

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Dagmar Dostáliková

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro SŠ a VOŠ

**Hospitalizace seniorů jako stresový faktor
a možnosti jeho eliminace**

Olomouc 2014 vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 23. 6. 2014

.....

Bc. Dagmar Dostálíková

Děkuji vedoucí práce PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za podporu, připomínky, vedení a cenné rady při zpracování mé diplomové práce. Zároveň také děkuji všem respondentům, kteří mi pomohli při realizaci výzkumného šetření.

OBSAH

| | |
|--|----|
| OBSAH | 3 |
| Úvod..... | 8 |
| 1 Cíl práce..... | 10 |
| 1.1 Hlavní výzkumný cíl | 10 |
| 1.2 Dílčí výzkumné cíle | 10 |
| 2 Teoretická část..... | 11 |
| 2.1 Stáří a stárnutí | 11 |
| 2.1.1 Trojí podoba stárnutí a stáří..... | 13 |
| 2.1.2 Dělení stáří | 14 |
| 2.1.2.1 Biologické stáří | 15 |
| 2.1.2.2 Sociální stáří..... | 15 |
| 2.1.2.3 Kalendářní stáří | 15 |
| 2.1.3 Změny ve stáří | 16 |
| 2.1.3.1 Tělesné projevy ve stáří | 17 |
| 2.1.3.2 Psychické projevy ve stáří..... | 17 |
| 2.1.4 Potřeby seniorů..... | 18 |
| 2.1.5 Ageismus | 20 |
| 2.1.6 Adaptace na stáří | 22 |
| 2.1.7 Podpora zdravého stárnutí..... | 23 |
| 2.2 Stres..... | 24 |
| 2.2.1 Pojetí zátěže, stresu | 24 |
| 2.2.1.1 Dělení stresu..... | 26 |
| 2.2.1.2 Dělení stresorů | 26 |
| 2.2.2 Fáze stresu | 27 |
| 2.2.3 Příznaky stresu | 28 |
| 2.2.3.1 Fyziologické příznaky stresu | 28 |

| | | |
|---------|---|----|
| 2.2.3.2 | Emocionální příznaky stresu | 29 |
| 2.2.3.3 | Behaviorální příznaky stresu | 29 |
| 2.2.4 | Stresové reakce ve stáří | 31 |
| 2.2.5 | Vliv stresu na zdravotní stav | 31 |
| 2.2.6 | Zvládání stresu | 33 |
| 2.2.6.1 | Techniky zvládání zátěží | 33 |
| 2.2.7 | Odolnost vůči zátěži | 36 |
| 2.2.8 | Zvládání stresu ve stáří | 37 |
| 2.3 | Hospitalizace | 38 |
| 2.3.1 | Nemocniční péče pro seniory | 38 |
| 2.3.1.1 | Psychiatrická nemocniční péče | 40 |
| 2.3.1.2 | Geriatrický pacient a jeho tým | 41 |
| 2.3.1.3 | Pojetí geriatrického pacienta a zdravotních problémů ve stáří | 42 |
| 2.3.2 | Pacient v nemocnici | 43 |
| 2.3.2.1 | Vztah lékaře a nemocného | 43 |
| 2.3.2.2 | Vztah sestry a nemocného | 45 |
| 2.3.3 | Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka | 46 |
| 2.3.3.1 | Člověk ve stavu zdraví | 46 |
| 2.3.3.2 | Člověk v době nemoci | 47 |
| 2.3.4 | Vlastní boj s nemocí | 50 |
| 2.3.5 | Aktivizace, podpora aktivit ve stáří | 51 |
| 3 | Metodika práce | 53 |
| 3.1 | Stanovení výzkumných problémů | 53 |
| 3.2 | Stanovení výzkumných předpokladů | 53 |
| 3.3 | Použité metody výzkumu | 54 |
| 3.4 | Charakteristika výzkumného vzorku | 55 |
| 3.5 | Realizace výzkumu | 55 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 3.5.1 | Psychiatrická nemocnice v Opavě..... | 56 |
| 3.5.2 | Slezská nemocnice v Opavě..... | 57 |
| 4 | Výsledky výzkumného šetření | 59 |
| 4.1 | Kazuistiky zpracované v PN v Opavě..... | 59 |
| 4.1.1 | Kazuistika č. 1 | 59 |
| 4.1.2 | Kazuistika č. 2 | 61 |
| 4.1.3 | Kazuistika č. 3 | 62 |
| 4.1.4 | Kazuistika č. 4 | 63 |
| 4.1.5 | Kazuistika č. 5 | 65 |
| 4.1.6 | Kazuistika č. 6 | 66 |
| 4.2 | Kazuistiky zpracované ve SN v Opavě..... | 67 |
| 4.2.1 | Kazuistika č. 7 | 67 |
| 4.2.2 | Kazuistika č. 8 | 69 |
| 4.2.3 | Kazuistika č. 9 | 70 |
| 4.2.4 | Kazuistika č. 10 | 71 |
| 4.2.5 | Kazuistika č. 11 | 72 |
| 4.2.6 | Kazuistika č. 12 | 73 |
| 4.3 | Informace o statistických údajích respondentů | 75 |
| 4.3.1 | Vyhodnocení odpovědí respondentů na otázky řízeného rozhovoru .. | 76 |
| 5 | Diskuse | 100 |
| 5.1 | Komparace všech výpovědí respondentů v PN a SN v Opavě | 100 |
| 5.2 | Zhodnocení výzkumných předpokladů | 102 |
| 5.3 | Doporučení pro praxi | 103 |
| | Závěr | 104 |
| | Souhrn | 107 |
| | Summary | 108 |
| | Referenční seznam | 109 |

| | |
|---|-----|
| Seznam zkratek | 112 |
| Seznam grafů..... | 113 |
| Seznam cizích slov..... | 114 |
| Seznam příloh | 115 |
| Příloha č. 1 | 116 |
| Evropská charta práv pacientů seniorů | 116 |
| Příloha č. 2 | 121 |
| DESATERO komunikace se seniory se zdravotním postižením | 121 |
| Příloha č. 3 | 122 |
| Příloha č. 4 | 124 |
| Příloha č. 5 | 125 |

Úvod

Česká republika se dosud nachází mezi zeměmi, jejichž populace je relativně mladá. Nicméně se tato situace bude podstatně měnit, populace České republiky bude nadále významně stárnout a lze očekávat, že během několika desetiletí významně zestárne nejen populace jako taková, ale zejména populace starších lidí. S problematikou stáří ze všech aspektů včetně aspektu zdravotního by měli být obeznámeni především ti, kteří se budou se seniory setkávat z titulu své profese organizátorů služeb, příslušníků pečujících povolání, sociálních a duchovních pracovníků (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007).

Stárnutí populace je v dnešní době vysoce aktuální téma. Otázky zdravé životosprávy, prevence chorob, diagnostiky, léčby, rehabilitace a v neposlední řadě ošetřování nemocných starých lidí jsou důležitou součástí zdravotnických činností.

Podle Holmerové, Juraškové, Zikmundové (2007) samotné setkávání člověka se složitým a byrokratickým systémem zdravotnické a sociální péče znamená přizpůsobení se tomuto systému, nikoliv obráceně. I když se neustále hovoří o individuálním přístupu, stále u nás ještě převládají totalitární instituce. Na léčbě a ošetřování se významně podílí technika a práce ošetřujících je více soustředěna na výkony, výsledky a hodnoty, ale nikoliv na člověka, který se tak stává objektem naší péče a ne partnerem podílejícím se na rozhodování o své osobě. V sociálních službách pak mnohdy převládá byrokratické řešení problému v podobě tiskopisu, nikoliv v podobě konkrétního člověka.

Stáří a nemoc jsou pokládány za synonyma a je to nesprávné pojetí, jelikož nemoci postihují lidi ve všech věkových kategoriích. Starším lidem ale hrozí příchod vážných nemocí častěji a to je důvod, proč se bojí stáří. Nemoc je vždy zlá a strach z nemoci je úměrný potenciálním ztrátám. Zatímco mladí lidé a lidé středního věku prožívají příchod nemoci jako náhlou a negativní nepřízeň osudu, staří lidé ji až na výjimky akceptují jako nepřekvapující zlo. Ti první doufají, že nemoc pomine, starší lidé také doufají v úlevu a touží po zlepšení svého zdravotního stavu. Ze zkušeností však ví, že se časem přihlásí ke slovu další obtíže a přidruží se i jiné nemoci (Haškovcová, 2010).

A bezprostředně s příchodem nemoci souvisí i případná lékařská vyšetření lékařské zákroky a hospitalizace v nemocnici. Chceme-li, aby lékařská i ošetřovatelská

péče o seniory byla na vysoké úrovni, je v oboru geriatricke, ale i v jiných oborech nesmírně důležité vzdělávání. Odborné znalosti týkající se involučních změn ve stáří a atypických příznaků chorob ve stáří mohou napomáhat pečujícím zajistit kvalitní péči. Cílem ošetrovatelské péče všeobecné sestry je mimo jiné i napomáhat nemocnému adaptovat se na novou životní situaci, protože starší lidé se hůře vyrovnávají s nově vzniklou situací.

Podle Černé (2009) již Komenský ve své škole stáří říká, že poslední skutky vyžadují největší pozornost, aby všechno předešlé nebylo bez užitku a nepřišlo nazmar. Stáří je dovršením životních skutků. Tedy je třeba zabránit tomu, aby všechno z předešlého života nepřišlo nazmar, a je třeba znát i důvody této opatrnosti. Cokoliv je slabé, to by mělo být podepíráno a stáří se považuje za nejslabší z věkových stupňů. Nesmí tedy být opouštěno a zbaveno podpor. Tato Komenského slova jsou jakýmsi pomyslným imperativem pro ty, kteří se podpoře seniorů věnují.

Téma diplomové práce jsem zvolila z důvodu svého profesního zaměření. Pracuji jako zdravotně sociální pracovnice v Psychiatrické nemocnici v Opavě a určitou dobu jsem působila přímo na primariátu pro léčbu seniorů. Z vlastní zkušenosti vím, že práce s touto skupinou pacientů je pro zdravotnický personál velice náročná a namáhavá a zároveň si dokážu velice dobře vybavit, jak obtížně senior prožívá své přijetí do nemocnice a následně poté i průběh samotné hospitalizace. Cítí se zmatený, osamocení, má obavy a strach z následujících okamžiků a dní. A v tuto chvíli je velice důležité nabídnout mu podporu, citlivý přístup a projevit pochopení.

Výběr tématu diplomové práce souvisel se snahou zjistit do jaké míry je hospitalizace seniora stresujícím faktorem a co napomáhá jeho eliminaci.

1 Cíl práce

1.1 Hlavní výzkumný cíl

Cílem diplomové práce je zmapování problematiky stresu u seniorů hospitalizovaných v nemocnici.

1.2 Dílčí výzkumné cíle

Praktická část diplomové práce zjišťuje informace od hospitalizovaných seniorů a údaje ze zdravotnické dokumentace týkající se míry jejich stresu a zároveň zjišťuje okolnosti, které pomáhají tento stres eliminovat.

- 1) Zjistit, které faktory nejčastěji ovlivňují stres u hospitalizovaných seniorů.
- 2) Zjistit, které faktory napomáhají eliminaci stresu u této skupiny pacientů.
- 3) Porovnat míru stresu a eliminaci stresu u pacientů – seniorů hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Opavě a ve Slezské nemocnici v Opavě.

2 Teoretická část

2.1 Stáří a stárnutí

Stáří je obecné označení pozdních fází ontogenenze. Jde o projev a důsledek involučních, funkčních i morfologických změn, které probíhají specifickou rychlostí s výraznou variabilitou a vedou k typickému obrazu, který je označován jako **fenotyp stáří**. Ten je ovlivněn vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem a sociálně ekonomickými i psychickými vlivy (Čevela, Kalvach, 2012).

Podle Čevely a Kalvacha (2012, s. 19) *“Stařecký stav a vzhled jsou dány především:*

- *zákonitou biologickou involucí, do značné míry geneticky determinovanou,*
- *projevy a důsledky úrazů a chorob, částečně geneticky determinovaných,*
- *životním způsobem, zvláště výživou, pohybovou i mentální aktivitou, či naopak pasivitou,*
- *adaptačními reakcemi na involuční a chorobné změny,*
- *vlivy prostředí fyzického i sociálního včetně společenského vymezení sociální role starého člověka, respektive penzisty,*
- *psychickým stavem – motivací, aspirací, expektací, představou o vlastním stáří, adaptací na stárnutí, osobnostními charakteristikami.“*

Klevetová a Dlabalová (2008) se zamýšlejí nad často používanou větou – **stáří je konec života**. Etapu stáří chápou jako stejně důležitou ve srovnání s ostatními životními etapami a dle nich si zaslouží stejný důraz na rozvoj. Období stáří trvá asi 30 – 40 let a bude téměř stejně dlouhé jako mládí a dospělost. Zdůrazňují pozornost jednak ze strany samotného seniora, ale i ze strany pomáhajících profesí a státní sociální i zdravotní politiky. Jde o vývojovou etapu života, ve které je kladen důraz především na uchování pohybových dovedností, psychosociální rozvoj osobnosti a tím zachování soběstačnosti seniora. **Stáří není konec života**, teprve smrt přináší konec života.

Stárnutí je souhrn zánikových morfologických a funkčních změn, které nastupují postupně a se značnou individuální variabilitou. Jde o fyziologickou a věkově přiměřenou atrofii, o zhoršování funkčních vlastností, úbytek funkcí a změnu biorytmů.

Výsledkem tohoto procesu je znevýhodňování organismu oproti mládí s klesáním zdatnosti, odolnosti i adaptability. Organismus se tak dostává za svůj zenit, zhoršuje se výkonnost seniora, funkční zdraví, odolnost k zátěži – přibývá stresorů i jejich závažnosti (Čevela, Kalvach, 2012).

Stuart-Hamilton (1999) ve své knize uvádí různé způsoby, jak definovat stárnutí a stárnoucí populaci označuje termínem „**šednoucí populace**“. Zaměřuje se na různé charakteristiky vyzorované u starého člověka, ty dělí na znaky, a přičítá je různě vzdáleným událostem – například ztráta pohyblivosti vyvolaná obrnou v dětství – jde o takzvané **vzdálené – distální efekty stárnutí**. Dále znaky, které vznikají v důsledku aktuálních dějů – **časově blízké – proximální efekty stárnutí**. Znaky, které z hlediska pravděpodobnosti sdílejí ostatní staří lidé, nazývá **univerzálními znaky stárnutí** – například vráscitá kůže seniorů. A **probalistické znaky stárnutí** jsou pravděpodobné, ale nejsou univerzální – příkladem může být artróza.

Uvedené termíny srovnává s podobnými pojmy. Zmiňuje **primární stárnutí** – tělesné změny stárnoucího organismu, **sekundární stárnutí** – tzn. změny, které se ve stáří objevují častěji, ale nemusí být zákonitě nutným doprovodným jevem. Někteří odborníci poté přidávají ještě třetí pojem, a to **terciální stárnutí** – charakterizuje prudký a nápadný tělesný úpadek seniora bezprostředně předcházející smrti.

Křivohlavý (2011) popisuje stárnutí jako „plynutí vody“. Potůček, který vytéká od pramene, vypadá jinak než říčka, která se spojuje s jinou říčkou, či mohutný veletok, s nímž se můžeme setkat u ústí do moře. Může se stát, že si nevšimneme toho, že na daném toku jsou vodopády, že jsou tam i prudké proudy a místa, kde je řeka krásná. Poukazuje na to, že i v životě bychom mohli najít pro takového detaily určitou dobu. Život je jiný v období batolete, předškolního dítěte, středoškoláka, zaměstnance či podnikatele a důchodce. Není divu, že odborníci, kteří se stárnutím zabývají si „řeku života rozdělí na úseky od pramene k ústí“.

2.1.1 Trojí podoba stárnutí a stáří

Čevela a Kalvach (2012) uvádějí, že stárnutí a stáří mohou nabývat trojí podoby:

1) Úspěšné stárnutí a zdravé – aktivní stáří

Funkční stav, psychická adaptace na stáří i ekonomická situace seniora odpovídají nárokům prostředí a sociální situaci. Umožňuje to spokojenost, seberealizaci a participaci až hluboko do dlouhověkosti. Důležitá je především dostatečná nabídka aktivit, vytvoření prostoru a podmínek pro seberealizaci a participaci, včetně zaměstnanosti.

2) Obvyklé stárnutí a stáří

V tomto případě existuje nerovnováha mezi zdravotním a funkčním stavem, psychickými potřebami, nároky prostředí a sociálně ekonomickými možnostmi. V důsledku toho dochází k nedostatečné spokojenosti, seberealizaci a participaci seniora. V současnosti tato podoba stárnutí odpovídá mnoha obdobně starým občanům – vrstevníkům ve společnosti.

3) Patologické stárnutí

Zdravotní a funkční stav, adaptace, spokojenost, seberealizace a participace seniora jsou výrazně horší než by odpovídalo obvyklé situaci. Choroby a funkční deteriorace vyššího věku jsou výraznější nebo nastupují dříve, dochází k maladaptaci, rezignaci, sociální exluzi, ke ztrátě soběstačnosti, zanedbávání či zneužívání. Patologické stáří tak významně ovlivňuje involuce, ale také zdravotní stav (například Alzheimerova choroba), náročnost prostředí, tragické životní události (například ovdovění), finanční zdroje, problémy s komunikací a navazování sociálních kontaktů. (Čevela, Kalvach, 2012).

Křivohlavý (2011) danou problematiku popisuje následovně. První skupinu starších lidí popisuje jako skupinu i v **normálním stavu** – senior je v situaci, kdy není možné zjistit žádnou biologickou nebo mentální patologickou charakteristiku.

Další formou je **optimální stav** stárnoucího člověka – tento stav je možné brát jako určitý ideál, k němuž by mohlo dojít za nejlepších podmínek jeho životního prostředí a které by na něj působily v celém průběhu jeho života.

Třetí stav je možné charakterizovat jako nemocný či **patologický stav** stárnoucího člověka a je pro něj typická přítomnost nemoci, lékařská etiologie a syndromy nemoci.

Rozlišování těchto tří různých forem stárnutí je kriticky důležité, aby nedocházelo k tomu, že se začne považovat za normální stav stárnoucího člověka to, jak vypadají a jak se chovají lidé s Alzheimerovým syndromem (Křivohlavý, 2011).

2.1.2 Dělení stáří

Většina gerontologů pro označení začátku stáří volí období mezi šedesáti až šedesátipěti lety a to z toho důvodu, že zhruba v tomto **mezním věku** dochází k evidentním fyzickým a psychologickým změnám. V jistém okamžiku tohoto „plovoucího prahu“ mezi 60 a 65 lety začne většina lidí vykazovat příznaky stárnutí (Stuart-Hamilton, 1999).

Holmerová (2007) uvádí ve své knize tyto varianty dělení stáří:

60 – 74 let počínající stáří,
75 – 89 let vlastní stáří,
90 let a více – dlouhověkost,
nebo:

65 – 74 let mladí senioři,
75 – 84 let staří senioři,
85 let a více velmi staří senioři.

Dělení stáří, které ve své knize popisuje Stuart-Hamilton (1999):

- mladé stáří: 60 – 69 let,
- zralé stáří: 70 – 79 let,
- pokročilé stáří: 80 – 89 let,
- velmi pokročilé stáří: 90 – 99 let.

2.1.2.1 Biologické stáří

Pod pojmem **biologické stáří** chápeme souhrn nevratných biologických změn, předvídajících zvýšené riziko nemocí, funkčních deficitů, úmrtí, případně i maximální čas zbývající do přirozené smrti u daného člověka. Biologické stáří není v dnešní době stanovitelné – neexistují přesná kritéria a procesy stárnutí jsou navíc ovlivněny i chorobnými změnami. Vnější vyjádřením biologického stáří je pokles výkonnosti a míry funkčního zdraví – to znamená změny postavy, postoje, chůze, vlasů, pokožky (vrásky), chrupu, fyziognomie obličeje a chování. Ale také subjektivní vnímání věku, vnímání úbytku či naopak dostatku sil, potenciálu zdraví je významným faktorem biologického stáří, životní prognózy a rozvoje geriatrické křehkosti (Čevela, Kalvach, 2012).

2.1.2.2 Sociální stáří

Sociální stáří je dáno souborem sociálních změn, změn sociálních postojů, rolí a sociálního potenciálu. Je souhrnem typických životních událostí pokročilého věku, jakými jsou penzionování, pokles životní úrovně, nezaměstnanost, veteránství – zastarávání znalostí, odchod dětí z rodiny, ovdovění, ztráta perspektiv a aspirací, přijetí role penzisty a starého člověka. Jde prakticky o „vystoupení či vytlačení ze světa mládí“. Za počátek sociálního stáří se považuje obvykle odchod do důchodu či věk vzniku nároku na starobní důchod. Tento ukazatel však vykazuje významný civilizační posun a lze předpokládat narůstání různorodosti ve schopnosti i zájmu pracovat či penzionovat a to odlišně v různých profesích i přechodných forem postupného penzionování a částečné zaměstnanosti. Současně se do vyššího věku posouvají i jiné sociální události – například pozdní rodičovství či uzavírání manželství (Čevela, Kalvach, 2012).

2.1.2.3 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je dáno dosažením určitého dohodnutého věku. Je snadno a jednoznačně stanovitelné, takže vyhovuje demografickým i jiným potřebám. Nevypovídá nic o individuálních involučních změnách ani o sociálních rolích a jeho parametry se historicky mění – se zlepšováním zdravotního stavu a prodlužováním naděje dožití se již po řadu generací pokles potenciálu zdraví zpomaluje a hranice stáří se tak posouvá do vyššího věku. Existuje mnoho výjimek, lidí, kteří stárnou rychleji a dříve (progerie), či naopak pomaleji později (dlouhověkost) než průměr, takže jejich individuální biologický věk se výrazněji neshoduje s „průměrným“ věkem kalendářním (Čevela, Kalvach, 2012).

Podle Kalvacha (2004) nové generace stárnou v lepší tělesné kondici, v lepším zdravotním stavu a sociálně ambiciózněji než generace starší a tím vzniká tlak na vývoj a zkvalitňování sociálních služeb pro seniory.

S nástupem dlouhověké společnosti, s realitou života do věku kolem 100 let je nutné přehodnotit klasifikaci a vymezení stáří a především přístupy k lidem vyššího věku. Zvláště je třeba respektovat:

- dlouhé trvání života ve stáří,
- heterogenitu stáří,
- důsledně individuální, osobnostní, personifikovaný přístup k jednotlivým starším lidem,
- osobní i společenský potenciál seniorů, ambice úspěšného stárnutí a zdravého aktivního stáří (Čevela, Kalvach, 2012).

2.1.3 Změny ve stáří

Tato podkapitola blíže specifikuje projevy, které v období stárnutí a stáří nastávají v oblasti tělesného i duševního zdraví seniorů. Tyto projevy mohou samy o sobě působit na seniory jako stresory.

Venglářová (2007) uvádí, že stáří je součástí našeho života. A přestože každý člověk svůj život prožívá zcela originálním způsobem, lze se shodnout na významných okamžicích, které s vyšším věkem neoddělitelně souvisí. Tyto změny se odehrávají v rovině tělesné i psychické a jedná se o propojené systémy.

2.1.3.1 Tělesné projevy ve stáří

Tělesná výška se s věkem snižuje, tělesná hmotnost a body mass index s věkem obvykle stoupají do 7. – 8. decennia, pak dochází k poklesu. Ubývá aktivní tělesná hmota, přibývá tuk a vazivo, zmenšuje se tělesný povrch. Fenotypicky závažná je změna výrazu obličeje – výrazné jsou kožní vrásky, šedivění vlasů a alopecie, výraznější u mužů. Popisuje se prodlužování ušních lalůčků, pokles tváří, pokles horního víčka se zmenšením oční štěrbinu a zvětšování špičky nosu. Ztráta zubů nápadně mění výraz úst a dolní části obličeje, snižuje se dolní čelist, ztenčuje se horní ret a zkracuje se vzdálenost brady a nosu. Významné jsou také změny postoje a chůze – krok se zkracuje a chůze se výrazně zpomaluje. Z komunikačního a existenciálního hlediska jsou mimořádně významné involuční změny smyslového vnímání – zhoršení zraku, úbytek sluchové ostrosti, čich i chuť klesá významně více u kuřáků (Kalvach, Zadák, Jiráček, 2004).

2.1.3.2 Psychické projevy ve stáří

Změny psychiky se mohou projevit zejména v poznávacích schopnostech – vnímání, pozornost, paměť, představy a myšlení. Často dochází ke snížené schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky. Snížené vnímání oslabenými smysly vyvolává strach, úzkost a přináší nejistotu. Ta často vede k tomu, že se senior nechce vydat ven, odmítá se setkávat s druhými lidmi, zvyšuje se jeho ostražitost a nedůvěřivost. V pozdějším věku se u některých seniorů objevují poruchy paměti, rozhodovacích schopností a poruchy osobnosti. Přibývá duševních onemocnění a především jde o nárůst demencí, zvláště Alzheimerovy choroby. Pro stáří je typická ztráta soběstačnosti a změna sociální role. Senior se tak ocitá v sociální izolaci a je pro něj obtížné přijmout fakt závislosti a ztráty identity. Situace je obtížná, když odejde životní partner a pozůstalý ztratí chuť žít sám. Přichází samota a osamělost. To vše ovlivňuje psychické prožívání a působí na kvalitu života seniora (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Dle Pacovského (1994) klesají tzv. výkonové křivky, zpomaluje se psychomotorické tempo a seniora lze přirovnat ke zpomalenému filmu. Projevuje se to

převážně v zátěžových situacích. Často bývá ochuzena fantazie a objevuje se nechuť řešit aktuální problémy, proto starý člověk působí dojmem bezradnosti. Všechny psychické změny však nemusí směřovat k nejhoršímu. Může se stupňovat trpělivost a pochopení pro motivy jednání vrstevníků, nechybí soudnost, zlepšuje se rozvaha – tzv. moudré stáří, stálost v názorech a vztazích (Pacovský, 1994).

2.1.4 Potřeby seniorů

Humanistický psycholog A. H. Maslow (1908 – 1970) je uváděn jako autor hierarchie lidských potřeb, tyto potrzeby jsou obvykle zobrazovány jako pyramida. Její základnu tvoří **základní biologické potrzeby** (nestrádat hladem, žízní, zimou, bolestí). Střední patro patří **vyšším psychosociálním potřebám** (potřeba soukromí, potřeba komunikovat, poznávat, někam přináležet, být pozitivně přijímán, zažívat úspěch). Nejvyšší úroveň patří **spirituálním, nadosobním potřebám** (naplňování mravního ideálu, sounáležitost s vyššími principy). Obecně v této teorii platí, že alespoň částečné uspokojení níže položených základních potřeb je obvykle podmínkou pro uplatnění vyšších potřeb (Kalvach, Čeledová, Holmerová, 2011).

Ve stáří mnozí lidé ztrácejí schopnost uspokojovat své každodenní potrzeby a udržovat kontrolu nad svým životem v takové míře, na jakou byli zvyklí, a výrazně se tím snižuje kvalita jejich života. Všichni mají potřebu být a zůstat platní, užiteční, prospěšní a uznávaní. Ve stáří nejsou důležité jen potrzeby fyziologické – biologické, ale důležité jsou i potrzeby psychické a spirituální – pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost a smysl života. Stárnutí je proces, při kterém dochází postupně ke změnám zdravotního a funkčního stavu stárnoucího člověka a k proměnám partnerských, rodinných a společenských vztahů a v průběhu stárnutí se tak mohou měnit i potrzeby a priority při jejich uspokojování. Saturace jedné z potřeb seniora může frustrovat potřebu jinou. Například přestěhování do domu s pečovatelskou službou může zvýšit pocit bezpečí, ale narušit sociální vazby seniora (Čevela, Kalvach, 2012).

Podle Klevetové (2008) stáří nelze chápat jen jako involuční proces, ale i jako proces zrání osobnosti. Zrání, které vede ke kvalitě života. Každý senior má svůj životní příběh, který je poskládán z radostných i bolestných událostí. Čím déle senior žije, tím je jeho příběh delší. Celkový přístup ke starým lidem a péče o ně má vycházet nejenom

z hodnocení tělesných změn, ale i z chápání člověka jako celistvé bytosti. Ve stáří nelze podceňovat význam psychosociálních potřeb a jejich naplňování dokáže ovlivňovat upevňování tělesného zdraví a ochotu seniora pro sebe ještě něco udělat (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Strukturu vývojových potřeb rozděluje Klevetová a Dlabalová (2008) do šesti oblastí:

- potřeba stimulace správnými podněty,
- potřeba smysluplného světa,
- potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a druhými,
- potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti,
- potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými,
- potřeba otevřené budoucnosti – naděje, perspektiva.

Pichaud (1998) chápe potřebu jako něco, co člověku chybí, ale také to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je síla, která hýbe člověkem a posunuje ho směrem ke člověku, předmětu nebo činnosti. Potřeba je projevem jeho bytostného přání.

Jako první uvádí **fyziologické potřeby** – například výživu, vylučování, dýchání, spánek, odpočinek, hygienu, pohyb, správnou teplotu, tišení bolestí.

Na dalším místě je **potřeba bezpečí** – někteří senioři například uvítají, když na jejich lůžko umístíme postranice a tím jim dáme jistotu, že nespadnou. Jiný senior se ale tímto může cítit příliš omezený. Tato potřeba bezpečí je dále specifikována jako:

- **potřeba ekonomického zabezpečení** – vědomí člověka, že má dostatek financí na živobytí, strach z nedostatku prostředků je zvláště silný u starších osob a mohou tak být postiženi pronikavou úzkostí a strachem z budoucnosti,
- **potřeba fyzického bezpečí** – starší lidé se hůře pohybují, mohou mít obavy z pádu, pocit bezpečí může v tomto případě posílit kompenzační pomůcka,
- **potřeba psychického bezpečí** – znamená mít pocit jistoty, nemít strach a necítit se ztracený, k zajištění této potřeby napomáhají časové orientační body dne, jako je jídlo, hygiena, odpočinek.

Důležitá je podle Pichauda (1998) také **potřeba autonomie** – ve smyslu být svobodný a rozhodovat sám za sebe. Součástí této potřeby je **potřeba uznání, vážnosti a potřeba pocitu užitečnosti**.

Jako poslední jmenuje **potřebu seberealizace a rozvoje vlastní činnosti** – člověk i ve stáří touží po seberealizaci a po nalezení smyslu vlastního života. Dát smysl svému životu je důležité pro každého v jakémkoli věku.

Všechny uvedené potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka a jsou od sebe neoddělitelné.

2.1.5 Ageismus

Mnoho sociologů hodnotí naši civilizaci jako zaměřenou převážně na výkon a následný výdělek. Lidská touha po moci a úspěchu vyvolává nebezpečí přehlédnutí závazných lidských hodnot jen tak se zastavit a pomoci bez nároku na odměnu. Objevují se mediální kampaně, které zesměšňují staré lidi, televizní reklamy nám pokřívají vidění světa a tedy i vidění stáří. Naše společnost již nepotřebuje radu starších. Průzkumy dokazují, že se senioři mnohdy cítí ostrčeni a ztrácejí důvěru ve vlastní život.

