturách, neboť pomoc druhému je chápána jako přirozená

vlastnost člověka. Před vznikem křesťanství se zkušenosti spojené s léčbou a ošetřováním nemocných předávala z generace na generaci ústním podáním. Využívaly se zejména zkušenosti z pozorování přírody, bylin, vody, slunce a jejich vlivů na organismus pacienta. Později vydávaná náboženská nařízení velmi ovlivnila život lidí a jejich lékařskou činnost. Z bylin se začaly vyrábět první léky. Léčení bylo provázeno odříkáváním modliteb. Vliv válek na ošetrovatelskou péči je nesporný. Potřeba péče a lékařského ošetření vzrůstala. Ve 12. století dochází k demografickým a sociálním změnám ve struktuře obyvatelstva vlivem pandemií a probíhajících válek. Modlitby, zaklínání, pověry relikvie a amulety byly nahrazovány hygienickými opatřeními, které se ukázaly jako velmi účelné. Výše zmíněná charitativní péče má svou souvislost se zakládáním církevních řádů. Nejvýznamnějšími řády v oblasti ošetrovatelské péče byly zejména johanité, klarisky, alžbětinky, řád sv. Lazara Jeruzalémského, řád maltézských rytířů, diakonky a další. Snaha pečovat o chudé a nemocné se objevila také u protestantských církví. Velkou postavou stojící na počátku českého ošetrovatelství byla Anežka Přemyslovna. Na mnoha místech naší země byly zakládány špitály a lazarety. V době osvícenství pak byl vytvořen ucelený systém státní zdravotní správy a zdravotnických zákonů. Změny se také týkaly budování zdravotnických zařízení. S rozvojem průmyslu ve století 19. přinesl vznik závodních nemocnic. Bylo také zahájeno ošetrovatelské vzdělávání, založena byla také vyšší škola sociální a vyšší škola ošetrovatelská. Ošetrovatelská péče se postupně stávala takovou, jako jí známe dnes (KUTNOHORSKÁ, 2010).

Současné ošetrovatelství je založené na samostatnosti sestry a týmové spolupráci lékařů s ostatními odborníky, přičemž sestra je považována za uznávaného odborníka (PLEVOVÁ, 2011).

3 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Kvalita ošetrovatelské péče je založena zejména na znalosti práv a zákonů ze zdravotnické oblasti a na kvalitě vlastností a odbornosti zdravotnického pracovníka. Předpokládají se zejména znalosti metod používaných při ošetrovatelské péči, znalost standardů platných pro jednotlivé odborné výkony, znalost dokumentace, schopnost pracovat s technikou, zručnost a dovednost zdravotnického pracovníka a také vnitřní podmínky. Zdravotnický pracovník by měl oplývat zejména těmito vlastnostmi: komunikačními dovednostmi, zdravým sebevědomím, empatií, schopností týmové spolupráce, schopností kritiku přijímat a také účinně kritizovat, analytickým myšlením, důvěryhodností, sebeovládáním, disciplínou, zvědavostí, schopností zvládat konflikty a prosadit se (KELNAROVÁ, 2009).

Pojetí kvality ovlivňuje kulturní a sociální prostředí, dále kulturní hodnoty převládající v dané společnosti, ale také hodnoty lidí, kteří kvalitu péče definují (zdravotničtí pracovníci, tvůrci zdravotnické legislativy, politici, atd.). Dalo by se říci, že kvalita ošetrovatelské péče je výsledkem jakési dohody zdravotníků, pacientů a vlády. Až v posledních letech se do ovlivňování kvality zdravotní péče mají větší možnost zapojit sami setry. Doposud převládaly biomedicínské definice, které také určovaly co je a není ve zdravotní péči důležité. Kvalita zdravotní péče je vyjádřena takzvanými standardy, podle kterých se poskytovaná péče posuzuje. Kvalita se stále více dostává do popředí zájmu veřejnosti a zdravotníků. Hlavně setry stojí vždy v čele při definování kvality péče a soustředí se hlavně: na rozvoj nových druhů služeb v ošetrovatelství, individuální a skupinovou péči, lepší pochopení potřeb pacientů, na výkonnost a efektivnost ošetrovatelské péče (AUTORSKÝ, 2006).

Za základní aspekty kvality považujeme stanovení a zavedení metod, procedur pro systematické monitorování kvality poskytované péče, dále trvalé hodnocení a zpětná vazba, která by měla být trvalou součástí pravidelných činností zdravotnického personálu a v neposlední řadě také zdravotnické pracovníky, jež by se měli zdokonalovat v poskytování kvalitní zdravotní péče. Abychom mohli říci, že je zdravotní péče kvalitní, musí být dostatečná, efektivní, bezpečná a přiměřená, je nutné,

aby byla přijatelná pro ty, kterým je určena. Je nezbytné příjemce péče dostatečně informovat, jelikož mají možnost podílet se na důležitých rozhodováních, které se týkají jejich zdravotního stavu. V neposlední řadě musí být garantovány mechanismy ochrany příjemců péče, aby nebyli zbytečně vystaveni nákladným, nadbytečným, nepříjemným, invazivním a potencionálně nebezpečným postupům či lékům (HOLMEROVÁ, 2002).

K tomu, aby bylo možno dosáhnout a sledovat kvalitu, je nutno mít vytvořený určitý systém, jehož cílem je pochopitelně zlepšování poskytované péče. Tento systém obsahuje následující základní elementy: stanovuje cíle a profesionální hodnoty, definuje požadovanou kvalitu, vypracovává standardy a systém dodržování standardů, zajišťuje faktory pro dosažení standardní práce a případné přehodnocení standardů, v neposlední řadě stanovuje také způsob hodnocení výsledného efektu. Proces zajišťování kvality ošetrovatelské péče se skládá z následujících tří kroků - monitorování praxe, dále stanovení konkrétních kroků, součástí je ošetrovatelský audit, posledním krokem procesu zajišťování kvality ošetrovatelské péče je vytváření specifických ošetrovatelských standardů – tj. co je cílem kvalitní péče a jak má být tohoto cíle dosaženo (AUTORSKÝ, 2006).

Pojem kvalita vyjadřuje určitou jakost, hodnotu. Jedná se o relativní kategorii. Nejčastěji bývá měřena kvalita života. Kvalitu života pacientů hodnotíme prostřednictvím ukazatelů zdravotního stavu a zachování funkcí (GURKOVÁ, 2011).

3.1 Kritéria podle Ivy Holmerové

Zakladatelka České alzheimerovské společnosti, Iva Holmerová, uvádí tato kritéria ošetrovatelské péče: neomezené otevření zařízení pro návštěvy i v době podávání jídla, příjemný pocit a vstřícné přijetí do zařízení, oční kontakt a úsměv pracovníků, dobře vypadající a čistě uklizené zařízení, dobře fungující komunikace mezi jednotlivými pečujícími profesemi, možnost umístit klienta na zkoušku, podpora samostatnosti klienta, respektování důstojnosti klientů, upravený personál, způsob jakým personál komunikuje s klienty, míra spokojenosti klient (HRONOVÁ, 2007).

Jednou z možností hodnocení kvality ošetrovatelské péče je sledování dekubitů jako jednoho z ukazatelů kvality. (příloha A) Dekubitem rozumíme poškození kůže a podkoží důsledkem dlouhodobého tlaku a dalších rizikových faktorů u ležících pacientů. Dekubity jsou významným problémem v ošetrovatelské péči, protože jejich výskyt způsobuje utrpení pacientů, vede k pocitu selhání sester, může mít za následek prodloužení pobytu v nemocnici a další dodatečné náklady (MZČR, 2004). (příloha B)

3.2 Pády u seniorů

Dalším závažným problémem, který zhoršuje kvalitu života seniorů jsou pády, které jsou způsobeny v souvislosti s fyziologickými změnami v důsledku stárnutí. Jedná se o pády symptomatické. Mnoho pádů vzniká také za přítomnosti různých mechanických překážek. Proto jsou nazývány pády mechanickými. Onou překážkou mohou být kompenzační pomůcky, schody, prahy u dveří, nevhodně rozmístěný nábytek apod. Nebezpečí pádů spočívá v riziku vzniku fraktur a poranění měkkých tkání. Důležité je zaměřit se na předcházení vzniku pádu, tedy na prevenci. Ta může spočívat v pravidelnosti fyzické aktivity seniora, v posilování svalstva dolních končetin, ale zejména se jedná o zvýšení bezpečnosti v domácnostech, máme na mysli především bezbariérový přístup, dále označení schodišť, přítomnost madel na schodišti, dobré osvětlení prostorů, kde se senior pohybuje, přítomnost madel v koupelně, protiskluzové koberečky ve vaně, zvýšené sedátko na toaletě apod. Způsobem, jak předcházet pádům, může být také kompenzace somatického onemocnění a omezení rizikové medikace (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Důsledky pádů jsou mimo fyziologické, tak psychické. U nemocných se po prodělání prvního pádu objevuje anticipační strach a vyhýbavé chování vedoucí k omezení tělesných aktivit a sociálních kontaktů (PINDRMAN, 2007).

4 STANDARDY KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelský standard označuje opatření pro posuzování nebo porovnávání ošetřovatelské péče. Tato opatření jsou přijímána na základě obecného konsenzu (AUTORSKÝ, 2002).

Jako standard je tedy označována úroveň poskytované péče respektující dostupné zdroje, která vznikla na základě předem stanovených podmínek a jedná se o měřítko hodnocení kvality ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský standard je označením pro kvalitu ošetřovatelské péče. Je určen závaznou normou. Standardy ošetřovatelské péče můžeme rozdělit na základě jejich zaměření: standardy zaměřené na strukturu – stanovují metody a nástroje pro vedení lidí, prostředí, vybavenost přístroji, informační systém apod. Bývají definovány legislativně. Dále na standardy zaměřené na proces - stanovují postupy pro praxi. Zaměřují se na popisování činností a výkonů v ošetřovatelství. Většina zdravotnických zařízení má vlastní postupy. A standardy zaměřené na výsledek – monitoring, měření, analýza a vyhodnocování výsledků např. spokojenost pacientů (MZČR, 2004).

Ošetřovatelským standardem tedy rozumíme dohodnutou profesní úroveň kvality. Je to vodítko k hodnocení, zda ošetřovatelská činnost odpovídá požadované úrovni. První ošetřovatelské standardy vznikly jako odpověď zdravotníků na první vyhlášení Charty práv nemocných v 70. letech v USA. Konkretizovaly, na jakou péči má nemocný právo. Každá země při vytváření standardů vychází z vlastních podmínek a z doporučení mezinárodních organizací. Význam standardů je klíčový zejména pro zvýšení kvality péče – vymezuje její minimální úroveň, není-li dodržen, stává se ošetřovatelská péče rizikovou, neboť ohrožuje pacientův zdravotní stav. Pro přehlednost shrneme význam standardů – určení závazné normy pro kvalitu ošetřovatelské péče, umožňují poskytovanou péči hodnotit (audit), nemocným přinášejí pocit bezpečí (minimální standard kvality péče) a také představují určitou ochranu pro sestry před neoprávněným postihem (prokáží-li, že dodržely příslušný standard/směrnici) (AUTORSKÝ, 2006).

Standardy kvality slouží zejména k tomu, aby zajišťovali kvalitu poskytovaných služeb a chránily zájmy a práva pacientů. Ochrana práv pacientů se prolíná všemi standardy. Tato práva jsou zakotvena v celé řadě zákonů – v Ústavě české republiky, v zákoně o péči o zdraví lidu, v zákoně o ochraně veřejného zdraví, aj. (MALÍKOVÁ, 2011).

4.1 Typy standardů dle charakteristik kvality

V souladu se třemi základními charakteristikami kvality můžeme standardy rozdělit na následující tři oblasti: strukturální standardy – ustanovují optimální prostředky/vybavení (personální, technické, hygienické a organizační – např. výběr pracovníků, vybavení budov, legislativa), často určují minimální požadavky na úroveň služeb, které dané pracoviště poskytuje. Dále procesuální standardy – dělí se na standardy ošetřovatelských postupů a ošetřovatelských činností. Zahrnují měřítko spokojenosti pacienta. A standardy hodnocení výsledků – celkové hodnocení kvality v daném zařízení. Standardy můžeme dále dělit na centrální a lokální. Centrální vydává Ministerstvo zdravotnictví jako rámcové standardy určující základní cíle oboru a kritéria pro realizaci (vzdělání pracovníků). Lokální bývají zpracovávány a přijímány v konkrétním zdravotnickém zařízení či pracovišti. Je pochopitelné, že musejí vycházet ze standardů centrálních a nesmějí být s nimi v rozporu. Každý pracovník by s nimi měl být seznámen a v rámci pracovní smlouvy se k jejich dodržování písemně zavazuje. Každý standard musí obsahovat zaměření určující oblast, které se konkrétně týká, zpravidla je vyjádřeno v názvu standardu, dále závaznost, tzn. komu je určen a kdo je povinen se jím řídit, cíl standardu, který by měl být jasný, reálný, srozumitelný a měřitelný. Standardy také musí obsahovat kritéria k zajištění cíle - viz výše (kritéria struktury, výsledku a procesu), hodnocení kvality a kontrolu s uvedením, kdo jí provádí, jak často, jaké jsou sankce při nedodržení standardu (AUTORSKÝ, 2006).

4.2 Akreditace joint commission internaional (JCI)

Akreditací rozumíme proces, kdy nezávislá nestátní instituce posuzuje činnost zdravotnického zařízení a ověřuje, jak její jestli její činnost odpovídá standardům kvality ošetrovatelské péče. Akreditační šetření posuzuje dodržení příslušných standardů. O akreditaci JCI může požádat zdravotnické zařízení, které splnilo tyto podmínky: poskytuje v příslušném státě zdravotnickou péči a pro tuto činnost splňuje veškeré legislativně stanovené požadavky, odpovídá za zvyšování kvality poskytované péče a služeb a poskytuje druh a formu zdravotní péče, které standardy JCI upravují. Účelem akreditace je podpora zvyšování kvality zdravotnické péče. Při akreditačním šetření se hodnotí veškerá činnost zdravotnického zařízení, přihlíží se také ke kulturním a legislativním faktorům ovlivňujících péči. Výsledkem akreditačního šetření je pak udělení či neudělení akreditace. Akreditace je udělena, jestliže zařízení splňuje standardy JCI. Akreditované zařízení poté obdrží konečnou zprávu o akreditace a akreditační certifikát. Tato akreditace je platná po dobu tří let, pokud není JCI odejmuta předčasně (INTERNATIONAL, 2005).

4.3 Ošetrovatelský audit

Ošetrovatelský audit sbírá data z ošetrovatelské dokumentace a další dokumentace. Hodnotí kvalitu péče pomocí nástrojů pro hodnocení kvality (AUTORSKÝ, 2002).

Kromě výsledků je nutné hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče pomocí následujících metod: „pozorovat sestry při práci, kontrolovat ošetrovatelskou dokumentaci, sbírat statistické údaje, dotazovat se pacientů, kteří využívají ošetrovatelských služeb, zjistit, jak je péče hodnocena spolupracovníky, zjistit, jak sestra hodnotí vlastní práci, sledovat, jak si sestry předávají nemocné a službu, měřit účinnost péče např. podle délky jejího trvání nebo podle frekvence kontaktů mezi pacientem a sestrou, zjistit, jak hodnotí péči někdo zvnějšku, provádět inspekční kontroly, například zástupci Ministerstva zdravotnictví (AUTORSKÝ, 2006 s. 21,22)“.

4.4 Indikátory kvality v nemocnici TGM v Hodoníně

Pro lepší představu uvádíme konkrétní indikátory kvality, které v praxi sledují v NTGM.

Mezi tyto indikátory kvality patří: „personální obsazení a kvalifikační struktura – zaměstnávání sester a dalších PNZO s různou úrovní vzdělání včetně nižšího a pomocného zdravotnického personálu, prevalence dekubitů, spokojenost pacientů s poskytnutou péčí, pády, sledování a vyhodnocování mimořádných událostí, radiodiagnostické oddělení - provádí řízení neshodného produktu, průběžně analyzuje opakované provedení snímků a čtvrtletně vyhodnocuje formou grafu, centrální operační sály a sterilizace - provádí monitorování pacientů nesprávně připravených k operaci“ (MORAVOVÁ, 2008).

4.5 Péče o seniory v ČR

Péče o seniory by se měla opírat o následující zásady: pacient má právo podílet se na všech rozhodnutích týkajících se jeho zdraví a péče o jeho osobu, pacient má právo být vyslechnut trpělivě a vstřícně, má právo být zastupován, pokud si toto bude přát, pacient má právo na pomůcky usnadňujícím vypořádat se s poruchami zraku, sluchu apod., pacient má právo být jasně a srozumitelně informován o svém zdravotním stavu, pokud si bude toto přát, bude mu vydána písemná zpráva o jeho stavu a diagnóze, pacient má právo být informován o vlastním zdravotním stavu dříve, než budou informováni jeho příbuzní, pacient má dále právo nahlížet do svých zdravotních záznamů, podat stížnost, na kterou musí obdržet písemnou odpověď, pacient má právo na informace o dostupnosti služeb o možnostech podpory a pomoci, dále na pomoc a vysvětlení v případech potřeby informací o svém, onemocnění a informací nezbytných pro další rozhodování, pacient má právo být informován o zdravé výživě a zdravém stylu života, dále o pohybovém režimu a má také nárok na preventivní celkové lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, pacient má právo, aby mu byly předepisovány léky, které by vhodně léčily jejich onemocnění (je žádoucí, aby pacient mohl nápisy na lékovkách

snadno přečíst, bez potíží otevřít, aby mu byly správně podávány, dávkovány), pacient má právo na přiměřenou dopravu do zdravotnického zařízení v případě, nebude-li moci zajistit si jí sám, právo na dostupný a jednoduchý transport mezi nemocnicemi, v případě zhoršující se hybnosti a při rizicích pádů má pacient nárok na spolupráci se specializovaným týmem, právo na pomoc v nenadálých situacích způsobených těmito problémy, v případě inkontinence má pacient právo na vyšetření objasňující příčiny tohoto problému, právo na jeho léčení a pomůcky ke zvládnání této situace, starší nemocní pacienti mají také nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě potřeby, právo na zotavení a rehabilitaci (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

Klíčová je hlavně úloha rodiny, která je považována za základní prvek společnosti a jako taková by měla plnit funkci pečující podpory pro všechny své členy bez ohledu na věk. Pokud dojde ke zhoršení stavu seniora, je potřeba dodat rodině služby, které se o něj adekvátně postarají. Neméně významná je role komunity – obce, města, jež by měla vytvořit vhodné podmínky pro občany seniory s určitým zdravotním omezením, především dostatečné množství služeb pro seniory, snadný přístup ke všem potřebným informacím a zajistit, aby nedocházelo k diskriminaci těchto občanů. Mezi služby pro seniory řadíme především ošetrovatelskou pomoc a službu v domácnosti, dále rehabilitaci, sociální práci, péči respirační, osobní asistenci, denní centra pro seniory a v neposlední řadě také podpůrné programy pro pečující rodiny. Je potřeba zajistit jak péči zdravotní, tak péči sociální, což se jeví zatím jako největší problém.

