



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Uspokojování potřeb u dlouhodobě
hospitalizovaných pacientů**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Tereza Vydrová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Uspokojování potřeb u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů*“ jsem vypracovala 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 diplomové 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 5. 2019

.....

Bc. Tereza Vydrová

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D., za cenné rady a připomínky při jejím psaní. Další poděkování věnuji všem zúčastněným pacientům, sestřám a rodinným příslušníkům, kteří přispěli do výzkumné části mé diplomové práce a umožnili mi tak sesbírat potřebná data pro její zpracování. Také bych ráda poděkovala Mgr. Pavlíně Janečkové za cenné rady a podporu.

Uspokojování potřeb u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou uspokojování potřeb u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Cílem práce bylo zjistit, jak se liší jednotlivé potřeby u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v souvislosti s délkou jejich pobytu. V jaké míře dochází k jejich uspokojování a jak se rodinní příslušníci podílí na uspokojování potřeb svých blízkých.

V teoretické části diplomové práce jsme se nejprve zabývali důležitostí potřeb, jejich rozdělením a především jejich uspokojováním. Dále jsme se zaměřili na dlouhodobou hospitalizaci a úskalí s ní spojená, např. hospitalizmus či deprese. Neopomenuli jsme ani popis oddělení následné péče. Rozebrali jsme i roli sestry a především nezbytnou roli rodiny.

Pro výzkumné šetření jsme zvolili kvalitativní výzkumnou strategii. Použili jsme metodu sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. U pacientů byla využita také metoda pozorování. Poskytnuté rozhovory byly zaznamenávány písemně na papír a poté přepsány. Pomocí kódovací techniky tužka a papír byla data uspořádána do kategorií. Při kódování byly vytvořeny 2 kategorie pro rodinné příslušníky, 3 kategorie pro pacienty a 2 kategorie pro sestry. Výběr respondentů byl záměrný. Výzkumné šetření probíhalo ve dvou zdravotnických zařízeních v období od dubna do května 2018. Celkem nám bylo poskytnuto 30 rozhovorů.

Z výzkumu také vyplynulo, že pacienti, které navštěvuje rodina a zapojuje se do péče, třeba i na vyzvání sester, jsou spokojenější a vyžadují méně pozornosti. Bylo by proto přínosem pro praxi zlepšit komunikační dovednosti sester s rodinnými příslušníky a také sestry lépe motivovat, aby samy aktivně zapojovaly rodinné příslušníky do péče o své blízké. Pro zlepšení této situace jsme vytvořili dva edukační materiály, jednak pro rodinné příslušníky, aby neměli strach zeptat se sestry, jak mohou svým blízkým pomoci, jednak pro sestry jako podpora edukace rodinných příslušníků.

K výraznému zlepšení této situace by zajisté přispělo i zvýšení počtu sester a pomocného personálu na odděleních. Tím by sestry získaly více prostoru nejen pro komunikaci s pacienty, ale i s jejich rodinou. Věříme, že kdyby sestry měly dostatek času pro právě komunikaci s rodinnými příslušníky pacientů, daná situace by doznala pozitivních změn.

Klíčová slova

potřeby; dlouhodobá hospitalizace; pacient; uspokojování potřeb; sestra; rodina

Satisfying the needs of long-term hospitalized patients

Abstract

The thesis deals with the problematic of satisfying the needs of long-term hospitalized patients. The objective of the thesis is to find out, how individual needs of long-term hospitalized patients differ in connection with the duration of their stay. To what extent are their needs satisfied and how much are family members involved in satisfying the needs of their relatives.

In the theoretical part of the thesis we firstly dealt with the importance of needs, their division and most importantly satisfying of those needs. Further, we focused on long-term hospitalization and problems connected with it for example hospitalism or depression. We also have not forgotten the description of aftercare department. We also dealt with the role of a nurse and mostly the necessary role of the family. For research investigation we have chosen the qualitative research strategy. We have used the method of data collection using semi-structured interview. At patients was also used the method of observation. Provided interviews were recorded in writing on paper and then rewritten. Using the coding technique of pen and paper the data were arranged into categories. During the coding, 2 categories for family members, 3 for patients and 2 for nurses were created. The selection of respondents was intentional. The research investigation was conducted in two medical facilities from April to May 2018. In total we were provided with 30 interviews.

Research shown that patients, who are visited by the family and where the family is also involved in care, even on invitation of nurses, are happier and require less attention. It would therefore be beneficial for practice to improve the communication abilities of nurses with family members and motivate nurses more, to individually actively involve family members into care for their relatives. For improvement of this situation we have created two education materials, one for family relatives to not hesitate asking nurses how can they help their relatives, and one for nurses as additional education of the family members.

To significant improvement of the situation would also benefit the increase in number of nurses and support staff at departments. That would give nurses more space not only for communication with patients but also with their family. We believe that if the nurses had enough time just for communication with family members of the patients the situation would positively change.

Key words

needs; long-term hospitalization; patient; satisfying needs; nurse; family.

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	12
1.1 Potřeby	12
1.1.1 Dělení potřeb.....	13
1.1.2 Biologické potřeby.....	16
1.1.3 Psychosociální potřeby	19
1.1.4 Spirituální potřeby	21
1.1.5 Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných seniorů	21
1.1.6 Uspokojování potřeb seniorů	22
1.2 Dlouhodobá hospitalizace	25
1.2.1 Oddělení následné péče	26
1.2.2 Role sestry při dlouhodobé hospitalizaci	30
1.2.3 Role rodiny	32
2 Cíle práce a výzkumné otázky	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34
2.3 Operacionalizace pojmů.....	34
3 Metodika	36
3.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
4 Výsledky výzkumného šetření.....	38
4.1 Výsledky výzkumného šetření s pacienty	38
4.1.1 Identifikační údaje pacientů.....	38
4.1.2 Výsledky pozorování pacientů.....	39
4.1.3 Výsledky rozhovorů s pacienty.....	43
4.2 Výsledky výzkumného šetření se sestrami	51

4.2.1	Identifikační údaje sester	51
4.2.2	Výsledky rozhovorů se sestrami	52
4.3	Výsledky výzkumného šetření – rodinní příslušníci.....	56
4.3.1	Identifikační údaje rodinných příslušníků	56
4.3.2	Výsledky rozhovorů s rodinnými příslušníky.....	57
5	Diskuze	62
	Závěr	71
	Seznam literatury	74
	Seznam příloh	80
	Seznam zkratk	81

Úvod

Hospitalizace představuje stresující situaci pro každého z nás, o to více pak pro seniory, kterých stále přibývá s prodlužující se průměrnou délkou života. Starší lidé jsou ve většině případů fixováni na prostředí, ve kterém žijí, a na nejbližší osoby v jejich okolí. Jedním z míst, kde nejčastěji probíhají dlouhodobé hospitalizace, jsou oddělení následné péče. A právě tato oddělení v seniorech probouzí strach a obavu z budoucnosti, neboť je s nimi spjato velmi mnoho předsudků. Mezi ně patří mimo jiné i strach, že se již nevrátí domů, obávají se blížícího se konce života, nedostatečné péče sester či nezájmu rodiny. S dlouhodobou hospitalizací přímo souvisí i uspokojování potřeb, což je téma v současném ošetrovatelství velmi často diskutované. Mnoho odborníků si klade otázku, co potřeby člověka vlastně jsou a jakým způsobem je možné je kategorizovat. Samotné uspokojování lidských potřeb je nedílnou součástí naší každodenní práce, ať už pracujeme v ambulanci či lůžkové sféře. Potřeby jsou tedy nedílnou součástí každodenního života nás všech. Postupem času, ať už s přibývajícím věkem, nebo vlivem společenských změn se naše potřeby mění. Při dlouhodobé hospitalizaci potřeby ovlivňuje jednak zdravotní stav pacienta, ale i změna prostředí. Dalším faktorem může být obava či stud svěřit se se svými potřebami. Všechny tyto faktory mohou ale být ovlivněny i jednáním zdravotnického personálu, chováním ostatních pacientů nebo jen nepřítomností rodinných příslušníků.

Téma diplomové práce se týká uspokojování potřeb dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Tuto problematiku považujeme za velmi aktuální, protože v posledních letech došlo v oboru ošetrovatelství k technologickému i farmaceutickému rozvoji, což pozitivně ovlivňuje možnost péče o pacienty po fyzické stránce. V oblasti psychických, sociálních a spirituálních potřeb se vede mezi odborníky diskuze, jak tento směr péče nejlépe uchopit a ovlivnit. Z léčeben dlouhodobě nemocných se například stala oddělení následné péče. Některá zařízení podlehla i nákladné rekonstrukci s cílem zlepšit péči o své pacienty, zajistit jim větší soukromí, ale i lepší možnost rehabilitace. I proto jsme toho názoru, že je důležité se detailněji zaměřit na danou problematiku.

Vzhledem k prodlužování délky života a přibývajícím počtem seniorů dochází ke zvýšení polymorbidity seniorů a tím pádem vzniká i potřeba jejich častější hospitalizace. Zmiňovaný fakt je ovlivněn i pracovním vytížením jejich blízkých, kteří se o své blízké nemohou kvalitně postarat v domácím prostředí. Dalším důvodem volby daného tématu byla osobní zkušenost s hospitalizací blízké osoby na oddělení následné péče, kde jsme byli svědky výrazné změny k lepšímu v péči o dlouhodobě hospitalizované pacienty oproti zkušenostem ze středoškolské praxe.

1 Současný stav

1.1 Potřeby

Potřeby jsou dle Trachtové et al. (2013) projevem nějakého nedostatku, nedostávání se něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Dále uvádí, že potřeba podněcuje k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, případně směřuje k stranění se určité podmínce, která je pro život škodlivá. Je také něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Nakonečný (2009) vysvětluje pojem „potřeba“ jako primární formu motivu, a to ve smyslu nějakého nedostatku v biologické či sociální dimenzi bytí. Bártlová (2005) potřebu definuje jako nutnost organismu něco získat, či něco odstranit, aby došlo k docílení požadované rovnováhy. Dále Bártlová (2005) uvádí, že potřeby pacientů mají svou specifickou podobu a v současné etapě společenského vývoje jsou stále komplikovanější a komplexnější ve všech svých složkách a pramení jak z biologických, tak z psychických a společenských determinant. Ve své publikaci Lidské potřeby ve zdraví a nemoci popisuje Šamánková et al. (2011) lidské potřeby jako stav, který je charakterizovaný dynamickou silou vznikající z pocitu nedostatku, nebo nadbytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu. Potřeby považuje za nutné, užitečné a velmi úzce související se zachováním a s kvalitou našeho života.

Lidské potřeby nejsou rigidní, na rozdíl od pudů a instinktů se vyvíjejí v čase. Každý jedinec projevuje a uspokojuje potřeby svým jedinečným způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého jedince jinak. V průběhu života dochází ke změnám potřeb jedince jak z hlediska kvantity, tak i kvality. Je proto důležité vědět, že všichni lidé mají společné potřeby, a také si uvědomit, že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž si ani dva nejsou podobné (Trachtová et al., 2013).

Nováková v publikaci Tóthové et al. (2014) uvádí, že každý živý jedinec má celou škálu potřeb, jež je třeba uspokojovat, protože neuspokojená potřeba narušuje (v kontextu holistického přístupu k ošetrovatelské péči) fungování celého jedince a také vyvolává v organismu reakce na obnovu bio-psycho-sociálně-spirituální rovnováhy. Dle Bártlové (2009) chápeme procesem uspokojování potřeb dynamický proces, jehož součástí je

i vytváření a utváření potřeb. Specifická podoba potřeb u pacientů je závislá především na charakteru onemocnění, zároveň však na samotném pacientovi a jeho sociálních poměrech, ve kterých žije.

Kalvach et al. (2011) uvádí, že těžké onemocnění může tu či onu potřebu daného člověka postavit do popředí a jinou, jindy důležitou, odsunout poněkud stranou. Proto je třeba vždy přihlídnout k momentální situaci daného jedince a nepostupovat striktně podle toho, či onoho pojetí lidských potřeb.

1.1.1 Dělení potřeb

Americký psycholog Abraham H. Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. *„Motivaci lze definovat jako souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního“* (Plháková, 2015, s. 319). Poukazuje na těsné propojení filozofie a psychologie a navrhuje, aby se předmětem zájmu psychologů stala též filozofie hodnot. Podle Maslowa a Fragera (1987) má každý jedinec svůj individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán. Ve stupnici potřeb jsou obsaženy potřeby filozofické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace. *„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“* (Trachtová et al., 2013, s. 14). Malíková (2011) uvádí, že Maslow na základě získaných poznatků vytvořil v roce 1943 škálu ve tvaru pyramidy, ve které názorně rozčlenil všechny oblasti lidských potřeb do pěti úrovní. Vytvořená hierarchie objasňuje logickou posloupnost jejich uspořádání. Maslow také klasifikuje potřeby na „nižší“, kam řadí potřeby fyziologické a potřebu bezpečí, a „vyšší“, kde se nachází potřeba seberealizace, uznání a sounáležitosti (Trachtová et al., 2013).

Dvořáčková (2012) dále uvádí, že v Maslowově pyramidě je nejvýše postavena potřeba seberealizace, proto ke své saturaci vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Ve spodní části pyramidy uvádí Maslow **fyziologické potřeby**, k jejichž frustraci dochází při porušení homeostázy a jež vyjadřují potřeby organismu nutné k přežití. Pokud dojde k frustraci těchto základních potřeb, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka. Na druhé úrovni pyramidy je uvedena **potřeba**

jistoty a bezpečí, která značí potřebu vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Tato kategorie je vnímaná velice individuálně, protože co je pro některého jedince bezpečná situace, může u jiného člověka vyvolat stres. Třetí pozici zaujímá **potřeba lásky a sounáležitosti**, nazývaná také jako potřeba afiliační. **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty** se nachází na čtvrté úrovni. Jedná se o dvě spojené potřeby. Na vrcholu pyramidy je **potřeba seberealizace, sebeaktualizace** (Maslow a Frager, 1987).

Obdobně vytvořila i psychoterapeutka Helena Chloubová dům životních potřeb (Mlýnková, 2011). Vychází z mnohaleté praxe a filozofie samotného Maslowa. Pevné základy domu tvoří tělesné potřeby, které při frustraci způsobují rozvoj stresu. V souvislosti se socializací a adaptací jedince na prostředí dochází ke vzniku psychosociálních potřeb, mezi něž Chloubová zařadila například potřeby jistoty a bezpečí, mír a klid, sounáležitost a autonomii (Chloubová, 2005). Šamánková et al. (2011) uvádějí dělení potřeb podle podstaty člověka. Dělí je na potřeby biologické, psychické, estetické, sociální a kulturní, duchovní a potřebu sebevyjádření. Trachtová et al. (2013) volí jiný přístup a uvádí, že lidské potřeby jsou organizovány dle své naléhavosti. To znamená, že člověk například nikdy netouží být dobře oblečen, pokud se cítí v ohrožení nebo má-li pocit hladu. Hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládnu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Teprve je-li nižší potřeba plně uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a vymezit chování jedince.

Madsen (1972) ve své publikaci hovoří o teorii potřeb dle amerického psychologa Henryho Alexandra Murraye, který potřeby člověka rozdělil na dvě přímo na sebe navazující skupiny. Je to sekce potřeb primárních – viscerogenních (potřeba kyslíku, vody, potravy a ideální tělesné teploty) a sekundárních – psychogenních, které považoval za projevy mozkové aktivity. Šamánková (2011) dále uvádí, že Murrayeho teorie vychází z předpokladu, že je celek tvořen potřebou a tlakem, kdy je potřeba chápána jako to, co jedinec chce získat. V knize Plhákové (2015) je pojem tlak vysvětlen jako vnější podmínky, které vyvolávají touhu něco získat (pozitivní tlaky), nebo touhu něco odstranit (negativní tlaky). Pojmem téma Murray označuje výsledek interakce právě mezi tlaky a potřebami. David McClelland, americký sociální psycholog, navazuje na Murraye a ve své knize uvádí, že motivy fungují jako zprostředkovatel mezi potřebou a chováním. Potřebu považuje za fyziologický stav, který člověk přímo nepocítuje a který vede ke vzniku motivů, jenž tvoří součást vnitřní

psychické zkušenosti (McClelland, 1984). Jeho teorie je známá pod názvem „Teorie tří potřeb“. První je potřeba výkonu (uznání, úspěch), druhá je touha po moci a třetí potřebou je touha někam patřit (neboli potřeba sounáležitosti či afiliace) (Příbyl, 2015).

Bártlová a Matulay (2009) se soustředí na potřeby v době nemoci a člení je na tři skupiny: potřeby, které se nemocí nemění, potřeby, které se nemocí modifikovaly, a potřeby, které nemocí vznikly.

Potřeby, které se průběhem nemoci nemění, jsou potřeby, které jsou stejné jak u zdravého, tak i u nemocného člověka. Řadíme sem potřebu vzduchu, výživy, tekutin, odpočinku, spánku, vyprazdňování, čistoty, pohodlí bezpečí a jiné. Během nemoci se setkáváme s tím, že pacient těmto potřebám přikládá větší váhu než zdraví. Jsou to potřeby, které si každý člověk saturuje sám či za pomoci rodiny. V nemoci může docházet v oblasti potřeb k mnoha změnám. Pozorujeme jak vznik nové potřeby, tak i změnu pořadí důležitosti uspokojování potřeb. K další specifické situaci dochází tím, že nemocný není mnohdy schopen se aktivně účastnit na uspokojení dané potřeby a vyžaduje pomoc sestry či jiného zdravotnického pracovníka. Nováková v publikaci Tóthové et al. (2014) popisuje **potřeby, které se nemocí modifikovaly**. Ty tvoří nejsložitější skupinu, protože změny potřeb jsou velice variabilní u každého pacienta. Jsou ovlivněny druhem a fází nemoci či její závažností. Důležitým faktorem je několik determinant, společenská role, věk, pohlaví apod. Tyto potřeby dělíme do dalších skupin: Potřeba tvořivé práce, ve které člověk projevuje svou aktivitu. Patří sem všechny potřeby, které vznikají při narušení skupinových vazeb a týkají se výkonu profese. Nemocný nechce být jen pasivním příjemcem péče, ale jeho záměrem je se na svém uzdravování aktivně podílet. Potřeba poznání světa a sebe samého. Pacient má touhu své situaci porozumět a snaží se zjistit, proč se v takové situaci nachází a jak se přihodila. Řadíme sem proto i potřebu informací či potřebu sociálních styků. Primární je v této skupině potřeba mezilidské komunikace, dále potřeba vytváření kulturního prostředí. Třetí skupinu, kterou ve své publikaci uvádí Bártlová (2005), tvoří **potřeby, které nemocí vznikly**. Uspokojování těchto potřeb je přímou součástí léčebného procesu. Ke vzniku nových potřeb může docházet změnou prostředí, společenských podmínek či změnou osobnosti člověka. Jejich vznik je závislý na řadě okolností, například na závažnosti, typu a průběhu onemocnění, stavu pacienta v závislosti na nemoci, osobnosti nemocného, interpretaci nemoci – znalosti a informace nemocného o dané problematice, předchozí zkušenosti či chování okolí. Tyto nově

vzniklé potřeby se u pacienta projevují ve třech následujících rovinách: Potřeba navrácení zdraví – vyplývá především z nutnosti plnění sociálních rolí. Potřeba zbavit se bolesti – je podmíněna psychofyzickým stavem nemocného a je přímo spjata s vědomím smrti. Potřeba obnovení a udržení dřívější sociální funkce – tato potřeba je ze sociálního hlediska zvláště důležitá. Nemocný při vědomí si uvědomuje svoji závislost na pomoci okolních lidí a ve styku s nimi se nachází v podřízené pozici.

Dvořáčková (2012) ve své knize poukazuje i na teorii potřeb M. Max-Neefa, chilského ekonoma, zabývajícího se především otázkami chudoby. Max-Neefova teorie klasifikuje lidské potřeby jako konečné a určité, navíc stálé ve všech lidských kulturách a historických časových periodách. Co se ale dle autora v čase a mezi kulturami mění, jsou způsoby, jakými jsou tyto potřeby uspokojovány. Podobně jako u Maslowa jsou potřeby chápány jako vzájemně propojené a interaktivní. Na rozdíl od tradiční teorie motivace, ale s výjimkou základních potřeb existence a přežití, zde nejsou potřeby nikterak hierarchizovány, ale jsou v procesu svého naplňování charakterizovány vzájemnou komplementaritou a kompromisy. Max-Neef et al. (1991) mezi základní lidské potřeby klasifikují bytí (substinenční), ochranu, lásku (affection), porozumění, participaci, rekreaci, kreaci/tvoření a svobodu. Potřeby jsou pak definovány v bytostných kategoriích: bytí (being), vlastnictví (having), děláni a interakce.

Nešporová et al. (2008) dále uvádí, že dle Max-Neefovy teorie formy uspokojení těchto potřeb mohou nabývat různých podob a získávat také přidané charakteristiky. Mohou být zničující i rušivé, pseudouspokojující, jednodimenzionální či uspokojující mnohorozměrné potřeby. Určité formy uspokojení jedné potřeby mohou v konečném důsledku inhibovat nebo zcela znemožnit saturaci jiné potřeby. Dle Nakonečného (2004) hledají lidské potřeby svůj objekt i způsob jejich saturace. Toto hledání je usměrňováno individuální zkušeností a v rámci určitých kulturních norem. Vliv kultury se projevuje především v tom, že svým příslušníkům vtiskuje vzorce uspokojování potřeb, ale i v tom, že některé projevy potřeb potlačuje, jiné zdůrazňuje. Může se projevovat také tím, že přispívá k vytváření zcela nových a jedinečných potřeb.

1.1.2 Biologické potřeby

Biologické potřeby jsou takové, bez kterých nemůže živý organizmus přežít. Příkladem může být potřeba dýchání či výživy (Šamánková et al., 2011). Dle Tomagové et al. (2008) vyjadřují tyto potřeby nedostatky v biologické dimenzi bytí a jsou základními

činiteli motivace. Trachtová et al. (2013) uvádí, že pokud se tyto potřeby stanou aktuálními, ovlivňují celkové chování a jednání člověka. Tóthová et al. (2014) upozorňuje, že uspokojování těchto potřeb by mělo být prioritou každé sestry při ošetřování nemocných jedinců.

Mlýnková (2011) navíc ve své publikaci zmiňuje, že u seniorů vystupuje do popředí potřeba výživy – konkrétně chutně připraveného jídla. Potrava, kterou člověk přijímá, totiž přímo ovlivňuje jeho zdravotní stav, délku života i psychickou pohodu (Tomagová et al., 2008). Dle Klevetové a Dlabalové (2017) je nesmírně důležité vyšetřit nutriční stav všech pacientů s důrazem kladeným na seniory. Vyvarujeme se tak neúčinných ošetrovatelských intervencí a zajistíme dostatečný příjem živin v různých formách. Dalším faktorem je monitorace příjmu tekutin. Subjektivně se pocit žízně u seniorů mění a je upozaděn, není výjimkou, že senioři po celý den pocit žízně nemají vůbec (Tomagová et al., 2008).