Termín ageismus znamená diskriminaci na základě věku a zároveň zahrnuje i negativní představy o stáří. Jsou mýty o stáří, které stále přetrvávají:

- stáří je ekonomická zátěž,
- staří lidé jsou všichni stejní,
- staří lidé nemají, čím by naší společnosti mohli přispět,
- stáří je nemoc (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Klevetová a Dlabalová (2008) také zmiňují průzkum z roku 2001 prováděný Ústavem soudního lékařství v Plzni, který byl zaměřen na téma mezigenerační solidarita a vzájemné pochopení. Výsledky průzkumu byly alarmující – 74 % respondentů ve věku 35 let odpovědělo, že stáří není přínosem pro společnost, pouze 15 % respondentů hodnotilo stáří jako přínos, poukazovalo na moudrost a pomoc, zásluhy a morální přínos.

Znakem současné společnosti je tvrdý individualismus. Někam se ztrácí pochopení, že člověk potřebuje žít s druhými a pro druhé. Někam se vytrácí láska k člověku a pochopení pro odlišnost druhých (Kleветová, Dlabalová, 2008).

Podle Tošnerové (2002) je pojem stáří obecně chápán jako něco negativního. Jde o slovo, které nechceme slyšet a případně používáme místo něho eufemismy. Řada lidových pověr, přísloví a pohádek odráží strach ze starých lidí, především osaměle žijících žen. *„Pohádka patří do zlatého fondu původně německých lidových pověstí a v různých obměnách se rozšířila po celé Evropě. V pohádkách mnoha zemí se stařeny zdají být nápomocné a laskavé, avšak končí jako zlověstné čarodějnice podle přísloví: Kam čert nemůže, nastrčí bábu.“*

Termín ageismus je definovaný širě. Zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku nebo skupině starších. Stereotypy o stáří vznikají z předčasného a zjednodušeného hodnocení či černobílého myšlení. Ageismus se například projevuje i v upřednostňování mládeže. (Palmore, 1999).

Tošnerová (2002) uvádí, že i přes skutečnost, že starší osoby jsou nejrychleji rostoucí věkovou skupinou, zdá se, jakoby šlo o mizející skupinu. Jak stárnou, ztrácejí důležitost, hodnotu a účinnost. Starší lidé – a především ženy jsou téměř neviditelní v televizi a to i přesto, že starší lidé víc sledují televizi, než ostatní věkové kategorie. Minimální zastoupení stáří je v reklamě – ta je zaměřena na jinou cílovou skupinu. V praxi se velmi často setkáváme s ageismem jako s věkovou diskriminací jednotlivce nebo skupin seniorů například v inzerátech nabízejících zaměstnání: „Jsme mladý kolektiv a hledáme pružnou dynamickou osobnost“. Řada osob již v produktivním věku byla odmítnuta při hledání zaměstnání ve svých 45 letech.

Autorka se také zamýšlí nad tím, jak může být ageismus zmírňován. Prvním krokem je rozpoznání ageismu v osobních postojích, což vidí jako obtížné, neboť většina jej bude popírat a nebude si ho ani vědoma. Představení pravdivého obrazu stáří by mělo být samozřejmostí již na školách, jejichž absolventi se budou věnovat seniorům. Uvádí zde především studenty sociálních věd, medicíny, ale i žurnalistiky a architektury. Další možností je podpora aktivnějšího a častějšího osobního kontaktu se staršími lidmi, což řadí mezi nejefektivnější způsob, jak předcházet nebo redukovat ageismus (Tošnerová, 2002).

2.1.6 Adaptace na stáří

Pacovský (1994) uvádí, že základním problémem úspěšné adaptace ve třetím věku je najít individuálně nejvhodnější vztah mezi zdůrazňováním vyhovujících forem aktivit na jedné straně a postupné uvolňování se z aktivit na straně druhé. Pokud nemá senior výrazné zdravotní obtíže, měl by zůstat aktivním a dodržovat perspektivní program, protože skutečné stáří je ztráta programu. Odchod z aktivního života má nastat pouze na základě dobrovolného rozhodnutí seniora a podle principu postupnosti. Ani odchod do důchodu nemá být jen na základě sociálního tlaku (musíte do penze), ale má odpovídat přirozenému vývoji vlastní osobnosti a reálného sebehodnocení.

*„Každý stárnoucí a starý člověk je členem společenství. Společnost má přijímat stáří jako přirozenou realitu a starou subpopulaci jako nedílnou součást. **Cílem je nikoliv segregace, ale integrace.**“ (Pacovský, 1994, s.25)*

Termín adaptace je latinského původu, slyšíme v něm jeho jádro aptus – schopný. Tedy schopnost zvládnout situaci, před níž stojí. Adaptavita se týká plasticity lidského jednání – naší schopnosti měnit jednání a chování v průběhu času s ohledem na změny životních podmínek. Obecně můžeme říct, že je důležité zvyknout si na to, s čím se nedá nic dělat. Adaptace je tak nejen velmi důležitým psychologickým jevem, s nímž se velmi často setkáváme ve vyšším věku. Ale je i jevem, s nímž se setkáváme na každém kroku, od narození až do smrti (Křivohlavý, 2011).

Reakce na změny jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi jeho okolí a také tím, jak získat pomoc v oblastech, které senior nezvládne sám. Podle toho pak volí model adaptace na stáří:

1) **Konstruktivní přístup ke stáří.** Již během produktivního věku si člověk může připravovat aktivity, které v pozdějším věku rozvine. Součástí přípravy na stáří je udržování tělesného zdraví formou vhodného stravování a pohybových aktivit. Je důležité mít více přátel a známých, pokud má senior jednoho nebo dva blízké přátele, může se po jejich odchodu dostat do těžké sociální izolace. Optimální je udržovat dobré vztahy s rodinou, s tím souvisí poté podpora seniora ze strany dětí a vnoučat.

2) Někteří senioři si vytvářejí **závislost na okolí**, například na rodinných příslušnících či zdravotnících a těmito lidmi poté manipulují (Venglářová, 2007).

3) Někdy může senior zaujmout **nepřátelský postoj** vůči personálu, okolí kolem, ostatním klientům (Venglářová, 2007).

2.1.7 Podpora zdravého stárnutí

Během posledních let vzniká stále více organizací, občanských sdružení a nadací, svépomocných skupin, které zajišťují programy pro seniory a zabývají se seniorskou otázkou. Ovlivňují i celospolečenský pohled na stárnutí a stáří. V roce 2002 byl na II. světovém shromáždění o stárnutí v Madridu přijat Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí. Obrací se na celou společnost – mladou, střední i starší generaci.

Mladá společnost není připravena na stáří a nechápe přínos seniorské populace pro společnost. Důležité je přijetí principu nediskriminace a solidarity, uznání seniorů jako právoplatných členů společnosti a zajištění péče o seniory jako stálé hodnoty ve společnosti.

Střední generace je zodpovědná za vlastní přípravu na stárnutí a za prosazování celospolečenských opatření ve prospěch seniorů.

Seniorská generace má přispět svými aktivitami a přístupem ke změně vnímání procesu stárnutí a stáří. Je nezbytné poskytovat seniorům dostatečný prostor a podmínky k aktivní účasti na společenském životě ve státě. Zároveň to také vyžaduje zodpovědný a aktivní přístup k vlastnímu životu, péči o zdraví, účast na společenských, kulturních a dobrovolných aktivitách (Klevetová, Dlabalová, 2008).

2.2 Stres

Stres je módní pojem. Někdy rádi přiznáváme „že toho máme hodně, že jsme přepracovaní nebo, že je náš život plný stresu“. Tím se snažíme poukázat na něco vnějšího, s čím musíme bojovat. Projevujeme tím tak trochu svoji statečnost, daleko obtížnější je však přiznat odpovědnost a důsledky stresu. Dlouhodobé prožívání stresu s pocitem nepohody je v dnešní době civilizačním problémem. Těmito pocitem nepohody trpí téměř 40 % lidí a příznaky stresu se objevují i u lidí, které ostatní vnímají jako silné, odolné a statečné. Většina těchto lidí odmítá navštívit psychologa natož psychiatra. Prožívání stresu naznamená duševní nemoc, vyžaduje však přehodnocení stylu života a plán, jak život změnit tak, aby nevedl k uvedené nepohodě (Praško, Prašková, 2001).

2.2.1 Pojetí zátěže, stresu

*„Pojmy zátěž a stres jsou v podstatě synonyma. V nejširším smyslu jde o energetický nárok na organismus, jakákoliv energetická změna může být považována za zátěž. V praxi se operuje s pojmem optima, fyziologové mluví o homeostaze, rovnovážném stavu, ke kterému organismus stále směřuje. Drobná vychýlení (zátěže) jsou vyrovnávána obvyklými servomechanismy a nemluvíme o stresu. K tomu dochází až při určité individuální intenzitě, **signalizované vrozenou neurohumorální reakcí** (Hošek, 1999).“*

Podle Melgosi (1999) je termín stres mimořádně nejednoznačný. Obecně můžeme říct, že se jedná o:

- reakci organismu na jeho potřeby a požadavky,
- stav určitého fyziologického nebo psychologického napětí,
- přípravu na útok nebo útěk,
- počátek mnoha onemocnění.

Slovo stres k nám proniklo z anglického „stress“, vzniklo z latinského slovesa „stringo, stringere, strictum“. V překladu toto slovo znamená „utahovati, stahovati, zadrhovati“, svým významem je blízké „presu“ – lisu – tedy působení tlaku na daný předmět (Křivohlavý, 1994).

Stres je abstraktní pojem, je to určitý stav těla a mysli a má na ně určitý dopad. Projevuje se řadou objektivně zjiřitelných fyziologických a chemických pochodů v orgánech těla.

Jiná definice specifikuje stres jako reakci organismu na interní a externí procesy, které dosahují takových hodnot, že přetěžují fyziologické kapacity organismu (Křivohlavý, 1994).

Křivohlavý (1994) definuje stres také jako vztah mezi dvěma protikladnými silami. Obě tyto síly jsou subjektivně vnímány – to znamená, co se mi zdá příliš obtížné, druhé osobě to tak těžké připadat nemusí. Žádoucím stavem v našem životě jsou situace, kdy to, co na nás působí negativně, je na druhé straně vyrovnáváno souborem našich schopností a možností negativní vlivy úspěšně zvládat. Soubor zatěžujících faktorů jsou **stresory** a soubor našich obranných schopností nazýváme **salutory**. Pokud jsou tyto dvojice uvedených sil ve vyrovnaném stavu nebo je-li síla salutorů vyšší, nežli souhrnná síla stresorů, je tento stav pro člověka optimální. Nic špatného se neděje. V opačném případě – převažuje-li síla stresorů, dochází ke stresu. Přesahuje-li tento nepoměr určitou zvládnutelnou hranici, hovoříme o **distresu** – tedy patologicky působícím stresu.

Charvát (1973, s. 78) uvádí: „Ustálený stav živého systému se může porušit tím, že se přijalo nebo vydalo příliš mnoho nebo příliš málo hmoty – energie nebo informací nebo že uvnitř systému zasáhly jiné vlivy, které nutí proměnné, aby překročily meze dovolené variability. Když se to stane, začnou se mobilizovat homeostatická zařízení, aby se porucha napravila. Stav, ve kterém se nachází živý systém při mobilizování obranných nebo nápravných zařízení, jmenujeme **zátěží**. Selye pro to užil názvu **stress**. Zmezinárodněl tak, že v češtině užíváme obou názvů promiscue. Příčina, která stress vyvolala, by se měla nazývat **stressorem**. V běžné řeči se však mezi stressem a stressorem nerozlišuje. Další terminologická konfúze je v tom, že bychom stressem ve vlastním slova smyslu měli rozumět jen to, jak organismus odpovídá, čili soubor nápravných opatření. Není správné označovat tímto názvem poškození, které bylo v systému vyvoláno.

Z definice ustáleného stavu a homeostázy plyne, že organismus toleruje rozkmit hodnot nejrůznějších proměnných jen v určitých mezích. Nápravná opatření se dají do pohybu, až když odchylka překročila dovolené hranice. Jde-li o nevelké výchylky,

vyrovnejí se snadnoobvyklými servomechanismy. Pak ještě nemluvíme o stresu, nýbrž o homeostaze. Nemůže-li jedna složka zvládnout situaci, „zavolá na pomoc“ další složky, a nakonec se může zapnout celá kapacita systému. Stresovou situací tedy rozumíme teprve značnou odchylku, že je ohrožena integrita celého systému, jeho trvání, tj. život“ (Charvát, 1973, s. 78).

2.2.1.1 Dělení stresu

Podle toho, jak stres na člověka působí, jej můžeme charakterizovat jako:

1) pozitivní stres – eustres – příkladem může být rozechvění při očekávání kladně emocionálně zabarvené události, například příjezd milované osoby (Křivohlavý, 1994).

Seefeldt (1982) vysvětluje, že stres není jen negativním jevem. K životu patří i napětí, tělesná i duševní zátěž. Stres je kořením života a bez něj by byl život příliš fádni. Každá naše tělesná i duševní činnost kráčí ruku v ruce s napětím a vypětím. Napětí může mít rozdílnou intenzitu a délku trvání v závislosti na důležitosti úkolu, stupni těžkosti, jejím významu pro jednotlivce a osobní zaangażovanosti. „Dávkovaný stres“ náš organismus trénuje a zvyšuje jeho výkonnost. Pod pojmem eustres rozumíme těžkosti, které se dají překonat.

2) negativní stres – distres – toto označení je používáno pro nejnepříznivější stresové situace, má vždy nádech negativního vlivu (Křivohlavý, 1994).

2.2.1.2 Dělení stresorů

Podle Křivohlavého (1994) se pro odlišení vnitřní tíživé situace člověka ve stresu a okolností, které na něho doléhají, používá stále častěji termín „stresor. Termín stresor je možno chápat jako „negativně na člověka působící vliv.“

Co si tedy můžeme představit pod pojmem stresor? Stresorem může být materiální, sociální, fyzikální či emocionální faktor.

Materiální faktor – například nedostatek potravy či tekutin. **Sociální faktor** – třeba působení jednoho člověka na druhého (působení netaktních, neurvalých, agresivních lidí).

Můžeme hovořit také o **fyzikálních stresorech** – jedy – alkohol, nikotin, kofein a jiné drogy, ale také znečištění vzduchu, viry, bakterie, katastrofy, nehody, úrazy. Nebo o **emocionálních stresorech** – úzkostnost, zármutek, obavy, strach, nenávisť, nepřátelství, zloba, přílišná ustaranost, obavy z přestoupení společenského zákazu – tabu.

Existují také speciální termíny pro malé a velké stresory:

1) Ministresory – jde o mírné až velmi mírné podmínky či okolnosti, které vyvolávají stres. Takovýmto ministresorem může být dlouhodobě pocíťovaný nedostatek lásky, který se postupně kumuluje, až dosáhne hranice stresu a to tak, že uvádí člověka do stavu vnitřní tísně.

2) Makrostresory – děsivě působící, deptající, vše ničící vlivy (Křivohlavý, 1994).

2.2.2 Fáze stresu

Lazarus (2004) ve své knize uvádí, že prvním člověkem, který použil název stres pro fyziologické procesy, byl endokrinolog rakousko-maďarského původu Dr. Hans Selye. Léta se zabýval studiem účinků stresu na zvířata. Na základě svých výzkumů vytvořil třífázový model stresu a označil ho jako „**obecný adaptační syndrom**“. Tento model charakterizuje fáze, jimiž organismus prochází, je-li vystaven chronickému nebo nevyhnutelnému stresu.

První fáze je **fáze znepokojení** – přinutí organismus, aby okamžitě a energeticky podnikl akci, při níž před stresem buď unikne, nebo se s ním pustí do boje. V tomto případě nastává útok nebo útek – jde o rychlý a složitý sled biochemických událostí, v jejichž důsledku se do krevního řečiště vyloučí stresové hormony.

Druhou fázi označuje jako **fázi odporu**. Dochází k ní, jakmile se ukáže, že původní reakce není pro zvládnutí stresu dostatečná. Tělo se snaží náporu stresu odolávat a udržuje v činnosti specifické metabolické procesy, jež se postarají o vysokou hladinu příslušných hormonů v krvi a pomáhají tak organismu, aby se vyrovnal se zátěžovou situací.

Jestliže stres stále trvá, nastává poslední fáze stresové reakce – **fáze vyčerpání**. Tato fáze nastává, jakmile organismu dojdou síly. V tuto chvíli organismus vyčerpá zásobu tělesné, intelektuální, emoční a chemické energie a je ochromen tíhou

nepolevujícího stresu. V této fázi se objevují zdravotní potíže vyvolané chronickým stresem (Lazarus, 2004).

2.2.3 Příznaky stresu

Příznaky stresu se projevují v oblasti fyziologické, emocionální a behaviorální.

2.2.3.1 Fyziologické příznaky stresu

Lidé si jako prvních všimnou tělesných příznaků stresového prožívání. Může je to i vystrašit, zejména když je nenapadne, že tělesné reakce patří k prožívanému stresu. Tělo reaguje na stres rozmanitým způsobem. Vznikají nepříjemné příznaky, bolesti. I když jsou tyto tělesné příznaky typickou reakcí na stres, řada lidí se začne bát vážného tělesného onemocnění. Zejména když se tělesný symptom objeví náhle, v klidu a nečekaně. Například bušení srdce jako příznak infarktu, lapání po dechu jako možný příznak infarktu nebo rakoviny. Faktem zůstává, že dlouholetý nadměrný stres může ovlivnit naši imunitu a poté vést k opakovaným nachlazením, angínám, chřipkám, může souviset s vysokým krevním tlakem, vředovou chorobou a s rozvojem nádorových onemocnění (Praško, Prašková, 2001).

Křivohlavý (1994) ve své publikaci uvádí tyto fyziologické příznaky stresu:

- bušení srdce – vnímání zrychlené, nepravidelné a silnější činnosti srdce,
- bolest a sevření za hrudní kostí,
- nechutenství a plynatost v břišní oblasti,
- křečovitě bolesti v dolní části břicha, průjem,
- časté nucení k močení,
- sexuální impotence,
- bodavé, palčivé, řezavé pocity v rukou a nohou,
- svalové napětí v krční a dolní oblasti páteře,
- úporné bolesti hlavy, migréna,
- nepříjemné pocity v krku,
- dvojitě vidění.

2.2.3.2 Emocionální příznaky stresu

Typickým emočním prožitkem ve stresu je pocit nepohody. Může být prožíván velmi rozmanitými způsoby. Jako napětí, vztek, úzkost, strach, smutná nálada, bezradnost, ztráta radostného prožívání, náladovost, rozmrzelost, bezmoc, ztráta chuti k jakékoliv činnosti, někdy naopak v přehnaném nepřirozeném veselí, hlučnosti či hněvivosti. Při pokleslé náladě máme tendenci vidět vše černé a negativní a naše myšlenky jsou negativně zkresleny (Praško, Prašková, 2001).

Emocionální příznaky stresu dle Křivohlavého (1994) jsou:

- výrazně rychlé, prudké změny nálady (od radosti ke smutku a naopak),
- nadměrné trápení se věcmi, které nejsou zdaleka tak závažné,
- neschopnost projevit emocionální náklonnost, sympatie,
- nadměrné snění, omezení kontaktu s druhými lidmi, stažení se ze sociálních vztahů,
- nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled,
- zvýšené pocity únavy, obtíže při soustředění pozornosti,
- zvýšená úzkostnost, popudlivost, podrážděnost.

2.2.3.3 Behaviorální příznaky stresu

Stres je často neviditelným problémem a působí skrytě. Může se však stát i viditelným. Nejčastější projevy chování ve stresu se dají odvodit od prastaré reakce „boj nebo útěk“. Můžeme zde například zařadit vyhýbání se každodenním povinnostem, kontaktům s lidmi, odkládání nepříjemných úkolů, nervózní chování, zrychlení pracovního a životního tempa. Konkrétně může jít například o rychlou chuži, hltání jídla, zrychlený tón řeči, rychlou jízdu autem, pokusy dělat více věcí najednou, omezení spánku a odpočinku, vymizení příjemných aktivit a další.

Nervózní chování se může stát nápadným – řada lidí si okusuje nehty, uhýbá pohledem, nevydrží klidně sedět na židli, skáče netrpělivě druhým lidem do řeči, příliš rychle mluví, nervózně kouří, váhá při rozhodování (Praško, Prašková, 2001).

Behaviorální příznaky stresu Křivohlavý (1994) blíže specifikuje uvedeným výčtem pojmů:

- nerozhodnost, nerozumné nářky,
- zvýšená nemocnost, pomalé uzdravování po nemocích, úrazech a nehodách,
- zvýšená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, výmluvy, vyhýbání se odpovědnosti,
- zvýšené množství vykouřených cigaret za den,
- zvýšená konzumace alkoholických nápojů,
- zvýšené užívání léků na uklidnění, na spaní,
- ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání,
- změna denního životního rytmu – problémy s usínáním, dlouhé noční bdění, vstávání s pocitem velké únavy,
- snížené množství vykonané práce.

Dle Křivohlavého (1994) se u nás pro případ diagnostiky stresového stavu například používá metoda O. Mikšíka zvaná SUPOS – jde o soubor 90 přídavných jmen, která vyjadřují heslem určité psychické stavy:

P – psychická pohoda,

A – pohotovost k akci,

N – psychický nepokoj a rozladěnost,

D – deprese (stísněnost, vyčerpanost),

E – pocit energie a síly,

O – impulzivní odreagování,

U – úzkost,

S – sklíčenost.

Upravená metoda nazvaná SUPUS 7 se ukázala jako velice vhodná například při diagnostikování stresu u pacientů na chirurgickém oddělení před a po operaci na otevřeném srdci (Křivohlavý, 1994).

2.2.4 Stresové reakce ve stáří

V každodenním životě se setkáváme s řadou všedních událostí, které vyžadují změnu navyklého způsobu života, vyžadují nezvyklou nebo zvýšenou aktivitu či přizpůsobení se. Zvládání stresu je velice individuální záležitostí. V mladších věkových kategoriích existuje poměrně velká skupina lidí, která tyto události zvládá bez jakýchkoliv tělesných či duševních následků. U staršího člověka však tyto události vyvolávají téměř vždy stresovou situaci, vyžadující velkou zátěž adaptačních mechanismů s nebezpečím jejich přechodného nebo trvalého zhroucení.

Ke stresujícím faktorům, které se vyskytují u starší generace, můžeme zařadit některé ze životních událostí. Jsou to například:

- sociální změny v rodině a nejbližším okolí – například odchod nebo úmrtí některého z členů rodiny či blízkých známých,
- ukončení pracovního poměru a následující neschopnost navázat nové sociální kontakty,
- změna finanční situace, která dosti často doprovází předchozí dva typy životních událostí,
- **změny zdravotního stavu jedince** či jeho partnera, popřípadě náhlá onemocnění nebo úmrtí v nejbližším okolí starého člověka,
- změny bydliště způsobené výměnou bytu, přestěhováním se k dětem nebo **umístěním v jakémkoliv ústavu zdravotní či ústavní péče** – v tomto případě může dojít až k úplnému zhroucení adaptačních mechanismů,
- změny majetkoprávní – například prodej nemovitosti nebo její výkup (Baštecký, Kümpel, 1994).

2.2.5 Vliv stresu na zdravotní stav

Podle Křivohlavého (1994) není pochyb o tom, že stres má negativní dopad na náš zdravotní stav. Tento negativní vliv byl prokázán stovkami studií například na téma

stres a srdce nebo stres a rakovina. Hovoří se o stresových nemocech, o nemocech civilizačních nebo o psychosomatických onemocněních.

Stres je považován za potenciálně významný faktor při vzniku a průběhu všech somatických chorob. Lékařské zkušenosti i výzkum v této oblasti ukazují, že stresy jsou častými předchůdci rakoviny v procesu jejího vzniku.

Klinický biomedicínský model myšlení chápe příčinu nemoci jednoznačně a to: příčinou nemoci je mikrob, bakterie, virus.

Holistický model postupuje jinak – bere v úvahu jak mikroby, tak i stresory, které na člověka působí, chápe tedy soubor všech faktorů v interakci (Křivohlavý, 1994).

Mezi takzvané stresové nemoci řadí Křivohlavý (1994) především:

- ischemickou chorobu srdce (infarkty myokardu),
- hypertenzi (chorobně vysoký krevní tlak),
- vředovou nemoc (vředy na dvanácterníku),
- řadu dalších nemocí (například tuberkulózu, alergie).

Dle Melgosi (1999) všechny reakce organismu na stres ovlivňují zdraví člověka. Jestliže člověk prožívá stres, pak srdce na základě nervových a hormonálních stimulů zvýší svoji aktivitu a pumpuje více krve, současně se začíná zvyšovat krevní tlak. V případě, že tato abnormálně vysoká zátěž trvá dlouho, může dojít k oslabení činnosti srdce a celého oběhového systému.

Endokrinní žlázy vylučují do krevního řečiště hormony a ty začnou uvolňovat cholesterol a další tuky s cílem dodat svalům energii k překonání krizového stavu. Jedním z důsledků tohoto procesu je ateroskleróza. Spojení vysokého krevního tlaku a vysoké hladiny cholesterolu může vést k angině pectoris nebo k infarktu myokardu.

Taktéž celý zažívací systém je ovlivňován emocemi. Ať už jde o sucho v ústech, neschopnost polknout sousto až po nadměrnou tvorbu kyselin a enzymů žaludeční stěnou. Stres také způsobuje zúžení žlučových a pankreatických kanálků a může způsobit zánět slinivky břišní. Narušuje střevní peristaltiku, která zajišťuje pohyb nestrávené potravy střevem. Stres má souvislost se vznikem žaludečních a dvanácterníkových vředů a vředů na tračníku.

V některých případech stres může být hlavní příčinou a mnohdy také vystupuje pouze jako podpůrný faktor. Stres může napomoci k propuknutí nemoci u člověka,

který k ní má sklon a dokonce je možné, že bez stresu by se tato nemoc vůbec neprojevila.

2.2.6 Zvládání stresu

Termín **coping** je označení pro aktivní a vědomý způsob zvládání stresu. Je vhodné rozlišovat pojem **adaptace** a **coping**. **Adaptace** se vztahuje ke zvládání zátěže jako takové. Zatímco **coping** se používá v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti člověka nadlimitní a je tedy nezbytné vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s ní. Jde tedy o zvládání náročných či stresových situací.

Coping je možno chápat především jako děj a v tomto pojetí je možné uvažovat o nějaké v čase relativně stabilizované osobnostní proměnné, případě více proměnných, které tvoří základ, od něž se odvíjí tendence k určitému konzistentnímu způsobu chování ve stresových situacích. Jde o vzorce chování a prožívání jedince v zátěžových situacích a zejména tendence hodnotit situaci určitým způsobem a určitým způsobem na ni reagovat (Paulík, 2010).

Při působení nové zátěže se člověk nejdříve chová náhodným způsobem. Určité zátěže se během života opakují a hlavně se opakují i typy náročných životních situací. Jedinec tak brzy pozná, že při určitém způsobu chování je subjektivně negativní dopad zátěžové situace menší. Na základě metody podmiňování má jedinec potom tendenci chovat se v obdobných situacích ne náhodným, nýbrž osvědčeným způsobem. Tak se člověk učí zvládat určité zátěže tím, že si osvojí „oblíbené“ techniky chování pro určité situace. Tyto osvojené techniky se potom stávají osobnostní výbavou a podstatným znakem jeho osobnosti. Vzhledem k tomu že u člověka náleží do základní fylogenetické výbavy útok a útěk, jako bazální vzorce chování v zátěži, dělí se techniky vyrovnávání se zátěží do dvou skupin (Hošek, 1999).

2.2.6.1 Techniky zvládání zátěží

Každodenní stres se lidé snaží zvládat různými způsoby a tyto techniky můžeme nazvat jako převážně aktivní a převážně pasivní. Ve své knize je blíže specifikuje Hošek (1999).

1) Převážně aktivní techniky

Tyto techniky jsou odvozené od útočného řešení zátěžové situace a zahrnují prvek stupňování motivace řešení problému, je pro ně typická i agrese a zvýšená aktivita. **Přímá agrese** je nejjednodušším typem převážně aktivních technik vyrovnávání se zátěží. Východiskem by mohla být **sublimace agresivity** například ve sportu.

Upoutávání pozornosti je také aktivní metodou vyrovnávání se zátěží. Zátěžová situace většinou snižuje sebevědomí člověka a ten, aby tomu zabránil, na sebe upozorňuje například vychloubáním se, uplatňováním se v diskusi, skákáním do řeči nebo extravagancí v chování a v oblékání. V podstatě jde o neuvědomovanou snahu osobnosti po obdivu, který by zvedl sebevědomí a tak pomohl subjektivně zvládnout vliv zátěže. Tato technika se vyvíjí u dětí, kulminuje v pubertě a určité osoby může provázet ve zvýšené míře po celý život.

Důležitou technikou zvládnání zátěžových situací je **identifikace**, neboli ztotožnění. Identifikace znamená chování dle zamýšleného vzoru a přebírání sociálních norem vzoru. Člověk se chlubí svým otcem, autem, přítelem, městem, školou, idejemi. V případě členství v sociální skupině může být identifikace zdrojem pocitu síly a prestiže.

Kompenzace je velmi častou technikou zvládnání zátěže. Člověk má tendenci kompenzovat neúspěch v jedné činnosti úspěchem v činnosti náhradní nebo opakovanými pokusy v původní činnosti. Psychologická technika kompenzace může být pro člověka subjektivně i objektivně užitečná, pokud neobsahuje patologické metody řešení náročných životních situací, jako je například přejídání se vlivem stresu nebo konzumace alkoholu a drog pod vlivem zátěže.

Podobná technika je **sublimace**, o rozšíření tohoto pojmu se zasloužil zakladatel hlubinné psychologie S. Freud. Za sublimaci považoval přesunutí uspokojení sexuálního na uspokojení nějakou jinou, společností více uznávanou činností. Dnes se tato metoda chápe šířeji, jako nevědomé převádění společensky neschvalovaných pudů do roviny sociálně přijatelné.

V dnešní době je snad nejrozšířenější metodou zvládnání zátěže **racionalizace**. Tato technika vysvětluje neúspěšné nebo nepřijatelné chování přípustným motivem, nebo zásahem vnějšího činitele mimo vlastní kontrolu (například náhoda). Racionalizace snižuje pocit viny cestou zpětného přikrášlování motivů (Hošek, 1999).

Křivohlavý (1994) zmiňuje **intelektualizaci a racionalizaci** jako iluzorní formy řešení stresových situací, kde skutečnost je falšována tím, že je interpretována jinak, než by měla být. Odvádí se tím pozornost od konkrétní věci k obecnému ideálu. Místo pravého poznání nastupuje „prázdná pravda“, nad níž má ten, kdo ji říká, intelektuální kontrolu a iluzivně ji ovládá.

Opakem je **technika zdůrazňování kladů v nepříjemnostech** – například, když jsem se zranil, tak si alespoň odpočinu.

Častým postupem je **relativizace** – porovnávání aktuálních potíží s mnohem většími vlastními v minulosti nebo s potížemi jiných lidí. Velmi pomáhá, když je metoda spojena s určitým humorným nadhledem (Hošek, 1999).

2) Převážně pasivní techniky

Převážně pasivní techniky mají dle Hoška (2001) blíže k útěku, jsou odvozeny od instinktu „mrtvého brouka“. Je zřejmé, že společnost si zbabělých řešení příliš neváží, v praxi se však lidé stále více přiklánějí k řešení „kdo uteče, ten vyhraje“ a těchto pasivních řešení zátěží přibývá.