Pro lepší představivost uvádíme následující rozdělení zdravotně sociální péče o seniory: akutní zdravotní péče, dlouhodobá až trvalá péče, ambulantní a domácí péče, stacionáře, ústavní péče, sociální péče a intervence (HOLMEROVÁ, 2002).

5 SYSTÉM ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB PRO SENIORY V ČR

Péči o seniory můžeme rozdělit stručně na akutní, rehabilitační, dlouhodobou, trvalou, ambulantní, pobytovou, terénní a službu péče o domácnost. Podle dokumentu Zdraví pro 21. Století Světové zdravotnické organizace, je v primární zdravotní péči kladen důraz zejména na integraci služeb v sektoru zdravotnictví. Jako nejdůležitější součást zdravotní péče je tímto dokumentem označován lékař, sestry a další spolupracovníci, stejně tak sociální služby a místní správa. Je nezbytné, aby primární zdravotní péče byla dobře koordinována a pružně reagovala na proměnlivé potřeby seniorů. Z těchto důvodů jsou součástí primární péče o seniory denní centra pro seniory, noční péče, dále možnost krátkodobých a dlouhodobých pobytů, nouzové volání a návštěvní služba. Česká zdravotnická legislativa používá v souvislosti se zdravotní péčí seniorů mimo jiné tyto důležité pojmy – lékař, domácí péče (home care). Zajištění vyhovujících služeb pro seniory není však pouze úkolem zdravotnictví a sociální péče, i když je to úkol zejména pro ně. Nepopíratelná je úloha státu a také nestátních subjektů. Jedná se totiž o záležitost celospolečenskou. Každý starší člověk jistě ocení a upřednostní, může-li být ošetřován ve svém domácím prostředí (domácí prostředí může být podpořeno stacionáři v denních centrech, pečovatelskou službou), existují však situace, kdy je nutné přejít k ústavní péči (nemocnice, léčebny a domovy seniorů) (HOLMEROVÁ, 2002).

Výběr konkrétní služby či formy péče je dán mírou soběstačnosti pacienta seniora a jeho aktuálním zdravotním stavem. Setrvávání seniora, který je trvale závislý na pomoci druhé osoby v přirozeném prostředí, je podmíněné dobře fungujícími sociálními službami (terénní služby – pečovatelská služba). Hlavním cílem pečovatelských služeb je zajištění základních životních potřeb klientů, podpora samostatnosti a nezávislosti, zachování kontaktu se sociálním prostředím a případné oddálení umístění do ústavní péče (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

Jednou z možností je domácí péče. Jedná se o zdravotnickou činnost poskytovanou kvalifikovanými sestrami, která je, jak již název vypovídá, prováděna v domácnostech pacientů seniorů. Nejčastěji tuto službu poskytují agentury domácí péče nebo může být součástí komplexu služeb, nemocnic apod. (HOLMEROVÁ, 2002).

Zdravotní péče může být poskytována také ve zdravotnických zařízeních ambulantního či lůžkového typu. Mezi oddělení následné péče patří rehabilitační a doléčovací oddělení (léčebna dlouhodobě nemocných), tato péče je určena seniorům, u nichž je potřeba zajistit následnou rehabilitaci (například nácvik chůze). Další typy speciálních oddělení, které najdeme například ve fakultních nemocnicích, jsou určeny k vyléčení akutního onemocnění, návratu do původního zdravotního stavu a původního sociálního prostředí (MLÝNKOVÁ, 2011).

Další možností je ošetrovatelský typ péče. Do tohoto typu se dostane pouze malé procento pacientů, u nichž došlo k vyčerpání možností léčení a rehabilitace, jejichž stav se stabilizoval na úrovni vyžadující kvalifikovanou ošetrovatelskou péči, kterou není možno efektivně poskytovat v domácím prostředí pacienta (povaha onemocnění – demence, hemiplegie). Doba pobytu může být i několik měsíců, případně let (HOLMEROVÁ, 2002).

Sociální hospitalizace je dalším typem. Jedná se o složku sociálních služeb poskytovanou v ústavních zdravotnických zařízeních občanům, kteří díky svému zdravotnímu stavu nejsou schopni obejít se bez pomoci další osoby. Tito pacienti nemohou být propuštěni ze zdravotnického zařízení, pokud jim není poskytnuta péče v ústavech sociální péče nebo pečovatelská služba (MARKOVÁ, 2006).

Jako poslední uvádíme hospic. Jedná se o zařízení paliativní péče sloužící pacientům s nevléčitelným onemocněním, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc povede v brzké době ke smrti. Tento druh péče je tedy určen umírajícím. V těchto zařízeních bývá kombinováno několik typů péče, podpory pacienta a jeho rodiny. Samotná myšlenka hospice vychází z úcty k životu a člověku. Hospice garantují

respektování lidské důstojnosti pacienta, že pacient nebude trpět nesnesitelnými bolestmi a že v posledních chvílích svého života nebude osamocený. Existují tři formy hospicové péče – domácí, stacionární a lůžková. Jako nejideálnější forma hospicové péče, je považována domácí hospicová péče. Má však řadu omezení – nedostatečné prostory, chybějící rodinné zázemí a další. Další typ představuje stacionární péče. Pacient do takového typu péče dochází ráno a odpoledne se vrací domů, přičemž dopravu zajišťuje rodina či hospic. Pacienti, kteří nemohou dojíždět denně, využívají lůžkové formy hospicové péče. Může se jednat o krátkodobé pobyty, i opakované. Snahou je, aby prostředí připomínalo spíše domov, než nemocnici. Není pravdou, že nemocný na hospicovém lůžku musí i zemřít, i když hospicovým pacientům je dáována přednost (HOLMEROVÁ, 2002).

Jak již bylo uvedeno, zdravotnické a sociální služby by měli jít ruku v ruce. Proto stručně uvedeme služby sociální péče a stručně je charakterizujeme. Sociální služby by měli zejména napomáhat zvyšovat nezávislost a samostatnost pacientům při rozhodování o svém životě. Napomáhají také rozvíjet nové vztahy. Mezi současné služby sociální péče o seniory řadíme – pečovatelskou službu, ústavy sociální péče pro dospělé s určitým zdravotním postižením, domovy důchodců (trvalé pobytové zařízení režimového typu sloužící starým občanům neschopným žít samostatně, ale s občasnou pomocí) domovy s pečovatelskou službou (pro seniory, kteří základní aktivity denního života zvládají samostatně, potřebují jen občasnou výpomoc) a domovy penziony (zřizovatelem obvykle stát). Služby sociální péče poskytují pomoc k zajištění celkové soběstačnosti tím, že zabezpečují základní životní potřeby osob. Mezi služby sociální péče patří – pečovatelská služba (zajištění určitých výkonů pro samostatně žijící seniory – rozvoz obědů, úklid, nákup apod.), asistenční službu a osobní asistenci, chráněné bydlení (služba pro osoby se zdravotním postižením, které potřebují pomoc jiné osoby), respitní péči (tzv. pohlídání pacienta vyžadujícího trvale dohled a péči – úleva pro pečující), stravování v jídelnách (doplňková forma péče pro zajištění kvalitní stravy a také socializační prvek), kluby důchodců, domovy sociálních služeb, ranou péči atd. Dalším typem jsou služby sociální intervence. Jejich cílem je integrace klienta a jeho začlenění do společnosti. Patří sem především – sociální poradenství (poskytují různé informace), výchovné, vzdělávací a aktivační služby (Univerzity třetího věku), terapeutické služby (svépomocné skupiny pro pečující o pacienty postižené demencí),

kontaktní centra (Česká alzheimerovská společnost), poradny, denní stacionáře (denní ambulantní služby pomáhající rodinám pacienta s péčí o něj), nouzové volání (snadné přivolání pomoci lidem s křehkým zdravotním stavem) (HOLMEROVÁ, 2002).

6 SOUČASNÝ STAV KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Oblast péče o seniory je v České republice tradičně na okraji společenského i politického zájmu. Její poskytovatelé se museli dlouhou dobu vypořádávat s nedostatkem finančních zdrojů a tak spíše bojovali o přežití, než aby měli prostor ke zlepšování kvality péče. V posledních letech došlo v sektoru péče o seniory k několika změnám. Rozvinuly se nové typy služeb, které začaly využívat nové metody práce. Tyto změny však nevycházely z iniciativy státu a jeho legislativních prostředků, nýbrž z iniciativy samotných poskytovatelů. Reformní aktivity a programy na národní úrovni byly zaznamenány až v posledních letech společně se změnou politiky. Na tomto poli bylo provedeno několik výzkumů. V současné době je zřejmé, že politika zdravotní a sociální péče jsou naprosto oddělené. Politika kvality ve zdravotní péči je značně založena na dobrovolnosti. Národní politika je v tomto směru určována pracovní skupinou Ministerstva zdravotnictví ČR ke kvalitě ve zdravotnictví. Významnou úlohu zde plní také profesní a medicínské organizace. Žádný ucelený mechanismus zdravotní péče však uplatňován není. Z pohledu kvality na poli sociální péče je tomu jinak. Tato oblast se řídí poměrně novým zákonem o sociálních službách. Je však třeba říci, že žádná všeobecně uznávaná a odsouhlasená definice kvality neexistuje, i přesto, že se v literatuře můžeme setkat s četným množstvím těchto definic. Otázka toho, co znamená kvalita života a kvalita poskytované péče v praxi, je tak stále otevřená. Tím dochází k různému vnímání pojmů kvality a ostatních pojmů souvisejících. Stejně tak nejsou definovány společné cíle řízení kvality. Dochází tak k různému výkladu a praktikování péče poskytovateli (MÁTL, 2007).

Mezi charakteristickými znaky kvalitní ošetrovatelské praxe přitom najdeme jasnou koncepci ošetrovatelského procesu, péči poskytovanou touto metodou, péči vycházející z potřeb klienta, péči týmovou, vědecky podloženou, klienty zapojené do péče, motivovaný a odborně připravený personál s praktickými zkušenostmi a stanovenými cíli, který dodržuje profesionální kodex a má příslušnou praxi (GLADKIJ, 2003).

Dotazníková šetření prokázala, že hlavním nástrojem k řízení kvality péče jsou právě výše zmiňované Standardy kvality. Problémem však zůstává jejich všeobecnost. Tím se interpretace standardů stává širokou až vágní. Na základě publikovaných výzkumů je možné tvrdit, že psané materiály, pravidla a metodiky pomáhají pracovníkům při získávání sebedůvěry a zaškolování nových zaměstnanců. A to i přes to, že psané materiály jsou samotnými poskytovateli často kritizovány. Dalším z problémů, který výzkumy odhalily, je skutečnost očekávání okamžitých výsledků. Zvýšení kvality poskytované péče je však otázkou dlouhodobějšího charakteru. Jako hlavní překážka se podle výzkumů ukázal nedostatek finančních zdrojů. Jedním z významných výzkumů týkajícího se řízení kvality a zavádění politiky kvality ve zdravotnických a sociálních službách pro staré lidi v České republice. Hlavní otázkou tohoto výzkumu je – Co napomáhá a co brání v řízení kvality u poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb pro staré lidi v České republice? Zmíněný výzkum mapuje, do jaké míry jsou respektovány a v praxi uplatňovány národní politiky poskytovateli služeb a také, zda má tvorba politiky vliv na vlastní naplňování standardů kvality. Metodami tohoto výzkumu byla revize dostupné literatury, diskuze expertů na tuto problematiku, dále dotazníkové šetření a metoda případové studie založená na polo strukturovaných rozhovorech (MÁTĽ, 2007).

7 POCHYBENÍ A SANKCE PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V následující části bychom rádi věnovali pozornost několika pochybením a následným sankcím, které se v praxi staly při poskytování ošetrovatelské péče. Tato pochybení jsou pochopitelně vnímána laickou i odbornou veřejností velice negativně, a ovlivňují více či méně další postup zdravotníka i jeho život. Je však nutné brát v úvahu, že každá činnost obsahující lidský faktor nemůže být bezchybná. Záleží vždy na tom, jaká chyba vznikne a jaké je její odstranění. Zejména jde o to, chybám předcházet (VONDRÁČEK, 2006).

7.1 Nepodání léku

„Pacientka hospitalizovaná na gynekologickém oddělení podala stížnost, ve které negativně hodnotí práci sester. Mimo jiné poukazuje na to, že sestry nedávaly léky ordinované lékařem tak, jak byly předepsány. Konkrétně tvrdí, že jí byl naordinován, ale nebyl vždy podán Aktiferin. Věc byla šetřena a bylo zjištěno, že Aktiferin byl skutečně řádně lékařem ordinován 1-0-1. Sestry na oddělení tvrdily, že lék byl skutečně podán. V dokumentaci bylo ale podání jeden den odsouhlaseno odškrtnutím a jeden den podání odsouhlaseno odškrtnutím nebylo. Z dokumentace tedy nebylo možné tvrzení pacientky vyvrátit“ (VONDRÁČEK, 2006 s. 36).

Jak je patrné z této kauzy, o podání léku musí být proveden záznam dle ustanovení provozního řádu. Z této dokumentace musí být jasné, do, kdy a jak bylo pacientovi ordinováno a podáno. Sestry v tomto případě porušily vnitřní normu upravující podávání léků a vedení dokumentace. Zaměstnavatel by mohl vůči sestřím uplatnit finanční postih (VONDRÁČEK, 2006).

7.2 Požití alkoholu při poskytování ošetrovatelské péče

„Na oddělení slavil lékař narozeniny, oslavy se zúčastnila i sestra, která nastupovala ve 14 hodin odpoledne do služby. Sestra přiznala, že vypila něco vína. Účastníci oslavy uváděli 3 skleničky. Popírala však, že by jevila výrazné známky alkoholického opojení a již vůbec ne, že by se při chůzi potácela. Žádná ze zkoušek na alkohol u ní provedena nebyla. Sestra měla s pacientem několikrát nedorozumění, protože dle vyjádření sestry byl pacient neukáznivý. Záznam o tom však v dokumentaci nebyl“ (VONDRÁČEK, 2006 s. 51).

Sestra se v tomto případě dopustila porušení pracovněprávní odpovědnosti, jelikož postupovala v rozporu se zákoníkem práce, který stanovuje povinnost nepožívat alkoholické nápoje a ani nevstupovat pod jejich vlivem na pracoviště. Zaměstnavatel je oprávněn snížit sestře osobní ohodnocení. Jiného činu se sestra nedopustila, neboť nevznikla žádná škoda ani nebyl spáchán trestný čin (VONDRÁČEK, 2006).

7.3 Zanedbávání péče

„Pacientka byla pro dlouhodobé zažívací obtíže vyšetřena a byla diagnostikována mnohočetná cholecystolitiáza. Předoperační vyšetření výkon nekontrandikovalo, a tak byla pacientka řádně k operaci připravena. Po podání premedikace sestra předala pacientku sanitáři s potřebnou zdravotnickou dokumentací a ve stanovenou dobu přikázala, aby sanitář pacientku odvezl na operační trakt. Sanitář tvrdil, že jel s pacientkou stejně jako již několikrát, když vezl jiné pacientky. V ohybu chodby se vzpříčilo otáčivé kolečko vozíku a vozík se převrhl. Sanitář ihned zavolal pomoc. Ošetřující lékař pacientku na místě vyšetřil a správně ordinoval rentgenové vyšetření, které potvrdilo diagnózu dislokované zlomeniny krčku kosti stehenní. Pacientka byla okamžitě podrobně o zranění informována a souhlasila s operačním řešením zlomeniny. Pooperační průběh byl klidný, rána zhojena per prima. Při hospitalizace byla horší komunikace s pacientkou a zejména s její rodinou. Brzy po propuštění požadoval manžel pacientky telefonicky jednání o odškodném. Následně pak

o to požádala pacientka sama písemně a pak její právní zástupce. Protože pacientka nebyla spokojena s přístupem zdravotnického zařízení, kterému vytýkala liknavé jednání, neboť měla představu, že požádá o odškodnění a ředitel zdravotnického zařízení jí ihned částku vyplatí, podala trestní oznámení pro těžkou újmu na zdraví a právní zástupce požádal soudního znalce o vyčíslení odškodného“ (VONDRÁČEK, 2011 s. 60-61).

Z tohoto případu vyplývá sanitářova zodpovědnost. Odškodné pacientce vyplatí zdravotnické zařízení, jeho výše bude záležet na tom, jak situaci pacientka doloží. Sanitář měl být poučen staniční sestrou, i když tuto činnost nedělal poprvé. Jeho odpovědnost je však nesporná, neboť těžkou újmu na zdraví způsobil právě on.

8 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U SENIORŮ - EMPIRICKÁ ČÁST

Téma průzkumu

Míra kvality ošetrovatelské péče u seniorů.

Průzkumný problém

Jak senioři vnímají kvalitu jim poskytované ošetrovaleské péče?

Cíl průzkumu

Hlavním cílem průzkumného šetření je zjistit, za jak kvalitní považují senioři v Nemocnici Jindřichův Hradec jim poskytovanou ošetrovatelskou péči

Zkoumaný soubor

Respondenti byli v základním souboru vybíráni na základě zkráceného mentálního bodovacího testu pro ošetrovatelské hodnocení (příloha E). Velikost vzorku činí 38 respondentů (100 %). Z uvedených respondentů při strukturovaném rozhovoru odpovídalo 37 (97 %).

Časové rozmezí

Průzkumné šetření bylo prováděno v období od 4. 2. 2013 – 18. 2. 2013.

Metody a techniky

Při průzkumném šetření byl použit strukturovaný rozhovor. Tato metoda byla vybrána z praktických a časových důvodů a v mapování námi zkoumaných položek se osvědčila. Rozhovor obsahuje 26 položek, které byly zpracovány do formuláře, s nímž jsme během strukturovaného rozhovoru pracovali.

