

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Alena Rálišová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Alena Rálišová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**POHLED STUDENTŮ 1. ROČNÍKU OBORU
ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT NA GERIATRICKÉHO
PACIENTA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Šťastná

PLZEŇ 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Plzni dne 29. března 2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Šťastné za cenné rady a vedení bakalářské práce. Poděkování patří také mé rodině a přátelům, kteří mě v psaní mé bakalářské práce podpořili a byli mi oporou.

Anotace

Příjmení a jméno:	Rálišová Alena
Katedra:	Ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce:	Pohled studentů 1.ročníku oboru zdravotnický asistent na geriatrického pacienta
Vedoucí práce:	Mgr. Hana Šťastná
Počet stran - číslované:	36
Počet stran - nečíslované:	24
Počet příloh:	7
Počet titulů použité literatury:	22
Klíčová slova:	zdravotnický asistent, stárnutí, stáří, geriatrický pacient, umírání, smrt

Souhrn:

Tato bakalářská práce obsahuje dvě části, část teoretickou a část praktickou. V teoretické části popisují stáří a problematiku geriatrického pacienta. Praktická část je zaměřena na kvantitativní šetření. Hlavní metodou pro získávání informací, které jsou dobře zobecnitelné, je dotazník. Výsledky jsem zpracovala do tabulek.

Annotation

Surname and name:	Rálišová Alena
Department:	Nursing and Midwifery
Title of thesis:	The view of the 1 st year students of the medical assistant on the geriatric patient
Consultant:	Mgr. Hana Šťastná
Number of pages - numbered:	36
Number of pages - unnumbered:	24
Number of appendices:	7
Number of literature items used:	22
Keywords:	medical assistant, aging, age, geriatric patient, dying, death

Summary:

My bachelor's work have two parts, theoretic part and practical part. My theoretic part describes the issue age and geriatric patient. The practical part is focused on quantitative research. Practical part includes questionnaire. The main method for obtaining information that is generalizable good questionnaire. The results were compiled into tables.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT	11
2 POJETÍ STÁŘÍ V ČESKÉ REPUBLICE V 21. STOLETÍ	12
3 TEORIE STÁRNURÍ.....	13
3.1 Teorie o působení zevních vlivů.....	13
3.2 Teorie omylů a katastrof.....	13
3.3 Genetická teorie.....	13
3.4 Imunologická teorie.....	13
3.5 Teorie příčných vazeb	13
4 ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	14
4.1 Kardiovaskulární systém	14
4.2 Pohybový systém.....	14
4.3 Dýchací systém.....	15
4.4 Trávicí systém	15
4.5 Vylučovací systém.....	15
4.6 Kožní systém	15
4.7 Nervový systém	15
5 PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ	16
6 STRATEGIE VYROVNÁNÍ SE SE STÁŘÍM.....	17
6.1 Konstruktivní strategie	17
6.2 Strategie závislosti.....	18
6.3 Strategie obranná	18
6.4 Strategie hostility	18
6.5 Strategie sebenávisti	18
7 DŮLEŽITÉ MEZNÍKY V ŽIVOTĚ SENIORA.....	19
7.1 Odchod do důchodu.....	19
7.2 Partnerova smrt.....	19
7.3 Mezigenerační soužití se seniorem.....	20
7.4 Změna dosavadního bydliště	20
7.5 Sexualita	20
8 KOMUNIKACE SE SENIOREM.....	21

9	AGEISMUS.....	22
10	SENIOR JAKO OBĚŤ TÝRÁNÍ A NÁSILÍ.....	23
11	UMÍRÁNÍ A SMRT.....	24
11.1	Období umírání.....	24
11.2	Modely umírání.....	26
11.3	Paliativní péče.....	26
12	SOCIÁLNÍ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY.....	27
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
13	FORMULACE PROBLÉMU.....	28
13.1	Cíl a úkol průzkumu.....	28
13.2	Hypotézy.....	28
13.3	Vzorek respondentů.....	28
13.4	Metoda výzkumu.....	28
13.5	Prezentace a interpretace výsledků.....	30
	DISKUSE.....	39
	OVĚŘENÍ HYPOTÉZ.....	44
	ZÁVĚR.....	45
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	46
	SEZNAM TABULEK.....	48
	SEZNAM ZKRATEK.....	49
	SEZNAM PŘÍLOH.....	50

ÚVOD

Název mé bakalářské práce zní „Pohled studentů 1.ročníku oboru zdravotnický asistent na geriatrického pacienta.“

Téma jsem si vybrala, protože mě zajímá jak studenti v mladém věku vnímají staré občany a zda si uvědomují, že tito lidé žijí mezi námi.

Stáří je nedílnou součástí života. Člověk se v určitém věku začne myšlenkou na toto období zabývat. Důležité je, aby si už mladí lidé zvykali, že je třeba starším a starým lidem pomáhat a zkvalitňovat jejich dny života. Každý z nás je individuální bytost se svými přednostmi a nedostatky a tak je nutné, ke starým lidem přistupovat.

Měli bychom respektovat jejich potřeby a jednat s nimi jako z plnohodnotnou bytostí a poskytovat jim pomoc v životní roli.

Touto bakalářskou prací bych chtěla připomenout studentům 1. ročníků nutnost se problematice starých lidí věnovat a seznámit se podrobně s geriatrickým pacientem, protože těchto lidí stále přibývá. Na základě získaných znalostí by měli studenti přistupovat k seniorům s otevřeným srdcem.

„Léta zvrátní tvář, ale nedostatek nadšení zvrátní duši. Starosti, pochybnosti, nedůvěra v sebe, strach a zoufalství, to jsou ta dlouhá léta, která ohnou záda a obrátí rostoucího ducha zpátky v prach. Jste tak mladými, jako je vaše víra, a tak starými, jako jsou vaše pochybnosti, tak mladými, jako je vaše sebedůvěra, a tak starými, jako jsou vaše strachy, tak mladými jako jsou vaše naděje, a tak starými, jako je vaše zoufalství.“

Zaharathuštra

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT

Studijní obor zdravotnický asistent je pro zájemce, kteří úspěšně dokončili školní docházku. Po absolvování střední zdravotnické školy, což znamená po úspěšném složení maturitní zkoušky, mohou poskytovat péči v rámci ošetrovatelského procesu a to pod odborným dohledem nebo vedením všeobecné sestry. Povolání zdravotnického asistenta patří mezi pomáhající profese, jejichž hlavním úkolem je pomáhat nemocným. Studenti kromě teoretických znalostí a praktických dovedností týkajících se ošetrovatelství, získávají i všeobecné vzdělání. Absolvent se uplatní jak v zařízeních lůžkového i ambulantního typu, tak i v různých institucích služeb sociální péče. Zdravotnický asistent podléhá registraci podle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních.

Vykonává ošetrovatelské výkony, plní ošetrovatelský plán a spolu s ostatními zdravotnickými pracovníky jej hodnotí a zajišťuje činnosti spojené s příjmem, přeložením, propuštěním a úmrtím pacienta. (1)

2 POJETÍ STÁŘÍ V ČESKÉ REPUBLICE V 21. STOLETÍ

Stárnutí a stáří je individuální proces, který začíná již od narození, a proto bychom ho měli chápat jako nevyhnutelnou etapu v lidském životě, která je stejně důležitá jako mládí a dospělost. (2)

Každý z nás si vytváří vlastní postoj ke stáří prostřednictvím názorů a postojů rodiny a společnosti.

Tento proces můžeme pozorovat z několika hledisek. Psychologické hledisko sleduje psychické funkce, emoce a motivace ve stáří. Sociologický náhled se zabývá prostředím, ve kterém starý člověk žije. Na této životní etapě se významně podílí i ekonomové, kteří sledují ekonomickou situaci seniora. Biologické hledisko zaujímá také důležitou roli, protože nám poskytuje informace o tom, jak se stárnutí a stáří projevuje na lidském organismu. (3)

Dle světové zdravotnické organizace je vyšší věk klasifikován následovně:

- Zralý věk neboli střední je datován od 45 – 59 roku věku
- Rané stáří neboli presenium se datuje od 60 – 74 let
- Vlastní stáří neboli senium se datuje ve věku od 75 – 89 let
- Za dlouhověkost se považuje věk 90 let a výše (2)

Nejdůležitějším faktorem rozhodujícím o délce života je genetická výbava. Sebepojetí člověka ve stáří je ovlivněno změnou role a zdravotním stavem. Důležitou podporu ve vyrovnání se se stářím může zajistit rodina. (4)

Stáří můžeme rozdělit na kalendářní, sociální a biologické. Kalendářní stáří se odvozuje od data narození. Za sociální stáří je považován věk od odchodu do starobního důchodu. A biologické stáří, které je dáno především involučními změnami v organismu. (5, 6)

Vědní obor zabývající se stářím a stárnutím je gerontologie, která se věnuje otázkám, proč stárneme a vztahem společnosti ke starým lidem. Cílem tohoto oboru je zmírnit deficity a handicapy stáří. Zdravotním stavem, potřebám geriatrického pacienta a zvláštnostmi v průběhu onemocnění se zabývá geriatrie. (6)

3 TEORIE STÁRNURÍ

Teorií o stárnutí je celá řada a mohou nám pomoci vysvětlit , proč ke stárnutí dochází.

3.1 Teorie o působení zevních vlivů

Tato teorie říká, že stárnutí ovlivňují pozitivně i negativně zevní vlivy. Zařazujeme sem: skladbu potravin, chemické látky, mikroorganismy, stresové a psychologické faktory, které působí na lidský organizmus a v neposlední řadě i životní styl člověka. (7)

3.2 Teorie omylů a katastrof

Tato teorie předpokládá, že dojde k disharmonii a zániku buněk na základě metabolických odchylek, zejména v syntéze bílkovin. (7)

3.3 Genetická teorie

Tato teorie předpokládá, že pokud se rodiče dožijí vysokého věku, je tedy pravděpodobné, že i děti se dožijí vysokého věku. Považuje za základ, že stárnutí má na „svědomí“ genetická výbava člověka. (8)

3.4 Imunologická teorie

Tato teorie vychází z předpokladu, že dochází k zániku buněk na podkladě autoimunitních procesů.

