

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2007

Radka Ratajová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**ROLE SESTRY VE VYUŽITÍ VOLNÉHO ČASU KLIENTŮ
V RÁMCI HOSPITALIZACE NA ONP**

Bakalářská práce

Mgr. Hana Sloupová Búrgerová R.N.

Radka Ratajová

2007

Nurse's role in making use of the clients' free time when hospitalized at the ECD

Nurses' mission in the society is to satisfy client's immediate needs and to reach the maximum physical, mental, and social satisfaction possible. This can be achieved by a holistic attitude towards the client which comprises of the whole personality, compact human being with all the aspects of his or her personal lifestyle. No less important is the communication with the patient himself, either verbal or non-verbal, because the client's psyche is totally changed inside the hospital. The way the patient deals with the hospitalization can be very much affected by a nurse with her correct attitude towards the patient. Especially with the long-term client it is very important to think about cooperation with their families and that way to prevent the negative consequences of the hospitalization, keep the clients engaged throughout their free time and support their self-containment. For these purposes, nurses use all sorts of techniques which are comprised in this thesis.

The objective of this thesis was to find out whether nurses devote to the patients in their free time sufficiently, whether they have the means to do that and what options they have. If possible, find out the client's feedback on their possibilities of make use of their free time in the hospital. Based on the information gathered, theoretical knowledge and practical experience the thesis tries to suggest improvement for the situation on the departments given.

The survey was applied using questionnaire quantitative data collection method. Two survey files were created: nurses at ECD and ECD clients.

Two suppositions were assessed, which were supposed to either confirm or rebut the lack of time for client's activities within their free time during their hospitalization and clients' dissatisfaction with making use of the free time during their hospitalization. The first supposition has confirmed that nurses do not have lack of time for clients' activities within their free time during their hospitalization.

The second supposition did not confirm clients' dissatisfaction with making use of the free time during their hospitalization.

The results of the survey has proved that nursed would like to spend more time with the clients in their free time but the crucial problem is the lack of staff. It is therefore impossible to devote to the clients as they would wish for. Another problem is the lack of financial assets. Nevertheless, nurses proposed plenty of suggestions which would make the clients' stay in the hospital more likeable. On the other hand, clients' dissatisfaction with making use of the free time during their hospitalization was a marginal one, especially thanks to their family relatives. They do not expect nurses to spend the free time with them due to their recognized work load.

It would be most suitable to provide a sufficient amount of staff and volunteers for the clients' free-time activities during their hospitalization. If possible, extend the range of the limited options of making use of the clients' free time and introduce these options to them because the present patients do not expect such options at all.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Role sestry ve využití volného času klientů v rámci hospitalizace na ONP“ jsem vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce a to v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Táboře dne 5.8.2007

Radka Ratajová

Poděkování:

Děkuji tímto paní magistře Haně Sloupové Búrgerové R.N., za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé bakalářské práce a také mojí rodině za trpělivost a toleranci.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav dané problematiky využití volného času klientů na ONP.....	4
1.1. Funkce a role sester v ošetrovatelství.....	4
1.1.1. Funkce sestry v resortu.....	4
1.1.2. Role sestry ve své profesi.....	5
1.1.3. Náplň práce všeobecné sestry.....	7
1.2. Holistický přístup ke klientovi.....	9
1.3. Psychika klienta v nemocnici.....	11
1.3.1. Způsoby vyrovnání se s hospitalizací.....	12
1.3.2. Boj klienta s nemocí.....	13
1.4. Chronické onemocnění v životě jedince.....	15
1.5. Komunikace s nemocným člověkem.....	16
1.5.1. Komunikace s chronicky nemocným.....	18
1.5.2. Neverbální komunikace v péči o nemocné.....	19
1.6. Potřeby klienta v nemocnici.....	20
1.6.1. Faktory ovlivňující uspokojování potřeb klientů.....	22
1.7. Hospitalizmus.....	22
1.8. Psychoterapie pro nemocné.....	24
1.9. Dlouhodobá ústavní péče o klienty.....	27
1.10. Klient a jeho rodina.....	30
1.11. Soběstačnost klientů.....	31
1.11.1. Soběstačnost klienta a možnosti využití ergoterapie.....	32
1.12. Kognitivní rehabilitace a stimulace.....	34
1.13. Koncept Bazální stimulace.....	36
1.14. Arteterapie.....	39
1.15. Muzikoterapie.....	40
1.16. Dobrovolnictví.....	43
1.17. Aktivizační sestry.....	44

2. Cíle práce a hypotézy.....	45
2.1. Cíle práce.....	45
2.2. Hypotézy.....	45
3. Metodika.....	46
4. Výsledky.....	48
5. Diskuse.....	65
6. Závěr.....	71
7. Seznam použitých zdrojů.....	73
8. Klíčová slova.....	76
9. Přílohy.....	77

Úvod

Zdravý, výkonný člověk je schopen plánovat a organizovat si své aktivity samostatně, zvažovat priority, rozlišovat práci, zábavu a odpočinek.

Člověk s oslabeným zdravím, s poruchou mobility, s postižením motoriky, smyslových orgánů či kognitivních funkcí je ve svých aktivitách více či méně limitován. Jeho účast na životě komunity či celé společnosti je omezena. Je náhle odkázán na pomoc druhých lidí, dochází ke změně jeho životní situace.

Tato změna je psychicky velmi náročná a proto je nutné poskytovat člověku, který se ocitne v nemocnici pomoc i psychickou podporu, zejména pokud jde o dlouhodobou hospitalizaci, např. na ONP.

Z důvodu zájmu o problematiku jsem si vybrala tedy téma, které se zabývá aktivizací klientů v nemocnici. Sestry by měly hodnotit, chránit a obnovovat u každého člověka soběstačnost, sociální síť, komunikační schopnost a pocit smysluplné existence. K té patří u naprosté většiny klientů různé formy aktivit, které pak přinášejí sociální kontakty a komunikaci. Čím větší je fyzické nebo duševní omezení v důsledku zdravotního stavu, tím důležitější je i funkce prostředí.

Při programování aktivit je třeba respektovat osobnost klientů, jejich vůli, aktivitu i pasivitu, pokud odráží osobnostní zaměření a není projevem např. rezignace či deprese. Cílem programování aktivit je vytváření podpůrného prostředí, a to jak v materiálním, tak v psychologickém, sociálním a duchovním slova smyslu.

V rámci práce bych ráda poukázala na to, jak může stav klienta ovlivnit právě sestra svým holistickým a empatickým přístupem a vhodnou komunikací a uspokojovat tak klientovy bio-psycho-sociální potřeby.

1. Současný stav dané problematiky využití volného času klientů na ONP

1.1. Funkce a role sester v ošetrovatelství

Zákon definuje sestru jako osobu, která byla formálně přijata do studijního programu ošetrovatelství (obor všeobecná sestra), předepsané studium úspěšně dokončila a získala profesní kvalifikaci. Na území svého státu je uznávána, registrována a vlastní licenci (zákonné povolení) pro poskytování ošetrovatelské péče (11).

„Posláním sester ve společnosti je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat aktuální potřeby a dosahovat jejich maximální tělesné, psychické a sociální spokojenosti v souladu s prostředím ve kterém žijí a pracují“ (s.23,11). To vyžaduje, aby sestry rozvíjely a vykonávaly takové činnosti, které podporují a uchovávají zdraví, a zabraňují vzniku onemocnění. Mezi úkoly sester patří rovněž plánování a poskytování péče v průběhu onemocnění a rehabilitace. Do této péče spadají všechny tělesné, psychické a sociální aspekty života, protože ovlivňují zdraví, nemoc, postižení a umírání. Pokud je to možné, sestry zajišťují přiměřené zapojení jednotlivců, jejich rodin, přátel i celé komunity do všech aspektů péče o zdraví a tím podporují jejich sebedůvěru a soběstačnost.

1.1.1. Funkce sestry v resortu

Sestry přejímají odpovědnost za přímé poskytování ošetrovatelské péče a jsou v tomto směru výhradní autoritou. Pracují samostatně a za poskytovanou péči odpovídají. Každá sestra je zároveň odpovědná za svou odbornou úroveň a za způsob svého dalšího vzdělávání.

Mezi čtyři základní funkce sester patří jako první poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Tato péče je nejefektivnější, když se uskutečňuje v sérii logických kroků, známých jako ošetrovatelský proces. Patří sem zajištění potřeb jednotlivce, rodiny, identifikování potřeb a vytvoření stupnice prioritních potřeb, které je možno nejlépe uspokojovat ošetrovatelskou péčí. Druhou funkcí je výuka a výchova klientů a zdravotnického personálu, která zahrnuje zjištění individuálních znalostí a dovedností vztahujících se k udržení a obnovení zdraví, organizování a účast na vzdělávacích a

výchovných kampaních a vyhodnocení výsledků takovýchto kampaní. Třetí funkcí sestry je aktivní a účinné začlenění do zdravotnického týmu a plánování, organizace a vyhodnocování efektivity ošetrovatelských služeb. Dále kontaktování a spolupráce s lidmi a dalšími členy v multidisciplinárních a multisektoriálních týmech při hodnocení efektivity zdravotnických a sociálních služeb a podávání zpráv, hromadným sdělovacím prostředkům. Čtvrtou funkcí je rozvoj ošetrovatelské praxe, kritického myšlení a výzkumu, což zahrnuje inovaci stylů a způsobů práce s cílem dosažení lepších výsledků. Účast na přípravě potřebných vzdělávacích programů a uplatnění přijatelných kulturních, etických a profesních standardů v ošetrovatelském výzkumu (19).

Při poskytování péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity. Sestra se stará o to, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií. Osobní informace o klientovi chrání sestra jako důvěrné (11).

1.1.2. Role sestry ve své profesi

Role je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti. Role sestry zahrnuje určitý systém rolí. Role sestry charakterizují hlavně tyto znaky. Sestra při své práci vychází z potřeb nemocného a pochopení jeho problémů, má schopnost zabezpečit nemocnému pocit jistoty, je emocionálně neutrální, tj. je schopná své emoce vždy podřídit racionální kontrole.

Role sestry se v posledním období výrazně změnily. Sestra má v péči o zdraví nezastupitelné místo. Zvyšuje se její odborná kvalifikace, rozšiřují se její kompetence, je samostatnější a kompetentnější.

Role sester ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie, celkový zdravotní stav obyvatelstva a podobně. Na tyto tendence reaguje vzdělávání sester i ošetrovatelská praxe, což má za následek změny rolí sester (3). V současnosti plní sestra nejčastěji tyto role.

Role sestry ošetrovatelky byla zahrnuta mezi činnosti sester, které chrání důstojnost člověka. Je to role lidských vztahů. Tyto vztahy charakterizují holistické chápání

jedince a skupiny s ohledem na jejich zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb (8).

Sestra manažerka působí v řízení a organizaci na různých úrovních-státní, regionální a na úrovni zdravotnického zařízení. Plní také úkoly manažerky ošetrovatelské péče přímo u jednotlivců a skupin tím, že manažeruje ošetrovatelský proces. Role manažerky je součástí všech ošetrovatelských činností. Sestra manažerka také pověřuje ošetrovatelskými úkony jiné sestry a pomocné síly a dohlíží na jejich činnost a vyhodnocuje ji. Neztotožnění se s touto rolí má za následek nekoordinovanou a neefektivní ošetrovatelskou péči.

Sestra edukátorka je role sestry, zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví. Edukační ovlivňování se realizuje formou získávání nových vědomostí, změn postojů, přesvědčení a chování člověka (8).

Sestra advokátka je obhájkyň klientů, reprezentuje jeho práva a vysvětluje mu je, předkládá a tlumočí jeho názory a požadavky, obhajuje jeho zájmy a práva.

Role nositelky změn je také nezbytná, neboť ošetrovatelství podobně jako každá jiná činnost podléhá změnám. Účinnost ošetrovatelské péče závisí na kontinuálních změnách, bez jejichž využívání se stane ošetrovatelství stagnující profesí. Změny jsou součástí všech fází ošetrovatelského procesu. Pro tuto roli musí být sestra dobrý komunikátor, který je schopný navodit dobré interpersonální vztahy. Musí být sebekritický a kritický k postojům jiných vůči dané změně. Klíčovým problémem je tu důvěra. Nositel změn může být buď formálně určený (ten, kdo v procesu změny zastává zodpovědnou funkci), nebo neformálně určený (ten, kdo nemá oficiální pověření vykonat změnu, ale díky vedoucím schopnostem, zručnosti a respektu druhých může v procesu změny hrát důležitou úlohu). Nositelé změny mohou být interní, což je osoba, která je součástí situace, nebo externí, kdy nositel změny přichází do situace zvenku. Úspěšní nositelé změn mají dobré vedoucí schopnosti, tj. dokáží ovlivnit lidi s cílem něčeho dosáhnout.

Sestra výzkumnice se stává nepostradatelná ve společnosti, ve které se utváří ošetrovatelství jako sociálně významná, důvěryhodná, vědecká profese, jako záruka

kvalitní ošetrovatelské péče. Role výzkumnice předpokládá odpovídající vzdělání a možnosti pro výzkumnou činnost v oblasti ošetrovatelství. Většina výzkumných pracovníků v ošetrovatelství má doktorskou úroveň nebo magisterský titul. Jde zejména o zaměstnání v administrativních a manažerských funkcích, dále o ředitele ošetrovatelských služeb, učitele, pracovníky výzkumu. Výkon těchto funkcí má jinou pracovní náplň. Sestry, které jsou zaměstnány v těchto oblastech jsou zárukou rozvoje ošetrovatelské disciplíny, poznatků k zajištění kvality péče, vzdělání a vědeckého výzkumu, a tím zajišťují budoucnost a rozvoj ošetrovatelské profese (3).

Profesionální role sestry se prolínají a navzájem se nevyklučují, slouží k objasnění různých povinností sestry. Poskytování podpory a pomoci lidem je závislé nejen na dostupných zdrojích, ale také na subjektivních potřebách příjemců péče, jejich ochotě požádat o pomoc a také na příležitosti, kdy mohou požádat o pomoc. To znamená i přijetí pomoci lidmi, kteří nejsou schopni o ni požádat nebo nejsou schopni ani vyjádřit své potřeby, přesto však je jim nutná pomoc a péče poskytnuta. Metody a výběr poskytovatelů péče jsou určeny druhem péče. Některé se zaměřují na jednotlivce, jiné jsou aplikovány na skupinu. Převažuje názor, že v procesu podpory zdraví jsou nutné určité osobní vztahy mezi poskytovatelem a příjemcem péče (11).

1.1.3. Náplň práce všeobecné sestry

Z vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků vyplývá, že náplň práce všeobecné sestry bez odborného dohledu je: „ Bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti klienta, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy). Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce klientů, to je dech, pulz, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav nemocného. Zajišťuje herní aktivity dětí. Zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného

neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostické proužky). Provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost. Hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy. Provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a koncept Bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility. Provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti. Edukuje klienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály.

Orientačně hodnotí sociální situaci nemocného, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních. Zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním klientů. Provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím nemocného. Zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu. Zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu. Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče“.

Ve vyhlášce 424/2004 je dále uvedeno: „Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje klienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich, zejména podává léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak, pokud není dále uvedeno jinak. Zavádí a udržuje kyslíkovou terapii. Provádí screeningová a depistážní vyšetření,

odebírání biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické. Provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů. Provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katetry klientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře. Provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy nemocným při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u klientů všech věkových kategorií. Provádí výplach žaludku nemocných při vědomí starších 10 let.

Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře aplikuje nitrožilně krevní deriváty, spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje klienta v průběhu aplikace a ukončuje ji“(s.8098, 29).

1.2. Holistický přístup ke klientovi

Zdraví je vytvářeno péčí o sebe i o druhé, je podmíněno jednak možností rozhodovat, volit si a ovládat své životní podmínky a jednak ujištěním, že společnost v níž žijeme, umožňuje všem občanům dosáhnout zdraví. Péče, smysl pro celek (holismus) a ekologie to jsou základní složky dalšího rozvoje strategie posilování zdraví.

Holistický přístup ke zdraví začaly sestry v klinické praxi prosazovat v důsledku snahy o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka. To proto, že medicínská praxe vyústila do stádia vysoké závislosti na složitých diagnostických a léčebných intervencích, které dostaly prioritu před člověkem jako lidskou bytostí. Role sestry se tím rozšířily i na individuální ochránkyni práv klienta s důrazem na etické principy kvality života.

Holismus (z řec. holos=celek) je filozofický směr ,zejména biologický, „filozofie celistvosti“. Termín „holismus“ zavedl ve své knize „Holismus a evoluce“ v roce 1926 jihoafrický politik a generál J. Ch. Smuts. Podle něho celek není jen pouhý soubor jednotlivých částí, ale tímto rozložením celkovost zanikne. Holistické teorie vidí živé organismy jako jednotné celky, jejichž jednotlivé části jsou ve vzájemné interakci. Porucha v jedné části je poruchou celého systému. Sestry pečují o člověka jako celek,

nikoli o jeho izolované části a funkce. Pojem „holistické zdraví“ zahrnuje celou osobnost člověka: celistvou bytost a všechny stránky jejího životního stylu (tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnání stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a duchovno) (10).

Holistická péče pomáhá lidem převzít odpovědnost za své zdraví, hledat alternativy, zdravý způsob života, sebeuspokojení a mobilizaci vnitřních hojivých sil. V případě potřeby ale musí být nápomocna sestra. Holistický pohled na člověka znamená především jiný způsob myšlení. Pochopení a akceptování tohoto přístupu je cestou, jak změnit současnou praxi u nás a poskytovat klientům kvalitní péči o zdraví. Mezi psychickou stránkou (oblast kognitivní, emocionální a duchovní) a tělesnou stránkou (biologický a fyzický stav) je vzájemný psychosomatický vztah. Somatické problémy vyvolávají problémy psychické a naopak. Stres zvyšuje náchylnost osob k nemocem a každý nemocný člověk prožívá jak somatickou, tak psychickou nerovnováhu. Somatická nerovnováha vyvolává psychickou nerovnováhu a naopak. Pokud má ošetrovatelská intervence člověku pomoci při udržování zdraví, adekvátnímu prožívání nemoci, zotavování se z nemoci nebo umírání, je nutné, aby byly současně uspokojovány jeho fyziologické i psychologické potřeby. Lidskou bytost z hlediska holistického přístupu tvoří dynamické interakce biologických, sociálních, kognitivních, emocionálních a duchovních potřeb (10).

Protože uspokojování potřeb lidí, kteří trpí bolestí a smutkem bývá stresující, musí sestry vědět jak zvládat stres ve svém vlastním životě (10). „Bez poznání sebe sama a vlastního sebeovládání, by nebyly schopny pomoci ostatním, kteří prožívají stresové situace“ (s.12,10).

V metodě ošetrovatelské praxe, ošetrovatelském procesu, je jednou z jeho nejdůležitějších součástí určit správnou ošetrovatelskou diagnózu. Ošetrovatelské diagnózy jsou determinovány individuálními potřebami a problémy jednotlivců, kteří potřebují péči, nikoli stanovenou lékařskou diagnózu. Ošetrovatelský proces je vždy zaměřen více na celostní bytost člověka, než na nemoc samotnou.

Zvláště u klientů dlouhodobě hospitalizovaných je nutné myslet na jejich psychické blaho, které ovlivňuje jejich zotavování a vhodně využít jejich volný čas v průběhu

hospitalizace. Psychika a tělo (soma) jsou neustále v interakci. Většina lidí vyhledávajících zdravotní péči pro somatické symptomy, má ve skutečnosti poruchy zahrnující komplexní interakci somato-psychosociálních faktorů. Proto porucha psychosomatické homeostázy ovlivňuje celého člověka. Psycho-somatická interakce má přímý vliv na to, jak vnímáme sami sebe, své zdraví a nemoc. Porozumění tomu, že psychika neexistuje odděleně od těla a naopak, je základem holistické péče. Základem ošetrovatelství je péče o celého člověka tím, že jsou brány v úvahu všechny jeho součásti: tělesné, sociální, emocionální, intelektuální a duchovní. Už se nebude pohlížet na ošetřování nemocných jako na péči o tělo a orgány lidí, nemoc zahrnuje kombinaci psycho-somatických faktorů (10).

1.3. Psychika klienta v nemocnici

Pobyt v nemocnici je pro každého člověka významnou událostí. Pro staré lidi bývá nemocnice spojována s místem, kde se umírá. Většinou však u lidí, kteří musí do nemocnice, převládají v různé míře obavy a strach, pociťují nejistotu a touží po lidské blízkosti. Bylo zjištěno, že relativně menší obavy z pobytu v nemocnici mají lidé s jasnou diagnózou, kteří zde vidí místo pomoci a útočiště (31). Nemocnice má zcela specifické úkoly. Vyšetřit nemocného a stanovit jeho diagnózu, vyléčit ho, nebo alespoň zlepšit jeho zdravotní stav. Důležitá je i péče o to, aby nemocný zůstal v dobrém psychickém stavu, aby se emocionálně nezhroutil a aby se aktivně zapojil do uzdravovacího procesu.

V době nemoci se klient stává pasivnější, je předmětem péče mnohých lidí-lékařů, sester a dalšího odborného personálu. Je závislý na druhých lidech, nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat to, co mu určují druzí. Mění se klientův životní rytmus, je postaven do situace, na kterou není zvyklý a v mnoha ohledech se mu zdá nepřírozená. Nemocný člověk musí dělat činnosti jež neumí a neovládá, což snižuje jeho sebevědomí a sebehodnocení. Je v relativní sociální izolaci v nemocničním prostředí, kontakt se známými lidmi je mu značně omezen. Je uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí a nové. Okruh zájmů nemocného se podstatně zužuje, především s ohledem na změnu jeho zdravotního stavu. Klient svému psychickému a fyzickému stavu

většinou moc nerozumí a často neví, co se sním děje. Emocionální stav klienta charakterizuje v první řadě soubor negativních citů jako jsou strach, obavy, bolest, nejistota. Nemocný člověk žije převážně jen a jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá (9).

1.3.1. Způsoby vyrovnání se s hospitalizací

S pobytem v nemocnici se klient zpravidla vyrovnává čtyřmi způsoby. Rezignuje, prožívá se jako bezmocný, závislý, nastává regrese. Regrese je nežádoucí odezvou, která je navíc pěstována nadměrnou péčí a „zneschopňováním“ klienta ze strany okolí. Nemocný člověk v regresi vznáší infantilní požadavky, bývá vzdorovitý, emočně labilní a nespolehlivě spolupracující. Může trpět nejistotou, je třeba snažit se nalézt a uskutečnit to, co je právě nejlepší. Je třeba, aby nemocný věděl, že personál je mu neustále k dispozici. Klient musí být seznámen s průběhem léčby a případnými zákroky, je nutné mu umožnit mluvit o pocitech a případně nechat ventilovat negativní prožitky. Je třeba dbát, aby se nemocný nedostal do psychické a sociální izolace. Musí být veden k aktivitě, být povzbuzován a musí mu být dodávána naděje.

