

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Kvalita života seniorů během hospitalizace
na jednotce intenzivní péče**

Bc. Barbora Luňáčková

Diplomová práce

2011

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora LUŇÁČKOVÁ**
Osobní číslo: **Z09152**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Kvalita života seniorů během hospitalizace na jednotce intenzivní péče**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium poznatků a novinek v oblasti gerontologie, sociologie a kvality života
2. Stanovení předpokladů, cílů a plánů výzkumu
3. Seznámení s možnostmi výzkumu a výběr vhodného dotazníku
4. Vlastní provedení výzkumu, vyplnění dotazníků se seniory
5. Zhodnocení výsledků výzkumu
6. Závěrečné zhodnocení a posouzení stanovených předpokladů a cílů

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

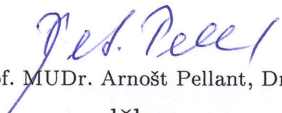
Seznam odborné literatury:

1. DRAGOMIRECKÁ, E.; PRAJSOVÁ, J. WHOQOL-OLD. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.
2. HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. Vybrané kapitoly z gerontologie. 3. vyd. Praha : EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
3. KALVACH, J. a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
4. TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-365-6.
5. TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno : IDPVZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8.

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Vladimír Bláha, CSc.**
Fakulta zdravotnických studií


Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2010**

Termín odevzdání diplomové práce: **25. dubna 2011**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.

děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

vedoucí katedry

V Pardubicích dne 25. února 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Byla jsem seznámena s okolností, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon. Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona a také, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své diplomové práce v Univerzitní knihovně.

V Hradci Králové dne 20. 4. 2011

Bc. Barbora Luňáčková

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé diplomové práce prof. MUDr. Vladimíru Bláhovi, CSc. za odborné vedení práce, za cenné rady a podnětné připomínky.

Souhrn a klíčová slova

Název práce

Kvalita života seniorů během hospitalizace na jednotce intenzivní péče.

Souhrn

Tato diplomová práce se zabývá kvalitou života seniorů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče. V teoretické části vysvětluje, co pojem kvalita života znamená a jak je možné ji posuzovat. Definiuje, co znamená zdraví a nemoc. Popisuje změny souvisící se stárnutím a odlišnosti geriatrické péče. Praktická část obsahuje výzkum zjišťující, jak se změnilo vnímání kvality života seniory v průběhu jejich onemocnění.

Klíčová slova

Kvalita života, stárnutí, senioři, zdraví, nemoc.

Title

The quality of live of seniors hospitalised at the ICU.

Annotation

This theses has been dedicated to the live quality of seniors hospitalized in the centers of intensive care. The theoretical part of my thesis defines, what can we understand under the term “live quality” and how is it to be appreciated. Determinates, what it means health and sickness, and in connection with it, what for changes occurs due to growing old, and what are the differences connected to the geriatric care. The practical part of my thesis contains the research findings, aimed to the problem, how has been perception of the live quality of seniors changed, during their illnesses.

Keywords

Quality of live, aging, seniors, health, illness.

Osnova:

1	Úvod	9
2	Cíle práce	11
3	Teoretická část	12
3.1	Kvalita života	12
3.1.1	Historie zájmu o kvalitu života	14
3.1.2	Kvalita života ve zdravotnictví	15
3.1.3	Kvalita života v geriiatrii	15
3.1.4	Možnosti měření kvality života	17
3.1.4.1	Některé dotazníky využívané k měření kvality života u seniorů	18
3.1.4.2	Hodnotící škály využívané v geriiatrii	19
3.1.4.3	Metoda strukturovaného rozhovoru	19
3.1.4.4	Externí metody hodnocení kvality pacientova života	19
3.2	Zdraví a nemoc	20
3.2.1	Koncepce pojetí nemoci	21
3.2.2	Prožívání nemoci	22
3.2.3	Pacient a pobyt v nemocnici	23
3.3	Geriatrie	24
3.3.1	Stárnutí	25
3.3.1.1	Biologické stárnutí	26
3.3.1.2	Psychické stárnutí	26
3.3.1.3	Sociální stárnutí	27
3.3.1.4	Demografie stárnutí	27
3.3.1.5	Národní program přípravy na stárnutí	29
3.3.2	Stáří	30
3.3.2.1	Dlouhověkost	31
3.3.2.2	Adaptace na stáří	32
3.3.3	Prevence v geriiatrii	32
3.3.4	Ageismus	33
3.3.5	Specifika nemocí ve stáří	33
3.3.6	Farmakoterapie ve stáří	35

3.3.6.1	Farmakokinetika ve stáří	36
3.3.6.2	Farmakokinetika ve stáří	36
3.3.7	Zvláštnosti intenzivní péče v geriatrii	37
3.3.8	Zásady péče o seniory	38
4	Empirická část	40
4.1	Cíle výzkumu	40
4.2	Výzkumné otázky	41
4.3	Metodika výzkumu	42
4.4	Charakteristika zkoumaného vzorku	42
4.5	Zpracování dotazníku	43
4.6	Analýza výsledků šetření	44
4.6.1	Zhodnocení obecných otázek	44
4.6.2	Zhodnocení otázek zabývajících se funkcí smyslových orgánů	47
4.6.3	Zhodnocení otázek zabývajících se vnímáním vlastní nezávislosti	51
4.6.4	Zhodnocení otázek zabývajících se pocitem naplnění	55
4.6.5	Zhodnocení otázek zabývajících se sociálním zapojením	59
4.6.6	Zhodnocení otázek zabývajících se smrtí a umíráním	63
4.6.7	Zhodnocení otázek zabývajících se blízkými vztahy	67
4.6.8	Zhodnocení možnosti pacientů k vyjádření	71
4.7	Vyhodnocení výzkumných otázek	71
4.7.1	Testování hypotézy k výzkumné otázce č. 7	85
4.8	Diskuze	89
5	Závěr	92
	Soupis bibliografických citací	94
	Seznam tabulek	96
	Seznam obrázků	99
	Seznam příloh	100

1 Úvod

Stáří jako společenský fenomén.

Téma „Kvalita života seniorů během hospitalizace na jednotce intenzivní péče“ jsem si pro svou diplomovou práci vybrala, protože je považuji za stále aktuálnější. Složení lidské populace se v posledních letech mění. Demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem předpokládají, že v roce 2050 bude žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku více než 85 let a téměř tři miliony osob starších 65 let. Naděje na dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy. Lepší životní a pracovní podmínky, kvalitnější zdravotní péče a sociální ochrana vedou k tomu, že stále větší počet lidí má možnost prožít delší život než dříve. Stáří se dožívá stále více lidí a postupně se mění i názory na to, od kdy je člověk považován za starého. Zatím co v historii byl vetším starcem nazýván třeba 50 let starý člověk, dnes se rané stáří počítá od 60 let, ale mnoho psychologů se kloní spíše k hranici 65 let.

Mění se i společenské postavení a význam lidí ve vyšším věku života. Člověk, který překročí věk 60-ti let již dnes není tím, kdo pasivně očekává konec života, ale naopak si ho plánuje „užít“.

Lidé v této věkové kategorii chtějí od života ještě něco očekávat, chtějí se na něco těšit a chtějí být fyzicky i duševně aktivní. Nelze přehlédnout ani to, že starý člověk má čas zajímat se o politiku a spokojenost se stávající společenskou formací je úzce svázána s tím, jak vnímá kvalitu a dostupnost lékařské péče.

Důležitou kapitolou a především společenskou nutností bude i péče o občany v raném stádiu stáří s cílem udržet jejich schopnost pracovat, neboť prodlužování věku odchodu do důchodu nejméně do 65 roku života dnes všichni vidí jako nezbytné.

Starý člověk je i přes svůj vyšší věk také zajímavým zákazníkem. Nejen že musí kupovat základní potraviny a platit nájem za byt, má pravidelný důchod (byť je jakkoliv velký) a většinou i úspory, které představují potenciální zdroj nákupu. Je-li člověk zdravý, nakupuje služby, je-li nemocný, pak nakupuje léky a lékařskou anebo rehabilitační péči. Proto neustále stoupá význam starých lidí jako marketingové cílové skupiny.

Prodlužující se věk lidí je proto velmi důležitý faktor vývoje současné společnosti a k tomuto fenoménu se musí celá společnost i odpovídajícím způsobem postavit.

Prodlužující se délka života by proto měla zvýšit pozornost upínající se na geriatrickou péči. Je potřeba se naučit chápat změny související se stárnutím a stářím a to jak změny biologické, psychologické, tak také sociální, protože všechny působí dohromady. Ve stárnoucím organismu probíhá řada involučních změn souvisejících se stárnutím. Lidé trpí větším počtem onemocnění, užívají více léčiv a průběh jejich onemocnění i léčba probíhá jinak, než u pacientů v produktivním věku. Zdravotní péče o seniory by měla předcházet vzniku dlouhodobé závislosti, umožnit aktivní a soběstačný život, nabízet více možností k sociálním aktivitám a trávení volného času. Lidé by neměli pouze žít život delší, ale především kvalitnější. Při péči o staré lidi bychom se neměli soustředit pouze na jejich aktuální onemocnění a adekvátně nastavenou léčbu, ale také na snižování bolesti, utrpení, pomáhat mu s adaptací na nově vzniklou situaci, vysvětlit onemocnění i léčbu, naučit ho novým dovednostem. Cílem léčby by mělo být vrácení seniora do jeho přirozeného sociálního prostředí s cílem vést přiměřeně smysluplný a uspokojivý život.

Nutnost orientace geriatrické péče na kvalitu života dokazuje skutečnost, že Světová zdravotnická organizace vytvořila mezinárodní vědeckou skupinu, která se zabývá měřením a zkoumáním problematiky kvality života. Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 s názvem Kvalita života ve stáří.

2 Cíle práce

Cílem bylo teoreticky popsat a vysvětlit pojem kvalita života, definovat co znamená zdraví, nemoc a vliv na psychiku člověka. Vliv hospitalizace na nemocného. Práce se chce zabývat především seniory, definuje stárnutí, stáří, změny v biopsychosociálních souvislostech.

Cílem je také zjistit, jak vnímají kvalitu svého života a položky s ní související, tedy: fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, blízké vztahy, smrt a umírání senioři hospitalizovaní na jednotkách intenzivní péče. Porovnat, zda se změnilo hodnocení života v závislosti na probíhajícím onemocnění, zda vidí kvalitu svého života stejně na počátku hospitalizace a stejně nebo jinak na konci.

3 Teoretická část

3.1 Kvalita života

Kvalita života je široký a zároveň těžce definovatelný pojem, má dvě složky, subjektivní a objektivní. Subjektivní část vypovídá o psychické pohodě a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní dimenze se zabývá přáními souvisejícími se sociálními a materiálními podmínkami života a fyzického zdraví. (Ondrušová, 2009)

Co vyjadřuje slovo kvalita? Kvalita vymezuje určitou jakost, hodnotu, tedy charakteristickou vlastnost umožňující odlišení od jiného celku, například život jednoho člověka od druhého. V souvislosti s pojmem kvalita se často objevuje i slovo kvantita, ta vyjadřuje jednoduše měřitelné množství, které se dá snadno vyjádřit čísly. Kvantita života informuje o délce života, o počtu let.

Kvalitu života je možno posuzovat v několika rovinách. **Makro-rovina** se soustředí na otázky kvality života velkých společenských celků, to jsou například: jednotlivé kontinenty nebo státy. Kvalita života je řešena na úrovni politické, v centru zájmů je boj s epidemiemi, hladem, chudobou, genocidou, terorizmem, zdravotní výchova a třeba i investice do infrastruktury.

Mezo-rovina vypovídá o kvalitě života malých sociálních skupin, např.: ve škole, v nemocnici, domově důchodců, pečovatelském domě, podniku atd. V této rovině je v popředí zájmu respekt k morálním hodnotám jednotlivých lidí, otázky sociálního klimatu, vzájemné vztahy mezi lidmi, uspokojování a neuspokojování základních lidských potřeb, přítomnost sociální opory, společné sdílení hodnot atd.

Personální rovina je vysvětlena nejjednoznačněji, jako individuální život jednotlivce. Pro zhodnocení kvality života jde o osobní a subjektivní zhodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atd. Každý sám hodnotí vlastní život, ovlivněný osobním hodnotovým systémem, představami, pojetím, nadějemi, očekáváním, přesvědčením apod.

Kvalita života se dá vyjádřit i jako subjektivní úsudek, který je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita je hodnota, zážitkový vztah, výsledek zamyšlení nad vlastní existencí. Je to nesourodé srovnávání a hybná síla žití. (Křivohlavý, 2002)

Kvalitou života se v současné době zabývá početná skupina vědeckých oborů, jako je výběrová filozofie, sociologie, politologie, teologie, ekologie, ekonomie, sociální práce, medicína, ošetrovatelství, psychologie atd. Většinou se jedná o obory, související nějakým způsobem s osobností člověka. Mohou se zajímat o přírodní, a sociální prostředí člověka, jeho fyzický a psychický stav, smysl a užitečnost života, subjektivní hodnocení vlastního života z pohledu osobní pohody a spokojenosti. Pojem kvalita života se může objevovat také v technických oborech, které ovlivňují vnější prostředí pro život, například: architektura, stavebnictví, doprava atd. (Dragomirecká, 2009)

Termín kvalita života byl původně používán v souvislosti se zhoršením životních podmínek městskou industrializací, znečištěním životního prostředí, konzumní společností na jedné straně a ekologií a zdravím na straně druhé. Výraz kvalita života se často používá ve společenských vědách v souvislosti s životní spokojeností, často to také bývá označení pro zdar, vývoj nebo dokonce štěstí.

Mnoho vědeckých studií se zabývá problematikou zlepšení kvality života, ale často neuvádějí jednoznačnou definici daného pojmu. V obecné rovině bývá v souvislosti s kvalitou života zkoumáno mnoho aspektů jako např.: zdraví, tělesné funkce, životní spokojenost, štěstí, sebeúcta, socioekonomické podmínky, možnosti sociální podpory atd. Existuje mnoho definic kvality života, žádná však zatím nebyla všeobecně přijata. Jednotlivé formulace se od sebe odlišují a nedostatek přesnosti a nejednota v jednoznačné definici pojmu způsobuje také problémy při přípravě vědeckých studií.

Ors a Laguna v roce 1997 vytvořili definici na základě objektivních známek. „***Kvalita života je chápána jako nezávislost, funkčnost, rodinná a sociální podpora.***“

Světová zdravotnická organizace vytvořila pro měření kvality života mezinárodní vědecký tým WHOQOL Group, tvořený zástupci 15 výzkumných vědeckých center z Austrálie, Francie, Chorvatska, Izraele, Japonska, Holandska, Panamy, Ruska, Španělska, Thajska, USA, Velké Británie, Zimbabwe a dvě centra jsou v Indii. Formulace byla vydána v roce 1994.

„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě, v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

Další definice kvality života vycházející z Maslowovy teorie potřeb. *„Kvalita života je naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánek, úleva od bolesti) je předpokladem aktualizace a uspokojení potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty).“*

Fernandez-Ballesteros, Zamarron a Marcia problém popisují v roce 1997 jako: Multidimenzionální pojem definovaný biopsychosociálními proměnnými, který může obsahovat i konkrétní cíle. (Orte, March, Vives, 2007)

Pojem kvalita života prochází mnoha vědními obory a pro různost a odlišnost pojetí těchto oborů se nedá stanovit jednoznačná definice termínu kvalita života. Ukázalo se tedy, že je třeba používat definice platné pro každé vědní zaměření zvláště, podle úrovně obecnosti a vázanosti na daný aplikační kontext. Měly by být citlivé na sociální, kulturní a biologické oblasti lidského života i na jeho změny v čase. (Mareš, 2006)

3.1.1 Historie zájmu o kvalitu života

Pojem kvalita života se začal používat už ve 20. letech 20. století v souvislosti ekonomických a sociálních hledisek státní podpory chudších vrstev obyvatelstva. Někteří američtí autoři se pro změnu domnívají, že se název kvalita života poprvé objevil až v letech 1953-1954 v práci amerických ekonomů Ordwaye a Osborna, kteří varovali veřejnost před nebezpečnými ekologickými dopady neomezeného ekonomického růstu. Do širšího povědomí se tento termín dostal až v 60. letech jako metafora shrnující sociálně-politické cíle americké vlády prezidenta Johnsona. Pojem kvalita života se po projevu prezidenta Johnsona v roce 1964 pro stručnost a srozumitelnost rychle ujal a stal se doslova módním slovem. V 70. letech označení kvalita života použil i W. Brant v politickém programu své vlády. Postupně se z politického termínu stal problém vědecký, nejprve v sociologii a postupně se rozšířil i do humanistických studií. Z pohledu vědeckých studií se za historický milník považuje zveřejnění odborné publikace Mezinárodní a interdisciplinární věstník měření kvality života v roce 1974, publikace byla důkazem zájmu vědců o dané téma, ale také snahou o její měření. (Mareš, 2006)

3.1.2 Kvalita života ve zdravotnictví

Kvalita života související se zdravím se označuje zkratkou HRQL – health-related quality of life. Jak uvádí Centers v roce 2000: *„HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, na nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické nebo mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu sociální opory a socioekonomického statutu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav.“* (Mareš, 2006)

V medicíně a psychologii se kvalita života využívá jako subjektivní, ale zároveň měřitelný ukazatel zdraví podle definice WHO: „Zdraví je stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody.“ Zdraví tedy není definováno pouze jako nepřítomnost nemocí. Kvalita života je hodnocena jako vhodnější a významnější indikátor zdravotního stavu než morbidita a mortalita, rovněž pomáhá zhodnotit poskytnuté zdravotní a psychosociální intervence. (Janečková a kol., 2007)

Smyslem medicíny by nemělo být pouze snižování nemocnosti a úmrtnosti, ale také zmírňování bolesti, utrpení a zlepšování celkové kvality života, s cílem vést přiměřeně smysluplný a uspokojivý život. Součástí péče o pacienta by měla být pomoc s adaptací na novou situaci, rehabilitace, edukace a socializace.

V ekonomických programech je kvalita života chápána jako jedno z nejdůležitějších kritérií efektivity nákladů a smysluplnosti poskytování zdravotnických služeb.

Jako ukazatele kvalitního života se uvádějí např.: nezávislost, produktivita, životní satisfakce, absence utrpení, bolesti, udržení tělesných, emočních a intelektových funkcí, možnost naplňovat očekávané sociální role a zúčastnit se aktivit v rodině, zaměstnání a společnosti, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení, vnímání zdravotního stavu, prospívání, spokojenosti atd. (Kalvach, 1995)

3.1.3 Kvalita života v geriatrii

Kvalita života je velice důležité kritérium při posuzování geriatrického pacienta. Zdravotní stav zásadně ovlivňuje aktivity, kterým se senioři věnují. Přesto zdrojem pacientových

problémů není pouze samotné onemocnění, ale také jeho léčba a možné komplikace. Na seniora působí zároveň jak biologické faktory, tak subjektivní prožívání stáří, které je narušené různými chorobami. Cílem zdravotní péče o staré lidi by mělo být zlepšení kvality jeho života po stránce fyzické, psychické, udržení všech dosavadních aktivit, včetně těch pracovních. Často užívaná věta vystihuje cíl péče o geriatrické pacienty: **Přidat nejen roky životu, ale i život rokům.** (Pacovský, 1994)

Zdravotníci se zajímají především o zdravím podmíněnou kvalitu života, která podává informace o zdravotním stavu jejich pacientů, např.: přítomnost zdravotních obtíží, zda vyžadují léčbu, do jaké míry jsou omezující, jestli jsou provázeny bolestí, popřípadě dalšími nepříjemnými symptomy. Zájem o kvalitu života ze strany zdravotníků vypovídá o skutečnosti, že v centru pozornosti není jen fyzický stav a výsledek léčby, ale také dopady terapie na běžný život. Vyhodnocování kvality života geriatrických pacientů může přinést mnoho informací, které se běžně u pacientů nezjišťují a mnohdy jsou z pohledu zvládnání života s nemocí rozhodující. Upřednostňuje se význam subjektivního hodnocení vlastního zdraví. (Ondrušová, 2009)

Kvalita života je pojem pro starého člověka poměrně nejasný a neurčitý. Subjektivní hodnocení se často zásadně liší, například to co je pro starého člověka dobré nebo uspokojivé, mladý člověk může považovat za nepřijatelné nebo špatné. V běžném životě je možné pozorovat, jak s věkem klesají nároky a mění se priority. Pro dlouhodobě hospitalizované pacienty přestává být důležitá úroveň bydlení, při pobytu v zdravotnickém zařízení ji neužijí. Materiální zabezpečení při závažné nemoci přestává být také zajímavé, protože zdraví si koupit nelze. Úroveň vzdělání při upoutání na lůžko nejde často uplatnit v plné míře a možnosti komunikace s ostatními lidmi, při mnohdy omezeném okruhu ostatních pacientů, zdravotních pracovníků a blízké rodiny nemusejí být dostatečné. Stejně tak rozvoj všestranných zájmů a aktivit, dostupnost a přístup ke spektru služeb jde při onemocnění stranou a začíná být zajímavou až po období rekonvalescence. Pokud se budeme zajímat o kvalitu života seniorů, můžeme se dozvědět poněkud překvapivé skutečnosti. Někteří pacienti obecně považovaní za zvláště postižené, hodnotili kvalitu svého života jako vcelku dobrou, přestože byli například upoutáni na invalidní vozík. Jiní senioři v podstatě méně nemocní, posuzovali svůj život spíše negativně. (Ort, 2004)

3.1.4 Možnosti měření kvality života

Jak již bylo napsáno, vnímání kvality života je velice subjektivní a relativní pojem. Přesto je kvalitu života možno zjišťovat různými způsoby. Z hlediska podoby se použité metody dají rozdělit na kvantitativní, to jsou dotazníky a posuzovací škály. Rozhovor, kresba atd. patří do kategorie kvalitativních metod. Pokud použijeme obě varianty, jedná se o metodu smíšenou. Z pohledu použitelnosti se dá kvalita života zjišťovat genericky, bez ohledu na zdraví nebo přítomnost nemoci, výsledek vypovídá v obecné rovině. Posuzovací způsoby jsou také specifické, použitelné pouze v jedné konkrétní souvislosti, například: metody hodnotící kvalitu života onkologických pacientů, dlouhodobě dialyzovaných pacientů nebo pacientů s Alzheimerovou chorobou. Často jsou využívány smíšené prostředky, kde je generický modul doplněn speciální částí, ta hodnotí specifické problémy související s konkrétní nemocí či postižením. Z hlediska posuzovatele je možné diagnostické metody rozdělit dle toho, kdo situaci hodnotí, tedy pacient, rodina, profesionálové: lékaři, sestry, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, psychologové anebo kombinace vyjmenovaných možností.