3.5 Teorie příčných vazeb

Tato teorie předpokládá, že vlivem překřížení významných makromolekulárních řetězců (RNA a DNA) dochází k metabolickým změnám a stárnutí buněk.(6, 7, 8)

4 ZMĚNY VE STÁŘÍ

V této kapitole bych se chtěla věnovat tělesným projevům stáří, které mají obecné rysy a probíhají v různém časovém období a jsou velmi individuální. Tělní systémy a orgány jsou opotřebovány, stárnou a mohou být změněny vlivem různých onemocnění.

(6)

Ve stáří se vyskytuje polymorbidita, což znamená, že člověka trápí několik chorob najednou. Spektrum těchto různých nemocí je příčinou toho, že pacienti svými nemocemi spadají hned do několika lékařských oborů současně. Většina chorob, které se vyskytují v každém věku, tak ve stáří mají své specifické zvláštnosti a mohou s sebou přinášet další komplikace. (9)

Nejčastější onemocnění, která jsou spojena s vysokým věkem jsou:

1. Kardiovaskulární onemocnění (angína pectoris, akutní infarkt myokardu, ischemická choroba srdeční, hypertenze)
2. Choroby pohybového ústrojí (osteoartróza, zlomeniny stehenního krčku, osteoporóza)
3. Metabolická onemocnění (diabetes mellitus)
4. Onemocnění gastrointestinálního a respiračního systému (vředová choroba, plicní emfyzém). (10)

4.1 Kardiovaskulární systém

Zhoršuje se funkce srdce a cév. Asi nejvýraznějším problémem je arterioskleróza, neboli kornatění tepen, při níž vlivem zhoršeného metabolismu tuků dochází k jeho ukládání ve formě ateromových plátů do cév, které se stávají nepružnými, ztlušťují se a následně mohou např. zúžit cévy tak, že může způsobit cévní mozkovou příhodu

4.2 Pohybový systém

Ve stáří také dochází např. k atrofii svalových vláken, což má vliv na snížení svalové síly. Tyto faktory se spolupodílí na snížení tělesné výšky, přičemž má na ní velmi významný podíl i řídnutí kostí

4.3 Dýchací systém

Se stoupajícím věkem se zmenšuje vitální kapacita plic, což vede k nedostatku kyslíku ve tkáních tedy hypoxii, která negativně působí převážně na činnost mozku.

4.4 Trávicí systém

Mění se kvalita chrupu a dochází k jeho opotřebenosti. Staří lidé proto často špatně kousají, polykají tyto špatně rozkousaná sousta, čímž je více zatěžován trávicí trakt.

Dále se ve vyšším věku snižuje množství chuťových pohárků, čímž se zhoršuje vnímání chuti. Snižuje se tvorba slin, enzymů a množství trávicích šťáv. Dále se zpomaluje motilita trávicí trubice. Důsledkem toho bývá prodloužený průchod stravy žaludkem a střevy, čímž se následně zpomaluje trávení a vstřebávání.

4.5 Vylučovací systém

Ochabují svěrače, proto často dochází k inkontinenci moče a stolice. Zhoršená funkce ledvin má často za následek zhoršenou detoxikaci organismu, což může způsobovat například kumulaci léků, či zplodin v organismu.

4.6 Kožní systém

Staří lidé nemají pocit žízně, což vede často k dehydrataci. Snížení množství vody v organismu má samozřejmě vliv na kvalitu kůže, její hydrataci a regenerační schopnost. Kůže postupně také ztrácí elasticitu a ztenčuje se. V průběhu stárnutí se dále zmenšuje množství receptorů pro vnímání chladu, tepla, bolesti a dotyku a tudíž se tím zhoršuje vnímání uvedených vjemů.

4.7 Nervový systém

Vlivem aterosklerózy mozkových tepen dochází k nedostatečnému prokrvení mozku. S tím je spojena celá řada neurologických problémů např. zhoršení hybnosti. Činnosti, které vyžadují dobrou koordinaci pohybů, jako je např. vyšívání, navlékání nitě do jehly, jsou pro člověka ve vysokém věku náročné. (1, 6)

5 PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Změnám psychických funkcí ve stáří se věnuje gerontopsychologie. Významně se v tomto období mění hierarchie potřeb, kdy do popředí zájmu vstupuje hlavně zdraví, pocit bezpečí a jistoty a touha uplatnit se i ve vyšším věku. (8)

Na počátku stáří je touha po seberealizaci postupně nahrazována snahou, aby byl starý člověk „přijmout“ společností blízkých osob. Vztahy ve stáří jsou velice důležité. Zejména rodina je na prvním místě a má pro seniora velký význam. Vlivem involučních změn se mění prožívání emocí. Stávají se emočně stabilní, což má za následek, že senior je schopen rozumově a klidněji posuzovat situace. Pod vlivem zkušeností, mezilidských vztahů se většině geriatrických lidí mění osobnost. Mohou se stát introverty, i přestože byli dříve extroverty.

Problematika stáří je v současné společnosti aktuální a stává se důležitým problémem, protože těchto lidí v populaci stále přibývá, přičemž velmi významnou roli v prodlužování lidského života hraje rozvoj medicíny. (11)

Úspěšné stárnutí spočívá v posilování kvality života, optimálním přizpůsobení se stáří a udržení přiměřené aktivity vzhledem k vyššímu věku. Snahou nás všech by mělo být pomoci těmto lidem nalézt vhodnou motivaci, zvyšovat jejich sebeúctu a vytvořit spolu s nimi krátkodobé i dlouhodobé cíle, kdy tyto všechny výše uvedené body by měly vést k aktivizaci starého člověka a toleranci individuality. (12)

6 STRATEGIE VYROVNÁNÍ SE SE STÁŘÍM

Stáří přináší nové zkušenosti, se kterými se musí člověk vyrovnat a záleží jen na jedinci, jak situaci zvládne. Starý člověk se snaží realizovat nenaplněné vnitřní potřeby. Může hledat smysl života, který je významně ovlivněn novou situací. Staří lidé potřebují více času na adaptování. (4)

„Vytvoření přiměřeného postoje k vlastnímu stáří podmiňuje schopnost racionálního zhodnocení a emočního vyrovnání s nepříznivými změnami, i aktivní přístup k řešení problémů a k hledání způsobu kompenzace úbytku různých funkcí. Adaptace na stárnutí může mít různý průběh v čase, zpravidla v závislosti na vnějších stresorech i změnách psychického a somatického stavu. Zvládnutí této zátěže je závislé na schopnosti i motivaci aktivizovat přiměřené a účelné obranné mechanismy.“ (4, s.305)

Abychom usnadnili adaptaci na stáří, je třeba se celoživotně na tuto etapu připravovat. Existuje dlouhodobá, středně dlouhá a krátkodobá příprava. Dlouhodobá příprava začíná již v dětství, kdy rodiče děti učí, aby měli úctu ke starým lidem. Značně pomoci může péče o seniora v rodině. Středně dlouhá příprava znamená, že člověk se měl postupně připravovat na stáří už ve středním věku. Zahrnujeme sem převážně správnou životosprávu, včetně dostatečného pohybu, finanční zajištění a úvaha o tom, kde a s kým budou žít a kdo se o ně bude starat. Krátkodobá příprava zahrnuje období tří až pěti let před odchodem do důchodu, kdy se jedná o praktickou přípravu, zejména o úpravu bytu, tak aby byl bezpečný, snadno přístupný a vybavený novými spotřebiči. Měl by se také zaobírat myšlenkou, jak vyplní svůj volný čas v důchodu. (2, 8, 13)

Ze studie S. Reichardové z roku 1962 vychází pět strategií, jak se vyrovnat se stářím:

6.1 Konstruktivní strategie

Jedná se o pozitivní postoj, kdy starý člověk akceptuje stárnutí a všechny jeho projevy. Snaží se zachovat si činnosti, kontakty, vztahy k blízkým osobám a udržet si duševní a tělesnou svěžest. Mezi jeho vlastnosti patří např. vstřícnost, smysl pro humor, optimismus, radost ze života, přizpůsobení se novým situacím. Při rozhovoru nebo získávání informací je u těchto lidí zjišťujeme většinou spokojené dětství, dospívání, manželství a rodičovství. (12)

6.2 Strategie závislosti

Většinou lidé, kteří bývali spíše pasivní a spoléhali se na druhé, očekávají i ve stáří, že je někdo povede a převezme za ně povinnosti a odpovědnost. Tito senioři si uchovávají své soukromí a preferují pohodlný život. (7, 12)

6.3 Strategie obranná

Tato strategie se objevuje u osob, které byly v produktivním životě aktivní. Projevem je zvýšená aktivita, která má za následek, že starý člověk vytěsňuje veškeré starosti a zdravotní problémy, které mu vyšší věk přináší. Své city kontrolují a snaží se je nedávat najevo.

6.4 Strategie hostility

Neboli také nepřátelství a hněvivost vůči druhým. Lidé svalují vinu za své neúspěchy na druhé. Bývají agresivní, vztahovační a nespokojeni se svým životem. Žijí osaměle, protože se vyhýbají společnosti.

