

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Uspokojování psychosociálních potřeb
u hospitalizovaných klientů na oddělení následné péče**

Eva Štouračová

Bakalářská práce

2009

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetřovatelství
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva ŠTOURAČOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Uspokojování psychosociálních potřeb u hospitalizovaných klientů na oddělení následné péče**

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

1. Vyhledání a studium vhodné literatury.
2. Popis problematiky psychosociálních potřeb seniorů.
3. Stanovení cílů a výzkumného záměru práce.
4. Stanovení vhodné metodiky práce a sestavení dotazníků.
5. Rozdání dotazníků respondentům.
6. Analýza a prezentace výsledků.
7. Zhodnocení práce, poskytnutí doporučení.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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


Seznam odborné literatury:

1. VENGLÁŘOVÁ, Martina. **Problematické situace v péči o seniory**. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2170.
2. TRACHTOVÁ, Eva. **Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu**. 2. vydání. Brno : IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-4.
3. KALVACH, Zdeněk. **Geriatric a gerontologie**. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
4. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. **Stáří**. 1. vydání. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
5. KUTNOHORSKÁ, Jana. **Etika v ošetrovatelství**. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
6. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. **Motivační prvky při práci se seniory**. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. **Manuálek sociální gerontologie**. 1. vydání. Brno : IDVPZ, 2002. ISBN 80-7013-363-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Iva Ročková**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2009**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2009

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/200 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

Ve Vídru dne 27.3.2009

Eva Štouračová

Poděkování

Tímto bych chtěla velmi poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Ivě Ročkové za věnovaný čas, ochotu, pomoc a cenné rady, které mi poskytla při vypracovávání mé práce. Dále bych chtěla poděkovat vrchní sestře LDN Chrudimské nemocnice, a.s. za ochotu při rozdávání dotazníků pacientům.

Ve Vírú dne 27.3.2009

Eva Štouračová

Anotace

Bakalářská práce pojednává o uspokojování vybraných psychosociálních potřeb z pohledu klientů hospitalizovaných na oddělení následné péče. Zabývá se tím, zda vůbec jsou tyto potřeby zdravotnickým personálem satureovány. Srovnává rozdíly ve vnímání uspokojování těchto potřeb z hlediska pohlaví, délky hospitalizace a víry. Poukazuje na nedostatky v této oblasti, které by bylo dobré řešit.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou.

Klíčová slova:

Potřeby, stárnutí, stáří, možnosti péče, následná péče

Annotation

This bachelor thesis concerns about satisfying of psychosocial needs of patients hospitalized in the longterm residential care hospitals. It asks if it is possible to satisfy these needs by the hospital staff. It compares satisfying needs from different points of view such as gender, length of stay and religious faith. It shows the problems of this area which should be solved.

The thesis is divided into the theoretic and the research part.

Key words:

Needs, aging process, old age, care possibilities, longterm residential care.

OBSAH

ÚVOD	9
CÍLE PRÁCE	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Potřeby člověka	11
1. 1 Bio – psycho – sociálně – spirituální pojetí člověka	11
1. 2 Pojem potřeba	11
1. 2. 1 Základní významy pojmu potřeba	11
1. 3 Potřeby ve vztahu k motivaci	12
1. 4 Uspokojování potřeb	12
1. 5 Klasifikace potřeb	13
1. 5. 1 Hierarchie potřeb dle Abrahama H. Maslowa	13
2 Stárnutí a stáří	15
2. 1 Definování stáří	15
2. 2 Rozlišení stáří	15
2. 3 Periodizace stáří	15
2. 3. 1 Psychosociální periodizace	16
2. 4 Změny ve stáří	17
2. 4. 1 Adaptace na změny ve stáří	17
2. 5 Důstojnost starého člověka při poskytování zdravotní péče	18
2. 6 Komunikace se seniory	18
2. 6. 1 Bariéry v komunikaci	19
2. 6. 2 Obtíže při komunikaci se seniory	19
3 Možnosti zdravotní péče o staré osoby	21
3. 1 Primární zdravotnická péče	21
3. 2 Specializovaná ambulantní péče	21
3. 3 Domácí péče	21
3. 4 Ústavní péče	21
3. 4. 1 Dlouhodobá ústavní péče	21
3. 4. 2 Rozhodnutí o nástupu do dlouhodobé ústavní péče	22
3. 4. 3 Možné důsledky pobytu v dlouhodobé ústavní péči	23
3. 5 Dlouhodobá péče o křehké a závislé geriatrické pacienty	24

II VÝZKUMNÁ ČÁST	25
1 Výzkumné záměry	25
2 Metodika výzkumu	26
2. 1 Metoda výzkumu	26
2. 2 Průběh výzkumu	26
3 Výsledky dotazníkového šetření	27
DISKUZE	47
ZÁVĚR	51
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	53
ABECEDNÍ SEZNAM UŽITÝCH ZKRATEK	55
SEZNAM PŘÍLOH	56
Příloha číslo 1: Dotazník	57
Příloha číslo 2: Maslowova pyramida potřeb	61
Příloha číslo 3: Indexy potřeb	62

Úvod

Problematika uspokojování psychosociálních potřeb u klientů na odděleních následné péče je, dle mého názoru, velmi aktuální tematikou. Poměrně často se v poslední době objevují v médiích informace o špatném zacházení a nedostatečné saturaci právě psychosociálních potřeb u dlouhodobě hospitalizovaných klientů, zvláště potom klientů seniorů. Ze strany zdravotnického personálu můžeme na toto téma slyšet nejrůznější omluvy, nejčastěji v podobě nedostatku času, prostoru, finanční odměny a podobně.

Výše uvedené téma této práce jsem si vybrala na základě osobních zkušeností z oddělení následné péče. Nemohu říci, že to byly vždy zkušenosti negativní. Domnívám se však, že vzhledem k délce hospitalizace klientů na odděleních následné péče a také k důstojnosti člověka je nutné, aby jakékoli strádání klientů v oblasti psychosociálních potřeb bylo eliminováno na minimum. Nebo lépe, aby toto strádání bylo odstraněno úplně.

Cílem této práce je ukázat reálné vnímání uspokojování psychosociálních potřeb hospitalizovaných klientů seniorů. Dále také, jak se toto vnímání mění v průběhu celé hospitalizace. Nejde o kritiku zdravotnických pracovníků, ale spíše o možnost přiblížit se svěřeným klientům, snahu pochopit je a následně se pokusit změnit svůj přístup.

Práce dále nabízí možnosti řešení některých problémů souvisejících s uspokojováním psychosociálních potřeb. Řešení, jež by se mohla využít v každodenní praxi během péče o klienty.

Celá otázka saturace psychosociálních potřeb je velmi složitá, avšak ne neproniknutelná. Domnívám se, že je nutné co nejlépe pochopit a zajímat se o problematiku potřeb obecně. Dále pak modifikovat získané poznatky vzhledem ke stáří klientů a k podmínkám na odděleních následné péče. Myslím si, že při upřímné snaze a důslednosti zmíněného poznávání, můžeme odhalit nedostatky v našich postupech při uspokojování potřeb a následně tyto „mezery“ smysluplně vyplnit.

Cíle práce

1. Zjistit, zda u klientů hospitalizovaných na oddělení následné péče dochází k uspokojování vybraných psychosociálních potřeb.
2. Zjistit, jaké jsou rozdíly ve vnímání uspokojování psychosociálních potřeb u mužů a žen.
3. Zjistit, jak ovlivňuje délka hospitalizace uspořádání hodnotového systému klientů.
4. Zjistit, zda věřící klienti pocítují uspokojení v duchovní sféře.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Potřeby člověka

1.1 Bio – psycho – sociálně - spirituální pojetí člověka

Pokud se chceme zabývat lidskou bytostí jako celkem, nelze jej chápat jako souhrn jednotlivých částí a procesů. Je nutné vidět člověka jako jednotu celků, které jsou vzájemně provázány, ovlivňují se a působí na sebe. Při takovémto pojetí lze říci, že porucha části jednoho celku je poruchou celého systému. (15)

Problematikou celostního pojetí lidské bytosti, takzvaným (tzv.) holismem, se zabýval J.Ch.Smuts (1870 – 1950), který tento termín jako první definoval. Pojem holismus pochází z řeckého termínu holos - celek.

„Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci, které jsou takto více než součtem jejich částí.“ (Trachtová, 2001, s. 9)

Holismus nabádá k chápání člověka jako bio-psycho-sociální jednoty. Dnes přidáváme ještě složku spirituální, která se významně podílí na dotvoření komplexního pohledu na lidskou bytost. (11, 12)

1.2 Pojem potřeba

Potřeba je projevem chybění něčeho, nedostatku, který je nezbytné odstranit. Je nutností pro život a vývoj jedince. Pocit nedostatku působí na lidskou pozornost, myšlení, emoce a velmi výrazně ovlivňuje chování člověka. Jeho jednání se následně zaměřuje k uspokojení potřeby.

Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjí se v průběhu života, souvisí, mimo jiné, s kulturou dané společnosti. (15)

1.2.1 Základní významy pojmu potřeba

Obecně přikládáme pojmu potřeba tyto základní významy:
Biologický: potřeby značící narušení fyziologické rovnováhy.

Ekonomický: potřeba jako nutnost či žádost něco vlastnit a užívat, zde potřebou míníme určitý prostředek k dosažení psychologického cíle.

Psychologický: jde o vyjádření psychického stavu, který odráží nějaký nedostatek. Tento význam potřeby spojujeme s významem sociálním, jež značí nedostatky v oblasti sociálního života. (15)

1.3 Potřeby ve vztahu k motivaci

Potřeba startuje motivaci. „*Motivaci můžeme označit jako proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání.*“ (Trachtová, 2001, s. 11)

Odlišujeme motivaci vědomou, kdy víme, proč danou věc činíme. Dále motivaci nevědomou, pokud si neuvědomujeme skutečnou psychologickou příčinu svých skutků. Vědomou a nevědomou motivaci nelze od sebe jednoznačně oddělit, mnoho motivů má vědomá i nevědomá hlediska.

Při projevech nedostatku vzniká motivační napětí. Toto napětí je reakcí na nedostatek. Dosažení cíle, například (např.) uspokojení potřeby, odstranění nedostatku, je vždy spojeno s určitými motivy.

Motivace podléhá vlivům kultury a sociálního prostředí. Motivaci každého jedince ovlivňuje řada faktorů, patří mezi ně výchova, hodnotový systém, rodina a tak dále (atd.). (15)

1.4 Uspokojování potřeb

Každý člověk uplatňuje v procesu uspokojování potřeb jiné způsoby. Obecně lze rozdělit způsoby uspokojování potřeb do dvou skupin:

1. Uspokojování žádoucích – probíhá v mezích zákona, neškodí nám, ani druhým.
2. Uspokojování nežádoucích – škodí osobě samotné nebo jiným lidem, může probíhat mimo meze zákona.

Existuje i řada faktorů, které samotné uspokojování potřeb významně ovlivňují. Mohou ho narušovat, znemožňovat. Mezi tyto faktory lze zařadit:

- nemoc,
- okolnosti, za kterých nemoc vzniká,
- lidskou individualitu,
- mezilidské vztahy,
- stadium vývoje jedince. (15)

1.5 Klasifikace potřeb

Z hlediska psychologie dělíme potřeby na:

1. biogenní, fyziologické;
2. psychogenní, sociogenní, psychologické.

Řada psychologů sestavila tzv. indexy potřeb. Například Henry A. Murray nabídl teorii motivace a třídí potřeby na viscerogenní (primární) a psychogenní (sekundární). Dále na potřeby kladné, záporné, manifestní a latentní. Manifestní potřeby zahrnují činnosti, které jsou skutečné, předchází jim vědomý záměr. Latentní potřeby skýtají činnosti, které mohou mít podobu tužeb či přání. (15)

Ukázka indexů potřeb je uvedena v příloze č. 3.

Ve své bakalářské práci se zabývám potřebami psychosociálními, které řadíme mezi potřeby vyšší. Pod tuto skupinu jsou zahrnuty potřeby mít soukromí, komunikovat, poznávat, někam náležet, být přijímán, zažívat úspěch, pocíťovat radost a podobně (apod.).

V praxi nejvíce využíváme hierarchii potřeb dle A. H. Maslowa.

1.5.1 Hierarchie potřeb dle Abrahama H. Maslowa

Abraham Maslow vytvořil teorii motivace, od které se odvíjí i jeho hierarchie potřeb. Dle tohoto uspořádání je člověk integrovaným a organizovaným celkem. Každý jedinec má individuální systém motivů, některé motivy jsou silnější než jiné. Některé ze silných motivů jsou nejsilnější.

Maslowova hierarchie je nejčastěji znázorňována v podobě pyramidy, kterou tvoří:

1. Fyziologické potřeby – objevují se při narušení homeostázy, vyjadřují potřeby organismu nutné k jeho přežití. Ve chvíli, kdy jsou tyto potřeby aktuálními, stávají se dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání jedince.
2. Potřeba jistoty a bezpečí – potřeba vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Objevuje se vždy, pokud dojde ke ztrátě pocitu životní jistoty. Vyjadřuje také touhu po důvěře, stabilitě, potřebu ochrany, ekonomického zajištění apod.
3. Potřeba lásky a sounáležitosti – tzv. potřeba afiliační. Jde o potřebu milovat a být milován, potřebu sounáležitosti, náklonnosti. Tato potřeba je zdůrazněna v situacích osamocení.
4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty – jedná se o vyjádření přání výkonu, kompetence, nezávislosti na mínění druhých. Dále touhu po respektu druhých, prestiži v sociální skupině.

Tato potřeba je v popředí při ztrátě respektu, důvěry. Projeví se snahou nalézt ztracenou sociální hodnotu.

5. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace – projevuje se jako tendence realizovat své schopnosti, záměry. Člověk chce být tím, kým dle svého názoru dokáže být.

K vyšším potřebám přiřazuje Maslow také tzv. metapotřeby, neboli potřeby růstu. Tyto potřeby objasňují specifické tendence osoby, která se seberealizuje. Spadají sem potřeby poznání, porozumění, rovnováhy, harmonie, autonomie, smysluplnosti a jiné. Tyto potřeby jsou méně naléhavé než potřeby základní.

Zvláštní potřebu potom tvoří transcendence, tou chápeme touhu přesáhnout sebe sama, nalezení smyslu života ve víře nebo také zaměření života k duchovní oblasti. (4, 15)

Pokud máme znalosti z oblasti potřeb člověka, můžeme lépe pochopit a uspokojovat své vlastní potřeby. Zároveň snadněji pochopíme druhého člověka, jeho případné zvláštnosti, reakce, chování. Snáze se nám otevře cesta k druhým lidem a naše podpora o jejich seberealizaci či kladné sebehodnocení se tak stane úspěšnější.

„Je třeba zdůraznit, že k závažným pochybením a k nízké kvalitě péče dochází při omezení zájmu pečujících osob (zdravotníků i laiků) převážně, ba výlučně na základní biologické potřeby.“ (Kalvach, 2006, s. 12)

2 Stárnutí a stáří

2.1 Definování stáří

Vyřknout jednoznačnou definici stáří je velmi obtížný úkol. A odpovědět na otázku, kdy je člověk starý, snad úkol ještě obtížnější. Samotných definic stáří existuje celá řada.

Jednou z možností, jak lze stáří postihnout, je jeho chápání jako pozdní fáze lidské ontogeneze. Lze říci, že v této fázi se nápadně projevuje involuce, zánikové, poklesové a atrofické změny. Tyto změny probíhají se specifickou rychlostí, jsou velmi individuální a směřují k vytvoření typického obrazu stáří.

Obraz stáří je ovlivněn prostředím, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy psychickými i sociálně ekonomickými. (1)

„Věk je jednou ze základních charakteristik člověka a ačkoli každý individuálně stárne, z hlediska chronologického stárneme všichni stejně.“ (Jarošová, 2006, s. 11)

Proces stárnutí je fyziologický a zákonitý, nelze se mu vyhnout. Dále říkáme, že je to proces diskontinuitní (nesouvislý), to znamená, že v určitých etapách života stárneme rychleji než v jiných. (6, 8, 10)

2.2 Rozlišení stáří

Stárnutí vede ke stáří, to obvykle rozlišujeme na:

1. Stáří kalendářní – lze jej jednoznačně vymezit, je to skutečný věk člověka, nepostihuje ovšem individuální rozdíly.
2. Stáří sociální – týká se změn sociálních rolí, potřeb, životního stylu, za počátek sociálního stáří. Je nejčastěji považován vznik nároku na pobírání starobního důchodu.
3. Stáří biologické – jde o označení míry jednotlivých involučních změn daného jedince, také o jeho zdatnosti. (8, 10)

2.3 Periodizace stáří

Podobně jako při utváření definic stáří, tak i v oblasti jeho periodizace se názory liší. Pro upřesnění problematiky dále uvádím některé možné periodizace.

