Masarykova univerzita
Lékařská fakulta
Katedra ošetřovatelství

Bc. Kateřina Krejbichová, DiS.

Potřeby příbuzných geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

Brno 2013

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením doc. MUDr. Jarmily Drábkové, CSc. a všechny použité informační zdroje uvedla v závěrečném soupisu literatury.

Liberec 15. 4. 2013 Bc. Kateřina Krejbichová, DiS.

Děkuji své vedoucí diplomové práce paní doc. MUDr. Jarmile Drábkové, CSc. za odborné vedení, trpělivost a shovívavost, připomínky a náměty. Dále bych ráda poděkovala paní doc. PhDr. Miroslavě Kyasové, Ph.D. za cenné rady a připomínky k empirické části práce, panu Petru Sassmannovi za pomoc při statistickém zpracování dat a v neposlední řadě celé své rodině za lásku a trpělivost.

Obsah

Úvod 7

1 Lidské potřeby 9

1.1 Definice lidských potřeb 9

1.2 Rozdělení potřeb 11

1.3 Teorie potřeb 13

1.3.1 Franklova teorie potřeb 13

1.3.2 Maslowova hierarchie potřeb 14

1.3.3 Murrayho teorie 14

1.3.4 Frommova psychosociální teorie 15

1.3.5 Vroomova teorie očekávání 15

1.4 Motivace pro naplnění potřeb 15

1.5 Naplnění a uspokojování potřeb v nemoci 17

1.6 Změny v chování jedince při nedostatečné saturaci potřeb a zvládání těžkých životních situací 18

1.7 Potřeby nemocných v intenzivní péči 21

1.8 Problematika potřeb ve stáří 22

1.9 Lidské potřeby v souvislosti s právy pacientů 23

1.10 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb 24

2 Geriatrický pacient a jeho blízcí 25

2.1 Teorie stáří 25

2.2 Periodizace stáří 25

2.3 Definice gerontologie a geriatrie 26

2.4 Změny ve stáří a specifické znaky nemoci ve stáří 26

2.5 Senioři a rodina, funkce rodiny 28

2.6 Geriatrická křehkost 29

3 Psychologický přístup ke geriatrickým nemocným a jejich příbuzným 31

3.1 Psychologie stáří 31

3.2 Psychologický přístup k nemocnému seniorovi 34

3.3 Psychologický přístup k příbuzným 35

4 Komunikace s pacienty a příbuznými 37

4.1 Verbální a neverbální komunikace 37

4.2 Komunikace v medicíně 37

4.3 Komunikace se seniory 38

Empirická část 40

5 Cíle práce a hypotézy 40

6 Charakteristika průzkumného šetření 42

6.1 Cíle průzkumu 42

6.2 Charakteristika průzkumného vzorku 42

6.3 Metodologie průzkumu 43

6.4 Metodika statistického zpracování dat 43

6.5 Výsledky průzkumu a jejich analýza 45

7 Testování hypotéz 68

8 Diskuse 89

9 Návrhy a doporučení pro praxi 96

10 Závěr 98

Anotace 99

Annotation 100

Seznam použité literatury 101

Seznam zkratek 104

Seznam tabulek 105

Seznam grafů 107

Seznam příloh 109

Příloha č. 1: Maslowova pyramida potřeb 110

Příloha č. 2: Etický kodex práv pacientů 111

Příloha č. 3: Etický kodex práv pacientů v souvislosti s potřebami 113

Příloha č. 4: Zásady komunikace se seniory 114

Příloha č. 5: Zásady komunikace se seniory se zrakovým a sluchovým postižením 115

Příloha č. 6: Dotazník – finální verze 116

Příloha č. 7: Dům životních potřeb 121

ÚVOD

Základním prvkem moderního ošetřovatelství je systematické plánování a uspokojování potřeb člověka (pacienta) pomocí ošetřovatelského procesu. V jeho průběhu se u nemocného setkáváme s problémem, pojmenujeme jej, stanovíme si cíle, kterých chceme dosáhnout. Poté cíle realizujeme a nakonec zhodnotíme, jak jsme byli úspěšní, eventuelně je přehodnotíme a pokračujeme v nově naplánované péči. Toto se však týká pacientů. V nemocnici se ale setkáváme s další početnou skupinou lidí, kteří jistě také mají své potřeby a na jejichž uspokojování často nejen zapomínáme, ale možná jim ani nepřikládáme žádnou významnou roli. Jsou to příbuzní. Ti, kteří přijdou do nemocnice za svým blízkým a stejně jako pro nás mohou být důležitým zdrojem informací, tak pro nás mohou být, a většina z nich i chce být, důležitou součástí týmu, který se o jejich nemocného blízkého stará. Avšak jak mohou být pomocnou rukou pro své blízké, když mají své potřeby, které nejsou v danou chvíli saturovány a které tolik ovlivňují jejich psychický stav. Domnívám se, že příbuzní a blízcí lidé, kterým na člověku, který je hospitalizovaný, ze srdce záleží, by pro nás měli být stejně důležití jako samotní pacienti. Zvláštního přístupu k potřebám příbuzných je pak na pracovištích, kde většinu pacientů tvoří senioři, neboť jejich nejbližší a ti, kdo je denně navštěvují, mnohdy již sami seniory jsou.

Ve své práci jsem se rozhodla věnovat právě potřebám příbuzných a blízkých lidí našich pacientů, seniorů. Jelikož pracuji na jednotce intenzivní péče, na Koronární jednotce (dále jen KJ), setkávám se denně s vyděšenými, nechápajícími lidmi, u kterých dominuje strach o jejich blízkého. Velká většina našich pacientů je přijímána s diagnózou infarkt myokardu. Je tedy třeba si uvědomit, že většinu z nich odveze s náhle vzniklými potížemi RZP nebo RLP a doma zůstanou příbuzní, kteří vůbec netuší, co se stalo, a hlavně, co se bude dít v průběhu dalších hodin a dnů. Tito lidé zůstávají se svými obavami sami, o jejich potřeby se nikdo nestará, nikoho vlastně ani možná moc nezajímá, co potřebují a co se v nich odehrává. Jejich první návštěva u jejich blízkého v nemocnici je pak plná strachu. Celá situace je o to komplikovanější, že velkou část příbuzných tvoří senioři, ke kterým je třeba přistupovat obzvláště křehce, trpělivě a empaticky.

V teoretické části se zabývám problematikou potřeb, teoriemi potřeb a motivací člověka. Dále analyzuji odlišnosti potřeb u nemocných i u jejich blízkých, v intenzivní

medicíně a u seniorů. S ohledem na zaměření empirické části nastiňuji problematiku změn u seniorů, postojů, které vůči nim má společnost a rodina, a dále také zmiňuji geriatrickou křehkost jako stav seniorů, který je potřeba mít na paměti, pokud se seniory jednáme a komunikujeme. V neposlední řadě zmiňuji psychologický přístup a principy správné komunikace s nemocnými, jejich příbuznými a se seniory.

V empirické části jsou prezentovány výsledky průzkumného šetření zaměřeného na potřeby lidí, příbuzných a blízkých, kteří hospitalizované seniory navštěvují. Jelikož se s příbuznými a blízkými našich pacientů denně setkáváme, měly bychom vědět, dle mého názoru, co konkrétně na daném oddělení pro ně můžeme udělat, co potřebují, co je tam znepokojuje, co si přejí a čeho se bojí. Nejsme schopni uspokojit všechny jejich potřeby, ale mnoho z potřeb těchto lidí nám uniká, nevšímáme si jich nebo si jich ani všímat nechceme. Často nám připadají nedůležité a vlastně nás žádný zákon, norma nebo kodex nenutí se jimi zabývat. A přitom pro saturaci některých potřeb stačí velmi málo a člověk, blízký nemocného seniora, který se z minuty na minuty ocitl v podřízené roli čekatele na to, co bude, se může cítit bezpečněji, jistěji, bude nám důvěřovat a nebudou tak zbytečně vznikat konflikty a nedorozumění.

1 Lidské potřeby

1.1 Definice lidských potřeb

Definice lidské potřeby je poměrně složitá z pohledu komplexnosti a pojmutí všech oblastí, které musí zahrnovat. Šamánková definuje potřebu jako „stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“[1] Trachtová pak definuje potřebu jako „projev náhlého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.“[2] Potřeba je stav, který nás nutí k vyhledání nějaké podmínky nezbytné pro život nebo nás naopak nutí se něčemu vyhnout. Prožívání nedostatku a nedostatečná saturace potřeb negativně ovlivňuje psychickou činnost člověka, tzn. myšlení, pozornost, paměť, ale také volní procesy. Množství a intenzita potřeb závisí na celé řadě faktorů, hlavně se však jedná o věk jedince a dále o sociokulturní prostředí, kde člověk vyrůstal a jehož normy považuje za své. Neméně důležitým faktorem je samozřejmě i stupeň inteligence, aktuální zdravotní stav a životní zkušenost s konkrétní situací. Prožívání nedostatku také zcela významně ovlivňuje chování jedince. Smékal definuje potřebu jako „stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné (nebo se jeví jako nutné) pro přežití a rozvoj.“[3] Dle Ondrušové „je nutné si uvědomit, že senioři mají obdobné potřeby jako ostatní lidé. Jejich odlišnost spočívá pouze v jejich naplňování a uspokojování.“[4]

Potřeby jedince jsou vysoce individuální záležitostí, mění se v průběhu času a spolu s prostředím, ve kterém člověk žije. Ve stáří navíc dochází k přetransformování potřeb a k uvědomění, že v mladším věku plně uspokojené potřeby, jako např. potřeba bezpečí, mohou být ve stáří nedostatečně saturovány a naopak u jiných potřeb může dojít k jejich nechtěnému nadbytku (potřeba koníčků a volného času). Dále se ve stáří může objevit negace jedné potřeby za druhou, kdy sice člověk uspokojí jednu svou potřebu, dojde k tomu však na úkor jiné. Ve stáří se také více než v kterémkoli jiném životním období

---

[1] ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, s. 12.

[2] TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, s. 11.

[3] SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti*, s. 241.

[4] ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*, s. 43.

setkáváme s potřebou být pro ostatní užitečný a prospěšný.[5] Dle mnoha autorů vystupují u starých lidí do popředí hlavně potřeba bezpečí, sociálních kontaktů, důstojnosti a respektu, spirituality a seberealizace.

Současná literatura se asi nejvíce opírá model, teorii potřeb dle Abrahama Maslowa, představitele humanistické psychologie. A. Maslow vytvořil hierarchickou pyramidu lidských potřeb, kde v základně stojí biologické potřeby, následují potřeby jistoty a bezpečí, sociální potřeby a potřeby úcty a uznání. Tyto potřeby také A. Maslow nazývá jako D-hodnoty, neboli hodnoty základní, deficitní. Následují B-hodnoty, potřeby bytí, kam spadají kognitivní potřeby, estetické potřeby, potřeba seberealizace. Vrchol pyramidy tvoří potřeba sebetransdence. Maslowova teorie potřeb se opírá o přesvědčení, že alespoň částečné uspokojení níže položených potřeb (základních) je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb.[6] Naopak někteří jiní autoři (V. E. Frankl, M. Svatošová) jsou přesvědčeni, že naplňování vyšších potřeb může zároveň napomoci v mezních situacích lidského života. Bártlová také dodává, že „biologické potřeby nelze zcela izolovat od potřeb sociálních. Tyto potřeby spolu vždy souvisí a hranice mezi nimi se vzájemně překrývají, vždy tedy záleží na jednotlivci, jaký stupeň naléhavosti té které potřebě přikládá.“[7]

---

[5] Srov. ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*, s. 4.

[6] Srov. ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*, s. 42.

[7] BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie zdravotnictví a medicíny*, s. 96.

1.2 Rozdělení potřeb

A) Zásadní dělení potřeb podle obecných kritérií:[8]

1. potřeby podle podstaty člověka

- **Biologické (fyziologické) potřeby** - vyplývají z podstaty člověka, jsou to např. potřeba potravy, tekutin, spánku, tepla aj.
- **Psychické potřeby** – jsou vyjadřovány prožíváním psychických stavů, např. potřeba bezpečí, důvěry, stability.
- **Estetické potřeby** – vycházejí z požadavků jedince na krásno a estetično
- **Sociální potřeby** – jsou to potřeby po kontaktu se společností, potřeby touhy po určitém sociálním postavení.
- **Potřeby sebevyjádření** – potřeby vztahující se k touze po seberealizaci, prosazení se.
- **Duchovní potřeby** – jsou spojeny s duchovním zaměřením jedince.

2. potřeby podle počtu osob, kterých se týkají

- **Individuální potřeby** – jsou to potřeby jednotlivce, např. potřeba osobního růstu, vzdělání, seberealizace.
- **Kolektivní potřeby** – jsou uplatňovány skrz jednotlivce, ale mají kolektivní význam, např. potřeba ochrany životního prostředí.

3. potřeby podle obsahu

- **Materiální potřeby –** vztahují se k požadavku něco vlastnit.
- **Nemateriální potřeby** – vyjadřují hlavně duševní stránku člověka, jeho hierarchii hodnot.

4. potřeby podle naléhavosti

- **Nezbytné potřeby** – jsou to potřeby, které nesnesou delší odklad, závisí na nich život jedince.
- **Zbytné potřeby** – jsou to potřeby, bez kterých se člověk dokáže obejít.

---

[8] Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, s. 17-19.

5. potřeby podle četnosti výskytu

- **Trvalé potřeby** - objevují se denně (potřeba jídla, tekutin aj.).
- **Občasné potřeby -** objevují se s určitou pravidelností, váží se k nějaké události nebo k nějakému období (např. ročnímu období).
- **Vyjímečné potřeby** - objevují se při vyjímečných událostech v životě člověka.

6. potřeby podle času

- **Současné potřeby** – jsou to potřeby, které má jedinec v danou chvíli nebo ve výhledu nejbližší budoucnosti.
- **Budoucí potřeby** – jsou to potřeby spojené s nějakou očekávanou událostí v budoucnosti.

B) Dělení potřeb podle důležitosti pro zachování života:[9]

1. primární potřeby – jsou to potřeby biologické, fyziologické a přirozené, jedinec bez naplnění těchto potřeb nemůže dlouho přežít.

2. sekundární potřeby – jsou to potřeby sociální, získané, naučené, odkoukané.

C) Dělení potřeb pro pocit naplněného života v nemocnici:[10]

Specifická podoba potřeb nemocného člověka je závislá jak na charakteru nemoci, tak i na charakteru a na sociálních poměrech samotného nemocného. Stejně jako se mění potřeby nemocného jedince, mění se i potřeby jeho příbuzných.

---

[9] Srov. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, s. 91-95.

[10] Tamtéž.

Obecně se dají potřeby člověka v nemoci rozdělit na:

- **Potřeby, které se nemocí nemění** – tyto potřeby zůstávají zachované u nemocných i zdravých jedinců, jsou to zejména potřeba tekutin, vzduchu, spánku, výživy, vyprazdňování.

- **Potřeby, které se nemocí modifikovaly** – jsou velmi individuální a variabilní, týkají se nejen samotných nemocných, ale také jejich příbuzných. Vedle redukce především sociálních potřeb může dojít k deformaci potřeb dřívějších. Velmi důležitou se stává potřeba informace a komunikace. Modifikují se dále potřeby fyzické aktivity, potřeby seberealizace, sebeuspokojení a mnohé další.

- **Potřeby, které nemocí vznikly** – asi nejpřednější je u obou skupin, tzn. u nemocných i jejich příbuzných, potřeba navrácení zdraví a potřeba udržení sociálních funkcí, eventuelně potřeba přípravy na novou sociální roli.[11]

1.3 Teorie potřeb

1.3.1 Franklova teorie potřeb

Viktor Emil Frankl byl zakladatelem teorie osobnosti zvané Logoterapie. Výraz logoterapie je odvozen z řeckého „logos“, což znamená slovo nebo význam.[12] Hlavním bodem Franklovy teorie je smysl života a vůle k němu. V. E. Frankl ve své teorii popisuje lidskou povahu jako trojdimenzionální: dimenzi fyziologickou, psychologickou a noologickou. Opomíjení či neuspokojování fyziologických potřeb vede dle Frankla ke vzniku tělesného onemocnění. Opomíjení psychologické dimenze může vyústit v emoční problémy. A k uspokojení noologické dimenze musí mít člověk vůli ke smyslu k životu. Zároveň však Frankl dodává, že „pravá vůle ke smyslu musí být výsledkem svobodných rozhodnutí, která lidé činí sami za sebe“. A dále dodává, že

---

[11]Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*, s. 23.

[12] Srov. DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*, s. 146.

smysl v životě může člověk objevit trojím způsobem – vykonáním činu, prožití hodnoty a nebo utrpením.[13] Prožité utrpení a jeho přeměnu na morální vítězství považuje Frankl za konečný smysl v životě a jeho zvládnutí za vrchol Logoterapie. Pokud lidé ve svém životě postrádají smysl, nazývá to Logoterapie existenciálním vakuem a podle Frankla je právě existenciální vakuum příčinou velkého počtu sebevražd.

Franklova Logoterapie je velmi dobře využitelná v praxi, hl. u klientů pomáhajících profesí, kdy jim pomáhá znovu nalézt smysl práce, pomáhá vyrovnat se s utrpením a také pomáhá nalézt vůli k dalšímu smyslu své profese.[14]

1.3.2 Maslowova hierarchie potřeb

Abraham Maslow je představitelem humanistické psychologie. Vytvořil hierarchickou teorii potřeb, kdy sice pokládá jedince za jednotný celek, zároveň však uznává, že u každého člověka existují specifické lidské potřeby, které ho motivují k nějakému jednání. Podle Maslowa má každý člověk svůj hierarchický systém hodnot, kdy se po uspokojení jedné potřeby staví na její místo druhá.[15] Maslow rozděluje potřeby na nižší (fyziologické potřeby, potřeba bezpečí), vyšší (potřeba lásky a úcty) a metapotřeby (potřeba sebeaktualizace), viz příloha č. 1, str. 110.

Uplatnění Maslowovy hierarchie potřeb v praxi je široké. Zahrnuje poznání vlastních potřeb, způsob jejich uspokojení či neuspokojení a pochopení sebe sama.

1.3.3 Murrayho teorie

Henry Alexander Murray zavedl jako první do psychologie slovo „potřeba“. Jeho teorie osobnosti vychází z předpokladu, že celek jedince je tvořen potřebou a tlakem. Tlak je to, co prostředí vyžaduje splnit od jedince a nutí ho k určitému jednání. Potřeba je pak chápána jako to, co jedinec chce a o co se snaží.[16] Mezi potřebami a tlakem vznikají dle Murrayho vazby, které se navzájem ovlivňují a fungují mezi nimi zpětnovazební mechanismy.

---

[13] DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*, s. 148.

[14] Tamtéž, s. 152.

[15] Srov. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, s. 13-14.

[16] Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, s. 29.