Nemocný se může také zdánlivě přizpůsobit, avšak přitom pravidla narušovat. Potom tajně kouří, léky užívá nepravidelně nebo vůbec, atd.

Může také protestovat a zařadit se mezi „obtížné“ klienty. Sem patří například rigidní (perfekcionista) klient. Tento typ nemocného může sestru provokovat a být jim nesympatický kvůli jeho zvýšené potřebě kontroly situace. Nezřídka si tito klienti pečlivě zapisují naměřenou teplotu a další výsledky související s jejich osobou. Mají také tendenci poučovat odborníky. Rigidní klient zjišťuje, kdo a kdy ho poškodil a zpochybňuje všechny a všechno, jen ne osobu, se kterou se právě baví. Dále sem patří seduktivní (svádějící) klient. Jedná se o muže nebo ženy, kteří jsou zvyklí své vztahy v okolí erotizovat. Díky tomuto chování získávají výhody, které by se jim jinak nenabízely. Někdy dochází i k fyzickým kontaktům. Klient si takto zvyšuje sebevědomí poničené hospitalizací. Svádějící klient přesně ví, jak získat výhody u žen v běžném životě a jak upoutávat pozornost.

V posledním případě nemocný omezení přijímá jako přechodná a nutná, bez větších problémů se adaptuje, což je naštěstí případ většiny nemocných (31).

1.3.2. Boj klienta s nemocí

Od klienta se očekává, že se bude neustále snažit zlepšovat svůj zdravotní stav. V poslední době se v oblasti psychologie zdraví prosazují tzv. kognitivní modely zvládání nemoci klientem. Kladou mimořádný důraz na myšlenkovou stránku psychiky. Zvládání nemoci je zde chápáno jako zvládání problému. Nemocný, jako řešitel problému, vnímá příznaky nemoci a vytváří si představu o nemoci. Řešením pro něho je opětovné dosažení normálního zdravotního stavu. Tento proces řešení problému je chápán jako třífázové dění. Interpretace situace, což je hledání smysluplnosti toho, co se děje. Vlastní proces zvládání situace, to znamená použití různých postupů k znovunastolení normálního stavu a třetí fází je vyhodnocení použitých prostředků k znovunastolení normálního stavu (9).

Prvním krokem na cestě zvládání problému typu nemoci jsou pro klienta informace. Tyto informace dostává nemocný obvykle ze dvou zdrojů. Percepce (vnímáním příznaků) a sociální komunikací. V prvním případě jde o senzorní (smyslové) údaje, to znamená co klient na sobě pozoruje, co cítí, co slyší. V druhém případě jde o to, co se nemocný dozvídá z úst lidí kolem sebe. Následuje snaha o pochopení situace, co se s ním děje. Klient identifikuje svoji nemoc. Tato fáze je mimořádně důležitá, neboť je zdrojem motivace, hnacích sil jeho další činnosti. Ve fázi vlastního boje s nemocí jde u klienta o uvědomění si repertoáru postupů, kterými je možné daný problém řešit. Hovoříme zde o strategiích. O aktivních strategiích hovoříme tehdy, když nemocný sám z vlastní iniciativy přistupuje k řešení. Vypracuje si vlastní představu o vhodném postupu a to je zdrojem jeho motivace. O únikových (vyhýbavých) strategiích zvládání nemoci hovoříme tehdy, když nemocný „zavírá oči před daným problémem“, utíká před řešením.

V této fázi, kdy klient řeší svůj zdravotní problém bylo diagnostikováno dle Shontze několik etap. Šok k němuž dochází u mnoha nemocných, kteří se dozvídají, že se u nich objevilo vážné onemocnění nebo u nich došlo k vážnému úrazu. Tento stav je

charakterizován psychicky jako ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé. Obě formy šoku se mohou v čase prostřídávat. Z psychologického hlediska jde o mentální odpoutání se daného člověka od reality (duchanepřítomnost). Dále usebrání, kdy po relativně krátké době šoku, dochází u klienta, u něhož se vážně změnil zdravotní stav, k psychickému návratu do skutečnosti. Nejde však o zcela normální mentální stav. Nemocný má do určité míry neuspořádané myšlení, jeho emoce jsou výrazně negativní. Nacházíme u něho obavy, strach, zármutek, žal, pocity bezmoci a nedostatku pomoci. Celkově je klient obvykle mimořádně vzrušený. Pak následuje stažení se ze hry. V této fázi klient (tentokrát již vědomě) odchází do únikového mentálního osamění, v němž je mu dána možnost popření všeho, a tím i ulehčení duševní tíhy, která přišla s objevením závažného onemocnění. Toto stažení se ze hry umožňuje nemocnému i reorientaci (změnu pohledu na jeho danou situaci). Dává mu též příležitost k vypracování plánu dalšího postupu. A následuje tvorba programu k řešení krize. Udržení celkové rovnováhy (homeostázy) u člověka je jedním z hlavních cílů veškerého chování. Z tohoto hlediska je nemoc chápána jako narušení rovnováhy. To je třeba odstranit a stav vyrovnat.

Moos a Schaefer vypočítávají změny, s nimiž se musí klient v takovéto krizi vyrovnat. Dochází ke změně osobní identity klienta, změně prostoru, v němž se klient pohybuje, změně role, kterou nemocný zaujímá, změně v souboru osob, které klientovi mohou poskytovat sociální podporu, změně perspektivy (co klient v budoucnosti může očekávat). Tito autoři vypočítávají též faktory, které klientovi ztěžují jeho psychický stav. A to je nepředvídatelnost změny zdravotní situace, nejasnosti v diagnóze, postoje lékaře, nejasnosti v pohledu na příčiny vzniku nemoci, na její další průběh a následky, požadavek rychlého rozhodování v závažných věcech a nezkušenost klienta v situaci pro něho zcela nové (9).

V průběhu procesu boje s nemocí zvažuje nemocný člověk nejprve závažnost nemoci, uvažuje o tom, co vše se změní v důsledku jeho nemoci. Dále se snaží adaptovat se na vlastní situaci (zvládnutí bolesti, osobních problémů, mezilidských vztahů v nemocničním prostředí, nutnost zachovat klid a zachovat si tvář, nutnost neztratit oporu nejbližších lidí). Klient je nucen zvládnout to, co před ním stojí, zdravotní

krizi. Při zvládání této krize může dojít buď ke zdravé adaptaci, která se projevuje vnitřním klidem nemocného (smířením, zdravým nadhledem, přijetím stavu, do něhož se klient dostal), což je projevem jeho osobnostní zralosti. Nebo k maladaptaci, nezvládnutí situace, což se projevuje prohlubující se beznadějí, bezmocí a jinými projevy osobnostní nezralosti.

Je také rozdíl v prožívání u akutně a chronicky nemocného klienta. Pro akutně nemocného je lékař autoritou, klient svému ošetrovatelskému personálu důvěřuje. Ve styku s personálem je akutně nemocný klient optimista. V relativně krátké době se čeká změna, návrat k původnímu stavu totálního zdraví. U chronicky nemocných je tomu jinak (9).

1.4. Chronické onemocnění v životě jedince

„Chronická nemoc se mnohdy přibližuje pomalu, plíživě. Častokrát si daný člověk ani není schopen uvědomit, že je vlastně nemocen“ (s.130,9). Nejen to, ten, u něhož se objevuje chronické onemocnění, často k němu zaujímá falešný postoj. Neuvědomuje si, že s touto nemocí nejen bude žít dlouho, ale s velkou pravděpodobností až do smrti. Častokrát má toto onemocnění střídavý charakter. Klient prožívá různě dlouhá období, kdy mu je docela dobře. Poté se však v důsledku chronického onemocnění objeví potíže, a období, kdy mu nemoc nic nepřipomínalo, je pryč. Existence chronického onemocnění je faktem, s nímž se musí ten, kdo je touto nemocí postižen, vyrovnávat. Obecně je možné říci, že ho chronická nemoc dostává do stresu. Tento stres musí zvládat. Proto jsou u chronicky nemocných lidí pozorovány určité odchylky v chování, ve vnitřním prožívání, v sociálním životě a v jednání s druhými lidmi.

Chronicky nemocný klient pravděpodobně očekává rychlé uzdravení, když se jeho očekávání nenaplní, je zklamán a ztrácí ke zdravotníkům důvěru. Odtud pramení řada neshod ve vztahu mezi zdravotníkem a chronicky nemocným klientem. Dále se nemocný může v důsledku nemoci dostávat do emocionálně těžkých stavů (obavy, strach, zlost). Ošetřující personál pak může být zaskočen agresivitou klienta. Změna celkového stavu chronicky nemocného se netýká jen jeho samého a jeho vztahu k ošetřujícímu personálu. Často se velmi intenzivně dotýká i jeho manželství a rodiny.

Dochází ke změnám rolí, např. při chronickém onemocnění musí submisivní manželka převzít dominantní roli. Celkově je možné říci, že rodiny, ve kterých někdo onemocní, se mění. Zvyšuje se míra celkové únavy všech členů rodiny a zvyšují se pocity depresí. Rozhovor s chronicky nemocným klientem je jedním z nejtěžších úkolů. Měl by se týkat hlavně motivace klienta-jeho vedení k tomu, jak se změnou zdravotního stavu bojovat a podle závažnosti jeho zdravotního stavu mu navrhnout vhodný způsob využití volného času v průběhu hospitalizace a odreagování se od nemoci dle možností oddělení (9).

1.5. Komunikace s nemocným člověkem

Sestra používá dovednost komunikovat s klientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. Navíc sestra pomáhá nemocným rozšířit jejich sociální kompetence. Nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat, to vše může mít za následek zhoršení klientových komunikačních dovedností. Tady je pak prostor pro práci sestry na rozvoji komunikačních dovedností nemocného. V práci sestry zaujímá výlučné místo komunikace s nemocným. V praxi se rozlišují tři druhy profesionální komunikace (30).

Sociální komunikace, kdy jde o běžný hovor, kontakt s nemocným. Celkové ladění vytváří vztah nemocného k osobám, které o něj pečují. Člověk v nemocniční péči má omezenou možnost sociálních kontaktů. Pozitivně přijímá možnost hovoru s dalšími lidmi, u zdravotníků navázání vztahu s nemocným usnadní další komunikaci v rámci ošetřování. Situace, které jsou vhodné pro rozvoj sociální komunikace jsou úprava lůžka, hygiena, pomoc při jídle a volnější okamžiky v denním režimu oddělení.

Dále specifická komunikace, kdy sestra sděluje důležitá fakta, nemocný je motivován k další léčbě, působíme edukačně atd. Zde jsou zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, přijatelnou formu, vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. Na závěr je nutné ověřit, zda nemocný sdělení rozuměl a akceptuje ho. Tato oblast komunikace je problematická u nemocných se sníženou schopností komunikovat (včetně porozumění obsahu sdělení). Jde například o sdělování postupu vyšetření, informace o rizicích a terapeutickou komunikaci, která se odehrává formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu s nemocným člověkem sestra poskytuje oporu a

pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu. Podpůrný terapeutický rozhovor má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných postupů u somaticky či psychosomaticky nemocných. Požadavky na zdravotnický personál vycházejí z předpokladu, že součástí jejich profesionální výbavy jsou též základní komunikační dovednosti. Pro rozvoj komunikace je významná spolupráce s nemocným.

Z řady různých psychologických teorií by bylo vhodné se zmínit o Rogersovském přístupu (přístup zaměřený na člověka). Rogers jako představitel humanistického přístupu klade důraz na terapeutický vztah, zranitelnost klienta, autenticitu, nepodmíněné pozitivní ocenění, empatii. Rogersovský přístup klade důraz na naslouchání jako na aktivní složku komunikace. Ti, kteří komunikují, mají zůstat sami sebou, být autentičtí. To znamená uvědomovat si své vlastní prožitky a moci je vyjádřit. Autentický člověk je zároveň schopen akceptace, respektování a přijetí druhého. Tento přístup vyzdvihuje ocenění ve smyslu pozitivního působení, které podporuje růst a rozvoj člověka. Empatie pak znamená vnímání partnera v komunikaci tak, jako být na jeho místě, a to především ve stejném emocionálním stavu. Tuto teorii v praxi lze velmi dobře uplatnit především v situacích, kdy je dán klientovi prostor, aby se mohl svěřit. Sestra by měla být ta, kdo empaticky naslouchá, akceptuje ho a umí ocenit a povzbudit (30).

1.5.1. Komunikace s chronicky nemocným

Nemoc je chápána jako těžká životní situace, která klade nárok na adaptaci. Zároveň s nemocným jsou zvýšené nároky také na jeho okolí. U chronického onemocnění chybí fáze údravy. Nemocný se o závažné diagnóze dozví pozvolna, někdy i akutní onemocnění přejde do chronické formy. Některá onemocnění mají dlouhodobý charakter. Zásadní je způsob, jakým nemoc vstoupí do života člověka. Chronická nemoc zpravidla zasáhne fyzickou, psychickou i sociální oblast. Na kvalitě života se podílí nejen závažnost onemocnění a možnosti léčby či rehabilitace, ale také osobnostní předpoklady nemocného se s nemocí vyrovnat. Nemocný trpí odtržením od rodiny, mění se jeho sociální role. Ztrácí řadu kompetencí ve svém životě. Reakce jsou buď

adaptivní či maladaptivní, z čehož pak vychází způsob komunikace nemocného s okolím. Způsob vyrovnání se s dlouhodobým onemocněním závisí na různých okolnostech. Na celkové osobnostní charakteristice nemocného, na závažnosti onemocnění, na charakteru obtíží a následků, na způsobu života nemocného, na míře nutných změn, na reakcích rodiny, na celkovém zázemí. Problémy v komunikaci a tím i ve vztahu sestra-chronicky nemocný mohou vznikat např. odmítáním péče, vyhýbáním se kontaktů se zdravotníky, přílišnou závislostí na pomoci a podpoře od druhých. Je důležité, aby sestra nejen mohla a chtěla, nýbrž aby uměla správně komunikovat (30).

Předpokladem efektivní komunikace jsou odborné vědomosti, komunikační zručnost, velká dávka trpělivosti, empatie a schopnosti naslouchat. Naslouchat lze nejen sluchem, ale i zrakem (sledování projevů neverbální komunikace) a srdcem (projevovat empatii). Sestra má příležitost klientovi něco oznámit, věnuje mu čas, důvěru, úctu a respekt, pozornost a prostor ve svém myšlení a cítění. Je nutné posilovat samostatnost a kompetentnost nemocného, jednat s ním jako s rovnocenným partnerem. Vyjadřovat slovně i mimoslovně pochopení pro jeho těžkou situaci. Citlivě naslouchat, za projevy hněvu, beznaděje a rezignace mohou být skryta další sdělení. Hádka se sestrou může mít někdy původ v konfliktu s rodinou, prosba o ukončení života je také možným voláním po pozornosti, lepší péči. Je třeba klientovi věnovat čas „jen pro něj“. Dlouhý pobyt v nemocnici či v sociální izolaci neposkytuje možnost budovat vztahy. Vztah se zdravotníky nebo spolupacienty se může změnit v přátelství. S nemocným je nutné probírat řadu informací, postupů. Je potřeba komunikovat srozumitelně a podávat ucelené informace. Vhodné je doplnit sdělení obrázkem, písemným materiálem. Znovu se vracet k objasňování souvislostí, nemocný si tak ujasňuje svou situaci. Je citlivý na signály odmítání, na nedostatek času ze strany ošetřujícího personálu. Chybou je přehlížení dotazů, zlehčování a devalvace nemocného (14).

1.5.2. Neverbální komunikace v péči o nemocné

Velkou část sociální interakce a vzájemného dorozumívání tvoří neverbální komunikace. Hovoříme o bohaté a rozmanité řeči těla, kterou tvoří mimika, řeč svalů a tváře. Tvář je nejdůležitějším komunikačním orgánem, vyjadřuje nejen právě prožívané

pocity a city, ale také životní postoje, názory, myšlení a způsob života dané osoby. Při komunikaci je důležitý přímý zrakový kontakt, při němž klient vidí do tváře sestry a naopak. Sestra nemocného člověka úsměvem pochválí, povzbudí, podpoří, uklidní, pozitivně naladí. Důležitou roli v mimice hraje „řeč očí“. Oči informují sestru o klientově prožívání, citech, myšlenkách, fyzickém a psychickém stavu. Oči umožňují nahlédnout do duše (21).

Proxemika je tělesná vzdálenost mezi lidmi při komunikaci. Při ošetřování klienta užívá sestra osobní zónu (vzdálenost 46-120cm), případně společenskou zónu (120-360cm). Do intimní zóny se sestra při komunikaci dostává, když uplatňuje i haptické, dotykové projevy (pohlazení tváře či ruky, podání ruky). Komunikaci ve vzdálenosti větší než 360cm (veřejná zóna) uplatňuje tehdy, komunikuje-li s několika klienty současně.

Haptika je dotykový kontakt. Nejběžnější je podání ruky. Sestra může také klienta pohlazet po ruce nebo tváři, položit mu ruku na ramena, nebo vzít jeho ruce do svých. Těmito pozitivními haptickými projevy se zvyšuje klientova důvěra.

Posturika je řeč fyzických postojů, polohy, držení těla a končetin. Sestra si všímá polohy klienta. Nemocný může být buď vzpřímený, předkloněný nebo třeba schoulený vsedě nebo vleže. Důležitý je i charakter pohybů končetin. Při tom je důležité i to, jak sedí či stojí sama sestra, jaké jsou její pohybové projevy v komunikaci s nemocným.

Gestikulace je spontánní pohyb části těla (nejčastěji ruky) během řeči. Gesta zvyšují názornost toho, o čem se hovoří. Doporučuje se používat gesta v horní polovině těla, charakterizovaná jako pozitivní.

Vzhled a celková úprava zevnějšku, informuje sestru o nemocném již při prvním pohledu na něj, při příjmu na oddělení. Důležitá je i tělesná konstituce, barva kůže, hmotnost, účes a barva vlasů, ruce a úprava nehtů, čistota, barva a charakter oděvu.

Sestra je mnohdy „vrbou“, jíž se nemocný svěřuje. Správná komunikace vyžaduje jasné formulace otázek, rozhovor má vždy působit terapeuticky. Klient ocení, když ho sestra při příchodu i odchodu pozdraví a přiměřeně osloví. Informace i otázky mají být jednoduché, srozumitelné a pochopitelné. Od sestry se vyžaduje pomalejší a hlasitější řeč, zřetelná artikulace, častější opakování informací a ověření si, zda klient všemu

porozuměl. Sestra by neměla užívat cizí slova, odborné výrazy, latinskou terminologii nebo zdravotnický slang. Nelze zapomínat ani na citovou labilitu nemocného, který může během krátké chvíle projevovat pozitivní city a vzápětí negativní emoce. Proto je při rozhovoru důležité zachovat intimitu a respektovat soukromí klienta. Sestra by si měla všimnout paralingvistických projevů v řeči nemocného, u klienta s afázií hledat nové způsoby komunikace.

Komunikace s nemocným člověkem musí být vždy důstojná, trpělivá, etická a musí respektovat jeho individualitu. Do komunikace s nemocným je třeba zapojit i členy rodiny a příbuzné, kteří jsou pro něj významnými podpůrnými osobami. Rodina je nejen zdrojem informací, spojovacím článkem se světem mimo nemocnici, ale i důležitým prvkem, který se spolupodílí na edukaci a péči o klienta (21). Nemocný má ale právo nesouhlasit se sdělením informací rodině, nebo některým jejím členům. To musí být vždy respektováno. Vyjímky je možné uplatnit tam, kde zdravotní stav klienta je tak vážný, že souhlas či nesouhlas není možné získat (4).

1.6. Potřeby klienta v nemocnici

Uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka je charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství. Uspokojování potřeb člověka je realizováno prostřednictvím ošetřovatelského procesu (26). „Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí“ (s.10,26). Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka. V termínu potřeba je zdůrazněna jednota vnitřního a vnějšího, s okolním světem. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem. V průběhu života se potřeby mění z hlediska kvality i kvantity. Potřeby je možné uspokojovat také různým způsobem, žádoucím nebo nežádoucím (26).

Americký psycholog Abraham H. Maslow vytvořil teorii o hierarchii potřeb. Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádaný, protože některé z motivů jsou silnější než jiné. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Hierarchie potřeb obsahuje potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a jistoty, potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby vnímání a

sebeúcty, potřeby kognitivní, estetické a potřeby seberealizace. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo další. Hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládají a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Potřeba seberealizace, hierarchicky postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Častá frustrace potřeb v dětství determinuje trvalé osobnostní rysy jedince (26).

Potřeby klientů v nemocnici lze rozdělit na tělesné, psychické a sociální. Tělesné potřeby souvisejí nejen s bezprostředním přežitím jedince, ale mají vliv na úroveň pobytu klienta v nemocnici a přímo ovlivňují psychickou stránku nemocného. V nemocnici se nejčastěji setkáváme s nedostatky jako je pocit žízně, absence čerstvého vzduchu, problémy s vyprazdňováním, hygienou a spánkem.

Psychické potřeby se u hospitalizovaných lidí týkají především jistoty, pocitu, že jsou personálem a spolupacienty akceptováni a pozitivně hodnoceni, dále potřebují mít soukromí a necítit se osamělí. Podle zdravotního stavu potřebují podněty a aktivitu (pohyb), aby se předešli sensorické a informační deprivaci. Důležitou potřebou je přehled a orientace v životě na oddělení, stejně jako pochopení vlastní hospitalizace.

Sociální potřeby se s psychickými potřebami překrývají a řadíme mezi ně nutnost komunikace a pozitivního kontaktu vedoucí k prožitku lidské blízkosti a vzájemnosti. Nemocný člověk se nesmí dostat do izolace vzhledem k domovu a přátelům, proto čím více má návštěv, tím lépe. Míra a kvalita uspokojování, či neuspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb klienta pak vyjadřují kvalitu života nemocného, na kterou je nutno myslet a dbát po celou dobu hospitalizace od okamžiku, kdy eventuálně pomine bezprostřední vitální ohrožení. Je třeba upozornit na to, že psychologické působení na klienta navazuje na kvalitní ošetrovatelskou péči (31).