Nejjednodušší pasivní technikou je **izolace**. Jde o únik do samoty, do nevidění a neřešení. Izolace na jedné straně snižuje pravděpodobnost vzniku další zátěžové situace, ale také zmenšuje naději na sociální adaptaci.

Zvláštní formou pasivní techniky je **denní snění**. Osoba v tomto případě uniká do světa fantazie. Tato forma je nejčastější u dětí a mládeže. Stresovaný člověk si v tomto případě vytváří „kategorii kdyby“ a ve své fantazii si přehrává jiný průběh situace, zpravidla s hrdinskými náměti pro svou osobu.

Další technikou je **únik do nemoci** a její úspěšnost si člověk začíná osvojovat již v dětství. Když onemocní, všichni se o něj starají a všelijak mu ulehčují život. Zvýšený ohled na nemocné se dá využít v zátěži, převzetím role nemocného a slabého, což většinou dotyčnému ulehčí situaci. Pokud je tato technika užívána záměrně, hovoříme o simulaci. V každém případě jde o techniku, kterou se například každý školák dokáže vyhnout zkoušení či písemce.

Zajímavým způsobem úniku je **regrese**. Regrese znamená návrat k vývojově nižšímu způsobu přizpůsobení, jde o zpřimitivnění reakcí a zpětný posun po ontogenetické vývojové křivce osvojených způsobů chování. Konkrétním příkladem je například, že dospělý se chová jako dítě a dítě jako nemluvně.

Popření zátěžové situace je v podstatě rezignací stresované osoby na řešení a má povahu „zavírání očí“ před nepříjemnou situací. Tato technika může dočasně zklidnit, nevede ale k adaptaci, protože neřeší podstatu daného problému. Podobně **rezignace**, tj. úplná inaktivita v zátěžové situaci je technikou maladaptivní s extrémní pasivitou (Hošek, 1999).

Dle Křivohlavého (1994) dotyčný jedinec v technice **popírání** zavírá oči zcela automaticky, nevědomě. Nechce nic slyšet, odmítá jakékoliv informace, námitky a jakékoliv zprávy. Tento postoj se projevuje především u dětí a jde o tzv. negativismus.

Osoby s převahou aktivních technik bývají označovány jako **konfrontéři** a převážně pasivní **vyhýbači**. Některé studie naznačují, že konfrontéři jsou více ohroženi negativními zdravotními důsledky prožitých stresů (Hošek, 1999).

2.2.7 Odolnost vůči zátěži

Paulík (2010) specifikuje **odolnost jako dispozičně kapacitní adaptační substrukturu osobnosti**, která umožňuje jedinci zvládat nároky na něj kladené v různých situacích a nepodléhat škodlivým, ohrožujícím vlivům. Zvyšující se odolnost představuje zvýšenou schopnost úspěšně zvládat nároky a rostoucí rozsah požadavků. Nenechat se vyvést z míry a rychle po odeznění zátěže obnovit původní stav akceschopnosti a zároveň kreativně využít poznatky z již zvládnuté zátěže v další adaptaci. Odolnější člověk má ve srovnání s méně odolným v běžném životě méně důvodů k nespokojenosti, může se cítit lépe, podává výkony odpovídající jeho dispozicím, má méně zdravotních obtíží a méně problémů v mezilidských vztazích. Pojem odolnost obecně zahrnuje subjektivní předpoklady pro zvládnutí zátěže (pracovní kapacitu, frustrační toleranci, souhrn dispozic ke zvládnutí nároků prostředí) a má své opodstatnění jako obecná charakteristika regulační funkce osobnosti. Předpokládá se, že jde o mnohostranně podmíněný, komplexní jev umožňující účinnou adaptaci a osobnostní rozvoj za nepříznivých podmínek.

Koncepce odolnosti se s vývojem měnily. Zpočátku byla odolnost spojována s dominantním rysem osobnosti – vůle, to bylo v tzv. období předstresovém. V dalším období byla odolnost vůči stresu chápána jako výsledek interakce mezi situačními vlivy a jedincem. Koncem 70. let vzbudila velkou pozornost Rosenmanova a Friedmanova **koncepce chování typu A a B**. Studie prokázaly, že osoby s chováním A jsou díky

intenzivnějším stresům méně odolné vůči ischemické chorobě srdeční než osoby s chováním typu B.

Jedinci typu A na rozdíl od osob typu B:

- jsou netrpěliví, dělají více věcí najednou, neustále pospíchají,
- jsou soupeřiví, agresivní, potřebují uznání a úspěch,
- jsou perfekcionista, nedokážou relaxovat, při odpočinku mají pocit viny.

Tato koncepce potvrdila, že stres je rizikový faktor chorob životního stylu a poukázala na vztah mezi odolností a osobnostními rysy (Hošek, 1999).

2.2.8 Zvládání stresu ve stáří

Dle Joshiho (2005) starší lidé zvládají stres špatně. Senioři nám připadají zranitelní a křehcí a to přímo souvisí s jejich neschopností efektivně zvládat stres. Téměř všechny systémy v těle staršího člověka fungují stejně jako v těle mladého. Pokud se ale vyskytne stresor, starší organismus daleko snadněji selže. Jednoduchým příkladem může být situace, kdy je člověk vystaven náhlému poklesu teploty. Staršímu jedinci trvá déle zahřátí na normální teplotu než mladému. Existují také studie, kdy odborníci měřili výkony různých jedinců pomocí testů. V situaci, která nebyla zatížená stresem, byly výsledky stejné. Pokud se tentýž test provede ve stresových podmínkách (krátký časový interval, hlučné prostředí), pak výkon u starších i mladších lidí klesá. U starších osob však klesá více. Příčinou špatného výkonu může být nedostatek odpovídající stresové reakce. Hormonální systém, který se účastní stresové reakce, nefunguje zcela dobře a výsledkem je, že senioři zvládají stres hůře. V některých případech může být sekrece hormonů dostatečná, ale buňky na tento signál nereagují.

Stresová reakce obvykle trvá u staršího jedince i po odeznění stresoru. Staršímu tělu pak trvá déle, než přejde ze stresu zpátky do normálního stavu. Starší lidé mají navíc vyšší hladiny stresových hormonů adrenalinu a noradrenalinu dokonce i tehdy, když jsou v klidu. To znamená, že mají stresovou reakci zapnutou, i když odpočívají a s tím mohou souviset například vyšší hodnoty krevního tlaku u řady seniorů.

Podle moderních teorií je proces stárnutí urychlován dlouhodobým působením různých hormonů stresových reakcí (Joshi, 2005).

2.3 Hospitalizace

Přijetí seniora do nemocnice je nutné vždy pečlivě zvážit a snažit se hospitalizaci zkrátit na co nejkratší dobu. Důvodem hospitalizace seniorů bývá akutní zhoršení zdravotního stavu nebo potřeba diagnostiky a léčby.

2.3.1 Nemocniční péče pro seniory

Nad otázkou, jak by měla být organizována zdravotní péče pro seniory, se zamýšlí ve své literatuře Holmerová a Jurašková (2003). Mělo by se podle nich jednat o zásadu diferencovaného poskytování služeb dle aktuálních potřeb seniorů, s důrazem na aktivní přístup, preventivní zaměření, včasnou diagnostiku, funkční hodnocení, intenzivní a minimálně invazivní léčbu a rehabilitaci, doléčení a koordinaci služeb komunitního typu. Zdravotní a neoddělitelná zdravotně sociální péče ošetrovatelského typu by měla být přizpůsobená potřebám pacientů, eventuálně specializovaná dle převládající problematiky.

Dle Kalvacha (2004) je nemocniční péče bez ohledu na věk poskytována podle charakteru nemoci, tedy diferencovaně. Na základě šetření bylo zjištěno, že v průběhu 1 roku bylo v ČR hospitalizováno 20 % osob nad 60 let věku a průměrná doba hospitalizace byla 21 dnů. Mezi nejčastější příčiny hospitalizace patří nemoci kardiovaskulární, kožní, respirační a nádory. Problémem je nedostatek míst v zařízeních dlouhodobé péče. Dlouhodobá ústavní péče je charakterizována chronicitou a pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačností a závislostí na péči druhé osoby, multidisciplinárním přístupem a spoluprací zdravotníků se sociálními pracovníky, laiky (rodina, charitní zařízení). Cílem dlouhodobé péče je stabilizovat zdravotní stav nemocného, omezit následky onemocnění a pozitivně ovlivnit kvalitu života nemocného (Kalvach, Zadák, Jiráček, 2004)

Holmerová, Jurašková a Zikmundová (2003) uvádějí, že jednotlivá nemocniční oddělení by se měla více přizpůsobovat potřebám seniorů, tak jak to specifikuje Evropská charta práv pacientů seniorů (viz. Příloha č. 1). Nejde o to, aby se všechna lůžka zaujímaná seniory měla měnit na geriatrická, ale je důležité, aby byla zajištěna lůžka pro seniory, kteří propadávají sítem dosavadní zdravotní péče. Tím postrádají jasně stanovenou diagnózu, která by indikovala jejich pobyt na specializovaném oddělení. Jejich stav je akutně zhoršen, ale pro polymorbiditu a odlišnou

symptomatologii nelze seniory jednoznačně nasměrovat dle odbornosti. Dochází tím k fenoménu „horkého bramboru“, kdy je nemocný senior přeposlán z jedné příjmové ambulance na jinou a nakonec – v horším případě odeslán zpět domů nebo je ponechán na některém z lůžkových oddělení s označením „casus socialis“. A tomu také odpovídá péče a terapie.

Cílem **akutních nemocničních oddělení** včetně specializovaného geriatrického oddělení by mělo být navrácení původního zdravotního a funkčního stavu, jaký byl před propuknutím nemoci a navrácení seniora do původního prostředí.

Na péči akutního nemocničního lůžka by měl plynule navazovat další typ péče, který zajistí doléčení, rehabilitaci a nácvik soběstačnosti. Mluvíme o **doléčovací a rehabilitační péči v geriatrii**. Smyslem této péče je kompenzace chybějících funkcí, zhojení defektů, navrácení soběstačnosti, úprava stavu výživy, nácvik aktivit denního života a tím zlepšení celkové kondice seniora, aby se mohl vrátit do svého původního prostředí.

Léčba seniora na akutním geriatrickém lůžku by neměla přesáhnout dobu 3 týdnů, následná péče na doléčovacím a rehabilitačním lůžku je poskytována v období dalších 3 měsíců. Podle názorů odborníků a poznatků z praxe se za toto období skutečně podaří s velkou pravděpodobností stanovit, jak se bude zdravotní stav seniora vyvíjet a následně i vyřešit většinu problémů.

Ve výjimečných případech je u seniorů nutné stav řešit individuálně. Tito pacienti vyžadují intenzivní rehabilitaci po dobu delší 3 měsíce, nadále u nich trvá chronická zdravotní problematika či jejich potřeby nejsou výhradně zdravotní, pak je třeba jejich situaci řešit komplexněji. U těchto seniorů potřeba zdravotní péče nepominula, ale její těžiště se přesunuje spíše do oblasti odborného ošetřovatelství, ergoterapie, sociálního zajištění. Nastupuje **dlouhodobá péče s těžištěm v odborném geriatrickém ošetřovatelství**.

Zatímco dva první uvedené typy pobytu mají jednoznačně odůvodnění a zdravotní indikaci, pobyty delší než 3 měsíce řeší nejen problém zdravotní, ale také problém sociální. Skupina těchto pacientů není homogenní, někteří potřebují více jiní méně zdravotní péče především ošetřovatelského typu. Ve zdravotnických zařízeních jsou tito pacienti nechtění, jsou neperspektivní, chroničtí, sociální.... Je tendence překládat je stále ze zařízení do zařízení (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007).

Posledním typem pobytu na lůžku je **sociální hospitalizace**. Jedná se o delší pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení, když již pominula indikace ze zdravotních

důvodů. Jde o zcela odlišný okruh potřeb starších pacientů, jde o seniora, který byl vyléčen, rehabilitován a je schopen se vrátit domů, mezi tím však přišel o byt nebo je schopen pobytu doma, ale za předpokladu určitého servisu – zajištění služeb typu nouzového volání, úpravy bytu, vybavení kompenzačními pomůckami a poskytování převážně sociálních služeb a občasných návštěv domácí péče. Zajištění těchto služeb však může být u některých seniorů problematické a proto i nadále zůstávají ve zdravotnických i sociálních zařízeních (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007).

Dle Haškovcové (2010) má současný systém zdravotní péče o seniory značné nedostatky. Jde o nejasnou koncepci, problematické financování, které navíc nemotivuje praktické lékaře k návštěvní službě v domově seniorů, čímž by se dala podstatně oddálit, zkrátit nebo dokonce vyloučit hospitalizace. To, co zejména chybí, je **provázanost jednotlivých typů zdravotnické péče a zejména transparentní návaznost na sociální služby**. Cílem by měla být přísně individualizovaná péče – péče orientovaná na pacienta (Haškovcová, 2010).

2.3.1.1 Psychiatrická nemocniční péče

Ani starým lidem se nevyhýbají nejrůznější psychické poruchy. Zvláštností duševních chorob se věnuje jednak gerontopsychologie a lékařský obor gerontopsychiatrie. Četné psychické problémy seniorů jsou trvale podceňovány nebo bagatelizovány s odkazem na to, že prostě ke stáří patří a gerontopsychiatrických lůžek je trvalý nedostatek (Haškovcová, 2010).

Marková a Venglářová (2006) dělí péči poskytovanou v psychiatrických lůžkových zařízeních na akutní lůžkovou péči a na následnou lůžkovou péči.

Akutní lůžková péče je poskytována na otevřených nebo uzavřených odděleních nemocnic, klinik a léčeben. Cílem této lůžkové péče je diferenciálně diagnostické posouzení stavu pacienta s návrhem plánu léčby, ochrana pacienta před poškozením sebe nebo ostatních. Tento druh péče vyžadují pacienti s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronického onemocnění. Součástí moderní psychiatrické péče jsou jednotky intenzivní psychiatrické péče (JIPP). Je optimální, pokud jsou zřízeny na psychiatrických odděleních nebo klinikách velkých nemocnic, protože je tím lépe zajištěna návaznost na další somatické obory.

Následná lůžková péče je zajišťována ve většině případů v psychiatrických nemocnicích či léčebnách u pacientů, kteří již mají stanovenou diagnózu a u kterých již pominuly důvody k poskytování akutní lůžkové péče. U těchto pacientů již tedy došlo ke zvládnutí akutního onemocnění nebo náhlého zhoršení chronické nemoci a zdravotní stav je stabilizovaný. Cílem pobytu na těchto odděleních je dosažení úplného fyzického a duševního zdraví chronicky nebo dlouhodobě nemocných osob nebo co nejvýraznější zmírnění následků onemocnění.

Během hospitalizace je pacientovi poskytována komplexní péče, kterou zajišťuje celý terapeutický a ošetrovatelský tým (Marková, Venglářová, 2006).

2.3.1.2 Geriatrický pacient a jeho tým

Dle Holmerové (2003) je nejdůležitějším aktérem zdravotní péče právě pacient a od jeho potřeb se odvíjejí veškeré aktivity týmu.

Pacient je základní součástí týmu, na jeho vůli a přání záleží další péče. Má právo zvolit si z nabízených alternativ, má právo je odmítnout, pokud není schopen v důsledku své nemoci se v konkrétních případech rozhodovat, má soudem ustanoveného opatrovníka. A i v těchto případech je třeba nalézt řešení, která budou co nejvíce respektovat jeho vůli.

Rodina pacienta bývá často nejednoznačnou skupinou. Rodinní příbuzní mohou být milující a pečující ale na druhé straně i ubližující a vydírající. Vždy je třeba respektovat především pacienta.

Profesionální pečující plní důležitou roli v případě, že pacient rodinu nemá nebo se rodina v dostatečné míře nedokáže nebo nechce o svého seniora postarat. Profesionální pečující pomáhá seniorovi při většině činností a tráví s ním také nejvíce času.

Zdravotní sestra je také velice blízkým pracovníkem pro seniora, pomáhá seniorovi v péči o jeho fyzické i psychické potřeby v průběhu ošetrovatelského procesu, sestra komunikuje v zájmu pacienta i s ostatními členy týmu či specialisty.

Úkolem **lékaře** je posoudit zdravotní stav pacienta, stanovit správný diagnostický závěr a ve spolupráci s ostatními členy týmu vytvářet léčebný a rehabilitační plán.

Rehabilitační pracovník – fyzioterapeut hodnotí fyzickou kondici pacienta a hlavně stav jeho hybnosti. Rehabilituje s pacientem a prostřednictvím konkrétních postupů se snaží docílit původního stavu hybnosti a fyzické kondice pacienta. Volí také vhodné kompenzační pomůcky.

Ergoterapeut posuzuje stav soběstačnosti vzhledem k jeho původnímu prostředí, provádí nácvik sebeobslužných činností, především schopnosti orientovat se, obsloužit se a fungovat samostatně ve svém původním prostředí. Doporučuje pomůcky a opatření, která povedou k zajištění soběstačnosti v domácím prostředí (drobné či větší úpravy bytu, připevnění madel, osvětlení, rozmístění nábytku).

Sociální pracovník zjišťuje stav sociálního prostředí pacienta a jeho rodiny, komunikuje s rodinnými příslušníky v rámci objektivizace údajů. Navrhuje další možná sociální opatření, sociální služby, dávky (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007).

2.3.1.3 Pojetí geriatrického pacienta a zdravotních problémů ve stáří

Kalvach (2008) uvádí, že starých a velmi starých lidí v lékařských ordinacích výrazně přibývá a do budoucna bude přibývat. Hovoří se o geriatrizaci medicíny v procesu stárnutí populace a nástupu dlouhověké společnosti. Pojetí geriatrického pacienta není jednoznačné.

V širším slova smyslu se hovoří o nemocných starších určitého věku – obvykle nad 75 let, ale v souvislosti se zlepšováním zdravotního a funkčního stavu seniorů se tato hranice posouvá nad 80 let. Za nejnižší věk, který opravňuje začlenění pacienta do geriatrických programů, bývá obvykle považován věk 65 let.

V užším slova smyslu jde především o ty seniory, kteří vykazují závažný, s involucí související pokles potenciálu zdraví, který je disponuje ke specifickým zdravotním problémům a který je v souvislosti se zdravotní péčí znevýhodňuje a činí zranitelnějšími. Geriatrická péče je diferencovaná, zahrnuje složku akutní i následnou, paliativní i preventivní, ambulantní i lůžkovou (Kalvach, Zadák, Jiráček, 2008).

Překročení hranice stáří – například dosažení věku 65 – 75 let – neznamena automaticky, že se člověk stává geriatrickým pacientem. Indikátorem nemá být věková hranice, ale křehkost a profit ze specifického geriatrického režimu s prevencí

geriatrického hospitalismu, z koncentrace geriatricky vyškoleného personálu, ošetrovatelských a rehabilitačních pomůcek (Kalvach, Onderková, 2006).

2.3.2 Pacient v nemocnici

Dle Křivohlavého (2002) existuje řada rozdílů mezi pacientem v ambulantní péči a pacientem hospitalizovaným v nemocnici. Málo pacientů přichází do nemocnice z vlastního rozhodnutí a přibližně 98 % pacientů je do nemocnice odesláno praktickým či odborným lékařem. K praktickému lékaři přichází nemocný s představou určité partnerské spolupráce, když ale přichází do nemocnice, musí počítat s tím, že půjde spíše o „poslouchání autority“ nežli o vztah spolupráce. Navíc pacient v případě nástupu do nemocnice si je vědom, že jeho zdravotní stav je zřejmě vážnější než si možná dosud připouštěl. To znamená, že toto povědomí již dostává pacienta do **stresu a distresu**. Ten se přidává k stávajícímu již značnému psychickému napětí, které pramení například z jeho celkově změněné zdravotní situace.

Nemocnice je značně odlišným zařízením od těch, které zná pacient ze svého běžného života a má zcela specifické úkoly. Jedním z nich je důkladně nemocného vyšetřit a stanovit jeho diagnózu, dalším pak zvolení odpovídajícího způsobu léčby. Následně vyléčení či alespoň podstatné zlepšení jeho zdravotního stavu.

Můžeme říct, že se neustále mění představa o tom, co nemocnice vlastně je. Například pro generaci našich prarodičů byla nemocnice často místem, kam se chodilo umírat. V generaci našich rodičů, kdy byla zaměstnanost všech členů rodiny nuceně co nejvyšší, nebylo doma místa pro umírajícího člena rodiny a tak se nemocnice stala „místem posledního pobytu člověka“. Toto pojetí se neustále mění, i když v povědomí mnohých lidí – zvláště starších – ještě stále existuje (Křivohlavý, 2002).

2.3.2.1 Vztah lékaře a nemocného

Podle Zacharové, Hermanové a Šrámkové (2007) je vztah nemocného k lékaři často složitý a plný rozporů, jde o vztah ambivalentní – je kladný a záporný zároveň. Pacient vzhlíží ke zdravotníkovi, obzvlášť k lékaři, s důvěrou i nedůvěrou. Na jedné straně věří a očekává, že mu chce zdravotník pomoci a na straně druhé vzniká strach

a vědomí, že není zasvěcen do všeho, co lékař myslí a koná. Jde o stav, který je spojený s pocitem závislosti a vzbuzující nedůvěru. Pro jednání zdravotníka a pacienta by měly platit zásady etického a psychologického přístupu, založeny na myšlence důvěry, pochopení, naděje a empatie.

Vztah lékaře a nemocného a schopnost optimální spolupráce je silně závislá na vzájemném dobrém osobním vztahu a zejména na kvalitní výměně informací mezi nimi. Vhodná komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem může zabránit nejen mnohým konfliktním situacím, ale zvyšuje i účinnost terapeutických opatření a tím příznivě ovlivňuje průběh nemoci.

Na vytváření správného vztahu mezi lékařem a nemocným se podílí celá řada okolností a řadíme zde například:

- zážitky nemocného z předchozího léčení, kde se odráží jednak prostředí a vlastní léčba, tak i interpersonální vztahy zdravotnického týmu,
- aktuální psychický stav nemocného,
- první dojem,
- dodržování společenských pravidel chování,
- umožnění psychické ventilace stesků a potíží,
- získání důvěry nemocného – pochopením jeho stavu a potřeb, odbornou pomocí,
- tolerantní přístup, který může upravit chování nemocného a jeho vztah k nemoci (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Vymětal (2003) uvádí, že vztah mezi pacientem a lékařem je do značné míry určován vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry jsou tato očekávání naplňována oběma stranami.

Pacient od lékaře očekává zvýšený zájem o svoji osobu a především to, že mu bude rychle pomoheno, tím dojde ke zmírnění či odstranění jeho obtíží. Počítá s lékařským tajemstvím a očekává podporu ze strany lékaře. Čím více se cítí být nemocen, tím je pacient více pacientem a tím ochotněji se podřizuje a plní lékařova doporučení a nařízení. Mnoho pacientů nevěří, že by jim lékař sdělil velmi špatnou prognózu a spíše očekávají nějaký druh „milosrdné lži“, což spolupráci velmi komplikuje. Lékař je pro pacienta člověkem, jehož si váží a zároveň se ho i obává.

Lékař od pacienta očekává podřídivost a vděčnost, a že se jeho zdravotní stav bude zlepšovat až do údravy. Proto v případě neúspěšné a zdlouhavé léčby bývá lékař

frustrován a může mít ne zcela uvědomovanou tendenci pacienta odmítat a hledat chybu na straně pacientovy spolupráce. Lékař počítá s tím, že nemocný plně spolupracuje, což je jeden z největších omylů. Běžný pacient spolehlivě spolupracuje tehdy, jestliže se cítí být nemocný. Při subjektivním zlepšení jeho zdravotního stavu je neustále nutné pacienta ke spolupráci motivovat, jinak přestává naše pokyny dodržovat. Zkušenosti ukazují, že lépe spolupracují ženy než muži.

Lékař od pacienta očekává, že mu pravdivě sdělí všechny požadované informace, včetně informací důvěrného rázu a že se nechá vyšetřit i v nejintimnějších oblastech. Lékaři mají tendenci považovat za samozřejmost, že nemocný strpí narušování vlastní tělesné integrity, bolestivé a zraňující manipulace stejně tak, že se podrobí úkonům, které mohou být pro něho i nebezpečné.

Úzkost a strach z vyšetření lékař snižuje tím, že nemocného předem na vyšetření připraví sdělením potřebných informací:

- objasní nutnost vyšetření,
- popíše stručně průběh vyšetření z hlediska „technického“, ale i z pohledu pacienta – to znamená, přiblíží nemocnému, co bude pacient v jeho průběhu pociťovat a zároveň dá prostor nemocnému, aby se ptal,
- sdělí pacientovi, jaké chování se od něho během výkonu očekává, případně je s ním nacvičí,
- pacienta informuje, jaká opatření a omezení v životosprávě jsou v souvislosti s vyšetřením nezbytná (Vymětal, 2003).

2.3.2.2 Vztah sestry a nemocného

Dle Zacharové, Hermanové a Šrámkové (2007) bývá sestra v očích nemocných vnímána jako člověk, který má pochopení pro jejich problémy v nemocnici a který je pomáhá s velkou tolerancí a laskavostí řešit. Má často možnost poznat nemocného po psychologické stránce lépe než lékař a to proto, že s nemocným stráví poměrně mnoho času, více než lékař.

Kromě profesionálních úkonů poskytuje nemocnému porozumění a oporu, pečuje o jeho emocionální stav. Měla by tak lépe poznat a chápat i osobní problémy nemocných a při jejich řešení postupovat společně s lékařem. Každodenní chování sestry vůči nemocnému má být pojímáno jako psychoterapeutický přístup, hovoří se

o tzv. produktivním chování sestry, kdy bere v úvahu neoddělitelnost biologických, psychických a sociálních dějů. Sestra uvádí nemocného do prostředí léčebného zařízení, vysvětluje neznámé věci a poskytuje poučení, které napomáhá k celkové orientaci pacienta. Snaží se redukovat záporné emoce nemocného - strach, úzkost, stud, beznaděj. Nabízí podporu a pomoc jako zdroj jistoty, dodání odvahy nemocnému, aktivizace nemocného s cílem předcházet apatii a izolaci. Vztah sestry k nemocnému má být založen na projevech zájmu, náklonnosti, vcítění a na úsilí udržování oboustranného kontaktu – na výměně informací mezi sestrou a nemocným. Uvedená pravidla produktivního chování vůči nemocným jsou předpokladem k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče a bezkonfliktních mezilidských vztahů (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

2.3.3 Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka

Psychika člověka se při přechodu do nemocnice mění. Hospitalizace je obvykle pro pacienty zážitkem nového druhu. Dochází ke změnám nejen v těle pacienta, ale i v jeho psychice a popřípadě i v duchovním životě. U pacientů v nemocnici se objevuje celá řada problematických psychologických příznaků. Jde o vnitřní stísněnost, deprese, děsivé obavy, úzkost, špatný spánek a děsivé noční sny. Často se u nemocného člověka v nemocnici během krátké doby vystřídá větší množství lidí - odeberou krev, přinesou léky a jídlo, uklidí a i tento fakt má na nemocné negativní vliv (Křivohlavý, 2002).

2.3.3.1 Člověk ve stavu zdraví

Dle Mlčáka (2007) se subjektivní chápání zdraví u člověka přirozeně mění v průběhu jeho života, a to v závislosti na jeho pohlaví, věku a vzdělání. U mladších mužů je rozhodujícím atributem zdraví fyzická zdatnost, zatímco u mladších žen je rozhodujícím kritériem spíše zdatnost psychická. V mladším věku je zdraví dáváno do spojitosti s energií a vysoce aktuální výkonností, zatímco ve středním věku převládá pojetí zdraví ve smyslu biopsychosociální pohody. V pozdním věku člověka nabývá na významu chápání zdraví jako základní životní hodnoty. U osob s nižším vzděláním

převládá pojetí zdraví ve smyslu nepřítomnosti somatické nemoci, osoby s vyšším vzděláním oceňují především psychické a sociální aspekty zdraví.

Psychickou situaci zdravého člověka popisuje Křivohalý (2002) následovně:

Aktivita – zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě.

Relativní nezávislost – zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce – není na druhých lidech příliš závislý.

Životní rytmus – zdravý člověk si svůj vlastní životní rytmus do značné míry určuje sám. Má ho zažitý, zvykl si na něj a cítí se v něm poměrně dobře.

Sebedůvěra – zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady – znalosti a dovednosti. Tím člověk získává značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení.

Sociální interakce – zdravý člověk žije v „sociální síti“ své vlastní rodiny, mezi přáteli, známými a spolupracovníky, které dobře zná.

Životní prostředí – zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, pracoviště a společnosti.

Zájmy – zdravý člověk má poměrně stabilizovaný rozsah svých vlastních zájmů – o práci, společenském dění.

Zvládání problémů – zdravý člověk poměrně zvládá problémy, které mu život staví do cesty. Ví, oč jde. Ví, jak reagovat na otázky, které mu budou kladeny.

Emoce – v životě dosud zdravého člověka převládaly relativně kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života. Zdravý člověk má určitou míru životní jistoty a naděje do budoucnosti.

Časový prostor – dosud zdravý člověk žil v poměrně širší časové dimenzi, s vědomím minulosti, živé přítomnosti a s pohledem do budoucnosti, kterou viděl dosti určitě – zřetelně strukturovanou.

2.3.3.2 Člověk v době nemoci

Dle Vágnerové (2004) působí somatická choroba výrazně na psychiku nemocného. Má i svůj sociální význam vyjádřený rolí a postavením nemocného.

Nemoc lze chápat jako narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu života nemocného jedince. Jakékoliv závažné onemocnění je velkou

životní zátěží, která nějakým způsobem ovlivní i psychiku nemocného. Může změnit nejenom aktuální prožívání a reagování, ale i některé vlastnosti jeho osobnosti. Naopak, mnohé tělesné potíže mohou být v závislosti na špatném psychickém stavu nemocného udržovány či zhoršovány, zatímco dobrý psychický stav může přispět k jejich zlepšování či dokonce vymizení. Mezi tělesnou a psychickou složkou existuje reciproční vztah.

Každou nemoc lze podle Vágnerové (2004) posuzovat ze tří hledisek:

1) Somatický aspekt vymezují příznaky onemocnění. Tělesné potíže, které jsou pro určitou chorobu typické, představují specifický problém a konkrétní omezení. Aktuální potíže nemocného, ale i jeho představa závažnosti a prognózy nemoci vyvolávají určité psychické reakce.

2) Psychický aspekt tvoří souhrn emočních prožitků nemocného, které jsou vyvolány změnami souvisejícími s chorobou, jejich rozumové hodnocení a z toho vyplývající i chování nemocného. Psychická reakce na nemoc je dána jednak specifíčkostí tohoto onemocnění a zároveň i osobnostními vlastnostmi nemocného člověka, jeho vývojovou úrovní, zkušenostmi, jeho emoční vyrovnaností i zafixovanými způsoby zvládání potíží.

3) Sociální aspekt onemocnění je dán společenským hodnocením nemoci a vyplývajícím postojem a chováním laické veřejnosti. Postoj k nemocnému člověku také závisí na typu choroby, na osobnosti nemocného, jeho věku, ale zároveň i na dané společnosti a na její vzdělanostní a kulturní úrovni.