Výzkumy zabývající se kvalitou života lidí, by neměly mít charakter jednorázového šetření, neboť to je pojem měnící se v čase. Postihnout proměny zkoumaného stavu by mělo být důležité především pro pomáhající profese, jejichž cílem je ve spolupráci s klienty kvalitu života zlepšit anebo udržet na pro klienta přijatelné úrovni. Většina zdravotníků se zajímá o aktuální stav, jak se situace od posledního setkání změnila, jak se proměnila kvalita života. K posouzení současné situace je možno využít objektivních údajů: laboratorní hodnoty, fyzikální vyšetření atd. Subjektivní náhled nám poskytne pacient a rodina. Pokud se stav nelepší, je to možné brát jako impuls k změně intervencí. Pokud chceme postihnout proměnu kvality v čase, je dobré všimnout si, zda je pacient schopen si retrospektivně vybavit předchozí stav, zda změnu vůbec očekává, zda se snažil pro změnu vůbec něco vykonat, jaké má zkušenosti s danou nemocí, jak se změnil jeho žebříček hodnot a jeho představy o kvalitě života.

V návrhu Amerického ministerstva zdravotnictví z roku 2006 se doporučuje zjišťovat kvalitu života související se zdravím především od pacientů, kdy nemocný vypovídá o dopadech zdravotnických intervencí např.: o žádoucích i nežádoucích účincích léčby. Důvodem proč zpovídat především pacienty a ne zdravotníky je skutečnost, že některé důsledky zná pouze pacient. Je důležité znát pacientův názor na účinnost léčby a vyhodnocení pacientova pohledu

na situaci, může být zdrojem cenných informací, které by mohly být jinak opomenuty. (Mareš, 2006)

3.1.4.1 Některé dotazníky využívané k měření kvality života u seniorů

WHOQOL-100 - Dotazník vytvořený zástupci 15 výzkumných center z celého světa pro světovou zdravotnickou organizaci, je tvořen 100 položkami. Dokument je rozdělen na 6 základních oblastí: fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita, tyto skupiny jsou dále diferencovány na 24 podoblastí.

WHOQOL-BREF - Potřeby klinické praxe si vyžádaly zkrácení plné verze se 100 otázkami. Počet zkoumaných položek je 26, základ tvoří 4 hlavní domény: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dotazník je v současné době možné získat v 50 jazycích.

WHOQOL-OLD - Dotazník kvality života zaměřený na starší populaci, hodnotí 6 oblastí důležitých pro seniory: fungování smyslů, nezávislost, naplnění - dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a v budoucnosti, sociální zapojení: kontakt s lidmi a dostatek smysluplných činností. Součástí dotazníků je postoj ke smrti, umírání a intimita.

AAQ - Dotazník zabývající se o postoje ke stárnutí a stáří tvoří 3 základní domény: psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst, rozdělené do 24 položek. Dotazník je vytvořen světovou zdravotnickou organizací.

SF-36 - Dotazník zjišťující kvalitu života, ovlivněnou nemocí u pacientů s různými diagnózami, hodnotí vnímání zdravotního stavu za dobu posledních čtyř týdnů, zajímá se také o změny za poslední rok.

EQ-5D - Dotazník vyvinut v Evropě, hodnotí tři úrovně pěti okruhů: pohyblivost, sebeobsluha, běžné aktivity, bolest/dyskomfort, úzkost/depresi. Výsledek zároveň zaznamenává na vizuální analogové škále.

QOL-AD - Krátký a stručný dotazník je založen na posouzení vlastní osoby. Dotazník je využíván především u osob trpících demencí. Obsahuje 13 položek: fyzické zdraví, energie, nálady, životní situace, paměť, rodina, partnerství, přátelé, práce v domácnosti, zábava, peníze, posouzení vlastní osoby a života jako celku. Dotazník spojuje hodnocení pacienta a jeho pečovatele, tato metoda je považována za spolehlivou a validní.

MMSE - Často využívaná škála k měření kognitivních funkcí. (Ondrušová, 2009)

3.1.4.2 Hodnotící škály využívané v geriatrii

VAS - Vizuální analogová škála zaznamenává subjektivní posouzení celkového stavu na 10 cm dlouhé přímce označené na jedné straně - celkový pacientův stav je mimořádně dobrý a na druhé straně - celkový pacientův stav je mimořádně špatný. Úkolem vyplňujícího lékaře, sestry, rodinného příslušníka, pacienta je podle svého zdání udělat ležatý křížek na místo mezi uvedenými extrémy, kde se posuzovaný pacient v danou chvíli nachází. (Křivohlavý, 2003)

ADL – Hodnotící škála se zajímá o aktivity běžného života: koupání, odívání, toaleta, přesun, kontinence a příjem potravy. Cílem je zjistit míru závislosti a samostatnosti.

3.1.4.3 Metoda strukturovaného rozhovoru

SEIQoL - Vyšetřovaná osoba je požádána, ať uvede pět životních cílů, které považuje za nejdůležitější. Zjišťuje se také důležitost jednotlivých smyslů života pro dotyčného člověka, jejich hlubší význam a vlastní interpretace. Používá se metoda analýzy názoru a přesvědčení. Zaznamenávána je také míra uspokojení s dosahováním cíle. (Křivohlavý, 2003)

3.1.4.4 Externí metody hodnocení kvality pacientova života

Externími metodami jsou Profily zdravotního stavu pacienta, cílem je zaznamenat zdravotní stav pacienta tak, jak je viděn z lékařského, obecně fyziologického hlediska.

Kalifornský index - Indexem vyjadřuje lékař svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k určitému datu. Index je určen procenty. 100% znamená normální stav pacienta, bez projevu žádných obtíží. 0% pacient je mrtev.

APACHE II - Metoda vychází z předpokladu, že na vážnost onemocnění poukazují kvantitativní odchylky zdravotního stavu pacienta od normálu. Měří se odchylky od všech fyziologických funkcí a výsledek se vyjadřuje jedním číslem. Metoda je často využívána v Anglii, především na jednotkách intenzivní péče, zaznamenává se zdravotní stav při příjmu

a po 24 hodinách. Zaznamenávají se údaje o krevním tlaku, srdečním tepu, arteriálním pH, věku pacienta, chronických onemocněních atd. Rozmezí je od 0 - 71 bodů, čím vyšší je číslo, tím větší je riziko úmrtí pacienta.

Nevýhodou těchto a podobných metod je velká subjektivita a rozdíly v hodnocení mohou být velice odlišné. Často mohou být fyziologické funkce a zdravotní stav hodnoceny jako vcelku dobré a přesto se pacient může cítit dekompenzován. (Křivohlavý, 2002)

3.2 Zdraví a nemoc

Vysvětlení termínu zdraví a nemoci je poměrně složitý problém a někteří autoři si myslí, že nelze zcela jednoznačně vyjádřit. Rozšířená je definice zdraví z roku 1947 podle WHO:

„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“.

V roce 1984 vydala WHO upravenou verzi:

„Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti“.

Definice zdraví podle Jaro Křivohlavého :

„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“

Zdraví člověka je nutné chápat jako dynamickou skutečnost. (Zacharová, 2002)

Zdraví je pro mnoho lidí jednou z nejdůležitějších životních hodnot, jejíž získání, udržení a zlepšení je pro existenci člověka naprosto zásadní. Nemoc je jev nežádoucí, budící obavy a je zapotřebí se mu vyhýbat a účelně předcházet, protože významně narušuje kvalitu lidského

života. Zdraví bylo v minulosti nutnou podmínkou přežití člověka a dosahování životních cílů a spokojenosti. Lidé tedy už v minulosti hledali způsoby jak žít zdravě a moudře.

Subjektivní vnímání zdraví se u člověka stále mění v průběhu života, v závislosti na jeho pohlaví, věku a vzdělání. Pro mnoho mladých mužů je známkou zdraví fyzická zdatnost, pro většinu mladých žen je rozhodující především psychická zdatnost. V mládí je zdraví spojováno s energií a aktuální výkonností, ve středním věku souvisí pocit zdraví s biopsychosociální pohodou. Ve stáří je zdraví vnímáno jako základní životní hodnota. Lidé s nižším vzděláním posuzují zdraví jako nepřítomnost somatické nemoci, vzdělanější lidé oceňují i psychické a sociální složky zdraví. (Mlčák, 2005)

3.2.1 Koncepce pojetí nemoci

Xenochtonní pojetí - Nemoc je vnímána jako nepřítel zvenku, například: infekce, úrazy, nádory, nebo jiné poškození „zdravého organismu“. Svět chorob rozděluje podobně jako rostlinnou nebo živočišnou říši.

Autochtonní pojetí - Pohlíží na nemoc jako na stav organismu, jako na pokles a odchylku od zdraví. Onemocnění nemůže být od celku odděleno, organismus se musí uzdravit komplexně. Dekompenzace zdravotního stavu jsou často vyvolány nerovnováhou mezi klesající odolností organismu a silou stresové situace. Důležitá je schopnost adaptability a účinnost poplachové reakce, která využívá rezervy a vyvolává „všeobecný syndrom nemocnosti“.

U mladých pacientů vyhovuje xenochtonní pojetí při akutních onemocněních většinou velice dobře. Ve stáří je ve většině případů nutný autochtonní koncept, protože diagnostiku onemocnění je potřeba doplnit celkovým zhodnocením, sledováním zdravotního stavu a obtíží nesouvisících s chorobou. Je dobré monitorovat funkční, regulační a adaptační složky pacientova organismu. (Kalvach a kol., 2008)

Nemoc je přirozená, ale nežádoucí součást lidského života. Vyřazuje člověka z běžného života, je nositelem změny, zdrojem utrpení, bolesti, strachu a úzkosti. Klade nároky na adaptační schopnosti, aktivuje jeho tělesné a psychické síly. Často také vede k zamyšlení nad důležitostmi zdraví, smyslem a kvalitou vlastního života. Každé onemocnění probíhá v určitých makrosociálních podmínkách, ty vyjadřují např.: socioekonomickou úroveň společnosti,

mezosociálních podmínkách, to je kvalita zdravotnického systému a ve speciálních mikrosociálních podmínkách např.: kvalita vztahu a komunikace pacienta s lékařem, rodinou.

Nemoc je biopsychosociální reakcí lidského organismu na škodlivé podněty a lze ji charakterizovat jako určitý proces. Ten obsahuje stádium latence nebo také stádium premorbidních projevů, tedy stav který si člověk neuvědomuje, neboť jeho tělesná a duševní adaptace není narušena.

Prodromální stádium se projevuje nespecifickými příznaky jako např.: úzkost, únava, neklid, rozmrzelost atd.

Stádium manifestace nemoci je vyjádřeno specifickými symptomy, které jsou typické pro určité onemocnění.

Stádium nespecifických ukazatelů nemoci lze vysvětlit postupným slábnutím typických příznaků a novým výskytem obecných příznaků např.: apatie, poruchy spánku.

Stádium rekonvalescence je poslední fází nemoci a pacient se postupně uzdravuje. (Mlčák, 2005)

3.2.2 Prožívání nemoci

Vnímání a prožívání příznaků určitého onemocnění se odvíjí od osobnosti pacienta, důležitá je informovanost, neurotičnost, sklon podléhat negativním emocím, jeho obranných mechanismů, předchozích zkušeností s příznaky nemoci, očekávání i z toho, jaké životní hodnoty jsou onemocněním ohroženy.

Při zjištění závažného onemocnění může být vyvolána **psychická krize**, která probíhá v několika etapách. Úvodní fází je **šok**, jako reakce na sdělení závažné diagnózy, pacient prožívá úzkost, strach, paniku, zmatek, náhlou psychickou slabost, strnulost, depresi, společným jmenovatelem první fáze je výrazná emocionální odezva.

Druhou etapou bývá **popírání** nemoci, které se projevuje jako emocionální útlum, apatie, snížená motivace a vytěšňování z vědomí všech informací spojených s onemocněním.

Třetí fáze je charakterizována **intruzí**, což jsou nutkavé myšlenky ve vztahu k prožívané nemoci, ty se vtírají do vědomí a komplikují spánek nemocného.

Pro následující fázi je příznačné **vyrovnávání** se závažným onemocněním. Pacient přemýšlí o různých možnostech adaptace a hodnotí co je reálné a co už ne.

Poslední etapou je **smíření**, kdy už pacient svou nemoc přijímá.

Všechny fáze prožívání nemoci nemusí následovat ve stejném pořadí, některé etapy mohou chybět, mohou se střídat, opakovat, být různě dlouhé nebo se vzájemně prostupovat. Průběh je odvislý od subjektivní a objektivní závažnosti onemocnění. Podstatné je dojít k fázi vyrovnání se změněnou životní situací, zvládnutí bolesti, úzkosti, problémů vzniklých při vyšetření, pobytem v zdravotnickém zařízení, mezilidskými vztahy, pochopení vzniku onemocnění, jeho smyslu a prognózy do budoucna. Pokud nedojde u nemocného k adaptaci, hrozí maladaptace projevující se pocity bezmocnosti, beznaděje, nepochopení a depresi. Zvládání nemoci souvisí s pacientovou ochotou spolupracovat a jeho důsledností dodržovat léčebná nařízení, to se odvíjí od věku, pohlaví pacienta, charakteru onemocnění a jeho vážnosti. (Mlčák, 2005)

3.2.3 Pacient a pobyt v nemocnici

Většina pacientů bývá vcelku spokojená s ambulantní léčbou, protože zůstává ve svém přirozeném prostředí, zásadním způsobem se nemění jeho zvyklosti ani sociální vztahy. K ambulantnímu lékaři přichází převážná většina pacientů z vlastního rozhodnutí, očekává, že se na léčbě bude nějakým způsobem podílet. Do nemocnice bývá nemocný většinou vyslán specialistou nebo obvodním lékařem. Pokud je nutná hospitalizace, je pro pacienta dobré přizpůsobit se lékařské autoritě a dojde k zásadní změně životních podmínek. Jestliže nemocný navštíví ambulantního lékaře, většinou svůj zdravotní stav nehodnotí jako vážný, ale pokud lékař vyjádří nutnost hospitalizace, vzbudí to v pacientovi obavy, že zdravotní stav je vážnější, než snad myslel.

Při příchodu do zdravotnického zařízení prožívá nemocný spoustu nepříznivých emocionálních pocitů jako je nejistota, obavy, úzkost a strach. Pacient přijímá změnu své sociální role a statutu, je potřeba respektovat neznámé lidi, cizí prostředí a mnohdy se musí naučit novým způsobům chování. Spektrum zájmů a potřeb je zmenšeno, sociální vztahy mohou být méně osobní. Kontakt se známými a blízkými lidmi bývá omezen a nemocný je nucen vytvářet nové vztahy k zdravotnickému personálu a spolupacientům. Pacient musí absolvovat různá vyšetření, druhy léčby, se kterými se ve svém životě zatím nesešel, nemá

dost informací nebo pouze zkrácené. Onemocnění a pobyt v nemocnici může být zdrojem i zhoršené ekonomické situace. Pacient při přijetí do nemocnice byl zvyklý komunikovat jak s lidmi doma, tak v zaměstnání, nyní se stává tím, jenž odpovídá na velké množství často se opakujících otázek, komu je stále něco přikazováno a komu není příliš (v celé šíři jeho i mimozdravotních problémů) nasloucháno. Ve zdravotnickém zařízení se zaměstnanci zajímají především o jeho zdravotní potřeby, zatímco všechny ostatní potřeby zůstávají v pozadí. I od člověka, který byl celý život aktivní, se v rámci hospitalizace očekává určitá míra pasivity a pouhé nechání se léčit, vyšetřovat a pokud to je možné, do celého procesu nezasahovat. Pacient nemůže dělat to, co by sám chtěl, ale to, co mu zdravotníci určí a tak, jak to požadují. Člověk je nucen provozovat činnosti, kterým příliš nerozumí a neovládá je, to snižuje jeho sebevědomí a sebehodnocení. Světové studie ukazují, že to, jak intenzivní bolest pacient vnímá, nebývá vždy vnímáno stejně ošetřujícími lékaři a sestrami. Pacient při svém pobytu v nemocnici žije převážně v přítomnosti, kontakt s minulostí je omezený, o budoucnosti nemá často zcela jasnou představu.

Při komunikaci s hospitalizovaným člověkem je především nutné ho nechat vypovídat, seznámit s možnými riziky léčby a léčebných opatření, s prognózou. (Křivohlavý, 2002)

3.3 Geriatrie

Gerontologie je obecný název vědy o stárnutí a stáří. Vědní disciplína se zabývá stárnutím a stářím z pohledu biologického, demografického, sociálního a z mnoha dalších úhlů pohledu.

Geriatrie neboli klinická gerontologie je specializovaným lékařským oborem, který se zabývá diagnostikou, léčbou onemocnění ve stáří, ale také širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví. Geriatrie poskytuje péči nemocným od 65 let, ale častěji se zaměřuje na nemocné starší 70 - 75 let. Cílem geriatrie je zlepšení zdravotního a funkčního stavu, snížení chronické disability, potlačení nemocnosti ve stáří, zlepšování prognózy akutních zhoršení zdravotního stavu, udržení soběstačnosti, vytváření podmínek pro účelnou a cílenou léčbu do nejvyššího věku. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007)

3.3.1 Stárnutí

Stárnutí je možné popsat jako působení času na lidskou bytost, také znamená růst a zrání. Stárnutí je přirozený, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu. Délka života je určena geneticky, specifická pro každý živočišný druh, od několika hodin do desítek let. Kromě genetiky je přirozené stáří a stárnutí ovlivňováno vlivy životního prostředí, chorobami, způsobem života. U člověka je situace stejná, maximální možná délka života je předpokládána 120-130 let. Stárnutí je vlastně celoživotním procesem, involuční změny se ale stávají výraznějšími mezi 40 a 50 lety.

V souvislosti s délkou života se často mluví o **střední délce života**, ta vyjadřuje věk, kterého pravděpodobně dožije člověk při narození, je to údaj vystihující zdravotní stav dané populace.

Přirozené stárnutí a stáří probíhá individuálně, mezi jedinci jsou rozdíly rychlosti nástupu i pořadí orgánových změn, dochází k involuci, regresi, úbytku struktur a funkcí. Stáří je poslední etapou ontogenetického vývoje a jeho kvalita úzce souvisí s celým jeho předchozím životem. (Topinková, 1995)

V USA vznikl koncept úspěšného stárnutí, tvůrci jsou J. Rowe, J. Kahn, J. Fries. Koncept upozorňuje na skutečnost, že hlavní pozornost by neměla být zaměřena pouze na zvyšování kapacit pro zvládání stále přibývajících počtu nesoběstačných osob, ale je potřeba se především snažit zlepšovat zdravotní a funkční stav seniorů. Předcházet vzniku závislosti.

Stárnutí tedy může být **normální**. Zdravotní a funkční stav seniora se svými sociálními rolemi odpovídá stavu jeho vrstevníků a mezinárodnímu standardu.

Pokud je stárnutí hodnoceno jako **úspěšné**, je zdravotní a funkční stav starého člověka lepší než současný průměr, je plně soběstačný, tělesně, psychicky i sociálně aktivní asi do 90 let.

Pokud je situace označena jako **patologická a neúspěšná**, je zdravotní a funkční stav jiný než u vrstevníků a neodpovídá dané normě. Rozvíjí se závislost na okolí, onemocnění související s vyšším věkem jsou výraznější, vyvíjí se rychleji anebo se objeví dříve. Senior budí dojem, že může být starší, než ve skutečnosti je. Stav se nazývá progerie, neboli předčasné stárnutí. (Kalvach a kol., 1997)

3.3.1.1 Biologické stárnutí

Dochází k oslabení a zpomalení většiny regulačních funkcí. Snižují se adaptační možnosti a odolnost vůči zátěži. Klesá funkce imunitního systému, více se tvoří autoprotilátky, klesá i protinádorová imunita. Omezuje se humorální regulační aktivita, včetně hormonů. Mění se citlivost receptorů, zpomaluje se psychomotorické tempo a vedení vzruchů. Ubývá motoneuronů, snižuje se tvorba a účinek neurotransmiterů. Involuce postihuje také zevní smyslové orgány, např.: zrak, sluch, chuť, čich a hmat. Postupně ubývá svalové hmoty a svalové síly, množí se tuková tkáň, snižuje se množství tělesné tekutiny, ubývá kostní hmoty. Mění se struktura jednotlivých orgánů a poté následuje i změna funkce postižených orgánů. Klesá průtok krve takovými orgány, jako je mozek, srdce a ledviny. Snižuje se kapacita a rychlost složitých metabolických dějů. Involuční odchylky ve stáří jsou často propojeny se změnami způsobenými onemocněními, které se vyskytují častěji právě ve stáří. (Pacovský, 1994)

3.3.1.2 Psychické stárnutí

Psychické stárnutí probíhá ve výrazně individuální rovině, odvíjí se od typologie dané osobnosti. Osobnost stárnoucího člověka zůstává zachována, ale mění se některé její schopnosti např.: poznávací, ty zahrnují vnímání, paměť, představy, myšlení atd. Ve stáří se může měnit hierarchie potřeb, hodnot a cílů, mění se motivace. Citové prožívání snižuje svou intenzitu, je méně bezprostřední, omezuje svou pozornost na sebe a své okolí. V rámci vlastní rodiny udržuje citové vztahy beze změn a to jak ty kladné, tak záporné. Ve vztahu k cizím lidem je snížení citového prožívání patrné dříve. Emoční prožívání není tak dynamické, okruh se zužuje, může se měnit frustrační tolerance. Mění se paměť a schopnost učit se nové věci. Špatně se vybavují nové poznatky, obtížně se udrží pozornost, ale naopak se lépe vybavují staré vzpomínky a vědomosti. Mnohdy se rozvíjí city vyšší, vztahující se k hodnotám, tento stav ovšem závisí na integritě osobnosti. Na počátku stáří se často objevuje potřeba seberealizace, touha být ještě nějak užitečný, objevuje se touha po lásce a úctě. Dochází k posunu od nezávislosti k závislosti, což může souviset více než s věkem se zdravotním stavem. (Kalvach, 1997)

Stáří přináší také větší moudrost, velké množství vědomostí a zkušeností, daní za tato pozitiva zůstává delší doba nutná k promýšlení. Klesá psychomotorické tempo. Snižuje se fantazie,

převládá touha po klidu a někdy také nechut' řešit problémy. Mohou se také projevit poruchy myšlení např.: zabíhavé myšlení, tedy snížená schopnost udržet myšlenku nebo ji naopak opustit. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007)