Průzkumný tým

Individuální průzkum

Zpracovatel – Lorenc Tomáš

Zpracování

Získaná data byla zodpovědně vytříděna a zpracována kvalitativní metodou a vyjádřena v absolutních číslech. Jednotlivé položky byly zpracovány do přehledných tabulek a grafů s procentuálním vyjádřením.

Organizační zabezpečení

Zvolený časový prostor je 14 dní. Průzkumné šetření bude financováno z vlastních prostředků průzkumníka.

Průzkumné cíle

Cíl hlavní Zjistit, zda jsou senioři spokojeni s ošetrovatelskou péčí.

Cíl 1 - Zjistit, zda je spokojenost s péčí závislá na pohlaví.

Cíl 2 - Zjistit, zda jsou senioři spokojeni se stravou.

Cíl 3 - Zjistit, zda jsou senioři spokojeni s přístupem ošetrojícího

Cíl 4 - Zjistit, zda jsou senioři aktivizováni během dne.

Průzkumné otázky

Otázka hlavní - Jsou senioři spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

Průzkumná otázka 1 - Jsou obě pohlaví stejně spokojena s přístupem personálu?

Průzkumná otázka 2 – Jsou klienti nespokojeni s kvalitou podávané stravy?

Průzkumná otázka 3 – Jsou pacienti spokojeni s přístupem ošetrojícího personálu?

Průzkumná otázka 4 - Jsou klienti během dne aktivizováni?

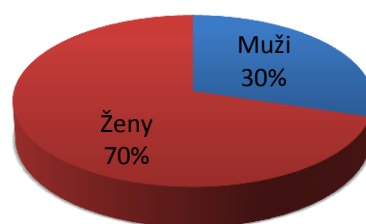
8.1 Výsledky vlastního průzkumu

Položka č. 1 - Pohlaví

Tabulka 1 - Pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	11	29 %
Ženy	26	68 %
Nespolupracující respondenti	1	3 %
Celkem	38	100 %

Graf 1 – Pohlaví.



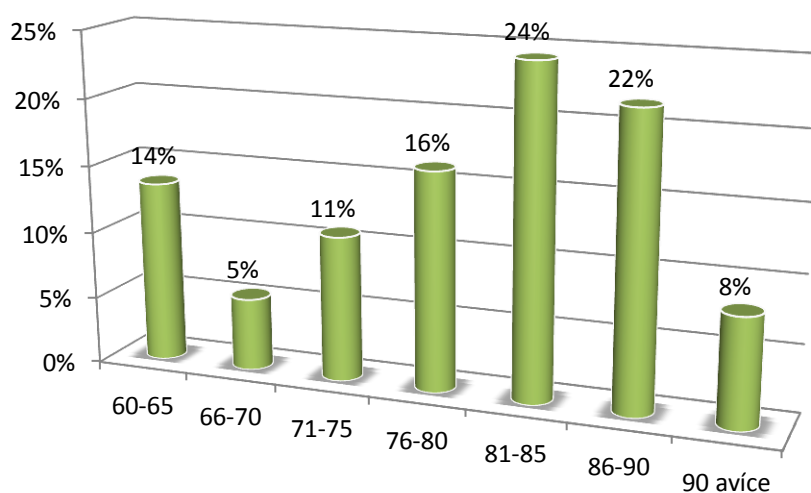
Graf 1 ukazuje počet respondentů oslovených v Nemocnici Jindřichův Hradec. Celkový počet respondentů byl 37 (100 %). Z celkového počtu 37 respondentů bylo 11 (30 %) mužů a 26 (70 %) žen.

Položka č. 2 - Kolik je vám let?

Tabulka 2 - Věkové rozmezí respondentů.

Věkové rozmezí	60-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	90 a více
Absolutní četnost	5	2	4	6	9	8	3
Relativní četnost (%)	14 %	5 %	11 %	16 %	24 %	22 %	8 %

Graf 2 - Věkové rozmezí respondentů.



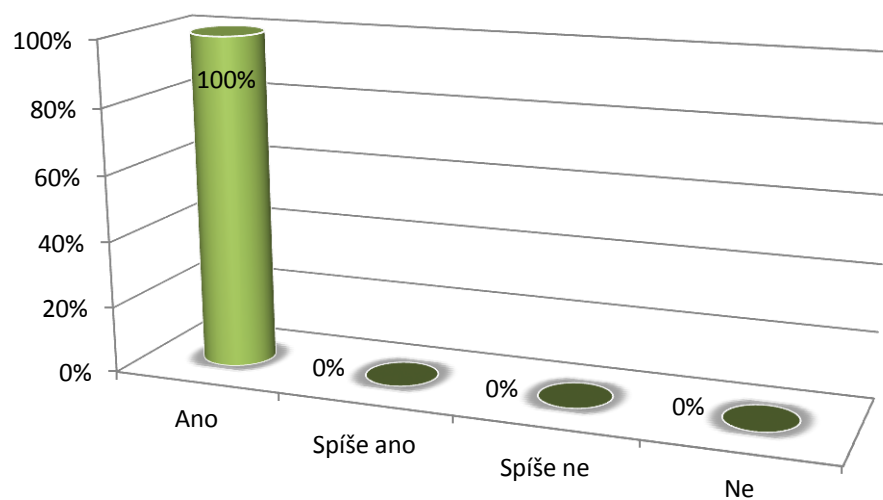
Graf 2 znázorňuje věkové zastoupení respondentů. Ve věku 60 – 65 let byl zastoupen 5 (14 %) respondenty. Věk 66 – 70 let byl zastoupen 2 (5 %) respondenty. Ve věku 71 – 75 let odpovídali 4 (11 %) respondenti. Ve věku 76 - 80 let odpovídalo 6 (16 %) respondentů. Respondenti ve věku mezi 81 – 85 lety byli zastoupeni 9 (24 %) dotazovanými. Ve věku 86 – 90 let odpovídalo 8 (22 %) respondentů. A 3 (8 %) respondenti odpovídali ve věku 90 let a více.

Položka č. 3 – Vyhovuje vám doba návštěv?

Tabulka 3 - Spokojenost s dobou návštěv.

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
Absolutní četnost	37	0	0	0
Relativní četnost (%)	100 %	0 %	0 %	0 %

Graf 3 - Spokojenost s dobou návštěv.



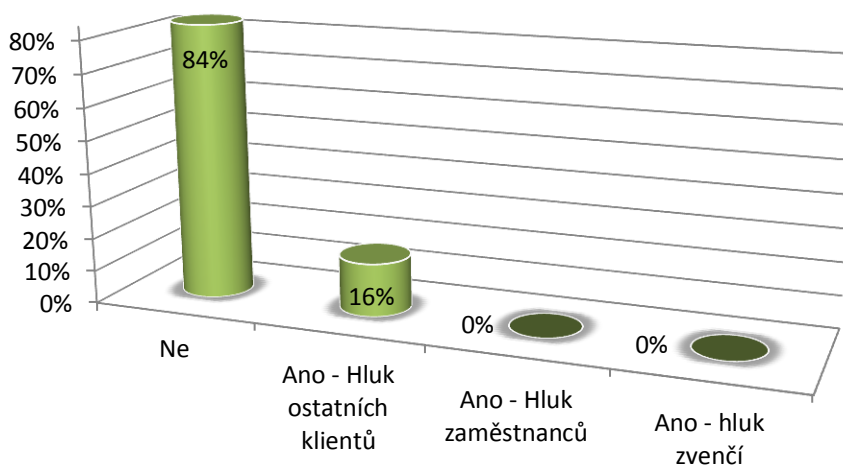
Graf 3 Ukazuje spokojenost s dobou návštěv. 37 (100 %) respondentů odpovědělo ano. Všem tázaným respondentům tedy doba návštěv vyhovuje. 0 respondentů odpovědělo spíše ano, 0 respondentů odpovědělo spíše ne a 0 respondentů odpovědělo ne.

Položka č. 4 – Ruší vás v noci hluk?

Tabulka 4 - Přítomnost hluku v nočních hodinách.

	Ne	Ano- Hluk ostatních klientů	Ano- Hluk zaměstnanců	Ano Hluk z venčí
Absolutní četnost	31	6	0	0
Relativní četnost (%)	84 %	16 %	0 %	0 %

Graf 4 - Přítomnost hluku v nočních hodinách.



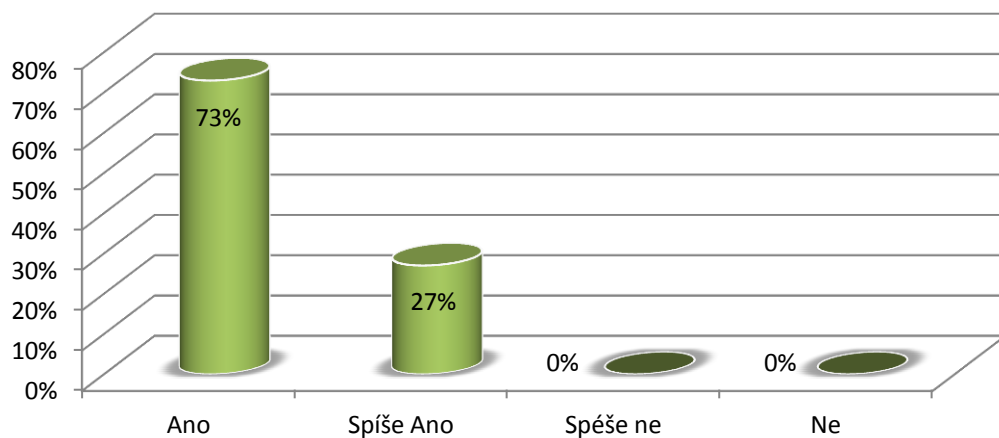
Graf 4 zobrazuje, odpovědi na položku z průzkumného šetření číslo 4. 31 (84 %) odpovědělo, že je žádný hluk v noci neruší. 6 (16 %) respondentů uvedlo, že bývají rušeni hlukem ostatních klientů.

Položka č. 5 – Máte dostatek soukromí?

Tabulka 5 - Soukromí pacientů.

	Ano	Spíše Ano	Spíše Ne	Ne
Absolutní četnost	27	10	0	0
Relativní četnost (%)	73 %	27 %	0 %	0 %

Graf 5 - Soukromí pacientů.



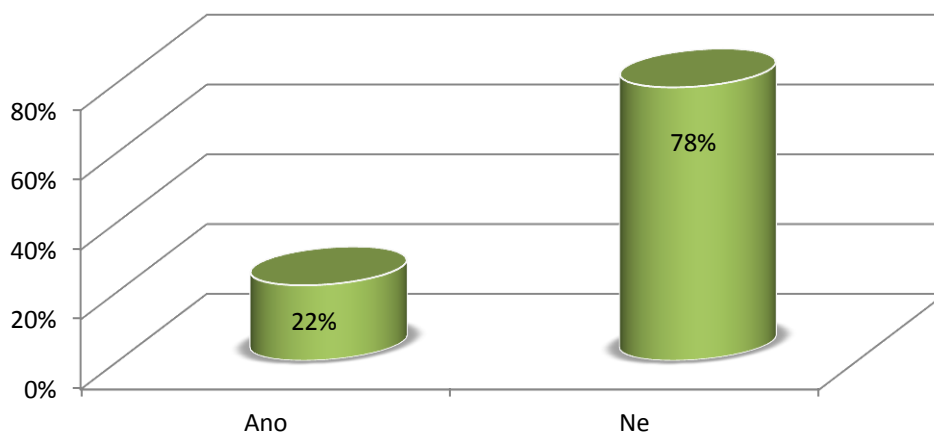
Graf 5 ukazuje, jak vnímají pacienti soukromí v zařízení. Na tuto položku odpovědělo 27 (73 %) respondentů ano a 10 (27 %) respondentů spíše ano. Záporné odpovědi se v této položce nevyskytly.

Položka č. 6 – Stalo se vám někdy, že jste spadl/a z lůžka?

Tabulka 6 - Četnost pádů z lůžka.

	Ano	Ne
Absolutní četnost	8	29
Relativní četnost (%)	22 %	78 %

Graf 6 - Četnost pádů z lůžka.



Graf 6 ukazuje četnost pádů z lůžka. Na položku číslo 6 odpovědělo 29 (78 %) respondentů ne. 8 (22 %) respondentů odpovědělo ano.

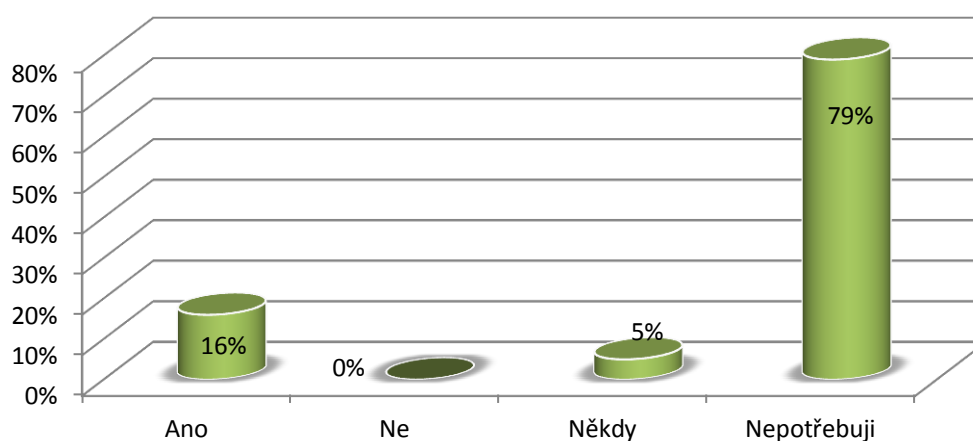
Položka č. 7 – Pomáhá vám ošetřující personál měnit polohu na lůžku?

Tabulka 7 - Pomoc personálu při polohování.

	Ano	Ne	Někdy	Nepotřebuji
Absolutní četnost	6	0	2	29
Relativní četnost (%)	16 %	0 %	5 %	79 %

Opravdu si myslím, že by tam mělo být vždy i celkem odpovídajících respondentů

Graf 7 - Pomoc personálu při polohování.

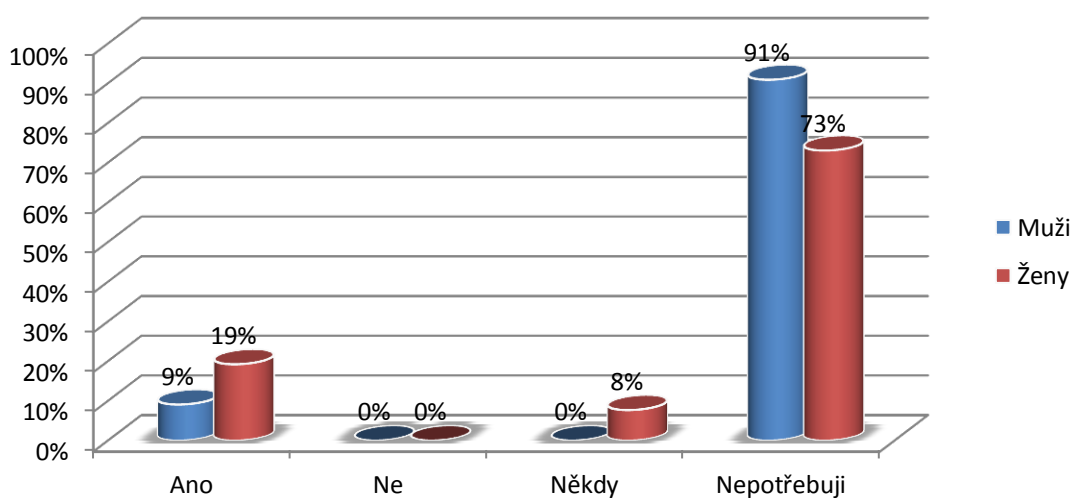


Graf 7 ukazuje na pomoc ošetřujícího personálu při polohování pacientů. 29 (79 %) respondentů nevyžaduje pomoc od personálu. 2 (5 %) respondenti uvedli někdy. 6 (16 %) respondentů uvedlo, že jim personál s polohováním na lůžku pomáhá.

Tabulka 8 – Pomoc personálu při polohování pacientů vzhledem k jejich pohlaví.

	Ženy	Ženy %	Muži	Muži %
Ano	5	19 %	1	9 %
Ne	0	0 %	0	0 %
Někdy	2	8 %	0	0 %
Nepotřebuji	19	73 %	10	91 %
Celkem	26	100 %	11	100 %

Graf 8 - Pomoc personálu při polohování pacientů vzhledem k jejich pohlaví.



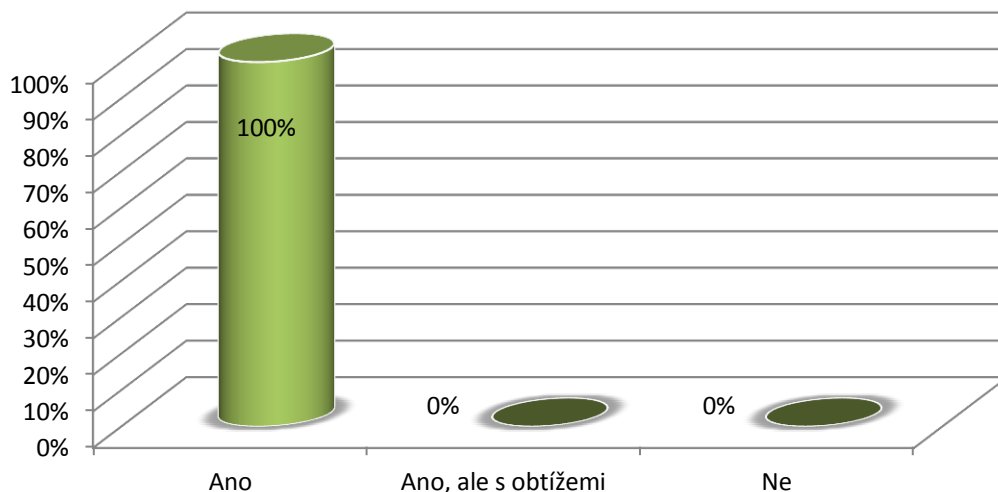
Graf 8 ukazuje rozdělení respondentů vzhledem k jejich pohlaví a zohledňuje ho vzhledem k míře jejich polohování na lůžku za pomoci ošetřujícího personálu. 1 (9 %) muž a 5 (19 %) žen potvrdilo pomoc personálu při polohování na lůžku. 2 (8 %) ženy uvedly, že jim s polohováním personál pomáhá někdy. 10 (91 %) mužů a 19 (73 %) žen s polohováním pomoc nepotřebují. Z tohoto znázornění vyplývá, že míra pomoci s polohováním u mužů je vyšší, než je tomu u žen.