6.5 Strategie sebenenávisti

Tito lidé jsou agresivní vůči své osobě a jsou k sobě tvrdí a přehnaně kritičtí. Svůj život hodnotí jako selhání. Smrt vnímají jako vysvobození. (12)

7 DŮLEŽITÉ MEZNÍKY V ŽIVOTĚ SENIORA

Každý z nás různě reaguje na změny ve svém životě. To bývá ovlivněno genetickými dispozicemi, zkušenostmi a prostředím, ve kterém jsme vyrůstali a nyní žijeme. Staří lidé jsou velice často umístováni do zdravotnických nebo sociálních zařízení a nacházejí se tak v nové, pro ně neznáme situaci. V těchto chvílích je velice důležitá adaptace, která dle Vágnerové Marie probíhá ve čtyřech fázích:

V první fázi by se člověk měl na stáří a s tím souvisejícím odchodem do důchodu připravit. V druhé fázi dochází k bezprostřední reakci na životní změnu, kdy má starý člověk pocit ztráty všech dosavadních jistot. Třetí fáze neboli deziluze zahrnuje pozvolnou adaptaci na novou situaci. Čtvrtá fáze neboli adaptace je převážně adaptace na nový životní styl v roli důchodce a zakotvení stereotypů. (9, 11)

Důležitými momenty v lidském životě starého člověka jsou :

7.1 Odchod do důchodu

Tato situace představuje odchod z dospělosti do stáří, znamená ztrátu profesní role. Tato nově získaná role „důchodce“ má často pro společnost nízký společenský status. Je to role, která je rozumově hodnocena a výrazně citově prožívána.

Vlivem nového životního stylu se mění i psychické potřeby, kdy na první místo v žebříčku potřeb vystupuje zdravotní stav a pocit bezpečí a jistoty. (11)

7.2 Partnerova smrt

Manželství se v tomto věkovém období stává pevnějším. Partner má ve vztahu významnou roli, protože zajišťuje pro druhého pocit bezpečí a jistoty a sounáležitosti. Důležitou a emočně náročnou situací je proto závažné onemocnění nebo úmrtí partnera. S takovou situací se člověk ve vyšším věku těžko vyrovnává. Ovdovění může způsobit opuštěnost až sociální izolaci. Kromě partnera umírají i stejně staří přátelé, kteří mohou vyvolat vzpomínky a strach z vlastní smrtelnosti. Důležité pro vyrovnání se s touto nelehkou situací je vyhledávat nové vztahy a soustředit se na sebe. (11, 12)

7.3 Mezigenerační soužití se seniorem

Významným momentem pro seniory bývá ztráta rodičovské role, kdy děti odejdou studovat nebo si založí vlastní rodinu a tím mohou prožívat tzv. Syndrom prázdného hnízda. Obecně by se dalo říci, že odchod dětí z domova hůře snáší ženy, ale opak je pravdou. Tato situace bývá kompenzována novou rolí - prarodičů.

Rodina má pro starého člověka velký význam. Rodiče touží žít v blízkosti dětí, a proto se některé rodiny rozhodnou k tzv. Mezigeneračnímu soužití, kdy si vzájemně materiálně a finančně vypomáhají. Soužití s sebou, ale může přinést i problémy např. rozdílné názory ve výchově dětí a nedostatek klidu a soukromí. Je dobré najít rovnováhu mezi oběma stranami. (14)

7.4 Změna dosavadního bydliště

Ke změně bydliště může vést snížení příjmů nebo zhoršení pohyblivosti a sebepéče, proto bývají staří lidé umisťováni do sociálních a zdravotnických zařízení. Pro seniora je situace velice psychicky náročná, protože opouštějí svůj dosavadní domov a jsou nuceni rozloučit se s minulostí a se vším, co tvořilo jejich život. Senior by měl být na takovou situaci připraven a souhlasit s ní. (14)

7.5 Sexualita

Tato potřeba u řady lidí přetrvává i ve vyšším věku. O sexualitě ve stáří se ve společnostech mladých lidí nemluví. Důkazem pro tento názor je i opomíjení této problematiky v odborné gerontologické literatuře. (12)

8 KOMUNIKACE SE SENIOREM

Komunikace je důležitým předpokladem ve vnímání mezilidských vztahů. Zvláštním typem je komunikace ve zdravotnictví. (15)

Při rozhovoru s geriatrickým pacientem je důležité si uvědomit, že může zpracovávat informace pomaleji a potřebuje dostatek času na promyšlení odpovědi. Zhoršuje se schopnost učit se, a proto bychom neměli seniora zahltit velkým množstvím informací. Velkou roli hraje také únava a stres. Pro jakoukoliv komunikaci si musíme získat důvěru pacienta. (16)

Komunikace v geriatrii se vyznačuje specifickými znaky, které nám mohou pomoci vhodně zvolit komunikační prostředky, metody a postupy porozumění. V komunikaci se seniorem se prolínají čtyři hlavní potřeby:

1. Sociální interakce,
2. Vysvětlení, potvrzení a ujištění,
3. Rada, podpora a edukace,
4. Komfort, útěcha a uklidnění. (16)

„Je ironií, že ve vyšším věku, kdy mají lidé dostatek času na komunikaci pro potěšení, rozvíjí se mnoho potíží, které ztěžují schopnost komunikace a dorozumění.“, Jill Macleod Clark (16 s. 49)

Senior může trpět poruchami sluchu, poruchami zraku a nemusí rozumět cizím odborným výrazům, které bude při rozhovoru zdravotník používat. Zdravotnický personál by měl být vstřícný a aktivně naslouchat a komunikaci těmito aspekty přizpůsobit. (15)

9 AGEISMUS

Tento pojem byl poprvé definován v Americe koncem šedesátých let 20. století Robertem N. Butlerem. (16)

„Postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří. Ageistický postoj se projevuje podceňováním, odmítáním, a v krajním případě až odporem ke starým lidem. V důsledku takového postoje dochází k diskriminaci pouze na základě stáří.“ (4, s. 308 – 309)

Ageismus se na stáří dívá jako na období ztrát a zhoršení kvality života. Tento postoj považuje za méněcenné všechny staré lidi a nebere ohled na jejich individualitu. Jsou bráni jako přítěž pro společnost, která nic nepřináší a mnoho vyžaduje. Vyplývá z něj tendence seniory izolovat. Starý člověk má tudíž díky tomuto přístupu nízký společenský status.

Hodnotový systém dnešní společnosti zvýhodňuje mladistvý vzhled a výkon, což staré lidi znevýhodňuje. Tento postoj podporují i média. U některých mladších lidí mohou tyto negativní představy ke starým lidem následně posilovat i obavy z vlastního stáří.

(4, 14)

Důsledkem ageismu může být u pacienta neúčinná spolupráce, snížené sebehodnocení, zvýšená psychická zátěž a přijmutí tohoto názoru, kdy senior může uvěřit, že je pro společnost přítěží. (16)

10 SENIOR JAKO OBĚŤ TÝRÁNÍ A NÁSILÍ

Násilí a týrání je společenský problém, který se nejvíce týká malých dětí, lidí mentálně postižených a seniorů, protože jsou snadno zranitelní. Je smutné, že v médiích se daleko častěji dovídáme, že mladí lidé okradli, podvedli nebo napadli starého člověka. Jak již jsem zmínila nemusí se vždy jednat jen o násilí fyzické, ale poměrně často se vyskytuje i psychické. (13)

Každý z nás považuje domov za místo, kde je v bezpečí a je chráněn před venkovním „zlým“ světem. Bohužel tomu často tak není. I ve vlastních rodinách se děti dopouštějí násilí vůči seniorům. V domácím prostředí se jedná tak o fyzické, psychické, sexuální, tak i ekonomické násilí. Pokud se takového zacházení dopouští členové rodiny, starý člověk se pak bojí situaci ohlásit, požádat o pomoc a spíše se uzavře do sebe. Proto při změnách zdravotního stavu, který vede k hospitalizaci (proleženiny, dehydratace, podlitiny) by zdravotníci měli situaci nahlásit a nabídnout starému člověku pomocnou ruku. (12, 13)

Je nepochopitelné násilí od osoby blízké natož potom od zdravotnického personálu. V některých zařízeních můžeme považovat za týrání i nepřiměřené používání omezovacích prostředků, kdy starý člověk je připoután k lůžku, nebo je dokonce nevhodně medikován, tzn. utlumen uklidňujícími léky, tak, aby personál „nezatěžoval“. (12, 13)

Prevenčí pro toto chování může být pečlivý výběr sester a pomocného personálu do těchto zařízení, pravidelné kontroly, povinné vzdělávání, spolupráce se sociálními pracovníky, nebo možnost pro zaměstnance navštívit psychologa, který může včas odhalit možné iniciátory násilí. V neposlední řadě může být prevencí i důsledná kontrola dodržování zákonů. (17)

11 UMÍRÁNÍ A SMRT

V této kapitole se chci zabývat i problematikou umírání a smrti, protože ke stáří a geriatrickému pacientovi neodmyslitelně patří. Studenti se v rámci praxe budou setkávat s lidmi v závěrečné etapě života, a proto bych jim chtěla přiblížit tyto informace a poukázat na možnosti, které současná medicína nabízí. Pro zdravotníky je toto téma velice důležité, protože často nevědí, jak se vůči umírajícímu pacientovi chovat.

„Zaujmout stanovisko ke smrti každý člověk nemusí, zdravotníci ale díky své profesi musí.“ (11 s. 122)

Umírání znamená loučit se se vším, co měl člověk rád, a se všemi, které měl rád. Na smrt se nelze připravit, protože nevíme kdy nastane. V mládí si plánujeme budoucnost a je samozřejmé, že se myšlenkou na smrt nezabýváme. Máme totiž pocit, že je daleko a neuvědomujeme si, že můžeme umřít kdykoliv.