3.3.1.3 Sociální stárnutí

Proces sociálního stárnutí zahrnuje reakci na vlastní stáří a nutnou adaptaci. Stejně jako psychické stárnutí je i vývoj sociální situace individuálním dějem, ovlivněným osobností daného člověka a jeho předchozím životem. Lidé, kteří nemají problém s přizpůsobením, mohou využívat bohaté zkušenosti, jež během svého života nasbírali. Sociální stárnutí zahrnuje celou řadu společenských změn, jako je odchod do důchodu, mění se způsob života a ekonomické zajištění. Nepříjemný může být po odchodu do důchodu nedostatek činností, podnětů, ztráta společenské prestiže, neorganizovaný volný čas, osamělost, věková segregace, diskriminace. (Kalvach, 1997)

V období stárnutí a stáří se lidé častěji než v jiných obdobích života musejí vyrovnávat se smrtí partnera nebo přátel. Mění se způsob rodinného života, děti odchází z domova, pokud neodešli už v období zralé dospělosti. Manželé se musejí adaptovat na život ve dvou, najít novou rovnováhu. Pokud se brzy narodí vnoučata, může být ztráta rodičovské role kompenzována rolí prarodiče. Staří lidé se také co nejdéle snaží udržet svou domácnost a být nezávislí na svém okolí. Velice psychicky náročné může být pro seniory změna dosavadního bydliště. Nejčastěji odcházejí do různých zařízení sociální péče, důvodem může být snížení hybnosti, zhoršení zdravotního stavu, nedostatečná sebestarost, vysoké náklady na bydlení se zhoršením ekonomické situace atd. Pokud starý člověk opouští svůj dům či byt, opouští také svou minulost a svůj způsob života, na který je zvyklý. (Minibergerová, Dušek, 2006)

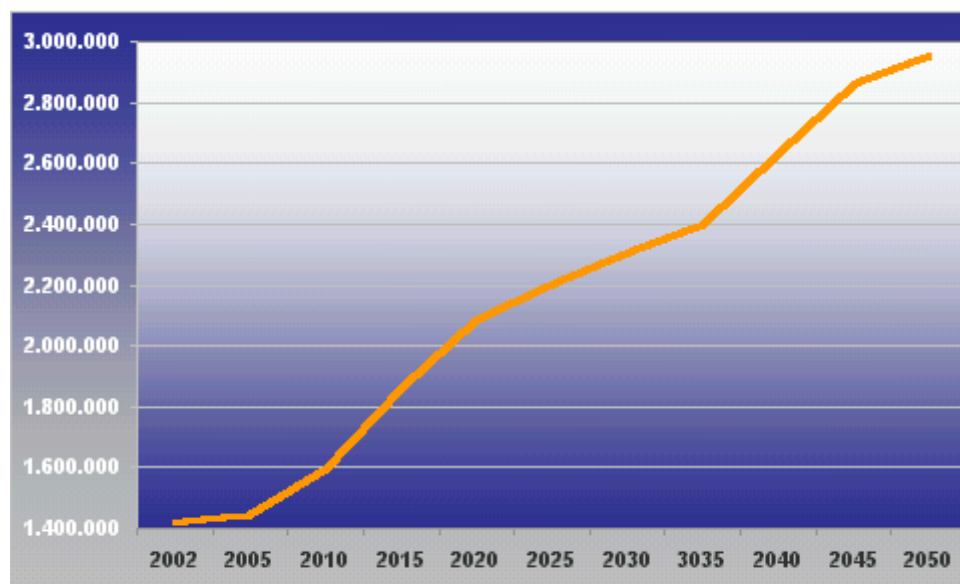
3.3.1.4 Demografie stárnutí

Demografické stárnutí populace lze charakterizovat především růstem relativního zastoupení osob ve věku nad 65 let. Příčinou je trvalý pokles porodnosti, snižující se úmrtnost, prodlužování střední délky života a prodlužování života ve stáří. Trend stárnutí populace bude v ČR i ve světě podle statistik pokračovat. V současné době umírá více než 75% osob ve věku nad 65 let. Hlavními příčinami úmrtí ve vyšším věku jsou kardiovaskulární onemocnění

(ischemická choroba srdeční, cévní onemocnění mozku), infekce (pneumonie), malignity (bronchogenní, kolorektální karcinom), úrazy (doprava, pády) a demence. (Topinková, 2005)

Tab. č.1: Budoucí vývoj složení obyvatelstva nad 65 let podle vybraných věkových skupin, ČR, 2002-2050 (Svobodová, 2005)

	65-74	75-84	85+
2002	818 702	501 081	98 179
2005	808 905	540 598	97 178
2010	924 610	527 687	144 515
2015	1 165 776	524 561	173 809
2020	1 273 549	627 483	187 301
2025	1 184 048	809 329	207 933
2030	1 137 066	895 394	275 613
2035	1 176 112	847 563	376 243
2040	1 354 671	837 199	441 684
2045	1 520 352	884 345	457 323
2050	1 415 382	1 043 570	497 127



Obr. č. 1: Graf - Budoucí vývoj počtu osob ve věku nad 65 let, ČR, 2002-2050 (Svobodová, 2005)

Z obyvatelstva staršího 65 let nejvýrazněji poroste počet nejstarších osob, tj. osob ve věku nad 85 let. Zatímco počet osob ve věku 65-74 let se podle výsledků projekce zvýší mezi lety 2002 a 2050 zhruba 1,7x, počet osob ve věku 75-84 let se však zvýší už více než 2x a počet osob nad 85 let dokonce více než 5x. (Svobodová, 2005)

Růst počtu seniorů má mnoho důležitých důsledků pro společnost, např.: zatížení důchodového systému, systémů sociálního zabezpečení, stoupající poptávku po zdravotní péči, po odborně vyškolených pracovnících ve zdravotnictví a především v gerontologii, zvyšující se nároky na dlouhodobou péči, především u osob s demencí. Také hrozí stupňování ageismu. Vzhledem k předpokládaným skutečnostem doporučuje WHO zlepšit dostupnost účinné zdravotní péče, zachovávat sociální vzory a podporovat dříve běžný způsob života několika generací pohromadě. Výhodou společného života několika generací je zabránění sociální izolace seniorů a také potenciálního rizika finanční nouze. WHO doporučuje systém financování důchodů z daní, jako základní prevenci chudoby ve stáří. Jedním z dalších bodů světové zdravotnické organizace je úprava prostředí ve městech, název projektu je Věku přátelská města. Společným cílem všech doporučení je zlepšení kvality života stárnoucích lidí. (WHO, 2011)

3.3.1.5 Národní program přípravy na stárnutí

Složení lidské populace se mění, vzhledem k demografickým prognózám informujícím o zvyšování podílu lidí ve věku nad 80 let více než 3x a počtu stoletých 15,5x, vypracovalo ministerstvo práce a sociálních věcí „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012“ nazvaný **Kvalita života ve stáří**. Program vychází z usnesení vlády České republiky ze dne 9. 1. 2008.

Přístup ke starším lidem a stárnutí populace vychází z následujících principů: **Celoživotní přístup** se soustředí na preventivní působení na životní podmínky, události, rozhodnutí v dětství a dospělosti, životní prostředí a životní styl. **Partnerství vlády a samosprávy** zahrnuje podporu a spolupráci vlády se samosprávou při utváření stáří vstřícných komunit a podmínek pro zlepšení kvality života na místní úrovni. **Mezigenerační vztahy a soudržnost** mají zásadní význam pro rozvoj jedince, společnosti a pro kvalitu života v každém věku. **Zvláštní pozornost je věnovaná znevýhodněným a zranitelným skupinám.** **Genderový přístup** zohledňuje převažující počet žen ve vyšších věkových kategoriích, zaměřuje se na rizika, specifické potřeby mužů a žen v jednotlivých oblastech života. **Dialog s občanskou společností a sociálními partnery** při tvorbě politiky, spolupráce Rady vlády pro seniory a stárnutí populace např.: s neziskovými organizacemi. **Odpovědnost jednotlivce a společnosti** za kvalitu života ve stáří a aktivní zapojení do společnosti. **Snižování sociálních a geografických rozdílů** v rámci úsilí o sociální spravedlnost a stírání rozdílů v dostupnosti a

kvalitě služeb. Důležitá je možnost rovného přístupu k službám, produktům, bydlení, dopravě a zdravotní péči pro všechny. **Politika podložená důkazy** vycházejícími z výsledků výzkumů a objektivních dat. Je dobré se soustředit na priority vycházející z „Programu výzkumu v oblasti stárnutí pro 21. století“, přijatého Mezinárodní gerontologickou a geriatrickou asociací a Programu OSN proti stárnutí ve Valencii v roce 2002. **Důstojnost** jako důležitá hodnota ve stáří a při poskytování péče a pomoci. **Informovanost a mainstreaming.** (MPSV, 2008)

3.3.2 Stáří

Stáří je konečná fáze stárnutí, je to přirozená závěrečná etapa v ontogenetickém vývoji člověka.

Dělení stáří podle WHO: 60-74 let je rané stáří

75-89 let je vlastní stáří

90 a více je dlouhověkost

Často se užívá i jiné členění: 65-74 - mladí senioři

75-84 - staří senioři

85 a více velmi staří senioři

Z ekonomického pohledu je možno věk rozdělit na produktivní a poproduktivní, oblíbené je i označení stáří jako třetí věk, prvním věkem je dětství a dospívání, druhým věkem dospělost. Kalendářní věk je sice podstatný údaj, ale nevypovídá o funkčním věku. Funkční věk je významné posuzovací kritérium v geriatrické medicíně, nezahrnuje pouze biologický věk, ale vnímá jej ve všech psychosociálních souvislostech. Funkční věk posuzuje řada testů, zaměřených na jednotlivé oblasti, ale i na funkční stav jako celek. (Topinková, 1995)

Senioři mohou být také rozděleni do tří skupin podle funkční zdatnosti, rizikovosti a zdravotních potřeb. První skupinu tvoří lidé s velice dobrou výkonností, u kterých se diagnostika a léčba nemusí lišit od postupů užívaných u mladších jedinců. Jsou to **zdatní senioři**, kteří nepotřebují geriatrickou péči.

Druhou skupinou jsou **nezávislí senioři**, kteří nepotřebují trvalý lékařský dohled ani žádnou pečovatelskou službu. K přechodnému zhoršení může dojít pouze zátěží jako je např.: operace, úraz, infekce atd.

Třetí skupinu tvoří **křehcí senioři**, jsou to osoby s chronickým rizikem pádu, horšími kognitivními schopnostmi, psychicky labilní, s nestabilním zdravotním stavem např.: kardiovaskulární onemocnění, arytmie atd. Tito pacienti potřebují být dispenzarizováni, popřípadě napojeni na nouzovou signalizaci, využívají zdravotní, sociální služby a domácí péči.

Senioři zcela závislí potřebují neustálou pomoc rodiny, pečovatelské služby, respitní péči nebo pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných. Často jsou nutné hospitalizace, hrozí zhoršení či ztráta soběstačnosti, porucha vědomí, imobilita, dehydratace, malnutrice atd. (Kalvach a kol., 2008)

V geriatrii se často objevuje pojem **rizikový geront**. To je senior, který bydlí sám, nemá děti, nebo má děti, které se o něj nemohou či nechtějí starat. Bydlí zpravidla v nevyhovujícím obydlí, pobírá nízký důchod, zemřel mu partner, změnil bydliště, ocitl se v zařízení sociálních či zdravotních služeb, nezná možnosti sociálních služeb atd. Rizikový geront bývá ohrožen náhlou dekompenzací zdravotního stavu, rozvojem nebo zhoršením závislosti, opakovanými hospitalizacemi, umístěním v dlouhodobé ústavní péči a především vyšší mortalitou. Péče o takového seniora by měla být individuální, odvíjet se od jeho problémů a potřeb a mít zdravotně sociální charakter. (Topinková, Neuwirth, 1995)

3.3.2.1 Dlouhověkost

Dlouhověkost je pozitivní odchýlení v procesu stárnutí a délce života. Dlouhověkost je počítána od 90 let, ovšem v některých pramenech je uváděno 100 a více let, existuje i skupina extrémní dlouhověkosti 110 a více let. Ve světě je registrováno asi 80 takto starých lidí, počet žen převládá nad muži 8:1. V ČR žije kolem 27 000 dlouhověkých osob nad 90 let, do roku 2050 se předpokládá zvýšení počtu dlouhověkých na 230 000, na obecné prodloužování délky života má vliv např.: zvyšování životní úrovně, vývoj medicíny, snižování nároků na fyzickou zdatnost. Dle prognózy OSN má v roce 2050 žít zhruba 2,2 milionu stoletých osob a lidé nad 80 let budou tvořit 9,6 % populace. (Kalvach a kol., 2008)

3.3.2.2 Adaptace na stáří

Přizpůsobení se stáří zahrnuje dvě hlavní linie. První je teorie aktivního stáří, adaptace spočívá v rozvoji a udržování přiměřených aktivit. Druhá teorie preferuje pozvolné uvolňování z aktivit, podle této verze se na stáří člověk nejlépe připraví pozvolným uvolňováním ze svých aktivit.

Modely vyrovnávání se stářím:

Konstruktivnost - člověk se smířil s tím, že stárne, je samostatný, realizuje své cíle a plány, je přizpůsobivý a tolerantní, zajímá se o budoucnost, je v kontaktu s ostatními lidmi.

Závislost - závislý člověk spěje k pasivitě, nechá ostatní, aby se o vše postarali. Takový člověk bývá vcelku spokojený a situace mu vyhovuje.

Obranný postoj - je postojem dříve společensky i profesionálně úspěšných lidí, kteří jsou soběstační a také jsou na to hrdí. Nechtějí pomoc, aby dokázali, že ji nepotřebují, že nejsou zase tak staří.

Nepřátelství - tito lidé byli zvyklí svalovat vinu za své neúspěchy na druhé. Vyhledávají samotu, jsou agresivní, nepřátelští, jsou mrzutí, vyjadřují odpor k představě stáří a závidí mladým lidem jejich mládí.

Sebenávist - takoví lidé se od předcházející skupiny liší nenávistí směřovanou vůči sobě. Minulý život hodnotí pohrdavě, uzavírají se do samoty, cítí se zbyteční, ale nepřátelství vůči mladým lidem neprojevují. (Minibergerová, Dušek, 2006)

3.3.3 Prevence v geriatrii

Cílem preventivních snah v péči o seniora by mělo být úsilí o udržení soběstačnosti a schopnosti žít samostatně. Vhodné je i zabránit selhání rodinné péče o staré občany, zabránit klesající kvalitě života, předejít specifické nemocnosti anebo snížit negativní důsledky těchto nemocí. Preventivní ovlivnění nemocnosti za cílem prodloužení délky života.

Primární prevence v geriatrii se soustředí na snižování rizika vzniku nemocí např.: nekouření, zvýšení fyzické aktivity a cvičení přiměřeně zdravotnímu stavu, vyvážená skladba stravy, redukce hmotnosti, prevence úrazů způsobených pády, popálením, udušením a dopravními

nehodami. Důležitá je prevence osteoporózy zahrnující fyzickou aktivitu, příjem vápníku a podávání estrogenu u rizikových skupin žen. Primární prevence se soustředí také na předcházení infekcím, doporučuje se očkování proti virům chřipky u seniorů nad 65 let. Důležité je předcházení vzniku ischemické choroby srdeční, doporučuje se cvičit, dodržovat dietní režim, hypolipidemika a u rizikových osob preventivně užívat aspirin.

Sekundární prevence se zaměřuje na cílené, včasné vyhledávání a účelnou léčbou zlepšení prognózy onemocnění. Sekundární prevence ve stáří spočívá především v kompetencích obvodního lékaře, zaměřuje se na vyhledávání funkčních poruch, sensorických defektů, poruch výživy a onkologickou prevenci, u rizikových osob screening diabetu, kolorektálního karcinomu a preventivní mamografické vyšetření. (Topinková, Neuwirth, 1995)

3.3.4 Ageismus

Slovo pochází z anglického age - věk, český překlad slova ageismus nemá přesný jednoslovný ekvivalent, ale znamená společenské předsudky proti stáří. Zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech a projevy diskriminace vůči seniorům. Vznik ageismu souvisí s všudypřítomným kultem mládí a s ním spojenou krásou, projevuje se upřednostňováním mládí a nezájmem o stáří. (Minibergerová, Dušek, 2006)

3.3.5 Specifika nemocí ve stáří

Jak již bylo napsáno v kapitole věnované biologickému stárnutí, involuce postihuje prakticky všechny orgány v těle, ztrácejí svou funkční rezervu, organismus se stává méně přizpůsobivým k změnám ve vnitřním i vnějším prostředí, ztrácí své adaptační schopnosti a snadno dochází k dekompenzaci funkce jak jednotlivých orgánů, tak celého organismu. Involuční změny a celková orgánová patologie jsou typické pro specifika nemocí ve stáří a definují zvláštnosti geriatrické medicíny. S věkem se mění spektrum nemocí, stále častěji se objevují chronická onemocnění jako např.: osteoartróza, osteoporóza, kardiovaskulární, cerebrovaskulární onemocnění, demence, diabetes mellitus, poruchy sluchu. Orgánová postižení doprovází často obecná rizikovost seniora. Ve stáří bývá situace mnohdy komplikována nedostatečnou diagnostikou např.: demence, deprese, chronických infekcí, osteoporózy nebo inkontinence.

Polymorbidita

Téměř 90% lidí nad 75 let trpí jednou nebo více chronickými onemocněními. Onemocnění mohou být současně v manifestní či latentní formě. Nemoci nemusejí mít vzájemnou souvislost a jedná se o nemoci přidružené nebo se kombinují, řetězí a jedna vyvolává druhou, častěji vznikají komplikace. Příkladem může být dlouhodobá imobilizace, která způsobí vznik dekubitu, následuje močová inkontinence řešená zavedením močového katétru, dlouhodobé zavedení močové cévky může být zdrojem urosepse. Nemoci ve stáří se mnohdy nevyhojí zcela bezesbytku. Polymorbidní pacienti často nezapadají do rámce jednotlivých specializací v medicíně a je zapotřebí mezioborový přístup. Některé chronické choroby nemají u konkrétního pacienta přímý vztah ke stáří, nemocný trpící daným onemocněním si je do stáří přinese a ony stárnou s ním a často mění svůj typický klinický obraz. (Topinková, 2005)

Klinický obraz nemocí

Velké množství chorob má zcela odlišný průběh. Typické jsou tyto stavy:

Mikrosymptomatologie. Příznaky nemoci se projevují pouze minimálně, někdy nejsou vůbec zřejmé např.: klinicky němá ischemie myokardu.

Monosymptomatologie či oligosymptomatologie. Nemoc se neprojeví obvyklými symptomy, ale pouze jedním nebo jen některými.

Nespecifické příznaky např.: únava, nechutenství, obecné zhoršení zdravotního stavu provázejí mnoho různých onemocnění a jsou jediným projevem nemoci.

Symptomy druhotného postižení se objevují v situaci, kdy na nemoc reaguje jiný než postižený orgán. Obvykle se jedná o orgán s nejnižší funkční rezervou např.: mozek, ledviny, dolní cesty močové atd.

Řetězení příznaků, kdy jedna nemoc vyvolá druhou.

Atypické lékové reakce jsou nebezpečné pro zvýšený nebo nedostatečný účinek léků a častější výskyt nežádoucích účinků.

Prudké zhoršení zdravotního stavu bývá způsobeno malou funkční rezervou organismu a hrozí **zvýšené riziko úmrtí**. Někdy zhoršení stavu zrychlí stárnutí seniora.

Vysoký invalidizující potenciál nemoci způsobuje rychlejší ztrátu soběstačnosti, než v jiném věku při stejném onemocnění.

Chronická onemocnění, která snižují soběstačnost starého člověka, **mění i jeho sociální situaci** jako je předčasný odchod do důchodu, ztráta výdělku, nesoběstačnost, závislost na druhých. Tyto faktory mohou působit stresově a snížit schopnost se přizpůsobit změněné situaci. (Topinková, 2005)

V geriatrii se poslední dobou často hovoří o termínu **Stařecká křehkost**. Křehkost, nebo také rizikovitost bývá způsobena přirozeným poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, úbytkem svalové hmoty, úbytkem kostní hmoty, snížením pevnosti kostí, omezenou pohyblivostí, vytrvalostí, snížením svalové síly a schopnosti koordinace, často také poruchou imunity, kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti. Tyto skutečnosti ohrožují seniora v jeho fyzických, psychických a sociálních funkcích, prostupují do jeho běžných činností, mohou způsobovat nesoběstačnost, pády, zlomeniny, inkontinenci a nepříznivý vývoj zdravotního stavu do budoucna. Akutní dekompenzace stavu způsobují opakované hospitalizace, zvyšují spotřebu zdravotní, sociální a dlouhodobé péče. (Topinková, 2005)

3.3.6 Farmakoterapie ve stáří

Během stárnutí se zhoršují adaptační schopnosti organismu i jeho funkce. Zároveň stoupá výskyt chronických a degenerativních onemocnění, tato skutečnost způsobuje odlišnou symptomatologii nemocí ve stáří a ovlivňuje léčbu i účinek podaných léků. Starý člověk může jinak reagovat na běžná léčiva, zvyšuje se výskyt polékových a nežádoucích účinků. Staří pacienti mnohdy méně spolupracují při dodržování léčebného režimu, ať už vinou horšící se paměti, slábnoucího zraku, snížené pohyblivosti, obratnosti, poruch myšlení, nedostatečnému porozumění ordinaci atd. Až 60% seniorů neužívá léky dle doporučení lékaře. 30-50% pacientů dělá chyby v užívání a 10-15% léky neužívá vůbec. Někdy může situaci komplikovat špatná ekonomická situace seniora, neschopnost dopláct na léky. Spotřeba farmak u seniorů stále stoupá, často užívají současně několik léků najednou a tím se zvyšuje riziko lékových interakcí. Problém může nastat u polymorbidních pacientů, jelikož podávaný lék může být kontraindikován s jiným onemocněním.

Senioři tvoří v současné době 14% české populace, spotřebují 35% všech užívaných léků. Ve věku 60-64 let léky užívá 83% lidí, ve věku 65-74 let je to již 89% osob a nad 75 let 91-98%

lidí. S věkem roste i počet průměrně užívaných léků, ženy užívají průměrně 4,2 léku na rozdíl od průměrného muže, který užívá 3,9 léku. Český senior má předepsáno průměrně 4-6 léků, hospitalizovaní staří lidé a nemocní v dlouhodobé péči užívají 5-8 léků denně.

Nejčastěji předepisované léky u lidí starších 75 let jsou vazodilatancia (65%), analgetika (41%), kardiotonika (40%), diuretika (31%), reologika (28%), Ca blokátora (25%), ACE inhibitory (22%).