Položka č. 8 – Dosáhnete na signalizační zařízení?

Tabulka 9 - Přístupnost signalizačního zařízení.

	Ano	Ano, ale s obtížemi	Ne
Absolutní četnost	37	0	0
Relativní četnost (%)	100 %	0 %	0 %

Graf 9 - Přístupnost signalizačního zařízení.



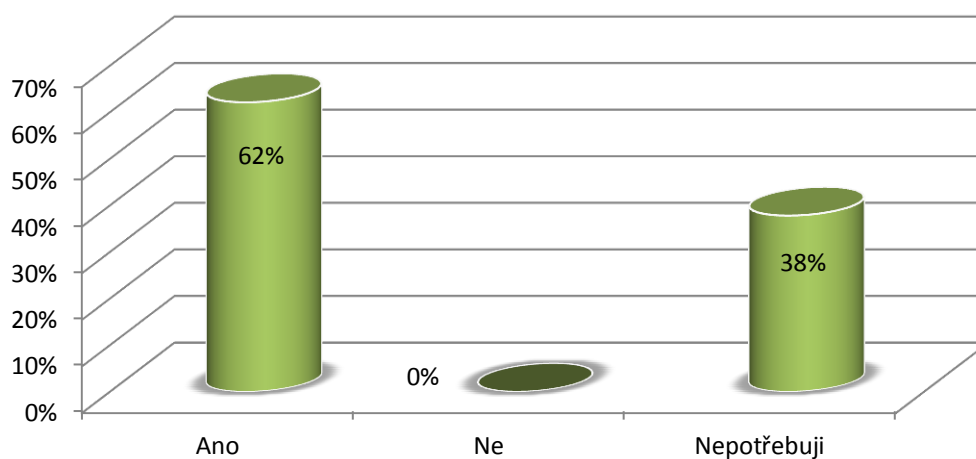
Graf 9 znázorňuje odpovědi na položku číslo 8, zda respondenti dosáhnou na signalizační zařízení. 37 (100 %) respondentů uvedlo ano.

Položka č. 9 – Pomáhá vám ošetřující personál s hygienou? (ráno večer)

Tabulka 10 - Pomoc personálu s hygienou pacientům.

	Ano	Ne	Nepotřebuji
Absolutní četnost	23	0	14
Relativní četnost (%)	62 %	0 %	38 %

Graf 10 - Pomoc personálu s hygienou pacientům.

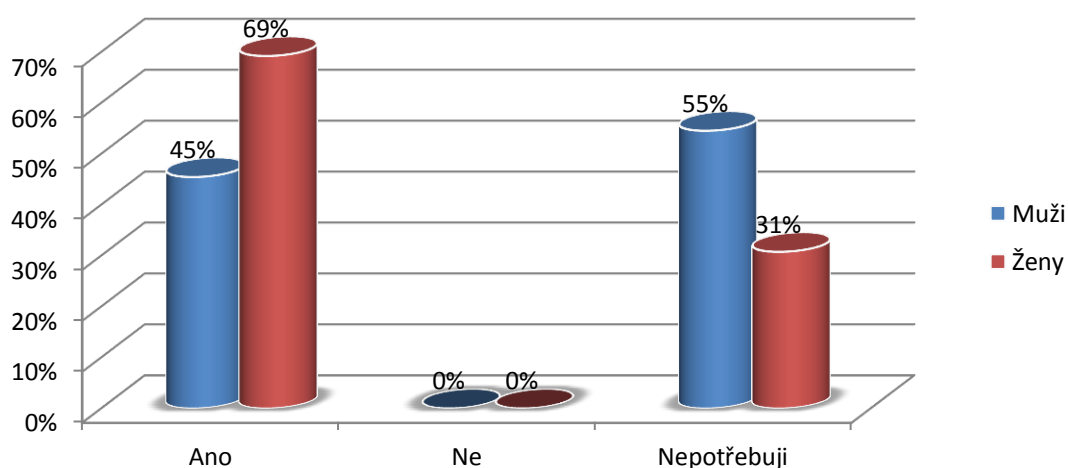


Graf 10 ukazuje pomoc ošetřujícího personálu s hygienou. 14 (38 %) respondentů pomoc s hygienou nepotřebovalo a 23 (62 %) respondentům s hygienou personál v případě potřeby pomáhá.

Tabulka 11 - Pomoc personálu s hygienou pacientům vzhledem k pohlaví.

	Ženy	Ženy %	Muži	Muži %
Ano	18	69 %	5	45 %
Ne	0	0 %	0	0 %
Nepotřebuji	8	31 %	6	55 %
Celkem	26	100 %	11	100 %

Graf 11 - Pomoc personálu s hygienou pacientům vzhledem k pohlaví.



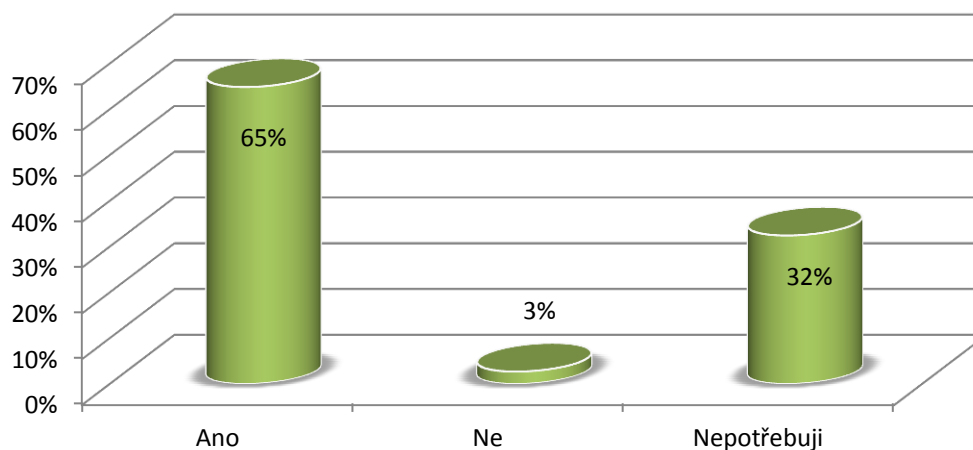
Graf 11 znázorňuje rozdělení respondentů vzhledem k jejich pohlaví a zohledňuje ho vzhledem míře poskytované pomoci s hygienou poskytovanou ošetřujícím personálem. 18 (69 %) žen a 5 (45 %) mužů potvrdilo pomoc personálu s hygienou v případě potřeby. 8 (31 %) žen a 6 (55 %) mužů nepotřebuje pomoc s hygienou. Z průzkumného šetření vyplývá, že ženy častěji využívají pomoc personálu při hygieně.

Položka č. 10 – Nabízí vám ošetřující personál tekutiny během dne?

Tabulka 12 - Pitný režim pacienta.

	Ano	Ne	Nepotřebuji
Absolutní četnost	24	1	12
Relativní četnost (%)	65 %	3 %	32 %

Graf 12 - Pitný režim pacienta.



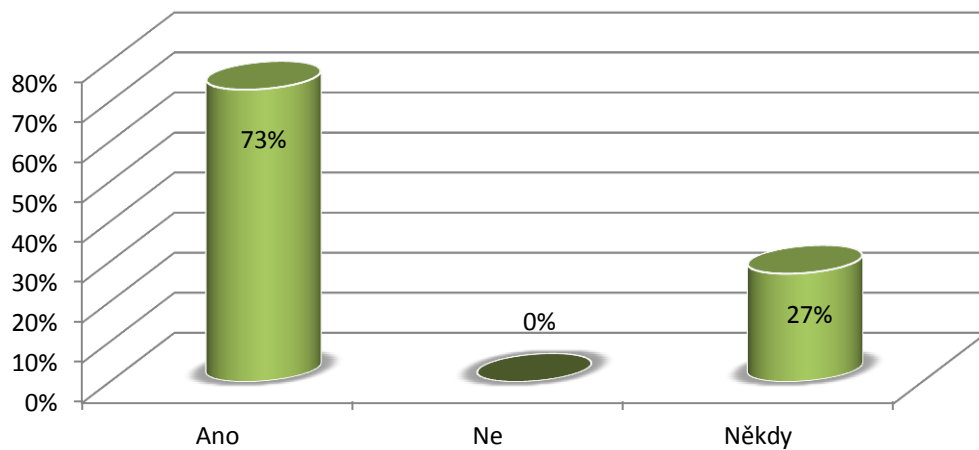
Graf 10 ukazuje, zda personál nabízí tekutiny pacientům. 24 (65 %) respondentů uvedlo ano, personál jim nabízí tekutiny během dne, 1 (3 %) respondent uvedl ne. 12 (32 %) respondentů se sami aktivně starají o svůj pitný režim.

Položka č. 11 - Navazuje s vámi personál oční kontakt při komunikaci?

Tabulka 13 - Oční kontakt s pacientem.

	Ano	Ne	Někdy
Absolutní četnost	27	0	10
Relativní četnost (%)	73 %	0 %	27 %

Graf 13 - Oční kontakt s pacientem.

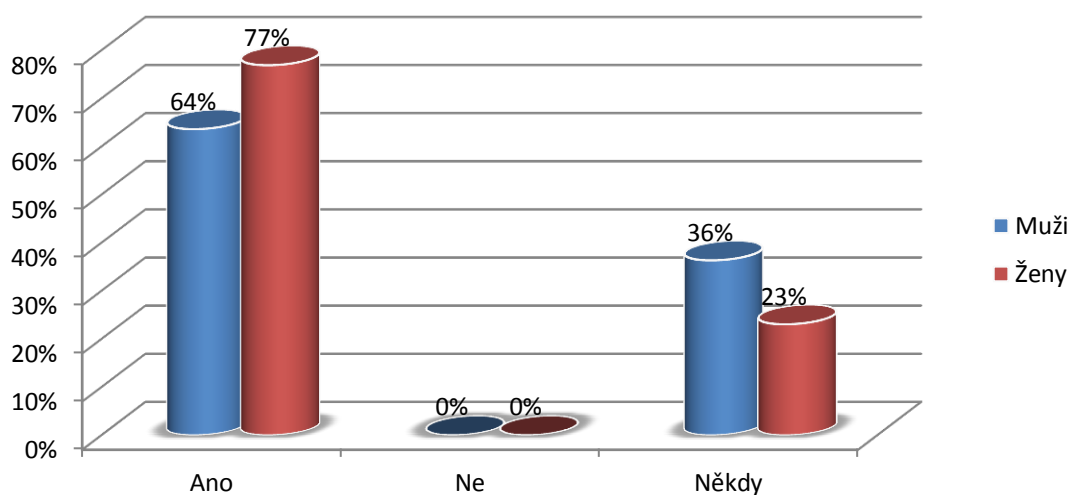


Graf 11 zobrazuje, jestli personál při komunikaci s pacienty navazuje oční kontakt. Oční kontakt personálu s respondentem potvrdilo 77 (73 %) respondentů. 10 (27 %) respondentů uvedlo oční kontakt jen někdy.

Tabulka 14 - Oční kontakt s pacientem dle pohlaví.

	Ženy	Ženy %	Muži	Muži %
Ano	10	77 %	7	64 %
Ne	0	0 %	0	0 %
Někdy	6	23 %	4	36 %
Celkem	26	100 %	11	100 %

Graf 14 - Oční kontakt s pacientem dle pohlaví.



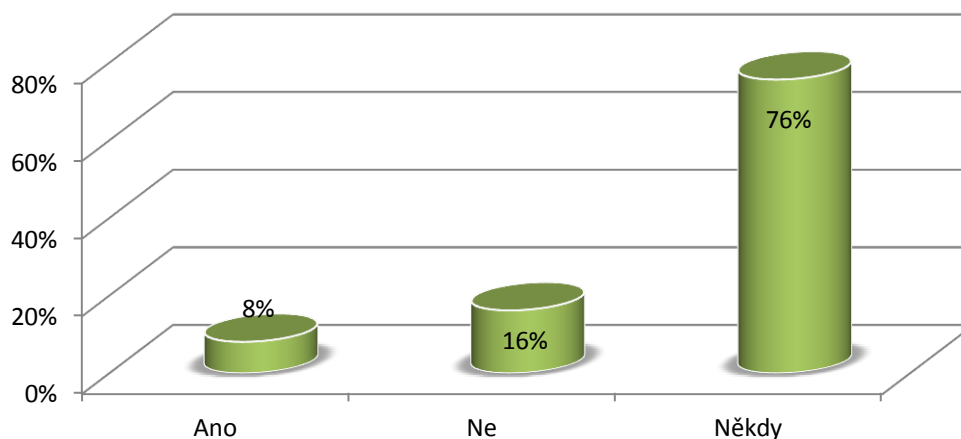
Graf 14 ukazuje míru očního kontaktu ošetřujícího personálu vzhledem k pacientovu pohlaví. 10 (77 %) žen a 7 (36 %) potvrdilo přítomnost očního kontaktu při komunikaci. 6 (23 %) žen a 4 (36 %) muži uvedli oční kontakt jen někdy.

Položka č. 12 – Navazuje s vámi ošetřující personál oční kontakt při komunikaci?

Tabulka 15 - Kontakt s pacientem.

	Ano	Ne	Někdy
Absolutní četnost	3	6	28
Relativní četnost (%)	8 %	16 %	76 %

Graf 15 - Kontakt s pacientem.

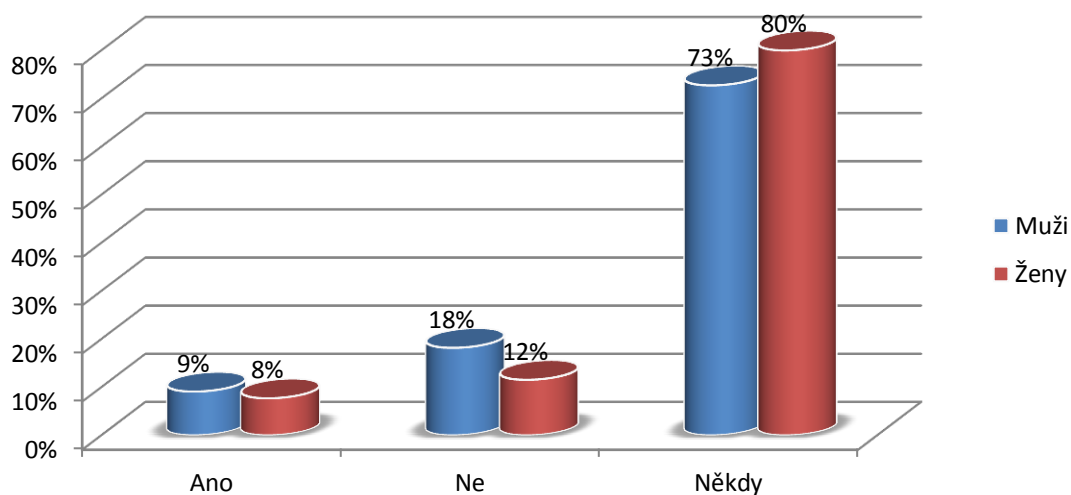


Graf 12 zobrazuje, zda personál při komunikaci navazuje tělesný kontakt s pacientem. 3 (8 %) respondenti neodpověděli ano. 6 (16 %) respondentů uvedlo ne. 28 (76 %) respondentů uvedlo tělesný kontakt při komunikaci jen někdy.

Tabulka 16 - Kontakt s pacientem v závislosti na jeho pohlaví.

	Ženy	Ženy %	Muži	Muži %
Ano	2	8 %	1	9 %
Ne	3	12 %	2	18 %
Někdy	21	80 %	8	73 %
Celkem	26	100 %	11	100 %

Graf 16 - Kontakt s pacientem v souvislosti na jeho pohlaví.



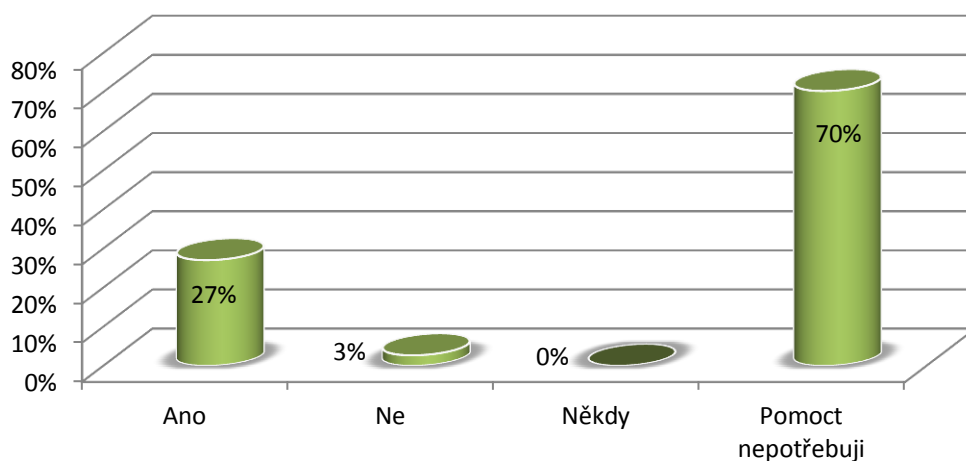
Graf 16 ukazuje souvislost mezi kontaktem ošetřujícího personálu a pohlavím pacienta. 2 (8 %) ženy a 1 (9 %) muž potvrdili kontakt s personálem při komunikaci. 3 (12 %) ženy a 2 (18 %) muži nezaznamenávají kontakt s ošetřujícím personálem. 21 (80 %) žen a 8 (73 %) mužů zaznamenávají kontakt s personálem jen někdy. Muži a ženy uvedli, že kontakt při komunikace je spíše občasný.

Položka č. 13 - pomáhá vám personál v případě potřeby s konzumací stravy?

Tabulka 17 - Pomoc personálu se stravou.

	Ano	Ne	Někdy	Pomoc nepotřebuji
Absolutní četnost	10	1	0	26
Relativní četnost (%)	27%	3%	0%	70%

Graf 17 - Pomoc personálu se stravou.