Délka života nemocného se pokrokem vědy a medicíny prodlužuje. S rozvojem dalších věd jako psychologie začíná být už desetiletí aktuálním tématem společnosti i snaha o humanizaci smrti. (18)

11.1 Období umírání

Umírání můžeme rozdělit na tři období, která na sebe navazují:

1. Období *pre finem* začíná, když si pacient uvědomí, že jeho nemoc je neslučitelná se životem. Umírajícímu člověku bychom měli nabídnout pomoc a to i tím, že s ním budeme otevřeně komunikovat o jeho potřebách a dotazech, které ho zajímají. Cílem zdravotnického personálu by měla být snaha pokud to zdravotní stav nemocného dovolí, umožnit mu návrat do rodiny nebo mu zajistit důstojnou smrt.
2. Období *in finem* můžeme nazvat i terminálním stádiem, kdy nemocný nemá již sílu na rozhovory. Zde je hlavním úkolem zdravotníků pečovat o základní potřeby a zajistit základní komfort jako je např. zvlhčit rty, polohovat pacienta a správně medikovat, aby neměl bolesti atd.
3. Období *post finem* zahrnuje kromě péče o mrtvé tělo, také péči o pozůstalé. Náročnou chvílí je sdělování úmrtí příbuzným. Měli bychom dbát na společenské zásady, je zde velice důležitá znalost správné komunikace a případně spolupracovat s psychologem, který nám může pomoci, protože většina pozůstalých chce vědět, jak umírání blízkého člověka probíhalo. (18)

Umírání popsala americká lékařka původem ze Švýcarska Elizabeth K. Ross, která zkoumala v roce 1992 psychiku umírajících lidí, trpících onkologickým onemocněním a popsala v knize „ O umírání a smrti“ pět stádií, kterými člověk od sdělení diagnózy až po smrt prochází:

1. stádiem je ŠOK, POPÍRÁNÍ, IZOLACE – nemocný může odmítat léčbu a péči zdravotníků, uzavře se do sebe a brání se: „ *Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné. Je to omyl.*“ V tomto stádiu je vhodné navázat kontakt a získat důvěru pacienta.
2. stádiem je AGRESE, ZLOST – pacienti mohou mít zlost na zdravé lidi a na celý svět „ *Proč zrovna já? Čí je to vina?*“ Důležité je nevztahovat si reakci nemocného na svou osobu, nepohoršovat se nad ní a projevit pochopení.
3. stádiem je SMLOUVÁNÍ, VYJEDNÁVÁNÍ – pacient smlouvá sám se sebou, hledá zázračné léky, léčitele. „ *Ještě chci stihnout promoci dcery.*“ Velký význam má naše trpělivost. Můžeme jej upozornit, že ne všichni léčitelé mu mohou pomoci.

Všechny tyto tři stádia jsou pro personál a pacienta důležitá. Během této doby bychom mu měli podat co nejvíce informací, protože až přijde stádium deprese, tak už pacient s námi tolik komunikovat nebude. Potřebuje si utřídit informace, které získal předtím a sbírá sílu na další boj.

4. stádiem je DEPRESE, SMUTEK – pacient si uvědomuje blížící se smrt, sbírá sílu bojovat s nemocí. Důležité je naslouchat mu a pomoci urovnat vztahy, případně nabídnout duchovní služby.
5. stádiem je SMÍŘENÍ, AKCEPTACE – vyrovnání se. Nastal čas loučení. „ *Dokonáno jest. Odevzdávám se do tvých rukou...*“ Důležité je věnovat se převážně osobnímu kontaktu s nemocným a rodině, která potřebuje pomoci se se situací vyrovnat.

Tyto jednotlivá stádia se mohou opakovat, střídat a nemusí probíhat v uvedeném sledu. Nemocný nemusí všemi stádii projít. Samozřejmě neměli bychom opomenout rodinu, pro kterou je daná situace velmi náročná a tyto stádia prožívají spolu se svým blízkým. (18, 11)

„ *Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří na svůj osud rezignovali, tento*

výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího míru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazů lidí, kteří dosáhly opravdového stádia přijetí pravdy.“ uvedla E. K. Ross ve své knize „ O umírání a smrti“. (18, s.73)

11.2 Modely umírání

Dříve bylo zvykem, že člověk umíral v rodině. Z generace na generaci se předávala zkušenost, jak pečovat o umírajícího.

Každý z rodiny vnímal umírání a smrt zblízka. Byl to „obřad“, kterého se zúčastnila celá rodina, která byla nemocnému v této těžké chvíli oporou. Výhodou bylo, že každý měl představu, jak umírání a smrt vypadá. Tento model se po staletí nezměnil. Nazývá se jako umírání ritualizované, nebo také „ tradiční model umírání“.

Druhý model je institucionální, nebo také „ moderní model umírání.“ Tento model se začal objevovat od 30.let 20.století. Rodina přenechá péči instituci, kde nemocný bohužel umírá obklopen cizími lidmi. Současná společnost se snaží využít kombinaci obou modelů. (18)

11.3 Paliativní péče

Paliativní péče zlepšuje kvalitu života pacienta, a to prostřednictvím předcházení a včasného zmírňování utrpení, vyhodnocení a léčby bolesti a fyzických, psychosociálních a duchovních potíží. (20)

Paliativní péči můžeme rozdělit na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči poskytuje každé zdravotnické zařízení. Zařazujeme sem respekt k nemocnému, podporu rodiny, léčbu bolesti a ostatních symptomů.

Specializovanou paliativní péči poskytují zařízení, kde je tato péče hlavní činností. Pracuje zde speciálně vyškolený zdravotnický personál. Mezi tyto zařízení patří: oddělení paliativní péče, lůžkové hospice, ambulantní paliativní péče a denní stacionáře pro umírající lidi. (19)

12 SOCIÁLNÍ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY

Cílem sociálních služeb je podporovat život člověka v jeho přirozeném prostředí. Proto u nás vznikla široká nabídka ambulantních a terénních služeb, které umožňují seniorům být v domácím prostředí. Řada sociálních služeb a zařízení je velice finančně náročná, a proto musí na poskytované služby částečně přispívat i klienti. (7)

Mezi sociální zařízení, poskytující sociální péči, patří domovy pro seniory, domov se zvláštním režimem, domy s pečovatelskou službou, domovinky, denní stacionáře, týdenní stacionáře a pečovatelská služba .

Domovy pro seniory poskytují celoroční pobytové služby a jsou určeny seniorům, kteří nemohou žít sami ve své domácnosti a potřebují trvalou péči.

Domovy se zvláštním režimem také poskytují celoroční pobytovou službu. Jsou sem přijímáni lidé, kteří mají zvláštní potřeby, které vyplývají s chronické duševní poruchy nebo závislosti.

Domovy s pečovatelskou službou poskytují své služby zdravým seniorům, kteří nevyžadují stálou péči, ale potřebují pomoci jen s určitými úkony.

Domovinky jsou centra denních služeb pro seniory s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi.

Denní stacionáře jsou ambulantní službou, kam senioři docházejí denně. Jedná se převážně o seniory se sníženou soběstačností, kteří potřebují pomoc druhého člověka.

Týdenní stacionáře jsou také ambulantní službou a poskytují klientovi ubytování od pondělí do pátku. O víkendech je klient s rodinou. Tyto zařízení pomáhají také rodinným příslušníkům a to tzv. odlehčovací službou, kdy rodina dle potřeby může do tohoto zařízení na krátkou dobu umístit seniora do týdenního stacionáře, který převezme o klienta péči. Pečovatelská služba poskytuje péči v domácím prostředí.

Informace o celém spektru sociálních služeb a zařízení lze nalézt na informačním serveru Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). (8)

PRAKTICKÁ ČÁST

13 FORMULACE PROBLÉMU

Na základě výše uvedených informací jsem se zaměřila na studenty 1.ročníku oboru zdravotnický asistent, kdy mnozí z nich se s geriatrickým pacientem nesečkala.

13.1 Cíl a úkol průzkumu

Hlavním cílem bylo získat informace o současném vnímání geriatrického pacienta z pohledu studentů 1. ročníku oboru zdravotnický asistent na SZŠ.

1. Zjistit, jak vnímají geriatrického pacienta.
2. Zjistit, zda se zajímají o problematiku geriatrických pacientů.
3. Ověřit si, zda mají znalosti o geriatrickém pacientovi.

13.2 Hypotézy

V souladu s uvedenými cíli jsem si stanovila tyto hypotézy:

H1: Domnívám se, že studenti 1.ročníku oboru zdravotnický asistent nemají představu, kdo je geriatrický pacient.

H2: Předpokládám, že studenti 1.ročníku oboru zdravotnický asistent neznají specifika komunikace s geriatrickým pacientem.

H3: Domnívám se, že studenti 1.ročníku oboru zdravotnický asistent neznají pojmy z oboru gerontologie.

13.3 Vzorek respondentů

Vzorek respondentů byl určen. Jednalo se o studenty 1.ročníku středních zdravotnických škol oboru zdravotnický asistent v Plzni, Domažlicích a Klatovech.

13.4 Metoda výzkumu

Pro realizaci výzkumného šetření jsem si zvolila kvantitativní šetření. Zvolila jsem dotazníkovou formu, kdy jsem si předem zformulovala otázky. Výhodou dotazníkového šetření je rychlý sběr dat, nevýhodou je možné zkreslení odpovědí, popřípadě neochota studentů dotazníky vyplnit.

Před zahájením vlastního šetření jsem provedla pilotní studii, která ověřila srozumitelnost otázek a odhalila případné nedostatky. Dotazníky pro pilotní studii jsem rozdala 5 respondentům z 1. ročníku oboru zdravotnický asistent. Nebyly shledány žádné nedostatky, a proto jsem dotazníky po souhlasu ředitelů středních zdravotnických škol mohla rozdat.

Výzkumné šetření probíhalo v časovém období od ledna 2012 až února 2012. Dotazník jsem rozdala studentům 1.ročníku ve třech středních zdravotnických školách a to ve:

Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické Plzeň, Vyšší odborné škole, Obchodní akademii a Střední zdravotnické škole Domažlice a Vyšší odborné škole, Obchodní akademii, Střední zdravotnické škole a Jazykové škole s právem státní jazykové zkoušky Klatovy.