Pokorná (2013) uvádí, že problematika vyprazdňování je stále ještě tabuizována, a proto se senioři odmítají s touto potřebou svěřovat. Vyvarují se rozhovoru na toto téma a tím bývá ovlivněna kvalita získaných informací. I Trachtová et al. (2013) poukazují na zábrany pacientů hovořit o tématu, které je bagatelizováno a chápáno jako nepodstatné. Přitom vylučování stolice je základním předpokladem zdraví, a proto je velmi důležité, aby o problémech s vyprazdňováním pacienti informovali sestru či lékaře ihned, jak nastanou (Tomagová et al., 2008).

Neméně důležitá je pro seniory potřeba spánku a odpočinku. Je to další z prioritních skupin potřeb, u kterých se aktivně snažíme najít jakýkoliv diskomfort či problém. Odpočinkem rozumíme stav, kdy je umožněna obnova energie a dochází k uvolnění napětí. Právě nemoc a proces rekonvalescence zvyšují nároky organismu na odpočinek.

Spánek je popisován jako fyziologický stav zastřené vědomí (Tomagová et al., 2008). V průběhu života se spánek a jeho kvalita v čase mění, stává se kratší, lehčí, může být narušený. Senioři mají obecně mělký spánek a lehce je probudí světlo, přítomnost cizí osoby v místnosti či jakýkoliv ruch a šum. Péče o spánek pacienta je v průběhu hospitalizace důležitá, ale náročná. Pacienti jsou často rušeni monitorací funkcí, výměnou infuzí, kontrolou stavu vědomí a dalšími ošetrovatelskými úkony (Pandi-Perumal et al., 2009).

Pohyb je přirozenou podstatou všech organismů. Dostatek pohybu má vliv nejen na fyzickou zdatnost jedince. V případě, že pacient nemá adekvátní prostor pro tělesnou aktivitu, ztrácí zájem o okolí a strádá psychicky. Je samozřejmé, že lidem s věkem ubývá sil, přesto je vhodné při hospitalizaci seniora zajistit dostatek rehabilitace. Přímo pro seniory je vytvořeno mnoho technik, jakým způsobem můžeme rozvíjet jejich kognitivní funkce a pomoci jim procvičit celé tělo. Většina seniorů v nemocnici trpí nedostatkem podnětů, a proto jakýkoliv druh rehabilitace vítají. Můžeme volit různé techniky, ať z oblasti pracovní rehabilitace (zalévání květin, stlaní lůžka), ergoterapie (stříhání papíru), nebo třeba poslech rádia s následným dotazem na rekapitulaci zpráv. Vždy je nutné se s pacientem dopředu dohodnout, jakou techniku by preferoval a zda s tímto způsobem cvičení souhlasí. Je vhodné o zvolené technice informovat rodinu a další případné návštěvy. Tito lidé by mohli mít tendenci pacientovi s daným úkolem pomoci, protože se domnívají, že na něj nestačí nebo pro něj není vhodný (Šamánková et al., 2011).

Pro správné fungování respiračního a kardiovaskulárního systému je nezbytné dýchání. Jedná se o výměnu plynů mezi prostředím a plicemi (vnější) a mezi krví a intersticiální tekutinou a buňkami (vnitřní). Nedostatek vzduchu může způsobovat úzkost (Tomagová et al., 2008). I Trachtová et al. (2013) poukazují na nezbytnost dýchání – „*S prvním nadechnutím život začíná a s posledním nadechnutím život končí*“ (Trachtová et al., 2013, s. 110). Upozorňuje také na to, že mezi součásti ošetrovatelské péče patří i nácvik správného dýchání a dechové gymnastiky, které mají význam nejen u nemocného člověka. I zdravý jedinec by totiž měl vědět, jak správně dýchat a využívat plicní ventilaci.

Tomagová et al. (2008) dále poukazují, že i udržení stálé tělesné teploty je důležité pro normální průběh fyziologických procesů v lidském organismu a pro psychickou pohodu jednotlivce. Seniori mají potíže s udržováním stálé tělesné teploty z několika důvodů. Jednak mají většinou omezené množství tukových buněk, které zajišťují tepelnou izolaci a tlumení vnitřních struktur, a také jsou ohroženi sníženou cirkulací, která narušuje udržení tepla v důsledku dilatace či zúžení cév v blízkosti svalů (Timby, 2009).

„*WHO charakterizuje sexuální zdraví jako integraci tělesných, emocionálních, intelektuálních a sociálních aspektů sexuálního bytí, které obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k jiným a rozvíjí schopnost lásky*“ (Tomagová et al., 2008 s. 101). Sexuální

život seniorů je bohužel považován za celospolečenské tabu a většina lidí se mylně domnívá, že intimní aktivity po dosažení určitého věku končí (Dvořáčková, 2012). Ovšem Stehlíková (2010) upozorňuje na to, že sexuální život nekončí ani v 60 či 70 letech. Dle prováděného průzkumu je dokázáno, že 87 % ženatých mužů a 89 % vdaných žen ve věku 60–64 let je stále sexuálně aktivních. Nicméně je samozřejmé, že v případě hospitalizace nastává problém s uspokojováním intimních potřeb, a to především z nedostatku soukromí (Dvořáčková, 2012).

Dle Tomagové et al. (2008) mezi nejsilnější motivy živých organismů patří potřeba vyhnout se bolesti a jiným nepříjemným zážitkům. Stárnutím se stáváme náchylnějšími ke zraněním a dochází k častějšímu vzniku chronických onemocnění. Proto není chronická bolest ve stáří ojedinělou záležitostí. Může být způsobena především zlomeninami, dekubity, poruchou cirkulace krve, diabetickou neuropatií a dalšími. Při neefektivní léčbě bolesti může docházet od poruch spánku, příjmu potravy, mobility až ke vzniku úzkosti či deprese (Munden et al., 2006).

Sebepěčí rozumíme samostatné vykonávání denních aktivit (Malíková, 2011). Jedná se o vědomé chování člověka prováděné jedincem se záměrem udržet, podpořit zdraví nebo vytvořit podmínky potřebné pro jeho vývoj. Je samozřejmé, že na počátku hospitalizace bývá sebepěče narušená (Halmo, 2015).

Bezpečí motivuje jedince k tvorbě opatření, která zabraňují vzniku úrazu, poranění či poškození. Pro seniory je pocit bezpečí velmi podstatný, protože mimo jiné dochází k redukci stresu a tím podpoře zdraví (Tomagová et al., 2008).

1.1.3 Psychosociální potřeby

Trachtová et al. (2013) uvádějí, že ve chvíli, kdy naše fyziologické potřeby jsou již relativně uspokojené, začínáme toužit po pocitu bezpečí, který je spojen s předvídatelností dění ve vnějším světě s pořádkem a konzistencí kolem sebe. Míra jistoty a pocitu bezpečí ovlivňuje fyziologicko-biologickou stránku lidského organismu a podporuje normální funkci jednotlivých orgánových systémů. Potřeba bezpečí a jistoty se vyvíjí již od narození a při jejím nedostatečném uspokojování v dětství může docházet k nenapravitelným škodám především v citové, ale i rozumové oblasti. Nejdříve bývá uspokojována matkou, později rodinou (Honzák a Novotná, 2006). U seniorů tato potřeba vstupuje do popředí při pocitu strachu, například při

hospitalizaci, ztrátě partnera, závislosti na pomoci druhých osob. Mnozí senioři se těžce smiřují s tím, že budou závislí na přítomnosti a ochotě zdravotnických pracovníků (Mlýnková, 2011).

Potřebu poznávání a učení řadíme mezi kognitivní potřeby (Malíková, 2011). Postupem věku dochází ke zhoršování poznávacích funkcí, jako jsou poruchy paměti, snížená schopnost učit se, přizpůsobovat se změnám či zhoršení zraku a sluchu (Tomagová et al., 2008). Ve své publikaci Mlýnková (2011) poukazuje na prospěšnost univerzit třetího věku, které mají pozitivní vliv na mentální svěžest ve stáří.

Malíková (2011) uvádí, že potřeba uznání a sebeúcty se projevuje ve dvojí rovině. Nejprve ve vztahu k sobě samému, protože člověk si nejdříve potřebuje vážít sám sebe, a později k okolí, aby si jedinec mohl potvrdit svůj statut ve společnosti. Tomagová et al. (2008) dávají v potaz riziko snížené sebeúcty a přijetí vlastního obrazu těla ve stáří. Senioři totiž mohou mít porušen vztah sám k sobě z důvodu například nesoběstačnosti.

Seberealizace se projevuje jako potřeba realizovat vlastní potenciál. Je propojena s hledáním sebe sama a souvisí s osobnostním růstem člověka a jeho duchovním vývojem (Malíková, 2011). S přibývajícím věkem dochází ke změně významu této potřeby a mění se i způsob jejího uspokojování. Tento fakt závisí na zachování určité míry svobody, soběstačnosti a nezávislosti na druhé osobě. Ubývání soběstačnosti se stává velmi stresující situací pro většinu seniorů. Občas může docházet i k vyhasnutí potřeby seberealizace, což souvisí s tím, že mnozí senioři již necítí potřebu si cokoliv dokazovat, neboť na většinu svých ambicí již rezignovali (Hauke, 2014).

Dle Tomagové et al. (2008) jsou sociální potřeby tvořeny souborem potřeb jako svobody, komunikace či potřeby jistoty. Tyto potřeby se navzájem ovlivňují a prolínají. Při hospitalizaci vstupuje do popředí potřeba kontaktu s rodinou. Klevetová a Dlabalová (2017) poukazují na potřebu jedince někam patřit, mít svou roli v rodině i ve společnosti. Právě ve stáří přibývá mnoho sociálních změn, které bývají seniory mnohdy obtížně přijímány. Každý člověk potřebuje komunikovat, ale právě komunikace se seniory může mít zvláštní specifika a rysy. Senioři mohou trpět poruchami zraku, sluchu či vyjadřování. I přes tyto překážky je pro ně komunikace velmi důležitá – mají zvýšenou potřebu komunikace a je velmi důležité jim naslouchat (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Pokorná (2010) ovšem podotýká, že komunikace se

zdravými seniory nevyžaduje specifickou modifikaci, pouze upozorňuje na opatrnost při projevech neverbální komunikace.

1.1.4 Spirituální potřeby

Jedná se o potřeby a očekávání, které jedinci mají pomoci k nalezení hodnoty a smyslu života. Spirituální péčí rozumíme pomoc lidem nalézt smysl a hodnotu života pozmeněného nemocí (Bužgová, 2015). Péče o duchovní, existenciální a psychosociální potřeby je nejen relevantní pro pacienty na konci jejich života, ale také pro ty, kteří trpí dlouhodobými chronickými nemocemi. Duchovní potřeby nemusí být vždy spojeny s uspokojením života, ale někdy s úzkostí, mohou být interpretovány jako touha pacientů po duchovním blahu (Büssing a Köenig, 2010). U seniorů velmi často dochází k bilancování nad svým životem. Není ojedinělé, že senioři, kteří byli celý život ateisté, mohou pod vlivem řady okolností dojít ke změně názorové orientace. Bohužel v České republice není saturace duchovních potřeb při hospitalizaci dostatečně řešena a není ani v dostatečné míře zajištěna (Malíková, 2011).

1.1.5 Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných seniorů

„Hospitalizace je specifickou situací v životě člověka, kdy se jeho základní potřebou stává potřeba být uzdraven“ (Nováková, 2014, s. 162).

S příchodem stáří dochází ke spoustě životních změn. Člověk začíná ztrácet úplnou kontrolu při uspokojování každodenních potřeb a jeho potřeby se jednoznačně mění (Čevela a Čeledřová, 2014). Šamánková et al. (2011) uvádí, že se potřeby mění i s průběhem onemocnění, některé mizí, jiné se zase naléhavě objevují. I proto Dvořáčková (2012) upozorňuje na to, jak je důležité, aby senior přijal roli pacienta. Také Hauke (2014) zmiňuje, že ve stáří dochází k proměně některých potřeb, především pak potřeb biologických a psychických. Některé původní potřeby pozbývají významu a do popředí se dostávají potřeby zaměřené zejména na jistotu a bezpečí. Vágnerová (2007) popisuje následující potřeby seniora. **Potřebu stimulace a otevřenosti novým zkušenostem** – tato potřeba bývá snižovaná. Senior dává přednost zaběhnutým a klidnějším stereotypům. Při zvýšené intenzitě nových podnětů se může senior cítit dezorientovaný a nejistý. Jako další popisuje **potřebu sociálního kontaktu**, kdy senioři upřednostňují kontakt s již známými jedinci. S postupujícím věkem těchto kontaktů ubývá a starý člověk se může cítit osamělý. **Potřeba citové jistoty a bezpečí** vstupuje

ve stáří do popředí. Souvisí s ubýváním sil a schopností. I senioři mají **potřebu seberealizace**, která je ve spojitosti se zachováním určité míry svobody, s rozhodováním o vlastních věcech, se soběstačností a nezávislostí na druhé osobě. Důležitá je i **potřeba otevřené budoucnosti a naděje**. Strach z nemoci, osamění a ztráty soběstačnosti provází starého člověka a velmi ho zatěžuje.

„Senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti“ (Motlová, 2007, s. 345). Dále Motlová uvádí, že každý jedinec potřebuje ke svému životu kontakt s druhými lidmi. Senior potřebuje mít uspokojenou potřebu informovanosti – vědět, co se děje v okolí jeho bydliště, ve městě, ve světě. Pichaud et al. (1998) upozorňují na to, že každý člověk touží po seberealizování, tedy ani u seniorů tomu není jinak. Velmi často hledají smysl života a někdy ho nacházejí v rodině, zájmech, jindy třeba ve víře. Dle Nešporové et al. (2008) bývá jednou z opomíjených potřeb sexuální uspokojení (jako fyzická potřeba) a potřeba intimního kontaktu (jako potřeba sociální).

Kalvach et al. (2008) zdůrazňuje, že vysokou prioritou zdravotnických služeb ve stáří musí být podpora osobnostní integrity a zachování autonomie křehkého člověka. V souvislosti se schopností respektovat autonomii seniora nesmíme opomenout klasifikaci typů a metod práce pomáhajících.

První typ, který Pokorná (2010) uvádí, je autoritativní, kdy pečující vnucuje seniorovi své názory a jen on ví, co je pro něj dobře. Druhý typ je charakterizován manipulujícím přístupem tak, aby dosáhl svých cílů, a nerespektuje jeho osobnost. Třetí, ochranný typ pečujícího chrání seniora do takové míry, že mu neumožňuje vykonávání běžných každodenních činností. Posledním typem je spolupracující typ. Tento typ pečovatele je neefektivnější, protože indentifikuje potřeby nemocného, umožňuje mu nejen udržení stávajících dovedností, ale také rozvoj nových (Pokorná, 2013). Pokud hovoříme o potřebách seniorů, musíme brát v potaz, že senior potřebuje především pocit jistoty a bezpečí, důvěru, stabilitu, jistotu a možnost se spolehnout (Dvořáčková, 2012).

1.1.6 Uspokojování potřeb seniorů

„Uspokojování potřeb je dynamickým procesem, jenž ovlivňují obecné faktory (výchova, rodinný stav, vzdělání), společenské faktory (životní standard) a patologické stavy (horečka, bolest atd.)“ (Zacharová, 2011, s. 119).

Saturaci si vysvětlujeme jako uspokojení potřeb, které jedinec má. V běžném životě závisí na jedinci samotném. Většinu základních potřeb lze saturovat samostatně, některé vyšší potřeby pak jen s přítomností jiných lidí. Saturace potřeb je ovlivněna mnoha faktory. Hlavní pracovní úlohou sestry je uspokojování primárních a sekundárních potřeb pacienta a napomoci v uspokojování těchto potřeb jeho rodiny. Uspokojování primárních potřeb bychom mohli z ošetrovatelského hlediska považovat za jednodušší, může to být v důsledku snadnějšího vyjádření dané potřeby. Potřeby sekundární se začínou vyskytovat následně po dostatečné saturaci primárních. Saturace potřeb je neustálý kruh, který nemá konce. Vždy nalzáme potřeby, které nejsou uspokojeny (Plevová, 2011). Čevela et al. (2016) ve své publikaci uvádí, že s příchodem stáří nastává spousta životních změn. Jedinec ztrácí úplnou kontrolu nad uspokojováním každodenních potřeb, jak tomu bylo v dosavadním životě. Za největší potřebu starých lidí považuje Čevela a Čeledřová (2014) být uznávaný jako svérázný jedinec. Pokorná (2013) dále upozorňuje na to, že věk není choroba, ale rizikový faktor vzniku řady poruch, včetně těch, které jsou spojeny s úbytkem kognitivních funkcí. Právě změny kognitivních funkcí významně determinují další důležité oblasti života seniora (schopnost sebepečce, sebeobslužné činnosti, běžné denní aktivity včetně příjmu potravy, které následně ovlivňují celkový stav seniora a kvalitu jeho života).

Hlavním cílem kvalitní léčebné i ošetrovatelské péče je saturace potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného. Dalším neméně důležitým cílem je snaha o podporu terapeutických procesů, do kterých by měl nemocný aktivně zapojovat. Pro dosažení těchto cílů je vhodné požádat o spolupráci i rodinné příslušníky (Šamánková et al., 2011). Trachtová et al. (2013) ve své publikaci poukazují na řadu faktorů, které modifikují uspokojování potřeb člověka. Patří mezi ně nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka, ale i okolnosti, za jakých nemoc vzniká. **Faktor nemoci** ovlivňuje naplňování nižších, fyziologických potřeb a vyšších, psychosociálních potřeb. Záleží na charakteru onemocnění a příčině jeho vzniku. U nemocných dochází k neuspokojení potřeb v důsledku snížení soběstačnosti či jeho okolí v důsledku změny životního stylu. Jakmile dojde ke zlepšení stavu jedince a uspokojení fyzických potřeb, přicházejí na řadu vyšší úrovně. **Okolnosti, za kterých onemocnění vzniklo**, jsou faktorem, které ovlivňují uspokojování potřeb. Je důležité zjistit příčinu onemocnění a prostředí, ve kterém se aktuálně jedinec nachází, ale také to, zda onemocnění vzniklo na podkladě cizího zavinění, trestnou činností či

patofyziologií organismu. Díky tomuto poznatku jsme schopni se s jedincem sblížit a naplánovat si lépe individuální ošetrovatelský plán a zaměřit se na jeho konkrétní potřeby i na jeho rodinu. **Osobnost člověka** ovlivňuje způsob uspokojování a vyjádření potřeb a psychickou odpověď organismu. Důležité je zjistit emocionální labilitu nebo stabilitu, odolnost vůči psychické zátěži a sebekoncepci člověka. Člověk, který má sebekoncepci v pořádku a je dostatečně vyzrálý, je schopný poznat, zda dochází k saturaci jeho potřeb. **Mezilidské vztahy** v ošetrovatelském procesu z velké míry ovlivňují uspokojování potřeb daného jedince a jeho rodiny. Všeobecné sestry jsou s ním neustále v kontaktu, tudíž mohou ovlivnit potřeby jeho či jeho rodiny. Každé **vývojové stadium** je charakterizováno specifickými potřebami jedince.

Důležitá je saturace potřeb v předchozích vývojových stádiích, která ovlivňují následující potřeby. Dalším faktorem je věk jedince působící na vyjadřovací schopnosti. Starší lidé ztrácejí dostatečné schopnosti k vyjádření vlastních potřeb, tudíž nalezení psychosociálních potřeb je složitější a jejich uspokojení náročnější. V tomto případě klademe ještě větší důraz na spolupráci s rodinou. **Délka hospitalizace** je spojena s vývojovým stádiem a typem onemocnění, ve kterém se daný jedinec nachází. Délka hospitalizace bude vnímána odlišně u dětských jedinců, adolescentů, dospělých jedinců a seniorů. Každé stadium je podmíněno jinými potřebami, které lze obtížně uspokojovat v nemocničním prostředí. Dlouhodobá hospitalizace ovlivňuje především psychosociální potřeby, které jsou v důsledku vytržení z určité společnosti neuspokojeny.

Malíková (2011) uvádí, že zjištění pořadí potřeb pacienta, míra deficitu v jejich saturaci a nalezení vhodného způsobu k jejich doplnění je základním úkolem zdravotnického personálu. Uspokojení potřeb má velký význam při tvorbě ošetrovatelského plánu a dosažení spokojenosti pacienta během pobytu v léčebném zařízení. Jak uvádí Nováková (In Tóthová et al., 2014), důležitým faktorem při uspokojování potřeb pacienta, a to zejména psychosociálních, je jeho sociální prostředí. Jedno z možných schémat popisu lidského sociálního světa ovlivňujícího jedince představuje sociálně ekologický model. Ten klade důraz na vzájemnou propojenost až nerozlučnost jedince a jeho prostředí, jeho světa. Vychází například z vývojové teorie Bronfenbrennera a jeho ekologické teorie, která říká, že vývoj člověka se děje v sociální interakci. Důležitým rysem je komunikace mezi systémy, při tom rozhodující roli hraje interakce mezi

organismy a také to, že vývoj ovlivňují nejvíce procesy v nejbližším okolí. Kvantitativní změna je navozena přeměnou mikrosystémů.

Za nedílnou součást uspokojování a naplňování potřeb nemocných Šamánková et al. (2011) označují správnou informovanost nemocných a pravidelnou komunikaci s nimi. Dále uvádí, že je-li pacient informován o své léčbě, prognóze, účincích léků, o plánovaných vyšetřeních či zákrocích, určitě snáší svoji nemoc klidněji. Nejistota a neinformovanost zhoršuje naplnění jak primárních, tak i sekundárních potřeb. Další komponentou důležitou pro naplnění potřeb je pomoci nemocnému najít správné pojmenování pro jeho potřebu. Nemocný mnohdy popisuje pocit svého diskomfortu rozpačitými slovy. Může se také jednat o psychologický problém, tzv. dešifrování žádosti či o problém zástupný, kdy nemocní popisují vymyšlené pocity a potřeby se záměrem získat naši pozornost (Tomagová et al., 2008).

Šamánková et al. (2011) dále ve své publikaci poukazují na možné typy bariér při uspokojování potřeb. Řadí mezi ně například osobní bariéru (strach, nedůvěra, obavy ze zklamání), psychickou bariéru (neschopnost přijmout pomoc), jazykovou bariéru, fyziologickou či nepochopení. Trachtová et al. (2013) dále upozorňují na změny jedince při nedostatečné saturaci potřeb, kdy pocit nenaplněné potřeby může vyústit z neklidu či nesoustředění až ve stres, distres či pocit frustrace. Ten, jak uvádí Šamánková et al. (2011), se může rozvinout v deprivaci nebo dokonce depresi.