1.6.1. Faktory ovlivňující uspokojování potřeb klientů

Mezi faktory, které ovlivňují uspokojování potřeb klientů patří nemoc, která často lidem brání v uspokojování potřeb. Proto sestry nemocným v uspokojování potřeb pomáhají. Když jsou uspokojeny potřeby fyziologické, nemocný chce uspokojovat potřeby vyšší úrovně (potřebu bezpečí, jistoty...). Vliv má také individualita člověka,

osobnostní vlastnosti, které modifikují potřeby, jejich vyjádření, uspokojování i psychickou odezvu. Lidé, kteří se poznají a váží si sami sebe, snadněji snášejí změny, identifikují svoje potřeby i způsob, jak je uspokojit. I mezilidské vztahy, zejména vztahy k příbuzným a blízkým, narušují uspokojování potřeb. Sestry často vstupují do těchto vztahů, protože jsou v blízkosti nemocného v jeho kritických obdobích. Dalším faktorem je vývojové stádium člověka, které modifikuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb i jejich psychickou odezvu. Každý člověk se v průběhu vývoje musí naučit důvěře k lidem, protože na základě této schopnosti lze naplnit pocit jistoty a bezpečí. Posledním faktorem jsou okolnosti, za kterých nemoc vzniká, nemocný člověk vyjadřuje jinak své potřeby v domácím prostředí a jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení (26).

1.7. Hospitalizmus

Pobyt v nemocnici je z psychologického hlediska mimořádně emočně a vztahově náročný. Proto je nutné se zajímat o psychický stav nemocného, aby se předešlo např. tzv. „nemocniční nemoci“, pro kterou se ustálil název hospitalizmus nebo třeba psychické deprivaci, která se týká hlavně dětí. Mezi projevy hospitalizmu patří jisté obtíže a komplikace, jež není možné vysvětlit jinak než jako důsledek snížené odolnosti organismu pod vlivem nepříznivého duševního stavu člověka. Vyskytuje se při nedostatku smyslových a citových podnětů. Je následkem dlouhodobého strádání, jde o deprivací syndrom.

Mezi negativní faktory, které k hospitalizmu přispívají patří, časné buzení, nedostatek podmínek pro odpočinek a noční spánek, malé množství podnětů psychických, fyzických a sociálních. Projevuje se buď autismem, kdy se člověk uzavírá do sebe, zabývá se vnitřním světem, utíká do fantazie, má stereotypní pohyby. Nebo regresí, což je pokles na nižší vývojový stupeň (u dětí), jedná se o poškození nemocného personálem (iatrogenii). V rámci prevence hospitalizmu je nutné při příjmu klienta seznámit s nemocničním prostředím a režimem oddělení, poskytnout mu dostatek informací v průběhu hospitalizace, umožnit nemocnému kontakt s rodinou, respektovat stud nemocného a požadavek na soukromí, respektovat individuální potřeby

nemocného, nepřizpůsobovat vše režimu oddělení, aktivizovat nemocného, poskytovat mu podněty pro duševní činnost, provádět RHB cvičení dle zdravotního stavu nemocného atd., realizovat ošetrovatelský proces s ohledem na individuální potřeby nemocného (12).

Psychická deprivace (týká se zejména dětí), je psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy člověku není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu, dochází ke strádání. Bohužel i u pohyblivých klientů se vyskytují deprivacní a maladaptační příznaky. Je to ztráta zájmu o okolí i o sebe (neupravený zevnějšek), regrese s infantilním chováním, zhoršování komunikace, soustředění zájmu na náhradní uspokojování v oblasti elementárních potřeb (jídlo, spánek, vyprazdňování) ze stereotypním vedením konverzace. Klienti se dožadují hypnotik, projímadla, jiné stravy, bezmyšlenkovitě přecházejí po chodbách. Často bývá takové chování mylně považováno za projev demence. Zanedbaná deprivace pak přechází v trvalou deprivaci. Základní problém je rozpor mezi zájmy a potřebami klienta na jedné straně a nároky skupinového života ústavního zařízení na straně druhé. K významným nástrojům prevence negativních důsledků ústavní péče patří právě zájem o individuální lidské potřeby dle Maslowa (12).

1.8. Psychoterapie pro nemocné

Výše zmíněným negativním důsledkem hospitalizace je možné předcházet programováním různých aktivit v rámci volného času klientů, ale také psychoterapií (16).

Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence, působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny, a tak podporuje uzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví. Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a

vědecky podložená interakce mezi terapeutem a klientem (31). Cílem psychoterapie jsou předem stanovené změny, kterých je dosaženo léčbou. V ideálním případě se výsledky a cíle terapie shodují. Odpovídají dosažení zdraví, tedy stavu organismu před vznikem určité poruchy. Účinné faktory psychoterapie jsou skutečnosti a terapeutem navozené děje, které vyvolávají a způsobují změny v duševním životě, v jednání, v tělesných funkcích nebo sociálních vztazích klienta, přičemž tyto změny jsou v přímé souvislosti s činností terapeuta (31).

Jednou z psychoterapeutických metod je tzv. validace. Validace je přístup, který vychází z humanistické psychologie a jeho základní východiska jsou tolerance, vcítění a empatické naslouchání. Validace se uplatňuje zvláště v práci se staršími lidmi s poruchami kognitivních funkcí, především s demencí. Úkolem je dát chování starších lidí smysl a cenu, zhodnocovat všechny jejich projevy (validovat). Validovat znamená potvrzovat, vzít na vědomí city druhých jako pravé a pravdivé, pomáhat řešit jejich vnitřní problémy tak, aby se jim vrátil pocit vlastní hodnoty, sebeúcty a aby se cítili spokojenější. Bez stimulace a vnímání dochází k pouhému přežívání a ke smrti (6).

„K validačním technikám patří v této fázi dotek, zrcadlení (napodobování druhého jako v zrcadle), hudba, jasný hlubší teplý hlas plný citu, upřímný přímý delší pohled „z očí do očí“, empatické naslouchání verbálnímu i neverbálnímu vyjadřování, intuice“ (s.449,6). Validace pomáhá obnovovat pocity vlastní ceny, dodává sílu a podporuje, co je v člověku zdravé. Vědomí smysluplného vlastního „já“ snižuje stres, úzkost a depresi. Zlepšuje se řeč, obnoví se společenská interakce, kontakt se sebou samým a tím i pocit spokojenosti a bezpečí. Nemoc sice nezničí, ale pomocí validace lze podstatným způsobem zlepšit kvalitu života (6).

Cílem validace je pomoci vyřešit nedořešené problémy z minulosti, pomoci lidem vyrovnat se se životem, snížit stres způsobený životními ztrátami, dosáhnout toho, aby se lidé cítili spokojenější a vrátili lidem pocit vlastní hodnoty (18).

Další možností psychoterapeutického působení na klienta je preterapie. Preterapie je specifický postup, který umožňuje navázat kontakt a budovat vztah i u osob, které obtížně komunikují nebo nemohou komunikovat vůbec. Jejich možnosti navázat kontakt s okolním světem, komunikovat a sdělovat tak své potřeby, přání a obavy, spoluutvářet

interakci s ostatními lidmi jsou silně narušeny jejich zdravotním stavem. Je prokázáno, že zdravotnický personál věnuje daleko méně pozornosti lidem, kteří nekomunikují. Výhodiskem je důkladné uplatňování přístupu orientovaného na klienta, o němž se preterapie snaží. Profesionálové jsou trénováni k trpělivé snaze navázat kontakt s těmito klienty. Posilují u nemocného kontakt s realitou, kontakt se sebou samým a kontakt s druhou osobou. Našli bychom zde prvky validačních postupů (zrcadlení, dotek), kontakt je však mnohem intenzivněji propracován a prohlubován tak, aby člověk mohl co nejvíce projevit svoje pocity a přání a tím i kontrolu nad svým životem. Preterapie patří k metodám, které vycházejí z tradic humanistické psychologie.

Psychický stav nemocného je možno ovlivnit i tzv. maieutickým přístupem. Jde o empatické ošetřovatelství, koncept rozvinutý v Holandsku, který navazuje rovněž na humanistické tradice. Rozvíjí se schopnosti ošetřovatelského personálu pracovat s prožitkem, empatií a citlivou interakcí s lidmi v těžkém stavu nebo umírajícími. Učí se pracovat s energií a vztahem. Snaží se navázat účinný kontakt s člověkem tím, že vstoupí do jeho vnitřního světa. Kontakt s realitou je udržován prostřednictvím prožívaných citů a pocitů, které nemocnému člověku zůstávají a s nimiž lze pracovat až do posledního okamžiku, a ovlivňovat tak kvalitu života v nejtěžších stádiích onemocnění. Rozlišuje se zde prožívání tělem (aktivace smyslů, koupání, masáže), smyslové prožívání (hudba, vůně, jídlo, pití...), prožívání reality objektivní (datum...) i subjektivní (vnímání personálu), instinktivní prožívání (smutek, slast...), sociální zkušenost (jak byl a je vnímán svět lidí) a duchovní zkušenost (vyrovnanost a vnímání vlastní hodnoty trávení času).

Mezi moderní metody zlepšování komunikace mezi ošetřujícími personálem a klientem patří videotrénink interakcí. Běžná interakce pečovatele s nemocným je snímána kamerou. I velmi krátký videozáznam umožňuje detailní analýzu komunikace s hledáním možností jak posilovat komunikační dovednosti a navázat účinný kontakt. Videotrénink je moderní účinná metoda, která pomůže personálu lépe spolupracovat s nemocným, motivovat jej, předcházet vzniku problematických situací a přitom zachovat klientovi identitu, jeho práva, autonomii a důstojnost (6).

Využití vzpomínek při práci se staršími lidmi je podstatou tzv. reminiscence. Jde o dramaticky ztvárněné příběhy, které se objevují ve vzpomínkách starých lidí a přenos těchto divadelních her nastudovaných profesionálními herci přímo do zařízení pro dlouhodobou péči o nemocné. Bylo prokázáno, že práce se vzpomínkami zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav starších klientů. Jejich život má cenu, byl plný událostí, potvrzují si svou vlastní identitu, zaměstnávají své myšlení a paměť, uspokojují potřebu předat zkušenost mladší generaci, význam má setkání ve skupině.

Vzpomínání je metodou validace, umožňuje hodnocení, životní bilancování, vzpomínky jsou spojeny s příjemnými pocity. Vzpomínání je důležitý zdroj informací pro personál, posiluje vztah mezi personálem a nemocným. Reminiscenční aktivity mohou probíhat formou skupinových setkání, ale především při každodenním individuálním kontaktu pracovníků s klientem. Reminiscence výrazně podporuje komunikaci a aktivitu osob s demencí (6).

Nejběžnější psychoterapeutickou metodou je psychoterapeutický rozhovor. Klient, jeho rodina, případně skupina osob je přímo ovlivňována řečovou aktivitou během interakce.

Změnu úrovně negativní aktivity, svalového a psychického napětí ovlivňují relaxační a psychofyzilogické postupy. Jejich cílem je dosáhnout uvolnění klienta (31).

1.9. Dlouhodobá ústavní péče o klienty

Demografické údaje hovoří jasně: evropská i celosvětová populace stárne a přibývá starých lidí, kteří potřebují zdravotní a sociální pomoc. Zdravotnické a sociální služby pro starší občany se intenzivně rozvíjejí, nemalou část péče pro ně zajišťuje systém home care a pečovatelská služba (5). Někdy je však nezbytné umístit klienta na oddělení následné péče do nemocnice.

Cílem následné péče je dosažení úplného fyzického nebo duševního zdraví chronicky nebo dlouhodoběji nemocných osob nebo co nejvýraznější zmírnění následků onemocnění, úrazů či vrozených vad (případně alespoň zpomalení progresu nebo důstojné dožití u nevyлéčitelně nemocných osob). Profil činnosti a rozdíly mezi akutní a následnou péčí jsou někdy chápány mylně. Zejména oblast lůžek následné péče je

zaměřována s pobytem v léčebně dlouhodobě nemocných, či je za následnou péči mylně považováno lázeňské léčení. Dle statistik lze konstatovat, že lůžka následné péče využívali především nemocní ve věku od 70 let věku, v současné době se však věková hranice hospitalizovaných klientů výrazně posouvá do mladších věkových skupin. Problematickou podskupinu tvoří nemocní s kognitivními poruchami. Podle diagnóz převažují ve struktuře těchto klientů stavy po CMP a úrazech pohybového aparátu, stavy po dekompenzacích chronických interních onemocnění a neurologických degenerativních onemocnění (13). Relativně dlouhá ošetrovací doba u starších nemocných je dána nejen dalšími přidruženými chorobami, závažností chorob a množstvím komplikací, ale i nevhodnou strukturou nemocničních lůžek. Zatímco v současné struktuře zdravotnických lůžek převažují lůžka určená pro krátkodobé akutní pobyty, je trvalý nedostatek lůžek rehabilitačních a lůžek pro chronicky nemocné a dlouhodobé pobyty. Nemocní indikovaní pro dlouhodobou ústavní péči tak mnohdy čekají na tyto lůžka i několik měsíců a „blokují“ lůžka nemocniční. Charakteristickými znaky dlouhodobé péče (long-term care) jsou chronicita, dlouhodobost, multidisciplinární přístup, účast více sektorů a stykání profesionálních a laických pečujících. O potřebě dlouhodobé péče nerozhoduje medicínská diagnóza ani chronicita choroby, ale stupeň zdravotního (funkčního) postižení, který interferuje se samostatnou, nezávislou existencí nemocného. Dlouhodobá péče je téměř vždy zdravotně-sociální. Jejím cílem je udržet co nejvyšší kvalitu života v přítomnosti dlouhodobého handicapu. Tyto cíle přesahují rámec medicíny a nemohou ani by neměly být řešeny pouze medicínskými prostředky. Pro své vysoké náklady a nejednoznačné postavení na pomezí sociální a zdravotní sféry tvoří dlouhodobá péče jednu z nejproblémovějších oblastí péče o nemocné.

V dlouhodobé péči převažuje tendence ošetrovat nemocné v domácím prostředí. Přesto je třeba si uvědomit, že pro některé občany, např. nemocné v těžkém nebo terminálním stavu závislé na některých zdravotnických výkonech nebo bez rodinného zázemí, je ústavní pobyt jediným a mnohdy optimálním řešením. V dlouhodobé péči je též třeba dbát na vyváženost a přiměřenost v poměru zdravotní a sociální péče podle individuálních potřeb klienta (25).

Obecně je populace v ústavní péči charakterizována vyšším věkem, nesoběstačností a potřebou péče o druhou osobu k uspokojení základních životních potřeb, přidruženými dalšími chorobami s vysokým zastoupením psychiatrických onemocnění, užíváním velkého množství léků najednou a vysokou úmrtností. Pobyty chronické, dlouhodobé (často trvalé), mohou být poskytovány v zařízeních zajišťujících pouze bazální zdravotní péči, jako jsou ústavy sociální péče včetně domovů důchodců, nebo převážně zdravotní péči, jako jsou odborné léčebné ústavy, léčebny pro dlouhodobě nemocné a ošetrovatelská centra. V zájmu vyšší účelnosti a komplexnosti se mají jednotlivé formy péče a služeb prolínat a kombinovat. Jednotlivá zařízení mohou současně poskytovat i různé typy služeb (různé formy péče). Vše bývá navíc komplikováno i vícezdrojovým financováním, snahou oddělit důsledně, právě z hlediska financování, aspekty a prvky služeb zdravotnických od sociálních při neoddělitelné provázanosti zdravotně-sociálních potřeb klientů. Určité typy sociálních zařízení mají klientelu prakticky totožnou s určitými typy zdravotních zařízení, např. domovy důchodců a léčebny pro dlouhodobě nemocné, ale mají zcela odlišné standardy vybavenosti, kvality péče, způsoby financování a odlišné právní a ekonomické souvislosti pobytu pro klienty. Zařízení se navzájem liší stupněm nezávislosti a soukromí svých klientů. Je snaha vytvářet co nejpříznivější prostředí a chránit soukromí, osobnost a důstojnost i nejméně zdatných a nejvíce nemocných klientů, kteří bývají podceňováni a manipulováni.

Na rozhodnutí o nástupu nemocného do zařízení dlouhodobé ústavní péče se podílí několik faktorů. K hlavním patří funkční stav nemocného, funkční náročnost jeho domácího prostředí, kapacita a úroveň zařízení dlouhodobé ústavní péče, sebehodnocení a životní priority klienta, jeho zdravotní stav (především recidivy obtíží a prognostický výhled včetně pokročilosti věku s obavou z budoucnosti, sociální podmínky-finanční i vztahové zázemí, rodinný stav, vztahy s dětmi).

Důvodem k přijetí do dlouhodobé ústavní péče je především špatný zdravotní stav a ztráta soběstačnosti v domácím prostředí, vyčerpání adaptačních schopností a kompenzačních možností zvládat jeho nároky. Ze zdravotních obtíží jde zvláště o pády, imobilitu a syndrom demence. Nejen v zařízeních sociálních, ale také ve zdravotnických je závažným důvodem pobytu sociální status včetně rodinného stavu (25).

V individuálních případech je dlouhodobá ústavní péče významné pozitivní řešení životní situace nebo zdravotního stavu. K obecným jevům však patří také adaptační zátěž, negativní důsledky ztráty sociální role, perspektiv, autonomie. Zátěž a rizika institucionalizace jsou dána především změnou prostředí s neznalostí nejen nových prostor, ale také nových lidí. Dále porušením mezilidských vazeb a dosavadní seberealizace, ztrátou či ohrožením soukromí, změnou sebehodnocení a životní perspektivy, ztrátou či omezením kontaktů s vnějším světem a různými formami deprivace a nevhodným chováním personálu nebo spolupacientů. Adaptace může být pozitivně ovlivněna podporou orientace, bezbariérovou úpravou, cílevědomě vedeným přijímacím procesem a psychoterapeutickou podporou. Do léčebny pro dlouhodobě nemocné může být klient přeložen v rámci diferencované zdravotní péče, ale mělo by zde jít o překlad, s nímž klient souhlasí. Důležité je však i vnitřní ztotožnění s nástupem na oddělení následné péče, k němuž je nezbytný dostatek hodnověrných informací (25).

Česká zdravotnická legislativa zavedla od roku 1974 označení léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) pro samostatná zdravotnická zařízení začleněná mimo nemocnice do tehdejších okresních či krajských ústavů národního zdraví. Byly určeny pro nemocné ve stabilizovaném stavu, se stanovenou diagnosou i se stanoveným léčebným programem, kteří však v důsledku nesoběstačnosti a míry ošetrovatelské náročnosti nemohou být ošetřováni v domácím prostředí a u nichž nelze předpokládat podstatné zlepšení v době kratší než 3 měsíce. V systému diferencované péče v LDN zřetelně převládala péče ošetrovatelská a služby sociální. LDN byla tedy zřizována pro potřebu chronicky a dlouhodobě nemocných, převážně vyššího věku a pro ty nemocné, kteří nikoho neměli a čekali na vyřešení své sociální situace. Na LDN je vykazována také podstatně vyšší úmrtnost, proto je zde vysoký podíl terminální péče. Po roce 1989 však došlo postupně k vytvoření konceptu následné péče, prolamuje se dominantní orientace na dlouhodobé a trvalé pečování a ošetřování, jsou oddělena akutní lůžka a lůžka následné péče. Lůžka následné péče vznikla z některých LDN nebo akutních lůžek. Na oddělení následné péče (ONP) jsou přijímáni i klienti nižší věkové kategorie a podstatně se zkrátila i délka hospitalizace, která by měla být 1 měsíc, maximálně 3 měsíce. Důvodem pro přijetí by v žádném případě neměl být casus socialis, což bylo

dříve běžné. V současné době by takovouto hospitalizaci nefinancovala ani zdravotní pojišťovna klienta, která vede v patrnosti i to, zda zdravotní důvody k hospitalizaci klienta na ONP již nepominuly. Část takto vzniklých oddělení lze začlenit do konceptu nemocničních geriatrických oddělení, část kapacity LDN a část nově vznikajících ONP však pokrývá potřeby dlouhodobého, často doživotního ošetřování (6).

1.10. Klient a jeho rodina

Současné formy péče o dlouhodobě nemocné lidi se realizují v rodině a v rezortech zdravotnictví a sociálních služeb. Není pochyb o tom, že člověku je nejlépe v rodině, a to jak ve zdraví, tak i nemoci. Tradiční rodinné formy péče o staré občany doznaly výrazných změn. Důvody jsou četné, dominuje však proměna moderní rodiny a dále skutečnost, že v druhé polovině 20. století byla péče o staré občany výrazně medicinalizována. Intermitentní (občasná) péče o starého člověka bývá pravidelná a většinou nepůsobí rodinám obtíže. Náročnější je dlouhodobá nebo dokonce trvalá péče o starého nemocného člověka. Profesionálové, kteří pečují o staré nemocné lidi, se neztřídky setkávají s rodinami, které jsou dysfunkční a nemohou se starat nebo výslovně odmítají převzít starého člověka do své péče. Platí, že rodina musí chtít, umět a moci. Kdo chce, tak si dovede zorganizovat péči a zvládne i základní ošetrovatelské úkony. Vážným problémem je, když nemocný člověk potřebuje dlouhodobou nebo trvalou péči (24).

Rodinní příslušníci jsou hlavním zdrojem podpory starších osob hospitalizovaných na oddělení následné péče. Zajišťují jim fyzickou, emocionální, sociální, psychologickou a finanční pomoc. Rodina jim svými návštěvami navozuje pocit spjatosti s minulostí, informuje je o přítomnosti a pomáhá jim rozhodovat se o budoucnosti. Někdy se zapojuje i do osobní péče. Komunikace a spolupráce mezi personálem a rodinou je klíčem ke koordinaci úkolů i k dobrým vztahům (21). Rodina i všichni blízcí si potřebují o svých problémech s dlouhodobým onemocněním s někým pohovořit, proto je třeba jim poskytnout prostor i čas a pozorně je vyslechnout, podpořit je v nelehké situaci. K dobré a sehrané spolupráci může dojít jen tam, kde rodina sestře plně důvěřuje a je si jista, že dělá pro jejich nemocného vše, co je v jejích silách (15).

Rodinu je třeba vždy o všem včas informovat. Některým rodinám je nutno pomáhat překonat pocit viny, proto se mohou zapojit do práce s klientem. Je třeba jim vysvětlit, že může dojít ke smrti jejich blízkého, poradit jim jak se vyrovnat se stavem jejich blízkého a vybídnout je, aby ho třeba pohládili. I rodinní příslušníci potřebují pochopení a pomoc ze strany zaměstnanců ONP. Dle výzkumů potřebuje dlouhodobou ústavní geriatrickou péči 5-7% obyvatel nad 65 let. Spektrum zařízení pro dlouhodobou péči je nedostatečné, chybějí ošetrovatelské ústavy specializující se na geriatrickou klientelu. Z medicínského hlediska převládá péče ošetrovatelská, paliativní, zaměřená na nejčastější geriatrické symptomy a onemocnění a rehabilitační ošetrovatelství cílené na udržení maxima soběstačnosti (18).