1.3.4 Frommova psychosociální teorie

Hlavním prvkem Frommovy teorie je svoboda jako základní znak lidské povahy. K prosazení své svobody musí každý člověk činit určitá rozhodnutí a rozvíjet produktivní zaměření života, k čemuž ale mnozí lidé nejsou přístupni.[17] Za největší motivaci pro lidské chování považuje Fromm potřeby související s existencí člověka. Jsou to potřeba sociálního začlenění, potřeba transcendence, potřeba zakořenění, potřeba individuální identity a potřeba racionality. Uplatněním Frommovy teorie v praxi je především jako pomoc při utváření charakteru osobními rozhodnutími a podpora vztahu k druhým osobám, kde jedinec neztrácí svou identitu.

1.3.5 Vroomova teorie očekávání

Vroomova teorie očekávání je založená na tom, že jestliže jsme přesvědčeni o dosažitelnosti a atraktivnosti cíle, pak jsme motivováni tohoto cíle dosáhnout. Přitom nás ovlivňuje vnitřní očekávání a upřednostňujeme to chování, které má největší motivační sílu.[18] Motivační síla je pak úměrná našim přesvědčením, a to ve třech elementech: valence (přitažlivost cíle), instrumentality (přesvědčení, že když se budeme chovat určitým způsobem, dosáhneme vytouženého cíle), expectancy (přesvědčení, že se sebou očekávaným chováním budeme umět chovat). V praxi je Vroomova teorie často používaná v procesu motivace lidí na všech úrovních, včetně vrcholového managementu.

1.4 Motivace pro naplnění potřeb

Potřeba jako projev nedostatku v organismu je schopná v organismu vyvolat proces motivace. Motivací pak můžeme označit proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání. Motivací nebo také pohnutkou či důvodem určitého jednání rozumíme skutečnost, že lidské chování není náhodné, ale vychází z určité aktuální

---

[17] Srov. DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*, s. 64.

[18] Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, s. 28.

potřeby.[19] Motivace je dle Vymětala v psychologické terminologii „proces, který určité, byť složité jednání člověka vyvolává, udržuje a posléze, po uspokojení dané potřeby, ukončuje.“[20] Jakákoli aktualizovaná potřeba uvádí do chodu proces motivace. Potřeba je tedy v podstatě motivem pro nějaké jednání a chování. Motivace pacientů a jejich blízkých pak závisí hlavně na psychologickém přístupu zdravotníků. Čím je zdravotní stav jedince horší, tím větší potřebu bezpečí, jistoty a psychického zázemí u něj, ale i u jeho blízkých, vyvolává. Pacient i jeho blízcí v této situaci očekávají, že zdravotníci budou jejich potřeby uspokojovat, poskytovat naděj a motivovat je. Na základě motivace vznikají motivy. Jsou to osobní příčiny určitého chování, psychologické příčiny reakcí a činností člověka zaměřené na uspokojování potřeb. Motivy rozlišujeme na osobnostní a situační. Osobnostní motivy vedou jedince k určitému jednání na základě jeho přesvědčení, cílů a hodnot. Situační pak vedou jedince k řešení konkrétní situace, do které se jedinec dostal.[21] Vymětal dále zdůrazňuje, že „potřeba je něco, co člověk s různou mírou nutnosti a naléhavosti vyžaduje k životu a tedy aktualizovaná potřeba uvádí do pochodu proces motivace.“[22] Motivy dále rozeznáváme na nedostatkové, to jsou takové, které slouží k zachování jedince a druhu. Dále růstové, pomocí kterých člověk naplňuje své vlastní možnosti a ty mu pak pomáhají tzv. psychicky růst. Poslední skupinu tvoří potřeby sebezáchovné, vývojové a rozvojové, které si osvojujeme již v dětském věku.

Motivace pacientů a jejich blízkých je nedílnou součástí zdravotnické profese. Hledání a nalezení motivace ke spolupráci a k uzdravení je u některých skupin pacientů a v některých situacích velmi náročná a vyžaduje velmi profesionální a psychologický přístup zdravotnického týmu. Jedná se zejména o situace:

- Významný subjektivní dopad onemocnění na jedince (bolest, horečka).
- Malá perspektiva k brzkému zlepšení.
- Závislost na okolí a bezmocnost.
- Závažné onemocnění, které významně zasahuje do integrity jedince.

---

[19] Srov. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, s. 11.

[20] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, s. 74.

[21] Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, s. 16.

[22] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, s. 75.

V procesu motivace pacientů a jejich příbuzných, zvláště pak na akutních odděleních, je nutné pochopit, že v člověku vyvolává vážná nemoc regresi a dochází k dlouhodobému neuspokojování základních potřeb bezpečí, jistoty a psychického zázemí. Na druhou stranu může však i nemoc, pokud člověk příliš netrpí, pomoci v motivaci a diferenciaci důležitých a podstatných věcí v životě jedince. V tomto smyslu pak může nemoc přinést subjektivní obohacení ať samotného nemocného nebo i jeho blízkých.[23]

1.5 Naplnění a uspokojování potřeb v nemoci

Na saturaci potřeb nemocného a jeho blízkých se podílí několik faktorů. Jsou to faktory vnější, vnitřní, objektivní a subjektivní.

- **Faktory vnější** - ani nemocný ani jeho blízcí je nemohou z velké míry ovlivnit, jedná se o zdravotnický personál a nemocniční prostředí obecně.

- **Faktory vnitřní** - jsou u každého jedince individuální. Kromě výše zmíněné motivace to jsou pudy (vrozené pohnutky k nějaké činnosti), zájem (získaný motiv), vnitřní ambice (snaha o uplatnění, vyniknutí) a dále vnitřní cíle, ideály a přesvědčení jedince.

- **Faktory objektivní** - jsou to faktory viditelné, objektivně hodnotitelné (dostatek jídla, tekutin, uspořádání sociálního prostředí).

- **Faktory subjektivní** - jedná se o schopnost prožívání a adaptace jedince na různé životní situace, míru poznání sebe sama, charakter a temperament jedince a jiné.[24]

Obecně se dá říci, že zjišťování a naplnění potřeb v nemoci tak závisí nejen na objektivním úsudku zdravotníků, samotného nemocného a jeho blízkých, ale také na

---

[23] Srov.VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, s. 78 - 87.

[24] Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, s. 15.
VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, s. 76 - 78.

subjektivních pocitech nemocného. První potřebou, která není saturována na počátku vzniku onemocnění ani u samotného nemocného ani u jeho blízkých, je potřeba bezpečí a jistoty (přičemž se nejedná pouze o potřebu fyzického bezpečí, ale také o bezpečí v podobě důvěry v ošetřující personál, vědomí, že bude respektována osobnost nemocného, jeho autonomie a v neposlední řadě, že sliby ze strany zdravotníků budou reálné a budou dodržovány). Mezi další málo saturované potřeby patří potřeba lásky a sounáležitosti (nedostatečná saturace této potřeby se manifestuje především v případě dysfunkčních rodinných vztahů), potřeba naplnění sociálních rolí, potřeba naplnění duševních potřeb a potřeba být bez bolesti.[25]

Při saturaci potřeb nemocného bychom neměli zapomínat ani na jeho příbuzné či blízké. Je důležité získávat osoby blízké nemocnému ke spolupráci, zvláště pak u onemocněních dlouhodobých. Měli bychom se snažit, aby i blízcí nemocného pochopili situaci, nemoc, aby znali její rozsah a aby si uvědomili a postupně vstřebali její dopad. Jak dodává Vymětal: „Každá vážnější zdravotní újma některého z členů rodiny zasahuje a ovlivňuje celou rodinu. Nemocný důvěřuje lékaři a léčbě jen tehdy, jestliže lékaři důvěřují nejbližší příbuzní.“[26]

1.6 Změny v chování jedince při nedostatečné saturaci potřeb a zvládání těžkých životních situací

Změny v chování jedince při nedostatečné saturaci potřeb a zejména pak při zvládání těžkých životních situací, kterou bez pochyby nemoc je, se do jisté míry opakují a dříve nebo později se u každého jedince objeví. Zpočátku se jedná o psychické potíže projevující se neklidem, nesoustředěním se, nervozitou. Tyto příznaky se v případě neuspokojení potřeby stupňují a postupně vedou k somatickým potížím, které mohou vyústit ve stresovou reakci až frustraci. Nesaturované potřeby u jedince vyvolávají vztek, napětí, zklamání z neúspěchu, pocity se stále dokola opakují až mohou vyústit v agresi proti někomu, něčemu nebo vůči sama sobě.

---

[25] Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, s. 21.

[26] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, s. 107.

Definici zvládání těžkých životních situací popisuje Křivohlavý: „Zvládáním se rozumí proces řízení vnitřních i vnějších faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.“[27] Od snahy zvládnout těžkou životní situaci je potřeba odlišit tzv. zvládací reakce, které probíhají bez účasti našeho vědomí a jsou přirozené, vrozené. Křivohlavý dále dodává, že: „styl zvládání těžkostí je obecná tendence jednat se stresující situací zcela určitým způsobem.“[28] V podstatě se dá říci, že styl, kterým konkrétní člověk reaguje na konkrétní situaci, charakterizuje tohoto člověka. Křivohlavý také poukazuje na sdělení dvojice B. Blažek a J. Olmerová, že existuje sedm stylů chování a jednání lidí v těžkých životních situacích: [29]

- **Autismus**: vnitřní emigrace: člověk zatížený těžkou životní situací se stáhne a uzavře do sebe a vytváří si uvnitř sebe svůj druhý svět.

- **Robinzonovství**: člověk zatížený těžkou životní situací v sobě může nalézt doposud nepoznané možnosti, které by jinak neobjevil, a je tak schopný bojovat s touto situací dosud v sobě nepoznanými možnostmi.

- **Kompenzace**: člověk zatížený těžkou životní situací si zvolí nějaký náhradní cíl než byl ten původní, hlavním důvodem je pocit nedosažitelnosti původního cíle (např. uzdravení).

- **Překompenzování ztráty**: je to takový styl chování vyrovnávání se s těžkou životní situací, kdy dotyčný vyvine nadměrnou aktivitu v nějaké jiné činnosti ve snaze dokázat sobě i okolí, že jeho ztráta není omezující.

- **Dobrovolné podstupování rizika**: ohrožený jedinec se často vystavuje riziku, které nemusí být ještě zcela nezbytné v souvislosti s daným problémem či onemocněním, ve snaze předejít zhoršení stavu či komplikacím.

---

[27] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 98.

[28] Tamtéž, s. 99.

[29] Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 101 - 103.

- **Směna**: tento styl vyrovnávání se s těžkou životní situací je zřejmě jeden z nejčastějších, dochází ať již na fyzické nebo psychické úrovni k výměně něčeho za něco.

- **Dialog:** je to zvládání těžké životní situace pomocí nezištné komunikace s druhým člověkem nebo skupinou lidí.

R. S. Lazarus vykreslil proces zvládání těžkých životních situací, který má tři fáze a je možné ho detekovat nejen u samotného nemocného, ale právě i u jeho blízkých:[30]

- První fáze je tzv. primární hodnocení – jedná se o detekci všech negativních jevů v souvislosti s danou situací nebo onemocněním.
- Druhá fáze je fáze sekundární, zahrnující zhodnocení všech pozitivních faktorů, které s danou situací souvisejí.
- Třetí fází je přehodnocení situace, ke kterému však ale může dojít až tehdy, když je (nebo naopak není) viditelný nějaký efekt z použitých postupů, léčby.

Pro psychické zvládání životních těžkostí a utrpení existují mezi jednotlivými lidmi velké rozdíly. I přesto se však dají obecně označit tři typy osobnostních rysů:[31]

- Nezdolnost typu osobnostní soudržnosti: pokud nemocný nebo jeho rodina vidí situaci jako smysluplnou, zvládnutelnou a srozumitelnou, spíše je ochotný k boji a spíše věří v uzdravení.
- Nezdolnost typu hardiness: nemocný nebo jeho blízcí vidí nemoc jako překážku, kterou je potřeba chápat jako výzvu, je třeba se aktivně účastnit boje a být spolurozhodovatelem.
- Nezdolnost typu houževnatosti.

---

[30] Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 97.

[31] Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 99.

1.7 Potřeby nemocných v intenzivní péči

Intenzivní péče je obor velmi specifický a vyhraněný a tudíž i potřeby pacientů a jejich blízkých budou odlišné od ostatních oborů. Obecně v intenzivní péči nejvýrazněji vystupují do popředí potřeby základní, tj. potřeba kyslíku a dýchání, hydratace, potřeba nemít hlad, potřeba výživy, vyprazdňování, bezpečí, jistoty, potřeba spánku, potřeba být bez bolesti aj. V podstatě se dá říci, že právě nedostatečná saturace především fyziologických potřeb vede ke stavu, že se člověk ocitá na jednotce intenzivní péče. Stejně tak se jen velmi obtížně shledáme s někým, kdo je takovému člověku blízký a záleží mu na něm, aby měl dostatečně saturované potřeby bezpečí a jistoty. Velká část těchto pacientů má většinou různě pozměněné vědomí nebo se nachází v bezvědomí, což celou situaci, především pak právě u výše zmíněných blízkých, komplikuje.[32]

Obtížnost intenzivní péče ze sesterského pohledu spočívá nejen v plnění náročných lékařských ordinací, ale také v předvídání potřeb jak nemocného, tak jeho blízkých. Snažíme se různými způsoby zjišťovat, jaké potřeby má či nemá náš pacient a dle jejich aktuálnosti je saturovat (pacienta, který má horečku a zimnici, přikrýváme, krmíme jej, podáváme mu tekutiny atd.). Jak uvádí Šamánková: „Potřeby intenzivně nemocných pouze předvídáme a plníme je bez spolupráce s nemocným. Předvídání je tedy esenciální částí naší práce.“[33] Stejně tak se snažíme z reakcí lidí, kteří jsou pro pacienta blízcí, zjistit, co oni potřebují, jak jim pomoci tyto potřeby uspokojit a jak jim pomoci překonat obtížnou situaci, ve které se ocitli.

Kromě již zmíněných fyziologických potřeb se setkáváme s nutností saturovat potřeby vyšší, a to především pak u blízkých našich pacientů. Jejich psychický stav je většinou velmi podlomen. Příbuzní a blízcí jsou velmi často v pasivní pozici čekajících, co bude, jak bude, kdo, co a jak jim sdělí informace, kdo a kdy je pustí na návštěvu. Většinou nerozumí stavu, ve kterém se jejich blízký nachází. Dostávají se do sociální izolace omezené v podstatě jen na členy zdravotnického personálu, nemají čas a zřejmě ani náladu na své koníčky, zájmy a odreagování se. Do popředí se dostávají potřeba důvěry (v ošetřující personál), potřeba bezpečí a jistoty, potřeba vyhnout se ohrožení,

---

[32] Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psycho*logie, s. 22.

[33] ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, s. 68.

potřeba informací a komunikace, potřeba důstojnosti a respektu, potřeba ekonomické jistoty a nezávislosti.[34]

1.8 Problematika potřeb ve stáří

Potřeby se v jednotlivých věkových obdobích mění a nejinak tomu je u seniorů. Do popředí se dostávají potřeby zdraví, klidu, bezpečí, spokojenosti, sociálních interakcí. Většina seniorů je však znevýhodněna materiální a ekonomickou situací. Podle Ondrušové je opodstatněnými potřebami starých lidí také být a zůstat platní, užiteční a být za to uznávaní. Odlišnost u seniorů není v rozdílných potřebách, ale pouze v jiném způsobu jejich naplňování a uspokojování.[35] Míra schopnosti uspokojovat své potřeby pak velmi výrazně odráží kvalitu života seniorů a to, jak moc oni sami svůj život považují za uspokojivý a kvalitní. Smékal uvádí, že: „ Kromě ostatních tzv. univerzálních potřeb je pro seniory v popředí právě potřeba smyslu života.“[36] Jak potvrzuje Janečková: „Ve stáří člověk postupně ztrácí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý. Tím se významně snižuje kvalita jeho života.“ [37]

Jestliže tedy vycházíme z předpokladu, že potřeby člověka jsou individuální a mění se v čase a ve vztahu k prostředí, ve kterém dotyčný jedinec žije, pak v průběhu stárnutí dochází ke změnám v potřebách a míře jejich uspokojení. Jak dále říká Ondrušová: „Potřeby, které byly dříve uspokojovány dostatečně, mohou být ve stáří vnímány jako nedostatečně uspokojované, zatímco u jiných potřeb se může objevit jejich nadbytek.“[38] Obecně by se daly potřeby seniorů v populaci České republiky také definovat způsobem, že fyziologické potřeby a potřeby základní jsou vcelku uspokojivě saturovány, kdežto potřeby vyšší, zejména pak potřeby bezpečí, lásky, důstojnosti a mezilidských vztahů jsou u velkého procenta populace uspokojovány jen velmi zřídka.

---

[34] Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*, s. 119.

[35] Srov. ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*, str. 41.

[36] SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti*, s. 241.

[37] In ONDRUŠOVÁ, J.. *Stáří a smysl života*, s. 43.

[38] ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*, s. 43.

Potřeby seniorů jsou dále významně ovlivněny aktuální životní situací či zátěží, kterou může být právě hospitalizace jednoho z manželů či někoho jim blízkého. Prožívání této situace vyvolává tzv. primární emoce jako jsou hněv, strach, smutek nebo žal. Záleží také na tom, jakou zkušenost senior s podobnou situací má a jak ji podvědomě vyhodnotí. Do popředí se dostává pocit bezmoci, který může vyústit až v tzv. sociální smrt, kdy starý člověk začne odmítat sám sebe, odmítá kontakt s okolím a odmítá poznávat nové situace a lidi.[39] V této situaci je vhodné použít psychoterapeutický přístup PBSP (Pesso-Boyden systém psycho-motor), který nám pomůže pochopit, které potřeby nemá starý člověk v těžké životní situaci saturované a pomůže nám také odhalit možnosti jejich řešení a uspokojení. Klevetová o PBSP říká: „PBSP je založen na předpokladu, že každý jedinec je po narození vybaven určitým očekáváním toho, co potřebuje bytostně najít ve svém životě a má energii, která ho nutí nasycovat základní potřeby.“[40] Potřeby, které je zejména potřeba hledat a uspokojovat u seniora v těžké životní situaci, jsou potřeba místa, bezpečí a ochrany, potřeba podpory, výživy a potřeba hranic a limitů. Zejména pak potřeba hranic a limitů je pro seniory velmi naléhavá, jelikož starý člověk v takto náročné situaci potřebuje objevit hranice svých možností. Potřebuje pochopit a zjistit, co všechno sám zvládne, co umí, co vydrží, co je schopen změnit nebo vytvořit nové. Uspokojením této potřeby pak u seniora vzniká pocit důvěry ve vlastní schopnosti, pocit vyrovnanosti a spokojenosti.

1.9 Lidské potřeby v souvislosti s právy pacientů

Práva pacientů tak jak je známe, vychází z Etického kodexu práv pacientů vyhlášeného v roce 1992. Etický kodex navazuje na Listinu základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky. Listina základních práv a svobod vymezuje vztah mezi státem a občanem. Snaží se o popsání všech platných složek bezpečného života v demokratické společnosti a státě. Má právní charakter a z pohledu práva je její nedodržení soudně vymahatelné. Etický kodex práv pacientů je oproti Listině

[39] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 71 - 73.