Dotazník se skládá ze dvou částí. V úvodu vysvětluji důvod vyplnění dotazníku a pokyny k vyplnění, druhá část obsahuje 16 otázek, které se vážou ke stanoveným hypotézám. Samotný dotazník byl anonymní. Druhá polovina otázky č.6 se nevztahuje k žádné z hypotéz, je pro mne informativní.

Z celkového počtu rozdaných 120 dotazníků, jsem získala zpět 115. Z celkového počtu 115 dotazníků byly 2 vyplněny pouze z části a 5 nevyplněných. Tyto dotazníky jsem tedy nezapočítávala do celkového počtu dotazníků, tudíž jsem jich vyhodnocovala 108. Absolutní kumulativní četnost návratnosti je 90%.

13.5 Prezentace a interpretace výsledků

Otázka č. 1: „Ageismus“ znamená ?

Tab. 1 - Ageismus

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nesnášenlivost	5	5%
Předsudky a negativní představy o seniorech	56	52%
Nesnášenlivost mladých lidí seniory	47	43%
Celkem	108	100%

Tabulka č. 1 udává, že pojem Ageismus znamená pro 4,6% (5) respondentů nesnášenlivost, 51,9% (56) respondentů uvádí, že tento pojem znamená předsudky a negativní představy o seniorech a 43,5% (47) respondentů považuje tento pojem za nesnášenlivost mladých lidí seniory.

Otázka č. 2: V jaké věkové skupině by jste použili označení geriatrický pacient ?

Tab. 2 – Věk geriatrického pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 50 let	1	1%
60 – 70 let	62	57%
Nad 70 let	45	42%
Celkem	108	100%

Tabulka č. 2 uvádí, že geriatrického pacienta ve věku do 50 let si představuje pouze 0,9% (1) respondent. 57,4% (62) respondentů považuje pacienta za geriatrického ve věkovém období od 60 – 70 let a 41,7% (45) respondentů si myslí, že pacienta lze považovat za geriatrického ve věku nad 70 let.

Otázka č. 3: Termín Geront je ?

Tab. 3 – Geront

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vulgární označení starého člověka	22	20%
Označení používané u starých lidí	45	42%
Nevím	41	38%
Celkem	108	100%

Z tabulky č. 3 vyplývá, že 20,4% (22) respondentů považuje termín Geront za vulgární označení starého člověka, ale 41,7% (45) respondentů by tento termín použilo jako označení, které se vyskytuje u starých lidí. 38,0% (41) respondentů vybralo z možností odpověď nevím.

Otázka č. 4: Myslíte si, že s věkem může klesat inteligence ?

Tab. 4 - Inteligence

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	42	39%
Spíše ano	34	31%
Spíše ne	14	13%
Ne	18	17%
Celkem	108	100%

Dotazníková otázka č. 4 zjišťovala, zda si respondenti myslí, že s věkem může klesat inteligence. Odpověď ano zvolilo 38,9% (42) respondentů. Možnost spíše ano označilo 31,5% (34) respondentů. 13,0% (14) respondentů si vybralo z nabízených možností spíše ne. 16,7% (18) respondentů zaškrtnulo ne.

Otázka č. 5: Jak si představujete geriatrického pacienta ?

Tab. 5 – Geriatrický pacient

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jako schopného ve všech oblastech sebekpěče	7	6%
Jako nesoběstačného ve všech oblastech sebekpěče	31	29%
Některé oblasti sebekpěče mohou být omezeny	70	65%
Celkem	108	100%

Z tabulky č. 5 jsem zjistila, že 6,5% (7) respondentů si geriatrického pacienta představuje jako schopného ve všech oblastech sebekpěče. 28,7% (31) respondentů, takového pacienta považuje naopak jako nesoběstačného ve všech oblastech sebekpěče. Zbýlých 64,8% (70) respondentů geriatrického pacienta vnímá jako člověka, který může mít omezeny některé oblasti sebekpěče.

Otázka č. 6: Máte zájem pracovat se starými lidmi nebo geriatrickými pacienty ?

Tab. 6 – Zájem pracovat s geriatrickými pacienty

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	21%
Ne	85	79%
Celkem	108	100%

Tabulka č. 6 ukazuje, že 21,3% (23) respondentů chce pracovat s geriatrickými pacienty. Druhou polovinu otázky č. 6 jsem zařadila pouze informativně. Ta zněla „ Pokud jste odpověděli ano napište, kde byste chtěl/a pracovat: na geriatrickém oddělení, v domově pro seniory, v domácí pečovatelské službě nebo jinde“. Na geriatrickém oddělení by chtělo pracovat 7 respondentů. O práci v domově pro seniory by mělo zájem 10 respondentů a o práci v domácí pečovatelské službě projevilo zájem 6 respondentů. 78,7% (85) respondentů nemá zájem pracovat s geriatrickými pacienty.

Otázka č. 7: *Myslíte si, že geriatrický pacient je ve zdravotnickém zařízení spíše ?*

Tab. 7 – Geriatrický pacient je ve zdravotnickém zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Respektován	51	47%
Diskriminován	14	13%
Devalvován	28	26%
Nevím	12	11%
Jiné	3	3%
Celkem	108	100%

Z tabulky č. 7 vyplývá, že 47,2% (51) respondentů myslí, že geriatrický pacient je ve zdravotnických zařízeních respektován. 13,0% (14) respondentů označilo jako možnost, že tito pacienti jsou v zařízeních diskriminováni. U 25,9% (28) respondentů bylo označeno, že jsou starší pacienti devalvováni. 11,1% (12) respondentů odpovědělo, že neví a 2,8% (3) respondenti zaškrtnuli možnost jiné, kdy do kolonky pro volnou odpověď někteří uvedli: „ Geriatrický pacient je stejný jako jiný pacient.“, „ Záleží na tom, kdo starého člověka ošetřuje“.

Otázka č. 8: Který ze smyslů se u geriatrického pacienta zhoršuje ?

Tab. 8 – Smysly u geriatrického pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sluch	106	47%
Zrak	94	42%
Chuť	13	6%
Dotek	2	1%
Jiné	10	4%
Celkem	225	100%

U této otázky mohli respondenti zaškrtnout libovolný počet odpovědí. Tabulka č. 8 uvádí, že 47,1% (106) respondentů označilo sluch jako jeden ze smyslů, který se u geriatrického pacienta zhoršuje. 41,8% (94) respondentů zaškrtnulo zrak. Chuť považuje za zhoršenou u geriatrického pacienta 5,8% (13) respondentů. Dotek uvedlo jen 0,9% (2) respondentů. Jiné označilo 4,4% (10) respondentů, kdy do kolonky volná odpověď napsali paměť.

Otázka č. 9: Mezi „přirozené“ změny ve stáří patří ?

Tab. 9 – Změny ve stáří

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vrásky, zmenšování postavy, šedivění vlasů, zhoršování zraku a nedoslýchavost	106	98%
Slepota, hluchota, demence, toulání, dušnost, snížená peristaltika	2	2%
Nevím	0	0%
Jiné	0	0%
Celkem	108	100%

Z tabulky č. 9 vyplývá, že 98,1% (106) respondentů označilo jako „přirozené“ změny ve stáří vrásky, zmenšování postavy, šedivění vlasů, zhoršování zraku a nedoslýchavost. Možnost slepota, hluchota, demence, toulání a snížená peristaltika zvolilo 1,9% (2) respondentů. Ostatní z možností respondenti nezvolili.

Otázka č. 10: *Dělá Vám problémy navazovat komunikaci se starými lidmi ?*

Tab. č. 10 – Problémy s navazováním komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	3	3%
Ne	75	69%
Někdy	30	28%
Celkem	108	100%

Tabulka č. 10 ukazuje, že 2,8% (3) respondentů mají problémy s navazováním komunikace se starými lidmi. 69,4% (75) respondentů uvedlo, že nemají problémy. Odpověď někdy zvolilo 27,8 (30) respondentů.

Otázka č. 11: *Máte strach komunikovat se starými lidmi ?*

Tab. č. 11 – Strach z komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	4	4%
Pokud ano proč?	0	0%
Spíše ano	6	6%
Spíše ne	36	33%
Ne	62	57%
Celkem	108	100%

Na otázku : Máte strach komunikovat se starými lidmi odpovědělo 3,7% (4) respondentů, že ano, ale svou odpověď nezdůvodnili. Odpověď spíše ano zvolilo 5,6% (6) respondentů. Možnost spíše ne zaškrtnulo 33,3% (36) respondentů a ne vybralo 57,4% (62) respondentů.

Otázka č. 12: *Jak myslíte, že je vhodné oslovovat geriatrického pacienta ?*

Tab. č. 12 – Oslovení geriatrického pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pane / Paní	100	92%
Babi / Dědo	2	2%
Celým jménem i s titulem	6	6%
Celkem	108	100%

Tabulka č. 12 vypovídá, že 92,6% (100) respondentů si myslí, že je vhodné geriatrického pacienta oslovovat Pane / Paní. Oslovení Babi / Dědo zvolilo jen 1,9% (2) respondentů a 5,6% (6) zavrhnuli možnost, že pacienta je vhodné oslovovat celým jménem i s titulem.

Otázka č. 13: *Co je důležité při komunikaci s geriatrickým pacientem ?*

Tab. č. 13 – Důležité body při komunikaci s geriatrickým pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mluvit nahlas a srozumitelně	94	38%
Brát ohled na komunikační bariéry (nedoslýchavost...)	82	33%
Respektovat zpomalení psychomotorického tempa	51	21%
Hodnotit život a názory geriatrického pacienta	21	8%
Celkem	248	100%

U této otázky mohli respondenti zaškrtnout libovolný počet odpovědí. Tabulka č. 13 uvádí, že 37,9% (94) respondentů uvedlo jako důležité mluvit nahlas a srozumitelně. Brát ohled na komunikační bariéry zaškrtnulo 33,1% (82) respondentů. 20,6% (51) označilo, že je důležité respektovat zpomalení psychomotorického tempa. Hodnotit život a názory geriatrického pacienta označilo 8,5% (21) respondentů.