1.11. Soběstačnost klientů

Soběstačnost je schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí. Je dána dvěma faktory, funkční zdatností organismu včetně potřebných dovedností a znalostí a také náročností prostředí. V úvahu je třeba brát vždy oba faktory. Náročnost konkrétního prostředí klienta určuje zaměření a rozsah rehabilitace. Soběstačnost lze zachovat či obnovit často spíše úpravami prostředí než normalizací funkční zdatnosti nemocného. Posoudit možnosti a účelnost kompenzačních pomůcek je možné pouze znalostí jak funkčního deficitu a kompenzačních schopností nemocného, tak náročnosti a povahy prostředí, v němž se pohybuje (6).

1.11.1. Soběstačnost klienta a možnosti využití ergoterapie

Na udržení maximální soběstačnosti klienta na ONP se podílí tým pracovníků: sestry, ergoterapeuti a rodinní příslušníci. Ergoterapie (léčba prací) je součástí léčebné rehabilitace a je jednou z metod vhodného využití volného času klientů v průběhu hospitalizace. Práce a činnost ovlivňuje fyzický stav klienta (svalovou sílu, pohyblivost, vytrvalost), má příznivý vliv na jeho oběh, dýchání, látkovou výměnu a psychické funkce. Ergoterapie využívá pracovních pohybů a jiných činností, které jsou ordinovány lékařem a prováděny pod kontrolou ergoterapeuta. Taková činnost má preventivní i léčebný charakter.

Podle cíle se rozlišuje ergoterapie cílená na postiženou oblast, kdy jde o ergoterapii pohybových poruch (impairment), které již mohou způsobit disabilitu (snížení aktivity), ale také nemusí. Pokud se ergoterapií podaří poruchu odstranit, život klienta se vrátí do původní kvality a nebude další rehabilitační prostředky potřebovat. Z poruch uváděných v mezinárodní klasifikaci WHO jde hlavně o poruchy myoneuromuskulární.

Další je ergoterapie zaměřená na výcvik soběstačnosti. Jde o stavy po akutní fázi závažného onemocnění nebo po úrazu, kdy porucha orgánu nebo více orgánů je tak velká, že postiženého omezuje v jeho nezávislosti. Některé běžné denní činnosti se nedaří vykonávat a pokud se nepodaří pohyblivost zlepšit, nebo ji nahradit nějakou technickou pomůckou, dochází k různému stupni závislosti na druhé osobě, na technických pomůckách nebo na úpravě životního prostředí (17). Když je klient posuzován, které výkony nevládá nebo v čem je závislý na pomoci druhé osoby, jsou vyšetřovány systematicky činnosti, které se musí vykonat od rána, když se probudí až do večera, kdy uléhá na lůžko. O pohyblivosti a samostatnosti klienta se můžeme informovat pomocí testů (Příloha 1,2).

U některých klientů se hodnotí i lůžko a spánek, dále vstávání z lůžka, přesun do koupelny nebo na klozet, svlékání oděvu, mytí obličeje, trupu, dolních končetin, čištění zubů, česání, holení, močení a defekace a s tím spojená očista konečníku popřípadě manipulace s urinálem, oblékání, úklid domácího prostředí, obstarávání potravin eventuelně dalšího nezbytného nákupu, příprava pokrmů (různými způsoby), požívání pokrmů, ukládání se na lůžko, spánek, obracení se na lůžku, sebeobsluha během noci (Příloha 3). Aktivity všedního života (activities of daily living, dále jen ADL) se hodnotí podle konceptu, který vychází z přesvědčení, že rozhodující u klientů je funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. Proto jde o ucelenou rehabilitaci, která postihuje nejen vlastní deficit, ale také podpůrné faktory tělesné a také vlivy psychosociální. Je zaměřena na tělesné a sociální fungování. Původní index nezávislosti v každodenních aktivitách vytvořil v roce 1964 S. Katz, je označován jako Katz ADL (Příloha 4). Prošel několika zjednodušujícími úpravami. Původní 6 položkový index však zůstává jednoduchým zlatým standardem. Bazální ADL se týkají sebeobsluhy. Hodnotí se přemísťování (přesun z lůžka do křesla, chůze kolem lůžka), používání

toalety, koupání, jezení, oblékání. Barthelův index zahrnuje navíc hodnocení chůze a stoupaní do schodů. Test Dorothey W. Barthelové (Příloha 5) orientačně informuje o pravděpodobných nárocích na pomoc druhého člověka, kterou je nutno věnovat postižené osobě v každodenních činnostech. Jde o jednoduchý index osobní nezávislosti, který je vhodný pro posuzování chronicky nemocných osob, zda se zlepšují během rehabilitace. Index Barthelové (BI) se také využívá před přijetím do nemocnice a po propuštění. Hodnoty určené pro každou položku vycházejí z hodnocení času a rozsahu stávající pomoci, kterou klient potřebuje, když není schopen některou aktivitu vykonat. Prostředí, ve kterém se klient nachází, může ovlivnit skóre. Aby byl test Barthelové dostatečně validní, měl by být vždy doplněn zhodnocením životního prostředí, ve kterém klient žije. Nemocný, který dosáhl 100 bodů v BI je kontinentní, sám se nají, sám se obléká, je schopen chůze alespoň v délce bloku domů a může jít do schodů a ze schodů. To však ještě neznamená, že může žít zcela sám. Není schopen si vařit, uklízet byt a udržovat kontakt s veřejností. Může však být sám, aniž by musel být někdo trvale přítomen při základní sebeobsluze (6).

Dále je ergoterapie před pracovním začleněním. Je to předpracovní rehabilitace-ergodiagnostika. Práce je nejen zdrojem příjmů a společenské produktivity, ale také přináší člověku pocit užitečnosti a lidské důstojnosti. Každý občan, který onemocní nebo utrpí nějaké zranění, musí být současně rehabilitačně posuzován jako budoucí pracovník, který může mít v práci potíže, práci bude vykonávat v omezeném rozsahu nebo původní práci nebude schopen konat. Teprve když rehabilitační úsilí selže, měl by být poskytnut plný invalidní důchod.

Čtvrtou možností je ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice. Nemocní mají často chmurné myšlenky, které lze nejlépe zahnat ergoterapií, která je přiměřená vzdělání a dovednosti klientů. Všechna pracoviště geriatrická by měla mít velký výběr v pracovních činnostech, které se konají ve skupinách, aby se povzbuzovala nálada. Ergoterapie v těchto případech není nucená činnost, spíše má být lákavá, aby se o ni lidé sami zajímali. Bez ergoterapie při dlouhodobém léčení snadno dochází k pesimistickým myšlenkám, které si klienti navzájem sdělují a svá duševní strádání si spíše zvětšují.

Dále je nutné vyplnit volný čas pomocí médií (magnetofon, rádio, televize, mobilní telefon), lze využít vhodně volených videoekazet. Pro mnoho lidí je důležitá četba. Mají své oblíbené autory nebo jim ergoterapeutka doporučí vhodnou četbu sama. Také sportovní aktivity mohou velmi dobře naplňovat volný čas klientů. Ergoterapie nabízí pracovní činnost nemocným, jejichž zdravotní stav nedovoluje jiné pracovní uplatnění. Vhodně volenými technikami (výtvarné techniky, práce s keramickou hlínou, s textilem) dochází k rozvoji motorických funkcí, smyslového vnímání, komunikačních dovedností, fantazie, podpoře schopnosti sebevyjádření, zmírnění stresu a afektivních poruch chování. Účelně využitý volný čas vede k prevenci sociální izolace a sociálně-patologických jevů (17).

1.12. Kognitivní rehabilitace a stimulace

Metodou jak vhodně využít volný čas v průběhu hospitalizace je např. i kognitivní rehabilitace. Kognitivní rehabilitace znamená obnovování či udržování porušených kognitivních funkcí a posilování těch funkcí, které zůstaly zachovány. Kognitivní rehabilitace je určena např. nemocným po mozkových úrazech či operacích, v geriatrii především nemocným po cévních mozkových příhodách a při syndromu demence. Starší klienti touží po udržení mentální zdatnosti a propracované techniky. Trénování paměti a kognitivní stimulace jim v tom do značné míry mohou pomoci. Vycházejí z předpokladu, že schopnost učení a plasticita mozku trvají po celý život, tedy i ve stáří. Zvláště u dementních osob je podpora komunikace klíčová. Rozvoj demence může rehabilitace účinně zpomalovat, může po delší dobu zachovat zbytkový potenciál porušené funkce, či alespoň zlepšit kvalitu života nemocného člověka posilováním jeho sebehodnocení a sociálních kontaktů. Předem je nutné zhodnotit a pochopit zábrany, které vedou ke snížení výkonu. Poté lze stanovit určitou terapeutickou strategii a metodiku postupu, individuální plán. Klient se spolupodílí na přípravě plánu, důležitý je jeho souhlas, důvěra. Cílem kognitivně rehabilitační péče je individuální práce s nemocným, kultivace jeho citů a uvolňování vnitřních psychických tlaků a stresu. Konkrétní metody se řídí typem a mírou postižení nemocného. Jádrem snažení by vždy

mělo být rozvíjení či udržování komunikace, práce se vzpomínkami (nenásilné orientování v realitě) a podpora aktivity (6).

Mozkovým tréninkem nebo joggingem je myšleno preventivní posilování zdravého mozku. Základem jsou různé metody stimulace mozkové činnosti. Mozkový trénink patří k oblíbeným činnostem klientů v ústavní péči. Všestranně orientovaný mozkový trénink směřuje k posílení vnímání, koncentrace, nacházení slov, schopnosti postřehu, formulování, vyjadřování, asociačního myšlení, logického uvažování, fantazie i tvořivosti. Proto je významné také procvičování logického postupu řešení a bohatšího využívání slovníku. Mozkový trénink by měl probíhat v příjemných podmínkách. Koncentrace na přijímání určitých podnětů má vycházet ze stavu výchozího uvolnění, do kterého se na konci každého cvičení opět vrací. Není vhodná atmosféra soutěživosti, skupiny by měly být malé, výkonově i znalostně vyrovnané. Mozkový trénink zahrnuje řadu metod od zcela neformálních (řešení křížovek, šachy) k cíleným, jakými jsou například řešení matematických úloh, kurzy kreativního psaní, trénink fantazie a imaginace, sestavy rozvojových cvičení mozkových funkcí, cvičení pozornosti a paměti sluchové i zrakové (např. pexeso), práce s počítačovými programy rozvoje kreativity, procvičování a rozšiřování slovníku, trénink asociačního myšlení a zapamatování, tělocvičné a taneční aktivity se stimulováním pohybové paměti a inteligence a s využitím, propojení kineze s psychikou, jóga, řešení různých skládaček, puzzles, křížovek. Třídění geometrických tvarů, stavebnice, popis obrázků, speciální počítačové programy. Také poznávání vůní, zvuků, předmětů podle hmatu, sensorická stimulace (např. muzikoterapie), doteky, tělesný kontakt, tělesná cvičení, tanec. Je třeba střídat krátké „tréninkové jednotky“ s „nicneděláním“ a s přirozenými denními aktivitami.

1.13. Koncept Bazální stimulace

Koncept Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, kdy je jedincům s těžkým postižením nabídnuta možnost pro vývoj jejich osobnosti.

Pojem bazální znamená elementární, základní nabídku, která se realizuje v nejjednodušší podobě. Pojmem stimulace se rozumí, že jsou poskytovány podněty všude tam, kde se jedinec s těžkým postižením vzhledem ke svému poškození není

schopen sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj. Základní myšlenkou Bazální stimulace je požadavek celistvosti, holistický přístup. Těmito metodami a přístupy je možné se dotýkat jen celého člověka, vědomé rozlišování mezi tělesným a duševním působením je nepřípustné, neboť lidská bytost je nedělitelná. Za základní princip Bazální stimulace se považuje zjištění, že pomocí těla lze jedince uvést do reality (skutečnosti), zprostředkováním zkušenosti (empirie) a vjemů. Vychází se z toho, že každý člověk má naprogramovaný určitý jemu vlastní vývoj, který je však možno při jeho diferencování vhodným způsobem podpořit. Platí zde, že tělesné i emocionální složky jsou hodnoceny rovnocenně, že každé nadřazování některé složky představuje svévolné zasahování do určitého hodnotového systému a že všechny tyto složky působí společně. Podpora nemůže být zaměřena jen na budoucí cíle, ale podpora spočívá v současnosti ve společném zaměštnávání, podněcování (aktivaci) a komunikaci. Vychází se z toho, že jedinec s těžkým postižením se nachází ve stavu extrémně redukováných aktivit. Svět kolem něho téměř neexistuje, nemůže vyvíjet žádné kontakty s okolím. Pomocí bazálních (základních) podnětů lze alespoň občas částečně otevřít tuto individuální izolaci (28).

Koncept Bazální stimulace rozvinul v 70. letech prof. Andreas Froehlich. Díky této koncepci si mohou těžce postižení lidé lépe uvědomovat své potřeby. Pomáhá redukovat závislost nemocného na ošetrovatelské péči a vede k lokomoci, komunikaci a vnímání. Zaměřuje se především na klienty v bezvědomí, na umělé plicní ventilaci, na hemiplegické klienty s apalickým syndromem a v somnolentních stavech.

Prvky základní stimulace lze rozdělit na základní a nastavbové. Do základních prvků Bazální stimulace patří somatická, vestibulární a vibrační stimulace. Nastavbové prvky Bazální stimulace tvoří stimulace orální, olfaktorická, stimulace taktilně-haptická, vizuální a auditivní. Pomocí somatických podnětů, které se týkají celého těla, lze docílit pozitivní zkušenost s vlastním tělem, s vlastní postavou, s hranicemi a místy kontaktu vzhledem ke světu. Primární tělesná zkušenost se vyvíjí dotykem. Vychází ze středu těla, od trupu, přechází přes končetiny, až podráždění (aktivace) dojde k prstům rukou a nohou. Mnoho jedinců s těžkým postižením má velké problémy interpretovat dotek ruky, někdy musí být použit intenzivnější podnět, což se docílí například pomocí froté

ručníku, kožešinové rukavice, žínky a dalších materiálů. Tím, že jsou použity tyto materiály, kontakt kůže ke kůži tolik nedominuje, naopak se zesílí pocit pro vlastní tělo (cítění vlastního těla). Lze použít i fén, kdy teplý vzduch dodá tělu, kůži dojem dimenze (rozměru) a sounáležitosti. Prostřednictvím různých podnětů se tak postupně vytváří tělesné schéma, které si jedinec s těžkým postižením jinak nedokáže vybudovat. Jeho pohybová nedostatečnost a pohybová stereotypie způsobuje, že představa o vlastním těle je nediferencovaná. Dotyk kůže působí emocionálně, povzbudivě a stabilizačně. Je to forma pravidelně se opakující něžnosti, která signalizuje blízkost a také nejintenzivnější forma komunikace. Somatické podněcování se však vztahuje hlavně na svalstvo a kůži. Použitím vibrace se však navodí intenzivní pocit i v nosných částech těla a kloubech. Vibrace se může stát i přechodem k vnímání chvění a směru odkud přichází (28).

V posledních letech se rozšířilo podněcování prostřednictvím „senzorické integrační terapie“. Vestibulární podněty zprostředkovávají člověku s těžkým postižením informace o poloze v prostoru, o pohybu celého těla v prostoru. Přiměřený vestibulární podnět zřetelně působí na stabilitu držení těla a v daném případě normalizuje tonus. V zásadě se jedná o pomalé kolébové pohyby podél osy a napříč osou těla, zvláště se využívají pohyby na terapeutickém válci nebo velkém míči. Tyto tři oblasti podnětů-somatické, vibrační a vestibulární se vztahují k nejranějším a nejelementárnějším formám vnímání. Dodávají klid, jistotu a bezpečí a vedou k psycho-fyzickému vyrovnání.

Velmi důležité jsou i čichové a chuťové podněty. Permanentní podávání výživy sondou přispívá k omezení citlivosti celé ústní dutiny. Je zde zřetelný vztah k „orální komunikaci“. Pedagogicko-psychologickým úkolem je tedy postarat se o jasné vnímání kontur a kontrastů. Potom se může jedinec soustředit na přijímání a zpracování nabízených aktivit. Slyšení a vidění jsou našimi dálkovými (distančními) smysly. Pro mnoho osob s tělesným postižením jsou oblasti vidění často zřetelné jen kontrastní obrazy či v oblasti slyšení výrazné zvuky a rytmy. Je vhodné kombinovat zvukové nabídky s pohybem nebo dotykem. Zrakové podněty jsou základem při vytváření hrových nabídek. Předmět je na kontrastním pozadí. Rané formy komunikace mají také

charakter stimulace. Neexistuje „čistá“ péče, neexistuje „čistá“ stimulace, vždy je zde podstatnou složkou komunikace.

Bazálně stimulující ošetrovatelská péče je strukturována v čase, to znamená, že určité ošetrovatelské činnosti se opakují pravidelně denně ve stejném čase, jsou prováděny přesně stejným postupem. Klient si na ně tak může zvyknout a nalézt v nich jistotu a orientaci. U nemocného se tak rozvíjí schopnost koncentrace, může se tak stimulovat rehabilitace a vlastní organizace mozku. Právě úkony, které má nemocný zažité, musí být při bazální stimulaci prováděny a klient k nim znovu veden v nezměněném postupu. Zde může nemocný nabýt opět ztracené emoce, pocity, pohyby, mohou se mu vrátit vzpomínky na již prožité zážitky. Díky individuální, strukturované a smysluplné péči je možno dát klientovi najevo, že je s ním počítáno a že není jen objektem péče, nýbrž je v ní také důležitým subjektem.

Bazálně stimulující ošetrovatelská péče akceptuje reakci klientů a odpovídá na ní. Nepřetěžuje schopnost klientovi pozornosti. Základem je ošetrovatelský výkon a schopnost vnímání nemocného. Bazální stimulace má na zřeteli autonomii klienta, respektuje jeho vlastní rozhodnutí a nabízí mu doprovod. Sleduje jasně cíle klienta a nechává mu čas, aby si je našel sám (28).

1.14. Arteterapie

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky, komunikace a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako samostatný obor. Získává ve světě stále větší uznání. Uplatňuje se nejen v sociální práci a klinické praxi, ale i ve výchovném procesu (27).

Slovo arteterapie se skládá ze spojení z latinského ars=umění a řeckého therape=léčba. Nejčastěji se rozlišují dva základní proudy. Terapie uměním, která klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, což jsou výtvořky a prožitky z procesu tvorby, které jsou dále psychoterapeuticky zpracovány. Výtvarné techniky umožňují klientům vyjadřovat jejich pocity, terapeutovi jsou tak zpřístupněny některé osobnostní rysy, které mohou být jinak stěží rozpoznatelné. Kresby též vyjadřují

chorobné změny, ohlašující začínající psychotický proces nebo jeho recidivu, ještě dříve než je to možné postihnout jinou klinickou metodou. Užívá tvořivého procesu jako prostředníka urovnání emocionálních konfliktů a podporuje růst sebevědomí a osobnostní růst člověka. U některých nemocných je neverbální technika jediným prostředkem komunikace mezi nemocným a terapeutem. Tato technika přispívá také k procvičování paměti, ukotvení v realitě, procvičování jemné motoriky. Občas je možné pozorovat i určité prvky soutěživosti mezi jednotlivými klienty a samozřejmě radost a uspokojení z vykonaného díla.

Arteterapie může být buď skupinová nebo individuální. Individuální arteterapie umožňuje člověku uvědomit si podstatu jeho psychických problémů a pomáhá mu naučit se je řešit vlastními silami. Při skupinové arteterapii se lidé s podobnými problémy mohou podpořit, ale hůře se dosáhne diskretnosti. V arteterapii jde u každého jednotlivého klienta o naplnění běžných cílů. Mezi nejčastější patří navození kompenzačního procesu, aktivace, zprostředkování kontaktu, přeformování stereotypů, komunikace prostřednictvím výtvarného projevu, odstranění úzkostných stavů, socializace a kanalizace agresivity. Důraz může být kladen na externalizování problému klienta a jeho transformaci do nového harmonizujícího kontextu (16).

Při arteterapeutických činnostech se pracuje buď v ploše (malování, grafiky, koláže, práce s papírem, kreslení) nebo v prostoru (modelování, keramika, práce se dřevem). Arteterapeut volí různá témata, která se vztahují k různým etapám lidského života. Ať už se jedná o vytvoření abstraktní představy, či konkrétní vyjádření k určité problematice. Trpělivě a s pochopením jim ukazuje jednotlivé techniky a provádí je mnohdy nepoznaným světem barev a emocí, které jsou spolu navzájem spojeny. Po skončení práce se klienti mohou vyjadřovat k jednotlivým výtvorům ostatních, popřípadě o nich diskutovat. Klient objevuje své tvůrčí vlohy a může si tím výrazně posílit sebevědomí. Spontánní tvorba obohacuje tvořivost, podporuje sebeúpravu (1).

Filozofie C. R. Rogerse, na klienta orientované terapie, je častým východiskem současných arteterapeutů. Cvičení se zaměřují i na budování empatie a učení reflektovat problémy druhého. U starší populace je arteterapie aplikována při cvičení krátkodobé paměti, pro posílení vědomí vlastní hodnoty, jako pomůcka rehabilitace jemné

motoriky. Pomáhá klientům přizpůsobit se nové životní situaci, poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním. Ovšem arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění (20).

1.15. Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá hudebních prostředků k léčebným účelům. Receptivní muzikoterapie je založena na poslechu hudby, sdělování prožitků a jejich interpretaci. Aktivní muzikoterapie spočívá v hudební interpretaci či reprodukci s použitím individuálních výrazových prostředků (hlasu, tleskání) nebo jednoduchých nástrojů. K hudbě neodmyslitelně patří pohyb a dramatické postupy (22).

Cílem muzikoterapie je zmírnění strachu, zlepšení komunikace, zlepšení nálady, odreagování určitých emocionálních stavů a prohloubení schopnosti sebeprožívání. Lze použít různé hudební nástroje nebo CD přehrávač. Smysl hudby byl vždy spatřován v tom, že má na jednotlivce a skupiny pozitivní a uzdravující účinky. Hudbou se dají vyjádřit například pocity a nálady. Je jedním z dobrých komunikačních prostředků mezi lidmi. Účelem muzikoterapie je zprostředkovat neverbální dialog mezi terapeutem a nemocným, respektive mezi členy terapeutické skupiny. Hudební improvizace představuje stěžejní techniku práce muzikoterapeuta. Představuje spontánní vytváření hudby pomocí hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů. Rozvíjí kontakt s nemocným, muzikoterapeut vytváří hudebně a emocionálně příznivé prostředí. Hudební nástroj nebo jiný výrazový prostředek (hlas, pohyb) zastupuje hráčovo ego a zrcadlí jeho vnitřní svět. Klient může vyjádřit pocity, které je obtížné sdělit verbálně. Množství důležitých dat lze získat verbálním rozhovorem s klientem po skončení improvizace. Analýzu hudební improvizace usnadňují audio nebo video záznamy.