[40] Tamtéž, s. 72.

základních práv a svobod „pouze“ morální norma, která zdravotníkům doporučuje, jak by se měli k pacientům chovat a komunikovat s nimi.

Povinnost saturace potřeb pacientů, ale i jejich příbuzných, máme jako zdravotníci částečně danou právě Etickým kodexem práv pacientů (viz příloha č. 2, str. 111), zejména pak bodem 1, 2, 4 a 10 (viz příloha č. 3, str. 113).[41]

1.10 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb

Uspokojení potřeb je složitý děj, který má svou motivační složku, ale také faktory, které jak samotné potřeby tak i proces motivace ovlivňují. Motivované chování tedy vychází z potřeb jedince a směřuje k uspokojení těchto potřeb, kdy zároveň uspokojení potřeby způsobuje uvolnění napětí vyvolaného potřebou. Faktory, které jak proces motivace, tak i způsob uspokojení potřeby ovlivňují, jsou:[42]

- **Individualita jedince**: zejména pak charakter jedince, způsob prožívání a zvládání situací, temperament, citová emotivita, zralost jedince.

- **Věk jedince**: nejobtížnější věkovou skupinou pro pečujícího, co se rozpoznání potřeb týká, jsou děti a senioři, jelikož neuspokojené nižší potřeby vedou k poměrně rychlé dekompenzaci celkového stavu jedince a tudíž i k poměrně rychlé dekompenzaci psychického stavu.

- **Kulturní vlivy**: ovlivňují především způsob chování při výběru potřeb a způsobu jejich uspokojení či naopak potlačení nebo zdůraznění.

- **Rodina**: funkční rodina by měla být schopná saturovat jedinci většinu potřeb, i těch vyšších, jako jsou potřeba lásky, bezpečí, jistoty, opory a jiné. Dysfunkční rodina může naopak způsobit touhu jedince po uspokojení některých potřeb i za cenu odvrácení se od pravidel a norem společnosti, ve které daný jedinec žije.

---

[41] Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, s. 123 - 126.

[42] Srov. PLEVOVÁ, I. *Ošetřovatelství II*, s. 98-100.

2 Geriatrický pacient a jeho blízcí

2.1 Teorie stáří

Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Stárnutí je biologický ontogenetický proces, který zahrnuje morfologické a funkční změny organismu. Biologické stárnutí zahrnuje změny organismu na úrovni úbytku svalové a kostní hmoty, snížení adaptability tkání a orgánů na změny, zhoršování smyslových funkcí, hormonální změny a mnohé další. Psychické stárnutí zahrnuje především zpomalení psychomotorického tempa, změnu emočního vnímání, změnu kognitivních funkcí. Ve stáří nelze opomenout sociální dimenzi stárnutí, která zahrnuje vzájemné vztahy mezi stárnoucím jedincem a společností.[43]

2.2 Periodizace stáří

Stáří můžeme definovat a vymezovat dle několika parametrů. Prvním parametrem může být samotný věk jedince, v tom případě hovoříme o kalendářním stáří. Věk jedince je v našich podmínkách velmi lehce zjistitelný a objektivní údaj o stáří člověka, nicméně nic nevypovídá o zdravotním stavu, involučních změnách a schopnostech jedince. Světová zdravotnická organizace klasifikuje periodizaci vyššího věku na: 60-74 rané stáří, 75-89 vysoký věk, 90 a více let jako období dlouhověkosti. Počátek stáří je tedy dnes věk 65 let a jako vlastní stáří je označován věk 75 let. Kalvach stáří člení a doplňuje následovně: 65 - 74 let mladí senioři, 75 - 84 let staří senioři, 85 let a více a velmi staří senioři.[44]

Dalším ukazatelem může být tzv. biologické stáří nebo biologický věk. Ten vypovídá o celkovém stavu organismu, o míře involučních změn, o deficitech funkčních i smyslových. Nelze však tento věk zcela objektivně vymezit jasnými kritérii. Navíc se

---

[43] Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*, s. 19 - 20.
ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*, s. 26 - 30.

[44] Srov. KALVACH, Z. *Geriatrie a gerontologie*, s. 68.
MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*, s. 14.

na biologickém věku nezřídka projevují změny dané např. určitou nemocí než stárnutím samotným. Biologický věk ovlivňuje subjektivní vnímání stárnutí a psychický stav jedince. Poslední, sociální věk, je charakterizován souhrnem sociálních změn, rolí, postojů a reakcemi na znevýhodnění starého jedince v populaci.[45]

2.3 Definice gerontologie a geriatrie

Gerontologie jako nauka o stárnutí a stáří je zaměřena hlavně na specifické potřeby a zkvalitnění života různých skupin starých lidí. V současné době, kdy přibývá seniorů v populaci, je na místě se zabývat problematikou gerontologie. Ve zdravotnictví pak nejen v rámci vztahů zdravotníci versus senior - pacient, ale také zdravotníci versus příbuzný senior. Obě skupiny mají svá určitá specifika a je potřeba znát jejich potřeby a odlišnosti od populace neseniorů. V praxi nemocničního zařízení je pro nás zřejmě nejaktuálnější gerontologie sociální a klinická. Zatímco klinická gerontologie se zabývá zdravotním a funkčním stavem starých lidí – pacientů, gerontologie sociální se zabývá vztahy seniora a společnosti, případně jeho okolí. Sociální gerontologie se snaží nalézt odpovědi na to, co starý člověk od společnosti potřebuje a jak společnost působí na starého člověka.

Geriatrie je oproti gerontologii oblastí klinické medicíny, kdy se snaží zodpovídat otázky týkající se fyzického zdravotního a funkčního stavu organismu starého člověka. Dále se geriatrická medicína věnuje problematice klinického obrazu nemocí ve stáří, problematice farmakoterapie a léčby nemocí u starých lidí a podobně. [46]

2.4 Změny ve stáří a specifické znaky nemoci ve stáří

Stáří s sebou přináší mnohé komplikace týkající se zdravotního stavu jedince. Zdravotní stav se pak odráží na stavu psychickém a výsledkem celého procesu je vznik

---

[45] Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*, s. 25 - 28.

[46] Srov. KALVACH , Z. *Geriatrie a gerontologie*, s. 49.

konkrétních reakcí na zcela konkrétní situace. Tento fakt nám zdravotníkům přináší mnohé problémy při ošetřování a komunikaci s geriatrickými pacienty, ale také s příbuznými či blízkými z řad seniorů. Velmi často máme tendence posuzovat seniory negativně v důsledku jejich chování a smýšlení. Výsledná reakce seniorů na konkrétní životní situaci či stav, ať již se jedná o pacienta seniora nebo příbuzného seniora, se však nedá shrnout jen pod všeobecné konstatování, že seniorům ubývá psychických sil. Problémem celkové psychické situace seniora je fakt, že mnohé vlastnosti nejsou důsledkem věku, tedy stáří, ale individuálních zvláštností osobnosti. Jak dodává Haškovcová: „Stáří karikuje povahu. Typické vlastnosti jednotlivce se s věkem skutečně zvýrazňují.“ [47]

V nemocničním zařízení pak mnozí senioři zažívají mimořádně psychicky těžké období. Pokud se do nemocnice dostanou jako pacienti, je třeba brát v potaz, zda - li se jedná o seniory zdatné, nezávislé, křehké, závislé, zcela závislé nebo umírající. Pokud se dostávají do nemocnice jako blízcí či příbuzní, pak zažívají stejně psychicky náročnou situaci jako samotní pacienti, u nich však navíc dominuje strach ze ztráty. Pro seniory je strach ze ztráty partnera či jiné velmi blízké osoby mimořádně náročnou životní situací a adaptovat se na tuto situaci vyžaduje od jedince mnoho sil, které senioři leckdy nemají. Mnozí autoři poukazují na oploštěnou emotivitu u seniorů. Vyšší city jsou oslabené, může být sníženo sociální vnímání a reakce na některé situace nemusí být pro okolí pochopitelné. Jsou to zvláště výbuchy hněvu, plačtivost i na zdánlivě drobný podnět, vzdorovitost, odmítání skutečnosti nebo její bagatelizace.[48]

Pro seniorskou populaci jsou typické určité vlastnosti nemocí, které nejen že komplikují léčbu daných onemocnění, ale také mají výrazný vliv právě na psychický stav. Jsou to především polymorbidita, více chronických a degenerativních onemocnění vyžadujících rozsáhlou farmakoterapii, zvýšené riziko přechodu nemocí do chronicity s invalidizujícím potenciálem a vznikem závislosti, malá funkční rezerva starého organismu a na jejím základě vzniklé prudké zhoršení stavu, nemoci se projevují nespecifickými příznaky a v neposlední řadě u velké části seniorů dochází ke vzniku atypických lékových reakcí. Nezanedbatelným je také sociální rozměr nemoci

---

[47] HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 141.

[48] Srov. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří - Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*, s. 14 - 16.

u seniorů, kdy nemoc mění sociální statut nemocného a jeho nejbližších, a může tak působit jako významný chronický stresor a způsobovat vznik adaptačního selhání. [49]

2.5 Senioři a rodina, funkce rodiny

Definicí pro označení rodiny existuje poměrně velké množství. Shodují se v tom, že se jedná o společenství lidí , kteří jsou spojeni buď manželským slibem nebo krevním poutem. Dále autoři rozlišují rodinu malou (děti a jejich rodiče) a velkou (tři a více generací). Rodina má čtyři základní funkce – funkci reprodukční, materiální, výchovnou a emocionální.[50] Role rodiny se od počátku minulého století výrazně změnily, především v pojetí otců jako hlavy rodiny, morální autority a živitele. V současné době, tedy na počátku 21. století, se hovoří o tzv. krizi otců, kdy ve stále více rodinách přebírá roli živitele matka a otec se podílí na výchově dětí stejnou, pokud ne větší měrou. Tradiční evropská rodina do poloviny minulého století vypadala tak, že soužití bylo vícegenerační, senioři byli považováni za ekonomicky závislé členy rodiny, avšak zároveň pomáhali s výchovou a hlídáním dětí, a tak byli v rodině uznáváni a tolerováni. Vícegenerační soužití tak poskytovalo dětem povětšinou vzor úcty, respektu ke stáří, pochopení, vzájemné pomoci.[51] V současné době lze pozorovat separaci rodin, zvláště pak mladé generace od rodičů. Z psychologického hlediska je to proces fyziologický, kdy se chce mladý člověk osamostatnit a vytvořit si podmínky pro život, které mu budou vyhovovat. Je zcela pochopitelné, že mladí lidé mají jiné potřeby než jejich rodiče a prarodiče. Avšak generace prarodičů tak žije stále častěji osamocena, počty návštěv rodinných příslušníků jsou mnohdy z různých důvodů sníženy na minimum a přibývá starých lidí, kteří jsou opuštění, bez citového a mnohdy i sociálního zázemí, často nemocní, ocitají se tak na počátku životní krize ve věku, kdy je schopnost adaptace na nové podmínky výrazně snížena.

---

[49] Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatrie pro praxi*, s. 8-9.

[50] Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 53.
KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 75 - 76.

[51] Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 55.

Pokud je členem rodiny senior, který v různě velké míře potřebuje pomoc, rodina pak musí splňovat několik předpokladů:[52]

- **ochota pečovat** - vůle k pečování, hledání možností, jak situaci zlepšovat, pomoc všech členů rodiny
- **umění pečovat** - vědět a znát způsoby, jak správně pomoci
- **mít zázemí a podmínky pro pečování** - fyzické, psychické, ekonomické, časové

Povinnost dětí vůči rodičům upravuje i Zákon o rodině, kde jsou stanoveny jasné podmínky pro péči dětí o rodiče a mj. i povinnost, že „dítě je povinno své rodiče ctít a respektovat". Pro starého člověka se tak dobře fungující rodina stává zárukou fyzické, psychické a hmotné záruky pomoci.[53]

2.6 Geriatrická křehkost

Stařecká křehkost, z angl. frailty, je překládána a vysvětlována jako multidimenzionální rizikovost starých lidí. S tzv. křehkostí seniorů musíme počítat vždy, ať již se jedná o pacienty seniory nebo příbuzné seniory.

Rizikovost seniorů je způsobena fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů, zejména pak úbytkem svalové a kostní hmoty, sníženou svalovou silou, zhoršením mobility, koordinace, poruchou imunity a kognitivních funkcí.[54] Čevela a kol. definují stařeckou křehkost jako fakt chátrání zdraví a funkčního stavu, ale bez vazby na nějaké konkrétní onemocnění. Dále zdůrazňují, že v pojetí křehkosti se jedná o kriticky nízkou míru potenciálu zdraví, která interferuje s běžným fungováním člověka a která má složku nejen tělesnou, ale také psychickou, sociální a existenciální."[55] Kalvach a kol. křehkost starých lidí charakterizuje jako kombinaci mnoha projevů stárnutí organismu, zejména se jedná o hypomobilitu, nejistou chůzi, svalovou slabost, únavu,

---

[52] Srov. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 83.

[53] Srov. Tamtéž, s. 84.

[54] Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatrie pro praxi*, s. 9.

[55] Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*, s. 117 - 118.

senzorický deficit, kognitivní deficit, malou odolnost ke změnám a psychické zátěži a častou úzkost.[56]

S křehkostí seniorů a jejími důsledky souvisí také farmakoterapie starých lidí. Ve snaze zmírnit příznaky stárnutí jsou seniorům často předepisovány léky, které však v konečném důsledku nejen, že nepomáhají, ale starému člověku spíše škodí v důsledku nežádoucích účinků. Vlivem věkově podmíněných biologických a fyziologických změn dochází ke změně v celé farmakokinetice a farmakodynamice, důsledkem čehož je zpomalení nástupu účinku léčiva, jeho kumulace v orgánech a tkáních a vznik nežádoucích a neočekávaných lékových reakcí. Mezi nejčastější klinické problémy u seniorů v souvislosti s užíváním léků patří ortostatická hypotenze, posturální nestabilita, pokles kognitivních funkcí, zácpa, močová inkontinence. Následně tyto problémy vytváří zejména rizika pádu a zlomenin, riziko poruch chování a vznik delirií, riziko hypotermie, dehydratace, hyponatrémie a hypokalémie.[57]

---

[56] Srov. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi,* s. 26.

[57] Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatrie pro praxi*, s. 15.

3 Psychologický přístup ke geriatrickým nemocným a jejich příbuzným

3.1 Psychologie stáří

Stáří je samo o sobě obtížně definovatelná poslední fáze života. Je to vlastnost každého živého organismu. Stárnutí je nezvratné a seniorů v naší populaci přibývá. Způsob naplnění života ve stáří závisí na kvalitě života, která je dána zdravotním stavem jedince, jeho hodnotovou orientací, možnostmi uplatnění a psychosociálními vztahy s okolím.[58] Ve všech vyspělých zemích se seniorská populace stává prioritní z pohledu zdravotní péče. Z hlediska sociologie se musí společnost vzhledem k seniorům zabývat otázkami sociálního zázemí, rodinnou situací, ekonomickými podmínkami seniorů, nárustem ohroženosti nejen sociální, ale i biologické. Staří lidé jsou ohroženi nemocemi, úmrtím, ztrátou soběstačnosti, náhlou změnou, ať již v podobě změny zdravotního stavu nebo sociální situace, diskriminací, ageismem.

Jako velký psychologický problém dnešní populace se objevuje ageismus jako věková diskriminace starých lidí. Ta může mít různé podoby, od hrubého chování typu odmítání poskytování zdravotní péče a léčebných postupů, po myšlenkové předsudky a posuzování seniora jako neschopného, nemohoucího, nic společnosti nepřinášejícího. Ageismem označujeme i nevhodné „zdětinšťování“, pochybování o kompetencích a rozhodnutích seniorů a také nerespektování jejich důstojnosti a autonomie.[59] Z psychologického pohledu dominuje potřebám ve stáří a schopnostem je uspokojovat adaptace seniora na změny, které s sebou stáří přináší.

Kalvach zmiňuje tři teorie, jak se stárnoucí člověk může nejlépe vyrovnat a přizpůsobit změnám:[60]

---

[58] Srov.VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, s. 46.
POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*, s. 7.
KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi,* s. 7.

[59] Srov. Tamtéž, s. 11.

[60] Srov. KALVACH, Z., *Geriatrie a gerontologie*, s. 106.

- První skupinou teorií jsou teorie aktivního stáří - ty zdůrazňují, že základním předpokladem adaptace seniora je uchování a nezanedbávání činností a kontaktů s okolím.

- Druhou skupinu tvoří teorie, které říkají, že člověk se má postupně, s ubývajícími silami, vyvazovat a uvolňovat z aktivit a vztahů, na které již nestačí.

- Třetí, poslední, skupinou teorií jsou teorie substituční. Ty kladou důraz na výměnu činností, které již senior nezvládá, za ty, které zvládne bez větších potíží.

Kalvach také dodává, že: „ Je potřeba brát ohled na integritu osobnosti starého člověka a respektovat jeho volbu adaptovat se takových způsobem, který mu vyhovuje, i když se třeba odmítá přizpůsobit názorům a požadavkům společnosti okolo něj. Je třeba respektovat osobní svobodu i toho nejstaršího člověka.“[61] Je však potřeba také dodat, že adaptace probíhá v určitém čase a že senioři potřebují větší časový prostor k tomu, aby se mohli dostatečně přizpůsobit a nepociťovali změnu jako nátlak.

Z psychologického pohledu je ve stáří také dominantní potřeba bilance zisků a ztrát. V případě nemoci se tato potřeba stává mimořádně důležitou a je zapotřebí, aby měl starý člověk tzv. pro co žít dál. Nemoc, která trvá delší dobu, může nejen u pacienta seniora, ale i u jeho nejbližších, zvláště pak patří-li také do seniorské populace, vyvolat pochyby o smyslu života, jeho kvalitě, ale také strach ze ztráty. Právě smysluplností života, eventuelně smyslem života v nemoci, se zabývá již výše zmíněná Logoterapie vídeňského neurologa a psychiatra V. E. Frankla. Frankl poukazuje na to, že člověk má potřebu najít a realizovat v životě nějaký smysl. V nemoci, zvláště pak u seniorů, může docházet ke zhroucení starých hodnot a je nutností vybudovat hodnoty nové, pro dané období smysluplnější. Stejně tak ale může senior zareagovat negativně, pesimisticky, ukřivděně až rezignovaně. Optimální adaptaci seniorů pomáhá formulovat tzv. pět „pé“. Jsou to perspektiva, pružnost, prozíravost, porozumění pro druhé a potěšení: [62]

---

[61] KALVACH, Z. *Geriatrie a gerontologie*, s. 106.

[62] Srov. KALVACH, Z. *Geriatrie a gerontologie*, s. 110 - 115.

- **Životní perspektiva** je chápána jako životní perspektiva ve výhledu budoucnosti, apeluje na neustálé plánování a tvoření a na prospektivní zaměření seniorů, nikoli na retrospektivní, jak tomu u mnohých starých lidí bez pochyby je. Prospektivní zaměření také velmi úzce souvisí s hierarchií hodnot. Pravé hodnoty jsou nadosobní a nadčasové.

- **Pružnost** je dalším předpokladem pro úspěšnou adaptaci a velmi variabilním tématem vzhledem k věku. Obecně jsou staří lidé vnímáni jako málo pružní, rigidní vůči změnám. Nicméně mezi lidmi téhož věku existují právě na poli pružnosti velké individuální rozdíly.