Otázka č. 14: *Thanatologie je ?*

Tab. č. 14 – Thanatologie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vědní obor o řeckém bohu Thanatovi	6	6%
Nauka o smrti, která se zabývá teorií délky života a problematikou smrti	65	60%
Statistický vědní obor zabývající se počtem úmrtí za rok	37	34%
Celkem	108	100%

Tabulka č. 14 ukazuje, že 5,6% (6) respondentů považuje Thanatologii za vědní obor o řeckém bohu Thanatovi. 60,2% (65) respondentů zvolilo možnost, že se jedná o nauku o smrti, která se zabývá teorií délky života a problematikou smrti. 34,3% (37) respondentů považuje Thanatologii za statistický vědní obor zabývající se počtem úmrtí za rok.

Otázka č. 15: *Otázkami smrti se zabývá ?*

Tab. č. 15: Obor zabývající se otázkami smrti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sociální psychologie	38	35%
Religionistika	30	28%
Nevím	40	37%
Celkem	108	100%

Tabulka č. 15 uvádí, že 35,2% (38) respondentů se domnívá, že otázkami smrti se zabývá sociální psychologie. 27,8% (30) respondentů z možností vybralo religionistiku a 37,0% (40) respondentů zaškrtnulo, že neví.

Otázka č. 16: *Co si představujete pod pojmem sociální smrt ?*

Tab. č. 16 – Sociální smrt

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úplná, trvalá ztráta vědomí	6	6%
Stav, kdy člověk žije, ale je odtržen od společnosti a nelze jej do společnosti vrátit	77	71%
Rezignace, intenzivní prožívání beznaděje a zoufalství	15	14%
Po sociální smrti následuje smrt orgánů lidského těla	10	9%
Celkem	108	100%

Tabulka č. 16 udává, že 5,6% (6) respondentů považuje sociální smrt za úplnou a trvalou ztrátu vědomí. 71,3% (77) respondentů zaškrtnulo, že se jedná o stav, kdy člověk žije, ale je odtržen od společnosti a nelze jej do společnosti vrátit. 13,9% (15) respondentů zvolilo možnost, že sociální smrt je rezignace a intenzivní prožívání beznaděje. 9,3% (10) respondentů vybralo, že po sociální smrti následuje smrt orgánů lidského těla.

DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak studenti 1. ročníku oboru zdravotnický asistent vnímají geriatrického pacienta. Ke splnění tohoto cíle jsem využila dotazníkové šetření. V diskusi bych se chtěla zaměřit na srovnání středních zdravotnických škol v Plzni, Klatovech a Domažlicích, kde jsem uskutečnila výzkum pro praktickou část bakalářské práce. Překvapivé pro mě bylo, že výsledky výzkumu dopadly uspokojivě. Otázky jsem sestavila dle hypotéz, které jsem si stanovila.

Na otázku „*Co znamená ageismus*“ odpověděli studenti 1. ročníku oboru zdravotnický asistent na všech školách v největším počtu, že tento pojem znamená předsudky a negativní představy o seniorech. V Plzni 29 respondentů, v Klatovech 15 respondentů a v Domažlicích 12 respondentů. Z celkového počtu 108 respondentů, tedy správnou možnost zvolilo 56 studentů. Nesnášenlivost jako správnou variantu vybral v Plzni 1 respondent, v Klatovech 2 respondenti a v Domažlicích také 2 respondenti. Nesnášenlivost mladých lidí seniory zvolilo 25 respondentů z Plzně, 14 respondentů z Klatov a 8 respondentů z Domažlic. U této otázky jsem byla překvapena, protože studenti ve většině, tedy v 52% odpověděli správně. Myslela jsem, že se s tímto termínem ještě nesečkali.

Na otázku „*V jaké věkové skupině by jste použili označení geriatrický pacient?*“ Největší počet studentů zvolilo možnost, že termín geriatrický pacient je využíváno ve věku 60 – 70 let, a to 27 respondentů z Plzně, 17 respondentů z Klatov a 8 respondentů z Domažlic. Možnost, kdy toto označení se používá u osob nad 70 let zaškrtnuli 2 respondenti z Plzně, 14 respondentů z Klatov a 3 respondenti z Domažlic. U této otázky jsem naopak myslela, že studenti odpoví správně, ale v největším počtu byla zvolena možnost, že geriatrický pacient je ve věku od 60 – 70let.

Na otázku „*Co znamená termín geront?*“ odpovědělo 5 respondentů z Plzně, 10 respondentů z Klatov a 7 respondentů z Domažlic, že se jedná o vulgární označení starého člověka. Možnost, že se jedná o označení používané u starých lidí zvolilo 23 respondentů z Plzně, 13 respondentů z Klatov a 9 respondentů z Domažlic. Zařadila jsem do této otázky i nabídku, kdy mohli studenti označit i možnost, že neví, proto mě nepřekvapilo, že si jí vybralo 27 respondentů z Plzně, 8 respondentů z Klatov a 6 respondentů z Domažlic.

Na otázku „*Myslíte si, že s věkem může klesat inteligence?*“ odpovědělo 25 respondentů z Plzně, 10 respondentů z Klatov a 7 respondentů z Domažlic, že s věkem může inteligence klesat. Spíše ano označilo 22 respondentů z Plzně, 6 respondentů z

Klatov a 6 respondentů z Domažlic. Možnost spíše ne zvolilo 5 respondentů z Plzně, 5 respondentů z Klatov a 4 respondenti z Domažlic. Ne označili 3 respondenti z Plzně, 10 respondentů z Klatov a 5 respondentů z Domažlic.

Na otázku „*Jak si představujete geriatrického pacienta?*“ odpověděli 2 respondenti z Plzně, 3 respondenti z Klatov a 2 respondenti z Domažlic, že si geriatrického pacienta představují jako schopného ve všech oblastech sebekpěče. 10 respondentů z Plzně, 13 respondentů z Klatov a 8 respondentů z Domažlic, že geriatrický pacient je nesoběstačný ve všech oblastech sebekpěče. Možnost, že některé oblasti sebekpěče mohou být omezeny zaškrtnulo 43 respondentů z Plzně, 15 respondentů z Klatov a 12 respondentů z Domažlic.

Na otázku „*Máte zájem pracovat se starými lidmi nebo geriatrickými pacienty?*“ odpovědělo 8 respondentů z Plzně, 9 respondentů z Klatov a 6 respondentů z Domažlic, že ano. V druhé polovině této otázky by chtěli v Plzni pracovat 2 respondenti na geriatrickém oddělení, 3 respondenti v domově pro seniory a 3 respondenti v domácí pečovatelské službě. V Klatovech by na geriatrickém oddělení chtěli pracovat 4 respondenti, v domově pro seniory 3 respondenti a v domácí pečovatelské službě 2 respondenti. V Domažlicích by měl zájem pracovat na geriatrickém oddělení 1 respondent, 4 respondenti v domově pro seniory a 1 respondent v domácí pečovatelské službě. Většina studentů vybralo možnost ne, tedy že nemají zájem pracovat s těmito lidmi. Myslím si, že vzhledem k věku respondentů není překvapující, že nemají zájem pracovat se starými lidmi.

Na otázku „*Myslíte si, že geriatrický pacient je ve zdravotnickém zařízení spíše:*“ odpovědělo 30 respondentů z Plzně, 13 respondentů z Klatov a 8 respondentů z Domažlic, že tito pacienti jsou ve zdravotnických zařízeních respektováni. Diskriminováni jsou podle 6 respondentů z Plzně, 5 respondentů z Klatov a 3 respondentů z Domažlic. Možnost, že jsou geriatrickí pacienti devalvováni zvolilo 10 respondentů z Plzně, 10 respondentů z Klatov a 8 respondentů z Domažlic. Odpověď nevím vybralo 6 respondentů z Plzně, 3 respondenti z Klatov a 3 respondenti z Domažlic. Možnost jiné zaškrtnuli 3 respondenti z Plzně. Otázku jsem do dotazníku zařadila informativně, zajímalo mě, jak si studenti myslí, že je geriatrický pacient vnímán ve zdravotnickém zařízení.

Na otázku „*Který ze smyslů se u geriatrického pacienta zhoršuje?*“ odpovědělo 55 respondentů z Plzně, 31 respondentů z Klatov a 20 respondentů z Domažlic, že se zhoršuje sluch. 48 respondentů z Plzně, 28 respondentů z Klatov a 18 respondentů z Domažlic zvolilo odpověď zrak. Možnost chuť zvolili 4 respondenti z Plzně a 9 respondentů z Klatov. Možnost dotek vybral 1 respondent z Plzně a 1 respondent z Domažlic. Možnost

jiné zvolilo 5 respondentů z Plzně, 3 respondenti z Klatov a 2 respondenti z Domažlic, kdy do řádky pro volnou odpověď uvedli: „Paměť, chůze, čich.“

Na otázku „*Jaké jsou „přirozené „změny stáří?“*“ odpovědělo 54 respondentů z Plzně, 31 respondentů z Klatov a 21 respondentů z Domažlic, že přirozenou změnou jsou vrásky, zmenšování postavy, šedivění vlasů, zhoršování zraku a nedoslýchavost. Pouze 1 respondent z Plzně a 1 respondent z Domažlic zvolilo možnost, že mezi tyto změny patří slepota, hluchota, demence, toulání, dušnost a snížená peristaltika. Možnost nevím a jinde nezvolil žádný respondent. Výsledky odpovědí na danou otázku pro mě byly uspokojivé, protože studenti mají představu, jak se stárnutí a stáří projevuje.