Podle formálního uspořádání se rozlišuje individuální a skupinová hudební improvizace. V individuální improvizaci se ukazují problémy jednotlivce, struktury jeho osobnosti, sebepojetí a prožívání. Skupinová improvizace umožňuje mapovat sociální interakce nemocných, jejich vztahy, postavení uvnitř skupiny a schopnosti neverbální komunikace. Hudební improvizace se může analyzovat také z hlediska dostatku nebo

nedostatku energie, aktivity nebo pasivity, otevřenosti nebo uzavřenosti, spontaneity nebo kontroly, atd. (22).

Muzikoterapeutickou analýzu je vhodné doplnit dalšími diagnostickými postupy (rozhovorem s klientem, pozorováním). Improvizační činnost nabízí nemocnému příležitost k volbě a rozvoji kreativity. Hudební interpretace je direktivnější způsob práce, který spočívá v reprodukci předem známého hudebního materiálu. Je vhodná pro klienty, kteří potřebují posílit sebedůvěru, a kteří prožívají úzkost ze spontánního projevu. Pomáhá rozvíjet hudební dovednosti, percepční, motorické, sociální a kognitivní funkce. Buduje sebedisciplínu a schopnost sebekontroly (zvláště při skupinové hře nemocných). Poslech hudby podporuje vyjádření myšlenek a pocitů nedirektivním způsobem. Usnadňuje navázání kontaktu, komunikace a interakce mezi terapeutem a klientem. Pokud se na setkání s nemocným chce terapeut věnovat nějakému konkrétnímu problému, poslech hudby mu usnadní začít a rozvinout komunikaci. Hudba evokuje vzpomínky, asociace klienta a zpřístupňuje nevědomý materiál. Při poslechu hudby by měl muzikoterapeut vzít v úvahu hudební preference klienta, délku koncentrace jeho pozornosti a terapeutický záměr, kterému by měl odpovídat výběr konkrétní hudby. Zpěv písní pomáhá lidem s narušeným řečovým projevem zlepšit jejich artikulaci, rytmus řeči a dechovou kontrolu. Použití písní usnadňuje orientaci nemocných v čase, prostoru a posloupnosti aktivit během dne.

Skupinový zpěv přivádí zúčastněné ke společnému kontaktu, poskytuje anonymitu projevu a možnost odreagování. Zapojuje percepční motorické, emocionální a kognitivní funkce. Psaní písní a kompozice hudby podporuje kooperativní učení, sdílení pocitů, myšlenek a zkušeností. Hudební vystoupení zahrnuje fázi přípravy (nácvičku) a realizaci vystoupení. Při nácvičce je možné využít instrumentální, vokální a pohybové aktivity podle preferencí a schopností klientů. Hudební vystoupení (např. v terapeutické skupině) pomáhá nemocným budovat sebedůvěru, sebevědomí a sebedisciplínu. Prohlubuje vnímání a uvědomování druhých. Pohybové aktivity při hudbě podporují a rozvíjejí rozsah pohybů, senzomotorickou koordinaci, svalovou sílu, vytrvalost, respiraci, svalovou relaxaci a kreativní vyjadřování pohybem. Rytmické komponenty hudby pomáhají zvýšit motivaci, zájem o prožitek z hudby a pohybu. S imobilními

klienty je možné provádět tanec a pohybovou improvizaci na vozíku (7). Při skupinové taneční terapii se mají nemocní možnost vzájemně pozorovat, mohou se držet za ruce, komunikovat dotekem, napodobovat terapeuta. Mají tak dostatek taktilních podnětů z okolí, mohou navázat nový psychický a fyzický kontakt s jiným člověkem. Hudba a tanec mají vliv na vzpřímené držení těla, dochází k postupnému zatěžování a posilování posturálního svalstva a uvolnění flexorů. Tance vsedě se využívá při těžších somatických onemocněních s výraznými poruchami hybnosti, lze také zapojit zcela imobilního člověka na lůžku. K povzbuzení pohybové činnosti se používají šátky, míčky, stuhy. Tance v chůzi jsou skupinové tance, přizpůsobené možnostem a hybnosti starších tančících. Taneční terapie je schopna svou optimistickou atmosférou vzbudit novou chuť do života, nastolit psychosomatickou rovnováhu organismu a nabídnout nové sociální kontakty. Dechové cvičení při hudbě je efektivní nefarmakologická technika pro uvolnění hypertenze, posílení respiračních svalů, prevenci pneumonie a usnadnění řeči u klientů s roztroušenou sklerózou (22).

1.16. Dobrovolnictví

Dobrovolnictví je vědomá, svobodně zvolená činnost, konaná ve prospěch druhých bez nároku na odměnu. Je to přirozený projev občanské zralosti. Přináší konkrétní pomoc tomu, kdo ji potřebuje a zároveň poskytuje dobrovolníkovi pocit smysluplnosti. Dobrovolnictví je pravidelným a spolehlivým zdrojem pomoci pro organizaci, která s dobrovolníky spolupracuje. Dobrovolníkem se může stát v podstatě kdokoli, také studentky Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích se podílejí na dobrovolnických programech a pravidelně navštěvují klienty nemocnice v Českých Budějovicích. Jako dobrovolnice poskytují svůj čas, svoji energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch ostatních lidí a společnosti (32).

Vlastní výkon dobrovolné pomoci se označuje jako dobrovolná činnost, nebo služba, termínem dobrovolnická činnost se pak označují aktivity spojené přímo s organizací dobrovolnictví. V současné době je dobrovolnická činnost stále více koordinována. Touto činností se zabývají dobrovolnické organizace. V České republice jsou to především dobrovolnická centra například v Praze, Brně, Plzni, Kroměříži, Českých

Budějovicích, Ústí nad Labem a další organizace věnující se dobrovolnické službě jako Česká národní agentura Mládež, INEX, VOLONTÉ a jiné (32).

Každý dobrovolník má svoje práva i povinnosti. Mezi povinnosti dobrovolníka patří splnit úkoly, ke kterým se zavázal, být spolehlivý, nezneužívat projevené důvěry, požádat o pomoc, kterou při své činnosti potřebuje, znát a brát na vědomí své limity (časové, zdravotní, atd.), být „týmovým hráčem“ a ztotožňovat se s posláním organizace, pro kterou činnost vykonává a dle toho ji navenek prezentovat (2).

Dobrovolníci, kteří do některé z institucí vstupují, zde mohou vzhledem k ne příliš pozitivním projevům veřejnosti působit jako cizorodý prvek. Proto vstup dobrovolníků do organizace musí být vždy předem dobře naplánován a je nutné podrobně seznámit zaměstnance i klienty s principy dobrovolnictví a využití jejich námětů, v čem by jim dobrovolníci mohli pomoci. Vstup dobrovolníka do organizace představuje především otevření se organizace okolnímu světu. Úkoly, které mají dobrovolníci vykonávat, jsou obvykle vytvářeny podle potřeb zaměstnanců a dobrovolníci se stávají jejich pomocníky a asistenty.

Činnost dobrovolníků pomáhá přispět ke zlepšení psychosociálních podmínek klientů, vyplnit dlouhý čas jejich léčby na lůžku, připravit pro klienty řadu aktivit, které jim ulehčí jejich pobyt v nemocnici (zájmové programy v oblasti výtvarných prací, hudby, práce na počítači, atd.). Tyto dobrovolnické programy proto využívají léčebny dlouhodobě nemocných, ústavy sociální péče, hospice a další zdravotně-sociální zařízení (2).

1.17. Aktivizační sestry

Je určitě přáním veškerého personálu na ONP, aby byla na oddělení přítomna tzv. aktivizační sestra. Tyto speciálně školené sestry absolvují kurzy psychoterapie, dramatického sebevyjádření, arteterapie, kondičního cvičení a vertikalizace, trénování paměti pro starší klienty, sociální psychologie, podpory zdravého životního stylu, masážních technik a rozšiřují si vědomosti v oblasti alternativních metod i nových technik v oblasti ošetřovatelství. Cílem aktivit těchto sester je nejen samotné zlepšení schopností nemocného, ale také jeho rozptýlení, radost a zábava. Tato aktivizace klientů

je nezbytná pro naplnění holistického pojetí medicíny a ošetřovatelství a zohlednění přibývajících počtu nemocných s kognitivním deficitem. Aktivizační sestra se snaží podporovat ty činnosti, které jsou pro daného člověka důvěrně známé a oblíbené, přinášejí mu radost a navíc přispívají ke vzájemné spolupráci. Informace, které jí pomáhají při plánování aktivizace, získává prostřednictvím malého dotazníku, s nímž se obrací na rodinné příslušníky a blízké osoby klientů. Nedílnou součástí této práce je denní příprava a neustálé rozšiřování vědomostí. Přínosem pro vytváření individuálního programu je těsná spolupráce aktivizační a osobní sestry. Osobní sestry mají o víkendových službách rozpis aktivizačních činností, které mohou sami nebo s pomocí rodiny během víkendu realizovat. Zapojení rodinných příslušníků se pomalu stává samozřejmostí. Propojení spolupráce nemocný-rodina-zdravotníci je nadějí pro budoucnost ošetřovatelství (23).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

V souvislosti s názvem a tématem práce byly stanoveny následující cíle:

- C1: Zjistit, jakým způsobem využívají volný čas klienti hospitalizovaní na ONP.
- C2: Zjistit problémy uváděné sestrami spojené s rolí sestry v rámci využití volného času klientů při hospitalizaci na ONP.
- C3: Zjistit odezvu klientů na využití volného času v průběhu hospitalizace na ONP.

2.2. Hypotézy

H1: Klienti tráví volný čas v průběhu hospitalizace na ONP více pasivním ležením než aktivní činností.

H2: Sestry uvádějí, že problémem omezených možností využití klientova volného času v rámci hospitalizace klientů na ONP je nedostatek času.

H3: Klienti nejsou spokojeni s využitím volného času v průběhu hospitalizace na ONP.

3. Metodika

3.1. Metodika práce

K výzkumu byla použita dotazníková technika sběru dat. Jednalo se o kvantitativní výzkum. Dotazníky byly určeny pro sestry (Příloha 6) a pro klienty (Příloha 7) ONP v Táboře, Českých Budějovicích, Písku a Strakonících. V Táboře a v Českých Budějovicích byl zvolen osobní kontakt s respondenty, do Strakoníc a Písku byly dotazníky zaslány poštou po předchozí domluvě s hlavní sestrou dané nemocnice. Předtím, než byly dotazníky distribuovány proběhlo schvalovací řízení vedoucím pracovníkem, následně byly dotazníky rozdány sestrám a některým klientům,

s ostatními klienty byly dotazníky vyplňovány osobně po předchozím rozhovoru. Dotazník pro sestry obsahoval 22 otázek, dotazník pro klienty 17 otázek.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl proveden během měsíce ledna a února 2007 na ONP v Táboře, Českých Budějovicích, Písku a Strakonících. První výzkumný soubor (A) tvořily sestry daných ONP. Jim určené dotazníky obsahovaly všeobecné dotazy na věkovou kategorii, vzdělání, délku praxe ve zdravotnictví. Další otázky byly směřovány na možnosti využití volného času klientů v průběhu hospitalizace. Druhým výzkumným souborem (B) byli klienti. Dotazníky pro klienty ONP obsahovaly též všeobecné otázky na věkovou kategorii, pohlaví, délku hospitalizace. Byla zjišťována také soběstačnost a pohyblivost klientů. Většina otázek byla zaměřena na možnosti využití volného času klientů v průběhu hospitalizace.

Z celkového počtu 200 dotazníků pro klienty, které byly rozdány nebo vyplněny osobně s klienty na daných odděleních bylo použito pro tuto práci 175 výtisků. V Českých Budějovicích na 1. ONP, kde bylo hospitalizováno přibližně 174 klientů, jsem s klienty vyplnila 70 dotazníků (návratnost byla 100%), na 2. ONP, kde bylo hospitalizováno 100 klientů, bylo po dohodě s vrchní sestrou rozdáno 40 dotazníků, vyplněných se vrátilo 30 (návratnost byla 75%). V Táboře bylo hospitalizováno 64 klientů, dotazníky jsem zde osobně vyplňovala se 30 klienty (návratnost byla 100%). Do Písku, kde bylo hospitalizováno 60 klientů, bylo po dohodě s vrchní sestrou zasláno 40 dotazníků, zpět se vrátilo 30 dotazníků (návratnost byla 75%) a do Strakoníc, kde bylo hospitalizováno 31 klientů bylo zasláno 20 dotazníků, zpět se vrátilo 15 vyplněných dotazníků (návratnost byla 75%). Všechny dotazníky byly vyplněny správně, žádný dotazník nebylo nutné vyřadit, celková návratnost dotazníků u klientů na ONP byla 87,5%. Výzkumný soubor po sečtení navrácených dotazníků (87,5%) tvořilo 175 respondentů, což činí 100%.

Z rozdaných 100 dotazníků pro sestry ONP bylo vráceno a použito 85 výtisků. V Českých Budějovicích v obou areálech ONP bylo celkovému počtu 68 sester rozdáno 60 dotazníků, zpět se vrátilo 50 vyplněných dotazníků (návratnost byla 83,3%).

V Táboře bylo celkovému počtu 18 sester rozdáno 16 dotazníků, zpět se vrátilo 15 vyplněných dotazníků (návratnost byla 93,7%). Do Písku bylo zasláno 17 sestřím, 17 dotazníků, zpět se vrátilo 15 vyplněných dotazníků (návratnost byla 88,2%) a ve Strakoněch bylo celkovému počtu 7 sester zasláno 7 dotazníků, zpět se navrátilo 5 dotazníků (návratnost byla 71,4%). Všechny dotazníky byly vyplněny správně, žádný dotazník nebylo nutné vyřadit, celková návratnost dotazníků u sester na ONP byla 85%. Výzkumný soubor po sečtení navracených dotazníků (85%) tvořilo 85 respondentů, což činí 100%.

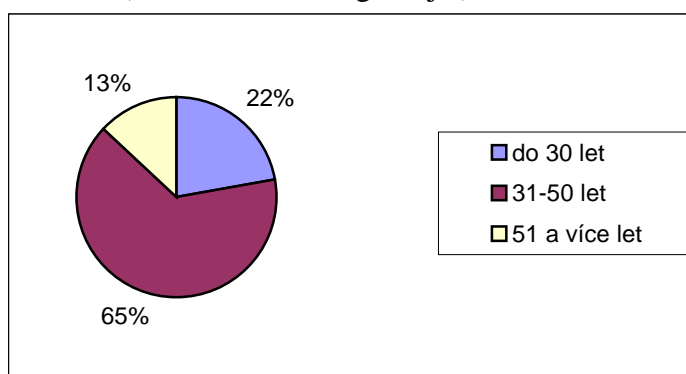
4. Výsledky

4.1. Výzkumný soubor sester ONP v Táboře, Českých Budějovicích, Písku a Strakonících (A)

Výzkumný soubor tvořilo 85 respondentů. Výsledky jsou zpracovány aritmetickým průměrem, převedeny do procentuelního vyjádření, zaokrouhleného na celá čísla. Pro přehlednost je uvedeno číslo otázky a graf doplněn popiskem.

Graf 1A Věková kategorie sester

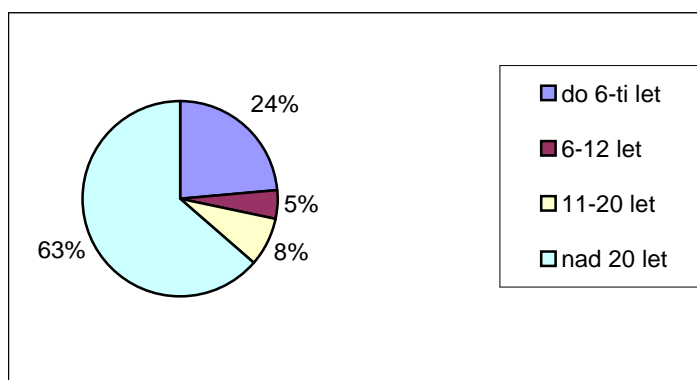
Otázka 1 (Vaše věková kategorie je:)



Graf 1A znázorňuje, že do 30 let bylo 19 sester (22%), 55 sester (65%) bylo ve věkové kategorii 31-50 let a 11 sester (13%) bylo starších než 51 let.

Graf 2A Délka zdravotnické praxe

Otázka 2 (Celková délka Vaší zdravotnické praxe:)



Výzkumný soubor tvořilo 20 sester (24%) se zdravotnickou praxí do 6-let, 4 sestry (5%) měly 6-12 let praxe, 7 sester (8%) mělo 11-20 let praxe a 54 sester (63%) mělo praxi delší než 20 let.

Tabulka 1A Délka zdravotnické praxe na ONP

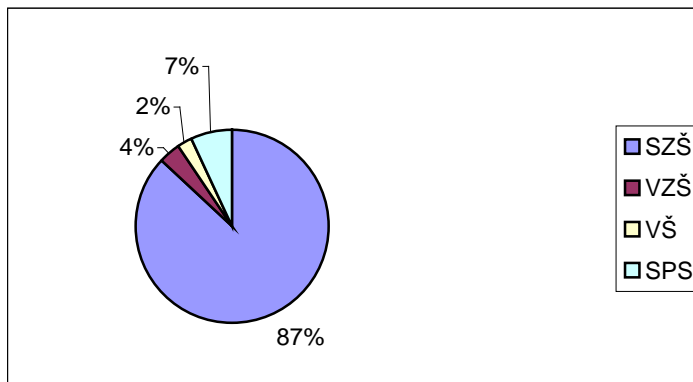
Otázka 3 (Délka Vaší zdravotnické praxe na ONP:)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	6 let	22	26
2.	5 let	19	22
3.	4 roky	12	14
4.-5.	7 let	10	12
4.-5.	8 let	10	12
6.	3 roky	7	8
7.	9 let	4	5
8.	2 roky	1	1

Z dotazovaného souboru 4 sestry (5%) pracovaly na ONP 9 let, 10 sester (12%) 8 let, 10 sester (12%) 7 let, 22 sester (26%) 6 let, 19 sester (22%) 5 let, 12 sester (14%) 4 roky, 7 sester (8%) 3 roky a 1 sestra (1%) 2 roky. Průměrná délka zdravotnické praxe sester na ONP byla u 85 respondentek 5,7 roku. "

Graf 3A Vzdělání sester

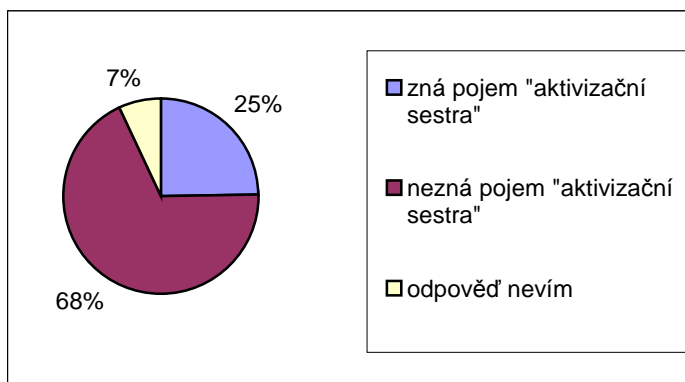
Otázka 4 (Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:)



Celkem 74 sester (87%) absolvovalo Střední zdravotnickou školu, 3 sestry (4%) byly absolventky Vyšší zdravotnické školy, sestry (2%) měly vysokoškolské vzdělání a 6 sester (7%) absolvovalo specializační pomaturitní studium.

Graf 4A Znalost pojmu „aktivizační sestra“

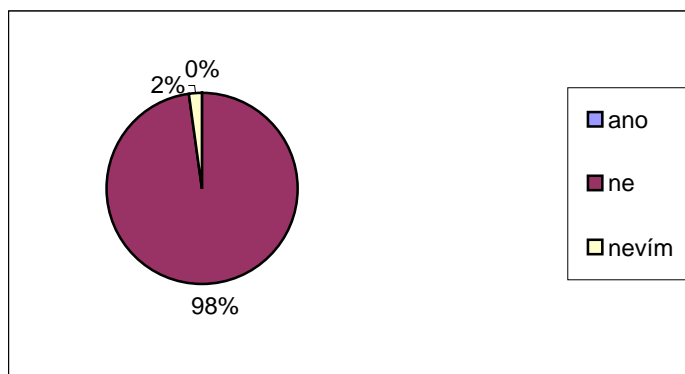
Otázka 5 (Popište prosím, jak rozumíte pojmu „aktivizační sestra“.)



Otázka 5 se týkala informovanosti sester o pojmu „aktivizační sestra“. Celkem 58 sester (68%) neznalo pojem aktivizační sestra, 6 sester (7%) odpovědělo nevím a 21 sester (25%) zná pojem „aktivizační sestra“.

Graf 5A Přítomnost aktivizačních sester na ONP

Otázka 6 (Je na Vašem oddělení zaveden statut „aktivizační sestry“?)



Otázka 6 se respondentů tázala, zda je na jejich oddělení zaveden statut aktivizační sestry. Celkem 83 sester (98%) odpovědělo záporně, 2 sestry (2%) odpověděly nevím, kladně neodpověděla žádná respondentka.

Tabulka 2A Možnosti využití volného času klientů v rámci hospitalizace

Otázka 7 (Jaké mají na Vašem oddělení klienti možnosti využití volného času?)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	návštěvy příbuzných	82	24
2.	sledování TV	63	19
3.	komunikace se spolupacienty	58	17
4.	poslech rádia	45	13
5.	rehabilitace	40	12
6.	četba	30	9
7.	návštěvy bufetu	22	6

K otázce 7 mohly sestry uvádět více odpovědí, vyhodnoceno bylo 340 odpovědí. V 82 případech (24%) sestry uváděly návštěvy příbuzných, v 63 případech (19%) sledování TV, v 58 případech (17%) komunikaci se spolupacienty, ve 45 případech (13%) sestry uváděly poslech rádia, v 40 případech (12%) rehabilitaci klientů, ve 30 případech (9%) četbu a ve 22 případech (6%) sestry uváděly návštěvy bufetu.