Klasifikace dle Světové zdravotnické organizace:

45 – 59 let – střední, zralý věk

60 – 74 let – vyšší věk, rané stáří

75 – 89 let – senium, stařecký věk

90 let a výše – dlouhověkost (6)

Příhodova klasifikace posledních fází věkových období:

Od 60 do 75 let – senescence

Od 75 do 90 let – kmetství

Od 90 let – patriarchium (7)

Klasifikace dle Nekonečného:

1. Počáteční stáří – od 60 do 75 let

2. Pokročilé stáří – od 75 let (7)

Periodizace stáří dle Topinkové a Neuwirtha, tedy dělení věku po desetiletých etapách:

Mladí senioři od 65 do 74 let

Staří senioři mezi 75 a 84 let

Velmi staří senioři ve věku nad 85 let (7)

2. 3. 1 Psychosociální periodizace

Periodizací psychosociální se zabýval Erik Erikson. Konkrétně stářím se v jeho pohledu zaobírá fáze osm a devět.

Osmá fáze se týká zralé dospělosti od 60 let do smrti. V této fázi člověk rekapituluje svůj život a ptá se sám sebe, zda je spokojen se svými dosaženými schopnostmi. Ve stáří bychom měli svůj život přijmout takový, jaký byl, vyrovnat se i se svou nedokonalostí, být spokojeni sami se sebou. Zároveň je důležité si uvědomit, co ještě můžeme učinit, co chceme. Vyrovnání se s vlastním životem umožňuje lépe přijmout i samotnou smrt, která život dovršuje. Jako nezdravý postoj je chápán ten, kdy je člověk zoufalý nad tím, jak svůj život žil, trápí se tím, že jej měl žít jinak.

V deváté fázi se Erikson zaobírá problematikou poznání snížení vlastních poznávacích smyslů. Právě toto snížení přivádí člověka k pochopení jejich důležitosti, jejich významu

při poznávání okolního světa. Dále hovoří o omezených výhledech do budoucna a o tom, co je pro člověka ve stáří oporou. Je to zejména vzájemné sdílení, setkání, kontakt a možnost řízení běžných věcí.

V samotné přítomnosti stáří je důležité přijmout lidský osud, užívat si, smát se, pochopit svoji roli. S přiměřenou pokorou, ke které se přidává víra, čelit zoufalství. (7)

2. 4 Změny ve stáří

Veškeré změny, které ve stáří přichází, se dějí v rovině tělesné, psychické i sociální. Všechny tyto roviny jsou vzájemně propojené. To, jakým způsobem člověk reaguje na tyto změny, je dáno zejména jeho osobností, přístupem svého okolí, ale také možnostmi, jak získat případnou pomoc.

Mezi základní změny ve stáří tedy patří:

1. Tělesné – mluvíme o tzv. fenotypu stáří. Jde o tělesné změny, kterými se staří lidé odlišují od mladých a řadíme sem např. změny vzhledu, termoregulace, změny kardiopulmonální, gastrointestinální, změny ve vylučování, sexuálních aktivitách a tak dále (atd.). Žádná z těchto změn neprobíhá u všech jedinců stejně.
2. Psychické – pod tuto oblast lze zahrnout zhoršení paměti, nedůvěřivost, emoční labilitu, změny ve vnímání, zhoršení úsudku a jiné.
3. Sociální – odchod do penze, změna životního stylu, ztráta blízkých lidí, osamocenosť, finanční obtíže a další. (10, 16)

2. 4. 1 Adaptace na změny ve stáří

Změnám, jež ve stáří přicházejí, je třeba se adaptovat. Schopnost změny přijmout se ale u jednotlivých osob liší. Je důležité si najít nový způsob života a nechtít změnit všechno najednou. Neopomenutelná je také tolerance, pomoc a trpělivost okolí seniora.

Rozlišujeme několik způsobů adaptace na stáří:

1. Přístup konstruktivní, kdy člověk ke stáří přistupuje s optimismem. Svě stáří přijímá, již v produktivním věku se na stáří připravoval udržováním tělesného zdraví, vytvářením dobrých vztahů s rodinou, přáteli.
2. Vytvoření závislosti na okolí, kdy starý člověk může i manipulovat své okolí svými obtížemi, vyžaduje intenzivní kontakty a pozornost.

3. Nepřátelský postoj, který člověk zaujímá vůči lidem ve svém okolí, nemá rád mladé lidi, své nepřátelství může projevovat i vůči zdravotnickému personálu. (10)

2. 5 Důstojnost starého člověka při poskytování zdravotní péče

Důstojnost starého člověka by měla být jednou z priorit při poskytování zdravotní péče. Je chybou, pokud se přílišně soustředíme na diagnostiku a léčení chorob, na záchranu života a na ochranu důstojnosti a smysluplnosti života zapomínáme. Zdravotní péče by rozhodně neměla působit utrpení ani ponižovat lidskou důstojnost. Naopak by měla navozovat atmosféru důvěry a povzbuzovat vědomí, že se nemocný na léčbě smí účastnit, že jej k sobě přibíráme jako partnera.

Mezi časté formy ohrožování či narušování důstojnosti starých pacientů patří například: Nadměrné odnímání pacientových kompetencí a kontroly nad situací, omezený respekt pacientovy vůle.

Nerespektování soukromí a autonomie, nepochopení studu.

Nedostatečná podpora a dopomoc k sebeobsluze a soběstačnosti.

Odnímání osobitosti, anonymizování pacienta.

Nevhodné oslovování, poděťš'ování starých lidí.

Nedostatečná, neproduktivní komunikace.

Falešné přisuzování syndromu demence.

Podceňování schopností a dovedností starého člověka. (9)

2. 6 Komunikace se seniory

Komunikace je jedním ze základních prvků při utváření mezilidských vztahů. Je důležitá i pro vztah pacienta a zdravotníka. Pomocí komunikace si předáváme informace, pocity. Má formu verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Právě mimoslovní komunikací získáváme nejvíce informací. Pokud umíme aktivně naslouchat, jsme schopni také daleko lépe zachycovat mimořechové signály. Dobrá komunikace znamená soulad verbálních i neverbálních sdělení.

Každý máme svůj styl komunikace. Při komunikaci se seniory je třeba mít na paměti i jiné kulturní a historické souvislosti. A tyto souvislosti a případné odlišnosti máme respektovat. (10, 16)

2. 6. 1 Bariéry v komunikaci

Nezájem o komunikaci mívá mnoho důvodů. Rozhodně nejde vždy o situaci, kdy klient o rozhovor s námi nestojí. Je dobré se zamyslet, zda neexistují i jiné příčiny.

Bariéry v komunikaci lze hodnotit z několika hledisek:

1. Bariéry na straně klienta

Veškeré naše projevy jsou pod vlivem našeho aktuálního stavu. Při zdravotních obtížích, bolestech zájem o komunikaci klesá. Nepříznivý vliv má také únava, strach. Pokud se hovor týká nějakého nepříjemného tématu, pak často dochází k jeho odkládání, oddalování.

Klient může mít nedůvěru, obavy, aby se poskytnuté informace nedostaly k někomu dalšímu. O mnohých tématech staří lidé nejsou zvyklí mluvit.

Je dobré poskytnout klientovi čas, nespěchat na něj, podporovat ho. Při navázání dobrého vztahu je pak daleko snazší vést rozhovor i na závažnější téma.

2. Bariéry na straně zdravotnického personálu

Mezi typické situace, které rozhovoru brání, patří například strach ze závažných témat, potíže s konkrétním klientem, obavy z jeho reakcí, špatné zkušenosti z předchozích rozhovorů, nedostatek času.

Každý zdravotnický pracovník by se měl snažit své komunikační schopnosti zlepšovat, trénovat je.

3. Bariéry prostředí

Mezi tyto bariéry lze zařadit například příliš hlučné prostředí, rozhovor za spěchu nebo bez dostatku soukromí. (10, 16)

2. 6. 2 Obtíže při komunikaci se seniory

Během komunikace se starými lidmi se můžeme setkat s některými specifickými problémy, které mohou významně komunikační proces ovlivňovat.

Časté jsou poruchy smyslu. Při nedoslýchavosti je nutné zajistit pro rozhovor klidné prostředí, mluvit pomalu a dívat se do tváře. Užíváme také neverbální komunikaci.

Pokud se jedná o složité sdělení, užíváme psané slovo.

Při poruchách zraku informujeme klienta o všem, co děláme, užíváme jasné srozumitelné formulace.

U osob s poruchami řeči se může objevit rezignace na komunikaci. Je nutná velká trpělivost, používání obrázků, počítače, ukazujeme předměty a nepokládáme obecné otázky.

Pokud klient trpí demencí, musíme si ujasnit, která oblast je demencí postižena, jaké obtíže jsou s tímto spojeny. Odstraňujeme rušivé elementy (např. nadměrný hluk z ulice, pracovní ruch na oddělení, ...), volíme krátká a srozumitelná sdělení (vyhýbáme se příliš dlouhým souvětím, neužíváme cizí a odborná slova, neodbíháme od tématu atd.). Ověřujeme si pochopení našeho sdělení, svá slova doplňujeme ukázkami. Posilujeme klientovu orientaci v čase, prostoru, osobě (např. informačními tabulemi, nástěnkami, jmenovkami, umístěním kalendáře a hodin na chodbě oddělení, přínosem aktuálních informací z dění ve světě atd.) Všemi způsoby zachováváme důstojnost člověka. (16)

3 Možnosti zdravotní péče o staré osoby

3. 1 Primární zdravotní péče

Základní primární zdravotní péči poskytuje praktický lékař pro dospělé. Ten by měl být také schopen zajistit koordinaci sféry zdravotnické a sociální, dobře znát své klienty a uplatňovat primární, sekundární i terciární prevenci. Dále provádí dispenzarizaci rizikových osob, spolupracuje též s rodinou klienta, domácí péčí, pečovatelskou službou, charitou a podobně (apod.). (8)

3. 2 Specializovaná ambulantní péče

Tuto péči využívají nejvíce osoby nad 60 let věku. Jde hlavně o poskytování péče v oborech vnitřního lékařství, očního lékařství, neurologických oborů či v oborech urologie. (8)

3. 3 Domácí péče

Domácí ošetrovatelskou péčí je možné poskytovat na základě doporučení praktického lékaře, odborného nebo ústavního lékaře. Je zajišťována agenturami domácí péče státními i soukromými. Zajišťuje péči akutní po propuštění z nemocnice i péči dlouhodobou u chronicky nemocných.

Tato péče předpokládá stabilizovaný stav klienta, vhodné domácí prostředí pro provádění nezbytné ošetrovatelské péče, dostupnost zdravotních a sociálních služeb i zapojení samotné rodiny klienta či jiného pečovatele do klientova ošetřování.

Domácí péče má napomoci snížení potřeby ústavní péče. Zajišťuje také poradenství pro pečující rodiny či zapůjčení nejrůznějších pomůcek (rehabilitačních, kompenzačních, ...). (8, 13)

3. 4 Ústavní péče

„Pokud starý člověk onemocní, je třeba dodržovat zásady, které respektují zvláštnosti vyššího věku.“ (Venglářová, 2007, s. 90)

3. 4. 1 Dlouhodobá ústavní péče

Tato péče se týká zejména klientů chronicky nemocných, nesoběstačných a závislých na péči druhých. Propojuje péči zdravotnickou a péči sociální, ale je založena i na spolupráci s rodinou, komunitou či s dobrovolníky.

Jejím cílem je stabilizovat zdravotní stav klienta, omezit důsledky onemocnění a také podporovat co nejvyšší možnou kvalitu života. Stěžejními prvky dlouhodobé ústavní péče je péče ošetrovatelská, paliativní a rehabilitační.

Významnými poskytovateli dlouhodobé ústavní zdravotnické péče jsou léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Pojmenování LDN pochází z roku 1974. Původní název zněl interní oddělení 2. typu. Jsou to specializovaná lůžková oddělení. Slouží zejména k léčbě starých a dlouhodobě nemocných. Většinou se jedná o osoby nesoběstačné, u některých nemocných je přítomna též psychická alterace.

Poměrně novým zdravotnickým ústavním zařízením jsou hospice, jež se zaměřují zejména na symptomatickou a paliativní léčbu. Poskytují péči v terminálním stadiu chorob bez ohledu na věk pacienta. Důraz se klade na kvalitu prožití poslední etapy života, důstojnost umírání, soukromí, komunikaci. V neposlední řadě se zabývají také účinnou terapií bolesti. (2, 8)

Hospic i LDN mohou poskytovat i tzv. respitní péči. Smyslem respitní péče je poskytnout komplexní ošetrovatelskou péči klientům, o které se dlouhodobě stará jim osoba blízká v domácím prostředí. Pečující si tak mohou odpočinout, načerpat energii, odjet na dovolenou apod. Repitní péče je důležitým prvkem v prevenci syndromu vyhoření pečujících osob, tedy stavu psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Tento stav může nastat při dlouhodobém setrvání v emocionálně náročných situacích, je v přímé souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých osob. (2, 16)

3. 4. 2 Rozhodnutí o nástupu do dlouhodobé ústavní péče

Nástup pacienta do zařízení dlouhodobé péče ovlivňuje řada faktorů, jedná se například o funkční stav klienta, sebehodnocení a životní hodnoty, zdravotní stav, prognózu onemocnění, sociální podmínky a vztahy, postoje a zájmy klienta a další.

Mezi časté důvody přijetí do dlouhodobé ústavní péče patří:

- špatný zdravotní stav, ztráta soběstačnosti, imobilita, demence, nedostupnost terénních služeb;
- situace, kdy dojde k velkému snížení finančních prostředků pro placení nájemného nebo pokud dojde ke ztrátě bytu samotného;
- obavy, hodnocení a zájmy jiných osob (například členů rodiny, zdravotnických nebo sociálních pracovníků), které mnohdy neznají možnosti jiné než ústavní péče. (8)

V procesu přijetí klienta do dlouhodobé péče by měly být uplatněny tyto prvky:

- dobrovolný vstup – z vlastní vůle a přesvědčení nemocného,
- znalost prostředí – poznat prostředí pobytu ještě před samotným nástupem,
- podpora orientace – v prostoru, čase i osobě,
- zachování lidské důstojnosti, přirozenost,
- informace o pravidlech života v daném zařízení,
- prevence nevhodného zacházení či šikany,
- nabídka aktivit,
- vstupní pohovor,
- cílevědomá spolupráce s klientem,
- vhodná dokumentace. (8)

3. 4. 3 Možné důsledky pobytu v dlouhodobé ústavní péči

Dlouhodobá ústavní péče může být velmi dobrým řešením v řadě životních situací, na druhé straně s sebou nese velké nároky na adaptaci klienta a může mít též své negativní důsledky. Jedná se zejména o ztrátu autonomie, společenské role, životní perspektivy.

Zátěž je dána hlavně:

- změnou prostředí, novými neznámými prostory,
- narušením mezilidských vazeb,
- ohrožením autonomie, ztrátou soukromí,
- změnou sebehodnocení,
- omezením kontaktů s okolním světem,
- nevhodným chováním personálu či spolupacientů.

Jedním ze základních bodů prevence rozmanitých negativních dopadů ústavní péče je zvýšený zájem a dostatečná pozornost věnovaná individuálním lidským potřebám a dále také předcházení odosobnění klienta. (3, 8)

3. 5 Dlouhodobá péče o křehké a závislé geriatrické pacienty

U křehkých a závislých klientů je nutné v dlouhodobé péči uplatňovat komplexní týmovou péči s dobrou koordinací a aktivním přístupem každého účastníka péče. Křehcí a závislí staří lidé totiž často nedokážou včas signalizovat své potřeby. Neopomenutelnou součástí pečujícího týmu je taktéž rodina nemocného, se kterou mají být zdravotníci schopni úzce spolupracovat. Rodinu je možné například aktivně zapojit i do rehabilitace během návštěvy klienta kupříkladu na LDN.

Ráda bych také zmínila možnost zapojení dobrovolníků, kteří mohou život pacientů v dlouhodobé péči velmi oživit, zpestřit. Navíc každý příchozí dobrovolník s sebou přináší i kousek světa mimo ústavní péči.

Pro zkvalitnění péče je možné využívat také nové technologie, ať už jsou to antidekubitární lůžka, úpravy koupelen, monitorace pohybu pacienta nebo zabezpečení „bloudících“ pacientů se syndromem demence. Tyto moderní technologie mohou přispět ke zvýšení pocitu bezpečí a také komfortu klientů. Vzhled a vybavenost zařízení dlouhodobé péče zajisté ovlivňují i psychiku nemocných.