1.2 Dlouhodobá hospitalizace

Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky je „*dlouhodobá léčebná péče poskytovaná pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; dále též pacientovi s poruchou základních životních funkcí*“.

Bártlová a Matulay (2009) uvádí, že v nejobecnější poloze je nemocnice pro hospitalizovaného pacienta dvojím prostředím. Jednak je zařízením, do kterého nemocný vstoupil, aby zde našel pomoc, ale zároveň pro něj nemocniční prostředí představuje i dočasný domov. Arnoldová (2016) ve své publikaci upozorňuje na důležitost rozlišování pojmu hospitalizmus od pojmu psychické deprivace. Psychická deprivace vzniká na podkladě dlouhodobé nemožnosti uspokojovat psychické potřeby, ne vlivem pobytu ve zdravotnickém zařízení, ale na základě prožitých událostí.

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) uvádějí, že nemocný často bývá omezen v řadě činností, na kterých má zájem – omezení styku s přáteli, vrstevníky, nesmí cestovat, jíst svá oblíbená jídla a další. V dnešní době i nadstandardní jednolůžkový pokoj může způsobit silnou sociální izolaci a zkomplikovat zdravotní stav. Proto by si měl zdravotnický personál uvědomovat, že nemocný je lidská bytost, která potřebuje sociální kontakt, porozumění, pochopení a pomoc.

Při poskytování zdravotnické péče není příliš vhodné na seniora vyvíjet jakýkoli nátlak. Klíčem úspěchu je nespěchat na něj, spolupracovat s jeho rodinou a blízkými, nikdy za něj nerozhodovat, nechat prostor pro jeho vlastní názor a aktivní účast v ošetřovatelském procesu. Hospitalizace by měla být plánována, a pokud možno s vědomím seniora, v případě nemožnosti plánování při akutní hospitalizaci by měl být senior o všech okolnostech souvisejících s hospitalizací dostatečně informován. Za velmi podstatný pokládáme také způsob, jakým se senior v nemocničním prostředí zvládne adaptovat. Sestra by vždy měla být nápomocná svému pacientovi zorientovat se v novém cizím prostředí a při sebemenším problému by měla dát empaticky najevo zájem a ochotu pomoci. Dobrý vztah mezi seniorem a sestrou sám o sobě působí jako prevence maladaptace, která je výsledkem nesouměrnosti mezi působícími jevy a psychickou odolností seniora. Mezi základní preventivní postupy proti vzniku hospitalizmu patří povolení návštěv k lůžku seniora, duchovní služby či služby, příjemné prostředí, dostatek informací ze strany zdravotnického personálu a nesmíme opomenout důstojné respektování jedince jako lidské bytosti (Kalvach et al., 2011). Dle Haškovcové (2012) i v nemoci může být jedinec aktivní, spolupracuje-li na svém uzdravení, nebo když si zachovává prostor pro oblíbené přiměřené aktivity. Dále Haškovcová (2010) uvádí, že v současnosti je k dispozici celá řada různých aktivizačních terapií, jež bývají běžně používány jak ve zdravotnických zařízeních, tak mimo ně, jedná se například o ergoterapii, arteterapii, muzikoterapii a canisterapii.

1.2.1 Oddělení následné péče

„Jedná se o specializovaná lůžková zařízení, která navazují na akutní léčbu, slouží k doléčení, k léčení dlouhodobě a chronicky nemocných. Název léčebny pro dlouhodobě nemocné zavedla od 1. 1. 1974 česká zdravotnická legislativa. Jednalo se o samostatná zdravotnická zařízení, která byla začleněna do tehdy existujících okresních či krajských ústavů národního zdraví“ (Kalvach et al., 2004, s. 472).

Čevela et al. (2014) uvádí, že součástí každé společnosti jsou i lidé se závažným zdravotním postižením, které limituje jejich soběstačnost a vyžaduje dlouhodobou péči. Především se jedná o seniory závislé na péči druhých osob, prožívající chorobné a neúspěšné stárnutí. Dlouhodobá péče představuje soubor služeb potřebných pro pacienty s omezenou tělesnou nebo duševní funkční výkonností, kteří vyžadují pomoc při zajištění základních denních činností. Pokorná (2010) poukazuje na to, že pracuje-li sestra na oddělení akutní ošetrovatelské péče či na oddělení následné ošetrovatelské péče, bude se jistě lišit nejen její náplň práce, ale také aspekt časové tísně bude zdůrazňován odlišně.

Dle Kalvacha et al. (2004) je nemocniční péče bez ohledu na věk poskytovaná podle charakteru nemoci. Na základě šetření bylo zjištěno, že v průběhu jednoho roku bylo v České republice hospitalizováno 20 % osob nad 60 let věku a průměrná doba hospitalizace byla 21 dnů. Mezi nejčastější příčiny hospitalizace řadíme nemoci kardiovaskulární, kožní, respirační a nádorová onemocnění. Problémem je nedostatek míst v zařízeních dlouhodobé péče. Dlouhodobá péče je charakterizována chronicitou a pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačnosti a závislosti na péči druhé osoby, multidisciplinárním přístupem a spoluprací zdravotníků se sociálními pracovníky i laiky. Cílem dlouhodobé péče je stabilizovat zdravotní stav nemocného, omezit následky onemocnění a pozitivně ovlivnit kvalitu života nemocného.

Dlouhodobou péči v rámci institucí poskytují oddělení následné péče, které představují specializovaná lůžková zdravotnická zařízení pro osoby nesoběstačné, převážně dlouhodobě nemocné a věkově vysoce nad průměrem (Kalvach et al., 2004).

Oddělení následné péče, která jsou nedílnou součástí systému zdravotnických zařízení, začala vznikat jako samostatná zdravotnická zařízení postupně v 70. letech 20. století. I když byla určena všem dlouhodobě nemocným, zpravidla poskytovala péči seniorům a tím se stala lůžkovou základnou nového medicínského oboru geriatrické. V 90. letech 20. století byla vytvořena koncepce následné péče, která podpořila vznik nových oddělení a nových typů zařízení, včetně geriatrických oddělení v rámci nemocnic (Kalvach et al., 2004). V současné době je vyžadováno navyšování lůžek následné péče, protože trendem moderní medicíny je zkracování doby hospitalizace na akutních lůžkách. Zároveň je důležitý růst dostupnosti dlouhodobé péče a rovněž zvýšení celkové úrovně podmínek v této sféře. Oproti loňskému roku má počet lůžek na odděleních

následné péče klesající tendenci. Podle dostupných informací z ÚZIS bylo v roce 2016 v České republice evidováno 74 léčeben dlouhodobě nemocných s celkovou kapacitou 6945 lůžek, zatím co v roce 2015 to bylo 6970 lůžek. Tento fakt je způsobený tím, že v evidenci léčeben dlouhodobě nemocných, které byly začleněny jako zařízení poskytovatele zdravotnických služeb, došlo k administrativnímu zrušení a převedení na poskytovatele oddělení. Tato změna se odrazila ve významném nárůstu počtu lůžek v kategorii nemocnic akutní péče, a naopak v poklesu počtu lůžek u ONP (Lůžková péče, 2016).

Oddělení následné péče poskytují následnou či dlouhodobou péči pacientům se stanovenou diagnózou a léčebným programem, kteří následkem nemoci ztratili schopnost sebezpěče, popřípadě pacientům, o něž se dá v domácím prostředí pečovat jen s obtížemi. V oblasti poskytování dlouhodobé péče je velmi tenká hranice mezi zdravotní a sociální sférou, proto je její významnou součástí i psychosociální péče a resocializace. Jako další doménu poskytovaných služeb můžeme zařadit i paliativní nebo gerontopsychiatrickou péči s ohledem na spektrum příjemců (Topinková, 2005). Hlavní náplní ošetrovatelské péče v ONP je především zajištění denních potřeb pacientů. Patří sem hygienická péče, zajištění výživy a hydratace, péče o vylučování, preventivní péče zaměřená na dekubity a pády. Nedílnou součástí jsou i odborné ošetrovatelské úkony jako např. odběry biologického materiálu, podávání léků, infuzní terapie, ošetřování invazivních vstupů, ošetrovatelská a preventivní péče o rány či dekubity, monitorace základních životních funkcí a psychického stavu. Další složku péče představuje rehabilitační ošetrovatelství, konzultace z oblasti ošetrovatelské péče a v neposlední řadě spolupráce s rodinou nebo blízkými klienta (Vytejková, 2013). Opomenout nelze ani oblast sociální péče. Ta se zaměřuje na sociální perspektivu hospitalizovaných osob. Ideálním vyústěním péče je návrat pacienta do domácího prostředí po zlepšení zdravotního stavu nebo po zmírnění následků nemoci nebo úrazu. Ovšem jsou i případy, kdy rodina péči nezvládá nebo nechce zvládat. V takové situaci následuje překlad pacienta do ústavu sociální péče, na sociální lůžko nebo do domova důchodců a jiných podobných zařízení. Proto je velice důležité již od počátku spolupracovat s rodinou, zapojovat ji do péče o nemocného, edukovat ji o potřebné péči nebo ji informovat o možnostech ústavní péče. Sociální pracovníce předávají rodině informace týkající se vyřizování příspěvků na péči, bezmocnosti, důchodů a pomáhají

s vyřizováním žádostí o umístění klienta do dalších zařízení sociální péče (Kuzníková et al., 2011).

Oddělení následné péče zajišťují široké spektrum péče, proto zde pracuje celá řada pracovníků. Jádro tvoří lékaři, nelékařský zdravotnický personál (všeobecné sestry, asistenti, nižší a pomocný zdravotnický personál), rehabilitační personál (fyzioterapeuti, ergoterapeuti), sociální pracovníci, ale také kliničtí psychologové a logopedi (Věstník MZ ČR č. 9/2004, 2004). Hlavní zárukou kvality poskytované péče je respektování práv pacientů, jejich důstojnosti a autonomie. Dalším pilířem kvality je dostatečná komunikace a samozřejmě poskytnutí adekvátní léčby a péče. Neopomenutelnou součástí poskytování péče je i ochrana a bezpečnost pacientů, samozřejmostí je ochrana osobních údajů (Vyhláška č. 102/2012 Sb., 2012). Kvalita ošetrovatelské péče je zjišťována pomocí různých nástrojů, mezi něž patří především dokumentace, dále standardní postupy pro jednotlivé činnosti a standardní plány péče. Dalším hlavním ukazatelem kvality jsou audity, které mohou být vnitřní (prováděné samotnou organizací), nebo vnější. V současné době je takovým ukazatelem akreditace zdravotnického zařízení, která je dobrovolná (68. Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR, 2012).

Do léčení dlouhodobě nemocných jsou přijímáni pacienti z různých příčin. Mohou být přijímáni na vlastní žádost nebo na doporučení praktického či odborného lékaře. Jako další možnost se jeví překlad z jiného lůžkového zařízení, nejčastěji z akutních lůžek. Hlavním důvodem je zhoršení zdravotního stavu pacienta. Ve všech případech musí být hospitalizace na ONP indikována. O přijetí rozhoduje stav pacienta a řešení jeho dlouhodobé perspektivy, kdy není nutná hospitalizace na akutním lůžku, stav pacienta je stabilizovaný, ale neumožňuje péči v domácím prostředí („potřeba více než 3 hodiny ošetrovatelské péče nebo více než 3 ošetrovatelské návštěvy denně“). (Věstník MZ ČR č. 9/1998, 1998). Zařízení ONP není možné využívat jako azylové, protože pobyt zde je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění a jsou s ním spojeny vysoké finanční náklady. Pobyt na ONP je zdravotními pojišťovnami časově omezen na maximální délku tří měsíců a zredukován na co nejkratší možnou dobu (Kalvach et al., 2008). Vzhledem ke skutečnosti, že průměrný věk pacienta hospitalizovaného na ONP je v České republice kolem osmdesáti let věku, je logické, že převážnou část pacientů tvoří senioři, u kterých se vyskytuje více nemocí současně, nebo se jedná o tzv. sumační

efekt, kdy jedna choroba způsobuje řetězovitě vznik dalších nemocí. Nemoci ve stáří mají tendenci být chronické a se specifickým klinickým obrazem (Haškovcová, 2012).

Pobyt v ONP může mít na pacienta kladný nebo záporný vliv. Mezi pozitivní vlivy řadíme zajištění lékařské péče, zejména péče geriatrické, pacient je ošetřován odbornými ošetřovateli, je stanoveno doléčování a rehabilitace a případně nutnosti je zajištěna paliativní péče o pacienta i jeho rodinné příslušníky. V současné době se zvyšují požadavky na odborné znalosti všech zaměstnanců zařízení ONP (Jarošová, 2007). O negativních vlivech pobytu v ONP se zmiňuje Mühlpachr ve své publikaci „Gerontopedagogika“, který řadí mezi nejzávažnější rizika dlouhodobého pobytu v ústavu tzv. hospitalismus. Pacient se rychle zadaptuje na ústavní podmínky, kdy má zajištěno veškeré zaopatření a obtížněji se pak přizpůsobuje přirozenému prostředí. Pro pacienta je jednodušší orientovat se v ústavním zredukovaném světě než ve složitém světě mimo zařízení ONP. Dalšími negativními faktory dlouhodobého pobytu v ONP je každodenní stereotyp, ztráta soukromí a osobnosti, dochází k omezení podnětů působících na pacienta. Málo podnětů způsobuje pacientovi psychické a sociální potíže, které mohou způsobit nezáměr o lidi, společnost, o návrat zpět do společnosti, dochází ke zhoršení komunikace, uzavření se jedince do sebe, objevují se změny v chování pacienta (Mühlpachr, 2009).

1.2.2 Role sestry při dlouhodobé hospitalizaci

Role sestry prošla v rámci rozvoje ošetřovatelství postupnou přeměnou. Sestra v tradičním pojetí představuje pečovatelku a pomocnici při zajištění hygienické péče u nemocných, následně jsou sestry vzdělány jako kvalifikované asistentky lékařů bez možnosti samostatného rozhodování a výhradně respektující rozhodnutí lékaře, poté dochází k vytvoření kvalifikované profese jako neoddělitelné součásti zdravotnických služeb. K výkonu profese všeobecné sestry je potřeba mít dostatečné vzdělání v oboru, osobnostní předpoklady a empatické cítění, což je předpokladem postavení sestry jakožto vzdělané, plnohodnotné spolupracovnice lékaře a edukátorky pacientů i kolegů (Kutnohorská, 2010). Sestra je způsobilá a kompetentní k zapojování do všeobecné ošetřovatelské praxe v rámci svých rolí, které jsou historicky podmíněny a ovlivněny danou společností, v níž se odráží společenské změny, systém zdravotní péče, nové znalosti a technologie, celkový zdravotní stav obyvatel atd. Sestra musí umět v kontextu svých rolí ochraňovat, upevňovat, navracet a podporovat zdraví jedinců a skupin

s ohledem na jejich autonomii, dále prostřednictvím ošetřovatelského procesu zlepšovat zdraví, podporovat soběstačnost a uspokojovat potřeby pacientů podle základů bio-psycho-sociálního pojetí jedince. Zároveň musí převzít odpovědnost za vlastní ošetřovatelskou péči i za péči v rámci multidisciplinární spolupráce, řídit a organizovat péči s cílem zvyšovat její efektivitu a v neposlední řadě sledovat výzkumné a vývojové práce a získané poznatky aplikovat na ošetřovatelskou péči. V ošetřovatelství se všechny role sestry vzájemně prolínají a doplňují (Bártlová, 2005).

Dle Kutnohorské (2007), aby sestra byla schopná poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči a věnovala se pacientům s empatií, měla by mít své hodnoty jasně seřazeny. Sestra stejně jako kterýkoliv jiný člověk pracující ve zdravotnictví by se měla chovat podle morálních zásad, činit správná rozhodnutí ponechávat pacientovi jeho důstojnost. Upozorňuje také na to, že v ošetřovatelské praxi je důležité, aby sestra věděla, co je dobré, co naopak dobré není, a měla by jednat vždy tak, aby nepoškodila nemocného pacienta. Již skutečnost výběru povolání sestry sama o sobě svědčí o tom, že jedinec chce na základě vlastního rozhodnutí a přesvědčení pomáhat druhým lidem (Kutnohorská, 2007).

Role sestry a pacienta jsou naprosto odlišné. Sestra se často dostává do dominantní role a nemocný vzhledem ke svým neuspokojeným potřebám do role „žadatele“, tedy do submisivního postavení (Zacharová, 2016). Důstojné a trpělivé chování za všech okolností je na místě. V průběhu hospitalizace sestra zmapuje v rámci ošetřovatelské anamnézy možné komunikační bariéry a podle toho s pacientem – seniorem jedná dále (Kalvach, 2008). Významné místo v poskytování individualizované péče je v systematickém uspokojování potřeb pacienta. Sestra vnímá nemocného jako celek, bytost bio-psycho-sociální (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Parsons specifikoval některé základní znaky role sestry do čtyř oblastí. Do první oblasti řadíme funkční specifika – ty vyjadřují nutnost odborné kompetence pro výkon povolání, včetně ochoty a schopnosti komunikace se spolupracovníky. Druhá oblast obsahuje emocionální neutralitu. Jedná se o vyjádření sympatií a porozumění bez plného rozvinutí. Tento požadavek se mimo pacienta vztahuje i na další zdravotnické pracovníky, protože vzájemná součinnost je podmínkou úspěšného léčení. Univerzalizmus, tedy třetí oblast, udává, že příjemcem ošetřovatelské péče může být kterýkoliv jedinec dané společnosti. Poslední oblastí je kolektivní orientace, kdy sestra

při svém jednání nevychází ze svých zájmů, ale ze zájmů druhých, tedy pacientů (Bártlová, 2005).

Venglářová (2007) klade také důraz na roli sestry při komunikaci se seniorem. Velmi častým problémem při ní bývá nedůvěra v ošetrovatelský personál. Pokud pacient nevěří sestře, která o něj pečuje, nebude s ní komunikovat normálním způsobem, dokonce v krajní situaci nemusí komunikovat vůbec. Vždy je důležité snažit se zjistit, z jakého důvodu pacient se sestrou nekomunikuje a proč komunikaci odmítá (Ptáček et al., 2011). Mezi specifické komunikační bariéry u seniorů řadíme poruchy smyslů, zejména poruchy sluchu, zraku, případně řeči. Sestra pracující se seniory by měla být na tyto situace dostatečně připravená. 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 (Venglářová, 2007).

1.2.3 Role rodiny

„Rodina má nezastupitelnou funkci v životě člověka a její význam vzrůstá právě v době hospitalizace členy rodiny“ (Tomová a Křivková, 2016, s. 115). Důležitou roli sehrává komunikace, jež se odráží od vztahů, které v rodině panují. Tam, kde jsou vztahy na dobré úrovni, má většinou rodina zájem přispět k procesu uzdravení nemocného jedince. Spolupráce rodiny s pacientem a ošetrovatelským personálem je nesmírným přínosem pro péči o nemocného (Tomová a Křivková, 2016).

Sedlářová (2008) popisuje pozitivní vliv na zlepšení psychického stavu pacienta při spolupráci s rodinou. I proto je snahou ošetrovatelského personálu co nejvíce zapojit rodinné příslušníky do ošetrovatelského procesu. Při první návštěvě podá sestra rodině informace, které se týkají organizačního zajištění péče o nemocného. Vzhledem k tomu, že právě sestra s pacientem pobývá většinu dne a tím je s ním v nejužším kontaktu, může rodině nejlépe pomoci při podílení se na ošetrovatelské péči.

Bártlová a Matulay (2009) uvádí, že moderní sociologické pojetí chápe rodinu jako společenskou instituci, jejíž základ je tvořen tzv. nukleární rodinou, čímž je chápána bezprostřední skupina otce, matky a dětí žijících pospolu. Také upozorňuje na to, že z hlediska ošetrovatelství existují dvě základní oblasti, v nichž je účast a zapojení rodiny v péči o nemocného nezastupitelná. První oblast tvoří **rodina jako zdroj**

informací, kdy si sestra, případně lékař díky získaným informacím může utvořit mnohem komplexnější pohled na pacienta. V druhé oblasti vnímáme **rodinu jako účastníka přímé péče**, kde může zastávat jednak funkci ochrannou, preventivní, která je spojena především s vhodnou úpravou léčebného režimu a funkci podpůrnou – tedy psychickou a fyzickou podporu.

Dle Hauke (2014) je rodina nedílnou součástí pacientova života a může být obrovským zdrojem sociální, materiální i emocionální podpory, jsou-li vztahy dobré. Kuchařová et al. (2002) ve svém výzkumu uvádí, že starší lidé věří ve schopnost a ochotu svých dětí podpořit je ve stáří, na druhé straně se zdráhají tuto pomoc přijímat a upřednostňují svoji nezávislost. Dvořáčková (2012) charakterizuje českého seniora jako individualistu, který do velké míry preferuje individuální činnosti. Rád a poměrně často se sice setkává s blízkými, ale snaží se zůstat na rodině a komunitě co nejméně závislý. Dle Vohralíkové a Radbušiče (2004) rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistotu. Ve stáří pak dobře fungující rodina znamená v případě nesoběstačnosti seniora záruku pomoci fyzické, psychické i hmotné. Senioři proto velmi oceňují dobře fungující vztahy v rodině a zázemí.

Klvetová a Dlabalová (2017) uvádí čtyři základní funkce rodiny podle Jiřího Výrosta. První funkcí je funkce reprodukční, další je funkce materiální, kterou zčásti v dnešní době převzal stát. Třetí funkcí je funkce výchovná – poskytnutí základní orientace v okolním světě, kdy rodina funguje jako regulátor nežádoucích činností. Poslední čtvrtou funkcí je funkce emocionální. V této funkci je rodina jedinečná a nenahraditelná. Pokud dojde k dysfunkci rodiny, je právě tato oblast nejvíce zraňující. Rodina poskytuje všem svým členům uspokojení řady potřeb – mezi jinými potřebu podpory, pomoci a přijetí, potřebu společných rituálů, plánů apod.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1) Zjistit, jak se liší jednotlivé potřeby u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v souvislosti s délkou pobytu.
- 2) Zjistit, v jaké míře jsou uspokojovány potřeby u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.
- 3) Zjistit, jak jsou rodinní příslušníci zapojováni do uspokojování potřeb u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jak se liší jednotlivé potřeby u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v souvislosti s délkou pobytu?
- 2) V jaké míře jsou uspokojovány potřeby u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů?
- 3) Jakým způsobem jsou rodinní příslušníci zapojováni do uspokojování potřeb u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů?