- **Prozíravost** jako třetí „pé“ má velký podíl v autoregulaci a schopnosti organizovat si život, i když v něm dochází ke změnám, chtěným a očekávaných, stejně jako nechtěným a náhlým. Prozíravost obecně je schopnost vidět dopředu, odhadnout, kam se bude situace vyvíjet. Je obecným a v jistém úhlu pohledu i správným povědomím, že prozíravost patří ke zralému věku. Rozvíjí se v průběhu života a nese s sebou mnohá poučení z dob radostných i z období smutku, proher a vlastních omylů. V rámci lepší adaptace je schopnost prozíravosti významná proto, že starému člověku umožňuje, aby jednal přímo, s ohledem na své potřeby a svůj cíl, a vyhnul se tak trnité a mnohdy zdlouhavé cestě.

- **Schopnost porozumění a pochopení pro druhé** – někdy velmi obtížná oblast pro adaptaci, zvláště při setkávání se zdravotníky mladší generace. Souvisí se zkušeností a moudrostí seniorů, jejich schopností a ochotou leccos tolerovat, ale naráží na jejich potřebu a sklon opravovat chyby. Od seniorů, někdy chybně, očekáváme, že budou uvážliví, zdrženliví, shovívaví, ochotní porozumět. To ale pro starého člověka v těžké životní situaci může být daleko nesnadnější než pro jedince mladšího.
- **Potěšení** – hodnota radosti je pro seniorskou populaci žádoucí až nezbytná. Souvisí částečně i s potřebou smyslu mít pro co žít. Zdrojem potěšení v seniorském věku může být cokoli, co starého člověka činí duševně šťastným. Úkolem nás zdravotníků je toto potěšení nemocným seniorům či jejich příbuzným neodepírat, podporovat je v něm a přibližovat je k němu.

3.2 Psychologický přístup k nemocnému seniorovi

Změny v psychických funkcích v průběhu stárnutí je třeba chápat jako vývojový proces každého jedince, dochází k proměně kognitivních funkcí. Zhoršení těchto funkcí je nerovnoměrné. Kromě samotných kognitivních funkcí se mohou měnit i hodnoty, potřeby, postoje ke druhým lidem a celé společnosti. Změny kognitivních funkcí, které můžeme shledat u seniorů, rozdělujeme na změny jednotlivých dílčích funkcí a změny kognitivních činností. [63]

Mezi změny dílčích funkcí patří změny v oblasti zraku, sluchu, chuti, čichu, řeči a spánku. Změny v oblasti řeči spatřujeme především v latenci odpovědi na položenou otázku a dále ve slábnoucí krátkodobé paměti, kdy si pacient senior nebo příbuzný senior nemusí pamatovat otázku, na kterou jsme se ptali. V oblasti spánku u velké části starých lidí dochází k nočnímu bdění a časnému probouzení s pocitem nedostatečného odpočinku.

Změny v kognitivních funkcích se u starých lidí týkají inteligence, paměti, schopnosti učení se, pozornosti, představivosti. V procesu stárnutí dochází ke snížení tzv. fluidní inteligence a naopak ke zlepšení inteligence krystalické. Fluidní inteligence je schopnost učit se rychle a rychle řešit dané úkoly. Krystalická inteligence je schopnost řešit úkoly na podkladě znalostí a vědomostí, úkoly na verbální úrovni. Vrcholem rozvoje krystalické inteligence je věk okolo 60 až 65 let. Paměť je zřejmě jednou z nejvíce postižených kognitivních funkcí v průběhu stárnutí. Nejvíce je postižena především krátkodobá paměť. Pro seniora je pro zapamatování nejlepší, pokud může využít více smyslů, tedy např. nejen určitý text vidět, ale moci si jej říci nahlas. Psychické funkce, které se stářím nemění, jsou jazykové dovednosti, slovní zásoba, způsob vyjadřování, vytrvalost, trpělivost, schopnost úsudku a rozvaha.[64]

Vlivem těchto nezměněných funkcí dochází u seniorů k tendenci k udržení emoční pohody, kdy se starý člověk snaží záměrně vyhýbat konfliktům a střetům, které pro něj nemají smysl. Ve stáří dochází dále ke změně charakterových a osobnostních rysů. Celá řada autorů se však spíše přiklání k názoru, že se nemění charakter, ale starý člověk

---

[63] Srov. ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*, s. 31 - 35.
KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 140 - 144.

[64] Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*, s. 24.

přestává mít sílu a chuť skrývat své emoce. Jak potvrzuje Ondrušová: „Člověk teprve ve stáří ukáže, jakým byl na dně své duše. Přestane hrát svou naučenou roli.“ [65]

Obecná pravidla psychologického přístupu ke starým nemocným lidem shrnuje Zacharová a kol.:[66]

- Ke starému člověku přistupovat profesionálně, ale zároveň individuálně.
- Respektovat změny v jeho psychických funkcích.
- Zvolit vhodné formy komunikace, aby starý nemocný člověk nejen rozuměl, ale zároveň vůči nám získal důvěru.
- Uplatňovat nedirektivní přístup.
- Poskytovat pravdivé informace a to výhradně v dobu, kdy o ně pacient požádá.
- Umožňovat příbuzným a blízkým kontakt s nemocným člověkem.
- Ve všech fázích nemoci uplatňovat empatický a taktní přístup nejen k nemocnému, ale i jeho nejbližším.

3.3 Psychologický přístup k příbuzným

Psychologický přístup je záměrné a účelné používání psychologických prostředků s cílem dosáhnout u druhého člověka porozumění, důvěry a naděje. V komunikaci a v individuálním přístupu k blízkým osobám nemocného člověka jsou důležité dále také autorita a respekt, úcta a říkání pravdy. Autorita a respekt spolu s pravdivou komunikací vytváří vztah důvěry nejen pro samotného nemocného, ale i pro jeho nejbližší. Zatímco pravdu nebo pravdivé informace může pacient nebo jeho blízcí z nějakého důvodu odmítnout, úctu a respekt, které jsou tolik důležité pro zachování pocitu důstojnosti, neodmítne pravděpodobně nikdo z nich. Jednat s druhým v úctě a respektu znamená do jisté míry i profesionálně žádoucí chování, přesahující hranici tzv. „slušného chování“. Jde o zvládnutí postoje a pohledu na druhého, ačkoli s ním ve všem nesouhlasíme nebo nám není sympatický.

---

[65] ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*, s. 31.

[66] Srov. ZACHAROVÁ, E. aj. *Zdravotnická psychologie*, s. 100-101.

Respektování lidské důstojnosti je dále třeba citlivě uplatňovat i u blízkých pacientů v bezvědomí nebo v jiném, ne zcela důstojném stavu (dezorientovaní, nemluvící, znečištění apod.). Je třeba se cíleně vyhnout profesionální deformaci v podobě cynismu, s blízkými pacienta jednat velmi opatrně, empaticky, snažit se o porozumění a vcítění se do jejich psychosociální situace.

Rodina a blízcí pacienta tedy sehrávají v procesu léčení a uzdravování nemocného významnou roli. Jejich vliv může být jak výrazně pozitivní, tak i negativní. Nejdůležitější v přístupu k blízkým osobám pacientů je:[67]

- Pacient, zdravotník i blízcí pacienta spolu aktivně spolupracují, nikdo není v pasivní roli, všechny změny se pravdivě oznamují a aktivně řeší.
- Psychoterapeutické působení na blízké osoby nemocného je ze strany zdravotníků uvědomělé a záměrné, obsahuje prvky porozumění, empatie a úcty.
- Zcela záměrně zdravotníci pomáhají nemocnému i jeho blízkým orientovat se ve vzniklé situaci a předcházet nežádoucím psychickým stavům jako je úzkost, strach, tenze a konflikty.
- Pacientům ani jejich blízkým nedávají zdravotníci nereálnou naději.

[67] Srov. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, s. 129 - 136.

4 Komunikace s pacienty a příbuznými

4.1 Verbální a neverbální komunikace

Komunikace je velmi zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více subjekty. Vybíral k definici mezilidské komunikace dodává, že: „vyčerpávající výčtová definice mezilidského komunikování, jež by zahrnula všechny aspekty (kognitivní, filozofické, sociální, lingvistické, kulturní), není možná.“[68] Komunikaci rozdělujeme na dvě hlavní oblasti, na komunikaci neverbální a verbální. Neverbální komunikace, neboli komunikace beze slov, zahrnuje oblast toho, co a jak signalizujeme, tedy co vidíme, děláme, jak se tváříme, komunikaci dotykem, vzhledem, oblečením, postavením těla v prostoru, a to vše beze slov. Verbální komunikace je charakterizována jako dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka anebo jinými znaky jazykového systému.[69]

4.2 Komunikace v medicíně

Komunikace má v medicíně klíčový význam. Správná komunikace mezi zdravotníky a pacienty, ale i jejich blízkými, vytváří vztahy plné důvěry, naděje a porozumění. Zlepšuje proces uzdravování nemocného. Komunikace nám není dána do vínku darem a nepatří mezi osobní charakteristiky jedince, ale musíme se ji v průběhu života učit a naučit. Studie zjišťující efektivitu jednotlivých aspektů komunikace v medicíně poukazuje na prokazatelný vztah komunikace lékaře s pacientem a efektu léčby. Zejména se to týká oblastí jako je stanovení správné diagnózy, účinnost léčby, spokojenost pacienta, dodržování léčby pacientem, náklady na léčbu a medicínsko – právní spory.[70] Jak dále uvádí Ptáček: „Komunikovat s druhými lidmi je dovednost, která se zdá být samozřejmá, neboť si ji jen tak mimochodem osvojujeme už od dětství. Teprve nedorozumění nejrůznějšího druhu nás v průběhu života učí

---

[68] VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*, s. 30.

[69] Srov. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*, s. 11.
VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*, s. 106.

[70] Srov. PTÁČEK, R. aj. *Etika a komunikace v medicíně*, s. 37 - 45.

korigovat onu samozřejmost.“[71] Komunikovat v medicíně neznamená však pouze mluvit a přijímat informace. Druhou a velmi důležitou složkou je také naslouchání. Dovednost naslouchání je často prvním krokem k úspěšnému zvládnutí komunikačního procesu. Honzák shrnuje některé body a základní požadavky na komunikaci zdravotníka (lékaře) s pacientem (jeho blízkými):[72]

- Vědět, co chci říci
- Rozhodnout se, kdy a na jakém místě informaci sdělit
- Rozhodnout se, jakou formou informaci sdělit
- Mluvit zřetelně a srozumitelně, zvolit správné tempo řeči
- Udržovat oční kontakt a zaznamenávat reakce protistrany
- Umožnit protistraně, aby se dostatečně vyjádřila
- Zkontrolovat přijetí a pochopení informace

4.3 Komunikace se seniory

Potřeba komunikace a přenosu informací se u starých lidí nijak výrazně neliší. Drobné změny můžeme shledat v časovém prostoru, který bude senior potřebovat, abychom mohli komunikaci považovat za efektivní. Zásady komunikace se seniory shrnuje Kalvach a Onderková (viz příloha č. 4, str. 114).[73] Jako nejzásadnější se jeví pozdrav a oslovení seniora při navázání komunikace, vymezení vzájemných rolí a vytvoření vztahu laskavosti a důvěry.[74] Dále je potřeba si uvědomit determinanty, které budou ovlivňovat proces komunikace ze strany seniorů. Jsou to: [75]

- determinanty, které ovlivňují schopnost přijímat informace - fyzický a psychický stav jedince, kognitivní a psychosociální stav.

---

[71] PTÁČEK, R aj. *Etika a komunikace v medicíně*, s. 27.

[72] Srov. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*, s. 12.

[73] KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří – *Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi,* s. 42.

[74] Srov. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 98 - 99.

[75] Srov. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*, s. 54 - 60.

- determinanty, které ovlivňují schopnost porozumění sdělovanému – aktuální stav seniora, fyzický, psychický, kognitivní, ale také předchozí zkušenosti, charakter a temperament.

- determinanty, které ovlivňují schopnost reagovat na sdělované – aktuální fyzický a psychický stav starého člověka, zvláštnosti a eventuální postižení paměti, schopnost slovní produkce.

Zásady vhodné komunikace se seniory s poruchou zraku a sluchu shrnuje příloha č. 5, str. 115.[76]

[76] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 111 - 123.

Empirická část

5 Cíle práce a hypotézy

Cíl 1: Zmapovat potřeby příbuzných geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce.

$1H_0$: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem příbuzných a potřebou informací z brožur a informačních letáků.
$1H_A$: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem příbuzných a potřebou informací z brožur a informačních letáků.

$2H_0$: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (věk, vzdálenost místa bydliště) a potřebou uspokojení vybraných základních potřeb (hydratace, odpočinek a vyprazdňovaní).
$2H_A$: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (věk, vzdálenost místa bydliště) a potřebou uspokojení vybraných základních potřeb (hydratace, odpočinek a vyprazdňovaní).

$3H_0$: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vzdáleností bydliště příbuzného od nemocnice a pozitivním vnímáním hesla a/nebo rodného čísla jako bezpečnostního prvku při sdělování telefonických informací.
$3H_A$: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi vzdáleností bydliště příbuzného od nemocnice a pozitivním vnímáním hesla nebo rodného čísla jako bezpečnostního prvku při sdělování telefonických informací.

Cíl 2: Zjistit, jaký vzhled a chování ze strany sestry vyvolává v příbuzných geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce pocit důvěry.

Cíl 3: Zjistit, zda příbuzným geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce vyhovují návštěvní hodiny.

$4H_0$: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (věk, vzdálenost místa bydliště) a schopností přijít na návštěvu v době návštěvních hodin.
$4H_A$: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (věk, vzdálenost místa bydliště) a schopností přijít na návštěvu v době návštěvních hodin.

Cíl 4: Zjistit, jaké informace očekávají příbuzní geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce od sestry.

.5H0: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (pohlaví, vztah, frekvence setkání) a vyžadováním informací po sestře, jak pečovat o svého blízkého.
5HA: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (pohlaví, vztah, frekvence setkání) a vyžadováním informací po sestře, jak pečovat o svého blízkého.

$6H_0$: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem příbuzných a požadavkem na sestru, aby jim objasnila informace, které dostali od lékaře, ale nerozuměli jim.
$6H_A$: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem příbuzných a požadavkem na sestru, aby jim objasnila informace, které dostali od lékaře, ale nerozuměli jim.

6 Charakteristika průzkumného šetření

6.1 Cíle průzkumu

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jaké potřeby mají příbuzní pacientů seniorů, kteří jsou hospitalizovaní na KJ Krajské nemocnice Liberec, a.s. Pod pojem „příbuzný“ jsem však zcela úmyslně zařadila i skupinu lidí, kteří sice nejsou v legálním příbuzenském svazku, ale mají o nemocného seniora zájem a jeho újmu by chápaly jako svou vlastní (jako např. partner/ka, přítel/kyně). Druhým cílem práce bylo zjistit, co na vzhledu a chování všeobecných sester a zdravotnických asistentů příbuzným nebude vadit tolik, že v tyto pracovníky nebudou mít důvěru. Třetí cíl byl stanovený v důsledku požadavku na návštěvní hodiny ze strany příbuzných pacientů. Zjišťovala jsem, jak lidem, kteří přijdou na návštěvu do nemocnice za nemocným seniorem, vyhovují návštěvní hodiny. Poslední, čtvrtý cíl, se týkal zjištění, jaké informace chtějí příbuzní od všeobecných sester a zdravotnických asistentů. Zda - li vyžadují informace o tom, jak o svého blízkého pečovat, a jestli je pro ně důležité, kde jim jsou informace podávány.

6.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Průzkumný vzorek tvořilo celkem 137 respondentů, z toho 52 mužů a 85 žen. Všichni patřili do kategorie příbuzných, kteří přišli na návštěvu za pacientem hospitalizovaným na KJ, KNL a.s. Všichni tito pacienti spadali do kategorie seniorů, tzn. od 65. let výše. Všichni senioři byli hospitalizováni s diagnózou infarkt myokardu, s ST elevacemi i bez ST elevací. Dotazník jsem začala rozdávat po písemném souhlasu hlavní sestry KNL a.s., Mgr. Hany Bláhové. Celkem může být na KJ hospitalizováno 8 pacientů. Průzkum probíhal v měsících září až prosinec 2012. Dotazník jsem rozdávala druhý nebo třetí den od začátku hospitalizace pacienta, vždy po předchozí dohodě. Většina dotazovaných mi dotazník vyplnili během své návštěvy u hospitalizovaného seniora, pouze 10 z nich si dotazník vzalo, vyplnilo doma a donesli mi jej následující den.

6.3 Metodologie průzkumu

Pro realizaci průzkumu byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Tato kvantitativní metoda sběru dat umožňuje získat jejich poměrně velké množství v relativně krátkém čase. Její nevýhodou je nedostatečný osobní přístup, který však zároveň poskytuje a zaručuje respondentům anonymitu.

Vytvoření dotazníku předcházelo pilotní šetření. To se stávalo z vytvoření dotazníku o 21 otázkách a jeho rozdání 12. seniorům a 8 lidem ve věkovém rozmezí 33 až 58 let. Tito respondenti byli z řad příbuzných, kteří přišli navštívit své blízké hospitalizované na KJ a Jednotce intermediální péče KNL a.s. Hlavním cílem pilotního šetření bylo zhodnotit srozumitelnost otázek. Dále, v případě otevřených otázek, ověřit, že na ně respondenti budou chtít odpovídat. V neposlední řadě pak zjistit časovou dotaci pro vyplnění dotazníku. Všichni účastníci pilotního šetření vyplnili dotazník v čase do 20. minut. Jelikož u tří otázek jsem se ve většině vyplněných dotazníků setkala s jejím neúplným vyplněním, v konečné verzi dotazníku jsem proto tyto otázky vynechala.

Dotazník rozdávaný 140 respondentům účastnících se konečného průzkumného šetření se stával z 18ti otázek, z toho jedna otázka otevřená (viz příloha č. 6, str. 116). Návratnost byla 97 %, tedy 137 respondentů.