Polypragmazio je podávání léčiv v rizikové kombinaci nebo bez jasné indikace. Běžně se tak nazývá užívání 4 a více léků, protože je zvýšené riziko lékových interakcí. (Topinková a kol., 2007)

3.3.6.1 Farmakokinetika ve stáří

Farmakokinetika bývá změněna biologickými a fyziologickými odlišnostmi ve struktuře, funkci orgánů a přidruženými chorobami. Mění se absorpce, distribuce, metabolismus i eliminace, výsledkem je pomalejší nástup účinku, zpoždění biologické dostupnosti, vyšší hladina hydrofilních léčiv v krvi a tkáních. Distribuce je ovlivněna vzájemnou změnou poměru vody a tuku v těle. V tukové tkáni se kumulují lipofilní léky, jejich účinek nastupuje později a prodlužuje se plazmatický poločas. Eliminace léčiv je zpomalena postupným zhoršováním ledvinných a jaterních funkcí. (Topinková a kol., 2007)

3.3.6.2 Farmakodynamika ve stáří

Farmakodynamikou je myšlena citlivost cílových tkání na lék, ta je závislá na množství a citlivosti receptorů a patologickým postižením cílového orgánu nebo vzdáleného orgánu. Ve stáří se zhoršují mechanismy udržující homeostázu, pokud se tyto změny spojí s polymorbiditou, vedou ke zvýšení rizika nežádoucích a neočekávaných odpovědí organismu. (Topinková a kol., 2007)

3.3.7 Zvláštnosti intenzivní péče v geriatrii

Při intenzivní léčbě seniorů je nutné brát v úvahu i jiné v kapitole již zmíněné odlišnosti klinického obrazu nemoci ve stáří a změny ve farmakoterapii starých lidí. Intenzivní péče v geriatrii nezahrnuje pouze medicínské hledisko, ale i etické. Je dobré při péči o staré pacienty zohlednit prospěch pro nemocného a to jak léčebný, tak z pohledu kvality života. Při použití diagnostických a léčebných metod je potřeba počítat s výhodami a riziky pro daného pacienta s ohledem na jeho věk a očekávané délky života.

Za posledních 15 let došlo k prodloužení střední délky života asi o 6 let a mnoho starých lidí se dožívá vyššího věku při dobré tělesné a duševní kondici. Vzhledem ke stoupající délce života a zlepšování zdravotního stavu je potřeba se přizpůsobit skutečnosti, že akutní stavy a nemoci potřebující intenzivní péči mohou mít u nemocných ve věku nad 80 let velmi dobré výsledky. Ve věku 85 let je třetina seniorů v podstatě zdravých a jen 20% je odkázáno na péči někoho druhého.

Indikace intenzivní péče u geriatrických pacientů může být velice odlišná v léčbě i v ošetrovatelské péči je možné, že se stane tak náročnou, že je potřeba specializované péče na jednotce intenzivní péče.

Při resuscitaci nemocných vyššího věku hraje čas ještě významnější roli než u mladých jedinců. Čas od zástavy krevního oběhu do začátku nevratných změn mozku je u seniorů zhruba 2 minuty. Technika resuscitace zůstává ve vyšším věku stejná jako u mladých lidí, pro časté změny na skeletu jako jsou kalcifikace úponů žeber, snadněji vznikají zlomeniny při srdeční masáži. Věk je vnímán jako rizikový faktor úmrtnosti a špatného vývoje po úspěšné kardiopulmonální resuscitaci, riziko související s věkem stoupá více u mužů než u žen.

Protože včas zahájená resuscitace u starších lidí má významně lepší výsledky, postupně se začínají do praxe zavádět poloautomatické externí defibrilátory. Jejich výhodou je možnost, že první osoba, která zjistí podezření ze zástavy oběhu, připojí poloautomatický externí defibrilátor. Připojení je možné jak v domácí péči, tak u hospitalizovaných pacientů, tímto způsobem je možné zrychlit čas od vzniku maligní arytmie po aplikaci výboje.

Pokud je ve stáří potřeba operačního výkonu a tím i anesteziologické péče, je nutné ji přizpůsobit fyziologickým změnám ve stáří, pokusit se o zlepšení celkového zdravotního stavu před operací a snížit tak rizika z anestezie a operace plynoucí. Pacienty nad 65 let zatěžuje jakýkoliv výkon mírným rizikem, seniory mezi 75-80 lety středním rizikem a u

pacientů nad 90 let je výkon hodnocen jako vysoce rizikový až kritický. Anestézie starých pacientů přináší vyšší riziko morbidit i mortality. Riziko úmrtí je až 3x vyšší než u mladých lidí. Při posuzování rizika morbidit a mortality při operaci je největší ohled brán na přítomná onemocnění a typ výkonu více než na věk.

Riziko kontaminace nozokomiálními nákazami je ve stáří obecně vyšší pro celkové oslabení organismu mnoha chronickými onemocněními, ale i genetickými a exogenními faktory. Nemocní nad 60 let jsou nositeli 65% všech nozokomiálních nákaz.

Na rozvoji kritických stavů se může často podílet horšící se mobilita, osamělost, špatné stravovací návyky, nedostatečný pitný režim, mentální deteriorace, zhoršení smyslových funkcí jako je zrak a sluch.

Senioři jsou citlivější na teplotní změny zevního prostředí a kombinace některých léků mohou tuto citlivost dále zvyšovat. Hypotermie a hypertermie zvyšují hrozbu úmrtí na současně probíhající onemocnění a opačně. Klesá tvorba potu a pocení ochlazuje tělo méně účelně. Zvýšená teplota okolí zvětšuje nároky na prokrvení tělního povrchu, a roste minutový srdeční výdej. Zvýšená teplota a vlhkost působí rizikově na srdeční selhání. U starých pacientů snadněji vzniká působením tepla vyčerpání, úpal, úžeh a křeče z tepla.

Ve stáří je zvýšené riziko lékových intoxikací předávkováním způsobené sníženou eliminační schopností ledvin a jater nebo kognitivní poruchou. Intoxikace ve stáří mohou být způsobeny i suicidálně nebo náhodně průmyslovými, zemědělskými toxiny nebo rostlinnými jedy při neoznačení nádoby s toxickou látkou. Intoxikace ve stáří mívají těžší průběh, více komplikací, vyšší úmrtnost a vyžadují delší pobyt na jednotkách intenzivní péče. Příznaky otravy mohou být překryty příznaky dalších onemocnění anebo mohou být považovány za vedlejší účinky léčby. Křehkostí mozkových funkcí se může do popředí dostat symptomatologie psychická se změnou fyziologických funkcí. (Matějovská Kubešová, 2009)

3.3.8 Zásady péče o seniory

Z výše zmíněných skutečností a specifík geriatrické péče je možné vytvořit několik zásad.

V péči o staré lidi je důležité nepodceňovat i banální onemocnění, poranění ani sociální krizi, jakou se například stává ovdovění nebo přestěhování, protože úbytkem funkčních rezerv a snížením schopnosti adaptace je každá odchylka od normálu riziková.

Zhoršení zdravotního stavu včetně zmatenosti a opakovaných pádů může být vyvoláno skrytou chorobou, příčinou nemusí být pouze stáří, ateroskleróza nebo cévní mozková příhoda.

Je nutné brát v úvahu atypičnost a mikrosymptomatologii nemocí.

Snadno může vznikat dehydratace, hypotermie a deprese.

Akutní léčbu je potřeba začít včas, přesně a rozhodně, neváhat s antibiotiky.

Racionalizovat léčbu chronických nemocí, aby nedošlo k poškození intoxikací, nežádoucími účinky, alergií a inkompatibilitou.

Podporovat nemocné v jejich tělesné a duševní aktivitě, předcházet upoutání na lůžko. Udržovat seniory co nejdéle v domácím prostředí. Věnovat pozornost nácviku soběstačnosti, denních aktivit a především snižovat rizikovost domácího prostředí. Rodinu edukovat o možnostech domácí péče.

Minimalizovat podávání psychofarmak s tlumivými účinky. Močové katétry zavádět pokud to je opravdu nutné.

Chránit lidskou důstojnost, integraci, samostatnost a práva. Respektovat přání starých lidí včetně těch dementních. (Kalvach, 1995)

4 Empirická část

4.1 Cíle výzkumu:

1. Zjistit jak hodnotí pacienti jednotlivé oblasti důležité pro osoby vyššího věku: fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, smrt a umírání, blízké vztahy.
2. Porovnat hodnocení výše zmíněných oblastí při přijetí na jednotky intenzivní péče se situací při propouštění.
3. Zjistit, jak hospitalizace na jednotkách intenzivní péče změnila hodnocení vlastní aktivity.

4.2 Výzkumné otázky

výzkumná otázka č. 1:

Jak se vlivem hospitalizace změní hodnocení funkce smyslů?

Výzkumná otázka č. 2:

Jak se v průběhu hospitalizace změní vnímání vlastní nezávislosti?

Výzkumná otázka č. 3:

Do jaké míry ovlivní hospitalizace pocit naplnění pacientů?

Výzkumná otázka č. 4:

Jak se v průběhu hospitalizace změní hodnocení možností sociálního zapojení pacientů?

Výzkumná otázka č. 5:

Ovlivní akutně prodělané onemocnění postoje pacientů k smrti a umírání?

Výzkumná otázka č. 6:

Změní se za dobu hospitalizace hodnocení vztahů ke svým blízkým?

Výzkumná otázka č. 7:

Změní se v průběhu hospitalizace spokojenost s vlastní aktivitou?

H0: Spokojenost s vlastní aktivitou bude na počátku i na konci hospitalizace stejná

HA: Spokojenost s vlastní aktivitou bude na počátku hospitalizace horší než na jejím konci

4.3 Metodika výzkumu

K získání potřebných údajů byl použit dotazník (příloha A), vypracovaný světovou zdravotnickou organizací k posouzení kvality života ve stáří WHOQOL-OLD. Dotazník obsahoval čtyři obecné otázky na zjištění věku, pohlaví pacientů, oddělení, na kterém jsou hospitalizováni a zda se jedná o dotazník vyplňovaný při příjmu nebo při propouštění. Každý pacient vyplňoval stejný dotazník dvakrát, jednou při jeho přijetí na jednotku intenzivní péče a jednou při jeho propouštění. Cílem výzkumu bylo porovnat vnímání kvality vlastního života v akutní fázi onemocnění a při zlepšení zdravotního stavu.

Speciální část obsahovala 24 položek rozdělených do šesti oblastí důležitých pro osoby vyššího věku, fungování smyslů, nezávislost ve smyslu soběstačnosti, možnosti se sám o sebe postarat, rozhodovat o svém životě. Pozornost byla věnována i naplnění, z pohledu dosažených cílů v minulosti, přítomnosti a možností do budoucna. Kontakt s lidmi a dostatek smysluplných činností patřily do sféry sociálního zapojení, zájem byl o postoje k smrti a umírání a vztahy s blízkými lidmi. Každá oblast obsahovala 4 položky. Všechny speciální otázky se hodnotily pětibodovou škálou možností: vůbec ne, trochu, středně, hodně, maximálně. Téměř všechny otázky měly uzavřenou možnost odpovědi. Pouze poslední otázka umožňovala vyplňujícímu se k tématu dále vyjádřit. (Dragomirecká, Prajsová, 2009)

Pro získávání informací nutných k výzkumu byla použita metoda dotazníku, protože umožňuje rychlé a ekonomické shromažďování dat od většího počtu lidí. Použitá metoda je ryze subjektivní, informuje o tom, jak pacient vnímá kvalitu svého života v daném okamžiku, jak se jeho vnímání v závislosti na akutním onemocnění vyvíjí, ale nehodnotí situaci objektivně.

4.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumné šetření probíhalo v období od 1. 9. 2010 do 31. 12. 2010 ve fakultní nemocnici a zúčastnilo se ho 75 pacientů hospitalizovaných na metabolické a geriatrické jednotce intenzivní péče. Do výzkumu byli zařazeni pacienti přijatí na výše zmíněné jednotky

intenzivní péče v průběhu šetření, a to pacienti starší 60 let a především při plném vědomí, orientovaní v místě, čase a osobě, schopní zodpovídat dotazníkové otázky. Stav vědomí a orientace pacientů se posuzovala pomocí hodnotící škály Glasgow coma scale (příloha B), do výzkumu byli zařazeni pouze ti pacienti, kteří získali plný počet bodů 15, což je hodnoceno jako kvalitní vědomí. Důvody přijetí pacientů na metabolickou jednotku intenzivní péče byly nejčastěji akutní pankreatitida, krvácení do GIT, transplantace ledviny, metabolický rozvrat, dekompenzace diabetu s komplikacemi atd. Nejčastějším důvodem přijetí pacientů na geriatrickou jednotku intenzivní péče byl kromě zdravotního stavu také věk pacientů. Na geriatrické jednotce intenzivní péče se nejvíce objevovali pacienti s diagnózou srdečního selhání a plicní embolie, věk přijímaných pacientů byl ve většině případů od 78 výše.

4.5 Zpracování dotazníku

Dotazník byl zpracováván v měsíci únoru roku 2011, k zpracování byly použity pouze ty dotazníky, které byly vyplněny u stejného pacienta při příjmu i při propuštění, neúplné dotazníky anebo vyplněné pouze při přijetí byly pro zvýšení objektivitu z výzkumu vyřazeny. Pro potřeby výzkumu byly tedy použity pouze dotazníky získané od 48 pacientů, 27 dotazníků bylo vyřazeno, protože někteří pacienti byli přeloženi do jiných zdravotnických zařízení dříve, než stihli vyplnit propouštěcí dotazník anebo v průběhu výzkumu zemřeli. Při vyhodnocování jsem dotazníky rozdělila na odpovědi získané při přijetí na JIP a na odpovědi získané při propuštění, dále byly dotazníky rozděleny na odpovědi pacientů metabolické a geriatrické jednotky intenzivní péče.

Každá otázka z vyplňovaného dotazníku byla vyhodnocována zvlášť, vyjádřena v tabulkách a otázky 1, 2, 3 i v grafech (Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Excel 2007). Tabulky obsahují absolutní a relativní četnosti, absolutní četnost vyjadřuje počet odpovědi a relativní četnost udává procentuální zastoupení v jednotlivých skupinách. K určení procentuálního vyhodnocení otázek z dotazníku jsem použila statistický vzorec $f_i = (n_i/n) \times 100$. (f_i – relativní četnost v procentech, n_i – absolutní četnost, n – celkový počet respondentů).

4.6 Analýza výsledků šetření

V této kapitole bych chtěla informovat o získaných odpovědích na jednotlivé otázky. Výsledky odpovědí pacientů jsou umístěny do tabulek a vyjádřeny absolutními a relativními četnostmi.

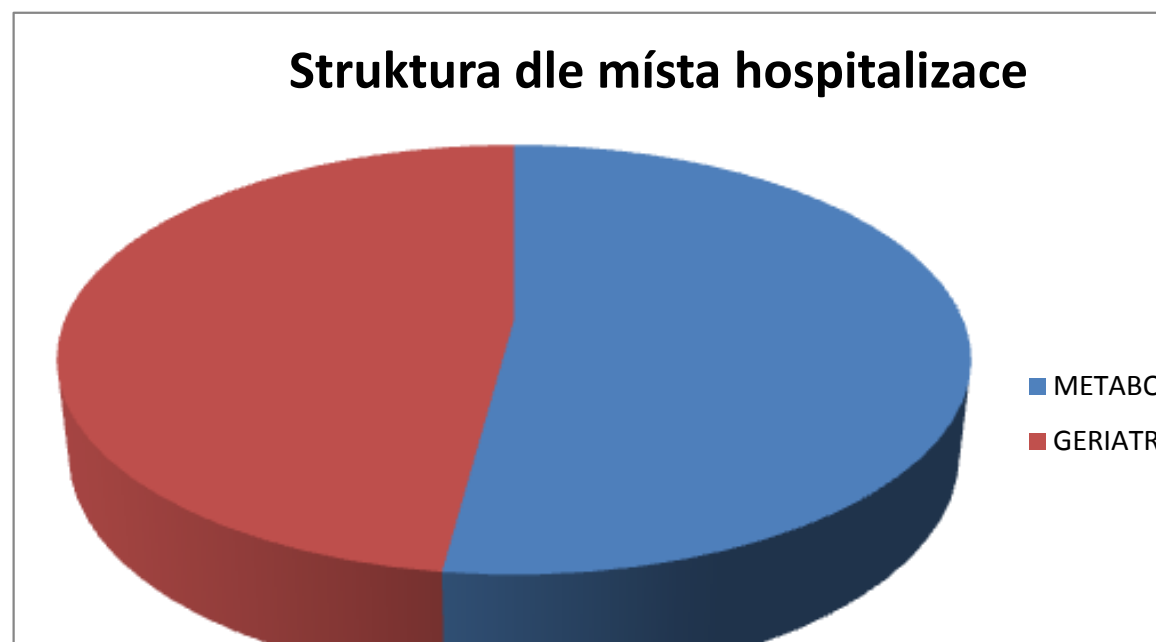
4.6.1 Zhodnocení obecných otázek

Struktura dotázaných klientů dle místa hospitalizace

Tabulka č. 2: Struktura dle místa hospitalizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Metabolická JIP	25	52%
Geriatrická JIP	23	48%
Celkem	48	100%

Dotazník byl na začátku a na konci hospitalizace vyplněn celkem 48 pacienty. Na metabolické jednotce intenzivní péče podmínky výzkumu splňovalo 25 klientů a na geriatrické jednotce intenzivní péče 23 pacientů. Počet je vcelku vyrovnaný, liší se pouze o dva seniory.



Obr. č. 2: Graf - Struktura účastníků šetření dle místa hospitalizace

Věková struktura účastníků šetření

Tabulka č. 3: Věková struktura účastníků šetření

	60-69		70-79		80 a více	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Metabolická JIP	16	89%	5	36%	4	25%
Geriatrická JIP	2	11%	9	64%	12	75%
Celkem	18	100%	14	100%	16	100%

Věková struktura účastníků výzkumu byla vcelku vyrovnaná. Pacientů ve věku 60-69 let bylo 18, pacientů ve věku 70-79 let bylo 14 a pacientů starších 80 - ti let bylo 16. Na jednotlivých jednotkách intenzivní péče už byl věkový poměr nevyrovnaný, na metabolické jednotce výrazně převažovali pacienti ve věku 60-69 let. Na geriatrické jednotce, protože už z názvu vyplývá zaměření především na seniory vyššího věku, byly především pacienti starší 70 let.



Obr. č. 3: Graf - Struktura účastníků šetření dle věku

Zastoupení pacientů dle pohlaví

Tabulka č.4: Zastoupení pacientů dle pohlaví

	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	20	80%	11	48%
Ženy	5	20%	12	52%
Celkem	25	100%	23	100%

Celkový počet žen, které vyplnily dotazník, byl 17. Skupina mužů byla v šetření zastoupena počtem 31 pacientů. Zatímco na geriatrické jednotce bylo mužů i žen téměř stejně (počet se lišil pouze o 1 seniora), na metabolické jednotce převažovalo v době konání výzkumu 80% mužů nad 20% žen.



Obr. č. 4: Graf - Zastoupení jednotlivých pohlaví

4.6.2 Zhodnocení otázek zabývajících se funkcí smyslových orgánů

Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich)
Váš každodenní život?

Tabulka č. 5: Míra ovlivnění každodenního života zhoršením funkce smyslů při příjmu

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	8	32%	6	26,09%
Trochu	2	8%	6	26,09%
Středně	12	48%	6	26,09%
Hodně	3	12%	4	17,39%
Maximálně	0	0%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100.01%

Při příjmu na metabolickou jednotku hodnotili pacienti ovlivnění běžného života zhoršením funkce svých smyslů téměř v polovině případů jako střední a třetina ovlivnění nepocítovala. Na geriatrické jednotce byly odpovědi vcelku vyrovnané, čtvrtině pacientů se funkce smyslů nezhoršily, čtvrtině trochu a středně. Pouze 4% maximálně.

Tabulka č. 6: Míra ovlivnění každodenního života zhoršením funkce smyslů při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	8	32%	4	17,39%
Trochu	2	8%	7	30,43%
Středně	10	40%	6	26,09%
Hodně	3	12%	5	21,74%
Maximálně	2	8%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění se odpovědi výrazněji nelišily, na metabolické jednotce na rozdíl od příjmu, dva pacienti hodnotili ovlivnění běžného života zhoršením funkce svých smyslů jako maximální. Na geriatrii se odpovědi trochu a hodně objevily častěji o jednu odpověď, naopak o dva méně pacientů zhoršení nepocítovalo.

Do jaké míry ovlivňuje ztráta funkce smyslů (například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu) Vaši schopnost zapojit se do různých činností?

Tabulka č. 7: Míra ovlivnění schopnosti zapojit se do různých činností způsobená ztrátou funkce smyslů při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	7	28%	6	26,09%
Trochu	5	20%	7	30,43%
Středně	11	44%	4	17,39%
Hodně	2	8%	5	21,74%
Maximálně	0	0%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při přijetí na metabolickou jednotku pacienti nejčastěji hodnotili míru ovlivnění funkce smyslů při zapojení se do různých činností jako střední a to v 44%, častěji se vyskytovali odpovědi trochu v 20% a ovlivnění nepocíťovalo 28% pacientů. Na geriatrické jednotce 26% pacientů žádné zhoršení smyslů nepocíťovalo, 30% trochu, 17% středně, 21% hodně a pouze 4% maximálně.

Tabulka č. 8: Míra ovlivnění schopnosti zapojit se do různých činností způsobená ztrátou funkce smyslů při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	10	40%	2	8,69%
Trochu	4	16%	8	34,78%
Středně	7	28%	6	26,09%
Hodně	3	12%	6	26,09%
Maximálně	1	4%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění se na metabolické jednotce zvýšil počet pacientů ze 7 na 10, kterým funkce smyslů žádným způsobem neovlivňovala zapojení do běžných činností, jednomu pacientovi se funkce smyslů zhoršila maximálně. Na geriatrické jednotce ubylo pacientů, kteří žádné ovlivnění nepocíťovali z 6 na 2. Počet odpovědí trochu a hodně se zvýšil o jeden hlas a středně odpovědělo o 2 pacienty více.

Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly Vaši komunikaci s ostatními lidmi?

Tabulka č. 9: Míra ovlivnění komunikace způsobená potížemi se smysly při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	11	44%	7	30,43%
Trochu	4	16%	6	26,09%
Středně	8	32%	5	21,74%
Hodně	2	8%	4	17,39%
Maximálně	0	0%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při příjmu na metabolickou jednotku 44% pacientů odpovědělo, že smysly neovlivňují jejich komunikaci, 32% odpovědělo středně, 16% trochu a 8% hodně. Na geriatrické jednotce také nejvíce pacientů vliv smyslových orgánů na komunikaci nepocíťovalo, trochu odpovědělo 26%, středně 22%, hodně 17% a maximálně 4%.