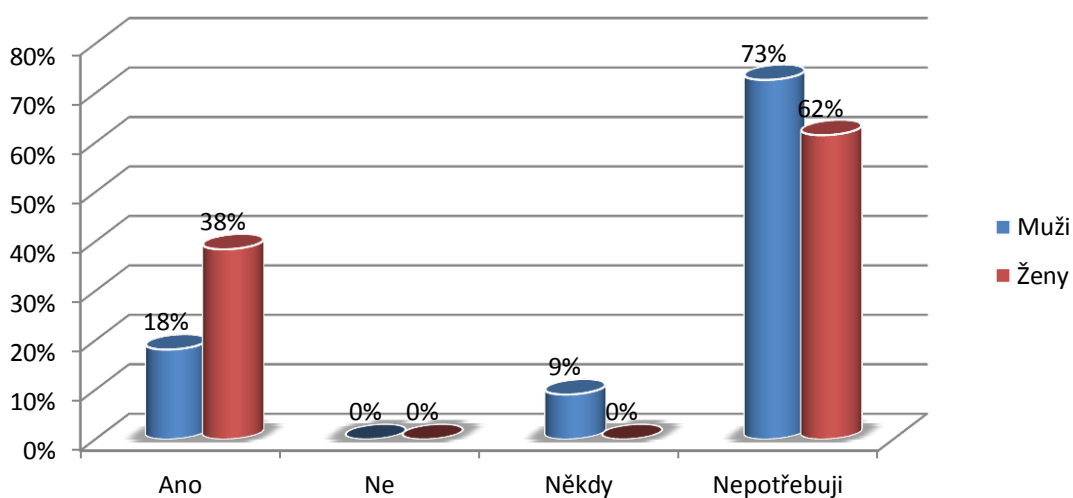


Graf 13 znázorňuje, zda pacientům pomáhá personál s přípravou a konzumací stravy. 10 (27 %) respondentů uvedlo ano. Personál jim se stravou pomáhá. 1 (3 %) respondent uvedl ne. Personál mu se stravou nepomáhá. Zbýlých 26 (70 %) respondentů uvedlo, že pomoc s konzumací stravy nepotřebují.

Tabulka 18 - Pomoc personálu se stravou v souvislosti na pohlaví.

	Ženy	Ženy %	Muži	Muži %
Ano	10	38 %	2	18 %
Ne	0	0 %	0	0 %
Někdy	0	0 %	1	9 %
Nepotřebuji	16	62 %	8	73 %
Celkem	26	100 %	11	100 %

Graf 18 - Pomoc se stravou v souvislosti na pohlaví.



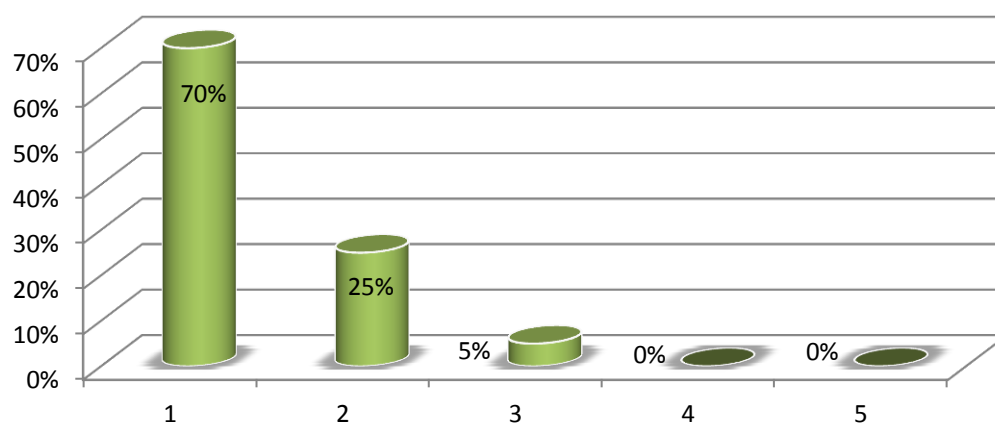
Graf 18 ukazuje souvislost mezi pohlavím respondenta a pomoci se stravou ze strany ošetřujícího personálu. 16 (62 %) žen a 8 (73 %) mužů pomoc se stravou nepotřebují. 10 (38 %) žen a 2 (18 %) mužů uvedlo, že jim v případě potřeby ošetřující personál se stravou pomáhá. 1 (9 %) muž uvedl, že je mu pomoc se stravou poskytována jen někdy.

Položka č. 14 – Jak hodnotíte přístup ošetřujícího personálu k vaší osobě? Ohodnoťte od jedné do pěti, jako ve škole, kdy 1 znamená nejlépe a 5 nejhůře.

Tabulka 19 - Hodnocení přístupu ošetřujícího personálu k pacientům.

Hodnocení	1	2	3	4	5
Absolutní četnost	26	9	2	0	0
Relativní četnost (%)	70 %	25 %	5 %	0 %	0 %

Graf 19 - Hodnocení přístupu ošetřujícího personálu k pacientům.

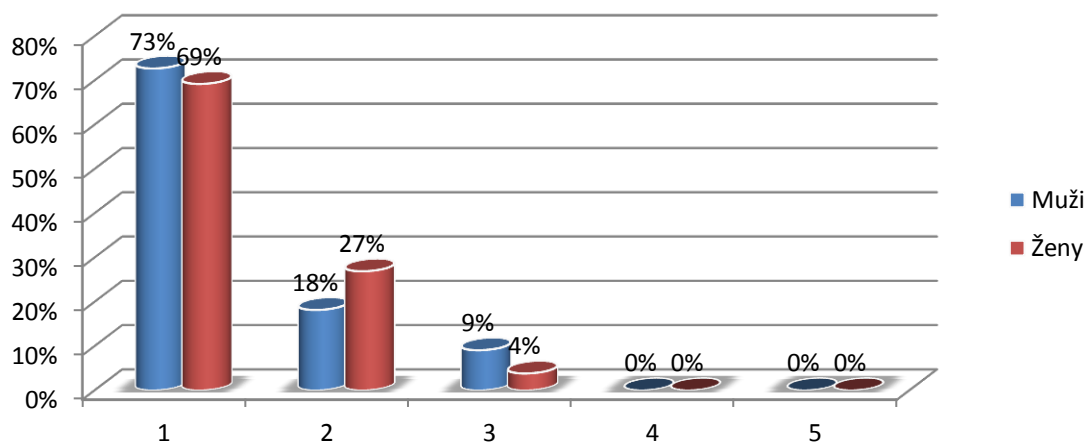


Graf 14 znázorňuje spokojenost pacientů s personálem. Pacienti hodnotili personál na stupnici od 1 do 5, při čemž jedna znamenala nejlépe. 26 (70 %) respondentů ohodnotilo přístup ošetřujícího personálu na výbornou. 9 (25 %) respondentů hodnotilo personál, jako chvalitebný a 2 (5 %) respondenti ohodnotili personál známkou 3.

Tabulka 20 - Hodnocení přístupu ošetřujícího personálu k pacientům dle pohlaví.

	Ženy	Ženy %	Muži	Muži %
1	18	69 %	8	73 %
2	7	27 %	2	18 %
3	1	4 %	1	9 %
4	0	0 %	0	0 %
5	0	0 %	0	0 %
Celkem	26	100 %	11	100 %

Graf 20 - Hodnocení přístupu ošetřujícího personálu k pacientům dle pohlaví.



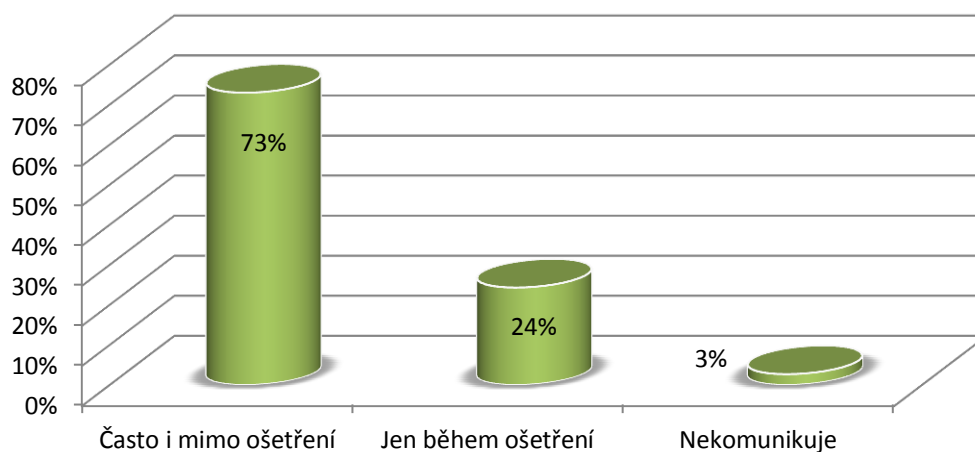
Graf 20 ukazuje vztah hodnocení přístupu ošetřujícího personálu k vlastní osobě vzhledem k pohlaví respondenta. Hodnocení bylo provedeno použitím školní kvalifikace prostřednictvím známek. 18 (69 %) žen ohodnotilo přístup personálu k vlastní osobě známkou 1. Tuto známku zvolilo také 8 (73 %) mužů. Známkou 2 použilo k hodnocení 7 (27 %) žen a 2 (18 %) mužů. Známkou 3 použila 1 (4 %) žena a 1 (9 %) muž. Známkou 4 a 5 k hodnocení přístupu ošetřujícího personálu nebyla použita vůbec.

Položka č. 15 – Jak často s vámi komunikuje ošetřující personál?

Tabulka 21 - Četnost komunikace personálu s pacienty.

	Často i mimo ošetření	Jen během ošetření	Nekomunikuje
Absolutní četnost	27	9	1
Relativní četnost (%)	73 %	24 %	3 %

Graf 21 - Četnost komunikace personálu s pacienty.

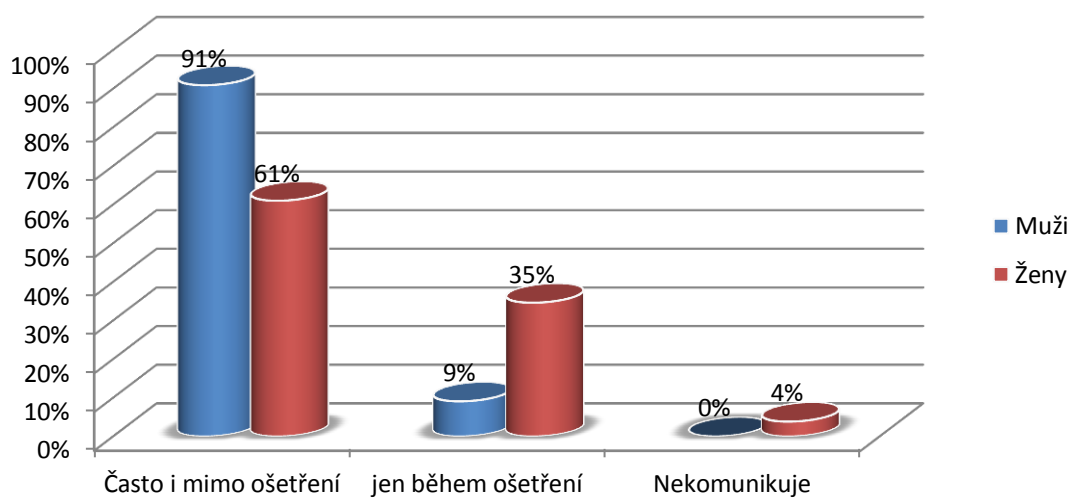


Graf 16 ukazuje jaká je četnost komunikace personálu s pacientem. Na otázku jestli, personál komunikuje i mimo ošetření potvrdilo 27 (73 %) respondentů. 9 (24 %) respondentů uvedlo komunikaci jen během ošetření. 1 (3 %) respondent uvedl, že personál nekomunikuje.

Tabulka 22 - Míra komunikace personálu vzhledem k pohlaví pacientů.

	Ženy	Ženy %	Muži	Muži %
Často i mimo ošetření	16	61 %	10	91 %
Jen během ošetření	9	35 %	1	9 %
Nekomunikuje	1	4 %	0%	0 %
Celkem	26	100 %	11	100 %

Graf 22 - Míra komunikace personálu vzhledem k pohlaví pacientů.



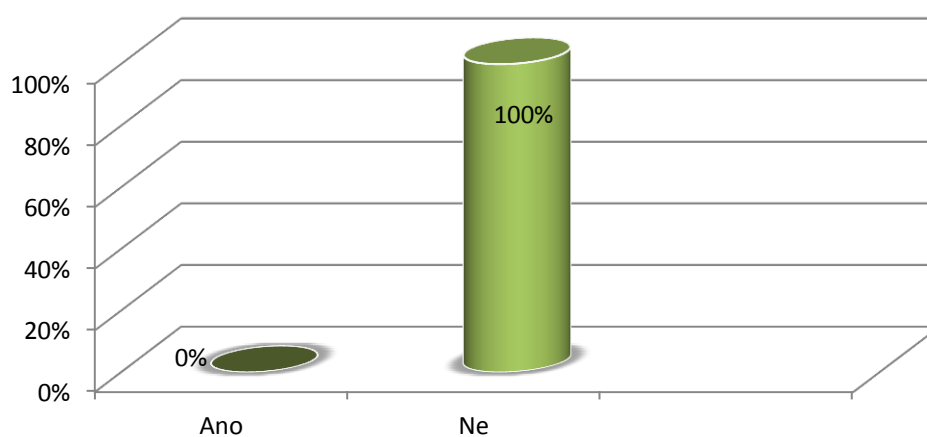
Graf 22 ukazuje míru komunikace personálu vůči pacientům s ohledem na jejich pohlaví. 10 (91 %) mužů a 16 (61 %) žen potvrdilo komunikace s personálem i mimo ošetřující výkony. 1 (9 %) muž a 9 (35 %) žen uvedlo komunikaci jen během ošetření. 1 (4%) žena uvedla, že personál nekomunikuje. Většina Mužů a žen uvedla, že komunikace personálu s pacienty je poměrně častá.

Položka č. 16 – Ostýcháte se obrátit na ošetřující personál, pokud něco potřebujete?

Tabulka 23 - Stud požádat o uspokojení vlastních potřeb.

	Ano	Ne
Absolutní četnost	0	37
Relativní četnost (%)	0 %	100 %

Graf 23 - Stud požádat o uspokojení vlastních potřeb.



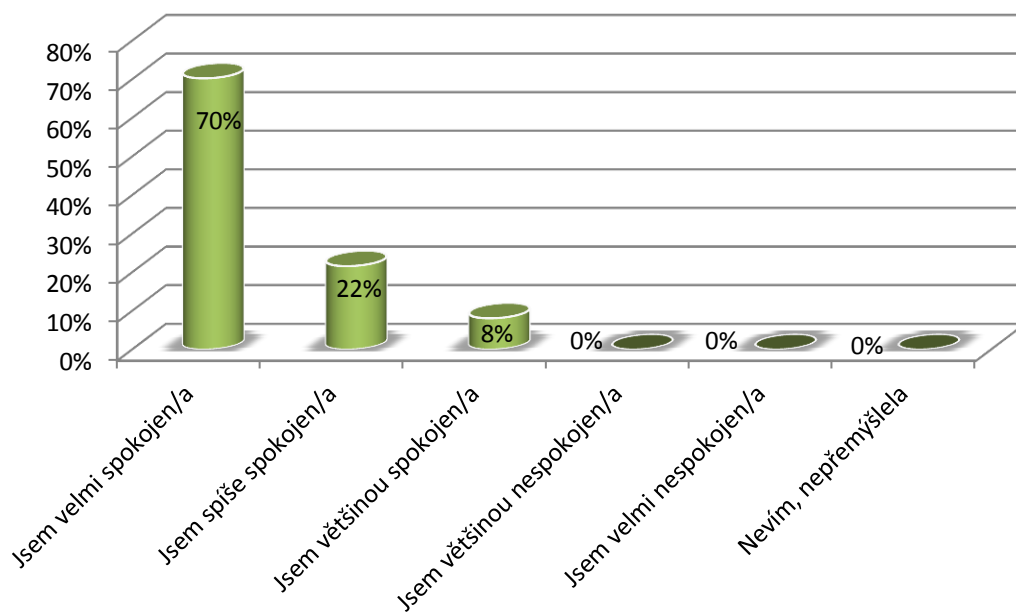
Graf číslo 17 ukazuje odpovědi respondentů na položku číslo 17. Žádný z oslovených respondentů neměl problém, se kterým by se styděl obrátit na personál. 37 (100 %) odpovědělo Ne.

Položka č. 17 – Jak jste spokojen/a s chováním a přístupem ošetřujícího personálu?

Tabulka 24 - Spokojenost s chováním ošetřujícího personálu.

	Jsem velmi spokojen/a	Jsem spíše spokojen/a	Jsem většinou spokojen/a	Jsem většinou nespokojen/a	Jsem velmi nespokojen/a	Nevím, nepřemýšlela
Absolutní četnost	26	8	3	0	0	0
Relativní četnost (%)	70 %	22 %	8 %	0 %	0 %	0 %

Graf 24 - Spokojenost s chováním ošetřujícího personálu.



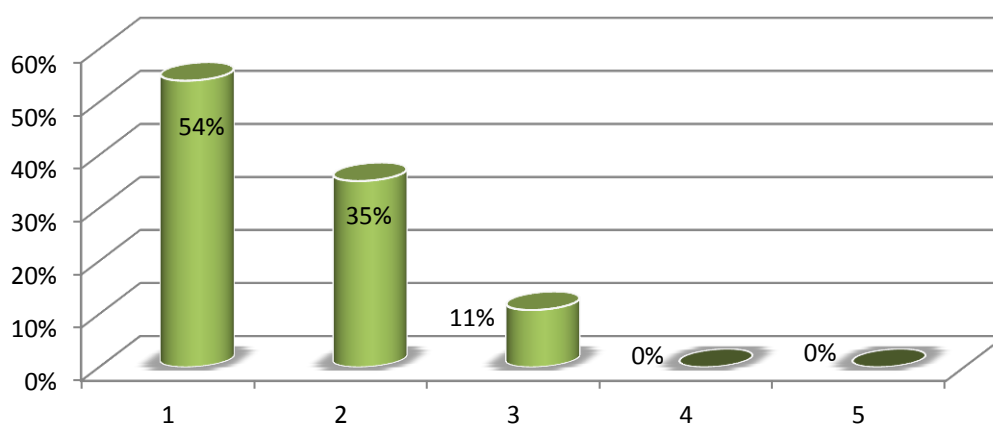
Graf 18 ukazuje, jak jsou klienti spokojeni s chováním a přístupem ošetřujícího personálu. 26 (70 %) respondentů je velmi spokojena s chováním a přístupem ošetřujícího personálu. 8 (22 %) respondentů je spíše spokojeno. 3 (8 %) respondenti uvedli většinou spokojeni s personálem.