Tabulka 3A Návrhy využití volného času klientů v rámci hospitalizace

Otázka 8 (Jaké další reálné možnosti využití volného času byste pro Vaše klienty v rámci hospitalizace navrhla?)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	podpora spolupráce s rodinou	51	14
2.	provádění ručních prací	48	13
3.-4.	skládání materiálu	46	12
3.-4.	návštěvy klubovny	43	12
5.	návštěvy tělocvičny	35	9
6.-7.	zavedení společné jídelny	30	8
6.-7.	zavedení "aktivizační sestry"	28	8
8.-9.	návštěvy ergoterapeuta	25	7
8.-9.	zřízení zájmových kroužků	25	7
10.-11.	zavedení masáží	20	5
10.-11.	zavedení canisterapie	18	5

K otázce 8 mohly respondentky uvádět více odpovědí. Vyhodnoceno bylo 425 odpovědí. V 51 odpovědích (14%) sestry navrhovaly podporu spolupráce s rodinou, ve 48 odpovědích (13%) provádění ručních prací, ve 46 odpovědích (12%) skládání materiálu, v 43 odpovědích (12%) sestry navrhovaly návštěvy klubovny, ve 35 odpovědích (9%) návštěvy tělocvičny, ve 30 odpovědích (8%) sestry navrhovaly zavedení společné jídelny, ve 28 odpovědích (8%) sestry navrhovaly zavedení „aktivizační sestry“, ve 25 odpovědích (7%) návštěvy ergoterapeuta, ve 25 odpovědích (7%) sestry navrhovaly zřízení zájmových kroužků, ve 20 odpovědích (5%) zavedení masáží pro klienty a v 18 odpovědích (5%) sestry navrhovaly zavedení canisterapie pro klienty.

Tabulka 4A Faktory omezující využití klientova volného času

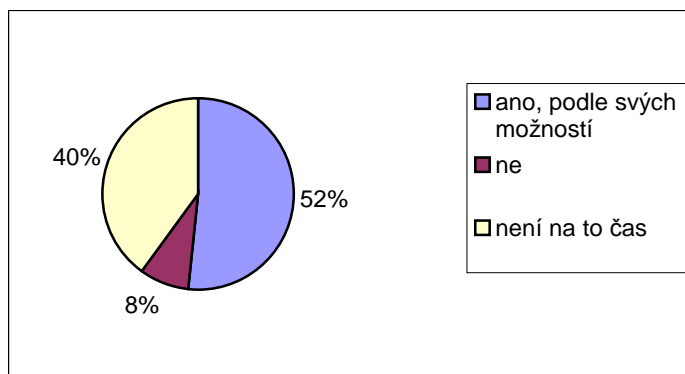
Otázka 9 (V čem vidíte problém možných omezených možností využití klientova volného času?)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	nedostatek času	44	52
2.	nedostatek financí	28	33
3.	odpověď nevím	10	12
4.	nedostatek personálu	2	2
5.	nezájem vedení nemocnice	1	1
6.	zdravotní stav klienta	0	0

Otázka 9 se respondentek tázala na faktory, které omezují využití volného času klientů v rámci hospitalizace. 44 sester (52%) vidělo příčinu omezení využití volného času klientů v nedostatku času, 28 sester (33%) v nedostatku financí, odpověď nevím nezvolila žádná sestra (0%). V odpovědi „jiné“ uvedlo 10 sester (12%) nedostatek personálu, 2 sestry (2%) nezájem vedení nemocnice a 1 sestra (1%) zdravotní stav daného klienta.

Graf 6A Osobní nasazení sester pro využití klientova volného času

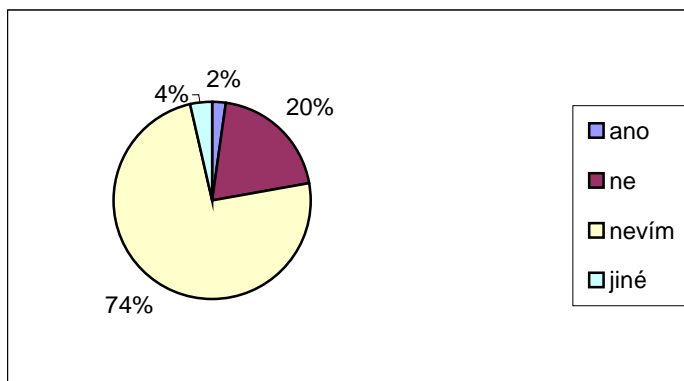
Otázka 10 (Máte pocit, že se svým klientům v jejich volném čase věnujete dostatečně?)



Celkem 44 sester (52%) odpovědělo, že se klientům ve volném čase věnuje dostatečně, 7 sester (8%) udalo zápornou odpověď a 34 sester (40%) odpovědělo, že na tyto aktivity není čas.

Graf 7A Předpokládaná spokojenost klientů s využitím jejich volného času

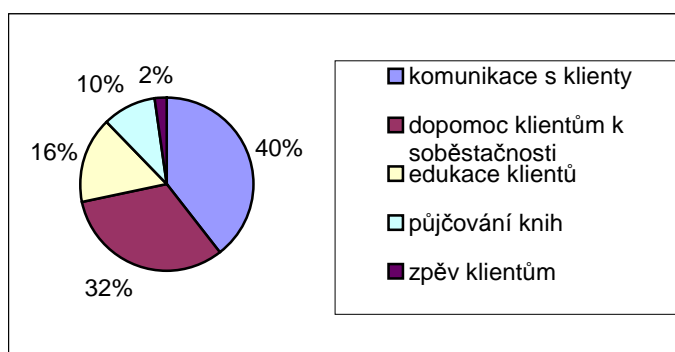
Otázka 11 (Domníváte se, že jsou klienti Vašeho oddělení spokojeni s využitím jejich volného času v rámci hospitalizace?)



Z celkového počtu dotázaných se 2 sestry (2%) domnívají, že klienti ONP jsou spokojeni s využitím jejich volného času, 17 sester (20%) se domnívá, že klienti nejsou spokojeni, 63 sester (74%) zvolilo odpověď nevím. Celkem 3 sestry (4%) označilo možnost jiné, kam zařadily odpověď, že by se to kvůli zdravotnímu stavu klientů nehodilo.

Graf 8A Vyplnění volného času klientů sestrami

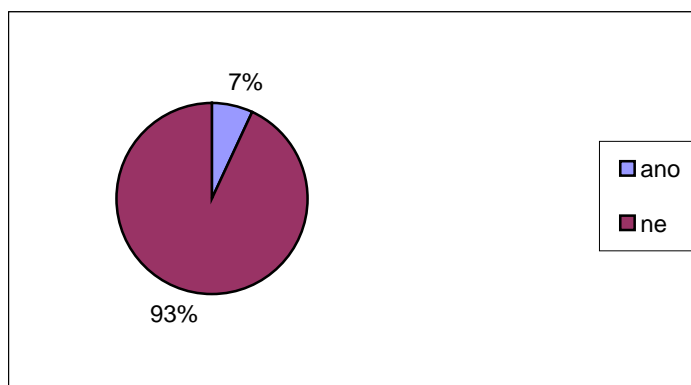
Otázka 12 (Jakým způsobem se osobně snažíte vyplnit volný čas klientů?)



Na tuto otázku mohly sestry uvádět více odpovědí, vyhodnoceno bylo 170 odpovědí. V 67 případech (40%) uváděly komunikaci s klienty, v 55 případech (32%) uváděly dopomoc klientům k soběstačnosti, ve 27 případech (16%) uváděly edukaci klientů, v 17 případech (10%) půjčování knih a ve 4 případech (2%) sestry uvedly, že klientům zpívají.

Graf 9A Přítomnost ergoterapeuta na ONP

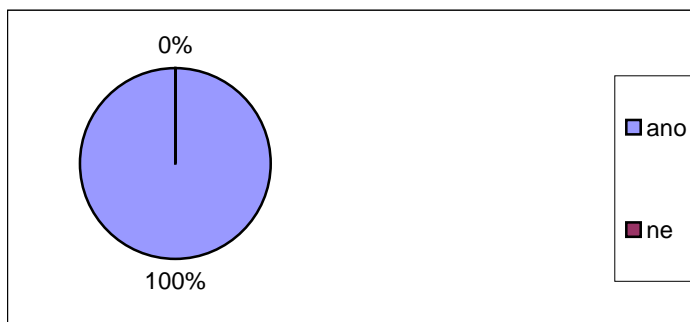
Otázka 13 (Dochází na Vaše oddělení ergoterapeut?)



V této otázce potvrdilo 6 sester (7%) návštěvy ergoterapeuta na ONP, 79 sester (93%) odpovědělo záporně.

Graf 10A Vliv ergoterapie na soběstačnost klientů

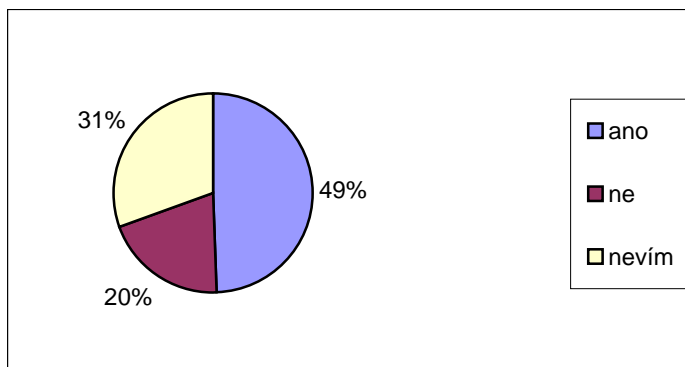
Otázka 14 (Má ergoterapie pozitivní vliv na soběstačnost Vašich klientů?)



Protože v předchozí otázce odpovědělo 79 sester (93%), že na jejich oddělení nedochází ergoterapeut, odpovídalo na tuto otázku pouze 6 sester. Všechny 6 sester odpovědělo kladně).

Graf 11A Zabraňování vzniku sociální izolace u klientů

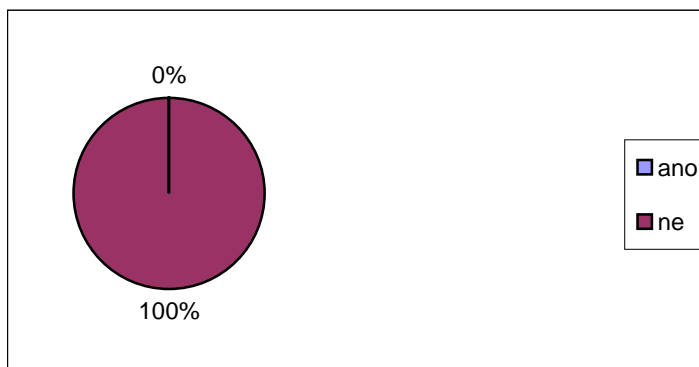
Otázka 15 (Domníváte se, že na Vašem oddělení můžete zabránit vzniku sociální izolace?)



Z výzkumného souboru se 42 sester (49%) domnívalo, že může zabránit vzniku sociální izolace u klientů na oddělení, 17 sester (20%) odpovědělo negativně a 26 sester (31%) zvolilo neutrální odpověď nevím.

Graf 12A Návštěvy psychologa na ONP

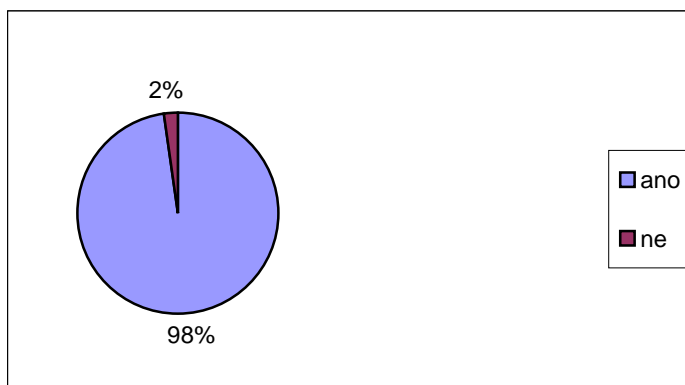
Otázka 16 (Dochází na Vaše oddělení „pravidelně“ za klienty psycholog?)



V tomto případě 85 respondentek (100%) odpovědělo záporně.

Graf 13A Spolupráce s rodinami klientů

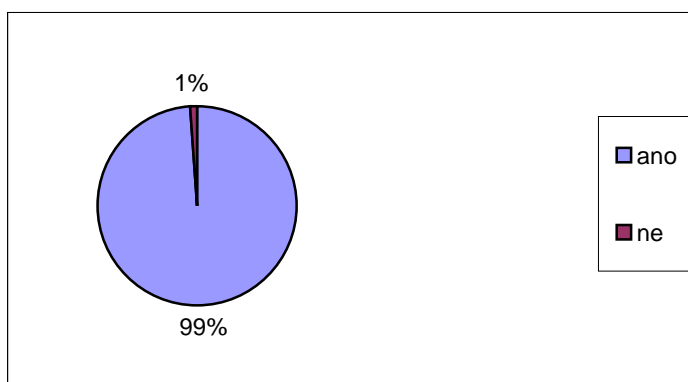
Otázka 17 (Snažíte se spolupracovat s rodinami klientů?)



Na otázku 17 odpovědělo 83 sester (98%), že se snaží spolupracovat s rodinami klientů, 2 sestry (2%) odpověděly záporně.

Graf 14A Možnost kontaktu klientů s duchovním

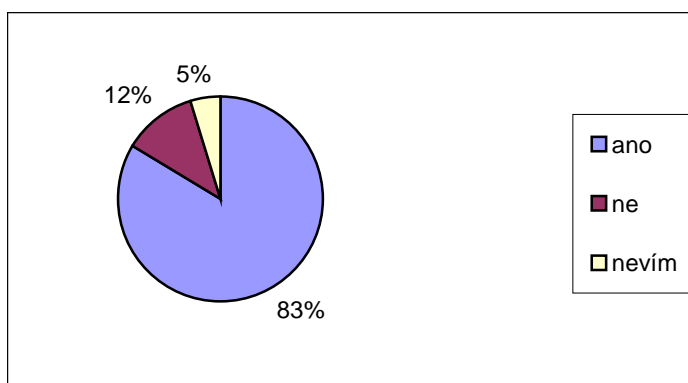
Otázka 18 (Mají Vaši klienti možnost kontaktu s duchovním, v případě zájmu?)



Celkem 84 sester (99%) uvedlo, že na jejich oddělení mají klienti možnost kontaktu s duchovním, 1 sestra (1%) odpověděla, že nemocní tuto volbu nemají.

Graf 15A Přítomnost dobrovolníků na ONP

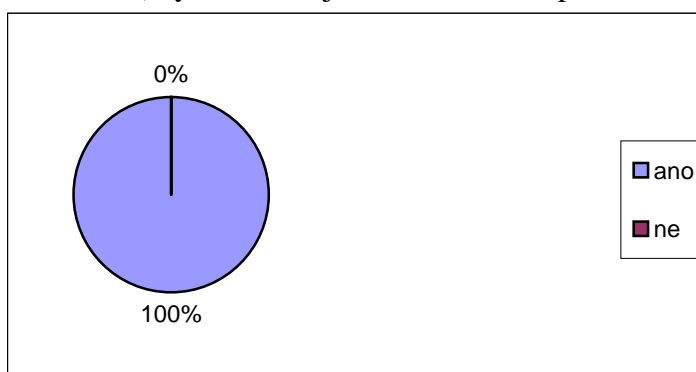
Otázka 19 (Máte možnost na Vašem oddělení spolupracovat s dobrovolníky?)



Na otázku 19 odpovědělo 71 sester (83%), že na jejich oddělení pracují s dobrovolníky, 10 sester (12%) odpovědělo negativně a 4 sestry (5%) zvolily odpověď nevím.

Graf 16A Prospěšnost dobrovolníků pro nemocného

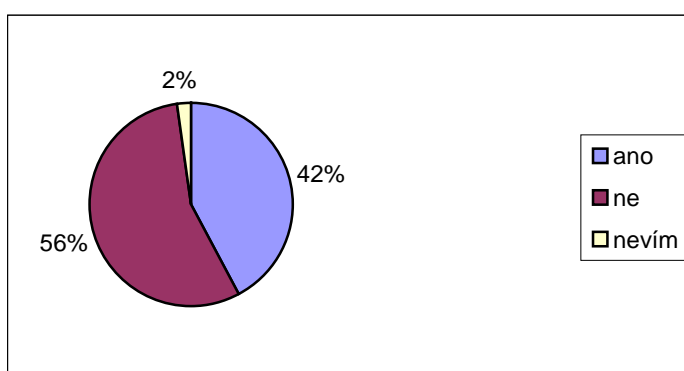
Otázka 20 (Myslíte si, že jsou dobrovolníci pro nemocného prospěšní?)



Tato otázka byla doplňující po otázce 19, ve které odpovědělo 71 respondentek (83%), že na jejich oddělení mají možnost pracovat s dobrovolníky. Prospěšnost dobrovolníků v otázce 20 potvrdilo všech 71 dotázaných (100%).

Graf 17A Využití Bazální stimulace u klientů

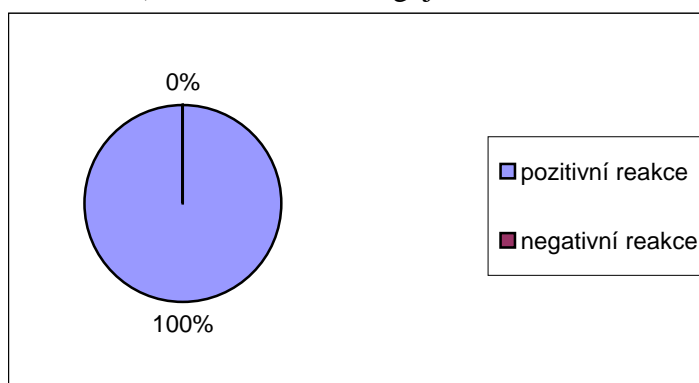
Otázka 21 (Provádíte na Vašem oddělení u klientů Bazální stimulaci?)



Z celkového počtu dotázaných, odpovědělo 36 sester (42%), že využívají konceptu Bazální stimulace, 47 sester (56%) odpovědělo záporně a 2 sestry (2%) nevěděli o možnosti využití tohoto konceptu.

Graf 18A Reakce klientů na Bazální stimulaci

Otázka 22 (Jak Vaši klienti reagují na Bazální stimulaci?)



Tato otázka byla doplňující k otázce 21, na kterou odpovědělo 36 sester (42%), že využívají konceptu Bazální stimulace. Na otázku 22 odpovědělo všech 36 dotázaných (100%), že koncept Bazální stimulace působí na klienty pozitivně.

4.2. Výzkumný soubor klientů ONP v Táboře, Českých Budějovicích, Písku a Strakonících (B)

Výzkumný soubor B tvořilo 175 respondentů. Výsledky jsou zpracovány aritmetickým průměrem, převedeny do procentuelního vyjádření, zaokrouhleného na celá čísla. Pro přehlednost je uvedeno číslo otázky a graf doplněn popiskem.

Tabulka 1B Věková kategorie klientů ONP

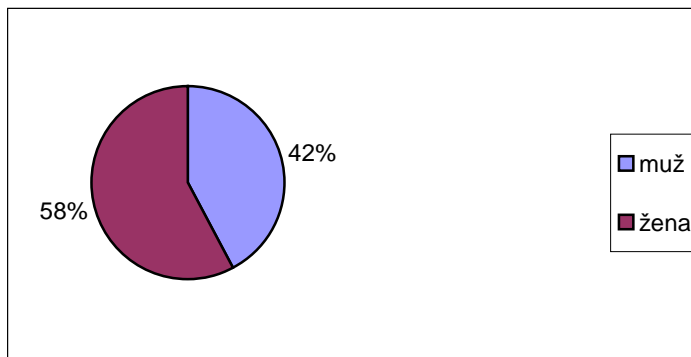
Otázka 1 (kolik je Vám let?)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	75-89 let	114	65
2.	60-74 let	21	12
3.	45-59 let	17	10
4.	30-44 let	14	8
5.	nad 90 let	9	5
6.	do 29 let	0	0

Z dotazovaných klientů ONP nebyl žádný (0%) ve věkové kategorii do 29 let, 14 klientů (8%) bylo ve věkové kategorii 30-44 let, 17 klientů (10%) v kategorii 45-59 let, 21 klientů (12%) v kategorii 60-74 let, 114 klientů (65%) v kategorii 75-89 let a 9 klientů (5%) bylo v kategorii nad 90 let.

Graf 1B Pohlaví klientů ONP

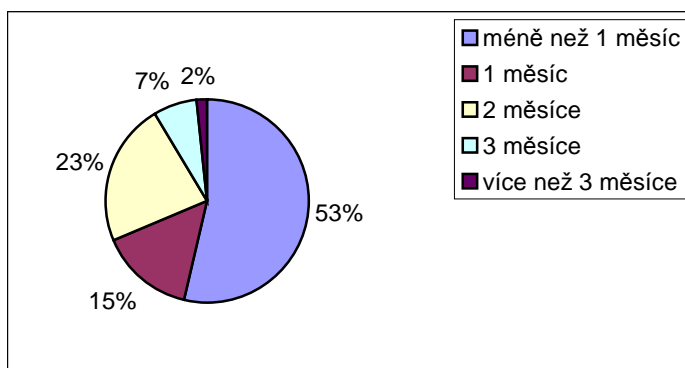
Otázka 2 (Jste:)



Z dotazovaných klientů ONP bylo 74 (42%) pohlaví mužského a 101 (58%) pohlaví ženského.

Graf 2B Délka hospitalizace klientů

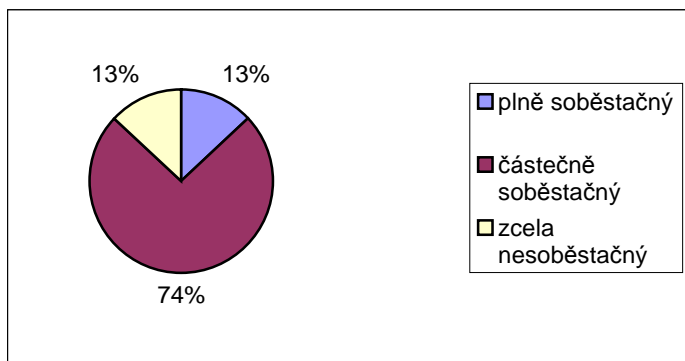
Otázka 3 (Jak dlouho trvá Vaše současná hospitalizace na ONP?)



Z výzkumného souboru bylo 94 klientů (53%) na ONP hospitalizováno méně než 1 měsíc, 26 klientů (15%) 1 měsíc, 40 klientů (23%) 2 měsíce, 12 klientů (7%) 3 měsíce a 3 klienti (2%) více než 3 měsíce.