6.4 Metodika statistického zpracování dat

První fází zpracování dat bylo jejich shromáždění a uspořádání. Pro třídění a uspořádání dat z dotazníkového šetření byla vytvořena tabulka v programu Microsoft Office Excel 2007. Některá data, především z odpovědí v otevřené otázce, musela být následně redukována a shrnuta do tříd dle určitých kritérií. Druhou fází bylo ke každé otázce vytvoření tabulky absolutní a relativní četnosti. Následně, pro názornou informaci a orientaci, byly rovněž ke každé otázce (s výjimkou otázky č. 16) vytvořeny výsečové grafy. Poslední fází zpracování dat bylo statistické testování hypotéz. Ke každé z hypotéz byla vytvořena její nulová a alternativní verze. Testovaní probíhalo mezi testovanou neboli nulovou hypotézou a hypotézou opačnou neboli alternativní. Alternativní hypotéza v sobě zahrnuje možnosti neobsažené v nulové hypotéze. K vyjádření platnosti či zamítnutí té které hypotézy byl použit statistický test významnosti Pearsonův Chí-kvadrát test, který porovnává, zda se očekávané četnosti

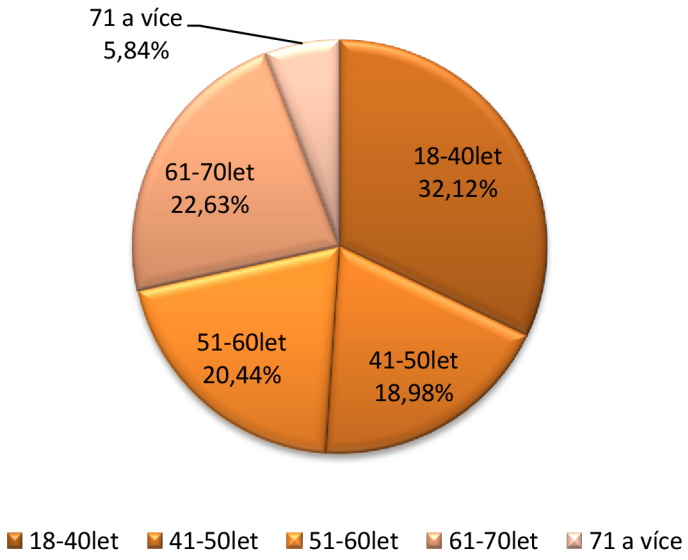
rovnají četnostem pozorovaným. Jako hladina významnosti byla použita velikost 5 % (α = 0,05). Pro ověřování jednotlivých hypotéz byly sestaveny kontingenční tabulky a k nim pro přehlednost vytvořeny sloupcové grafy. Statistická část byla po zpracování konzultována a kontrolována se statistikem z Technické univerzity v Liberci.

6.5 Výsledky průzkumu a jejich analýza

Položka č. 1: Věk respondentů

Tabulka č. 1: Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
18-40let	44	32,12 %
41-50let	26	18,98 %
51-60let	28	20,44 %
61-70let	31	22,63 %
71 a více	8	5,84 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



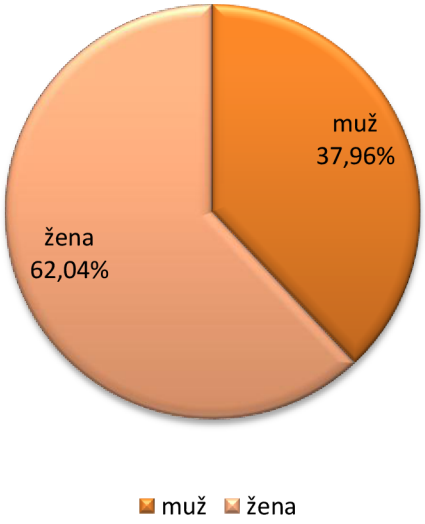
Graf č. 1: Věk respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnili respondenti různého věku. Nejpočetnější skupina, celkem 44 (32,12 %) respondentů, byla ve věku 18 - 40 let. Nejméně zastoupenou věkovou kategorií tvořili příbuzní ve věkové kategorii 71 a více let, celkem jich bylo 8 (5,84 %).

Položka č. 2: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Muž	52	37,96 %
Žena	85	62,04 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



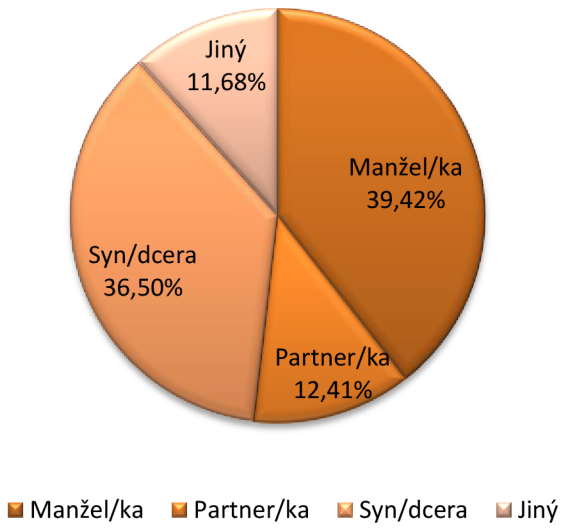
Graf č. 2: Pohlaví respondentů

Průzkumu se zúčastnilo celkem 137 respondentů, z toho 52 (37,96 %) mužů a 85 (62,04 %) žen.

Položka č. 3: Vztah k pacientovi

Tabulka č. 3: Vztah k pacientovi

Vztah	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Manžel/ka	54	39,42 %
Partner/ka	17	12,41 %
Syn/dcera	50	36,50 %
Jiný	16	11,68 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



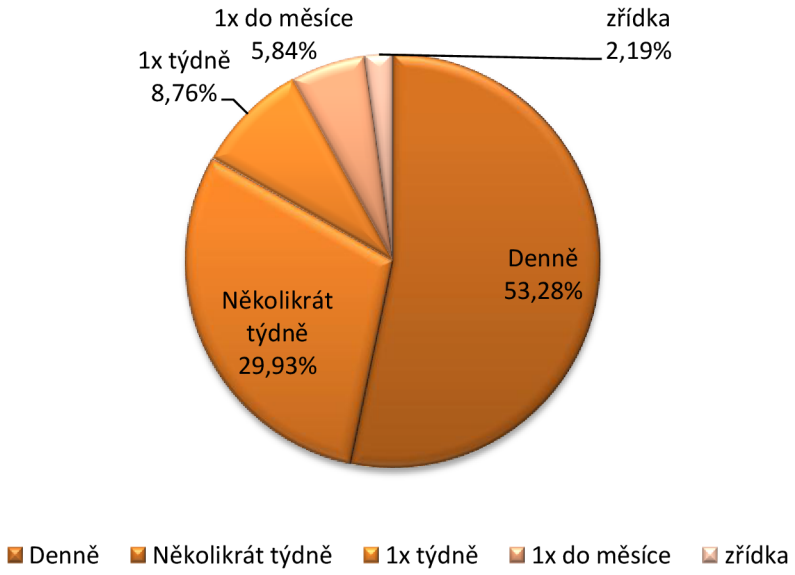
Graf č. 3: Vztah k pacientovi

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 54 (39,42 %) respondentů, kteří byli manželem nebo manželkou, 17 respondentů (12,41 %) bylo partnery hospitalizovaného pacienta. 50 respondentů (36,50 %) bylo dětmi pacientů a zbylých 16 respondentů (11, 68 %) bylo vnuky nebo vnučkami.

Položka č. 4: Frekvence návštěv mimo nemocnici

Tabulka č. 4: Frekvence návštěv mimo nemocnici

Frekvence návštěv	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Denně	73	53,28 %
Několikrát týdně	41	29,93 %
1x týdně	12	8,76 %
1x do měsíce	8	5,84 %
Zřídka	3	2,19 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



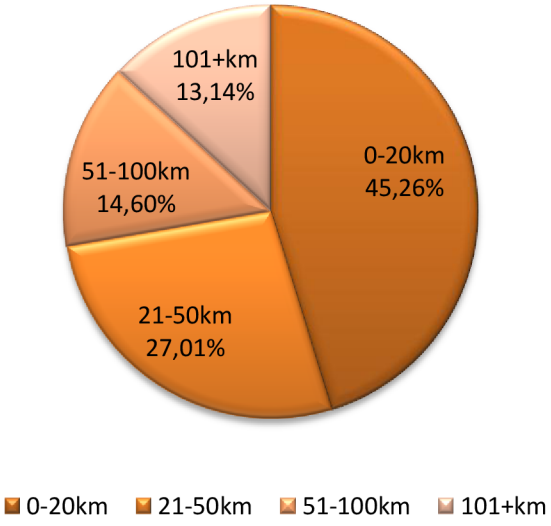
Graf č. 4: Frekvence návštěv mimo nemocnici

Se svými příbuznými, kteří jsou nyní hospitalizovaní na KJ, se denně vídá celkem 73 respondentů, tj. 53,28 %. Několikrát týdně se vídá 41 respondentů (29,93 %), asi jednou do měsíce se setkává se svými příbuznými 8 dotazovaných (5,84 %). Zřídka se vídají se svými příbuznými seniory 3 respondenti z celkového počtu 137 respondentů.

Položka č. 5: Vzdálenost místa bydliště příbuzného od nemocnice

Tabulka č. 5: Vzdálenost místa bydliště

Vzdálenost	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
0-20km	62	45,26 %
21-50km	37	27,01 %
51-100km	20	14,60 %
101+km	18	13,14 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



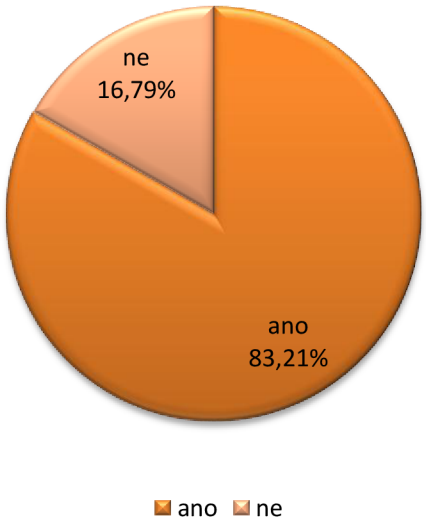
Graf č. 5: Vzdálenost místa bydliště

Většina příbuzných pacientů seniorů žije v blízkosti KNL a.s., do 20 km, celkem 62 respondentů (45,26 %). Do vzdálenosti 50 km bydlí 27,01 %, tj. 37 příbuzných, do 100 km 14,60 %, tj. 20 respondentů. 18 příbuzných (13,14 %) žije ve vzdálenosti větší než 101 km od KNL a.s.

Položka č. 6: Informace po telefonu

Tabulka č. 6: Informace po telefonu

Tefonické informace	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ano	114	83,21 %
Ne	23	16,79 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



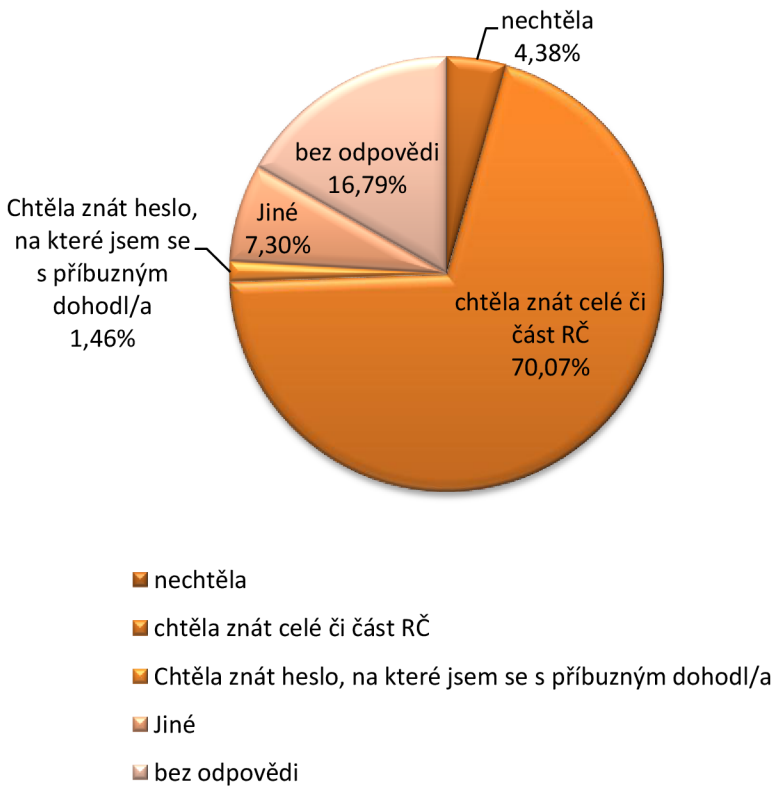
Graf č. 6: Informace po telefonu

Celkem 83,21 % , tj. 114 respondentů uvedlo, že volali na KJ za účelem zjištění informací o jejich příbuzném seniorovi. 16,79 %, tj. 23 dotázaných informace po telefonu nezjišťovalo.

Položka č. 7: Bezpečnost sdělování telefonických informací

Tabulka č. 7: Bezpečnost sdělování telefonických informací

Bezpečnostní prvek	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Nechtěla nic vědět	6	4,38 %
Chtěla znát celé rodné číslo či jeho část	96	70,07 %
Chtěla znát heslo, na které jsem se s příbuzným dohodl/a	2	1,46 %
Jiné	10	7,30 %
Bez odpovědi	23	16,79 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



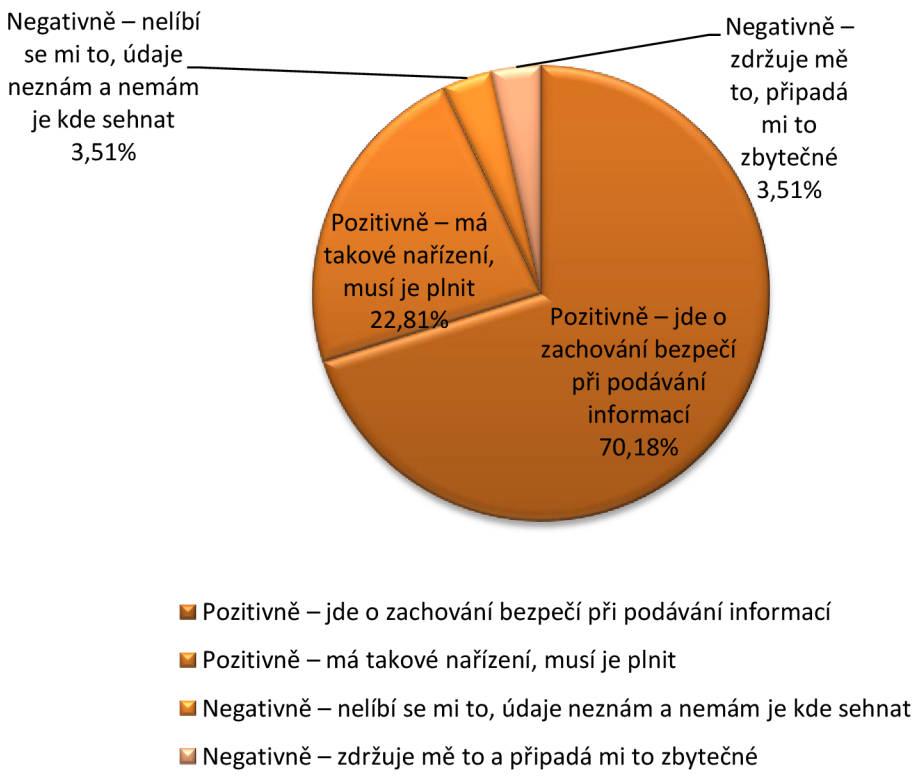
Graf č. 7: Bezpečnost sdělování telefonických informací

V KNL a.s. je dle směrnice pro bezpečnost podávání telefonických informací nařízení, že volající musí sdělit číslo za lomítkem rodného čísla toho, na koho se bude dotazovat. 96 respondentů (70,07 %) z celkového počtu 114, kteří chtěli informace po telefonu, bylo dotazováno na tento údaj. 6. respondentů (4,38 %) se nikdo z personálu na tento údaj nezeptal. 2 pacienti senioři (1,46 %) měli se svým příbuzným domluvené heslo pro telefonické sdělování informací. 10 volajících (7,30 %) nevědělo číslo za lomítkem rodného čísla. Sestra, která mluvila s příbuzným pacienta, musela proto u tohoto pacienta ověřit, že poznává v telefonu svého příbuzného a že mu smí podat informace.

Součástí otázky na sdělení povinného údaje při získávání telefonických informací byla i podotázka týkající se reakce příbuzných na tento požadavek. Výsledky shrnuje tabulka a graf č. 8.

Tabulka č. 8: Reakce na sdělení povinného údaje

Reakce příbuzných	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Pozitivně – jde o zachování bezpečí při podávání informací	80	58,39 %
Pozitivně – má takové nařízení, musí je plnit	26	18,98 %
Negativně – nelíbí se mi to, údaje neznám a nemám je kde sehnat	4	2,92 %
Negativně – zdržuje mě to a připadá mi to zbytečné	4	2,92 %
Jiný	0	0,00 %
Celkem	**114**	**100,00 %**



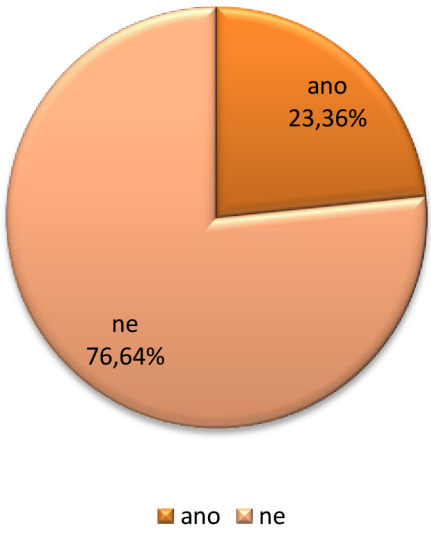
Graf č.8: Reakce na sdělení povinného údaje

Většina respondentů, celkem 80, tj. 70,18 %, kteří byli dotazovaní na povinný údaj, tento fakt vnímala kladně a jako prvek ochrany soukromí jejich příbuzného seniora. 26 příbuzných pacientů seniorů (22,81 %) požadavek respektovala s ohledem na to, že v KNL a.s. jsou taková nařízení, a proto se musí dodržovat. Pouze osmi respondentům, tj.7,02 %, tato skutečnost vadila a sdělování čísla za lomítkem rodného čísla vnímali negativně.

Položka č. 8: Čas návštěvních hodin

Tabulka č. 9: Dodržení času návštěvních hodin

Dodržení času návštěvních hodin	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ano	32	23,36 %
Ne	105	76,64 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



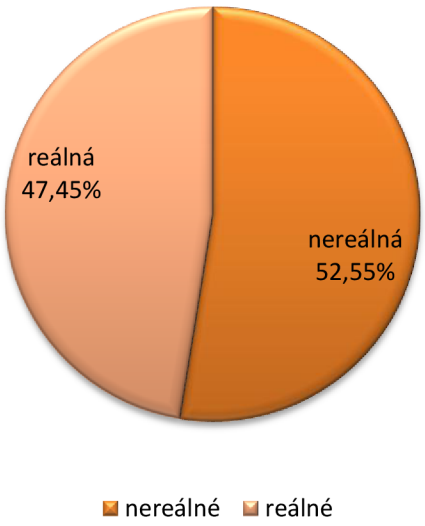
Graf č. 9: Dodržení času návštěvních hodin

32 dotazovaných (23,36 %) uvedlo, že přišlo na návštěvu za svým hospitalizovaným seniorem na KJ v době, kdy jsou oficiálně povoleny návštěvy, tj. od 16.00 do 17.00 hodin ve všední den. Většina respondentů, celkem 105 (76,64 %), nepřišla v době povolených návštěvních hodin.