2.3 Operacionalizace pojmů

Potřeba

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí (Trachtová et al., 2013).“ „Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní (Šamánková et al., 2011, s. 12).“

Dlouhodobá hospitalizace

„Dlouhodobá léčebná péče poskytovaná pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; dále též pacientovi s poruchou základních životních funkcí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012).“

Pacient

„Pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby (Zákon č. 372/2011 Sb., 2011).“

Sestra

„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).“

3 Metodika

3.1 *Použité metody a techniky sběru dat*

V diplomové práci bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Význam kvalitativního výzkumného šetření spočívá v analýze zkoumaných skutečností, v odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, zároveň umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které nás zajímají, a jejich poznání v přirozených podmínkách (Kutnohorská, 2009).

Jako hlavní výzkumná metoda byl vybrán polostrukturovaný rozhovor, u něhož je dle Kutnohorské (2009) zásadní, že máme definované tzv. jádro, což je minimum témat a otázek, které chceme probrat. Tato metoda nám umožňuje zjistit u dotazovaných osob skutečně to, co potřebujeme vědět, a zároveň tak nedochází k nedorozumění v pokládaných otázkách.

Samotný výzkum probíhal v období od dubna 2018 do května 2018 ve dvou zdravotnických zařízeních Středočeského kraje. Předem připravené rámcové otázky byly vytvořeny pro pacienty, sestry a rodinné příslušníky. Rozhovory pro pacienty (viz příloha 1) obsahovaly 28 základních otázek, které měly utvořit celistvý obrázek o jejich bio-psycho-sociálních potřebách.

V první části otázek jsme zjišťovali základní identifikační údaje pacientů jako věk a pohlaví. Druhá část otázek byla zaměřena na jejich potřeby a pocity a také na spolupráci sester s rodinnými příslušníky. Rozhovory s pacienty trvaly přibližně 30–45 minut. U rozhovorů s pacienty byla využita doplňková metoda pozorování, které bylo zaznamenáváno písemně na papír a mělo dopomoci k utvoření lepší představy o celé situaci z okolí daného pacienta (viz Příloha 4). Pozorováním rozumíme záměrné, cílevědomé a systematické sledování určitých jevů spojené s vnímáním charakteristických jevů (Kutnohorská, 2009). Rozhovory pro sestry obsahovaly 10 základních otázek, jejichž cílem bylo zjistit, jak danou problematiku vidí samy sestry, které o konkrétní pacienty pečují (viz Příloha 2). V první části rozhovoru jsme opět zjišťovali základní identifikační údaje sester.

Ve druhé části jsme se zaměřili na problematiku potřeb a také na zapojení rodinných příslušníků do péče o své blízké. Rozhovory se sestrami probíhaly na denních místnostech sester a trvaly 20–30 minut. Poslední, třetí část našeho šetření se zaměřila na rodinné příslušníky. Strukturované rozhovory s nimi obsahovaly 4 základní otázky, které se týkaly potřeb jejich blízkých a také zapojení do péče (viz příloha 3). Rozhovory s rodinnými příslušníky trvaly přibližně 20 minut. Během rozhovorů se všemi dotazovanými byly kladeny doplňující otázky vhodné k danému tématu.

Před zahájením výzkumného šetření byly odeslány oficiální žádosti o povolení výzkumu do vybraných zdravotnických zařízení. Získání tohoto povolení bylo velice obtížné. Původně měl být výzkum prováděn ve zdravotnických zařízeních na území hlavního města Prahy. Nicméně ani v jednom z oslovených zařízení nám nebyl výzkum umožněn. Velice ochotní k provedení výzkumu tak byly nakonec v zařízeních nacházejících se na území Středočeského kraje, jednalo se o dvě oddělení následné péče. Pro schválení žádostí byly navštíveny vrchní sestry daných oddělení. Poté byla domluvena konzultace se staničnými sestrami ohledně vytipování vhodných respondentů k rozhovorům. Před zahájením rozhovorů bylo všem dotazovaným vysvětleno – téma a cíle práce a zodpovězeny byly jejich doplňující otázky. Také všichni dotazovaní byli upozorněni na zachování anonymity. Na základě těchto informací všichni dotazovaní souhlasili s účastí na výzkumném šetření. Rozhovory probíhaly přímo na daných odděleních a byly zaznamenávány písemně na papír. Poté byly přepsány do počítače v programu Microsoft Word. Výsledky byly hodnoceny pomocí kódování, metody tužka a papír. Z přepsaných rozhovorů byly stanoveny 2 kategorie pro rodinné příslušníky, 3 kategorie pro pacienty a 2 kategorie pro sestry. Tyto kategorie byly rozebrány v kapitole 4.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor byl tvořen 10 pacienty, kteří byli na oddělení následné péče dlouhodobě hospitalizovaní. Druhý výzkumný soubor tvořilo 10 sester z oddělení následné péče. Třetí výzkumný soubor tvořilo 10 rodinných příslušníků hospitalizovaných pacientů. Identifikační údaje výzkumného souboru jsou pro přehlednost zaznamenány v tabulkách 1, 2, 3. Dotazovaní ze skupiny pacientů jsou označováni P1-P10, ze skupiny sester S1-S10 a ze skupiny rodinných příslušníků RP1-RP10.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Výsledky výzkumného šetření s pacienty

4.1.1 Identifikační údaje pacientů

Tabulka 1: Identifikační údaje pacientů

Identifikační údaje pacientů						
Pacient	Pohlaví	Věk	ONP	Doba hospitalizace	S kým žije	Předchozí hospitalizace
P1	Muž	62	1	50 dní	Sám	Interní odd.
P2	Žena	63	1	60 dní	S rodinou	Chirurgické odd.
P3	Žena	85	1	180 dní	Sama	Interní odd.
P4	Muž	67	1	105 dní	Sám	Chirurgické odd.
P5	Muž	88	1	90 dní	S rodinou	Chirurgické odd.
P6	Žena	79	2	60 dní	Sama	Interní odd.
P7	Muž	82	2	56 dní	Sám	Chirurgické odd.
P8	Žena	60	2	58 dní	S rodinou	Chirurgické odd.
P9	Muž	73	2	123 dní	Sám	Interní odd.
P10	Muž	84	2	52 dní	DD	Chirurgické odd.

Zdroj: Vlastní zpracování

Pacient 1 je muž ve věku 62 let, který je na ONP 1 hospitalizovaný 50 dní. Žije sám a na oddělení následné péče byl přeložen z interního oddělení. Pacient 2 je žena ve věku 63 let a je zde hospitalizovaná na ONP 1 již 60 dní. Bydlí s rodinou a byla přeložena z chirurgického oddělení. Pacient 3 je žena ve věku 85 let, hospitalizovaná na ONP 1 už 180 dní. Žije sama a byla přeložena z interního oddělení. Pacient 4 je muž, jehož věk je 67 let, na ONP 1 je hospitalizovaný 105 dní. Bydlí sám a byl přeložen z chirurgického oddělení. Pacient 5 je muž starý 88 let a je na ONP 1 hospitalizovaný 90 dní. Bydlí

s rodinou a byl přeložen z chirurgického oddělení. Pacient 6 je žena ve věku 79 let. Je hospitalizovaná na ONP 2 již 60 dní. Žije sama a přeložili ji z interního oddělení. Pacient 7 je muž starý 82 let a je na ONP 2 hospitalizovaný 56 dní. Bydlí sám a byl přeložen z chirurgického oddělení. Pacient 8 je žena ve věku 60 let, která je na ONP 2 hospitalizovaná 60 dní. Žije s rodinou a byla přeložena z chirurgického oddělení. Pacient 9 je muž starý 73 let. Hospitalizovaný na ONP 2 je 123 dní a bydlí sám. Byl přeložen z interního oddělení. Pacient 10 je muž ve věku 84 let, který je na ONP 2 hospitalizovaný 52 dní. Žije v domově důchodců a byl přeložen z chirurgického oddělení.

4.1.2 Výsledky pozorování pacientů

Pacient 1

Při začátku rozhovoru působil pacient klidně. Na všechny otázky odpovídal spontánně. Při otázce, zda za ním chodí rodina, tiše odpověděl, že rodinu nemá. Naopak při dotazu na péči personálu se rozzářil a uvedl, že s péčí je velmi spokojen. Podobně pozitivně pacient popisoval průběh rehabilitace na oddělení. S přibývajícimi otázkami jsme pozorovali, že je rozhovor již dlouhý. Pacient sám tento problém zmínil a vysvětlil to tím, že není zvyklý moc mluvit. Postupně začal být roztěkaný, rozhlížel se po místnosti a kontroloval hodiny. Neustále projevoval potřebu něčím si zaměstnat ruce. Při otázce na problémy s vyprazdňováním bylo zřejmé, že mu není příjemné o tomto tématu hovořit. Bylo to možné pozorovat podle znaků neverbální komunikace: pohled očí mu směřoval k podlaze a ruce si založil na hrudi. Rozhořčení jsme spatřili při otázce, zda pociťuje strach v souvislosti s tím, že je odkázán na pomoc druhých. Na tento dotaz nám pacient sdělil, že nemá rád být na někom závislý a tento stav jej stresuje. Když jsme mu řekli, že je to vše a poděkovali mu za rozhovor, byla na něm patrná viditelná úleva.

Pacient 2

Na začátku rozhovoru nebyla pacientka klidná a vzbuzovala dojem nervozity jak z okolí, tak sebe sama. Poklepává si nohou a v ruce svírá kapesník. Když se jí ptáme na pocity při sdělení, že půjde na oddělení následné péče, nakrčí se jí vráska na čele a po delší odmlce odpoví, že tuto skutečnost vnímala negativně a pociťovala strach. Další zamýšlený výraz shledáváme u otázky, kam půjde po propuštění. Když nám sděluje, že

pravděpodobně do domova důchodců, protože není soběstačná a nechce být rodině na obtíž, pocítujeme z barvy jejího hlasu smutek, strach ale i jisté smíření. Naopak při otázce, zda za ní chodí návštěvy, reaguje velmi kladně, usměje se a narovná v zádech. V dalším průběhu rozhovoru pacientka klidně sedí na lůžku a budí uvolněnější dojem než zpočátku. Na otázku ohledně vyprazdňování odpovídá se studem, na tváři je patrné začervenání. Při následujících otázkách působí již klidněji, odpovídá sebejistým hlasem. Pouze když se znovu dotkneme tématu rodiny tak se její výraz změní a z obličeje jí opět zmizí úsměv, nahrbí se a mírně nakloní dopředu. Na dotaz, zda jí chybí rodina, posmutněle uvedla, že velmi, i přestože za ní každý den někdo přijde. Když se s dotazovanou loučíme, je zřejmé, že si ráda popovídala.

Pacient 3

Po našem příchodu pacientka zaujímá polohu s překříženými končetinami, tzv. nepřístupnou polohu těla. V obličeji má stažené mimické svaly a její výraz je odmítavý. Poté, co jí vysvětlíme, proč jsme přišli, zatváří se mileji a vyzve nás, ať se posadíme a ptáme se. První známky pozitivních emocí jsou u ní zřetelné při otázce, jak se cítila, když jí bylo řečeno, že půjde na oddělení následné péče. Sdělila nám, že měla velikou radost, protože zde pracuje její dcera. I při dalších otázkách na rodinu získáme převážně kladné hodnocení a během rozhovoru převládá pozitivní nálada. V první polovině našeho šetření pacientka působí celkem klidně, ale jakmile se jí dotážeme na potíže s příjmem potravy a vyprazdňováním, začne poklepávat prsty pravé ruky na hřbet levé ruky. Je zřejmé, že ji tato témata obtěžují, ale přestal jí být příjemný i celý rozhovor. Po našem upozornění, že již zbývá jen pár posledních otázek, zmizí zamračený výraz, ale určitá nepřístupnost v obličeji zůstává. Smutnou mimiku jsme zaregistrovali při otázce na volný čas, kdy uvedla, že jí velmi chybí procházky venku. Při rozloučení je na pacientce viditelná úleva a radost, že rozhovor již skončil.

Pacient 4

Při vstupu do místnosti s pacientem můžeme na tváři zaznamenat úsměv a přímý pohled do očí. Ovšem poté, co se zeptáme, odkud na zdejší oddělení přišel, sklopí oči a tichým hlasem odpoví, že byl hospitalizován v Hořovicích, kde mu museli amputovat dolní končetinu, a dlaně si složí do klína. Vzápětí ale při další otázce, jak se cítil, když mu bylo sděleno, že sem bude přeložen, odpovídá radostně, že se těšil, protože věřil, že mu tu pomůžou. V průběhu celého rozhovoru si můžeme povšimnout časté výrazné

gestikulace rukou. Během otázek týkajících se rodiny a spolupráce sester s nimi pacient opět směřuje pohled očí k zemi a výraz v obličeji začne být ustaraný. Bohužel u tohoto pacienta rodina není zastoupena a veškerá spolupráce je sestra a sociální pracovník. Při otázkách na stravování si můžeme povšimnout, že se v okolí čela prohloubí jeho vrásky. Když se rozhovor stočí na téma ohledně komunikace a volného času, odpovídá již vesele, s úsměvem na tváři. Pacient byl po celou dobu rozhovoru velmi komunikativní.

Pacient 5

Na začátku rozhovoru se pacient usmívá, leč jeho těkavé pohyby očí prozrazují nejistotu. Sedí na lůžku a dolní končetiny má překřížené a pohupuje jimi. Po prvních informačních otázkách se již pacient dívá zpřímá do očí a má lehký úsměv na rtech. Ruce má klidně založené, ale při dotknutí se tématu stravování si začne poposedávat a rukama masivně gestikulovat. Když nám sděluje, že zde vaří velmi často stejná jídla a především knedlíky, které nemá rád, zvýší svůj hlas a v obličeji pozorujeme rozhořčení. Rozhovor se opět uklidní a po zbytek dotazování má pacient klidný sed, výraz, gestikulaci i mimiku. Po skončení rozhovoru je pacient stále komunikativní a nechce nás nechat odejít.

Pacient 6

V průběhu seznámení pacientky s výzkumem má výrazně stažené mimické vrásky v okolí obočí a ústa napjatě sevřená. Ruce má klidně odložené na peřině. Pacientka zaujímá polohu vleže. Jakmile se rozhovor začne stáčet k otázkám týkajících se rodiny, má na tváři lehký úsměv a celková pozice těla je uvolněná. Na dotaz týkající se pocitů spojených se začátkem hospitalizace odpovídá, že před příjmem na oddělení pociťovala obavy, protože nevěděla, jaké to tu bude. Ale její obavy se rozplynuly, poté co viděla oddělení a usměvavý personál. Během odpovědí jsou ruce stále položené na pokrývce a oči jsou upřené na naši osobu. Pozvolna přecházíme na téma spánek a odpočinek. Pacientka začne masivně a nekontrolovatelně gestikulovat, mimické vrásky se v obličeji prohloubí a oči začnou těkavě přeskakovat na nás a směrem na druhou pacientku. Pacientka nám sdělí, že noc na tomto pokoji je náročná, jelikož spolupacientka je neklidná a po nocích křičí. Při pokračování rozhovoru a navození tématu rodiny lze vidět, že její oči směřují směrem dolů a výraz ve tváři je apatický. Když se loučíme, poděkuje nám za rozptýlení a popřeje hezký den.

Pacient 7

Na začátku rozhovoru je patrné nadšení v očích a výrazu tváře. Pacient uvolněně sedí v křesle a na tváři má viditelný úsměv. Na první otázky odpovídá klidně, jeho sed ani výraz v tváři se nemění. Když se ho ale zeptáme, kam po propuštění půjde, začnou mu oči pobíhat po místnosti a nejistě odpoví, že doufal, že domů, ale není si jistý, zda by vše zvládl. V tu chvíli se mu změní výraz tváře. Úsměv zmizí a na čele se objeví vrásky. I na téma rodiny odpovídá smutným tónem hlasu. Veseleji začne působit, až když nám povídá, že už tu strach nepocítuje, protože je si vědom toho, že mu tu pomáhají. Poté se dostáváme k tématu péče sester o potřeby pacientů. Na obličeji se objeví zamračený výraz. Informuje nás o tom, že by byl rád, kdyby sestry měly více času na své pacienty. Ale již s klidným výrazem a upřeným pohledem dodává, že si uvědomuje, že sester je tu málo a pacientů hodně. Při otázce, zda pocítuje strach v souvislosti s tím, že je odkázán na pomoc druhých, se objeví vráska na čele a ruce se začnou chvět. Odpoví nám, že strach nepocítuje. Avšak tichým hlasem dodá, že by se spíš chtěl o sebe již starat sám. Rozhořčení ve tváři pozorujeme při otázce, jestli se cítí být dostatečně uznáván personálem. Zase se objeví vráska na čele a s výraznou gestikulací odpoví, že záleží na tom, která ze sester má ten den službu. Na následující otázky již odpovídá klidně a s úsměvem. Po celý zbytek rozhovoru sedí v křesle v jídelně a kýve nohou. Po našem odchodu vypadá klidně, ale poněkud unaveně.

Pacient 8

Pacientka č. 8 v poklidu sedí v křesle v jídelně, kde nikdo jiný není. Na náš podnět, zda se jí můžeme zeptat na pár otázek do výzkumu naší diplomové práce, odpovídá s apatickým výrazem ve tváři, že ano. U prvotních otázek stále nepozorujeme změnu výrazu v tváři, pouze oči bloudí po místnosti. Pacientka nevyhledává oční kontakt. Při dotazu, kam půjde po propuštění, s úsměvem odpoví, že k manželovi domů. Při odpovědi se na nás upřeně podívá a spojí ruce. Během dalších otázek opět nevyhledává oční kontakt. Když se jí ptáme, zda si tu má s kým povídat, povzdechne si, že záleží na tom, jak kdy, a začne poklepávat pravou rukou o opěradlo křesla. V průběhu celého rozhovoru nepozorujeme žádnou výraznou mimiku ve tváři, pacientka hovoří klidným a tichým hlasem. Když jí na rozloučenou podáváme ruku, její stisk působí jako „leklá ryba“.

Pacient 9

Při příchodu do pokoje pacient sedí na lůžku s rukama zkříženými pod prsy a čte si noviny. Jakmile mu položíme první otázku, začnou mu oči bloudit po místnosti. Na většinu otázek odpovídá stručně a odměřeně. Když jsme se ho zeptali, jak se cítil, když mu bylo sděleno, že bude hospitalizovaný na oddělení následné péče, zvýšeným hlasem odpověděl, že rozporuplně. Dále nám se zamračeným výrazem ve tváři sděluje, že nemá rodinu a chodí za ním na návštěvy pouze zřídka přátelé. Celou dobu nervózně svírá v dlaních noviny, které si předtím četl. Při otázkách na péči sester můžeme vidět svraštělý obličej. Tento výraz přetrvává i u dotazů na stravu. poté si začne poposedávat na lůžku a je na něm znatelná značná nervozita. Při rozloučení se usměje a podívá se nám zpříma do očí.

Pacient 10

Pacienta č. 10 nacházíme na chodbě v křesle, kde luští sudoku. Jakmile nás spatří, začne se usmívat a okamžitě vyhledá oční kontakt. Když nám sděluje, že se těší zpátky do domova pro seniory, usmívá se a má spojené ruce. Úsměv se promění v posmutnělý výraz při dotazu na rodinu. Tichým hlasem nám odpoví, že rodinu nemá. Stejným tónem hlasu také odpovídá i na otázku na dostatek komunikace, kdy nám sděluje, že zde nenachází mnoho možností pro komunikaci. Když se rozhovor stočí na téma využití volného času, posteskuje si, že mu chybí větší společenské vyžití, jako má v domově pro seniory a oči mu pobíhají po místnosti. Po většinu rozhovoru sedí uvolněně v křesle a drží knihu sudoku. Téměř nepřetržitě během rozhovoru vyhledává oční kontakt. Při rozloučení nám energicky podá ruku a popřeje krásný den.

4.1.3 Výsledky rozhovorů s pacienty

Seznam kategorie skupin u pacientů

- 1) Pocity pacienta.
- 2) Potřeby pacientů.
 - a) Fyziologické.
 - b) Psychologické.
 - c) Sociální.
 - d) Spirituální.
- 3) Spolupráce sester a rodiny.

1) Pocity pacienta

Pocity pacientů jsme zjišťovali jednak před hospitalizací, ale i v průběhu dosavadní hospitalizace v nemocničním zařízení. Většina dotazovaných pacientů uvedla, že z hospitalizace na oddělení následné péče měli rozporuplné pocity. Nevěděli totiž, co mají od pobytu na daném oddělení očekávat a báli se: „*Pociťoval jsem strach, ale zároveň radost, že tam pro mě mají místo*“ (P7). „*Rozporuplně. Cítil jsem se odložený, ale zároveň jsem to chápal*“ (P9). „*Docela dobře, ale pociťovala jsem i strach*“ (P6). Po dotázání, z čeho konkrétně měla strach, nám dotazovaná pacientka odpověděla: „*Z toho, jaké to tu bude, a hlavně jestli mi pomůžou*“ (P6). Radost z hospitalizace na zdejším oddělení projevíli hned tři dotazovaní. Uvedli, že se na oddělení těšili jednak z důvodu dobré pověsti, ale také například z vidiny zlepšení svého zdravotního stavu: „*Doufal jsem, že mi tu pomůžou, abych zase mohl normálně fungovat i bez nohy*“ (P4). Pouze jedna dotazovaná pacientka uvedla, že pociťovala pouze strach. Když jsme ji poprosili, zda by mohla uvést, z čeho konkrétně, odpověděla: „*Ze všeho. Jak to tu bude vypadat, probíhat, a také s kým budu na pokoji*“ (P2). Své obavy podpořila faktem, že při minulé hospitalizaci měla kvůli hlučné spolupacientce potíže se spánkem: „*Na chirurgii jsem totiž ležela s paní, co strašně chrápala, tak jsem nemohla moc spát*“ (P2). Mírnou nervozitu nám ve spojitosti s neznámým prostředím uvedl dotazovaný pacient P5. „*Samozřejmě sem byl lehce nervózní z neznámého prostředí, ale to rychle přešlo.*“ Dotazovaný pacient P10 nám řekl, že spíše než strach či obavy měl pocity úzkosti z toho, co ho na oddělení následné péče čeká.

Dotazovaní pacienti P1, P2, P4, P7, P8, P9 a P10 uvedli, že se jejich pocity během hospitalizace změnily. Čtyři z nich odpověděli, že z počátku hospitalizace cítili strach, který teď již nepociťují. Většina uvedla, že strach pociťovali především z cizího prostředí: „*Ano, zpočátku jsem cítila strach z neznámého, ale teď už ne*“ (P8). „*Z počátku jsem měl strach, ale nyní už ho nemám. Už to tu znám*“ (P4). „*Zpočátku jsem měla velký strach a pociťovala jsem úzkost. Ale teď už je to dobré*“ (P2). „*Bál jsem se toho, jak to tu bude vypadat*“ (P7). Dotazovaní pacienti P9 a P10 se shodují v tom, že je na ně hospitalizace již zdlouhavá a že by byli velmi rádi již propuštění domů. „*Je to tu už dlouhý, rád bych zpátky do domova*“ (P10). „*Zpočátku dobré, ale už bych chtěl domů*“ (P9). Jeden z dotazovaných pacientů uvedl, že se na oddělení již cítí jistěji, ale i přesto se mu zde nelíbí a uvítal by návrat domů. Žádné změny pocitů nevypozorovali tři z dotazovaných pacientů. P3 a P5 nás informovali, že jsou již od samého začátku

hospitalizace spokojeni s jejím průběhem. „*Jsem tu rád, líbí se mi tu hned od začátku*“ (P5). „*Velmi se mi tu líbí*“ (P3). Dotazovaná pacientka P6 sice žádné změny pocitů neuvedla, ale na naši doplňující otázku, zda žádné negativní pocity necítila ani ze začátku hospitalizace, odpověděla: „*Možná trochu strach z toho, jaké to tu bude*“ a ihned dodala: „*Ale to přešlo během prvního okamžiku, když jsem viděla oddělení a usměvavé sestřičky*“.

Většina dotazovaných pacientů byla toho názoru, že strach pociťovala pouze na počátku hospitalizace. „*Ze začátku jsem pociťoval*“ (P4). „*Pouze ze začátku*“ (P8). Nicméně u dvou z dotazovaných pacientů strach přetrvává stále. „*Ano, ze začátku pobytu velmi. Nyní už je to lepší. Ted' mám největší strach z toho, co bude dál*“ (P1). Tři dotazovaní pacienti nám sdělili, že pocit strachu v průběhu dosavadní hospitalizace vůbec nepocítili.

Pocit strachu v souvislosti s tím, že jsou závislí na pomoci druhých, pociťují dotazovaní pacienti P1, P2 a P6. Jedna z dotazovaných pacientů uvedla, že strach pociťovala spíše z počátku hospitalizace. Nyní již strach nepocítuje, protože je soběstačnější a není tolik závislá na pomoci druhých: „*Ze začátku hospitalizace ano, protože jsem sama nemohla skoro nic. Nyní už jsem soběstačnější, takže ne*“ (P8). Spíše než strach pociťují dotazovaní pacienti P5 a P7 pocit závislosti na okolí. „*Strach ne, spíš závislost*“ (P5). Bez pocitu strachu v souvislosti s tím, že jsou odkázáni na pomoc druhých, jsou dotazovaní pacienti P3, P9 a P10. Dále jsme se také dozvěděli, že žádný z dotazovaných pacientů nemá či neměl po dobu hospitalizace pocit ohrožení. Ovšem to samé se nedá říct o pocitu osamělosti. Ten se vyskytl u šesti dotazovaných pacientů. Kromě dotazovaného pacienta P9 se všichni hospitalizovaní jedinci cítili dostatečně uznávání a respektování. Na otázku, proč se dotazovaný pacient P9 necítí dostatečně uznáván a respektován, odpověděl: „*Záleží na tom, která sestra má zrovna službu. Ne všechny se chovají slušně*“.

2) Potřeby pacientů

V rámci uspokojování potřeb jsme se snažili zjistit, zda pacienti považují své potřeby za uspokojené. Dotazovaní pacienti P2, P3, P4, P6, P8 a P9 uvedli, že ano. Zbývající pacienti odpověděli, že v rámci možností ano. Jako neuspokojenou vnímali potřebu soukromí, výživy, kde upozorňovali na opakující se jídla, ale i nedostatek času sester. „*Chybí mi tu soukromí a klid, který mám doma*“ (P1). „*Vaří tu pořád to samé a hlavně*

knedlíky, které nemám rád“ (P5). „Asi v tom, že na nás sestry nemají dostatek času“ (P7). „V tom, že na nás sestry nemají dostatek času“ (P10). Dalším předmětem zájmu bylo hodnocení péče sester, týkající se uspokojování potřeb. Pouze dotazovaní pacienti P7 a P9 nehodnotili péči sester kladně: „Mohla by být lepší“ (P7). „Průměrná, své úkoly si zřejmě plní, ale nevidím, že by dělaly něco navíc“ (P9). Dotazovaný P7 také uvedl, že na počátku hospitalizace měl problémy s vyprazdňováním: „Ze začátku jsem měl problémy si dojit na velkou.“

a) Fyziologické

První, co jsme z fyziologických potřeb zjišťovali, byla kvalita spánku. Šest z dotazovaných pacientů uvedlo, že se spánkem nemají žádné potíže. Dotazovaný pacient P5 dokonce uvedl, že zde spí lépe než doma „*Kupodivu tu spím lépe než doma.*“ Potíže se spánkem nám sdělila pacientka P6, která nás upozornila na to, že za její zhoršený spánek může její spolupacientka, která ji v noci ruší. „*V noci občas křičí a je zmatená.*“ I dotazovaný pacient P1 uvedl potíže se spánkem: „*Ano, spím zde špatně.*“ Na naši otázku, zda dostává léky na spaní, odpověděl: „*Nabízeli mi je, ale nechci je. Už tak беру léků dost.*“ Pacienti P2 a P9 nám také sdělili, že ze začátku hospitalizace měli problémy se spánkem, které se podařilo vyřešit vhodnou medikací. „*Ze začátku jsem spala špatně, teď mi dávají léky na spaní, tak je to lepší*“ (P2). „*Ano, zhoršil, ale naštěstí mi tu začali dávat léky na spaní*“ (P9).

Jako další jsme se zaměřili na potřebu výživy. Většina dotazovaných pacientů nám uvedla, že nemá potíže s příjmem potravy a pitným režimem: „*Nemám, vaří tu dobře*“ (P1). Problém se vyskytl u dotazovaných pacientů P5, P9 a P10. Na neustále se opakující pokrmy nás upozornili hned dva z dotazovaných pacientů. „*Vaří tu pořád to samé*“ (P5). „*Postupem času mi tu přestalo chutnat. Vaří pořád to samé dokola*“ (P9). O potížích s příjmem potravy nás informoval i pacient P10, který uvedl, že z počátku hospitalizace měl problémy se zdejší stravou, protože doma je zvyklý na jinou stravu. „*Musel jsem si zvyknout na zdejší stravu, přeci jen doma jím něco jiného.*“ Na otázku ohledně nechutenství nám 8 dotazovaných pacientů odpovědělo, že jím netrpí. U pacienta P9 z rozhovoru vyplynulo, že nechutenstvím trpí z důvodu častého opakování jídel. Oproti tomu dotazovaný pacient P4 uvedl, že z počátku hospitalizace měl problémy s příjmem potravy z toho důvodu, že měl problémy se dojit vyprázdnit. „*Ano, ze začátku, než sem se tu zvyknul chodit na velkou. Tak do té doby jsem nechtěl*

moc jíst a ani jsem neměl chuť k jídlu.“ A právě potíže s vyprazdňováním při začátku hospitalizace nám sdělila i dotazovaná pacientka P2: *„Měla jsem problémy si dojít na velkou na míse na posteli nebo na tom pojízdném záchodě vedle postele. Ale teď když už si zvládnou dojít na normální záchod sama, je vše v pořádku.*“ Také dotazovaný pacient P7 upozornil na nedostatek soukromí při vyprazdňování: *„Měl jsem problémy dojít si na velkou. Nemám tu svůj klid.*“ Zbytek, tedy většina dotazovaných pacientů, potíže s vyprazdňováním nezaznamenala ani v počátku hospitalizace.

Na nedostatek pohybových aktivit nás upozornil dotazovaný pacient P9, který uvedl, že by uvítal venkovní procházky, tedy ne pouze rehabilitace *„Jít na procházku ven. Rehabilitace sice cvičíme třikrát denně, ale to není ono.*“ Dotazovaní pacienti P1, P2, P4, P6 a P8 se shodují, že fyzických aktivit je dostatek. Pacienti P3, P5, P7 a P10 jsou toho názoru, že pohybových aktivit je sice dostatek, ale rádi by větší množství venkovních procházek. *„Brala bych třeba častější procházky venku“* (P3). *„Rehabilitací je tu až dost, ale uvítal bych i jiný pohyb. Třeba procházky venku“* (P5). *„Ano mám, ale chybí mi častější procházky venku“* (P7). *„Kdyby nás rehabilitační sestry braly na procházky i ven, a nejen po chodbách. Já nemám rodinu, takže se ven vlastně nedostanu, protože samotného mě nepustí, prý že bych mohl spadnout“* (P10). Potíže se sexualitou nám neuvedl žádný z dotazovaných pacientů.

b) Psychologické

Všichni dotazovaní pacienti se shodli, že se během hospitalizace na oddělení následné péče necítili v ohrožení. Pocitem úzkosti trpěli čtyři dotazovaní pacienti, a to především v začátku hospitalizace *„Hlavně ze začátku“* (P7). *„Úzkost hlavně ze začátku“* (P10). Pocitem strachu trpělo v průběhu hospitalizace sedm pacientů. Většina z nich uvedla, že strach byl způsoben novým neznámým prostředím a obavami z toho, co bude následovat po propuštění. *„Z počátku jsem měla velký strach a pociťovala jsem úzkost. Ale teď už je to dobré. Mám milé paní na pokoji. Jediné, čeho se teď bojím, je, jaký se pro mě najde domov důchodců“* (P2). *„Bál jsem se toho, jak to tu bude vypadat. Jaké tu budou sestry, a hlavně jestli mi tu pomůžou a nebude to tu moje poslední stanice“* (P7). *„Ano, ze začátku pobytu velmi. Nyní už je to lepší. Teď mám největší strach z toho, co bude dál“* (P1). *„Z počátku jsem cítila strach z neznámého prostředí, ale teď už ne“* (P8). *„Možná trochu strach z toho, jaké to tu bude“* (P6).

Pacienti P1–P6, P8 a P10 se shodují v tom, že během hospitalizace jsou personálem dostatečně uznáváni a respektováni. Dotazovaní pacienti P7 a P9 upozorňují na skutečnost, že dle nich míra respektu a uznání závisí na tom, která ze sester má službu „*Jak kdy. Záleží na tom, která sestra má zrovna službu*“ (P7). „*Záleží na tom, která sestra slouží. Ne všechny se chovají slušně*“ (P9).

V souvislosti s potřebou lásky nám pocit osamělosti uvedlo šest dotazovaných pacientů a osm pacientů nám sdělilo, že velmi postrádají rodinu a blízké přátele. „*Ano, velmi. Už se na ně těším domů, i když vím, že to bude náročné*“ (P4). „*Ano, i když za mnou každý den někdo přijde, tak mi chybí*“ (P2). Dotazovaný pacient P10 nás upozornil, že postrádá větší společenské vyžití: „*Chybí mi spíš větší společenské vyžití.*“ Pacient P1 uvedl, že mu rodina a známí nechybí, protože rodinu již nemá. Naději v pomoc a uzdravení přímo projevil pouze dotazovaný pacient P4: „*Doufal jsem, že mi tu pomůžou, abych zase mohl normálně fungovat i bez nohy.*“

Ohledně otázky životní perspektivy nám 5 dotazovaných pacientů sdělilo, že doufá, že se po propuštění vrátí zpátky domů: „*Zpátky domů k rodině*“ (P5). „*Domů k manželovi*“ (P8). „*Snad domů, když vše dobře dopadne*“ (P1). „*Doufám, že domů*“ (P3). Pacient P4 nás informoval, že před tím, než bude propuštěn domů, má domluvený pobyt v rehabilitačních lázních. Dotazovaní P2, P6 a P10 nám sdělili, že po propuštění půjdou do domova pro seniory: „*Asi do domova důchodců. Myslím si, že se o sebe již nedokážu tolik postarat a nechci být rodině na obtíž. Uvidím, jak se domluví se ženou*“ (P2). „*Zpátky do domova. Už se tam těším*“ (P10). Pacient P7 uvedl obavy z toho, zda bude dostatečně soběstačný na to, aby se o sebe sám doma dokázal postarat. „*Myslel jsem, že zpátky domů, ale nevím, zda bych vše zvládnul*“.

c) Sociální

Z rozhovorů vyplynulo, že za většinou dotazovaných pacientů chodí návštěvy několikrát v týdnu, v některých případech i každý den: „*Ano, chodí, dcera, vnuk a vnučka skoro každý den*“ (P3). „*Ano, každý den za mnou někdo přijde*“ (P2). Dotazovaný pacient P9 již nemá rodinu, ale navštěvují ho přátelé jednou za dva týdny: „*Občas přijdou kamarádi, ale to tak jednou na čtrnáct dní.*“ Pacient P1 uvedl, že za ním na návštěvy nikdo nechodí, protože nemá rodinu ani známé, kteří by za ním mohli přijít.: „*Ne, nikdo za mnou nechodí, nemám rodinu.*“

Všichni dotazovaní pacienti se shodují v tom, že během volného času nejčastěji koukají na televizi či se věnují četbě. Většina také uvedla, že několikrát denně rehabilituje: „Sleduji televizi, čtu knihy, mám tu fajn spolupacienty a také každý den rehabilitaci“ (P2). „Čtu noviny – každý den nám nosí metro a jednou týdně 5+2. Mám zde i spoustu knížek, televizi a také chodím na rehabilitace“ (P6). „Několikrát denně mám rehabilitace s velmi milou sestřičkou. Potom zde mám televizi a knížky či časopisy“ (P1). „Soustředím se hlavně na rehabilitaci. Jinak je tu televize, tak můžu koukat na své oblíbené seriály. Také mi sem manžel nosí noviny a časopisy“ (P8). „Sleduji televizi a čtu noviny“ (P9). Dotazovaní pacienti P3 a P10 nás informovali, že volný čas také velmi rádi využívají k luštění křížovek či sudoku, kterým si procvičují logiku: „Křížovky, četba, rehabilitace, televize a velmi rád luštím sudoku“ (P10). „Luštím tu křížovky“ (P3). Pacient P4 uvedl, že se mimo jiné velmi rád ve volné chvíli chodí na balkon nadýchnout čerstvého vzduchu: „Rád si chodím posedět na balkon a nadýchat se čerstvého vzduchu“. Dotazovaná pacientka P5 nám sdělila, že se vždy velmi těší na návštěvu dcery a vnučky: „Vždy se moc těším na návštěvu dcery a vnučky“.

Pacientů jsme se dále ptali, zda mají dostatek komunikace. Dotazovaní pacienti P2, P4, P5, P6 a P9 uvedli, že komunikace dle jejich názoru mají dostatek: „Ano mám. Na pokoji si dost povídáme“ (P4). „Ano mám“ (P5). Většina dotazovaných pacientů se shoduje v tom, že právě dostatek komunikace je zajištěn častými návštěvami jejich rodin a přátel. „Já bych řekl, že komunikace mám díky návštěvám dost“ (P2). „Nejvíce asi mluvím s rodinou“ (P6). Pacienti P3 a P1 nás informovali, že někdy mají komunikace až nadbytek: „Někdy až moc. Pořád se mě někdo ptá, jestli něco nepotřebuji a jak se cítím“ (P3). „Až moc. Nejsem totiž zvyklý moc mluvit a tady se pořád někdo na něco ptá“ (P1). Ovšem na nedostatek komunikace nás upozornil pacient P10: „Ne, není si tu moc s kým povídat.“ Dotazovaný pacient P7 ohledně komunikace uvedl, že mimo návštěvy své rodiny zde není možnost dostatečné komunikace. „Když jsou návštěvy tak ano. Jinak ne, není moc s kým“ (P7). Neurčitě nám odpověděla pacientka P8: „Jsou dny, kdy bych si ráda povídala, ale i dny, kdy si moc povídat nechci“. Na doplňující otázku, zda když si chce povídat, má s kým, odpověděla neurčitě: „Jak kdy, záleží na tom, kolik mají sestry práce, a také která zrovna slouží. A taky jestli přijde návštěva“ (P8).

d) Spirituální

Poslední otázky rozhovoru s dotazovanými pacienty se zabývaly spirituálními potřebami. Zjistili jsme, že pět dotazovaných pacientů je věřících, čtyři jsou nevěřící a pacient P8 se odmítl vyjádřit. „*Nezlobte se, ale na tohle Vám nechci odpovídat*“ (P8). Věřících pacientů jsme se dále ptali, zda zde mají dostatek prostředků k uspokojení svých duchovních potřeb. Dotazovaní pacienti P3 a P6 uvedli, že ano. Oba dva také shodně uvedli, že je navštěvuje nemocniční kaplan. „*Ano, mám, jednou týdně mě navštěvuje nemocniční kaplan*“ (P3). „*Ano, byl tu dvakrát na mé požádání*“ (P6). Tři dotazovaní pacienti nám sdělili, že dostatek prostředků k uspokojení duchovních potřeb nemají. Z toho dva ale nevěděli o přítomnosti nemocničního kaplana. „*No, každé ráno se pomodlím, ale chybí mi návštěvy kostela a slova našeho pana faráře*“ (P2). Dotazovaná pacientka P5 o přítomnosti nemocničního kaplana věděla a sdělila nám: „*Ne. Chodí za mnou sice nemocniční kaplan, ale nemá na mě tolik času, kolik bych potřebovala*“. Na otázku, jak často za pacientkou chodí, nám odpověděla: „*Jednou týdně a povídá si se mnou zhruba půl hodiny*“. Pacientka P5 dále uvedla, že by návštěvu nemocničního kaplana uvítala alespoň dvakrát týdně, aby byly její duchovní potřeby dostatečně uspokojené.

3. Spolupráce sester a rodiny

Spolupráci sester a rodiny kladně zhodnotili pouze dotazovaní pacienti P2, P3 a P5: „*Dobře, sestry s rodinou komunikují, když je třeba*“ (P5). „*Velmi dobře, sestry s rodinou stále komunikují*“ (P2). Další tři z dotazovaných pacientů uvedli, že jejich rodiny spolupracují především se sociální pracovníci místo se sestrou: „*Rodina spíš vše řeší se sociální pracovníci. S tou je vše v pořádku. Ale sestry jako takové s rodinou moc nekomunikují*“ (P4). „*Rodina spolupracuje spíš se sociální pracovníci*“ (P7). „*Dcery komunikují především se sociální pracovníci*“ (P6). Dva z dotazovaných pacientů nám sdělili, že rodina nejčastěji komunikuje s lékaři: „*Spolupráce se sestrami si nejsem moc vědoma. Manžel většinou mluví s lékaři*“ (P8). „*Vím, že rodina mluví hlavně se sociální pracovníci, případně s doktorem*“ (P4). Dotazovaní pacienti P1, P9 a P10 se k otázce nemohli vyjádřit, protože je rodinní příslušníci nenavštěvují, anebo žádné nemají.

Při návštěvách svým blízkým s péčí dopomáhá většina rodinných příslušníků. Do péče se zapojují především tím, že své příbuzné vezmou na procházku či jim přinesou něco ke čtení či jídlu. „*Ano, vezmou mě do sprchy a na procházku. Snaží se mi nosit i věci,*

„které mám ráda“ (P6). „Ano, dcera tu pracuje, takže mi dost pomáhá. I ví, jak“ (P3). „Ano, snaží se mě rozptýlit a nosí mi samé dobroty“ (P8). „Ano, nosí mi noviny a také různé pochutiny. A když to jde, vezmou mě na procházku“ (P2). „Ano, hlavně si se mnou vždycky povídají, a když je o něco poprosím, tak to přinesou, či udělají“ (P5). Dotazovaný pacient P4 nás informoval, že jeho blízcí se do péče zapojují spíše na požádání sester: „Když je sestry požádají, že je něco potřeba, tak to zařídí.“ Dotazovaní pacienti P1, P9 a P10 nám sdělili, že za nimi rodinní příslušníci nechodí. Za pacientem P10 chodí známí, kteří se do péče nezapojují: „Ani ne. Spíš mě rozptylují.“

Péči sester vzhledem k uspokojování potřeb kladně zhodnotila většina dotazovaných pacientů: „S péčí sester jsem spokojena“ (P2). „Na jedničku“ (P4). „Péče je výborná“ (P8). „Bezvadně, jsem velmi spokojená“ (P3). „Velmi dobře. Sestřičky zde jsou moc hodné a ochotné“ (P1). Dva z dotazovaných pacientů nám sdělili, že péči sester hodnotí jako průměrnou a mohla by být lepší. „Průměrná. Své úkoly si zřejmě plní, ale nevidím, že by dělaly něco navíc“ (P9). „Mohla by být lepší“ (P7).

4.2 Výsledky výzkumného šetření se sestrami

4.2.1 Identifikační údaje sester

Tabulka 2: Identifikační údaje sester

Identifikační údaje sester						
Sestra	ONP	Pohlaví	Věk	Doba praxe	Doba práce na ONP	Vzdělání
S1	1	Žena	47	23 let	1 rok	SŠ s maturitou
S2	1	Žena	40	21 let	10 let	SŠ s maturitou
S3	1	Žena	36	17 let	9 let	SŠ s maturitou
S4	1	Žena	42	20 let	1 rok	Vysokoškolské
S5	2	Žena	23	5 let	5 let	Vysokoškolské
S6	2	Žena	27	5 let	3 roky	Vyšší odborné
S7	2	Žena	46	11 let	11 let	SŠ s maturitou
S8	2	Žena	25	3 roky	3 roky	Vysokoškolské
S9	2	Žena	60	40 let	15 let	SŠ s maturitou
S10	2	Žena	32	10 let	6 let	Vyšší odborné

Zdroj: Vlastní zpracování

Sestra 1 je 47letá žena, která má praxi v oboru 23 let a na oddělení ONP 1 pracuje 1 rok. Dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou. Sestra 2 je žena ve věku 40 let. Praxi ve zdravotnictví má 21 let a na oddělení ONP 1 pracuje 10 let. Vzdělání má středoškolské s maturitou. Sestra 3 je žena ve věku 36 let, která má praxi ve zdravotnictví 17 let a již 9 let pracuje na oddělení ONP 1. Získala středoškolské vzdělání s maturitou. Sestra 4 je žena ve věku 42 let, má praxi v oboru 20 let a na oddělení ONP 1 pracuje 1 rok. Dosáhla vysokoškolského vzdělání. Sestra 5 je žena, které je 23 let. Praxi ve zdravotnictví má 5 let a na oddělení ONP 2 pracuje také 5 let. Vzdělání má vysokoškolské. Sestra 6 je 27 let, je to žena, která má praxi v oboru 5 let a na oddělení ONP 2 pracuje 3 roky. Její vzdělání je vyšší odborné. Sestra 7 je žena ve věku 46 let, která má praxi ve zdravotnictví 11 let a celou dobu pracuje na oddělení ONP 2. Její dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Sestra 8 je žena, které je 43 let. Praxi ve zdravotnictví má 3 roky a na oddělení ONP 2 pracuje také 3 roky. Získala vysokoškolské vzdělání. Sestra 9 je 60 letá žena, která má praxi ve zdravotnictví 40 let a na oddělení ONP 2 pracuje již 15 let. Její vzdělání je středoškolské s maturitou. Sestra 10 je žena ve věku 32 let. Praxi v oboru má 10 let a na oddělení ONP 2 pracuje 6 let. Dosáhla vyššího odborného vzdělání.

4.2.2 Výsledky rozhovorů se sestrami

Seznam kategorizačních skupin u sester

- 1) Uspokojování potřeb.
- 2) Zapojení rodiny do péče.

1) Uspokojování potřeb

Za nejméně uspokojenou potřebu většina sester označila potřebu sociálního kontaktu. Dotazované sestry S2, S6, S7 a S10 nám sdělily, že se jedná především o kontakt s rodinnými příslušníky: „*Kontakt s rodinou. Myslím si, že pouze návštěvy nestačí*“ (S2). „*Určitě potřeba kontaktu s rodinou*“ (S6). Dotazovaná sestra S7 upozornila i na celkový nedostatek komunikace. „*Především s rodinou a známými, ale i celkově. Sice je tu pacientů dost, ale ne všichni jsou plně orientovaní. Většina pacientů komunikuje vlastně jen s námi a s rehabilitační pracovníci a potom s návštěvami.*“ Nedostatek komunikace jak s rodinou, tak i s okolím nám potvrzují i dotazované sestry S9 a S4: „*Komunikace jak s rodinou, tak s okolím. Tady nikdo moc nemá čas na to si povídat*“ (S9). Nedostatek času si všimla i sestra S5, která odpověděla: „*Největším problémem je nedostatek času*

nás i rodiny.“ Dotazované sestry S1 a S8 vidí problém v nedostatečném styku pacientů s okolím: „*Myslím si, že největší problém je nedostatek styku s okolím*“ (S1). O potřebě lásky a citu se zmiňuje pouze jedna z dotazovaných sester: „*Určitě potřeba lásky a citu*“ (S3).

Rozdíly v uspokojování potřeb dle délky pobytu nám uvedly téměř všechny dotazované sestry. Sestry S1, S5, S6 a S9 se shodují v tom, že ke změně v uspokojování potřeb dochází z toho důvodu, že se pacienti stávají soběstačnějšími, tím pádem si mohou více potřeb uspokojovat sami. „*No, postupem času toho pacienti díky rehabilitaci zvládají víc sami. Není tedy třeba jim tolik dopomáhat a většinu potřeb si tak uspokojují sami*“ (S1). „*Postupem času zvládají uspokojovat své potřeby samostatněji*“ (S5). „*Pacienti se většinou stávají samostatnějšími*“ (S9). „*Postupem času při dobré rehabilitaci si začínají již své potřeby uspokojovat sami*“ (S6). Dotazované sestry S6 a S4 nás také upozornily na to, že je těžké ze začátku odhadnout, jak bude pacient na jejich pomoc reagovat: „*Z počátku je těžké odhadnout, kdo s čím bude chtít pomoci*“ (S6). „*Ze začátku je to náročnější, než se s pacientem poznáme a víme, s čím chce pomoci*“ (S4). Dotazovaná sestra S8 nás informovala o skutečnosti, že někteří pacienti při dlouhodobé hospitalizaci začínají ztrácet nutnost sebezpěče, protože si navyknou na dopomoc od sester a ošetrovatelského personálu. Dotazovaná sestra S3 je toho názoru, že ke změně v uspokojování potřeb dochází především vlivem strachu, a to nejprve z toho, co hospitalizované pacienty čeká na daném oddělení, a poté z toho, co bude následovat po propuštění domů. „*No, řekla bych, že nejdřív převažuje strach z toho, co je tu čeká a postupem času zase z toho, co bude, až je propustíme*“ (S3). Dále také upozorňuje na to, že hospitalizace na oddělení následné péče je vždy dlouhodobá a může při ní vzniknout řada nepříjemných problémů. Dotazovaná sestra S2 nám řekla: „*Ze začátku to podle mě pacienti víc řeší, jaká je tu péče. Neznají to tu a neví, co mají čekat*“. Žádnou změnu v uspokojování potřeb u pacientů nezaznamenaly dotazované sestry S7 a S10: „*Ani ne. Myslím si, že je potřeba je stejně uspokojovat po celou dobu hospitalizace*“ (S7).

Když jsme se sester zeptali, s jakými ošetrovatelskými problémy se zde setkávají, bylo nejčastější odpovědí, že s poruchou vyprazdňování: „*Asi zácpa*“ (S7). „*Porucha vyprazdňování*“ (S10). „*Sem tam má někdo zácpu či průjem*“ (S5). Další velmi častou odpovědí byla zmatenost u hospitalizovaných pacientů: „*A hlavně zmatenosti*“ (S1). „*Velmi často je to zmatenost*“ (S10). „*Asi zmatenost*“ (S5). „*Zmatenost*“ (S9). Čtyři

dotazované sestry nás upozornily na potíže se studem a především na nedostatek soukromí: „Ztráta soukromí“ (S8). „A hlavně ztráta soukromí“ (S3). „Stud při ranní hygieně“ (S6). „Asi se studem při hygieně“ (S1). O problémech s poruchou spánku u pacientů se zmiňují rovněž čtyři dotazované sestry. „Ale vlastně docela častým problémem je tu nespavost“ (S2). „Nespavost je celkem častá, ale snažíme se to hned řešit s doktorem a dát jim prášky na spaní“ (S5). „Tak to určitě potíže se spánkem“ (S3). Potíže s bolestí nám sdělily pouze dotazované sestry S2, S8 a S9. Dotazované sestry S6 a S10 mimo jiné uvedly i přítomnost strachu. O problémech s pohybem se zmiňují dotazované sestry S7 a S4. Sestra S4 nás v souvislosti s poruchou pohybu upozornila i na možné riziko pádu. „Porucha pohybu a riziko pádu.“ Dotazovaná sestra S9 se jako jediná zmínila o výskytu deprese.

Většina dotazovaných sester je toho názoru, že na jejich oddělení dochází k uspokojování potřeb v maximální možné míře. Dotazované sestry S1 a S10 uvedly, že potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů jsou na jejich oddělení uspokojovány z 80 %. Tento fakt opodstatnily tím, že je vždy co zlepšovat. „Myslím si, že tak z 80 %, vždy je co zlepšovat“ (S1). Nepřímo nám odpověděla dotazovaná sestra S8: „Míra uspokojování potřeb se odvíjí od mnoha faktorů, jako je vnímání, rozsah pohybu, ale i ochota pacienta spolupracovat a podílet se na realizaci péče.“

2) Zapojení rodiny do péče

Většina dotazovaných sester se shoduje na tom, že nebývá pravidlem, aby se rodina sama aktivně zapojovala do péče o své blízké. Pouze dvě dotazované sestry uvádí, že výjimečně se někdo do péče o své blízké zapojí: „Jak kdy a jak kdo“ (S6). „Někdy ano, někdy ne“ (S7). Mezi důvody, proč se rodinní příslušníci nezapojují do péče, nám tři dotazované sestry sdělily, že tuto skutečnost si vysvětlují tím, že většina rodinných příslušníků neví, jakým způsobem by to mohli udělat. „Asi neví, jak“ (S1). „Neví, jak“ (S2). Dotazované sestry S1 a S8 jsou toho názoru, že příbuzní mají strach se do péče zapojit právě z důvodu nevědomosti, jak svým příbuzným nejlépe pomoci: „Jednak mají strach, protože nevědí jak“ (S8). O tom, že rodina považuje péči o jejich blízké výhradně za práci sester a pomocného ošetrovatelského personálu nás informovaly tři dotazované sestry: „Berou to tak, že od toho jsme tu my“ (S5). „Protože jsme tu od toho my“ (S3). „Ale hlavně je to tím, že si říkají, že od toho jsme tu přeci my, abychom se staraly“ (S8). Pouze tři dotazované sestry uvedly, že se snaží rodinu do péče aktivně

zapojovat, a to nejčastěji formou dopomoci při stravování či aby své blízké vzali na procházku po oddělení či nemocničním areálu. Také dbají na to, aby rodina přinesla věci, které by jejich blízkým zpříjemnily pobyt na oddělení, ať už se jedná o knížky či potraviny. „*Třeba zda by mohli přinést nějaké věci, nebo vzít příbuznou na procházku a tak*“ (S4). „*Poprosíme je, aby třeba vzali pacienta na procházku či ho nakrmili. Nebo donesli nějaké jídlo, když třeba pacienti nechtějí moc jíst*“ (S10). „*Jestli by je nakrmili, vzali na procházku či něco donesli*“ (S9). Na neochotu zapojit se do péče o svého příbuzného nás upozornily hned dvě dotazované sestry: „*Někteří příbuzní odmítají nebo se nechtějí zapojovat do péče o pacienta*“ (S8). „*Někteří se bohužel odmítají starat o své rodinné příslušníky*“ (S7). Dotazovaná sestra S5 je toho názoru, že samotné rodinné příslušníky mnohdy ani nenapadne, že by se do péče o jejich blízké mohli sami jakkoliv aktivně zapojit.

Všechny dotazované sestry uvedly, že shledávají rozdíly v uspokojování potřeb pacientů, za kterými dochází rodina. Pět dotazovaných sester řeklo, že jim poté pacienti připadají daleko spokojenější: „*Jsou spokojenější. Mají se na co těšit*“ (S5). „*Jsou celkově spokojenější a mají se na co těšit*“ (S9). „*Během návštěv jsou pacienti spokojenější*“ (S1). „*Při návštěvách je všeobecně větší spokojenost*“ (S3). „*Jsou spokojenější*“ (S4). Sestry S4, S6 a S10 nám shodně sdělily, že pacienti, za kterými chodí návštěvy, vyžadují méně pozornosti, protože jim rodina dopomáhá s péčí. „*Vyžadují méně pozornosti. Rodina za nás vykoná některé věci. Například je vezme na procházku, nakrmí, umyje, pomůže obléci a tak*“ (S6). „*Jsou méně nároční. Snažíme se totiž zapojit rodinu, aby třeba své blízké nakrmili či vzali na procházku*“ (S10). Dotazované sestry S1 a S2 vidí například rozdíl v tom, že rodina donese svým blízkým různé věci, které jim mohou zpříjemnit hospitalizaci na oddělení následné péče: „*Rodina jim většinou nosí nějaké časopisy, filmy či věci, kterými se zabaví*“ (S2). „*A rodina také většinou přinese něco k jídlu či na čtení, tak pak mají co dělat*“ (S1). Dotazovaná sestra S2 ještě dodává, že výhodou návštěv je i možnost popovídat si a svěřit se se svými pocity a problémy: „*Také se jim můžou svěřit a popovídat si s nimi*“ (S2). Sestra S7 je naopak toho názoru, že pacienti, za kterými chodí rodina, vyžadují stále více pozornosti. Tuto skutečnost odůvodnila tím, že pozornost pro jejich blízké si vymáhá rodina: „*No, že si rodina vymáhá více pozornosti pro jejich blízké*“ (S7). Na hodnocení péče rodinou upozorňuje i dotazovaná sestra S8: „*Rodina víc kouká na to,*

jak je o jejich blízké postaráno. Bohužel už neřeší, zda spolupracují či jsou orientovaní.“

4.3 Výsledky výzkumného šetření – rodinní příslušníci

4.3.1 Identifikační údaje rodinných příslušníků

Tabulka 3: Identifikační údaje rodinných příslušníků

Identifikační údaje rodinní příslušníci			
Rodinný příslušník	Pohlaví	Četnost návštěv	Vztah k pacientovi
RP1	Muž	1 × týdně	Vnuk
RP2	Žena	Téměř každý den	Vnučka
RP3	Žena	2–3× týdně	Dcera
RP4	Muž	3× týdně	Syn
RP5	Žena	Každý den	Dcera
RP6	Muž	3× týdně	Syn
RP7	Žena	Každý den	Dcera
RP8	Žena	1× týdně	Sestra
RP9	Muž	1×týdně	Syn
RP10	Žena	Každý den	Snacha

Zdroj: Vlastní zpracování

Rodinný příslušník 1 je vnukem hospitalizovaného pacienta a na návštěvu chodí 1× týdně. Rodinný příslušník 2 je vnučka hospitalizované pacientky, která svoji příbuznou navštěvuje téměř každý den. Rodinný příslušník 3 je dcera hospitalizované pacientky, která na návštěvy chodí 2–3× týdně. Rodinný příslušník 4 je syn hospitalizované pacientky, který 3× týdně navštěvuje svou příbuznou. Rodinný příslušník 5 je dcerou hospitalizované pacientky, která chodí na návštěvu každý den. Rodinný příslušník 6 je synem hospitalizovaného pacienta a na návštěvu chodí 3× týdně.

Rodinný příslušník 7 je dcera hospitalizovaného pacienta, která navštěvuje svého otce každý den. Rodinný příslušník 8 je sestrou hospitalizované pacientky a chodí na návštěvy 1×týdně. Rodinný příslušník 9 je synem hospitalizovaného pacienta, jenž na návštěvy chodí 1× týdně. Rodinný příslušník 10 je snachou hospitalizované pacientky a dochází na návštěvy každý den.

4.3.2 Výsledky rozhovorů s rodinnými příslušníky

Seznam kategorizačních skupin u rodinných příslušníků

- 1) Zkušenosti s upokojováním potřeb.
- 2) Zapojení do péče.

1) Zkušenosti s uspokojováním potřeb

Mezi dotazovanými rodinnými příslušníky se nám dostávalo různých odpovědí na otázku, co považují za nejméně uspokojenou potřebu svého příbuzného. U dotazovaných rodinných příslušníků RP7, RP9 a RP10 jsme zaznamenali, že se jedná o potřebu soukromí: „*Asi soukromí, babička je zvyklá na svůj klid*“ (RP7). „*Větší soukromí*“ (RP10). „*Nedostatek soukromí*“ (RP9). Další dva dotazovaní rodinní příslušníci uvedli, že jejich blízcí nejvíce postrádají častější kontakt s rodinou: „*Asi styk s rodinou. Víím, že je babičce líto, že za ní nejezdíme častěji, ale bohužel bydlíme daleko, takže častěji to nezvládáme*“ (RP1). „*Asi kontakt s rodinou*“ (RP8). Rodinní příslušníci RP2 a RP5 odpověděli, že podle jejich názoru je nejméně uspokojenou potřeba komunikace. Oba dva dotazovaní rodinní příslušníci se shodli, že jde především o komunikaci s rodinou, ale i celkově s okolím. Poukázali také na zmatenost některých pacientů. „*No, hlavně komunikace s rodinou, ale i celkově. Děda říkal, že je tu většina pacientů zmatených, včetně jeho spolubydlicího, takže si nemá s kým povídat*“ (RP2). Na problém s nedostatkem soběstačnosti nás upozornili dotazovaní rodinní příslušníci RP4 a RP5. Uvedli, že jejich příbuzní byli zvyklí starat se o sebe sami, a to v současnosti nemohou: „*No maminka byla celý život zvyklá vše dělat sama, všude si došla a teď nemůže nic*“ (RP4). „*No, teď jí musí všichni dopomáhat. Předtím, než si zlomila nohu v krčku, tak byla soběstačná a zvládala úplně všechno sama. Teď potřebuje se vším dopomoci a víím, že jí to trápí*“ (RP5). Dotazovaný rodinný příslušník RP5 nám ještě sdělil, že jeho příbuzné chybí možnost chodit na procházky, na které ze zdravotních důvodů nyní nemůže. „*Také miluje dlouhé procházky, a to teď nemůže*“. O potížích se stravou nás informovali dva dotazovaní rodinní příslušníci. Upozornili nás

na to, že si jim příbuzní stěžují na často se opakující pokrmy: „*Stěžuje si, že tu vaří pořád to samé a že jí tu nechutná*“ (RP6). Dotazovaný rodinný příslušník RP9 nám řekl, že jeho příbuzný by zajisté uvítal větší společenské vyžití v tom smyslu, že by rád chodil na procházky s ostatními pacienty: „*Táta je totiž členem turistického kroužku pro důchodce. Takže moc rád chodí a povídá si u toho. A jelikož je tu zavřený už přes dva měsíce, tak vím, že mu to chybí.*“ Dotazovaný rodinný příslušník RP2 považuje za nejméně uspokojenou potřebu svého blízkého nebýt sám. Rodinný příslušník RP10 nám sdělil, že si myslí, že jeho příbuzný by uvítal mimo jiné větší zájem osob, které má v oblibě, ale i vlídnější chování personálu, i pokud je pacient nepříjemný: „*Větší zájem osob, které má v oblibě, vlídný přístup personálu nemocnice i za podmínek, že je pacient opakovaně nepříjemný a má připomínky.*“

Při otázce na změnu v uspokojování potřeb v závislosti na délce pobytu nám polovina dotazovaných rodinných příslušníků odpověděla, že změny vnímá. Poté, co jsme se zeptali na konkrétní potřeby, změnu v uspokojování nezaznamenal pouze rodinný příslušník RP1. Pět dotazovaných rodinných příslušníků uvedlo, že jejich příbuzní na počátku hospitalizace pociťovali strach, který se týkal především toho, co bude následovat. „*No ze začátku jsem z něho cítila strach a obavy z toho, co bude*“ (RP2). „*Vím, že z počátku pociťovala strach*“ (RP4). „*Nejdříve jsem u táty pozorovala spíš strach z neznámého*“ (RP8). „*Má jít do domova důchodců a vím, že z toho má strach. Stejně jako měla, když jí řekli, že půjde na ONP. Bála se, že se odsud už nedostane*“ (RP10). Větší podrážděnosti příbuzných s postupem hospitalizace si všimlo hned několik dotazovaných rodinných příslušníků: „*Jen je víc podrážděná*“ (RP5). „*Bývá podrážděný častěji než při příjmu*“ (RP9). Dotazovaná rodinná příslušnice RP10 dokonce uvedla, že podrážděnost její příbuzné skončila hádkou s personálem, a i občasnými hádkami se spolu pacienty: „*Vyhrotilo se to hádkou s jednou ze sester a občasnými hádkami se spolupacienty.*“ Změnu nálady u svých blízkých uvedli i dotazovaní rodinní příslušníci RP6, RP7 a RP8: „*No, je taková znuděná už. Dřív mívala lepší náladu. Víc věcí ji udělalo radost*“ (RP6). „*Spíš změnu nálady*“ (RP8). „*No, ze začátku byla veselejší, teď už je taková posmutnělá*“ (RP7). Dotazovaná rodinná příslušnice RP8 ovšem dále uvedla: „*Někdy je protivný, jindy má zas úsměv od ucha k uchu. Ale když je doma, tak je to stejné.*“ Dotazovaná rodinná příslušnice RP5 nám sdělila, že její příbuzná s postupem hospitalizace vyžaduje stále více pozornosti a je náročnější: „*Přijde mi, že je maminka čím dál víc náročnější. Že vyžaduje stále větší*

pozornost.“ O ztrátě soukromí se zmiňují dva dotazovaní rodinní příslušníci: „Ztráta soukromí je jí nepříjemná“ (RP3). „Chybí jí soukromí“ (RP10). Touhu jít domů nám uvedli dotazovaní rodinní příslušníci RP1, RP2, RP5, RP6, RP7, RP9 a RP10. „Spíš je jí to tu už dlouhé a těší se zpátky domů“ (RP1). „Pobyt je pro dědu už zdlouhavý“ (RP2). „Určitě už chce jít pryč“ (RP10). „Chce jít domů“ (RP7). „Chtěla by domů“ (RP5). „Spíš touhu už jít domů“ (RP9). „Spíš vím, že jí to tu přijde už dlouhé. Chtěla by domů“ (RP6). Tři dotazovaní rodinní příslušníci nám sdělili, že se jim příbuzní svěřili s problémy s vyprazdňováním: „Zpočátku musela brát nějaké léky, měla problémy se zácpou“ (RP3). „Vím, že si ze začátku stěžovala na vyprazdňování, že tu nemá dostatek soukromí“ (RP7). „Z počátku měl problém s vyprazdňováním, protože nemohl moc chodit a styděl se dojit si v pokoji před ostatními“ (RP9). Dotazovaní rodinní příslušníci RP2, RP8, RP9 a RP10 nás informovali o potížích svých blízkých se spánkem. Tyto potíže odůvodnili jednak neznámým prostředím, ale i hlučnými spolu- pacienty. Právě dotazovaná rodinná příslušnice RP10 uvedla, že spánek její blízké je závislý na tom, jak spí její spolupacientky: „Spánek nejvíce závisí na tom, jak v klidu spí její spolupacientky. Přeci jen jsou na pokoji ve čtyřech, tak to není úplně jednoduché.“

Dva dotazovaní rodinní příslušníci, kteří nás informovali o tom, že jejich blízkým zde nechutná strava, nám sdělili, že tato skutečnost trvá již od samého začátku hospitalizace na zdejším oddělení, tudíž to nepovažují za změnu v uspokojování potřeb v průběhu pobytu.

Péči sester šest z dotazovaných rodinných příslušníků, tedy většina, hodnotilo pozitivně. Rodinná příslušnice RP2 uvedla, že péči hodnotí kladně, ale bylo by potřeba na daném oddělení více sester. „Kladně, sestry se velmi snaží, ale bylo by jich tu potřeba víc“ (RP2). Dobré kvality péče si všimla i dotazovaná rodinná příslušnice RP5, která poukázala na skutečnost, že si uvědomuje, že péče o její příbuznou je postupem času čím dál složitější. „Výborně. Uvědomuji si, že s maminkou to nemají jednoduché, protože je čím dál tím náročnější“ (RP5). Dotazovaná rodinná příslušnice RP4 zhodnotila péči celkem dobře. Podotkla, že záleží na tom, která ze sester má zrovna službu. I dotazovaná rodinná příslušnice RP8 nám sdělila, že občas nalézá v péči sester nedostatky, ale zároveň ocenila i jejich snahu o kvalitní péči. „Sestry se velmi snaží. Neříkám, že se občas neobjeví nějaké nedostatky, ale vím, že toho mají moc“ (RP8). Nespokojenost s péčí projevili dotazovaní rodinní příslušníci RP9 a RP10. Rodinný příslušník RP9 nám sdělil, že péči hodnotí jako průměrnou a uvítal by větší ochotu

a zájem sester o hospitalizované pacienty. „*Péče je taková průměrná. Přejde mi, že sestry si odvedou svoji práci a tím to hasne. Občas by větší zájem neuškodil*“ (RP9). Zatímco rodinný příslušník RP10 považuje za největší problém vlídnost sester. „*Sestry by mohly být vlídnější. Víím, že je to s babičkou občas těžké, ale trocha více pochopení by byla fajn. Uvidí samy, jaké budou v jejím věku*“ (RP10).