Graf 3B Soběstačnost klientů v běžném životě

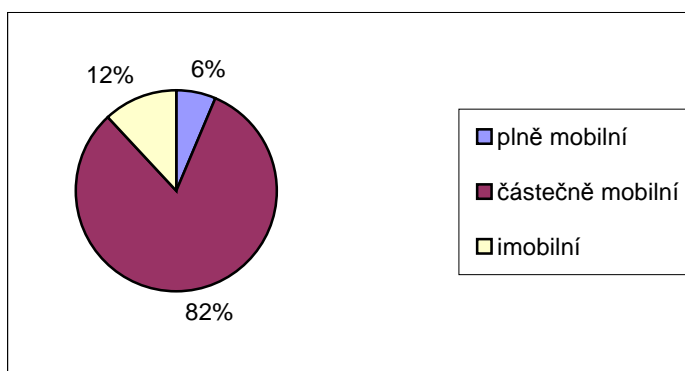
Otázka 4 (Jaká je Vaše soběstačnost?)



Celkem 23 klientů ONP (13%) odpovědělo, že jsou v běžném životě plně soběstační, 129 klientů (74%) odpovědělo, že jsou částečně soběstační a 23 klientů (13%) odpovědělo, že jsou zcela nesoběstační.

Graf 4B Pohyblivost klientů

Otázka 5 (jaká je Vaše pohyblivost?)



Při současné hospitalizaci uvedlo celkem 11 klientů ONP (6%), že je plně mobilních, 143 klientů (82%) je částečně mobilních a 21 klientů (12%) je imobilních.

Tabulka 2B Trávení volného času klientů v rámci hospitalizace

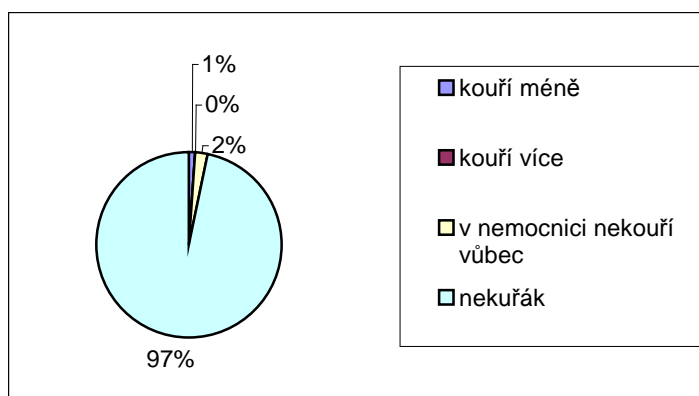
Otázka 6 (Jak trávíte svůj volný čas v rámci současné hospitalizace?)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	komunikace se spolupacienty	176	32
2.	komunikace s personálem	165	30
3.	komunikace s rodinnými příslušníky	154	28
4.-5.	sledování TV	24	4
4.-5.	poslech rádia	20	4
6.-7.	četba	8	1
6.-7.	cvičení	6	1

Na tuto otázku mohli klienti uvádět více odpovědí, vyhodnoceno tedy bylo 550 odpovědí. Ve 176 případech (32%) klienti uvedli, že komunikují se spolupacienty, ve 165 případech (30%) uvedli, že komunikují s personálem, ve 154 případech (28%) uvedli komunikaci s rodinnými příslušníky, ve 21 případech (4%) uvedli sledování TV, ve 20 případech (4%) uvedli poslech rádia, v 8 případech (1%) uvedli četbu a v 6 případech (1%) uvedli cvičení.

Graf 5B Vliv hospitalizace na kouření klientů

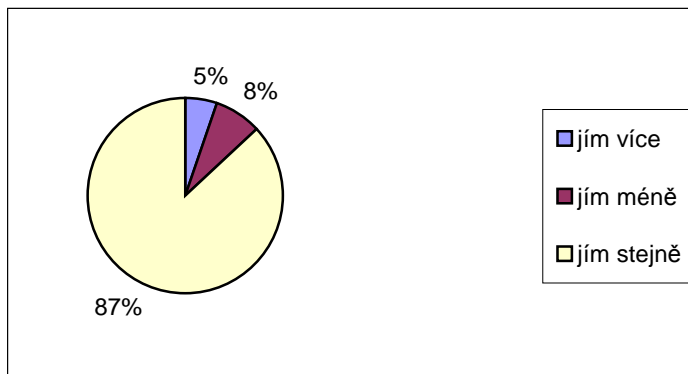
Otázka 7 (V souvislosti s hospitalizací:)



Ze všech respondentů 2 klienti (1%) odpověděli, že v průběhu hospitalizace v nemocnici kouří méně, nikdo nekouří více než doma(0%), 4 klienti (2%) v nemocnici nekouří a 169 klientů (97%) bylo nekuřáků.

Graf 6B Vliv hospitalizace na příjem potravy

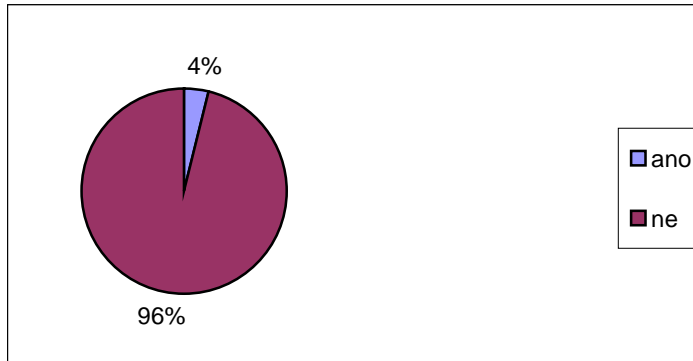
Otázka 8 (V souvislosti s hospitalizací:)



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 9 klientů (5%), že v důsledku hospitalizace jí více, 14 klientů (8%) odpovědělo, že jí méně a 152 klientů (87%) odpovědělo, že jí stejně.

Graf 7B Pocit osamělosti v souvislosti s hospitalizací

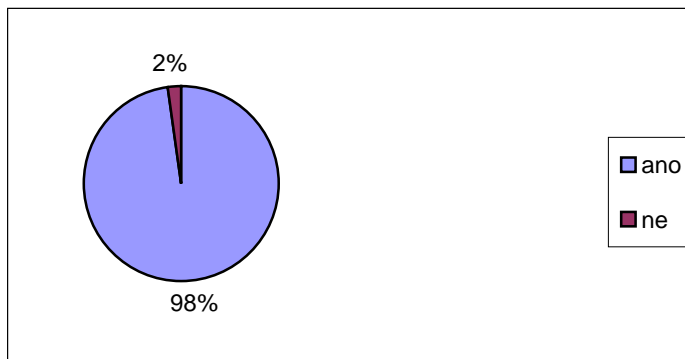
Otázka 9 (Máte v souvislosti se současnou hospitalizací pocit osamělosti?)



Na tuto otázku 7 klientů (4%) odpovědělo, že trpí v souvislosti se současnou hospitalizací pocitem osamělosti, 168 klientů (96%) odpovědělo záporně.

Graf 8B Návštěvy příbuzných v průběhu hospitalizace

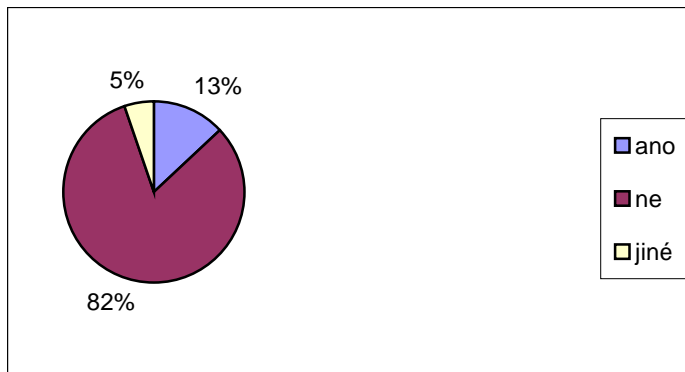
Otázka 10 (Využívají Vaši blízcí možnost Vás navštěvovat?)



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 171 klientů (98%), že je navštěvují na ONP jejich příbuzní, 4 klienti (2%) odpověděli záporně.

Graf 9B Snaha sester o vyplnění volného času klientů ONP

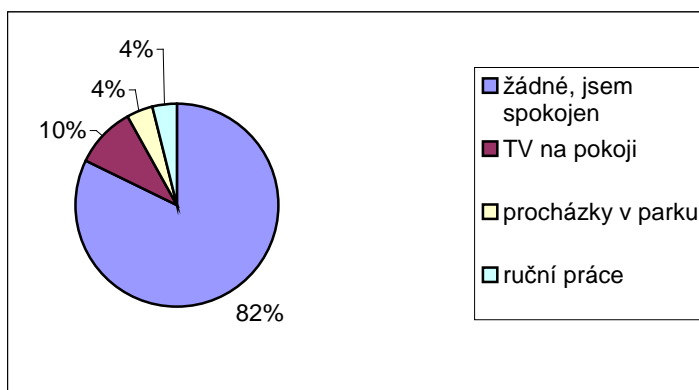
Otázka 11 (Snaží se sestry vyplnit Váš volný čas?)



Na otázku 11 odpovědělo 23 klientů (13%), že se sestry snaží vyplnit jejich volný čas, 143 klientů (82%) odpovědělo záporně a 9 klientů (5%) zvolilo odpověď jiné a doplnilo, že sestry mají příjemné vystupování, smysl pro humor, ale mají málo času.

Graf 10B Další možnosti využití volného času navrhované klienty

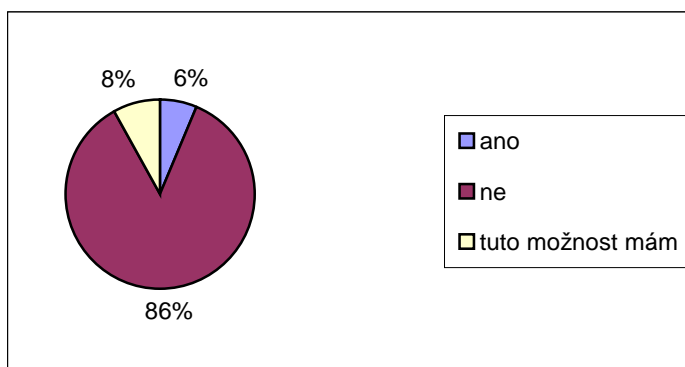
Otázka 12 (Jakou možnost využití volného času byste ještě uvítal(a) v rámci hospitalizace?)



Z dotazovaného souboru odpovědělo 144 klientů (82%), že jsou s vyplněním volného času v rámci hospitalizace na ONP spokojeni a žádnou další možnost nenavrhli, 17 klientů (10%) by uvítalo TV na každém pokoji, 7 klientů (4%) by uvítalo procházky v parku a 7 klientů (4%) by uvítalo ruční práce.

Graf 11B Potřeba klientů být v kontaktu s duchovním

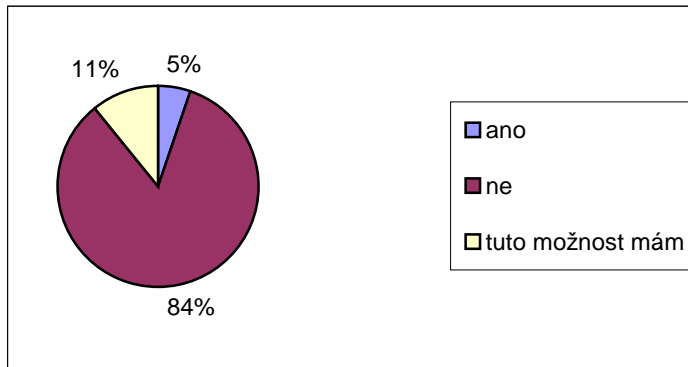
Otázka 13 (Uvítal(a) byste návštěvy duchovního?)



Na otázku 13 odpovědělo 11 klientů (6%), že by uvítali návštěvy duchovního na ONP, 150 klientů (86%) odpovědělo záporně a 14 klientů (8%) odpovědělo, že tuto možnost má.

Graf 12B Potřeba klientů být v kontaktu s dobrovolníky

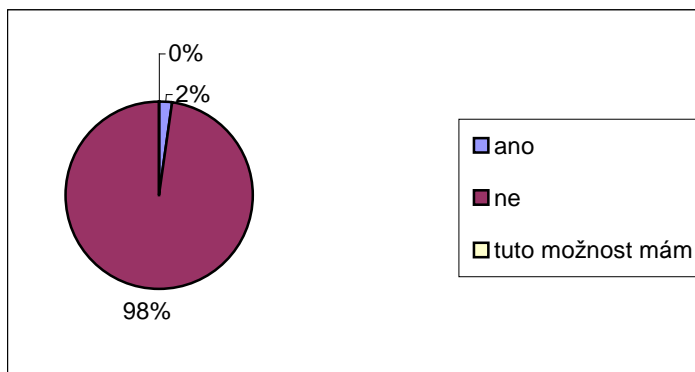
Otázka 14 (Uvítal(a) byste možnost být v kontaktu s dobrovolníky, kteří docházejí za klienty, kteří jsou hospitalizovaní?)



Z dotazovaných respondentů odpovědělo 9 klientů (5%), že by uvítali, kdyby byli v kontaktu s dobrovolníky, 147 klientů (84%) odpovědělo záporně a 19 klientů (11%) odpovědělo, že tuto možnost má.

Graf 13B Potřeba návštěv psychologa

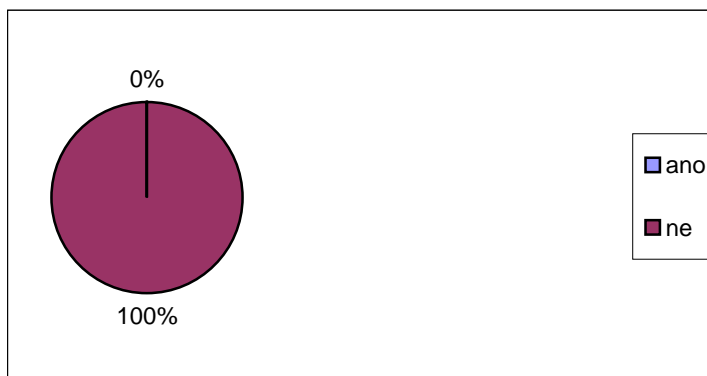
Otázka 15 (Uvítal(a) byste možnost pravidelných návštěv psychologa?)



Na tuto otázku odpověděli 4 klienti (2%), že by uvítali možnost pravidelných návštěv psychologa na ONP, 171 klientů (98%) odpovědělo záporně a žádný z dotazovaných klientů (0%) tuto možnost prozatím nemá.

Graf 14B Docházení ergoterapeuta za klienty

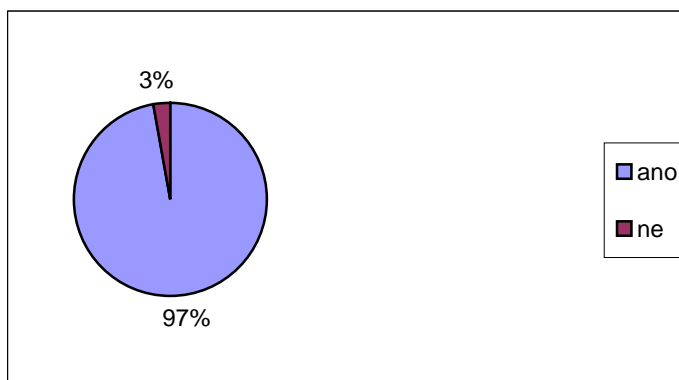
Otázka 16 (Dochází za Vámi ergoterapeut?)



V tomto případě 100% dotázaných (175 klientů) potvrdilo, že za nimi ergoterapeut nedochází.

Graf 15B Docházení rehabilitačního pracovníka za klienty

Otázka 17 (Dochází za Vámi rehabilitační pracovník?)



Z dotazovaného souboru odpovědělo 170 klientů (97%), že za nimi na ONP pravidelně dochází rehabilitační pracovník, 5 klientů (3%) odpovědělo záporně.

5. Diskuse

Ve výzkumné části bakalářské práce se zabýváme trávením volného času klientů v průběhu hospitalizace v nemocnici ve spojení s úlohou sestry. Vybrána byla oddělení následné péče, kde převažuje dlouhodobá hospitalizace. Dnes však již není pravidlem, že jsou na tomto oddělení hospitalizováni pouze senioři. Jak uvádí v Geriatrii a gerontologii Kalvach, po roce 1989 byl vytvořen koncept následné péče, přičemž se dominantní orientace na seniory prolomila (6). Z tohoto důvodu se domníváme, že je potřeba, aby klienti daných zařízení měli možnost v rámci déle trvající hospitalizace efektivně využít volný čas, který mají. Nezastupitelnou roli má sestra.

Výzkum byl prováděn metodou dotazování. Dotazníky vyplňovaly dvě skupiny respondentů (A, B). Jednak sestry (A) oddělení následné péče v Táboře, Českých Budějovicích, Písku a Strakonících a dále klienti (B) oddělení následné péče v Táboře, Českých Budějovicích, Písku a Strakonících.

Sestry vybraných oddělení následné péče tvořily převážně věkovou kategorii 31-50 let tj. 65% (graf 1A). Co se týká délky praxe ve zdravotnictví, 63% sester pracuje ve zdravotnictví více než 20 let (graf 2A), což dle mého názoru svědčí o tom, že pro tyto sestry je jejich práce spíše „posláním“ než zaměstnáním. O povolání sestry pracující v úseku následné péče, které je nazýváno „posláním“ se můžeme dočíst v učebních textech od Mastiliakové, kde je uvedeno, že toto oddělení je díky velkému množství imobilních klientů všech věkových kategorií velmi náročné na ošetrovatelskou péči a vyžaduje více než strohé plnění pracovních úkolů (11).

V souvislosti s tématem práce byla zjišťována informovanosti sester týkající se pojmu „aktivizační sestra“. Celých 68% sester termín „aktivizační sestra“ neznalo (graf 3A). Jak v teoretické části uvádím, jde o speciálně vyškolenou sestru, která svou činností zlepšuje schopnosti nemocného, ale zajišťuje mu i rozptýlení, radost a zábavu (23). Dle mého názoru sestry nejsou dostatečně informovány o možnosti zapojení tzv. aktivizační sestry do multidisciplinárního ošetrovatelského týmu, tak aby docházelo k efektivnímu vyplnění volného času klientů, přestože by tato možnost byla pro klienty velkým přínosem. Statut aktivizační sestry existuje. V Českých Budějovicích byl i na

krátký čas zaveden, ale nyní dle sdělení sester již nefunguje (především z finančních důvodů).

Zajímalo nás jakým způsobem klienti hospitalizovaní na ONP využívají volný čas. Dle sdělení sester mají nemocní možnost sledovat televizi, rehabilitovat, poslouchat rádio, komunikovat se spolupacienty, dále se mohou věnovat návštěvě rodiny, případně dobrovolníkům, pokud na dané oddělení docházejí.

Přítomnost dobrovolníků na daných odděleních můžeme zjistit z otázky 19 (graf 15A). Celkem 83% sester odpovědělo, že mají možnost spolupracovat s dobrovolníky. Domníváme se, že zapojení volentérů do denního života hospitalizovaných je pro klienty pozitivním prvkem spojeným navíc s možností volby zda nabídku využijí či nikoli. Dobrovolnictví je vhodné podporovat, neboť tyto služby jsou poskytovány bez nároku na odměnu a klientům přináší řadu výhod, jak se můžeme dočíst v teoretické části práce (2).

Finanční situace zdravotnických zařízení nebývá vždy příznivá. Finančně nákladné prostředky pro efektivní využití klientova volného času si často nemohou dovolit. Jaké reálné možnosti využití volného času klientů by sestry navrhly jsme zjišťovali v otázce 8 (tabulka 3A). Zde sestry uváděly zejména podporu spolupráce s rodinou klientů, zvýšení zájmu o klienta ze strany rodiny, ale i personálu, ruční práce, skládání materiálu, rádio a TV na každém pokoji, společnou jídelnu, aby se mohli mobilní klienti pravidelně střetávat, dále pomoc „aktivizační sestry“, ergoterapeutky, možnost zajít si do klubovny, navštěvovat zájmové kroužky, kadeřníka nebo masáže. Některé sestry by uvítaly také canisterapii, jako psychoterapeutickou metodu u dlouhodobě nemocných. Co se týká ergoterapie, celých 93% sester uvedlo, že na jejich oddělení ergoterapeut nedochází (graf 9A), což je velká škoda, neboť jak uvádí v knize o ergoterapii J. Pfeiffer, ergoterapie (léčba prací) je součástí léčebné rehabilitace, ovlivňuje pozitivně fyzický stav klienta (svalovou sílu, pohyblivost), má příznivý vliv na jeho oběh, dýchání, ale i na psychické funkce (17).

V souvislosti s cíly práce jsme mimo jiné zjišťovali problémy uváděné sestrami, které omezují efektivní využití klientova volného času (tabulka 4A). Většina dotázaných spatřuje příčinu omezených možností v nedostatku času ze strany sester.

Některé sestry uvedly jako příčinu nedostatek financí, nedostatek personálu, nezáměr vedení nemocnice, případně zdravotní stav daného klienta. Sestry mimo jiné uváděly, že nedostatek času věnovaný náplni volného času klientů je způsoben především nedostatkem personálu vykonávajícího směnný provoz. My jsme však tuto skutečnost objektivně nezkoumali. Tvrzení je tedy subjektivním hodnocením sester.

Z tvrzení sester je možné vyvodit domněnku, že z důvodu časového omezení při poskytování péče o klienta se některé role sestry stávají prioritní (jako například role sestry ošetřovatelky nebo sestry edukátorky) ostatní však ustupují do pozadí (sestra výzkumnice, sestra nositelka změn). Podporuje to i výsledek šetření z něhož vyplývá, že některé sestry jsou rády, že u klientů provedou základní ošetřovatelskou péči a na další neméně důležité aktivity, není příliš času. Výše uvedenými argumenty se potvrdila hypotéza číslo 2, která zněla: „Sestry uvádějí, že problémem omezených možností využití klientova volného času v rámci hospitalizace klientů na ONP je nedostatek času.“. Rádi bychom v souvislosti s výsledkem ještě poukázali na kontrastně působící vyjádření 52% dotázaných sester, které uváděly, že se dle vlastního názoru klientům v jejich volném čase věnují dostatečně (graf 6A).

Ve výzkumu mne překvapil výsledek 74% respondentek, které odpověděly, že neví, zda jsou klienti spokojeni s využitím volného času v průběhu hospitalizace na jejich oddělení. Tento výsledek je možné interpretovat tak, že kvůli nedostatku času se sestry nezamýšlejí nad volným časem klientů nebo dokonce nemají dostatek zájmu, případně kreativity pro podnikání vhodných intervencí.