Položka č. 9: Možnost přijít na návštěvu v době návštěvních hodin

Tabulka č. 10: Možnost přijít na návštěvu v době návštěvních hodin

Možnost přijít	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Nereálná	72	52,55 %
Reálná	65	47,45 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



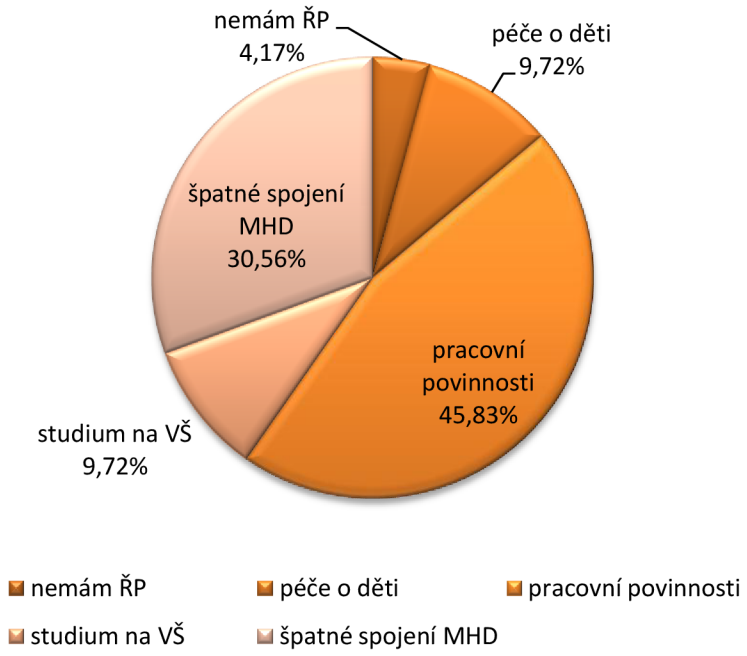
Graf č. 10: Možnost přijít na návštěvu v době návštěvních hodin

Celkem 72 (52,55 %) respondentů uvedlo, že pro ně není reálné, aby přišli na návštěvu v době návštěvních hodin. Oproti tomu 65 dotazovaných (47,45 %) nemá žádný problém s dodržováním návštěvních hodin.

Respondenti, kteří odpověděli, že pro ně není možné přijít v průběhu návštěvních hodin, byli dále tázáni, z jakého důvodu nemohou přijít. Výsledky shrnuje tabulka a graf č. 11.

Tabulka č. 11: Příčiny nemožnosti dodržovat návštěvní hodiny

Příčiny	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Nemám řidičský průkaz	3	4,29 %
Péče o děti	7	10,00 %
Pracovní povinnosti	33	47,14 %
Studium na VŠ	7	9,72 %
Špatné spojení MHD	22	31,43 %
Celkem	**72**	**100,00 %**



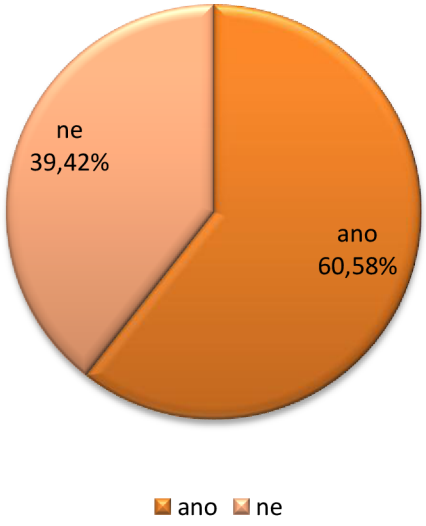
Graf č. 11: Příčiny nemožnosti dodržovat návštěvní hodiny

Jako nejčastější příčinu nepřijít na návštěvu v době oficiálních návštěvních hodin uvedlo 33 respondentů, tj. 45,83 %, pracovní důvody a povinnosti. Druhou nejčastější příčinou bylo u 30,56 %, tj. u 22 z celkového počtu 72 dotazovaných, špatné spojení MHD. Dalšími důvody bylo u 7. respondentů (9,72 %) studium na vysoké škole, u 7. dotazovaných (9,72 %) péče o děti. 3 dotazovaní (4,17 %) uvedli jako důvod to, že nemají řidičský průkaz.

Položka č. 10: Možnost posadit se při čekání na návštěvu u hospitalizovaného seniora

Tabulka č. 12: Možnost posazení

Možnost posazení	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ano	83	60,58 %
Ne	54	39,42 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



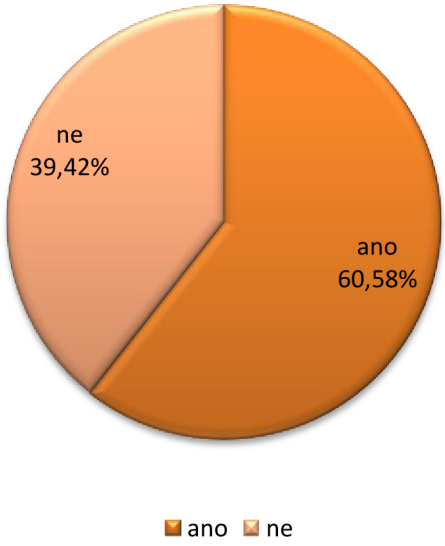
Graf č. 12: Možnost posazení

Celkem 83 respondentů, tj. 60,58 %, odpovědělo, že by uvítalo možnost se někde posadit, pokud by muselo čekat, než je sestra zavede na návštěvu. 54 dotazovaných, tj. 39,42 %, by tuto možnost nevyužilo.

Položka č. 11: Možnost napít se při čekání na návštěvu u hospitalizovaného seniora

Tabulka č. 13: Možnost napití

Možnost napít se	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ano	83	60,58 %
Ne	54	39,42 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



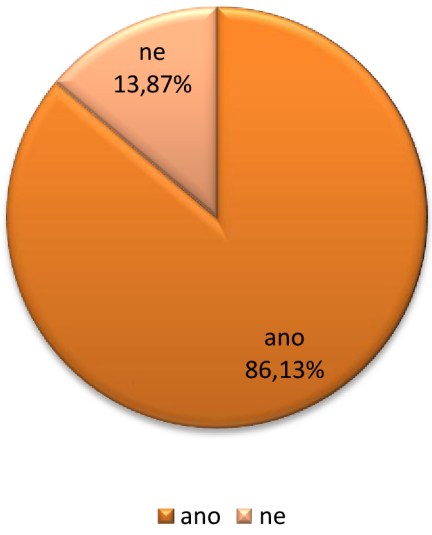
Graf č. 13: Možnost napití

83 respondentů z celkových 137, tj. 60,58 %, uvedlo, že by využili možnosti něčeho se napít, pokud by museli čekat, než je sestra zavede na návštěvu. 54 respondentů (39,42 %) by tuto možnost nevyužilo.

Položka č. 12: Informace o umístění toalet

Tabulka č. 14: Informace o umístění toalet

Informace o umístění toalet	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ano	118	86,13 %
Ne	19	13,87 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



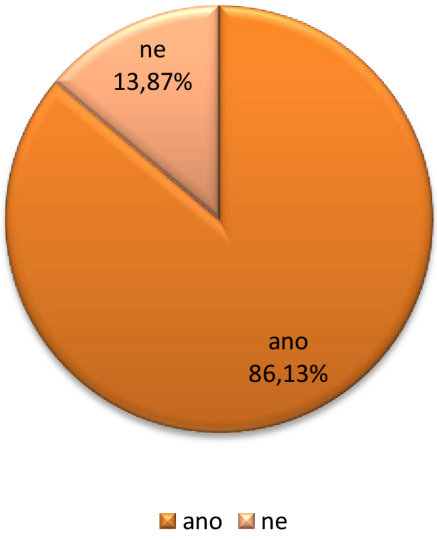
Graf č. 14: Informace o umístění toalet

Informaci o tom, kde najdou toalety, by uvítalo 86,13 % dotazovaných, tj. 118 příbuzných z celkových 137. Pouze 13,87 %, tj. 19 respondentů, tuto informaci nepotřebuje.

Položka č. 13: Informace o infarktu myokardu v informačních letácích a brožurách

Tabulka č. 15: Informace o infarktu myokardu

Informace o infarktu myokardu	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ano	118	86,13 %
Ne	19	13,87 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



Graf č. 15: Informace o infarktu myokardu

Celkem 118 respondentů (tj. 86,13 %) ze 137 uvedlo, že by využili možnost si během čekání, než je sestra zavede na návštěvu, přečíst informace z různých brožur a informačních letáků o infarktu myokardu, tedy o diagnóze, se kterou je jejich příbuzný senior hospitalizovaný na KJ. Pouze 19 dotazovaných (13,87 %) by tuto možnost nevyužilo.

Položka č. 14: Dotaz sestry týkající se možnosti zavolat lékaře

Tabulka č. 16: Dotaz sestry týkající se možnosti zavolat lékaře

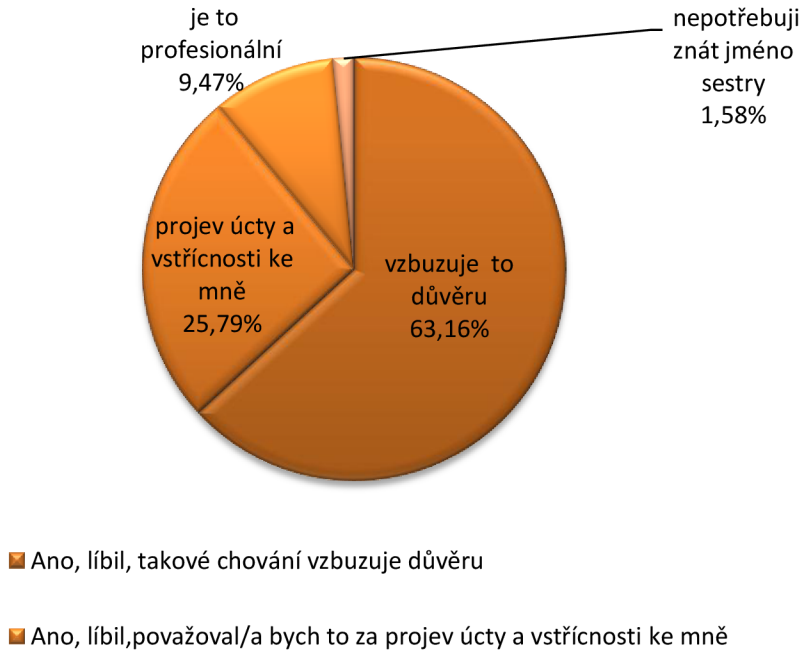
Dotaz sestry	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ano	137	100,00 %
Ne	0	0,00 %
Celkem	**137**	**100,00 %**

Všech 137 dotazovaných se sestra zeptala, zda - li budou chtít informace o zdravotním stavu svého nemocného seniora, aby jim mohla zavolat lékaře ke zodpovězení dotazů.

Položka č. 15: Chování sestry v úvodu návštěvy

Tabulka č. 17: Chování sestry v úvodu návštěvy

Chování sestry	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ano, líbil, takové chování vzbuzuje důvěru	120	63,16 %
Ano, líbil,považoval/a bych to za projev úcty a vstřícnosti ke mně	49	25,79 %
Ano, líbil, je to profesionální	18	9,47 %
Není to špatný nápad, ale já osobně nepotřebuji znát jméno sestry	3	1,58 %
Celkem	**190**	**100,00 %**



Graf č. 16: Chování sestry v úvodu návštěvy

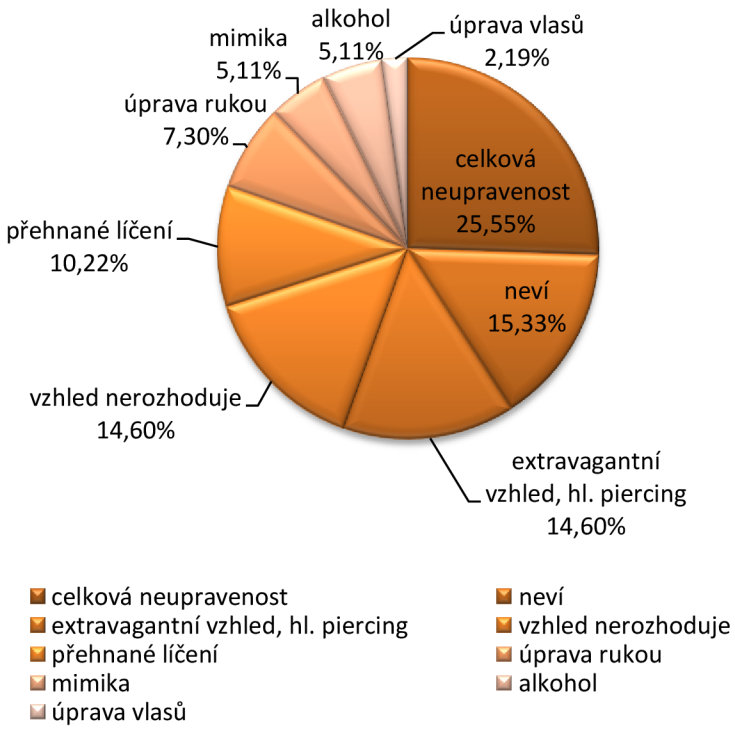
To, že se sestra při setkání s příbuznými, kteří přišli na návštěvu za hospitalizovaným seniorem, představí a osobně je zavede k lůžku nemocného, vnímalo 120 dotazovaných (63,16 %) jako důvěryhodné. 49 dotazovaných z celkem 137, tj. 25,79 %, takové chování vnímá jako projev úcty a vstřícnosti.

18. respondentům (9,47 %) připadá takové chování profesionální a líbí se jim. Pouze 3 dotazovaní (1,58 %) uvedli, že jméno sestry znát nepotřebují.

Položka č. 16: Vzhled sestry

Tabulka č. 18: Vzhled sestry

Vzhled sestry	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Celkově neupravený vzhled	35	25,55 %
Neví	21	15,33 %
Extravagantní vzhled, hl. piercing v obličeji	20	14,60 %
Vzhled nerozhoduje	20	14,60 %
Přehnané líčení	14	10,22 %
Úprava rukou	10	7,30 %
Mimika	7	5,11 %
Je z ní cítit alkohol	7	5,11 %
Úprava vlasů	3	2,19 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



Graf č. 17: Vzhled sestry

V 16. otázce byli respondenti dotazováni, co na vzhledu sestry jim bude vadit natolik, že pro ně bude tato sestra nedůvěryhodná. 35 dotazovaných, tj. 25,55 %, uvedlo, že nedůvěru budou mít k sestře, která bude vypadat celkově neupraveně.

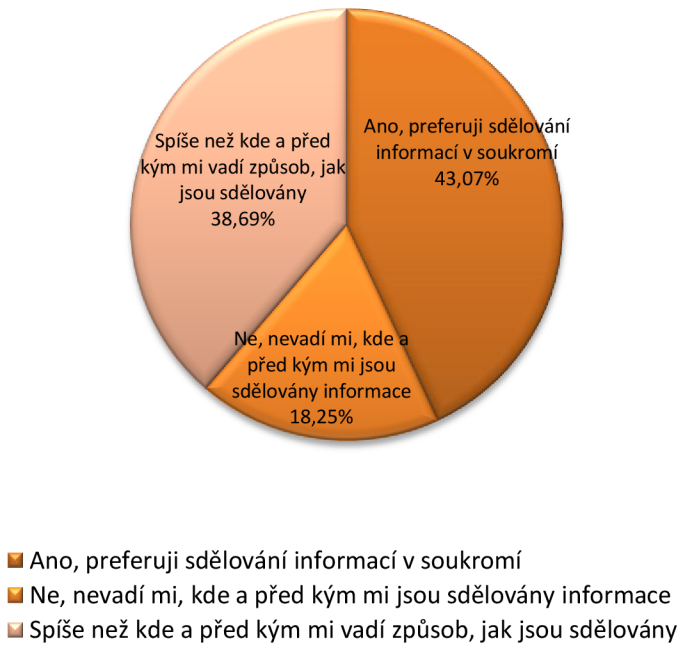
Extravagantní vzhled v podobě dredů, tetování, výrazné barvy vlasů apod. vadil 20. respondentům, tj. 14,6 %. Sestru, která je přehnaně nalíčená, hodnotilo 14 respondentů, tj. 10,22 %, jako nedůvěryhodnou. Vzhledu a úpravy rukou si všímá 10 dotazovaných, tj. 7,30 %. Sestra, ze které je cítit alkohol, vzbuzuje nedůvěru u 7. dotazovaných, tj. u 5,11 %.

Celkem 20 respondentů, tj. 14,60 %, uvedlo, že vzhled sestry pro ně není důležitý ve smyslu posuzování důvěryhodnosti. 7 dotazovaných, tj. 5,11 %, uvedlo, že je pro ně důležitější, jak se sestra tváří a jakou má mimiku než samotný vzhled. 21 dotazovaných, tj. 15,33 %, uvedlo, že neví, co by jim na vzhledu sestry vadilo do té míry, že by pro ně tato sestra nebyla dostatečně důvěryhodná.

Položka č. 17: Způsob sdělování informací o zdravotním stavu nemocného seniora

Tabulka č. 19: Způsob sdělování informací o zdravotním stavu nemocného seniora

Sdělování informací	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Preferuji sdělování informací v soukromí	59	43,07 %
Nevadí mi, kde a před kým mi jsou sdělovány informace	25	18,25 %
Spíše než kde a před kým mi vadí způsob, jak jsou sdělovány	53	38,69 %
Celkem	**137**	**100,00 %**



Graf č. 18: : Způsob sdělování informací o zdravotním stavu nemocného seniora

Celkem 59 dotazovaných ze 137, tj. 43,07 %, uvedlo, že preferují sdělování informací o zdravotním stavu svého nemocného seniora v soukromí. 53 respondentů, tj. 38,69 %, odpovědělo, že spíše než na jakém místě, je pro ně důležitý způsob sdělení informací. 25 dotazovaných, tj. 18,25 %, uvedlo, že nemají žádné požadavky na způsob sdělování informací o zdravotním stavu svého nemocného příbuzného.

Položka č. 18: Chování sestry, které vzbuzuje důvěru

Tabulka č. 20: Chování sestry, které vzbuzuje důvěru

Chování sestry	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
a – dovede mě na pokoj	80	4,78 %
b – můj nemocný příbuzný zná jméno této sestry	75	4,49 %
c – můj nemocný příbuzný je spokojený s péčí	122	7,30 %
d – můj nemocný příbuzný nemá hlad ani žízeň	81	4,84 %
e – sestra se chová zdvořile a empaticky	124	7,42 %
f – sestra se zajímá o bolest	116	6,94 %
g – lůžko a pokoj jsou čisté	112	6,70 %
h - můj nemocný příbuzný není nahý	102	6,10 %
i – máme shodné informace	101	6,04 %
j – sestra přijde k nemocnému i během mé návštěvy	81	4,84 %
k – sestra komunikuje i s návštěvou	94	5,62 %
l – nechci být během návštěvy rušen	46	2,75 %
m – sestra mi umí poradit ohledně péče o nemocného seniora	118	7,06 %
n – sestra mě považuje za partnera v péči	116	6,94 %
o – sestra mi umí vysvětlit informace od lékaře, kterým nerozumím	93	5,56 %
p – sestra mě neomezuje v době trvání návštěvy	71	4,25 %
q – sestra má jmenovku	55	3,29 %
r – sestra je upravená	74	4,43 %
s – sestra mě upozornila na denní řád Koronární jednotky	11	0,66 %
Jiné	0	0,00 %
Celkem	**1672**	**100,00 %**

V otázce č. 18 měli respondenti odpovídat, jaké chování ze strany sestry v nich vzbuzuje důvěru. Nejvíce respondentů, celkem 124 ze 137, odpovědělo, že by sestra měla být zdvořilá a empatická, 122 respondentů uvedlo, že pokud bude jejich nemocný senior spokojený s péčí, budou mít oni důvěru v sestru. 118 dotazovaných uvedlo, že budou mít důvěru v sestru, která jim bude umět poradit, jak o svého příbuzného pečovat. 116 respondentů považuje za důvěryhodné, když se sestra sama aktivně zajímá o bolest nemocného seniora a když je považuje za partnery v péči. 112. respondentům bude záležet na tom, aby lůžko a pokoj, kde leží jejich nemocný příbuzný, byli upravené a čisté. 102 respondentů si přeje, aby byl jejich příbuzný, i když leží v lůžku, oblečený. 101 dotazovaných klade důraz na shodnost informací od ošetřujícího lékaře a od jejich nemocného příbuzného. Za důvěryhodné považují respondenti chování sestry

k nemocnému seniorovi v průběhu návštěvy. To, že sestra komunikuje také s návštěvou, považuje 94 respondentů za správné a důvěryhodné. 81 respondentů si přeje, aby sestra přišla za nemocným i v době, kdy u něj probíhá návštěva. 71 respondentů považuje za důvěryhodné, pokud je sestra neomezuje v době trvání návštěvy. Nejméně dotazovaných, celkem 11 ze 137, uvedlo, že by chtěli být od sestry upozorněny na domácí řád KJ.

7 Testování hypotéz

K testování hypotéz byl použit Pearsonův Chí-kvadrát test. Za hladinu významnosti byla zvolena hodnota $\alpha = 0{,}05$. Hladina významnosti stanovuje pravděpodobnost, že nechtěně (neoprávněně) zamítneme nulovou hypotézu, tedy pokud je $\alpha = 0{,}05$, je riziko chyby 5 %. Ke každé testované hypotéze byla vytvořena kontingenční tabulka (kategorie odpovědí, u kterých hodnotíme statistickou závislost) a sloupcový graf pro prezentaci zjištěných výsledků. K přijetí nulové hypotézy můžeme přistoupit tehdy, jestliže je kritická hodnota testovacího kritéria (dle stupňů volnosti) menší než hodnota vypočítaná, tzv. hodnota Chí-kvadrát (χ^2). Přijetí nulové hypotézy znamená, že nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými zkoumanými jevy. K odmítnutí nulové a přijetí alternativní hypotézy bychom mohli přistoupit, pokud by byla vypočítaná hodnota χ^2 větší nebo stejně velká jako hodnota kritická.

Cíl 1: Zmapovat potřeby příbuzných geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce.

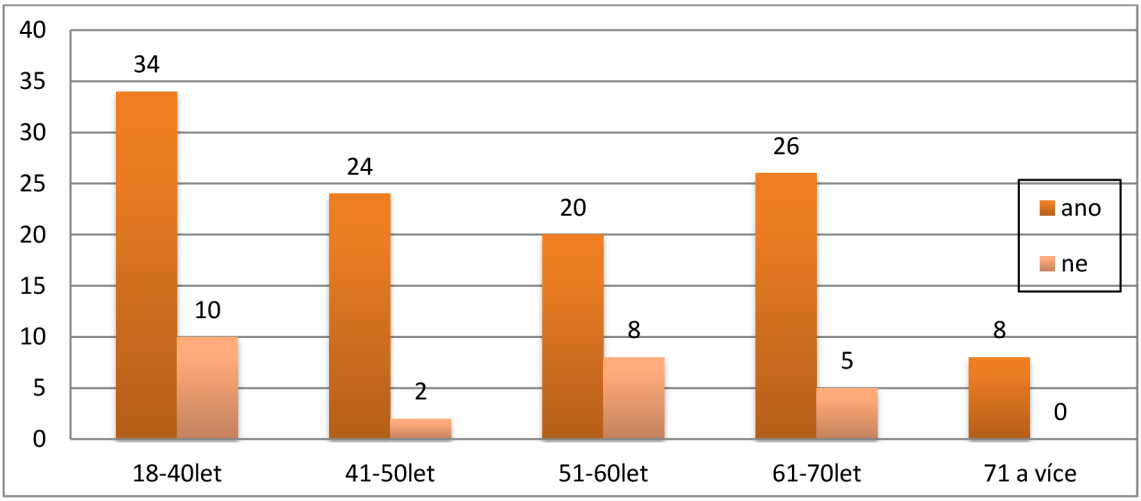
Testování první hypotézy:

$1H_0$: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem příbuzných a potřebou informací z brožur a informačních letáků.
$1H_A$: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem příbuzných a potřebou informací z brožur a informačních letáků.

Pro ověření hypotézy číslo jedna byly použity otázky č. 1 a 13 z dotazníku.

Tabulka č. 21: Věk x potřeba informací z brožur a informačních letáků

Věk	Potřeba informací	
	Ano	Ne
18-40let	34	10
41-50let	24	2
51-60let	20	8
61-70let	26	5
71 a více	8	0



Graf č. 19: Věk x potřeba informací z brožur a informačních letáků

Tabulka č. 22: Statistické testování - věk x potřeba informací z brožur a letáků

Hodnota Chí-kvadrát	6,413
Stupně volnosti	4
Kritická hodnota	9,4877
Hodnota P	0,1704
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočtená hodnota χ^2 byla menší než kritická hodnota, proto **zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme hypotézu nulovou.** Hodnota P je vyšší než hodnota hladiny významnosti, **závislost není statisticky významná.**

Závěr: Přijímáme nulovou hypotézu. Lze tedy konstatovat, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem dotazovaných a jejich potřebou informací o infarktu myokardu z brožur a informačních letáků.

Testování druhé hypotézy:

$2H_0$: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (věk, vzdálenost místa bydliště) a potřebou uspokojení vybraných základních potřeb (hydratace, odpočinek a vyprazdňovaní).

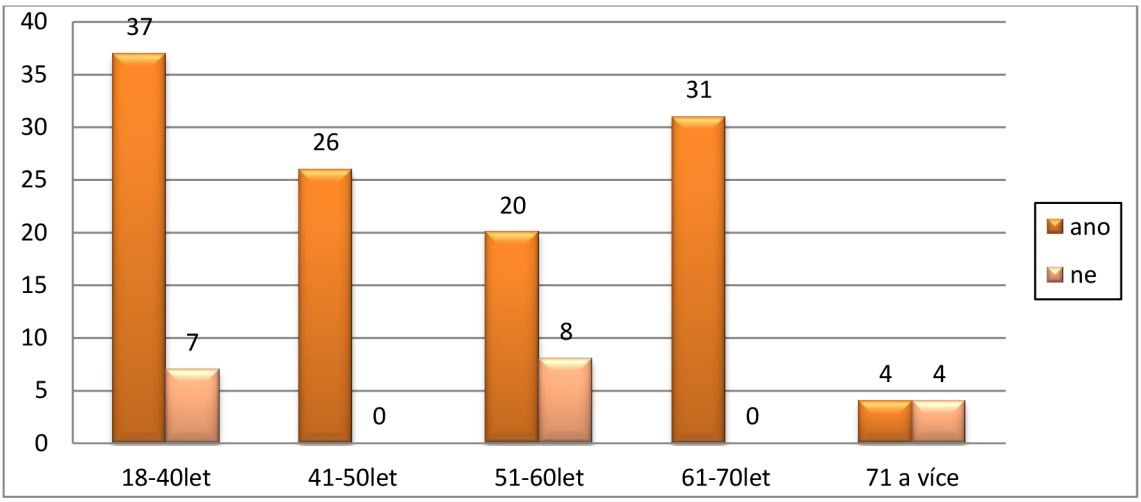
$2H_A$: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (věk, vzdálenost místa bydliště) a potřebou uspokojení vybraných základních potřeb (hydratace, odpočinek a vyprazdňovaní).

Pro ověření druhé hypotézy byly použity položky č. 1,5,10,11,12.

a) Testování vztahu věk x vybrané determinanty (potřeba hydratace, odpočinku, vyprazdňování)

Tabulka č. 23: Věk x potřeba hydratace

Věk	**Hydratace**	
	Ano	**Ne**
18-40let	37	7
41-50let	26	0
51-60let	20	8
61-70let	31	0
71 a více	4	4



Graf č. 20: Věk x potřeba hydratace

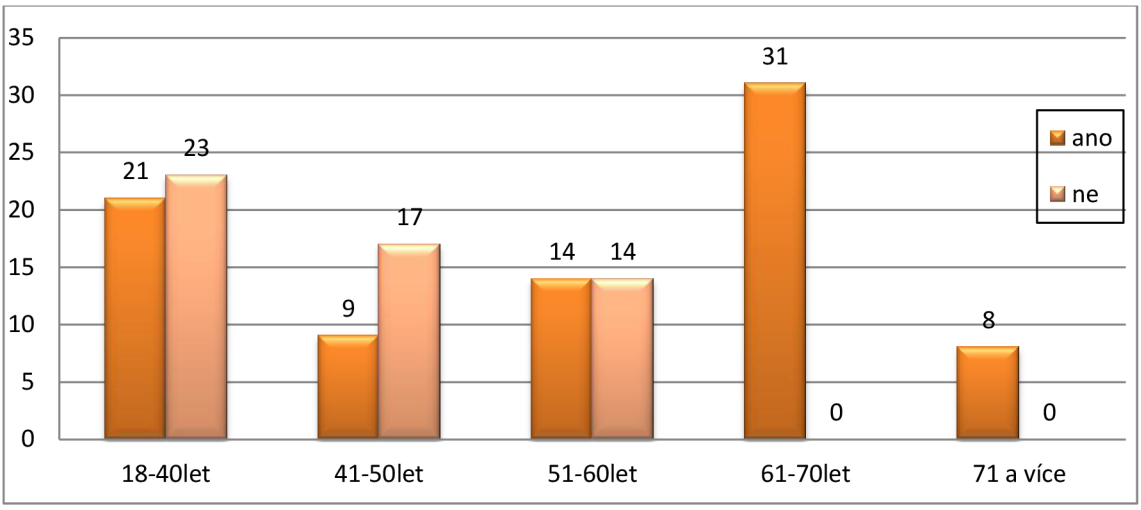
Tabulka č. 24: Statistické testování - věk x potřeba hydratace

Hodnota Chí-kvadrát	23,14
Stupně volnosti	4
Kritická hodnota	9,4877
Hodnota P	0,0001
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočítaná hodnota χ^2 je výrazně vyšší než hodnota kritická, proto zamítáme nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu alternativní**. Hodnota P je menší než hladina významnosti, proto je **závislost statisticky významná.**

Tabulka č. 25: Věk x potřeba odpočinku

Věk	**Odpočinek**	
	Ano	**Ne**
18-40let	21	23
41-50let	9	17
51-60let	14	14
61-70let	31	0
71 a více	8	0



Graf č. 21: Věk x potřeba odpočinku

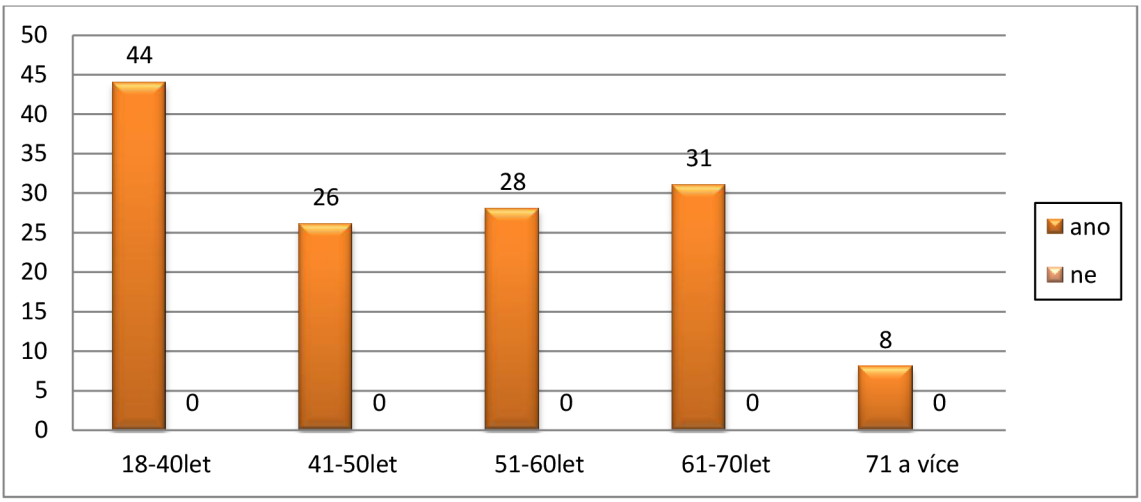
Tabulka č. 26: Statistické testování - věk x potřeba odpočinku

Hodnota Chí-kvadrát	37,08
Stupně volnosti	4
Kritická hodnota	9,4877
Hodnota P	< 0.0001
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočítaná hodnota χ^2 je vyšší než hodnota kritická, proto **přijímáme alternativní hypotézu**. Hodnota P je nižší než hladina významnosti, **závislost je tedy statisticky významná.**

Tabulka č. 27: Věk x potřeba vyprazdňování (informace o umístění toalet)

Věk	**Potřeba vyprazdňování**	
	Ano	**Ne**
18-40let	44	0
41-50let	26	0
51-60let	28	0
61-70let	31	0
71 a více	8	0



Graf č. 22: Věk x potřeba vyprazdňování

Tabulka č. 28: Statistické testování - věk x potřeba vyprazdňování

Hodnota Chí-kvadrát	Nelze vypočítat
Stupně volnosti	4
Kritická hodnota	9,4877
Hodnota P	Nelze vypočítat
Hladina významnosti (alfa)	0,05

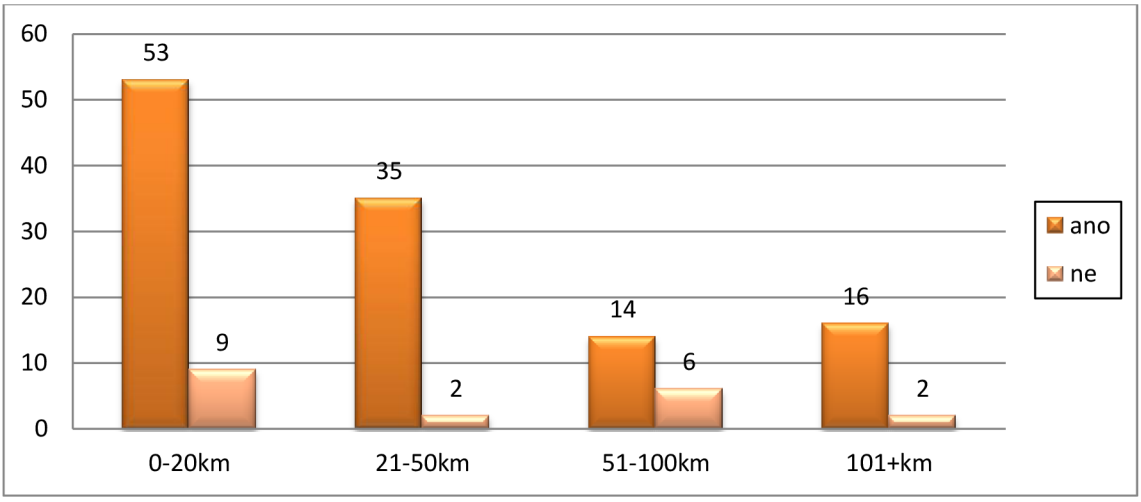
Tuto hypotézu nelze statisticky testovat zvoleným χ^2 testem, jelikož 100% respondentů uvedlo, že je pro ně důležitá informace o umístění toalet, aby mohli saturovat potřebu vyprazdňování.

Závěr: Lze tvrdit, že v souboru respondentů existuje statisticky významná závislost mezi věkem a základními potřebami. Pro determinantu věku přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme hypotézu nulovou.

b) Testování vztahu vzdálenost místa bydliště x vybrané determinanty (potřeba hydratace, odpočinku, vyprazdňování)

Tabulka č. 29: Vzdálenost místa bydliště x potřeba hydratace

Vzdálenost	Hydratace	
	Ano	Ne
0-20km	53	9
21-50km	35	2
51-100km	14	6
101+km	16	2



Graf č. 23: Vzdálenost místa bydliště x potřeba hydratace

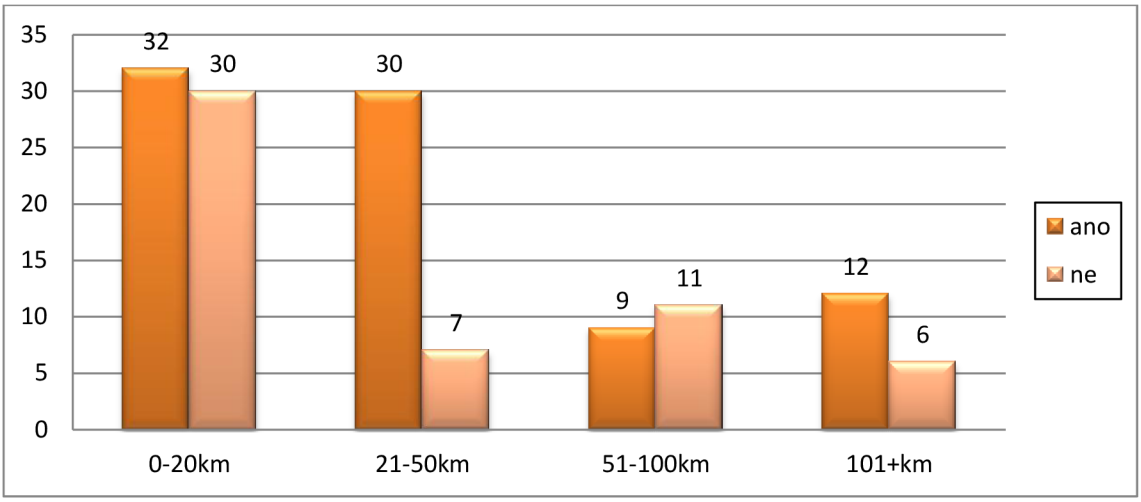
Tabulka č. 30: Statistické testování - vzdálenost místa bydliště x potřeba hydratace

Hodnota Chí-kvadrát	6,7121
Stupně volnosti	3
Kritická hodnota	7,8147
Hodnota P	0,0817
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Hodnota testovacího kritéria $\chi 2$ je nižší než kritická hodnota, proto **přijímáme nulovou hypotézu.** Hodnota P je vyšší než hladina významnosti, **závislost není statisticky významná.**

Tabulka č. 31: Vzdálenost místa bydliště x potřeba odpočinku

Vzdálenost	Odpočinek	
	Ano	Ne
0-20km	32	30
21-50km	30	7
51-100km	9	11
101+km	12	6



