Adaptace nemocného člověka na nemocniční prostředí (senioři)

Eva Martochová

Bakalářská práce
2008

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických studií
akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Eva MARTOCHOVÁ**
Studijní program:	**B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Téma práce:	**Adaptace nemocného člověka na nemocniční prostředí (senioři).**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části práce:
Cíl bakalářské práce.
Charakteristika období stárnutí a stáří.
Objasnit pojmy: nemoc, adaptace, změny prožívání a chování u nemocných seniorů, nemocniční prostředí a jeho vliv na psychiku.
Metodika průzkumu.
Zpracování praktické části práce:
Stanovit hypotézy pro daný průzkum.
Sestavit dotazník pro seniory, oslovit přibližně stejný počet mužů a žen ve věku nad 65 let.
Realizace průzkumu u hospitalizovaných seniorů na lůžkových interních odděleních nemocnice.
Vyhodnotit získané informace, závěry aplikovat na hypotézy.
Nabídnout možnosti řešení zjištěných negativních faktů.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ,D. Vývojová psychologie . Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
ZACHAROVÁ,E., HERMENOVÁ,M.,ŠRÁMKOVÁ,J. Zdravotnická psychologie.Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv. Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. Brno: IDV ZP, 1992. ISBN 80-7013-127-6.
JOBÁNKOVÁ, M.a kolektiv. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: NCO NZO, 2003. ISBN 80-7013- 390-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vlasta Martinková**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2008**

Ve Zlíně dne 31. ledna 2008

L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

ABSTRAKT

V teoretické části mé bakalářské práce je popsána charakteristika období stáří a stárnutí. V tomto období dochází k mnohým změnám tělesným, psychickým a sociálním. Tyto změnu se vyskytují u každého seniora jiným způsobem a v jiném věku. Pokud senior onemocní, mění se jeho chování, potřeby, emoce a adaptační schopnosti. Při ošetřování seniorů je třeba mít tyto změny na paměti, aby péče byla individuální a odpovídající potřebám nemocného seniora.

V praktické části se zabývám analýzou adaptace nemocného člověka - seniora na nemocniční prostředí. K tomuto průzkumu jsem si zvolila formu dotazníku. Dotazník obsahuje otázky týkající se nemocničního prostředí, jeho působení na pacienty a jejich délku adaptace na změněné životní podmínky. Dotazníky jsem rozdala na standardních interních odděleních. Pomocí dotazníkového šetření zjišťuji negativa a pozitiva, která působí na pacienty v nemocnici a následně navrhuji řešení negativ a využití v praxi.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, senior, nemoc, nemocný člověk, adaptace, neadaptivní chování, nemocniční prostředí, potřeby, profesionální chování.

ABSTRACT

In theoretic part of my bachelor thesis is described charakterization of old age and aging. In this period occur many physical, psychical and social changes. These changes are different in different way and in various senior´s age. In case the senior become ill, his behaviour, requirements, emotions and adaptation ability change. During nursing seniors is important to take account of this changes to care be individual and appropriate to needs of diseased senior.

Practical part is focused on analysis of adaptation deseased man – senior on hospital environment. I choose form of questionnaire for this survey. Questionnaire contains questions related to hospital environment, it´s impact on patients and their length of adaptation on changed life conditions. I gave out he questionnaires on standard internal deparments. By means of questionnaire investigation I find out positive and negative effects

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

on patients in hospital and consequently suggest solution of weak points and utilization in practice.

Keywords: old age, aging, senior, illness, diseased man, adaptation, no adaptation behaviour, hospital environment, needs, professional environment.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Prohlášení

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

Ve Zlíně dne 30.5.2008 ……..

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Souhlasím,

aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům a byla citována podle platných norem.

Ve Zlíně dne 30.5.2008 .....

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Motto

„Při velkých výkonech nezáleží na tělesné síle, obratnosti nebo rychlosti, ale na rozvaze, vážnosti a správných názorech, a to jsou přednosti, o které stáří nejen není ochuzováno, ale které mu dokonce přibývají.“

Marcus Tullius Cicero

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Vlastě Martínkové za cenné rady a vstřícnou pomoc při vedení bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za trpělivost a podporu během mého studia.

Ve Zlíně dne 30. 5. 2008 .....……

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

OBSAH

ÚVOD **10**
I TEORETICKÁ ČÁST **11**
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ **12**
1.1 ORIENTAČNÍ ČLENĚNÍ OBDOBÍ STÁŘÍ DLE VĚKU 13
1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ 13
1.2.1 Tělesné změny 13
1.2.2 Psychické změny 15
1.2.2.1 Kognitivní změny ve stáří 15
1.2.2.2 Emoční změny ve stáří 17
1.2.3 Sociální změny – sociální zařazení starého člověka 18
2 NEMOC **20**
2.1 NEMOC JAKO TĚŽKÁ SITUACE V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA 20
2.1.1 Reakce na těžkou situaci v životě člověka 21
2.2 POTŘEBY SENIORŮ V NEMOCI 21
2.2.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa 22
2.3 POSTOJ SENIORŮ K NEMOCI 25
2.3.1 Senior hospitalizovaný v nemocnici 25
2.3.2 Psychika seniorů v průběhu nemoci 26
3 ADAPTACE **28**
3.1 MALADAPTACE 30
3.1.1 Neadaptivní chování 30
4 NEMOCNIČNÍ PROSTŘEDÍ **34**
5 METODIKA PRŮZKUMU **38**
5.1 DOTAZNÍK 38
II PRAKTICKÁ ČÁST **40**
6 CÍLE A HYPOTÉZY **41**
6.1 CÍLE 41
6.2 HYPOTÉZY 41
7 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ **42**
7.1 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ POMOCÍ GRAFŮ 43
7.2 VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ 70
7.3 PRAKTICKÉ VYUŽITÍ POZNATKŮ ŠETŘENÍ V PRAXI 78
7.4 VYUŽITÍ MÉ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE 81
ZÁVĚR **82**
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **84**
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK **86**

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

SEZNAM OBRÁZKŮ..... 87
SEZNAM TABULEK. 88
SEZNAM PŘÍLOH..... 89

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

ÚVOD

„Dbejme, aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši, když je dělá na tváři.“

Michel de Montaigne

Téma bakalářské práce, které jsem si sama zvolila, jsem zaměřila na adaptace nemocného člověka na nemocniční prostředí (senioři)“.Ke zpracování tohoto tématu mne vedla snaha pochopit a specifikovat schopnost nemocných seniorů přizpůsobit se novým podmínkám a novému prostředí v nemocnici. Senioři jsou lidé, kteří již mají ve svém životě mnoho prožitého. Mají životní moudrost, a proto bychom se měli při jakémkoliv kontaktu s nimi vždy chovat s úctou a pochopením. Chci zjistit, zda to tak opravdu je i v realitě, při hospitalizaci v nemocnici. Zda je jim vše vysvětleno, ukázáno a zda je to klienty pochopeno.

Ve stáří dochází k mnohým změnám po stránce fyzické, psychické a sociální. Při péči o nemocné seniory musíme na tyto změny myslet a postupovat individuálně ke každému staršímu nemocnému, jelikož každý se chová jinak a má jiné potřeby v době nemoci.

Svou výzkumnou práci jsem zaměřila na adaptaci seniorů hospitalizovaných na interním oddělení. Každé oddělení nemocnice je specifické a já jsem si vybrala standardní interní oddělení.

Na interním oddělení je specifický režim a chod oddělení. Na interní oddělení jsou přijímáni převážně senioři, kteří patří do věkové skupiny, o které píši bakalářskou práci. Jsou přijímáni buď z důvodu diagnostického nebo léčebného a to plánovaně nebo akutně. Klienti na interním oddělení ve většině případů nepobývají déle než tři týdny, a proto nemají tolik prostoru se zadaptovat na nemocniční prostředí, jako klienti na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných. Nemocní hospitalizováni na interním oddělení mají nutnost uspokojovat i jiné potřeby než jen biologické, ale také psychické a duševní, sociální. Zjišťuji dodržování individuálního přístupu personálu k nemocným seniorů.

Zjišťuji, jak se senior na standardní interní oddělení adaptuje. Co mu vyhovuje a co jej naopak obtěžuje nebo vadí na nemocničním prostředí. Které složky nemocničního prostředí na něj nejvíce působí. Zda na něj působí více složek negativních nebo pozitivních. Jaké vztahy má zdravotnický personál k nemocným seniorům a co by změnili na daném oddělení, na nemocničním prostředí. Ve svém výstupu bakalářské práce se snažím navrhnout, co by se pro lepší adaptaci nemocného seniora mělo ve zdravotnickém prostředí zlepšit.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

I. TEORETICKÁ ČÁST

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stářím se rozumí výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí. Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora.[5]

Pod pojmem stárnutí se rozumí souhrn pochodů, především biofyziologických, probíhajících v čase. Jsou to změny biologické, psychické a sociální.Postupně dochází k nezvratným biofyziologickým změnám, které ve svém důsledku vedou k zániku organismu až ke smrti. Při procesu stárnutí dochází nejen ke změnám biologickým, ale také ke změnám psychologickým a sociálním, na které nesmíme zapomínat. V procesu stárnutí se setkáváme se značnými rozdíly při porovnávání jedinců téhož věku. Můžeme se zde setkat s velkými rozdíly jak ve fyzické výkonnosti, tak i duševní svěžesti.

Stáří je poslední etapou života, kdy člověk získává nadhled a moudrost, ale objevuje se úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. V souvislosti s prodlužujícím se lidským věkem a zlepšujícími se sociálními podmínkami života, je ve vyspělých zemích stárnutí pozvolnější, a hranice vlastního stáří se posouvá směrem k vyššímu věku. Hrají zde roli faktory jako je například výživa obyvatelstva, dostupná léčebně-preventivní péče, prostor pro realizaci osobních zájmů a širší uspokojování potřeb. Stáří je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace ztrát, které jsou nevyhnutelné. Tyto ztráty se odráží ve všech oblastech lidského bytí. [10, 20]

Stárnutí a stáří není nemoc, ale přirozený fyziologický stav. [4]

Problematikou stárnutí a stáří se zabývají obory:

Gerontologie, která vychází z komplexního přístupu ke studiu tohoto období lidského věku. *Gerontopsychologie* je součástí vývojové psychologie, která studuje psychologické aspekty stáří se zaměřením především na nepatologický průběh stárnutí.

Gerontosociologie se zabývá sociologickými důsledky stáří a orientuje se na postavení starých lidí ve společnosti.

Geriatrie je nauka, které se zabývá chorobami ve stáří. [6]

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

1.1 Orientační členění období stáří dle věku

Je mnoho členění období stáří dle věku. ale nejzákladnější a nejužívanější je klasifikace vyššího věku dle Světové zdravotnické organizace WHO.

1.1.2 Klasifikace vyššího věku podle WHO:

49-59 let – střední, nebo též zralý věk,

60-74 let – vyšší věk, nebo také rané stáří, mladí senioři,

75-89 let – pokročilý věk, stařecký věk neboli senium (vlastní stáří),

90 let a výše – dlouhověkost. [4]

1.2 Změny ve stáří

V průběhu stáří dochází ke změnám, které ovlivňují kvalitu života. Jsou to změny tělesné (biologické), psychické, sociální.

1.2.1 Tělesné změny

V průběhu stárnutí dochází k anatomickým a fyziologickým změnám uvnitř i vně organismu. Některé změny probíhají relativně pomalu, jiné naopak výrazně rychle. Stárnutí se biologicky projevuje na jednotlivých soustavách organismu. [10, 9]

Změny pohybového aparátu: Během stárnutí dochází k atrofiím svalových vláken a ubývání svalové síly. V kostech a kloubech dochází k úbytkům kostní denzity. Často se objevuje osteopenie a osteoporóza převážně u žen. Dochází k potížím při cílených pohybech. Tyto změny se netýkají všech pohybových činností stejnou měrou. Některé motorické stereotypy, což jsou cvikem osvojené pohyby, zůstávají relativně v dobrém funkčním stavu až do vysokého věku stáří. Také možný zhoršující se zdravotní stav může negativně ovlivňovat mobilitu seniora. Mnoho seniorů má poruchu koordinace pohybů.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Změny kardiovaskulárního systému: Nejvýrazněji se projevuje stárnutí na kardiovaskulárním systému ve stavu cév (arterioskleróza). Snižuje se průtok krve všemi orgány. Důsledkem těchto změn ve stavu a činnosti cévního systému je hypertenze. S tou se setkáváme u stárnoucí populace velice často. S přibývajícím věkem narůstá i počet mozkových příhod.

Změny respiračního systému: Během stárnutí se snižuje rychlost dýchání i množství vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Snižuje se funkce dýchacího aparátu, která vede k hypoxii. Potíže s dýcháním trápí mnoho stárnoucích lidí.

Změny regulace tělesné teploty: Senioři si často stěžují, že je jim zima a nemohou se zahřát. Mají problémy přizpůsobit se výraznějším změnám teploty, z důvodu sníženého bazálního metabolismu.

Změny zažívacího systému: V průběhu stárnutí dochází u mnoha seniorů k vážným změnám v zažívacím systému, například nedostatek kyseliny chlorovodíkové, který způsobuje dyspeptické potíže. Senioři také často trpí poruchou motility střev, které se projevují nejčastěji zácpou. Jejich chrup je opotřebovaný, nebo ani žádný nemají a nosní zubní protézu.

Změny vylučovacího systému: Ve stáří dochází k úbytku nefronů, poklesu glomerulární filtrace i renální clearence a je porušena očišťovací schopnost ledvin. Častá je i porucha detruzoru močového měchýře, kdy dochází k inkontinenci moče.

Změny smyslových orgánů: Staří lidé mají zhoršenou citlivost, hmat a zvyšuje se jim práh pro cítění bolesti. Také se jim zhoršuje zrak a to nejčastěji ve smyslu dalekozrakosti nebo krátkozrakosti. Stáří se také odráží na sluchu, kdy zpočátku mají poruchu slyšení tónů o vysoké frekvenci, jako je například zvonění. Postupně přechází tato porucha na střední i hluboké frekvence. Seniorům postupně ubývá i chuťových pohárků, což má za následek úbytek chuti. Čich je také postižen.

Změny nervového systému: Senioři mají zpomalené nervové vedení, které se projevuje prodloužením reakční doby. Dochází k atrofii mozku s lehkým zhoršením vštípivosti i výbavnosti tzv. benigní stařecká zapomnětlivost. Také často trpí různými poruchami spánku.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Změna celkového vzhledu: U seniorů se v obličeji objevují vrásky a s věkem jich přibývá. Kůže seniorů je suchá a ztrácí elasticitu. U hubených lidí s přicházejícím stářím pozorujeme stále ostřejší rysy v obličeji. U tlustších se s přicházejícím stářím objevuje tzv. druhá brada. Seniorům šediví vlasy, řídnou a zvyšuje se pleš, která se objevuje převážně u mužů. U žen se objevují občas chloupky pod nosem nebo i na bradě.

Změny sexuální aktivity: Ve stáří dochází k somatickým změnám, kdy se tělo mění a stárne. Společnost uznává kult mládí a krásy a starý člověk tyto se tyto hodnoty učí přijímat a tím má sklon svou hodnotu ve vlastních očích snižovat. Od určitého věku se už nemluví o mužích a ženách, ale o starých lidech, což je špatně. Lze tomu rozumět tak, jako by člověk ve stáří neměl právo na pohlaví a sex, protože je starý. Staří lidé mají právo na něžná slova, pohlazení a touhu, jelikož touha nezná věk a to by si naše společnost měla uvědomit. [9]

U seniorů dochází i ke snížené odolnosti proti infekcím a zvyšují se sklony k nádorovým onemocněním.

1.2.2 Psychické změny

Během procesu stárnutí se různým způsobem mění mnohé psychické funkce. U některých seniorů dochází ke zhoršení poznávacích procesů, které je způsobeno především změnami smyslového vnímání. Od těchto změn se odvíjejí změny emotivity, paměti, představivosti a myšlení. U seniorů se mění i motivace, volní vlastnosti a adaptabilita. Dochází k horší adaptaci nebo až k maladaptaci, která je důsledkem změněných schopností a dovedností seniora. Změny psychických funkcí se dají rozdělit na změny ve stáří kognitivní a emoční. [10]

1.2.2.1 Kognitivní změny ve stáří

U seniorů dochází k nerovnoměrné proměně dílčích schopností a celkové struktury poznávacích procesů. Změny dané stárnutím se většinou projevují ve funkcích, které slouží k zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Závažnější pokles účinnosti a přesnosti kognitivních funkcí může mít dopad na kvalitu života, hlavně pokud by omezoval schopnost žít nezávisle na cizí pomoci.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Poznávací procesy: Tyto změny se projevují zpomalením a prodloužením reakčních časů. Výraznější zpomalení vede ke zhoršení kvality kognitivních funkcí, např. nestačí zpracovat všechny informace a tudíž vycházejí z nepřesné premisy. Celkové zpomalení má za následek až dvojnásobné prodloužení časového limitu potřebného ke zvládnutí určitého úkolu. Starší lidé v rámci kompenzace své pomalosti kladou větší důraz na zpracování informací a méně se soustředí na jejich uchování. Seniorům netrvá déle pouze zpracování informací, ale i volba adekvátní reakce, protože se déle a obtížněji rozhodují a fakt, že se musí rozhodovat, pro ně často představuje zátěž. [20]

Paměť: Zhoršení paměti je známý projev stárnutí, který souvisí s větší unavitelností a obtížnější koncentrací pozornosti. Objevují se nedostatky paměťových funkcí a s nimi spojené obtíže v učení. Zhoršuje se zpracování a ukládání nových informací.

Zhoršuje se paměť především pro nové události a informace, ale dávno minulé zážitky zůstávají většinou v paměti dobře uchovány. Zhoršuje se tedy krátkodobá paměť a dlouhodobá paměť bývá zachovaná.

Zhoršení paměťových funkcí jsou individuálně specifické. Závisí na podkladech genetických, na aktuálním zdraví a na celkovém postoji k duševní činnosti. Uchování paměťových funkcí závisí také na vzdělání, na úrovni rozumových schopností a míře užívání paměti. Pokud je paměť trénovaná, uchovávají se její funkce delší dobu.

Inteligence: Inteligence, neboli rozumová schopnost řešit určité situace, je také ovlivněna procesem stárnutí. Ve stáří klesá inteligence, která se měří inteligenčními testy. I postihnutí inteligence ve stáří záleží na každém člověku a na jeho individualitě.

Často je s inteligencí starého člověka spojována *demence*, což je snížení duševní výkonnosti, kdy dochází k organickým změnám na mozku. Nejčastějším typem demence je *Alzheimerova demence*. U Alzheimerova demence dochází k poškození mozkové tkáně atrofií. Tato demence se často vyskytuje v některých rodinách, a proto se předpokládá, že na jejím vzniku se podílí genetické vlivy. Člověk s touto demencí trpí hlavně zapomínáním. Člověk s demencí má snížené psychické schopnosti a dochází u něj ke změnám emocionality a adaptability. Dementní člověk trpí poruchami paměti, tudíž není schopen uchovat informace delší dobu, jelikož je zde porucha vštípivosti. Postižena je tedy hlavně tzv. novopaměť. Také jsou časté poruchy orientace osobou, časem a místem.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Tvořivost: Ve stáří není žádná hranice, která by omezovala lidskou tvořivost. Člověk zůstává tvořivý nejen v mládí, ale i ve stáří. Nezáleží zde na věku, ale na motivaci. Mnoho seniorů se například učí novým jazykům, učí se pracovat s počítači, takže i ve stáří může pokračovat osobní růst a zrát moudrost díky novým zkušenostem. [10]

Moudrost: Moudrost lze chápat jako vrchol postformálního přístupu k řešení různých životních problémů, integrujícího různé aspekty hodnocení, jako je emoční, rozumový či morální přístup, a zároveň zahrnujícího schopnost nadhledu a odstupu. Rozvoj moudrosti závisí na určité konstelaci osobních vlastností, primární inteligenci a na dosažené zkušenosti. Zkušenost vede k tomu, že starší člověk dosáhne úrovně, kdy zažil většinu možných životních situací, nebo je alespoň viděl u jiných, a ví, jaké mají tyto příběhy vyústění. Životní moudrost dosáhnou jen někteří senioři a ti jsou potom schopni zachovávat nadhled a brát v úvahu přesah aktuální situace, což příslušníci mladší generace zpravidla nedokáží. Takoví lidé bývají obvykle akceptovaní a mají dostatečnou prestiž. Jsou vyrovnaní s vlastním stářím. Moudrost se projeví v přístupu k většině životních situací, ať už se týkají samotného jedince či ostatních lidí. [20]

1.2.2.2 Emoční změny ve stáří

Afektivní prožívání: Citové prožívání se ve stáří stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí. Senioři se tedy již tak snadno nenadchnou pro něco nového. S narůstajícím věkem se člověk stává emočně stabilnějším ,ale mohou být i takoví, kteří jsou citově labilnější, záleží na povaze a osobnosti člověka Každý člověk je individuální a záleží na hodnotové orientaci. Pro mnoho lidí je delší život příležitostí k tomu, aby přehodnotili dosavadní život a dosáhli nového porozumění smyslu svého života a svých činů. Taková „moudrost“ je založena na celkové integritě osobnosti každého člověka. [10, 20]

Senioři jsou často méně zaujati událostmi okolního světa a jsou soustředěnější na sebe a své problémy. Osudy druhých lidí jsou jim často vzdálené. Také často brání svůj vlastní pocit emoční pohody zjednodušováním situace, vyhýbají se tomu, co by jim bylo nepříjemné, a redukují kontakty s okolím. Strategie zvládání zjednodušením a vyhýbáním je ve stáří oblíbená, protože lze takto dosáhnout určitého cíle. Je to obrana zaměřená na udržení přijatelných pocitů.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

V období pozdního stáří klesá intenzita a frekvence emočních prožitků a mění se pocit životní pohody. Jde převážně o pokles pozitivních pocitů. Pozitivní emoce jsou chápány jako situačně podmíněné, kdy se lidé musí vyrovnávat s mnoha ztrátami a zátěžemi, klesající tendence.

Osobnost starého člověka: Osobnost starého člověka je brána jako určitá jednota duševních vlastností. Osobnost člověka je určitým výsledkem celého předchozího vývoje, ale i adaptace na obtíže ve stáří, které se zvyšují stoupajícím věkem. Se stoupajícím věkem se lidé stávají introvertnějšími.

Člověk je ve stáří postaven před úkol přizpůsobovat se změnám ve vlastním těle, ale i řadě vnějších změn. Adaptace na změny probíhá ve stáří pomaleji a nemoc nebo stres tuto adaptaci zhoršují.

Na začátku období stáří mají lidé stálou potřebu seberealizace. Také potřebují mít pocit, že jsou užiteční pro druhé . Poté se stoupajícím věkem dochází k potřebě emočního zakotvení, ustálení. Nastupuje zde potřeba pozitivního přijetí od svých blízkých.

Citové vztahy ve stáří: Vztahy k blízkým osobám, rodině se ve stáří významně nemění. Naopak s narůstajícím věkem význam rodiny stoupá. Ve stáří je člověk více ohrožen sociální izolací či emoční nebo podnětovou deprivací. Závažnou životní událostí pro starého člověka je ztráta životního partnera. Tato ztráta má většinou za následek již zmiňovanou sociální izolaci. Tyto psychické změny jsou součástí i změn sociálních, jelikož se týkají rodiny. [10]

1.2.3 Sociální změny – sociální zařazení starého člověka

Změny sociálního postavení seniorů bývají vyvolány odchodem do důchodu, změnou ekonomického zabezpečení, ale také i změnami vztahů v rodině např. úmrtím partnera. Při těchto změnách dochází k pocitu izolace, osamělosti a pocitu závislosti na druhých.

Tato problematika stáří se stává stále závažnějším celospolečenským problémem, jelikož dochází postupně ke stárnutí populace a tím narůstá zastoupení seniorů v populaci.Je kladen důraz na podporu kvality života ve stáří. Jsou zdůrazňovány principy nezávislosti, participace, seberealizace a důstojnosti seniorů. [19]

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Senioři mohou ke společenskému vývoji přispívat jedinečným způsobem vzhledem ke svým bohatým zkušenostem, ale i pro schopnost hodnocení společenských událostí ze širší perspektivy, než jaká je dopřána mladším.

Vztahy starších lidí k druhým lidem se mění, ale nezanikají. Většina seniorů si zachovává svá pouta k partnerovi, dětem, vnoučatům a celé rodině. Starý člověk se často musí vyrovnávat se ztrátou nejbližších a to kompenzuje tím, že se více soustřeďuje sám na sebe a dochází k sociální izolaci.

Při již zmiňovaném úmrtí partnera se stává, že jsou staří lidé, kteří se o sebe sami neumí postarat, nebo jejich rodina nemá možnost a čas se o ně starat, jsou zařazováni do domova důchodců. Pro seniory je to velká změna, jelikož jejich schopnost adaptace na nové prostředí je zhoršená a nemají třeba již sílu zvykat si na nové prostředí. Cítí se, že jsou přítěží pro rodinu a nikomu na nich už nezáleží a tímto se také adaptace ztěžuje. Proto by rodina měla v tomto zařízení své blízké často navštěvovat, aby si senioři lépe zvykali na novou změnu.

Senioři jsou často obětmi týrání. Je to nejčastěji fyzické týrání a týrání ve smyslu zanedbávání. Dalším typem poškozování starých lidí je tzv. ageismus.

Ageismus neboli věková diskriminace je příčinou vyčleňování seniorů ze společnosti. Ageismus způsobují určité předsudky o starých lidech. Jsou to předsudky, že jsou senioři oškliví, neužiteční a zbyteční, nemocní. Důsledkem tohoto postoje k seniorům dochází k neadekvátnímu zacházení se starými lidmi ve společnosti a k výraznému poklesu sebehodnocení ve stáří. [10]

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

2 NEMOC

Nemoc je porucha zdraví, kdy je člověk ztížen nemocí a ta mu přináší potíže. Nemoc narušuje obvyklý způsob života, kdy se mění denní program a dochází k neuspokojování určitých potřeb člověka.

2.1 Nemoc jako těžká situace v životě člověka

Každý člověk je ve stálém kontaktu s prostředím, které na něj působí. Život je o stále adaptaci na měnící se podmínky kdy vznikají určité překážky. Když jsou tyto překážky velké, může se u nemocný člověk zhroutit.

Člověk si osvojuje během života způsoby, které slouží k řešení různých situací a učí se je překonávat. Takto svízelné situace působí na člověka negativně a může tím dojít k poruše adaptačních mechanismů.

Nemoc je pro člověka určitě těžkou situací v životě a působí jedinci zátěž. Tato zátěž vzniká z nerovnováhy mezi člověkem a prostředím. [6]

Dělení zátěže dle stupňů:

1. Běžná zátěž je stav, kdy jde o zvládání běžných úkolů v průběhu dne, které jsou komplikovány různými událostmi a člověk je zvládá bez větší námahy.

2. *Zvýšená zátěž* se projevuje při řešení nových situací, kdy jedinec překonává překážky a získává tím novou zkušenost. Takovou zátěž je schopen řešit bez psychických a fyzických následků.

3. *Hraniční zátěž* bývá způsobena opakujícími se obtížnými podmínkami, které jedinec zvládá s vypětím sil a dochází k nevyváženosti některých psychických a fyzických funkcí. Dochází k postupnému selhávání adaptačních mechanizmů. Mohou se objevovat funkční poruchy, stavy psychického napětí, emoční vzrušení až apatie.

4. *Extrémní zátěž* je silné působení určitého podnětu, kdy jedinec není schopen adekvátně reagovat a často této situaci podléhá.

Reakce na zátěž záleží na odolnosti člověka k náročným životním situacím. Tato odolnost je závislá na vrozených vlastnostech organismu, věku, intelektu, životních zkušenostech, společenských okolnostech, aktuálním stavu organismu a také na pracovní činnosti.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Nečinný člověk podléhá rychleji úzkosti, napětí, než člověk aktivní. Jedinci, kteří jsou odolní vůči svízelným situacím mají určité vlastnosti. Jsou to např. emocionální stabilita, přizpůsobivost, pružnost, sociální aktivita s jasnou životní orientací. [6]

2.1.1 Reakce na těžkou situaci v životě člověka

V náročných situacích, které člověk prožívá se nejedná pouze o mobilizaci organismu k optimální adaptaci, která poskytuje pocit uvolnění a snižuje napětí, ale občas se aktivizují obranné mechanismy, které při různě dlouhém působení zabraňují jedinci, aby se nově vzniklé situaci přizpůsobil. Poté hovoříme o tzv. neadaptivním chování nebo také o maladaptaci, což je nepříznivé přizpůsobení.

Aby došlo k neadaptivnímu chování, musí mít osobnost neadaptivní znaky, které se projevují ve svízelných situacích.

2.2 Potřeby seniorů v nemoci

Potřeba je určitým projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění přináší úlevu a je pozitivní. Je něčím, co člověk potřebuje pro svůj život. Prožívání určitého nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka, jako je myšlení pozornost, emoce a volní procesy. Každý člověk uspokojuje potřeby vlastním způsobem. Potřeby se mění v průběhu života z hlediska kvality i kvantity.

Nemocný je do nemocnice přijatý buď z důvodu diagnostiky, nebo léčby daného onemocnění. Cílem a zájmem nemocného a zdravotnického personálu je návrat nemocného do stavu zdraví. Správný uzdravovací proces podporuje dobrou psychickou pohodu nemocného.

U seniorů v nemocnici převládají potřeby biologické, ale také potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu, úcty. [9]

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

2.2.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Tato hierarchie potřeb je nejznámější a nejpoužívanější. Je založena na tom, že každý jedinec má systém motivů, který je hierarchicky uspořádán.

Dělení potřeb podle Maslowa:

1. fyziologické potřeby se objevují při narušení vnitřního prostředí a vyjadřují tím potřeby organismu. Slouží k přežití. V situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, tak jsou dominantní a ovlivní celkové chování a jednání člověka. Do těchto potřeb patří potřeba pohybu, výživy, čistoty, vyprazdňování, spánku, kyslíku.

2. potřeba jistoty a bezpečí je potřebou vyvarovat se určitému ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, osvobození od strachu, stabilitě, spolehlivosti, potřebu ekonomického zajištění.

3. potřeba lásky a sounáležitosti je potřeba milovat a být milován, potřeba sounáležitosti, náklonnosti, integrace.

4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty. Jde o spojení dvou potřeb, a to sebeúcty, sebehodnocení a touhy po respektu druhých lidí.

5. potřeba seberealizace, sebeaktualizace je potřeba realizovat vlastní potenciály, schopnosti a záměry. Člověk chce být tím, kým podle svého názoru může být.

Tyto potřeby platí pro všechny věkové kategorie, ale mění se pouze jejich pořadí. Také záleží na tom zda je člověk zdráv nebo nemocen.

Nemoc brání často v uspokojování potřeba a dochází k frustraci. [18]

Potřeba uspokojování biologických potřeb v nemoci a při hospitalizaci zahrnuje:

1. *Spánek*, který je důležitý pro každého člověka, aby nabral síly na další den. Senioři často nemohou spát v noci, a proto by se neměli budit příliš brzy. Na to se musí myslet u starších pacientů.
2. *Jídlo a pití* bychom neměli nutit starým lidem, i když někdy potřebují k jídlu stimulovat a pobízet. Také staří lidé nemají pocit žízně, tak musíme dbát na dostatečnou hydrataci.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

3. *Vylučování* a problémy s ním mají staří lidé převážně ve smyslu, že mají větší sklony k obstipaci a to se musí kontrolovat a přijímat dostatek tekutin.
4. *Hygiena* je důležitá, jelikož se člověk cítí dobře, svěže, čistě.
5. *Pohyb* je nutný, aby u nemocných na lůžku nevznikl imobilizační syndrom. V případě potřeby kontaktujeme rehabilitačního pracovníka.
6. U *dýchání* dbáme na to, aby byl nemocný ve zvýšené poloze, ve které se mu bude lépe dýchat a měl by být dostatečně vyvětraný pokoj.
7. *Dotek a pohlazení* pro seniora znamená, že není pro zdravotníky přítěží a podporuje to jeho psychiku.
8. *Mírnit utrpení a bolest*i nemocných. [18]

Potřeba jistoty, bezpečí v nemoci při hospitalizaci, je nutné jejich uspokojování, jelikož dochází k přerušení kontaktů s rodinou. Senior nepříznivě prožívá, když nemá informace o rodině, když není možnost návštěv, když rodina chodí do práce a nemají čas za ním přijít. S touto potřebou je úzce spojená potřeba lásky, že na nemocném někomu záleží.

Potřeba podnětů, změny a činnosti jsou při pobytu v nemocnici menší a nemocný tyto podněty zde nemá. Nesmí většinou vycházet ven, někdy nesmí ani opustit lůžko, přichází málo podnětů k činnosti v nemocnici. Nemocný má pocit nudy, je rozmrzelý a nic ho nebaví. Proto nabídky novin, časopisů a knih po oddělení by měly být samozřejmostí.

Potřeba výkonů je závažná, kdy jde o ohrožení výkonové motivace, potřeby dosahovat dobrých výsledků. Může se týkat určité nejistoty, zda nemocný bude schopen zastávat stejnou práci jako dosud, práci na zahradě,v domácnosti.

Potřeba sociálního styku, porozumění a vzájemné pomoci je důležitá, jelikož v nemocnici dochází k omezení styku s rodinou, přáteli. Celodenní samota v nemocnici může být pro nemocného často tísnivá, a proto je dobré dávat seniory na vícelůžkový pokoj a umožnit vznik nového přátelství.

Nesmíme zapomenout na *uspokojování duchovních potřeb* nemocného. Často jsou senioři určitého náboženského vyznání a měli bychom jim umožnit a vymezit prostory pro modlení. Tato potřeba souvisí také se smyslem života a smrti a nemusí mít nic společného

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

s náboženstvím. Také to může být duchovní potřeba hledání smyslu života, odpuštění, lásky a naději.

Ošetřovatelská péče o staré lidi má respektovat specifika jejich potřeb a odlišnosti průběhu nemocí. Má se zaměřit na podporu optimálního stavu, zachování schopnosti adaptace. Zdravotní sestra musí respektovat duševní a tělesnou křehkost nemocných seniorů. Při péči o seniory je nutný individuální přístup, jelikož každý nemocný starý člověk se chová v nemoci jinak a má jiné aktuální potřeby.

Potřeba je stav, kdy je člověk v psychické nepohodě a převládá stránka neuspokojené potřeby. Záleží na tom jak je starý člověk nemocný a zda je v léčbě domácí, nebo zda je hospitalizovaný v nemocnici. Také nesmíme opomenout samotnou osobnost člověka a jeho individualitu se přizpůsobit jak na nemoc, tak i na změnu prostředí v nemocnici. Každá nemoc má aspekt somatický, psychický a sociální.

1. Somatický aspekt vymezuje příznaky onemocnění. Tělesné potíže, které jsou pro určitou chorobu typické, představují typický problém a konkrétní omezení. Aktuální potíže, ale i představa závažnosti a prognózy této nemoci vyvolávají určité psychické reakce.

2. Psychický aspekt tvoří souhrn emočních prožitků vyvolaných změnami souvisejícími s chorobou, jejich rozumové hodnocení a z toho vyplývající chování nemocného. Psychická reakce na nemoc není dána pouze specifičností tohoto onemocnění, ale i osobnostními vlastnostmi nemocného člověka, jeho vývojovou úrovní, zkušenostmi, schopností chápat význam choroby pro svůj další život, jeho emoční vyrovnaností i zafixovanými způsoby zvládání potíží.

3. Sociální aspekt onemocnění je dán společenským hodnocením nemoci z něhož vyplývajícími postoji a chováním laické veřejnosti. Postoj k nemocnému člověku záleží na typu choroby, na osobnosti nemocného, jeho věku apod., ale i na dané společnosti, její vzdělanostní a kulturní úrovni. [19]

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

2.3 Postoj seniorů k nemoci

Nemoc znamená pro člověka radikální změnu a zbavuje ho řady povinností. Na tento stav reagují nemocní různými způsoby. Většina nemocných při běžných onemocněních reagují přiměřeně dané situaci a spolupracují. V těchto případech se stav většinou dobře upravuje, stabilizuje.

Nejčastější postoje seniorů k nemoci jsou:

a) *Normální postoj* k nemoci, který odpovídá skutečnému zdravotnímu stavu nemocného, který je na nemoc dobře adaptován.

b) *Bagatelizující postoj* je takový postoj k nemoci, kdy nemocný podceňuje závažnost nemoci.

c) *Repudiační postoj* je zapuzení nemoci, kdy nemocný nebere nemoc na vědomí a nejde k lékaři.

d) *Nozofóbní postoj* se charakterizuje jako nepřiměřená obava z nemoci, kdy se nemocný nechává opakovaně vyšetřovat. Je si vědom toho, že jeho obavy jsou přehnané, ale nedovede se jim ubránit.

e) *Hypochondrický postoj* je, když se nemocný domnívá, že trpí vážnou nemocí, i když to tak není. [6]

2.3.1 Senior hospitalizovaný v nemocnici

Pobyt v nemocnici je pro každého člověka významnou událostí, která signalizuje závažnost zdravotního stavu, ale i možnosti lepší diagnostiky a léčby. Pro staré lidi ovšem místo nemocnice znamená místo, kde se umírá, i když to tak není. U seniorů, kteří musí do nemocnice převládají obavy a strach, pociťují nejistotu a touží po lidské blízkosti. Strach je většinou také spojen s novým neznámým prostředím a velikostí nemocnice. Větší nemocnice bývá neosobní a je spojená s větší úzkostí.

Při hospitalizaci seniora v nemocnici musíme myslet na to, že se musí adaptovat na zcela nové prostředí a k tomu ještě na nemoc. Je nutné, když se nemocnému starému člověku vše ukáže na oddělení a vysvětlí se u vše co on sám potřebuje. Občas se musí dané informace seniorovi i zopakovat, aby se mu podané informace trochu zafixovaly. Musíme myslet na to, že senioři se často potřebují vypovídat a zdravotníci na ně často nemají čas nebo s nimi

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

hovořit nechtějí. Nepovažují komunikaci za důležitou a to je problém. Pro seniory je nemocnice nové prostředí a mají často z něj strach, neví co s nimi bude a k tomu se musí vypořádat se svou nemocí. Tak proč i s nimi nepromluvit pokud je čas a nepochopit jejich problémy a nepomoci jim? Senioři to mají mnohem těžší než mladí lidé, jelikož schopnost jejich adaptace na nové prostředí bez pomoci je velmi obtížná.

2.3.2 Psychika seniorů v průběhu nemoci

Každé onemocnění má u každého člověka velký dopad na psychickou stránku a tím spíše u seniorů. Při jakémkoliv onemocnění somatickém, tělním se lékaři pokouší vyléčit příčinu, ale zapomínají na to, že při poruše tělního systému se naruší i stránka psychická a tou se již mnoho lékařů nezabývá. Proto se touto problematikou budu v této kapitole zabývat.

Během procesu stárnutí dochází ke změnám ve funkcích orientačně-informativní, regulační a adaptační. Mění se motivace, volní vlastnosti a adaptabilita. Horší adaptace je důsledkem změněných schopností a dovedností seniorů, a proto se hůře přizpůsobuje nemoci a nemocničnímu prostředí. Senioři těžce prožívají různé změny, které jsou také příčinou zhoršené adaptability.

Změny v průběhu nemoci jsou různé. Dochází ke změnám různých orgánů např. jsou to bolesti zad, nebo zlobí srdce, hůře se dýchá atd. Podíváme-li se na psychický, duševní stav seniora v různé fázi onemocněn, tak můžeme zjistit, že se psychika mění v závislosti na postupu nemoci. Je tedy důležité se soustředit na různé fáze nemoci, ale musíme brát v úvahu to, jak je nemoc závažná a jaká je individualita seniora.

Fáze nemoci:

1. *Nultá fáze nemoci* je stav , kdy se rodí určité povědomí nemoci. Je to stav, kdy si starý člověk říká a začíná tušit, že se s ním něco děje.
2. *Výkřik* je stav, kdy si člověk uvědomí, že je nemocný. . Dochází zde k prožitkům v psychické oblasti a to převážně k negativním emocím. Jinak se této fázi říká šok z poznání, že se něco děje.
3. *Popírání* je stav kdy odezní první příznaky předešlé fáze, reakce na nemoc. Člověk popírá svou nemoc.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

4. *Vtíravé myšlenky* jsou opakem popírání a stále myslí na to, že je nemocný a jaký to bude mít dopad na jeho další fázi života. Tato fáze je prvním krokem k zvládnutí situace, jelikož si nemoc již uvědomuje.
5. *Vyrovnání* je nejdelší fáze psychického vyrovnávání se s nemocí, kdy si klient uvědomí, jak to s ním vlastně je.
6. *Smíření* je stav kdy je člověk smířený s nemocí a snaží se nalézt postoj a vztah k tomuto stavu. Člověk nalézá vnitřní sílu a dochází k prohlubování duševního a duchovního života.

Dle těchto fází musíme zvolit vhodnou komunikaci k nemocnému seniorovi a vyslechnout ho.[6, 9]

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

3 ADAPTACE

Adaptace je schopnost organismu přizpůsobit se zevním, dříve se nevyskytujícím podmínkám. Je to široký pojem, vyjadřující vyrovnávání, obnovování rovnováhy jedince s prostředím. Tento proces se týká jak obnovování fyzické rovnováhy organizmu, tak obnovování mezi osobností a prostředím. Také se týká vnitřní rovnováhy organizmu a osobnosti. Adaptace může být vázána na uspokojování základních tělesných potřeb, ale také potřeb psychických a sociálních. Adaptační schopnost podléhá i změnám, které jsou podmíněny věkem.

- *aktivní adaptace* je, když si člověk přizpůsobuje podmínky tak, aby vyhovovaly jeho potřebám

- *pasivní adaptace* je,když se člověk přizpůsobuje podmínkám, které nelze změnit, nebo jejich změna vyžaduje velkou námahu

Adaptace je proces, který vede k seberealizaci, možnosti svobodné volby jedince ve vztahu k aktivnímu sebeutváření a přetváření životního prostředí. Adaptovaný může být pouze člověk, který je psychicky a sociálně zralý. Také musí být realista s dobrou sebekontrolou.

Mezi častá kritéria normality psychické činnosti správné adaptace jsou zařazeny tyto vlastnosti:

- adekvátní pocity jistoty
- střízlivý pohled na sebe sama
- realistické životní cíle
- efektivní kontakt s realitou
- integrace osobnosti
- schopnost učit se ze zkušeností
- přiměřená spontaneita a emocionalita
- zvládání úkolů a požadavků života s přiměřeným výdejem sil
- adekvátní potřeby spojené se schopností uspokojovat je přijatelným způsobem [6]

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Pokud tyto vlastnosti nemocný má, tak se adaptuje na nemoc a nemocniční prostřední dobře a rychle. Většina seniorů všechny tyto vlastnosti již nemají, a proto schopnost jejich adaptace je horší a adaptují se špatně a dlouho. Nemají rádi změny.

Nemocní, kteří mají dobrou schopnost adaptace se lépe a rychleji uzdravují. Nemají problém si zvyknout na denní režim, na změnu prostředí, na zdravotnický personál, spolupacienty. Dodržují léčebný režim a pokyny, které jsou jim dány. Jsou to tzv. bezproblémoví pacienti. Často pomáhají novým pacientů se zorientovat na oddělení a vysvětlit jim chod a režim oddělení.

Při nemoci schopnost adaptace u seniorů klesá ještě více než za stavu zdraví. Při nemoci a hospitalizaci dochází ke změnám životního stereotypu a senioři ji těžce prožívají. Často trpí obavami, úzkostí a nejistotou. Prožívání nemoci v čase má tři stádia:

1. **aktivní adaptace** – znamená přizpůsobování se nemoci a problémům s ní spojeným a víru v rychle uzdravení. Nemocný spolupracuje zodpovědně při diagnostice i terapii.

2. psychická dekompenzace – je závislá na stavu nemocného, průběhu nemoci, ale i osobnosti nemocného. Vzniká zpravidla tam, kde nedošlo k aktivní adaptaci, nesplnilo se očekávání nebo tehdy, když je průběh nemoci vážný. Nemocný se stává lítostivým, netrpělivý, popudlivým, nekritickým ke zdravotnímu personálu.

.**3. pasivní adaptace** – rezignace, kdy se nemocný uzavírá do sebe, smiřuje se s nepříznivým stavem, je mrzutý, nebojuje. Dochází k úpadku funkce orgánů, které nejsou postižené nebo byly kompenzované. Jedná se o choroby vleklé, chronické. [23]

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

3.1 Maladaptace

Maladaptace je opak adaptace. Je to nepřiměřené, špatné přizpůsobení se na nemoc a nemocničním prostředí. Nemocní s maladaptací mohou neadekvátně reagovat pouze v určitých situacích. Maladaptace je určitý způsob obranného chování v dané situaci. Chování může být přiměřené i nepřiměřené, záleží na osobnosti nemocného. Maladaptace se projevuje neadaptivním chováním. [7, 6]

3.1.1 Neadaptivní chování

V náročných životních situacích se člověk uchyluje ke způsobům chování, které nelze považovat za adaptivní a pomocí nichž se brání tlaku situace. Také se dají nazývat jako maladaptace. Neadaptivní chování zahrnuje způsoby, které slouží k vyrovnávání se s náročnou životní situací.

1. *Frustrace* je psychický stav, který vzniká v situaci, kdy člověk nemůže dosáhnout určitého cíle, potřeby.

2. *Agrese* nebo také agresivní chování má různé formy. Může to být hrubé fyzické násilí, záchvaty vzteku, výhružky, urážky, sarkasmus atd. Nemocný se chová útočně proti těm, na které si troufá, i když není příčinou jeho problémů, obtíží a zlosti.

Druhy agresivního chování:

- Přímá agrese, která se může projevovat bitím a nadávkami
- Přenesená agrese např. z jednoho člověka na druhého, nebo i na věci – ničení věcí
- Autoagrese je agrese přenesená na vlastní osobu
- Zadržená, larvovaná agrese

S agresí se setkáváme nejčastěji u nemocných, kteří jsou zvyklí být středem pozornosti ve společnosti.

3. *Projekce* je technika, která spočívá v přisuzování vlastních motivů, názorů, tendencí a myšlenek jiným lidem. Slouží k určitému ospravedlnění nesprávných činů. Nemocní hledají občas příčinu své nemoci v působení druhých osob.

4. *Identifikace* je to, když si člověk přisuzuje žádoucí vlastnosti jiných lidí, nebo se s nimi ztotožňuje. Identifikace je pozitivní vztah, který člověka podněcuje k určité činnosti.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Nemocný se např. identifikuje se spolupacientem, který prodělal stejnou léčbu a jeho stav je výrazně zlepšen.

5. *Racionalizace* je technika vyrovnávání se s těžkou situací. Spočívá ve vysvětlení nezdaru, neúspěchu a tím dochází k omluvě před sebou, před druhými a před svědomím. Racionalizace snižuje pocity napětí a viny.

6. *Kompenzace* je vyvážení určitého neúspěchu v jedné oblasti jinou oblastí ve které člověk úspěšný.

7. *Trestání* sebe sama je nepřiměřená technika, kdy nemoc chápe člověk jako trest, odplatu za určitý špatný čin, který kdysi udělal.

8. *Únikové chování* má mnoho forem úniku a je nejčastějším projevem neadaptivního chování s agresí. Často se u nemocných projevuje únik jako vyhýbání se určité situaci, které se nemocný bojí.

Nejčastější formy úniku jsou:

- reálně fyzický útěk
- verbální únik jako jsou výmluvy
- únik do fantazie
- sebevražedné jednání

9. *Regrese* znamená návrat k projevům již prodělaného vývojového stupně. Projevuje se chováním nižší úrovně, která neodpovídá současnému věku nemocného. Může se týkat způsobu chování, ale také potřeb a cílů.

10. *Fixace* znamená ustrnutí na určitém způsobu chování k jiné osobě. Člověk se nepřizpůsobí dané situaci, pokouší se o stále stejné řešení těžké situace.

11. *Potlačení*, nebo-li represe je únikem do zapomenutí a potlačení nepříjemné pocity, které ohrožují sebecit člověka. Tito nemocní v nemocnici mají problém s tím, že se neodváží požádat sestru o nějakou službu.

12. *Negativismus* je, když nemocný dělá opak toho, co se po něm žádá. Snaží se upoutat pozornost a posilovat své sebevědomí.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Dělení:

- Aktivní negativismus je, když člověk děla opak toho co se mu řekne
- Pasivní negativismus je, když člověk nereaguje na příkazy nebo přání

13. *Egocentrismus* je, když se nemocný zaměřuje pouze na své problémy a přání. Ztrácí schopnost vnímat a chápat problémy druhých.

14. *Rezignace* je lhostejný, pasivní vztah k zátěži, doprovázený často depresemi a pocity bezmocnosti. Vyskytuje se u nemocných tehdy, když se nemoc dlouho vleče a potíže přetrvávají.

15. *Izolace* je vystupňovaný únik, kdy dochází ke ztrátě kontaktů s okolím. Nemocní toto řešení používají tehdy, když se chtějí vyhnout nějaké zátěži, zklamání, neúspěchu.

16. *Disociace* nachází projev ve zvýšené pověrčivosti některých nemocných a u jiných ve zdůrazňování důležitosti rituálů.

17. *Substituce*, nebo-li nahrazování, může mít u nemocných formu nahrazení nepřijatelné činnosti přijatelnou. [7, 6, 9]

Nemocní s neadaptivními znaky si svou povahu nevybrali a jejich projevy nejsou výsledkem špatných úmyslů. Tito nemocní s neadaptivními znaky se dají rozdělit do čtyř skupin.

1. *Pacienti náladoví*, kteří vyžadují pozornost v obou směrech od vyrovnané nálady, která se u nich vyskytuje.

Mají buď náladu euforickou, povznesenou, expanzivní, kterou je třeba tlumit. Takoví pacienti mají často tendenci podceňovat své onemocnění. Nejsou ukáznění, nedodržují daná omezení. Je třeba je vést k vědomí vážnosti jejich onemocnění, ke kázni a úměrnému chování.

Opakem této nálady je, když má pacient pokleslou, depresivní náladu. Potřebují přátelské a laskavé povzbuzení ze strany zdravotníků a příbuzných.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

2. *Pacienti hysteričtí* jsou takoví pacienti, kteří zpočátku hospitalizaci snáší dobře. Je pro ně těžké, když se nemoc pro ně stane izolující a brání po potřebách nových změn. Často chtějí být středem pozornosti.

3. *Pacienti přecitlivělí* mají citlivou povahu a jsou snadno zranitelní. Je-li jejich citlivost zasažena, reagují depresí, únikem, rezignací a izolací. Neradi se sami rozhodují a snaží se svá rozhodnutí přenést na někoho jiného.

4. *Pacienti popudiví* reagují na těžkou, svízelnou situaci afektivními výbuchy a zlobou. Nesmí se dráždit a provokovat, ale také se nesmí omlouvat jejich jednání. Za svá jednání jsou odpovědní. [6]

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

4 NEMOCNIČNÍ PROSTŘEDÍ

Nemocniční prostředí tvoří soubor činitelů, které výrazným způsobem podmiňují prožívání nemoci a celý adaptační proces. Nemocniční prostředí má na nemocného takový vliv, že často rozhoduje o míře úspěšnosti řady léčebných a diagnostických zásahů. Téměř všechny části nemocničního prostředí působí na nemocného stále a nepřetržitě. Nemocný je jim vystaven po celou dobu hospitalizace.

Pokud je převaha pozitivních faktorů a vlivů, tak pacient je vnímá s uspokojením a jeho ochota ke spolupráci stoupá.

Pokud je převaha negativních faktorů je nemocný stále něčím rušen. Je nespokojený, hůře komunikuje, má problémy se spánkem, neodpočívá a může mít sklon odmítat spolupráci s lékařem i sestrou.

Proto je důležité vytvořit nemocnému prostředí s největším počtem kladných vlivů a záporné vlivy naopak tlumit, pokud to lze. [21]

Vlivy nemocničního prostředí jsou různé a souvisejí:

- se stavebním uspořádáním nemocnice a jejím vnitřním členěním, jako je např. jednoduchá orientace na oddělení, na chodbách, označování dveří a směrovky
- s provozem ošetřovací jednotky jako je např. účelná organizace práce, soulad harmonogramu práce lékaře a sester, pomocnic a jejich návaznost na potřeby pacientů
- s materiálním vybavením, na oddělení vnitřní zařízení pokoje, jídelny, společenské místnosti, dále taká prádlo, pomůcky k ošetřování, předměty k využívání volného času jako jsou knihy, časopisy atd.
- s mikroklimatem souvisí větrání, teplota na pokoji, umělé noční a denní osvětlení, pachy, ruch na oddělení atd.
- se způsobem ošetřování, kdy je důležitý etický přístup k nemocnému, respektování jeho práv, spolupráce a komunikace s nemocným, zajištění odpočinku a spánku nemocnému, komplexní ošetřování

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

- s událostmi, které se odehrávají v těsné blízkosti nemocného jako jsou lékařské vizity, vyšetřovací a léčebné zákroky u spolupacientů, jejich způsob prožívání nemoci, pláč nebo v opačném případě radost z odchodu domů
- s mezilidskými vztahy, které se promítají v rovinách zdravotník – zdravotník, zdravotník – nemocný a pacient – pacient. [21]

Zdravotnické prostředí působí na psychiku nemocného seniora a tvoří tak psychologickou problematiku. Tato psychologická problematika se dá rozdělit do tří okruhů, a to:

1. *Účelný režim a provoz na oddělení*, zajištění vysoké úrovně v poskytování základní péče, pořádek a čistota. Jednotlivé výkony a akce by měly na sebe navazovat tak, aby byly vykonávány na nejvhodnějších místech a v nejvhodnější dobu. Mezi těmito výkony by měly zůstávat časové rezervy pro nečekané události.
2. *Sociální klima zdravotnického zařízení* je určováno úrovní práce zdravotníků a harmonií mezilidských vztahů v kolektivu. Nedostatečný zájem o práci a různé konflikty narušují společenské klima.
3. *Materiální stránka prostředí* vypovídá o osobní a kulturní úrovni pracovníků a to vedoucích pracovníku převážně. Má velký vliv na smyslové prožívání a přímé dojmy z nemocničního prostředí. Úlohu zde hraje vybavení, nábytek a osvětlení. [6]

Nemocniční prostředí má velký vliv na uzdravování. V prostředí jsou barvy, hluk, pach, estetický dojem, osvětlení. Ale také zde patří vztahy v týmu oddělení, chování, postoje zdravotníků a jejich empatický přístup k pacientům. Pochopení významu prostředí a ochota zdravotníků k potřebám pacientům je v této oblasti uspokojit samou podstatu ošetřovatelství.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

4.1 Nemocniční prostředí jako léčebný činitel

Léčba prostředím vychází z poznatků psychologie o subjektivním prožívání nemoci, vztazích nemocných a personálu a o nervové činnosti nemocného.

V léčbě prostředím v nemocnici jsou dva hlavní cíle:

1. ***Vytvořit co nejvíce kladných vlivů v léčebném prostředí.***
2. ***Odstranit vlivy rušivé a psychicky zatěžující.***

V nemocničním prostředí se mohou sledovat situace které napoví, jak se nemocný adaptuje a zvyká na nemocniční prostředí. Jsou to např.:

Zda při hospitalizaci klienta čeká přivítání a ochota od zdravotnického personálu. Seznámení s denním režimem na oddělení a umístění na pokoji.

Důležitou roli hraje také příjemnost prostředí pro klienta jako je, strava, pachy, hluk, osvětlení.

Na klienta působí i spolupacienti a regulování vztahů mezi nimi.

Vztahy personálu ke klientům. Zda se zdravotnický personál stará a má zájem o nemocného.

Zda je nemocný orientovaný ve zdravotnickém zařízení. Aby pro nemocného nemocnice nebyla jedním velkým bludištěm.

Pro klienty jsou důležité návštěvy i mimo návštěvní hodiny. Zde záleží na zdravotnickém personálu zda umožní návštěvy nemocného i mimo návštěvní hodiny. Je to o empatii. Návštěvy napomáhají k uzdravování nemocného, a proto by měli zdravotníci tuto službu umožnit během celého dne, když ví, že nemocný se těší na návštěvu příbuzných a pomůže mu to i po psychické stránce.

Přístup k nemocnému, jako k individuální osobě. Pokud personál bere klienta jako samozřejmost a nebere na zřetel jeho individualitu, tak jeho práce ztrácí účinnost. [21, 16]

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

4.2 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným

Důležitou roli zejména při hospitalizaci nemocných starých lidí hraje vztah mezi zdravotnickým personálem a nemocným. Při kladném vztahu a správné komunikaci se dosáhne pozitivního vztahu mezi klientem a zdravotníkem. Klientem má mít důvěru ve zdravotnický personál, což je v léčbě velice důležité a lépe se přizpůsobí na nemocniční prostředí.

Na vytváření vztahu mezi nemocným a zdravotníkem se podílí mnoho okolností:

- předešlé zážitky nemocných z léčení a hospitalizace

- aktuální psychický stav nemocného a první dojem nemocného na zdravotníky

- přístup zdravotníků k osobě nemocného a komunikace mezi nimi

Velice důležitý je vztah mezi sestrou a nemocným. Zdravotní sestra stráví mnohem více času s nemocným než lékař.Sestra u nemocného provádí naordinované výkony a úkoly, které předepíše lékař. Vedle profesionální činnosti poskytuje nemocnému porozumění a oporu, pečuje o jeho emocionální stav. Sestra by měla vyslechnou nemocného, pokud jí chce něco říct, aby pochopila osobní problémy nemocného, ale nesmí se pouštět do jejich řešení. [7, 15]

Pro správnou a rychlou adaptaci nemocného seniora na nemocniční prostředí je třeba se zaměřit na specifika stáří. Chovat se k seniorům s úctou, ošetřovat je a vysvětlovat jim vše co považují za nutné. Ukázat a seznámit je s chodem oddělení pro rychlejší adaptaci a říci jim, že pokud nebudou něčemu rozumět, tak se mohou obrátit na nás na zdravotnický personál. Když je v naší kompetenci pomoci seniorům aby se lépe adaptovali na nemocniční prostředí a na nemoc, tak proč jim nepomoci?

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

5 METODIKA PRŮZKUMU

Jako metodiku průzkumu adaptace nemocných seniorů na nemocniční prostředí interního oddělení jsem si zvolila ve své bakalářské práci metodu dotazníku.

5.1 Dotazník

Dotazník je standardizovaným souborem otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek. Jde o nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku.

Pro techniku dotazníku je podstatná:

a) nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku,

b) přiměřená znalost šetřeného prostředí.

Pro hodnověrnost získaných výsledků má zásadní význam konstrukce dotazníku. Je to metodologicky nejcitlivější a nejnáročnější část každého výzkumu.

Stavba dotazníku:

- má zahrnovat všechny podstatné problémy, na něž pomocí dotazníku hledáme odpověď,
- musí zaujímat celou šíři problematiky, abychom nemuseli provádět nákladná, zbytečná došetřování,
- jeho konstrukce má být taková, aby respondenta spíše přitahovala, než ho odpuzovala,
- formulace otázek dotazníku jako celku má být jasná, zřetelná, jednoznačná tak, aby dovolila pravdivé odpovědi bez dlouhého rozmyšlení, bez obtíží.

K otázkám v dotazníku patří identifikační znaky respondenta, např. pohlaví, věk, bydliště a jeho typ (město, vesnice). Jedná se o tzv. nezávisle proměnné. Závislé proměnné představují hlavní zorné pole dotazníku. Vhodná stavba dotazníku příznivě ovlivňuje jeho akceptování a správné vyplnění. Z dotazníkového šetření však můžeme získat pouze takové informace, na které se vhodným způsobem zeptáme. Proto musí být věnována mimořádná pozornost obsahové stránce dotazníku a formulaci jednotlivých položek.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Průběh použití dotazníkové techniky:

a) Anonymní průběh respektuje důvěrnost individuálních informací.

b) Neanonymní průběh se používá tam, kde se obvykle vedou kartotéky jednotlivých členů.

Výhody dotazníkové techniky:

- jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného,
- možnost hromadného, počítačového zpracování.

Nevýhoda dotazníkové techniky:

- při eventuálním neporozumění nelze obvykle nic opravit, doplnit nebo zpřesnit.

Druhy otázek:

a) *Uzavřené otázky* nabízejí soubor možných variant odpovědí, ze kterých si respondent vybere vhodnou odpověď. Odpovědi na otázky jsou předem formulovány a dotazovaný vybírá odpověď, která se nejvíce blíží jeho názoru.

b) *Otevřené (volné) otázky* nechávají na respondentovi, jaká bude jeho odpověď.

c) *Polouzavřené otázky* jsou kombinací uzavřené a volné otázky. Nejčastěji se jedná o doplnění v otázce variantou „jiná odpověď“.

d) *Filtrační otá*zky mají rozpoznat respondenty, kteří z objektivních i subjektivních důvodů nemohou odpovědět na otázku následující, neznají předmět následující otázky.

e) *Projekční otázky* předkládají respondentovi k posouzení názory a postoje jiných lidí.

f) *Kontrolní otázky* klademe tam, kde potřebujeme ověřit pravdivost výpovědí. [1]

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

II. PRAKTICKÁ ČÁST

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

6 CÍLE A HYPOTÉZY

6.1 Cíle

1. **Cíl: Zjistit faktory, které pozitivně a negativně ovlivňují adaptaci seniorů na nemocniční prostředí.**
2. **Cíl: Zjistit rozdíl mezi adaptabilitou seniorů žen a mužů.**
3. **Cíl: Zjistit dobu potřebnou k adaptaci seniorů na nemocniční prostředí.**
4. **Cíl: Zjistit na co se senioři v nemocničním prostředí nejhůře adaptují.**

6.2 Hypotézy

1. **Předpokládám, že kladný přístup zdravotnického personálu budou senioři uvádět na předním místě pozitivních faktorů ovlivňujících jejich dobrou adaptaci.**
2. **Předpokládám, že senioři, kteří jsou přijati na interním oddělení opakovaně se lépe adaptují než senioři, kteří jsou přijati na interním oddělení poprvé.**
3. **Předpokládám, že ženy se adaptují na nemocniční prostředí rychleji než muži.**
4. **Předpokládám, že průměrná doba adaptace seniora na hospitalizaci je minimálně jeden týden.**
5. **Domnívám se, že se u více než 25 % seniorů objeví negativní hodnocení na ztrátu soukromí.**
6. **Domnívám se, že více než polovina seniorů bude nespokojených s nemocniční stravou a bude mít problémy se spánkem.**
7. **Domnívám se, že více než 50 % seniorů vadí nedostatek kontaktu s příbuznými a uvítali by možnost návštěv každý den.**

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

7 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Výzkum k mé bakalářské práci jsem prováděla na interních odděleních a to formou dotazníků, které byly rozdány pacientům.. Kritériem pro pacienty bylo, aby byli ve věku od 65 let a výše. Rozdala jsem 110 dotazníků a vrátilo se mi jich správně vyplněných a hodnotitelných 95. Návratnost dotazníků byla tudíž 86,4 %.

V dotazníku se nacházejí otázky uzavřené, kde je dán výběr možností, ale také otevřené, kde se nechává prostor pro názor pacienta. Nacházejí se zde i otázky polouzavřené, kde si pacient vybral možnosti, ale mohl dopsat i svůj názor.

Dotazníky jsem rozdala na čtyři standardní interní oddělení. Jedno interní oddělení má kapacitu 30 lůžek. Nacházejí se zde převážně senioři, ale jsou zde hospitalizováni i lidé mladší 65 let.

Dotazníky jsem rozdávala sama, ale někde mi to pomohly rozhodit i zdravotní sestry z daného oddělení. Někteří pacienti sami nebyli ochotni vyplnit dotazník, a proto mi sběr dat trval téměř 3 měsíce.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

7.1 Vyhodnocení dotazníků pomocí grafů

Absolutní četnost = udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost = poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Je vyjádřena procenty.

Počet hodnotitelných dotazníků = 95

OTÁZKY:

1) Jakého jste pohlaví?

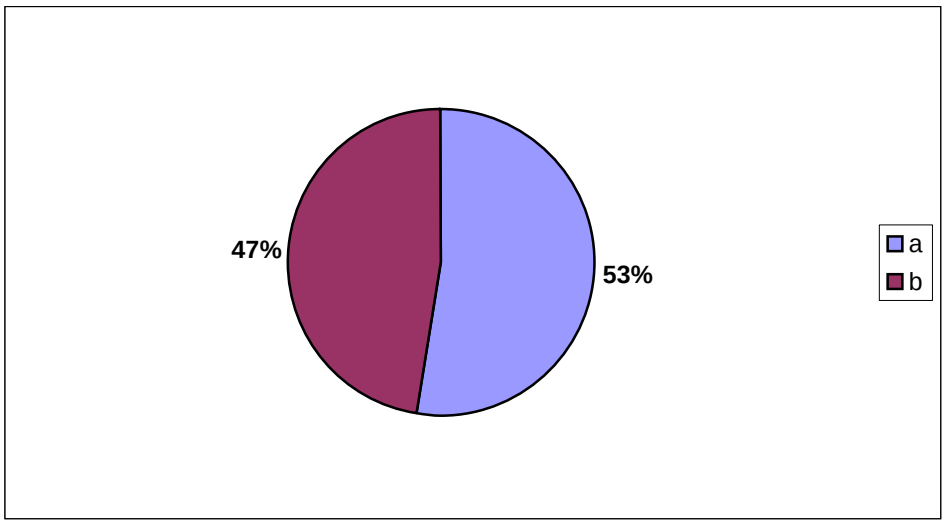
a) muž

b) žena

Tab. 1 Pohlaví

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	50	53 %
b)	45	47 %
Celkem	**95**	**100 %**

Obr. 1 Pohlaví



Poměr respondentů byl téměř vyrovnaný.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

2) Kolik je Vám let?

a) 65 – 70 let

b) 71 – 75 let

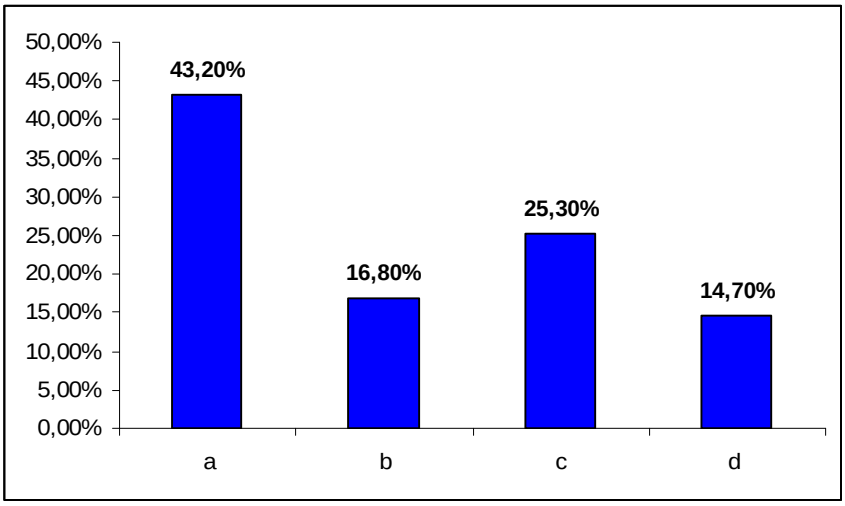
c) 76 – 80 let

d) 81 a více let

Tab. 2 Věk

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	41	43,20 %
b)	16	16,80 %
c)	24	25,30 %
d)	14	14,70 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 2 Věk



Nejčastější věkovou kategorií, která vyplňovala tento dotazník byla věková skupina od 65 let do 70 let. Druhou nejčastější skupinu hospitalizovaných seniorů tvořili nemocní ve věku 76 – 80 let.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

3) Byl/a jste někdy hospitalizován/a na interním oddělení?

a) ano

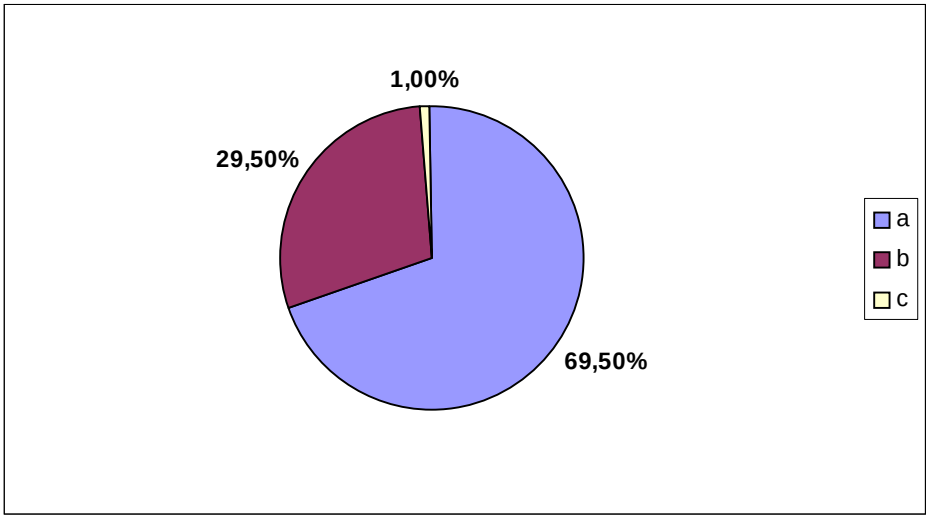
b) ne

c) nevím

Tab. 3 Hospitalizace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	66	69,50 %
b)	28	29,50 %
c)	1	1,00 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 3 Hospitalizace



Téměř dvě třetiny dotazovaných byly již hospitalizována na interním oddělení.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

4) Jak dlouho jste nyní hospitalizován/a?

a) 1 – 3 dny

b) 4 –6 dní

c) 7 – 9 dní

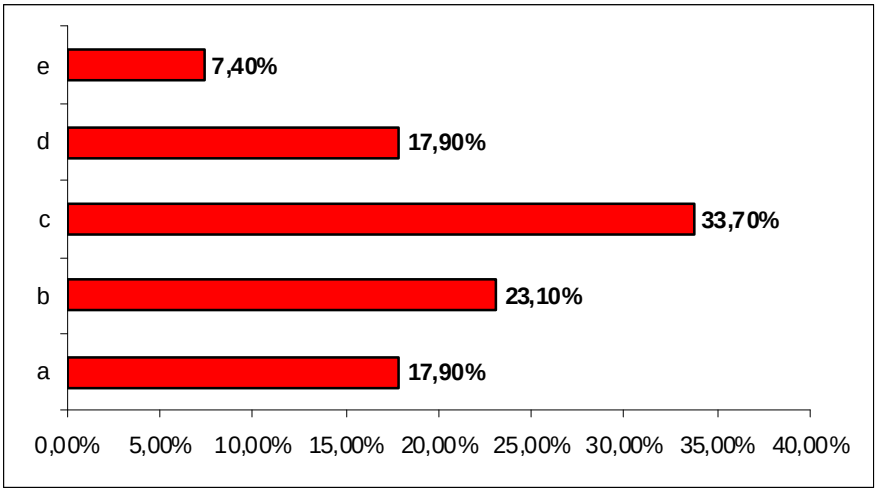
d) 10 – 13 dní

e) 14 a více dní

Tab. 4 Doba hospitalizace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	17	17,90 %
b)	22	23,10 %
c)	32	33,70 %
d)	17	17,90 %
e)	7	7,40 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 4 Doba hospitalizace



Dotazníkem byli osloveni pacienti, kteří byli hospitalizováni v nemocnici různě dlouhou dobu. Nejčastěji se u respondentů objevila délka pobytu v nemocnici 7 – 9 dnů (zhruba týden).

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

5) Za jak dlouho jste si zvykl/a na změnu režimu, změnu prostředí?

a) 1 – 3 dny

b) 4 –6 dní

c) 7 – 9 dní

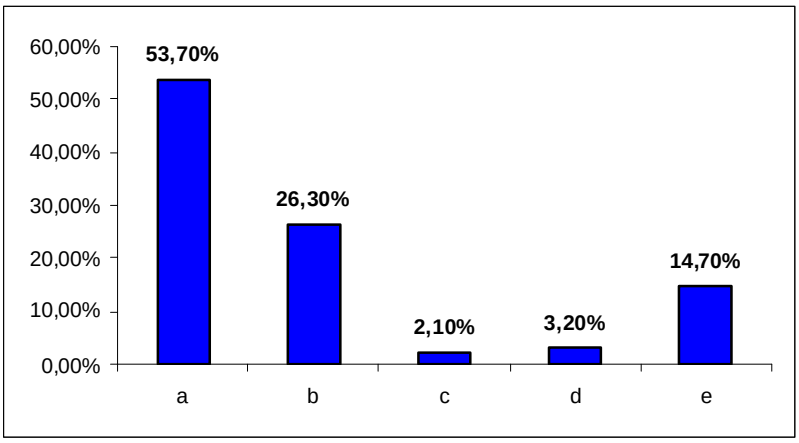
d) 10 a více dní

e) zatím jsem si nezvykl/a

Tab. 5 Změna režimu a prostředí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	51	53,70 %
b)	25	26,30 %
c)	2	2,10 %
d)	3	3,20 %
e)	14	14,70 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 5 Změna režimu a prostředí



Víc než polovina dotazovaných si zvykla na změnu režimu a změnu prostředí do tří dnů. Asi 15 % si na změnu režimu dosud nezvykli.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

6) Jak často za Vámi chodí příbuzní a známí?

a) vůbec

b) 1x – 2x týdně

c) 3x – 4x týdně

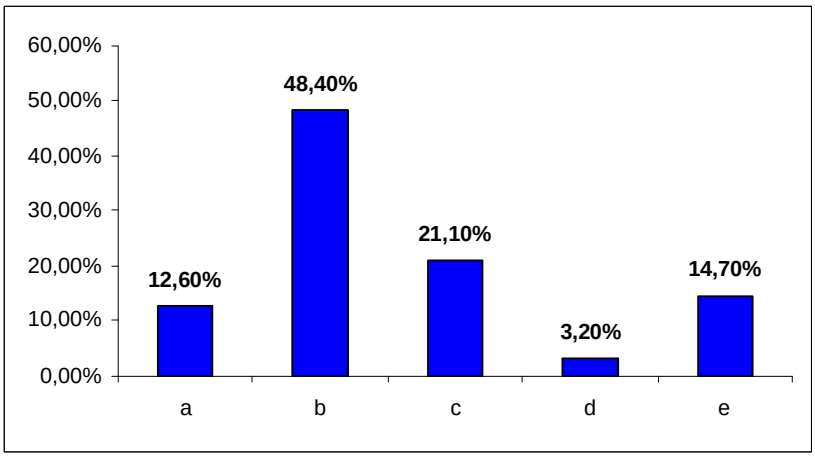
d) 5x – 6x týdně

e) každý den

Tab. 6 Návštěvy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	12	12,60 %
b)	46	48,40 %
c)	20	21,10 %
d)	3	3,20 %
e)	14	14,70 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 6 Návštěvy



Téměř za polovinou oslovených pacientů chodily návštěvy 1x – 2x týdně. Bohužel za 12 % respondentů žádná návštěva nechodila, což je podle mého názoru zejména pro seniory velmi stresující situace.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

7) Uvítal/a byste, kdyby byla možnost návštěv na oddělení delší dobu např. po celý den:

a) denně

b) stačí 1x týdně

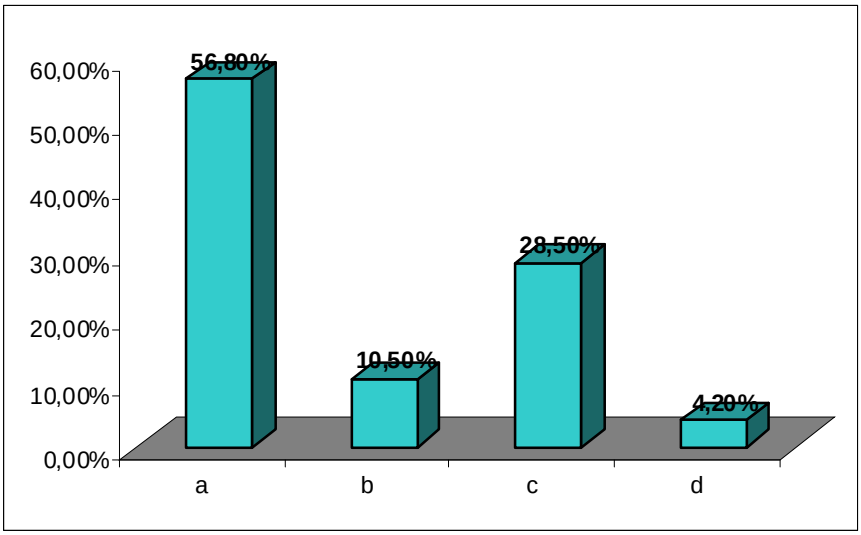
c) stačí 2x týdně

d) stačí víkendy

Tab. 7 Možnost návštěv

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	54	56,80 %
b)	10	10,50 %
c)	27	28,50 %
d)	4	4,20 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 7 Možnost návštěv



Více než polovina dotazovaných pacientů by byla ráda, kdyby mohly návštěvy chodily na delší dobu denně než jak stanoví denní režim pro nemocné na daném oddělení.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

8) Kdo Vám nejvíce pomohl se zorientovat na oddělení? (Možnost více odpovědí)

a) lékař

b) zdravotní sestra

c) ošetřovatelka, sanitárka

d) spolupacienti

e) všichni

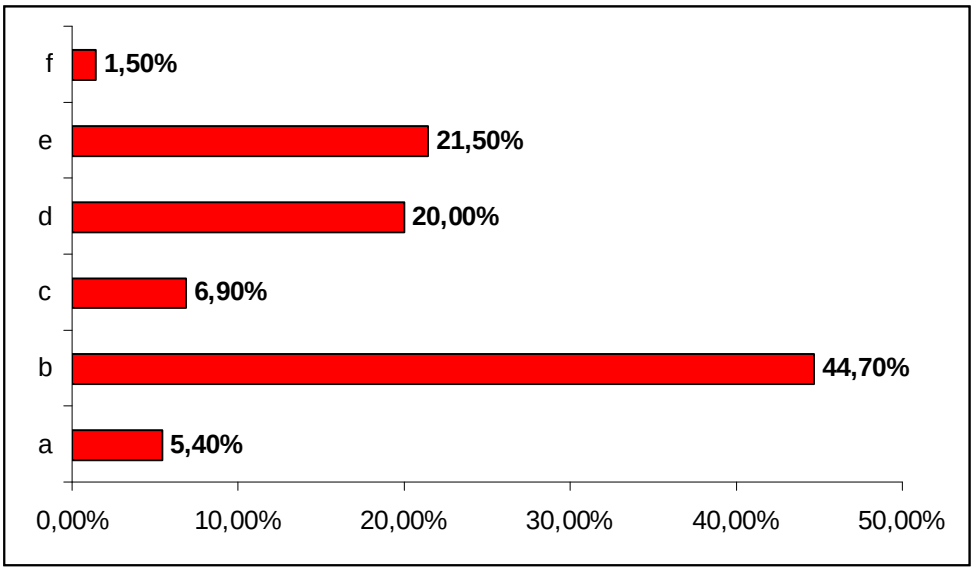
f) nikdo

Tab. 8 Pomoc v orientaci na oddělení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	7	5,40 %
b)	58	44,70 %
c)	9	6,90 %
d)	26	20,00 %
e)	28	21,50 %
f)	2	1,50 %
Celkem	**130**	**100,00 %**

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Obr. 8 Pomoc v orientaci na oddělení



Víc než polovina dotazovaných odpověděla na tuto otázku tak, že jim nejvíce pomohla zdravotní sestra k orientaci na oddělení. Pomoc při první orientaci od všech osob, vyskytujících se na oddělení uvádí jen třetina seniorů, což není dobrá vizitka pro oddělení. Také je zarážející, že se objevují senioři, kterým k orientaci v novém prostředí nepomohl nikdo.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

9) Bylo Vám po přijetí na interní oddělení vysvětleno vše o Vašem zdravotním stavu?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

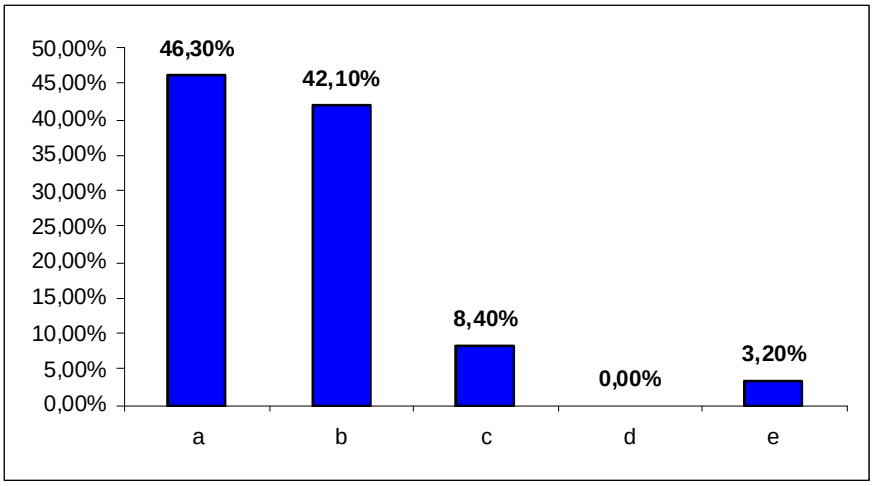
d) ne

e) nevím

Tab. 9 Informace o zdravotním stavu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	44	46,30 %
b)	40	42,10 %
c)	8	8,40 %
d)	0	0,00 %
e)	3	3,20 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 9 Informace o zdravotním stavu



PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Převážné většině pacientů bylo po přijetí na interním oddělení vysvětleno vše o jejich zdravotním stavu.Odpověď *ne* se neobjevila.

10) Setkal/a jste se na oddělení i s negativním přístupem ze strany zdravotnického personálu?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

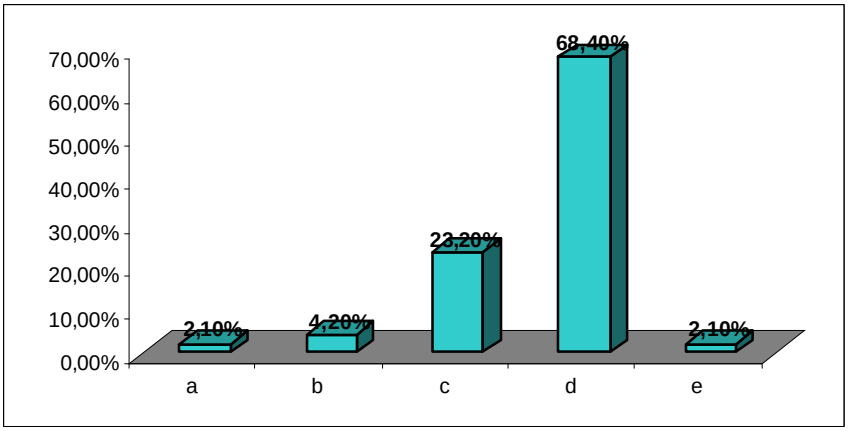
d) ne

e) nevím

Tab. 10 Negativní přístup

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	2	2,10 %
b)	4	4,20 %
c)	22	23,20 %
d)	65	68,40 %
e)	2	2,10 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 10 Negativní přístup



PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Převážná většina dotazovaných se nesetkala s negativním přístupem ze strany zdravotnického personálu.

11) Líbí se Vám nemocniční pokoj?

a) ano

b) spíše ano

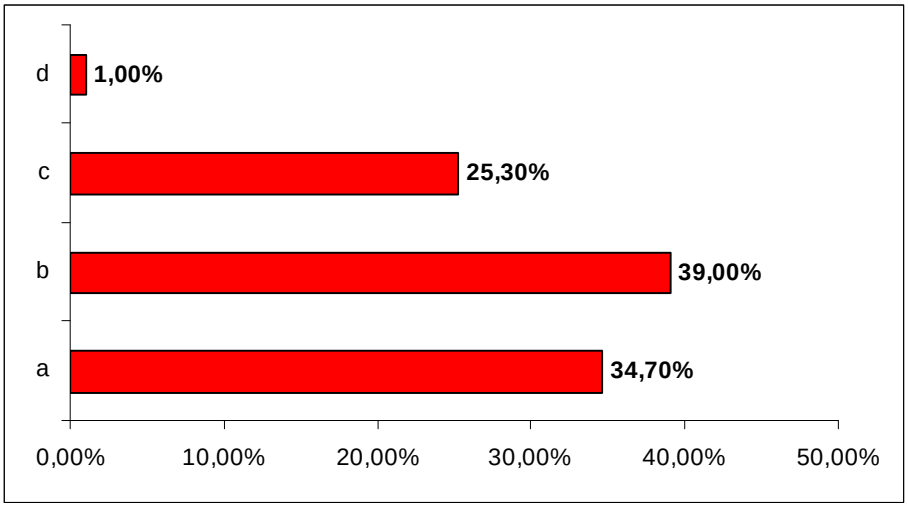
c) spíše ne

d) vůbec ne

Tab. 11 Nemocniční pokoj

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	33	34,70 %
b)	37	39,00 %
c)	24	25,30 %
d)	1	1,00 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 11 Nemocniční pokoj



Větší polovině dotazovaných pacientů se nemocniční pokoj líbil, bohužel téměř třetině dotazovaných se nemocniční pokoj nelíbil a to by měla být pro oddělení výzva ke zlepšení.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

12) Jak je Váš pokoj osvětlen?

a) příliš

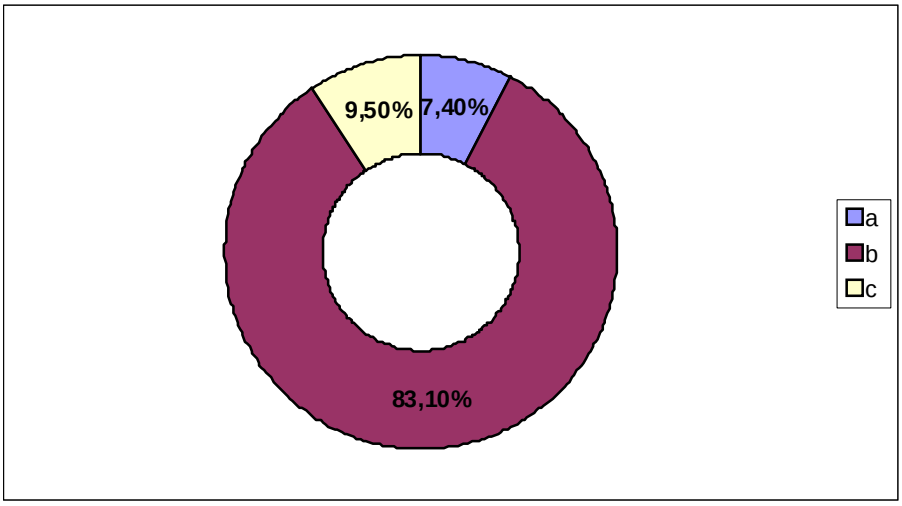
b) dostatečně

c) nedostatečně

Tab. 12 Osvětlení pokoje

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	7	7,40 %
b)	79	83,10 %
c)	9	9,50 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 12 Osvětlení pokoje



Převážná většina dotazovaných na tuto otázku odpověděla, že nemocniční pokoj je dostatečně osvětlen. Nevhodné osvětlení (příliš nebo nedostatečně) uvádí kolem 17 % seniorů. I když to není vysoké procento negativního hodnocení, nemělo by se při dnešních možnostech v osvětlovací technice, ve zdravotnickém zařízení objevit.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

13) Jak hodnotíte čistotu na oddělení?

a) velmi dobře

b) dobře

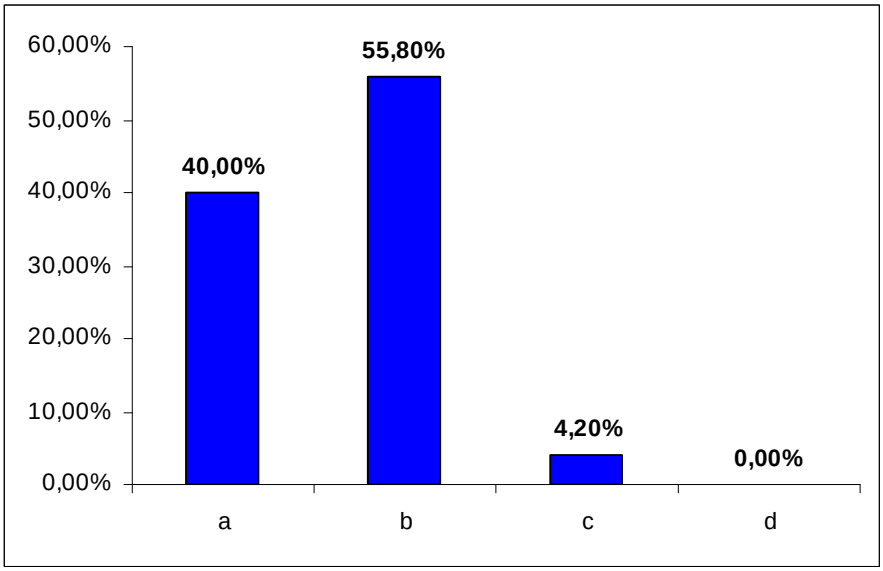
c) uspokojivě

d) neuspokojivě

Tab. 13 Čistota na oddělení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	38	40,00 %
b)	53	55,80 %
c)	4	4,20 %
d)	0	0,00 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 13 Čistota na oddělení



Převážně většina dotazovaných hodnotí čistotu na oddělení kladně.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

14) Je ve Vašem pokoji teplota:

a) příliš velká

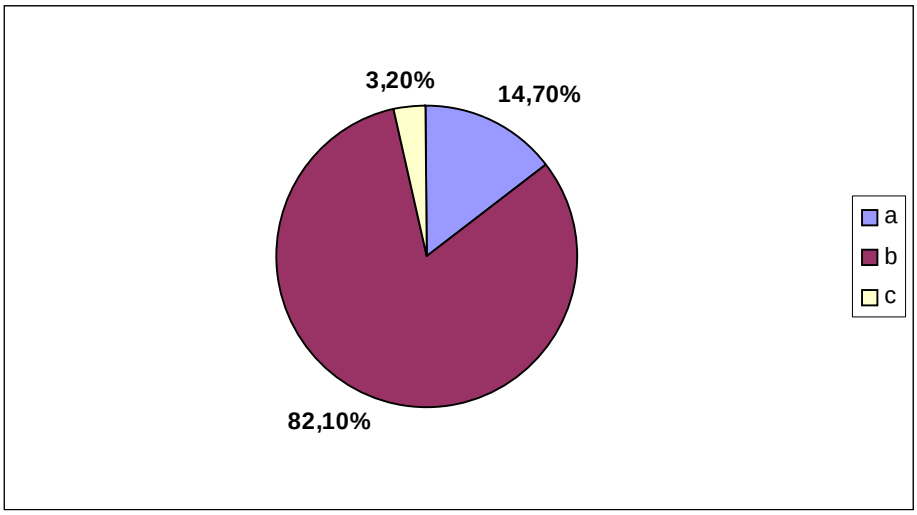
b) dostatečná

c) nedostatečná

Tab. 14 Teplota na pokoji

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	14	14,70 %
b)	78	82,10 %
c)	3	3,20 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 14 Teplota na pokoji



Převážná většina respondentů hodnotí teplotu nemocničního prostředí jako vyhovující.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

15) Pociťujete, že na oddělení a na Vašem pokoji je hluk:

a) příliš velký

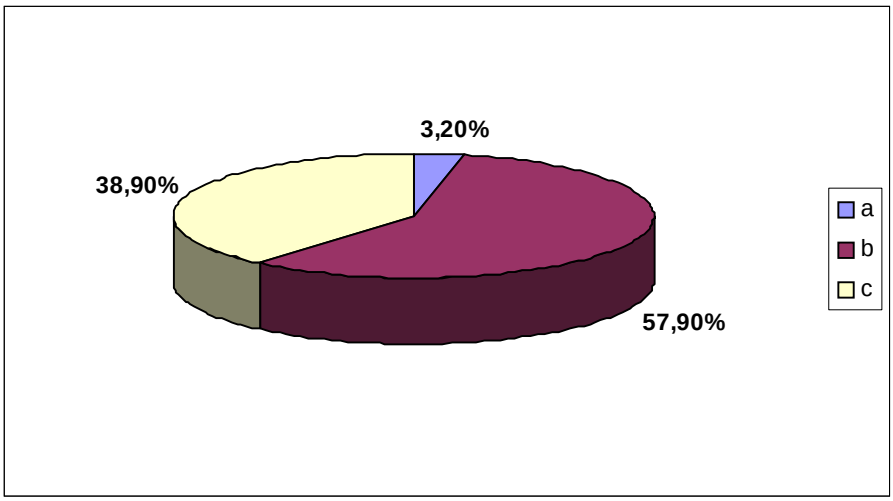
b) menší

c) žádný

Tab. 15 Hluk na pokoji

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	3	3,20 %
b)	55	57,90 %
c)	37	38,90 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 15 Hluk na pokoji



Na tuto otázku odpověděla větší polovina dotazovaných tak, že na pokoji a na oddělení je menší hluk. Necelá polovina nepociťuje na oddělení žádný hluk.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

16) Vyhovuje Vám denní režim na oddělení?

a) ano

b) spíše ano

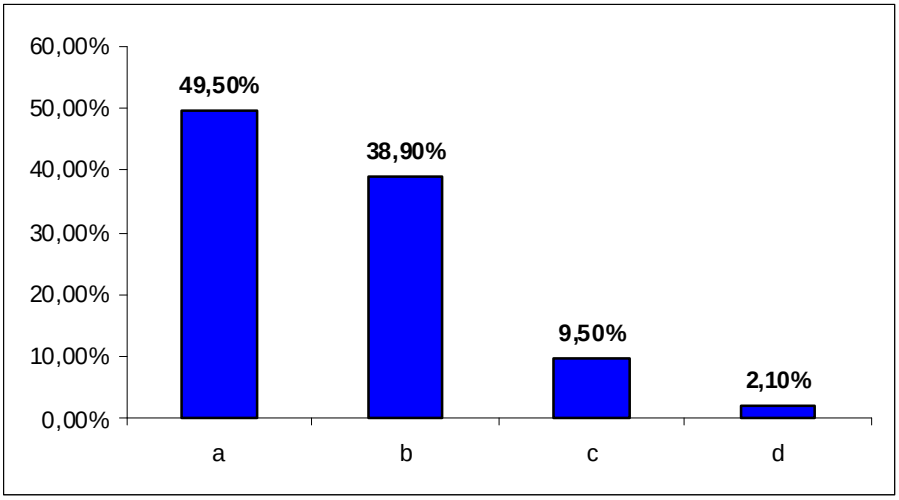
c) spíše ne

d) ne

Tab. 16 Denní režim

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	47	49,50 %
b)	37	38,90 %
c)	9	9,50 %
d)	2	2,10 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 16 Denní režim



Téměř většině dotazovaným vyhovuje denní režim na oddělení, jen necelým 10 % režim na oddělení nevyhovoval.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

17) Pokud ne, k čemu máte připomínky? (Doplňte)

Tato otázka se vztahovala k předešlé otázce, na kterou měli odpovědět ti, co zaškrtli možnosti *spíše ne* a *ne*.

Na tuto otázku odpovědělo 11 dotazovaných, což je 11, 60 %.

Nejčastější odpovědi, které se shodovaly byly:

- brzké vstávání

- málo soukromí

- pozdní snídaně

- stále někdo chodí na pokoj

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

18) Vyhovuje Vám nemocniční strava?

a) ano

b) spíše ano

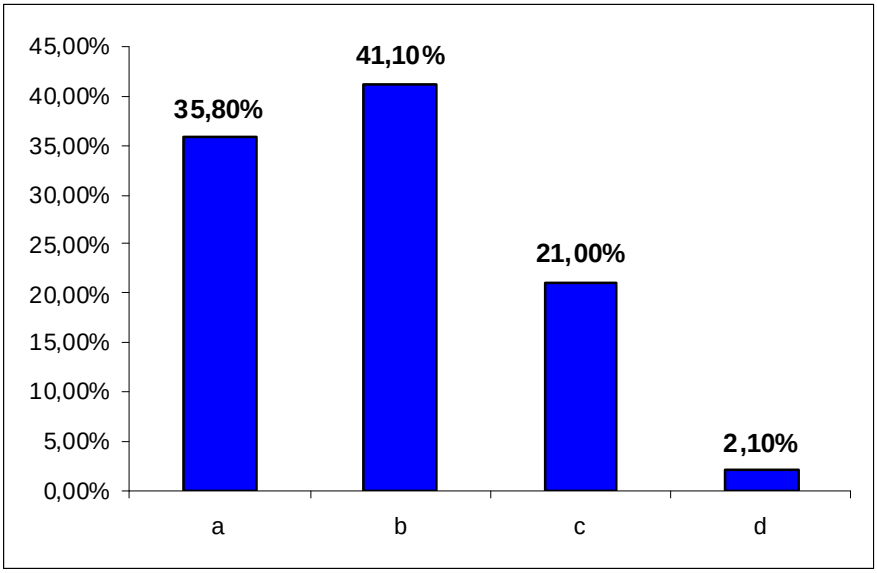
c) spíše ne

d) ne

Tab. 17 Nemocniční strava

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	34	35,80 %
b)	39	41,10 %
c)	20	21,00 %
d)	2	2,10 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 17 Nemocniční strava



PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Téměř tři čtvrtiny dotazovaných odpověděli tak, že jim nemocniční strava vyhovuje. Jedné čtvrtině seniorů strava spíše nevyhovuje, je však možné, že to může být ovlivněno druhem dietního onemocnění s ohledem na diagnózu.

19) Máte problémy se spánkem?

a) ano

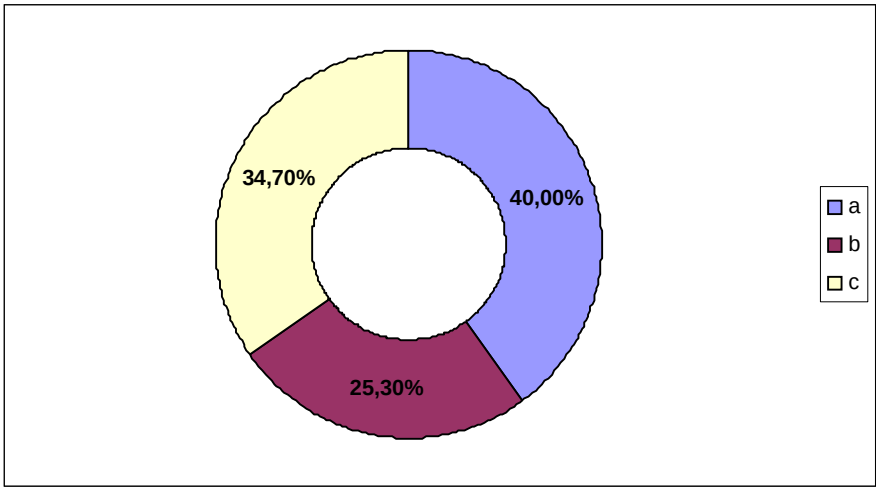
b) ne

c) občas

Tab. 18 Problémy se spánkem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	38	40,00 %
b)	24	25,30 %
c)	33	34,70 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 18 Problémy se spánkem



Necelá polovina dotazovaných měla problémy se spaním a jedna čtvrtina měla problémy se spaním občas. To že bezproblémový spánek měla jen čtvrtina klientů je jistě výzva ke zlepšení podmínek na spaní.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

20) Pokud ano, jaké jsou důvody Vaší nespavosti? (Možnost více odpovědí)

a) nepohodlná matrace

b) ruch na oddělení

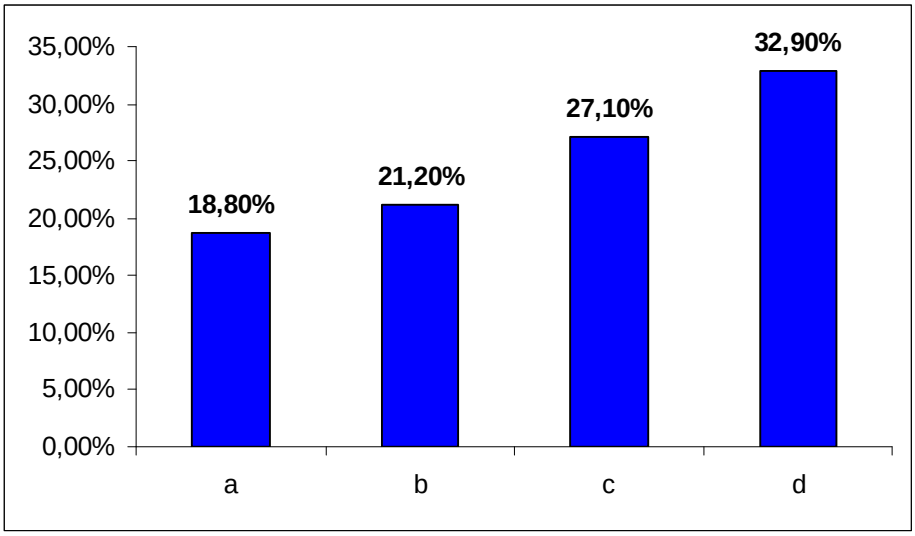
c) spolupacienti

d) jiné (doplňte)

Tab. 19 Důvody nespavosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	16	18,80 %
b)	18	21,20 %
c)	23	27,10 %
d)	28	32,90 %
Celkem	**85**	**100,00 %**

Obr. 19 Důvody nespavosti



Za nespavost pacientů mohli různé příčiny. Nejčastěji to byli spolupacienti a jejich chrápání, změna prostředí, zdravotní problémy provázející bolestí. Tyto odpovědi byli nejčastější

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

v možnosti otázek *jiné*. Také se na nespavosti podílí, i když v menší míře, nepohodlná matrace a ruch na oddělení.

21) Pokud se Vaše nespavost upravila, tak za jak dlouho?

a) 1 – 3 dny

b) 4 –6 dní

c) 7 – 9 dní

d) 10 – 13 dní

e) 14 a více dní

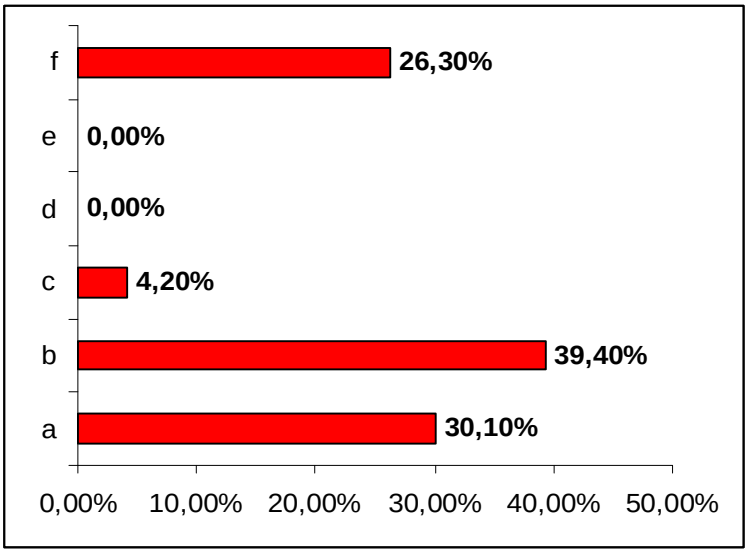
f) nespavost se neupravila

Tab. 20 Úprava nespavosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	22	30,10 %
b)	28	39,40 %
c)	3	4,20 %
d)	0	0,00 %
e)	0	0.00 %
f)	18	26,30 %
Celkem	**71**	**100,00 %**

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Obr. 20 Úprava nespavosti



Na tuto otázku odpovídali ti, co trpěli nespavosti stále nebo jen občas. Doba upravení byla různě dlouhá. U necelé třetiny respondentů se ale bohužel neupravila.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

22) Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu?

a) kladně

b) spíše kladně

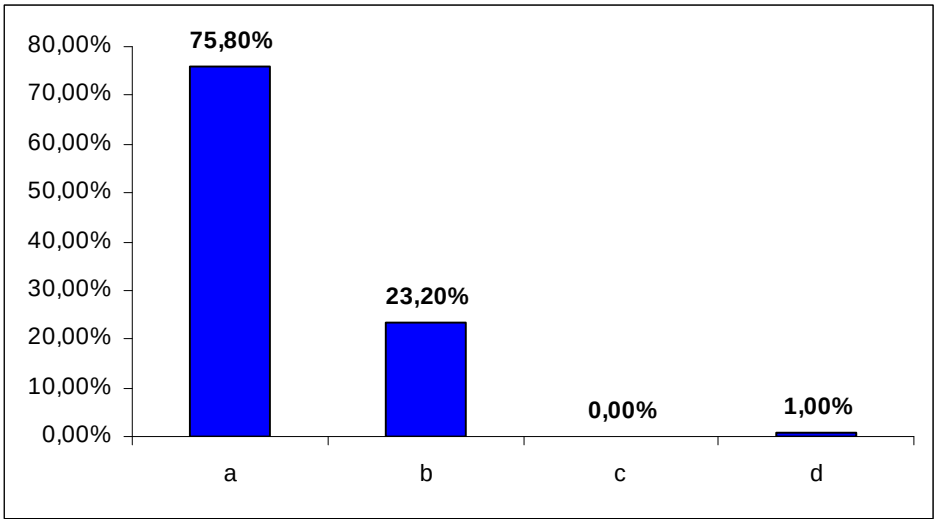
c) spíše záporně

d) záporně

Tab. 21 Přístup zdravotnického personálu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	72	75,80 %
b)	22	23,20 %
c)	0	0,00 %
d)	1	1,00 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 21 Přístup zdravotnického personálu



Převážná většina dotazovaných hodnotila přístup zdravotnického personálu kladně.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

23) Máte na oddělení dostatek soukromí?

a) ano

b) spíše ano

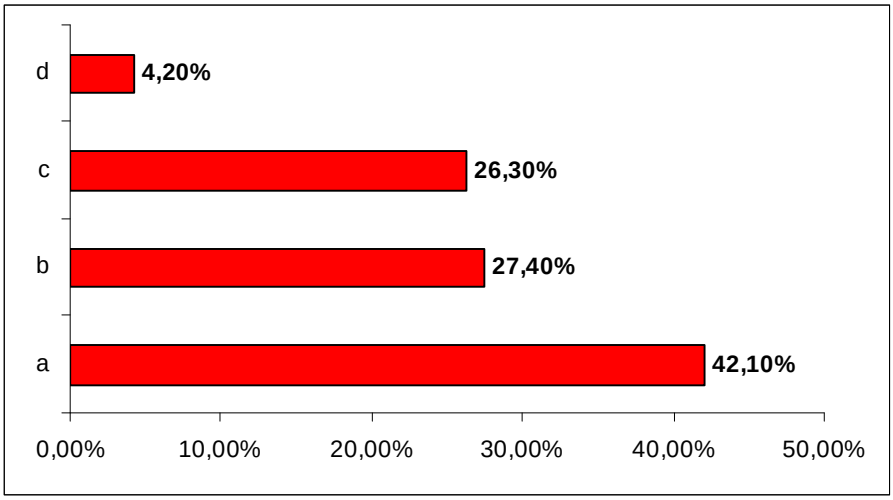
c) spíše ne

d) ne

Tab. 22 Soukromí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	40	42,10 %
b)	26	27,40 %
c)	25	26,30 %
d)	4	4,20 %
Celkem	**95**	**100,00 %**

Obr. 22 Soukromí



Větší polovina dotazovaných pociťovala, že na oddělení má dostatek soukromí. Větší třetina ale pociťovala, že má soukromí nedostatek.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

24) Pokud ne, vadí Vám to:

a) velmi

b) středně

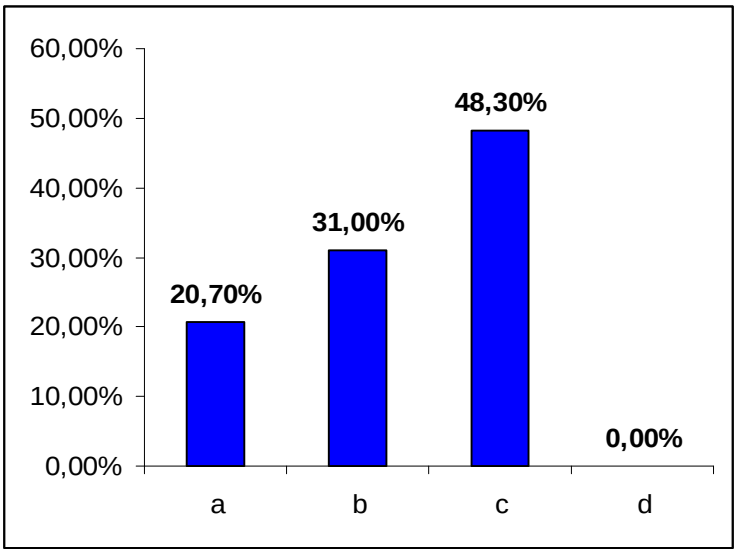
c) trochu

d) vůbec

Tab. 23 Nedostatek soukromí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	6	20,70 %
b)	9	31,00 %
c)	14	48,30 %
d)	0	0,00 %
Celkem	**29**	**100,00 %**

Obr. 23 Nedostatek soukromí



Na tuto otázku odpovídali ti, co si vybrali v předešlé otázce možnosti *spíše ne* a *ne*. Dotazovaným vadil nedostatek soukromí trochu a středně, ale byli zde i dotazovaní, kterým to vadilo velmi, ale byla to menšina.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

25) Co by se podle Vás, mělo zlepšit v nemocničním prostředí? (Doplňte)

Na tuto otázku mi odpovědělo 49 dotazovaných respondentů, což činí 51,60 %.

Nejčastější odpovědi, které se shodovaly, byly:

- lepší strava – více zeleniny a ovoce
- odstranit pachy z termoobalů na jídlo
- aby se lékaři a sestry konečně naučili pacienta poslouchat
- dát na pokoje televize
- stát by měl více investovat do zdravotnictví – nákup nových stolků, židlí, polohovacích postelí, noční osvětlení na pokojích
- podávat více informací o vyšetřeních, o zdravotním stavu
- zajistit ucpávky do uší proti chrápání spolupacientů
- zachovávat intimitu
- zútulnit prostředí na oddělení a na pokojích
- umožnit návštěvy i mimo návštěvní hodiny
- zmírnit vulgaritu sester
- více komunikovat s pacienty
- zlepšit přístup lékařů k sestrám (povrchní jednání)

Bylo zde ovšem i 7 respondentů,což činí 9, 10 %, kteří byli spokojeni a nic by na nemocničním prostředí neměnili

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

7.2 Vyhodnocení cílů a hypotéz

Vyhodnocení cílů:

1. Cíl: Zjistit faktory, které pozitivně a negativně ovlivňují adaptaci seniorů na nemocniční prostředí.

Zjistila jsem, že mezi pozitivní faktory, které ovlivňují adaptaci seniorů na nemocniční prostředí patří na prvním místě kladný přístup zdravotnického personálu k pacientům. Zdravotnický personál také byl u většiny dotazovaných na prvním místě těch, kteří pomáhali pacientům se zorientovat na oddělení. Byly to hlavně zdravotní sestry, které pomáhaly pacientům při orientaci na oddělení.

Zjistila jsem, že mezi negativní faktory, které působí na horší adaptaci seniorů na nemocniční prostředí patří nedostatek soukromí, problémy se spánkem a také nevyhovující nemocniční strava (zejména nedostatek zeleniny a ovoce). *Cíl byl splněn.*

2. Cíl: Zjistit rozdíl mezi adaptabilitou seniorů žen a mužů.

Zjistila jsem, že muži a ženy se adaptují na nemocniční prostředí individuálně. Žádné podstatné rozdíly v délce adaptace nejsou. *Cíl byl splněn.*

3. Cíl: Zjistit dobu potřebnou k adaptaci seniorů na nemocniční prostředí.

Zjistila jsem že většina seniorů je zadaptována na nemocniční prostředí do 6 dnů, což mě mile překvapilo a přisuzuji tuto rychlou adaptaci zdravotnickému personálu, hlavě zdravotním sestrám, které pozitivně působily na pacienty a pomáhaly jim s orientací na oddělení. *Cíl byl splněn.*

4. Cíl: Zjistit na co se senioři v nemocničním prostředí nejhůře adaptují.

Zjistila jsem, že se senioři nejhůře adaptují na ztrátu soukromí a nemocniční stravu. Velkým negativem jsou i problémy se spánkem a nedostatečný kontakt s příbuznými a známými. *Cíl byl splněn.*

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Vyhodnocení hypotéz:

1. Předpokládám, že kladný přístup zdravotnického personálu budou senioři uvádět na předním místě pozitivních faktorů ovlivňujících jejich dobrou adaptaci.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku číslo 8, 10 a 22.

Otázky:

8. Kdo Vám nejvíce pomohl se zorientovat na oddělení?

10. Setkal/a jste se zde na oddělení i s negativním přístupem ze strany zdravotnického personálu?

22. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu?

Na otázku číslo 8 odpovědělo 58 respondentů, že jim nejvíce pomohly k orientaci na oddělení zdravotní sestry a 9 respondentů odpovědělo, že jim pomohly v orientaci na oddělení ošetřovatelky a sanitárky. Tento zdravotnický personál je tedy na prvním místě, kdo pacienta seznámí s oddělením.

Na otázku číslo 10 odpovědělo 65 respondentů, že se nesetkali s negativním přístupem ze strany zdravotnického personálu a 22 respondentů odpovědělo, že se spíše nesetkali s negativním přístupem ze strany zdravotnického personálu. Celkem 87 respondentů se nesetkalo s negativním přístupem ze strany zdravotnického personálu.

Na otázku 22 odpovědělo 72 respondentů, že hodnotí přístup zdravotnického personálu kladně a 22 respondentů odpovědělo, že hodnotí přístup zdravotnického personálu spíše kladně. Takže 94 respondentů z celkového počtu 95 respondentů hodnotí přístup zdravotnického personálu kladně.

Z těchto údajů vyplývá, že zdravotnický personál je hodnocen pacienty kladně a působí pozitivně na dobrou adaptaci seniorů v nemocničním prostředí. ***Tato hypotéza se potvrdila.***

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

2. Předpokládám, že senioři, kteří jsou přijati na interním oddělení opakovaně se lépe adaptují než senioři, kteří jsou přijati na interním oddělení poprvé.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku číslo 3 a 5.

Otázky:

3. Byl/a jste už někdy hospitalizován/a na interním oddělení?

5. Za jak dlouho jste si zvykl/a na změnu denního režimu, změnu prostředí?

Na otázku číslo 3 odpovědělo 66 respondentů, že již byli hospitalizováni na interním oddělení a 28 respondentů odpovědělo, že dosud na interním oddělení hospitalizován nebyli.

Na otázku číslo 5 odpověděli respondenti různě, ale těch 66 pacientů, kteří již byli hospitalizováni na interním oddělení si zvyklo na změnu denního režimu a změnu prostředí do tří dnů a z toho 15 respondentů do šesti dnů. Respondenti, kteří nebyli doposud na interním oddělení si zvykli až za delší dobu, která byla delší než tři dny.

Z těchto údajů vyplývá, že senioři, kteří již byli hospitalizováni si zvykli na změnu režimu a prostředí rychleji, než senioři, kteří byli přijatí poprvé na interní oddělení. ***Tato hypotéza se potvrdila.***

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

3. Předpokládám, že ženy se adaptují na nemocniční prostředí rychleji než muži.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku číslo 1 a 5.

Otázky:

1. Jakého jste pohlaví?

5. Za jak dlouho jste si zvykl/a na změnu denního režimu, změnu prostředí?

Na otázku číslo 1 mi odpovědělo 50 mužů a 45 žen. Každý člověk je individuální, a to se mi potvrdilo i zde. Každý muž i žena odpovídali různě. Záleželo na mnoha faktorech např. zda již byli hospitalizováni.

Tab. 24 Rozdíl mezi rychlostí adaptace mezi muži a ženami

Doba adaptace	**Muž**	**Žena**
1 – 3 dny	**26**	**25**
4 –6 dní	**18**	**7**
7 – 9 dní	**1**	**1**
10 a více dní	**1**	**2**
Zatím jsem si nezvykl/a	**4**	**10**
Celkem	**50 respondentů**	**45 respondentek**

Z této tabulky vyplývá, že muži i ženy se na nemocniční prostředí adaptují téměř stejně rychle. ***Hypotéza se částečně potvrdila***.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

4. Předpokládám, že průměrná doba adaptace seniora na hospitalizaci je minimálně jeden týden.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku číslo 5.

Otázka:

5. Za jak dlouho jste si zvykl/a na změnu denního režimu, změnu prostředí?

Odpovědi na tuto otázku mne překvapily, jelikož 51 respondentů bylo adaptováno na změnu režimu a prostředí již do tří dnů a 25 respondentů bylo zadaptováno do šesti dnů hospitalizace. Je to tedy většina dotazovaných. Toto překvapivé zjištění mne potěšil. Domnívám se že za relativně krátkou dobu adaptace seniorů může i kladný přístup personálu. ***Hypotéza se nepotvrdila.***

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

5. Domnívám se, že se u více než 25 % seniorů objeví negativní hodnocení na ztrátu soukromí.

K této hypotéze se vztahovaly otázky z dotazníku číslo 23 a 24.

Otázky:

23. Máte na oddělení dostatek soukromí?

24. Pokud ne, vadí vám to?

Na otázku 23 odpovědělo 25 respondentů, že na oddělení spíše nemají soukromí a 4 respondenti odpověděli, že určitě nemají soukromí na oddělení. Dohromady 29 respondentů, nebo-li 30,50 % respondentů, neměli dostatek soukromí na oddělení. ***Hypotéza se potvrdila.***

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

6. Domnívám se, že více než polovina seniorů bude nespokojených s nemocniční stravou a bude mít problémy se spánkem.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku číslo18 a 19.

Otázky:

18. Vyhovuje Vám nemocniční strava?

19. Máte problémy se spánkem?

Na otázku 18 mi odpovědělo 22 respondentů, že jim nemocniční strava spíše nevyhovuje a 2 respondenti odpověděli, že jim vůbec nevyhovuje. Těmto respondentům chyběla ve stavě zelenina a ovoce. Dohromady tedy 24 respondentům nevyhovovala nemocniční strava, což činí 23,10 % respondentů. ***Hypotéza se nepotvrdila.***

Na otázku 19 mi odpovědělo 38 respondentů, že mají problémy se spánek a 33 respondentů odpovědělo, že mají se spánkem problémy občas. Většina těchto dotazovaných respondentů měla problémy se spánkem z důvodu, že spolupacienti na pokoji chrápali, ale také na ně působila změna prostředí. Dohromady tedy 71 respondentů mělo určité problémy se spánkem, což činí 73,10 % respondentů. ***Hypotéza se potvrdila.***

Celkově se hypotéza částečně potvrdila.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

7. Domnívám se, že více než 50 % seniorů vadí nedostatek kontaktu s příbuznými a uvítali by možnost návštěv každý den.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku číslo 6 a 7.

Otázky:

6. Jak často za Vámi chodí příbuzní a známí?

7. Uvítal/a byste, kdyby byla možnost návštěv na oddělení delší dobu např. po celý den?

Za převážnou většinou respondentů chodily návštěvy alespoň 2x týdně, ale bylo zde i 12 respondentů, za kterými nechodily návštěvy vůbec. 54 respondentů by uvítalo možnost návštěv po celý den denně, což činí 56,80 % respondentů. ***Hypotéza se potvrdila***.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

7.3 Praktické využití poznatků šetření v praxi

Nejčastější negativní poznatky vyplývající z dotazníkového šetření:

- nedostatek soukromí

- problémy se spánkem

- nevyhovující nemocniční strava (nedostatek ovoce a zeleniny)

- brzké vstávání a ruch na oddělení

- nedostatek informací o vyšetřeních, o zdravotním stavu

- umožnit návštěvy i mimo návštěvní hodiny

Přímé názory respondentů:

- stále někdo chodí na pokoj

- aby se lékaři a sestry konečně naučili pacienta poslouchat

- dát na pokoje televize

- stát by měl více investovat do zdravotnictví – nákup nových stolků, židlí, polohovacích postelí, noční osvětlení na pokojích

- zajistit ucpávky do uší proti chrápání spolupacientů

- zútulnit prostředí na oddělení a na pokojích

- umožnit návštěvy i mimo určené návštěvní hodiny (možnost návštěv každý den)

- zmírnit vulgaritu sester

- více komunikovat s pacienty

- zlepšit přístup lékařů k sestrám (povrchní jednání)

Intimita

V nemocničním prostředí, na oddělení a na pokojích se dá toho mnoho vylepšit a změnit. Ovšem i přístup zdravotnického personálu v určitých oblastech by se měl změnit. Samotný zdravotnický personál by se měl zamyslet nad tím, jak by se oni sami cítili, kdyby na sobě měli tzv. andílka, ve kterém jde vidět pozadí pacienta? Proč dávat chodícímu a

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

soběstačnému pacientovi tohoto andílka? Jak by bylo samotným zdravotníkům, kdyby oni sami byli pacienty a při hygieně by byli nazí před ostatními spolupacienty? Tyto všechny aspekty se týkají jediné věci a to intimity. Intimita je velmi osobní záležitost a každý by si ji chtěl zachovat. Myslím si, že to není takový problém zachovat intimitu klienta.

Stačí např., když při hygieně dáme mezi klienty plentu. Nebo alespoň necháme na pacientovi přikrývku na intimních místech, když bude ležící. Chodícím pacientům dávat košile a ne andílky. Musíme naslouchat pacienta, jak on sám je zvyklý a jak by to on sám provedl, aby si zachoval intimitu.

Problémy se spánkem

V dotazníku se objevovalo stále jedno negativum a to byly problémy se spánkem z důvodu chrápání spolupacientů. Zde u tohoto problému je možnost vyřešení a to je zakoupení ušních ucpávek. Tuto možnost řešení psali i samotní respondenti.

Nemocniční strava

Respondenti byli nespokojeni u nemocniční stravy pouze s jednou věcí a to s nedostatkem zeleniny a ovoce. Oddělení počítá s tím, že si toto klienti zakoupí sami nebo je zásobují příbuzní. Bylo by však třeba, aby tuto informaci personál pacientům eventuálně příbuzným předat. Jedna možnost by byla, kdyby pacienti si sami nakoupili to co mají rádi a co jim vyhovuje. Druhá možnost by byla, aby se přidaly finance ve zdravotnictví i na stravování. Poté by byla možnost podávání více zeleniny a ovoce. Ovšem toto nespadá do kompetence zdravotnického personálu.

Komunikace zdravotníku mezi sebou a s pacientem

Komunikace.To je stálý problém a nejen ve zdravotnictví. Respondenti psali do dotazníku taková negativa, že zdravotníci, ať je to lékař nebo zdravotní sestra, málo komunikují s pacientem, ale i mezi sebou. Pacienti mají nedostatek informací o vyšetřeních a občas i o vlastním zdravotním stavu.

K tomuto problému je velice jednoduché řešení a to je komunikovat. Dozvídat se samotné problémy, které tíží pacienta. Vždyť nám jde o jeho blaho a zdraví. K tomu má personál dostatek příležitostí např. u ranní hygieny, nebo kdykoliv jak má chvíli čas. Odpovědět pacientovi na otázky, které ho zajímají. Ptát se na jeho pocity před vyšetřením a vysvětlit mu v čem určité vyšetření spočívá. Umožnit mu rozhovor s lékařem, pokud si to bude přát.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Ovšem je třeba ovládat profesionální komunikaci. Objevovaly se v dotazníku i ohlasy na to, že některé sestry mluví vulgárně a to je velmi neprofesionální. Tyto sestry by se měly nad sebou zamyslet, proč tak mluví a hlavně proč takto mluví před pacienty. Je to o sebeovládání a o morálce dané zdravotní sestry.

Komunikace mezi lékařem a sestrou byla vždy problémem. Lékař je stále prán jako nadřízený, ale měl by to být správně vztah společníků na stejné úrovni. To ovšem neplatí všude a je to velká chyba. Jelikož lékař se chová většinou k sestrám nadřazeně. Proto by se i samotný lékař měl zamyslet jak se chová a zda by zvládl to co zdravotní sestra. Vždyť sestra je více v kontaktu s pacientem než lékař a může se přes zdravotní sestru dozvědět mnoho informací, které by on sám nevěděl. Je to v osobnosti člověka a jeho profesionální výchově včetně zkušeností.

Návštěvy a návštěvní hodiny

Respondenti uváděli v dotazníku, že by uvítali možnost návštěv každý den a po celý den. Je to myšleno tak, že pacienti mají příbuzné a známé např. v práci v té době, kdy jsou na oddělení návštěvní hodiny. Proto za nimi chodí méně často a jen na chvíli. To moc pacientům nepomůže ke zlepšení zdraví a nepodpoří to ani psychickou stránku, pokud byli na ně zvyklí každý den a teď je vidí možná 2x za týden. Proto by můj návrh k řešení tohoto problému spočíval v tom, aby nebyla až tak striktně dodržovány tzv. návštěvní hodiny. Aby mohli příbuzní a známí přijít na návštěvu během dne např. do 19 hodin po odpoledním klidu. Určitě by to potěšilo jak pacienty, tak i příbuzné.

Tyto problémy se v průzkumu jevily jako nejdůležitější. Navrhla jsem zde řešení, která by se podle mého názoru dala na standardních interních ošetřovacích jednotkách realizovat.

Další negativa, které respondenti uváděli spočívaly převážně v modernizaci a v zútulnění nemocničního oddělení a pokojů. Tyto řešení bohužel nespočívají v kompetenci zdravotníků, jelikož jsou zde důležité finance. Finance by pomohly např. ke koupi nového nábytku, nočního osvětlení, vymalování pokojů jinou než-li bílou barvou a všeobecně k modernizaci nemocničního prostředí a oddělení.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

7.4 Využití mé bakalářské práce

Můj návrh k využití této bakalářské práce – nabídnout k dispozici svou bakalářskou práci vrchním a staničním sestrám na interních odděleních (standardní ošetřovací jednotky). Řada odpovědí pacientů jistě stojí za zamyšlení. Seznámily by se s negativními poznatky např. co chybí a co nevyhovuje pacientům na oddělení. Mohly by využít již zjištěných poznatků a eventuálně použít již navrhnutá řešení v praxi. Předpokládám, že vedoucí pracovník většinou uvítá nové informace a návrhy na řešení.

Také bych nabídla bakalářskou práci k dispozici do nemocničních knihoven, kdyby se o touto problematikou zabývala i jiná pracoviště nemocnic, než-li interní oddělení.

Vhodné by bylo nabídnout bakalářskou práci do knihoven SZŠ, aby i studenti viděli, na co se hospitalizovaní senioři špatně adaptuji a na co si mají dát pozor, při jejich ošetřování.

Mne osobně bakalářská práce poskytla mnoho informací o specificích seniorů, ale také o jejich prožívání a pocitech, jaké mají při hospitalizaci. Poznatky ze šetření pro mě jsou a budou návodem jak se chovat a jak při ošetřování k seniorům přistupovat. Vždy je třeba myslet na to, že je každý senior člověk, který má právo na vysoce kvalitní a individuální poskytování péče při hospitalizaci.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

ZÁVĚR

Svou bakalářskou práci s názvem „Adaptace nemocného člověka na nemocniční prostředí (senioři).“, jsem si zvolila jelikož mě baví práce se seniory a chtěla jsem se dozvědět jak prožívají hospitalizaci v nemocnici. Jak na ně působí nemocniční prostředí. Co jim vyhovuje a co jim naopak nevyhovuje na nemocničním prostředí. Také mne zajímalo k jakým konkrétním změnám ve stáří dochází a jak tyto změny souvisí se schopností adaptace na neznámé prostředí.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části. Část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části jsem psala všeobecně o období stáří a o změnách, ke kterým v tomto období dochází. Na tyto změny se musí při ošetřování nemocných seniorů myslet, aby poskytnutá péče byla správně provedená.

V praktické části jsem prováděla analýzu dotazníků. Dotazníky byly rozdány na standardní interní oddělení, kde je vyplňovali senioři od 65 let nahoru. Rozdávala jsem je sama, ale na některých odděleních mi pomohly zdravotní sestry. Pacienti byli vstřícní, ale byli i takoví, kteří odmítali dotazník vyplnit, proto mi sběr dat trval 3 měsíce.

Z odpovědí respondentů jsem zjistila mnoho informací. Některé se daly očekávat a jiné byly překvapující.

V dotaznících mi mnoho respondentů psalo, co by změnili na nemocničním prostředí. Nejčastěji se zde objevovala nespokojenost s nemocniční stravou, nedostatkem soukromí, nedostatečnou komunikací mezi klienty a zdravotníky. Většina respondentů měla problémy se spánkem, z důvodu změny prostředí a chrápání spolupacientů na pokoji. Poprvé mi to přišlo humorné, ale jak jsem se nad tím zamyslela, tak je to opravdu nepříjemný problém. Tyto negativa jsem očekával.

Co mě překvapilo bylo to, že se většina seniorů zadaptovala na změnu prostředí za celkem krátkou dobu. Většinou do tří, nebo šesti dní. Tuto schopnost rychlé adaptace přisuzuji jak zdravotnickému personálu a jeho pozitivního přístupu k pacientům, tak i samotným hospitalizovaným seniorům.

Z celkového počtu sedmi hypotéz se mi potvrdily zcela čtyř hypotézy a dvě se mi potvrdily pouze z části. Jedna hypotéza se mi nepotvrdila vůbec.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Díky tomuto výzkumu a bakalářské práci jsem dospěla k jednomu závěru. Senioři jsou lidé, kteří mají mnoho prožitého v životě a mají tzv. životní moudro. Proto bychom si seniorů měli vážit a chovat se k nim s úctou. Při ošetřování myslet na změny ke kterým dochází v období stáří a postupovat individuálně ke každému nemocnému seniorovi. Naslouchat jeho potřebám, které jsou jiné v nemoci a jiné ve zdraví.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] BÁRTLOVÁ, S, SADÍLEK, P, TÓTHOVÁ, V.*Výzkum a ošetřovatelství.* 1. vyd. Brno NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-x-.

[2] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 2. vyd. Brno NCO NZO, 2004. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.

[3] HAMILTON S., I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319s. ISBN 80-7178-274-2.

[4] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 10: Manuálek ze sociální gerontologie*. 2. vyd. Brno NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-363-5.

[5] HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří.* 1. vyd. Praha PANORAMA, 1989. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

[6] JOBÁNKOVÁ, M. A KOL. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti.* 3. vyd. Brno: IDV PZ, 1996. 215 s.ISBN 80-7013-209-4.

[7] JOBÁNKOVÁ, M.a Kolektiv autorů. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky.* 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 225 s. ISBN 80-7013- 390-2.

[8] KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha Avicenum, 1989. 108 s. ISBN 08-065-89.

[9] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

[10] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ,D. *Vývojová psychologie*. 2.vyd.. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

[11] MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory.*1. vyd. Brno NCO NZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

[12] ONDRIOVÁ, I, KOLLÁROVÁ, B. Úloha sestry v prevenci GMS. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 11, str. 25. ISSN 1210-0404.

[13] PACOVSKÝ, V. *Geriatrie: Geriatrická diagno*stika. 1. vyd. Praha SCIENTIA MEDICA, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

[14] POKORNÝ, J. *Úspěšnost zaručena.*1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm,2004. str.207. ISBN 80-7204348-X.

[15] RAPČÍKOVÁ, T. Etické aspekty přístupu sestry ke geriatrickým klientům. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 5, str. 40. ISSN 1210-0404.

[16] ŠKRLA, P. Transformace nemocničního prostředí – globální trend. *Sestra – mimořádná příloha*, 2008, roč. 18, č. 2, str.4 – 5. ISSN 1210-0404.

[17] TOPINKOVÁ, E. *Geriatrie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

[18] TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

[19] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

[20] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.* 2. vyd. Praha: KAROLINUM, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

[21] VUČKOVÁ, J. *Ošetřovatelství I.* 1. vyd. Praha: FORTUNA, 1995. 112 s. ISBN 80-7168-210-1.

[22] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400s. ISBN 80-7178-740-X.

[23] ZACHAROVÁ,E., HERMENOVÁ,M.,ŠRÁMKOVÁ,J. *Zdravotnická psychologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod. A podobně

Atd. A tak dále

Např. Například

Obr. Obrázek, graf

SZŠ Střední zdravotnická škola

Tab. Tabulka

Tzv. Tak zvaný/á

WHO Světová zdravotnická organizace

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Pohlaví 43
Obr. 2 Věk 44
Obr. 3 Hospitalizace 45
Obr. 4 Doba hospitalizace....46
Obr. 5 Změna režimu a prostředí 47
Obr. 6 Návštěvy 48
Obr. 7 Možnost návštěv....49
Obr. 8 Pomoc v orientaci na oddělení 51
Obr. 9 Informace o zdravotním stavu....52
Obr. 10 Negativní přístup 53
Obr. 11 Nemocniční pokoj....54
Obr. 12 Osvětlení pokoje....55
Obr. 13 Čistota na oddělení 56
Obr. 14 Teplota na pokoji....57
Obr. 15 Hluk na pokoji....58
Obr. 16 Denní režim 59
Obr. 17 Nemocniční strava 61
Obr. 18 Problémy se spánkem....62
Obr. 19 Důvody nespavosti 63
Obr. 20 Úprava nespavosti 65
Obr. 21 Přístup zdravotnického personálu....66
Obr. 22 Soukromí....67
Obr. 23 Nedostatek soukromí....68

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

SEZNAM TABULEK.

Tab. 1 Pohlaví 43
Tab. 2 Věk 44
Tab. 3 Hospitalizace 45
Tab. 4 Doba hospitalizace 46
Tab. 5 Změna režimu a prostředí 47
Tab. 6 Návštěvy 48
Tab. 7 Možnost návštěv 49
Tab. 8 Pomoc v orientaci na oddělení 50
Tab. 9 Informace o zdravotním stavu 52
Tab. 10 Negativní přístup 53
Tab. 11 Nemocniční pokoj 54
Tab. 12 Osvětlení pokoje 55
Tab. 13 Čistota na oddělení 56
Tab. 14 Teplota na pokoji 57
Tab. 15 Hluk na pokoji 58
Tab. 16 Denní režim 59
Tab. 17 Nemocniční strava 61
Tab. 18 Problémy se spánkem 62
Tab. 19 Důvody nespavosti 63
Tab. 20 Úprava nespavosti 64
Tab. 21 Přístup zdravotnického personálu 66
Tab. 22 Soukromí 67
Tab. 23 Nedostatek soukromí 68
Tab. 24 Rozdíl mezi rychlostí adaptace mezi muži a ženami 73

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Práva pacientů

Příloha P III: Charta práv a svobod starších občanů

Příloha P IV Základní pocity neuspokojených potřeb

Příloha P V Potřeby člověka

Příloha P VI Maslowova hierarchie potřeb

Příloha P VII Žádost o dotazníkové šetření

Příloha P VIII Fotografie nemocničních pokojů

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Eva Martochová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci na téma: **Adaptace (přizpůsobení) nemocného člověka na nemocniční prostředí.**

Přečtěte si prosím pozorně následující otázky. U jednotlivých otázek je dán výběr odpovědí. Není-li napsáno jinak, označte pouze jednu odpověď. Odpovědi, které jste si vybrali, zakroužkujte. Kde nejsou dány možnosti odpovědí, prosím doplňte vlastními slovy.

Tento dotazník je anonymní a informace použiji pouze ke studijním účelům. Proto prosím, odpovídejte pravdivě a dotazník po vyplnění vraťte. Děkuji Vám za čas, který věnujete vyplňováním tohoto dotazníku.

Eva Martochová

Dotazník

1) Jakého jste pohlaví?
   a) muž
   b) žena

2) Kolik je Vám let?
   a) 65 – 70 let
   b) 71 – 75 let
   c) 76 – 80 let
   d) 81 a více let

3) Byl/a jste už někdy hospitalizován/a na interním oddělení?
   a) ano
   b) ne
   c) nevím

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

4) Jak dlouho jste nyní hospitalizován/a?
   a) 1 – 3 dny
   b) 4 – 6 dní
   c) 7 – 9 dní
   d) 10 – 13 dní
   e) 14 a více dní

5) Za jak dlouho jste si zvykl/a na změnu denního režimu, změnu prostředí?
   a) 1 - 3 dny
   b) 4 – 6 dní
   c) 7 – 9 dní
   d) 10 a více dní
   e) zatím jsem si nezvykl/a

6) Jak často za Vámi chodí příbuzní a známí?
   a) vůbec
   b) 1x – 2x týdně
   c) 3x – 4x týdně
   d) 5x – 6x týdně
   e) každý den

7) Uvítal/a byste, kdyby byla možnost návštěv na oddělení delší dobu např. po celý den:
   a) denně
   b) stačí 1x týdně
   c) stačí 2x týdně
   d) stačí víkendy

8) Kdo Vám nejvíce pomohl se zorientovat na oddělení?
   a) lékař
   b) zdravotní sestra
   c) ošetřovatelka, sanitárka

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

d) spolupacienti
e) všichni
f) nikdo

9) Bylo Vám po přijetí na interní oddělení a vysvětleno vše o Vašem zdravotním stavu?
   a) ano
   b) spíše ano
   c) spíše ne
   d) ne
   e) nevím

10) Setkal/a jste se zde na oddělení i s negativním přístupem ze strany zdravotnického personálu?
   a) ano
   b) spíše ano
   c) spíše ne
   d) ne
   e) nevím

11) Líbí se Vám nemocniční pokoj?
   a) ano
   b) spíše ano
   c) spíše ne
   d) vůbec ne

12) Jak je Váš pokoj osvětlen?
   a) příliš
   b) dostatečně
   c) nedostatečně

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

13) Jak hodnotíte čistotu na oddělení?

a) velmi dobře
b) dobře
c) uspokojivě
d) neuspokojivě

14) Je ve Vašem pokoji teplota:

a) příliš velká
b) dostatečná
c) nedostatečná

15) Pociťujete, že na oddělení a na Vašem pokoji je hluk:

a) příliš velký
b) menší
c) žádný

16) Vyhovuje Vám denní režim na oddělení?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

17) Pokud ne, k čemu máte připomínky? (doplňte)

……

……

18) Vyhovuje Vám nemocniční strava?

a) ano
b) spíše ano

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

c) spíše ne

d) ne

19) Máte problémy se spánkem?

a) ano

b) ne

c) občas

20) Pokud ano, jaké jsou důvody Vaší nespavosti? (Možnost více odpovědí)

a) nepohodlná matrace

b) ruch na oddělení

c) spolupacienti

d) jiné (doplňte) ……

21) Pokud se Vaše nespavost upravila, tak za jak dlouho?

a) 1 - 3 dny

b) 4 – 6 dní

c) 7 – 9 dní

d) 10 – 13 dní

e) 14 a více dní

f) nespavost se neupravila

22) Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu?

a) kladně

b) spíše kladně

c) spíše záporně

d) záporně

23) Máte na oddělení dostatek soukromí?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

d) ne

24) Pokud ne, vadí Vám to:

a) velmi
b) středně
c) trochu
d) vůbec

25) Co by se podle Vás, mělo zlepšit v nemocniční prostředí, oddělení? (doplňte)

……

……

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

PŘÍLOHA P II: PRÁVA PACIENTŮ

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči, prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takovéhoto způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv, může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizikách, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.

4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích takového rozhodnutí. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření i léčby, má pacient právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, vyšetření a léčba je věcí důvěrnou a musí být prováděna diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby sám nemocný nevybral.

5. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

6. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

7. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

8. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

9. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

10. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex Práv pacientů vznikl v návaznosti na Listinu základních práv a svobod.

Práva pacientů vyhlásila Centrální etická komise MZ ČR dne 25.2.1992.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

PŘÍLOHA P III: CHARTA PRÁV A SVOBOD STARŠÍCH OBČANŮ

Stáří je obdobím života, ve kterém by měl pokračovat rozvoj lidské osobnosti. Většinou jsou lidé vyššího věku samostatní a zachovávají si dobrou psychickou kondici až do posledních dnů svého života. Závislost na péči druhé osoby přichází z důvodů onemocnění, které může být jak psychické, tak somatické (tělesné).

Ale i v situaci závislosti na péči jiné osoby je zapotřebí, aby starším občanům nejen náležela všechna práva a svobody, ale aby měli možnost je také využívat tak, jako jiní občané. Měli by zůstat v původním prostředí, v kontaktu s ostatními generacemi.

Účelem této výsadní listiny je připomenutí a uznání důstojnosti, kterou mají požívat starší občané se sníženou soběstačností, připomenutí a uznání jejich práv.

Článek I (svoboda volby)

Každý občan se sníženou soběstačností má právo vybrat si sám způsob svého života. Musí používat autonomie dle svých fyzických a psychických možností, a to i za cenu určitého rizika. Je však třeba, aby byl o tomto riziku informován a přizpůsobil mu prostředí, ve kterém žije.
Rodina a ošetřující by měli jeho volbu respektovat.

Článek II (domácnost a prostředí)

Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností (ať je to již jeho domácnost či jiné zařízení), by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám.
Je třeba, aby tito lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by také mělo odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti.
Možnost setrvání doma může mít své meze, a proto je třeba, aby se tito lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci. Častou příčinou, proč je třeba volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění (nejčastěji demence). V tomto případě je třeba, aby pacient i jeho rodina volili vždy podle potřeb pacienta. Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak,

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

aby odpovídala potřebám soukromého života. Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňovat dobrou orientaci.

Článek III (sociální život s handicapem)

Všichni lidé, kteří jsou v důsledku svého onemocnění závislí na pomoci a péči druhých osob, by měli mít garantovánu svobodu volně komunikovat, neomezeně se pohybovat a podílet se na společenském životě.
Urbanisté by při plánování měst měli vzít v úvahu stárnutí populace. Veřejná doprava a prostranství by měly být přizpůsobeny změněným potřebám zdravotně postižených.
Všichni starší občané by měli být jasným, srozumitelným a přesným způsobem informováni o svých sociálních právech a o legislativních změnách, které jsou pro ně důležité.

Článek IV (přítomnost a role blízkých a příbuzných)

Pro občany se sníženou soběstačností je zásadně potřebné, aby si mohli zachovat a udržovat dosavadní přátelské a příbuzenské vztahy.
Je třeba společensky respektovat roli pečujících rodin, které by měly být zejména psychologicky podporovány. Také instituce by měly dbát na spolupráci s rodinami pacientů, která je důležitá pro zlepšení kvality jejich života. V případě, že není rodina, je třeba, aby její roli převzali profesionálové nebo dobrovolníci.
Je třeba, aby si tito lidé také mohli zvolit a prožívat své intimní vztahy.

Článek V (majetek)

Všechny starší osoby s omezenou soběstačností mají nezpochybnitelné právo si zachovat movitý i nemovitý majetek.
S tímto majetkem mohou sami disponovat, kromě případů, kdy je soudem rozhodnuto jinak.
Pokud tito lidé nejsou schopni nést náklady svého handicapu, je třeba jim pomoci.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Článek VI (aktivní život)

Je třeba umožnit všem starším občanům, kteří jsou závislí na pomoci a péči druhé osoby, aby si co nejdéle zachovali své dosavadní aktivity.
Potřeba vyjádřit se a kreativně uplatnit trvá i v situaci těžkého zdravotního i duševního postižení. Je třeba vytvořit centra, která se této problematice budou věnovat. Aktivity by neměly být stereotypem, ale měly by respektovat přání starších občanů. Při koncipování aktivit je třeba se vyvarovat degradujících prvků.

Článek VII

Každý starší člověk se sníženou soběstačností musí mít možnost podílet se na náboženských či filozofických aktivitách dle své vlastní vůle a volby.
Každé zařízení by mělo tuto potřebu respektovat a umožnit ji prostorově i přístupem zástupců různých církví a vyznání.

Článek VIII

Stáří je fyziologickým - normálním stavem. Nesoběstačnost je vždy důsledkem tělesné či psychické choroby. Některým z těchto chorobných stavů je možné předcházet. Proto je důležité prosazovat takové medicínské postupy, které povedou k prevenci nesoběstačnosti. Způsoby, jakými lze těmto stavům předcházet, by měly být předmětem informací určených široké veřejnosti, zejména občanům vyššího věku.

Článek IX

Každý člověk se zhoršenou soběstačností by měl mít přístup k takovým službám, které potřebuje a jsou mu užitečné.
V žádném případě by se neměl stát pouhým pasivním příjemcem služeb, a to ani v instituci, ani doma. Přístup ke službám by se měl řídit individuálními potřebami nemocného. Nesmí docházet k věkové diskriminaci. Služby zahrnují všechny lékařské a jiné odborné zdravotnické činnosti, měly by se přizpůsobovat potřebám starších lidí, nikoli naopak. Cílem je zlepšení kvality života nemocného a zmírnění obtěžujících příznaků, např. bolesti, zlepšení nebo udržení dobrého duševního stavu, vrácení naděje.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Instituce obecně (i nemocnice) by měly být personálně, věcně i architektonicky vybaveny pro přijetí starších občanů, a to i těch, kteří jsou nemocní duševně.
Musejí být zrušena veškerá administrativní opatření, která vedou ke zbytečnému čekání na příslušnou službu - a jsou vlastně jednou z forem špatného zacházení se starými lidmi.

Článek X

Všichni, kteří pracují se staršími pacienty by měli získat vzdělání v gerontologii odpovídající jejich profesi. Vzdělání musí být úvodní a kontinuální, mělo by se zabývat zvláštnostmi onemocnění a potřebami pacientů vyššího věku.
Všichni profesionálové by měli mít možnost analyzovat své postoje a praktické přístupy ve spolupráci s psychologem.

Článek XI (úcta ke konci života)

Nemocnému v terminálním stadiu onemocnění i jeho rodině by měla být poskytnuta péče, pomoc a podpora.
Je samozřejmé, že nelze směšovat stavy závažné a stavy neodvratitelné vedoucí ke smrti. Odmítnutí terapie, kdo má naději na vyléčení je stejným omylem, jako obtěžující a nadbytečné léčení toho, kdo se nachází v terminálním stadiu nevyléčitelného onemocnění. Jakmile se blíží neodvratitelně smrt, je třeba nemocného obklopit péčí a pozorností přiměřenou jeho stavu. Znamená to citlivé doprovázení, zmírňování všech nepříjemných psychických i fyzických příznaků, které stav doprovázejí. Umírající by měli svůj život končit co nejpřirozenějším způsobem, obklopeni blízkými, s respektem k víře a přání umírajících. Ošetřující by měli umět doprovázet pacienta, ale i jeho rodinu obdobím před i po smrti.

Článek XII (výzkum: priorita a povinnost)

Prioritou by měl být multidisciplinární výzkum o stárnutí a o všech aspektech a souvislostech soběstačnosti.
Jenom výzkum umožní lepší znalost poruch a chorob, které se váží ke stárnutí a tím také k jejich lepší prevenci. Výzkum by měl zahrnovat kromě disciplin biomedicínských také humanitní a ekonomické aspekty. Rozvoj takovéhoto výzkumu by měl vést ke zlepšení

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

kvality života osob se zhoršenou soběstačností, ke zmírnění jejich utrpení. Také by měl přinést ekonomický efekt.

Článek XIII (uplatnění práva a právní ochrana osob s omezenou soběstačností)

Každý člověk s omezenou soběstačností musí požívat ochrany svých práv a své osobnosti.

Článek XIV (informace, nejlepší prostředek boje proti vyloučení)

Veřejnost by měla být efektivně informovaná o obtížích, se kterými se setkávají lidé s omezenou soběstačností.
Tyto informace by se měly šířit co nejvíce. Neznalost a nevědomost vedou příliš často k sociálnímu vyloučení lidí, kteří by se díky svým zachovaným schopnostem mohli a přáli podílet se na společenském životě.
K vyloučení (exkluzi) může vést jednak nerespektování oprávněných potřeb pacientů, ale i nadbytečná infantilizující a invalidizující péče.
Často nejsou možnosti ani typy služeb známy, a to dokonce ani profesionálům. Pojmenovat reálnou situaci, poukázat na tento problém v celé složitosti a seznámit s ním veřejnost je významný krok k prevenci sociálního vyloučení starších lidí s omezenou soběstačností.

Pokud naše společnost a všichni její členové budou respektovat, že starší lidé s omezenou soběstačností mají absolutně stejná práva a stejnou důstojnost lidského života jako ostatní dospělí členové společnosti, naplní se poslání této charty.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

PŘÍLOHA P IV ZÁKLADNÍ POCITY NEUSPOKOJENÝCH POTŘEB

Tab. 1. Základní pocity neuspokojených potřeb

Potřeby	Pocity	Potřeby	Pocity
Biologické (fyziologické)		**Psychosociální**	
dýchání	nedostatek vzduchu (dušnost)	bezpečí a jistot vyhnutí se ohrožení (úniku)	nejistota
hydratace	žízeň	boje s ohrožením (agrese)	úzkost
výživa	hlad	zdraví	strach
vyprazdňování	nucení na močení, nucení na stolici	informací o sobě (o svém zdravotním stavu)	ohrožení
teplo	zima	informací o prostředí (nemocnice, oddělení ...)	agrese
aktivity	ztuhlost	soběstačnosti	nedůvěra
hygieny	nečistota, lepkavost, svědění ...	klidu, míru, spokojenosti	beznaděj
být bez bolesti	bolest	ochrany	a další
sexuální potřeby	sexuální touhy	důvěry, naděje a další	
		lásky a společenství lásky (pozitivní vztah k člověku)	
		společnosti (kontakt s více lidmi)	osamělost
		rodiny	smutek
		přátel	zbytečnost
		komunikace	deprese
		péče o druhé lidi	
		dominance (vedení)	
		submise (podřízení, závislosti)	
		a další	
		Sebevědomí a sebeúcta uznání sama sebe	méněcennost
		neudělat ostudu	komplexy
		úspěchu	selhání
		poznání	zklamání
		intimity a další	stud

18

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

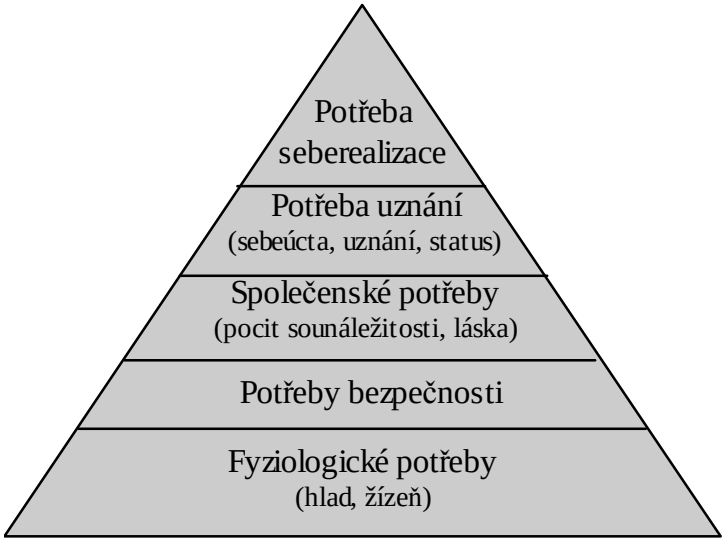
PŘÍLOHA V POTŘEBY ČLOVĚKA

Obr. 3. „Dům životních potřeb"

(Chloubová, 1992)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

PŘÍLOHA P VI MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB



1. Potřeba potravy, vody, sexu a nebo tepla. Nejsou-li tyto potřeby uspokojeny, pak dominují a žádné další potřeby člověka nemotivují.
2. Potřeby jistoty a bezpečí. Když jsou fyziologické potřeby uspokojeny, člověk se zaměřuje na uspokojení hierarchicky vyšších potřeb a těmi jsou v tomto případě potřeby jistoty a bezpečí. Mezi potřeby bezpečí patří ochrana před tělesným poškozením, nemocí, ekonomickým strádáním a neočekávanými pohromami.
3. Sociální potřeby. Tyto potřeby se vztahují ke společenské povaze lidí a jejich potřebě sdružování a touze po přátelství. Na této úrovni se již nejedná o potřeby fyzické jako na předchozích dvou úrovních. Neuspokojení této potřeby může ovlivnit duševní zdraví jedince.
4. Potřeby uznání. Zahrnují jak potřebu vědomí významu pro ostatní lidi (sebeúcta), tak potřebu skutečného uznání od ostatních lidí. Uznání musí být ale pociťováno jako oprávněné a zasloužené. Uspokojení těchto potřeb vede k pocitu sebedůvěry a prestiže.
5. Potřeby seberealizace. Je to potřeba člověka plně rozvinout svůj talent a schopnosti. Maslow definuje tyto potřeby jako „touhu člověka být víc a víc než je, být vším, čím je člověk schopen se stát“ (Donnelly J., 1997).

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

PŘÍLOHA VII ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Eva Martochová
Téma bakalářské práce	Adaptace nemocného člověka na nemocniční prostředí (senioři)
Skupina respondentů	Pacienti
Pracoviště	Interní klinika

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.12.04

MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu zdravotnických studií

Bc. M. Hejtmánková
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

PŘÍLOHA P VIII FOTOGRAFIE NEMOCNIČNÍCH POKOJŮ

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com