Psychickou situaci nemocného člověka při přechodu do nemocnice Křivohlavý (2002) popisuje takto:

Pasivita – pacient a zvláště nemocniční pacient je objektem péče mnohých lidí – lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu, pomocného personálu. A ti jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě – ne on.

Závislost na druhých lidech – pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat, co mu druzí lidé určí – a musí to dělat tak, jak to druzí požadují

Životní rytmus – nemocný je postaven do odlišné situace od té, na kterou je zvyklý. Musí se přizpůsobit jinému životnímu rytmu a trvá mu déle, než si ho zažije.

Sebedůvěra – pacient musí v nemocnici dělat činnosti, které neumí a to snižuje jeho sebevědomí a jeho sebehodnocení (devalvuje to jeho sebedůvěru).

Sociální interakce – pacient je v nemocnici v relativní sociální izolaci, setkává se s neznámými lidmi a kontakt se známými lidmi je mu značně omezen.

Životní prostředí – pacient se v nemocnici nachází v neznámém prostředí, vše je cizí, nové a ne tak běžné, jako doma.

Zájmy – okruh zájmů pacienta se v době nemoci a zvláště v době pobytu v nemocnici zužuje, především s ohledem na jeho zdravotní stav a jeho změny.

Zvládání problémů – nemocný svému fyzickému i psychickému stavu příliš nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví si s ním často rady – neví, co se s ním děje.

Emoce – emocionální stav pacienta charakterizuje celý soubor negativních citů – strach, obavy, bolest a nejistota.

Časový prostor – nemocný žije převážně jen a jen přítomností. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je pro něj nejistá.

Sociologové se dívají na život člověka v určité situaci obdobně jako divadelní umělci. Chápu daného člověka jako „herce“ – **tedy člověka v určité roli**. Proto i o životě nemocničního pacienta hovoří jako o roli (Křivohlavý, 2002).

Nemoc je dle Vágnerové (2004) tím méně subjektivně přijatelná, čím více zhoršuje kvalitu života nemocného, jeho osobní komfort a omezuje soběstačnost. Každé onemocnění má specifické symptomy, které mohou být subjektivně nepříjemné a omezující. Závažné onemocnění mění sociální pozici pacientka i jeho role. Současně se svou chorobou automaticky získává novou, kvalitativně horší roli nemocného. Bývá považován na viníka svého nežádoucího stavu, je zproštěn určitých povinností a očekává se, že bude spolupracovat při léčbě a bude se chtít uzdravit. O mnohé role bývá i ochuzen – není schopen si udržet svou profesní roli, mění se jeho pozice v rodině a stává se závislým objektem péče ostatních.

Křivohlavý (2002) také uvádí ve své literatuře návrhy na zlepšení negativních stránek pobytu pacienta v nemocnici. Například zavedení kurzů sociální komunikace pro lékaře a to nejen v rámci jejich základního studia, ale i při přípravě na atestaci nebo zavádění systematického školení pacientů, kteří přicházejí do nemocnice a to zejména v otázkách porozumění změnám zdravotního stavu a zvládání zdravotních těžkostí (stresu, distresu).

2.3.4 Vlastní boj s nemocí

Ve fázi vlastního boje s nemocí by si měl pacient v první řadě uvědomit způsoby postupu, strategií, kterými je možné daný problém řešit. V případě **aktivních strategií** si nemocný sám vypracuje vlastní představu o vhodném postupu, příkladem může být rozhodnutí nemocného, který se zdravotně necítí dobře, navštívit lékaře. Jiným příkladem může být rozhodnutí „nechat se operovat, brát předepsané léky, podrobit se lékařem nabízenému způsobu léčení (Křivohlavý, 2002).

Aktivní přístup dle Vágnerové (2004) vyplývá z přesvědčení nemocného, že s nemocí je třeba bojovat a bývá spojen s tendencí hledat konkrétní řešení, která se jeví jako nadějná a s tendencí hledat pomoc, jelikož nemocný ví, že si v této situaci nemůže pomoci sám. V neposlední řadě je tento přístup nemocného spojen s usilováním o emoční oporu, pozitivní zpětnou vazbu a potvrzení účelnosti svého dosavadního jednání.

O **únikových strategiích** zvládnání nemoci hovoříme tehdy, když nemocný „zavírá oči před daným problémem“, utíká před řešením, schovává se před určitým terapeutickým zásahem (Křivohlavý, 2002).

Křivohlavý (2002) uvádí **Etapy procesu boje s nemocí podle Shontze:**

1) Šok

K šoku dochází u mnoha pacientů, kteří zjistí, že se u nich objevilo vážné onemocnění nebo u nich došlo k vážnému úrazu. Tento stav je charakterizován psychicky jako ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé a obě formy šoku se mohou prostřídávat. Z psychologického hlediska jde o mentální odpoutávání se daného člověka od reality – duchanepřítomnost.

2) Usebrání

Po relativně krátké době fázi šoku vystřídá „psychický návrat do skutečnosti“. Nejde ale o normální mentální stav, pacient má do určité míry neuspořádané myšlení a negativní emoce. V této fázi se objevují obavy, strach, zármutek, žal, pocity bezmoci a nedostatku pomoci. Celkově je nemocný mimořádně vzrušený.

3) Stažení se ze hry

V této fázi již vědomě odchází nemocný do únikového mentálního osamění. Využívá možnost popření všeho a tím i ulehčení duševní síly, která přišla s objevením závažného

onemocnění. Tímto stažením se nemocný reorientuje – mění pohled na danou situaci a volí plán, program dalšího postupu.

4) Tvorba programu k řešení krize

Teorie krizové intervence počítá s tím, že udržení celkové rovnováhy je u člověka jedním z hlavních cílů veškerého chování. Z tohoto hlediska je nemoc chápána jako narušení rovnováhy. To je třeba odstranit a stav vyrovnat (Křivohlavý, 2002).

Mezi změny, s nimiž se musí pacient v takovéto zdravotní krizi vyrovnat Křivohlavý (2002) řadí:

- změna osobní identity pacienta,
- změna prostoru, v němž se pacient pohybuje,
- změna role, kterou pacient zaujímá,
- změna v souboru osob, které pacientovi mohou poskytovat sociální oporu,
- změna perspektivy – co může pacient v budoucnosti očekávat.

Dle Vágnerové (2004) je jednou z variant zvládnání zátěže v situaci těžké nemoci **strategie zaměřená na hledání sociální opory**. Nemocný hledá někoho, kdo by jej pochopil a kdo by s ním problémy sdílel. Nemocný se nadměrně soustředí na své problémy, má jiné zájmy a odlišný pohled na svět než zdraví jedinci. Přiměřená psychosociální opora může výrazně zlepšit kvalitu života nemocného (Vágnerová, 2004).

2.3.5 Aktivizace, podpora aktivit ve stáří

Haškovcová (2012) popisuje aktivizaci jako cílené zvyšování činnosti organismu a tím i výkonu. V případě seniorů je vhodné udržovat nebo rozvíjet přiměřené aktivity tak, aby byla zachována popřípadě i mírně zvýšena jejich praktická soběstačnost. Někteří senioři jsou aktivní celý život a dokonce je třeba v některých aktivitách je i mírnit, zejména pokud je zvýšené riziko úrazu. Větším problémem je však značná pasivita velkého počtu seniorů, je nutné je motivovat a promyšleně pečovat o jejich fyzickou a psychickou zdatnost. V civilním životě nabízí celá řada státních i nestátních organizací a občanských sdružení naučné, sportovní i zábavné programy. Aktivita vždy

prospívá zdraví a výrazným způsobem přispívá k pocitům spokojenosti se životem. I v nemoci může být člověk aktivní, spolupracuje-li na svém uzdravení, nebo když si zachovává prostor pro oblíbené a přiměřené aktivity (Haškovcová, 2012).

V současnosti je k dispozici celá řada různých aktivizačních terapií, jež bývají běžně používány jak v institucích, tak mimo ně, jedná se například o ergoterapii, arteterapii, muzikoterapii a canisterapii (Haškovcová, 2010).

Cílem programování aktivit je vytváření podpůrného prostředí a to jak v materiálním, tak v psychologickém, sociálním i duchovním slova smyslu. Skutečná podpora aktivity seniora znamená společné hledání toho, co jej naplňuje radostí, dává mu smysl, rozmnožuje jeho příjemné prožitky a pocity tak, jak je tomu v každodenním životě každého člověka. Smyslem této aktivizace je také motivovat ty seniory, kteří ztratili životní perspektivu a rezignovali.

Aktivita, ať již v domácím prostředí nebo v instituci, má přirozeným způsobem navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí či institucionalizací. Jejich zodpovědné a cílevědomé programování by měl zajišťovat kvalifikovaný pracovník – například ergoterapeut, speciální pedagog, režimová sestra v rámci hospitalizace. Má možnost vybírat z široké škály nejrůznějších aktivit, technik, programů povzbuzujících kreativitu, vyvolávajících zvědavost a chuť něco dělat, něčemu se naučit. Tyto projekty by měly být orientovány na vzdělávání (přednášky, diskuse, četba knih a časopisů, knihovnická služba), na zájmové aktivity (ruční práce, sport, společenské hry, televize, poslech hudby), na pohybové aktivity (chůze, vycházky, cvičení, relaxace, odpočinek), na poznávací programy (naše město a okolí, návštěva muzea), na kulturní programy (návštěva divadla, kina), na komunikaci jako základ budování mezilidských vztahů (povídání si, vzpomínání, naslouchání), programy duchovní (mše).

Hospitalizace může znamenat pro seniora rizikovou životní událost. Činnost – aktivita může velmi účinně přispět ke zvládnutí **stresové zátěže a k úspěšné adaptaci**. Včas objevená, vhodná a správně nabídnutá a individuálně chtěná činnost pomůže seniorovi zachovat kontinuitu života. Je příležitostí k sociálnímu začlenění, nabízí příležitosti k poznávání, sebepoznávání, přináší radost a potěšení (Kalvach, Zadák, Jiráček, 2004).

3 Metodika práce

V praktické části diplomové práce jsou zpracovány údaje získané v rámci opakovaných polostrukturovaných rozhovorů s 12 respondenty a údaje získané studiem jejich dokumentace v průběhu hospitalizace v nemocnici. Na základě těchto získaných údajů byly u jednotlivých seniorů zpracovány kazuistiky a výstupy z jednotlivých rozhovorů.

Opakování rozhovorů bylo zvoleno k zachycení dynamiky vývoje stavu seniorů, jejich postojů a míry stresu v průběhu hospitalizace. Vzhledem k tomu, že bylo prováděno pouze u 12 seniorů, nejedná se o reprezentativní vzorek, a proto nelze výsledky zcela zobecňovat. Uvedená metoda (kvantifikace rozhovorů) byla zvolena k doplnění zkoumané problematiky.

3.1 Stanovení výzkumných problémů

V závislosti na uvedených výzkumných cílech byly stanoveny tyto výzkumné problémy.

P₁: Je pro seniora hospitalizace v nemocnici příčinou nadměrné stresové reakce?

P₂: Dokáže profesionální přístup zdravotnického personálu stres eliminovat?

P₃: Dokáží aktivity, které probíhají na odděleních, stres eliminovat?

P₄: Podílí se na snížení stresu podpora rodinných příslušníků?

3.2 Stanovení výzkumných předpokladů

Na základě studia odborné literatury byly stanoveny následující výzkumné předpoklady:

VP₁: Většina seniorů v souvislosti s hospitalizací pociťuje nadměrný stres.

VP₂: Aktivity, které na oddělení probíhají, dokáží do značné míry stres eliminovat.

VP₃: Pozitivním způsobem míru stresu ovlivňuje přístup zdravotnického personálu.

VP₄: Pozitivním způsobem míru stresu ovlivňuje spolupráce a podpora rodinných příslušníků.

3.3 Použité metody výzkumu

Praktická část diplomové práce je založena na metodě kvalitativního výzkumu a jde o kombinaci kazuistik a opakovaných polostrukturovaných rozhovorů, které však byly vyhodnoceny kvantitativně.

„Švaříček, Šedová (2007, s. 98) ve své knize popisují kvalitativní výzkum jako proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“

Kvalitativní výzkum využívá především tyto tři typy dat: data z rozhovorů, data z pozorování a data z dokumentů. Pracuje se tedy se slovy a textem. Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procesů nebo jiných způsobů kvantifikace. Jedním z nejužitečnějších a nejužívanějších designů kvalitativního výzkumu je případová práce. V případové studii badatel usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Cílem je objasnit interakce mezi případem a okolím. Nezbytné je získání velkého množství údajů z řady rozmanitých zdrojů. Klíčové jsou různé kvalitativní techniky, například všechny formy pozorování, rozhovorů, analýza dokumentů. V těchto šetřeních hledají badatelé takové případy, u kterých se projevují u zkoumaných jevů výjimečné charakteristiky a vlastnosti, co se týče síly či intenzity, nebo se jedná o případy vzácné svým výskytem či souborem svých vlastností. Z tohoto hlediska je případová studie skutečnou výzkumnou strategií uplatňovanou v řadě sociálních věd. Případové studie se používají například v medicíně, psychologii, v pedagogice a v sociologii (Švaříček, Šedová 2007, s. 98).

Hendl (2005) řadí mezi hlavní skupinu metod sběru dat v empirickém výzkumu naslouchání, vyprávění, kladení otázek lidem a získávání jejich výpovědí. Dotazování zahrnuje například různé typy rozhovorů, dotazníků a škál. Kvalitativní rozhovor je uměním i vědou zároveň. Vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci a interpersonální porozumění. Důležité je zvážit délku rozhovoru a zvláštní pozornost bychom měli věnovat začátku a konci rozhovoru. Na začátku je nutné prolomit psychické bariéry a zajistit souhlas se záznamem a při zakončení rozhovoru například můžeme při loučení ještě získat důležité informace.

Interview – rozhovor byl se seniory prováděn na základě vypracovaného polostrukturovaného dotazníku, který obsahoval celkem 23 otázek. Respondentům byly výzkumníkem pokládány jednotlivé otázky a odpovědi zaznamenávány v dotazníku, který byl dále kvantitativně vyhodnocen.

3.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Do výzkumného vzorku bylo zařazeno celkem 12 respondentů – seniorů, z toho 6 seniorů z Psychiatrické nemocnice v Opavě a 6 seniorů ze Slezské nemocnice v Opavě ve věkovém rozmezí od 68 do 90 let.

Všichni senioři, kteří byli osloveni v Psychiatrické nemocnici v Opavě, souhlasili s účastí na interview. V případě seniorů oslovených ve Slezské nemocnici v Opavě 3 senioři spolupráci při interview odmítli – ve všech případech to byli muži. V průběhu interview je možné říci, že všeobecně lépe spolupracovaly a ochotnější v rámci výzkumného šetření byly ženy než muži.

Kritéria výběru respondentů:

- věk respondentů nad 65 let,
- somatický a psychický stav respondentů umožňující spolupráci při interview,
- ochota respondentů zúčastnit se interview a zapojit se tak do výzkumného šetření,
- spolupráce respondentů,
- předpokládaná délka hospitalizace respondentů.

3.5 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován ve dvou zmíněných zařízeních v období od října 2013 do března 2014, v Psychiatrické nemocnici v Opavě od října do prosince 2013 a ve Slezské nemocnici v Opavě od ledna do března 2014.

Interview na základě předem zpracovaných otázek probíhalo vždy v průběhu prvního týdne hospitalizace, tedy pár dnů po přijetí a poté bylo opakováno zpravidla vždy po dvoutýdenních intervalech v závislosti na délce hospitalizace seniorů.

V psychiatrické nemocnici bylo výzkumné šetření realizováno převážně na oddělení 22A a 22B gerontopsychiatrického primariátu. Ve slezské nemocnici probíhalo šetření zpočátku na konkrétním přijímacím oddělení a následně byla poté větší část výzkumu uskutečňována na geriatrickém doléčovacím oddělení. Na tomto oddělení probíhalo také studium zdravotnické dokumentace a konzultace se zdravotně sociální pracovníci, která seniory zařazené do výzkumného vzorku i jejich problematiku dobře znala. Na základě zjištěných údajů a studia zdravotnické dokumentace byly zpracovány níže uvedené kazuistiky.

V následujících kapitolách bych ráda blíže specifikovala zmíněná zdravotnická zařízení, ve kterých výzkum probíhal.

3.5.1 Psychiatrická nemocnice v Opavě

Zřizovatelem Psychiatrické nemocnice v Opavě je Ministerstvo zdravotnictví. Jde o odborný léčebný ústav určený pro diagnostiku, léčbu a posouzení duševních chorob, léčení alkoholových a drogových závislostí. Nemocnice disponuje 863 lůžky, na kterých se ročně léčí 6500 pacientů ze spádového území Moravskoslezského kraje. Mezi hlavní úkoly nemocnice patří poskytování komplexní odborné psychiatrické péče, zajišťování ochranných ústavních léčeb, podílení se na vědeckovýzkumné činnosti a zdravotně výchovné a osvětové činnosti.

Nemocnice má celkem 9 primariátů a ty se pak dále člení na jednotlivá specializovaná oddělení. Další péči zajišťuje také rehabilitační oddělení, oddělení klinické biochemie a oddělení klinické psychologie (<http://www.pnopava.cz>).

Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci gerontopsychiatrického primariátu F. Tento primariát zajišťuje komplexní a diferencovanou péči pro pacienty s celým diagnostickým spektrem duševních poruch v období senia. Jedná se o nemocné ve věku 65 a více let s diagnózami demence, afektivních poruch, psychotických poruch a ostatních. Primariát má celkem 6 oddělení, která jsou umístěna ve 3 pavilonech – jedná se o oddělení 22A, 22B, 12A, 12B, 12C, 17D. Na všech těchto odděleních je poskytována komplexní psychiatrická, somatická a ošetrovatelská péče. Nedílnou

součástí terapie je psychologická pomoc, kognitivní a pohybová rehabilitace, režimová terapie a sociální servis. Jsou zde zajišťována chirurgická, oční, kožní, stomatologická a ORL konzilia, v rámci psychiatrické nemocnice působí internisté a neurolog.

V případě zhoršení somatického stavu jsou nemocní překládáni na interní oddělení psychiatrické nemocnice, při závažnějších komplikacích poté do Slezské nemocnice v Opavě.

Hospitalizace na tomto primariátu je dočasná, trvá většinou 2 – 6 týdnů a po dosažení stabilizace zdravotního stavu je pacient propuštěn většinou do domácí péče, domova pro seniory nebo do jiného zdravotnického či sociálního zařízení.

Výzkum byl prováděn především na příjímáacím oddělení 22A a poté již na otevřeném oddělení 22B, kam jsou po zvládnutí akutního stavu překládáni senioři s lehčími formami demence, afektivních a psychotických poruch a se kterými je možné provést pohovor (<http://www.pnopava.cz>).

Oddělení 22A – jedná se o příjímáací uzavřené oddělení s kapacitou 28 lůžek a jde o oddělení koedukované, kde jsou hospitalizováni muži i ženy. Probíhá zde diagnostický proces a je zde zahájena léčba, všichni pacienti absolvují interní vyšetření. Podle dalšího vývoje a charakteru onemocnění pak buď pokračují v léčbě, nebo jsou překládáni na další oddělení primariátu. Vždy v závislosti na aktuálním zdravotním stavu seniora zde probíhá individuální a skupinová terapie s psychologem, psychoterapeutem a režimovou sestrou.

Oddělení 22B – jde taktéž o oddělení koedukované, otevřeného typu, je určeno k léčbě seniorů, u kterých se již neprojevují akutní příznaky nemoci, jsou soběstační a mobilní. Je zde zajišťována pravidelná aktivizační terapie skupinová nebo individuální s psychologem či psychoterapeutem a ergoterapie s režimovou sestrou. Pacienti zde mají samostatné vycházky v areálu nemocnice, se souhlasem ošetřujícího lékaře i mimo areál. Stabilizovaní pacienti mohou se souhlasem ošetřujícího lékaře také odjíždět na víkendové dovolenky. Dovolanky jsou uskutečňovány ve spolupráci s rodinnými příslušníky (<http://www.pnopava.cz>).

3.5.2 Slezská nemocnice v Opavě

Od roku 2003 je zřizovatelem Slezské nemocnice v Opavě Moravskoslezský Kraj. Disponuje 650 lůžky a její provoz zajišťuje 1200 zaměstnanců. Celkem 25 odborných oddělení – primariátů provozuje ambulance, lůžka nebo laboratoře a pokrývá tak celé spektrum odborností zdravotní péče na regionální úrovni. Cílem je poskytování efektivní léčebné a ošetrovatelské péče dle aktuálních trendů a vědeckých poznatků.

Převážná část výzkumného šetření probíhala na **geriatrickém doléčovacím oddělení** Slezské nemocnice v Opavě. Zmíněné oddělení poskytuje převážně doléčovací následnou péči. Pacienti jsou na oddělení přijímáni buď na doporučení praktického lékaře, nebo překladem z akutních oddělení v rámci nemocnice po stabilizaci akutního stavu.

Cílem pobytu na tomto oddělení je stabilizace zhoršeného zdravotního a funkčního stavu u křehkých polymorbidních pacientů vyšších věkových skupin. Tito nemocní jsou vysoce ohroženi komplikacemi, nepříznivou prognózou, ztrátou soběstačnosti a narůstáním závislosti. Probíhá zde i předoperační příprava u plánovaných operačních výkonů geriatrických seniorů. Předem připravený pacient je daleko lépe připraven na pooperační péči jak po stránce mobility i nutrice. Probíhá zde široká mezioborová spolupráce s ostatními obory jako je interna, chirurgie, neurologie, ORL, TRN, urologie. Komplexnost této péče je doplněna o péči zdravotně sociálního pracovníka, který je nápomocen nejen pacientům, ale i rodinným příslušníkům (<http://www.nemocnice.opava.cz>).

Do spektra poskytované péče na geriatrickém doléčovacím oddělení řadíme:

- komplexní vyšetření geriatrem,
- cílené vyšetření geriatrem,
- kontrolní vyšetření geriatrem,
- test aktivit denního života v geriatrii,
- test mentálních funkcí v geriatrii,
- EKG,
- dostupné vyšetření komplementu v areálu nemocnice – radiodiagnostika, biochemie, hematologie,
- dostupné vyšetření všemi konziliáři lékařských odborností nasmlouvaných v nemocnici,

- rehabilitační péče poskytována fyzioterapeutem s cílem zlepšení soběstačnosti, cílem je aktivizace seniora (<http://www.nemocnice.opava.cz>).

4 Výsledky výzkumného šetření

Na základě zjištěných údajů od respondentů, zdravotnického personálu a studia zdravotnické dokumentace byly zpracovány následující kazuistiky

4.1 Kazuistiky zpracované v PN v Opavě

Výzkumné šetření probíhalo v tomto zdravotnickém zařízení u 2 mužů a 4 žen ve věkovém rozmezí od 68 do 83 let v průběhu října, listopadu a prosince 2013.

4.1.1 Kazuistika č. 1

Osobní anamnéza:

Muž, 74 let, národnost česká, svobodný.

Rodinná anamnéza:

Má pouze sestru a synovce, děti nemá.

Zdravotní anamnéza:

Diagnóza: Organická porucha s bludy

Sociální anamnéza:

Bydlí sám v přízemním rodinném domku. Má sestru a synovce, nevycházejí spolu dobře a nenavštěvují se. Stýká se pouze s pár kamarády. Vystudoval základní školu, po vojně byl 5 let na šachtě, vypomáhal i doma – rodina měla rozsáhlé hospodářství, později pracoval jako řidič, nyní pobírá starobní důchod.

Popis případu:

Pacient byl v Psychiatrické nemocnici v Opavě hospitalizován celkem 3krát.

1. pobyt: 18. 2. 2011 – 1. 4. 2011 – přivezen sanitkou z interní ambulance spádové nemocnice s popisem rozvoje akutní psychózy, při vyšetření na interní ambulanci agresivní. V psychiatrické nemocnici při přijetí již klidnější, hovoří velmi rozvláčně, zabíhavý. Popisuje několik let trvající problémy se sousedy, pořád proti němu něco mají, brání mu v přístupu na příjezdovou cestu. Koncem roku 2010 se přeměřovaly hranice pozemku a firma najatá sousedem chtěla změnit hranice pozemku a tím by on přišel o 2 metry. S tím nesouhlasí, protože předchozí měření vycházela zcela odlišně. Ty hádky byly čím dál horší, myslí si, že se sousedé proti němu spikli a chtějí mu ublížit. Šel na policii, tam se mu udělalo nevolno a odvezli ho na interní ambulanci do nemocnice. Zpočátku pobytu byl pacient neklidný, léčbou stav postupně zlepšen a stabilizován – klidný, přiléhavý, s kritickým postojem. V průběhu pobytu prodělal bronchopneumonii. Propuštěn v dobrém stavu, spokojený a soběstačný.

2. pobyt: 13. 10. 2012 – 12. 11. 2012 – přivezen LSPP pro agresivitu a bludnou produkci. Při propuštění z psychiatrické nemocnice v roce 2011 byl poučen, aby pravidelně docházel do psychiatrické ambulance – nechodil, žádné léky nebral. Doma pořád řeší vyměření pozemku, soused mu přišel ukázat starou mapu a chtěl, aby mu podepsal nějaký papír. Špatně vidí a nemá brýle – nic nepodepsal. Neví, jestli ho sestra nechce obrát o jeho majetek....V poslední době špatně spí, jíst mu chutná, ale nálada není dobrá. Vždycky býval společenský, optimistický.....a teď je jiný, cítí se sám. Po 10 dnech pobytu přeložen na otevřené oddělení, zde klidný, spolupracuje. V kompenzovaném stavu propuštěn do ambulantní péče.

3. pobyt: 2. 11. 2013 – 6. 12. 2013 – necítí se psychicky ani fyzicky dobře, štípe a pálí ho v krku, nemá chuť k jídlu – hubne, je bez nálady. Dva dny byl hospitalizován na interním oddělení spádové nemocnice, budil tam v noci ostatní pacienty, popsán neklid, proto převezen do psychiatrické nemocnice. Na kontrole v příslušné psychiatrické ambulanci byl 2x, léky užíval. Se sousedy nyní problém neměl, pozemek již neřešil. Postupně během hospitalizace zdravotní stav upraven, pacient zklidněn, občas si stěžuje na samotu, se sestrou se nestýká a jiné příbuzné nemá, nikdo ho nenavštěvuje. V době návštěv chodí raději na procházku po areálu, je mu líto, že za ním nikdo nechodí Strukturovaný rozhovor byl v průběhu hospitalizace proveden se seniorem celkem 2x na základě předem připravených otázek.

4.1.2 Kazuistika č. 2

Osobní anamnéza:

Muž, 82 let, národnost česká, vdovec.

Rodinná anamnéza:

Manželka zemřela v září 2013, 2 synové, 1 dcera.

Zdravotní anamnéza:

Organická porucha nálady – afektivní.

Sociální diagnóza:

Bydlí v rodinném domku společně s vnukem, děti docházejí nepravidelně, má základní vzdělání, pracoval v dělnických profesích, naposledy zaměstnán jako dělník v ocelárnách, nyní pobírá starobní důchod.

Popis případu:

Pacient byl hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Opavě celkem 3x. Interview bylo prováděno ve 3. pobytu.

1. pobyt: 1. 3. 2006 – 5. 4. 2006 – odeslán do psychiatrické nemocnice na doporučení ambulantního psychiatra, vysadil léky, na příbuzné verbálně agresivní, dohaduje se s manželkou, s dětmi nekomunikuje vůbec, změny nálad. Po přijetí orientovaný, na oddělení se neprojevuje agresivně, chtěl by co nejdříve domů, nálada kolísá. Po 5 týdnech stav stabilizován, pacient spokojený, s manželkou i dětmi vychází dobře, těší se domů.

2. pobyt: 27. 12. 2006 – 16. 3. 2007 – asi měsíc před přijetím do PN bral nepravidelně léky, hádavý, občas popíjí alkohol, chodí hrát do sázkové kanceláře – manželce vadí, že zvýšeně utrácí. Po 11 týdnech byl propuštěn v kompenzovaném stavu domů, těšil se, s manželkou se udobřili, děti byly také několikrát na návštěvě, v době víkendových dovolenek vše probíhalo v pořádku.

3. pobyt: 16. 10. 2013 – 15. 11. 2013 – zdravotní stav zhoršený od smrti manželky (září 2013), nebyla nemocná, zemřela náhle a on se s tím nedokáže smířit. Špatně zvládá samotu, bydlí sice s vnukem, ale moc spolu nekomunikují. V posledních dnech vysadil medikaci. Děti nepravidelně docházejí, se synem se hádá, syn zjistil, že nebere léky a vyhrožoval mu, že ho dostane do „Opavy“. Několik let poctivě spolupracoval s psychiatrickou ambulancí, léky pravidelně užíval a cítil se dobře.

Postupně stav během hospitalizace zlepšen, bývají problémy se spánkem, během hospitalizace spolupracuje, snaživý, nálada občas kolísá, bývá smutnější. Téměř po měsíční hospitalizaci propuštěn domů v doprovodu syna, po manželce se mu stýská, děti se snažily pravidelně jezdit na návštěvu, 1x byl na víkendové dovolence u syna – vše bylo v pořádku, příbuzní se ho snaží podporovat, budou mu vypomáhat.

Rozhovor proveden během hospitalizace celkem 3x.

4.1.3 Kazuistika č. 3

Osobní anamnéza:

Žena, 77 let, národnost česká, vdova.

Rodinná anamnéza:

Má 2 dcery a 1 syna, 20 let vdova.

Zdravotní anamnéza:

Diagnóza: Demence, Alzheimer s pozdním začátkem.

Do psychiatrické ambulance zatím nedocházela.

Sociální anamnéza:

Bydlí v paneláku v bytě 3 + 1 společně s dcerou a jejím přítelem, soužití konfliktní. Má základní vzdělání, pracovala jako pomocná síla v hotelu a jako dělnice v čokoládovnách, nyní zajištěna starobním důchodem.

V Psychiatrické nemocnici v Opavě hospitalizována poprvé.

1. pobyt: 4. 10. 2013 – 20. 11. 2013 – do psychiatrické nemocnice přivedena dcerou bez doporučení lékaře, dcera je v PN zaměstnána jako ošetřovatelka. Dle dcery je pacientka doma neklidná, nepřiléhavá, občas mluví zmateně, příbuzným nadává a nedokáže se na nic soustředit.

Pacientka se zpočátku nedokáže smířit s hospitalizací v psychiatrické nemocnici, opakovaně žádá propuštění, vzhledem ke zdravotnímu stavu zatím není propuštění možné. Lékařem jí byly vysvětleny okolnosti nedobrovolné hospitalizace. Postupně začíná spolupracovat, stěžuje si především na přítele dcery, vůbec spolu nevycházejí a hádají se. Přítel dcery jí vyhrožuje, že se bude muset vystěhovat a ať už si hledá jiné bydlení. Dcera se jí nezastane, je na straně přítele. Připouští, že doma nebyla v pořádku, cítila se neklidná a vystrašená. Pacientka má zájem o sepsání žádosti do Domova pro seniory a Domova s pečovatelskou službou. Ze společného soužití s dcerou a jejím přítelem je nešťastná.

Po 7 týdnech pacientka propuštěna domů. Žádost do domova je zařazena do pořádku čekatelů, volné místo nyní není k dispozici. Ke konci pobytu již pacientka s dcerou vychází lépe, vše si vyříkaly a jejich vztah se zlepšil. Má mírné obavy ze soužití s přítelem, ale během víkendové dovolenky mezi nimi nebyly spory. Bude doma čekat na uvolnění místa v domově s pečovatelskou službou. Ve svém věku by již chtěla mít soukromí.

Rozhovor byl během hospitalizace proveden celkem 3x.

4.1.4 Kazuistika č. 4

Osobní anamnéza:

Žena, 68 let, národnost česká, vdaná.

Rodinná anamnéza:

Manžel 72 let, 2 dcery

Zdravotní anamnéza:

Dg. Smíšená úzkostná a depresivní porucha

Sociální anamnéza:

Bydlí společně s manželem v rodinném domku, v 1. patře bydlí starší dcera s rodinou, mladší dcera žije v nedaleké vesnici. Pacientka vyučena švadlenou, později vystudovala 2letou ekonomickou školu, celý život pracovala v jednom podniku jako administrativní pracovnice. Pobírá starobní důchod.

V Psychiatrické nemocnici v Opavě je hospitalizována poprvé.

1. pobyt: 15. 11. 2013 – 20. 12. 2013 pacientka odeslána do psychiatrické nemocnice z neurologické ambulance. Má dlouhodobé somatické potíže, opakované problémy s páteří, zhoršení zraku, před měsícem navíc hospitalizována na infekčním oddělení pro průjmy, prokázán pozitivní klostridiový antigen a toxin. Po přeléčení průjmovitého onemocnění byla propuštěna domů, psychický stav pacientky se doma stále zhoršoval. Bez nálady, doma jenom sedí nebo leží, vše dělá manžel. Zpočátku se do veškerých domácích prací musela nutit, nyní již nezvládá vůbec nic. Je slabá a hubne, zhoršený spánek.

Při přijetí pacientka spolupracuje, ale nespokojená, že je na psychiatrii, chce domů, bude se léčit ambulantně. Na neurologii jí řekli, že zde půjde jenom na vyšetření. Při pohovoru s lékařem a zdravotními sestrami pláče a dožaduje se propuštění.

Po několika dnech již připouští, že to doma nezvládala, postupně si na oddělení zvyká a adaptuje se, režim na oddělení jí vyhovuje, vychází dobře s ostatními pacienty. Při překladech na oddělení s otevřeným režimem již spokojená, sama vidí, že její zdravotní stav se zlepšuje, našla si zde kamarádky. Příbuzní také uvádějí, že pacientka je mnohem živější a klidnější. Problémy s páteří upraveny, vyšetřena lékařem na rehabilitaci, na oddělení za pacientkou pravidelně docházela fyzioterapeutka. Ke konci pobytu přibrala na svou obvyklou váhu.

Po 5 týdnech hospitalizace ukončena, v kompenzovaném stavu propuštěna domů.

Rozhovor proveden během hospitalizace celkem 3x.

4.1.5 Kazuistika č. 5

Osobní anamnéza:

Žena, 75 let, národnost česká, rozvedená.

Rodinná anamnéza:

Má 1 dceru, 25 let rozvedená, 15 let žila s přítelem, zemřel před 3 roky.

Zdravotní anamnéza:

Dg: Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení.

Organická depresivní porucha.

Sociální anamnéza:

Bydlí společně s vnučkou v rodinném domku, dcera s přítelem žije v nedalekém městě. Pacientka má základní vzdělání, pracovala v dělnických profesích, před nástupem do důchodu jako uklízečka. Nyní pobírá starobní důchod.

Popis případu:

Pacientka byla v Psychiatrické nemocnici v Opavě hospitalizována celkem dvakrát. Dotazníkové šetření bylo s pacientkou provedeno v 2. pobytu.

1. pobyt 2. 5. 2012 – 11. 6. 2012 – přeložena z interního oddělení, kde byla přijata pro diagnostické dořešení úbytku na váze, pacientka nemá chuť k jídlu, musí se nutit, aby něco snědla. Trvá to již několik měsíců. Na interním oddělení postupně až rozvoj deprese, začala mluvit i o sebevraždě, proto pacientku přeložili na psychiatrii.

Náladu má špatnou celý den, v rodině se nic významného nestalo, starosti žádné neměla. Stav pacientky postupně upravován, přibrala i na váze, chuť k jídlu se jí vrátila. Stěžuje si pouze na špatnou paměť. Po 6 týdnech sama žádá propuštění, cítí se o hodně lépe.

2. pobyt: 28. 10. 2013 – 27. 11. 2013 – odeslána z psychiatrické ambulance, v posledním období se pacientka psychicky necítí dobře, její dcera má velké dluhy, s přítelem uzavřeli půjčky, které teď nezvládají splácet, z důvodu dlužného nájmu přijdou i o byt.

Pacientka je ze situace dcery nešťastná, má špatnou náladu, hůře spí. Chtěla by dceři pomoci, ale sama má nedostatek financí. Během hospitalizace se postupně duševní stav pacientky zlepšoval, pravidelně ji navštěvovala vnučka, která vždy dokázala pacientku povzbudit a motivovat k další léčbě. Dceři se podařilo najít práci uklízečky a domluvila si splátkový kalendář ohledně úhrady dlužných částek. Pacientka nabídla dceři a jejímu příteli na přechodnou dobu ubytování – do doby než se jim podaří splatit alespoň část půjček a nelézt si vhodný podnájem. Po měsíci byla pacientka propuštěna v uspokojivém stavu domů.

Rozhovor proveden během hospitalizace celkem 3x.

4.1.6 Kazuistika č. 6

Osobní anamnéza:

Žena, 83 let, národnost česká, vdova.

Rodinná anamnéza:

Manžel zemřel před 11 lety, 2 děti – syn a dcera.

Zdravotní anamnéza:

Dg. Demence

Sociální anamnéza:

Bydlí sama ve dvoupokojovém bytě, má 2 děti, dceru a syna. Děti žijí v jiném městě, snaží se pravidelně dojíždět a pacientce vypomáhat. Vystudovala gymnázium, pracovala jako administrativní pracovnice, poslední roky jako účetní.

Popis případu:

Pacientka byla v Psychiatrické nemocnici hospitalizována celkem dvakrát.

1. pobyt: 2. 5. 2012 – 18. 6. 2012 do psychiatrické nemocnice odeslána s doporučením praktického lékaře s rozvojem demence. Do 80 let byla relativně samostatná, v roce 2011 prodělala pacientka slabší CMP a od té doby došlo ke změně jejího stavu,

komplexně vyšetřována, dle CT popsáno několik drobných infarktů v bílé hmotě P hemisféry, mozková atrofie. Objevuje se zmatenost, bloudění, desorientace. Stav pomalu upravován, zpočátku nutný dohled nad vykonáváním běžných činností pacientky, velmi snaživá, spolupracující. Po 6týdenním pobytu byla ve zlepšeném stavu propuštěna domů.

2. pobyt: 18. 10. 2013 – 15. 11. 2013 - přijata pro dekompenzaci stavu, částečná desorientace, bloudí po oddělení, zvýšeně aktivní, mnohmluvná. Nasazena kognitiva a po pár dnech již přeložena do otevřeného režimu. Stav poměrně rychle zlepšen, pacientka snaživá, spolupracuje. Občas se objevují noční amenní stavy, během dne stav stabilizován. Proběhly 2 víkendové dovolenky v doprovodu příbuzných, stav zůstává uspokojivý. Pacientka sama projevuje obavy, jak bude doma zvládat péči o sebe a domácnost, ale zároveň by chtěla být co nejdříve propuštěna domů. S dětmi se dohodla, že bude zatím bydlet u nich a bude čekat na uvolnění místa v domově pro seniory. Na žádost pacientky i příbuzných byly podány žádosti do 3 zařízení, děti bydlí poblíž, takže budou pacientku pravidelně navštěvovat. Rozhovor proveden během hospitalizace celkem 2x.

4.2 Kazuistiky zpracované ve SN v Opavě

Výzkumné šetření probíhalo v tomto zdravotnickém zařízení u 3 mužů a 3 žen ve věkovém rozmezí od 69 do 90 let v průběhu ledna, února a března 2014.

4.2.1 Kazuistika č. 7

Osobní anamnéza:

Muž, 78 let, národnost slovenská, vdovec

Rodinná anamnéza:

Manželka zemřela před 8 lety, 1 syn, 1 dcera

Bratr 80 let, navštěvují se.

Zdravotní anamnéza:

Dg. Totální endoprotéza kolenního kloubu

Sociální anamnéza:

Bydlí sám v bytě 2 + 1, děti pravidelně docházejí a vypomáhají. Vyučen automechanikem, celý život pracoval v tomto oboru. Pobírá starobní důchod a 1. stupeň příspěvku na péči.

Popis případu:

Na ortopedickém a geriatrickém oddělení Slezské nemocnice v Opavě hospitalizován poprvé.

1. pobyt: 28. 1. 2014 - 3. 3. 2014 pacient přijat na ortopedické oddělení Slezské nemocnice v Opavě, kde byla provedena totální endoprotéza levého kolena. Následně po několika dnech přeložen na geriatrické a doléčovací oddělení. Ihned po operačním zákroku byla zahájena pravidelná rehabilitace pod dohledem fyzioterapeutické sestry – nejdříve chůze s chodítkem, pacient prováděl nácvik chůze s cílem zatěžovat zdravou nohu. Cvičení probíhá během dne v opakovaných intervalech. Plánován překlad na následné rehabilitační oddělení do Nemocnice v Krnově a odtud poté do Rehabilitačního ústavu v Hrabyni. Toto přeložení bylo komplikováno probíhajícím zánětem v místě operačního zákroku, pacient zůstal další dny na geriatrickém oddělení s cílem zánětlivé ložisko zvládnout. Byla nasazena antibiotická léčba. Rehabilitace nadále probíhala, pacient byl nejdříve soběstačný v rámci postele, postupně se pohyboval na celém oddělení.

Jakmile došlo k přeléčení zánětlivého ložiska, byl pacient přeložen na Rehabilitační oddělení do Krnova. Další léčba v Krnově a v rehabilitačním ústavu ještě v horizontu asi 6 týdnů, v plánu komplexní rehabilitační péče. Pacient propuštěn z geriatrického oddělení k další léčbě ve stabilizovaném stavu, spokojený, spolupracující.

Rozhovor během hospitalizace proveden celkem 3x.

4.2.2 Kazuistika č. 8

Osobní anamnéza:

Žena, 87 let, národnost česká, vdova, bezdětná.

Rodinná anamnéza:

Má bratra – 80 let, bydlí v Čechách, vídají se minimálně, jsou převážně v telefonickém kontaktu. Sestřenice – 82 let, pravidelně se s rodinou sestřenice vídá.

Zdravotní anamnéza:

Dg.: Fraktura krčku kosti stehenní

Sociální anamnéza:

Bydlí sama v dvoupokojovém bytě ve 2. patře, má již velké problémy dostat se po schodech do 2. patra, v domě není výtah. Chtěla by zajistit umístění v domově pro seniory. Sestřenice bydlí 30 km od jejího bydliště, chtěla by najít domov poblíž, aby ji sestřenice mohla pravidelně navštěvovat.

Popis případu:

Pacientka byla na ortopedickém a geriatrickém oddělení hospitalizována ve Slezské nemocnici v Opavě poprvé.

První pobyt: 17. 1. 2014 – 28. 2. 2014 – pacientka přijata na ortopedické oddělení k operaci krčku kosti stehenní pravé nohy. Ke zlomenině došlo v důsledku pádu pacientky doma. Před pádem byla mobilní, zcela soběstačná. Následně přeložena na geriatrické oddělení, vyžadovala veškerou ošetrovatelskou péči. Probíhala pravidelná rehabilitace na lůžku pod vedením fyzioterapeutické sestry, postupně přidáván nácvik chůze v chodítku. Po 5 týdnech pobytu již samostatně se pohybuje v rámci celého oddělení, snaživá, šikovná. Je moc ráda, že se její stav poměrně rychle upravil a že je opět mobilní, další rehabilitační péči odmítá.

Sestřenice zajistila pacientce umístění v Domě s pečovatelskou službou, vzhledem k požadovaným vysokým poplatkům za pobyt v tomto zařízení, bylo volné místo ihned, příbuzní budou doplácet za pobyt. Pacientka do zařízení přeložena přímo

z geriatrického oddělení. Na nové bydlení se těší, samostatné bydlení pro ni již bylo obtížné.

Rozhovor proveden během hospitalizaci celkem 3x.

4.2.3 Kazuistika č. 9

Osobní anamnéza:

Žena, 85 let, národnost česká, vdova.

Rodinná anamnéza:

Má pouze syna – 57 let, a rodinu syna.

Zdravotní anamnéza:

Dg. Městnavé selhání srdce

Bronchopneumonie

Sociální anamnéza:

Bydlí v rodinném domku společně se synem, každý má svou bytovou jednotku, syn je s rodinou v 1. patře, pacientka bydlí sama v přízemí. Pacientka má základní vzdělání, pracovala v dělnických profesích, před odchodem do důchodu několik let v zemědělství. Pobírá starobní důchod.

Popis případu:

Pacientka byla hospitalizována ve Slezské nemocnici v Opavě celkem dvakrát.

1. pobyt: 4. 7. 2011 – 5. 8. 2011 přijata na interní oddělení pro dekompenzaci základního onemocnění, po několika dnech přeložena na geriatrické oddělení k aktivizaci. Propuštěna po měsíčním pobytu ve stabilizovaném stavu s nastavenou vhodnou terapií.

2. pobyt: 3. 2. 2014 – 20. 2. 2014 pacientka byla přijata na interní oddělení s diagnózou Městnavé selhání srdce a Bronchopneumonie. Problematika byla totožná s předchozí hospitalizací v roce 2011. Na geriatrické oddělení přeložena již ve zlepšeném stavu

s cílem nastavit optimální terapii k základní diagnóze. Zpočátku byla ještě pacientka slabá, dušnější, obtíže při chůzi - mobilní pouze v rámci postele. Byla nutná ošetrovatelská péče a dohled zdravotnického personálu. Zahájena komplexní rehabilitační péče a aktivizace pod dohledem fyzioterapeutické sestry, nácvik sedu a stoje a pozvolna nácvik chůze v chodítku a následně poté chůze s kompenzační pomůckou - berlemi. Před propuštěním již pacientka zvládá péči o sebe, mobilní i v rámci oddělení a v doprovodu příbuzných schopna vycházek v areálu slezské nemocnice.

Na žádost pacientky i příbuzných podána žádost o umístění do Domova s pečovatelskou službou. Propuštěna domů, v rámci péče o svou osobu pacientka soběstačná, ostatní záležitosti budou zajišťovat příbuzní – bydlí společně v rodinném domku.

Rozhovor během hospitalizace proveden celkem 2x.

4.2.4 Kazuistika č. 10

Osobní anamnéza:

Muž, 90 let, vdovec, přítelkyně – 70 let.

Rodinná anamnéza:

Vdovec 20 let, 3 děti, 15 let má přítelkyni – nebydlí spolu, pouze se navštěvují.

Zdravotní anamnéza:

Dg. Cévní mozková příhoda – lehčí průběh

Sociální anamnéza:

Pacient bydlí v rodinném domku společně s rodinou dcery, každý ve své bytové jednotce, s dcerou nemá dobré vztahy, nekomunikují spolu. Se 2 syny spolu vycházejí dobře, navštěvují se. Přítelkyně s pacientem nebydlí společně, má svůj byt, pravidelně za ním dochází, stará se o pacienta i o jeho domácnost. Je pro něj velkou oporou a motivuje jej k léčbě i ke každodenním činnostem. Vystudoval vysokou školu technickou – fakultu architektury, v tomto oboru pracoval celý život.

Popis případu:

Pacient byl ve Slezské nemocnici v Opavě hospitalizován celkem dvakrát.

1. pobyt: 3. 9. 2012 – 20. 9. 2012 pacient doporučen k přijetí praktickým lékařem vzhledem k vysokým hodnotám krevního tlaku a k nastavení vhodné terapie. Po necelých třech týdnech stav upraven a pacient propuštěn do domácí péče.

2. pobyt: 24. 1. 2014 – 17. 2. 2014 pacient přijat na neurologické oddělení s diagnózou lehké cévní mozkové příhody, následně přeložen k celkové rehabilitaci na geriatrické oddělení. Má postiženou pravou polovinu těla. Zpočátku příliš nespolupracuje při cvičení, motivován zdravotnickým personálem i přítelkyní. V rámci rehabilitace je důležité zajistit nácvik soběstačnosti a schopnosti vykonávat běžné denní návyky. Dochází ke zlepšení pohyblivosti i navrácení soběstačnosti, nejdříve mobilní v rámci postele, postupně i v rámci celého oddělení, pohyblivý pomocí 2 francouzských holí. Po třech týdnech plánováno propuštění do domácího prostředí. Propuštění zkomplikováno hádkou přítelkyně s dcerou pacienta, přítelkyně byla v bytě pacienta uklidit, zajistit nákup potravin a připravit byt pro návrat pacienta. Dcerou byla verbálně napadena a vyhazována z bytu. V důsledku tohoto incidentu se zhoršil i psychický stav pacienta, měl obavy, že přítelkyně za ním nebude chtít docházet a vypomáhat. Hádky mezi nimi a dcerou bývaly i dříve a opakovaně, přítelkyně toto špatně snáší. Pacient v polovině února propuštěn do domácího prostředí, přítelkyně se i nadále stará a dochází za pacientem.

Pohovor byl během hospitalizace proveden celkem 2x.

4.2.5 Kazuistika č. 11

Osobní anamnéza:

Žena, 69 let, vdaná, národnost česká.

Rodinná anamnéza:

Manžel 74 let, 1 syn – 48 let.

Zdravotní anamnéza:

Dg. Artróza kyčelního kloubu – provedení endoprotézy kyčelního kloubu

Hyperglykemie – dekompenzace diabetu

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí společně s manželem v 3pokojovém bytě. Syn bydlí ve stejném městě, pravidelně se navštěvují. Vystudovala gymnázium, pracovala většinou jako administrativní pracovnice, naposledy na osobním oddělení na městském úřadě.

Popis případu:

Pacientka byla ve Slezské nemocnici v Opavě hospitalizována celkem třikrát.

1. pobyt: 1. 9. 2009 – 18. 9. 2009

2. pobyt: 30. 5. 2011 – 10. 6. 2011 – první dvě hospitalizace pacientky byly v důsledku dekompenzovaného diabetu, hodnoty glykemie byly stabilizovány a pacientka byla propuštěna domů.

3. pobyt: 11. 2. 2014 – 20. 3. 2014 – pacientka přijata k reoperaci kyčelního kloubu, následně poté přeložena na geriatrické oddělení ke zvládnutí vleklého infektu – zánětlivé ložisko lokalizováno na patách a palci. Vzhledem k imobilitě pacientky se v posledních dnech v domácím prostředí vytvořil také dekubit. Po zhojení zánětlivých ložisek byla provedena reoperace kyčelního kloubu a pacientka byla vrácena zpět na geriatrické oddělení k rehabilitaci, nácviku chůze a aktivizaci. Zpočátku chůze s chodítkem, později o berlích. Pacientku během pobytu pravidelně navštěvoval manžel a syn s rodinou, dostatečně ji podporují a motivují, pacientka má dobré rodinné zázemí. Po 6 týdnech přeložena do rehabilitačního ústavu ke komplexní rehabilitaci.

Rozhovor proveden během hospitalizace celkem 3x.

4.2.6 Kazuistika č. 12

Osobní anamnéza:

Muž, 70 let, národnost česká, ženatý.

Rodinná anamnéza:

Manželka 65 let, 3 děti – 2 synové, 1 dcera.

Zdravotní anamnéza:

Dg. Městnavé selhání srdce

Sociální anamnéza:

Pacient bydlí společně s manželkou v rodinném domku, jsou v pravidelném kontaktu se svými dětmi, rodinné zázemí pacienta dobré. Vyučen jako opravář zemědělských strojů, pracoval v zemědělství. Pobírá starobní důchod.

Popis případu:

Pacient ve Slezské nemocnici v Opavě hospitalizován poprvé.

1. pobyt: 3. 2. 2014 – 20. 2. 2014 – přijat na interní oddělení ke zvládnutí akutního stavu srdeční insuficience, následně po několika dnech přeložen na geriatrické a doléčovací oddělení k nastavení optimální udržovací terapie. V akutním stavu je nutný klid na lůžku, bývá námahová dušnost, fyzická nevykonnost a slabost. Postupně zahájena pravidelná a přiměřená léčebná rehabilitace pod dozorem fyzioterapeutické sestry. Stav poměrně rychle upraven, nastavena odpovídající terapie. Pacient edukován zdravotnickým personálem o preventivních opatřeních a režimu. Pacient byl po 17 dnech propuštěn do domácího prostředí.

Rozhovor byl během rozhovoru proveden celkem 2x.

4.3 Informace o statistických údajích respondentů

Respondenti v Psychiatrické nemocnici v Opavě

Respondent č. 1

Muž, 74 let, svobodný, základní vzdělání, venkov, bydlí sám.

Respondent č. 2

Muž, 82 let, vdovec, základní vzdělání, město, bydlí s vnukem.

Respondent č. 3

Žena, 77 let, vdova, základní vzdělání, město, bydlí s dcerou a jejím přítelem.

Respondent č. 4

Žena, 68 let, vdaná, střední odborné vzdělání, město, bydlí s manželem.

Respondent č. 5

Žena, 75 let, rozvedená, základní vzdělání, venkov, bydlí s vnučkou.

Respondent č. 6

Žena, 83 let, vdova, střední odborné vzdělání, město, bydlí sama.

Respondenti ve Slezské nemocnici v Opavě

Respondent č. 7

Muž, 78 let, vdovec, vyučen, město, bydlí sám.

Respondent č. 8

Žena, 87 let, vdova, střední odborné vzdělání, bydlí sama.

Respondent č. 9

Žena, 85 let, vdova, základní vzdělání, bydlí se synem v rodinném domku.

Respondent č. 10

Muž, 90 let, vdovec, vysokoškolské vzdělání, s přítelkyní nebydlí, navštěvují se.

Respondent č. 11

Žena, 69 let, vdaná, vyučena, bydlí s manželem.

Respondent č. 12

Muž, 70 let, ženatý, základní vzdělání, bydlí s manželkou.

4.3.1 Vyhodnocení odpovědí respondentů na otázky řízeného rozhovoru

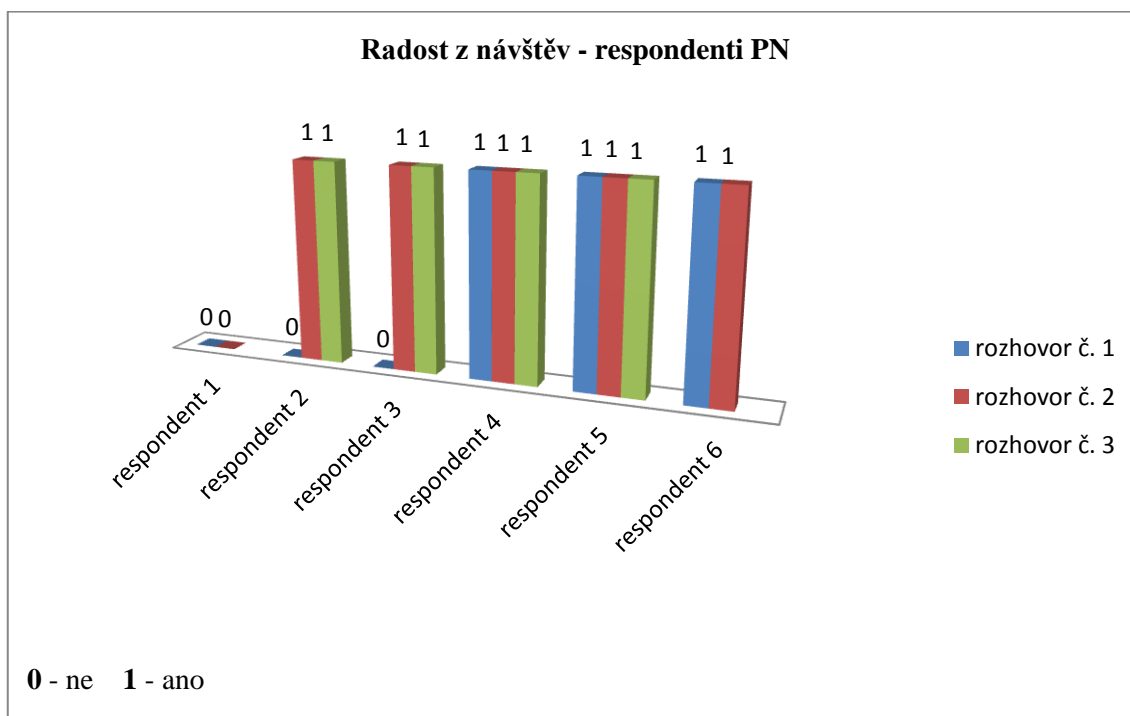
První rozhovor byl prováděn se 6 respondenty v Psychiatrické nemocnici v Opavě v prvních dnech po přijetí, jednalo se o 2 muže a 4 ženy ve věkovém rozmezí od 68 do 83 let, nejvyšší dosažené vzdělání respondentů bylo uvedeno u 2 respondentů středoškolské vzdělání a u 4 respondentů základní vzdělání, 4 respondenti žijí ve městě, 2 respondenti na venkově. Další rozhovor následoval zpravidla po 2 týdnech a poslední třetí rozhovory, byly uskutečněny již pouze u některých respondentů také po dalších 2 týdnech.

Obdobným způsobem byly rozhovory prováděny i ve Slezské nemocnici v Opavě, jednalo se o 3 muže a 3 ženy ve věkovém rozmezí od 69 do 90 let, nejvyšší dosažené vzdělání bylo u 1 respondenta vysokoškolské vzdělání, u 1 respondenta středoškolské vzdělání, 2 respondenti byli vyučeni, a 2 respondenti uvedli základní vzdělání, 4 respondenti žijí ve městě, 2 respondenti na venkově.

Při rozhovorech všeobecně lépe spolupracovaly ženy, muži byli méně ochotní při spolupráci.

Závěry výzkumného šetření byly pro větší přehlednost zpracovány ve formě grafického vyjádření. Jednotlivé sloupce tvoří **četnosti, ale kategorie odpovědí**, kdy u každého respondenta je zvlášť zaznamenáván první, druhý i třetí rozhovor.

Otázka č. 1) Máte radost, když Vás příbuzní navštíví?



Graf č. 1 Radost z návštěv – respondenti PN

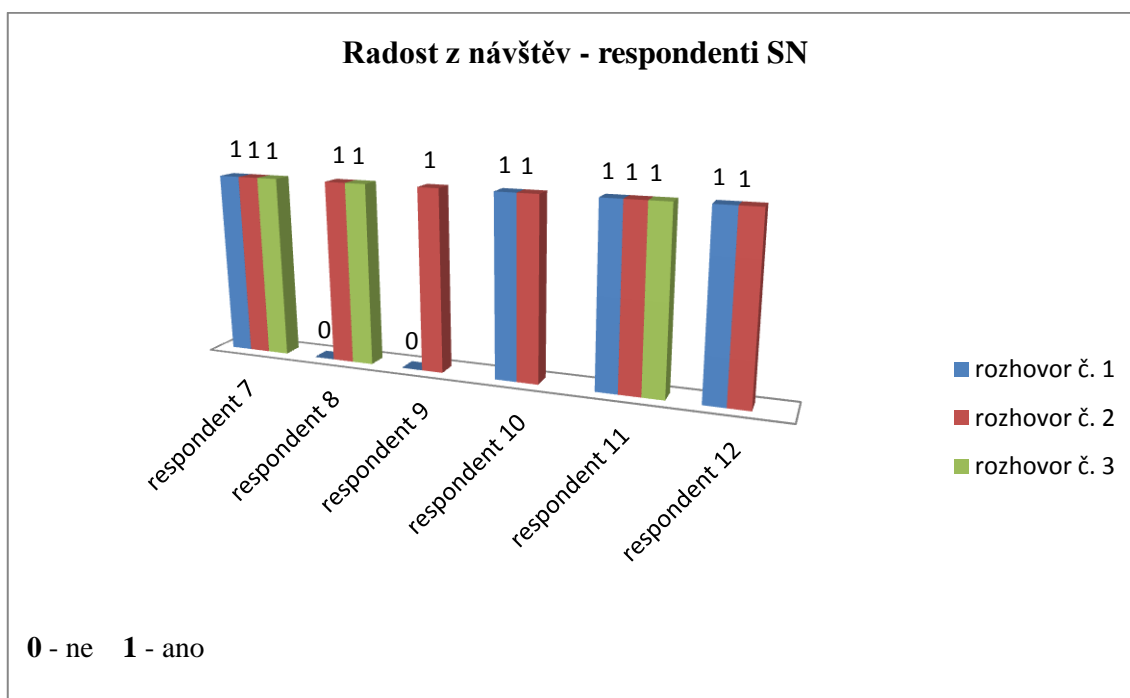
Při **prvním rozhovoru** s respondenty v PN uváděli 3 respondenti radost z návštěv, 3 další respondenti radost z návštěv neprojeví, v té době je nikdo nenavštívil.

Při **druhém rozhovoru** radost z návštěv již udávalo 5 respondentů, 1 respondent uváděl zápornou odpověď – po celou dobu hospitalizace byl bez návštěv.

Při **třetím interviu** odpovídali již jen 4 respondenti – všichni odpověděli, že prožívají radost, když je příbuzní navštíví. Zbylí 2 respondenti již neodpovídali – byli z hospitalizace propuštěni.

Dle grafického znázornění je možné říci, že většina respondentů v PN uváděla radost z návštěv svých příbuzných a známých, 4 respondenti projevili radost při všech uskutečněných rozhovorech, 2 respondenti projevili radost až při druhém a třetím rozhovoru, při prvním návštěvu neměli, pouze 1 respondent byl zcela bez návštěv. Tento jediný poukazoval na nepříjemné pocity, když měl možnost sledovat návštěvy ostatních seniorů a popisoval osamělost a smutek.

Z uvedeného vyplývá, že návštěvy příbuzných a jejich podpora dokáží významně ovlivnit psychický stav respondentů, dokážou navodit zklidnění a radost.



Graf č. 2 Radost z návštěv – respondenti SN

Při **prvním rozhovoru** s respondenty ve SN uváděli 4 respondenti radost z návštěv, 2 respondenti uvedli zápornou odpověď – zatím návštěvu neměli.

Při **druhém rozhovoru** již udávalo všech 6 respondentů radost z návštěv.