Tabulka č. 10: Míra ovlivnění komunikace způsobená potížemi se smysly při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	8	32%	4	17,39%
Trochu	6	24%	7	30,43%
Středně	9	36%	6	26,09%
Hodně	2	8%	5	21,74%
Maximálně	0	0%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Na metabolické jednotce se situace při propuštění lehce zhoršila, žádné ovlivnění komunikace funkcí smyslových orgánů nepocíťovalo o 3 pacienty méně, trochu odpovědělo o 2 více a středně o 1 více. Na geriatricii byla situace podobná, žádné ovlivnění nepocíťovalo o 3 pacienty méně, trochu, středně a hodně odpovědělo o 1 více.

Jak byste hodnotil/a to, jak Vám slouží smysly?

Tabulka č. 11: Hodnocení funkce smyslových orgánů při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	1	4,35%
Trochu	2	8%	5	21,74%
Středně	12	48%	10	43,48%
Hodně	8	32%	4	17,39%
Maximálně	2	8%	3	13,04%
Celkem	25	100%	23	100%

Při přijetí na metabolickou jednotku 48% pacientů sloužily smysly středně dobře, 32% hodně, 8% maximálně a stejnému počtu jen trochu, 4% volili možnost, smysly mi vůbec neslouží dobře. Na geriatrické jednotce byla také nejčastější volbou odpověď, středně dobře mi fungují smysly v 44%, 21% fungují smysly trochu, 17% odpovídalo hodně, 13% maximálně a jen 4% vůbec ne.

Tabulka č. 12: Hodnocení funkce smyslových orgánů při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	1	4,35%
Trochu	3	12%	7	30,43%
Středně	12	48%	8	34,78%
Hodně	4	16%	6	26,09%
Maximálně	5	20%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky přibyla v hodnocení funkce smyslových orgánů 1 odpověď trochu, odpověď hodně si vybralo o 4 pacienty méně a maximálně naopak o 3 více, dalo by se tedy napsat, že funkce smyslů při propuštění lehce zlepšila. Na geriatrické jednotce přibyla 2 odpovědi navíc k možnosti trochu a stejný počet se snížil u možnosti středně, 2 pacienti navíc zvolili možnost hodně a o 2 odpovědi ubylo maximálního hodnocení.

4.6.3 Zhodnocení otázek zabývajících se vnímáním vlastní nezávislosti

Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?

Tabulka č. 13: Míra možnosti svobodného rozhodování o svých záležitostech při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	0	0%
Trochu	1	4%	5	21,74%
Středně	3	12%	4	17,39%
Hodně	12	48%	7	30,43%
Maximálně	8	32%	7	30,43%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při přijetí na metabolickou jednotku celých 48% pacientů posuzovalo možnost rozhodování o svých záležitostech odpovědí hodně, maximálně 32%, negativní odpovědi se vyskytovali sporadicky. Na geriatrii byly odpovědi vyrovnanější, 30% pacientů může rozhodovat o svých záležitostech hodně a stejný počet maximálně. Odpověď středně zvolilo 17% a trochu 21% pacientů.

Tabulka č. 14: Míra možnosti svobodného rozhodování o svých záležitostech při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0%	0	0%
Trochu	2	8%	3	13,04%
Středně	3	12%	5	21,74%
Hodně	12	48%	9	39,13%
Maximálně	8	32%	6	26,09%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky se odpovědi nezměnily, pouze jeden pacient při příjmu zvolil odpověď trochu a při propuštění vůbec. Na geriatrii při propuštění proti situaci při příjmu hodnotili pacienti možnost rozhodovat o svých záležitostech častěji odpovědí hodně o 2 hlasy. Ubylo odpovědí trochu ve 2 případech, ale také odpovědí maximálně bylo o 1 možnost méně.

Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?

Tabulka č. 15: Míra možnosti rozhodovat o své budoucnosti při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	1	4,35%
Trochu	5	20%	4	17,39%
Středně	5	20%	8	34,78%
Hodně	8	32%	5	21,74%
Maximálně	6	24%	5	21,74%
Celkem	25	100%	23	100%

Na metabolické jednotce možnost rozhodovat o své budoucnosti hodnotilo 20% pacientů odpovědí trochu a středně, častá byla odpověď hodně v 32% a maximálně v 24%. Na geriatrické jednotce odpověď hodně a maximálně byla vybírána v 22%, častá byla odpověď středně v 32%, trochu v 17% a pouhé 4% na obou jednotkách intenzivní péče nemohou rozhodovat o své budoucnosti.

Tabulka č. 16: Míra možnosti rozhodovat o své budoucnosti při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0%	0	0%
Trochu	3	12%	3	13,04%
Středně	8	32%	8	34,78%
Hodně	8	32%	8	34,78%
Maximálně	6	24%	4	17,39%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při propuštění nebyla, na rozdíl od příjmu na obou jednotkách odpověď vůbec nemohu rozhodovat o své budoucnosti, zvolena. Na metabolické jednotce ubylo 2 hlasů v možnosti trochu a 2 přibylo v možnosti středně. Na geriatrii přibylo 1 odpovědi v hodnocení trochu, o 1 méně bylo zvoleno hodnocení maximálně, ale naopak o 3 odpovědi častější byla možnost hodně. Na obou jednotkách došlo k mírnému zlepšení v hodnocení.

Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?

Tabulka č. 17: Respektování okolí vlastní svobody rozhodování při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	8%	0	0%
Trochu	1	4%	5	21,74%
Středně	6	24%	5	21,74%
Hodně	9	36%	8	34,78%
Maximálně	7	28%	5	21,74%
Celkem	25	100%	23	100%

Na dotaz, zda lidé respektují vaše rozhodnutí, odpovědělo nejvíce pacientů hodně v 36%. Možnost maximálně zvolilo 28%, středně 24%, méně časté odpovědi byly vůbec ne 8% a trochu 4%. Na geriatrické jednotce byly odpovědi vcelku vyvážené, nejčastěji svou svobodu rozhodování hodnotili možností hodně v 35%, trochu, středně a maximálně v 22%. Odpověď vůbec ne nezvolil nikdo.

Tabulka č. 18: Respektování okolí vlastní svobody rozhodování při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0%	0	0%
Trochu	5	20%	3	13,04%
Středně	6	24%	6	26,09%
Hodně	11	44%	9	39,13%
Maximálně	3	12%	5	21,74%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění na obou jednotkách intenzivní péče nezvolil negativní možnost vůbec ne žádný pacient. Na metabolické jednotce ubyly 4 odpovědi v možnosti maximálně a naopak přibyly v možnosti trochu, o 2 více byla volena odpověď hodně. Na geriatrii naopak ubylo o 2 hlasy možností trochu a po jedné možnosti přibylo odpovědí středně a hodně.

Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?

Tabulka č. 19: Možnost věnovat se věcem, které by člověk rád dělal při přijetí

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0%	1	4,35%
Trochu	5	20%	6	26,09%
Středně	10	40%	9	39,13%
Hodně	6	24%	5	21,74%
Maximálně	4	16%	2	8,69%
Celkem	25	100%	23	100%

Na metabolické jednotce si 40% pacientů při příjmu myslelo, že se může věnovat věcem, které by rádi dělali pouze středně, 24% odpovědělo hodně, 20% trochu a pouze 16% maximálně. Na geriatrické jednotce byla také nejčastější odpověď středně v 39%, 26% pacientů odpovědělo trochu, 22% hodně, 9% maximálně a 4% pacientů se vůbec nemohou věnovat věcem, kterým by chtěli.

Tabulka č. 20: Možnost věnovat se věcem, které by člověk rád dělal při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	0	0%
Trochu	5	20%	8	34,78%
Středně	5	20%	10	43,48%
Hodně	13	52%	5	21,74%
Maximálně	1	4%	0	0%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky se situace trochu změnila, o 3 hlasy ubylo odpovědí maximálně, o 7 hlasů přibylo odpovědí hodně, o 5 ubylo odpovědí středně a 1 pacient se vůbec nemůže věnovat, čemu by chtěl. Na geriatrii žádný pacient nezvolil extrémní možnosti maximálně a vůbec ne, o 2 hlasy bylo více odpovědí trochu a o jednu středně.

4.6.4 Zhodnocení otázek zabývajících se pocitem naplnění

Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?

Tabulka č. 21: Spokojenost s možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	4	16%	1	4,35%
Trochu	6	24%	4	17,39%
Středně	10	40%	13	56,52%
Hodně	2	8%	4	17,39%
Maximálně	3	12%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Na metabolické jednotce bylo v době příjmu spokojeno se svými možnostmi něčeho v životě dosáhnout 40% pacientů pouze středně, 24% trochu, 16% vůbec spokojeno nebylo, ale 12% pacientů bylo spokojeno maximálně a 8% hodně. Na geriatrické bylo až 57% pacientů spokojeno středně, 17% hodně a stejný počet trochu, 4% zvolili extrémní odpovědi vůbec ne a maximálně.

Tabulka č. 22: Spokojenost s možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	8%	0	0%
Trochu	6	24%	2	8,69%
Středně	9	36%	14	60,87%
Hodně	6	24%	6	26,09%
Maximálně	2	8%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky ubylo o 2 hlasy odpovědi vůbec ne, o 1 přibývalo hodnocení středně, o 1 odpověď ubylo hodnocení maximálně, ale o 4 více lidí si myslelo, že mohou ještě v životě hodně dokázat. Na geriatrické si už nikdo nemyslel, že vůbec nemůže ničeho dosáhnout, o 2 hlasy bylo méně odpovědi trochu, o jednu více středně a o 2 více hodně. Vnímání možností něčeho dosáhnout se při zlepšení zdravotního stavu lehce zvýšilo.

Myslíte si, že se Vám v životě dostává uznání, které si zasloužíte?

Tabulka 23: Hodnocení uznání v životě při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	8%	0	0%
Trochu	2	8%	6	26,09%
Středně	10	40%	10	43,48%
Hodně	6	24%	6	26,09%
Maximálně	5	20%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100,01%

Na metabolické jednotce si při příjmu myslelo 40% pacientů, že se jim dostává středně velkého uznání, které si zaslouží, 24% odpovědělo hodně, 20% maximálně, 8% trochu a stejný počet odpověděl vůbec ne. Na geriatrické také 44% pacientů hodnotilo uznání jako střední, 26% odpovědělo hodně a stejný počet trochu, 4% zvolila hodnocení maximálního uznání.

Tabulka 24: Hodnocení uznání v životě při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	8%	0	0%
Trochu	2	8%	5	21,74%
Středně	8	32%	12	52,17%
Hodně	11	44%	5	21,74%
Maximálně	2	8%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky ubylo o 2 hlasy odpovědi středně, o 3 hlasy ubylo hodnocení maximálně, ale o 5 pacientů více volilo možnost hodně velkého uznání. Na geriatrické ubylo jedné odpovědi trochu a jedné hodně, o 2 pacienty více popisovalo uznání v životě jako střední.

Iste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a?

Tabulka č. 25: Spokojenost s dosaženými cíly v minulosti při přijetí

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	0	0%
Trochu	1	4%	2	8,69%
Středně	7	28%	4	17,39%
Hodně	11	44%	13	56,52%
Maximálně	5	20%	4	17,39%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Na metabolické jednotce bylo při příjmu spokojeno 44% pacientů s tím, čeho v životě dosáhli, 28% bylo spokojeno středně, 20% maximálně, 4% trochu a stejný počet pacientů vůbec. Na geriatrické jednotce bylo 57% seniorů spokojeno hodně, 17% maximálně a stejný počet středně, jen 9% pacientů trochu.

Tabulka č. 26: Spokojenost s dosaženými cíly v minulosti při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0%	0	0%
Trochu	0	0%	1	4,35%
Středně	8	32%	6	26,09%
Hodně	10	40%	12	52,17%
Maximálně	7	28%	4	17,39%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky nikdo nezvolil možnosti odpovědi vůbec ne a trochu, o 1 hlas bylo více odpovědí středně, o 1 méně odpovědí hodně, ale o 2 více pacientů odpovídalo, že jsou maximálně spokojeni s tím, čeho v životě dosáhli. Spokojenost s dosahováním cílů v minulosti se tedy lehce zvýšila. Na geriatricii se o 2 hlasy více objevila odpověď středně a o 1 hlas méně často možnost trochu a hodně.

Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?

Tabulka č. 27: Spokojenost s věcmi, na které je možno se těšit při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	0	0%
Trochu	6	24%	5	21,74%
Středně	5	20%	8	34,78%
Hodně	8	32%	9	39,13%
Maximálně	5	20%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při přijetí na metabolickou jednotku bylo 32% pacientů hodně spokojeno s možnostmi, na které se může těšit, 24% pacientů trochu, 20% bylo spokojeno středně a stejný počet maximálně, 4 % pacientů vůbec spokojeni nebyli. Na geriatrii bylo 39% pacientů spokojeno hodně, 35% středně, 22% pouze trochu a 4% maximálně.

Tabulka č. 28: Spokojenost s věcmi, na které je možno se těšit při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	0	0%
Trochu	3	12%	4	17,39%
Středně	4	16%	11	47,83%
Hodně	12	48%	6	26,09%
Maximálně	5	20%	2	8,69%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky bylo o 3 méně odpovědí trochu jsem spokojen s věcmi, na které se mohu těšit, o 1 pacienta méně bylo odpovědí středně, ale 4 senioři navíc odpověděli hodně. Na geriatrii se odpovědi nejvíce soustředily na prostřední možnost, téměř polovina pacientů je středně spokojena s věcmi, na které se může těšit, o jeden hlas bylo méně odpovědí trochu, o 3 méně odpovědí hodně a naopak přibyla 1 odpověď navíc k maximální možnosti a 3 k střední variantě.

4.6.5 Zhodnocení otázek zabývajících se sociálním zapojením

Myslíte si, že máte každý den dostatek činností?

Tabulka 29: Hodnocení dostatku každodenních činností při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	8%	0	0%
Trochu	4	16%	4	17,39%
Středně	4	16%	6	26,09%
Hodně	7	28%	10	43,48%
Maximálně	8	32%	3	13,04%
Celkem	25	100%	23	100%

Při příjmu na metabolickou jednotku považovalo 32% pacientů množství každodenních činností jako maximální, 28% má činností hodně, 16% středně a trochu, 8% pacientů vůbec nemá dost činností každý den. Na geriatrické jednotce má 44% pacientů hodně činností, 26% středně, 17% pouze trochu a 13% maximálně.

Tabulka 30: Hodnocení dostatku každodenních činností při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	8%	0	0%
Trochu	3	12%	6	26,09%
Středně	4	16%	7	30,43%
Hodně	7	28%	8	34,78%
Maximálně	9	36%	2	8,69%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při propuštění z metabolické jednotky se hodnocení dostatku každodenních činností téměř nezměnilo, pouze jeden hlas ubyl v odpovědi trochu a jeden přibyl v maximálním hodnocení. Na geriatrii se hodnocení dostatku činností trochu pozměnilo, 2 hlasy ubyly v odpovědi hodně, o 1 hlas bylo méně v odpovědi maximálně, 1 naopak přibyl u hodnocení středně a 2 v odpovědi trochu.

Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj volný čas?

Tabulka 31: Spokojenost s možnostmi trávení volného času při přijetí

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	0	0%
Trochu	4	16%	5	21,74%
Středně	9	36%	10	43,48%
Hodně	8	32%	5	21,74%
Maximálně	3	12%	3	13,04%
Celkem	25	100%	23	100%

Na metabolické jednotce bylo v době příjmu spokojeno s možnostmi využití volného času 36% pacientů pouze středně, 32% bylo spokojeno hodně, 16% trochu, 12% maximálně a 4% vůbec. Na geriatrické jednotce bylo 44% pacientů spokojeno středně, 22% hodně a trochu, 13% maximálně.

Tabulka 32: Spokojenost s možnostmi trávení volného času při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	0	0%
Trochu	4	16%	5	21,74%
Středně	8	32%	11	47,83%
Hodně	9	36%	6	26,09%
Maximálně	3	12%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100,01%

Při propuštění z metabolické jednotky byla spokojenost s využitím volného času stejná, pouze ubylo 1 hodnocení středně a přibyla 1 odpověď hodně. Na geriatrii ubylo 2 odpovědi maximálně a o 1 hlas se zvýšily odpovědi středně a hodně.

Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?

Tabulka č. 33: Spokojenost s vlastní aktivitou při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	8%	0	0%
Trochu	10	40%	8	34,78%
Středně	4	16%	9	39,13%
Hodně	7	28%	4	17,39%
Maximálně	2	8%	2	8,69%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při přijetí na metabolickou jednotku bylo 40% pacientů spokojeno s vlastní aktivitou pouze trochu, 28% hodně, 16% středně, 8% maximálně a stejný počet pacientů vůbec. Na geriatrické jednotce bylo 39% pacientů spokojeno s tím, nakolik jsou aktivní pouze středně, 35% trochu, 17% hodně a 9% maximálně.

Tabulka č. 34: Spokojenost s vlastní aktivitou při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	0	0%
Trochu	4	16%	5	21,74%
Středně	11	44%	10	43,48%
Hodně	7	28%	7	30,43%
Maximálně	2	8%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky intenzivní péče se spokojenost s vlastní aktivitou lehce zvýšila, o 1 hlas se snížila negativní odpověď vůbec ne, o 6 lidí méně hlasovalo pro odpověď trochu a o 7 pacientů více volilo možnost střední spokojenosti s vlastní aktivitou. Na geriatrické jednotce bylo o 3 hlasy méně odpovědí trochu, o 1 hlas stoupl počet možností středně, o 3 odpovědi bylo více možností hodně, ale maximálně odpovídalo o 1 pacienta méně.

Jak jste spokojen/a s možnostmi svého zapojení do společenského (místního) dění?

Tabulka č. 35: Spokojenost s možnostmi zapojení do společenského dění při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	4	16%	1	4,35%
Trochu	6	24%	6	26,09%
Středně	9	36%	7	30,43%
Hodně	5	20%	8	34,78%
Maximálně	1	4%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při přijetí na metabolickou jednotku bylo 36% pacientů spokojeno středně se svými možnostmi zapojení do místního dění, 24% trochu, 20% hodně, 16% vůbec ne a pouhé 4% maximálně. Na geriatrici bylo 35% pacientů hodně spokojených se svými možnostmi zapojení do společenského dění, 30% středně, 26% trochu a 4% maximálně a stejný počet vůbec spokojen nebyl.

Tabulka č. 36: Spokojenost s možnostmi zapojení do společenského dění při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	3	12%	1	4,35%
Trochu	8	32%	4	17,39%
Středně	6	24%	10	43,48%
Hodně	8	32%	6	26,09%
Maximálně	0	0%	2	8,69%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky ubylo o jeden hlas negativní odpovědi vůbec ne, nikdo už nezvolil maximální hodnocení, o 2 odpovědi bylo více možností trochu, o 3 lidi méně odpovídalo středně a o 3 pacienty více volilo možnost hodně. Na geriatrici se o 2 hlasy méně volila možnost trochu, o 3 bylo více odpovědí středně, o 2 méně možností hodně a o 1 hlas méně odpovědí maximálně jsem spokojen se svými možnostmi zapojení do společenského dění.

4.6.6 Zhodnocení otázek zabývajících se smrtí a umíráním

Znepokojujete se tím, jak zemřete?

Tabulka č. 37: Míra znepokojení se otázkou, jak zemřu při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	9	36%	7	30,43%
Trochu	8	32%	9	39,13%
Středně	7	28%	3	13,04%
Hodně	1	4%	3	13,04%
Maximálně	0	0%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při přijetí na metabolickou jednotku se 36% pacientů neznepokojovalo možností, že mohou zemřít. Odpověď trochu zvolilo 32%, středně 28% hodně pouze 4% a maximálně nikdo. Na geriatrické jednotce možnost trochu zvolilo 39%, vůbec ne 30%, středně a hodně 13%, maximálně se znepokojovalo smrtí pouze 4% pacientů.

Tabulka č. 38: Míra znepokojení se otázkou, jak zemřu při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	12	48%	6	26,09%
Trochu	10	40%	11	47,83%
Středně	3	12%	3	13,04
Hodně	0	0%	2	8,69%
Maximálně	0	0%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění a zároveň i zlepšení zdravotního stavu, vymizely na metabolické jednotce odpovědi hodně a maximálně, výrazně přibýlo možností trochu a vůbec se nezabývá možnostmi, jak zemřu. Na geriatrii přibýly 2 odpovědi v hodnocení trochu, 1 v možnosti hodně a ubyla 1 odpověď trochu.

Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?

Tabulka č. 39: Obavy ze ztráty kontroly v souvislosti se smrtí při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	11	44%	3	13,04%
Trochu	1	4%	9	39,13%
Středně	7	28%	4	17,39%
Hodně	5	20%	7	30,43%
Maximálně	1	4%	0	0%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při přijetí na metabolickou jednotku se 44% pacientů neobávalo ztráty kontroly v souvislosti se smrtí. Možnost středně volilo 28%, hodně 20%, trochu a maximálně 4% seniorů. Na geriatricii převládaly odpovědi trochu v 39%, hodně 30%, středně 17% a maximálně se ztráty kontroly v souvislosti se smrtí nezabýval nikdo.

Tabulka č. 40: Obavy ze ztráty kontroly v souvislosti se smrtí při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	9	36%	1	4,35%
Trochu	7	28%	10	43,48%
Středně	4	16%	7	30,43%
Hodně	4	16%	5	21,74%
Maximálně	1	4%	0	0%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky ubyly 2 hlasy v odpovědi vůbec ne, ale naopak přibylo 6 odpovědí trochu, obecně ubylo odpovědí středně a hodně. Celkově se tedy pacienti metabolické jednotky obávali ztráty kontroly v souvislosti se smrtí o trochu méně. Na geriatricii 2 odpovědi ubyly v hodnocení hodně a vůbec ne, 3 hlasy přibyly v hodnocení středně a 1 odpověď trochu.

Jak moc se bojíte umírání?

Tabulka č. 41: Míra strachu z umírání při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	10	40%	5	21,74%
Trochu	7	28%	7	30,43%
Středně	3	12%	8	34,78%
Hodně	4	16%	3	13,04%
Maximálně	1	4%	0	0%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při přijetí na metabolickou jednotku se nejvíce pacientů 40% neobávalo umírání, 28% trochu, 16% hodně, 12% středně a pouhé 4% maximálně. Na geriatrické jednotce byla největším počtem zastoupena odpověď středně v 35%, trochu v 30%, vůbec ne v 22%, hodně v 13%. Maximálně se umírání neobával nikdo.

Tabulka č. 42: Míra strachu z umírání při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	10	40%	3	13,04%
Trochu	11	44%	11	47,83%
Středně	2	8%	7	30,43%
Hodně	2	8%	2	8,69%
Maximálně	0	0%	0	0%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při propuštění z metabolické jednotky výrazně převažovaly možnosti odpovědí vůbec ne a trochu, odpověď středně a hodně zvolili pouze dva pacienti. Obavy z umírání se tedy snížily. Na geriatрии přibýlo odpovědí trochu o 4 hlasy, po 1 odpovědi ubylo zvolených možností středně a hodně, o 2 body se snížila odpověď: Vůbec se nebojím umírání.

Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

Tabulka č. 43: Míra strachu z bolesti při umírání při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	5	20%	2	8,69%
Trochu	2	8%	8	34,78%
Středně	8	32%	6	26,09%
Hodně	5	20%	6	26,09%
Maximálně	5	20%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100%

Při přijetí na metabolickou jednotku se bolesti při umírání obávalo středně 32% pacientů, hodně a maximálně 20% pacientů, 20% se neobávalo vůbec a trochu pouze 8%. Na geriatrické jednotce se trochu obávalo bolesti při umírání 35% pacientů, 26% se obávalo středně a stejný počet hodně, pouhých 9% se neobávalo vůbec.

Tabulka č. 44: Míra strachu z bolesti při umírání při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	6	24%	2	8,69%
Trochu	7	28%	11	47,83%
Středně	4	16%	7	30,43%
Hodně	7	28%	2	8,69%
Maximálně	1	4%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při propuštění z metabolické jednotky se pacienti méně obávali bolesti při umírání, výrazně ubylo odpovědí středně a maximálně, pacienti častěji odpovídali, vůbec se neobávám a trochu. O 2 hlasy se ale objevila častěji možnost hodně. Na geriatrii se obavy snížily, přibýlo odpovědí trochu, středně a ubylo odpovědí hodně se obávám.

4.6.7 Zhodnocení otázek zabývajících se blízkými vztahy

Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?

Tabulka č. 45: Význam přátelství v životě při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	0	0%
Trochu	0	0%	1	4,35%
Středně	7	28%	6	26,09%
Hodně	11	44%	12	52,17%
Maximálně	6	24%	4	17,39%
Celkem	25	100%	23	100%

Při přijetí na metabolickou jednotku 44% pacientů odpovědělo, že pro ně má přátelství velký význam. Pro 28% pacientů má přátelství středně velký význam, pro 24% maximální a pro pouhé 4% vůbec důležité není. Na geriatrii odpovědělo 52% seniorů, že přátelství je pro ně hodně důležité, pro 26% středně a pro 17% maximálně.

Tabulka č. 46: Význam přátelství v životě při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0%	0	0%
Trochu	0	0%	1	4,35%
Středně	3	12%	5	21,74%
Hodně	16	64%	13	56,52%
Maximálně	6	24%	4	17,39%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky intenzivní péče, po prodělané nemoci stoupl význam přátelství pro pacienty z 11 na 16 v možnostech hodně, klesl počet odpovědí středně a nikdo už neodpověděl, že přátelství pro něho vůbec nic neznamena. Na geriatrii se vnímání významu přátelství nezměnilo, pouze 1 hlas se přesunul z možnosti středně na pozici hodně.

Kolik je Ve Vašem životě lásky?

Tabulka č. 47: Vnímání množství lásky v životě při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0%	1	4,35%
Trochu	2	8%	5	21,74%
Středně	5	20%	7	30,43%
Hodně	13	52%	8	34,78%
Maximálně	5	20%	2	8,69%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Na otázku: kolik je ve Vašem životě lásky, odpovědělo 52% pacientů hodně, 20% odpovědělo maximálně, stejný počet středně a jen 8% trochu. Na geriatrici byly odpovědi méně jednoznačné, 35% odpovědělo hodně, 30% středně, 22% zvolilo možnost trochu, 9% maximálně a 4% si myslí, že v jejich životě vůbec láska není.

Tabulka č. 48: Vnímání množství lásky v životě při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	8%	1	4,35%
Trochu	2	8%	5	21,74%
Středně	2	8%	6	26,09%
Hodně	14	56%	10	43,48%
Maximálně	5	20%	1	4,35%
Celkem	25	100%	23	100,01%

Při propuštění z metabolické jednotky nejvíce pacienti odpovídali, že je v jejich životě hodně nebo maximálně lásky, hodně odpověděl 1 pacient navíc, středně odpovědělo o 3 pacienty méně a 2 pacienti na rozdíl od příjmu zvolili možnost vůbec ne. Na geriatrici k změnám v hodnocení míry lásky v životě téměř nedošlo, o jednu odpověď bylo méně v možnosti středně, o jednu méně v odpovědi maximálně, ale o 2 více v možnosti hodně.

Máte příležitost někoho milovat?

Tabulka č. 49: Hodnocení možnosti někoho milovat při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	3	12%	3	13,04%
Trochu	2	8%	3	13,04%
Středně	1	4%	4	17,39%
Hodně	12	48%	8	34,78%
Maximálně	7	28%	5	21,74%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při příjmu na metabolickou jednotku intenzivní péče odpovědělo 48% pacientů, že mají hodně příležitosti někoho milovat, 28% odpovědělo maximálně, 12% vůbec žádnou možnost nemá, 8% trochu a 4% středně. Na geriatrické jednotce má 35% pacientů hodně příležitosti někoho milovat, 22% maximálně, 17% středně a 13% trochu a stejný počet vůbec žádnou možnost nemá.

Tabulka č. 50: Hodnocení možnosti někoho milovat při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	3	12%	3	13,04%
Trochu	1	4%	3	13,04%
Středně	4	16%	6	26,09%
Hodně	8	32%	8	34,78%
Maximálně	9	36%	3	13,04%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při propuštění z metabolické jednotky se hodnocení pacientů trochu změnilo, o 1 odpověď bylo méně v možnosti trochu, o 3 v kategorii středně, ale 4 pacienti navíc odpověděli, že mají hodně příležitosti někoho milovat, 2 pacienti navíc hodnotili své možnosti jako maximální. Posouzení pacientů vlastní možnosti lásky se tedy zlepšilo. Na geriatrici se hodnocení možnosti někoho milovat nezměnilo, pouze se 2 odpovědi přesunuly z možnosti maximálně do kategorie středně.

Máte příležitost být někým milován/a?

Tabulka č. 51: Hodnocení možnosti být někým milován při přijetí

Při příjmu	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	4%	2	8,69%
Trochu	4	16%	6	26,09%
Středně	4	16%	4	17,39%
Hodně	9	36%	7	30,43%
Maximálně	7	28%	4	17,39%
Celkem	25	100%	23	99,99%

Při příjmu na metabolickou jednotku odpovídalo 36% pacientů, že má hodně příležitosti být někým milováno, 28% odpovídalo maximálně, 16% středně a stejný počet trochu, pouze 4% nemají možnost být nikým milováno. Na geriatrii odpovídalo 30% pacientů, že má hodně možností být milováno, 26% odpovídalo trochu, 17% maximálně, stejný počet středně a 9% nemá být kým milováno.

Tabulka č. 52: Hodnocení možnosti být někým milován při propuštění

Při propuštění	Metabolická JIP		Geriatrická JIP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	8%	2	8,69%
Trochu	3	12%	6	26,09%
Středně	4	16%	6	26,09%
Hodně	8	32%	5	21,74%
Maximálně	8	32%	4	17,39%
Celkem	25	100%	23	100%

Při propuštění z metabolické jednotky se hodnocení možnosti být někým milován změnilo v jednotlivých kategoriích vždy o 1 odpověď, někde jeden hlas ubyl, v jiné kategorii se připočetl. Na geriatrii byly odpovědi v porovnání s příjmem téměř stejné, pouze 2 pacienti už nezvolili možnost středně, ale odpověděli, že mají hodně příležitostí být milováni.

4.6.8 Zhodnocení možnosti pacientů k vyjádření

Chcete k dotazníku něco dodat?

Poslední položka dotazníku dávala příležitost pacientům podrobněji se k výzkumnému šetření a kvalitě života ve stáří vyjádřit, ale převážná většina pacientů možnosti nevyužila. Několikrát se zde objevilo přání zdárného dokončení studia a jeden pacient vyjádřil podiv nad 4 otázkami ohledně funkce smyslů, protože měl pocit, že jeden dotaz by plně postačoval.

4.7 Vyhodnocení výzkumných otázek

Respondentům byla nabídnuta 5-ti stupňová charakteristika odpovědi, přičemž každému stupni, byla ve fázi utřídování a vyhodnocování přidělena bodová hodnota v rozmezí 1 -5.

Nabídnuté odpovědi:	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
---------------------	-----------------	---------------	----------------	--------------	------------------

Při hodnocení otázek zabývajících se doménami: nezávislost, naplnění, sociální zapojení a blízké vztahy bylo přiřazeno bodové hodnocení: Vůbec ne 1 bod

Trochu 2 body

Středně 3 body

Hodně 4 body

Maximálně 5 bodů

Pro vyhodnocení otázek zabývajících se doménami: funkce smyslů, smrt a umírání, bylo použito opačné bodové hodnocení, protože způsob položených otázek byl opačný a pro porovnávání odpovědí bylo potřeba zachovat stejný směr hodnocení.

Vůbec ne 5 bodů

Trochu 4 body

Středně 3 body

Hodně 2 body

Maximálně 1 bod

Každá posuzovaná doména obsahuje 4 otázky dotazníku, pro zjednodušení získaných výsledků byly získané odpovědi 4 otázek, patřících do jedné domény, sečteny dohromady. Jednotlivé domény tvořící 1 výzkumnou otázku tedy měly 192 odpovědí při příjmu a při propuštění.

Povaha a způsob výpočtu aritmetického průměru.

Definice: Aritmetický průměr je střední hodnotou, od které je součet odchylek dílčích hodnot tvořících zkoumaný soubor dat, vždy roven nule. Vypočítá se tak, že se všechny hodnoty daného statistického souboru sečnou a součet se dělí počtem hodnot.

Vzorec č. 1. (výpočet aritmetického průměru)

$$\bar{x} = \frac{1}{n} (x_1 + x_2 + \dots + x_n) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i ,$$

Kde:

n = celkový počet odpovědí, které byly přiřazeny příslušné výzkumné otázce, shrnuté do kategorií 1 – 5 bodů.

x_n = bodová hodnota odpovědi přiřazená povaze odpovědi.

Jak již bylo řečeno, aritmetický průměr, vypočtený podle předchozích bodů se pro nás stává **ukazatelem hodnocení pacienta.**

Pokud tento ukazatel zjistíme zvlášť před zahájením hospitalizace a zvlášť po jejím skončení, můžeme je vzájemně porovnávat. Interpretace výsledku porovnání pak bude závislá na položené otázce a zvoleném způsobu přidělení bodů pro jednotlivé možnosti odpovědí.

Pro vyhodnocení vztahu ukazatelů na začátku a na konci hospitalizace použijeme tyto jednoduché vzorce:

Vzorec č. 2. (výpočet absolutního rozdílu v hodnotách obou ukazatelů)

$$D = \bar{\varnothing}_2 - \bar{\varnothing}_1$$

Kde:

D = rozdíl mezi ukazatelem získaným z vypočtených z hodnot při ukončení a při zahájení hospitalizace.

$\bar{\varnothing}_1$ = aritmetický průměr, ukazatel při zahájení hospitalizace.

$\bar{\varnothing}_2$ = aritmetický průměr, ukazatel při skončení hospitalizace.

Vzorec č. 3. (výpočet procentuelního přírůstku / úbytku při změně ukazatele)

$$\Delta = \frac{\varnothing_2 - \varnothing_1}{\varnothing_1} \times 100\%$$

Kde:

Δ = procentuelní rozdíl změny vnímání pacienta, oproti výchozímu stavu.

\varnothing_1 = aritmetický průměr, ukazatel stavu při zahájení hospitalizace.

\varnothing_2 = aritmetický průměr, ukazatel stavu při skončení hospitalizace.

(Kozíková, 1985)

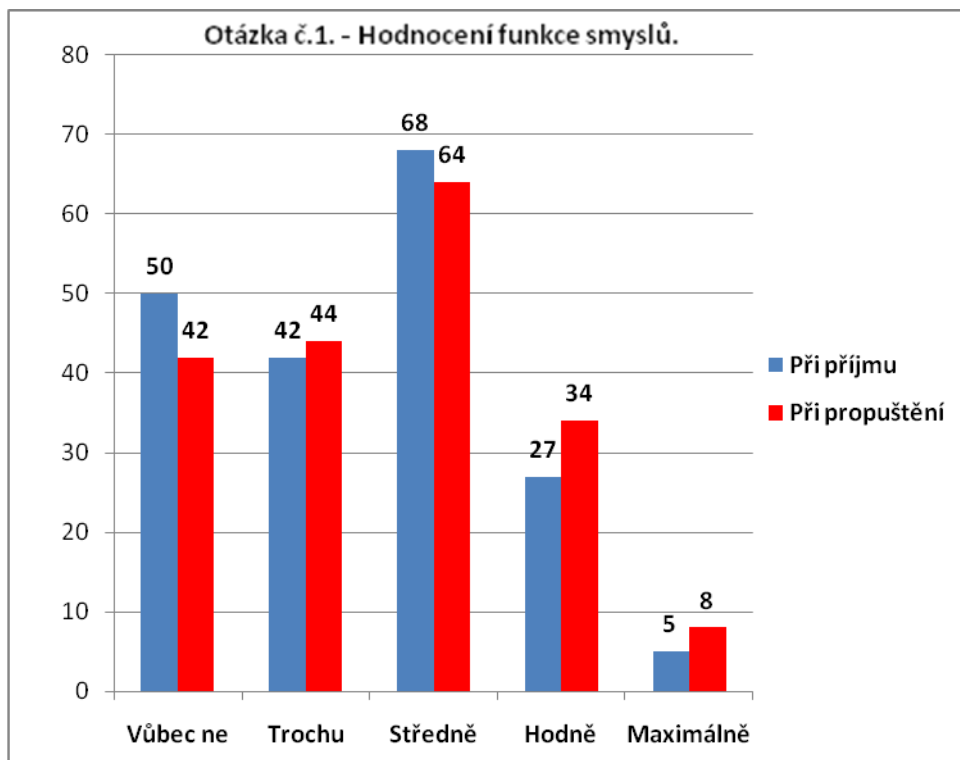
Otázka č. 1 Jak se vlivem hospitalizace změnil funkce smyslů.

Tabulka č. 53: Funkce smyslů při přijetí

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro jednu odpověď (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Součin četnosti a bodové hodnoty:
Vůbec ne	5 bodů	50	250
Trochu	4 body	42	168
Středně	3 body	68	204
Hodně	2 body	27	54
Maximálně	1 bod	5	5
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 681$ bodů
Aritmetický průměr $\varnothing =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,55 (bodu)

Tabulka č. 54: Funkce smyslů při propuštění

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro jednu odpověď (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Četnost krát body:
Vůbec ne	5 bodů	42	210
Trochu	4 body	44	176
Středně	3 body	64	192
Hodně	2 body	34	68
Maximálně	1 bodů	8	8
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 654$ bodů
Aritmetický průměr $\varnothing =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,41(bodu)



Obr. č. 5: Graf - Rozložení četností odpovědí na výzkumnou otázku č. 1

Tabulka č. 55: Porovnání ukazatele hodnocení pacienta – výzkumná otázka č. 1

Při zahájení hospitalizace		Při skončení hospitalizace.	
Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:	Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:
192	$\bar{X} = 3,55$ bodu	192	$\bar{X} = 3,41$ bodu
D = - 0,14 bodu (odpovídá zhoršení)			
$\Delta = - 3,93$ % (zhoršení ne příliš významné)			

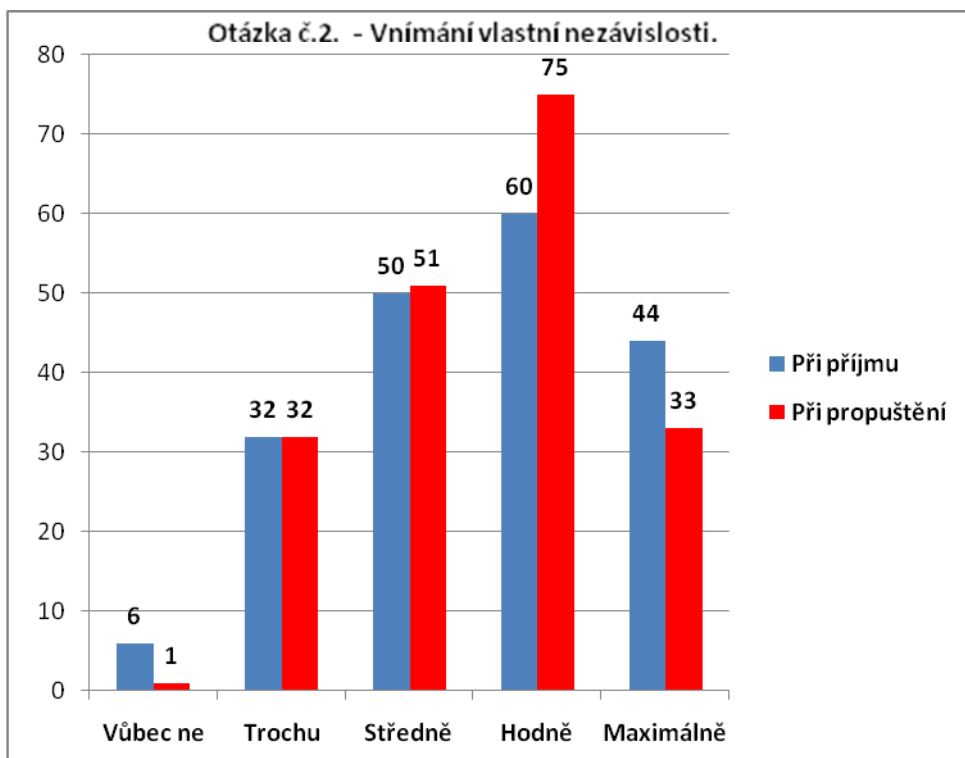
Otázka č. 2: Jak se v průběhu hospitalizace změní vnímání vlastní nezávislosti.

Tabulka č. 56: Vnímání vlastní nezávislosti pacientem při přijetí

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro jednu odpověď (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Součin četnosti a bodové hodnoty:
Vůbec ne	1 bod	6	6
Trochu	2 body	32	64
Středně	3 body	50	150
Hodně	4 body	60	240
Maximálně	5 bodů	44	220
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 680$ bodů
Aritmetický průměr $\bar{O} =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,54 (bodu)

Tabulka č. 57: Vnímání vlastní nezávislosti pacientem při propuštění

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro 1 pacienta (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Součin četnosti a bodové hodnoty:
Vůbec ne	1 bod	1	1
Trochu	2 body	32	64
Středně	3 body	51	153
Hodně	4 body	75	300
Maximálně	5 bodů	33	165
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 683$ bodů
Aritmetický průměr $\bar{O} =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,56 (bodu)



Obr. č. 6: Graf - Rozložení četnosti odpovědí na výzkumnou otázku č. 2

Tabulka č. 58: Porovnání ukazatele vnímání vlastní nezávislosti – výzkumná otázka č. 2.

Při zahájení hospitalizace		Při skončení hospitalizace.	
Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:	Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:
192	$\bar{X} = 3,54$ bodu	192	$\bar{X} = 3,56$ bodu
D = + 0,02 bodu (odpovídá zlepšení)			
$\Delta = + 0,56$ % (zlepšení naprosto zanedbatelné)			

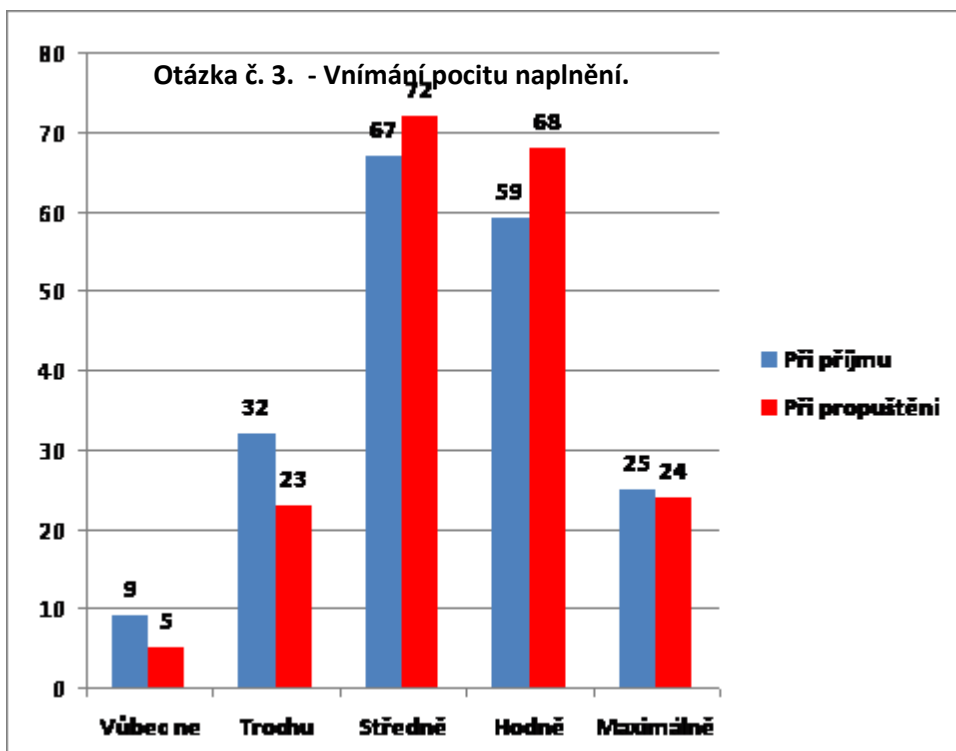
Otázka č. 3: Do jaké míry ovlivní hospitalizace pocit naplnění pacientů.

Tabulka č. 59: Pocit naplnění pacientem při přijetí

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro jednu odpověď (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Součin četnosti a bodové hodnoty:
Vůbec ne	1 bod	9	9
Trochu	2 body	32	64
Středně	3 body	67	201
Hodně	4 body	59	236
Maximálně	5 bodů	25	125
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 635$ bodů
Aritmetický průměr $\bar{O} =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,31(bodu)

Tabulka č. 60: Pocit naplnění pacientem při propuštění

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro 1 pacienta (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Součin četnosti a bodové hodnoty:
Vůbec ne	1 bod	5	5
Trochu	2 body	23	46
Středně	3 body	72	216
Hodně	4 body	68	272
Maximálně	5 bodů	24	120
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 659$ bodů
Aritmetický průměr $\bar{O} =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,43 (bodu)



Obr. č. 7: Graf - Rozložení četnosti odpovědí na výzkumnou otázku č. 3

Tabulka č. 61: Porovnání ukazatele vnímání vlastní nezávislosti – výzkumná otázka č. 3

Při zahájení hospitalizace		Při skončení hospitalizace.	
Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:	Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:
192	$\bar{X} = 3,31$ bodu	192	$\bar{X} = 3,43$ bodu
D = + 0,12 bodu (odpovídá zlepšení)			
$\Delta = + 3,63 \%$ (mírné zlepšení)			

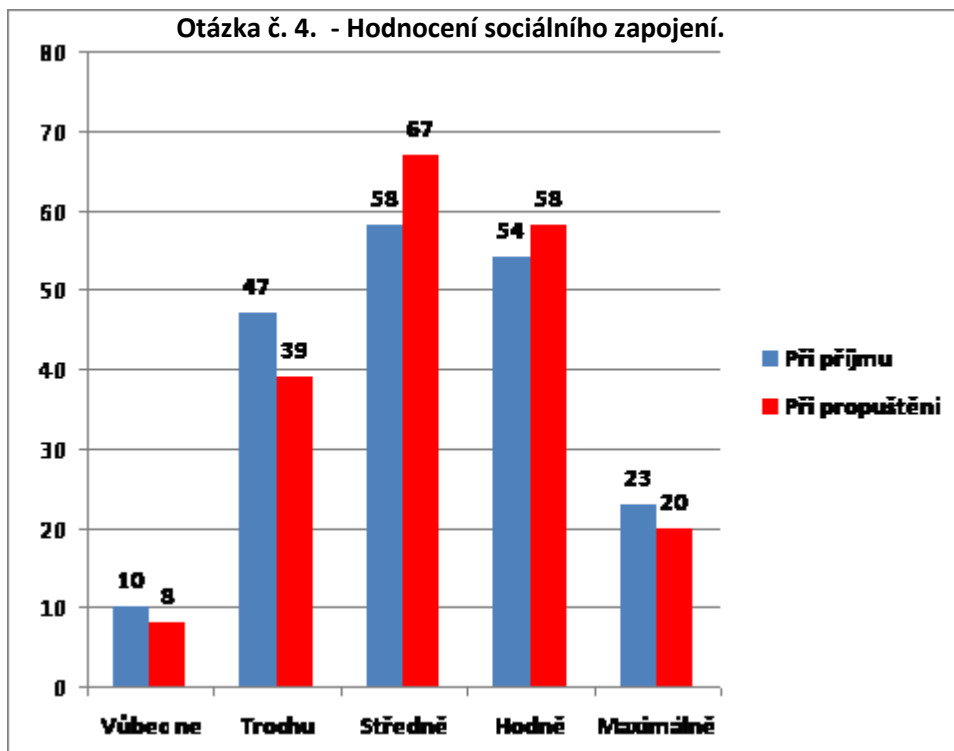
Otázka č. 4: Jak se v průběhu hospitalizace změnilo hodnocení sociálního zapojení pacientů.

Tabulka č. 62: Sociální zapojení při přijetí

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro jednu odpověď (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Součin četnosti a bodové hodnoty:
Vůbec ne	1 bod	10	10
Trochu	2 body	47	94
Středně	3 body	58	174
Hodně	4 body	54	216
Maximálně	5 bodů	23	115
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 609$ bodů
Aritmetický průměr $\bar{O} =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,17 (bodu)

Tabulka č. 63: Sociální zapojení při propuštění

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro 1 pacienta (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Součin četnosti a bodové hodnoty:
Vůbec ne	1 bod	8	8
Trochu	2 body	39	78
Středně	3 body	67	201
Hodně	4 body	58	232
Maximálně	5 bodů	20	100
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 619$ bodů
Aritmetický průměr $\bar{O} =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,22 (bodu)



Obr. č. 8: Graf - Rozložení četnosti odpovědí na výzkumnou otázku č. 4

Tabulka č. 64: Porovnání ukazatele hodnocení sociálního zapojení – výzkumná otázka č. 4

Při zahájení hospitalizace		Při skončení hospitalizace.	
Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:	Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:
192	$\bar{X} = 3,17$ bodu	192	$\bar{X} = 3,22$ bodu
D = + 0,05 bodu (odpovídá zlepšení)			
$\Delta = + 1,58 \%$ (nepatrné zlepšení)			

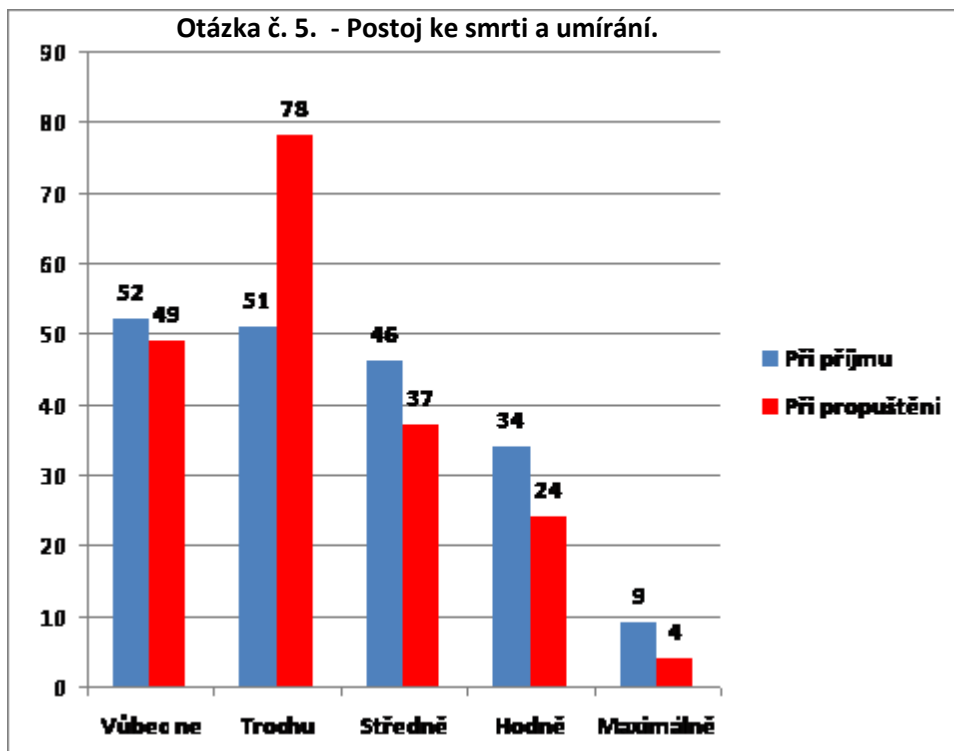
Otázka č. 5: Ovlivní akutně prodělané onemocnění postoje pacientů k smrti a umírání.

Tabulka č. 65: Postoje ke smrti a umírání při přijetí

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro jednu odpověď (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Součin četnosti a bodové hodnoty:
Vůbec ne	5 bodů	52	260
Trochu	4 body	51	204
Středně	3 body	46	138
Hodně	2 body	34	68
Maximálně	1 bod	9	9
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 679$ bodů
Aritmetický průměr $\bar{O} =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,54 (bodu)

Tabulka č. 66: Postoje ke smrti a umírání při propuštění

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro 1 pacienta (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Součin četnosti a bodové hodnoty:
Vůbec ne	5 bodů	49	245
Trochu	4 body	78	312
Středně	3 body	37	111
Hodně	2 body	24	48
Maximálně	1 bod	4	4
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 720$ bodů
Aritmetický průměr $\bar{O} =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,75 (bodu)



Obr. č. 9: Graf - Rozložení četnosti odpovědí na výzkumnou otázku č. 5

Tabulka č. 67: Porovnání ukazatele postojů ke smrti a umírání – výzkumná otázka č. 5

Při zahájení hospitalizace		Při skončení hospitalizace.	
Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:	Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:
192	$\bar{X} = 3,54$ bodu	192	$\bar{X} = 3,75$ bodu
D = + 0,21 bodu (odpovídá změně)			
$\Delta = + 5,93 \%$ (signifikantní změna)			

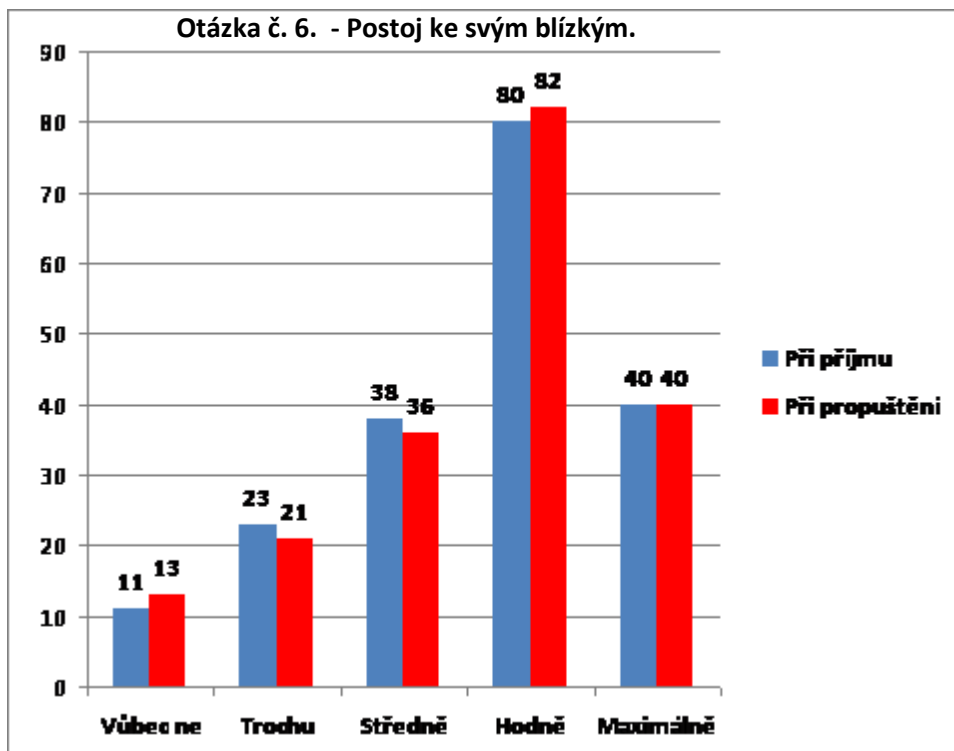
Otázka č. 6: Změní se po dobu hospitalizace hodnocení vztahů ke svým blízkým.

Tabulka č. 68: Vztah ke svým blízkým při přijetí

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro jednu odpověď (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Součin četnosti a bodové hodnoty:
Vůbec ne	1 bod	11	11
Trochu	2 body	23	46
Středně	3 body	38	114
Hodně	4 body	80	320
Maximálně	5 bodů	40	200
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 691$ bodů
Aritmetický průměr $\bar{O} =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,60 (bodu)

Tabulka č. 69: Vztah ke svým blízkým při propuštění

Slovní interpretace stavu:	Přidělená bodová hodnota pro 1 pacienta (x_i):	Počet odpovědí v dané bodové kategorii (n_{1-5})	Součin četnosti a bodové hodnoty:
Vůbec ne	1 bod	13	13
Trochu	2 body	21	42
Středně	3 body	36	108
Hodně	4 body	82	328
Maximálně	5 bodů	40	200
x	x	$\Sigma = 192$ odpovědí	$\Sigma = 691$ bodů
Aritmetický průměr $\bar{O} =$ ukazatel hodnocení pacienta			= 3,60 (bodu)



Obr. č. 10: Graf - Rozložení četnosti odpovědí na výzkumnou otázku č. 6

Tabulka č. 70: Porovnání ukazatele vztahu ke svým blízkým – výzkumná otázka č. 6

Při zahájení hospitalizace		Při skončení hospitalizace.	
Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:	Počet odpovědí:	Ukazatel hodnocení pacienta:
192	$\bar{X} = 3,60$ bodu	192	$\bar{X} = 3,60$ bodu
D = 0,00 bodu (žádná změna)			
$\Delta = 0,00$ % (žádná změna)			

4.7.1 Testování hypotézy k výzkumné otázce č. 7

Spokojenost s vlastní aktivitou na počátku a na konci hospitalizace

H0: Spokojenost s vlastní aktivitou bude na počátku i na konci hospitalizace stejná

HA: Spokojenost s vlastní aktivitou bude na počátku hospitalizace horší než na jejím konci

Tabulka č. 71: Spokojenost s vlastní aktivitou při přijetí

Při příjmu		Metabolická JIP	Geriatrická JIP
		Počet odpovědí	Počet odpovědí
Vůbec ne	1 bod	2	0
Trochu	2 body	10	8
Středně	3 body	4	9
Hodně	4 body	7	4
Maximálně	5 bodů	2	2
Celkem		25	23

Tabulka č. 72: Spokojenost s vlastní aktivitou při propuštění

Při propuštění		Metabolická JIP	Geriatrická JIP
		Počet odpovědí	Počet odpovědí
Vůbec ne	1 bod	1	0
Trochu	2 body	4	5
Středně	3 body	11	10
Hodně	4 body	7	7
Maximálně	5 bodů	2	1
Celkem		25	23

V tabulce č. 71 jsou uvedeny odpovědi pacientů na otázku spokojenosti s vlastní aktivitou v období při přijetí na metabolickou a geriatrickou jednotku intenzivní péče. V tabulce č. 72 jsou zaznamenány odpovědi na otázku spokojenosti s vlastní aktivitou po ukončení hospitalizace na metabolické a geriatrické jednotce intenzivní péče. Byla stanovena hypotéza H0, která tvrdí, že spokojenost s vlastní aktivitou bude na počátku i na konci hospitalizace **stejná**. Pro ověření platnosti této hypotézy byla použita statistická metoda párového T-testu. Párový T-test je metodou matematické statistiky, která umožňuje ověření hypotéz. Výběr je tvořen dvojicemi hodnot, u nichž se zkoumají jejich rozdíly. V praxi se často T-test používá k porovnání, zda se výsledky měření na jedné straně významně liší od výsledků měření na

druhé straně. Dále byla vypočítána směrodatná odchylka a střední hodnota rozdílů odpovědí před a po propuštění.

Tabulka č. 73: Zadání pro výpočet T-testem pro obě JIP dohromady

JIP	pacient	před	po	xi	xi-E(x)	[(xi-E(x)) ²]
Metabolická	1	3	2	1	1,25	1,56
	2	1	2	-1	-0,75	0,56
	3	2	2	0	0,25	0,06
	4	2	1	1	1,25	1,56
	5	1	2	-1	-0,75	0,56
	6	2	3	-1	-0,75	0,56
	7	5	4	1	1,25	1,56
	8	2	3	-1	-0,75	0,56
	9	2	3	-1	-0,75	0,56
	10	4	4	0	0,25	0,06
	11	3	3	0	0,25	0,06
	12	2	3	-1	-0,75	0,56
	13	4	4	0	0,25	0,06
	14	3	3	0	0,25	0,06
	15	2	3	-1	-0,75	0,56
	16	3	3	0	0,25	0,06
	17	4	4	0	0,25	0,06
	18	4	5	-1	-0,75	0,56
	19	2	3	-1	-0,75	0,56
	20	4	4	0	0,25	0,06
	21	4	4	0	0,25	0,06
	22	2	3	-1	-0,75	0,56
	23	4	4	0	0,25	0,06
	24	5	5	0	0,25	0,06
	25	2	3	-1	-0,75	0,56
Geriatrická	26	2	2	0	0,25	0,06
	27	2	2	0	0,25	0,06
	28	3	4	-1	-0,75	0,56
	29	5	5	0	0,25	0,06
	30	2	2	0	0,25	0,06
	31	2	3	-1	-0,75	0,56
	32	4	4	0	0,25	0,06
	33	2	3	-1	-0,75	0,56
	34	3	3	0	0,25	0,06
	35	3	3	0	0,25	0,06
	36	3	3	0	0,25	0,06
	37	2	2	0	0,25	0,06
	38	3	3	0	0,25	0,06
	39	2	2	0	0,25	0,06
	40	3	3	0	0,25	0,06
	41	5	4	1	1,25	1,56
	42	3	4	-1	-0,75	0,56
	43	4	4	0	0,25	0,06
	44	4	4	0	0,25	0,06
	45	3	3	0	0,25	0,06
	46	4	4	0	0,25	0,06
	47	2	3	-1	-0,75	0,56
	48	3	3	0	0,25	0,06
		střední hodnota E(X)		-0,250	směrodatná odchylka s	0,601

Vzorec pro výpočet T- testu:
$$T = \frac{\bar{d}}{\frac{s}{\sqrt{n}}} = \frac{-0,250}{\frac{0,601}{\sqrt{48}}} = -2,879$$

Kritická hodnota Studentova T rozdělení při hladině významnosti 5 % činí 2,011. Obor přijetí leží v intervalu mezi -2,011 a 2,011. Výsledek testového kritéria je -2,879, tj. leží mimo obor přijetí, z čehož vyplývá, že nulovou hypotézu je nutné zamítnout. Platí tedy hypotéza HA: Spokojenost s vlastní aktivitou bude na počátku hospitalizace horší než na jejím konci.

Z uvedených dat bylo rovněž provedeno stejnou statistickou metodou tedy párovým T-testem srovnání v rámci jednotlivých JIP a výsledek byl porovnán.

Výpočet pro metabolickou JIP:

Tabulka č. 74: Zadání pro výpočet T-testem pro metabolickou JIP

JIP	pacient	před	po	xi	xi-E(x)	[(xi-E(x)) ²]
metabolická	1	3	2	1	1,32	1,74
	2	1	2	-1	-0,68	0,46
	3	2	2	0	0,32	0,10
	4	2	1	1	1,32	1,74
	5	1	2	-1	-0,68	0,46
	6	2	3	-1	-0,68	0,46
	7	5	4	1	1,32	1,74
	8	2	3	-1	-0,68	0,46
	9	2	3	-1	-0,68	0,46
	10	4	4	0	0,32	0,10
	11	3	3	0	0,32	0,10
	12	2	3	-1	-0,68	0,46
	13	4	4	0	0,32	0,10
	14	3	3	0	0,32	0,10
	15	2	3	-1	-0,68	0,46
	16	3	3	0	0,32	0,10
	17	4	4	0	0,32	0,10
	18	4	5	-1	-0,68	0,46
	19	2	3	-1	-0,68	0,46
	20	4	4	0	0,32	0,10
	21	4	4	0	0,32	0,10
	22	2	3	-1	-0,68	0,46
	23	4	4	0	0,32	0,10
	24	5	5	0	0,32	0,10
	25	2	3	-1	-0,68	0,46

Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

	Soubor 1	Soubor 2
Stř. hodnota	2,88	3,2
Rozptyl	1,36	0,916667
Pozorování	25	25
Pears. korelace	0,80606	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	24	
t stat	-2,31746	
P(T<=t) (1)	0,014663	
t krit (1)	1,710882	
P(T<=t) (2)	0,029326	
t krit (2)	2,063898	

Výstup funkce z programu Excel

Výsledná hodnota testové statistiky při hladině významnosti 5% činila na metabolické JIP -2,31746, leží tedy mimo interval oboru přijetí (ten se nachází v rozmezí hodnot -2,063 a 2,063). Hypotézu H₀ zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu H_A: Spokojenost s vlastní aktivitou bude na počátku hospitalizace horší než na jejím konci.

Výpočet pro geriatrickou JIP:

Tabulka č. 75: Zadání pro výpočet T-testem pro geriatrickou JIP

JIP	pacient	před	po	xi	xi-E(x)	[(xi-E(x)) ²]
Geriatrická	1	2	2	0	0,17	0,03
	2	2	2	0	0,17	0,03
	3	3	4	-1	-0,83	0,68
	4	5	5	0	0,17	0,03
	5	2	2	0	0,17	0,03
	6	2	3	-1	-0,83	0,68
	7	4	4	0	0,17	0,03
	8	2	3	-1	-0,83	0,68
	9	3	3	0	0,17	0,03
	10	3	3	0	0,17	0,03
	11	3	3	0	0,17	0,03
	12	2	2	0	0,17	0,03
	13	3	3	0	0,17	0,03
	14	2	2	0	0,17	0,03
	15	3	3	0	0,17	0,03
	16	5	4	1	1,17	1,38
	17	3	4	-1	-0,83	0,68
	18	4	4	0	0,17	0,03
	19	4	4	0	0,17	0,03
	20	3	3	0	0,17	0,03
	21	4	4	0	0,17	0,03
	22	2	3	-1	-0,83	0,68
	23	3	3	0	0,17	0,03

Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	3	3,173913
Rozptyl	0,909091	0,695652
Pozorování	23	23
Pears. korelace	0,857371	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	22	
t stat	-1,6986	
P(T<=t) (1)	0,051747	
t krit (1)	1,717144	
P(T<=t) (2)	0,103495	
t krit (2)	2,073875	

Výstup funkce z programu excel

Výsledná hodnota testové statistiky při hladině významnosti 5% činila na geriatrické JIP -1,6986, leží tedy v kritickém oboru hodnot (interval oboru přijetí je -2,073 a 2,073). Hypotézu H₀ pro geriatrickou JIP tedy přijímáme: Spokojenost s vlastní aktivitou bude na počátku i na konci hospitalizace stejná. Hospitalizace na geriatrické JIP nemá statisticky významný vliv na spokojenost pacientů s vlastní aktivitou.

4.8 Diskuze

Pro výzkumné šetření ve své diplomové práci jsem zvolila několik cílů a výzkumných otázek. V této kapitole bych ráda shrnula výsledky odpovědí na jednotlivé zkoumané otázky. Průměry odpovědí pacientů bych také chtěla porovnat s intervaly populačních norem WHOQOL-OLD, které byly vytvořeny z průměrných hodnot odpovědí získaných výzkumem skupiny WHOQOL. (Dragomirecká, Prajsová, 2009)

Výzkumná otázka č. 1: Jak se vlivem hospitalizace změní hodnocení funkce smyslů?

Pacienti měli možnost odpovídat na 4 odlišné otázky týkající se funkce jejich smyslových orgánů, odpovědi byly hodnoceny dohromady a výsledný průměr odpovědí při příjmu na jednotky intenzivní péče byl vyhodnocen jako 3,55 bodu, což odpovídá spodní hranici průměrné normy kvality života ve stáří pro doménu funkce smyslů. Při propuštění z jednotek

intenzivní péče, kde výzkumné šetření probíhalo, se hodnocení zhoršilo o 0,14 bodu, což považují za změnu vcelku zanedbatelnou, výsledek stále náleží do stejné kategorie spodní hranice průměrné normy kvality života ve stáří.

Výzkumná otázka č. 2: Jak se v průběhu hospitalizace změní vnímání vlastní nezávislosti?

Pacienti opět odpovídali na 4 otázky soustředěné do domény nazvané nezávislost. Výsledný průměr odpovědí pacientů při příjmu na obě jednotky intenzivní péče byl 3,54 bodu. Výsledek lze porovnáním s intervaly populačních norem WHOQOL hodnotit jako spodní hranici průměrné normy kvality života ve stáří. Při ukončení pobytu na jednotkách intenzivní péče se hodnocení zlepšilo o 0,02 bodu, tento výsledek považují za zcela zanedbatelný.