Také pro zdravotníky může být určitě potěšující věta pacienta: „Tady se mi líbí, cítím se tu opravdu dobře.“

Neodmyslitelný je rozvoj paliativní péče nejen v domácím prostředí, ale také např. v LDN nebo domovech důchodců. Aby staří lidé mohli důstojně strávit poslední chvíle života ve svém důvěrně známém prostředí, s možností pobytu rodiny, přátel.

Snad se tedy i do budoucna bude stávat dlouhodobá péče čím dál více propojenou, komplexní i odbornou a bude respektovat důstojnost a smysluplnost života každého člověka. (2, 9)

II VÝZKUMNÁ ČÁST

1 Výzkumné záměry

Výzkumný záměr 1: Domnívám se, že ženy budou vnímat méně často pocit uspokojení v oblasti potřeby komunikace a soukromí než muži.

Výzkumný záměr 2: Předpokládám, že u klientů hospitalizovaných déle než jeden měsíc došlo častěji ke změně hodnotového systému a hodnota zdraví bude u nich častěji na prvním místě než u klientů hospitalizovaných kratší časový úsek.

Výzkumný záměr 3: Domnívám se, že přísun informací týkajících se hospitalizace i dění ve světě je nedostačující pro muže i ženy stejně.

Výzkumný záměr 4: Předpokládám, že věřící klienti by během hospitalizace častěji uvítali zlepšení v duchovní oblasti než klienti nevěřící.

Výzkumný záměr 5: Domnívám se, že ženy by častěji než muži uvítaly vyplnění volného času zájmovou aktivitou.

2 Metodika výzkumu

2.1 Metoda výzkumu

Pro získání dat k provedení výzkumu byla použita metoda dotazníkového šetření. Dotazníky byly zcela anonymní a byly v nich použity otázky uzavřené – dichotomické, polytomické, dále otázky polouzavřené a identifikační. V jedné z otázek byla použita metoda škálování. Dotazník obsahuje celkem 17 otázek. Otázky byly zaměřené především na oblast potřeb komunikace, soukromí, informovanosti, potřebu být prospěšný, uplatnit se v činnosti, mít své uspořádané životní hodnoty. Dále také na oblast spirituálních potřeb.

Ke každé otázce je vytvořena tabulka a graf vytvořený v programu Microsoft Excel 2000.

Analýza a zpracování dat proběhlo metodou absolutní (počet odpovědí) a relativní četnosti (procentuální vyjádření) dle vzorce: $f_i = (n_i / n) \times 100$, kde f_i vyjadřuje relativní četnost, n_i absolutní četnost a n celkový počet respondentů.

2.2 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal od srpna 2008 do ledna 2009 na čtyřech odděleních následné péče Chrudimské nemocnice, a.s. Tuto nemocnici jsem volila z důvodu předchozí dobré vzájemné spolupráce. Při rozdávání dotazníků jsem se obrátila na vrchní sestru zmíněných oddělení, které jsem osobně předala 50 dotazníků, polovinu pro muže a polovinu pro ženy. Všem respondentům bylo více než 65 let, délka jejich hospitalizace byla od jednoho týdne po dobu delší než jeden měsíc.

Návratnost dotazníků byla 86% (43 dotazníků), zbylý počet dotazníků (7) jsem vyplnila osobně s klienty na oddělení.

3 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka číslo (č.) 1:

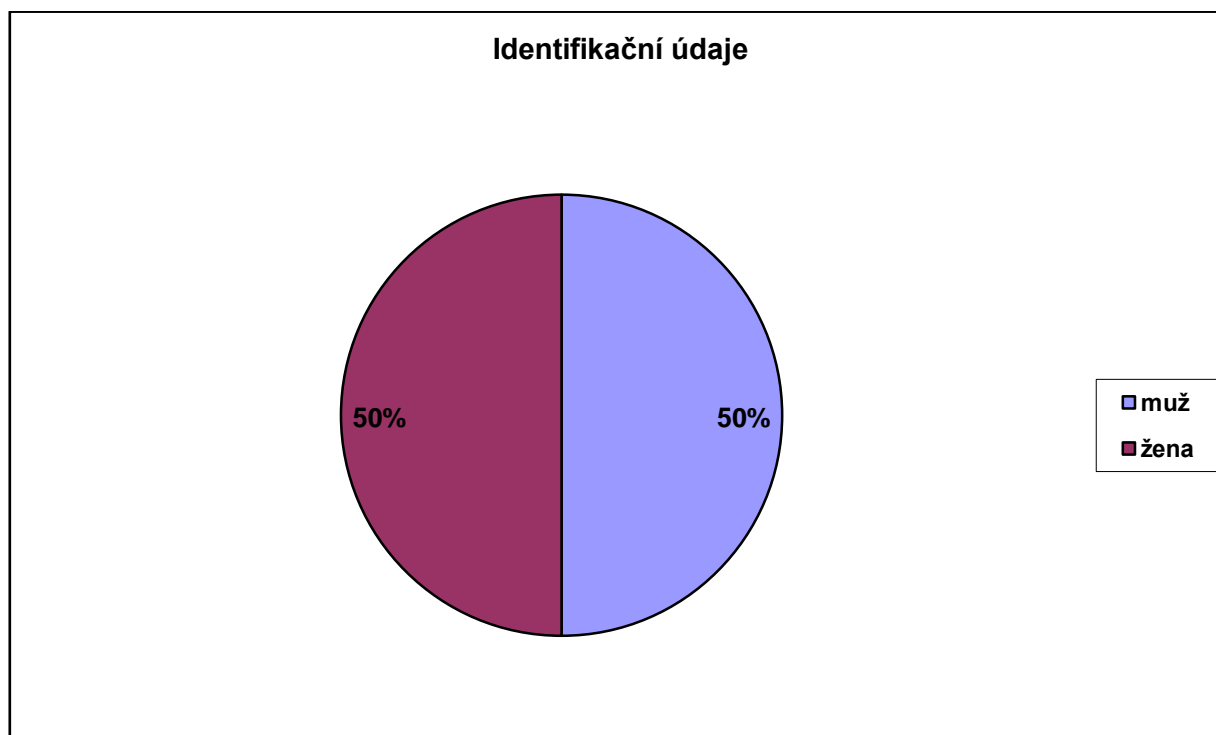
Jste:

a/ Muž

b/ Žena

Tabulka (tab.) č. 1: Identifikační údaje respondentů

Počet odpovědí		
Možnost odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	25	50%
Žena	25	50%
Celkem	50	100%



Obrázek (obr.) č. 1: Identifikační údaje respondentů

Komentář: Z tabulky a grafu identifikačních údajů vyplývá, že výzkumu se zúčastňuje 25 žen [50%] a 25 mužů [50%].

Otázka č. 2:

Délka Vaší hospitalizace je:

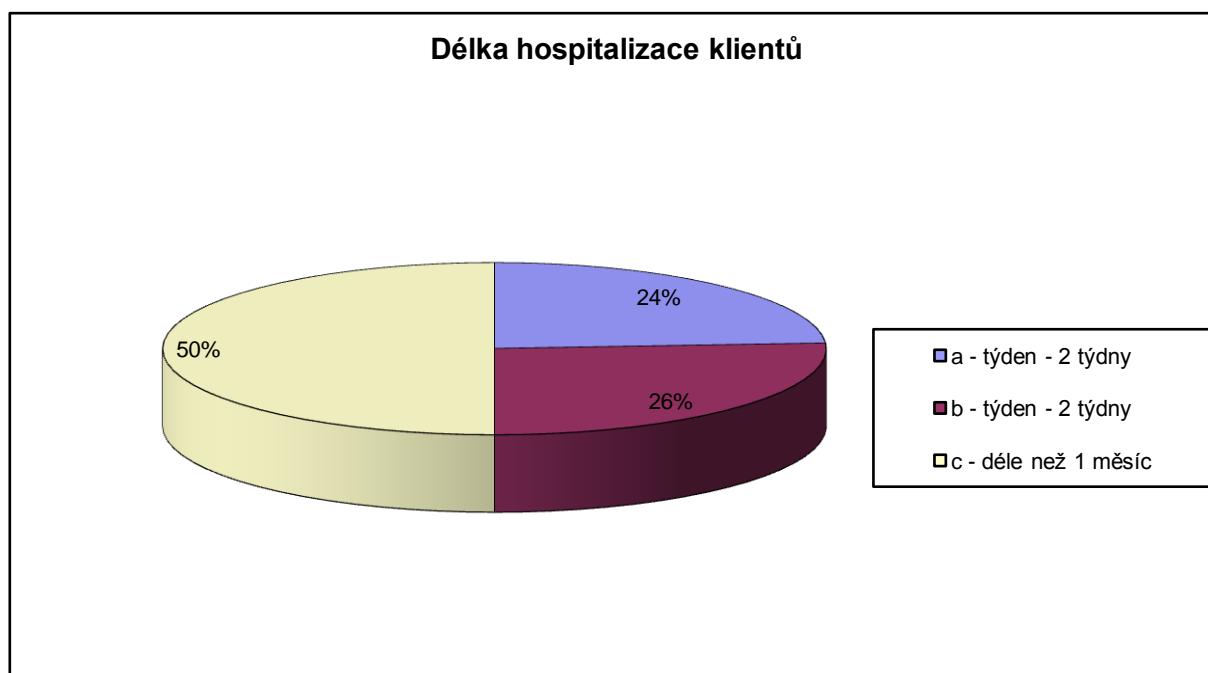
a/ Týden až 2 týdny

b/ 3 týdny až měsíc

c/ Delší než jeden měsíc

Tab. č. 2: Délka hospitalizace klientů

Počet odpovědí		
Možnost odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Týden až 2 týdny	12	24%
3 týdny až měsíc	13	26%
Déle než 1 měsíc	25	50%
Celkem	50	100%



Obr. č. 2: Délka hospitalizace klientů

Komentář: Délka hospitalizace se týká tří skupin klientů. První skupina jsou klienti hospitalizovaní po dobu týdne až dvou, jde o 12 klientů [24%]. Druhou skupinu tvoří klienti hospitalizovaní po dobu 3 týdnů až 1 měsíce, jde o 13 klientů [26%]. Třetí skupinu tvoří klienti hospitalizovaní déle než 1 měsíc, jedná se o 25 klientů [50%].

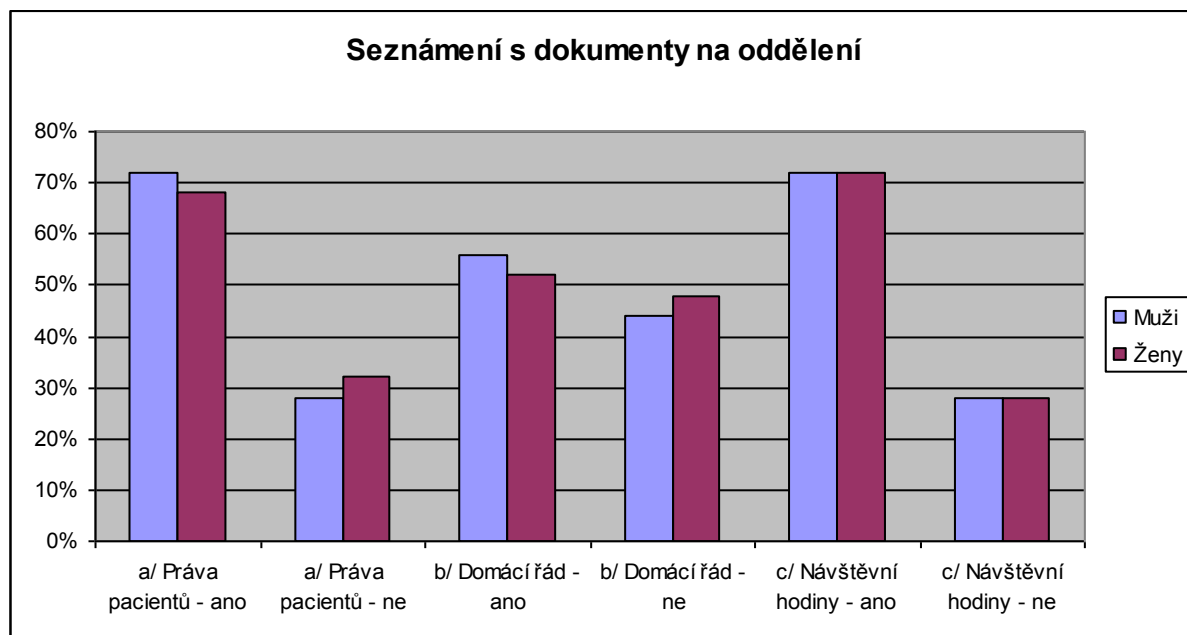
Otázka č. 3:

Byl/a jste seznámen/a s následujícími dokumenty?

Název dokumentu	Možnost odpovědi	
Práva pacientů	ANO	NE
Domácí řád	ANO	NE
Návštěvní hodiny	ANO	NE

Tab.č. 3: Seznámení s dokumenty na oddělení

Počet odpovědí				
Možnost odpovědi	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Práva pacientů ano	18	72%	17	68%
Práva pacientů ne	7	28%	8	32%
Domácí řád ano	14	56%	13	52%
Domácí řád ne	11	44%	12	48%
Návštěvní hodiny ano	18	72%	18	72%
Návštěvní hodiny ne	7	28%	7	28%



Obr. č. 3: Seznámení s dokumenty na oddělení

Komentář: S prvním uvedeným dokumentem, tedy s právy pacientů, bylo seznámeno 18 mužů [72%] a 17 žen [68%]. Naopak neseznámeno s právy pacientů bylo 7 mužů [28%] a 8 žen [32%].

S domácím řádem oddělení bylo seznámeno 14 mužů [56%] a 13 žen [52%], seznámení s domácím řádem neproběhlo u 11 mužů [44%] a 12 žen [48%].

Informace o návštěvních hodinách byla poskytnuta 18 mužům [72%] a 18 ženám [72%], neposkytnutí informace o návštěvních hodinách se týkalo 7 mužů [28%] a 7 žen [28%] z celkového počtu dotazovaných klientů.

Otázka č. 4.:

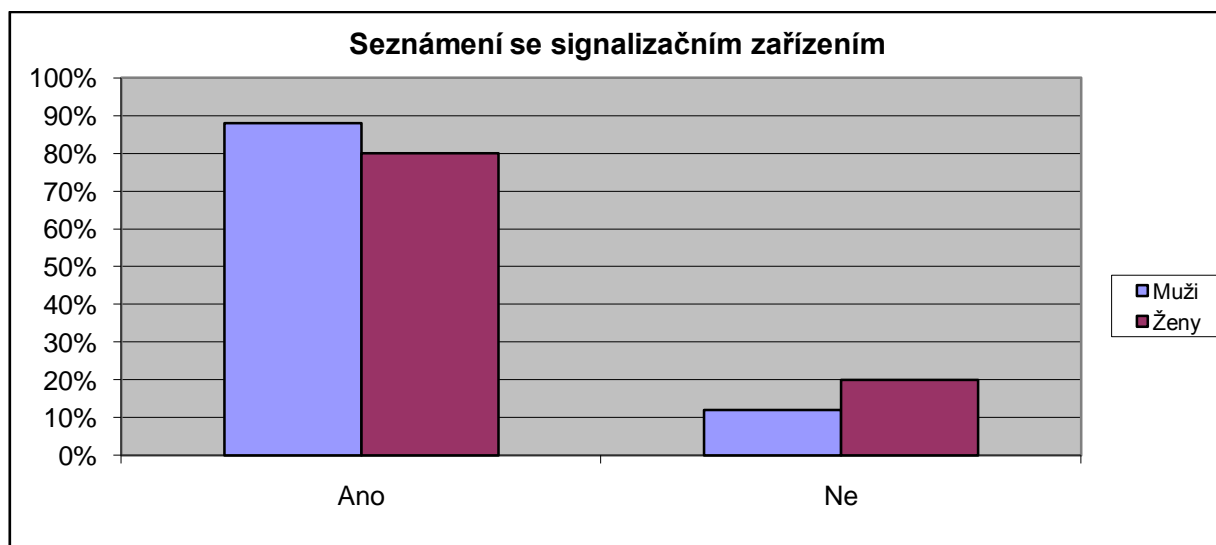
Byl/a jste seznámen/a se signalizačním zařízením?

a/ Ano

b/ Ne

Tab. č. 4: Seznámení se signalizačním zařízením

Počet odpovědí				
Možnost odpovědi	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Ano	22	88%	20	80%
Ne	3	12%	5	20%
Celkem	25	100%	25	100%



Obr. č. 4: Seznámení se signalizačním zařízením

Komentář: Signalizační zařízení na pokoji bylo představeno 22 mužům [88%] a 20 ženám [80%], neinformováni o signalizačním zařízení byli 3 muži [12%] a 5 žen [20%] z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 5:

Stalo se Vám někdy, že personál na Vaši signalizaci (zvonění) nereagoval?