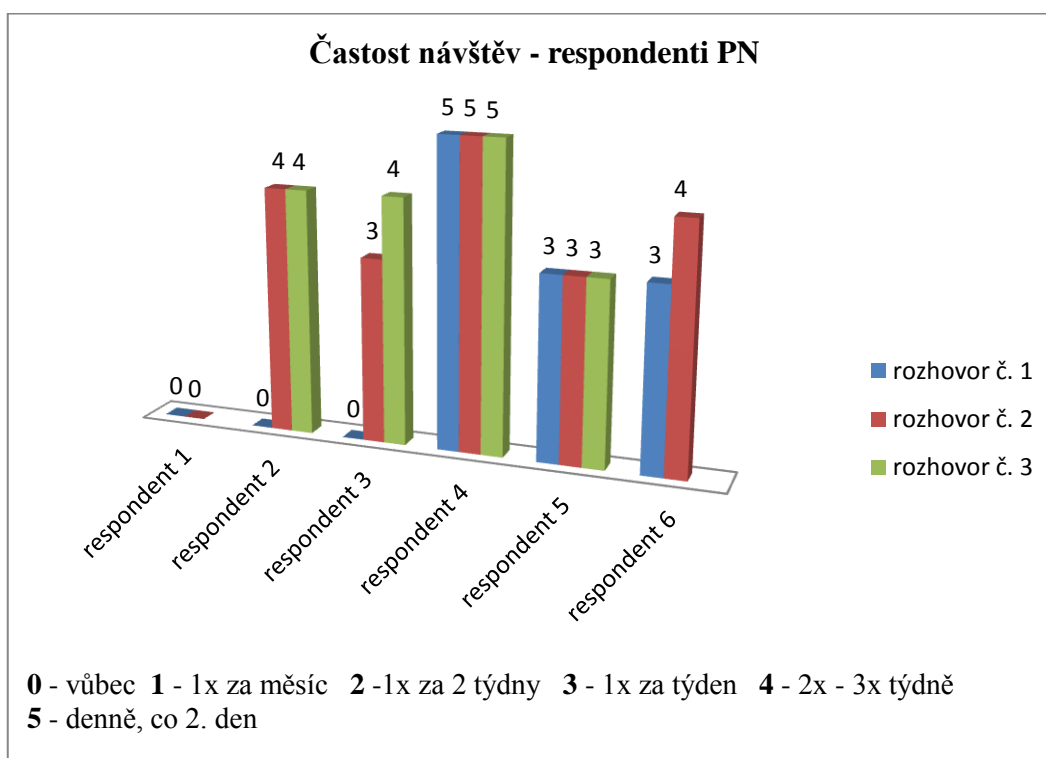
Při **třetím interviu** již odpovídali pouze 3 respondenti – všichni uváděli, že mají radost z návštěv, další 3 respondenti již byli propuštěni.

Všichni respondenti ve SN pociťovali radost z návštěv svých příbuzných, pouze 2 respondenti při prvním rozhovoru návštěvu neměli. Kontakty s příbuznými je dokázaly potěšit a zklidnit a všichni senioři je vnímali pozitivně.

Komparace odpovědí respondentů PN a SN na otázku č. 1

Odpovědi na otázku č. 1 se u respondentů PN a SN téměř nelišily, pouze 1 respondent PN byl zcela bez návštěv a to z důvodu, že blízké příbuzné neměl. Dle zjištěných údajů je možné říci, že podpora respondentů ze strany rodinných příslušníků je dostatečná. Pozitivní je také zjištění, že tento důležitý fakt si příbuzní a známí bezesporu uvědomují a snaží se své blízké v nemocničním prostředí podporovat.

Otázka č. 2) Jak často Vás navštěvují Vaši příbuzní a známí?

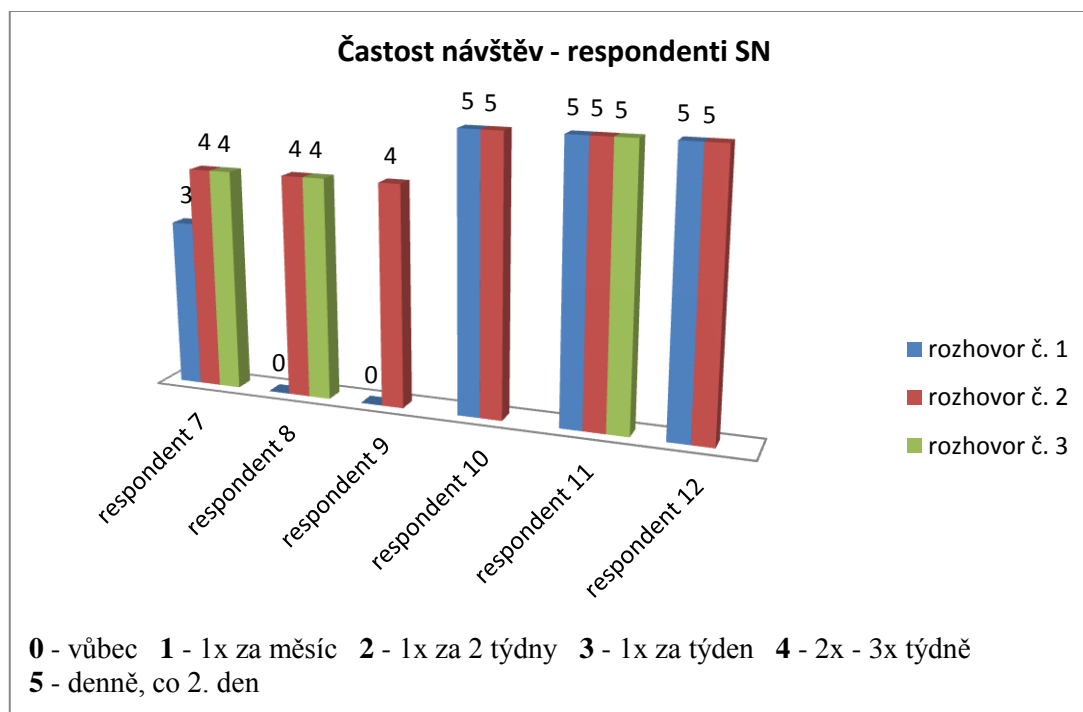


Graf č. 3 Častost návštěv – respondenti PN

Při **prvním rozhovoru** v PN 3 respondenti neuváděli častost návštěv, dále 1 respondent měl návštěvy denně nebo co druhý den a 2 respondenti měli návštěvu 1x týdně. 3 respondenti v době prvního rozhovoru ještě návštěvu neměli.

Při **druhém rozhovoru** 1 respondent častost návštěv neuváděl, 2 respondenti uváděli návštěvy 1 x týdně, 2 respondenti měli návštěvy 2x – 3x týdně a 1 respondent měl návštěvy denně nebo co druhý den.

Při **třetím rozhovoru** již odpovídali pouze 4 respondenti – 1 respondent měl návštěvy 1x týdně, 2 respondenti měli návštěvy 2x – 3x týdně, 1 respondent měl návštěvy denně nebo co druhý den.



Graf č. 4 Častost návštěv – respondenti SN

Při **prvním rozhovoru** ve SN 2 respondenti neuváděli častost návštěv, 1 respondent uváděl častost návštěv 1x týdně, 3 respondenti uváděli návštěvy denně nebo co druhý den.

Při **druhém rozhovoru** 3 respondenti uváděli návštěvy 2x – 3x týdně a 3 respondenti uváděli denně nebo co druhý den.

Při **třetím rozhovoru** již odpovídali pouze 3 respondenti – 2 byli navštěvováni 2x – 3x týdně, 1 respondent byl navštěvován denně nebo co druhý den.

Komparace odpovědí respondentů PN a SN na otázku č. 2

Všichni respondenti v PN i SN, kromě respondenta č. 1, uvedli, že návštěvy příbuzných vnímají pozitivně, mají příznivý vliv na jejich celkový zdravotní stav po dobu hospitalizace. Někteří respondenti uváděli, že návštěvy 1x týdně jsou nedostatečné

a uvítali by častější. Většinou to byli respondenti, jejichž příbuzní bydleli v místech vzdálenějších od Opavy.

Respondent č. 1 i při druhé otázce uvedl, že mu vadilo, že nemá příbuzné a že za ním nikdo do nemocnice nechodí.

Zajímavé je zjištění, že častější návštěvy měli respondenti SN v Opavě. Důvodem méně častých návštěv v případě respondentů PN může být větší spádovost přijímaných pacientů – v rámci celého Moravskoslezského kraje. Pro příbuzné respondentů PN poté může být náročnější, ať již z hlediska ekonomického, či časového dojíždět za svými blízkými do nemocnice. Tato skutečnost může mít negativní vliv na seniory hospitalizované v psychiatrické nemocnici.

Otázka č. 3) Byly Vám ošetřujícím lékařem sděleny informace o Vašem zdravotním stavu?

Všech 12 respondentů uvedlo při každém dotazování v průběhu jejich hospitalizací odpověď ANO, žádný ne zvolil jinou odpověď.

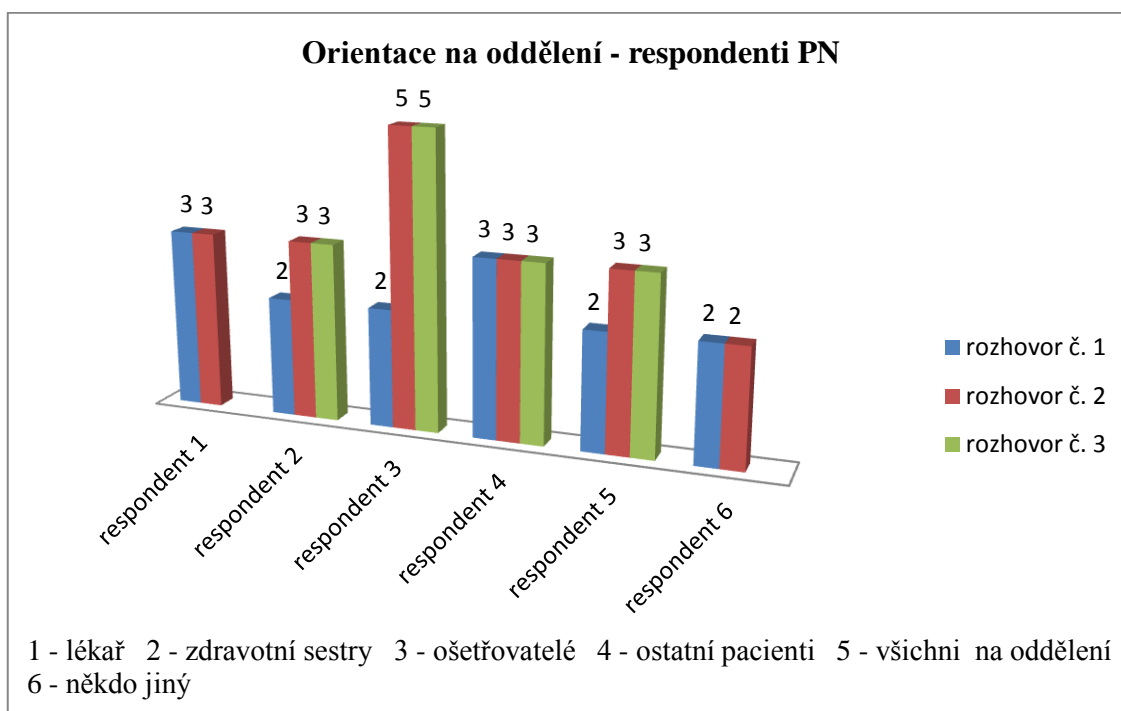
Tento fakt vnímám jako pozitivní, protože informovanost pacientů je velice důležitá.

Otázka č. 4) Byly Vám dostatečně vysvětleny podrobnosti o případných plánovaných vyšetřeních?

Všech 12 respondentů uvedlo při každém dotazování v průběhu jejich hospitalizací odpověď ANO.

Odpověď respondentů na danou otázku byla shodná s předchozí odpovědí, respondenti popisovali, že vysvětlení podrobností o plánovaných vyšetřeních jim pomohlo lépe pochopit a orientovat se v nové situaci a snižovalo jejich nejistotu.

Otázka č. 5) Kdo Vám nejvíce pomohl orientovat se na oddělení?



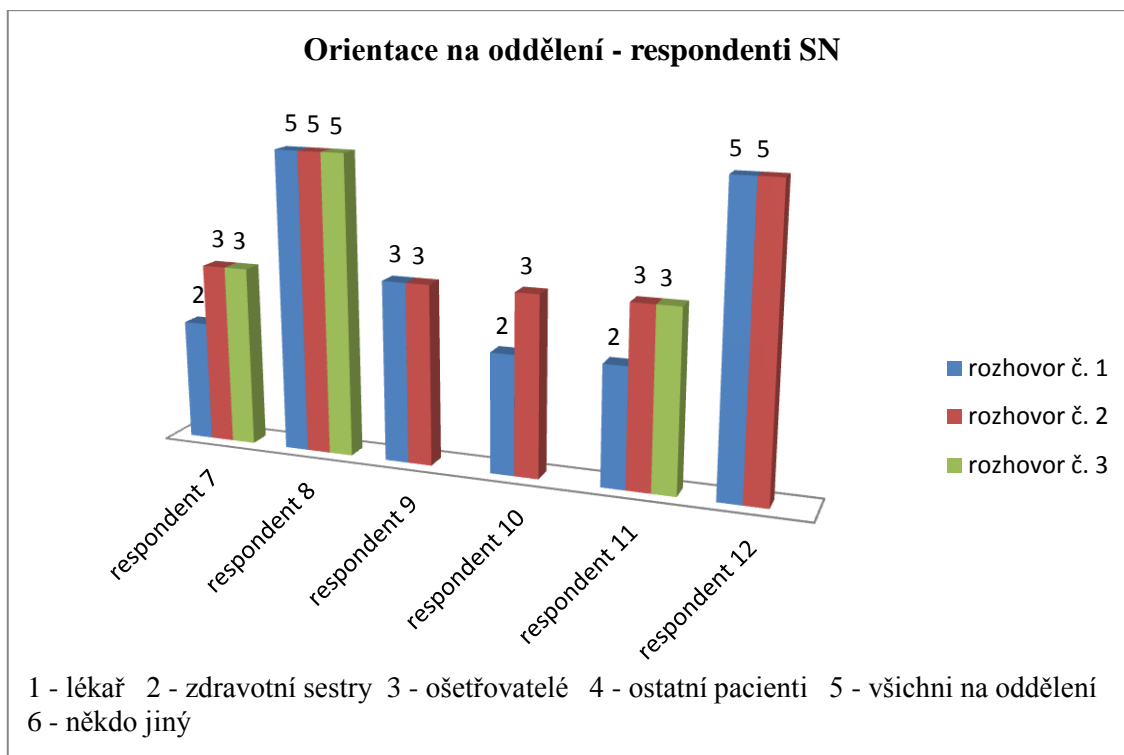
Graf č. 5 Orientace na oddělení – respondenti PN

Při **prvním rozhovoru** v PN odpověděli 4 respondenti, že jim nejvíce při orientaci na oddělení pomohli zdravotní sestry a u 2 respondentů to byli ošetřovatelé.

Při **druhém rozhovoru** odpověděli 4 respondenti, že jim nejvíce pomohli ošetřovatelé, 1 respondent odpověděl, že zdravotní sestry a 1 respondent, že mu nejvíce při orientaci pomohli všichni zúčastnění na oddělení.

Při **třetím rozhovoru** odpovídali již jen pouze 4 respondenti – 3 zvolili odpověď – ošetřovatelé a 1 respondent uvedl všechny zúčastněné na oddělení.

Nejčastěji respondenti volili odpověď ošetřovatelé, poté zdravotní sestry a nakonec všichni zúčastnění na oddělení.



Graf č. 6 Orientace na oddělení – respondenti SN

Při **prvním rozhovoru** ve SN odpověděli 3 respondenti, že jim nejvíce pomohly při orientaci na oddělení zdravotní sestry, 2 respondenti zvolili odpověď – všichni zúčastnění na oddělení a 1 respondent uvedl odpověď – ošetřovatelé.

Při **druhém rozhovoru** zvolili 4 respondenti odpověď – ošetřovatelé, 2 respondenti – všichni dotyční na oddělení.

Při **třetím rozhovoru** již odpovídali pouze 3 respondenti – 2 uvedli odpověď – ošetřovatelé a 1 respondent – všichni dotyční na oddělení.

Nejčastěji respondenti volili odpověď ošetřovatelé, poté všichni zúčastnění na oddělení a nakonec zdravotní sestry.

Komparace odpovědí respondentů PN a SN na odpověď č. 5

Nikdo z 12 respondentů neuvedl kritické připomínky, spolupráci se zdravotnickým personálem hodnotili velmi pozitivně a orientace na oddělení jim nečinila problémy. Všem respondentům z hlediska seznámení se zdravotnických prostředím, svými právy a režimem na oddělení se dostatečně věnovali ošetřovatelé i zdravotní sestry.

Otázka č. 6) Jaký je přístup zdravotnického personálu k Vaší osobě?

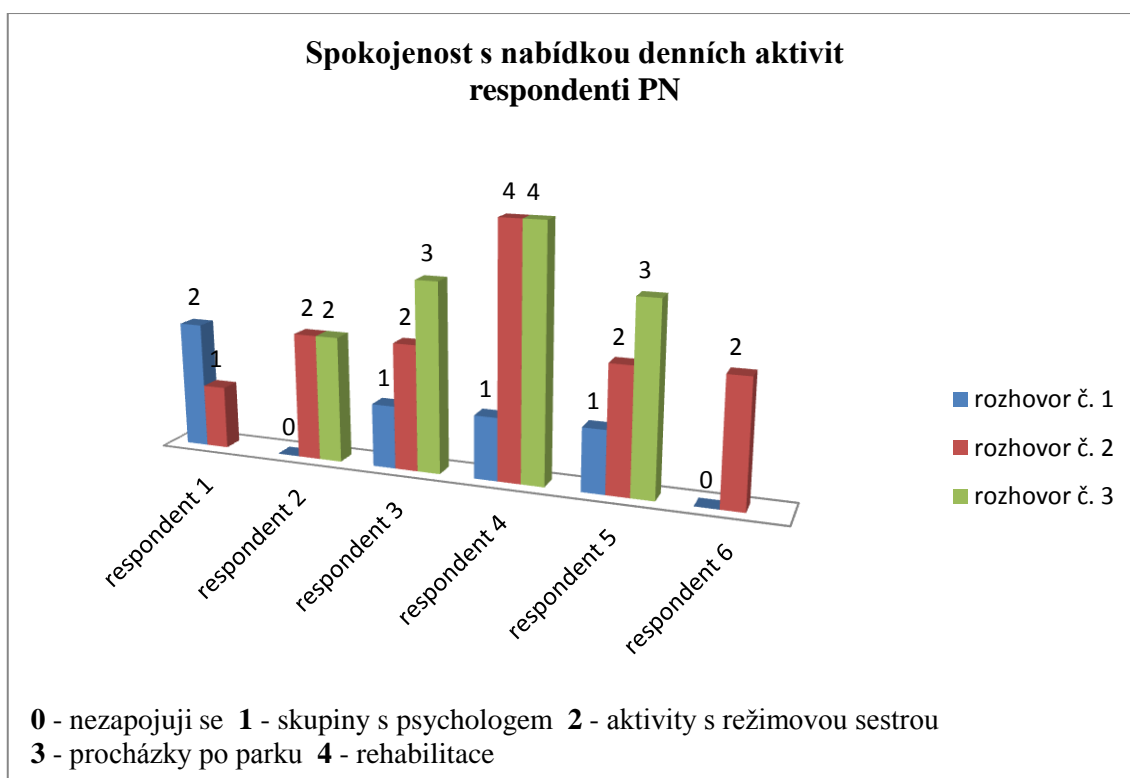
Všech 12 respondentů zvolilo odpověď, že přístup zdravotnického personálu byl dobrý, jiná odpověď při jednotlivých interviu nebyla zvolena. Všichni respondenti v případě potřeby měli možnost se svými problémy a požadavky obrátit se na kohokoliv ze zdravotnického personálu. Komunikace se zdravotníky byla z jejich pohledu bezproblémová a dostatečná.

Otázka č. 7) Máte rozpory se spolupacienty?

Všichni respondenti na uvedenou otázku odpověděli NE.

Otázkou zůstává, zda skutečně všichni respondenti odpovídali pravdivě anebo nechtěli případné rozpory před tazatelem uvádět. Je možné, že takto citlivé kategorie by určitě lépe zachytil anonymnější dotazník.

Otázka č. 8) Jste spokojen/a s nabídkou denních aktivit na oddělení? Které hodnotíte kladně?



Graf č. 7 Spokojenost s nabídkou denních aktivit – respondenti PN

Při **prvním rozhovoru** v PN odpověděli 4 respondenti, že jsou spokojeni s nabídkou denních aktivit – 3 hodnotili kladně skupinky s psychologem a 1 respondent hodnotil kladně skupinky s režimovou sestrou, 2 respondenti uvedli, že nejsou zapojeni do aktivit na oddělení – jako důvod uvedli zhoršený zdravotní stav.

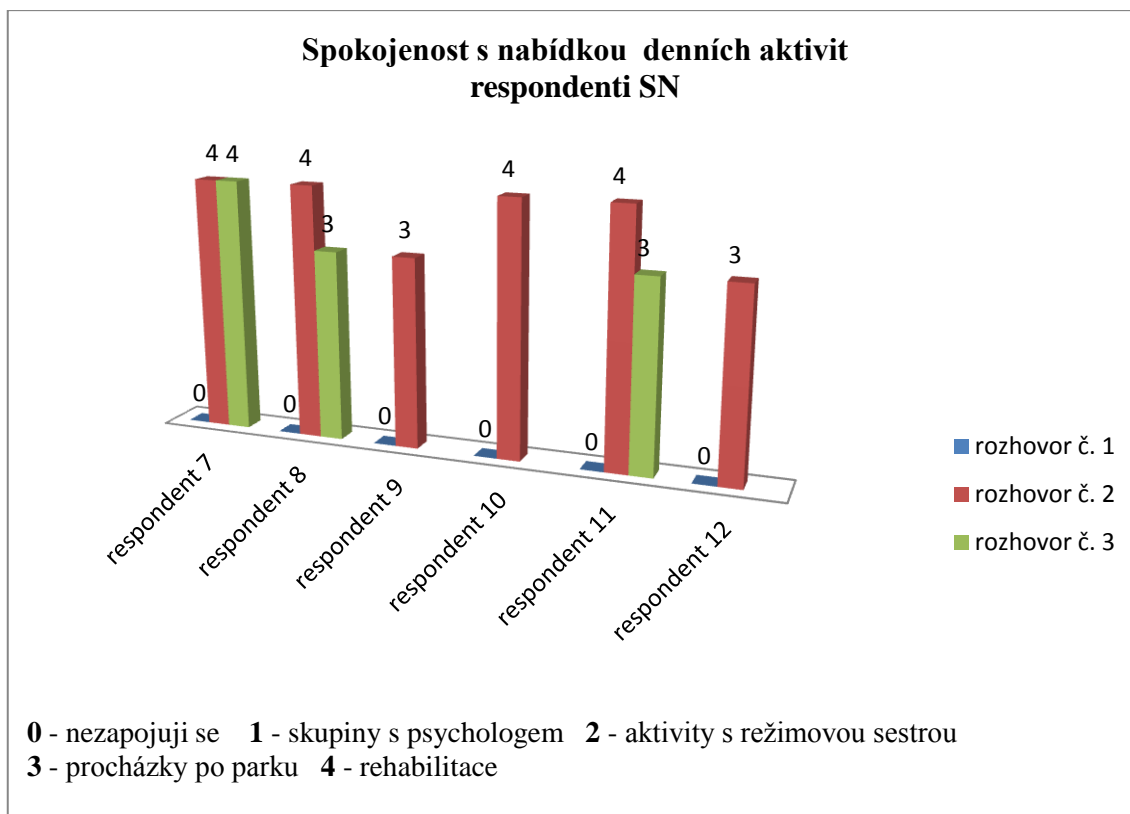
Při **druhém rozhovoru** uvedli 4 respondenti, že jim vyhovují skupinky s režimovou sestrou, 1 respondent uvedl skupinky s psychologem a 1 respondent zvolil odpověď – rehabilitace – ta byla zahájena vzhledem k bolesti páteře respondenta.

Při **třetím rozhovoru** 2 respondenti hodnotili kladně procházky po parku, 1 respondent rehabilitaci a 1 respondent aktivity s režimovou sestrou.

Je zajímavé, že 3 respondenti PN hodnotili při prvním rozhovoru kladně skupinky s psychologem a uváděli, že psychoterapeutický přístup a možnost ventilovat své potíže a problémy byl pro ně přínosný a zklidňující.

Můžeme říct, že psychoterapeutický přístup psychologa vnímali respondenti v PN pozitivně především v době přijetí do nemocnice, kdy jejich stres byl nejvyšší, postupně poté docházelo v průběhu hospitalizace v rámci nastavené terapie a léčebných postupů k úpravě jejich zdravotního stavu a v dalších rozhovorech hodnotili kladně především aktivity s režimovou sestrou a později procházky po parku.

Z uvedeného vyplývá, že skupiny s psychologem a režimovou sestrou jsou v rámci léčby velmi přínosné.



Graf č. 8 Spokojenost s nabídkou denních aktivit – respondenti SN

Při **prvním rozhovoru** ve SN uvedli všichni respondenti odpověď, že nejsou zapojeni do aktivit.

Při **druhém rozhovoru** uvedli 4 respondenti odpověď rehabilitace, 2 respondenti procházky po parku.

Při **třetím rozhovoru** již odpovídali jen 3 respondenti – 2 zvolili odpověď procházky po parku a 1 respondent uvedl rehabilitaci.

Všichni respondenti SN v době svého přijetí nebyli účastni žádných aktivit a to buď z důvodu zhoršeného somatického stavu, nebo očekávaného chirurgického zákroku. Můžeme říci, že jsou pochopitelné odpovědi respondentů při druhém rozhovoru, kdy většina z nich uváděla spokojenost s aktivitami – rehabilitací, důvodem většiny z nich byla obava z možné ztráty soběstačnosti a závislosti na pečujících. Při posledním rozhovoru projeví zbývající respondenti spokojenost s možností procházek po parku a 1 respondent s rehabilitací.

Pro geriatrické a doléčovací oddělení SN je charakteristická právě komplexnost nabízené péče a jednou z její součástí je rehabilitační péče zajišťovaná fyzioterapeutem

s cílem zlepšení nebo návratu soběstačnosti seniora. Navíc pro seniory tato rehabilitace znamená smysluplné vyplnění volného času v rámci hospitalizace.

Komparace odpovědí respondentů PN a SN na odpověď č. 8

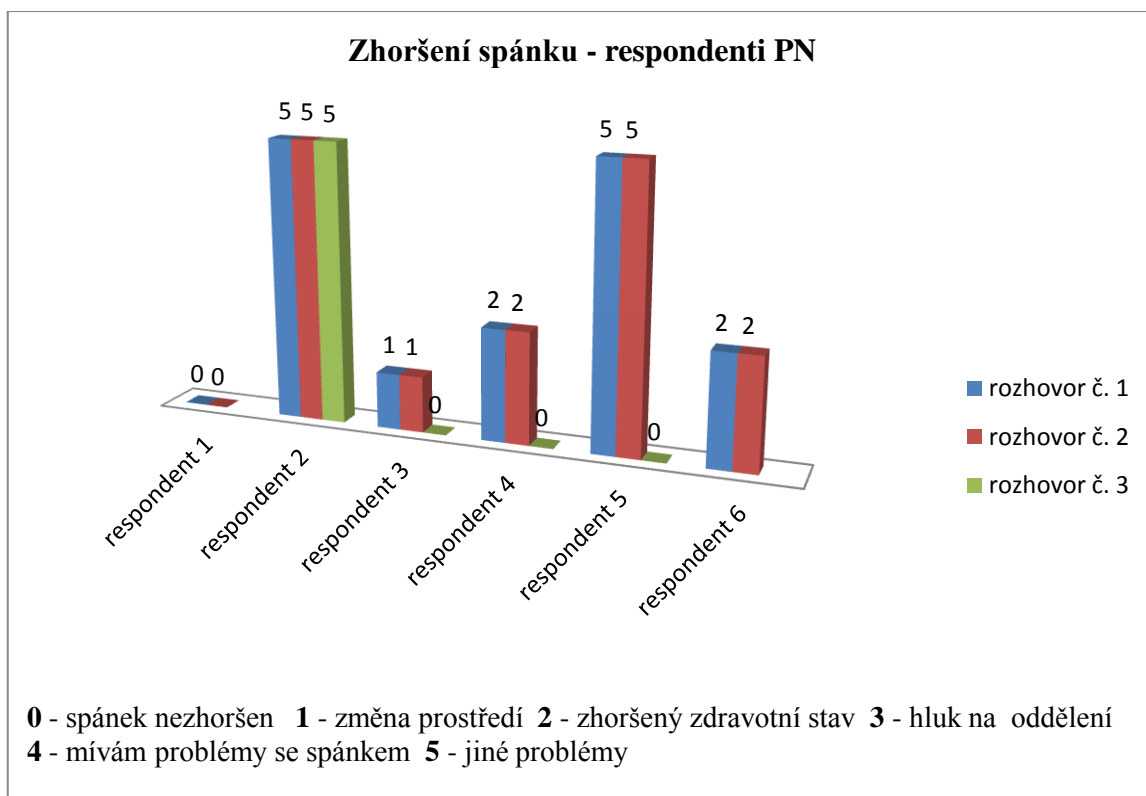
Respondenti PN projevili v počátku pobytu spokojenost především se skupinkami s psychologem a v dalším s aktivitami s režimovou sestrou. Tedy volili metody, které přispívají k jejich zklidnění.

Respondenti SN kladně hodnotili především rehabilitační péči a následně procházky s příbuznými. Rehabilitaci chápali jako možnost zlepšení své soběstačnosti.

Můžeme říci, že zjištěné údaje dokládají i souvislost mezi typem onemocnění respondenta a volbou vhodné režimové aktivity.

Respondenti byli při jednotlivých rozhovorech spokojeni s celkovou nabídkou režimových aktivit, neuváděli, že by jim některé aktivity na oddělení chyběly.

Otázka č. 9) Zhoršil se v souvislosti s hospitalizací Váš spánek? Jaké jsou důvody Vaší nespavosti?



Graf č.9 Zhoršení spánku – respondenti PN

Při **prvním rozhovoru** v PN uvedlo 5 respondentů zhoršený spánek, z toho 2 respondenti uvedli jako důvod nespavosti zhoršení jejich zdravotního stavu, 1 respondent uvedl, že jeho spánek se zhoršil v důsledku změny prostředí, 2 respondenti uvedli jako odpověď – jiné důvody – u 1 respondenta šlo o úmrtí manželky, u 1 respondenta o dluhy příbuzných a 1 respondent odpověděl, že jeho spánek se v souvislosti s hospitalizací nezhoršil.

Při **druhém rozhovoru** respondenti odpovídali shodně s první odpovědí.

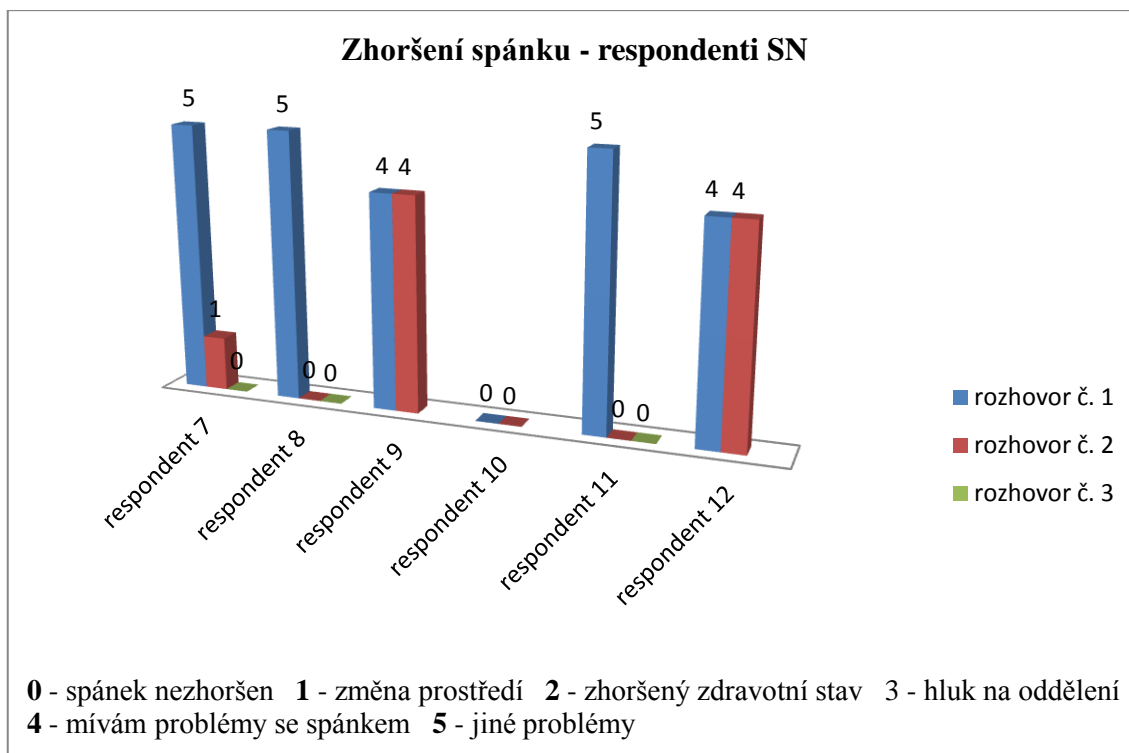
Při **třetím rozhovoru** již odpovídali pouze 4 respondenti – 1 respondent uváděl opět odpověď jiné důvody – úmrtí manželky a 3 respondenti uváděli zlepšení spánku oproti přijetí.

Duševní onemocnění úzce souvisí s poruchou spánku, u psychiatrických pacientů může porucha spánku signalizovat dekompenzaci původního onemocnění nebo může být důsledkem různých situačních problémů nebo jiných onemocnění. A musíme vycházet i z faktu, že období stáří úzce souvisí s poruchami kvality spánku a délky trvání spánku.

Zjištěné údaje od respondentů PN uvedená fakta potvrzují, 2 respondenti dávali své situační problémy do souvislosti s kvalitou spánku – 1 respondent uváděl úmrtí manželky a 1 respondent dluhy své dcery. 2 respondenti dávali zhoršení spánku do souvislosti se svým zhoršeným zdravotním stavem, při posledním rozhovoru 3 respondenti popisovali zlepšení spánku. K tomuto zlepšení mohlo dojít v důsledku zlepšení zdravotního stavu nebo v závislosti na nastavené terapii.

V úvodu hospitalizace respondenti PN uváděli, že poruchy spánku a stavy bdění v noci je zneklidňovaly a zvýrazňovaly jejich stres, tyto poruchy spánku popisovali jako zneklidňující. Senioři hospitalizovaní v PN si v případě potřeby mohou vyžádat lék na spaní – zdravotní sestra lék vydá na základě nastavené terapie od ošetřujícího lékaře. V případě dlouhodobých a závažnějších poruch spánku mají senioři předepsanou pravidelnou medikaci.

S uvedeným postupem byli respondenti SN spokojeni.



Graf č. 10 Zhoršení spánku – respondenti SN

Při **prvním rozhovoru** ve SN odpovědělo 5 respondentů, že došlo v souvislosti s jejich hospitalizací ke zhoršení spánku – 3 respondenti uvedli jako důvod své nespavosti plánovaný operační zákrok, 2 respondenti odpověděli, že se jejich spánek zhoršil a že mívají problémy se spánkem, 1 respondent uvedl, že nemá problémy se spánkem.

Při **druhém rozhovoru** uvedli 2 respondenti zhoršený spánek s odůvodněním, že mívají problémy se spánkem, 2 respondenti již uvedli, že spánek není zhoršený, 1 respondent sdělil, že nemá problémy se spánkem a 1 respondent uváděl zhoršení spánku v souvislosti se změnou prostředí.

Třetí rozhovor byl proveden pouze se 3 respondenty – žádný z nich si již na zhoršený spánek nestěžoval.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že spánek se zhoršil především u respondentů, kteří byli přijati k operačnímu zákroku, při dalším rozhovoru tyto respondenti většinou uváděli, že se spánkem již problémy nemají. Zbývající 2 respondenti uvedli, že ke zhoršení došlo, ale zároveň uvedli, že problémy se spánkem mívají.

Možným řešením by byla dostatečná edukace seniorů již v ambulancích praktického lékaře a odborných ambulancích, čímž by alespoň částečně mohla být eliminována míra stresu z očekávaného zákroku.

Komparace odpovědí respondentů PN a SN na odpověď č. 9

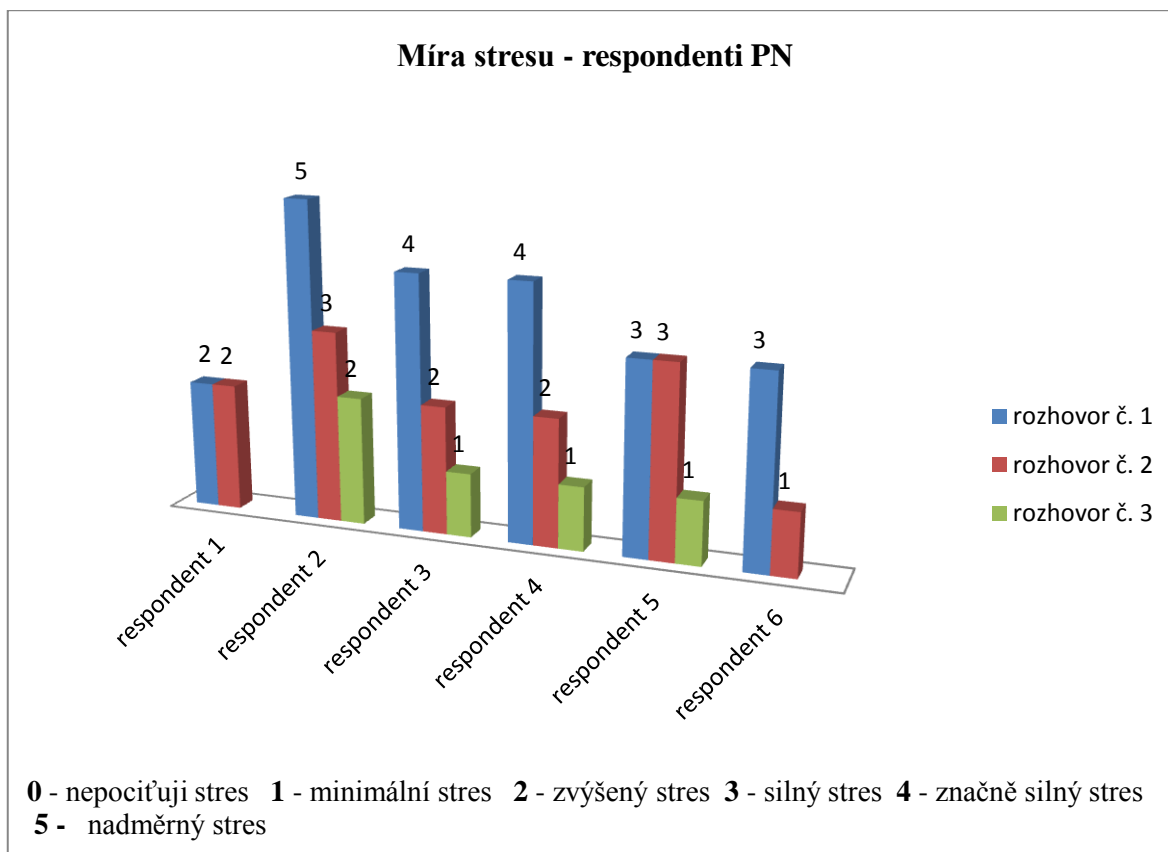
Respondenti PN i SN popisovali při přijetí k hospitalizaci zhoršení spánku, přičemž u seniorů s psychiatrickou diagnózou mohou být poruchy spánku vyvolány již samotným duševním onemocněním.

Respondenti PN uváděli jako příčinu poruch spánku především situační problémy a zhoršením zdravotního stavu.

U respondentů SN byly tyto poruchy spánku nejčastěji v přímé souvislosti s operačním zákrokem.

Otázka č. 10) Pociťujete v souvislosti s hospitalizací stres? Jak velké pocity strachu a úzkosti jsou?

Všech 12 respondentů uvedlo, že v souvislosti s hospitalizací pociťují stres.



Graf č. 11 Míra stresu – respondenti PN

Při **prvním rozhovoru** v PN uváděl 1 respondent nadměrný stres, 2 respondenti popisovali značně silný stres, 1 respondent uváděl zvýšený a 2 respondenti silný stres.

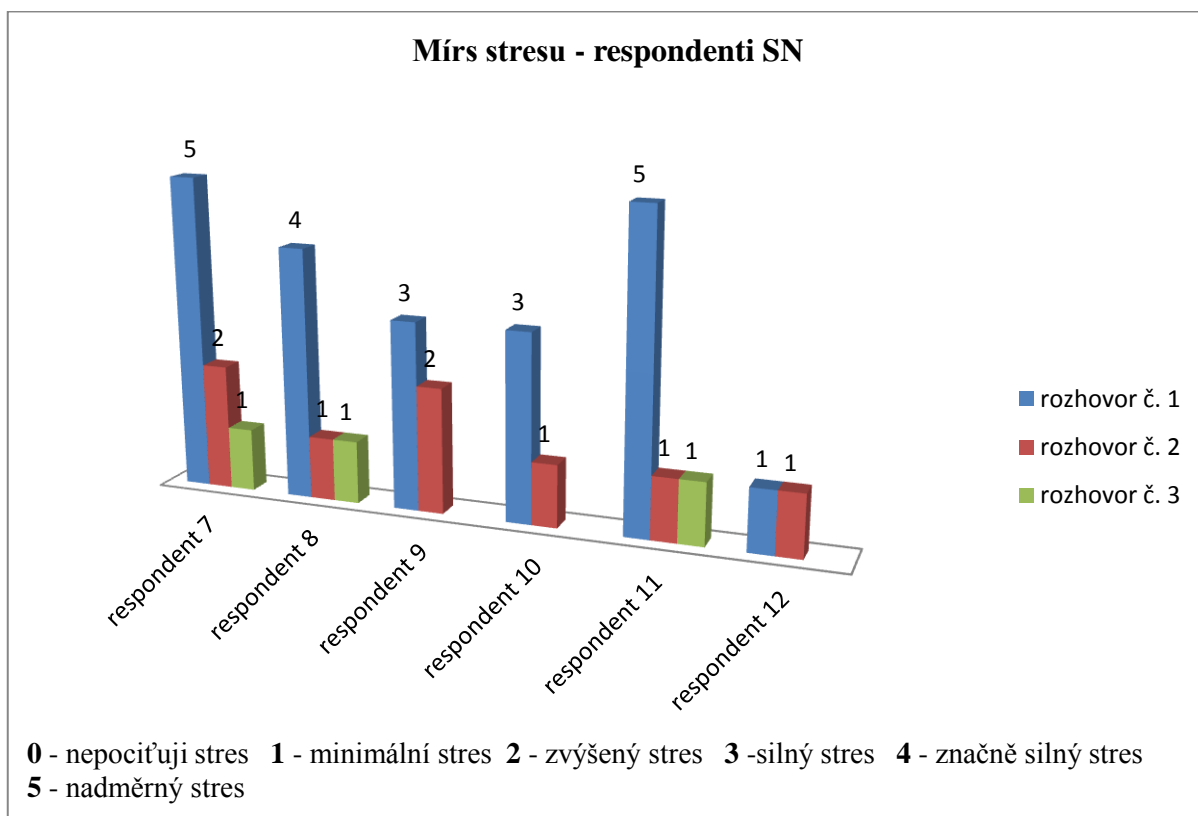
Při **druhém rozhovoru** zněla odpověď u 2 respondentů silný stres, u dalších 3 respondentů zvýšený stres, a u 1 respondenta stres minimální.

Při **třetím rozhovoru** byl stres u 1 respondenta zvýšený a u 3 respondentů pouze minimální.

Všech 6 respondentů PN uvádělo, že v souvislosti s hospitalizací pociťují stres a nejvyšší míru stresu udávali respondenti při přijetí do nemocnice. Můžeme konstatovat, že míra stresu u respondentů byla při přijetí poměrně vysoká – jejich stres se pohyboval v rozmezí nadměrného až po zvýšený stres. Postupně poté během dalších

2 týdnů došlo u všech respondentů ke snížení stresu, nejvyšší míru stresu – stres silný - udávali pouze 2 respondenti. Po dalších dvou týdnech respondenti míru stresu již prakticky neudávali, pouze 1 respondent stres zvýšený.

U všech respondentů došlo v průběhu pobytu ke snížení míry stresu.



Graf č. 12 Míra stresu – respondenti SN

Při **prvním rozhovoru** ve SN uváděli 2 respondenti nadměrný stres, 1 respondent popisoval značně silný stres a 3 respondenti uváděli silný stres.

Při **druhém rozhovoru** popisovali 2 respondenti stres zvýšený a 4 respondenti stres minimální.

Při **třetím rozhovoru** již odpovídali pouze 3 respondenti a jejich odpověď byla shodná – minimální stres.

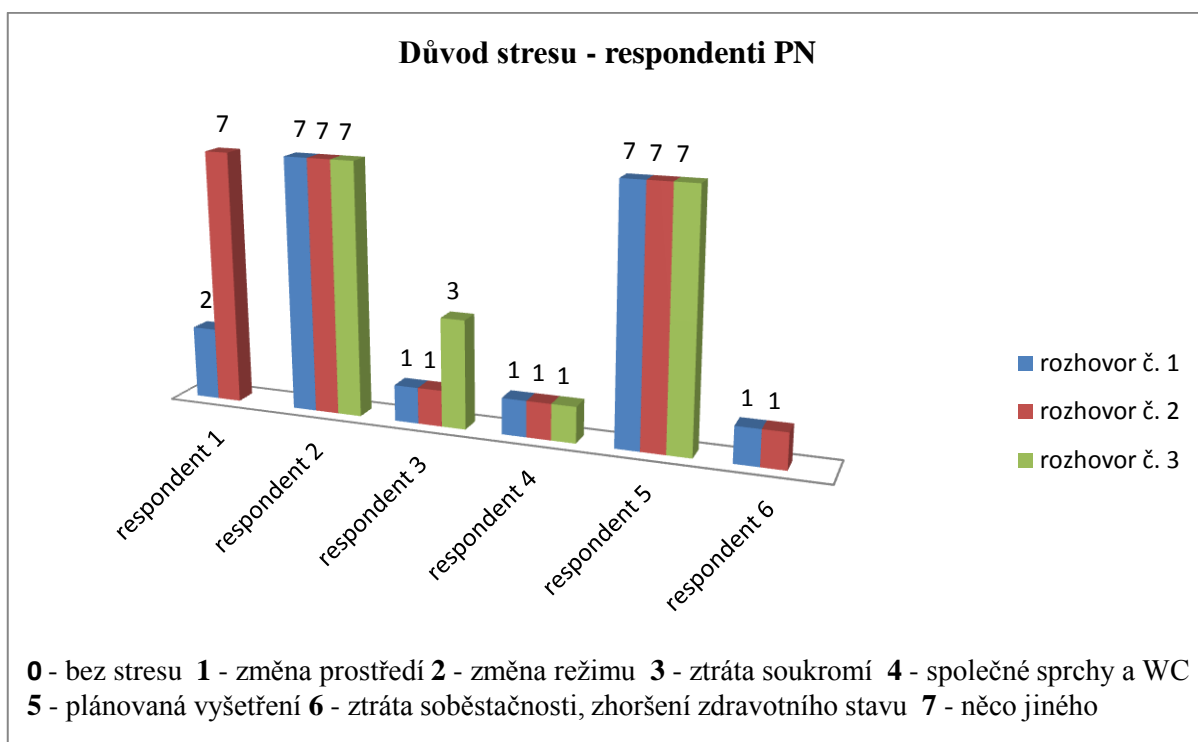
Míra stresu u respondentů SN byla vysoká a pohybovala se v rozmezí od stresu nadměrného až po stres minimální, nejvyšší hodnoty stresu se u respondentů objevovaly ihned při přijetí do nemocnice. V průběhu pobytu respondentů – během dalších rozhovorů se míra jejich stresu snižovala a při třetím rozhovoru zbývající respondenti již udávali pouze minimální stres.

Komparace odpovědí respondentů PN a SN na odpověď č. 10

Výsledky výzkumného šetření poukazují na to, že **všichni respondenti z PN i SN pocívali během svého pobytu v nemocnici stres a nejvyšší míru stresu uváděli ihned při přijetí**. O něco vyšší míru stresu při přijetí popisovali respondenti SN a to především ti, kteří měli naplánovaný operační zákrok. Stres respondentů SN se oproti respondentům PN snížil výrazněji již při druhých pohovorech. Odpovědi respondentů obou zařízení byly téměř vyrovnané až při posledních třetích pohovorech, kdy respondenti SN již téměř stres nepocívali.

Důvodem déletrvajícího stresu u respondentů PN mohou být jejich psychické potíže, dekompenzace jejich stávajícího onemocnění nebo propuknutí duševní choroby a v neposlední řadě situační problémy, které mohly zapříčinit zhoršení zdravotního stavu a nutnost ústavního léčení.

Otázka č. 11) Co Vám působí největší stres?



Graf č.13 Důvod stresu – respondenti PN

Při **prvním rozhovoru** v PN uvedli 3 respondenti jako důvod stresu změnu domácího na nemocniční prostředí, 1 respondent uvedl změnu režimu, 2 respondenti zvolili jako odpověď něco jiného – 1 respondent uvedl jako příčinu stresu úmrtí manželky, 1 respondent uvedl dluhy příbuzných.

Při **druhém rozhovoru** uvedli 3 respondenti změnu prostředí, 3 respondenti uvedli jako odpověď něco jiného – 1 respondent uvedl úmrtí manželky, 1 respondent dluhy příbuzných a 1 respondent uvedl jako příčinu stresu osamělost.

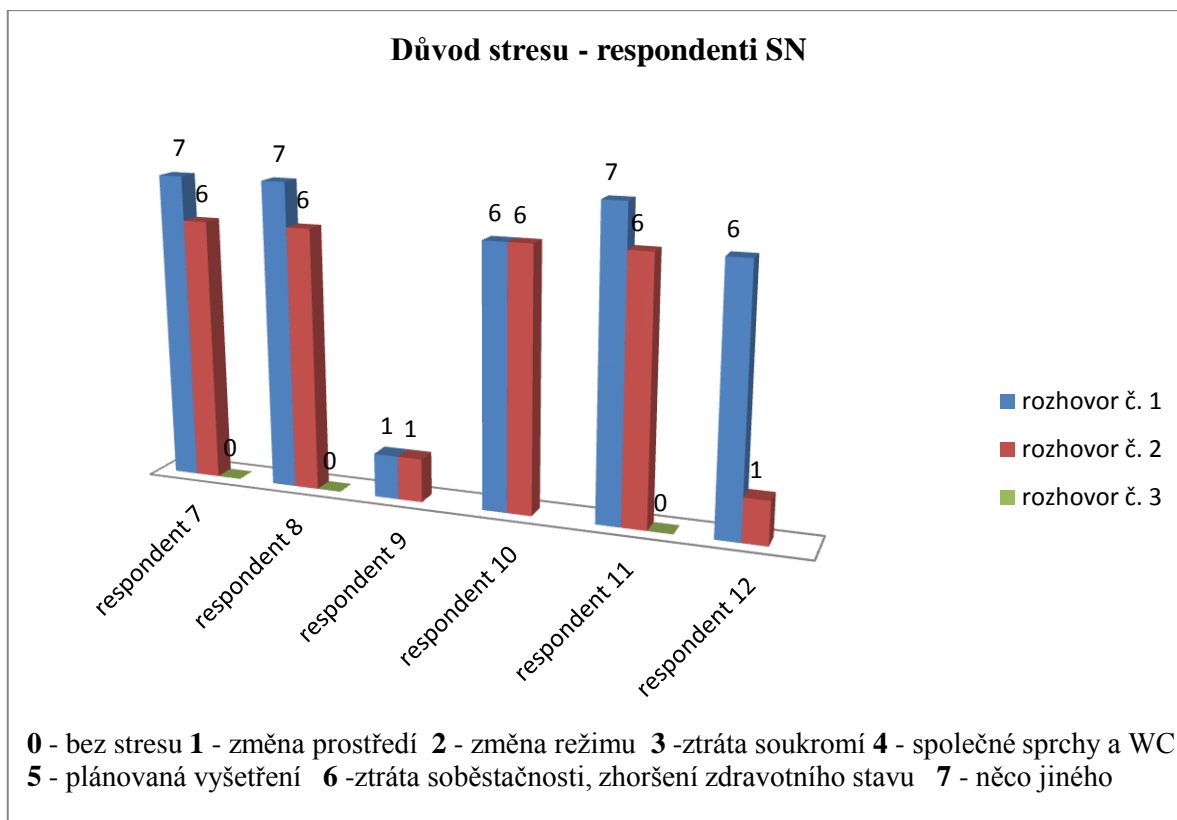
Při **třetím rozhovoru** již odpovídali pouze 4 respondenti – 1 respondent uvedl změnu prostředí, 1 respondent uvedl ztrátu soukromí, 2 respondenti zvolili odpověď něco jiného – 1 respondent popisoval úmrtí manželky, 1 respondent uváděl dluhy příbuzných.

Respondenti PN uváděli jako příčinu svého stresu především změnu domácího prostředí na nemocniční a situační důvody.

Toto zjištění můžeme dávat do souvislosti se skutečností, že u psychiatrických pacientů bývá snížena odolnost vůči zátěži a tím i jejich adaptace na nové – nemocniční prostředí může být více problematická. Daleko obtížněji snášejí jakékoliv změny a nové situace a jejich stres se o to více zvyšuje.

Pokud jde o situační problémy – respondenti udávali jako důvod stresu úmrtí manželky, dluhy dcery a osamělost.

V podstatě všechny tyto zmiňované okolnosti mohou u respondentů vyvolávat stresovou situaci, vyžadující velkou zátěž adaptačních mechanismů. Respondent PN č. 2, který jako důvod svého stresu uváděl ztrátu životního partnera, jako jediný z respondentů vykazoval při posledním rozhovoru ještě zvýšený stres. A právě tento respondent při další otázce uváděl, že ho zklidňují především rozhovory s někým ze zdravotnického personálu a režimové aktivity, kam řadíme i skupinky s psychologem nebo psychoterapeutickými sestrami. Můžeme říct, že je v tomto ohledu nasmírně důležitá a přínosná v průběhu hospitalizace nabídka psychoterapeutický postupů a metod, které přispívají ke zklidnění hospitalizovaných osob.



Graf č. 14 Důvod stresu – respondenti SN

Při **prvním rozhovoru** ve SN uvedli 3 respondenti jako důvod svého stresu plánovaný operační zákrok, 2 respondenti uvedli zhoršený zdravotní stav a 1 respondent popsal jako důvod stresu změnu domácího prostředí za nemocniční.

Při **druhém rozhovoru** uvedli 3 respondenti jako příčinu stresu obavu ze ztráty soběstačnosti a 1 ze zhoršení zdravotního stavu, 2 respondenti uvedli jako důvod stresu změnu prostředí.

Při **třetím rozhovoru** všichni 3 respondenti již popisovali, že stres téměř nepocítují.

Respondenti SN při přijetí do nemocnice udávali jako příčinu stresu především očekávaný chirurgický zákrok a zhoršený zdravotní stav. Při druhém rozhovoru popisovali, že je zneklidňují obavy ze ztráty soběstačnosti a zhoršení zdravotního stavu. Při třetím rozhovoru již téměř stres nepocítovali. Důvod jejich stresu tedy úzce souvisel s jejich diagnózou a očekávaným lékařským zákrokem.

Můžeme říci, že právě u těchto pacientů je velice důležité vhodným a přiměřeným způsobem poskytovat informace o jejich zdravotním stavu, o plánovaných lékařských vyšetřeních a zákrocích a tím eliminovat jejich stres. Tato

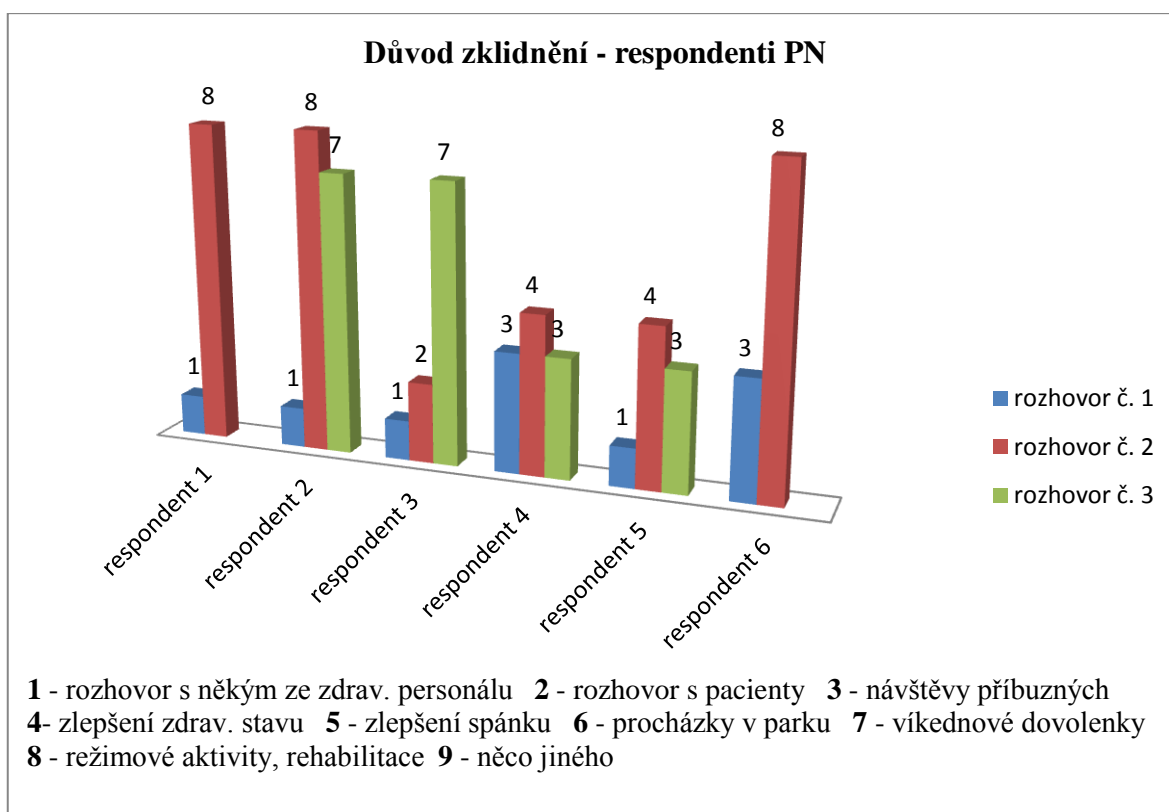
edukace by bezpochyby měla být zahájena již v ambulancích praktických a odborných lékařů, kteří seniory k zákrokům odesílají.

Komparace odpovědí respondentů PN a SN na odpověď č. 11

Odpovědi respondentů na otázku č. 11 jsou odlišné. Respondenti PN uváděli jako důvod stresu změnu domácího prostředí na nemocniční a situační důvody.

Respondenti SN uváděli především obavy z operačního zákroku, které můžeme chápat také jako situační důvody a ze ztráty soběstačnosti a zhoršení zdravotního stavu. Změnu prostředí jako příčinu stresu uváděl pouze 1 respondent SN.

Otázka 12) Co nejvíce působí na Vaše zklidnění během hospitalizace?



Graf č. 15 Důvod zklidnění – respondenti PN

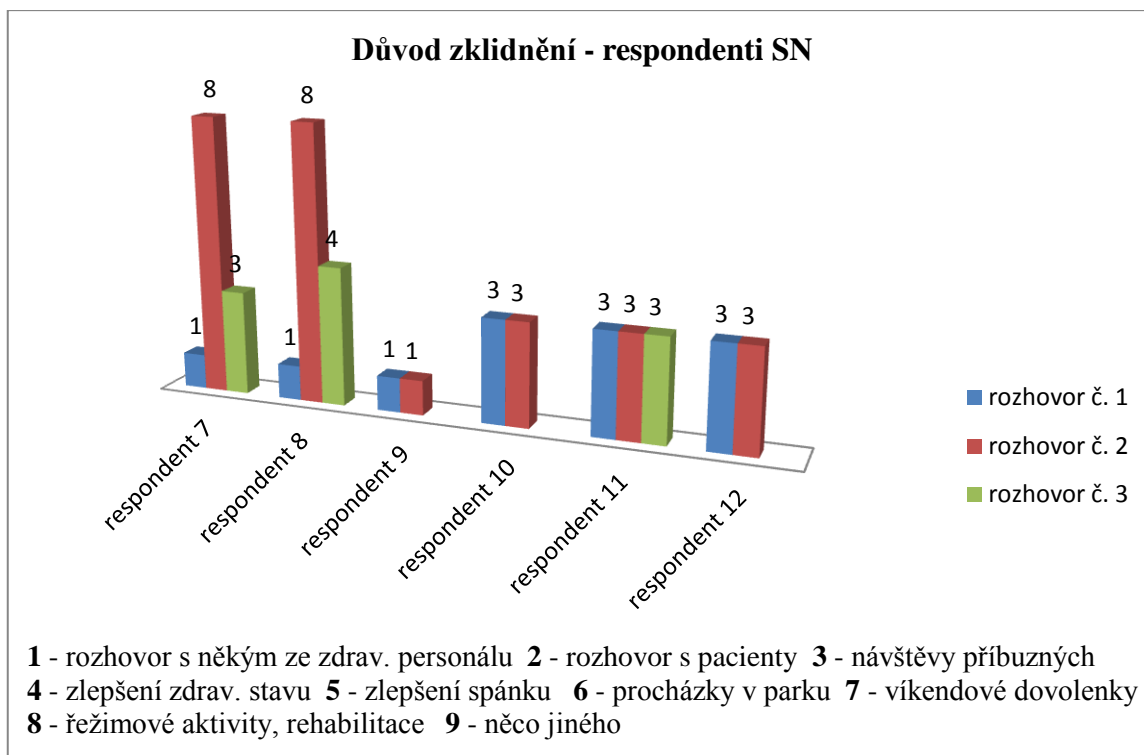
Při **prvním rozhovoru** v PN uvedli 4 respondenti, že zklidňujícím dojmem na ně působí rozhovor s někým ze zdravotnického personálu, 2 respondenti uvedli jako důvod zklidnění návštěvy příbuzných.

Při **druhém rozhovoru** uvedli 3 respondenti, že je zklidňují režimové aktivity probíhající na oddělení, 1 respondent uvedl rozhovory s ostatními pacienty a 2 respondenti uvedli zlepšení zdravotního stavu.

Při **třetím rozhovoru** všichni 4 respondenti uvedli, že zklidňujícím dojmem na ně působí kontakt s příbuznými – 2 respondenti popsali návštěvy příbuzných v nemocnici a 2 respondenti uvedli víkendové dovolenky v doprovodu příbuzných.