Výzkumná otázka č. 3: Do jaké míry ovlivní hospitalizace pocit naplnění pacientů?

Výsledný průměr odpovědí na 4 otázky zabývající se pocitem naplnění byl při příjmu na metabolickou a geriatrickou jednotku intenzivní péče 3,31 bodu, hodnocení odpovídající zjištěnému průměru pro doménu naplnění je opět spodní hranice průměrné normy kvality života ve stáří. Po propuštění z jednotek intenzivní péče se odpovědi zlepšily o 0,12 bodu, změna to tedy není nijak zásadní, ale posouvá hodnocení těsně pod hranici průměrné normy kvality života ve stáří pro doménu naplnění.

Výzkumná otázka č. 4: Jak se v průběhu hospitalizace změní hodnocení možností sociálního zapojení pacientů?

Pacienti ve svých odpovědích na 4 otázky zkoumající jejich hodnocení možností sociálního zapojení v době příjmu zvolili možnosti odpovědí, jejichž výsledkem byl průměr 3,17 bodu. Závěr opět odpovídá spodní hranici průměrné normy kvality života ve stáří pro doménu sociálního zapojení. Při překladi z jednotek intenzivní péče došlo k zlepšení o 0,05 bodu, zjištěné zlepšení nemá žádný vliv na změnu v hodnocení. K zjištění lze podotknout, že v průběhu hospitalizace je hlavní důraz kladen na léčbu onemocnění, které bylo příčinou umístění na JIP a společenské aktivity pacientů se zlepšily až při pobytu v domácím prostředí.

Výzkumná otázka č. 5: Ovlivní akutně prodělané onemocnění postoje pacientů k smrti a umírání?

Pacienti měli při příjmu na metabolickou a geriatrickou jednotku intenzivní péče možnost vyjádřit své postoje, obavy a názory na smrt a umírání rozdělené do 4 otázek, výsledkem odpovědí byl průměr o hodnotě 3,55 bodu, což je vyhodnoceno jako průměr normy kvality

života ve stáří pro doménu smrt a umírání. Při propuštění se názory pacientů posunuly směrem ke zlepšení ze všech domén nejvíce, průměr odpovědí při propuštění byl 3,75 bodu tj. horní hranice normy kvality života ve stáří. Zlepšení lze vysvětlit tak, že při akutním propuknutí onemocnění a zároveň zhoršení zdravotního stavu natolik, že vyžadoval léčbu na jednotce intenzivní péče, se pacienti obávali smrti více než při propuštění. Zdravotní stav se intenzivní léčbou zlepšil a pacienti se cítili lépe a smrti se tedy obávali méně.

Výzkumná otázka č. 6: Změní se za dobu hospitalizace hodnocení vztahů ke svým blízkým?

Pacienti při hodnocení vztahů ke svým blízkým odpovídali opět na 4 otázky. V této doméně nastala unikátní situace, kdy porovnání odpovědí neprokázalo vůbec žádnou změnu mezi situací při příjmu a při propuštění. Průměry odpovědí jsou vyjádřeny 3,6 body, porovnáním s intervaly populačních norem WHOQOL je výsledek označen jako průměrná kvalita života pro doménu blízké vztahy.

Výzkumná otázka č. 7: Změní se v průběhu hospitalizace spokojenost s vlastní aktivitou?

Hypotéza: Spokojenost s vlastní aktivitou na počátku a na konci hospitalizace

H0: Spokojenost s vlastní aktivitou bude na počátku i na konci hospitalizace stejná

HA: Spokojenost s vlastní aktivitou bude na počátku hospitalizace horší než na jejím konci

Vyhodnocení hypotéz bylo provedeno pomocí statistické metody T-test. Při příjmu na metabolickou a geriatrickou jednotku intenzivní péče jsem zjišťovala, jak jsou pacienti spokojeni s tím, nakolik jsou aktivní. Na stejnou otázku pacienti odpovídali při odeznění akutních příznaků onemocnění, tedy při propuštění. Porovnáním výsledků šetření jsem potvrdila hypotézu HA, to znamená, že spokojenost s vlastní aktivitou byla na počátku hospitalizace horší než na jejím konci. Potvrzení hypotézy HA je dobré zjištění, protože dokazuje, že při zlepšení zdravotního stavu, dojde i ke zvýšení spokojenosti s vlastní aktivitou. Výsledek informuje také o dobré práci obou jednotek.

Dále jsem porovnávala hodnocení pacientů na každé jednotce intenzivní péče zvlášť a zjistila jsem, že hypotéza HA platí pro metabolickou jednotku. Na geriatrické jednotce byli sice pacienti také více spokojeni se svou aktivitou při propuštění, ale změna v hodnocení nebyla statisticky významná, proto pro geriatrickou JIP platí hypotéza H0: Spokojenost s vlastní aktivitou bude na počátku i na konci hospitalizace stejná. Výsledek lze vysvětlit také tak, že na metabolické JIP převládali pacienti ve věku 60-69 let, kteří bývají častěji aktivnější. Na

geriatrické JIP se specializují na pacienty vyšších věkových kategorií, téměř všichni pacienti byli starší 70 let, proto možná nebyla změna v spokojenosti s aktivitou tak výrazná.

5 Závěr

V diplomové práci na téma kvalita života seniorů během hospitalizace na jednotce intenzivní péče jsem se pokusila teoreticky popsat a vysvětlit co kvalita života znamená, zabývala jsem se tématy jako je zdraví, nemoc a jejich vlivem na psychiku člověka. Zajímala jsem se také o to, jak působí hospitalizace na nemocného. Centrum zájmu mé diplomové práce se soustředilo na seniory, problematiku stárnutí, stáří a změny s tím související.

Cílem empirické části bylo zjistit, jak senioři hospitalizovaní na jednotkách intenzivní péče vnímají kvalitu svého života a položky s ní související tj. fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, blízké vztahy, smrt a umírání. Chtěla jsem porovnat, zda se změnilo hodnocení vlastního života v závislosti na akutně probíhajícím onemocnění, zda pacienti viděli kvalitu svého života stejně na počátku hospitalizace a stejně nebo jinak na jejím konci.

Při vyhodnocování výsledků získaných dotazníkovým šetřením na metabolické a geriatrické jednotce intenzivní péče ve fakultní nemocnici jsem se soustředila na porovnání průměrů odpovědí na jednotlivé položky (domény) vybrané skupinou WHOQOL jako důležité pro seniory k hodnocení kvality života. Srovnáním aritmetických průměrů odpovědí jsem zjistila, že se výsledky získané na začátku hospitalizace a při propuštění z jednotky intenzivní péče od sebe odlišují pouze zcela nevýrazně od 0,5% do 6% ve prospěch zlepšení, odlišné hodnocení bylo zvoleno pouze při posuzování funkce smyslových orgánů, kde při propuštění došlo ke zhoršení o 4%, vztahy ke svým blízkým nedoznaly v průběhu hospitalizace na JIP žádných změn. Zlepšení při propuštění proti situaci při příjmu pouze o 0,5 až 6% lze chápat tak, že ačkoliv akutní ohrožení zdravotního stavu pominulo, stále je ještě třeba další léčby na standardním oddělení a pak v domácím prostředí. Při propuštění z jednotky intenzivní péče nebývá zdravotní stav zcela vyléčen a bývá potřeba další následné zdravotní péče, proto lze zlepšené hodnocení jednotlivých domén kvality života ve stáří očekávat po dalším zlepšení zdravotního stavu a návratu do domácího prostředí.

Většinu zjištěných průměrů odpovědí bylo možné při porovnání s intervaly populačních norem WHOQOL-OLD posoudit jako spodní hranici průměrné normy kvality života ve stáří pro jednotlivé domény, toto hodnocení bylo myslím způsobeno vznikem akutního onemocnění, které pacienta ohrožovalo na životě, proto byla nutná hospitalizace na jednotce intenzivní péče a s tím související neodkladná léčba a zvýšené sledování zdravotního stavu.

Ačkoli se mnoho lidí obává, že stáří a odchod do důchodu může být časem strádání, řada studií ukazuje, že pro většinu seniorů se s přibývajícím věkem může jejich kvalita života ve skutečnosti i zvyšovat, zejména možnost sociálního zapojení výrazně zlepšuje kvalitu života. Naopak dlouhodobá nemoc s ní související potíže při pohybu, snížená výkonnost při každodenních činnostech, sociální izolace, deprese nebo finanční potíže, mohou naopak kvalitu života snižovat. Dobré rodinné vztahy, častý kontakt s přáteli a život v dobré a bezpečné čtvrti mívají rovněž důležitý vliv na zvýšení kvality života.

Vnímání kvality života souvisí u každého člověka s tím, jak kdo na svůj život pohlíží, jak aktivně k svému životu přistupuje, jak dokáže integrovat svá omezení způsobená zdravotním handicapem, onemocněním, pokročilým věkem a jinými negativními faktory. Aktivita tedy všeobecně přispívá k větší životní spokojenosti a pocitu dobré kvality života. Důležité pro osoby vyššího věku je posilování fyzické kondice, paměti, myšlení, kreativity a dalších schopností ať již cílenou činností nebo formou zábavy. Důležité je také motivovat seniory k společenským aktivitám, zapojit je do činnosti různých klubů a zájmových kroužků pro zvýšení sebevědomí, sebeúcty a další chuti do života.

Soupis bibliografických citací:

1. DRAGOMIRECKÁ, E.; PRAJSOVÁ, J. *WHOQOL-OLD*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.
2. HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha : EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
3. JANEČKOVÁ, H. a kol. Studium vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů – využití kvantitativních a kvalitativních metod. *Česká geriatrická revue*. 2007, roč. 5, č. 3, s. 149-155.
4. KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
5. KALVACH, Z. a kol. *Gerontologie obecná a aplikovaná I. díl*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.
6. KALVACH, Z. a kol. *Vybrané kapitoly z geriatrie a medicíny chronických stavů II. díl*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-001-7.
7. KOZÍKOVÁ, E. a kol. *Štatistika pre stredné ekonomické školy-Štúdium popri zamestnaní*. 2. vyd. Bratislava : SPN, 1985.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
10. MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno : MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.
11. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. *Akutní stavy v geriatrii*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-620-5.
12. MINIBERGEROVÁ, L.; DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-436-6.

13. MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-035-1.
14. MPSV. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. *Kvalita života ve stáří*. [online]. 2011 [cit. 2011-03-20]. Dostupný z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf
15. ONDRUŠOVÁ, J. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. 2009, roč. 7, č. 1, s. 36-39.
16. ORT, J. *Kapitoly ze sociologie stáří*. 1. vyd. Ústí nad Labem : Univerzita J. E. Purkyně, 2004. ISBN 80-7044-636-6.
17. ORTE, C.; MARCH, M.; VIVES, M. Social support, quality of life and university programs for seniors. *Educational Gerontology*. 2007, vol. 33, issue 11, p. 995-1013
18. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha : Scientia medica, 1995. ISBN 80-85526-32-8.
19. SVOBODOVÁ, K. ANALÝZA: Stárnutí populace podle výsledků projekce ČSÚ [online]. 2005 [cit. 2011-03-14]. Dostupný z WWW: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34&PHPSESSID=dccb9f08e8cd6c53567572514dcb43d1
20. TOPINKOVÁ, E. a kol. *Geriatric. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha : Společnost všeobecného lékařství, 2007. ISBN 80-86998-15-0.
21. TOPINKOVÁ, E.; NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1995. ISBN80-7169-099-6.
22. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
23. WHO. Ageing and life course. *Our ageing World*. [online]. 2011 [cit. 2011-03-20]. Dostupný z WWW: <http://www.who.int/ageing/en>
24. ZACHAROVÁ, E. *Úvod do studia zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2002. ISBN 80-7042-333-1.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Budoucí vývoj složení obyvatel nad 65 let podle vybraných věk. skupin ČR, 2002-2050	28
Tabulka č. 2: Struktura dle místa hospitalizace	44
Tabulka č. 3: Věková struktura účastníků šetření	45
Tabulka č. 4: Zastoupení pacientů dle pohlaví	46
Tabulka č. 5: Míra ovlivnění každodenního života zhoršením funkce smyslů při příjmu	47
Tabulka č. 6: Míra ovlivnění každodenního života zhoršením funkce smyslů při propuštění	47
Tabulka č. 7: Míra ovlivnění schopnosti zapojit se do různých činností způsobená ztrátou funkce smyslů při přijetí	48
Tabulka č. 8: Míra ovlivnění schopnosti zapojit se do různých činností způsobená ztrátou funkce smyslů při propuštění	48
Tabulka č. 9: Míra ovlivnění komunikace způsobená potížemi se smysly při přijetí	49
Tabulka č. 10: Míra ovlivnění komunikace způsobená potížemi se smysly při propuštění	49
Tabulka č. 11: Hodnocení funkce smyslových orgánů při přijetí	50
Tabulka č. 12: Hodnocení funkce smyslových orgánů při propuštění	50
Tabulka č. 13: Míra možnosti svobodného rozhodování o svých záležitostech při přijetí	51
Tabulka č. 14: Míra možnosti svobodného rozhodování o svých záležitostech při propuštění	51
Tabulka č. 15: Míra možnosti rozhodovat o své budoucnosti při přijetí	52
Tabulka č. 16: Míra možnosti rozhodovat o své budoucnosti při propuštění	52
Tabulka č. 17: Respektování okolí vlastní svobody rozhodování při přijetí	53
Tabulka č. 18: Respektování okolí vlastní svobody rozhodování při propuštění	53
Tabulka č. 19: Možnost věnovat se věcem, které by člověk rád dělal při přijetí	54
Tabulka č. 20: Možnost věnovat se věcem, které by člověk rád dělal při propuštění	54
Tabulka č. 21: Spokojenost s možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout při přijetí	55
Tabulka č. 22: Spokojenost s možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout při propuštění	55
Tabulka č. 23: Hodnocení uznání v životě při přijetí	56
Tabulka č. 24: Hodnocení uznání v životě při propuštění	56

Tabulka č. 25: Spokojenost s dosaženými cíly v minulosti při přijetí	57
Tabulka č. 26: Spokojenost s dosaženými cíly v minulosti při propuštění	57
Tabulka č. 27: Spokojenost s věcmi, na které je možno se těšit při přijetí	58
Tabulka č. 28: Spokojenost s věcmi, na které je možno se těšit při propuštění	58
Tabulka č. 29: Hodnocení dostatku každodenních činností při přijetí	59
Tabulka č. 30: Hodnocení dostatku každodenních činností při propuštění	59
Tabulka č. 31: Spokojenost s možnostmi trávení volného času při přijetí	60
Tabulka č. 32: Spokojenost s možnostmi trávení volného času při propuštění	60
Tabulka č. 33: Spokojenost s vlastní aktivitou při přijetí	61
Tabulka č. 34: Spokojenost s vlastní aktivitou při propuštění	61
Tabulka č. 35: Spokojenost s možnostmi zapojení do společenského dění při přijetí	62
Tabulka č. 36: Spokojenost s možnostmi zapojení do společenského dění při propuštění	62
Tabulka č. 37: Míra znepokojení se otázkou, jak zemřu při přijetí	63
Tabulka č. 38: Míra znepokojení se otázkou, jak zemřu při propuštění	63
Tabulka č. 39: Obavy ze ztráty kontroly v souvislosti se smrtí při přijetí	64
Tabulka č. 40: Obavy ze ztráty kontroly v souvislosti se smrtí při propuštění	64
Tabulka č. 41: Míra strachu z umírání při přijetí	65
Tabulka č. 42: Míra strachu z umírání při propuštění	65
Tabulka č. 43: Míra strachu z bolesti při umírání při přijetí	66
Tabulka č. 44: Míra strachu z bolesti při umírání při propuštění	66
Tabulka č. 45: Význam přátelství v životě při přijetí	67
Tabulka č. 46: Význam přátelství v životě při propuštění	67
Tabulka č. 47: Vnímání množství lásky v životě při přijetí	68
Tabulka č. 48: Vnímání množství lásky v životě při propuštění	68
Tabulka č. 49: Hodnocení možnosti někoho milovat při přijetí	69
Tabulka č. 50: Hodnocení možnosti někoho milovat při propuštění	69
Tabulka č. 51: Hodnocení možnosti být někým milován při přijetí	70
Tabulka č. 52: Hodnocení možnosti být někým milován při propuštění	70
Tabulka č. 53: Funkce smyslů při přijetí	73
Tabulka č. 54: Funkce smyslů při propuštění	73
Tabulka č. 55: Porovnání ukazatele hodnocení pacienta – otázka č. 1	74
Tabulka č. 56: Vnímání vlastní nezávislosti pacientem při přijetí	75
Tabulka č. 57: Vnímání vlastní nezávislosti pacientem při propuštění	75

Tabulka č. 58: Porovnání ukazatele vnímání vlastní nezávislosti – otázka č. 2	76
Tabulka č. 59: Pocit naplnění pacientem při přijetí	77
Tabulka č. 60: Pocit naplnění pacientem při propuštění	77
Tabulka č. 61: Porovnání ukazatele vnímání vlastní nezávislosti – otázka č. 3	78
Tabulka č. 62: Sociální zapojení při přijetí	79
Tabulka č. 63: Sociální zapojení při propuštění	79
Tabulka č. 64: Porovnání ukazatele hodnocení sociálního zapojení – otázka č. 4	80
Tabulka č. 65: Postoje ke smrti a umírání při přijetí	81
Tabulka č. 66: Postoje ke smrti a umírání při propuštění	81
Tabulka č. 67: Porovnání ukazatele postojů ke smrti a umírání – otázka č. 5	82
Tabulka č. 68: Vztah ke svým blízkým při přijetí	83
Tabulka č. 69: Vztah ke svým blízkým při propuštění	83
Tabulka č. 70: Porovnání ukazatele vztahu ke svým blízkým – otázka č. 6	84
Tabulka č. 71: Spokojenost s vlastní aktivitou při přijetí	85
Tabulka č. 72: Spokojenost s vlastní aktivitou při propuštění	85
Tabulka č. 73: Zadání pro výpočet T testem pro obě JIP dohromady	86
Tabulka č. 74: Zadání pro výpočet T testem pro metabolickou JIP	87
Tabulka č. 75: Zadání pro výpočet T testem pro geriatrickou JIP	88
Tabulka č. 76: Propuštění z hospitalizace podle pohlaví a věku, 2008	107

Seznam obrázků

Obr. č. 1: Graf - Budoucí vývoj počtu osob ve věku nad 65 let, ČR, 2002-2050	28
Obr. č. 2: Graf - Struktura účastníků šetření dle místa hospitalizace	44
Obr. č. 3: Graf - Struktura účastníků šetření dle věku	45
Obr. č. 4: Graf - Zastoupení jednotlivých pohlaví	46
Obr. č. 5: Graf - Rozložení četností odpovědí na výzkumnou otázku č. 1	74
Obr. č. 6: Graf - Rozložení četnosti odpovědí na výzkumnou otázku č. 2	76
Obr. č. 7: Graf - Rozložení četnosti odpovědí na výzkumnou otázku č. 3	78
Obr. č. 8: Graf - Rozložení četnosti odpovědí na výzkumnou otázku č. 4	80
Obr. č. 9: Graf - Rozložení četnosti odpovědí na výzkumnou otázku č. 5	82
Obr. č. 10: Graf - Rozložení četnosti odpovědí na výzkumnou otázku č. 6	84

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Glasgow Coma Scale

Příloha C: Tabulka č. 76: Propuštění z hospitalizace podle pohlaví a věku, 2008

Příloha A: Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Bc. Barbora Luňáčková, studuji 2. ročník magisterského studijního oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech na Univerzitě Pardubice, fakulta Zdravotnických studií. Tématem mé magisterské práce je kvalita života seniorů na jednotkách intenzivní péče. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku na dané téma. Chtěla bych zjistit, jak vnímají kvalitu svého života pacienti při příjmu na jednotku intenzivní péče a jak při propuštění. Poprosím Vás o vyplnění stejného dotazníku na začátku a na konci vaší hospitalizace. Dotazník je anonymní, výsledky tohoto výzkumu použiji výhradně jen pro svoji magisterskou práci.

Prosím vyberte pouze jednu vhodnou odpověď na otázku a označte ji křížkem.

Velice děkuji za Vaši ochotu, přeji příjemný den.

1. Věk

60-69 70-79 80 a více

2. Pohlaví

Žena muž

3. Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
5	4	3	2	1

4. Do jaké míry ovlivňuje ztráta např. sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu, Vaši schopnost zapojit se do různých činností?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
5	4	3	2	1

5. Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

6. Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

7. Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

8. Znepokojujete se tím, jak zemřete?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
5	4	3	2	1

9. Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
5	4	3	2	1

10. Jak moc se bojíte umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
5	4	3	2	1

11. Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
5	4	3	2	1

**12. Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich)
Vaši komunikaci s ostatními lidmi?**

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
5	4	3	2	1

13. Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

14. Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

**15. Myslíte si, že se Vám v životě dostává uznání, které si
zasloužíte?**

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

16. Myslíte si, že máte každý den dostatek činností?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

17. Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

18. Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj volný čas?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

19. Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

20. Jak jste spokojen/a s možnostmi svého zapojení do společenského (místního) dění?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

21. Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

22. Jak byste hodnotil/a to, jak Vám slouží smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich)?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

23. Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

24. Kolik je ve Vašem životě lásky?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

25. Máte příležitost někoho milovat?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

26. Máte příležitost být někým milován/a?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Chcete k dotazníku něco dodat?

Děkuji Vám za spolupráci

Příloha B

Glasgow Coma Scale (GCS)

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

Otevření očí	Počet bodů
spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1

Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost

Orientován	5
Dezorientován	4
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1

Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět

vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Maximum bodů:

15 = normální stav

13 = vyžaduje hospitalizaci

8 = mez kritického stavu mozku

Minimum bodů:

3 = areflektorické kóma

Příloha C

Tabulka č. 76: Propuštění z hospitalizace podle pohlaví a věku, 2008

Věk	Počty případů hospitalizace celkem		Z toho			
	ženy	muži	V nemocnicích		V LDN	
			ženy	muži	ženy	muži
celkem	1 354 204	1 039 792	1 287 611	983 623	23 001	12 604
Do 59	813 230	606 247	788 202	574 253	1 438	2 284
60-64	88 615	104 250	83 799	99 198	926	1 227
65-69	85 286	88 956	80 311	84 767	1 292	1 326
70-74	89 117	78 578	83 295	74 693	2 328	1 499
75-79	110 420	78 758	101 846	74 199	4 580	2 152
80-84	96 792	53 783	87 616	49 895	6 170	2 339
85+	70 744	29 220	62 542	26 618	6 267	1 777

Vytvořeno z dat ÚZIS ČR