To, zda si sestry myslí, že mohou zabránit vzniku sociální izolace, jsme se mohli dozvědět v otázce 15 (graf 10A). Necelých 50% sester odpovědělo, že se domnívá, že se dá zabránit vzniku sociální izolace a to zejména rozhovory s klienty, četbou novin, návštěvou rodiny a sledováním TV. Oproti tomu skoro čtvrtina sester tvrdí, že z důvodu nedostatku času není možné vzniku sociální izolace zabránit. Podle mého názoru vznik sociální izolace není otázkou času. Uspokojit sociální potřeby nemocného je velice důležité, jak potvrzuje i Vymětal v Lékařské psychologii. Mezi sociální potřeby řadíme zejména nutnost komunikace a pozitivního kontaktu, klient se nesmí dostat do izolace vzhledem k domovu a přátelům. Čím více má návštěv, tím lépe (31). Vysoce nežádoucí

jsou konflikty mezi spolupacienty a mezi klienty a personálem. Proto je správná komunikace, trpělivý, empatický přístup ke klientům jednou z možností náplně využití volného času klientů.

V další části výzkumu nás zajímalo, zda-li na oddělení dochází „pravidelně“ za klienty psycholog. Nemoc je považována za mimořádně náročnou životní situaci, jak uvádí Křivohlavý (9). Přesto všech 100% dotázaných sester odpovědělo, že psycholog za klienty nedochází (graf 12A).

Otázkou 17 jsme zjišťovali stav spolupráce sester s rodinami klientů (graf 13A). Celých 98% sester odpovědělo, že s rodinami klientů spolupracuje. Toto zjištění je velmi pozitivní, protože jak uvádí Škubová, pro dlouhodobě hospitalizované klienty je kontakt s rodinou velkou psychickou oporou (21).

V rámci využití volného času a uspokojování spirituálních potřeb klientů může být pro některé nemocné důležité setkání s duchovním. Výsledkem bylo pozitivní zjištění. Celkem 99% sester uvedlo, že klienti na jejich pracovišti mají možnost kontaktu s duchovním (graf 14A).

Závěr dotazníku pro sestry byl věnován konceptu Bazální stimulace. Koncept Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, kdy je jedincům s těžkým postižením nabídnuta možnost vývoje jejich osobnosti. Tento koncept pomáhá redukovat závislost nemocného na ošetrovatelské péči a vede k lokomoci, komunikaci a vnímání (28). Dle 42% sester tento koncept využívají a mají s ním u klientů velké úspěchy. Zvláště u ležících, kteří mají zájem o kontakt, působí svalové uvolnění a celkové zklidnění nemocného (graf 17A a 18A).

Z výsledků šetření z řad klientů vyplynuly následující skutečnosti: převážná část z nich tvořila věkovou kategorii 75-89 let, tj. 65% (tabulka 1B). Tím nebylo naším výzkumným souborem podpořeno, co je uvedeno v teoretické části práce, a to že se snižuje věková kategorie klientů ONP. Potvrdila se však skutečnost, že se zkracuje délka hospitalizace na ONP, neboť 53% klientů bylo hospitalizováno méně než 1 měsíc (graf 2B). Ve složení klientů převažovaly ženy (graf 1B). Dále nás zajímala soběstačnost klientů. Více než 13% klientů bylo plně soběstačných, 74% klientů bylo částečně soběstačných a zbylých 13% nemocných bylo zcela nesoběstačných,

odkázaných na pomoc druhé osoby (graf 3B). Protože většina klientů není upoutána na lůžko, je na místě přemýšlet o efektivním využití jejich volného času. Tvrzení podporuje skutečnost, že celých 82% dotázaných je částečně mobilních, 6% klientů je plně mobilních a zbylých 12% je imobilních, upoutaných na lůžko (graf 4B).

Stěžejní informací pro nás bylo, jakým způsobem tráví klienti svůj volný čas. Jak jsme se dozvěděli, z dostupných možností nejčastěji nemocní komunikují se spolupacienty a personálem, vyplňují volno návštěvami rodinných příslušníků, cvičí na lůžku, čtou si (noviny, časopisy, luští křížovky), sledují TV a poslouchají rádio. Někteří nemocní se věnují ve volném čase jídlu, protože jídlo patří mezi prostředky, které zahánějí stres. Pouze 5% dotázaných však jí více než doma (graf 6B), neboť jim strava chutná a nebo z důvodu nedostatku jiné činnosti. Ostatní klienti jí stejně nebo méně než v domácím prostředí. Někteří klienti kouří, ale v našem výzkumném souboru bylo 97% respondentů nekuřáků (graf 5B). Z dalších možností využívá 8% klientů návštěvy kněze (graf 11B). V neposlední řadě můžeme zmínit i chození po chodbě, pletení, šití, ale i přítomnost logopeda. Klienti tedy netráví volný čas pasivním ležením na lůžku, čímž byla vyvrácena hypotéza číslo 1, která zněla: „Klienti tráví volný čas v průběhu hospitalizace na ONP více pasivním ležením než aktivní činností“. Dovolím si tvrdit, že u klientů se zpravidla jednalo o aktivity, které jsou dobře dostupné a finančně nenáročné. Bohužel se jedná zpravidla o aktivity, na kterých se sestry nepodílí.

Překvapujícím zjištěním bylo, že se hospitalizovaní klienti dle vlastního vyjádření necítí osamělí (96%, graf 7B) a to především díky možnosti návštěv. Zde se potvrzuje význam rodiny pro klienta, která může být velkou psychickou oporou a prostředníkem k udržení kontaktu s okolním světem (21). Klienti si pochvalovali každodenní návštěvy rodinných příslušníků, dále dobré spolupacienty, ale i příjemný personál, který má zájem o jejich zdravotní stav. Někteří klienti tráví svůj volný čas čtením, cvičením a nebo uvádějí, že jsou na samotu zvyklí, takže si v nemocnici připadají ještě méně osamělí než doma.

Zajímalo nás, jakou roli ve využití volného času klientů zaujímají sestry (graf 9B). Dle výpovědí nemocných se v 82% případů sestry nepodílí na vyplnění volného času

klientů, protože nemají čas. Pouze 13% klientů odpovědělo, že jim sestry kráčí volný čas třeba tím, že si s nimi povídají, čtou jim knihy nebo s nimi cvičí.

Spokojeností s efektivním využitím volného času klientů na ONP se zabývala otázka 12. Překvapivě více než 80% dotazovaných klientů je spokojeno s trávením volného času v nemocnici (graf 10B), což je výsledek, který vyvrátil hypotézu číslo 3, která zněla: „Klienti nejsou spokojeni s využitím volného času v průběhu hospitalizace na ONP“. Skutečnost vyplývá podle mého názoru z výsledků více otázek z dotazníku. Klienti tráví většinu času v nemocnici s návštěvami rodinných příslušníků, necítí se osamělí, další navrhované možnosti využití volného času odmítají (návštěvy psychologa, dobrovolníků) a chválí si příjemný ošetřující personál se smyslem pro humor a zájmem o jejich zdravotní stav. Odezva klientů na využití volného času v průběhu hospitalizace na ONP je tedy velmi pozitivní. Bohužel role sestry v tomto případě zůstává v pozadí.

Shrnutím výsledků obou výzkumných souborů si dovoluujeme tvrdit, že bylo zjištěno, jakým způsobem využívají klienti hospitalizovaní na ONP volný čas, v čem vidí sestry problém eventuelních omezených možností využití klientova volného času v souvislosti s rolí sestry a byla zjištěna také odezva klientů na využití volného času v průběhu hospitalizace na ONP.

6. Závěr

Bakalářská práce s názvem „Role sestry ve využití volného času klientů v rámci hospitalizace na ONP“ pojednává o problematice využití klientova volného času v průběhu hospitalizace na ONP. Nemoc a s ní související hospitalizace patří mezi emocionálně a psychicky náročné životní situace. Je v první řadě úkolem sestry, podílet se svým empatickým, holistickým přístupem a vhodnou komunikací na zlepšení kvality hospitalizace nemocného člověka a uspokojování jeho bio-psycho-sociálních potřeb, k čemuž přispívá i vhodné využití klientova volného času, což je nejen na oddělení následné péče nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem využívají volný čas klienti hospitalizovaní na ONP, zjistit problémy uváděné sestrami spojené s rolí sestry v rámci využití volného času při hospitalizaci na ONP a také zjistit odezvu klientů na využití volného času v průběhu hospitalizace na ONP. Dovolujeme si tvrdit, že tyto cíle byly výzkumem splněny.

V souvislosti s názvem a tématem práce byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza, která zněla: „Klienti tráví volný čas v průběhu hospitalizace na ONP více pasivním ležením než aktivní činností“, byla výzkumem vyvrácena. Druhá hypotéza: „Sestry uvádějí, že problémem omezených možností využití klientova volného času v rámci hospitalizace klientů na ONP je nedostatek času“, se výzkumem potvrdila. Třetí hypotéza: „Klienti nejsou spokojeni s využitím volného času v průběhu hospitalizace na ONP“, byla výzkumem vyvrácena.

Návrhem do praxe, který může situaci částečně optimalizovat je především prezentovat význam „aktivizačních sester“ a snažit se hledat prostředky pro jejich zavedení. Bylo by vhodné cíleně se zaměřit na rozšíření nabídky možností využití klientova volného času a také je s těmito možnostmi seznamovat. Nebát se kreativity a dát prostor a prostředky sestram.

Na základě výsledků práce budou daným oddělením v případě zájmu nabídnuty formou semináře návrhy na další možnosti využití volného času klientů v průběhu hospitalizace. Jsme přesvědčeni, že čas ukáže, že téma této bakalářské práce je velmi aktuální.

7. Seznam použitých zdrojů

1. CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 1998, 200 s., ISBN 80-7178-204-1
2. ČÁP, R. *Osobnost dobrovolníka ve zdravotně-sociální oblasti*. České Budějovice, 2006. 80 s. Bakalářská práce na Zdravotně-sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Bohdana Břízová
3. FARKAŠOVÁ, D., et. al. *Ošetrovatel'stvo-teória*. Martin: Osveta, 2001, 134 s., ISBN 80-8063-086-0
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatel'ství 5: Manuálek o etice*. Brno: IPDVZ, 2000, 46 s., ISBN 80-7013-310-4
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatel'ství 10: Manuálek ze sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 72 s., ISBN 80-7013-363-5
6. KALVACH, Z., et. al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6
7. KANTOR, J. *Úvod do muzikoterapie*. 2005. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/uvodnik.htm>
8. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 1995, 836 s., ISBN 80-217-0528-0
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 200s., ISBN 80-247-179-0
10. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: IPDVZ, 1999, 164 s., ISBN 80-7013-277-9
11. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatel'ství I. díl*. Praha: Karolinum, 2003, 187 s., ISBN 80-246-0429-9
12. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. H&H, 2001, 147 s., ISBN 80-86022-92-7
13. PELIKÁNOVÁ, M. Chronicky nemocný na oddělení následné péče. *Sestra*. Mladá Fronta a.s., 2005, ročník 15, číslo 9, 58 s., ISSN 1210-0404

14. PELIKÁNOVÁ, M. Komunikační strategie s „obtížným pacientem“. *Sestra*. Mladá Fronta a.s., 2005, ročník 15, číslo 10, 58 s., ISSN 1210-0404
15. PELIKÁNOVÁ, M. Podpora a edukace rodiny v péči o pacienty starší 65 let. *Sestra*. Mladá Fronta a.s., 2006, ročník 16, s. 58 ISSN 1210-0404
16. PĚČOVÁ, D. *Arteterapie*. Datum neuvedeno. Dostupné z: <<http://www.aktip.cz/cs/produkty-sluzby/arteterapie.html>>
17. PFEIFFER, J. *Ergoterapie*. Praha: REHALB o.p.s., 2001, 77s., ISBN neuvedeno
18. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999, 88 s., ISBN 80-7169-828-8
19. SALVAGE, J. *Ošetřovatelství v akci*. Česká společnost sester, 1997, 119 s., ISBN 92 890 1312 5, ISSN 0378-2255
20. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002, 176 s., ISBN 80-7178-616-0
21. ŠKUBOVÁ, J. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, 2004, ročník XIV., č. 11, s. 79 ISSN 1210-0404
22. ŠKUBOVÁ, J. Využití hudby a tance v terapii seniorů. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, 2004, ročník XIV., č. 11, 79 s., ISSN 1210-0404
23. ŠKUBOVÁ, J. Aktivizační sestra. *Florence*. Praha: Galén, 2006, ročník II, číslo 6, 64 s., ISSN 1801-464X
24. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995, 312s., ISBN 80-7169-099-6
25. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005, 270 s., ISBN 80-7262-365-6
26. TRACHTOVÁ, E., et. al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: IPDVZ, 2001, 186 s., ISBN 80-7013-324-8
27. VESELÁ, E. *Arteterapie*. Datum neuvedeno. Dostupné z: <<http://www.motylek.org/arteterapie.html>>
28. VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. Metoda Bazální stimulace*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001, 34 s., ISBN neuvedeno

29. *SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÁ REPUBLIKA: 424. Vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.* Ročník 2004, částka 139. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2004. ISBN neuvedeno
30. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace.* Praha: Portál, 2005, 320 s., ISBN 80-7178-998-4
31. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie.* Praha: Portál, 2003, 400s., ISBN 80-7178-740-X
32. WIENEROVÁ, K. *Vztah dobrovolníka a dítěte v programu Pět P.* České Budějovice. 2006. 68 s., Bakalářská práce na Zdravotně-sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí práce Mgr. Bohdana Břízová

8. Klíčová slova

Role sestry

Holismus

Psychika

Komunikace

Potřeby

Volný čas klientů

9. Přílohy

Příloha 1 Screeningový test mobility

Příloha 2 Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové

Příloha 3 Test instrumentálních všedních činností

Příloha 4 Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života, Katz ADL

Příloha 5 Test základních všedních činností podle Barthelové

Příloha 6 Dotazník pro sestry ONP

Příloha 7 Dotazník pro klienty ONP

Přílohy 1, 2, 3, 5 jsou fotokopie a z tohoto důvodu nejsou přiloženy k elektronické podobě bakalářské práce.

Příloha 4 Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života Katz ADL

Aktivita	Nezávislost (žádná osobní asistence ani supervize)-1 bod	Závislost (úplná péče, osobní asistence, vedení či supervize)-0 bodů
koupání (bathing)	Myje se sám či dopomoc jen s 1 částí těla (např. záda či ochrnutá končetina).	Dopomoc s mytím více částí těla ať ve vaně, ve sprš či na lůžku, nebo kompletní mytí.
oblékání (dressing)	Vyndá oblečení ze skříní a zásuvek, obleče se kompletně, včetně kabátu a zapínání. Možná dopomoc s ponožkami či punčochami.	Pomoc při oblékání či pasivní oblečení.
používání toalety (toileting)	<i>Dojde na toaletu, dokáže se posadit i vstát, upravit oblečení, event. očistit genitál.</i>	<i>Pomoc s přemístěním na toaletu, s očistou, nebo užívání podložní mísy či „gramofonu“.</i>
přemísťování (trnasfering)	<i>Přesun z lůžka a do něj či do křesla bez asistence. Mechanické pomůcky jsou možné.</i>	Potřeba pomoci k přesunu z lůžka do křesla či kompletní přemísťování.
kontinence (continence)	<i>Kompletní kontrola vyměšování. Možná je stresová inkontinence žen.</i>	Úplná či částečná inkontinence moči nebo stolice.
jezení (feeding)	Vkládání stravy z talíře do úst bez pomoci. Přípravu jídla může zajistit jiná osoba.	Částečná či kompletní pomoc s jezením či pasivní krmení

Příloha 6-Dotazník-výzkumný soubor 1(A)-sestry ONP v Táboře, Českých
Budějovicích, Písku a Strakonících

Vážená kolegyně (kolego),

dotazník, který dostáváte do rukou je určen pro výzkumné účely k vypracování bakalářské práce na téma: Role sestry ve využití volného času klientů v rámci hospitalizace na ONP. Dotazník je anonymní a vyplněné údaje budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Vámi zvolené odpovědi označte prosím křížkem, případně doplňte.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

Radka Ratajová

Studentka JU ZSF v Českých Budějovicích

1. Vaše věková kategorie je:

do 30 let

31-50 let

51 a více let

2. Celková délka Vaší zdravotnické praxe:

do 6-ti let

6-12 let

12-20 let

nad 20 let

3. Délka Vaší zdravotnické praxe na ONP:

.....let

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

SZŠ-ošetřovatelka

SZŠ

VZŠ

VŠ

jiné.....

5. Prosím popište, jak rozumíte pojmu „aktivizační sestra“:

.....
.....

6. Je na Vašem oddělení zaveden statut „aktivizační sestry“?

ano

ne

nevím

7. Jaké mají na Vašem oddělení klienti možnosti využití volného času?

Prosím uveďte:.....

.....
.....

8. Jaké další reálné možnosti využití volného času byste pro Vaše klienty v rámci hospitalizace navrhla?

.....

.....

9. V čem vidíte problém možných omezených možností využití klientova volného času?
(můžete označit i více odpovědí)

- v nedostatku času
- v nedostatku financí
- nevím
- jiné.....

10. Máte pocit, že se svým klientům v jejich volném čase věnujete dostatečně?

- ano, podle svých možností
- ne
- není na to čas
- jiné.....

11. Domníváte se, že jsou klienti Vašeho oddělení spokojeni s využitím jejich volného času v rámci hospitalizace?

- ano, z jakého důvodu:.....
- ne, z jakého důvodu:.....
- nevím

jiné:.....

12. Jakým způsobem se osobně snažíte vyplnit volný čas klientů?

.....

.....

13. Dochází na Vaše oddělení ergoterapeut?

ano

ne

nevím

Pokud jste odpověděl (a) ANO na otázku číslo 13, pokračujte otázkou číslo 14.

V opačném případě pokračujte dál otázkou číslo 15.

14. Má ergoterapie pozitivní vliv na soběstačnost Vašich klientů?

ano

ne

nevím

POKRAČOVÁNÍ DOTAZNÍKU

15. Domníváte se, že na Vašem oddělení můžete zabránit vzniku sociální izolace?

ano, jak:.....

ne, z jakého důvodu:.....

nevím

16. Dochází na Vaše oddělení „pravidelně“ za klienty psycholog?

ano

ne

nevím

jiné

17. Snažíte se spolupracovat s rodinami klientů?

ano

ne

18. Mají Vaši klienti možnost kontaktu s duchovním, v případě zájmu?

ano

ne

19. Máte možnost na Vašem oddělení pracovat s dobrovolníky?

ano

ne

nevím

Pokud jste odpověděl (a) ANO na otázku číslo 19, odpovězte na otázku číslo 20.

V opačném případě pokračujte dál otázkou číslo 21.

20. Myslíte si, že jsou dobrovolníci pro nemocného prospěšní?

ano, z jakého

důvodu:.....

ne, z jakého
důvodu:.....

POKRAČOVÁNÍ DOTAZNÍKU

21. Provádíte na Vašem oddělení u klientů Bazální stimulaci?

ano

ne

nevím

Pokud jste odpověděl (a) ANO na otázku číslo 21, odpovězte prosím na otázku číslo 22, kterou dotazník končí.

22. Jak Vaši klienti reagují na Bazální stimulaci?

pozitivně:.....

negativně:.....

bez reakce

jiné:.....

Děkuji Vám za čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Příloha 7-Dotazník-výzkumný soubor 2 (B)-klienti ONP v Táboře, Českých
Budějovicích, Písku a Strakonících

Vážený pane, paní,

dotazník, který dostáváte do rukou je určen pro výzkumné účely k vypracování bakalářské práce na téma: Role sestry ve využití volného času klientů v rámci hospitalizace na ONP. Dotazník je anonymní a vyplněné údaje budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Vámi zvolené odpovědi označte prosím křížkem, případně doplňte.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

Radka Ratajová

Studentka JU ZSF v Českých Budějovicích

1. Kolik je Vám let?

do 29 let

30-44 let

45-59 let

60-74 let

75-89 let

nad 90 let

2. Jste:

muž

žena

3. Jak dlouho trvá Vaše současná hospitalizace na ONP?

méně než 1 měsíc

1 měsíc

2 měsíce

3 měsíce

více než 3 měsíce

jiné.....

4. Jaká je Vaše soběstačnost? (schopnost postarat se sám o sebe v běžném životě)

plně soběstačný (nepotřebuji pomoc druhé osoby)

částečně soběstačný (občas potřebuji pomoc druhé osoby)

zcela nesoběstačný (úplně závislý na druhé osobě)

5. Jaká je Vaše pohyblivost?

plně mobilní (pohybují se bez omezení)

částečně mobilní (pohybují se s omezením)

imobilní (jsem upoután na lůžko)

6. Jak trávíte svůj volný čas v rámci současné hospitalizace? (můžete označit více odpovědí)

poslouchám rádio

sleduji televizi

procházím se v parku

navštěvuje mě rodina

navštěvuje mě duchovní (=kněz)

- komunikuji se spolupacienty
- čtu
- cvičím na lůžku
- věnuji se jídlu
- kouřím
- jiné.....

7. V souvislosti s hospitalizací:

- kouřím méně. Z jakého důvodu:.....
- kouřím více. Z jakého důvodu:.....
- v nemocnici nekouřím vůbec. Z jakého důvodu:.....
- jsem nekuřák

8. V souvislosti s hospitalizací:

- jím více než jsem zvyklý (á). Z jakého důvodu:.....
- jím méně než jsem zvyklý (á). Z jakého důvodu:.....
- jím stejně
- jiné:.....

9. Máte v souvislosti se současnou hospitalizací pocit osamělosti?

- ano, z jakého důvodu:.....
- ne, z jakého důvodu:.....

10. Využívají Vaši blízcí možnost Vás navštěvovat?

- ano

ne

jiné.....

11. Snaží se sestry vyplnit Váš volný čas?

ano, jak:.....

ne

jiné.....

12. Jakou možnost využití volného času byste ještě uvítal (a) v rámci hospitalizace?

žádné, jsem spokojen(a)

TV na pokoji

procházky v parku

ruční práce

13. Uvítal (a) byste návštěvy duchovního (=kněze)?

ano

ne

tuto možnost mám

14. Uvítal (a) byste možnost být v kontaktu s dobrovolníky, kteří docházejí za klienty,

kteří jsou hospitalizováni?

ano

ne

tuto možnost mám

15. Uvítal (a) byste možnost pravidelných návštěv psychologa?

ano

ne

tuto možnost mám

16. Dochází za Vámi ergoterapeut(odborník, který vymýšlí zaměstnání pro klienty v průběhu jejich hospitalizace a podporuje jejich soběstačnost)?

ano

ne

17. Dochází za vámi rehabilitační pracovník?

ano

ne

Děkuji Vám za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku