



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Sestra jako opora seniora při dlouhodobé
hospitalizaci**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Michaela Tušlová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph. D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Sestra jako opora seniora při dlouhodobé hospitalizaci jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2017

.....

podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové Ph. D. za odborné vedení bakalářské práce, za spolupráci, především však za trpělivý přístup, cenné rady a věcné připomínky.

Sestra jako opora seniora při dlouhodobé hospitalizaci

Abstrakt

Tato bakalářská práce „Sestra jako opora seniora při dlouhodobé hospitalizaci“ je členěna na část teoretickou a empirickou. Zabývá se problematikou dlouhodobé hospitalizace seniorů na oddělení následné péče. Zejména oporou seniorů ze strany sester a jejich vzájemnými vztahy.

Byly stanoveny 3 cíle. Zjišťováno bylo, jak vnímají seniori sestry, které o ně pečují. Dále v jakých oblastech jsou sestry seniorům oporou a jakými formami se snaží být oporou pro seniory. Šetření se zúčastnilo 10 sester pracujících na oddělení následné péče a 5 seniorů hospitalizovaných na oddělení následné péče. Využito bylo kvalitativního výzkumu, metody dotazování, techniky polostrukturovaných rozhovorů. Získané informace byly analyzovány, bylo využito otevřené kódování, metoda tužka a papír. V rámci kategorizace dat vzniklo 6 kategorií a 10 podkategorií.

Z výsledků práce je patrné, že sestry se snaží svým pacientům být oporou. Podle výsledků šetření jsou patrné nedostatky. Většina seniorů vnímá sestry kladně. Vděk k pečujícím sestřím byl jednoznačně vnímán ve většině případů. Někteří seniori se setkali s negativním chováním, s devalvujícím oslovením, dokonce i s konfliktní situací. Sestry podporují seniory po psychické stránce, pečují o základní potřeby, dále je podporují v rámci udržení soběstačnosti. Zjištění poukazuje na to, že většina sester jedná s pacienty s respektem, snaží se zajistit soukromí, naslouchat a být nápomocná.

Byl vytvořen krátký edukační materiál. Materiál by mohl být dále publikován ve formě letáku či jako článek v odborném časopise. Sestrám by pomohl najít správný přístup k seniorům.

Klíčová slova

Dlouhodobá hospitalizace; komunikace; opora; ošetřovatelství; senior; sestra

Nurse as a support of long - term hospitalized senior

Abstract

This thesis "Nurse as a support of long-term hospitalized senior" is divided into a theoretical and an empirical part. It deals with the issue of long-term hospitalization of seniors at the aftercare department, especially with the nurses' support to seniors and their interrelationships.

Three main goals were appointed. It was examined how the seniors perceive nurses who takes care of them. Then in which areas nurses are supportive and which techniques they try to use to be a support for seniors. Ten nurses working in aftercare department and five hospitalized seniors of aftercare department participated in this research. There were used methods such as a qualitative research, a method of questioning and a technology of semi - structured interviews. Collected information were analyzed and encoded, was used open encoding, pen and paper method.

In the context of categorization, there six categories and ten subcategories were created.

From the results of the thesis there is evident that nurses try to be a support. According to the research results, insufficiencies are evident. Most seniors perceive the nurses positively. In majority, gratitude toward nurses was perceived by seniors. Some seniors met with negative behavior, with devaluing addressing, even with conflict situation.

Nurses support seniors in psychological aspects, take care of their basic needs, they also try to keep them self-sufficient. The results show, that most nurses acts with respect, try to ensure privacy and be helpful.

Was created brief educational material. Then the material could be published in the form of a leaflet or as an article in the academic magazine. It could help nurses to find the proper attitude to seniors.

Key words

Long - term hospitalization; communication; support; nursing, a senior; a nurse

Obsah:

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV.....	8
1. 1 Stáří	8
1. 1. 1 Stárnutí populace	8
1. 1. 2 Změny doprovázející stáří	10
1. 1. 3 Ageismus	11
1. 1. 4 Adaptace na stáří.....	13
1. 2 Ošetrovatelský proces v péči o seniory.....	14
1. 3 Komunikace	15
1. 3. 1 Komunikace v ošetrovatelském procesu obecně.....	16
1. 3. 2 Komunikace sestry s geriatrickým pacientem.....	17
1. 3. 3 Sestra jako seniorův motivační prvek	18
1. 3. 4 Komunikační bariéry mezi sestrou a seniorem	19
1. 4. Potřeby.....	22
1. 4. 1 Potřeby hospitalizovaného seniora.....	24
1. 4. 2 Vliv nemoci na potřeby jedince, nenaplnění potřeb.....	25
1. 4. 3 Prevence vzniku hospitalizmu u seniorů	26
1. 5 Etický aspekt péče o hospitalizovaného seniora.....	27
1. 5. 1 Etický kodex sester	28
1. 5. 2 Práva hospitalizovaných pacientů	28
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
2. 1 Cíle práce.....	30
2. 2 Výzkumné otázky.....	30
3. OPERACIONALIZACE POJMŮ	31
4. METODIKA PRÁCE	32
4. 1 Metodika a technika výzkumného šetření.....	32
4. 2 Charakteristika výzkumného souboru.....	33
5. VÝLEDKY	34
5. 1. Kategorizace výsledků	34
6. DISKUZE	56
7. ZÁVĚR	64
8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Práce sestry je obecně velmi náročné povolání. Pro sestru a její ošetrovatelské činnosti se stává prioritou nemocný člověk se všemi potřebami. Vzhledem k faktu, že naše populace neustále stárne, stále častěji se sestra setkává s hospitalizovanými seniory. V rámci mé bakalářské práce bude šetření zaměřeno na to, jakým způsobem se sestra stává oporou pro dlouhodobě hospitalizovaného seniora, na oddělení následné péče. Jedná se o velmi křehkou a lehce zranitelnou věkovou skupinu, která vyžaduje speciální péči. Zejména v době, kdy nastanou zdravotní potíže. Každá sestra by měla znát změny, které souvisí se stárnutím člověka, měla by umět navázat kontakt s pacientem pokročilejšího věku, být oporou a motivovat ke spolupráci. Sestra by měla ovládat specifika komunikace se seniory, znát případné komunikační bariéry. Vědět jaké potřeby nemocný senior má, jaké jsou pro něho v dané situaci nejdůležitější a jakým způsobem je má uspokojovat. Obecné zásady chování sester k pacientům byly přijaty Mezinárodní radou sester a jsou podrobně popsány v Etickém kodexu. Podle tohoto kodexu mezi základní povinnosti sester patří podpora zdraví nemocného, předcházení nemocem, navrácení zdraví a také zmírnění utrpení nemocného člověka. Hospitalizace je obecně pro každého člověka zátěžovou situací. Sestra by proto měla být pro hospitalizovaného člověka oporou. Sestra by měla pacienty, o které pečuje dobře znát. Oddělení následné péče se liší od akutních oddělení, kde se pacient nestihne adaptovat a už je překládán na další oddělení. Sestra nemá být osoba, ze které bude mít pacient strach, měla by být osobou, na kterou se pacient nebude bát obrátit s prosbou či přáním.

Práce nese název: Sestra jako opora seniora při dlouhodobé hospitalizaci. Toto téma jsem si nevybrala náhodou, navazuje na mou praxi, kdy se převážně setkávám s pacienty vyššího věku. V rámci teoretické části bakalářské práce popíši věkové období stáří, změny ve stáří, osobnost sestry, vztah mezi sestrou a pacientem seniorem. Dále se budu věnovat potřebám a jejich uspokojování, představím pojem ageismus a nakonec se budu zabývat etickým aspektem péče a právy hospitalizovaných pacientů. V praktické části je naším cílem zmapovat postoj hospitalizovaných seniorů k sestrami na oddělení následné péče. Dalším cílem je zjistit, v jakých oblastech se sestry snaží být pacientům oporou. Bude využito výzkumu kvalitativního, metody dotazování, techniky polostrukturovaných rozhovorů.

1. SOUČASNÝ STAV

1. 1 Stáří

Stáří je poslední fází lidského života. Předpokládá se, že již proběhla všechna stádia rozvoje schopností, tato fáze se někdy nazývá jako fáze postlatentní (Vágnerová, 2007). Toto stádium ukončuje a završuje celý lidský život (Čevela a Čeledová, 2014). O začátku stáří se mluví od 65. roku, samotné stáří nastupuje kolem 75. roku života. Projevy stárnutí jsou individuální (Kalvach et al., 2008). Podle Světové zdravotnické organizace se stáří dělí následovně. Nejprve se mluví o raném stáří (tzv. presenium), které se vymezuje od 65 do 74 let. Po raném stáří nastupuje vlastní stáří - senium. Nad 90 let věku se hovoří o dlouhověkosti (Navrátil, 2008). Vágnerová (2007) dělí stáří pouze na dvě období. První je rané stáří popisuje od 65 let do 74 let věku. Druhým obdobím je podle ní pravé stáří, nad 75 let věku jedince. Langmeier a Krejčířová (2006) rozdělují stáří jednodušším způsobem, a to na časně a vysoké. Na druhé straně proces stárnutí začíná již od narození, pronásleduje nás po celý život a nelze jej žádným způsobem zastavit. Jedná se o proces involuční (Křivohlavý, 2011). Németh (2009) uvádí následující dělení věku. Podle něho se věk rozlišuje na věk chronologický, funkční, biologický, psychologický a sociální. Etapa stáří by neměla být brána pouze jako konečná fáze života. Je stejně důležitá jako každá jiná fáze lidského bytí. Období stáří může trvat 30 - 40 let. Teprve smrt samotná je koncem lidského bytí (Klevetová a Dlabalová, 2008). Stáří lze chápat jako součást vývoje osobnosti a životního příběhu jedince. Největší potřebou starých lidí je být uznávaný jako svérázný jedinec (Čevela a Čeledová, 2014).

1. 1. 1 Stárnutí populace

Skutečnost je taková, že lidská populace neustále stárne. Tento trend prostupuje všemi zeměmi světa. Podle Českého statistického úřadu bylo v roce 2016 procentuální zastoupení lidí nad 65 let v České Republice 18,3 %. Statistika v roce 2000 publikovala 13,8% (ČSÚ, 2017). Téměř 40 % starších dospělých za svůj život stráví nějaký čas v zařízení dlouhodobé péče (Rosowsky et al., 2009). I přesto, že se neustále zlepšuje zdravotní i funkční stav nově stárnoucích v hospodářsky vyspělých zemích, včetně naší republiky. Zlepšují se životní podmínky, tím pádem se prodlužuje délka dožití. Tato situace má za následek neustálou potřebu zdravotní a sociální péče (Čevela a Čeledová, 2014). V roce 2011 došlo v České republice ke změně důchodového věku,

podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění podle §32 (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Změna znění zákona se dotýká všech občanů, kromě lidí narozených před rokem 1936, zde zůstává rok odchodu do starobního důchodu stejný. Tento zákon prošel změnami v roce 2010, platné znění nabylo plné účinnosti až 30. 9. 2011 (Zákon č. 155/1995 Sb.).

U občanů narozených před rokem 1936 je věk odchodu do starobního důchodu stejný, jak již bylo zmíněno. U mužů je to v 60. roce věku. U žen narozených před rokem 1936 se bere ohled na počet vychovaných dětí.

Pokud žena nevychovala dítě žádné, jde do penze v 57 letech. Žena s jedním dítětem v 56 letech, se dvěma dětmi v 55 letech, se třemi či čtyřmi v 54 letech. Pokud žena za svůj život vychová pět a více dětí, věk odchodu do starobního důchodu se snižuje na 53. rok života. U mužů narozených v letech 1936 - 1977 se odchod do důchodu neustále oddaluje, stanovuje se tabulkově. Muži rození v roce 1936 odchází do důchodu o 2 měsíce déle, než muži narození před tímto letopočtem. Znamená to, že muži narození v roce 1941 jdou do důchodu v 61 letech, protože se k 60 přičte 12 měsíců. Muž narozený v roce 1977 má hranici odchodu do důchodu stanovenou dokonce na 67. rok života. U žen narozených po roce 1936 se změny týkají až žen, které se narodily v roce 1939 a déle. U žen 1936 - 1938 platí to samé, jako u žen do roku 1936. Bezdětná žena narozená roku 1939 půjde do důchodu v 57 letech a čtyřech měsících. Čím je bezdětná žena mladší, připočítávají vždy další 4 měsíce každý rok. Bezdětná žena narozená v roce 1997 půjde do starobního důchodu ve stejném roce jako muž, tedy v 67. roce. Stejně je to u žen, které mají děti. Mladším ročníkům se již nebere ohled na počet dětí. Ženy s dětmi narozené v roce 1997 jdou do důchodu stejně jako ženy bezdětné. Pro občany narozené po roce 1977 již tabulkové vymezení odchodu do starobního důchodu není. K věku 67 let se přičte počet kalendářních měsíců odpovídající dvojnásobku rozdílu mezi rokem narození daného pojištěnce a rokem 1997 (ČSSZ, aktualizováno 12/2016).

Vzdělávání specialistů v gerontologii nekorresponduje s poptávkou této péče, která je vzhledem ke stárnoucí populaci stále větší a větší. Výchova nových geriatrů je cílená. Péče by se měla soustředit na vedení edukačních programů a celoživotní péči o zdravotní stav. Tím pádem na zvyšování kvality životů seniorů. Důležité je také, aby poskytovatelé této péče ovládali náležitě dovednosti (Warshaw a Bragg, 2016).

1. 1. 2 Změny doprovázející stáří

Člověk jako jedinec stárne ve třech oblastech. Involuční změny se týkají složky biologické, psychické a také sociální oblasti každého individua (Németh, 2009). Biologické involuční změny neprobíhají u každého člověka stejně. Záleží především na dosavadním životním stylu a na genetických dispozicích. Lidský organismus prodělává zpomalení funkcí, dále ztrácí plnohodnotnou schopnost funkce biologických adaptačních mechanismů. Tyto změny postihují všechny orgánové systémy a tkáň lidského těla. Obecným rysem biologického stárnutí je atrofie tkání a orgánů (Klevetová a Dlabalová, 2008). Z morfologického hlediska je tato atrofie fyziologická. Většinou je přiměřená danému věkovému období (Čevela a Čeledová, 2014). Nejvíce ohroženým orgánem, který postihuje atrofie je mozek. Vysoce specifická tkáň mozku je, stejně jako ostatní tkáň v involučním procesu, nahrazována tkání pojivovou, správným tréninkem a motivací lze správnou činnost mozku udržet, nebo alespoň zlepšit (Klevetová a Dlabalová, 2008). „*V ČR každý pátý senior trpí mírnou kognitivní poruchou – lehkým stupněm kognitivního postižení – a zhruba 100 tisíc seniorů trpí těžkými poruchami paměti a dalších mozkových funkcí – demencí*“ (Vašířová, 2012, s. 24). Nejnápadnější jsou změny na kůži a na pohybovém aparátu, protože tyto změny zrakem zpozorujeme rychleji než ostatní (Mlýnková, 2011).

V dnešní době, kdy je medicína zaměřena nejvíce na symptomy, a to převážně na ty objektivní, se může pacientovi zdát, že je to všechno, co personál považuje za důležité. Často převažuje soustředění se pouze na stav somatický, opomíjen je stav psychický (Venglářová, 2007). Psychické změny se individuálně liší u každého jedince. Obecně pozorujeme změny kognice, dále se snižuje pružnost myšlenkových pochodů a celkově psychická vitalita. Oproti těmto změnám často pozorujeme zlepšení psychických pochodů jako je trpělivost či rozvaha (Mlýnková, 2011). Postoje a životní hodnoty a názory jsou většinou formované a z časového hlediska stálejší (Németh, 2009). Laická veřejnost si často pod pojmem psychické změny ve stáří představí změny povahy známého člověka. Do popředí osobnosti se někdy dostávají negativní vlastnosti. Psychické změny v kombinaci se změnami sociálními značně ztěžují život seniorovi. Toto chování se zvláště projeví při změně přirozeného prostředí, zhoršuje se adaptace na jiné prostředí. Na rozdíl od chorob duševních jsou v určitém rozsahu psychické změny fyziologickými involučními změnami, proto je nutné toto rozlišit (Venglářová, 2007). S přibývajícím věkem je poškozena tzv. novopaměť. Znamená to, že pro stárnoucího

člověka je mnohem těžší zapamatovat si události nové. Pro seniora je mnohem lehčí vybavit si události staršího data (Németh, 2009). Se starším věkem se objevují tzv. reminiscence. Vyskytují se nejvíce kolem 60. roku života. Znamená to, že se vybavují události z minulosti, o které však člověk vůbec neusiloval (Vágnerová, 2007). Typické pro seniorský věk, je, že mají rádi svůj klid a pohodu. Dá se říci, že si libují ve stereotypních situacích. Důležitým prvkem při práci s pacientem seniorem je motivace, motivací by sestra neměla při práci se seniorem šetřit (Mlýnková, 2011).

Změny v sociální oblasti nejsou malé. Často se pojí s nedostatkem finančních prostředků, souvisí to s odchodem do starobního důchodu, změnou životního stylu, bydlení, sociální role. Není neobvyklé, že někteří senioři jsou až frustrováni nedostatečnými prostředky, což může vést až k nedůstojnému stáří. V dnešní době, vzhledem k uspěchanému životnímu stylu, se stále častěji setkáváme s pojmem ageismus (Németh, 2009).

Všeobecná interna je základem pro poskytování geriatrické péče. Vyžadována je multioborová spolupráce. Zejména s obory jako je neurologie, gerontopsychiatrie, rehabilitace, ošetrovatelství, které je také neodmyslitelnou součástí (Kalvach et al., 2008). Stáří je stejně důležité období, jako každé jiné v životě. Zaslouží si pozornost nejen samotného jedince, tedy seniora, ale také pozornost lidí z oblasti pomáhajících profesí, stejně jako z oblasti sociální a zdravotní politiky (Klvetová a Dlabalová, 2008).

1. 1. 3 Ageismus

Ageismus je pojem, který popisuje věkově podmíněnou diskriminaci. V tomto společensky nebezpečném jevu můžeme pozorovat především rozdíly mezi generacemi, rozdíly v charakterových vlastnostech a hodnotách. Jedná se o diskriminaci křehkých lidí, křehkost neboli anglicky frailty. Na základě tohoto Pokorná (2010) představuje také termín frailtizmus (Pokorná, 2010). Vznik křehkosti souvisí s problémy jako je snížená schopnost pohybu, s tím související pády a ztráta nezávislosti (Nascimento et al., 2016). Věkově podmíněnou diskriminaci můžeme přirovnat k jevům jako je rasismus či sexismus (Farková, 2009). „*Pojem se v anglosaském světě objevuje od 60. let 20. století a prosazoval ho psychiatr a ředitel amerického národního institutu pro stárnutí Robert Neil Butler*“ (Jandourek, 2012, s. 14). Robert Butler jej poprvé veřejně definoval v roce 1968 (Farková, 2009). Mladší lidé berou starší spoluobčany jako odlišné, ne sobě rovné bytosti ve způsobu

myšlení, staromódní v názorech či dovednostech. Takový postoj neumožňuje ztotožnění se staršími bytostmi a dosažení vyrovnaných vztahů s nimi. Ageistické sklony jsou pozorovány na úrovni individuální, stejně tak se objevují na úrovni institucionální péče (Farková, 2009). Zajímavým druhem institucionálního druhu ageismu mimo zdravotnické prostředí je, že některé firmy svým způsobem diskriminují seniory, protože zaměstnávají pouze mladé lidi, čímž chtějí vytvořit mladý pracovní kolektiv svých zaměstnanců. Dalším typem je legislativní ageismus, kdy jsou pracující senioři, ve starobním důchodu, podle daného zákona znevýhodněni po finanční stránce (Novák, 2014).

S pojmem ageismus souvisí předsudky o stárnutí a starobě. Zaujatost vůči starším spoluobčanům se promítá celou společností, nevyjímaje ošetřovatelství a zdravotnictví, přispívají ke vzniku tohoto fenoménu (Kabátová, 2015). Urážlivé a pohrdající chování směřující k seniorovi, mnohdy jde o naučené stereotypy v chování (Novák, 2014). Dochází k němu převážně neúmyslně (Snaedal, 2016). Projevem může být averze, kterou sestra neskrývá a otevřeně se takovým způsobem chová. Nebo se dokonce kontaktu se starým pacientem vyhýbá (Pokorná, 2010). Starší člověk bývá citlivější a vnímavější vůči chování ostatních. Zejména pokud je hospitalizován, neustále pozoruje pečující personál. Stačí, když sestra začne mluvit hlasitěji, používat zdvořiliny, chovat se familiárním způsobem, v konverzaci nadměrně využívat množného čísla, mluvit na seniora v strohých a jednoduchých větách. Nejvíce známé je bolestivé ubližování po stránce psychické a ponižování starší osoby. Výjimečné není ani násilí fyzické (Kagan a Melendez -Torres, 2015). Senior si připadá často nepochopený, zbytečný a opovrhovaný okolím. Samotný jev rozdělujeme na dva základní typy. Jedná se o ageismus pozitivní a negativní. Pokud se jedná o pozitivní neboli benevolentní, projevuje se nadměrným ochránářským přístupem. Převážně se pojednává o negativním typu ageismu, kdy je senior podceňován, dokonce může být izolován od běžného okolí (Novák, 2014).

Každý zdravotnický pracovník, vykonávající svojí profesi dobře, by měl mít srovnané své vlastní hodnoty a priority. Měl by se vyhnout chování podle předsudků, nebo je umět eliminovat (Kabátová, 2015). Je důležité uvědomit si, že fenomén může dospět až k úplnému vyčlenění seniora z dosavadní společnosti (Farková, 2009). „*Vytvořili jsme společnost, ve které je mimořádně kruté žít, když je někdo starý*“ (Jandourek, 2012, s. 14).

1. 1. 4 Adaptace na stáří

Stáří může být příjemnou fází života, zejména tehdy, pokud si člověk užívá zaslouženého odpočinku po celoživotním pracovním nasazení a využívá volný čas užitečným způsobem. Proto, aby si senior stáří dostatečně užil je důležitou vlastností přizpůsobivost. Na způsobu vyrovnání se s postupujícím věkem se projevuje dosavadní schopnost vyrovnávat se s těžkými životními situacemi a schopnost řešit problémy. Důležité jsou faktory, jako je prostředí, ve kterém člověk doposud žil. To, jakým typem osobnosti jedinec je, jaké má postavení v rodině. Dále míra vzdělání, stav zdraví, emoční schopnosti či celkově sociální status jedince. Všechny vyjmenované determinanty působí, na to, jakým způsobem se bude jedinec vyrovnávat se stárnutím, samozřejmě determinant může být nespočet. Sestra by měla vědět, že nelze předem odhadnout způsob, jakým se bude jedinec adaptovat (Malíková, 2011).

Existuje několik typů reakcí, podle kterých se člověk vyrovnává s tím, že stárne. Na způsobu vyrovnávání se odráží také individualita jedince, jeho jedinečnost osobnosti. Rozlišujeme přístup konstruktivní, kdy se člověk připravuje na to, že jednou zestárne, je s tímto údělem smířený. Již předem si určuje aktivity do budoucna, které ho baví a naplňují. Velmi důležité je, aby člověk měl okolo sebe přátele a nebyl izolován od společnosti (Venglářová, 2007). Takový typ pacienta se soustředí na udržování soběstačnosti a zvyšování kondice jak tělesné, tak psychické (Malíková, 2011). Dalším přístupem je přístup závislosti na okolí. Senior vyžaduje nadměrnou pozornost jak rodiny, tak případného ošetřovatelského personálu, pokud je hospitalizován (Venglářová, 2007). Takový typ pacienta využívá své problémy zdravotní či jiné k manipulaci s lidmi pohybujícími se kolem něho. Může sestru dokonce emocionálně vydírat (Malíková, 2011). Třetím druhem reakce je přístup nepřátelský. Pokud je situace pro seniora natolik obtížná, že ji nedokáže zvládnout. Klient projevuje nepřátelský postoj vůči okolí - k personálu, lidem v okolí, ke spolu pacientům. Vzhledem k tomuto faktu se často při kontaktu s takovým klientem můžeme setkat s řadou nepříjemných situací (Venglářová, 2007). Tato strategie chování působí zátěž seniorovi samotnému, stejně tak i okolí, rodině i sestrám, které o takového pacienta pečují. U tohoto přístupu je jednoznačně vyjádřena neschopnost adaptace na přítomnou životní situaci. Negativismus je poměrně často spojován s lidmi zklamanými plnými zloby, s lidmi ukřivděnými, celkově s lidmi smýšlejícími pesimisticky. Takoví lidé bývají nespokojeni s celým dosavadním průběhem a stylem života. Vystupňovanou reakcí je strategie sebenenávistná (Malíková,

2011). Jak Malíková (2011) uvádí, dalším způsobem je strategie obranná. Tato strategie je typickou pro lidi, kteří v produktivní části života pracovali na vyšších postech, byli zvyklí více ostatním dávat místo brát. Oddalují tedy nástup do starobního důchodu a řešení nového sociálního postavení (Malíková, 2011).

1. 2 Ošetrovatelský proces v péči o seniory

Ošetrovatelský proces je způsob, jakým sestry pracují s pacienty. V rámci této činnosti se sestry potýkají s pěti fázemi, které jsou navzájem propojené. Sestra v rámci prolínajících se kroků poznává pacienta a ošetrovatelská péče se podle zjištění odvíjí (Tóthová, 2014). Je nezbytné uvědomit si, že se seniory se setra setkává téměř na všech typech nemocničních oddělení, proto je důležité, aby znala specifika práce s geriatrickým pacientem (Pokorná, 2010). V první fázi získává informace o zdravotním stavu pacienta. Získané údaje je nutné podle zvyklostí zaznamenávat. Sestra navozuje vztah s pacientem. Tato fáze je základem pro fáze následující (Tóthová, 2014). V rámci spolupráce s geriatrickým pacientem je přínosná spolupráce s rodinou či známými pacienta. Neochota spolupracovat se zdravotnickým personálem ze strany seniora není výjimkou, proto by sestra měla trpělivě naslouchat. Při odebírání anamnézy by měla sestra dát pacientovi dostatek času, protože zejména osobní a farmakologická anamnéza seniorů bývá značně obsáhlá (Slezáková et al., 2014). Moderní ošetrovatelství se vyznačuje holistickým přístupem k pacientům (Malíková, 2010). V druhé fázi sestra pracuje se získanými fakty a snaží přijít na to, jaké problémy pacient má, jaké k nim zaujímá postoje. Problémy pomocí stanovení ošetrovatelských diagnóz jednoznačně pojmenuje oblast, ve které pacient potřebuje pomoci a na základě těchto skutečností zahájí další činnost. Proces se zaměřuje na odstranění problémů stanovených ve druhé fázi procesu. Dalším krokem je vytyčení cíle. Písemně sestavený plán péče obsahující cíle, kritéria a ošetrovatelské intervence je efektivním nástrojem ošetrovatelské péče. Sestavení plánu péče zvyšuje účinnost péče a přispívá k lepšímu dorozumívání mezi jednotlivými sestrami. Ve čtvrté fázi dochází k realizování dříve sestaveného plánu. Je důležité uvědomit si a nedovolit, aby se realizace ošetrovatelského procesu nestala spíše administrativou než aktivní péčí (Tóthová, 2014). „*Obě strany si musí uvědomit, že jsou pro sebe navzájem partnery, kteří se společně podílejí na dosažení jednoho cíle, kterým je zlepšení situace klienta*“ (Malíková, 2010 s. 217). V poslední fázi sestra hodnotí

efekt péče, sleduje, k jakým změnám během jejího konání u pacienta došlo (Tóthová, 2014).

1. 3 Komunikace

Komunikace je velice důležitým prvkem v rámci uspokojování lidských potřeb. Slouží jako regulátor vztahů mezi lidmi. Bez ní nelze vytvořit žádnou sociální skupinu, bylo by těžké navázat a utužovat mezilidské vztahy (Zacharová, 2016). Komunikace je obecně procesem sloužícím k získávání informací, jejich zpracovávání a následné interpretaci (Pokorná, 2010). Kutnohorská (2007) uvádí, že to jak komunikujeme, je etika v praxi. Dorozumíváme se dvěma základními způsoby, slovně a mimoslovně. Mimoslovně přijímáme mnohem více signálů z okolí než pomocí slova mluveného (Venglářová, 2007). V rámci poskytování zdravotní péče má komunikace také velký význam. To jak sestra komunikuje, poukazuje na její osobnost. Zkušená sestra, znalá komunikace se neustále setkává s novými situacemi. Vzhledem k rychlému postupu doby, k technologickému pokroku a měnícímu se systému práce, se sestra setkává s mnoha odlišnými liniemi v rámci mezilidské komunikace. Sestra se také denně setkává s početnými návštěvami u pacientů, o které pečuje. Rodiny pacientů jsou někdy bezmocní, neví si tady, tudíž nejsou na sestry pouze vlídní, což vyžaduje zvládání nepříjemných a krizových situací (Zacharová, 2016). Ve správné komunikaci záleží na schopnosti člověka na jedné straně vyjádřit se, popsat a vylíčit své problémy a pocity, na druhé straně je důležité, aby druhý člověk vnímal sdělované a pokusil se jej pochopit (Motsching, 2011). *„Pod pojmem komunikace zaměřená na člověka z pohledu určité osoby rozumíme tu komunikaci, která je založena na základních postojích autenticity, přijetí a empatického porozumění“* (Motsching, 2011, s. 35). Další pojednání o tom, jaký by měla být komunikace zaměřená na člověka, vystihuje následující věta. *„Komunikace zaměřená na člověka znamená setkání člověka s člověkem jako rovnocenným partnerem, s respektem k různým názorům a snahou jim porozumět“* (Motsching, 2011, s. 35). Každý člověk komunikuje specifickým, individuálním způsobem. V způsobu komunikace a v komunikačních schopnostech se odráží životní zkušenosti (Venglářová, 2007). Ve zdravotnictví si můžeme povšimnout toho, že sestra či jiný zdravotnický personál musí komunikovat, i když se s ním druhý člověk bavit odmítá. Zdravotníci totiž ke své práci potřebují co nejpřesnější informace. Jakákoliv informace může být významná v léčebné či ošetrovatelské péči. Sestra může být častým

odmítáním komunikace a spolupráce ze strany pacientů unavená, avšak měla by být na tuto nepředvídatelnou situaci připravena, měla by hledat důvody neochoty komunikovat (Pokorná, 2010).

1. 3. 1 Komunikace v ošetrovatelském procesu obecně

Zacharová (2007) uvádí, že povolání sestry se řadí mezi ty obtížnější. „*Platí pro ni vzory chování, a to: funkční specifita, univerzalizmus, kolektivní orientace a emocionální neutralita* (Bártlová a Matulay, 2009, s. 28). Pro práci sestry je nejdůležitější, aby jí práce naplňovala. Sestra, která se ztotožní se svou vlastní rolí, pracuje lépe, myslí s rozvahou, snaží se podporovat pacienty a neodporuje svými činy předpisům. Sestra by si měla osvojit určitá pravidla chování, která se od ní podle náplně práce očekává (Bártlová a Matulay, 2009). V rámci ošetrovatelského procesu sestra využívá nejvíce v komunikaci metodu rozhovoru spojenou s metodou pozorování, což jí umožňuje získávat validní informace (Tóthová, 2014). Normu chování sester vymezuje etický kodex sester. Tento dokument, vytvořený Mezinárodní radou sester (ICN), poslední revizi prošel v roce 2000. V platnost vstoupil již v roce 1953. Sestry v České Republice se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu ICN (Malíková, 2011). Sestra upřednostňuje potřeby druhých nad potřebami osobními. Zaujímá ke všem svým pacientům stejný způsob chování, stejně tak nikoho nepreferuje. Emoce dokáže před pacienty podřídit rozumové kontrole (Zacharová, 2007). To, že sestra musí navázat kontakt se všemi pacienty, je samo o sobě velice náročné, nemůže si vybírat podle sympatií (Venglářová, 2007). „*Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení*“ (Malíková, 2011, s. 303). V chování se sestra musí ovládat neustále. Existují daná pravidla chování, poskytování péče a ošetrovatelských postupů, se kterými se musí sestra zvládat vyrovnat. Vzhledem k jedinečnosti některých situací, ve kterých se sestra ocitá, je ovládnutí se mnohdy až nadlidským úkonem, který by sestra měla dodržet (Bártlová a Matulay, 2009). Požadavky na sestru se neustále zvyšují. Osobnost sestry je v dnešní době často přetěžována. Sestra, na rozdíl od lékaře, tráví s pacientem většinu času. Její péče není pouze odborná, stará se také o emocionální rozpoložení a pacientovu psychiku (Zacharová, 2007). K tomu, aby sestra poskytovala kvalitní ošetrovatelskou péči, by měla být náležitě motivována a mít co nejlepší podmínky k výkonu svého povolání. Mezi nejvýznamnější motivační faktory uvádí potřebu pomáhat druhým, vnitřní naplnění z odvedené práce, pozitivní vnímání společnosti a pozitivní zpětnou odezvu od pacientů.

Dále samozřejmě adekvátní finanční ohodnocení, s možností zvyšování finančního ohodnocení, a možnost kariérního růstu (Ševčovičová a Emödiiová, 2016).

1. 3. 2 Komunikace sestry s geriatrickým pacientem

Při interakci se seniorem je důležitou součástí komunikace edukace nemocného. Sestra pacienta empaticky, laskavě a v dostatečném časovém úseku poučuje a předává informace. Informace se vztahují k nemoci a léčebnému režimu, dále k chodu oddělení. Sestra je často také v roli učitelky, učí své pacienty praktické dovednosti (Németh, 2009). Sestra by si měla být vědoma toho, že každý člověk má individuální způsob komunikace. V ošetřovatelství je nezbytné využívat takový slovník, jakému bude pacient rozumět. To, že sestra neustále hledá a používá správné termíny, srozumitelné pro ostatní, poukazuje na její profesionální přístup. Senioři mají často odlišné pojetí o okolním světě, než se nám může na první pohled zdát. Měli bychom si také uvědomit, že spousta seniorů pochází z jiného kulturního či náboženského prostředí než pečující sestra (Venglářová, 2007). S jakýmkoliv problémem se pacient obrací nejprve na sestru, ta většinou pacientovu prosbu sdělí lékaři. Sestru můžeme označit jako prostředníka mezi pacientem a lékařem. V prostředí zdravotnickém by měl být vyrovnaný vztah mezi sestrou, lékařem a pacientem. Harmonie mezi těmito subjekty vede k pozitivnějším terapeutickým výsledkům. Vede to k psychické pohodě pacienta, k motivaci pacienta a navození vztahu důvěry mezi jednotlivými aktéry komunikačního procesu. (Bártlová a Matulay, 2009).

Existuje spousta doporučení pro zlepšení úrovně komunikace mezi sestrou a seniorem. Sestra by měla vždy hovořit přímo na pacienta. Nevhodné je mluvit o pacientovi před pacientem, a chovat se jakoby tam pacient vůbec nebyl. Ke komunikaci je vhodné bezpečné a klidné prostředí. Sestra by měla vstupovat do hovoru s pacientem s předem určitým cílem, na který by se měla soustředit. Také by sestra měla respektovat svou hlavní roli a s tím spojené role další. To znamená, že by sestra měla respektovat svou roli pečovatelky, poradkyně, společnice. Další důležitou rolí je role naslouchajícího. Sestra by se měla vyvarovat používání odborné terminologie, které by senior nerozuměl. Měla by umět zvolit vhodný a efektivní styl komunikace. Sestra by měla působit kongruentně, znamená to, že by se obsah verbálních a neverbálních projevů měl shodovat (Pokorná, 2010).

Při komunikaci se seniorem není vhodné využívat familiární výrazy (Kalvach et al., 2008). Stejně jako pojem ageismus, se v rámci poskytování péče seniorům vyskytuje elderspeak. Oba dva fenomény jsou si podobné, ageismus je popisován

jako druh věkově podmíněné diskriminace a elderspeak jako nevhodný druh komunikace se starými lidmi. Tento styl komunikace je samozřejmě nežádoucím. I přesto, že se tento jev podle Pokorné (2010) objevuje více při poskytování domácí péče, setkáváme se s ním i v péči nemocniční. Zjednodušeně lze říci, že pokud zdravotnický pracovník, tedy sestra pozná, že její starší pacient již není po intelektuální stránce natolik schopný, začíná s ním podle toho jednat (Pokorná 2010). Seniora bychom měli chápat a respektovat jako jedinečnou bytost, při kontaktu oslovovat vždy jménem a příjmením, popřípadě získanými tituly (Kalvach et al., 2008). „*Nevyžádána familiární oslovení jako „babi“ a „dědo“ jsou ponižující*“ (Kalvach et al., 2008, s. 324). Thomas (2009) ve svém článku o této problematice poukazuje na to, že sestry si často myslí, že je tento styl komunikace vhodný, přijde jim nejvhodnější v dorozumění se s pacientem. Senior si naopak připadá nedoceněný, pokud s ním sestra jedná jako s malým dítětem (Thomas, 2009). Mezi základní projevy zmiňovaného komunikačního stylu patří nadměrné užívání množného čísla v komunikaci. „*Půjdeme se umýt.*“ Dalším projevem je oslovování pomocí zdvořilých či familiárních výrazů, zapojování do běžného hovoru pojmy z dětské mluvy. Dále často vkládané spojení „*Ano?*“ za běžnou oznamovací větou a přílišné zdůrazňování intonace. „*Obléknete si tuto sukni, že ano?*“ (Pokorná, 2010, s. 65). Ulehčování a zjednodušování komunikačního stylu je potencialem riziko toho, že si senior bude ve svých vlastních očích připadat neschopný, sebehodnocení může poklesnout na nejnižší úroveň. Senior se může po zkušenosti s negativním chováním ze strany pečujících uzavřít do sebe, začít se chovat introvertně, dokonce se může úplně izolovat od běžného okolí. Sestra by se měla dále vyhnout depersonalizačnímu chování. Pokorná (2010) uvádí, že dochází v komunikaci se seniory s nižšími inteligenčními schopnostmi k tzv. zvěčnění. V tomto případě sestra mluví o seniorovi jako o tom, o věci, pacienta nazývá podle lékařem stanovené diagnózy, což je nepřipustné (Pokorná, 2010). Důstojné a trpělivé chování za každé okolnosti je na místě. V rámci hospitalizace sestra zmapuje v rámci ošetřovatelské anamnézy možné komunikační bariéry a podle toho s pacientem seniorem jedná dále (Kalvach et al., 2008).

1. 3. 3 Sestra jako seniorův motivační prvek

„*Motivace je hybnou pákou lidského chování, která nás nutí uspokojovat své vlastní potřeby*“ (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 35). Při práci se seniory je důležité umět pacienty vhodným způsobem povzbudit. Je potřeba, aby sestra dokázala ukázat víru v to, co společně s pacientem dělají, o co usilují. Je důležité věnovat seniorovi čas, laskavě ho

vyslechnout, dát najevo vlastní zájem. U pacientů ve vyšším věku je kladen důraz především na podporu a udržení soběstačnosti v běžných denních činnostech (Klvetová a Dlabalová, 2008). V geriatрии je navázání a udržení dobrého vztahu mezi sestrou a pacientem důležité. Jedná se však o dlouhodobější záležitost, často trvá delší dobu, než senior získá v sestru důvěru. Senioři jsou často vůči sestřám nedůvěřiví, mají obavy (Venglářová, 2007).

S motivací souvisí, také aktivní naslouchání pacientovi ze strany pečující sestry. Aktivní naslouchání je založeno na snaze pochopit pacienta, zjistit během rozhovoru všechny potřebné informace a v průběhu komunikace dát prostor pro verbální i nonverbální odpověď. V rámci anamnestického či terapeutického rozhovoru by se sestra měla snažit pacienta vhodně povzbudit. Dát laskavým způsobem najevo, že je vždy pro pacienta přítomna. Důležité je seniora stimulovat verbálním i neverbálním způsobem. Neverbálně například skromným úsměvem, pozitivně vypadající sestře se pacient svěří raději než sestře nepřístupné. Slova by neustále měla korespondovat s mimoslovními sděleními. Je vhodné čas od času při rozhovoru s pacientem přeformulovat myšlenky, které pacient sdělí. Tímto způsobem ujasnit, zda jsme pacienta správně pochopili, popřípadě na porozumění zapracovat. Při ukončení rozhovoru by sestra měla shrnout zjištěné informace, v neposlední řadě by měla pacientovu spolupráci ocenit. I sebemenší ocenění pacienta potěší. Mezi časté chyby, které sestra při komunikaci dělá a nemusí si jich být vědomá, patří například přerušování pacienta, vyhýbání se očnímu kontaktu, netrpělivé a uspěchané chování, vnucování rad či vlastních názorů. Těchto zlovyků by se měla každá sestra v praxi vyvarovat (Ptáček, 2011).

1. 3. 4 Komunikační bariéry mezi sestrou a seniorem

Komunikační bariéry jsou obecně překážky, co brání v rozvoji správného komunikačního procesu. Obecně můžeme komunikační bariéry rozdělit na bariéry ze strany zdravotnického pracovníka - sestry, dále ze strany pacienta či bariéra v prostředí (Venglářová, 2007). Mikuláščík (2010) rozděluje bariéry na interního a externího rázu. Dělení spočívá v tom, že interní bariéra je způsobena vlastnostmi a dovednostmi člověka. Naopak externí bariéry jsou překážky vyvolané prostředím, ve kterém se komunikační proces odehrává. Jak uvádí Venglářová (2007), častým problémem v komunikaci se seniory je nedůvěra v ošetrovatelský personál. Pokud pacient nevěří sestře, která se o něho stará, nebude s ní komunikovat normálním způsobem, dokonce v krajní situaci

nemusí komunikovat vůbec. Pacienti se bojí, jak bude s citlivými informacemi, které sdělí sestře, nakládáno. Je běžné, že si pacienti myslí, že by se měli se sestrou bavit pouze o problémech zdravotních. Naopak to, že se sestře pacient svěří navíc se svými jinými dalšími problémy, může pomoci v pochopení pacienta i v léčbě. V rámci komunikace můžeme pozorovat hned několik rozdílů starší generace. Například téma zaměřené na sexualitu je pro seniory striktně tabu. Finanční situaci také senioři neradi řeší. Velkým úskalím může být to, že senioři neradi obtěžují druhé. Tudiž vážné rozhovory o závažnějších tématech nemají příliš v oblibě. Přeskakování z jednoho tématu na druhé není neobvyklé. Často se tak děje proto, že nechtějí mluvit o aktuálním tématu, proto se mu vyhýbají. Setkáváme se s odkládáním určitého tématu do nekonečna. To, že seniorovi není po zdravotní stránce nejlépe, už se samo o sobě projevuje způsobem komunikace. Celkově se únava a prožívání stresových situací mohou proměnit v úzkostné stavy (Venglářová, 2007). Vždy je důležité snažit se zjistit, proč pacient se sestrou nekomunikuje, proč komunikaci odmítá (Ptáček, 2011). Pacient vyššího věku mluví obvykle pomalejším tempem, potřebuje na vyjádření více času, hodně o souvislostech přemýšlí. Sestra při správném postupu poskytuje seniorovi více času na promyšlení daného problému. Pokud je člověk nemocný, není fyzicky či psychicky v dobré kondici, zpravidla klesá ochota společensky žít, stejně jako udržovat konverzaci (Venglářová, 2007).

Specifickými komunikačními bariérami ze strany pacienta seniora jsou poruchy smyslu. Zejména se jedná o poruchy zraku, sluchu, poruchy s řečí, také demence. Sestra pracující se seniory by měla být na všechny tyto situace připravená. Komunikace se seniorem s poruchou sluchu není zrovna jednoduchá. Záleží samozřejmě na stupni poškození sluchu. Pokud pacient neslyší dobře, je vhodné k němu přistupovat pomalým, laskavým způsobem, nespěchat, projevit pochopení. Také je vhodné využít očního kontaktu v rámci komunikace. Mluvit na sluchový orgán, který funguje lépe. Správně artikulovat, pokud pacient zvládá dobře odezírat ze rtů. Pokud se nám nedaří se seniorem dorozumět, neváháme v rámci rozhovoru použít psané slovo či piktogramy. Nejdůležitější je, aby pacient dobře rozuměl, byl seznámen se situací a neměl zbytečné obavy z komunikační bariéry a následného nepochopení. Základem je zajistit klidné prostředí, vypnout televizi, rádio, zavřít dveře, okno, zkrátka zbavit prostředí všech rušivých elementů, které by bránily plnohodnotné komunikaci. Pokud má senior se sluchem problémy, které by jednoduše vyřešilo používání kompenzačních pomůcek, je vhodné mu o nich povědět. Sestra se může setkat s odmítnutím využití kompenzačních

pomůcek ze strany seniora. Tehdy, když sestře podaří seniora přesvědčit k nošení naslouchadla, bude jí nesmírně vděčný (Venglářová, 2007). „*Jsou však lidé i v tomto věku, kteří dokáží vyjádřit smysluplně své myšlenky, povídat si s těmito moudrými lidmi je zážitek*“ (Kelnarová, 2010). Při komunikaci se seniory s poruchy zraku volí sestra strategie podle okolností. Senior má buď to zhoršený zrak, nebo nevidí vůbec. Ze začátku je vhodné s pacientem se domluvit na způsobu společné komunikace. Sestra by měla při kontaktu využít iniciační dotyk, kdy pacient pozná, že sestra s ním chce začít hovořit. Vhodné také je představit se, na místě je představit se při každém kontaktu, aby pacient věděl, s kým vede rozhovor, kdo o něho pečuje, kdo provádí daný výkon. Tento způsob komunikace navodí u seniora pocit důvěry, vyřadí nepříjemné pocity a pocity strachu. Důležitým poznatkem je to, že sestra by si měla dát pozor na způsob vyjadřování. Pacient s poruchami zraku nevidí mimiku, která většinou podtrhuje to, co sděluje. Podstatné je také to, aby sestra komentovala, co provádí nebo co kam pokládá (Venglářová, 2007).

Poruchy řeči bývají spojovány také s vyšším věkem. Je důležité uvědomit si, proč senior nemůže přiměřeně komunikovat. Existují afázie motorické či senzorycké. Senior buď nerozumí, ale může mluvit, což vede k nesrozumitelnému a nelogickému vyjadřování. Nebo naopak senior nemůže mluvit, ale rozumí, tento stav je pro seniora samotného velikým problémem a trápením (Venglářová, 2007). Seniora také může postihnout tzv. „agnozie,“ kdy není schopný interpretovat a rozpoznat známé od neznámého (Zacharová, 2011). Seniora s poruchou řeči striktně neopravujeme, vyvolalo by to v něm spíše hněv. Snažíme se taktně a trpělivě komunikovat (Venglářová, 2007).

Specifickou komunikaci si žádají také pacienti trpící demencí. Sestra si musí uvědomit, že senior s demencí si nebude pamatovat obsah sdělení. S postupem choroby nebude schopný rozumět slovům jako doposud, pomalu se bude vytrácet schopnost vyjadřovat se, senior si nebude schopen najít vhodné pojmenování pro různé pojmy, dochází často k záměně. Naopak bude pokládat neustále různé otázky. Dokonce si senior s demencí bude neustále vymýšlet (Venglářová, 2007). I když „*někdy mohou projevy chování demenčního pacienta působit na pečující jako naschvály*“ (Burda a Šolcová, 2016, s. 212). Sestry by měla neustále uctívat každou lidskou bytost s respektem. Do poslední chvíle by měla starat o pacienta důstojným způsobem, i přes těžké stavy demence. Dementní pacient může být silně vulgární a agresivní, sestra pečující o seniory, by měla být na všechna tato úskalí připravena (Venglářová, 2007). U pacientů s demencí bývá doporučováno ponechat seniora co nejdéle v přirozeném,

domácím prostředí, hospitalizace často více prohloubí degenerativní stav (Burda a Šolcová, 2016). Vhodné je využití krátkých a jednoduše formulovaných vět. Sdělené je dobré spojovat s názornými ukázkami, pro lepší pochopení sdělovaného obsahu. V rámci bezpečí seniora, sestra v rámci péče ověřuje porozumění ze strany pacienta a neustále na pacienta dohlíží. Seběmenší neporozumění může způsobit poškození pacienta samotného (Venglářová, 2007).

Také sestra může mít deficit v oblasti komunikačních dovedností. Nejtypičtějšími problémy z pohledu zdravotnického personálu může být strach. Strach z toho, že se pacient bude ptát na téma, na které neznáme odpověď. Obvykle se jedná o téma jako je umírání, smrt a situace s tím spojené. Velkým problémem bývají špatné zkušenosti s konkrétním pacientem, či skupinou pacientů. Nedostatek času, to je dokola se opakující problém, se kterým se ve zdravotnictví setkáváme den co den. Důležitým aspektem v povolání sestry je uvědomit si nedostatky, umět se s nimi vyrovnat (Mikuláščík, 2010). Komunikační dovednosti se dají tréninkem zdokonalovat, proto by se zdravotničtí pracovníci neustále vzdělávali. V neposlední řadě v komunikaci brání vlivy prostředí jako je hluk, málo soukromí a uspěchaný rozhovor. Sestra by měla umět zvolit vhodné prostředí, dobu ke komunikaci se seniorem. Měla by se pokusit vyčlenit si dostatek času na komunikaci s pacientem (Venglářová, 2007).

1. 4. Potřeby

„Potřeba je projevem určitého nedostatku, deficitu či strádání, jehož odstranění je žádoucí, a je velký předpoklad, že doplnění tohoto deficitu povede ke zlepšení stavu člověka či zvýšení jeho spokojenosti“ (Malíková, 2011, s. 167). Každý jedinec má své potřeby, které se v průběhu času často obměňují (Čevela a Čeledová, 2014). Nezbytné je, aby sestra vnímala, snažila se pochopit a v rámci ošetrovatelské péče uspokojovala potřeby nemocného člověka. V rámci této problematiky je komunikace mezi sestrou a nemocným nezbytným prvkem. Jen kvalitní komunikací sestra zjistí, co nemocného tíží a následně bude produktivní ve svém konání (Šamánková et al., 2011).

Americký psycholog A. H. Maslow sestavil hierarchii potřeb. Rozdělení lidských potřeb znázornil v pyramidě. Rozdělení potřeb podle něho je logické. Postupuje od potřeb jednodušších po vyšší. Udělal to tak proto, že uspokojení jednodušších, tedy níže umístěných potřeb, umožní jedinci realizovat uspokojení některé z potřeb vyšších. Toto pravidlo platí i naopak. Pokud nemá člověk uspokojenou potřebu nižší, základní,

biologickou, není možné uspokojit potřeby vyšší (Čevela a Čeledová, 2014). Potřeby jsou uspořádány v systému, seřazení není náhodné. Lze říci, že jsou seřazeny dle vývojových stádií člověka. Po celý život pracujeme na uspokojování svých vlastních potřeb (Trachtová, 2008). „*Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje*“ (Trachtová, 2008, s. 14). V nejužším věku jsou prioritně uspokojovány základní potřeby, tedy potřeby biologického rázu. S postupem věku, ve vývojové linii, se jedinec dostává k uspokojování vyšších potřeb. Jde o potřebu bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti. Mít v první řadě pocit bezpečí a jistoty je typické pro mladší děti, naopak pocit lásky a sounáležitosti často vyžadují děti poměrně starší. V dalším patře pyramidy je umístěna potřeba uznání a jistoty. Na samotném vrcholu nalezneme potřebu nejvyšší, a to potřebu seberealizace. Tato potřeba je hodně specifickou, této potřeby si všímáme v období adolescence. Od adolescence na seberealizaci každý jedinec pracuje podle svého vlastního přesvědčení. Je zajímavé, že ne každý jedinec o tuto, ačkoli nejvyšší lidskou potřebu dle Maslowa, stojí (Trachtová, 2008). Maslow svou teorii vysvětluje tím, že chování člověka je motivováno potřebami a proto jim dal hierarchické uspořádání). „*Míra a intenzita potřeb závisí na pohlaví, věku jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém žije, na jeho inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech a jiných okolnostech*“ (Šamánková et al., 2011, s. 13). Chování a jednání člověka je motivované do doby, než je potřeba saturována, nebo do doby, kdy si jedinec uvědomí, že mu na uspokojení dané potřeba síly již nestačí (Šamánková et al., 2011).

Je důležité vnímat člověka jako celistvou bytost, neorientovat se pouze na tělesnou schránku. Neměli bychom zapomínat ani na sociální kontext jedince. Měli bychom si uvědomit, že každý člověk si prošel svým životním příběhem, méně či více šťastným, tudíž se všechny prožité události promítají do způsobu prožívání (Klevetová, 2008). Snaha při uspokojování potřeb vede k splnění potřeby – saturaci potřeby nebo k nesplnění potřeby – frustraci (Čevela a Čeledová, 2014). Neuspokojení potřeby ovlivňuje celkové rozpoložení člověka a to po stránce psychické, tak fyziologické (Trachtová, 2008). Potřeby jsou uspokojovány dvěma základními způsoby. Buď to vhodným způsobem, kterým jedinec neomezuje své okolí, své vlastní potřeby uspokojuje podle vlastního hodnotového systému. Naopak další style uspokojování potřeb je takový, kterým jedinec negativně působí na své okolí a ohrožuje i sám sebe (Malíková, 2011).

1. 4. 1 Potřeby hospitalizovaného seniora

S příchodem stáří nastává spousta životních změn. Člověk ztrácí úplnou kontrolu v uspokojování každodenních potřeb, jak tomu bylo v dosavadním životě. Ve stáří se potřeby jednoznačně mění. Během života se neustále vyvíjí vztahy, mění se vztahy v rodině, partnerství a také vztahy v rovině sociální (Čevela a Čeledová, 2014). Senior touží a chce, stejně jako každý člověk v jiné vývojové etapě života, uspokojovat své potřeby. A to i tehdy, pokud je závislý na dopomoci od okolí, což je známkou toho, že nezvládá sám uspokojit běžné potřeby, jako tomu bylo dříve. Pro správné saturování potřeb je vhodné, aby senior přijal role, které v aktuální době zastává, smířil se také s rolí pacienta (Dvořáčková, 2012). Liší se uspokojování potřeb ve zdraví a ve stavu nemoci. Ve zdravotnictví je podstatné, aby si sestra o daném pacientovi zjistila co nejvíce informací v rámci ošetřovatelské anamnézy (Šamánková et al., 2011). Pro seniora je těžké vyrovnat se s životními změnami. Je pro něj těžkým úkolem udržet rovnováhu v bio – psycho – sociálním systému. Být zdravý je pro nemocného člověka hlavní potřebou, je to pro něho prioritou, která se ne vždy znovu vyplní (Trachtová, 2008). „*Hospitalizace je specifickou situací v životě člověka, kdy se jeho základní potřebou stává potřeba být uzdraven*“ (Tóthová, 2014, s. 162). Sestra s tím musí být seznámena, měla by být svému pacientovi nápomocná a mít pochopení pro různé potřeby, byť pacienti mají někdy zvláštní styl uspokojování potřeb. Mezi nejdůležitější potřebu v očích starého člověka je zůstat užitečný (Čevela a Čeledová, 2014). „*Pokud budeme mluvit o potřebách seniorů, tak bychom neměli zapomenout, že senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti*“ (Dvořáčková, 2012, s. 39). Stejně tak, jako vyžadují bezpečí fyzické a psychické, vyžadují i ekonomické bezpečí. Sestra by se měla podílet na saturování potřeb seniora do takové míry, aby svého pacienta neomezovala ve svobodném rozhodování, a nepřebírala roli rozhodujícího (Dvořáčková, 2012).

Každé zdravotnické zařízení má povinnost uspokojovat svým pacientům základní, tedy nižší potřeby. Patří sem starost zejména o pitný režim pacienta, podávání vhodných nápojů a teplé, upravené stravy. Další povinností je připravit vhodné prostředí ke spánku a odpočinku nemocného, vhodná péče o vyprazdňování seniora (Šamánková, et al. 2011). Zdravotnická zařízení užívají ke zjišťování potřeb svých pacientů různé hodnotící škály a testy. Sestra po vyplnění testů ví, co konkrétně vyžaduje její pacient a může dále adekvátním způsobem plánovat ošetřovatelský proces. Posouzení soběstačnosti je důležité pro poskytování komplexní geriatrické péče. Důsledným

sledováním pacientova stavu, sestavení ošetrovatelského procesu na míru, lze zkvalitnit pacientovi chvíle ve zdravotnickém zařízení, dokonce do jisté míry zlepšit život (Pokorná, 2013). Mezi hodnotící škály patří Barthelův test základních všedních činností. V tomto testu se zjišťuje míra soběstačnosti. Hodnotí se základní činnosti, jak ukazuje samotný název. Mezi základní aktivity patří schopnost najíst se, napít se, obléci se, okoupat se, schopnost provedení hygieny. Dalším bodem je schopnost kontinence moči, stolice, dále schopnost použití toalety, přesuny, chůze po rovné ploše, po schodech. Nejvyšší počet bodů je 100 a toto číslo značí plnou soběstačnost (Šamánková et al., 2011). Z hlediska ekonomického vyřízení a personalistiky se setkáváme s kategorizací pacientů dle jejich soběstačnosti. Základních 5 kategorií pacientů je určeno v „zákoně č. 467/2012 Sb.“ část 174. Kategorie 1 je plně soběstačný pacient, kategorie 5 označuje zcela nesoběstačného pacienta. Tato kategorizace umožňuje dokázat lékařům náročnost péče daného pacienta pojišťovně. Kategorie ukazují náročnost finanční, materiálního, farmakologického a personálního vybavení pracoviště (Pokorná, 2013). V rámci zkvalitňování ošetrovatelské péče a kvalitní realizace ošetrovatelského procesu je používána jednotná diagnostická terminologie sestavená Americkou asociací sester, v přesném znění „*North American Association for Nursing Diagnosis International*“ (Plevová, 2011, s. 116). Dříve sestry měli k dispozici pouze diagnózy lékařské, což neumožňovalo správně diagnostikovat pacientovi problémy a kvalitně uspokojovat potřeby. Seskupení ošetrovatelské terminologie svědčí o zvyšující se úrovni ošetrovatelství. Jednotlivé potřeby jsou uspořádány do tříd a skupin podle společných vlastností (Tóthová, 2014). „*Je známkou vysoké profesionality ošetrovatelství v 21. století a znamená novou éru ošetrovatelství jako vědeckého oboru*“ (Tóthová, 2014, s. 146). Na základě těchto diagnóz je sestře umožněno zasáhnout, pomoci pacientovi podle nejlepšího uvážení (Tóthová, 2014).

1. 4. 2 Vliv nemoci na potřeby jedince, nenaplnění potřeb

Pokud se člověk těší plnému zdraví, uspokojuje potřeby bez problémů. Jakmile je člověk nemocen, klesá i schopnost uspokojovat vlastní potřeby, protože organismus se snaží vyrovnat se změnou zdravotního stavu. Jak uvádí Nováková (v publikaci Tóthové, 2014) potřeby v nemoci se dělí následujícím způsobem. První skupinu tvoří „*Potřeby, které se nemocí nemění.*“ V této skupině potřeb nalezneme základní biologické potřeby, které je nutno neustále saturovat. Vlivem nemoci pacient často přikládá některým potřebám větší důležitost než dříve. Základními potřebami jsou potřeba vyprazdňování a

výživy. Druhou skupinou potřeb jsou „*Potřeby, které se nemocí modifikovaly.*“ Do této skupiny potřeb patří například změna rolí, člověk, který se ocitne v nemocničním prostředí, nemá najednou možnost plnit své dosavadní společenské role a dostal se do role pacienta, ze které má strach. Poslední skupinou potřeb vytváří „*Potřeby, které nemocí vznikly.*“ Do skupiny takových potřeb spadá například potřeba být bez bolesti, která pacienta omezuje, potřeba soběstačnosti (Tóthová, 2014, s. 162 – 163).

„*Nenaplnění potřeb vede k frustraci, tedy ke zklamání, a mnohdy ke vzniku problémového chování*“ (Hauke, 2014, s. 11). Pokud senior nemá uspokojeny potřeby, postrádá motivy v jednání, protože potřebu lze také vyjádřit jako motivované chování (Dvořáčková, 2012). Proto, aby nedocházelo ze strany sestry k nepochopení seniora a zároveň k následnému nenaplnění potřeb, je žádoucí, aby sestra vnímala seniora jako lidskou bytost bez předsudků vůči starším osobám (Pokorná, 2010). Senior, který nedokáže uspokojit své potřeby je úzkostný. Z dalšího snažení má obavy, žije ve strachu. Často se vyskytující reakcí na nenaplnění potřeb jsou změny v chování, agresi můžeme pozorovat u seniorů, pokud chtějí dosáhnout svého na účet někoho jiného. Neuctivé chování vede ke ztrátě dobrých mezilidských vztahů (Zacharová, 2016).

1. 4. 3 Prevence vzniku hospitalizmu u seniorů

„*Hospitalizmus je důsledek souboru negativních faktorů, které působí na nemocného při jeho pobytu v lůžkovém zařízení*“ (Zacharová, 2011, s. 169). S delším pobytem v nemocničním zařízení, se riziko vzniku tohoto negativního jevu zvyšuje. Hospitalizmus je výsledkem dlouhodobého neuspokojení potřeb neboli deprivace. S tímto problémem se setkáváme ve dvou vývojových stádiích, u dětí a paradoxně také u seniorů. Je tomu tak proto, že obě věkové kategorie jsou svým způsobem závislé na pomoci a péči. Zejména u skupin seniorů trpících chronickými nemocemi, kteří podstupují opakované hospitalizace (Zacharová, 2011). „*Může se projevat netečností, apatií, depresí, ale také nechutenstvím, nespavostí, plačtivostí či smutkem*“ (Zacharová, 2011, s. 170). V rámci poskytování zdravotnické péče není vhodné na seniora vyvíjet jakýkoli nátlak. Základem úspěchu je na seniora nespěchat, spolupracovat s jeho rodinou a blízkými, nikdy nerozhodovat za seniora, nechat prostor pro vlastní názor a aktivní účast v ošetrovatelském procesu. Hospitalizace by měla být plánována pokud možno s vědomím seniora, v případě nemožnosti plánování, při akutní hospitalizaci, by měl být senior se všemi okolnostmi souvisejícími v dostatečném rozsahu seznámen. Důležitý je také způsob, jakým se senior v nemocničním prostředí zvládne

adaptovat. Sestra by vždy měla pomoci svému pacientovi zorientovat se v novém a cizím prostředí, být mu nápomocna a při sebemenším problému dát empaticky najevo zájem a ochotu pomoci. Dobrý vztah mezi seniorem a sestrou sám o sobě působí jako prevence špatné adaptace. Ta je výsledkem nevyváženost mezi působícími jevy a psychickou odolností seniora. Mezi základní preventivní postupy proti vzniku hospitalizmu patří povolení návštěv k lůžku seniora, duchovní služby či služby dobrovolnické, příjemné prostředí, dostatek informací ze strany zdravotnického personálu, důstojné respektování jedince jako lidské bytosti (Kalvach, 2011). Moderní pojetí ošetrovatelského procesu je zaměřeno na vyřazení tohoto nežádoucího jevu poskytováním ošetrovatelské péče na úrovni kvalifikovanými sestrami (Zacharová, 2011). Arnoldová (2016) ve své publikaci upozorňuje na důležitost rozlišování pojmu hospitalizmus od pojmu psychická deprivace. Psychická deprivace vzniká totiž dlouhodobou nemožností uspokojovat psychické potřeby, ne vlivem pobytu ve zdravotnickém zařízení, ale na základě prožitých událostí.

1. 5 Etický aspekt péče o hospitalizovaného seniora

Mravnost, to je hlavní objekt etiky. Etika, věda o morálce, dříve byla spojena s filosofií, se zabývá tím, co je chování mravné a co mravné není. Dále co je dobré a co dobré není. Skutečnost, jak se člověk chová, odráží jeho žebříček hodnot. Je nutné uvědomit si, že postavení hodnot se v průběhu života mění. Sestra by měla mít své hodnoty jasně seřazeny, aby mohla poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a věnovala se svým pacientům s empatií. Morálka usměrňuje chování jedince tím, že poukazuje na různé vzorce chování. Prolíná se všemi úskalími lidského života, nevyjímaje ošetrovatelství. Sestra, stejně jako každý jiný člověk pracující ve zdravotnictví by se měl chovat podle morálních zásad, činit správná rozhodnutí a tak zachovávat pacientovi jeho důstojnost. Etika působí na myšlení a chování člověka, je součástí každé kultury (Kutnohorská, 2007). Aplikovaná etika se prolíná i ošetrovatelstvím, v angličtině je znám termín „*nursing ethisc*,“ veškeré konání má určitý morální dopad (Plevová, 2011, s. 69). V ošetrovatelské praxi je důležité, aby sestra věděla, co je dobré a co dobré není. Sestra by měla jednat vždy tak, aby nepoškodila nemocného pacienta. Skutečnost výběru povolání sestry již sama o sobě svědčí o tom, že jedinec chce na základě vlastního rozhodnutí a přesvědčení pomáhat druhým lidem (Kutnohorská, 2007).

Etika a právo jsou v neoptimálnějším vztahu, pokud se shodují. Právo se naopak od etických pravidel vyjadřuje jednoznačně. Právo je vymahatelné, zatímco etika

vymahatelná není. V praxi se setkáváme s etickými kodexy, které slouží jako norma, mravně závazná, ale nesmí stát proti platné legislativě (Kutnohorská, 2007). Speciální podmínky se ve zdravotnictví vztahují na sdělování informací, protože veškeré informace jsou citlivé, dotýkají se pacientovi intimity. Dodržování mlčenlivosti, je tedy nezbytné, pro všechny zdravotnické pracovníky je povinná, tedy i právně ukotvená. Sestra tudíž musí dbát na to, aby nepoškodila pacienta. Informace lze sdělovat pouze v rámci multidisciplinárního zdravotnického týmu, a to pouze ty informace, které jsou nezbytně nutné (Plevová, 2011).

1. 5. 1 Etický kodex sester

Již v době Florence Nightingale by se dalo hovořit o jakémisi kodexu. V roce 1860 Florence vydala publikaci „*Notes of nursing*,“ kde popisovala jaké vlastnosti má správná ošetřovatelka mít. Kniha u nás vyšla v pod názvem „*Kniha o ošetřování nemocných*“ v Praze v roce 1874 (Kutnohorská, 2007, s. 24). Podle Florence má sestra neustále sledovat nemocného, pečovat o prostředí, starat se o spaní nemocného, odklánět špatné myšlenky od pacienta, má pozorně vyslechnout svého pacienta a v neposlední řadě se umět dobře a rychle rozhodovat (Kutnohorská, 2007).

„*Základními pojmy v ošetřovatelské etice jsou obhajoba, odpovědnost/ povinnost, spolupráce, pečování*“ (Plevová, 2011, s. 78). Sestra ve svém povolání pečuje o práva pacientů, odpovídá za své konání, spolupráce zdravotnického týmu i spolupráce s pacienty je neustále vyžadována, péče o zdraví člověka je na prvním místě (Plevová, 2011). Sestry se řídí etickým kodexem sester (Malíková, 2011). Kodex je jakýmsi návodem, určujícím směrem v chování, které je požadováno. Kodexy musí být v souladu s danými právními předpisy (Plevová, 2011). Kodex obsahuje úvod a 4 hlavní články vymezující ideální vzorec chování sestry. V prvním článku se ICN zaměřila na vztah sestry se spoluobčany, v druhém rozebírá sestru a ošetřovatelskou praxi, třetí článek je o samotné sesterské profesi. Poslední, tedy 4. článek, je věnován vztahu sestry a jejími kolegy (Malíková, 2011). Znalost kodexu je předpokladem k vykonávání špičkové ošetřovatelské péče (Ptáček a Bartůněk, 2014).

1. 5. 2 Práva hospitalizovaných pacientů

Vzhledem k celkovému stárnutí populace se objevuje skutečnost, že senioři jsou více kritičtí než generace seniorů předchozích. Jde o generaci lidí vychovaných krátce po válce, obecně umějí prosazovat svá přání. Zvyšuje se zdravotní gramotnost obyvatelstva,

senioři se budou snažit být samostatnější a stanou se náročnějšími pacienty. Paternalistický přístup v péči ustupuje, lékaře berou spíše jako sobě rovného v péči o vlastní zdraví. Přístup se často liší, někdo autoritu přijímá neustále, jiný nikoli. Setkáváme se často s tím, že lékař určí, vybere, naplánuje a pacient se podřídí (Ptáček a Bartůněk, 2011). V dnešní době není stárnutí a umírání seniorů stejné jako v dřívějších dobách, dříve se o své blízké starala pečující rodina, nyní je péče více institucionalizovaná. Stále častěji se mluví o syndromu EAN, anglicky Elder Abuse and Neglect, což je syndrom týrání a zanedbávání. Tento syndrom se vztahuje ke špatnému zacházení se starými lidmi ze strany pečujících jedinců. Britští vědci v počátcích upozorňovali na „*fenomén bití babiček*.“ „*V roce 1975 byl syndrom poprvé popsán v British scientific journals*“ (Cimrmanová, 2013, s. 82). Často se jedná o pečující, kterým senior plně důvěřuje. Většinou ze strany rodinného příslušníka. Není lehké rozpoznat to, že seniorovi je ubližováno. Často je prvotním příznakem zhoršený přístup k takovému pacientovi, nemožnost hovořit otevřeně, dokonce i známky domácího násilí po těle (Cimrmanová, 2013). V zařízeních poskytujících zdravotnickou péči je nejčastější příčinou výskytu tohoto nežádoucího jevu přetížení sester, zejména zasažených syndromem vyhoření (Čeledová, 2016). Existuje charta práv seniorů a Evropská sociální charta a další jiné, které by v rámci péče poskytované zařízeními měli přispět ke správnému zacházení s geriatrickými pacienty stejně jako s jakýmkoli jinými lidmi (Cimrmanová, 2013).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky v roce 2015 vydalo již 3. vydání brožury „*Rádce pacienta*,“ kterou mohou pacienti najít na webových stránkách nemocnic či na stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky. Příručka je dostupná také v anglickém jazyce. V příručce se píše o všech skupinách pacientů od dětí po nevyлéčitelně nemocné a umírající. Příručka je přehledně uspořádaná, pacient v ní najde spoustu odpovědí na otázky, rady, co v jakých případech dělat, jaká má pacient práva a jaké k němu má zdravotnické zařízení povinnosti. V brožuře je také k dispozici legislativní zakotvení zdravotnické péče. Brožura by měla sloužit ke zlepšení informovanosti o poskytování zdravotnických služeb (MZČR, 2015).

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V následující kapitole jsou popsány cíle práce a výzkumné otázky. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jestli jsou sestry na oddělení následné péče oporou dlouhodobě hospitalizovaným seniorům. Bylo zjišťováno, jak vnímají dlouhodobě hospitalizovaní senioři sestry, které o ně pečují. Dále v jakých oblastech a jakými formami sestry dlouhodobě hospitalizované seniory podporují.

2. 1 Cíle práce

CÍL 1: Zjistit, jaký postoj k ošetřujícím sestřám mají dlouhodobě hospitalizovaní senioři.

CÍL 2: Zjistit, v jakých oblastech jsou sestry oporou pro dlouhodobě hospitalizované seniory.

CÍL 3: Zjistit, jakými formami sestry podporují pacienty na oddělení následné péče?

2. 2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaký postoj k ošetřujícím sestřám mají dlouhodobě hospitalizovaní senioři?

VO 2: V jakých oblastech jsou sestry oporou pro dlouhodobě hospitalizované seniory?

VO 3: Jakými formami sestry podporují své pacienty na oddělení následné péče?

3. OPERACIONALIZACE POJMŮ

Sestra

„Kvalifikovaným profesionálem, který je kompetentní nastavovat, koordinovat a řídit, vykonávat i vyhodnocovat ošetrovatelskou péči, je registrovaná sestra (všeobecná či se specializací). Ona je jediným plně kvalifikovaným praktikujícím profesionálem v oboru ošetrovatelství - podrobně viz zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změny některých souvisejících zákonů“ (Špirudová, 2015, s. 34). „Sestra pečuje o přidělenou skupinu pacientů a je odpovědná za vedení dokumentace a celkovou péči na základě ošetrovatelského procesu“ (Plevová et al., 2012, s. 69). „Sestra by měla fungovat jako kontinuální podpora/opora při řešení problémů pacienta. Otevírá se nový prostor pro dlouhodobou práci s dlouhodobě nemocným“ (Špirudová, 2015, s. 115).

Senior

„Senior je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti. Generace seniorů je tvořena lidmi, které navzájem něco spojuje a naopak vůči mladým generacím něco diferencuje“ (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 21). Dělení dle Světové zdravotnické organizace: „60 - 75 let: rané stáří, 75 - 90 let: pokročilý věk, vlastní stáří, 90 let a více: vysoký věk, dlouhověkost“ (Zacharová a Šimíčková - Čížková, 2011, s. 101). „Aktuální se stává zároveň otázka zajištění zdravotní péče starším občanům. Půjde převážně o dlouhodobou péči“ (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 19).

Dlouhodobá hospitalizace

„Pro ošetřovaného seniora je nevyhnutelná dlouhodobá hospitalizace, mnohokrát přesahující délku jednoho měsíce“ (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 94). „Hospitalizace je určitou zárukou, že pacient bude dodržovat léčebný režim, a při správně vedené terapeutického - ošetrovatelské péči je i předpoklad, že se aktivně zapojí do vlastního léčebného procesu. Umístění do nemocnice je, bez ohledu na nemoc, vážnou změnou ve způsobu života, kterou člověk prožívá nepříjemně“ (Zacharová, 2017, s. 37 - 38).

4. METODIKA PRÁCE

4.1 Metodika a technika výzkumného šetření

K výzkumnému šetření bylo využito kvalitativní výzkumné strategie sběru dat. V rámci ošetřovatelství je tento druh výzkumného šetření přínosnější. Je zde totiž kladen důraz na vnímání člověka jako individua se všemi jeho bio - psycho - sociálními složkami. Dále umožní poznání jevu v širších souvislostech. Nepoužívají se výpočty, jedná se o hlubší popis dané problematiky (Kutnohorská, 2009). Sběr dat probíhal v nejmenované nemocnici na vybraném oddělení formou polostrukturovaného rozhovoru. Pomocí rozhovoru výzkumník získává komplexní pohled na danou problematiku (Švaříček a Šed'ová, 2007). Walker (2013) uvádí, že v rámci kvalitativního výzkumu jde hlavně o získání nového pohledu na problematiku. Sběr dat trvá delší časový úsek, je hlubší.

O povolení výzkumného šetření byla písemně požádána hlavní sestra nemocnice, udělila souhlas s realizací výzkumného šetření. Souhlas byl udělen i vrchní sestrou oddělení následné péče. Celé šetření probíhalo na oddělení následné péče. S rozhovorem souhlasilo celkem 10 sester pracujících na oddělení následné péče, z toho byl jeden muž. Participanti byli obeznámeni, že údaje budou anonymní a použity jen pro účely bakalářské práce. „*Badatel by měl ubezpečit všechny účastníky zkoumání o zachování důvěrnosti a měl by to důsledně dodržovat*“ (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 45). Rozhovory probíhaly na denní místnosti sester, kde bylo klidné prostředí.

Sestrám bylo položeno celkem 12 otázek (Příloha 1). Dále se výzkumného šetření zúčastnilo 5 hospitalizovaných seniorů. Rozhovory byly realizovány na pokojích pacientů, po předchozí domluvě, či na jídelně pacientů. Seniorům bylo pokládáno celkem 21 otázek (Příloha 2). Výzkumné šetření bylo realizováno v březnu a dubnu 2017. Rozhovory byly zaznamenávány pomocí diktafonu, participanti byli s tímto způsobem sběru informací seznámeni předem. Rozhovory byly přepsány metodou přímé transkripce (Příloha 5). Získaná data byla zpracována, využito bylo otevřeného kódování, metody tužka a papír. Získaná data byla následně kategorizována. „*Kvalitativní analýza a interpretace dat je hledání sémantických vztahů mezi nimi a spojování deskriptivních kategorií do logických celků*“ (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 16).

4. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 10 záměrně vybraných všeobecných sester z oddělení následné péče a 5 záměrně vybraných dlouhodobě hospitalizovaných seniorů na zmíněném oddělení. Ve výsledcích sestry budeme značit VS 1 - VS 10, dlouhodobě hospitalizované seniory jako DHS 1 - DHS 5. Oddělení následné péče budeme psát zkratkou ONP. Senioři byli vybíráni podle délky hospitalizace na oddělení následné péče, aby jejich zkušenosti byly považovány za relevantní. Kritériem pro zařazení do výzkumného vzorku byla minimální délka pobytu 1 měsíc. Všeobecné sestry, byl mezi nimi i jeden muž si, i přes náročnost práce na daném oddělení, udělali na rozhovor čas. Přes prvotní nejistotu některých, zodpověděli položené otázky. Senioři byli v rámci šetření také ochotní a vstřícní. Po navození přátelštější atmosféry, úpravě prostředí, byly rozhovory příjemné. Nejen že odpověděli na otázky, ale také byla většina z nich ráda, že si mohla o svojí nynější situaci pohovořit.

5. VÝLEDKY

5. 1. Kategorizace výsledků

Analýzou získaných údajů, které byly sesbírány v rámci výzkumného šetření, následně byly přepsány metodou přímé transkripce, vzniklo 6 kategorií a 10 podkategorií.

1. Identifikační údaje sester

Délka praxe na oddělení následné péče

Vzdělání sester

2. Dlouhodobě hospitalizovaní senioři

Důvody a prvotní pocity z hospitalizace na oddělení následné péče

Hodnotový systém

3. Přístup sester k dlouhodobě hospitalizovaným seniorům z jejich vlastního pohledu

Aspekty dobrého vztahu mezi sestrou a seniorem.

Sestry a komunikační bariéry

4. Zájem sester o dlouhodobě hospitalizované seniory z pohledu seniorů

5. Nejčastější ošetrovatelské problémy očima všeobecných sester

6. Respekt a úcta k dlouhodobě hospitalizovaným seniorům

Způsob oslovování - očima sester

Způsob oslovování - očima dlouhodobě hospitalizovaných seniorů

Respektování intimity - očima sester

Respektování intimity - očima dlouhodobě hospitalizovaných seniorů

Kategorie 1: Identifikační údaje sester

V rámci této kategorie byly zjišťovány identifikační údaje sester. Věk, vzdělání v oboru, doba praxe na současném pracovišti a doba celkové praxe. Středoškolské vzdělání bylo značeno: SŠ, vyšší odborné VOŠ a vysokoškolské VŠ. Také bylo zjišťováno, zda mají předchozí zkušenosti s prací na jiném typu oddělení. Výzkumný soubor všeobecných sester, tvořený 9 ženami a 1 mužem byl, co se věkového rozpětí týče, rozmanitý. Rozpětí bylo od 24 let do 60 let věku (Tabulka 1).

Tabulka 1 Identifikační údaje výzkumného souboru všeobecných sester

	Věk	Vzdělání	Praxe ve zdravotnictví	Praxe na ONP
VS 1	25	VŠ	5 let	2 roky
VS 2	28	SŠ	10 let	10 let
VS 3	24	VOŠ	16 měsíců	14 měsíců
VS 4	27	VOŠ	6 let	6 let
VS 5	24	VŠ	1 rok	1 rok
VS 6	30	SŠ	10 let	8 let
VS 7	45	VOŠ	15 let	5 let
VS 8	35	SŠ	15 let	10 let
VS 9	25	VOŠ	4 roky	4 roky
VS 10	60	SŠ	42 let	15 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Délka praxe na oddělení následné péče

V rámci této podkategorie bylo zjišťováno, jaké mají sestry zkušenosti s jiným typy oddělení. Z deseti dotazovaných sester, 4 sestry nemají jinou pracovní zkušenost. VS 1, 3, 6, 7, 8 a 10 uvedly, že dříve než se dostaly na oddělení následné péče, zkusily si i práci na jiném oddělení. VS 1 uvedla, že po dobu tří let pracovala na neurologickém oddělení, avšak v jiné nemocnici a jako zdravotnická asistentka. „Na ONP jsem se dostala náhodou, byla mi tato pozice nabídnuta, protože v mé dosavadní práci pro mě jako všeobecnou čerstvě dokončenou všeobecnou sestru místo nebylo.“ Nyní zde pracuje 2 roky. VS 3 si zkusila po dobu 2 měsíců pracovat na traumatologickém oddělení, kde se jí podle jejích slov moc nelíbilo. „Vždy jsem tíhla k práci, kde se mi každý den nebudou střídat pacienti jak na běžícím pásu. Jsem ráda,

když o pacientech vím potřebné informace. Tím pádem vím, jakým způsobem k nim mohu přistupovat," dodala. Nyní již 14 měsíců pracuje na oddělení následné péče. VS 6, s celkovou dobou práce ve zdravotnictví deset let, po dobu osmi let pracuje konkrétně na následné péči. V prvních dvou letech své praxe pracovala na oddělení interním. VS 7, s dlouholetou praxí na akutním úrazovém oddělení, nyní již 5. rokem vykonává svou práci na oddělení následné péče. *„Musím říci, že je to pro mě velký skok z akutního oddělení na následnou péči. Ale je tady péče rozmanitá, přijímáme pacienty téměř ze všech druhů oddělení, takže se setkáváme s různými nemocemi a diagnózami u pacientů. Přes internu, chirurgii, traumatologii, neurologii po onkologii a další a další.“* VS 8 pracuje na oddělení následné péče 10 let, předtím 5 let pracovala na poliklinice v ordinaci. *„Ráda na toto období vzpomínám, ale ani momentálně se nemám nejhůře.“* VS 10, nejstarší členka výzkumného souboru, má mnoho zkušeností s prací sestry. Celkem ve zdravotnictví působí obdivuhodných 42 let. *„Mám za sebou spoustu zkušeností, dostala jsem se na oddělení kardiologické hned po škole. Také jsem pracovala na interním oddělení jako sestra, kde jsem později působila i jako sestra staniční. Když jsme se s manželem přestěhovali, našla jsem si toto místo, kde jsem setrvala již 15 let, jsem na oddělení nejstarší členkou posádky.“*

Vzdělání sester

V rámci rozhovoru bylo zjišťováno i vzdělání. Zajímalo nás, jaký model vzdělávání dotazovaní vystudovali, popřípadě jestli studují, nebo chtějí studovat dále. Z dotazovaných 4 sestry (VS 2, 6, 8 a 10), včetně jediného muže, vystudovali pouze střední zdravotnickou školu s maturitou, která byla dříve dostačující k tomu, aby se stali všeobecnou sestrou. VS 2 uvedl: *„Stihl jsem ještě modul, kdy stačilo na všeobecnou sestru vystudovat 4 roky na SŠ. Jsem za to rád, nejvíce jsem se stejně naučil až v praxi.“* VS 6, při rozmluvě o vzdělání, odpověděla: *„Jsem svým způsobem ráda, že jsem nastoupila hned po SŠ do praxe, umožnilo mi to následnou mateřskou dovolenou. Hlavně čas na děti, nyní, ale uvažuji o tom, že zkusím studium na VŠ. Jednou jsem to v minulosti již zkusila, ale vzhledem k tomu, že děti byly moc malé, nepodařilo se mi vše skloubit.“* VS 8, která taktéž vystudovala pouze SŠ. Nyní je studentkou druhého ročníku dálkového bakalářského studia na Jihočeské univerzitě. *„I když je cesta trnitá, blížím se pomalu a jistě ke zdárnému konci.“* VS 10 uvedla, že vystudovala pouze ŠŠ. *„Tehdy to byla privátní škola, nebylo lehké se na ni dostat. Povolání sester bylo prestižní, vyučovali nás lékaři,"* dodala. Uvedla, že mnohdy nezáleží

na dosaženém stupni vzdělání, ale na lásce k povolání samotnému. Také na tom, jaký vztah k lidem daná osoba zaujímá.

Stejný počet sester, tedy 4 (VS 3, 4, 7 a 9) získalo způsobilost k vykonávání povolání všeobecné sestry na vyšší odborné škole zdravotnické. VS 4 konstatovala: *„abych byla všeobecná sestra, tudíž bych mohla pracovat bez dozoru a samostatně, dala jsem se na studium vyšší odborné školy.“*

Nejméně početnou skupinu tvoří sestry, které vystudovaly vysokou školu. Z 10 sester, studovaly na vysoké škole bakalářský program pouze dvě (VS 1 a 5). Slova všeobecné sestry: *„Vzhledem k tomu, že jsem byla po střední škole pouze zdravotnická asistentka, rozhodovala jsem se mezi VOŠ a VŠ. Zkusila jsem si podat přihlášku na vysokou školu, sice to byl pro mě boj, vzhledem k množství praxe a zkoušek, ale zvládla jsem to. Dnes jsem za to ráda. Do budoucna uvažuji o navazujícím magisterském programu v ošetřovatelství.“*

Kategorie 2 : Dlouhodobě hospitalizovaní senioři

Během spolupráce se seniory na oddělení následné péče bylo zjišťováno, stáří, z jakého oddělení a s jakým problémem se dostali na toto oddělení a jak dlouho byli hospitalizovaní (údaj je vždy platný k datu konání rozhovoru). Věk a délka hospitalizace byla zaznamenána také do tabulky (Tabulka 2). Z pěti dotazovaných seniorů byli tři (DHS 1, 4 a 5) přeloženi na oddělení následné péče z traumatologie, DHS 2 a 3 byli přeloženi z oddělení chirurgického.

Tabulka 2 Identifikační údaje dlouhodobě hospitalizovaných seniorů

	Pohlaví	Věk	Pobyt na ONP	Důvody pobytu na ONP
DHS 1	Ž	65 let	70 dní	rehabilitace po zlomeninách obratlů
DHS 2	M	70 let	94 dní	rehabilitace po amputaci dolní končetiny, komplikace diabetu
DHS 3	M	69 let	37 dní	edukace v péči o kolostomii, pro karcinom konečníku
DHS 4	Ž	65 let	62 dní	po polytraumatu, rehabilitace - zlomenina pánve, dolní končetiny
DHS 5	Ž	68 let	42 dní	rehabilitace po subtrochanterické zlomenině levé kosti stehenní

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Důvod hospitalizace a prvotní pocity z pobytu na oddělení následné péče

Souhrn této podkategorie byl zaznamenán v tabulce (Tabulka 3). Dva z dotazovaných seniorů měli předchozí zkušenosti s hospitalizací na oddělení následné péče. DHS 2 měl zkušenost osobní, dříve již na tomto oddělení ležel, tudíž měl vytvořený vlastní obraz o tomto oddělení. DHS 5 měla zprostředkovány informace od známé, která ji uklidnila. Ohlasy z její strany byly kladné, proto její strach z neznámého téměř zmizel. DHS 1 a 3 uvedli, že obavy z překlady na toto oddělení měli. DHS 3 byl sice v rozpacích, ale na druhou stranu chtěl využít možnosti pomoci ze strany sester. DHS 4 obavy spíše neměla, i když by raději byla doma. Její situace jí utvrdila v tom, že pomoc druhých potřebuje, tak ji využila.

Tabulka 3 Pohled na oddělení následné péče

	<i>ZKUŠENOST S ONP</i>	<i>PRVOTNÍ OBAVY - ANO/NE</i>
<i>DHS 1</i>	<i>NE</i>	<i>ANO</i>
<i>DHS 2</i>	<i>ANO, osobní</i>	<i>NE, již tam byl</i>
<i>DHS 3</i>	<i>NE</i>	<i>ANO, rozpaky</i>
<i>DHS 4</i>	<i>NE</i>	<i>SPÍŠE NE, usoudila, že pomoc potřebuje</i>
<i>DHS 5</i>	<i>ANO, ale ne osobní</i>	<i>SPÍŠE NE</i>

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

DHS 1 65 let, s délkou pobytu na oddělení následné péče 70 dní se dostala na toto oddělení z úrazového oddělení. Participantka, 30 let žijící s levostrannou hemiparézou, pro prodělanou cévní mozkovou příhodu, žila do teď s dcerou a byla se o sebe schopna téměř postarat sama. Doma se pohybovala s pomocí jedné francouzské hole. Jednoho dne zakopla doma o koberec a zlomila si několik obratlů. „A najednou jsem byla úplně bezmocná,“ říká smutně. Lékař jí sdělil, že existuje tato možnost, participantka tam nejprve jít vůbec nechtěla, byla zmatená, ale nakonec svolila, doufala, že to tam bude lepší, než na úrazovém. „Byla jsem na starém úrazovém oddělení, nebylo tam ani toaletu na pokoji, ani televize, a dokonce jsme byly na pokoji občas i 4 ženy, jednou dokonce 5,“ udala. Participantka byla přijata pro rehabilitaci a následné propuštění do domácího prostředí. Byla obeznámena s tím, že bude muset nějakou dobu ležet, poté bude sedat a stávat v tvrdém korzetu a následně se bude pohybovat v korzetu měkkém.

DHS 2, 70 let, do této doby žil doma sám, žena mu nedávno zemřela. Participant diabetik, s celkovou dobou hospitalizace na ONP 94 dní, nebyl hospitalizován na tomto typu oddělení poprvé. „Na ONP nejsem hospitalizovaný poprvé, takže mám předchozí zkušenost, když mi tuto možnost chirurg navrhl, tak jsem souhlasil.“ Vzhledem k progresi diabetu mellitu a mnohočetným komplikacím podstoupil amputaci palce na levé dolní končetině, kde se rána nehojila, tak mu byla provedena amputace v bérce. Nyní mu byla provedena amputace vysoká, to znamená ve stehně. Na oddělení následné péče byl přeložen z oddělení chirurgie, kde se do rány dostala infekce, takzvaný metycilin rezistentní streptokok typu A, který je odolný proti léčbě běžnými antibiotiky a je to onemocnění, které se může přenést na ostatní. Tudíž byl participant hospitalizován na izolačním pokoji v rámci následné péče. Neustále doufal, že po kontrolních stěrech z rány, budou výsledky negativní a bude přesunut na standardní lůžko.

DHS 3, 69 let, nyní žije v domě s pečovatelskou službou, na ONP hospitalizován 37. den. Značně kachektický participant se základní diagnózou karcinom konečníku a nově vytvořenou kolostomií byl na oddělení přijat z chirurgického oddělení. Hlavním důvodem byla nutrice, tedy vylepšení stavu výživy, dále edukace ohledně péče o kolostomií. *„Když mi lékař sdělil, co, proč a jak by můj zdravotní stav vyžadoval a že by bylo vhodné zvážit možnosti následné péče, byl jsem v rozpacích. Souhlasil jsem, protože jsem se chtěl naučit o svůj vývod, jak nazýval stomii, pečovat sám, abych to vše zvládal v domově s pečovatelskou službou.“*

DHS 4, 65 let, dosud žila doma s manželem, v den rozhovoru hospitalizována 62. den na oddělení následné péče. Přeložena byla z traumatologie, kde původně byla na jednotce intenzivní péče. Měla za sebou autonehodu, kdy jí srazilo auto, když šla po přechodu z nákupu domů. Zranění nebyla lehká, zlomenina holení a lýtkové kosti - řešeno sádrou, zlomenina pánve - obou jejích ramének - která byla operačně zafixována kovovými materiály, pohmoždění ramen a další drobná zranění. *„Divím se, že jsem to přežila. Po necelých dvou týdnech mi lékař z úrazového oddělení navrhl možnost oddělení následné péče, kterou jsem využila ihned. Nedokázala jsem si představit, že se o mě doma bude starat manžel, když se nemůžu ani hnout, i minimální pootočení ze strany na stranu mi do teď dělá problémy, musím ležet pouze na zádech, veškerá má činnost na příští měsíce se přemístila na lůžko.“*

DHS 5, 68 let, participantka žijící do teď v domácím prostředí s dcerou. Na oddělení následné péče hospitalizována již 42. den. Důvodem pobytu v zdravotnickém zařízení byla subtrochanterická zlomenina levé kosti stehenní. Nejprve byla hospitalizována na traumatologii, kde podstoupila operační zákrok, nyní je v plánu rehabilitace postižené končetiny. *„Na ONP jsem byla, po domluvě s traumatologem, přeložena pro rehabilitaci po operaci. Bylo mi vše vysvětleno, veškeré možnosti, byla jsem okamžitě pro. Sousedka byla na ONP hospitalizována nedávno a byla tam spokojená.“*

Hodnotový systém

Na otázku, co je pro seniora nejdůležitější 3 (DHS 1, 2, 3) z výzkumného souboru udali, že zdraví je pro ně na prvním místě. Dva senioři (DHS 4 a 5) na tuto otázku odpověděli jiným způsobem. Uvedli, že v momentální těžké životní situaci je pro ně nejdůležitější to, že jim někdo pomůže uspokojovat základní potřeby, protože to momentálně sami nezvládají. Jinak je pro ně zdraví také velice významné.

DHS 1 na otázku jaké hodnoty jsou pro ni nejdůležitější, odpověděla: „*Nejdůležitější je pro mě a bude vždycky zdraví. Vzhledem k tomu, že vlastní mám již dlouhou dobu porušené, tak si přeji, aby hlavně moje rodina byla zdravá. Dále je pro mě důležitý mír, dobré vztahy s okolím a dobré vztahy mezi lidmi celkově.*“ Nejdůležitější potřebou pro DHS 2 je, podle jeho slov, zdraví a láska, zejména v rodině. „*Každý by si měl začít vážit zdraví včas. Já jsem si ho bohužel, vzhledem ke své profesi, moc nevážil. Nyní toho lituji. Ta bezmoc je ubíjející, když vím, že nic zpátky nevrátím. Když člověk ztratí rodinu, ztratí podle mě vše. Důležité je mít kolem sebe milující rodinu. Před pár lety jsem ztratil manželku, což byla nelehká situace, žili jsme spolu téměř 50 let. Ale jsem vděčný, jaké to v rodině i nadále mám. Nedovedu si představit, kdybych se ocitl v této stejné situaci a neměl kolem sebe nejbližší. Ty, co mě mají rádi a já mám rád je. Děti, zejména vnoučata mi dělají velikou radost, když za mnou přijdou, nebo mi jen tak zavolají.*“ DHS 3 uvedl: „*Jako pro většinu lidí, je pro mě nejdůležitější potřebou být zdravý. V nemoci ještě mnohem silnější potřebou, kterou si ale nemohu momentálně splnit. Nejdůležitější potřeba při hospitalizaci je pro mě potřeba jistoty, že se mohu na někoho kdykoliv během dne, také noci, obrátit.*“ V rámci delšího pobytu v nemocnici DHS 4 udala, že pro ni byly nejdůležitější potřeby základní, jako je vyprázdnění, strava a tak dále, poté až ty další. „*Pokud by mi nikdo nepomohl v péči o základní potřeby, nedovedla bych být v pohodě.*“ DHS 5 jako nejdůležitější potřebu uvedla uspokojování základních fyziologických potřeb. „*To je teď pro mě nejdůležitější.*“ Jinak jako nejdůležitější ve svém životě uvedla potřebu být zdravá, lásku, pocit bezpečí, dobré vztahy s blízkými osobami.

Kategorie 3: Přístup sester k dlouhodobě hospitalizovaným seniorům z jejich vlastního pohledu

V rámci této kategorie účastníci výzkumného šetření odpovídali na otázky týkající se přístupu sester k seniorům. Kategorie byla rozdělena na dvě podkategorie zabývající se aspekty dobrého vztahu sestra - senior a dále na podkategorii týkající se komunikačních bariér.

Aspekty dobrého vztahu mezi sestrou a seniorem

Odpovědi se velmi často opakovaly. Dotazovaní nejčastěji uvedli, že hlavní je ve spolupráci se seniory naslouchání. Tato odpověď byla zaznamenána u sedmi z deseti dotazovaných. Dále empatie a lidský přístup byl uveden šesti z deseti dotazovaných. Jako další byla nejčastěji uvedena důvěra a nabídka pomoci - obě dvě odpovědi uvedlo 5 z 10 dotazovaných. Dalšími odpovědi: chtělo by to více času, trpělivost, informovanost o seniorech, popovídat se seniorem, úsměv, opakování řečeného, neustálá přítomnost (Tabulka 4).

VS 1 uvedla, že podle ní je pro spolupráci se seniorem - pacientem nejdůležitější důvěra. Protože senioři mají velikou potřebu svěřit se ostatním se svými problémy, pohovořit si s někým. „*A komu jinému by se měl pacient svěřit než sestře, která se o něho stará.*“ Oporu se snaží pacientům poskytnout vždy, ale uvádí, že ne vždy o to daný pacient stojí. Sestra se snaží být empatická, být přítomná a naslouchat pacientovi, pokud to provoz dovolí, což není vždycky možné. Uvádí, že pokud by sestry a obecně veškerý personál měl na pacienty více času, bylo by méně nedorozumění a neuspokojení potřeb pacientů. Svou přítomnost sestra dává najevo tím, že ujistí pacienta, že jej poslouchá, občas se snaží v rozhovoru zopakovat řečené, aby svého pacienta ujistila, o tom, že jej vnímá.

VS 2 za nejdůležitější prvek v péči o nemocné lidi obecně považuje lidskost, lidský přístup by měl být na prvním místě pro každého zdravotníka. „*Snažím se chovat tak, jak bych chtěl, aby se o mě jednou staral někdo jiný. Dalším důležitým prvkem je podle mě důvěra, bez které by se dobrý vztah mezi zdravotníkem a pacientem nedal budovat.*“ Dobrý vztah mezi sestrou a pacientem si představuje jako vztah o důvěře a vřelé komunikaci. Na otázku, jak se chová, aby byl seniorům oporou opověděl, že za každých okolností, vždy však podle situace, se snaží svým pacientům zlepšit náladu, minimálně se snaží usmát, popovídat a získat hlavně co nejvíce informací

jak o zdravotním stavu, tak o zvyklostech a dosavadním způsobu života seniora. Informace jsou jedinou cestou, jak získat k pacientovi přístup a budovat důvěru a snažit se navodit vhodnou spolupráci. Důležité je také pochopit, proč se pacient chová daným způsobem, a pokusit se mu pomoci. Je to vhodný způsob, jak dát najevo svůj zájem.

VS 3 uvedla, že ze strany sestry je důležité pochopení a ze strany pacienta jakási otevřenost a upřímnost, nezatajování informací. Sestra uvedla, že v rámci komunikace je důležitý úsměv na tváři a upravenost sestry. *„Zamračené a neupravené sestře se podle mě málokdo svěří. Už vůbec s ní nebude chtít sdílet choulostivé informace.“* Svou přítomnost dává najevo nasloucháním, pokud je více času během směny, a ví, že nějaký pacient má problémy, necítí se dobře, dokonce si k němu snaží sednout a pohovořit. Popřípadě s rodinou pacienta promluvit, zkusit je tím povzbudit, například zapůjčí vozík, deku a umožní, aby svého blízkého vzali do parku.

Pro dobrý vztah pacienta a sestry je podle VS 4 nejdůležitější čas, a to hodně času. *„Ve službě ho je většinou málo, hodně málo. Nelze si jen tak v klidu promluvit o tom, co daného člověka trápí.“* Chtěla by být svým pacientům oporou, ale vzhledem k nedostatečnému času si myslí, že to není úplně reálné. Každopádně se snaží naslouchat, vyslechnout trápení a pomoci s problémy. Být trpělivá. Zájem dává najevo komunikací při každém kontaktu s pacientem. Pokud vidí na tváři pacienta smutek, bolest, strach, úzkost, snaží se jednat. Hlavně se snaží být empatická.

Podle dotazované VS 5 je nejdůležitější, aby sestra byla pacientovi neustále k dispozici, dávala mu potřebné informace. Je důležité, aby sestra měla potřebné informace o svém pacientovi. Také by sestra měla umět odhadnout rozpoložení pacienta, aby si k němu zvolila správný přístup. Dalším důležitým aspektem je trpělivost ze strany sestry. *„Trpělivosti není nikdy dost. Proto, abych zefektivnila komunikaci se seniory, se snažím být s pacienty neustále v kontaktu, nesesedět pouze u papírů. To je někdy hodně těžký úkol. Podle mě by mělo být k dispozici více personálu, nebo by muselo být méně papírování.“* Aby byla oporou, využívá naslouchání a trpělivosti. Udává, že pacienty mile ráda vyslechne, ale nepřísluší jí soudit chování či situaci ostatních. Vždy se snaží vyhodnotit situaci, než cokoliv řekne.

DHS 6 odpověděla takto: *„Vždy se snažím pacienta vtáhnout do spolupráce, která je nezbytná při poskytování zdravotnické a ošetrovatelské péče.“* Důležitá je informovanost pacienta. Nejen o výkonech ošetrovatelských, ale také o celkovém zdravotním stavu. Může nastat situace, kdy lékař špatně vysvětlí pacientovi situaci a koho jiného než sestry se bude pacient neustále ptát. Proto je také důležitá spolupráce

sestry s lékařem. Důležité je ujistit se vždy, zda pacient rozumí, uvedla. „*Zkušenosti mám takové, že seniori odsouhlasí vše, ale v závěru skoro ničemu nerozumí. Tudiž čas a trpělivost je dle mého názoru na prvním místě.*” Oporu a zájem dává najevo tak, že se snaží zjišťovat informace o daném pacientovi, nabízet svou pomoc, vyslechnout.

Za pilíř dobrého vztahu mezi sestrou a pacientem VS 7 uvedla: ochotu pomoci, trpělivost při péči o nemocného člověka. Dále vysvětlování a popisování prováděných úkonů. Oporu svým pacientům dává najevo zájmem, snaží se s pacienty mluvit při každém kontaktu, nebo se na ně alespoň usměje.

V rámci dobrého vztahu mezi sestrou a pacientem seniorem dbá VS 8 především na to, aby navodila vztah důvěry. „*Podle mě je to základní kámen pro vhodnou spolupráci.*” Pro to, aby ji senior vnímal jako oporu, se snaží dávat najevo svůj zájem, vyslechne, snaží se být empatická. Zájem dává najevo navozením vhodného rozhovoru, dotazováním se na problémy, na zdravotní stav, nasloucháním. I když to ne vždy jde, také dostatkem času v rámci pracovního procesu.

Jako nejdůležitější při navozování dobrého vztahu s pacientem VS 9 uvedla: snahu o pochopení nemocného a schopnost vcítit se do něho. „*Snažím se být empatická, vcítit se do svého pacienta a dát mu to najevo.*” K tomu, aby z její strany pacienti vycítili ochotu pomoci a oporu z její strany, se snaží navázat kontakt, vyslechnout. Pokouší se hovořit i o jiných věcech, i problémech, které se netýkají vysloveně zdravotního stavu samotného. Svou přítomnost dává najevo nabídnutím pomoci. „*Podle mého názoru,*” uvedla VS 10, „*pokud chce sestra dobře vycházet se svými pacienty, měla by působit důvěryhodně, přítomně a neměla by zlehčovat pacientovy pocity a obavy.*” Za základ dobré komunikace považuje empatii a lidskost. Vzhledem ke svému vyššímu věku se snaží chovat především tak, jako by se někdo staral o ni. Ne, že dříve by se chovala jinak. Ale tvrdí, že je pravda, že až zkušenosti naučí člověka správně jednat s druhými. Snaží se být vždy pro své pacienty přítomna, vyslechnout a pokusit se pomoci. Pokud někdo potřebuje pomoc, nad rámec povinností, vždy se pokusí vyhovět

Tabulka 4 Nejdůležitější aspekty dobrého vztahu mezi sestrami a seniory

Hlavní aspekt dobrého vztahu	Reakce VS
NASLOUCHÁNÍ	VS 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9
EMPATIE, LIDSKOST	VS 1, 2, 4, 8, 9, 10
DŮVĚRA/důvěryhodnost sestry	VS 1, 2, 8, 9, 10
NABÍDNOUT POMOC/pokusit	VS 2, 6, 7, 9, 10
CHTĚLO BY TO VÍCE ČASU	VS 1, 4, 6, 8
TRPĚLIVOST	VS 4, 5, 6, 7
INFORMOVANOST O SENIORECH	VS 2, 3, 5, 6
POPOVÍDAT SE SENIOREM	VS 1, 2, 3
ÚSMĚV	VS 2, 3, 7
OPAKOVÁNÍ ŘEČENÉHO	VS 1, 7
NEUSTÁLÁ PŘÍTOMNOST	VS 1, 5

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Sestry a komunikační bariéry

V rámci výzkumného šetření bylo jednoznačně zodpovězeno, že se s komunikačními bariérami sestry na ONP setkávají denně. Většina sester, konkrétně 7 (VS 1, 2, 3, 5, 6, 8 a 10) z 10 dotazovaných na otázku, jak jednájí se seniory, uvedla, že je nejdůležitější pracovat se seniory individuálně a trpělivě (VS 1, 4, 6, 9 a 10). Najít vhodný způsob komunikace podle potřeb jedince. VS 8 dokonce uvedla, že mezi poruchami převažují poruchy sluchu, setkává se s nimi častěji, než s poruchami zraku.

Mezi základní techniky, které používá VS 1, uvedla tyto: Při zahájení kontaktu s pacientem upozorní na svou přítomnost, dotykem či pohledem, dále jde o trpělivou komunikaci, mluvení nahlas, dobrá artikulace, opakovat řečené. Několikrát se setkala také s psanou formou komunikace, kdy pacient vůbec neslyšel, tak si musela poradit

se smývatelnou tabulkou a fixem. „*Pokud se pracuje s trpělivostí, podle potřeb jednotlivého pacienta, dá se zvládnout téměř cokoliv.*“ VS 2 se vždy snaží najít vhodný způsob komunikace pro každého pacientem, který je jakýmkoliv způsobem handicapován. Za každých okolností by sestra měla být milá, řekla VS 3. Měla by vždy pokud možno zachovat klid a s handicapovanými pacienty jednat individuálně. U poruch sluchu mluvit nahlas, použít psaný text. U poruch zraku vést, komentovat vše, co je kolem, každý krok při výkonu a tak dále. „*Tyto přístupy budí důvěru, jinak pacienta akorát vyděsíme a další spolupráce bude těžší a těžší, takže si vlastně usnadňujeme práci,*“ uvedla sestra s úsměvem. Při zjištění komunikačních bariér ze strany seniora uvádí VS 4, že nejdůležitější je být trpělivá. Využívat pomůcky, které má pacient k dispozici, brýle, naslouchadla. Při nefunkčnosti zajistit opravu či novou pomůcku. „*Vždy ještě důkladněji popisuji co, jak, kdy dělám, co se bude dít dále. Uklidňuje to pacienta, spolupráce bývá efektivnější.*“ VS 5 si myslí, že komunikační bariéry zvládá již dobře. „*Zvykla jsem si na to, že někdo hůře slyší či vidí. Přizpůsobuji se individuálním potřebám seniorů, ale občas jsem samozřejmě také zaskočena.*“ Komunikační bariéry se objevují při práci se seniory hodně často, téměř neustále, tvrdí VS 6. „*Snažím se vždy zachovat klid, být trpělivá a spolu s pacientem najít vhodný způsob dorozumívání se.*“ Pro větší efekt v rámci komunikace VS 7 uvedla, že s pacienty s poruchami sluchu zřetelně vyslovuje, mluví čelem k pacientovi, nikdy se neotáčí zády. Zjišťuje, zda pacient vlastní vhodné kompenzační pomůcky ke zlepšení dorozumívání se. Pokud pacient špatně vidí, zaprvé sestra upraví prostředí, je pacientovi doprovodem, na svou přítomnost upozorňuje dotekem. V rámci komunikace VS 8 využívá především individuální přístup podle daného pacienta, snaží se vždy zvolit takový způsob, aby se s pacientem vhodně domluvila, aby bylo porozuměno. „*Nejčastěji se na oddělení setkávám s pacienty s problémy se sluchem, rozhodně častěji než se seniory s výraznými problémy se zrakem.*“ Snaží se tedy využít zdravější sluchový orgán, nekřičet, ale mluvit hlasitěji. Být otočena směrem k pacientovi, artikulovat tak, aby pacient mohl odezírat. Využívat slovník, jakému bude i laik rozumět. Ke zkvalitnění komunikace s pacienty postiženými jakoukoliv bariérou se VS 9 snaží přistupovat vždy trpělivě. Například u pacienta s vážnou poruchou sluchu využije metodu tužka a papír. VS 10 uvedla: „*Často pracuji s pacienty, co nemůžou dostatečně kvalitně komunikovat.*“ Proto, aby nedošlo ke zkreslení informací mezi ní a pacientem, se snaží pracovat individuálně. Snaží se vždy najít vhodný způsob

a vyhovět. Za základní dobré způsoby v komunikaci považuje stoj vždy čelem k pacientovi, dobrou artikulaci, trpělivost, obezřetnost k pacientově poruše vnímání.

Kategorie 4: Zájem sester o dlouhodobě hospitalizované seniory z pohledu seniorů

Z výzkumného souboru DHS se 3 (DHS 2, 3 a 5) z 5 seniorů dostali do konfliktu se sestrou v rámci svého pobytu na oddělení následné péče. I přes toto zjištění všichni námi dotazovaní senioři uvedli, že sestry je v rozvoji soběstačnosti podporovaly, DHS 4 a 5 uvedly, že podporu v rámci soběstačnosti vnímaly, ale ne vždy. DHS 1, 2, 4 uvedli, že jednoznačně zájem a oporu ze strany sester vnímali. DHS 3 uvedl, že to vnímal jen od některých sester. DHS 5 při nástupu na ONP nevnímala zájem vůbec, přišlo jí, že okolo ní sestry jen "prolínou" uvedla, že se to změnilo (Tabulka 5). Z odpovědí seniorů vyplynulo, že pozorují hodně práce a oproti tomu nízký počet personálu. Z příkladů reakcí, DHS 1 odpověděla takto: „*Nejhorší to bylo o víkendech, kdy tu byly pouze 3 sestřičky na směnu, běhaly, co jim nohy stačily, obdivuji jejich práci.*“ DHS 2 uvedl: „*Stalo se, že například sestra spěchala, byla myšlenkami někde jinde, mluvila zády ke mně a za chůze. Na můj dotaz odpověděla, že neví, kde jí hlava stojí, že nestíhá. To by se podle mě dít nemělo.*“ DHS 5 dokonce uvedla toto: „*Kdyby bylo na oddělení více personálu, myslím si, že by péče vypadala rozhodně jinak a sestřičky by nebyly tolik unavené, jak se mi někdy zdály.*“

Tabulka 5 Konflikty

	KONFLIKT ANO/NE	PODPORA SOBĚSTAČNOSTI	VNÍMÁNÍ ZÁJMU ANO/ NE
DHS 1	NE	ANO	ANO
DHS 2	ANO	ANO	ANO
DHS 3	ANO	ANO	ANO - ne od všech
DHS 4	NE	ANO - většinou	ANO
DHS 5	ANO	ANO - většinou	ANO - ale ne od začátku

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

DHS 1 byla odkázána na komplexní ošetrovatelskou péči, vzhledem k tomu, že musela dlouhou dobu jen ležet. Tudiž potřebovala pomoci se všemi základními denními úkony, například s hygienou, vyprazdňováním, oblékáním, s nácvikem rehabilitace. Pitný režim a stravování zvládala sama, však po předchozí přípravě sestrou, naučila se potřebné dělat jednou rukou, protože druhou měla zlomenou. Později sedala k jídlu, a chodila v korzetu, nejprve v tvrdém, poté v měkkém. „*Myslím si, že sestřičky se mi věnovaly, co to jen šlo, občas sem byla až moc otravná.*“ Vždy její prosbě bylo vyhověno, někdy musela vyčkat, ale byla chápavá. „*Nejhorší to bylo o víkendech, kdy tu byly pouze 3 sestřičky na směnu, běhaly, co jim nohy stačily, obdivuji jejich práci.*“ Udala, že do konfliktu se nikdy na tomto oddělení s nikým z personálu nedostala. „*Ale za to pobyt s některými dalšími pacienty na třílůžkovém pokoji byl někdy boj.*“ Při komunikaci se sestrami problémy neuvědla, vzhledem k dobrému zraku i sluchu pro ni nebylo těžké komunikovat. Sestry vždy daly podle DHS 1 najevo svůj zájem, při téměř každém kontaktu ji oslovily, popovídaly, zeptaly se, co jí trápí. Sestry se podle pacientky snažily, aby paní dělala spoustu věcí sama. I když její poruchu hybnosti a režim vleže na lůžku na ní nespěchaly, nechaly jí například najíst v klidu, umýt si horní polovinu těla apod. „*Bylo to od nich hezké. Pro mě prospěšné, zbláznila bych se, kdybych nemohla nic dělat a vše by za mě dělali druzí.*“ Celkově hospitalizaci na oddělení následné péče hodnotí kladně. Doma by se v takové situaci sama o sebe jen těžko postarala. Neměla s nikým konflikt, personál byl podle jejích slov milý. Setkala se s mnoha podle ní protivnými lidmi, dokonce jedna paní na sestry přímo „*ječela.*“

DHS 2 byl hospitalizovaný na izolačním pokoji. Tato skutečnost pro něho byla velkou zátěží, a to hlavně proto, že se nemohl normálně pohybovat po oddělení. Na pokoji byl s dalším pánem, který měl podobné problémy, avšak to byl podle jeho slov velmi protivný pán. Bylo mu téměř 90 let a nebyl ochotný udělat jediný kompromis. Toto pro něho bylo těžké, personál se podle něho snažil vždy vyhovět. I když to někdy bylo těžké. Každý den chtěl, aby jeho infekce v ráně zmizela a byl zase „*volný.*“ „*Musím říct, že sestry byly chápavé, nesetkal jsem se s odmítnutím, samozřejmě někdy na nich byla vidět únava, či přetažení, což by měl každý člověk chápat a stejně jako chce, aby byla sestra chápavá, mít trochu pochopení také k nim.*“ Pán uvedl, že se za svou hospitalizaci setkal i s nedobrym stylem komunikace. „*Musím říci, i když jsem se setkal s nepříjemnou sestrou, ani ta mi nakonec neřekla ne, její kolegyně jí upozornila na nevhodný způsob chování. Sestra na mě vyloženě začala nahlas mluvit o tom, že toho má*

moc a tak dále." Také uvedl, že to chápal, ale on za to nemohl, takže si tento výlev mohla odpustit. „*Stalo se, že například sestra spěchala, byla myšlenkami někde jinde, mluvila zády ke mně a za chůze. Na můj dotaz odpověděla, že neví, kde jí hlava stojí, že nestíhá. To by se podle mě dít nemělo.*" V rámci podpory soběstačnosti byl spokojen s rehabilitací a s částečnou pomocí sester. „*Nechaly mě udělat, co jsem dovedl, líbilo se mi, že jsem byl pro sebe i okolí užitečný, alespoň trochu,*" povzdychl. Uvedl, že ale bylo poznat, kdy sestry měly čas a hotovou práci, projevilo se to na jejich způsobu komunikace. Oddělení následné péče již znal, z předchozí zkušenosti, kdy tam ležel cca 2 měsíce, asi před 2 lety. Celkově svůj pobyt nehodnotí špatně, ale těší se, až bude přesunut na standardní pokoj anebo odejde domů.

DHS 3 se dostal do konfliktu s jednou sestrou, která nedokázala pochopit, že trpí značným nechutenstvím, má proto předepsané nutridrinky a nutrikrémy na doplnění výživy, když nejí normální jídlo, tak jak by měl. „*Jednou na mě zvyšovala starší sestra hlas, kvůli tomu, že nejím, že mám okamžitě začít jíst, že se mi jinak stanou špatné věci a tak. Přitom si nedokázala představit, jaké to je, když člověk do sebe nemůže dostat kus jídla, aniž by se mu neudělalo nevolno,*" podotkl. Vyřešilo se to tak, že s danou sestrou promluvila lékařka, protože jí slyšela, jak v danou chvíli hovoří. Od té doby neměl na oddělení nejmenší problém. Ze strany většiny sester oporu vnímal. „*Bylo vidět, že se snaží mě pochopit, snažily se vymýšlet různé alternativy stravy, aby mi alespoň trochu chutnalo.*" Participant uvedl, že je téměř soběstačný, akorát potřeboval pomoci s péčí o kolostomii, která pro něho byla novou záležitostí i starostí navíc, na kterou si musel zvyknout. „*Pomoci jsem se nakonec vždy dočkal. Někdy rychleji, někdy pomaleji. Doma bych na to byl úplně sám. Tady jsem věděl, že se mohu na někoho vždy obrátit.*" Občas se samozřejmě setkal se sestrou, která je ve spěchu, ale udal, že toto chápe, při počtu pacientů a sester. Největším dobrem ze strany sestry byla pro pána ochotna popovídat si, a to ne pouze tehdy, když musí, nebo u nějakého nezbytného ošetrovatelského výkonu. „*Myslím si, že prozatímní péče o nácvik ošetřování stomie nám jde dobře,*" pousmál se. Dle jeho slov si všiml, že tým pečujících spolu poměrně dobře spolupracuje, bylo vidět, že informace si předávají. Zatím byl rád, že na ONP svolil, protože už teď ví, že si bude v péči o svou stomii jistější, až odejde.

DHS 4 uvedla, že se do konfliktu s nikým zatím nedostala. „*Řekla bych, že většina sester je zde velmi milá, cítím z jejich strany zájem a pochopení,*" konstatovala a potvrdila úsměvem. Pomoc ze strany druhých potřebovala seniorka ve všech ohledech, byla závislá na komplexní ošetrovatelské péči. Uvedla, že kdykoli

potřebovala pomoci, například s vyprazdňováním, se stravováním, pitným režimem, oblékáním, svlékáním, hygienickou péčí, nebyl ze strany sester problém. „*Já jsem se vždycky snažila udělat většinu sama, chtěla jsem být soběstačná, i když mi to ne vždy šlo, sestřičky mě většinou nechaly, abych se snažila sama. Zbytek jsme zvládly společně.*“ Někdy si o chvíli déle počkala, ale všechno společně se sestrami zvládla. „*Musím uznat, že jsem se nesečkala s žádnou protivnou sestrou, co by mě odbyla, nebo by na ní byla vidět neochota ke komunikaci se mnou,*“ řekla v rámci rozhovoru. Sestry brala jako oporu, snažily se jí vždy vyslechnout a vypomoci, bez nich by to jen těžko zvládala. „*I přes to všechno, co jsem o oddělení následné péče, tedy lidé říkají zastaralé léčebna dlouhodobě nemocných, slyšela, jsem sem šla, a nyní jsem za to ráda, nedovedu si představit, co bych doma dělala, nebo co by se mnou rodina v takovém stavu doma dělala. Dokonce jídlo mi chutná, když vidím, jak sousedka vedle mě pořád mumlá, že se to nedá jíst, tak to nechápu,*“ uvedla nakonec rozhovoru.

DHS 5 se nejprve zdálo, že sestry vždycky pokojem jen tak „*prolínou,*“ citují. Připadala si neosobně, myslela si, že sestry o ní a jejích problémech vlastně nic neví. Později se její náhled změnil, sice ne úplně. Udala, že s několika sestrami se jí spolupracovalo dobře a ty jí oporou byly, jiné ne. „*Ale to je naprosto normální, že si nemůže člověk sednout s každým,*“ podotkla. Ve většině případů jí bylo ze strany sester ihned vyhověno. „*Vzhledem k znehybněné končetině jsem byla odkázána na celkovou péči sester, nemohla jsem si sama ani dojít na toaletu, umýt se, a tak jsem potřebovala pomoci téměř se vším. Byla jsem ráda za každou pomoc a zájem ze strany sester.*“ Postupem času si připadala soběstačnější. Uvedla, že i když se jí nejprve nelíbilo, že jí některé sestry „*honí, aby se snažila,*“ s ohlednutím je za to ráda. Nyní to vnímá jako podporu, dříve by řekla, že si sestra chce ulehčit. Při komunikaci se sestrami vážný problém neshledala, pouze jednou se dostala do konfliktu se sestrou, pro urážlivé oslovení. Setkala se také s komunikací ve spěchu. Participantka uvedla, že to naprosto chápe, protože toho mají „*děvčata*“ hodně. „*Pokud se na mě sestra usměje, dává mi tím najevo, že jí zajímám. Pokud se mě jen tak zeptá, jak se mám, jen tak. Také mě to potěší, hned mám hezčí den, občas bych řekla, že tyto malé maličkosti nic nestojí. Ale sestřičky jsou také jen lidi, nikdo neví, co se v nich odehrává, stejně jako v nás, protivných babách,*“ zasmála se, myslela to s nadhledem. „*Na oddělení následné péče si myslím, že je mi poskytována dostatečná péče. Kdyby bylo na oddělení více personálu, myslím si, že by péče vypadala rozhodně jinak a sestřičky by nebyly tolik unavené, jak se mi někdy opravdu zdálo.*“

Kategorie 5: Nejčastější ošetrovatelské problémy očima všeobecných sester

Na ONP je většinou poskytována ošetrovatelská péče komplexní. VS 1 uvedla, že vzhledem k této skutečnosti se nejčastěji setkává s ošetrovatelskými diagnózami, jako je bolest, zejména chronická. Zejména porušená soběstačnost je podle ní hlavním ošetrovatelským problémem. Téměř každý pacient potřebuje pomoc v rámci hygienické péče, vyprazdňování, v oblasti stravování, oblékání a v dalších, pro zdravého člověka, běžných činnostech. Sestra uvádí, že nikdy neodmítla pomoci pacientovi, pokud ji o to požádal. Jako nejčastější ošetrovatelské diagnózy, se kterými se setkává, uvedl VS 2 imobilitu, inkontinenci, porušenou kožní integritu. Sestra - VS 3 vedla jako nejčastější ošetrovatelské diagnózy, se kterými se setkává: chronickou bolest, strach, úzkost, zhoršenou pohyblivost, sociální izolaci. Pokud pacient potřebuje pomoci, snaží se pomoci. Pokud to není v jejích silách, pacienta alespoň vyslechne, dá najevo svůj zájem. Jako nejčastější ošetrovatelské diagnózy VS 4 uvedla chronickou bolest, zhoršenou soběstačnost, inkontinenci. Uvedla, že pokud jí pacient žádá o pomoc, vždy jej vyslechne. Dále v rámci svých možností a možnostech oddělení pomůže. VS 5 se na oddělení nejčastěji setkává s ošetrovatelskými problémy jako je inkontinence, imobilita, bolest, snížená pohyblivost nebo soběstačnost. Snaží se být vždy nápomocná, pokud je to v jejích silách a možnostech, vyhoví.

Kategorie 6: Respekt a úcta k DHS

V této kategorii je znázorněno, jakým způsobem oslovují sestry seniory. V kontrastu je uvedeno, jak byli oslovováni senioři a jak by reagovali na nevhodný styl oslovení. Ze strany sester byla jednoznačná odpověď, že své pacienty oslovují příjmením, tykají jim (Tabulka 6). VS 1 uvedla, že pokud slyší devalvující oslovení ze strany kolegů, tak ji to rozčiluje. VS 6 s takovým jednáním nesouhlasí, i přesto jej ve svém okolí vnímá. VS 9 se svěřila s tím, že se občas přistihne, jak tyto nešvary přejímá, snaží se kontrolovat.

Tabulka 6 Oslovování očima sester

Styl oslovování	
VS 1	pane/paní, rozčílí se, když někdo devaluje seniora
VS 2	vykání, pane/paní
VS 3	pane/paní + příjmení
VS 4	pane/paní
VS 5	příjmením
VS 6	příjmení + pane/paní, nešvary v okolí - nesouhlasí s nimi
VS 7	pane/paní, výslovné přání - jinak
VS 8	příjmení + pane/paní
VS 9	příjmení + vykání/ občas osobní nešvary, snaží se odstranit
VS 10	příjmením

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Způsob oslovování - očima sester

Při dotazu na způsob oslovování pacientů VS 1 uvedla, že své pacienty oslovuje zásadně pane/paní. Rozčiluje ji to, když slyší ze svého okolí devalvující druh oslovení, jako je například babi/dědo. K pacientům se VS 2 snaží chovat vždy s úctou, oslovuje je pane/paní, pokud si pacient výslovně nepřeje jinak, ale rozhodně vždy vyká, považuje to za projev úcty. Oslovování podle VS 3 jednoznačně pane/paní, a také příjmení, „je to základ slušného chování," podotkla. V rámci komunikace VS 4 oslovuje pane/paní. I pokud se setká se známým v roli pacienta, o kterého se stará, nedává příliš najevo, že se znají, aby ostatní pacienti necítili zanedbaní. VS 5 uvedla, že vždy oslovuje pacienty příjmením. Pacienty, o které VS 6 pečuje, oslovuje příjmením + pane/paní. Pozoruje okolo sebe nešvary v oslovování typu „babičko" apod., zásadně s tím nesouhlasí a přijde ji to neuctivé. V rámci komunikace oslovuje sestra (VS 7) pacienty pane/paní + příjmení, pokud by si pacient a rodina přál oslovovat jinak, přistoupila by na to, ale za jiných okolností ne. V rámci dobrého dorozumívání se s pacientem VS 8 uvedla, že využívá jedině vykání a oslovuje pane/paní společně s příjmením daného pacienta. Své pacienty oslovuje VS 9 příjmením, vyká jim. Však také se párkrát přistihla, že občas klesne k oslovení „babičko," zejména u ležících seniorů, avšak nerada. „Snažím se tomuto nešvaru vyhnout." VS 10 uvedla, že pacienty oslovuje striktně příjmením.

Způsob oslovování - očima dlouhodobě hospitalizovaných seniorů

Na dotaz, jak ji personál oslovuje, odpověděla DHS 1, že příjmením a vykáním. Setkala se i s oslovením typu „kočko," ale vzhledem k její povaze jí toto nevadilo. „Já jsem ráda, sestřičky mám ráda, proč bychom si nemohly společně zlepšit den." Titulem babi jí nikdo neoslovoval, a i kdyby, tak babička sem, nezlobila bych se, pokud bychom dělaly legraci, ale kdyby mi bylo zle, nelíbilo by se mi to," řekla. S oslovením ze strany sester byl DHS 2 spokojený. „I když mám titul právnický, tak jsem si nepřál, a to hned od začátku, aby mě jím sestry a další personál oslovovaly. Sice jsem na něj pyšný, ale jsem raději, když mě oslovují příjmením." Oslovení typu babi, dědo by nesnesl, uvedl. Myslel by si, že si z něho dělá druhá strana legraci. DHS 3 se nikdy nesetkal s jiným oslovením, než pane a příjmení. To samé u ostatních pacientů, také se nikdy nesetkal s hanlivým či vysmívajícím stylem oslovení. „Pokud by mě někdo nazýval dědečkem, asi bych mu řekl, že si to nepřeji." DHS 4 byla oslovována titulem paní a příjmením. Několikrát tedy zaslechla titulování starší pacientky na pokoji „babičko," což se jí dvakrát moc nelíbilo. DHS 5 uvedla, že ji sestry nejčastěji oslovovaly paní + příjmení, jednou se setkala s oslovením typu „babi." „Jasně jsem sestře dala najevo, že nemá právo na to, aby ji takto oslovovala" (Tabulka 7).

Tabulka 7 Oslovování očima seniorů

	Spokojenost se stylem oslovování	Názor na oslovení "babi/dědo"
DHS 1	ANO, příjmení, "kočko"- nevadilo	Záleželo by na okolnostech i sestře.
DHS 2	ANO, příjemní, titul nechtěl	Nesnesl by jej.
DHS 3	ANO, příjmení	Nepřál by si jej.
DHS 4	ANO, příjmení	Byla svědkem, nelíbilo se jí to.
DHS 5	ANO, příjmení/ jednou NE -"babi"	Dala najevo, že si to nepřeje.

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Respektování intimity - očima sester

Péče o intimitu je pro VS 1 důležitá. Na oddělení jsou pacienti zejména po třech na pokojích, pár pokojů je uspořádáno pro pacienty 2. Vždy se snaží odhalit jen nezbytnou část těla, kterou potřebuje pro ošetření či provedení ošetřovatelského výkonu v rámci svých kompetencí. V rámci poskytování ošetřovatelské péče se VS 2 snaží volit vhodnou dobu k provedení výkonu, využít zástěny u nepříjemnějších výkonů

a odhalovat pouze nezbytné části těla. Intimitu pacienta VS 3 chrání vždy, zajistí, co nejméně přihlížejících, zakrývá intimní partie, popřípadě návštěvy požádá o vyčkání na chodbě. Péče o intimitu pacienta je podle VS 4 horší. Pokud leží 3 imobilní pacienti vedle sebe, za prvé se těžko manipuluje s ležícím, vzhledem k velikosti pokojů a náročnosti péče o také nemocné. Je to podle jejích slov veliký problém. V rámci možností se snaží využít přenosnou zástěnu, neodkrývat nezbytně nutné části těla. Pokud se na pokoji nachází návštěva či zbytečně moc velký počet přihlížejících, poprosí o opuštění místnosti. VS 5 Intimitu zajišťuje zejména zavřením dveří, což může vypadat jako samozřejmost, ale ze zkušeností uvádí, že pro spoustu sester a dalšího personálu tomu tak není. Soukromí a intimitu občas plně zajistit nelze, uvedla VS 6. V rámci své práce ponechá na pokoji nezbytný počet pracovníků, nejčastěji dva, kvůli manipulaci s pacientem, dále využívá plentu a neodhaluje celého pacienta, pokud to není nezbytné. VS 7 si myslí, že kdyby pacienti byli na pokojích po 2, kdyby pokoje byli lépe řešené, tak by se péče poskytovala lépe. Také by šlo lépe zajistit pacientovi intimitu. Při nynějších podmínkách je to občas nemožné, udává. Ale v rámci svého působení se snaží volit vhodnou dobu k provádění výkonů, pokud to lze, zavírat dveře, popřípadě využívat přenosné zástěny. „*Někdy je to těžší, někdy lehčí se zajištěním intimity. Sestra musí umět často improvizovat a hlavně zorganizovat si svou práci,*“ uvedla VS 8. VS 9 zajišťuje intimitu tak, že na pokoji pacienta ponechá pouze nutný počet lidí - kolegů, při manipulaci s pacientem. Požádá o odchod na chodbu i pacientovy nejbližší. VS 10 udala, že o dodržování intimity se snaží. Udala, že ne vždy to jde na plno. Vzhledem k podmínkám na pokojích, kde se „*sotva dá pohnout,*“ pokud je plno. Ale vždy se snaží být taktní a neodhaluje celého pacienta, pokud to není nutné.

Respektování intimity - očima DHS

DHS 1 udala, že dostatečně velké soukromí v nemocnici nemá, ale sestry se podle jejích slov a podmínek snažily intimitu do určité míry dodržovat. DHS 2: „*Soukromí si myslím, že jsem na pokoji v jistém směru měl, vzhledem k tomu, že jsme na pokoji byli pouze dva. Sestry zavíraly dveře, pracovaly rychle, pomáhaly mi. Ale dokázal bych si představit jiný způsob dodržování intimity. A to tehdy, když bych byl na pokoji sám.*“ Dostatek soukromí pro DHS 3 představovala péče o stomii v příjemném prostředí, na pokoji. Další pacienti na pokoji mu nevadili, ale občasné otevřené dveře či moc přihlížejícího personálu ano. Vzhledem k tomu, že DHS 4 ležela x týdnů téměř nehnuta, v poloze na zádech a všechny úkony byly prováděny na lůžku,

zajištění soukromí pro ni mělo velikou hodnotu. „*Sestry se celkem snažily mi zajistit soukromí, neodhalovat mě na odiv celému pokoji, za to jsem jim byla vděčná, i když vím, že zakrytou mě jen těžko umyjí a dají do pořádku,*“ smála se. V rámci možností si DHS 5 myslí, že jí bylo poskytnuto dostatečné soukromí, je si vědoma toho, že pokud sdílí pokoj více lidí úplně na 100% toto zajistit nelze.

6. DISKUZE

V této kapitole již shrneme zjištění, ke kterým jsme se v průběhu procesu výzkumného šetření dospěli. Zjištěné dáme pro srovnání do kontextu s jinými autory.

Na úvod je důležité zmínit, že poskytování dlouhodobé ošetrovatelské péče není lehkou záležitostí. Sestra by měla mít především dobré vztahy s lidmi, zejména se staršími občany a být na určité profesionální a intelektuální úrovni. Tento postřeh potvrzuje Mlýnková (2011), která uvádí, že pečovat o seniory nemůže každý. *„Ošetřování seniorů je bezesporu velmi náročné po fyzické, psychické i sociální stránce. Předpokladem je jakési vnitřní naladění na pečování o staré osoby, velká dávka empatie, tolerance a pochopení problémů“* (Mlýnková, 2011, s. 71).

V rámci první kategorie výsledků byl zaznamenáván věk, vzdělání sester, délka praxe na jiném oddělení a také celková délka trvání praxe na oddělení následné péče. Výzkumný soubor všeobecných sester tvořilo 9 žen a 1 muž. Na otázku, jak ho vnímají a oslovují pacienty, odpověděl, že ženy ho pacientky nejčastěji oslovují *„bratře, či bratříčku“* a muži *„mladý muži či mladíku.“* Takto je celkem spokojený uvedl, oslovení *„sestři“* by ho přivedlo do rozpaků. Také poznamenal, že vzhledem k tomu, že je na oddělení jediným mužem, je u kolegyně i u pacientů vítaný. Myslím si, že v ženském pracovním kolektivu je přínosné mít minimálně jednoho muže. Na oddělení následné péče je přítomnost sestry mužského pohlaví, podle mého názoru, více než potřeba, zejména vypomůže sestrám ženám při poskytování komplexní ošetrovatelské péče, zejména v péči o imobilní pacienty. Pacienti tuto změnu většinou také rádi přivítají. Z rozhovoru však vyplynulo zjištění, že dotazovaný muž je v sesterské roli na oddělení následné péče jediný, a to je celé oddělení následné péče rozděleno na 3 samostatné stanice. Věkové rozmezí všeobecných sester bylo mezi čtyřiaadvaceti a šedesáti lety. Sestry se samozřejmě lišili druhem dosaženého vzdělání. Dvě sestry z deseti vystudovaly vysokou školu. Vyšší odbornou školu z výzkumného souboru vystudovaly čtyři sestry a pouze středoškolsky vzdělaní byli čtyři (tři ženy a muž). Zajímavé je zjištění Kabátové et al. (2016), která ve svém článku popisuje vztah mezi vzděláním sester, délkou praxe sester v kontextu se vztahy a postoji k seniorům. Na základě výsledků jejich výzkumného šetření, bylo zjištěno, že sestry potřebují další vzdělávání pro lepší komunikační dovednosti. Také je to důležité k vytvoření osobních postojů ke starší věkové skupině. Podle výsledků zmíněného šetření téměř 72 % sester ze 100 dotazovaných vnímalo seniory pozitivně. U 28 % sester byly zjištěny mírně negativní postoje vůči

seniorům. Vždy se především projeví osobnost dané sestry, její vztah k druhým, ochota pomoci. Z osobních zkušeností musím podotknout, že vysokoškolsky vzdělané sestry většinou během studia vyzrají a dospějí, což se projevuje i na úrovni komunikačních dovedností. Velmi důležité jsou pak zkušenosti získané praxí. Toto zjištění neodmyslitelně souvisí s pojmem ageismus. Tento jev byl popsán v teoretické části práce. Sestry obecně mají poměrně často předsudky vůči starým lidem, některé se dokonce spolupráci s nimi vyhýbají. Tento jev se ve zdravotnictví objevuje, bylo by dobré jej eliminovat. Skutečnost, že sestra nemá vytvořený dobrý vztah k nemocným starším lidem a má předsudky, se dříve nebo později projeví v kvalitě poskytování ošetrovatelské péče, v komunikaci z její strany. Nejdelší doba praxe na oddělení následné péče byla v rámci šetření zaznamenána 15 let, nejkratší doba byla 14 měsíců. Z deseti sester pouze šest uvedlo předchozí zkušenost s prací na jiném oddělení.

Ve druhé kategorii bylo zjišťováno, z jakých důvodů a oddělení byli senioři na oddělení následné péče přeloženi. Dále kolik je danému seniorovi let, a jak dlouho je již hospitalizovaný na oddělení následné péče. Pacienti jsou překládáni na oddělení následné péče, protože potřebují poskytnout kvalitní ošetrovatelskou a také rehabilitační péči. Senioři mají často porušenou soběstačnost, a to v různé míře. Jednoznačně potřebují mít k dispozici plnohodnotnou ošetrovatelskou péči. „*V praxi se jedná o pacienty, kteří překonali akutní fázi onemocnění a je u nich nutná dominantní rehabilitační a ošetrovatelská péče*“ (Burda a Šolcová, 2016, s. 30). Výzkumné šetření potvrdilo souvislost, že teorie neodmyslitelně koresponduje s výzkumem. Samozřejmě někdy se naskytne důvod hospitalizace, který nevyžaduje rehabilitační péči. Někdy se senioři v rámci hospitalizace na oddělení následné péče setkají více s edukačním procesem než s rehabilitační péčí. Zejména s edukací spojenou s nově nastavenou léčbou. Dále edukace souvisí například se změnou dosavadního životního stylu, která vznikla následkem nemoci. Senioři se například učí sami aplikovat injekce, pečovat o chirurgicky vyvedené orgány, například o vývod tlustého střeva. Jeden ze spolupracujících seniorů toto tvrzení potvrdil, byl na oddělení následné péče hospitalizovaný zejména pro edukaci. Hlavním cílem jeho pobytu bylo naučit se starat o nově vzniklou kolostomii. Jak konstatuje Hudáková (2013), pokud senior onemocní a potřebuje ošetrovatelskou péči, není jiné východisko, než hospitalizace. Pobyt v nemocničním zařízení je dlouhodobý, zpravidla přesahuje délku pobytu jednoho kalendářního měsíce.

Také v rámci výzkumného šetření bylo spolupracováno se seniory, kteří byli hospitalizováni na oddělení následné péče minimálně jeden měsíc. Získané údaje

můžeme tedy považovat za důvěryhodné. Dlouhodobě hospitalizovaní senioři byli na oddělení následné péče hospitalizováni 70. den, 94. den, 37. den, 62. den 42. den. Průměr pobytu pěti seniorů zúčastněných našeho výzkumného šetření byl 61 dní. Vzhledem k délce pobytu na oddělení následné péče, ze kterého jsou senioři často unavení, si postupem času všimají stále více drobností v chování sester. Sestra by měla vždy a za každých okolností přemýšlet nad svým chováním. Sestry v geriatrické péči by měli být s tímto seznámeny, protože podobná délka pobytu v cizím prostředí, s cizími lidmi je jednoznačně velikou zátěží pro hospitalizovaného jedince.

Z pěti dotazovaných seniorů byli tři přeloženi na následnou péči z oddělení traumatologie, dva senioři byli přeloženi z chirurgického oddělení. Důvody přijetí na oddělení následné péče byly: rehabilitace po zlomenině obratlů, rehabilitace po amputaci dolní končetiny, edukace v péči o kolostomii u seniora po karcinomu konečníku, rehabilitace po zlomenině pánve a dolní končetiny, a rehabilitace po subtrochanterické zlomenině levé kosti stehenní. Tyto důvody k přijetí byly naprosto v pořádku. Jak uvádí ve své publikaci Mlýnková (2011, s. 64): „*Oddělení následné péče jsou rehabilitační a doléčovací oddělení (léčebny dlouhodobě nemocných), kde je péče pro seniory v dobrém zdravotním stavu, u nichž je třeba zajistit následnou rehabilitaci, např. nácvik chůze, nácvik soběstačnosti při sebepéči apod...*” S tím souvisí, co uvádí Holmerová et al. (2015), na oddělení typu následné péče, kam jsou pacienti překládáni za vylepšením zdravotního stavu, se předpokládá navrácení nebo alespoň zlepšení zdravotního stavu. Dva senioři měli předchozí zkušenost s oddělením následné péče. Ti byli klidnější, neměli příliš velké obavy, uvedli, že osobní zkušenost, dále od známých jim hodně pomohla. Senioři také uvedli, že obavy z překladu na toto oddělení měli. Většina uvedla, že pokud jejich stav vyžaduje pomoc, zásah druhých, překonali obavy a využili této možnosti.

Lidé by podle našeho názoru měli překonat předsudky o léčebnách dlouhodobě nemocných. Oddělení následné péče se dříve oficiálně nazývalo, avšak dnes tomu tak není. Většina laické veřejnosti, ale nejen ta, i na jiných akutních odděleních jsme si v rámci výkonu odborné praxe během studia všimli, že sestry a dokonce i lékaři často „opovrhují“ péči poskytovanou na oddělení následné péče. Podle zjištění je tato reakce a chování podle předsudků naprosto nemístná. Bylo zaznamenáno několik případů o tom, že když takový člověk tento typ oddělení navštíví, je mile překvapen. Tím nechceme tvrdit, že péče je zde perfektní a poskytována stoprocentně. Rozhodně však není nejhorší, jak se často ve společnosti traduje. Dvořáčková (2012) uvádí, že

potřeba pomoci při porušené schopnosti postarat se sám o sebe, není spojena pouze s věkem, ale souvisí s poklesem soběstačnosti, což znemožňuje uspokojit běžné každodenní aktivity. Pro většinu seniorů je na prvním místě zdraví. Někteří udávají, že v jejich situace je nejdůležitější to, že se o ně někdo postará. Pomůže jim uspokojovat základní potřeby, které sami momentálně uspokojit nezvládají. Jak uvádí Nováková (2010), člověk, který nemá uspokojené potřeby má strach. Pro seniory je totiž velmi důležitý životní optimismus, přítomnost blízkých lidí a také to, že jsou schopni postarat se sami o sebe (Hudáková a Majerníková, 2013). Je důležité, aby personál měl vymezen dostatečný prostor na komplexní ošetrovatelskou péči a pro realizaci ošetrovatelského procesu. Vytečková et al. (2011), uvádí, že pro pacienty s deficitem sebezpečí by na oddělení tohoto typu, měl být vymezen čas na důkladnou a kvalitní ošetrovatelskou péči. Nejčastěji se provádí hygienická péče v dopoledních hodinách. Z praxe víme, že většinou se dopolední hodiny věnují pacientům v rámci hygienické péče.

Ve třetí kategorii je zaneseno, jak se sestry chovají k seniorům, co dělají proto, aby jim byly oporou a efektivně komunikovaly. Nejčastější 3 odpovědi byly: naslouchání, empatie a lidská důvěra. Zacharová (2016) uvádí, že pro správné využití rozhovoru je naslouchání jedna z nejdůležitějších schopností. Důležitější než to, co sestra slyší z úst pacienta je skutečnost, že se pacienta snaží pochopit. Je zjevné, že pokud se takto sestra chová vřele, pacient ji vnímá také kladně. Sedm sester z deseti uvedlo, že je nejdůležitější naslouchání, dále 6 z 10 dotazovaných uvedlo empatii a lidskost a pět z deseti uvedlo důvěru. Dalšími odpovědi byli: chtělo by to více času, trpělivost, informovanost o seniorech, popovídat se seniorem, úsměv, opakování řečeného, neustálá přítomnost. Heřmanová et al. (2012) popisuje skutečnost, že sestry často uvádí jako největší etický problém v rámci poskytování ošetrovatelské péče nedostatek času na jednotlivé pacienty. Uvádí to, že i když sestry chtějí ze své vlastní iniciativy více času věnovat pacientovi, často jim to pracovní podmínky nedovolí. Což je zásadní a neuspokojující zjištění, které se vyskytuje v praxi. Zejména v poskytování péče dlouhodobě nemocným by měl být dostatečný čas pro práci sestry seniory samozřejmostí. S tímto bohužel všeobecně sestry nic neudělají, toto je problém hodný řešení na vyšších řídicích pozicích.

Když došlo ve výzkumném rozhovoru na téma komunikační bariéry, většina sester udala, že volí individuální přístup a snaží se k seniorům přistupovat trpělivým přístupem. Sedm sester z deseti uvedlo jako první nejdůležitější přístup individuální. Přesně, jak uvádí Pokorná (2010), pokud je sestra schopna poznat seniorovu potíže v rámci komunikace, přizpůsobí mu komunikační styl, zefektivní tím spolupráci.

Pro pochopení potřeb pacientů je důležité, aby sestra uměla vhodným způsobem odhalit pacientovo trápení. Sestra by měla vnímat seniora neustále, pokusit se ho zaujmout, zaměřit se na cíl rozhovoru. A to zejména proto, že senior mnohdy hlavní téma odsouvá stranou, ale sdělil by sestře informace o jiném, absolutně nesouvisícím tématu.

Kategorie 4 pojmenovaná Zájem sester o dlouhodobě hospitalizované seniory z pohledu seniorů je zaměřena na to, jak senioři vnímali sestry, jestli jim byly oporou. Jak uvádí Šamánková et al. (2011) v ošetrovatelství je hlavním cílem uspokojovat potřeby pacientů. Důležité je respektování individuality každého pacienta. Výzkumné šetření ukázalo, že tři z pěti seniorů se v rámci svého pobytu na oddělení následné péče setkali s konfliktní situací se sestrou. Tito tři uvedli, že se vše nakonec vyřešilo, ale i tak to není pro sestry dobrou vizitkou. Jak uvádí Hekelová (2012), je důležité umět dobře komunikovat. Sestra tím může předejít spoustě nežádoucím situacím a také konfliktům. Pokud konflikt opravdu vznikne, měla by ho sestra řešit, ne jeho řešení odkládat. Vzhledem k náročnosti péče o nemocné, se vždy problém nezvládne vyřešit. Sestra by měla vždy dát určitým způsobem najevo alespoň pochopení.

Při dotazu na podporu soběstačnosti uvedli všichni dlouhodobě hospitalizovaní senioři, že podporováni byli, vnímali podporu ze strany sester. Jeden participant uvedl, že podporu vnímal, ale ne od počátku hospitalizace. Někteří z dotazovaných uvedli, že podporu nevnímali úplně vždy a také ne od všech sester. Zájem ze strany sester jednoznačně vnímalo několik seniorů, v rámci spolupráce bylo vidět, že nad odpovědi někteří nemusí dlouho přemýšlet.

Ve světě, především ve Spojených státech, existuje označení neboli známka kvality pro nemocnice přátelské k seniorům. Toto označení nese název Senior friendly hospital. Nemocnice, které tento status obdrží, jsou vnímány jako nemocnice poskytující kvalitní péči seniorům. V rámci poskytování péče je propojováno 5 oblastí poskytované péče, která je poskytována s ohledem na specifika geriatrického pacienta. Tím pádem jsou zaznamenávány lepší zdravotní výsledky léčení křehkých seniorů. Tato myšlenka vznikla také proto, že stále větší procento hospitalizovaných tvořili křehcí senioři. Myšlenka je taková, že senioři po úspěšném zvládnutí léčby mohou v dobrém stavu odejít domů či do jiného zařízení než je nemocnice (Senior friendly hospital, 2014). Zařízení se soustředí na proces péče, organizaci péče zaměřenou na křehkého člověka, na psychickou, emocionální a etickou stránku poskytované péče (Bolz et. al, 2016). První statut Senior friendly hospital byl udělen v roce 2008 nemocnici v Marylandu. Trend stoupá, v roce 2014 bylo ve Spojených státech 50 nemocnic s tímto titulem (Malone et. al, 2014).

Je zřejmé, že senioři hospitalizovaní na oddělení následné péče, by si podobný přístup jednoznačně zasloužili, změnilo by to i postavení tohoto typu oddělení ve struktuře nemocnice, možná by si provozu oddělení ostatní více považovali. Několikrát bylo zaznamenáno, že senioři vnímají spěch sester a také jejich únavu. Možná by lepší organizace práce, více personálu a tím pádem více času na jednotlivé seniory změnilo poskytovanou péči.

Musíme také podotknout, že záleží na typu osobnosti seniora v kontrastu s osobností sestry. Ne každý je druhému člověku sympatický, to je však v životě normální. Ze spolupráce se seniory je patrné, že některý z participantů byl více nakloněný spolupráci, více komunikativní, jiný zase více uzavřený do sebe. Tyto skutečnosti se projevují na tom, jak senior vnímá okolní svět, sestry, které o něho pečují. Sestra by však měla umět vyjít s každým pacientem, být bez subjektivního posuzování, být emocionálně neutrální. Na druhou stranu i sestry jsou jen lidé, nemohou být pořád v nejlepším možném rozpoložení. Pacient by však neměl poznat, že sestra není v pořádku, už vůbec by si sestra neměla řešit své problémy nevhodným jednáním s pacienty. Venglářová et al. (2011) ve své knize zabývající se problematikou syndromu vyhoření zmiňuje, že jsou neustále pokládány otázky typu jaká má sestra být. „*Být tu vždy pro druhé..., Nejprve všichni ostatní, pak teprve přijdeš na řadu ty... Nesmíš na sobě nic dát znát... Starosti z domova nech za dveřmi...*“ (Venglářová et al., 2011, s. 13). Uvádí také, že v minulých dobách, kdy sestry byly zejména sestry řeholní, bylo to jiné, strasti nechaly za branami klášterů a staraly se striktně o druhé. V dnešní době je složité, aby sestra nedávala najevo své vlastní emoce (Venglářová et al., 2011).

V páté kategorii: Nejčastější ošetřovatelské problémy očima všeobecných sester, bylo odpovídáno obdobně. Nejčastějším druhem odpovědi byla snížená soběstačnost zhoršená pohyblivost, imobilita. Péče o takové nemocné je náročná. Jak uvedla Hudáková a Majerníková (2013), soběstačnost má pro seniora nepředstavitelný význam. Pokud je senior soběstačný, je to pro něho zdroj sebeúcty, je ve svých očích dobrý. Jakmile tato schopnost klesá, cítí se ve vlastních očích neúplně. Už jen toto zjištění v rámci výzkumu bylo podnětem k pokračování, protože v návaznosti na cíle práce bylo vhodné zamyslet se nad tím: „*Podporují sestry dlouhodobě hospitalizované seniory na oddělení následné péče v rámci podpory soběstačnosti?*“ Z dalších odpovědí vyplynulo, že se sestry dále nejčastěji setkávají s pacienty s bolestí, s problémem inkontinence. Jak uvádí Mlýnková (2011), v geriatrii je velice žádoucí pečovat o seniora komplexně, především však vstřícným způsobem.

Poslední, kategorie praktické části s názvem Respekt a úcta k dlouhodobě hospitalizovaným seniorům práce se prolíná s kapitolou o ageismu, která je součástí teoretické části. Otázky byly směřovány na způsob oslovování seniorů sestrami. Získané údaje byly dány do kontextu s reakcemi seniorů na toto téma. Ze strany všeobecných sester byla odpověď jednoznačná, oslovování pacientů stylem pane/paní a příjmením. Dvě všeobecné sestry uvedly, že devalvující typ oslovení vnímají ze svého okolí, nesouhlasí s ním. Jedna sestra přímo uvedla, že ji to rozčiluje. Ze strany všeobecných sester bylo zodpovězeno téměř ukázkově, ve spolupráci se seniory se naopak potvrdilo, že jedna participantka se setkala s oslovením typu „babi.“ Dala jasně najevo, že se takto necítí dobře. Další participantka uvedla, že byla svědkem rozmlouvání sester s jinou pacientkou tímto stylem. Byla pohoršena. Uvedla, že by záleželo na situaci, striktně by jí nevadilo, kdyby jí někdo oslovoval „babi.“ Zbytek seniorů odpověděl opačně, jednoznačně by jim devalvující oslovování vadilo (Tabulka 7). Poslední část výzkumu byla věnována intimitě a bylo zjištěno, že se sestry snaží zachovávat intimitu v rámci možností svého oddělení. Několikrát bylo poznamenáno, že ne vždy toho lze dosáhnout. Hlavním důvodem podle některých dotazovaných bylo málo prostoru pro hodně pacientů. Dlouhodobě hospitalizovaní senioři ve větší míře uváděli, že v rámci možností jim byla intimita zajišťována. Uvědomovali si, že sestry to nemají lehké, a že provoz je takový, jaký je. Hauke (2014) ve své publikaci uvádí, že je pro seniora důležitá potřeba soukromí. Senioři mají podle něho rádi pohodlné a klidné prostředí, což při hospitalizaci nejde dokonale zajistit.

Nesmíme však opomenout zjištění, které nás utvrdilo v tom, že nedostatek sester se projevuje ve všech sférách zdravotnictví. Z reakcí dotazovaných je patrné, že sestry mezi sebou vnímají nízký počet personálu vůči vysokému počtu pacientů. Také dotazovaní senioři si všimají, že sestry velmi často spěchají. Myslím si, že když pacienti vnímají nízký počet sester, určitě je něco v nepořádku. Na základě výsledků bakalářské práce bychom mohli polemizovat nad tím, zda by vyšší počet sester vedl ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o dlouhodobě hospitalizované seniory či nikoli. I přesto, že si uvědomujeme skutečnost, že sester je a bude málo, tak by se situace měla řešit. I když senioři nebyli negativní, tak by se v tomto ohledu mělo něco změnit. Vhodné by bylo mimo jiné řešení pokojů, kde by bylo méně pacientů, nejideálněji dva, jednolůžkové pokoje jsou vzácností.

Ze spolupráce s dlouhodobě hospitalizovanými seniory na oddělení následné péče vyplynulo, že většina z nich vnímá pečující sestry kladně. Podle našeho výzkumného

šetření většina sester podporuje své pacienty. Otázkou je však, do jaké míry, to cílem výzkumného šetření nebylo. Je patrné, že sestry podporují své seniory v udržování soběstačnosti, v uspokojování základních potřeb a také jim jsou oporou psychickou v těžkém životním období. Sestry se snaží pacientům zejména naslouchat.

7. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou dlouhodobě hospitalizovaných seniorů. Konkrétně vztahy mezi sestrami a seniory. Vztahy byly porovnávány ze dvou úhlů pohledu. Řešení této problematiky bylo pojato nejprve z pohledu pečujících sester z oddělení následné péče. Dále z pohledu dlouhodobě hospitalizovaných seniorů, kteří byli hospitalizováni minimálně jeden měsíc na oddělení následné péče. Na začátku práce byly stanoveny 3 dílčí cíle. CÍL 1: Zjistit, jaký postoj k ošetřujícím sestrami mají dlouhodobě hospitalizovaní senioři. CÍL 2: Zjistit, v jakých oblastech jsou sestry oporou pro dlouhodobě hospitalizované seniory. CÍL 3: Zjistit, jakými formami sestry podporují pacienty na oddělení následné péče.

Byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu, metoda dotazování, konkrétně technika sběru dat polostrukturovaným rozhovorem. Výzkumné otázky byly vytvořeny s návazností na cíle práce. Jaký postoj k ošetřujícím sestrami mají dlouhodobě hospitalizovaní senioři? V jakých oblastech jsou sestry oporou pro dlouhodobě hospitalizované seniory? Jakými formami sestry podporují své pacienty na oddělení následné péče?

I přes skutečnost, že sestry i senioři vnímají nedostatek personálu, za nejvýznamnější zjištění z výzkumného šetření považujeme to, a ze spolupráce se sestrami je patrné, že se snaží pro dlouhodobě hospitalizované seniory být oporou. Konkrétně po stránce psychické, v rámci podpory soběstačnosti a v rámci uspokojování potřeb. Sestry se v rámci poskytování dlouhodobé ošetrovatelské péče kladou důraz na projevení podpory, když mají více času, seniora vyslechnou. Dotazovaní senioři v rámci rozhovorů tuto skutečnost z větší části potvrdili. Reakce však nebyly úplně jednotné. Z reakcí seniorů bylo zjištěno, že většina sester byla milá, vlídná a vykonávala svou práci dobře. Někteří senioři se za dobu své hospitalizace také ale setkali i s konfliktní situací, také s nepochopením. V průběhu výzkumného šetření byl jednoznačně vnímán vděk ze strany hospitalizovaných seniorů vůči poskytované péči ze strany sester.

Spolupráce se sestrami a seniory byla zajímavá a přínosná. Cíle, které byli na počátku výzkumného šetření stanoveny, byli splněny. Na základě šetření byla potvrzena teoretická východiska práce. Sestry se jednoznačně snaží dobře pečovat o dlouhodobě hospitalizované seniory, avšak v praxi by se měli v rovině poskytování opory a zájmu seniorům posouvat profesně dále. Měly by se neustále zdokonalovat v komunikačních dovednostech, pochopit specifika a potřeby geriatrických pacientů.

Zejména dbát na to, aby svým pacientům naslouchaly, vnímaly je, dávaly zřetelně najevo zájem o seniorovu osobnost. Pokud by sestry přistupovaly k dlouhodobě hospitalizovaným seniorům podobným způsobem, ovlivnilo by to vztah důvěry mezi sestrou a seniory v roli pacienta.

Na základě této bakalářské práce byl vytvořen krátký, stručný edukační materiál pro sestry, které o seniory pečují a rády by se v této činnosti zdokonalily, nebo pro sestry, které chtějí o seniory pečovat (Příloha 4). Sestrám by výsledky šetření mohly pomoci zjistit, jak je senioři vnímají. Výsledná zjištění mohou být poskytnuta, v případě zájmu, jako zpětná vazba dotazovaným sestrám. Dále by tento „malý“ výzkum mohl být podnětem pro větší výzkumné šetření.

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 329 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 5148 - 1.
2. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
3. BOLZ M., CAPEZUTI E., et al., 2016. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*, Fifth Edition, Springer Publishing Company, ISBN 978 - 08 - 261 - 7167 - 2.
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 5333 - 1.
5. CIMRMANNOVÁ, T., 2013. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum. 200 s. ISBN 978 - 80 - 246 - 2205 - 7.
6. ČELEDOVÁ, L., et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum. 154 s. ISBN 978 - 80 - 246 - 3404 - 3.
7. ČSSZ. Aktualizováno 12/2016. *Starobní důchody, důchodový věk* [online]. [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/starobni-duchody.htm>
8. Český statistický úřad (ČSÚ), 2017. *Procentuální zastoupení populace ve věku 65 let a více let v jednotlivých státech Evropy, v letech 2000 – 2016*. [online]. [cit. 2017 – 4 - 25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>
9. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 4138 - 3.

10. FARKOVÁ, M., 2009. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada. Psyché. 136 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 2480 - 5.
11. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 128 s. Praha: Grada. ISBN 978 - 80 - 247 - 5216 - 7.
12. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 124 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 8095 - 5.
13. HEŘMANOVÁ, J., et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 3469 - 9. "
14. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. s. 100. ISBN 978 - 80 - 247 - 4697 - 5.
15. HOLMEROVÁ, I., et al., 2015. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 5439 - 0.
16. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 4139 - 0.
17. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ L., 2013. *Kvalit života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha. Grada. 115 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 7737 - 5.
18. JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada. 258 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 3679 - 2.
19. KABÁTOVÁ, O., 2015. *Predsudky o starnutí a starobe*. *Florence*. 11 (15), s. 17 – 18. ISSN 1801 – 464 X.
20. KABÁTOVÁ, O., et al., 2016. *Nurses' attitudes and knowledge of the geriatric age issue [online]*. *Kontakt*. 18 (4): s. 213 - 218. [cit. 2017 - 4 - 03]
Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.10.002>

21. KAGAN, S. H., Melendez - Torres, G. J., 2015 *Ageism in nursing. Journal of Nursing Management* [online]. 23(5), s. 644-649 [cit. 2016-11-23]. DOI: 10.1111/jonm.12191. ISSN 09660429.
Dostupné z:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=a962f904-9bb4-4514-b8ac-29debf843ec2%40sessionmgr104&hid=101>
22. KALVACH, Z., et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 2490 - 4.
23. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2010. *Psychologie 1. díl: Psychologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 3270 - 1.
24. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 2169 - 9.
25. KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. 141 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 3604 - 4.
26. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978 - 80 -247 - 6568 - 6.
27. KUTNOHORSKÁ, J. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 2713 - 4.
28. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 1284 - 0.
29. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 314 - 8.

30. MALONE, M., L., et al., 2014. *Acute care for elders: a model for interdisciplinary care. Aging medicine*. Springing. ISBN 978 - 14 - 939 - 1025 - 0.
31. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi. 2. doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 2339 - 6.
32. Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZČR), 2015. *Rádce pacienta*. [online]. 3. vydání. Praha. [cit. 2017-03-01]. Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/radce-pacienta_2898_29.html
33. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 3872 - 7.
34. MOTSCHNIG, R., NYKL, L., 2011 *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. Praha: Grada. Psyché. 172 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 3612 - 9.
35. NASCIMENTO, P., et al., 2016. *Frailty and depressive symptoms in older adults: data from the FIBRA study - UNICAMP. Psicologia: Reflexão e Critica* [online]. 29 (1). s. 1-11. [cit. 2017 - 01 - 26].
DOI: 10.1186/s41155-016-0033-9. ISSN 01027972.
Dostupné z:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=74&sid=6f5a23fdb2bb-4be4-9501-eca5a3cc681a%40sessionmgr101&hid=124>
36. NAVRÁTIL, L., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 2319 - 8.
37. NÉMETH, F., 2009. *Geriatría a geriátrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 193 s. ISBN 978 - 80 - 8063 - 314 - 1.
38. NOVÁK, T., 2014. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. 112 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 5152 - 8.

39. PLEVOVÁ, I., et al., 2012. *Management v ošetrovatelství. Praha: Grada.* s. 304. ISBN 978 - 80 -247 - 3871 - 0.
40. PLEVOVÁ, I., et al., 2011a. *Ošetrovatelství I.* Praha: Grada. 288 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 3557 - 3.
41. PLEVOVÁ, I., et al., 2011b. *Ošetrovatelství II.* Praha: Grada. 224 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 3558 - 0.
42. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory.* Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
43. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje.* Praha: Grada. 202 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 4316 - 5.
44. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK.* Praha: Grada. 528 s. ISBN 978 - 80 - 247- 3976 - 2.
45. ROSOWSKY, E., et al., 2009. *Geropsychology and long term care: a practitioner's guide.* New York: Springer. 158 s. ISBN 978 - 03 - 877 - 2648 – 9
46. Senior friendly hospital, 2014. *Ontario. Regional Geriatric program of Toronto* [online], [cit. 2017 - 04 - 04].
Dostupné z: http://seniorfriendlyhospitals.ca/AdvancedLeadership_Background
47. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2014. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I. Interna. 2., dopl. vyd.* Praha: Grada. 240 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 3601 - 3.

48. SNAEDAL, J., 2016. Ageing and Ageism. *World Medical Journal* [online]. 62 (1). s. 2 - 5 [cit. 2017 - 01 - 26]. ISSN 00498122. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=51&sid=6f5a23fd-b2bb-4be4-9501-eca5a3cc681a%40sessionmgr101&hid=124>
49. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 134 s. Praha: Grada. ISBN 978 - 80 - 247 - 3223 - 7.
50. ŠEVČOVIČOVÁ, A., EMÖDIOVÁ, M., 2016. Motivácia sester pre výkon povolania. *Florence*. 10 (16). s. 26. ISSN 1801 – 464X.
51. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I, pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienta*. Praha: Grada. s. 144. ISBN 978 - 80 - 247 - 5710 - 0.
52. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978 - 80 - 7367 - 313 - 0.
53. THOMAS, J., 2009. *Elderspeak is not the way to talk to patients, however well intentioned*. *Nursing Standard*. [online]. 23 (18). s. 32 - 32 [cit. 2017 - 01 - 26]. ISSN 00296570. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=e21f2b20-0576-4b14-9809-4b35042b74cb%40sessionmgr4008&hid=4206>
54. TÓTHOVÁ, V., 2014 *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978 - 80 - 7387 - 785 - 9.
55. TRACHTOVÁ, E., 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: NCONZO, 185 s. ISBN 978 - 80 - 7013 - 324 - 8.

56. VAŠÍŘOVÁ, M., 2012. Poruchy paměti u seniorů [online]. *Farmi news*. 9 (1) s. 24 - 25. [cit. 2016 - 11 - 26]. ISSN 1214 - 5017. Dostupné z: http://www.edukafarm.cz/soubory/farminews-2012/1/24_pamet.pdf
57. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978 - 80 - 246 - 1318 - 5.
58. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 2170 - 5.
59. VENGLÁŘOVÁ., et al., 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 3174 - 2.
60. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978 -80 - 247 - 3419 - 4.
61. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada. 218 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 3920 - 5.
62. WARSHAW, G. A., BRAGG, E. J., 2016. *The Essential Components of Quality Geriatric Care. Generations*. 40 (1). [online]. 28 - 37 [cit. 2016 - 11 - 23]. ISSN 07387806. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=89&sid=a962f904-9bb4-4514-b8ac-29debf843ec2%40sessionmgr104&hid=101>
63. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha. Grada. 128 s. ISBN: 978 - 80 - 271 - 9238 - 0.
64. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 4062 - 1.

65. ZACHAROVÁ, E., et al., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 2068 - 5.
66. Zákon č. 155/1995 Sb., *o důchodovém pojištění*. Břeclav: Moraviapress. 2010 [online]. [cit. 2017-01-23]. In: Sběrka zákonů Česká republika, Částka. 16. ISSN 1211-1244. Dostupné z: www.mvcr.cz/soubor/sb016-10-pdf.aspx

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Seznam otázek pro sestry

Příloha 2 - Seznam otázek pro dlouhodobě hospitalizované seniory

Příloha 3 - Ukázka kódování

Příloha 4 - Edukační materiál

Příloha 5 - CD (Transkripce rozhovorů)

Příloha 1

Seznam otázek pro sestry:

1. Uveďte prosím Váš věk:
2. Jaké máte vzdělání? (SŠ, VŠ, VOŠ...)
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
4. Jak dlouho pracujete konkrétně na ONP?
5. Co je podle Vás nejdůležitější v rámci dobrého vztahu sestry a nemocného seniora?
6. Co konkrétně děláte pro zefektivnění komunikace se seniory/jak zvládáte komunikační bariéry, které se často objevují? (poruchy sluchu, zraku...)
7. Jakým způsobem oslovujete seniory při komunikaci?
8. Co děláte pro to, abyste byla seniorům oporou?
9. Jakým způsobem dáváte seniorům najevo svou přítomnost, zájem o jejich problémy?
10. S jakými ošetrovatelskými problémy se u seniorů setkáváte nejčastěji?
11. Jak zareagujete, když Vás senior požádá o pomoc?
12. Jak zajišťujete intimitu jedince v rámci ošetrovatelských úkonů?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Příloha 2

Seznam otázek pro dlouhodobě hospitalizované seniory:

1. Kolik Vám je let?
2. Kde a s kým žijete?
3. Jak dlouho jste již hospitalizovaná/á na oddělení následné péče?
4. Z jakého akutního oddělení a kvůli jakým zdravotním problémům jste se na oddělení následné péče dostal/a?
5. Kdo a jakým způsobem Vám oznámil, že budete přeložen/a na oddělení následní péče?
6. Jak jste se cítil/a když Vám bylo toto oddělení nabídnuto, setkal/s jste se s ním v minulosti?
7. Jak byste zhodnotil/a jednání sester s Vámi, dostal/a jste se s nimi někdy do konfliktu? Pokud ano, jaké byly důvody konfliktu, jak se konflikt vyřešil?
8. Jak vnímáte podporu ze strany sestry v těžké životní situaci?
9. V jakých oblastech sebepéče a jakým způsobem potřebujete od pečujícího personálu pomoci?
10. Pokud požádáte sestru o pomoc, jakým způsobem se Vám snaží vyhovět?
11. Jakým způsobem u Vás probíhá rehabilitace v rámci hospitalizace na oddělení následné péče?
12. Jaká potřeba je pro Vás nejdůležitější? Popište Váš osobní žebříček hodnot...
13. Jakým způsobem Vás sestry oslovují?
14. Jak byste reagoval/a, kdyby Vás sestra oslovovala stylem „babi, dědo“?
15. Jaké konkrétní pochybení jste zaregistrovala v rámci komunikaci sester s Vámi?
16. Jakým způsobem Vám sestra dává najevo, že je tu pro Vás, že Vás chápe a chce Vám porozumět a následně pomoci?
17. Jakým způsobem se Vám sestry snaží zajistit dostatek soukromí v rámci ošetrovatelské péče? Myslíte si, že máte dostatek soukromí?
18. Jak Vám sestra pomáhá v rámci nácviku soběstačnosti?
19. Jak vnímáte spolupráci sester s Vaší rodinou/blízkými?
20. Jak byste zhodnotil/a spolupráci zdravotnického týmu na oddělení následné péče? Jaké máte pocity z hospitalizace na tomto oddělení?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Příloha 3

Ukázka kódování

PŘEPIS ROZHOVORŮ

1. Spolupráce s všeobecnými sestrami pracujícími na oddělení následné péče

Všeobecná sestra č. 1

1. dotazované všeobecné sestře bylo ^{1) mě} 25 let, nejvyšší dokončené vzdělání bylo ^{2) dosazení mdtlám} vysokoškolské, bakalářské studium na jihočeské univerzitě. Předtím vystudovala zdravotnického asistenta na střední zdravotnické škole. "Vzhledem k tomu, že jsem byla po střední zdravotnické škole pouze zdravotnická asistentka, rozhodovala jsem se mezi vyšší odbornou školou a vysokou školou. Zkusila jsem si podat přihlášku na VS, sice to byl pro mě boj, vzhledem k množství praxe a zkoušek, ale zvládla jsem to. Dnes jsem za to ráda. Do budoucna uvažuji o ^{3) spíše sestry se připravují} magisterském programu v ošetřovatelství". Ve zdravotnictví VS pracovala již 5 let, a to 3 roky jako zdravotnická asistentka na jiném oddělení - konkrétně na neurologii v jiném nemocničním zařízení a 2 roky jako VS na oddělení následné péče. "Na oddělení následné péče jsem se dostala náhodou, byla mi tato pozice nabídnuta, protože v mé dosavadní práci pro mě jako všeobecnou čerstvě dokončenou všeobecnou sestru místo nebylo". Uvedla, že podle ní je pro spolupráci se seniorem - pacientem nejdůležitější ^{4) fakt na OVP} důvěra. Protože ^{5) myslím, že před dobrým vztahem} seniory mají velkou potřebu ^{6) fakt na OVP} svěřit se ostatním se svými problémy, pohovořit si s někým. "A komu jinému by se měl pacient svěřit než sestře která se o něho stará." S bariérami v rámci komunikace se seniory se setkává každou službu na oddělení, snaží se pracovat, tak aby se dozvěděla potřebné informace a také aby pacient byl dostatečně informován. Mezi základní techniky, které používá, uvedla: při zahájení kontaktu s pacientem - ^{7) spíše lépe než kom} upozorní na svou přítomnost dotykem či pohledem, ^{8) myslím, že před dobrým vztahem} trpělivá komunikace, mluvení nahlas, ^{9) fakt na OVP} snažit se dobře artikulovat, opakovat řečené. Několikrát se setkala také s psanou formou komunikace, kdy pacient vůbec neslyšel, tak si musela poradit se smývatelnou tabulkou a fixem. "Pokud se pracuje s trpělivostí, dá se zvládnout téměř cokoliv". Při dotazu na způsob oslovování pacientů uvedla, že své pacienty oslovuje zásadně pane/paní. Rozčíljuje ji to, když slyší ze svého okolí devalvující druh oslovení, jako je například babi/dědo. Oporu se snaží pacientům poskytnout vždy, ale uvádí, že ne vždy o to daný pacient stojí. Sestra se snaží být empatická, být přítomná a naslouchat pacientovi, pokud to provoz dovolí, což není vždycky možné. Uvádí, že pokud by sestry a obecně veškerý personál měl na pacienty více času, bylo by méně nedorozumění a neuspokojení potřeb pacientů. Svou přítomnost sestra dává najevo tím, že ^{10) přítomnost, být} ujistí pacienta, že jej poslouchá, občas se snaží v

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

2. Spolupráce s dlouhodobě hospitalizovanými seniory na oddělení následné péče

Dlouhodobě hospitalizovaný senior č. 1

První dotazovanou byla seniorka, 65 let, velmi komunikativní seniorka, bylo by možné s ní hovořit hodiny, žijící s dcerou v rodinném domečku. Paní prodělala před 30 lety cévní mozkovou příhodu a od té doby má levostrannou hemiparézu. I přes tuto skutečnost se o sebe zvládala starat sama, dokud se jí nestal úraz. Délka hospitalizace byla v den rozhovoru 70. dní, s tím, že po kontrolním rentgenu v následujícím týdnu jí bylo slíbeno propuštění ze strany primáře oddělení. Do nemocnice se dostala tak, že jednoho dne zakopla v domě o koberec. "A najednou jsem byla úplně bezmocná" říká. Zlomila si několik obratlů a dostala se do nemocnice. Z úrazového oddělení byla přeložena na oddělení následné péče. Lékař jí sdělil, že existuje tato možnost, paní tam nejprve jít vůbec nechtěla, byla zmatená, ale nakonec svolila. Doufala, že to tam bude lepší než na úrazovém. "Byla jsem na starém úrazovém oddělení, nebylo tam ani toaletu na pokoji, ani televize, a dokonce jsme byly na pokoji občas i 4 ženy, jednou dokonce 5", udala. Hned 1. den byla mile překvapena, i když byla umístěna na pokoj třílůžkový, poměrně málo prostorný, tak personál byl podle ní až na pár výjimek velmi milý. Nelíbilo se jí zacházení "zřízenec", citace. Myslela sanitáře, který se podílel na jejím přesunu, přišlo jí, že nebyl vůbec citlivý k tomu, že jí něco bolí. Jinak sestry hodnotí kladně. Participantka byla odkázána na komplexní ošetrovatelskou péči, vzhledem k tomu, že musela ležet. Tudiž potřebovala pomoci s hygienou, vyprazdňováním, oblékáním, s nácvikem rehabilitace. Jedla a pila sama, po předchozí přípravě sestrou, to byla zvyklá dělat jednou zdravou rukou. Později sedala k jídlu, a chodila v korzetu, nejprve v tvrdém, poté v měkkém. "Myslím si, že sestřičky se mi věnovaly co to jen šlo, občas sem byla až moc otravná", zasmála se. Vždy její prosbě bylo vyhověno, někdy musela vyčkat, ale byla chápavá. "Nejhorší to bylo o víkendech, kdy tu byly pouze 3 sestřičky na směnu, běhaly, což jim nohy stačily, obdivuji jejich práci". Udala, že do konfliktu se nikdy na tomto oddělení s nikým z personálu nedostala. "Ale za to pobyt na třílůžkovém pokoji byl někdy boj". Rehabilitace podle ní probíhala pěkně, kdyby bylo více času a personálu, klidně by rehabilitovala neustále, aby byla dříve v dobré kondici. Každý den, kromě víkendů, ji navštěvovala rehabilitační pracovnice. "Nejdůležitější je pro mě a bude vždycky zdraví. Vzhledem k tomu, že vlastní mám již dlouhou dobu porušené, tak si přeji, aby hlavně moje rodina byla zdravá. Dále je pro mě důležité mít dobré vztahy s okolím a dobré vztahy mezi lidmi celkově". Na dotaz, jak ji personál

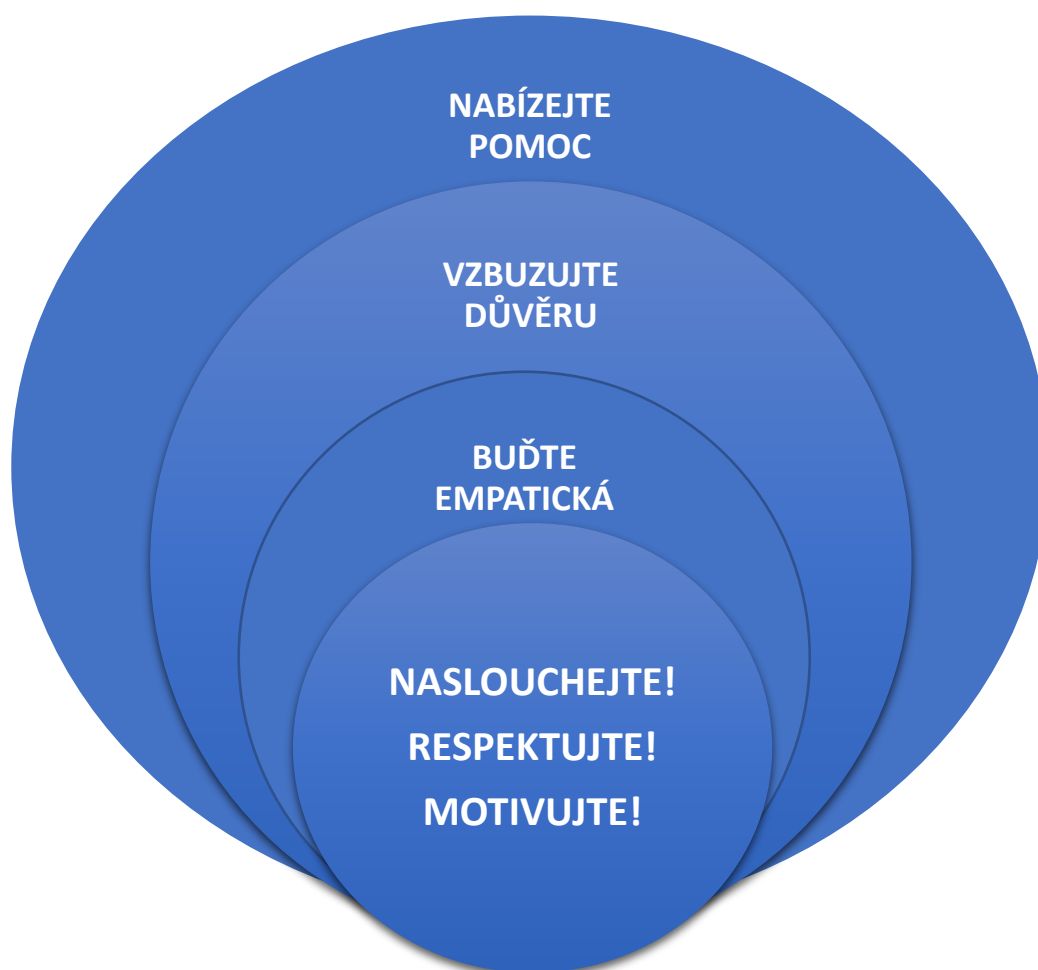
Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

SESTRO, BUĎTE VNÍMAVĚJŠÍ!

SESTRO, DÁVÁTE NAJEVO POCHOPENÍ?

- VYTVÁŘÍTE VZTAH DŮVĚRY?

DLOUHODOBĚ HOSPITALIZOVANÝM SENIORŮM?



STÁŘÍ

17,4 % lidí nad 65 let v roce 2014 v ČR

Klasifikace dle WHO:

65 - 74 rané stáří, do 90 let stáří, nad 90 dlouhověkost

KONEČNÁ FÁZE ŽIVOTA

ZAVRŠUJE LIDSKÝ ŽIVOT

ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE

PROJEVY INVOLUČNÍCH ZMĚN

ČASTÉ HOSPITALIZACE

GERONTOLOGIE, GERIATRIE

DLOUHODOBÁ PÉČE

AGEISMUS

„Vytvořili jsme společnost, ve které je mimořádně kruté žít, když je někdo starý.“

O co se jedná?

DISKRIMINACE STARÝCH LIDÍ

NEBEZPEČNÝ JEV

GENERAČNÍ ROZDÍLY

FRAILITY/KŘEHKOST SENIORŮ

PONIŽOVÁNÍ, ELDERSPEAK

PŘEDSUDKY

STEREOTYPY V CHOVÁNÍ

SESTRO, KOMUNIKUJTE!

*„Motivace je hybnou pákou lidského chování,
která nás nutí uspokojovat své vlastní potřeby.“*

MOTIVUJTE!

PRACUJTE INDIVIDUÁLNĚ!

BUĎTE TRPĚLIVÁ!

PRACUJTE S BARIÉRAMI!

NESPĚCHEJTE!

RESPEKTUJTE!

VĚNUJTE SENIOROVI ČAS!

SESTRO, ZABRAŇTE ROZVOJI HOSPITALISMU!

„Hospitalismus je důsledek souboru negativních faktorů, které působí na nemocného při jeho pobytu v lůžkovém zařízení.“

DELŠÍ HOSPITALIZACE - RIZIKO!

TYPICKÉ U DĚTÍ A SENIORŮ!

U CHRONICKY NEMOCNÝCH!

VÝSLEDEK NEUSPOKOJENÍ POTŘEB!

PSYCHICKÁ PODPORA!

SPOLUPRÁCE, INFORMACE!

DOBŘÍ VZTAH JE ZÁKLAD!

SESTRO, RESPEKTUJTE ETIKU!

„Nursing ethisc. “

*„Základními pojmy v ošetrovatelské etice jsou
obhajoba, odpovědnost/povinnost, spolupráce,
pečování. “*

MRAVNOST, MORÁLKA!

PRÁCUJTE DLE MORÁLNÍCH ZÁSAD!

ČIŇTE SPRÁVNÁ ROZHODNUTÍ!

RESPEKTUJTE DŮSTOJNOST!

NEPOŠKOĎTE PACIENTA!

ŘIĎTE SE ETICKÝM KODEXEM!

RESPEKTUJTE PRÁVA PACIENTŮ!