Položka č. 18 – Jak jste spokojen/a s kvalitou stravy? Ohodnoťte jako ve škole od 1 do 5.

Tabulka 25 - Spokojenost se stravou.

	1	2	3	4	5
Absolutní četnost	20	13	4	0	0
Relativní četnost (%)	54 %	35 %	11 %	0 %	0 %

Graf 25 - Spokojenost se stravou.



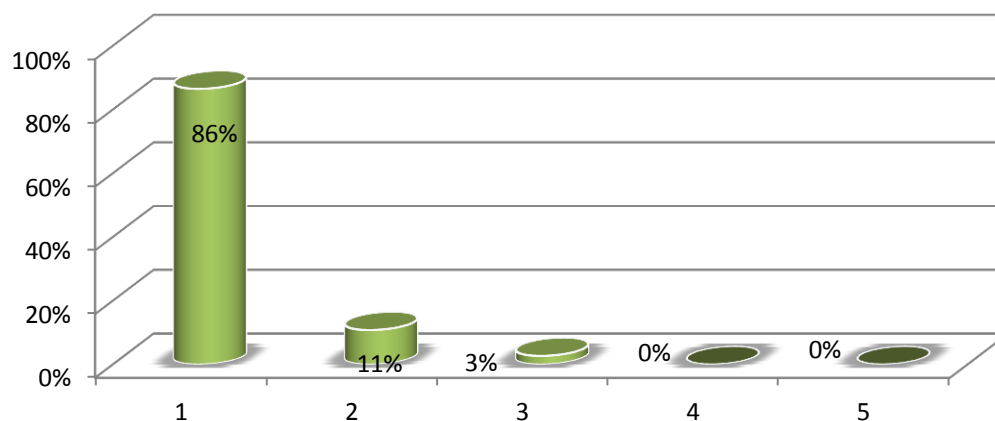
Graf 19 zobrazuje spokojenost pacientů se stravou. Respondenti hodnotili kvalitu stravy známkou 1 až 5 jako ve škole. 20 (54 %) respondentů ohodnotilo stravu na výbornou. Chvalitebně ohodnotilo stravu 13 (35 %) respondentů. 4 (11 %) respondentů ohodnotilo stravu známkou 3.

Položka č. 19 – Jak jste spokojen/a s množstvím stravy? Ohodnoťte jako ve škole od 1 do 5.

Tabulka 26 - Spokojenost s množstvím stravy.

	1	2	3	4	5
Absolutní četnost	32	4	1	0	0
Relativní četnost (%)	86 %	11 %	3 %	0 %	0 %

Graf 26 - Spokojenost s množstvím stravy.



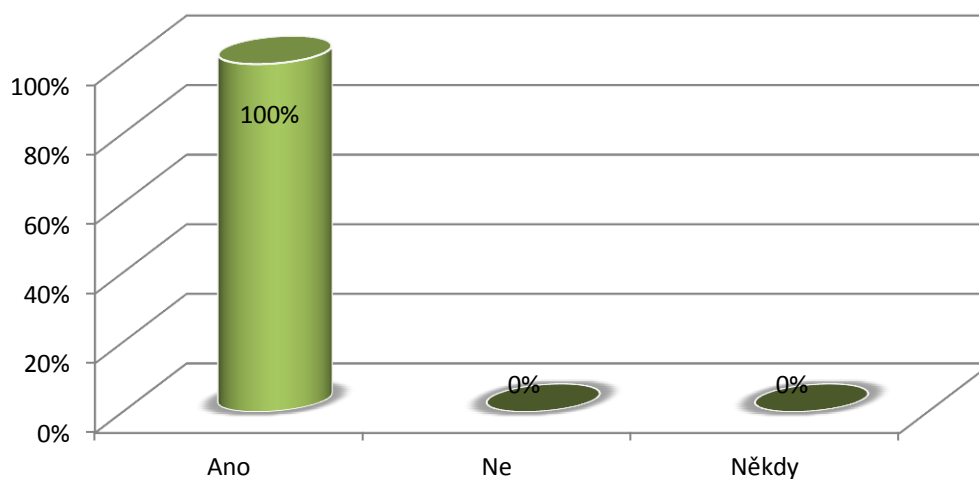
Graf číslo 20 ukazuje spokojenost s množstvím podávané stravy. Pacienti hodnotili množství stravy známkou od 1 do 5 jako ve škole. 32 (86 %) respondentů je spokojeno s množstvím podávané stravy a ohodnotili porce na výbornou. 4 (11 %) respondentů ohodnotilo množství stravy chvalitebně. 1 (3 %) respondent ohodnotil množství stravy dobře.

Položka č. 20 – Máte dostatek času na konzumaci stravy?

Tabulka 27 - Čas na konzumaci stravy.

	Ano	Ne	Někdy
Absolutní četnost	37	0	0
Relativní četnost (%)	100 %	0 %	0 %

Graf 27 - Máte dostatek času na konzumaci stravy?



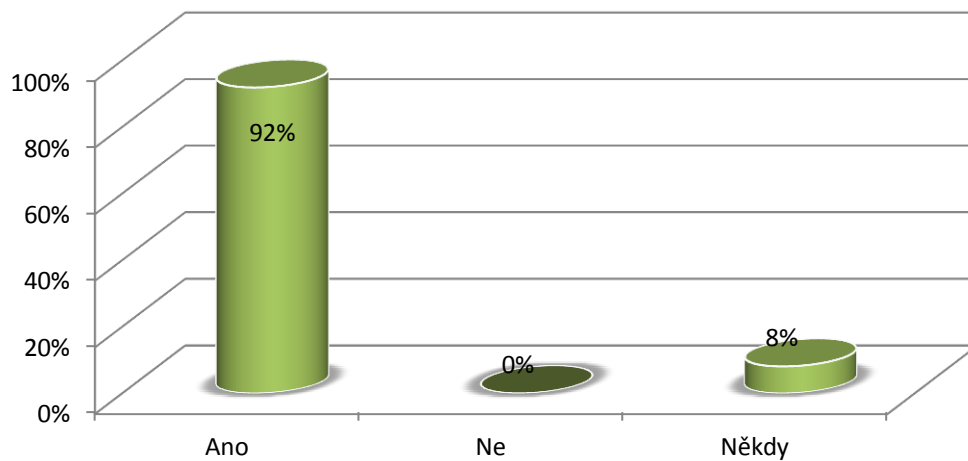
Graf 21 na položku 21 ukazuje, zda mají pacienti dostatek času na konzumaci stravy. 37 (100 %) respondentů odpovědělo ano. 0 (0 %) respondentů odpovědělo ne a 0 (0 %) respondentů odpovědělo někdy.

Položka č. 21 – Považujete podávanou stravu za dostatečně teplou?

Tabulka 28 - Teplota stravy

	Ano	Ne	Někdy
Absolutní četnost	34	0	3
Relativní četnost (%)	92 %	0 %	8 %

Graf 28 - Teplota stravy.



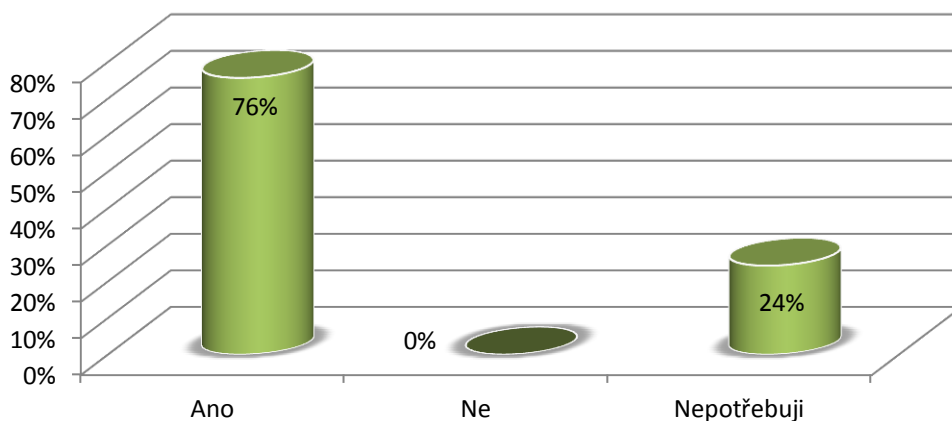
Graf 22 na položku číslo 22, zda klienti považují stravu za dostatečně teplou. 34 (92 %) respondentů uvedlo ano. 0 (0 %) respondentů odpovědělo ne a 3 (8 %) respondenti odpověděli někdy.

Položka č. 22 – Navštěvuje vás rehabilitační sestra?

Tabulka 29 - Využití služeb rehabilitační sestry.

	Ano	Ne	Nepotřebuji
Absolutní četnost	28	0	9
Relativní četnost (%)	76 %	0 %	24 %

Graf 29 - Využití služeb rehabilitační sestry.



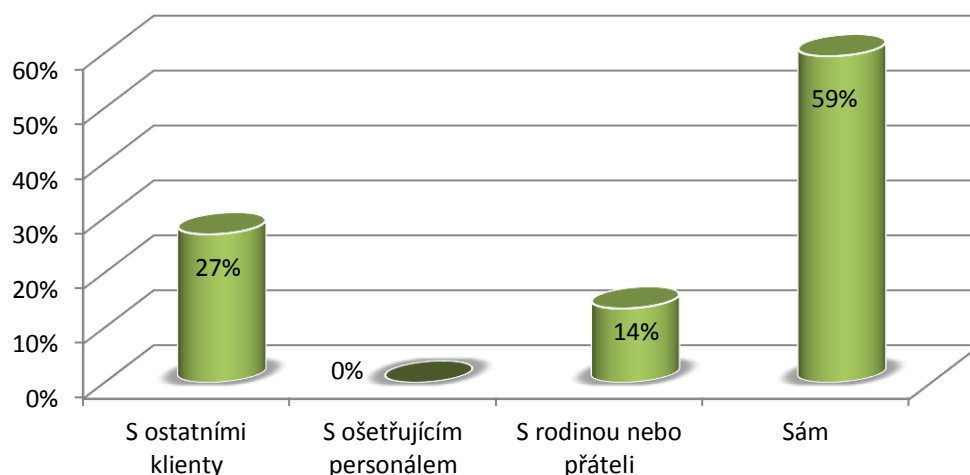
Graf 23 ukazuje odpovědi na položku číslo 23. Jestli pacienty navštěvuje rehabilitační pracovníce. 28 (76 %) respondentů odpovědělo ano, 0 (0 %) respondentů odpovědělo ne a 9 (24 %) respondentů odpovědělo, nepotřebuji.

Položka č. 23 – S kým trávíte svůj volný čas v zařízení?

Tabulka 30 - Trávení volného času v zařízení.

	S ostatními klienty	S ošetřujícím personálem	S rodinou nebo přáteli	Sám
Absolutní četnost	10	0	5	22
Relativní četnost (%)	27 %	0 %	14 %	59 %

Graf 30 - Trávení volného času v zařízení.



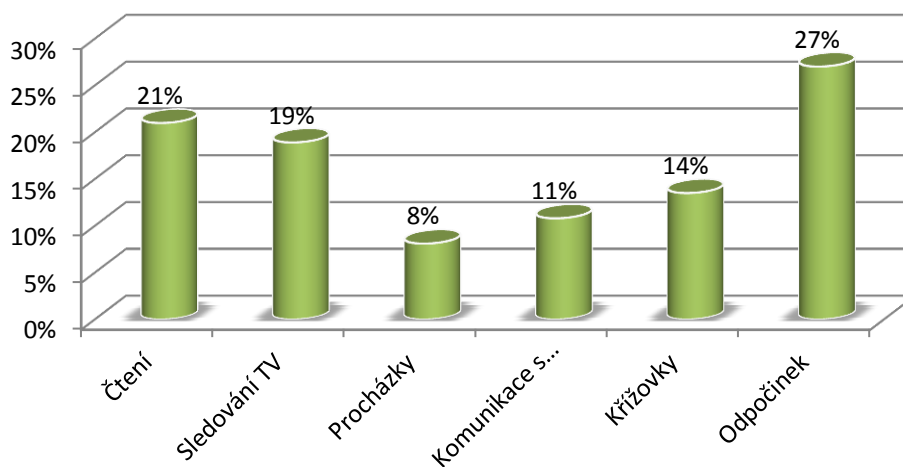
Graf 20 na otázku číslo 24 s kým trávíte svůj volný čas. 10 (27 %) respondentů odpovědělo s ostatními klienty, 0 (0 %) respondentů odpovědělo s ošetřujícím personálem, 5 (14%) respondentů odpovědělo s rodinou nebo přáteli a 22 (59 %) respondentů svůj volný čas tráví o samotě.

Položka č. 24 – Jak trávíte svůj volný čas v zařízení?

Tabulka 31 - Způsob trávení volného času pacienty.

	Čtení	Sledování TV	Procházky	Komunikace s ostatními klienty	Křížovky	Odpočinek
Absolutní četnost	8	7	3	4	5	10
Relativní četnost (%)	21 %	19 %	8 %	11 %	14 %	27 %

Graf 31 - Způsob trávení volného času pacienty.

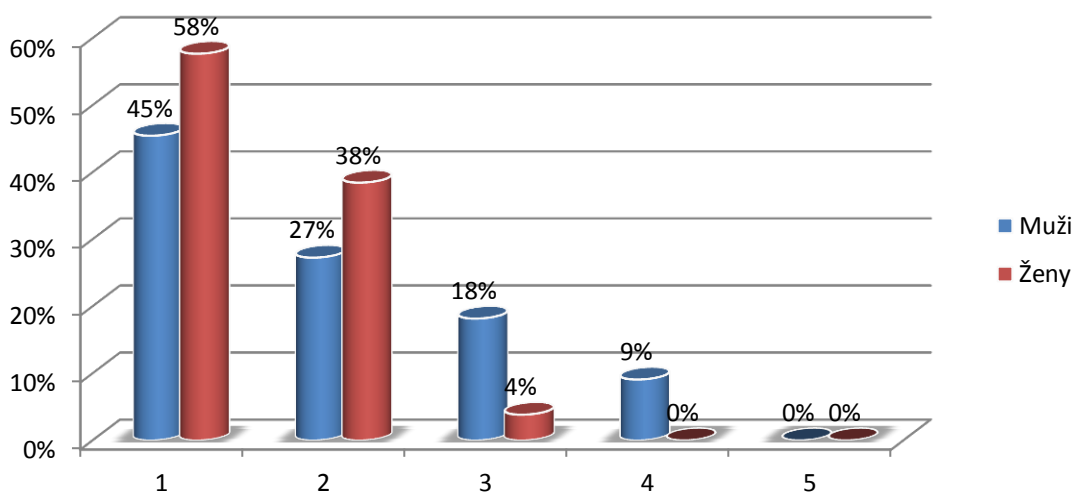


Graf 31 ukazuje, jak pacienti tráví volný čas v zařízení. 8 (21 %) respondentů volné chvíle tráví čtením. 7 (19 %) respondentů sleduje televizi. 3 (8 %) respondentů tráví volný čas procházkami. 4 (11 %) respondentů komunikuje s ostatními pacienty. 5 (14 %) respondentů tráví volný čas luštěním křížovek. 10 (27 %) respondentů ve volné chvíli odpočívá.

Tabulka 32 Hodnocení kvality stravy vzhledem k pohlaví.

	Ženy	Ženy %	Muži	Muži %
1	15	58 %	5	45 %
2	10	38 %	3	27 %
3	1	4 %	2	18 %
4	0	0 %	1	9 %
5	0	0 %	0	0 %
celkem	26	100 %	11	100 %

Graf 32 Hodnocení kvality stravy vzhledem k pohlaví.



Graf 32 zobrazuje odpovědi mužů a žen na vnímání kvality stravy dle pohlaví.

15 (58 %) žen ohodnotilo stravu známkou jedna. Tu samou známku dalo 5 (45 %) mužů. Známkou dvě dalo 10 (38 %) žen a 3 (27 %) mužů. Známkou tři dala 1 (4 %) žena a 2 (9 %) mužů. Známkou čtyři nedal 1 (9 %) muž.

9 DISKUSE

Toto téma jsme si vybrali jednak proto, že máme zkušenosti s prací se seniory a z toho důvodu, že kolem sebe slýcháme pojem kvalita v různých oblastech. Vysvětlení tohoto slova je poměrně složité a vyjadřuje osobní zamyšlení nad vlastním hodnotovým žebříčkem, ale také znalost odborné literatury. Kvalitu v oblasti ošetrovatelství považujem za klíčovou. Zajímalo nás, jak ji vnímají ti, kterých se ve výsledku týká nejvíce – pacientů. Proto jsme zaměřili svůj průzkum na subjektivní hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče u pacientů v Nemocnici Jindřichův Hradec. V této nemocnici jsem měl již několikrát v rámci svého studia možnost plnit svou odbornou praxi a tak její výběr byl pro tyto účely plánovaný.

Hlavním cílem průzkum tedy bylo zjistit, zda senioři v Nemocnici Jindřichův Hradec spokojeni s jim poskytovanou ošetrovatelskou péčí a zda kvalita této péče respektuje stanovená kritéria kvality. Ke zjištění hlavního cíl jsme si stanovili průzkumnou otázku – Jsou senioři spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

K naplnění hlavního cíle jsme si stanovili následující průzkumné cíle:

Cíl 1 - Zjistit, zda je spokojenost s péčí závislá na pohlaví.

Cíl 2 - Zjistit, zda jsou senioři spokojeni se stravou.

Cíl 3 - Zjistit, zda jsou senioři spokojeni s přístupem ošetřujícího

Cíl 4 - Zjistit, zda jsou senioři aktivizováni během dne.

Ke zjištění zmíněných průzkumných cílů jsme použili tyto průzkumné otázky:

Průzkumná otázka 1 - Jsou obě pohlaví stejně spokojena s přístupem personálu?

Průzkumná otázka 2 – Jsou pacienti nespokojeni s kvalitou podávané stravy?

Průzkumná otázka 3 – Jsou pacienti spokojeni s přístupem ošetřujícího personálu?

Průzkumná otázka 4 – Jsou pacienti během dne aktivizováni?

Za účelem zodpovězení těchto průzkumných otázek a naplnění průzkumných cílů jsme použili metodu standardizovaného rozhovoru. Šetření zahrnovalo seniory v Nemocnici Jindřichův Hradec. Průzkum by proveden v časovém rozmezí od 4. 2. 2013 do 18. 2. 2013, to činí 14 dní. Respondenti byli vybíráni na základě zkráceného mentálního bodovacího testu. Jeden z respondentů se šetření odmítl účastnit. Ostatní ochotně odpovídali na položky průzkumného šetření. Zdálo se, že jsou rádi, že mohou sdělit svá stanoviska k danému tématu. V odborné literatuře je uváděno, že ženy tvoří větší podíl pacientů využívajících zdravotních služeb (KALVACH, 2004). Toto tvrzení se nám v praxi potvrdilo. Počet žen činil 26 (70 %), počet mužů byl 11 (30 %) (graf 1).

Na grafu 2 si můžeme povšimnout věkového rozmezí oslovených pacientů. Odborná literatura uvádí jako nejčastější věk uživatele zdravotnických služeb ve věku kolem 80 let (KALVACH, 2004). Tento fakt naše šetření potvrdilo zčásti. 9 (24 %) respondentů se zařadilo do rozmezí mezi 81 – 85 lety. Pouze o jednoho respondenta méně (22 %) spadalo do věkového rozmezí 86 – 90 let. Na základě tohoto můžeme říci, že nejtypičtějším uživatelem je pacient ve věku 80 – 90 let. Nejmenší zastoupení nalezneme v kategorii 66 – 70 let. Ta čítala pouze 2 (5 %) respondenty.

Prvním cílem šetření bylo zjistit, zda je spokojenost s poskytovanou péčí závislá na pohlaví pacientů. Ke zjištění tohoto cíle jsme použili otázky týkající se pomoci ošetřujícího personálu s polohováním pacienta na lůžku (graf 8), dále otázku vztahující se na zjištění souvislosti pohlaví pacienta a poskytovanou pomocí s hygienou (graf 11), potom byla použita otázka míry očního kontaktu (graf 14) a fyzického kontaktu (graf 16) v souvislosti s pohlavím respondenta, další otázka se týkala míry pomoci se stravou

ve vztahu k pohlaví pacienta (graf 18), následně bylo zohledněno hodnocení přístupu ošetřujícího personálu samotným respondentem (graf 20) a jako poslední byla použita otázka zjišťující míru komunikace personálu s pacientem s ohledem na jeho pohlaví (graf 22). Na základě těchto průzkumných položek bylo zjištěno, že pomoc ošetřujícího personálu využívají spíše ženy a to v zastoupení 18 (69 %) žen (graf 11). Oční kontakt s personálem zaznamenávají také spíše ženy a to v počtu 10 (77 %) žen. Fyzický kontakt pocítují rovněž častěji ženy a to v zastoupení 21 (80 %) žen. Muži se na základě průzkumného šetření ukázali jako nezávislejší na pomoci personálu se stravou. 8 (73 %) z nich uvedlo, že tuto pomoc nepotřebují, 10 (38 %) žen odpovědělo, že jim personál se stravou pomáhá (graf 18). Přístup ošetřujícího personálu paradoxně lépe ohodnotili muži. Znamku jedna použilo 8 (73 %) z nich a to i vzhledem ke skutečnosti, že výše popsanou pomoc personálu, např. s hygienou a stravou využívají méně, než ženy (graf 20). Muži také častěji zaznamenávají komunikaci s ošetřujícím personálem i mimo šetření a to v zastoupení 10 (91 %) dotazovaných mužů (graf 22). Odpověď na průzkumnou otázku, zda jsou obě pohlaví stejně spokojena s přístupem personálu, můžeme tedy podle závěrů z průzkumného šetření říci, že tomu tak není, neboť muži lépe hodnotili přístup ošetřujícího personálu k jejich osobě. Obecně platí, že spokojenost je závislá na pohlaví pacienta. Například spokojenost se stravou je vyšší u žen. 15 (58 %) žen zhodnotilo kvalitu stravy známkou jedna. Stejnou známku použilo 5 (45 %) mužů (graf 32).

Druhým cílem bylo zjistit, zda jsou respondenti spokojeni s kvalitou podávané stravy. Otázku ke zjištění tohoto cíle jsme záměrně formulovali v negativní podobě, protože jsme se domnívali, že spokojenost se stravou bude nízká. Tento předpoklad se nám v praxi nepotvrdil. 20 (54 %) respondentů ohodnotilo spokojenost se stravou známkou jedna, 13 (35 %) známkou dva a 4 (11 %) respondentů použilo známku tři. Všech 37 (100 %) dotazovaných potvrdilo, že mají na konzumaci podávané stravy dostatek času. 34 (92 %) dotazovaných považuje tuto stravu za dostatečně teplou. 3 (8 %) odpovědělo, že strava je dostatečně teplá pouze někdy. Na otázku týkající se pomoci s konzumací stravy odpovědělo 10 (27 %) kladně, personál jim tedy v případě potřeby s konzumací pomáhá. 1 (3 %) dotazovaný odpověděl, že mu tato pomoc poskytována není a 26 (70 %) respondentů pomoci s konzumací stravy nepotřebuje (graf 17). Na základě průzkumného šetření můžeme říci, že ošetřující personál se

aktivně zapojuje do pomoci s konzumací potravy. Z tohoto můžeme usuzovat, že pacienti jsou s podávanou stravou spíše spokojeni. Stravování obecně považujem za jeden z ukazatelů kvality péče, proto nás tento fakt příjemně překvapil.

Třetím cílem bylo zjištění, zda jsou pacienti spokojeni s přístupem ošetřujícího personálu. Na otázku, zda jim pomáhá ošetřující personál v případě potřeby měnit polohu na lůžku, odpovědělo 6 (16 %) respondentů kladně. Žádný z nich neuvedl, že jim personál odmítá pomoci se změnou polohy na lůžku (graf 7). Z šetření vyplývá, že se ošetřující personál aktivně stará o polohování pacientů a tím předchází vzniku dekubitů, jejichž výskyt je považován za jeden z ukazatelů kvality ošetrovatelské péče.

23 (62 %) respondentů odpovědělo ano na otázku, zda jim personál v případě potřeby pomáhá s hygienou. 14 (38 %) pacientů odpovědělo, že tuto pomoc nepotřebují. Žádný z respondentů neodpověděl, že jim personál v případě potřeby nepomáhá (graf 10). V praxi se ukázalo, že všem pacientům, kteří potřebují pomoci s vykonáváním osobní hygieny, personál pomáhá. Zajištění hygieny pacienta jde ruku v ruce s jeho zdravotním stavem, proto považují za důležité, aby byly pacienti udržováni v čistotě a bylo o ně v tomto směru bezesbytku postaráno.

24 (65 %) pacientům personál aktivně nabízí tekutiny během dne. 12 (32 %) respondentů uvedlo, že tuto pomoc nepotřebují a dokáží si pitný režim během dne zajistit sami. Pouze jeden (3 %) z dotazovaných odpověděl, že mu personál tekutiny během dne nenabízí (graf 12). Dodržování pitného režimu v průběhu celého dne je nezbytné pro zachování zdraví. Je nutné nastolit rovnováhu mezi výdejem a příjmem tekutin. Příjem tekutin by měl být plynulý a měl by být zajištěna v průběhu celého dne. K situaci, kdy má pacient žízeň, by podle nás vůbec nemělo dojít. Na základě průzkumného šetření můžeme říci, že je o pacienty v Nemocnici Jindřichův Hradec dobře postaráno.

27 (73 %) respondentů zaznamenává oční kontakt personálu během komunikace. 10 (27 %) dotazovaných tento kontakt pocítuje pouze někdy a žádný z respondentů

nevedl, že oční kontakt s personálem nezaznamenal (graf 13). Fyzický kontakt při komunikaci zaznamenávají pouze 3 (8 %) respondenti, 28 (76 %) jej zaznamenává pouze někdy a 6 (16 %) fyzický kontakt nezaznamenávají vůbec (graf 15). Personál s pacienty komunikuje často i mimo ošetření. Tuto skutečnost potvrdilo 27 (73 %) dotazovaných. 9 (24 %) uvedlo, že s nimi personál komunikuje pouze během ošetřování a pouze 1 (3 %) respondent odpověděl, že s ním personál nekomunikuje vůbec (graf 21). Podle odborné literatury jsou projevy neverbální komunikace ve zdravotnické praxi velice významné. Pohybujeme se v oblasti, kde je velká potřeba dorozumění a vzájemné důvěry. Zároveň se jedná o specifické prostředí, kde dodržet některé zásady správné komunikace je obtížné. Máme na mysli např. podání ruky zraněnému člověku apod. Ošetřující personál by měl být schopen vyznat se v řeči těla pacienta, naslouchat jeho neverbálním projevům a umět s nimi pracovat. Přátelské dotyky slouží k podpoře komunikace a vztahu, zejména pak pohlazení po ruce, po ramenou apod. V komunikaci se seniorem je také třeba brát ohled na zachování jeho důstojnosti, důležité je i vykání a oslovení pacientů. Je třeba zohlednit potřebu individuality a lidský přístup. Komunikace je vnímána jako celek, kdy mluvíme slovy, tělem a činy a tato konání by neměla být v rozporu (MAHROVÁ, 2006). Z praxe vyplývá, že oční kontakt je navazován v poměrně velké míře, ale není tomu tak v případě kontaktu fyzického, který je občasný. Z našeho pohledu je právě neverbální komunikace s pacientem oblastí, na níž by bylo dobré pracovat.

Z dotazníkového šetření dále vyplývá, že se žádný z pacientů neostýchá v případě potřeby obrátit na ošetřující personál (graf 23). Můžeme tedy s jistotou říci, že pacienti ošetřujícímu personálu plně důvěřují, což je pro zdravotnickou péči nezbytné. Na základě tohoto hlediska můžeme tvrdit, že personál v této oblasti vykonává svou práci kvalitně.

Přístup ošetřujícího personálu byl hodnocen známkami používanými při kvalifikaci ve školním prostředí. Znamku 1 použilo k ohodnocení 26 (70 %) dotazovaných. 9 (25 %) respondentů jej oznámkoval dvojkou a 2 (5 %) použili k hodnocení trojku (graf 19). 26 (70 %) respondentů je velmi spokojeno s přístupem personálu, 8 (22 %) je spíše spokojena a 3 (8 %) jsou většinou spokojeni. Žádný z dotazovaných neodpověděl, že by byl s poskytovanou péčí nespokojen nebo většinou

nespokojen. Závěrem můžeme říci, že většina pacientů Nemocnice Jindřichův Hradec je spokojena s přístupem ošetřujícího personálu k jejich osobě.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda jsou pacienti během dne aktivizováni. 28 (76 %) respondentů je rehabilitováno příslušným pracovníkem, 9 (24 %) respondentů tuto službu nepotřebuje (graf 29). Na otázku, jestli jsou pacienti Nemocnice Jindřichův Hradec aktivizováni, můžeme odpovědět ano. Všichni pacienti, kteří tuto službu potřebují využívat, jí mají k dispozici.

Ke zjištění hlavního cíle jsme si stanovili podpůrné položky, které pomohou zodpovědět otázku, zda jsou pacienti spokojeni s poskytovanou péčí. Tyto otázky mají dokreslit průzkumné otázky vztahující se k dílčím cílům. Na otázku, jestli respondentům vyhovuje doba návštěv, odpověděli všichni 37 (100 %) ano (graf 3). 31 (84 %) dotazovaných uvedlo, že je v noci neruší žádný hluk, 6 (16 %) respondentů ruší hluk ostatních pacientů. Hluk zvenčí, ani hluk zaměstnanců nemocnice dotazované neruší (graf 4). Na otázku, zda mají respondenti dostatek soukromí, odpovědělo 27 (73 %) dotazovaných ano, 10 (27 %) spíše ano. Negativní odpovědi se nevyskytly vůbec (graf 5). Další otázka zjišťovala, zda se v pacientově anamnéze objevil pád z lůžka. U 8 (22 %) dotazovaných byl pád z lůžka zaznamenán, u 29 (78 %) uveden nebyl (graf 6). Na otázku, zda pacienti dosáhnou na signalizační zařízení, odpověděli všichni 37 (100 %) ano (graf 8). 10 (27 %) pacientů tráví volný čas v zařízení s ostatními klienty. 5 (14 %) jej tráví s rodinou či přáteli a 22 (59 %) respondentů jsou v době volného času sami.

Z výše uvedeného vyplývá, že obě pohlaví nejsou stejně spokojena s poskytovanou péčí. Obecně spokojenější jsou muži. Pacienti nejsou nespokojeni s kvalitou podávané stravy. S přístupem ošetřujícího personálu je spokojena většina pacientů. Respondenti jsou během dne aktivizováni.

Na základě průzkumného šetření uvádíme následující doporučení využitelná v praxi v Nemocnici Jindřichův Hradec:

1. Vedení nemocnice by mělo zachovat neomezenou dobu návštěv, neboť se v praxi ukázala jako velice vhodná.
2. Dále by měla zůstat zachována kvalita podávané stravy. Nicméně se jedná o oblast, na které je stále co zlepšovat. Obecně můžeme doporučit zpestřovat jídelníček, zavádět nové pokrmy a zlepšovat způsob, jakým je jídlo na talíři servírováno.
3. V oblasti nočního klidu je doporučeno udržet jeho zachování ze strany zaměstnanců, aby byl spánek pacientů po této stránce kvalitní a ničím nerušený.
4. Následně vyzdvihujeme pomoc s polohováním pacientů, jako ukazatel kvality péče a zároveň preventivní opatření proti vzniku dekubitů (viz příloha A). Doporučujeme tento přístup zachovat.
5. Vedení nemocnice by mělo pracovat na zlepšování neverbální komunikace ošetřujícího personálu. Mělo by zejména poukazovat na jeho důležitost ve styku s geriatrickým pacientem. Tato oblast se v praxi ukázala jako nedostatečná.
6. Dalším doporučením k vedení nemocnice je zlepšení náplně volného času. Pacienti by neměli být většinu tohoto času o samotě. Doporučujeme provázat v této oblasti zdravotnické služby se službami sociálními. Zejména pak zjistit, zda se v Jindřichově Hradci nachází zařízení, které by bylo schopno poskytnout v nemocnici návštěvy dobrovolníků, kteří by zajistili lepší trávení volného času pacientů. Popřípadě jinak zajistit lepší trávení volného času (možnost zapůjčení knih, scházení se s ostatními pacienty apod.).
7. Vyzdvihujeme důvěru, kterou si ošetřující personál se svými pacienty vybudoval. Doporučujeme ji zachovat společně s přístupem, který personál ke svým pacientům má.

ZÁVĚR

Téma naší bakalářské byla - Kvalita ošetrovatelské péče u seniorů. Je to téma v dnešní době aktuální a s postupem času bude jeho důležitost narůstat díky stárnoucí populaci. Kvalita ošetrovatelské péče a naplňování jejích standardů je práce dlouhodobějšího charakteru. Její výsledky je možno objektivně zhodnotit s odstupem času. Kvalita je také značně závislá na financích. V praxi mohou být právě finanční zdroje největší překážkou při naplňování standardů kvality ošetrovatelské péče. Přesto, že finance mohou kvalitu poskytované péče výrazně ovlivnit, existuje řada dalších faktorů ovlivňující kvalitu poskytované péče, na které jsme se v bakalářské práci zaměřili.

Cílem našeho empirického zkoumání bylo zjistit, zda pacienti v Nemocnici Jindřichův Hradec považují ošetrovatelskou péči, jež je jim poskytována, za kvalitní. K naplnění tohoto hlavního cíle byly stanoveny celkem čtyři cíle dílčí. Cílem 1 bylo zjistit, zda je spokojenost s péčí závislá na pohlaví. Cíl 2 měl zjistit, jestli jsou senioři spokojeni se stravou. Cíl 3 mapoval, zda jsou senioři spokojeni s přístupem ošetrujícího personálu. A poslední čtvrtý cíl zjišťoval, zda jsou senioři aktivizováni během dne. Všechny cíle byly naplněny. Na základě našeho empirického průzkumu můžeme říci, že spokojenost s péčí je závislá na pohlaví pacienta. Obecně spokojenější jsou muži. Dále z průzkumu vyplynulo, že pacienti jsou spokojeni se stravou. Náš předpoklad, že tomu tak nebude, se tedy nepotvrdil. Na základě tohoto předpokladu jsme také záměrně stanovili průzkumnou otázku ke zjištění tohoto cíle v negativní podobě. Je pro nás překvapující a potěšující fakt, jak pacienti podávanou stravu ohodnotili. Dále bylo zjištěno, že pacienti kladně hodnotí také přístup personálu k jejich osobě. Tato skutečnost je rovněž potěšující. A jako poslední byl zjištěn fakt, že všichni pacienti jsou během dne aktivizováni. Na základě všech dosažených výsledků se domníváme, že poskytovaná ošetrovatelská péče v Nemocnici Jindřichův Hradec je podle pacientů kvalitní.

SEZNAM LITERATURY

- AUTORSKÝ, Kolektiv, 2006.** *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex. Charty práv pacientů. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry.* Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských lékařských oborů, 2006. 80-7013-270-1.
- AUTORSKÝ, Kolektiv, 2002.** *Výkladový ošetrovatelský slovník.* Praha : Grada Publishing, a.s, 2002. 978-80-247-2240-5.
- ČEVALA, Rostislav, Zdeněk, KALVACH, Libuše, ČELEDOVÁ, 2012.** *Sociální gerontologie.* Praha : Grada Publishing, a. s., 2012. 978-80-247-3901-4.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012.** *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 978-80-247-4138-3.
- GLADKIJ, Ivan, 2003.** *Management ve zdravotnictví.* Brno : Computer Press, 2003. 80-7226-996-8.
- GURKOVÁ, Eva, 2011.** *Hodnocení kvality života.* Praha : Grada Publishing, a. s., 2011. 978-80-247-3625-9.
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena, JURAŠKOVÁ, Květa, ZIKMUNDOVÁ, 2002.** *Vybrané kapitoly z gerontologie.* místo neznámé : GEMA, 2002.
- HOLMEROVÁ, Iva, Jurašková Božena, Květa, Zikmundová, 2002.** *Vybrané kapitoly z gerontologie.* místo neznámé : GEMA, 2002.
- HRONOVÁ, Marie, Martina, VENGLÁŘOV, 2007.** *Etické aspekty ústavní péče o seniory. [autor knihy] Venglářová Martina. Problematické situace v péči o seniory.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2007, 2007.
- HÚSKOVÁ, Jitka, 2009.** *Ošetrovatelství: ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty.* Praha : Grada Publishing, a.s, 2009. 978-80-247-2855-1.
- INTERNATIONAL, Joint Commission, 2005.** *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 80-247-1001-3.

- KALVACH, Zdeněk, at al, 2004.** *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. 80-247-0548-6.
- KELNAROVÁ, Jarmila, Eva, MATĚJOVÁ, 2009.** *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2009. 978-80-247-2831-5.
- KLEVETOVÁ, Dana, Irena, DLABALOVÁ, 2008.** *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2008. 978-80-247-6642-3.
- KUČERA, Radek, 2005-2006.** ABZ slovník cizích slov. *ABZ.cz*. [Online] 2005-2006. [Citace: 15. březen 2013.] <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/senior>.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010.** *Historie Ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, a.s, 2010. 978-80-247-3224-4.
- MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ, 2006.** *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2006. 80-247-1262-8.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011.** *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-3148-3.
- MARKOVÁ, Eva A kol, 2006.** *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 80-247-1151-6.
- MÁTĽ, Ondřej, Milena, JABŮRKOVÁ, 2007.** *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče*. Praha : Galén, 2007. 978-80-7262-499-7.
- MINIBERGEROVÁ, Lenka, 2006.** *Stáří z pohledu vývojové psychologie*. [autor knihy] Jiří Dušek Lenga Minibergerová. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno : NCO NZO BRNO, 2006.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011.** *Péče o staré občany*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-3872-7.
- MORAVOVÁ, Jitka, 2008.** *Koncepce ošetrovatelské péče 2008. Nemocnice TGM Hodoním vaše nemocnice*. [Online] Webarchitect, ebrana, 2. 1 2008. [Citace: 6. 9 2012.] <http://www.nemho.cz/oddeleni/luzkova-cast/osetrovatelska-pece/koncepce-osetrovatelske-pece-2008.htm>.

- MZČR, 2004.** Ministerstvo Zdravotnictví České Republiky. [Online] KAKTUS Software, spol. s r.o., 2004. [Citace: 25. 9 2012.] http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/2004_1778_11.html.
- MZČR, 2011.** Standardy ošetrovatelské péče. *MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY*. [Online] 12. 4 2011. [Citace: 5. 9 2012.] http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-oseetrovatelske-pece_1854_15.html.
- PFEIFER, Jan, 2011.** *Úvod do ergoterapie*. Praha : Grada Publisching, a.s., 2011. 798-80-247-2699-1.
- PINDRMAN, Vladimír, 2007.** *Demence*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2007. 978-80-247-1490-5.
- PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2011.** *Ošetrovatelství I*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2011. 978-80-247-3557-3.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, Marie, NEJEDLÁ, 2006.** *Interní ošetrovatelství II*. Praha : Grada Publishing, a. s. , 2006. 978-80-247-1777-7.
- SAK, Petr, 2012.** *Sociologie stáří a seniorů*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2012. 978-80-247-3850-5.
- TOPINKOVÁ, Eva, 2005.** *Geriatric pro praxi*. Praha 5 : Galén, 2005. 80-7262-365-6.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007.** *Problematické situace v péči o seniory*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 978-80-247-2170-5.
- VONDRÁČEK, Lubomír, 2011.** *Základy praktické terminologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-3697-6.
- VONDRÁČEK, Lubomír, Jan Vondráček, 2006.** *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha : Galén, 2006. 80-7262-392-3.
- VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové.** Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče. [Online] [Citace: 9. 3 2013.] <http://ose.zshk.cz/media/p5807.pdf>.
- WHO, 2013.** World Health Organization. *World Health Organization*. [Online] WHO, 2013. [Citace: 15. březen 2013.] <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/facts-and-figures>.

PŘÍLOHY

Příloha A	Nortonová stupnice sledování dekubitů	II
Příloha B	Sledování dekubitů dle Hibbsové	III
Příloha C	Obyvatelstvo podle věku v krajích	IV
Příloha D	Hodnocení soběstačnosti	V
Příloha E	Zkrácený mentální bodovací systém	VI
Příloha F	S čím si současná společnost spojuje pojem senior	VII
Příloha G	Strukturovaný formulář	VIII
Příloha H	Souhlas se sběrem dat	XII

Příloha A

Nortonová stupnice rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav	
úplná	4	do 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4
malá	3	do 30	3	alergie	3	:	3	zhoršený	3
částečná	2	do 60	2	vlhká	2	:	2	špatný	2
žádná	1	60 a více	1	suchá	1	:	1	velmi špatný	1

Stav vědomí		Pohyblivost		Aktivita		Inkontinence	
dobrý	4	úplná	4	chodí	4	není	4
apatický	3	částečně omezená	3	doprovod	3	občas	3
zmatený	2	úplně omezená	2	sedačka	2	převážně močová	2
bezvědomí	1	žádná	1	upoután na lůžko	1	inkontinentní moč i stolice	1

ZDROJ: (HÚSKOVÁ, 2009)

Příloha B

Klasifikace dekubitů dle Hibbsové (Fribertová 2003)

I. stádium

překrvení, které přetrvává po stisku i po 5 minutách, bez porušení celistvosti kožního krytu (tzv. neblednoucí zarudnutí). Tyto změny jsou reverzibilní, po odlehčení exponované oblasti se prokrvení kapilár do 30 minut obnoví.

II. stádium

částečná ztráta kůže, objevuje se puchýř nebo mělký důlek, mokvavá plocha (klinicky: odřenina, puchýř, mělký kráter)

III. stádium

úplná ztráta kůže i podkoží, šedá, černá krusta (klinicky: nekróza, hluboký kráter). Hluboké měkké tkáně (fascie, svaly) jsou intaktní.

IV. stádium

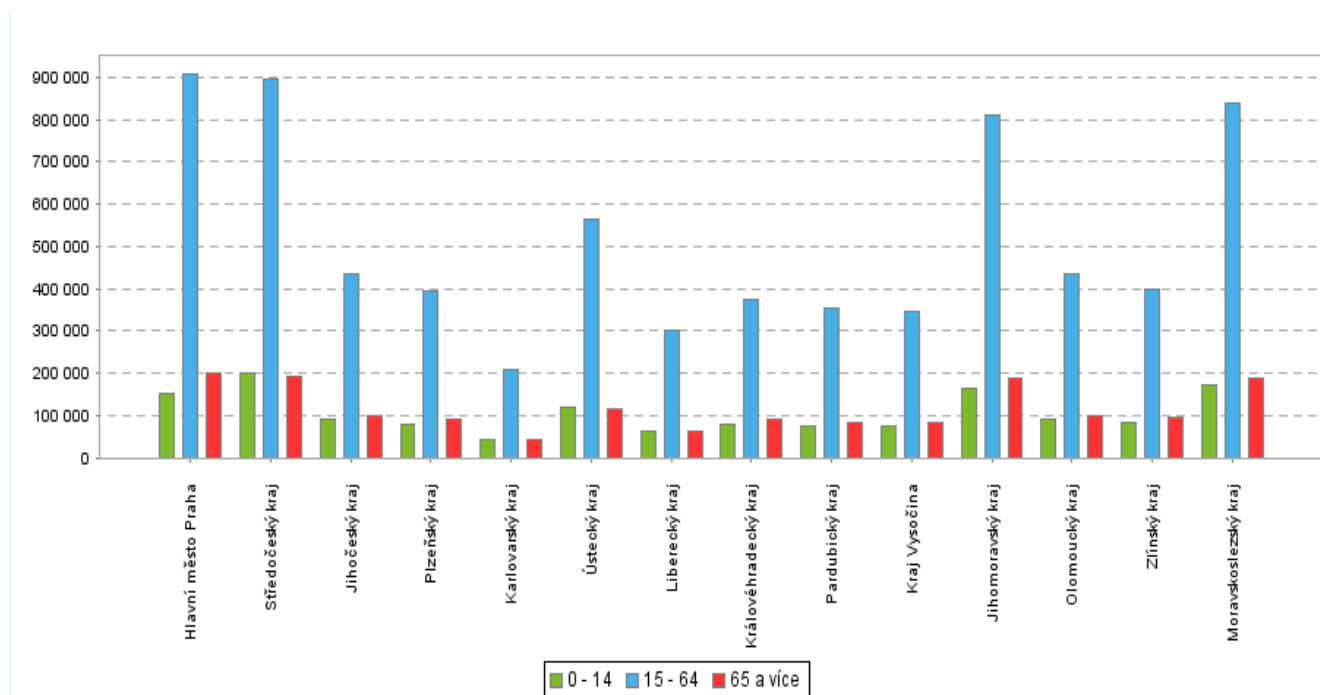
ztráta kůže s rozsáhlým poškozením hlubokých funkčních struktur, fascií, cév, nervů, svalů a přiléhajících kostí, nekróza tkáně (podmínování: kombinace u stupně III. a IV.) rozsáhlé tlakové léze komplikované penetrací do sousedních dutin a kloubů. Je přítomna šířící se nekróza tkáně s podmínováním okolí.

{ Syndrom diabetické nohy a rozdělení typů ran podle barvy na spodině rány}

ZDROJ: (FRIBEROVÁ 2003)

Příloha C

Obyvatelstvo podle věku v krajích



ZDROJ: Český statistický úřad.

Příloha D

Hodnocení soběstačnosti

Z = závislost, nesoběstač- nost	Neschopen provádět žádnou část úkolu nebo činnosti. Pacient vyžaduje 100% asistenci dvou osob. Je schopen provádět jeden nebo dva kroky činnosti, vyžaduje 75–100 % fyzické asistence jedné osoby. Činnost nebo její kroky provádí velmi pomalu, potřebuje kompenzační a technické pomůcky při provádění personálních ADL.
Max = maximální asistence	Vysoký stupeň fyzické asistence. Pacient vyžaduje 50–75 % fyzické asistence jedné osoby. Při fyzických poruchách vyžaduje asistenci jedné osoby při bezpečném přesunu nebo zvedání pacienta. Při kognitivních poruchách vyžaduje trvalý dohled druhé osoby.
Stř = střední asistence	Střední stupeň fyzické asistence. Pacient vyžaduje 25–50 % fyzické asistence jedné osoby. Kontaktní vedení druhé osoby, která se nachází v bezprostřední blízkosti pacienta a v případě potřeby může okamžitě (nejen slovně) zasáhnout. Při kognitivní poruše vyžaduje pacient občasný dohled druhé osoby, která se nachází v bezprostřední blízkosti a dohlíží na celou činnost nebo úkol.
Min = minimální asistence	Minimální asistence druhé osoby. Pacient vyžaduje méně než 25 % fyzické asistence druhé osoby. Při kognitivní poruše vyžaduje pouze minimální dohled druhé osoby, která se nachází v bytě a provádí minimální kontrolu nebo slovně opravuje chyby či upozorňuje na případná rizika při činnosti nebo úkolu.
D = dohled	Pacient vyžaduje dohled pouze na začátku činnosti formou poskytnutí instrukcí o postupu činnosti, o bezpečnosti provádění činnosti nebo návrh úpravy prostředí. Je možné nechat pacienta určitou dobu bez dozoru. Pacient však není schopen zjistit chyby nebo předpovídat důsledky v nových, nečekaných situacích. Proto je nutné zajistit bezpečné prostředí, které by vylučovalo riziko úrazu.
N = nezávislost, samostatnost	Pacient zvládá činnost nebo činnosti bez verbální asistence, dohledu nebo fyzické asistence, s nebo bez kompenzační či technické pomůcky, v normálním nebo přiměřeném tempu. Činnost může provádět v upraveném prostředí.

ZDROJ: (PFEIFER, 2011)

Příloha E

ZKRÁCENÝ MENTÁLNÍ BODOVACÍ TEST pro ošetřovatelské zhodnocení
(Jeden bod za každou správnou odpověď. Je-li počet nižší než 7 bodů, jedná se o zmatenost.)

Zeptejte se nemocného na:

1. Věk
2. Čas do nejbližší hodiny
3. Adresu (pro připomenutí: Na konci testu by měla být adresa pacientem zopakována, abychom se ujistili, že pacient dobře slyšel.)
4. Rok
5. Jméno nemocnice
6. Poznání alespoň dvou osob (např. sestra, lékař)
7. Datum narození
8. Rok první světové války
9. Jméno současného prezidenta
10. Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat zpětně měsíce v roce prosinec - leden

ZDROJ: (VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola)

Příloha F

S čím si současná společnost spojuje pojem senior

39 %	starý, starší člověk
36 %	důchodce (penzista), důchod, pobírá důchod
9 %	babička a dědeček, rodiče, prarodiče
7 %	stáří, stařík, stařec
6 %	zdravotní problémy – zdraví podlomené, nemoci, nemocnice, LDN, stacionář, doktoři, spíše už na lůžku, zdravotní problémy
4 %	nepracuje – nepracuje kvůli věku, neproduktivní/neaktivní věk, po ukončení pracovního poměru, již si své odpracoval
4 %	aktivity, zájmy, záliby, koníčky – vitalita, tvořivost, cestování, sport, kultura, kulturní akce, jezdí na ryby, zahrádka, chata, zábava, turistika, studium/vzdělávání; četba, TV; užívá si všeho, na co neměli při zaměstnání čas; žítí plným životem
3 %	důchodový věk
3 %	já a moji vrstevníci/kamarádi/okolí – už mezi ně patřím, sebe sama
3 %	věk – vyšší/zralý věk – už ne mladý člověk / má již mláďa za sebou / za ženitkem
3 %	čas, volný čas – více, dostatek, hodně; svoboda
2 %	zkušenosti, znalosti, rozum, moudrost, zodpovědnost; oproštění se od nepodstatného
2 %	ekonomicky slabší část obyvatel – nízký důchod, finančně ne nejlépe, bída, málo peněz / musí šetřit, chudoba; z bytu pod most
2 %	odpočinek, relaxace – zasloužený odpočinek
2 %	spokojenost, klid, pohoda, méně stresu
2 %	nespokojený – nervózní, nevrlý, nerudný, zatrpklý, protivný, špatně naladěný, stěžuje si, poučuje, nadává, bezohledný
2 %	rodina/vnoučata – hlídání vnoučat, láska k vnoučatům; více času na rodinu
2 %	vzhled – šedivé vlasy, vráscití, brýle, protěza, důchodky, hůl, taška RVHP
2 %	negativní postoje – společnost se k němu staví, že je na obtíž; drahý pro společnost – čím dříve umře, tím lépe; příživník, který se žije i z mé výplaty; musíme na ně vydělávat; obtíž pro společnost a rodinu; společnosti vyhozený na vedlejší kolej, přehlížený, odstrčený, nepotřebný člověk, periferie/okraj zájmu společnosti; nemá žádná práva
2 %	další/poslední etapa/část života, podzim života, život / větší část života většinou za sebou, život bez budoucnosti; smrt, pohřeb, mrtvý člověk

závislost na jiných/druhých:

ZDROJ: (SAK, 2012)

Příloha G

Strukturovaný formulář

1) Jste:

- a. Muž
- b. Žena

2) Kolik je vám let:

- a. 60 – 65 let
- b. 66 – 70 let
- c. 71 - 75 let
- d. 76 – 80let
- e. 81 – 85 let
- f. 85 – 90let
- g. 90 a více

3) Vyhovuje vám doba návštěv?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne

4) Ruší vás v noci hluk?

- a. Ne
- b. Ano – hluk ostatních klientů
- c. Ano – hluk zaměstnanců
- d. Ano hluk zvenčí

5) Máte dostatek soukromí?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše Ne
- d. Ne

6) Stalo se vám někdy, že jste spadl/a z lůžka?

- a. Ano
- b. Ne

7) Pomáhá vám ošetřující personál měnit polohu na lůžku?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Někdy
- d. Nepotřebuji

- 8) Dosáhnete na signalizační zařízení?**
- Ano
 - Ano ale s obtížemi
 - Ne
- 9) Pomáhá vám ošetřující personál s hygienou? (ráno, večer)**
- Ano
 - Ne
 - Nepotřebuji
- 10) Nabízí vám ošetřující personál tekutiny během dne?**
- Ano
 - Ne
 - Nepotřebuji
- 11) Navazuje s vámi ošetřující personál při obslužné péči oční kontakt?**
- Ano
 - Ne
 - Někdy
- 12) Navazuje s vámi ošetřující personál při komunikaci tělesný kontakt?**
- Ano
 - Ne
 - Někdy
- 13) Pomáhá vám personál v případě potřeby s konzumací stravy (krmení)?**
- Ano
 - Ne
 - Někdy
 - Pomoc nepotřebuji
- 14) Jak hodnotíte přístup ošetřujícího personálu k vaší osobě? Ohodnoťte od jedné do pěti, jako ve škole, kdy 1 znamená nejlépe a 5 nejhůře.**

1	2	3	4	5

- 15) Jak často s vámi komunikuje ošetřující personál?**
- Často i mimo ošetřování
 - Jen během ošetřování (hygiena, strava atd.)
 - Ani během ošetřování

16) Ostýcháte se obrátit na ošetřující personál, pokud něco potřebujete?

- a. Ano – proč?
- b. Ne

17) Jak jste spokojen/a s chováním a přístupem ošetřovatelského personálu:

- a) jsem velmi spokojen/a
- b) jsem spíše spokojen/a
- c) jsem většinou spokojen/a
- d) jsem většinou nespokojen/a
- e) jsem velmi nespokojen/a
- f) nevím, nepřemýšlela

18) Jak jste spokojen/a s kvalitou stravy? Ohodnoťte jako ve škole od 1 do 5.

1	2	3	4	5

19) Jak jste spokojen/a s množstvím stravy? Ohodnoťte jako ve škole od 1 do 5

1	2	3	4	5

20) Máte dostatek času na konzumaci stravy?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Někdy

21) Považujete podávanou stravu za dostatečně teplou?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Někdy

22) Navštěvuje vás rehabilitační pracovnice?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nepotřebuji

23) S kým trávíte svůj volný čas v zařízení?

- a. S ostatními klienty
- b. S ošetřujícím personálem
- c. S rodinou nebo přáteli
- d. Sám

24) Jak trávíte svůj volný čas v zařízení?

.....

25) Jak by jste chtěl/a trávit svůj volný čas v zařízení?

.....

ZDROJ: Vlastní

Příloha H

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Tomáš Lorenc	
Studijní obor	Všobecná sestra	Ročník 3
Téma práce	Kvalita ošetrovatelské péče u seniorů	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Ivana Jahodová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis
Bc. BĚHOŮNOVÁ Dana

V J. HRADCI dne 11.8.2013

podpis studenta