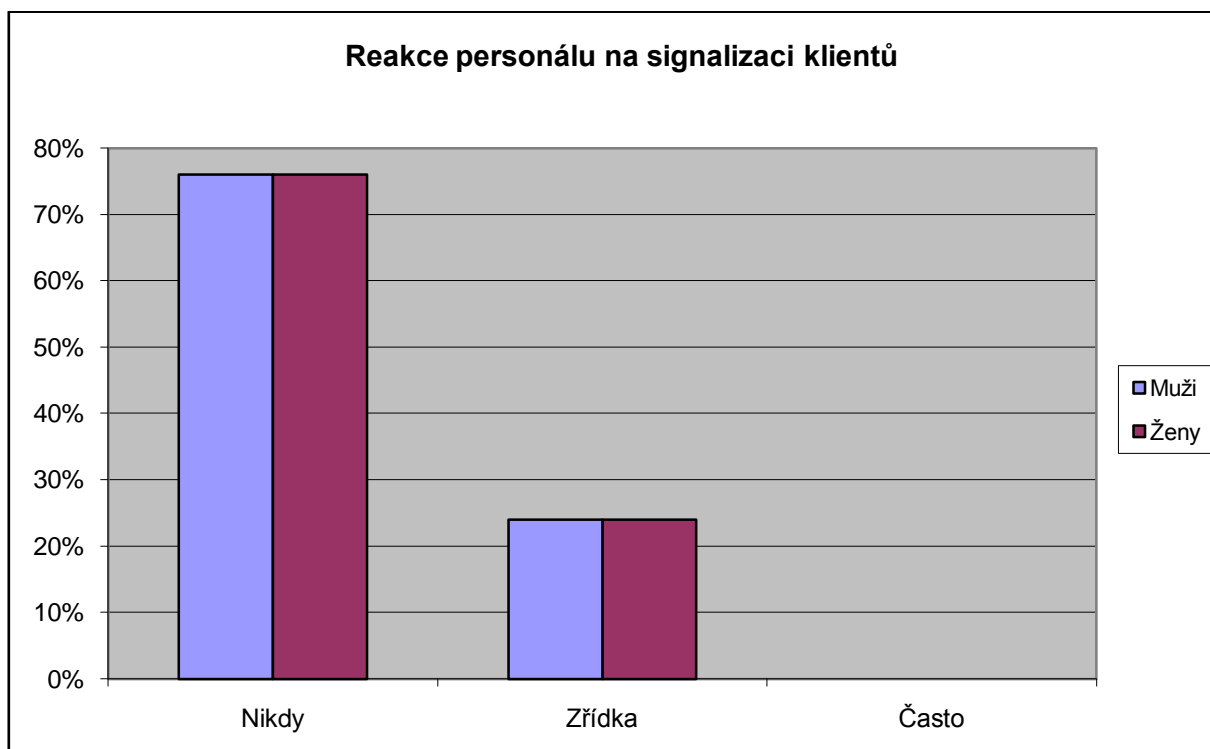
a/ Nikdy se mi to nestalo

b/ Stává se to zřídka

c/ Stává se to často, téměř každý den

Tab.č. 5: Reakce zdravotnického personálu na signalizaci klientů

Možnost odpovědi	Počet odpovědí			
	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Nikdy	19	76%	19	76%
Zřídka	6	24%	6	24%
Často	0	0%	0	0%
Celkem	25	100%	25	100%



Obr. č. 5: Reakce zdravotnického personálu na signalizaci klientů

Komentář: Možnost a/ Nikdy se mi to nestalo, uvedlo 19 mužů [76%] a 19 žen [76%], možnost b/ Stává se to zřídka, uvedlo 6 mužů [24%] a 6 žen [24%]. Možnost c/ Stává se to často, neuvedl nikdo z klientů.

Otázka č. 6:

Jak často s Vámi navazuje zdravotnický personál aktivní komunikaci? (Např. zdravotní sestra se Vás sama od sebe ptá, jak se Vám daří, zda je vše v pořádku, jak se cítíte a má zájem o Vaši odpověď).

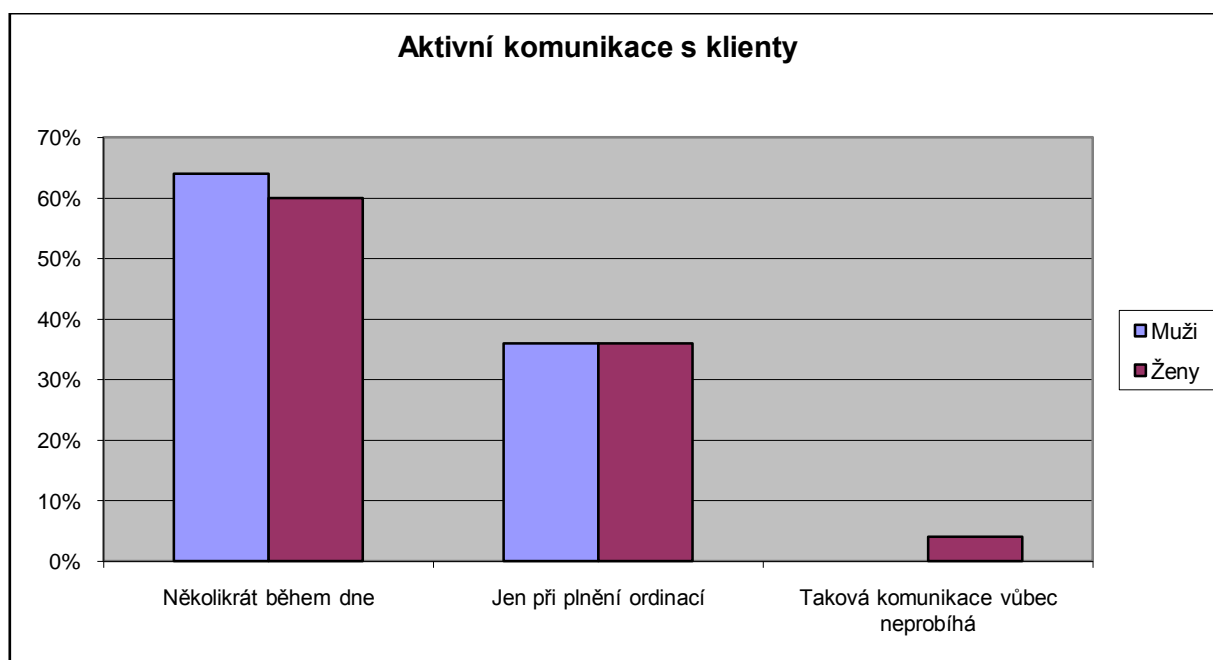
a/ Několikrát během dne

b/ Pouze při plnění ordinací – rozdávání léků, stlaní lůžek, podávání stravy, ...

c/ Taková komunikace se mnou neprobíhá

Tab. č. 6: Aktivní komunikace s klienty

Možnost odpovědi	Počet odpovědí			
	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Několikrát denně	16	64%	15	60%
Pouze při ordinacích	9	36%	9	36%
Neprobíhá	0	0%	1	4%
Celkem	25	100%	25	100%



Obr. č. 6: Aktivní komunikace s klienty

Komentář: U této otázky možnost a/ Několikrát během dne označilo 16 mužů [64%] a 15 žen [60%]. Možnost b/ Pouze při plnění ordinací označilo 9 mužů [36%] a 9 žen [36%]. Možnost c/ Taková komunikace se mnou neprobíhá, neoznačil žádný z dotazovaných mužů [0%] a pouze jedna žena [4%] z celkového počtu respondentek.

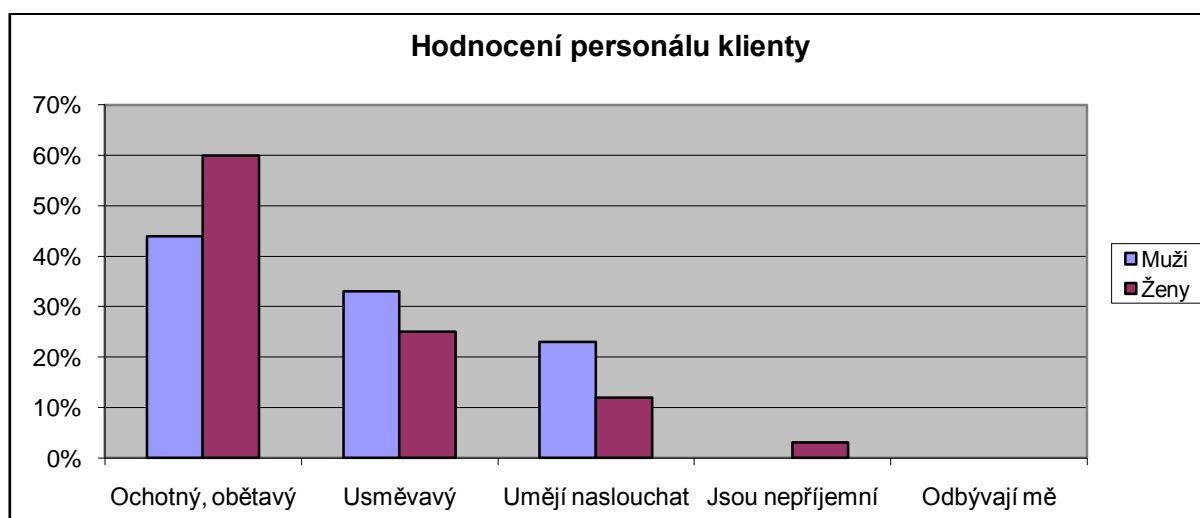
Otázka č. 7:

Zdravotnický personál na tomto oddělení hodnotím jako (lze označit více možností):

- a/ Ochotný, obětavý
- b/ Usměvavý, dokážou mě povzbudit
- c/ Umějí mi naslouchat
- d/ Jsou nepříjemní, mají často špatnou náladu
- e/ Mám pocit, že mě odbývají

Tab. č. 7: Hodnocení personálu klienty

Možnost odpovědi	Počet odpovědí			
	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Ochotný, obětavý	19	44%	19	60%
Usměvavý	14	33%	8	25%
Umějí naslouchat	10	23%	4	12%
Nepříjemní	0	0%	1	3%
Odbývají mě	0	0%	0	0%
Celkem	53	100%	32	100%



Obr. č. 7: Hodnocení personálu klienty

Komentář: Zdravotnický personál hodnotí jako ochotný a obětavý 19 mužů [44%] a 19 žen [60%], jako usměvavý personál a schopný povzbudit, hodnotí 14 mužů [33%] a 8 žen [25%]. Schopnost personálu naslouchat uvádí 10 mužů [23%] a 4 ženy [12%]. Jako nepříjemný nehodnotí personál nikdo z mužů [0%]. Avšak 1 žena [3%] hodnotí personál jako nepříjemný. Poslední možnost za e/ Mám pocit, že mě odbývají, neuvádí nikdo z mužů [0%] ani z žen [0%].

Otázka č. 8:

Kterou z následujících hodnot byste nejčastěji ve svém životě postavil/a na první místo?

Rodina

Zdraví

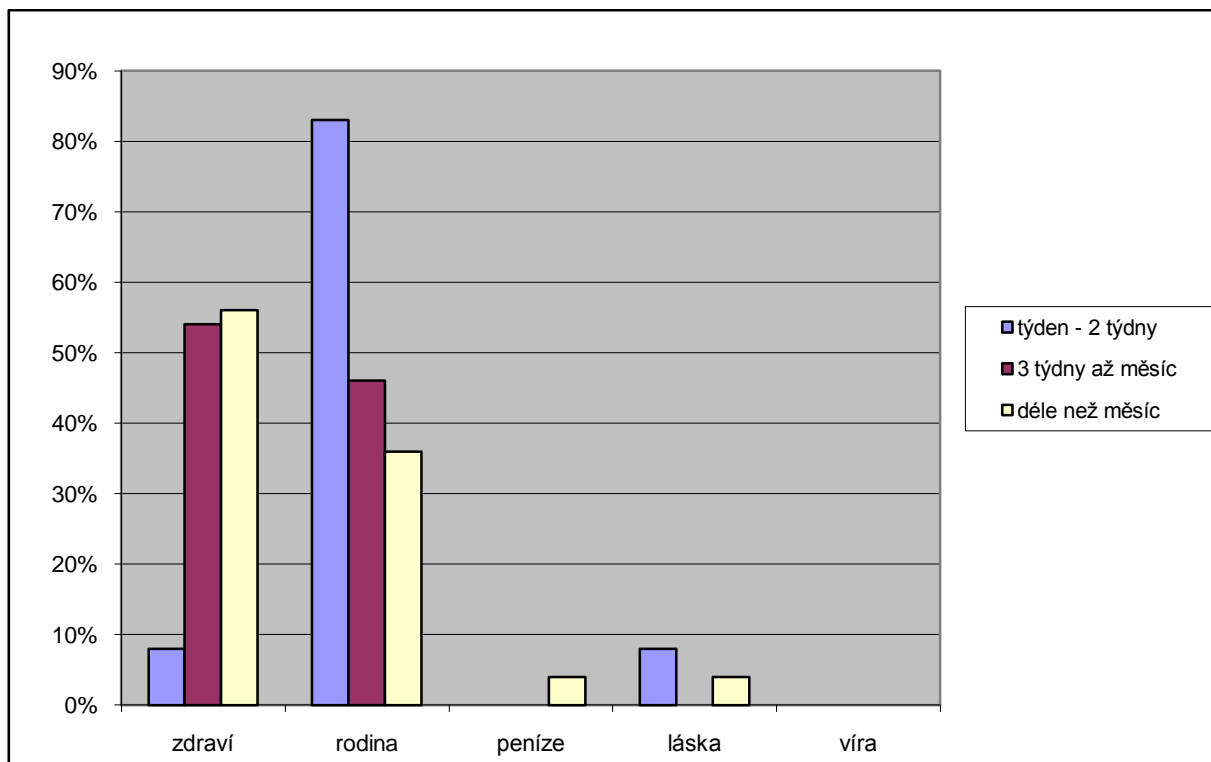
Peníze

Láska

Víra

Tab. č. 8: Hodnoty na prvním místě v závislosti na délce hospitalizace

Délka pobytu	Počet odpovědí									
	Absolutní četnost zdraví	Relativní četnost zdraví	Absolutní četnost rodina	Relativní četnost rodina	Absolutní četnost peníze	Relativní četnost peníze	Absolutní četnost láska	Relativní četnost láska	Absolutní četnost víra	Relativní četnost víra
Týden až 2 týdny	1	8%	10	83%	0	0%	1	8%	0	0%
3 týdny až měsíc	7	54%	6	46%	0	0%	0	0%	0	0%
Déle než měsíc	14	56%	9	36%	1	4%	1	4%	0	0%



Obr. č. 8: Hodnoty na prvním místě v závislosti na délce hospitalizace

Komentář: Na tuto otázku odpovídá 12 klientů [24%] hospitalizovaných týden až 2 týdny, 13 klientů [26%] hospitalizovaných 3 týdny až měsíc a 25 klientů [50%] hospitalizovaných déle než měsíc.

Z analýzy dat této otázky vyplývá, že klienti hospitalizovaní týden až 2 týdny řadí na první místo hodnotu rodina v 83%, hodnotu zdraví na první místo v 8% a hodnotu láska v 8%, hodnoty peníze a víra se na prvním místě vůbec nevyskytuje [0%].

Klienti hospitalizovaní po dobu 3 týdnů až měsíce uvádí nejčastěji na první místo hodnotu zdraví a to v 54%, hodnotu rodina na prvním místě v 46%, hodnoty láska, peníze a víra neobsazují první místo ani jednou [0%].

Klienti hospitalizovaní déle než 1 měsíc uvádí hodnotu zdraví na první místo vůbec nejčastěji, v 56%, hodnotu rodina na prvním místě uvádí ve 36%, hodnotu peníze a láska stejně ve 4%. Hodnota víra není uvedena na prvním místě ani jednou [0%].

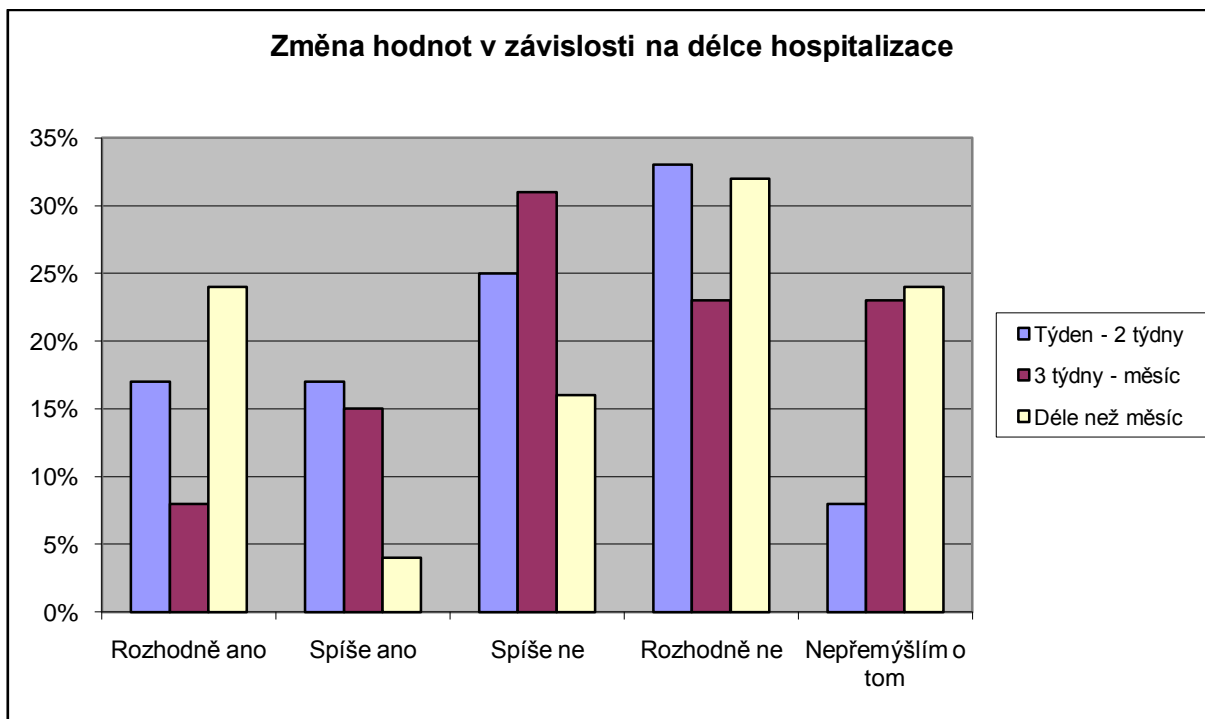
Otázka č. 9:

Změnila hospitalizace pořadí Vašich hodnot?

- a/ Rozhodně ano
- b/ Spíše ano
- c/ Spíše ne
- d/ Rozhodně ne
- e/ Nepřemýšlím o tom

Tab. č. 9: Změna hodnotového systému v závislosti na délce hospitalizace

Možnost odpovědi	Počet odpovědí					
	Absolutní četnost týden - 2 týdny	Relativní četnost týden - 2 týdny	Absolutní četnost 3 týdny - měsíc	Relativní četnost 3 týdny - měsíc	Absolutní četnost déle než měsíc	Relativní četnost déle než měsíc
Rozhodně ano	2	17%	1	8%	6	24%
Spíše ano	2	17%	2	15%	1	4%
Spíše ne	3	25%	4	31%	4	16%
Rozhodně ne	4	33%	3	23%	8	32%
Nepřemýšlím o tom	1	8%	3	23%	6	24%
Celkem	12	100%	13	100%	25	100%



Obr. č. 9: Změna hodnotového systému v závislosti na délce hospitalizace

Komentář: U této otázky jsem věnovala pozornost především možnosti odpovědi

a/ Rozhodně ano a možnosti d/ Rozhodně ne, tedy možnostem zcela protichůdným.

Klienti hospitalizovaní v rozmezí týdne až 2 týdnů uvedli, že hospitalizace rozhodně změnila pořadí jejich hodnot ve 2 případech [17%]. Klienti hospitalizovaní 3 týdny až měsíc tuto možnost uvedli v 1 případě [8%].

Klienti hospitalizovaní po dobu delší než měsíc uvedli možnost a/ Rozhodně ano v 6 případech [24%].

Pořadí hodnot hospitalizace rozhodně nezměnila u 4 klientů hospitalizovaných týden až 2 týdny [33%]. Tuto možnost zvolili i 3 klienti hospitalizovaní 3 týdny až měsíc [23%] a také 8 klientů hospitalizovaných po dobu delší než 1 měsíc [32%].

O této problematice nepřemýšlel 1 klient po dobu hospitalizace týden až 2 týdny [8%], 3 klienti hospitalizovaní 3 týdny až měsíc [23%] a 6 klientů hospitalizovaných po dobu delší než měsíc [24%].

Otázka č. 10:

Jste věřící?

ANO – NE

Pokud ne, pokračujte otázkou číslo 11.

Pokud ano, jak hodnotíte duchovní život na oddělení?

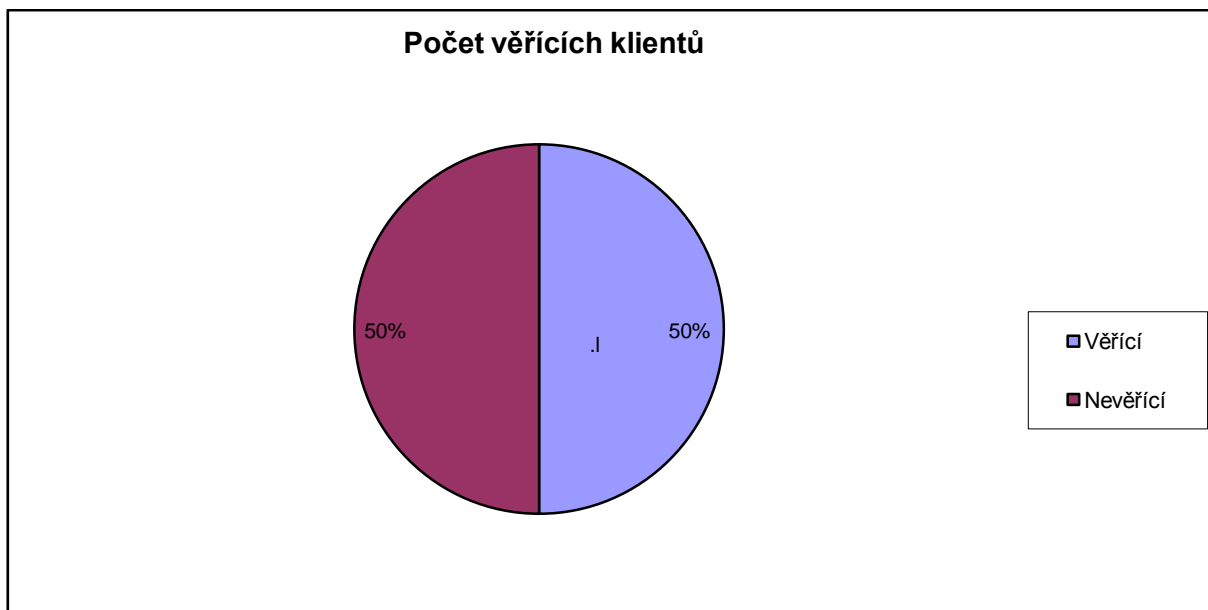
a/ Jsem spokojený/á

b/ Uvítal/a bych kontakt s duchovním

c/ Jsem nespokojený/á, duchovním potřebám se tu nevěnuje pozornost

Tab. č. 10a: Počet věřících klientů

Možnosti odpovědi	Počet odpovědí	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	25	50%
Ne	25	50%
Celkem	50	100%

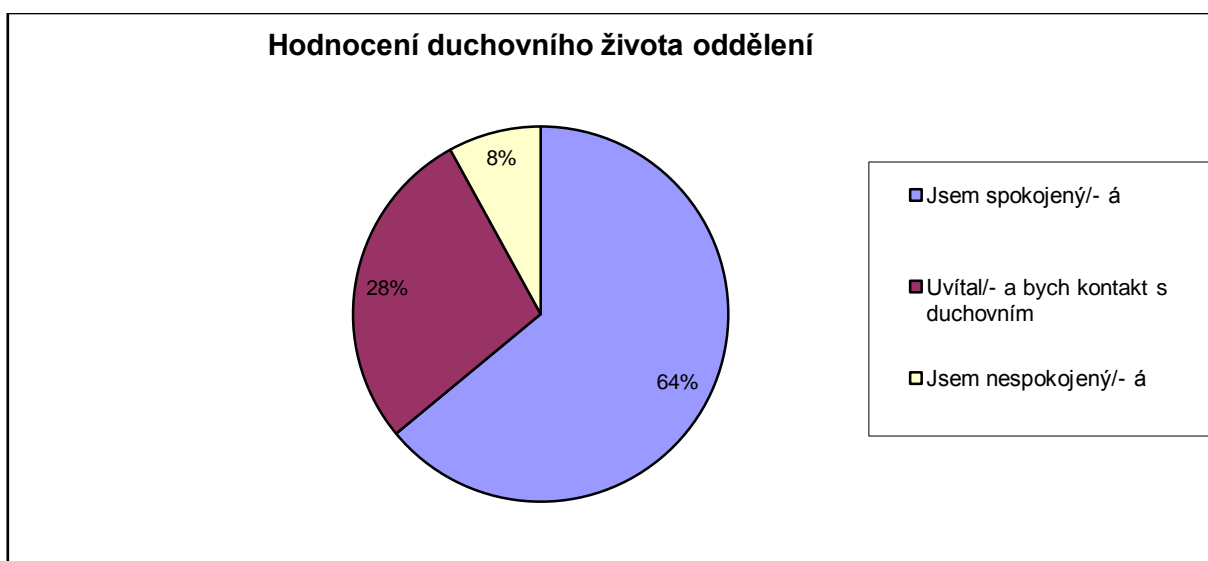


Obr. č. 10a: Počet věřících klientů

Komentář: Na otázku víry odpovědělo 25 klientů odpovědí ano [50%] a 25 respondentů uvedlo odpověď ne [25%].

Tab. č. 10b: Hodnocení duchovního života oddělení

Počet odpovědí		
Možnost odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jsem spokojený/á	16	64%
Uvítal/a bych kontakt s duchovním	7	28%
Jsem nespokojený/á	2	8%



Obr. č. 10b: Hodnocení duchovního života oddělení

Komentář: Z výsledků této otázky vyplývá, že z 25 věřících klientů [50%] je s duchovním životem na oddělení spokojeno 16 klientů [64%]. Kontakt s duchovním uvítalo 7 klientů [28%] a nespokojení jsou 2 klienti [8%].

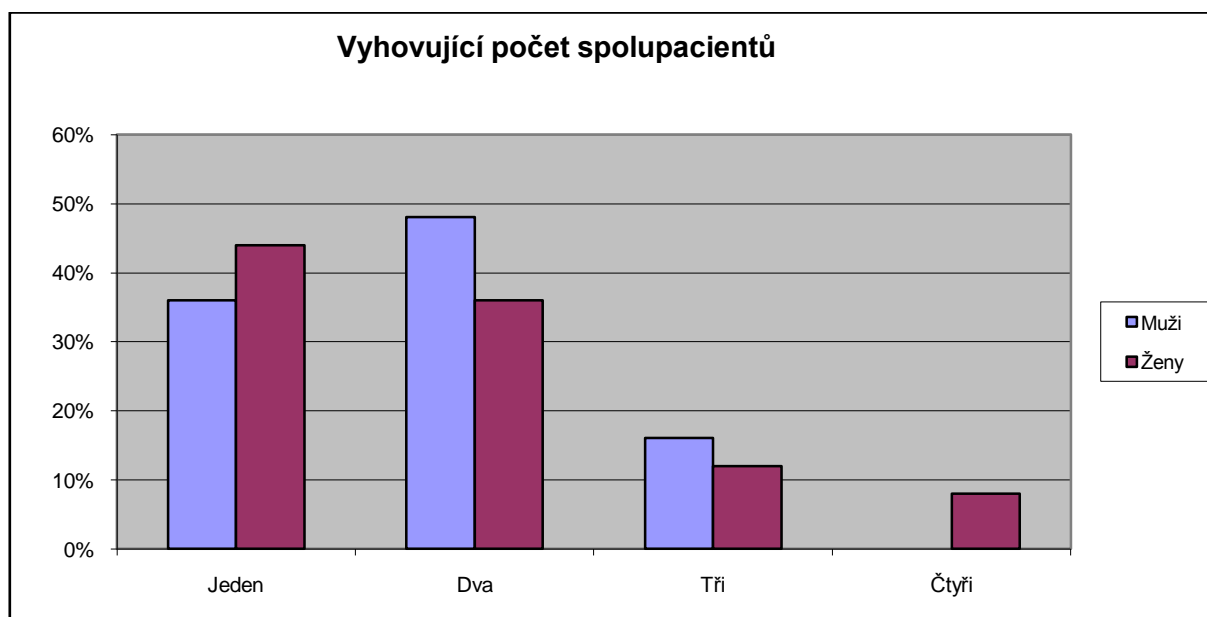
Otázka č. 11:

Jaký počet spolupacientů na pokoji by Vám vyhovoval?

- a/ Jeden
- b/ Dva
- c/ Tři
- d/ Čtyři a více

Tab.č. 11: Vyhovující počet spolupacientů na pokoji

Možnost odpovědi	Počet odpovědí			
	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Jeden/jedna	9	36%	11	44%
Dva/dvě	12	48%	9	36%
Tři	4	16%	3	12%
Čtyři a více	0	0%	2	8%
Celkem	25	100%	25	100%



Obr. č. 11: Vyhovující počet spolupacientů

Komentář: Devět mužů [36%] uvedlo, že by jim vyhovovalo sdílet pokoj s jedním spolupacientem, 12 mužů [48%] uvedlo jako vyhovující možnost dvou spolupacientů. Čtyři muži [16%] by uvítali tři spolupacienty. Nikdo z mužů neuvedl jako vyhovující počet spolupacientů 4 a více [0%].

Jedenáct žen [44%] uvedlo jako vyhovující počet spolupacientek jednu, 9 žen [36%] upřednostňovalo možnost dvou spolupacientek. Třem ženám [12%] by vyhovovala možnost tří spolupacientek. Dvěma ženám [8%] by vyhovoval počet spolupacientek čtyři a více.

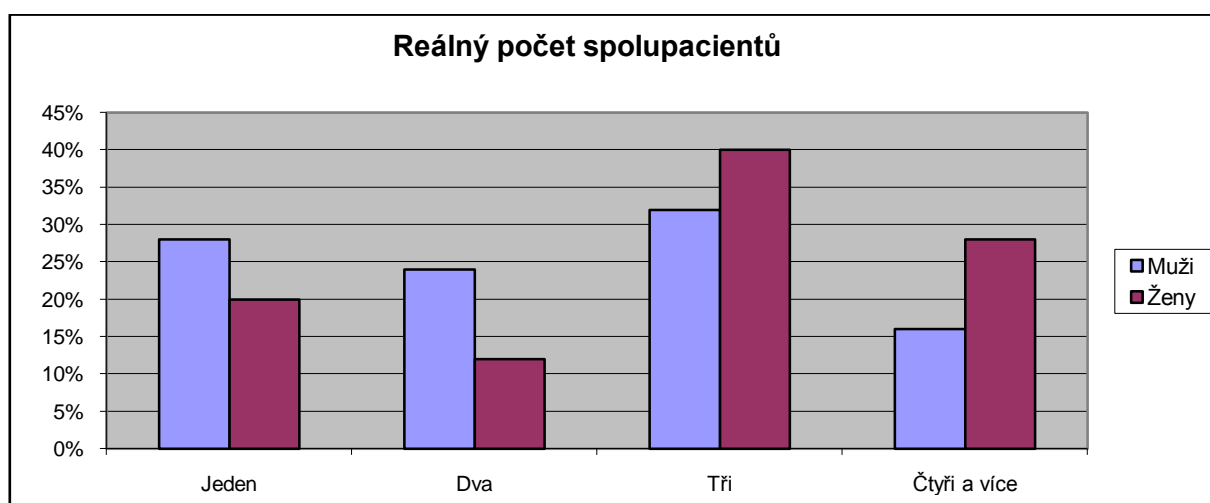
Otázka č. 12:

Kolik spolupacientů/ spolupacientek je s Vámi na pokoji nyní?

- a/ Jeden/ jedna
- b/ Dva/ dvě
- c/ Tři
- d/ Čtyři a více

Tab. č. 12: Reálný počet spolupacientů/ spolupacientek

Počet odpovědí				
Možnost odpovědi	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Jeden/jedna	7	28%	5	20%
Dva/dvě	6	24%	3	12%
Tři	8	32%	10	40%
Čtyři a více	4	16%	7	28%
Celkem	25	100%	25	100%



Obr. č. 12: Reálný počet spolupacientů/ spolupacientek

Komentář: Možnost jednoho spolupacienta/ spolupacientky na pokoji uvedlo 7 mužů [28%] a 5 žen [20%]. Možnost dvou spolupacientů/ spolupacientek uvedlo 6 mužů [24%] a 3 ženy [12%]. Tři další pacienti/ pacientky na pokoji uvedlo 8 mužů [32%] a 10 žen [40%]. Možnost čtyř a více spolupacientů uvedli 4 muži [16%] a 7 žen [28%].

Otázka č. 13:

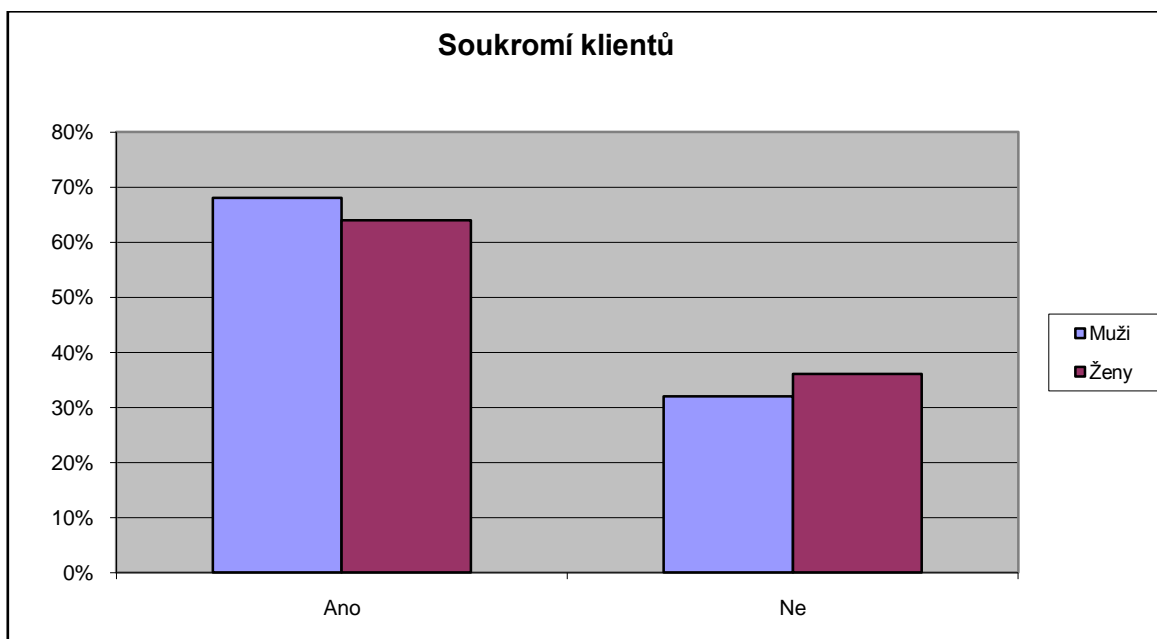
Máte pocit dostatku soukromí?

a/ Ano

b/ Ne

Tab. č. 13: Soukromí klientů

Počet odpovědí				
Možnost odpovědi	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Ano	17	68%	16	64%
Ne	8	32%	9	36%
Celkem	25	100%	25	100%



Obr. č. 13: Soukromí klientů

Komentář: Na otázku týkající se pocitu dostatku soukromí odpovědělo možností ano 17 mužů [68%] a 16 žen [64%]. Možností ne odpovědělo 8 mužů [32%] a 9 žen [36%].

Otázka č. 14:

Měl/a byste zájem o zájmovou činnost během své hospitalizace?

ANO - NE

Pokud ne, pokračujte otázkou číslo 15.

Pokud ano, jakou činnost byste nejvíce uvítal/a:

a/ Ruční práce

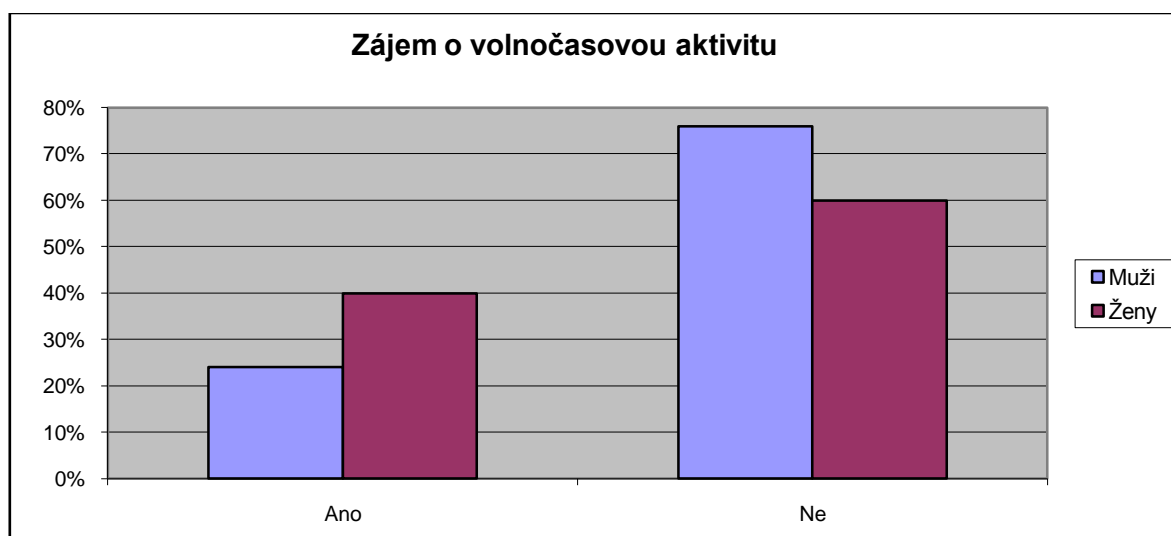
b/ Uměleckou činnost – malování, hudba

c/ Více cvičení, pohybu

d/ Jiné

Tab. č. 14a: Zájem o volnočasovou aktivitu

Možnost odpovědi	Počet odpovědí			
	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Ano	6	24%	10	40%
Ne	19	76%	15	60%
Celkem	25	100%	25	100%

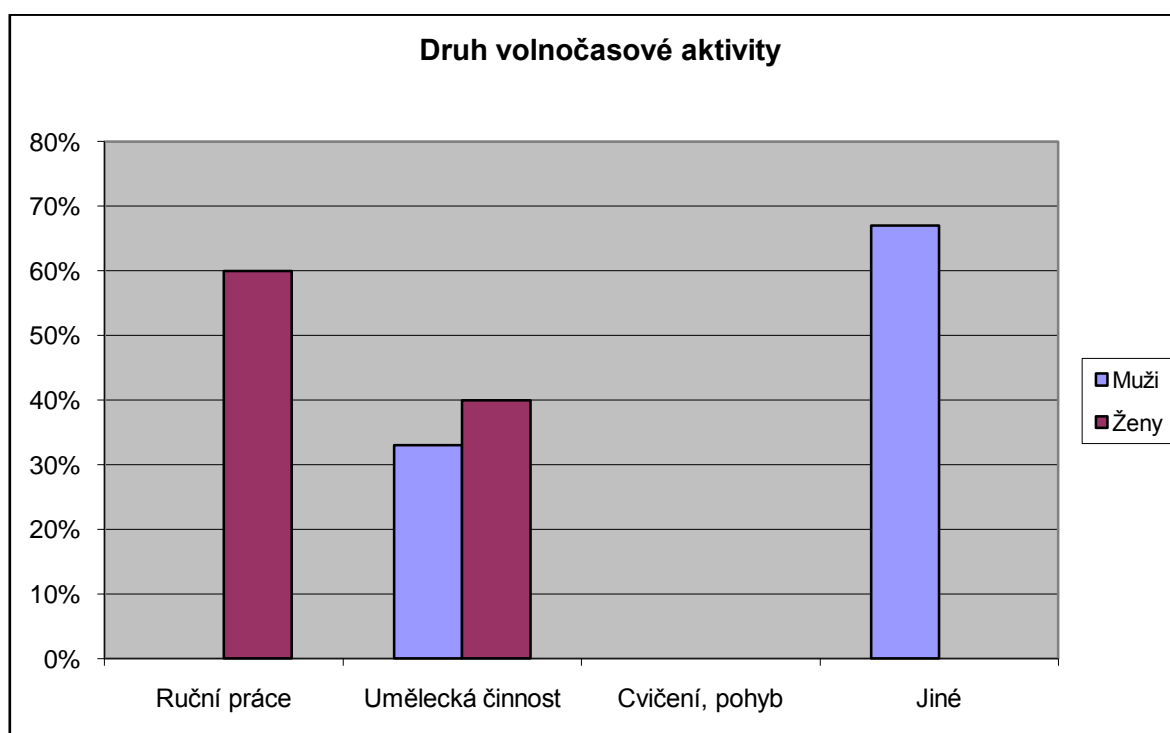


Obr. č. 14a: Zájem o volnočasovou aktivitu

Komentář: Zájem o volnočasovou aktivitu by mělo 6 mužů [24%] a 10 žen [40%], nezájem o tuto činnost by nemělo 19 mužů [76%] a 15 žen [60%].

Tab. č. 14b: Druh volnočasové aktivity

Možnosti odpovědi	Počet odpovědí			
	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Ruční práce	0	0%	6	60%
Umělecká činnost	2	33%	4	40%
Cvičení, pohyb	0	0%	0	0%
Jiné	4	67%	0	0%



Obr. č. 14b: Druh volnočasové aktivity

Komentář: Z mužů a žen, kteří uvedli, že by měli zájem o volnočasovou aktivitu, nevedl nikdo z mužů zájem o ruční práci [0%]. Dva muži uvedli zájem o uměleckou činnost [33%]. Cvičení a pohyb nevedl žádný muž [0%]. Možnost jiné uvedli 4 muži [67%].

Šest žen uvedlo zájem o ruční práce [60%]. Čtyři ženy měly zájem o uměleckou činnost [40%]. Cvičení a pohyb a také možnost jiné nevedla žádná žena [0%].

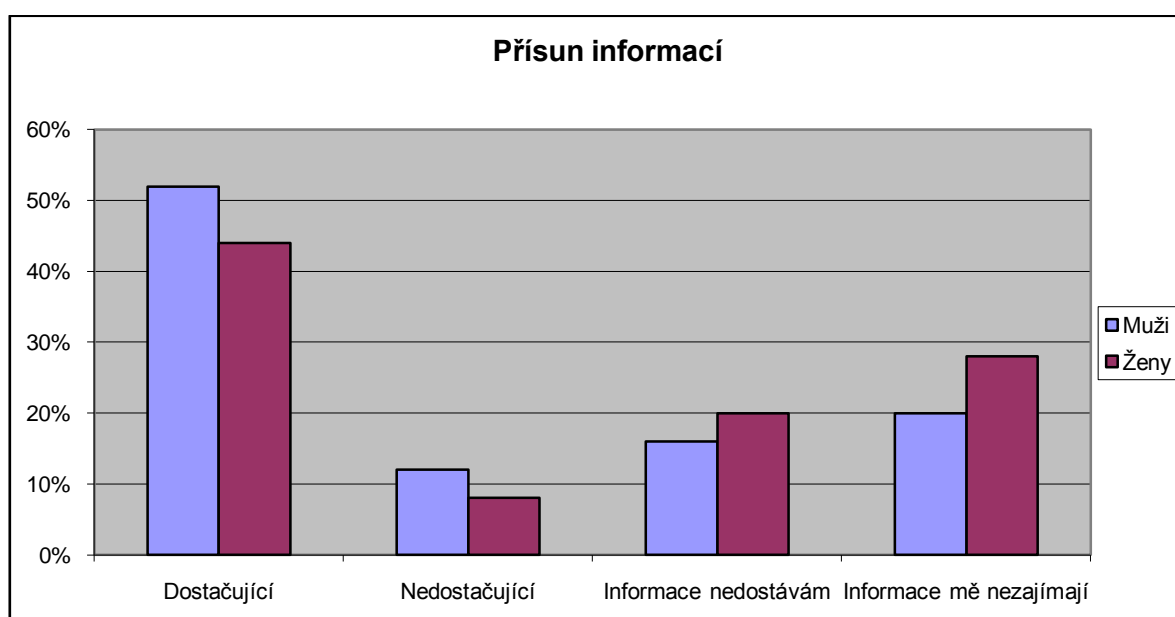
Otázka č. 15:

Jak hodnotíte přísun informací týkajících se dění v České republice, ve světě?

- a/ Přísun informací je pro mě dostačující
- b/ Informace dostávám, ale nejsou pro mě dostačující
- c/ Tyto informace vůbec nedostávám
- d/ Tyto informace mě vůbec nezajímají

Tab. č. 15: Přísun informací

Počet odpovědí				
Možnost odpovědi	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Dostačující	13	52%	11	44%
Nedostačující	3	12%	2	8%
Nedostávám	4	16%	5	20%
Nezajímají mě	5	20%	7	28%
Celkem	25	100%	25	100%



Obr. č. 15: Přísun informací

Komentář: Přísun informací o dění v České republice a ve světě hodnotí jako dostačující 13 mužů [52%] a 11 žen [44%]. Jako nedostačující uvádí přísun těchto informací 3 muži [12%] a 2 ženy [8%]. Informace o dění v České republice a ve světě se vůbec nedostávají ke 4 mužům [16%] a 5 ženám [20%]. Tyto informace nezajímají 5 mužů [20%] a 7 žen [28%].

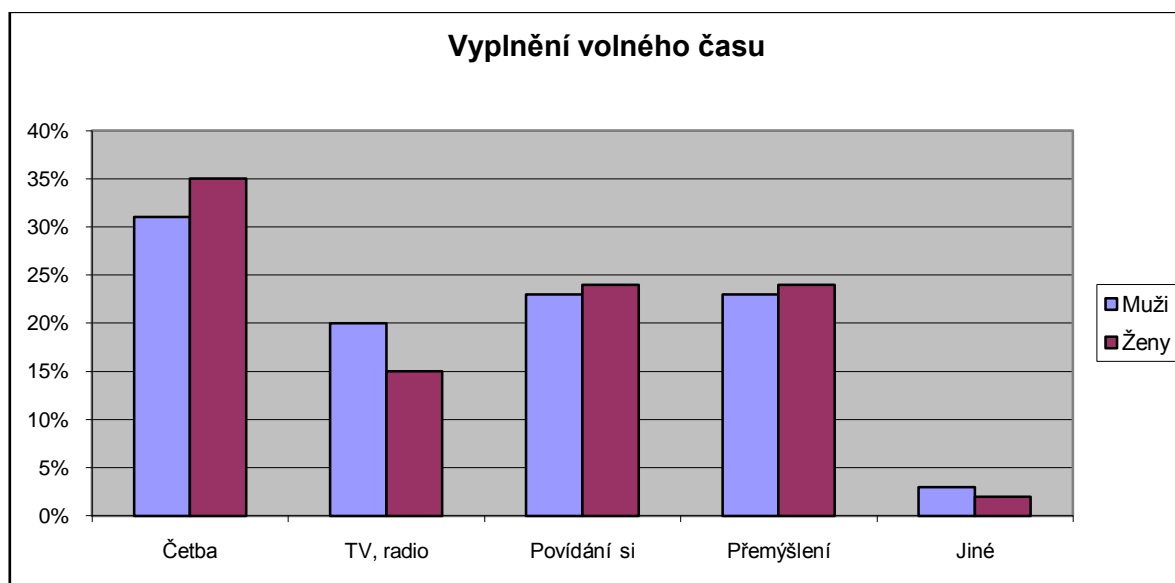
Otázka č. 16:

Jak během hospitalizace vyplňujete volné chvíle? (Lze označit více možností)

- a/ Četbou
- b/ Sledováním TV, posloucháním radia
- c/ Povídáním se spolupacienty
- d/ Ležím a přemýšlím
- e/ Jiné

Tab. č. 16: Vyplnění volného času

Počet odpovědí				
Možnost odpovědi	Absolutní četnost muži	Relativní četnost muži	Absolutní četnost ženy	Relativní četnost ženy
Četba	12	31%	16	35%
TV, radio	8	20%	7	15%
Povídání si	9	23%	11	24%
Přemýšlení	9	23%	11	24%
Jiné	1	3%	1	2%



Obr. č. 16: Vyplnění volného času

Komentář: Četbou tráví volný čas 12 mužů [31%]) a 16 žen [35%]. Sledováním televize nebo poslechem rádia vyplňuje volný čas 8 mužů [20%] a 7 žen [15%]. Se spolupacienty si povídá 9 mužů [23%] a 11 žen [24%]. Volný čas přemýšlením vyplňuje 9 mužů [23%] a 11 žen [24%]. Jeden muž [3%] uvádí v možnosti jiné procházení po oddělení. Jedna žena [2%] v možnosti jiné uvádí ruční práce - pletení.

Otázka č. 17:

Ve které z následujících oblastí byste uvítal/a nejvíce zlepšení?

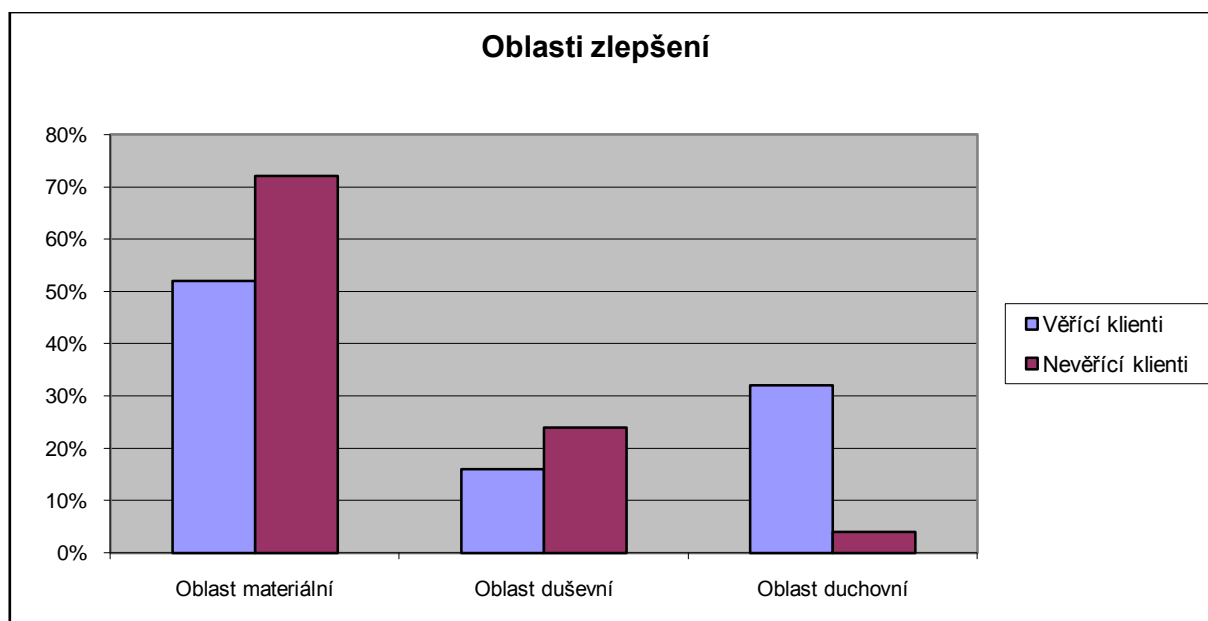
a/ Oblast materiální (např. lepší vybavení pokojů, oddělení)

b/ Oblast duševní (např. zájmová činnost)

c/ Oblast duchovní (např. kontakt s duchovním)

Tab. č. 17: Oblasti zlepšení

Možnost odpovědi	Počet odpovědí			
	Absolutní četnost věřící klienti	Relativní četnost věřící klienti	Absolutní četnost nevěřící klienti	Relativní četnost nevěřící klienti
Materiální oblast	13	52%	18	72%
Duševní oblast	4	16%	6	24%
Duchovní oblast	8	32%	1	4%
Celkem	25	100%	25	100%



Obr. č. 17: Oblasti zlepšení

Komentář: Z analýzy dat poslední otázky vyplynulo, že v oblasti materiální by nejvíce zlepšení uvítalo 13 věřících klientů [52%] a 18 klientů nevěřících [72%].

Zlepšení v oblasti duševní by uvítali 4 věřící klienti [16%] a 6 nevěřících klientů [24%].

V duchovní oblasti by rádo vidělo zlepšení 8 věřících klientů [32%] a jeden klient nevěřící [4%].

Diskuse

Po provedené analýze odpovědí z dotazníkového šetření jsem dospěla k následujícím výsledkům.

Výzkumný záměr 1: Domnívám se, že ženy budou vnímat méně často pocit uspokojení v oblasti potřeby komunikace a soukromí než muži.

Pro zhodnocení prvního výzkumného záměru bylo nejprve nutné rozdělit klienty na muže (50% dotazovaných) a ženy (taktéž 50% dotazovaných). Rozdělení klientů dle pohlaví je k vidění (viz.) v tab. č. 1 a na obr. č. 1.

Dále je první výzkumný záměr rozpracován v **otázce č. 5**, kde je zhodnocena reakce zdravotnického personálu na signalizaci klientů pomocí signalizačního zařízení. Použití signalizačního zařízení lze hodnotit jako formu komunikace. Zde se výzkumný záměr nepotvrdil, neboť muži i ženy odpověděli procentuálně stejně. Z dotazovaných mužů a žen 76% uvedlo, že se nikdy nestalo, aby zdravotnický personál na signalizaci nereagoval, 24% dotazovaných (mužů i žen) uvedlo, že tato situace nastane pouze zřídka. Vyvrácení výzkumného záměru v této oblasti je však v podstatě pozitivním výsledkem. Viz. tab. č. 5 a obr. č. 5.

V **otázce č. 6** je rozebrána problematika aktivní komunikace s klienty. Zde se výzkumný záměr potvrdil, neboť ženy uvedly aktivní komunikaci ze strany zdravotnického personálu méně často (v 60%) než muži, kteří aktivní komunikaci zažívali v 64%. Zatímco ani jeden muž neuvedl, že by taková komunikace vůbec neprobíhala, jedna žena tuto možnost připustila. Viz. tab. č. 6 a obr. č. 6.

Náplní **otázky č. 7** je neverbální komunikace a oblast schopnosti naslouchání zdravotnického personálu. Výzkumný záměr se potvrdil. Schopnost zdravotnického personálu naslouchat uvedlo 23% mužů, ale pouze 12% žen. Jako nepříjemný (můžeme říci i náladový, zamračený) nezhodnotil personál nikdo z mužů, 3% žen však tuto možnost připustila. Viz. tab. č. 7 a obr. č. 7.

V **otázkách č. 11, 12, 13** je zahrnuta problematika počtu spolupacientů na pokoji. Tato tematika se také bezprostředně dotýká soukromí klientů. První výzkumný záměr se i zde potvrdil.

V oblasti počtu spolupacientek na pokoji se u žen objevil větší rozdíl mezi počtem spolupacientek ideálním a počtem skutečným. U mužů se častěji ideální počet spolupacientů blížil

počtu reálnému. Viz. tab. č. 11, 12 a obr. č. 11, 12. Přesto však rozdíly v pocitu soukromí mezi oběma pohlavími nejsou nijak dramatické. Nedostatek soukromí uvedlo 32% mužů a 36% žen. Viz. tab. č. 13, obr. č. 13.

První výzkumný záměr jsem porovnávala s výsledky diplomové práce Bc. Marcely Separové s názvem Senior v léčebném prostředí, obhájené v roce 2008 v Brně. V této práci nejsou klienti LDN rozdělení dle pohlaví, přesto se výsledky problematiky komunikace a soukromí obecně shodují. Bc. Separová uvádí, že 63% klientů LDN je spokojeno s pozorností, komunikací, jež je jim věnována ze strany personálu. A 65% klientů pociťuje dostatek soukromí. (14)

Výzkumný záměr 2: Předpokládám, že u klientů hospitalizovaných déle než jeden měsíc došlo častěji ke změně hodnotového systému a hodnota zdraví bude u nich častěji na prvním místě než u klientů hospitalizovaných kratší časový úsek.

Pro zhodnocení druhého výzkumného záměru byli klienti rozdělení do tří skupin dle délky jejich hospitalizace. Nejpočetnější skupinu tvoří klienti hospitalizovaní déle než měsíc. Početně nejmenší skupinu tvoří klienti hospitalizovaní týden až dva týdny. Viz. tab. č. 2, obr. č. 2.

Hodnotový systém klientů je podrobně rozebrán v **otázkách č. 8 a 9**, ve kterých se druhý výzkumný záměr potvrdil. Klienti hospitalizovaní déle než měsíc postavili hodnotu zdraví častěji na první místo svého hodnotového systému než klienti hospitalizovaní kratší dobu. Viz. tab. č. 8, obr. č. 8.

Změny v systému hodnot nejčastěji nastaly právě u klientů hospitalizovaných déle než měsíc. Viz. tab. č. 9 a obr. č. 9.

Výzkumný záměr 3: Domnívám se, že přísun informací týkajících se hospitalizace i dění ve světě je nedostačující stejně pro muže i ženy.

Problematika informovanosti klientů v oblasti hospitalizace a dění ve světě se odráží v **otázkách číslo 3, 4 a 15**, ve kterých se třetí výzkumný záměr nepotvrdil.

Větší procentuální zastoupení je těch klientů (mužů i žen), kteří byli seznámeni s dokumenty týkajících se hospitalizace. Stejně tak ve většině případů došlo k seznámení se signalizačním zařízením. A to u mužů i žen.

Přesto však musím upozornit na nemalou skupinu klientů a klientek, kteří s dokumenty

na oddělení ani se signalizačním zařízením na oddělení seznámeni nebyli. Viz. tab. č. 3, 4 a obr. č. 3 a 4.

Co se týká přísunu informací z dění ze světa, muži i ženy uvedli ve většině případů, že přísun informací je pro ně dostačující. Pro muže je dle výsledků přísun informací více dostačující než pro ženy. Tento výsledek se zřejmě opírá o fakt, že ženy častěji uvedly, že je tyto informace nezajímají – tab. č. 15, obr. č. 15.

Tento výzkumný záměr jsem opět porovnála s výsledkem dotazníkového šetření v rámci diplomové práce Bc. Marcely Separové.

Bc. Marcela Separová ve své práci taktéž zaznamenala dostatečnou informovanost klientů hospitalizovaných na LDN (v 85, 71%). Ve své práci Bc. Separová hodnotila především úroveň informovanosti týkající se hospitalizace (domácí řád, práva pacientů, léčebné postupy atd.). (14)

Výzkumný záměr 4: Předpokládám, že věřící klienti by častěji uvítali zlepšení v duchovní oblasti během hospitalizace než klienti nevěřící.

Tento výzkumný záměr se potvrdil, věnují se mu **otázky číslo 10 a 17**. Nejprve v tab. č. 10a a na obr. č. 10a můžeme vidět procentuální zastoupení klientů věřících, tedy 50% z celkového počtu respondentů. Druhých 50% tedy tvoří skupina klientů nevěřících.

Většina věřících klientů udává, že je s duchovním životem na oddělení spokojena a to v 64%. Ráda bych ale také upozornila na fakt, že 28% věřících klientů by uvítalo kontakt s duchovním, domnívám se, že je to poměrně velký počet klientů. Možné řešení situace uvádím v závěru práce. Viz. tab. č. 10b, obr. č. 10b.

Co se týká zlepšení v jednotlivých oblastech (materiální, duševní, duchovní), věřící klienti by častěji než nevěřící uvítali zlepšení v duchovní oblasti. Přesto však 52% ze všech dotazovaných věřících klientů by uvítalo zlepšení spíše v oblasti materiální než duchovní. Viz. tab. č. 17 a obr. č. 17.

Výzkumný záměr 5: Domnívám se, že ženy by častěji než muž uvítaly zapojení do volnočasové aktivity.

Volný čas během hospitalizace tráví nejvíce mužů i žen četbou. Častou činností je také povídání si se spolupacienty a přemýšlení (u mužů i žen). Další konkrétní náplní volného času se zabývá **otázka číslo 16**, tab. č. 16 a obr. č. 16.

Pátý výzkumný záměr se potvrdil. Ženy by častěji než muži uvítaly zapojení do volnočasové aktivity a to ve 40%, muži ve 24%. Viz. **otázka č. 14**, tab. č. 14a, obr. č. 14a.

Samotná otázka druhu aktivity ve volném čase je zahrnuta v tab. č. 14b a obr. č. 14b. U žen byla nejčastěji zvolena možnost ručních prací, mužům by nejvíce vyhovovala jiná činnost, neuvedená v nabídce.

Poměrně vysoce procentuálně zastoupen je zájem o uměleckou činnost a to u obou pohlaví.

Pro srovnání jsem použila bakalářskou práci Jany Halamkové s názvem Sociální izolace klientů domovů pro seniory, která byla obhájena v roce 2008 v Brně. V části dotazníkového šetření se zabývala volnočasovou aktivitou seniorů. Došla k závěru, že až 89% klientů tráví volný čas aktivně účastí v programech domova, pohybovou aktivitou apod. Příčinou rozdílných závěrů je pravděpodobně jistá odlišnost obou typů zařízení (domovy pro seniory a LDN) např. ve skladbě klientů. V obou případech se jedná o zařízení dlouhodobé péče, nicméně možnosti klientů se liší. (5)

Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, zda u klientů hospitalizovaných na oddělení následné péče dochází k uspokojování vybraných psychosociálních potřeb. Dalším cílem bylo zjistit, jaké jsou rozdíly ve vnímání uspokojování těchto potřeb mezi muži a ženami. A dále, jak ovlivňuje délka hospitalizace uspořádání hodnotového systému klientů a zda jsou u věřících klientů saturovány potřeby duchovní.

Pokud pojmu výsledky tohoto výzkumu globálně, pak lze říci, že k uspokojování psychosociálních potřeb u klientů v následné péči dochází. Na tyto potřeby je tedy ze strany zdravotnického personálu pamatováno. V saturaci některých psychosociálních potřeb se ovšem jisté nedostatky objevily.

V oblasti potřeby soukromí uvedla většina klientů spokojenost. Nemohu však opomenout na početnou skupinu mužů i žen, u kterých tato potřeba není v dostatečné míře uspokojena. Do klientova soukromí je často vcházeno „bez zaklepaní“. Někdy dochází i k úplné ztrátě soukromí. Často mnoho dalších očí sleduje, co se právě s klientem děje, mnoho uší slyší, co klientovi sdělujeme nebo co sděluje klient nám či členům své rodiny.

Snad by mohlo pomoci, kdyby se návštěvy neodehrávaly v nuceném prostředí pokoje klienta. Stejně tak i rozhovory zdravotníků s klientem, plánování vyšetření, dalších léčebných postupů. Mnohdy i zcela mobilní klient zůstává během návštěvy, rozhovoru ve svém lůžku. A to i přesto, že bychom jej mohli doprovodit do poklidného prostředí jiné místnosti. Někam, kde by se náš rozhovor s ním mohl stát daleko důvěrnějším. Bylo by dobré, pokud to stavební uspořádání dovolí, takovou místnost zařídit, vhodně a vkusně ji upravit. Měli bychom mít na paměti, jak významně prostředí ovlivňuje psychiku člověka.

Vnímání uspokojování psychosociálních potřeb u mužů a žen se liší, ovšem nijak výrazně. U žen jsem zaznamenala mírné nedostatky v uspokojování potřeby komunikace a informovanosti. Ano, stává se, že prostor pro efektivní komunikaci s klientem je časově velmi omezen. Nikdy by však neměl zcela vymizet. Snažme se promlouvat ke klientovi co nejčastěji, volme povzbuzující slova, nebojme se zapojit humor. Dejme našim nemocným pocítit, že právě teď jsme tu jen pro ně, byť jen na chvíli.

Pro mě zajímavým výsledkem výzkumu byl nemalý zájem klientů (mužů i žen) o volnočasovou aktivitu. Pohled do pokojů klientů nám může napovědět. Skutečně nejčastěji lze v rukách našich klientů vidět knihu nebo časopis. Možná si ani neuvědomujeme, že tito lidé

před hospitalizací měli i spoustu jiných zájmů. Něco je bavilo, něčemu se věnovali. Včetně těch, kteří teď před námi leží upoutáni na lůžko.

Z vlastní zkušenosti vím, že u mnohých klientů je jakákoli aktivita příjemnou a vítanou změnou. Pomohla by například vyšší angažovanost nejenom nás zdravotníků, ale také dobrovolníků, kteří by klientům pomohli vyplňovat volné chvíle. Jistým řešením by bylo stanovit na oddělení osobu/ osoby, které by mohly vytvořit jakési zájmové „kroužky“, ve kterých by se klienti se zájmem o volnočasovou aktivitu mohli uplatňovat. A to dle svých schopností či momentálního vnitřního rozpoložení. Hospitalizace na oddělení následné péče je zpravidla dlouhodobého charakteru. Pro klienty by neměl být událostí prováděný výkon u lůžka spolu-pacienta, ale spíše vlastní zapojení, aktivita.

Hodnoty, hodnotový systém, to jsou pojmy prolínající život člověka. Hodnoty nejsou neměnné. Právě během hospitalizace často dochází k bilancování, přehodnocování. Mnohdy se změni postoje k celé řadě problémů. Domnívám se, že v takových chvílích potřebují klienti zejména naši trpělivost a empatii. Podporu často potřebuje i rodina nemocného, která může být překvapená změnou názorů, postojů svého blízkého. Jak bychom přehodnocovali my v době dlouhodobé nemoci? U koho bychom hledali pomoc? Nabízí se jistě pomoc odborníka např. v podobě ústavního psychologa. Dle mé zkušenosti je služba psychologa často opomíjena a mnohé sestry o ní nemají informace. Je zapotřebí se informovat, kdo v nemocnici, léčebně zajišťuje péči o duševní potřeby nemocných. Následně pak klientovi (i jeho rodině) službu psychologa aktivně, ale nenuceně nabídnout.

Poslední cíl se týká věřících klientů a uspokojování duchovních potřeb. Většina věřících je dle výsledků výzkumu s uspokojováním spirituálních potřeb spokojena. Přesto, by však řada z nich uvítala kontakt s duchovním. Také malé procento nevěřících klientů by uvítalo zlepšení ve spirituální sféře. Zde se domnívám, že je nutné maximálně efektivně naslouchat a nebát se, když je nám sdělován problém týkající se něčeho, co nás „převyšuje.“ Nemusíme přehnaně filozofovat, ale respektovat klientovu spiritualitu a následně i přispět vlastní myšlenkou, vlastním duchovním. Za pomoci rodiny je také možné zajistit návštěvu duchovního přímo na oddělení u lůžka klienta. Tímto způsobem lze aspoň částečně nahradit např. pravidelnou účast na bohoslužbách, jež mohla být součástí klientova života před hospitalizací.

Na závěr bych chtěla připomenout, že všichni nemocní, o které se staráme, jsou osobnostmi, jež si zaslouhují úctu a které často čekají byť na jediný projev zájmu navíc.

Je nutné se najíst, napít, nadechnout se čerstvého vzduchu, je naplňující se radovat, sdílet, život žít, ne jen přežívat.

Soupis bibliografických citací

1. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II.* 1. vydání. Praha : Informatorium, spol. s.r.o., 2004. ISBN 80-7333-028-8.
2. ČERMÁK, Martin. Hospicová paliativní péče : Naděje na dobrou smrt. Zdravotnické noviny [online]. 2007, roč. 7 [cit. 2007-02-19]. Dostupný z WWW: <hospice.cz>.
3. DUŠOVÁ, B. Aktivizace ve stáří. *Sestra.* 2004, roč. 14, č. 7-8, s. 54-55.
4. FLEISCHMANNOVÁ, Petra. Při duchovní službě ve zdravotnictví nejde jen o uspokojování náboženských potřeb věřících. Zdravotnické noviny [online]. 2002, č. 34 [cit. 2002-08-22]. Dostupný z WWW: <zdn.cz>.
5. HALAMKOVÁ, Jana. *Sociální izolace klientů domovu pro seniory.* [s.l.], 2008. 82 s. Masarykova univerzita. Vedoucí bakalářské práce Pavel Weber.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie.* 1. vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
7. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory.* 1. vydání. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
8. KALVACH, Z. *Geriatry a gerontologie.* 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
9. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří.* 1. vydání. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
10. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory.* 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
11. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství.* 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
12. MAJERNÍKOVÁ, L.; JAKABOVIČOVÁ, A. Saturácia spirituálnych potrieb u onkologického pacienta. *Onkologická péče,* 2008, roč. 12, č. 4, s. 22 – 24.
13. NEJEDLÁ, M.; SVOBODOVÁ, H; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství IV/2.* 1. vydání. Praha : Informatorium, spol. s.r.o., 2005. ISBN 80-7333-034-2.
14. SEPAROVÁ, Marcela. *Senior v léčebném prostředí.* [s.l.], 2008. 133 s. Masarykova univerzita. Vedoucí diplomové práce Dana Soldánová.
15. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 2. vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.

16. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2170.

Abecední seznam užitých zkratk

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

č. - číslo

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

Např. – například

Obr. – obrázek

s. – strana

Tab. – tabulka

Tzv. – takzvaný

Viz. – k vidění

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Maslowova pyramida potřeb

Příloha č. 3: Indexy potřeb

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Eva Štouračová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chci Vás poprosit o spolupráci v rámci výzkumu s názvem „Uspokojování psychosociálních potřeb u hospitalizovaných klientů na oddělení následné péče.“ Tento výzkum je součástí mé bakalářské práce a je zcela anonymní. Prosím, řiďte se pokyny u jednotlivých otázek. Děkuji Vám za spolupráci.

Pokud není uvedeno jinak, označte vždy jednu odpověď.

1. Jste :
 - a/ Muž
 - b/ Žena

2. Délka Vaší hospitalizace je:
 - a/ Týden až 2 týdny
 - b/ 3 týdny až 1 měsíc
 - c/ Déle než měsíc

3. Byl/a jste seznámen/a s následujícími dokumenty?
 - a/ Práva pacientů ANO – NE
 - b/ Domácí řád ANO – NE
 - c/ Návštěvní hodiny ANO – NE

4. Byl/a jste seznámen/a se signalizačním zařízením?:
 - a/ Ano
 - b/ Ne

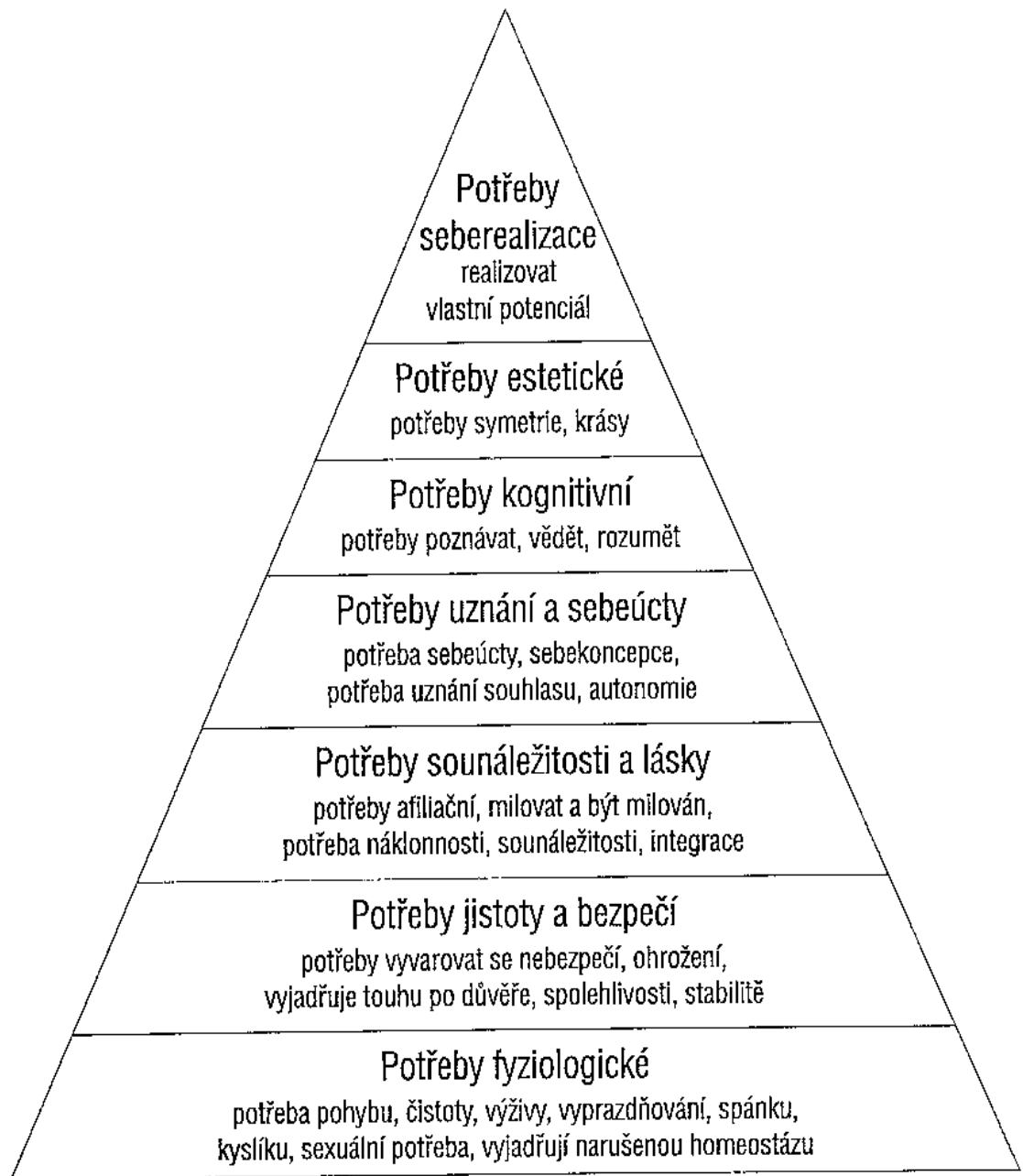
5. Stalo se Vám někdy, že personál na Vaši signalizaci (zvonění) nereagoval?:
 - a/ Ne, tuto zkušenost nemám
 - b/ Stává se to zřídka
 - c/ Stává se to často, téměř každý den

6. Jak často s Vámi navazuje zdravotnický personál aktivní komunikaci?
(Např. zdravotní sestra se Vás sama od sebe ptá, jak se Vám daří, zda je vše v pořádku, jak se cítíte a má zájem o Vaši odpověď)
- a/ Několikrát během dne
 - b/ Pouze při plnění ordinací – rozdávání léků, stlaní lůžek, podávání stravy,
 - c/ Taková komunikace se mnou neprobíhá
7. Zdravotnický personál zde hodnotím jako (lze označit více možností):
- a/ Ochotný, obětavý
 - b/ Usměvavý, dokážou mě povzbudit
 - c/ Umějí mi naslouchat
 - d/ Jsou nepříjemní, mají často špatnou náladu
 - e/ Mám pocit, že mě odbývají
8. Kterou z následujících hodnot byste nejčastěji ve svém životě umístil/a na první místo?
- Rodina
 - Zdraví
 - Peníze
 - Láska
 - Víra
9. Změnila hospitalizace pořadí Vašich hodnot?
- a/ Rozhodně ano
 - b/ Spíše ano
 - c/ Spíše ne
 - d/ Rozhodně ne
 - e/ Nepřemýšlím o tom

10. Jste věřící?
ANO – NE
Pokud NE, pokračujte otázkou číslo 11.
Pokud ANO, jak hodnotíte duchovní život na oddělení?
a/ Jsem spokojený/á
b/ Uvítal-a bych kontakt s duchovním
c/ Jsem nespokojený/á, duchovním potřebám se tu nevěnuje pozornost
11. Jaký počet spolupacientů/ spolupacientek na pokoji by Vám vyhovoval?
a/ Jeden/jedna
b/ Dva/dvě
c/ Tři
d/ Čtyři a více
12. Kolik spolupacientů/ spolupacientek je s Vámi na pokoji nyní?
a/ Jeden/jedna
b/ Dva/dvě
c/ Tři
d/ Čtyři a více
13. Máte pocit dostatku soukromí?
a/ Ano
b/ Ne
14. Měl/a byste zájem o zájmovou činnost během své hospitalizace?
ANO – NE
Pokud NE, pokračujte otázkou číslo 15.
Pokud ANO, jakou byste nejvíce uvítal/a?
a/ Ruční práce
b/ Uměleckou činnost – malování, hudba, ...
c/ Více cvičení a pohybu
d/ Jiné

15. Jak hodnotíte přísun informací týkajících se dění v České republice, ve světě?
- a/ Přísun informací je pro mě dostačující
 - b/ Informace dostávám ,ale nejsou pro mě dostačující
 - c/ Tyto informace vůbec nedostávám
 - d/ Tyto informace mě vůbec nezajímají
16. Jak během hospitalizace vyplňujete volné chvíle? (Lze označit více možností)
- a/ Četbou
 - b/ Sledováním televize, posloucháním radia
 - c/ Povídáním se spolupacienty
 - d/ Ležím a přemýšlím
 - e/ Jiné
17. Ve které z následujících oblastí byste uvítal/a nejvíce zlepšení?
- a/ Oblast materiální (např. lepší vybavení pokojů, oddělení)
 - b/ Oblast duševní (např. zájmová činnost)
 - c/ Oblast duchovní (např. kontakt s duchovním správcem)

Příloha č. 2: Maslowova pyramida potřeb



(Trachtová, 2001, s. 15)

Příloha č. 3: Indexy potřeb

Index viscerogenních potřeb dle Murrave:

Nedostatky (vedoucí k příjmu) sekrece (životní zdroje)	1. Potřeba vdechu 2. Potřeba vody 3. Potřeba potravy 4. Potřeba hmatového pocíťování 5. Potřeba sexuální 6. Potřeba laktace	+ + + + + +
Tenze směřující ke zbavení se něčeho exkrece (odpady)	7. Potřeba výdechu 8. Potřeba mikce 9. Potřeba defekace	- - -
Poškození (vedoucí k odtažení)	10. Potřeba vyhýbání se noxe 11. Potřeba vyhýbání se horku 12. Potřeba vyhýbání se chladu 13. Potřeby vyhýbání se poškození	- - - -

Index biogenních (fyziologických potřeb)

Impuls	Činnost	Uspokojení
potřeba vzduchu	dýchání	příjem kyslíku, odstranění kysličníku uhličitého
pocit hladu	jedení	nasycení
pocit žízně	pití	napití
sexuální vzrušení	sexuální aktivity	sexuální uspokojení, orgasmus
pocit únavy	odpočinek	restaurace energie v organismu
nuda	činnost	pohyb, zábava
ospalost	spánek	osvěžení
senzorická deprivace	vnímání	získávání dojmů
přemíra vzrušení	vyhledání klidu	pocit klidu
tlak v močovém měchýři	močení	pocit vyprázdnění
tlak v tlustém střevě	defekace	pocit vyprázdnění
pocit chladu	zahřívání se	pocit tepla
pocit horka	ochlazování se	pocit přiměřené teploty
pocit bolesti	odstranění bolesti	stav bez bolesti
svědění	škrábání	odstranění pocitu svědění

Index psychogenních potřeb (dle E.R.Hilgarda)

▪ Potřeby spojené s neživými předměty:

1. Potřeba aktivizace – zvětšování majetku, získávání.
2. Potřeba uchovávání – kompletování a uchování věcí.
3. Potřeba uspořádávání – pořádek, organizování.
4. Potřeba podržení – ukládání peněz, vyhotovování.

▪ Potřeby vyjadřující ambice:

1. Superiorita – potřeba převyšování jiných.
2. Respekt – potřeba ocenění, pochvaly, uznání.
3. Předvádění se – prezentování se efektivním způsobem.
4. Nedotknutelnost – nedopustit snížení vlastní hodnoty.
5. Sebeobrana – ospravedlnění svého jednání.
6. Protipůsobení – překonávání neúspěchu úsilím.
7. Potřeba úspěchu – učinit něco nejlépe.

▪ Potřeby projevení síly a získávání obdivu:

1. Dominance – mít vliv na jiné, řídit je.
2. Potřeba projevit úctu někomu výše postavenému.
3. Napodobování – shoda s jinými.
4. Nezávislost (autonomie) – odporování vlivu jiných.
5. Diferenciace – odlišování se od jiných.

▪ Potřeby poškozování jiných i sebe sama:

1. Agrese – napadání jiných, vysmívání se, ponižování.
2. Pokoření se – akceptování a poddání se trestu.
3. Vyhnutí se pohanění – dobré chování, vyhýbání se nekonvenci.

▪ Potřeby vztahující se k náklonnostem (citům) lidí:

1. Afiliace – navazování přátelství.
2. Odmítání – ignorování nebo vylučování někoho.
3. Ošetřování – starání se o někoho.
4. Závislost – hledání pomoci a podpory.

5. Láska – potřeba mít někoho rád a být někým milován.

▪ **Sociální potřeby v užším smyslu:**

1. Hry a zábavy – hledání rozptýlení a uvolnění.
2. Explorace – zkoumání, dotazování se, uspokojení zvědavosti.
3. Vysvětlování a demonstrace – podávání informací, výkladu. (Trachtová, 2001, s. 13)