2) Možnosti zapojení do péče

Většina dotazovaných rodinných příslušníků nám sdělila, že se snaží do péče o příbuzného aktivně zapojit sama. Dotazovaná rodinná příslušnice RP10 uvedla, že se snaží aktivně zapojit sama, ale ochotně reaguje i na vyzvání sester: „*Aktivita je jak z naší strany, ale i se snažíme reagovat na vyzvání personálu*.“ Rodinný příslušník RP6 nám řekl, že z důvodu strachu vždy raději čeká na pokyn od sester či pomocného ošetrovatelského personálu: „*Když mě sestry požádají. Bojím se, abych jí spíš neublížil, než pomohl. Přeci jen je po té zlomenině krčku taková křehká*.“

Způsoby zapojení do péče nám dotazovaní rodinní příslušníci uvedli různé. Nejčastěji nám sdělili, že své příbuzné berou na procházky, pokud to jejich zdravotní stav dovolí. „*Snažím se dědu brát na procházky*“ (RP2). „*Vždy když přijdu, vezmu ho na procházku po oddělení*“ (RP9). „*Vezmu ji s chodítkem na procházku*“ (RP5). „*Když to doktor dovolí, beru ji na procházku*“ (RP1). „*Když to jde, tak jí ještě vezmu na procházku*“ (RP4). „*Také se ji snažíme brát na procházky*“ (RP10). Další velmi častou odpovědí dotazovaných rodinných příslušníků bylo, že svým blízkým donesou noviny, knihy či filmy, aby měli více možností k příjemnému trávení času: „*Nosím babičce noviny*“ (RP1). „*Občas jí přinesu něco na čtení*“ (RP6). „*Také jí vždy přinesu něco na čtení*“ (RP7). „*Nosím mu noviny, případně filmy, které si může přehrát na počítači*“ (RP2). Tři dotazovaní rodinní příslušníci uvedli, že svým příbuzným nosí především potraviny: „*Nosíme babičce hlavně jídlo*“ (RP10). „*Nosím mamince jídlo*“ (RP3). Do přímé péče se nezapojují dotazovaní rodinní příslušníci RP1, RP3, RP7 a RP8. Jako důvod uvádí, že péči o jejich příbuzné vykonávají sestry a ostatní ošetrovatelský personál: „*Ne, to ne. To nechávám na sestrách*“ (RP8). „*Ne to ne. To přeci dělají sestry*“ (RP7). „*Ne, to raději nechávám na sestrách*“ (RP3). Dopomoc při stravování uvedli dotazovaní rodinní příslušníci RP4 a RP9.

Ti jako jediní poukázali na to, že svým příbuzným dopomáhají i s hygienou: „*Snažím se maminku vždy nakrmit a dopomoc jí s hygienou*“ (RP4). „*Když ještě nebyl tak pohyblivý, pomáhala jsem mu s hygienou a jídlem*“ (RP9). Dopomoc při oblékání svým blízkým poskytují rodinní příslušníci RP2 a RP5. Dotazovaný rodinný příslušník RP8 se snaží do péče zapojit prostřednictvím návštěvy a komunikace se svým příbuzným: „*Asi návštěvou. Povídám si s ním a říkám mu, co je doma nového*“. Dotazovaná rodinná příslušnice RP10 také uvedla, že jako dopomoc v péči vnímá i to, že se jí podařilo vzít tchyni na Vánoce domů a také že se pro ni snaží zařídit vhodný domov pro seniory, kde by byla spokojená: „*O Vánocích nám dovolili si ji vzít domů. To jí asi udělalo největší radost. Ted' se jí snažíme zařídit místo v domově důchodců*“ (RP10).

5 Diskuze

Při dlouhodobé hospitalizaci může nastat mnoho potíží týkajících se uspokojování potřeb pacientů. Je důležité pro každého člověka bez rozdílu věku nebo pohlaví, obzvláště důležité pak je při dlouhodobé hospitalizaci jedince. Nesmíme zapomínat na to, že neuspokojení potřeb může zpětně negativně ovlivnit zdravotní stav pacienta. Šamánková et al. (2011) uvádí, že potřeby jsou nezbytné a velmi úzce spojené se zachováním života a jeho kvality. S tímto názorem souhlasí i Trachtová et al. (2013), dle které jsou potřeby především něčím, co lidská bytost nezbytně potřebuje pro svůj život i vývoj. Dlouhodobá hospitalizace je velmi náročné období jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu a blízké. Hlavním cílem oddělení následné péče je zlepšení soběstačnosti pacienta a také mu pomoci s návratem do domácího prostředí (Holmerová et al., 2015). Myslíme si, že jedním z největších úskalí dlouhodobé hospitalizace je ztráta kontaktu s rodinou a blízkými, ale také ztráta soukromí, i když v dnešní době je na jeho zachování při hospitalizaci kladen velký důraz. Dle Zacharové (2017) je hospitalizace jedním ze způsobů, jak u pacienta zajistit dodržování jeho léčebného režimu, především mu pak pomoci se aktivně podílet na vlastním léčebném procesu.

Skutečnost, že většinu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů tvoří senioři, uvedl Čevela ve své knize v roce 2014. Toto tvrzení můžeme při pohledu na identifikační tabulku dotazovaných pacientů jednoznačně potvrdit. Malíková (2011) ve své publikaci uvádí dvojí rozdělení věku. Jednak podle WHO (World Health Organization – Světová zdravotnická organizace) na časně stáří (60–74 let) a vlastní stáří (75–89 let), tak dle Mühlpachra (2009) na mladé seniory (65–74 let), staré seniory (75–84 let) a velmi staré seniory (85 let a více). Dotazovaní pacienti byli ve věkovém rozmezí 60–88 let a pod hranicí časněho stáří tedy nebyl žádný z dotazovaných pacientů. Již Hašková (2007) ve své bakalářské práci upozorňuje na skutečnost, že nejvíce hospitalizovaných jedinců na oddělení následné péče je nad 60 let. Tento fakt si vysvětlujeme tím, že s věkem přibývá polymorbidita u pacientů a nutnost delší hospitalizace. Také dochází k poruchám smyslových orgánů, pohybových schopností a tím pádem může snadněji dojít k pádu seniora a případně zlomenině, která vyžaduje dlouhodobou hospitalizaci.

Průměrná doba hospitalizace dotazovaných pacientů byla 83,4 dne. Nejkratší doba byla 50 dnů a nejdelší 180 dnů. Všichni dotazovaní pacienti tedy překročili hranici jednoho měsíce, z čehož vyplývá, že splnili podmínky dlouhodobé péče, která je definovaná

MZČR minimálně 30 dny ošetřování. Dotazovaných pacientů bylo celkem 10, z toho 6 mužů a 4 ženy. Pacienti bývají překládáni na oddělení následné péče především proto, že již překonali akutní fázi svého onemocnění, ale je u nich nutná například rehabilitace a především ošetrovatelská péče (Burda, Šolcová, 2016), kterou představuje například dopomoc s hygienou a stravováním, zlepšení soběstačnosti, případně ošetřování hojících se ran či dekubitů. Proto není překvapením, že pacienti byli přeloženi z chirurgických a interních oddělení. Samozřejmě může být důvod hospitalizace na oddělení následné péče i edukačního charakteru, ale ani jeden z dotazovaných pacientů nebyl přijat výhradně k edukaci.

Naším prvním cílem bylo zjistit, jak se liší jednotlivé potřeby u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v souvislosti s délkou pobytu. Ve slovníku psychologie je potřeba definovaná jako „*nutnost organismu něco získat, nebo něčeho se zbavit, aby bylo dosaženo požadované rovnováhy*“ (Hartl a Hartlová, 2015). Bužgová (2015) definuje potřebu v užším slova smyslu jako „*stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro organismus nebo osobnost*“. V širším pojetí je potřeba chápána jako požadavek nezbytný pro biologický, psychický a sociální život člověka. Dle výpovědi dotazovaných pacientů je zřejmé, že za nejméně uspokojenou potřebu většina pacientů uvedla potřebu bezpečí. Jedná se o potřebu, která patří mezi základní lidské potřeby a je zakotvena i v Listině základních práv a svobod. Sedm dotazovaných pacientů uvedlo, že ze začátku hospitalizace pociťovalo strach především z nového prostředí, ale také z toho, co je čeká po propuštění. V tomto názoru se rozcházíme s výzkumem Haškové (2007), která jako nejméně uspokojenou potřebu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů na oddělení následné péče uvedla potřebu bolesti. Ovšem naše výzkumné šetření se shoduje v tom, že další velmi problematickou potřebou pacientů je potřeba vyprazdňování. Jedná se o velmi intimní potřebu, která z počátku hospitalizace může činit většině pacientů velký problém, a to především kvůli nedostatku soukromí zvláště při vykonávání potřeby v lůžku či na pojízdné toaletě. Potíže s vyprazdňováním mohou přímo ovlivnit i příjem potravy hospitalizovaného jedince. Proto pro nás bylo pozitivním zjištěním, že většina dotazovaných pacientů neměla problémy s příjmem potravy. Již Pokorná (2010) upozorňuje na důležitost dostatečného příjmu potravy, kvůli němuž nedochází ke ztrátě svalové hmoty, která může ovlivnit celkový zdravotní stav pacienta i dobu jeho hospitalizace na oddělení. O zvýšeném riziku vzniku malnutrice také pojednává článek od Eglseerové et al. (2019). Ta poukazuje na nutnost

zvýšit informovanost studentů zdravotnických oborů o tomto riziku. Jak uvádí Trachtová et al. (2013), příjem potravy ovlivňuje i prostředí, kde je strava podávána. S tím nezbývá než souhlasit. Obě oddělení následné péče, kde byl výzkum prováděn, byla po nedávné rekonstrukci, což dle našeho názoru mimo jiné pozitivně ovlivnilo stravování pacientů. Nejčastější problém s výživou dle dotazovaných pacientů byl ten, že se jídla často opakují, a tento problém se prohlubuje s prodlužujícím se pobytem. Saturovanou potřebu spánku nám uvedla většina pacientů. Domníváme se, že tento fakt je podpořen skutečností, že většina pacientů měla naordinované léky na spaní od ošetřujícího lékaře. Jak ve své studii popisují Hadro Lugito et al. (2018), špatný spánek je rizikovým faktorem pro špatné tělesné i duševní zdraví. Také ve své studii zjistili, že až 72 % dotazovaných mělo špatnou kvalitu spánku, což náš výzkum nepotvrdil. Ovšem prokázali, že největší vliv má nekvalitní spánek na seniory nemocné diabetem mellitem. Karasová (2015) ve své bakalářské práci uvádí, že nejvíce rušivým elementem při spánku hospitalizovaných pacientů je hluk, ať už se jedná o lidský, či provozní. Tento fakt nám potvrdila dotazovaná P6, která uvedla, že její spánek se v průběhu hospitalizace zhoršil kvůli křiku spolupacientky. „*No, v noci občas křičí a je zmatená*“ (P6). Z výzkumného šetření vyplynulo, že z dotazovaných pacientů je pouze polovina věřících. Sendlerová (2009) ve své bakalářské práci uvádí, že více jak dvě třetiny dotazovaných pacientů ve věku 60 let se hlásí k nějaké církvi. Nízká byla i informovanost o možnosti využití služeb nemocničního kaplana. O jeho přítomnosti věděli pouze tři z dotazovaných pacientů. Zajímavým zjištěním byl fakt, že žádný pacient neudával pocit bolesti. Tento jev si vysvětlujeme tím, že hospitalizovaní pacienti mají vhodně rozepsané léky proti bolesti a také že sestry pravidelně obcházejí pacienty a na bolest se jich ptají pomocí hodnoticí stupnice, a pokud je bolest přítomna, ihned tuto skutečnost sdělí ošetřujícímu lékaři, který rozhodne o další vhodné medikaci.

Dotazované sestry považují za nejméně uspokojenou potřebu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů potřebu sociálního kontaktu především s rodinou. Například dotazovaná sestra S2 uvedla: „*Kontakt s rodinou. Myslím si, že pouze návštěvy nestačí.*“ Sestry nás dále upozornily, že se nejedná pouze o kontakt s rodinou, ale i o čas, který nemají a jenž by samy rády věnovaly pacientům. Domníváme se, že tato skutečnost je způsobena jednak celkovým nedostatkem ošetrovatelského personálu, ale i nadbytkem administrativy, kterou sestry musí u hospitalizovaných pacientů vyplnit. Na tento problém poukazuje i studie Riviereho et al. (2019), který zdůrazňuje nutnost investice

do reorganizace péče k minimalizaci přetížení sester legislativou a podporuje jejich návrat k lůžku pacientů.

Sestry nám dále sdělily, že potřeby pacientů se mění s délkou hospitalizace, především protože se stávají soběstačnějšími. Dle našeho názoru je tento fakt způsoben i adaptací na prostředí a okolní vlivy. Pacienti již znají harmonogram oddělení, vědí, kde mají co hledat a seznámí se i se sestrami a spolupacienty. V některých případech může docházet i ke ztrátě nutnosti sebezpěče, jak uvedla dotazovaná sestra S8. Tento fakt opodstatnila tím, že pacienti si zvyknou na neustálou pomoc nelékařského zdravotnického personálu a nesnaží se aktivně do péče zapojit. Malíková (2011) také upozorňuje na skutečnost, že si sestra musí uvědomit, kolik pomoci a péče poskytnout, aby došlo ke stimulaci pacienta, ale současně nedocházelo ke zneužití dopomoci. Domníváme se, že sestry by se celkově měly snažit pacienty více zapojit do péče a rozvíjet tak jejich soběstačnost. Mnohdy totiž raději úkon udělají za ně, aby si tím usnadnily práci.

Rodinní příslušníci také jako nejméně uspokojenou potřebu označili potřebu sociálního kontaktu. *„Asi styk s rodinou. Vím, že je babičce líto, že za ní nejezdíme častěji, ale bohužel bydlíme daleko, takže častěji to nezvládáme“* (RP1). Na potřebu sociálního kontaktu u seniorů upozorňuje ve své publikaci i Hauke (2014), která uvádí, že senioři dávají přednost kontaktu se známými lidmi, rodinou a těmi, kteří jim jsou blízcí. Dále zdůrazňuje i potřebu soukromí, která je i dle našeho názoru velmi důležitá obzvláště při dlouhodobé hospitalizaci. Na tu nás upozornili i dotazovaní rodinní příslušníci, kteří tuto potřebu uvedli hned po potřebě sociálního kontaktu. O právu na soukromí se zmiňuje i Šamánková et al. (2011, s. 123): *„Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možností ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli.“* Myslíme si, že u dotazovaných pacientů nevystupovala potřeba soukromí do popředí na rozdíl od dotazovaných rodinných příslušníků z toho důvodu, že na obou odděleních, kde výzkumné šetření probíhalo, měl každý pokoj svoji koupelnu s toaletou a také že se sestry snažily v rámci možností co nejvíce zachovat soukromí pacientů. Ale při návštěvách již nebyl vždy dostatek možností k soukromému rozhovoru. Dalším vysvětlením může být fakt, že pacienti již jsou adaptováni na prostředí, ve kterém se pohybují, na rozdíl od rodinných příslušníků, a na částečnou ztrátu soukromí si již zvykli. Většina dotazovaných rodinných příslušníků se shodla, že vnímá změny v uspokojování potřeb svých blízkých v souvislosti s délkou pobytu. Nejčastěji nám

sdělili, že jejich blízcí zpočátku pociťovali strach především z neznámého prostředí, který postupem času odezněl.

Zajímavým zjištěním je skutečnost, že dotazovaní pacienti jako první neuspokojenou potřebu uvedli pocit strachu – tedy potřebu bezpečí, i když strach dle jejich odpovědí většinou pociťovali právě na počátku hospitalizace, ne v době, kdy byl rozhovor prováděn. Až jako další neuspokojené potřeby uvedli například potřebu výživy, vyprazdňování či soukromí. Zatímco dotazované sestry a dotazovaní rodinní příslušníci se shodují v tom, že dle nich je nejméně uspokojenou potřebou po celou dobu hospitalizace potřeba sociálního kontaktu. Tento fakt si vysvětlujeme tím, že počáteční pocit strachu z následující hospitalizace byl pro dotazované pacienty pravděpodobně velmi frustrující právě z důvodu možných předsudků z hospitalizace na ONP. Domníváme se, že předsudky z hospitalizace na ONP mohou být způsobeny zkreslenými informacemi mezi populací. Skutečnost, že dotazovaní pacienti do popředí nevyzdvihli potřebu sociálního kontaktu, si také můžeme vysvětlit rozmanitými aktivizačními programy, které na daných odděleních probíhají.

Abychom si mohli utvořit ucelenější pohled na problematiku uspokojování potřeb, je důležité zhodnotit míru jejich uspokojení. A právě to bylo naším druhým výzkumným cílem. Uspokojování potřeb je totiž dynamický proces, který je ovlivněn obecnými faktory, společenskými faktory, ale i patologickými stavy (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Většina dotazovaných sester je toho názoru, že na jejich oddělení dochází k uspokojování potřeb pacientů v maximální možné míře. Pouze dvě dotazované poukázaly na skutečnost, že na jejich oddělení dochází k uspokojování potřeb pacientů na 80 %, protože jsou toho názoru, že je vždy co zlepšovat. Dotazovaná sestra S8 uvedla, že míra uspokojování potřeb pacientů závisí i na jejich ochotě spolupracovat. S tím nezbyvá než souhlasit. Myslíme si, že je samozřejmé pacienta, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, aktivně zapojovat do péče. Domníváme se také, že dotazované sestry si byly právem vědomy kvality své péče. Tento fakt nám potvrdila i většina dotazovaných pacientů na obou odděleních, kde bylo výzkumné šetření prováděno.

Dotazovaných pacientů jsme se dále ptali, zda považují své potřeby za uspokojené a také jak hodnotí péči sester vzhledem k uspokojování potřeb. Většina pacientů uvedla, že své potřeby považuje za uspokojené a péči sester hodnotí kladně. Někteří pacienti

ovšem uvedli, že by péče sester mohla být lepší, ale že si uvědomují, že jejich práce není jednoduchá a kromě toho jsou velmi vytížené. Již Provozníková (2011) ve své bakalářské práci poukazuje na spokojenost pacientů s péčí zdravotnického personálu. Uvádí, že pacienti některé malé nedostatky v péči sester omlouvají z důvodu právě jejich velké vytíženosti a s péčí jsou spokojeni. Také Balogová (2012) ve své bakalářské práci zjistila, že většina dotazovaných pacientů uvedla, že je s péčí zdravotnického personálu spokojena. Avšak podotýká, že přes veškerá opatření nemůže zaručit relevantnost výsledků kvůli strachu pacientů z případné stížnosti. Dle našeho názoru byla viditelná velká ochota zdravotnického personálu v péči o dlouhodobě hospitalizované pacienty na obou odděleních, na kterých byl náš výzkum uskutečněn. Skutečnost, že někteří pacienti poukazují na nedostatky péče sester, si vysvětlujeme jednak nepřiměřenými požadavky na péči ze strany pacientů či rodinných příslušníků, ale bohužel i neprofesionalitou některých sester a pomocného personálu.

Rodinní příslušníci byli většinou toho názoru, že s péčí sester jsou spokojeni. Pouze dotazovaný rodinný příslušník RP4 upozornil na fakt, že ne všechny sestry pečují o pacienty stejně kvalitně, a proto záleží na tom, která z nich má zrovna směnu. Na tuto skutečnost ve své bakalářské práci poukazuje i Franková (2013), která uvádí, že většina dotazovaných rodinných příslušníků hodnotí kladně péči o pacienty dle toho, která ze sester slouží. Dále také uvádí, že všichni rodinní příslušníci považují péči na oddělení za dostatečnou. S tímto tvrzením se ale náš výzkum rozchází. Hned dva dotazovaní rodinní příslušníci uvedli, že péče na oddělení by mohla být lepší a zdravotnický personál by měl být ochotnější a vlídnější. *„Péče je taková průměrná. Přijde mi, že sestry si odvedou svoji práci a tím to hasne. Občas by větší zájem neuškodil“* (RP9). To, že dva dotazovaní rodinní příslušníci nebyli úplně spokojeni s péčí ošetřujícího personálu, mohlo být dle našeho názoru způsobeno jednak právě přítomnými sestrami ve službě či právě hospitalizovanými pacienty. Náročnost péče se velmi liší dle závažnosti diagnóz a je možné, že v době, kdy probíhalo výzkumné šetření, mohlo být na oddělení hospitalizováno více pacientů právě se závažnými diagnózami. Také mohla být tato skutečnost způsobena vysokými nároky na péči dotazovaných rodinných příslušníků. Myslíme si, že by bylo potřeba zvýšit motivaci u sester, aby se více uměly vcítit do pacientů, pochopit je a vyslechnout a aby neprováděly pouze rutinní úkony. Pozitivním závěrem, co se týká hodnocení míry uspokojování potřeb pacientů, je, že všechny skupiny dotazovaných jsou většinou s péčí spokojeni a hodnotí ji kladně. Dotazovaní

pacienti a jejich rodinní příslušníci se ale shodují na skutečnosti, že záleží na tom, která ze sester o ně pečuje.

Třetím cílem bylo zjistit, jak jsou rodinní příslušníci zapojováni do uspokojování potřeb u svých dlouhodobě hospitalizovaných příbuzných. Na naši otázku, jak dotazovaní pacienti vnímají spolupráci sester a rodiny, odpověděli pouze tři kladně. Čtyři dotazovaní pacienti uvedli, že nejčastěji jejich blízcí komunikují se sociálními pracovníci či lékaři. Dotazovaný pacient P4 uvedl: *„Rodina spíš vše řeší se sociálními pracovníci. S tou je vše v pořádku. Ale sestry jako takové s rodinou moc nekomunikují.“* Na nedostatek komunikace mezi sestrami a rodinnými příslušníky na oddělení následné péče poukazuje i Behenská (2016) ve své bakalářské práci. Ta také zjistila, že zdravotní sestry na oddělení JIP a ARO na spolupráci s rodinnými příslušníky dbají mnohem důrazněji než na ONP. Toto zjištění si vysvětlujeme tím, že na odděleních, jako jsou JIP či ARO, má sestra na starosti podstatně méně pacientů, tudíž nemá problém komunikovat s rodinnými příslušníky, pokud přijdou na návštěvu. Ale na ONP mívá sestra na starosti mnohem více pacientů, z toho důvodu je samozřejmé, že vždy není v jejích silách se všemi rodinnými příslušníky komunikovat. Dotazovaní pacienti byli dále většinou toho názoru, že se většina jejich rodinných příslušníků aktivně zapojuje do péče o ně, když přijdou na návštěvu. Tři dotazovaní pacienti bohužel nemohli na danou otázku odpovědět, protože za nimi rodina nechodí. Domníváme se, že pacienti vnímají jako zapojení rodiny do péče již samotnou návštěvu, případně donesení novin, potravin či vyslechnutí. Ale neuvědomují si, že rodina by se mohla zapojit například i do dopomoci při jídle nebo hygieně. Důležitost zapojení rodiny do péče zdůrazňuje i Bélanger et al. (2018) ve své studii. Cílem jejich studie bylo zjistit, jaké mají rodinní příslušníci zkušenosti se zapojováním se do péče svých blízkých a jak mohou zdravotnická zařízení usnadnit jejich účast na péči a také jak je rodina informovaná o zdravotním stavu pacienta. Zjistili, že pokud rodinní příslušníci znají zdravotní stav svých blízkých a vědí, co jejich onemocnění obnáší, je pro ně daleko jednodušší do péče zapojit všechny holistické faktory. S tím nezbývá než souhlasit.

Zajímavým zjištěním byl názor sester na tuto problematiku. Většina z nich nám sdělila, že nebývá pravidlem, aby se rodinní příslušníci sami aktivně zapojovali do péče o pacienta. Tuto skutečnost si ale sestry odůvodňují tím, že rodinní příslušníci nevědí, jak se správně mají do péče zapojit, a také mají strach, aby svým blízkým nezpůsobili nějaké potíže. Tři dotazované sestry byly také toho názoru, že rodina považuje za hlavní

pečovatele právě sestry, které tu od pečování o jejich blízké jsou. „*Ale hlavně je to tím, že si říkají, že od toho jsme tu přeci my, abychom se staraly*“ (S8). Znepokojující je ovšem to, že i přestože sestry samy uvádějí, že pacienti, kterým dopomáhá rodina, jsou výrazně spokojenější, samy aktivně rodinné příslušníky do péče zapojují pouze tři z dotazovaných sester. Právě proto si myslíme, že by bylo potřeba motivovat sestry, aby výrazně zlepšily spolupráci s rodinnými příslušníky hospitalizovaných pacientů. Jsme si ale vědomi skutečnosti, že to přes velké množství hospitalizovaných pacientů není jednoduché. Neochotu sester aktivně zapojovat rodinu do péče o jejich blízké si vysvětlujeme jednak nedostatkem času, ale také tím, že je pro ně mnohdy jednodušší daný úkon provést vlastními silami než opakovaně edukovat rodinné příslušníky. Již Franková (2013) poukazuje ve své bakalářské práci na problematiku zapojování rodinných příslušníků do péče o jejich blízké. Uvádí, že většina rodinných příslušníků se do péče nezapojuje a ochotu aktivně je do péče zapojit projevují sestry pouze na jejich požádání. Neméně zajímavý je samozřejmě i názor samotných rodinných příslušníků na tuto problematiku. Většina z nich uvedla, že mají snahu se aktivně zapojit do péče sami. Pouze jeden dotazovaný rodinný příslušník uvedl, že se kvůli strachu z toho, že by mohl své blízké ublížit, čeká na pokyn sestry: „*Když mě sestry požádají. Bojím se, abych jí spíš neublížil, než pomohl. Přeci jen je po té zlomenině krčku taková křehká*“ (P6). Franková (2013) uvedla, že rodinní příslušníci se nejčastěji zapojují do péče při dopomoci se stravou a z jiných činností mají strach. V tomto tvrzení se s ní rozcházíme. Na otázku, jak se sami do péče zapojují, nám většina dotázaných rodinných příslušníků odpověděla, že tím, že donesou potraviny, čtení a vezmou své blízké na procházku. Když jsme se zeptali, jestli dopomáhají s hygienou či jídlom a oblékáním, kladně odpověděli pouze dva z dotazovaných rodinných příslušníků. Domníváme se, že tato skutečnost nám objasňuje odlišný názor sester na aktivní zapojení rodinných příslušníků do péče o své blízké. Z rozhovorů dále vyplynulo, že rodinní příslušníci a pacienti považují jako zapojení do péče již samotnou návštěvu a přinesení různých drobností, ale sestry například dopomoc při hygieně a se stravou.

Z výsledků námi provedeného výzkumného šetření jsme dospěli k názoru, že problematika uspokojování potřeb u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů je stále velmi aktuálním tématem, ve kterém je potřeba některé skutečnosti výrazně zlepšit. Jedná se především o komunikaci mezi sestrami a rodinnými příslušníky hospitalizovaných pacientů. Dále můžeme poukázat na skutečnost, že pacienti jako

nejméně uspokojenou potřebu vnímají strach, a to především z počátku hospitalizace, zatímco rodina a sestry potřebu sociálního kontaktu. Ovšem s péčí sester a uspokojováním potřeb byla většina dotazovaných pacientů spokojená. Jen by uvítali větší motivaci sester, které by se měly lépe umět vcítit do jejich situace a více je vyslechnout. Dotazovaní pacienti a jejich rodinní příslušníci se shodují na skutečnosti, že závisí na tom, která sestra o ně pečuje. Největším úskalím, které jsme zjistili, je spolupráce mezi sestrami a rodinnými příslušníky. Myslíme si, že by bylo vhodné se na toto téma více zaměřit.

Závěr

Tato diplomová práce je zaměřená na problematiku uspokojování potřeb u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Zdůrazňuje spokojenost pacientů, sester i rodinných příslušníků s uspokojováním potřeb. Zároveň se zaměřuje i na spolupráci sester s rodinnými příslušníky a jejich zapojení do péče o své blízké. V rámci výzkumné části byly stanoveny tři výzkumné cíle. Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak se liší jednotlivé potřeby u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v souvislosti s délkou pobytu. Druhý cíl byl směřován k zjištění míry uspokojování potřeb u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Třetí cíl se týkal zapojování rodinných příslušníků do péče o dlouhodobě hospitalizované pacienty.

Výzkumné šetření, které bylo zaměřené na pacienty, jejich rodinné příslušníky a sestry nám přineslo mnoho zajímavých skutečností. Zjistili jsme, že většina pacientů považuje své potřeby za uspokojené po celou dobu svého pobytu v nemocnici. Stejného názoru byli i sestry a rodinní příslušníci. Ale již se neshodli v tom, která potřeba je u pacientů nejméně saturovaná. Dotazovaní pacienti uvedli, že za nejméně uspokojenou potřebu považují strach, tedy potřebu bezpečí, na rozdíl od sester a rodinných příslušníků, kteří vnímají za jejich nejméně uspokojenou potřebu sociálního kontaktu. Velmi příjemným zjištěním byl fakt, že nikdo z dotazovaných pacientů nepociťoval bolest. Na obou odděleních sestry velmi často využívaly škály k hodnocení bolesti a pacienty neustále edukovaly, aby si včas řekli o léky proti bolesti, například před rehabilitací či před spánkem. Jako velmi pozitivní hodnotíme i rozmanité aktivizační programy pro hospitalizované pacienty.

Dále jsme také zjistili, že většina pacientů nevnímá ani tak změnu v uspokojování potřeb spíše jako změnu ve svých pocitech v průběhu hospitalizace. Velká část z dotazovaných z počátku pociťovala strach, který postupem času odezněl, a i proto je zajímavé, že stále pocit strachu staví do popředí svých neuspokojených potřeb. Ovšem rodina a sestry vnímají větší rozdíly v uspokojování potřeb v průběhu hospitalizace. Je to jednak tím, že se pacienti stávají soběstačnějšími, ale i tím, že jsou adaptováni na prostředí a již nevyžadují tolik pozornosti. Avšak některé z dotazovaných sester upozorňují na skutečnost, že mnoho pacientů si na neustálou dopomoc ošetrovatelského personálu lehce zvykne a neustále ji vyhledává, i když to jejich zdravotní stav již nevyžaduje.

Při otázce na péči sester o potřeby pacientů jsme se od pacientů i rodinných příslušníků dočkaly většinou kladných odpovědí. Nicméně někteří dotazovaní poukázali na fakt, že záleží na konkrétní sestře, která momentálně o pacienta pečuje. Můžeme tedy konstatovat, že práce sester na odděleních následné péče je dostatečná, i když je vždy co zlepšovat. Zjistili jsme, že hlavní problém spočívá mezi spoluprací sester a rodinných příslušníků. Většina dotazovaných pacientů uvedla, že rodina komunikuje převážně se sociálními pracovníky a případně s lékaři, se sestrami tedy minimálně. Rozdílné je také vnímání zapojení do péče. Zatímco pacienti a rodinní příslušníci za zapojení do péče považují již samotnou návštěvu, sestry tak vnímají dopomoc pacientům s jídlem či hygienou. I proto nám sestry uvedly, že aktivně se do péče o své blízké zapojují minimum rodinných příslušníků, ale ti byli naopak toho názoru, že se téměř všichni aktivně zapojují. Je zde tedy zřejmý nedostatek komunikace mezi sestrami a rodinnými příslušníky.

Z výzkumného šetření nadále vyplynulo, že pacienti, které navštěvuje rodina a zapojuje se do péče i třeba na vyzvání sester, jsou spokojenější a vyžadují méně pozornosti. Bylo by proto přínosem pro praxi zlepšit dovednosti sester komunikovat s rodinnými příslušníky a také sestry lépe motivovat, aby samy aktivně zapojovaly rodinné příslušníky do péče o své blízké. Pro zlepšení této situace jsme vytvořili dva edukační materiály, a to jednak pro rodinné příslušníky, aby neměli strach zeptat se sester (příloha 5), jak mohou svým blízkým pomoci, jednak i pro sestry (příloha 6), jimž by pomohl v edukaci rodinných příslušníků. K výraznému zlepšení této situace by zajisté přispělo zvýšení počtu sester a pomocného personálu na odděleních. Tím by sestry získaly více prostoru nejen pro komunikaci s pacienty, ale i jejich rodinou. Věříme, že kdyby sestry měly dostatek času právě pro komunikaci s rodinnými příslušníky pacientů, daná situace by zajisté doznala pozitivních změn.

Za důležité považujeme i zlepšit informovanost pacientů o možnosti využití služeb nemocničního kaplana. Nesmíme zapomínat, že i v dnešní době převážná většina seniorské populace zastává určitou víru. Tudíž při dlouhodobé hospitalizaci jim zajisté schází pravidelné návštěvy kostela a možnost promluvit si o problému s duchovním. Právě rozhovor s ním může pacienty přimět k otevřenosti a poskytnout jim duchovní podporu, která dopomůže k uspokojení jejich duchovních potřeb. Tato cesta komunikace by mohla pacienty nasměrovat k jinému způsobu vnímání nemoci a k větší víře v uzdravení.

Z celého výzkumného šetření vyplývá, že komunikace je při uspokojování potřeb dlouhodobě hospitalizovaných pacientů nezbytná a je nutné, aby se pacienti i rodinní příslušníci nebáli komunikovat s ošetrovatelským personálem.

Seznam literatury

1. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-271-9307-3.
2. BALOGOVÁ, R., 2012. *Vyhodnocení vybraných indikátorů kvality ošetrovatelské péče na oddělení následné péče*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
3. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-2471-197-3.
4. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. 242 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
5. BEHENSKÁ, A., 2016. *Spolupráce sestry a rodiny nemocného po cévní mozkové příhodě*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZČÚ.
6. BÉLANGER, L. et al., 2018. Barriers and facilitators to family participation in the care of their hospitalized loved ones. *Patient experience journal* [online]. 5(1), 9 [cit. 2019-02-10]. ISSN 2372-0247. Dostupné z: <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1250&context=journal>
7. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
8. BÜSSING, A., KÖENIG, H. G., 2010. Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions* [online]. 1(1), 18–27, doi: 10.3390/rel1010018. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/2077-1444/1/1/18>
9. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
10. ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., KALVACH, Z., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
11. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDVÁ, L., 2014. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-3.
12. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
13. EGLSEER, D. et al., 2019. Nutrition education on malnutrition in older adults in european medical schools: need for improvement?. *European Geriatric Medicine* [online]. 10(2), 313–318, doi: 10.1007/s41999-018-0154-z. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s41999-018-0154-z>

14. FRANKOVÁ, Š., 2013. *Upokožování potřeb klientů/pacientů hospitalizovaných na oddělení následné péče a spolupráce s jejich rodinou*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
15. HADRO LUGITO, N. P. et al., 2018. Poor sleep quality of hospitalized geriatric patients in general hospital in Karawaci, Tangerang, Banten Province, Indonesia. *Medicinus* [online]. 6(1), doi: 10.19166/med.v6i1.1136. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://ojs.uph.edu/index.php/MED/article/view/1136>
16. HALMO, R., 2015. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
17. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. 3. vydání. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
18. HAŠKOVÁ, J., 2007. *Problematika uspokojování potřeb u imobilních nemocných podle věkových kategorií na oddělení následné péče nemocnice České Budějovice a.s.* České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
19. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenómen stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-8709-19-9.
20. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-726-2900-8.
21. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-9362-7.
22. HOLMEROVÁ, I. et al., 2015. *Dlouhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
23. HONZÁK, R., NOVOTNÁ, V., 2006. *Jak se asertivně prosadit*. Praha: Grada. 179 s. ISBN 978-80-247-1226-0.
24. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
25. CHLOUBOVÁ, H., 2005. Základní potřeby nemocných. Základy dekontaminace. Spánek a odpočinek. Bolest. (kapitoly). In: MELLANOVÁ, A. *Základy ošetřování nemocných*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 145 s. ISBN.
26. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
27. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

28. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
29. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 978-80-247-7038-3.
30. KARASOVÁ, V., 2015. *Kvalita spánku hospitalizovaných pacientů*. Praha. Bakalářská práce. 1. LF UK.
31. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
32. *Koncepce následné lůžkové zdravotní péče: metodické opatření*, 1998. [online]. MZ ČR. [cit. 2018-01-30]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/met.opatreninaslednaluz.pece.pdf>
33. KUCHAROVÁ, V., RADUŠIČ, L., EHRENBERGEROVÁ, L., 2002. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. Praha: VÚPSV. 89 s. Výzkumné zprávy.
34. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
35. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
36. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-802-4732-244.
37. KUZNÍKOVÁ, I. et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
38. *Lůžková péče*, 2016. [online]. ÚZIS. [cit. 2018-01-30]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-luzkovy-fond-2016>
39. MADSEN, K. B., 1972. *Teorie motivace: srovnávací studie moderních teorií motivace*. Praha: Academia. 382 s. ISBN 21-090-72.
40. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
41. MASLOW, A. H., FRAGER, R., 1987. *Motivation and personality*. 3rd ed. New York: Harper and Row. 336 s. ISBN 978-00-604-1987-5.
42. MAUK, K. L., SCHMIDT, N. A., 2004. *Spiritual care in nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams. 371 s. ISBN 07-817-4096-7.

43. MAX-NEEF, M. A., ELIZALDE, A., HOPENHAYN, M., 1991. *Human scale development: conception application and further reflections*. New York: The Apex Press. 114 s. ISBN 978-09-452-5735-6.
44. MCCLELLAND, D. C., 1984. *Motives, personality, and society: selected papers*. New York: Praeger. 490 s. ISBN 978-00-305-9583-7.
45. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
46. MOTLOVÁ, L., 2007. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. České Budějovice: *Kontakt*. 9(2), 343–346. ISSN 1212-4117.
47. MÜHLPACHR, P., 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.
48. MUNDEN, J. et al., 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. 356 s. ISBN 978-80-247-1720-3.
49. NAKONEČNÝ, M., 2004. *Psychologie téměř pro každého*. Praha: Academia. 318 s. ISBN 978-80-200-1198-5.
50. NAKONEČNÝ, M., 2009. *Psychologie osobnosti*. 2. vydání. Praha: Academia. 468 s. ISBN 978-80-200-1680-5.
51. NAKONEČNÝ, M., 2015. *Motivace lidského chování*. 3. vydání. Praha: Triton. 599 s. ISBN 978-80-7387-830-6.
52. NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L., 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV v.v.i. 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9.
53. PANDI-PERUMAL, S. R., MONTI J. M., MONJAN, A. A., 2009. *Principles and practice of geriatric sleep medicine*. Cambridge: Cambridge University Press. 448 s. ISBN 978-05-218-9670-2.
54. PICHAUD, C., THARETOVÁ, I., KOZLÍKOVÁ, A., 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál. 156 s. ISBN 978-80-717-8184-4.
55. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
56. PLHÁKOVÁ, A., 2015. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3.
57. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

58. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii – hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
59. PROVAZNÍKOVÁ, J., 2011. *Rozdíly mezi hospicem a léčebnou dlouhodobě nemocných v naplňování potřeb svých pacientů*. Brno. Bakalářská práce. FF MU.
60. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
61. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
62. RADBUŠIČ, L., VOHRALÍKOVÁ, L., 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV. 90 s.
63. RIVIERE, M. et al., 2019. Core elements of the interpersonal care relationship between nurses and older patients during their stay at the hospital: a mixed-method systematic review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 92, 154–172, doi: 10.106/j.ijnurstu.2019.02.004. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748919300355>
64. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
65. SENDLEROVÁ, K., 2009. *Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
66. STEHLÍKOVÁ, D., 2010. *Sexuální život ve starším věku* [online]. Ordinacestehlikova.cz. [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: <http://www.ordinacestehlikova.cz/sexualni-zivot-ve-starsim-veku/>
67. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
68. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství I. pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
69. TIMBY, B. K., 2009. *Fundamental nursing skills and concepts*. Praha: Lippincott Williams and Wilkins. 969 s. ISBN 978-07-817-7909-8.
70. TOMAGOVÁ, M. et al., 2008. *Potreby v ošetřovatelství*. Martin: Osveta. 196 s. ISBN 978-80-806-3270-0.
71. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.

72. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-726-2356-6.
73. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
74. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-553-2.
75. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
76. 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.
77. Věstník 9/2004, 2004. [online]. MZ ČR. [cit. 2018-01-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html
78. Vyhláška č. 262/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, 2016. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 101, s. 3932. [cit. 2018-04-05]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
79. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
80. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
81. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie teoretická a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
82. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
83. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730–4801. ISSN 1213-0508.
84. *Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR*, 2012. [online]. Spojená akreditační komise České republiky. [cit. 2018-01-30]. Dostupné z: <http://http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/zavadeni-a-udrzovani-kvality-a-bezpeci-zdravotni-pece-v-zarizenich-nemocnicniho-typu-na-uzemi-cr-.547/>

Seznam příloh

Příloha 1: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro pacienty

Příloha 2: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro sestry

Příloha 3: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro rodinné příslušníky

Příloha 4: Pozorovací arch

Příloha 5: Poutač pro rodinné příslušníky

Příloha 6: Edukační materiál pro sestry

Seznam zkratk

ARO – Anesteziologicko resuscitační oddělení

GDPR – General data protection regulation (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů)

JIP – Jednotka intenzivní péče

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

ONP – Oddělení následné péče

WHO – Světová zdravotnická organizace

Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru pro pacienty

1. Kolik je Vám let?
2. Kde a s kým žijete?
3. Jak dlouho tu jste?
4. Odkud jste sem přišla?
5. Jak jste se cítila, když Vám bylo sděleno, že půjdete na oddělení následné péče?
6. Kam po propuštění půjdete?
7. Chodí za Vámi rodina? Znájí?
8. Pomáhají Vám při péči, když jsou na návštěvě?
9. Jaké máte z pobytu zde pocity? Změnily se nějak po dobu hospitalizace?
10. Považujete své potřeby za uspokojené? Které ano, které ne?
11. Jak hodnotíte péči sester vzhledem k uspokojování Vašich potřeb?
12. Jak vnímáte spolupráci sester s Vaší rodinou?
13. Pociťujete během hospitalizace strach či úzkost?
14. Zhoršil se v průběhu hospitalizace Váš spánek?
15. Máte během hospitalizace potíže s příjmem potravy či pitným režimem?
16. Máte během hospitalizace potíže s vylučováním?
17. Cítíte se či jste se cítila během hospitalizace v ohrožení?
18. Pociťujete strach v souvislosti s tím, že jste teď odkázán na pomoc druhých?
19. Cítíte se osamělý?
20. Cítíte se dostatečně uznávána personálem?
21. Chybí Vám rodina a přátelé?
22. Cítíte se zde dostatečně respektována?
23. Máte zde dostatek prostředků k seberealizaci? Jak trávíte svůj volný čas?
24. Jste věřící?

Příloha 2: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru pro sestry

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké máte dosažené vzdělání?
3. Kolik let máte praxi?
4. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
5. Která potřeba je dle Vás nejméně saturovaná u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů?
6. Vidíte rozdíly v uspokojování potřeb dle délky pobytu?
7. Shledáváte rozdíly u uspokojování potřeb pacientů, za kterými chodí rodina?
8. Bývá pravidlem, že se rodinní příslušníci zapojují do péče o pacienta?
9. V jaké míře dle Vás dochází k saturování potřeb pacientů?
10. S jakými ošetrovatelskými problémy se zde setkáváte nejčastěji?

Příloha 3: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru pro rodinné příslušníky

1. Jak často navštěvujete svého příbuzného?
2. Jakou potřebu svého příbuzného považujete za nejméně uspokojenou?
3. Jakým způsobem se zapojujete do uspokojování potřeb svého příbuzného? Mám na mysli, jestli sám aktivně či na požádání sestry.
4. A jakým způsobem konkrétně?
5. Vypozorovali jste změnu týkající se uspokojování potřeb v závislosti na délce pobytu?

Příloha 4: Pozorovací arch

Pozorovací záznamový arch	
Výraz ve tváři při našem příchodu	
Poloha těla	
Zabarvení hlasu při pozdravu	
Oční kontakt	
Ochota ke spolupráci	
Tón hlasu při rozhovoru	
Gestikulace rukou	
Mimika ve tváři při dotazu na hospitalizaci	
Mimika ve tváři při dotazu na rodinu	
Mimika ve tváři při dotazu na potřeby	
Nervozita	
Smutek	
Nejistota	
Radost	
Ohrožení	
Pocit osamění	
Strach	
Vzteky	
Nepotřebnost vlastní osoby	
Výraz ve tváři v průběhu rozhovoru	
Podání ruky	

**Chcete udělat
více pro své
blízké?**

**Nebojte se zapojit
do péče!**

**Oslovte sestru a pomozte
svým blízkým!**

**Vaším blízkým můžete pomoci více než jen pouhou
návštěvou.**

**Sestry Vám rády poradí se základní péčí o Vaše
blízké (pohybový režim, hygiena, stravování a další).**

**Věřte, že Vaše pomoc může zkrátit dobu
hospitalizace.**

Nebojte se rodinu zapojit do aktivní péče o pacienty

- Nabídněte rodině možnost aktivního zapojení se do péče
- Domluvte se na konkrétním termínu návštěvy abyste měly dostatek času na komunikaci
- Pokuste se domluvit setkání s ošetřujícím lékařem, aby rodinu mohl dostatečně informovat o zdravotním stavu pacienta
- Při rozhovoru s příbuznými se především zaměřte na:
 - pohybový režim pacienta
 - správné posazování/postavování
 - pomoc při hygieně
 - pomoc s oblékáním
 - dietní omezení
- Zkuste společnými silami vymyslet vhodnou ergoterapii pro pacienta

Ne každý ví jak správně svým blízkým pomoci.

Uvědomte si, že při správné edukaci rodiny nepomůžete jen pacientům ale i sobě.