Je překvapivé, že 4 z 6 respondentů PN uváděli, že zklidňující efekt na ně mají rozhovory s někým ze zdravotnického personálu, zbývající 2 respondenti kladně hodnotili návštěvy příbuzných. Následně při dalším rozhovoru již volily odpověď – režimové aktivity a při posledním rozhovoru to především byly kontakty s rodinnými příslušníky.

Z uvedených odpovědí můžeme vyvodit závěr, že pro respondenty PN je přínosné na prvním místě zklidnění formou pohovoru se zdravotnickým personálem a skupinkami s psychologem či režimovou sestrou. V závěru hospitalizace je uklidňovaly především kontakty s jejich blízkými. A to dokazuje, že podpora nemocných ze strany zdravotníků i jejich rodinných příslušníků je velice důležitá.



Graf č. 16 Důvod zklidnění – respondenti SN

Při **prvním rozhovoru** ve SN uvedli 3 respondenti, že zklidňujícím dojmem na ně působí rozhovory se zdravotnickým personálem, 3 respondenti uvedli návštěvy příbuzných.

Při **druhém rozhovoru** uvedli 2 respondenti jako důvod zklidnění rehabilitace a tím i zlepšení soběstačnosti, 3 respondenti uvedli návštěvy příbuzných a 1 respondent uvedl rozhovory se zdravotnickým personálem.

Při **třetím rozhovoru** odpovídali již jen 3 respondenti – 2 uvedli návštěvy příbuzných a 1 respondent uvedl zlepšení zdravotního stavu.

Respondenti SN popisovali při úvodních pohovorech, že je zklidňují především rozhovory se zdravotnickým personálem a návštěvy příbuzných, při druhém rozhovoru pozitivně hodnotili rehabilitační péči prováděnou pod dohledem fyzioterapeutické sestry. Většina z respondentů uváděla při předchozí otázce v rámci druhých pohovorů obavy ze ztráty soběstačnosti a ze zhoršení zdravotního stavu a právě zmíněná rehabilitace dokázala jejich stres snižovat.

Důležitá podpora pacientů ze strany ošetřujících lékařů formou poskytování informací o zdravotním stavu a plánovaných zákroků byla uvedena již v předchozí otázce.

Komparace odpovědí respondentů PN a SN na odpověď č. 12

Je překvapivé, že při prvních rozhovorech většina respondentů PN i SN uváděla shodně, že jako zklidňující pocíťují rozhovory se zdravotnickým personálem, následně to byly režimové aktivity (ve SN rehabilitace) a podpora rodinných příslušníků.

5 Diskuse

V průběhu výzkumného šetření bylo provedeno celkem 31 opakovaných rozhovorů s respondenty, se 7 respondenty byly rozhovory provedeny 3x, s 5 respondenty pouze 2x a to v závislosti na délce hospitalizace. V průběhu všech rozhovorů byl využíván tentýž dotazník.

Výzkumné šetření bylo provedeno pouze u 12 seniorů, nejedná se tedy o reprezentativní vzorek a výsledky nelze zcela zobecňovat, ale i tak výzkumné šetření přináší zajímavé postřehy. Kvantifikace rozhovorů byla použita k dokreslení zkoumané tematiky.

5.1 Komparace všech výpovědí respondentů v PN a SN v Opavě

Je možné říci, že odpovědi všech respondentů v Psychiatrické nemocnici a Slezské nemocnici v Opavě se příliš neliší. V konečném součtu všech 12 respondentů udávalo stres při svém pobytu v nemocničním zařízení, z toho 3 respondenti popisovali nadměrný stres, 3 respondenti uváděli značně silný stres, 5 respondentů pociťovalo silný stres a 1 respondent udával stres zvýšený. 10 respondentů uvedlo, že se během pobytu zhoršil jejich spánek, všem 12 respondentům byly lékařem sděleny informace o jejich zdravotním stavu a byly dostatečně vysvětleny podrobnosti o případných vyšetřeních a všichni byli spokojeni s přístupem zdravotnického personálu, celkem 7 respondentů uvádělo, že se cítí klidnější, pokud mají možnost své zdravotní problémy i jiné těžkosti probrat se zdravotnickým personálem, celkem 9 respondentů odpovídalo, že se cítí klidnější při návštěvách příbuzných a celkem 11 seniorů mělo radost z návštěv svých příbuzných. Celkem 5 respondentů pociťovalo, že je zklidňují režimové aktivity a rehabilitace.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejnáročnější je pro většinu respondentů přijetí do nemocnice, kdy je intenzita stresu největší, v průběhu hospitalizace se poté u většiny respondentů míra stresu postupně snižuje. Výpovědi jednotlivých seniorů v PN a SN jsou odlišné pouze ve specifikaci důvodu stresu. Důvodem stresu u seniorů hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici je především změna prostředí a poté

situační důvody (úmrť, dluhy, osamělost). Důvodem stresu u seniorů hospitalizovaných ve slezské nemocnici je především zhoršení zdravotního stavu, operační zákrok a změna prostředí.

Z jednotlivých rozhovorů je patrné, že respondenti pozitivně hodnotí především na počátku hospitalizace rozhovory s někým ze zdravotnického personálu, kdy mají možnost svou situaci a svůj zdravotní stav rozebrat s profesionálním pracovníkem a v důsledku toho dochází k eliminaci stresu. V průběhu druhých a třetích rozhovorů poté většina respondentů kladně hodnotila kontakty s příbuznými a zlepšování zdravotního stavu.

Dále bych poukázala na velký stresující vliv situačních faktorů, který respondenti poměrně často zmiňovali. Respondent, který zmiňoval úmrť manželky i při posledním rozhovoru ještě vykazoval zvýšený stres.

Podle Bašteckého a Kümpela (1994) může vést ztráta životního partnera u osob vyššího věku dokonce ke zvýšené úmrtnosti, přičemž riziko je nejvyšší v průběhu prvního roku.

Podle odpovědí respondentů PN můžeme považovat nabídku psychologických postupů a metod za dostatečnou a vzhledem k výše uvedenému i velmi potřebnou.

Za zajímavý je možné považovat i zjištěný fakt, že u respondentů hospitalizovaných v PN byly méně časté návštěvy příbuzných než u respondentů ve SN. Důvodem může být již zmiňovaná větší spádovost pro přijímané psychiatrické pacienty v rámci celého Moravskoslezského kraje a pro příbuzné je tak časově či finančně náročné dojíždět za respondenty do nemocnice.

V tomto ohledu velice pozitivně vnímám vytvoření nové koncepce psychiatrie – **Strategie reformy psychiatrické péče** vydané Ministerstvem zdravotnictví v říjnu 2013. Dle reformy psychiatrie je rozložení lůžkové péče v ČR velmi nerovnoměrné a regionálně se velmi liší, v českých krajích je výrazně horší oproti krajům moravským. V některých se nachází jak nemocnice/léčebna, tak lůžkové psychiatrické oddělení v nemocnici a v jiných krajích je pouze jeden lůžkový subjekt, což je nedostatečné.

Strategie reformy psychiatrické péče doporučuje například v oblasti

Dostupnosti:

- zajistit rovnoměrné pokrytí území ČR psychiatrickými službami,

- zajistit dostupnost nepřetržité psychiatrické péče ve všeoborových nemocnicích krajského typu či ve vybraných všeoborových nemocnicích (bývalých okresních nemocnicích),
- zajistit specialisty mimo jiné i v oboru gerontopsychiatrie v počtu 3,5/100 000 obyvatel,
- zajistit specialisty v oboru klinické psychologie v počtu 19/100 000 obyvatel,
- 30 – 50 % pracovníků by mělo být různou měrou vzděláno v psychoterapii <http://www.mzcr.cz/>.

Edukace:

- vytvořit vzdělávací programy a umožnit vzdělávání pracovníků v oboru psychiatrie s cílem seznámení se s novým systémem péče,
- vzdělávat praktické lékaře v oblasti psychiatrické nemocnosti,
- u bakalářských programů specializovaných na péči o duševně nemocné uplatnit výukové programy rozšiřující znalosti v oblasti duševního zdraví <http://www.mzcr.cz/>.

5.2 Zhodnocení výzkumných předpokladů

První výzkumný předpoklad zněl: **Většina seniorů v souvislosti s hospitalizací pociťuje nadměrný stres.**

Všech 12 respondentů uvádělo, že v souvislosti s hospitalizací v nemocnici pociťují stres, z toho 3 respondenti popisovali nadměrný stres, 3 respondenti uváděli značně silný stres, 5 respondentů pociťovalo silný stres a 1 respondent udával stres zvýšený. Jako příčinu stresu popisovali respondenti z PN změnu prostředí a situační faktory. Ve SN uváděli zhoršení zdravotního stavu, operační zákrok a změnu prostředí. Z uvedeného vyplývá, že **výzkumný předpoklad nebyl potvrzen**. Nadměrný stres popisovali 3 respondenti z 12.

Druhý výzkumný předpoklad byl: **Aktivity, které na oddělení probíhají, dokáží do značné míry stres eliminovat.** Celkem 5 respondentů uvádělo, že aktivity probíhající na oddělení přispívají k jejich zklidnění, uváděli především skupinky s psychologem, s režimovou sestrou a rehabilitace. **Výzkumný předpoklad není možné potvrdit**, ale i přesto je pozitivní zjištění, že aktivity jsou pro hospitalizované seniory přínosné a důležité, především proto, že dokážou vhodně vyplnit jejich volný čas a přispět tak i ke zlepšení zdravotního stavu a snížení stresu.

Třetí výzkumný předpoklad byl následující: **Pozitivním způsobem míru stresu ovlivňuje přístup zdravotnického personálu.** Z celkového počtu respondentů uvádělo celkem 12, že bylo spokojeno s přístupem zdravotnického personálu, byly jim lékařem sděleny informace o jejich zdravotním stavu a byly dostatečně vysvětleny podrobnosti o případných vyšetřeních, 7 respondentů potvrdilo, že je zklidňuje možnost rozhovoru s někým ze zdravotnického personálu. **Třetí výzkumný předpoklad byl potvrzen.**

Čtvrtý výzkumný předpoklad byl vyjádřen následovně: **Pozitivním způsobem míru stresu ovlivňuje spolupráce a podpora rodinných příslušníků.** Celkem 9 respondentů odpovídalo, že návštěvy příbuzných a víkendové dovolenky působí na jejich zklidnění, 11 respondentů uvádělo, že mají radost z návštěv příbuzných. **Čtvrtý výzkumný předpoklad byl potvrzen.**

5.3 Doporučení pro praxi

Na základě provedeného výzkumného šetření, teoretických poznatků, praktických zkušeností s nemocnými a také na základě uvedených 12 kazuistik a výsledků rozhovorů bylo vypracováno následující doporučení pro praxi. Myslím, že plnění těchto doporučení dokáže do značné míry eliminovat stres u hospitalizovaných seniorů.

Mezi tato doporučení patří:

- profesionální a citlivý přístup zdravotnických a pečujících pracovníků,
- odborné vzdělávání pracovníků v pomáhajících profesích,

- poskytnutí informací pacientům o zdravotním stavu (v PN v rámci možností vzhledem k akutnímu stavu při přijetí),
- edukace seniorů již v ambulancích praktického lékaře a odborných ambulancích – pokud se jedná o operační zákroky, čímž by mohl být nadměrný stres před zákrokem eliminován,
- podpora seniorů ze strany odborného personálu, vzbuzení pocitu důvěry, bezpečí a ochoty naslouchat a pomáhat
- dostatečná podpora seniorů ze strany příbuzných, v případě méně spolupracujících příbuzných – edukace ze strany zdravotníků (vysvětlení vhodnosti návštěv, procházek po parku, v PN – víkendové dovolenky domů).

Závěr

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zmapování problematiky stresu u 12 respondentů – seniorů v souvislosti s jejich hospitalizací v nemocnici. Bylo prováděno na základě studia dokumentace, rozhovorů se zdravotnickým personálem a rozhovorů s hospitalizovanými seniory. Zjištěné údaje byly použity k vypracování kazuistik a výstupů z jednotlivých rozhovorů. Následně byly jednotlivé výsledky z psychiatrické nemocnice a slezské nemocnice porovnány. Z výzkumného šetření vyplývá, že odpovědi respondentů v PN a SN se příliš neliší. Z odpovědí seniorů je patrné, že hospitalizace v nemocnici je pro ně stresujícím faktorem a oni sami pozitivně hodnotí především profesionální přístup zdravotnických pracovníků a možnost o svých problémech s někým z personálu komunikovat. Zklidňující efekt má na seniory bezpochyby i blízký kontakt s jejich rodinnými příslušníky a zlepšování zdravotního stavu.

Do budoucna je možné z těchto výsledků čerpat a provést dodatečně i kvantitativní výzkumné šetření u většího počtu respondentů. Musíme brát v úvahu i rizikové faktory, které mohly rozhovor s respondenty ovlivnit a v konečném důsledku mohly jejich výpovědi zkreslit. V některých případech byl rozhovor pro seniory zdoluhavý a spolupráce byla tímto ztížená, u dvou respondentů bylo nutné rozhovor opakovat z důvodu jejich zdravotního stavu. To vše mohlo do jisté míry zjištěné výsledky negativně ovlivnit.

Stáří a stárnutí je v dnešní době velice aktuální téma, úzce souvisí se změnami zdravotního stavu a s nástupem nemocnosti a proto je vhodné, aby s uvedenou problematikou byli důkladně seznamováni pracovníci zdravotnických a sociálních profesí. Důraz by měl být kladen především na vzdělávání pracovníků, kteří vykonávají lékařské, ošetrovatelské a pečující povolání s cílem zajistit co nejprofesionálnější přístup k nemocným jak po odborné, tak i po lidské stránce.

Dle článku Onodiové (2013) a jejího výzkumného šetření sehraje zdravotnictví a ošetrovatelství významnou roli v životě seniorů. Většina seniorů se léčí současně s více nemocemi, poměrně často navštěvují zdravotnická zařízení a oceňují úlohu zdravotníků nejen díky výkonům, ale i díky výborné komunikaci mezi nimi. Postoj důchodců ke zdravotníkům je zde hodnocen velmi pozitivně. Zdraví jako takové pro

důchodce nepředstavuje pouze prázdný pojem, je to „zdraví“, které v jejich životě znamená skutečně mnoho, protože se od něj odvíjí vlastně všechno ostatní. Starší lidé se chtějí starat o své zdraví a projevují zájem o vše, co souvisí s udržení si dobrého zdraví.

Souhrn

Diplomová práce uvádí teoretické poznatky o stáří a stárnutí, popisuje pojetí a příznaky stresu, zvládání zátěže a stresových reakci obecně a konkrétně v období stáří a stárnutí. Blíže specifikuje nemocniční péči o geriatrického pacienta, pojetí člověka ve stavu zdraví a nemoci a aktivizaci a podporu aktivit ve stáří.

Praktická část obsahuje vlastní šetření, které probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů se seniory, rozhovorů se zdravotnickými pracovníky a studia zdravotnické dokumentace. Na základě tohoto šetření bylo zpracováno 12 kazuistik a vyhodnocení a srovnání jednotlivých rozhovorů. V závěru praktické části je uvedeno doporučení pro praxi. Dodržování těchto postup by mělo napomáhat zkvalitnit péči o geriatrické pacienty a eliminovat tím i míru jejich stresu v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení.

Summary

This thesis presents theoretical knowledge about age and aging, describes the concept and symptoms of stress, coping and stress response in general and in old age and aging. Specifies in the hospital care of the geriatric patient, the concept of man in a state of health and disease activation and support activities for the elderly. The practical part contains its own investigation, which took the form of semi-structured interviews with seniors, interviews with health workers and study of medical records. On the basis of this investigation was handled 12 cases and the evaluation and comparison of individual interviews. In conclusion, the practical part presents recommendations for practice. Compliance with these procedures should help improve the care of geriatric patients and thereby eliminate their degree of stress during hospitalization.

Referenční seznam

a) knižní publikace, časopisy

1. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-550-4.
2. BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q. 1994. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-070-8.
3. BROCKET, S. 1993. *Ovládání stresu*. Praha: Melantrich. ISBN 80-7023-19-9.
4. ČERNÁ, M. 2009. *Životní bilance ve stáří*. Ostrov: Výbor dobré vůle. ISRC. Bez ISBN
5. ČEVELA, R., KALVACH, Z. 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-8709-19-9.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-90-8.
8. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
9. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: ČALS. ISBN 80-86541-12-6.
10. HOŠEK, V. 1999. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-889-1.
11. CHARVÁT, J. 1973. *Život, adaptace a stress*. Praha: Avicenum. ISRC bez ISBN
12. JOSHI, V. 2005. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. ISBN 97-80-73-67-21-9.
13. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
14. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. 2006. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
15. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. 2004. *Geriatry a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
16. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-24-90-4.
17. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 97-80-247-2169-9.

18. KŘIVOHLAVÝ, J. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Avicenum. ISBN 80-7169-121-6.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
21. LAZARUS, A. 2004. *101 strategií jak se nezbláznit v šíleném světě*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-834-1.
22. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
23. MELGOSA, J. 1999. *Zvládni svůj stres!* Praha: Advent – Orion. ISBN 80-7172-240-5.
24. MLČÁK, Z. 2007. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2007. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-035-1.
25. PACOVSKÝ, V. 1994. *Geriatric*. Praha: Scientia Medica. ISBN 80-85526-32-8.
26. PALMORE, E. 1999. *Ageism Negative and Positive*. New York: Springer Publishing Company, ISBN 0-8261-7002-1.
27. PAULÍK, K. 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2559-6.
28. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178.
29. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. 2001. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada. ISBN. 80-247-0068-9.
30. SEEFELDT, D. 1982. *Nebojte sa stresu*. Bratislava: Pravda. ISCR bez ISBN.
31. STUART-HAMILTON, I. 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178 274-2.
32. SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0335-3.
33. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-737-313-0.
34. TOŠNEROVÁ, T. 2002. *Ageismus*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. ISBN 80-238-9506-0.
35. VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

36. VENGLÁŘOVÁ, M, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-24-2170-5.
37. VYMĚTAL, J, 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.
38. ZACHAROVÁ, E., HERMANNOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

b) elektronické zdroje

- 1) *Psychiatrická nemocnice* [online]. [cit. 2014-04-04]. Dostupné z: <http://www.pnopava.cz/>
- 2) *Slezská nemocnice* [online]. 2012 [cit. 2014-04-04]. Dostupné z: <http://www.nemocnice.opava.cz/>
- 3) *ministerstvo zdravotnictví* [online]. 2012 [cit. 2014-06-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/>
- 4) ONODIOVÁ, I. *Senioři versus zdravé stárnutí*. [online] Sestra. Praha 2013 [cit. 2014-06-20] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/seniori-versus-zdrave-starnuti-470125>

Seznam zkratek

PN psychiatrická nemocnice

SN slezská nemocnice

JIPP jednotka intenzivní psychiatrické péče

Seznam grafů

| | |
|---|----|
| Graf č. 1 Radost z návštěv – respondenti PN | 77 |
| Graf č. 2 Radost z návštěv – respondenti SN | 77 |
| Graf č. 3 Frekvence návštěv – respondenti PN | 79 |
| Graf č. 4 Frekvence návštěv – respondenti SN..... | 79 |
| Graf č. 5 Orientace na oddělení – respondenti PN | 82 |
| Graf č. 6 Orientace na oddělení – respondenti SN | 82 |
| Graf č. 7 Spokojenost s nabídkou denních aktivit – respondenti PN | 85 |
| Graf č. 8 Spokojenost s nabídkou denních aktivit – respondenti SN | 85 |
| Graf č. 9 Zhoršení spánku – respondenti PN | 87 |
| Graf č.10 Zhoršení spánku – respondenti SN | 87 |
| Graf č.11 Míra stresu – respondenti PN | 89 |
| Graf č.12 Míra stresu – respondenti SN | 89 |
| Graf č.13 Důvod stresu – respondenti PN | 91 |
| Graf č.14 Důvod stresu – respondenti SN | 91 |
| Graf č.15 Důvod zklidnění – respondenti PN | 93 |
| Graf č.16 Důvod zklidnění – respondenti SN | 93 |

Seznam cizích slov

| | |
|---------------------|--|
| ontogeneze | průběh vývoje lidského jedince |
| aspirace | snaha, usilování |
| expektace | očekávání, předpoklad |
| distální efekty | okrajové, vzdálené efekty |
| proximální efekty | bližší efekty |
| probalistické znaky | pravděpodobnostní znaky |
| sociální exkluze | sociální vyloučení |
| fyzionomie | podoba, výraz |
| alopecie | vypadávání vlasů |
| segregace | oddělení, vyloučení |
| integrace | začlenění |
| homeostáza | stálost proměnlivých veličin v organismu |
| neurohumorální | mající vztah k nervovému systému |
| promiscue | ve shodném významu |
| konfúze | zmatek, chaos |
| fylogenetický | historický vývoj od jednodušších k složitějším |
| sublimace | přenesení zájmu přijatelným směrem |
| maladaptivní | nepřizpůsobivý |
| polymorbidita | větší počet chorob a zdravotních komplikací |
| ergoterapie | léčebná metoda – léčba prací, zaměstnáváním |
| arteterapie | léčba prostřednictvím výtvarných aktivit |
| canisterapie | léčebný kontakt člověka a psa |
| reciproční vztah | vzájemný vztah |

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Evropská charta práv pacientů seniorů

Příloha č. 2 – Desatero komunikace se seniory – geriatrickými pacientky se zdravotním postižením

Příloha č. 3 – Otázky pro rozhovor se seniory

Příloha č. 4 – Souhlas ředitele Psychiatrické nemocnice v Opavě se zpracováním výzkumného šetření

Příloha č. 5 – Souhlas náměstkyně ošetrovatelské péče Slezské nemocnice v Opavě se zpracováním výzkumného šetření

Příloha č. 1

Evropská charta práv pacientů seniorů

Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče. Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

1. Obecné zásady

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl. Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vznikložitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejich možných rizik
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama

- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

3. Podpora zdraví

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života
- o zdravé výživě
- o pohybovém režimu a cvičení
- a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

4. Léky

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci.

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

5. Transport

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem • že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější

6. Zdravotní problémy

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a

to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého

Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných. Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích - např. nouzové volání s čídem na těle k přivolání pomoci.

Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolicí, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení. V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

7. Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař. V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu

že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů

že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy

že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta

že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení

že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav

8. Zotavení a rehabilitace

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu. Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života

- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

9. Propuštění z nemocnice

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta.. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.
- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.
- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

10. Denní centra

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám

11. Respítní péče

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost. Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok:

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař nebo tým domácí péče
-
- na dva až tři týdny respítní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

12. Komunitní a sociální služby

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru
- domácí péče
- noční „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)
- pomůcky pro inkontinentní
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- praní prádla
- fyzioterapie
- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy

- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

13. Změna domova

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci. Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje. V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv
- pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České Alzheimerovské společnosti.

Příloha č. 2

DESATERO komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme zdětinšňování starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
3. Při komunikaci s pacienty a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme jeho důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na papír.
6. Aktivně a taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na lůžko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnucujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka).
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti seniora nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

Příloha č. 3

Otázky k rozhovoru se seniory

1) Pociťujete v souvislosti s hospitalizací strach a úzkost?

- Ano
- Ne

2) V případě kladné odpovědi uveďte, jak velké pocity strachu a úzkosti jsou

1 2 3 4 5

3) Co Vám působí největší stres?

- Změna domácího prostředí na nemocniční
- Změna režimu
- Ztráta soukromí
- Společné sprchy a WC
- Plánovaná vyšetření
- V případě zhoršení fyzického stavu ztráta soběstačnosti a závislost na zdravotnickém personálu

4) Byly Vám ošetřujícím lékařem sděleny informace o Vašem zdravotním stavu?

- Ano
- Ne

5) Byly Vám dostatečně vysvětleny podrobnosti o případných plánovaných vyšetřeních?

- Ano
- Ne

6) Jak často Vás navštěvují Vaši příbuzní a známí?

7) Máte radost, když Vás příbuzní navštíví nebo zavolají?

- Ano
- Ne

8) Zhoršil se v souvislosti s hospitalizací Váš spánek?

- Ano
- Ne

9) V případě kladné odpovědi - jaké jsou důvody Vaší nespavosti?

- Změna prostředí – pobyt v nemocnici
- Zhoršený zdravotní stav
- Hluk na oddělení (na pokoji)
- Mívám problémy se spánkem

10) Kdo Vám nejvíce pomohl orientovat se na oddělení?

- Lékař
- Zdravotní sestry
- Ošetřovatelé
- Ostatní pacienti
- Všichni

11) Jaký je přístup zdravotnického personálu k Vaší osobě

- Dobrý
- Spíše dobrý
- Spíše špatný
- Špatný

12) U odpovědi špatný a spíše špatný, prosím, blíže specifikujte.

13) Máte rozpory se spolupacienty?

- Ano
- Ne

14) V případě kladné odpovědi blíže uveďte:

15) Jste spokojen/a s nabídkou denních aktivit na oddělení?

Ano

Ne

Nezapojuji se

16) Které aktivity hodnotíte kladně?

17) Co nejvíce působí na Vaše zklidnění během hospitalizace?

- rozhovor s někým ze zdravotnického personálu
- rozhovor se spolupacienty
- návštěvy příbuzných
- zlepšení mého zdravotního stavu
- zlepšení spánku
- procházky v parku psychiatrické nemocnice
- víkendové dovolenky domů – v okruhu příbuzných
- režimové aktivity na oddělení

18) Je něco, co byste na oddělení změnili?

19) pohlaví

20) věk

21) místo bydliště: město/venkov

22) společná domácnost – sám/ s dětmi/ s partnerem/ jinak

23) nejvyšší vzdělání

Příloha č. 4

Ředitelství PN Opava
MUDr. Ivan Drábek

Žádost o souhlas se zpracováním diplomové práce a kazuistik v Psychiatrické nemocnici v Opavě

Obracím se na Vás s žádostí o udělení souhlasu se zpracováním diplomové práce na téma **„Hospitalizace seniorů jako stresový faktor a možnosti jeho eliminace.“** Obsahem mé diplomové práce je problematika hospitalizace seniorů a stresu, který souvisí s umístěním seniora v nemocnici. Cílem je zmapování možností, kterými lze stres minimalizovat. V praktické části budu zpracovávat kazuistiky jednotlivých pacientů a výsledky standardizovaných rozhovorů se seniory. Konzultantem mé diplomové práce je PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková z pedagogické fakulty Univerzity Palackého Olomouc.

Děkuji za vstřícnost.

V Opavě dne 1.7.2013

Bc. Dagmar Dostálíková
sociální pracovnice prim. G

Vyjádření ředitele PN Opava.....

Psychiatrická nemocnice v Opavě
Olomoucká 305/88, 746 01 Opava
IČ: 00844004, DIČ: CZ00844004

Příloha č. 5

Náměstek ředitele pro nelékařská zdrav. povolání
Mgr. Lenka Hanková
Státní Slezská nemocnice v Opavě
Olomoucká 86
746 01 Opava

V Opavě dne 6. 11. 2013

Věc:
Žádost o provedení dotazníkového šetření

Vážená paní náměstkyně,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace dotazníkového šetření.

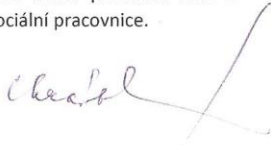
Jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia na Univerzitě Palackého v Olomouci na Pedagogické fakultě Katedry antropologie a zdravotní péče. Dotazníkové šetření využiji ve své diplomové práci na téma: Hospitalizace seniorů jako stresový faktor a možnosti jeho eliminace. Zjištěné výsledky budou anonymní a budou použity pouze pro studijní účely.

Cílem diplomové práce je zjistit míru stresu při hospitalizaci seniorů v zařízeních zdravotnické péče a účinnost metod, které napomáhají jeho snížení. Dotazníkové šetření budu provádět také v Psychiatrické nemocnici v Opavě, kde jsem zaměstnána jako zdravotně sociální pracovnice.

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková Ph.D.

Předem děkuji za ochotu a vstřícnost.

Bc. Dagmar Dostálíková
nám. sv. Hedviky 15
746 01 Opava


UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
studijní oddělení
771 40 OLOMOUČ, Žižkovo nám. 5

Tel.: 777 004 783

Vyjádření vedení zařízení:

2.12.2013

Schváleno v uvedeném rozsahu

Mgr. HANKOVÁ Lenka
náměstek pro nelékařská zdravotní povolání
Státní Slezská nemocnice v Opavě
Olomoucká 86, 746 01 OPAVA

dostalikova@proopava.cz

ANOTACE

| | |
|--------------------------|---|
| Jméno a příjmení: | Bc. Dagmar Dostalíková |
| Katedra: | Katedra antropologie a zdravotní vědy |
| Vedoucí práce: | PaedDr. et. Mgr. Marie Chrásková, Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2014 |

| | |
|------------------------------|--|
| Název práce: | Hospitalizace seniorů jako stresový faktor a možnosti jeho eliminace |
| Název v angličtině: | Hospitalization of seniors as a stress factor and its possible elimination |
| Anotace práce: | <p>Diplomová práce uvádí teoretické poznatky o stáří a stárnutí, popisuje pojetí a příznaky stresu, zvládání zátěže a stresových reakcí obecně a konkrétně v období stáří a stárnutí. Blíže specifikuje nemocniční péči o geriatrického pacienta, pojetí člověka ve stavu zdraví a nemoci a aktivizaci a podporu aktivit ve stáří.</p> <p>Praktická část obsahuje vlastní šetření, které probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů se seniory, rozhovorů se zdravotnickými pracovníky a studia zdravotnické dokumentace. Na základě tohoto šetření bylo zpracováno 12 kazuistik a vyhodnocení a srovnání jednotlivých rozhovorů. V závěru praktické části je uvedeno doporučení pro praxi. Dodržování těchto postupů by mělo napomáhat zkvalitnit péči o geriatrické pacienty a eliminovat tím i míru jejich stresu v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení.</p> |
| Klíčová slova: | Senior, geriatrický pacient, hospitalizace, stres, zvládání stresu, aktivity, eliminace stresu. |
| Anotace v angličtině: | This thesis presents theoretical knowledge about age and aging, describes the concept and symptoms of stress, coping and stress response in general and in old age and aging. Specifies in the hospital care of the geriatric |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <p>patient, the concept of man in a state of health and disease activation and support activities for the elderly. The practical part contains its own investigation, which took the form of semi-structured interviews with seniors, interviews with health workers and study of medical records. On the basis of this investigation was handled 12 cases and the evaluation and comparison of individual interviews. In conclusion, the practical part presents recommendations for practice. Compliance with these procedures should help improve the care of geriatric patients and thereby eliminate their degree of stress during hospitalization.</p> |
| Klíčová slova v angličtině | Senior, geriatric patient, hospitalization, stress, stress management activities, stress elimination. |
| Přílohy vázané v práci: | <p>Příloha č. 1 – Evropská charta práv pacientů seniorů</p> <p>Příloha č. 2 – Desatero komunikace se seniory – geriatrickými pacienty se zdravotním postižením</p> <p>Příloha č. 3 – Otázky pro rozhovor se seniory</p> <p>Příloha č. 4 – Souhlas ředitele Psychiatrické nemocnice v Opavě se zpracováním výzkumného šetření</p> <p>Příloha č. 5 – Souhlas náměstkyně ošetrovatelské péče Slezské nemocnice v Opavě se zpracováním výzkumného šetření</p> |
| Rozsah práce: | 116 stran |
| Jazyk práce: | Čeština |