Na otázku „*Dělá Vám problémy navazovat komunikaci se starými lidmi?“*“ odpověděl 1 respondent z Plzně a 2 respondenti z Klatov, že mají problém navazovat komunikaci. 35 respondentů z Plzně, 25 respondentů z Klatov a 15 respondentů z Domažlic, problémy nemají. Možnost někdy zvolilo 19 respondentů z Plzně, 4 respondenti z Klatov a 7 respondentů z Domažlic, že problémy mají jen někdy. Přestože studenti ještě neměli možnost na praxi pečovat o geriatrického pacienta, tak na tuto otázku odpověděli, že problémy nemají. Proto si myslím, že jsou odpovědi na tuto otázku ovlivněné podle toho, jak a s kým ve vyšším věku měli možnost mluvit. Jedná-li se o blízkou osobu, jako je např. babička nebo dědeček je pochopitelné, že problém ani strach z komunikace nepociťují.

Na otázku „*Máte strach komunikovat se starými lidmi?“*“ odpověděl 1 respondent z Plzně, 2 respondenti z Klatov a 1 respondent z Domažlic, že mají strach komunikovat. Tuto odpověď nikdo nezdůvodnil. Možnost spíše ano zvolilo 5 respondentů z Plzně, 1 respondent z Klatov. Spíše ne zaškrtno 23 respondentů z Plzně, 6 respondentů z Klatov a 7 respondentů z Domažlic. Možnost ne vybralo 26 respondentů z Plzně, 22 respondentů z Klatov a 14 respondentů z Domažlic. Jsem velice ráda, že se mladí studenti nebojí komunikovat se starými lidmi a snaží se komunikaci s nimi nevyhýbat.

Na otázku „*Jak je vhodné oslovovat geriatrického pacienta?“*“ odpovědělo 49 respondentů z Plzně, 30 respondentů z Klatov a 21 respondentů z Domažlic, že oslovovat by se měli Pane a Paní. Oslovení Babi a dědo zvolili jako správnou možnost 2 respondenti z Plzně. Možnost oslovovat s jménem i titulem vybrali 4 respondenti z Plzně, 1 respondent z Klatov a 1 respondent z Domažlic. Potěšující je, že jen minimum studentů by oslovovalo pacienta vulgárně, tedy babi nebo dědo. Zajímavé je, že jen někteří studenti by použili u takového člověka oslovení i s titulem.

Na otázku „*Co je důležité při komunikaci s geriatrickým pacientem?*“ odpovědělo 49 respondentů z Plzně, 26 respondentů z Klatov a 19 respondentů z Domažlic, že je důležité mluvit nahlas a srozumitelně. Možnost, že je důležité brát ohled na komunikační bariéry vybralo 41 respondentů z Plzně, 27 respondentů z Klatov a 14 respondentů z Domažlic. Respektování zpomalení psychomotorického tempa zvolilo 30 respondentů z Plzně, 14 respondentů z Klatov a 8 respondentů z Domažlic. Možnost hodnotit život a názory geriatrického pacienta zaškrtnulo 8 respondentů z Plzně, 5 respondentů z Klatov a 8 respondentů z Domažlic. Do možností jsem zařadila jasnou odpověď, která měla být jako jediná nesprávná, a proto jsem byla potěšena, že minimum studentů ji zvolilo.

Na otázku „*Co znamená pojem Thanatologie?*“ odpověděl 1 respondent z Plzně, 4 respondenti z Klatov a 1 respondent z Domažlic, že se jedná o vědní obor o řeckém bohu Thanatovi. 36 respondentů z Plzně, 17 respondentů z Klatov a 12 respondentů z Domažlic, zaškrtnulo možnost, že je to nauka o smrti, která se zabývá teorií délky života a problematikou smrti. Že se jedná o statistický vědní obor zabývající se počtem úmrtí za rok zvolilo 18 respondentů z Plzně, 10 respondentů z Klatov a 9 respondentů z Domažlic. U této otázky si myslím, že studenti odpovídali spíše náhodně. Předpokládám, že v prvním pololetí na střední zdravotnické škole ještě nemají teoreticky přednesenou problematiku umírání a smrti.

Na otázku „*Kdo se zabývá otázkami smrti?*“ odpovědělo 18 respondentů z Plzně, 13 respondentů z Klatov a 7 respondentů z Domažlic, že se těmito otázkami zabývá sociální psychologie. Možnost, že se jedná o religionistiku zaškrtnulo 14 respondentů z Plzně, 7 respondentů z Klatov a 9 respondentů z Domažlic. Odpověď nevím zvolilo 23 respondentů z Plzně, 11 respondentů z Klatov a 6 respondentů z Domažlic. Neznalost tohoto termínu pro mě nebyla překvapující. Tušila jsem, že při zařazení možnosti nevím do možných odpovědí, že bude zvolena ve vysokém počtu, ale že v největším, to pro mě bylo docela zarážející.

Na otázku „*Co si představujete pod pojmem sociální smrt?*“ odpověděli 2 respondenti z Plzně, 1 respondent z Klatov a 2 respondenti z Domažlic, že sociální smrt znamená úplnou, trvalou ztrátu vědomí. Stav, kdy člověk žije, ale je odtržen od společnosti a nelze jej do společnosti vrátit označilo jako správnou možnost 36 respondentů z Plzně, 24 respondentů z Klatov a 17 respondentů z Domažlic. 10 respondentů z Plzně, 4 respondenti z Klatov a 1 respondent z Domažlic zvolili jako správnou odpověď rezignaci, intenzivní prožívání beznaděje a zoufalství. Že po sociální smrti následuje smrt lidských orgánů těla označilo 6 respondentů z Plzně, 2 respondenti z Klatov a 2 respondenti z

Domažlic. Také u vyhodnocování této otázky jsem byla mile překvapena, že studenti prokázali znalost termínu.

OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

Ověření Hypotézy č.1: „*Domnívám se, že studenti 1.ročníku oboru zdravotnický asistent nemají představu, kdo je geriatrický pacient.*“ K hypotéze se v dotazníku vztahovaly otázky č. 2, 3, 4, 5, 8, 9. Tato hypotéza se mi nepotvrdila, protože 68% studentů na dané otázky odpovědělo správně. Výsledek mě překvapil, jelikož jsem si myslela, že studenti se s termínem geriatrický pacient dosud neseekali, ale z jejich odpovědí vyplývá, že jej znají.

Ověření Hypotézy č. 2: „*Předpokládám, že studenti 1.ročníku oboru zdravotnický asistent neznají specifika komunikace s geriatrickým pacientem.*“ K hypotéze se vztahovaly otázky č. 10, 11, 12, 13. Tato hypotéza se mi nepotvrdila, protože 78% studentů odpovědělo na dané otázky správně. Výsledek mě až tak moc nepřekvapil, protože studenti mají základy komunikace již v 1.pololetí 1.ročníku na střední zdravotnické škole.

Hypotéza č.3 „*Domnívám se, že studenti 1.ročníku oboru zdravotnický asistent neznají pojmy z oboru gerontologie.*“ K hypotéze se vztahovaly otázky č. 1, 14, 15, 16. Ani tato hypotéza se mi nepotvrdila, protože 53% studentů na dané otázky odpovědělo správně. I výsledek této hypotézy byl pro mě překvapující, protože studenti se s předmětem „Péče o staré občany“ zabývají až ve druhém a následně třetím ročníku.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci s názvem „Pohled studentů 1. ročníku oboru zdravotnický asistent na geriatrického pacienta“ jsem se snažila získat názor studentů na starého člověka. Hlavním cílem práce bylo zjistit současné vnímání geriatrického pacienta studenty prvních ročníků. Myslím si, že tento cíl jsem si splnila.

Analýza výsledků přinesla několik zajímavých zjištění. Překvapilo mě, že již studenti v prvním ročníku mají znalosti o geriatrickém pacientovi, i přestože se dosud o této problematice neučili. Na začátku výzkumného šetření jsem myslela, že výsledek vyjde spíše negativně. Uvažovala jsem tak proto, že výzkum jsem prováděla v 1.pololetí 1.ročníku, přičemž studenti se v té době na střední zdravotnické škole s ještě s touto otázkou nezabývali. Konkrétní téma věnující se péči o staré občany se vyučuje až ve druhém a dále pak ve třetím ročníku.

Věřím, že tato práce nabídne studentům nebo laické veřejnosti další témata k výzkumu, případně přinese nové otázky k řešení dílčích problémů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. FOISTOVÁ, Lenka. *Percepce seniorů studenty středních zdravotnických škol*. České Budějovice, 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. Brno : NCO NZO, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
3. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
4. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie 2 : Dospělost a stáří*. Praha : Karolinum, 2008. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha : Galén, 2002. 230 s. ISBN 80-7262-132-7
6. KALVACH, Jan et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. 864s. ISBN 80 - 247-0548-6.
7. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
8. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnosti*. Praha : Grada, 2011. 192 s. ISBN 978- 80-247-3872-7
9. KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9
10. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha : Galén, 2005. 241 s. ISBN 80-7262-365-6
11. KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie 1.díl : Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha : Grada, 2010. 168 s. ISBN 978- 80-247-3270-1
12. LANGMAIER, Josef a KREJČÍKOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie 2: Aktualizované vydání*. Praha : Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9
13. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha : Brain Team, 2010. 355 s. ISBN 978-80-87109-19-9
14. MINIBERGEROVÁ, Lenka a DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno : NCO NZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4

15. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
16. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha : Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8
17. KALVACH, Jan et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
18. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2
19. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha : Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
20. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství 2*. Praha : Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0
21. BÁRTLOVÁ, Sylva., SADÍLEK, Petr a TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum v ošetrovatelství*. Brno : NCO NZO, 2009. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2
22. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 6: Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno : NCO NZO, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Ageismus	30
Tabulka č. 2 Věk geriatrického pacienta	30
Tabulka č. 3 Geront	31
Tabulka č. 4 Inteligence.....	31
Tabulka č. 5 Geriatrický pacient.....	32
Tabulka č. 6 Zájem pracovat s geriatrickými pacienty	32
Tabulka č. 7 Geriatrický pacient je ve zdravotnickém zařízení	33
Tabulka č. 8 Smysly u geriatrického pacienta	34
Tabulka č. 9 Změny ve stáří.....	34
Tabulka č. 10 Problémy s navazováním komunikace	35
Tabulka č. 11 Strach z komunikace.....	35
Tabulka č. 12 Oslovení geriatrického pacienta.....	36
Tabulka č. 13 Důležité body při komunikaci s geriatrickým pacientem	36
Tabulka č. 14 Thanatologie	37
Tabulka č. 15 Obor zabývající se otázkami smrti.....	37
Tabulka č. 16 Sociální smrt	38

SEZNAM ZKRATEK

SZŠ	Střední zdravotnická škola
VOŠZ	Vyšší odborná škola zdravotnická
ADL	Barthelův test základních všedních činností
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
RNA	ribonukleová kyselina
DNA	deoxyribonukleová kyselina

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Žádost o umožnění výzkumného šetření k bakalářské práci pro SZŠ Klatovy

Příloha B Žádost o umožnění výzkumného šetření k bakalářské práci pro SZŠ Plzeň

Příloha C Žádost o umožnění výzkumného šetření k bakalářské práci pro SZŠ Domažlice

Příloha D Dotazník

Příloha E Práva pacientů

Příloha F Barthelův test základních dovedností (ADL)

Příloha G Škála deprese pro geriatrické pacienty

**Příloha A - Žádost o umožnění výzkumného šetření k bakalářské práci pro SZŠ
Klatovy**

Vyšší odborná škola, Obchodní akademie, Střední zdravotnická škola a Jazyková škola s
právem státní jazykové zkoušky
Plánická 196
Klatovy

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážený pane zástupce ředitelky,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií
Západočeské univerzity v Plzni. Žádám Vás o souhlas a umožnění výzkumného šetření na
Střední zdravotnické škole v Klatovech, které se bude týkat mé bakalářské práce na téma:
Pohled studentů 1.ročníku oboru zdravotnický asistent na geriatrického pacienta.
Výzkumný vzorek budou tvořit studenti 1.ročníku studijního oboru zdravotnický asistent,
kteří vyplní dotazník k danému tématu bakalářské práce.

.....
Alena Rálišová
Studentka FZS

.....
Mgr. Jaromír Veselý
Zástupce ředitelky Vyšší odborné školy, Obchodní akademie, Střední zdravotnické
školy a Jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky

Příloha B - Žádost o umožnění výzkumného šetření k bakalářské práci pro SZŠ Plzeň

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická

Karlovarská 99

Plzeň, 323 17

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážená paní ředitelko,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Žádám Vás o souhlas a umožnění výzkumného šetření na Střední zdravotnické škole v Plzni, které se bude týkat mé bakalářské práce na téma:

Pohled studentů 1.ročníku oboru zdravotnický asistent na geriatrického pacienta.

Výzkumný vzorek budou tvořit studenti 1.ročníku studijního oboru Zdravotnický asistent, kteří vyplní dotazník k danému tématu bakalářské práce.

.....
Alena Rálišová

Studentka FZS ZČU

.....
PhDr. Květa Vachudová

Ředitelka SZŠ a VOŠZ Plzeň

**Příloha C - Žádost o umožnění výzkumného šetření k bakalářské práci pro SZŠ
Domažlice**

Vyšší odborná škola, Obchodní akademie a Střední zdravotnická škola
Erbenova 184
Domažlice, 344 01

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážená paní ředitelko,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Žádám Vás o souhlas a umožnění výzkumného šetření na Střední zdravotnické škole v Domažlicích, které se bude týkat mé bakalářské práce na téma: Pohled studentů 1.ročníku oboru zdravotnický asistent na geriatrického pacienta. Výzkumný vzorek budou tvořit studenti 1.ročníku studijního oboru Zdravotnický asistent, kteří vyplní dotazník k danému tématu bakalářské práce.

.....

Alena Rálišová
Studentka FZS ZČU

.....

Mgr. Věra Prantlová
Ředitelka Vyšší odborné školy a Obchodní akademie a střední zdravotnické školy v
Domažlicích

Příloha D - Dotazník

Vážené studentky/Vážení studenti, jmenuji se Alena Rálišová a studuji Fakultu zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, obor Všeobecná sestra. Ráda, bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí bakalářské práce na téma: Pohled studentů 1.ročníku oboru Zdravotnický asistent na geriatrického pacienta. Dotazník je anonymní. Veškeré informace, které z něho získám, budou použity pouze pro účely bakalářské práce. **Zaškrtněte Vaši odpověď (u každé otázky pouze jednu, není-li pod otázkou uvedeno jinak).**

Za Vaši ochotu i čas strávený při vyplňování dotazníku předem děkuji.

1. „Ageismus“ znamená:

- neshášenlivost
- předsudky a negativní představy o seniorech
- neshášenlivost mladých lidí seniory

2. V jaké věkové skupině by jste použili označení geriatrický pacient ?

- do 50 let
- 60 – 70 let
- nad 70 let

3. Termín Geront je:

- vulgární označení starého člověka
- označení používané u starých lidí
- nevím

4. Myslíte si, že s věkem může klesat inteligence ?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

5. Jak si představujete geriatrického pacienta?

- jako schopného ve všech oblastech sebekpěče
- jako nesoběstačného ve všech oblastech sebekpěče
- některé oblasti sebekpěče mohou být omezeny

6. Máte zájem pracovat se starými lidmi nebo geriatrickými pacienty ?

- ano
- ne

Pokud jste odpověděli „ano“ napište, kde byste chtěl/a pracovat:

- na geriatrickém oddělení
- v domově pro seniory
- v domácí pečovatelské službě

7. Myslíte si, že geriatrický pacient je ve zdravotnickém zařízení spíše:

- respektován
- diskriminován (ponižován)
- devalvován (podceňován)
- nevím
- jiné:.....

8. Který ze smyslů se u geriatrického pacienta zhoršuje ?

(U této otázky je možné zaškrtnout více odpovědí.)

- sluch
- zrak
- chuť
- dotek
- jiné:

9. Mezi „přirozené“ změny ve stáří patří:

- vrásky, zmenšování postavy, šedivění vlasů, zhoršování zraku a nedoslýchavost
- slepota, hluchota, demence, toulání, dušnost, snížená peristaltika
- nevím
- jiné:

10. Dělá Vám problémy navazovat komunikaci se starými lidmi ?

- ano
- ne
- někdy

11. Máte strach komunikovat se starými lidmi ?

- ano, proč ?.....
- spíše ano
- spíše ne
- ne

12. Jak myslíte, že je vhodné oslovovat geriatrického pacienta ?

- pane / paní
- babi / dědo
- celým jménem i s titulem

13. Co je důležité při komunikaci s geriatrickým pacientem ?

(U této otázky je možné zaškrtnout více odpovědí.)

- mluvit nahlas a srozumitelně
- brát ohled na komunikační bariéry (nedoslýchavost apod.)
- respektovat zpomalení psychomotorického tempa
- hodnotit život a názory geriatrického pacienta

14. Thanatologie je:

- vědní obor o řeckém bohu Thanatovi
- nauka o smrti, která se zabývá teorií délky života a problematikou smrti
- statistický vědní obor zabývající se počtem úmrtí za rok

15. Otázkami smrti se zabývá:

- sociální psychologie
- religionistika
- nevím

16. Co si představujete pod pojmem sociální smrt?

- úplná trvalá ztráta vědomí
- stav, kdy člověk žije, ale je odtržen od společnosti a nelze jej do společnosti vrátit
- rezignace, intenzivní prožívání beznaděje a zoufalství
- po sociální smrti následuje smrt orgánů lidského těla

Příloha E - Práva pacientů (18)

- Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou kvalifikovanými pracovníky s porozuměním.
- Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli.
- Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů, nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
- Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, léčba, jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
- Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
- Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, popřípadě tam převezen poté, co mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách. Zdravotní zařízení, které má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
- Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí

postup, v němž bude jeho lékař pokračovat, a dostane informace o tom, jaká bude jeho další péče.

- Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Vědomý písemný souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického a terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez udání důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- Pacient má právo a povinnosti znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí tzv.nemocničním řádem. Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha F - Barthelův test základních dovedností (ADL) (22)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
96 – 100 bodů	nezávislý

Příloha G - Škála deprese pro geriatrické pacienty (22)

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtněte.

- | | |
|--|--------------|
| 1. Jste v zásadě spokojen se svým životem? | ano-ne |
| 2. vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů? | ano-ne |
| 3. Máte pocit, že váš život je prázdný? | ano-ne |
| 4. Cítíte se často sklíčený a smutný? | ano-ne |
| 5. Máte vesměs dobrou náladu? | ano-ne |
| 6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého? | ano-ne |
| 7. Cítíte se převážně šťastný? | ano-ne |
| 8. Cítíte se často bezmocný? | ano-ne |
| 9. Vysedáváte raději doma, než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi? | ano-ne |
| 10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci? | ano-ne |
| 11. Myslíte si, že je krásné být naživu? | ano-ne |
| 12. Napadá vás někdy, že život nestojí za nic? | ano-ne |
| 13. Cítíte se plný elánu a energie? | ano-ne |
| 14. Myslíte si, že je vaše situace beznadějná? | ano-ne |
| 15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy? | ano-ne |

Hodnocení:

1 bod za odpověď „ano“ u otázek: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

1 bod za odpověď „ne“ u otázek: 1, 5, 7, 11, 13

0 – 5 bodů – bez deprese

6 – 10 bodů – mírná deprese

nad 10 bodů – manifestní deprese vyžadující odborné vyšetření