Graf č. 24: Vzdálenost místa bydliště x potřeba odpočinku

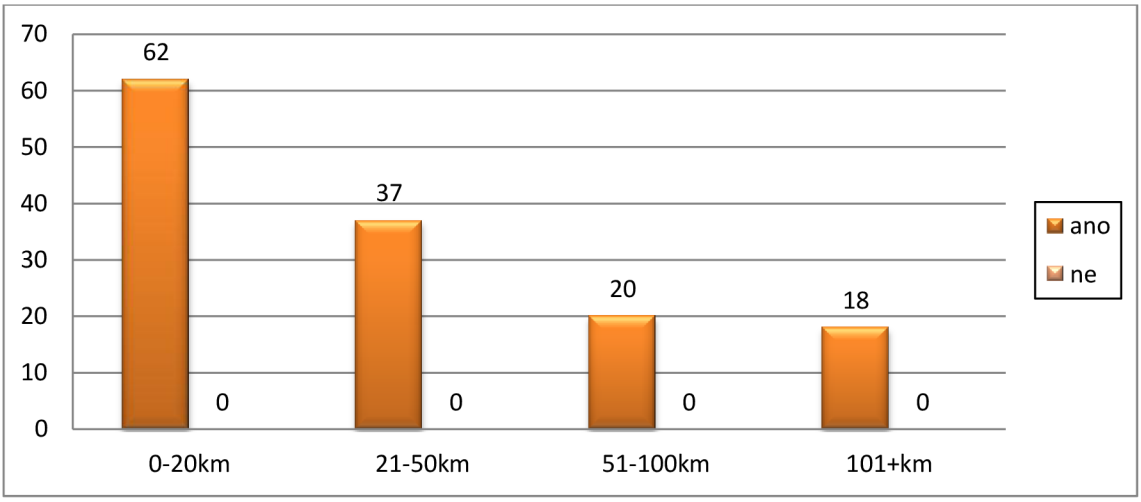
Tabulka č. 32: Statistické testování - vzdálenost místa bydliště x potřeba odpočinku

Hodnota Chí-kvadrát	10,91
Stupně volnosti	3
Kritická hodnota	7,8147
Hodnota P	0,0122
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Hodnota testovaného kritéria χ^2 je větší než kritická hodnota, proto v tomto případě **potvrzujeme alternativní hypotézu** a zamítáme nulovou. Hodnota P je nižší než hladina významnosti, proto **je závislost statisticky významná.**

Tabulka č. 33: Vzdálenost místa bydliště x potřeba vyprazdňování

Vzdálenost	Potřeba vyprazdňování	
	Ano	Ne
0-20km	62	0
21-50km	37	0
51-100km	20	0
101+km	18	0



Graf č. 25: Vzdálenost místa bydliště x potřeba vyprazdňování

Tabulka č. 34: Statistické testování - vzdálenost místa bydliště x potřeba vyprazdňování

Hodnota Chí-kvadrát	Nelze vypočítat
Stupně volnosti	3
Kritická hodnota	7,5814
Hodnota P	Nelze vypočítat
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Tuto hypotézu nelze statisticky testovat zvoleným χ^2 testem, jelikož 100% respondentů uvedlo, že je pro ně důležitá informace o umístění toalet, aby mohli saturovat potřebu vyprazdňování.

Závěr: Lze tvrdit, že v souboru respondentů existuje statisticky významná závislost mezi vzdáleností místa bydliště a nutností saturovat potřebu odpočinku a vyprazdňování, ale neexistuje statisticky významná závislost mezi vzdáleností místa bydliště a potřebou hydratace.

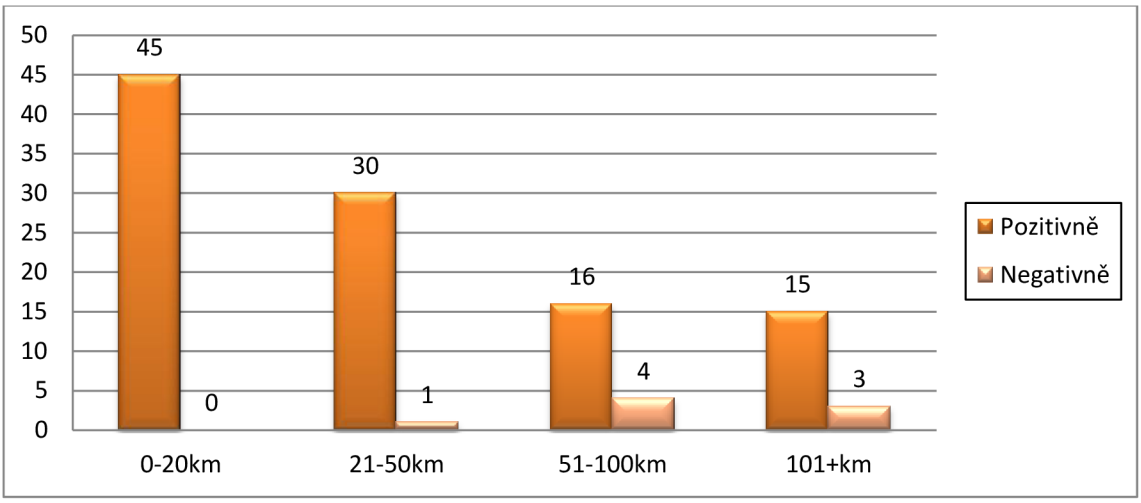
Testování třetí hypotézy:

$3H_0$: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vzdáleností bydliště příbuzného od nemocnice a pozitivním vnímáním hesla a/nebo rodného čísla jako bezpečnostního prvku při sdělování telefonických informací.
$3H_A$: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi vzdáleností bydliště příbuzného od nemocnice a pozitivním vnímáním hesla nebo rodného čísla jako bezpečnostního prvku při sdělování telefonických informací.

Pro ověření třetí hypotézy byly použity otázky č. 5 a 7 z dotazníku.

Tabulka č. 35: Vzdálenost místa bydliště x pozitivní vnímání hesla/r.č.

Vzdálenost místa bydliště	**Vnímání hesla/r.č.**	
	Pozitivně	**Negativně**
0-20km	45	0
21-50km	30	1
51-100km	16	4
101+km	15	3



Graf č. 26: Vzdálenost místa bydliště x pozitivní vnímání hesla/r.č.

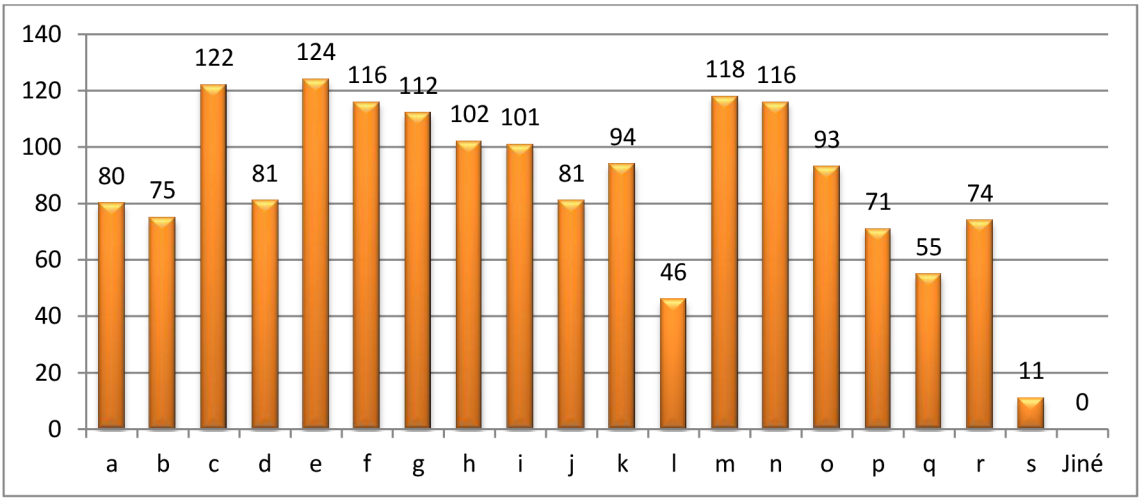
Tabulka č. 36: Statistické testování - vzdálenost místa bydliště x pozitivní vnímání hesla/r.č.

Hodnota Chí-kvadrát	11,81
Stupně volnosti	3
Kritická hodnota	7,8147
Hodnota P	0,008
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Hodnota testovacího kritéria χ^2 je větší než kritická hodnota, proto **přijímáme alternativní hypotézu** a zamítáme hypotézu nulovou. Hodnota P je nižší než hladina významnosti, jedná se o **statisticky významnou závislost.**

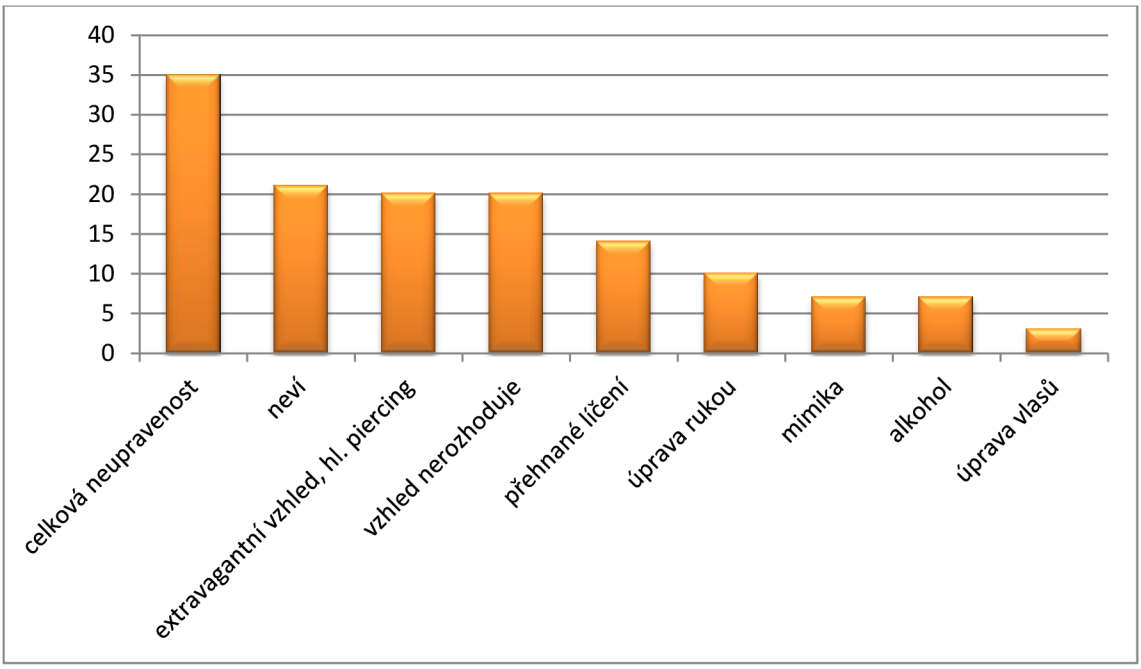
Závěr: Přijímáme alternativní hypotézu. Existuje statisticky významná závislost mezi vzdáleností místa bydliště a pozitivním vnímáním hesla a/nebo rodného čísla jako bezpečnostního prvku při sdělování telefonických informací.

Cíl 2: Zjistit, jaké chování ze strany sestry a vzhled sestry vyvolává v příbuzných geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce pocit důvěry.



	j – sestra přijde k nemocnému i během mé návštěvy
a – dovede mě na pokoj	k – sestra komunikuje i s návštěvou
b – můj nemocný příbuzný zná jméno této sestry	l – nechci být během návštěvy rušen
c – můj nemocný příbuzný je spokojený s péčí	m – sestra mi umí poradit ohledně péče o nemocného seniora
d – můj nemocný příbuzný nemá hlad ani žízeň	n – sestra mě považuje za partnera v péči
e – sestra se chová zdvořile a empaticky	o – sestra mi umí vysvětlit informace od lékaře, kterým nerozumím
f – sestra se zajímá o bolest	p – sestra mě neomezuje v době trvání návštěvy
g – lůžko a pokoj jsou čisté	q – sestra má jmenovku
h - můj nemocný příbuzný není nahý	r – sestra je upravená
i – máme shodné informace	s – sestra mě upozornila na denní řád Koronární jednotky

Graf č. 27: Chování sestry x důvěra v tuto sestru



Graf č. 28: Vzhled sestry x důvěra v tuto sestru

Závěr: Příbuzní nemocného seniora budou mít největší důvěru v sestru, která je vstřícná, empatická, nemocný senior je celkově spokojený s její péčí, sestra umí poradit v péči o seniora, sama se aktivně zajímá o bolest a považuje příbuzné nemocného seniora za partnery v péči o něj. Na vzhledu sestry (z pohledu důvěryhodnosti) příbuzným nemocného seniora nejvíce vadí, když je sestra neupravená, špinavá nebo pokud má celkově extravagantní vzhled, hlavně tetování, dredy a piercing v obličeji.

Cíl 3: Zjistit, zda příbuzným geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce vyhovují návštěvní hodiny.

Testování čtvrté hypotézy:

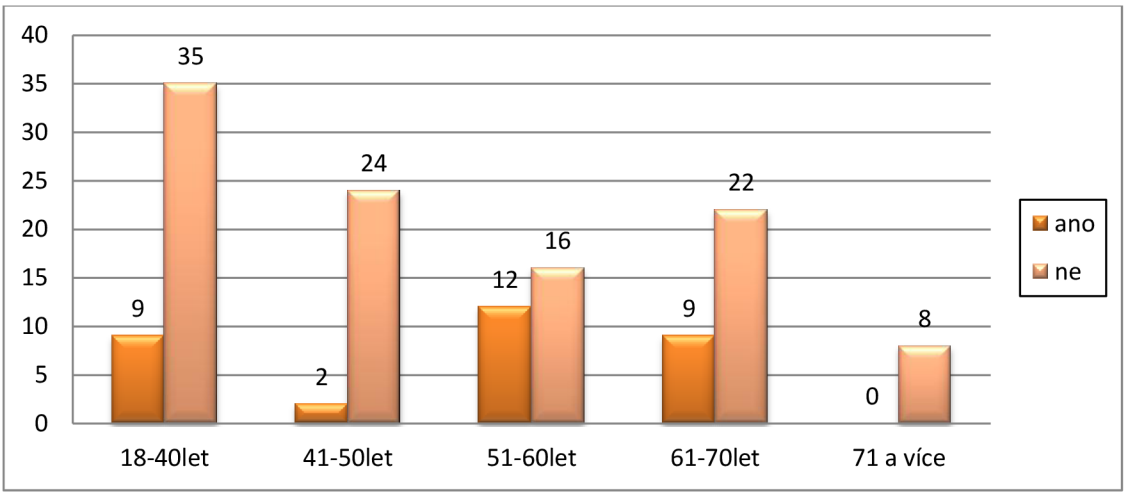
$4H_0$: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (věk, vzdálenost místa bydliště) a schopností přijít na návštěvu v době návštěvních hodin.

$4H_A$: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (věk, vzdálenost místa bydliště) a schopností přijít na návštěvu v době návštěvních hodin.

Pro ověření čtvrté hypotézy byly použity otázky č. 1, 5, 8 z dotazníku.

Tabulka č. 37: Věk x návštěva v době návštěvních hodin

Věk	Návštěva v době návštěvních hodin	
	Ano	Ne
18-40let	9	35
41-50let	2	24
51-60let	12	16
61-70let	9	22
71 a více	0	8



Graf č. 29: Věk x návštěva v době návštěvních hodin

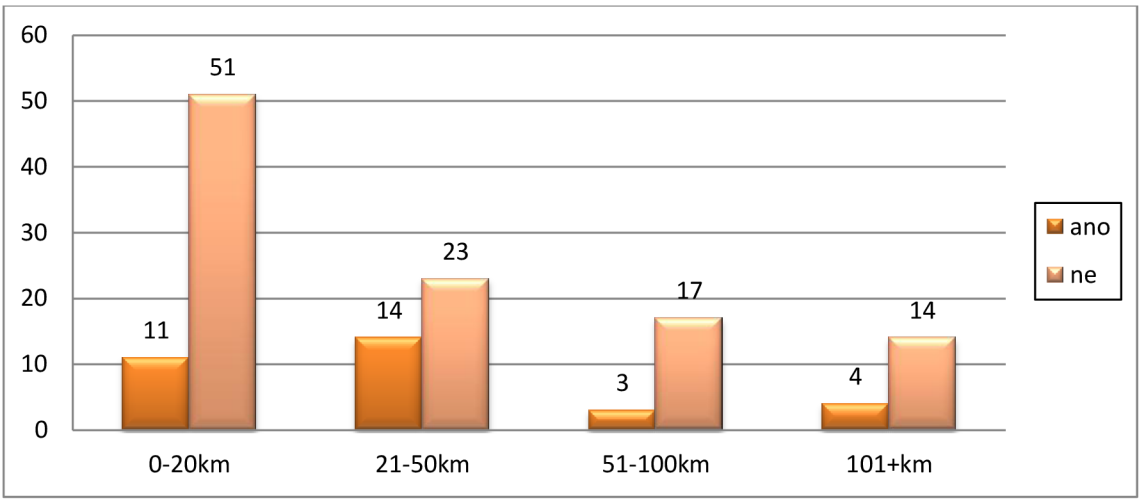
Tabulka č. 38: Statistické testování - věk x návštěva v době návštěvních hodin

Hodnota Chí-kvadrát	12,71
Stupně volnosti	4
Kritická hodnota	9,4877
Hodnota P	0,0128
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Hodnota testovacího kritéria χ^2 je vyšší než hodnota kritická. Proto **zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní.** Hladina významnosti je vyšší než hodnota P, jedná se o **statisticky významnou závislost.**

Tabulka č. 39: Vzdálenost místa bydliště x návštěva v době návštěvních hodin

Vzdálenost	**Návštěva v návštěvní hodiny**	
	Ano	**Ne**
0-20km	11	51
21-50km	14	23
51-100km	3	17
101+km	4	14



Graf č. 30: Vzdálenost místa bydliště x návštěva v době návštěvních hodin

Tabulka č. 40: Statistické testování - vzdálenost místa bydliště x návštěva v době návštěvních hodin

Hodnota Chí-kvadrát	6,219
Stupně volnosti	3
Kritická hodnota	7,8147
Hodnota P	0,1014
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Hodnota testovacího kritéria χ^2 je menší než kritická hodnota. **Zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme nulovou.** Hodnota P je vyšší než hladina významnosti, tedy **není statisticky významná závislost** mezi vzdáleností místa bydliště a schopností přijít na návštěvu v době návštěvních hodin.

Závěr: Pro čtvrtou hypotézu, resp. pro determinantu věku přijímáme alternativní hypotézu, pro determinantu vzdálenosti bydliště přijímáme nulovou hypotézu. Pro soubor respondentů existuje statisticky významná závislost mezi věkem a schopností přijít na návštěvu v době návštěvních hodin. Pro determinantu vzdálenosti bydliště neexistuje statisticky významná závislost.

Cíl 4: Zjistit, jaké informace očekávají příbuzní geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce od sestry.

Testování páté hypotézy:

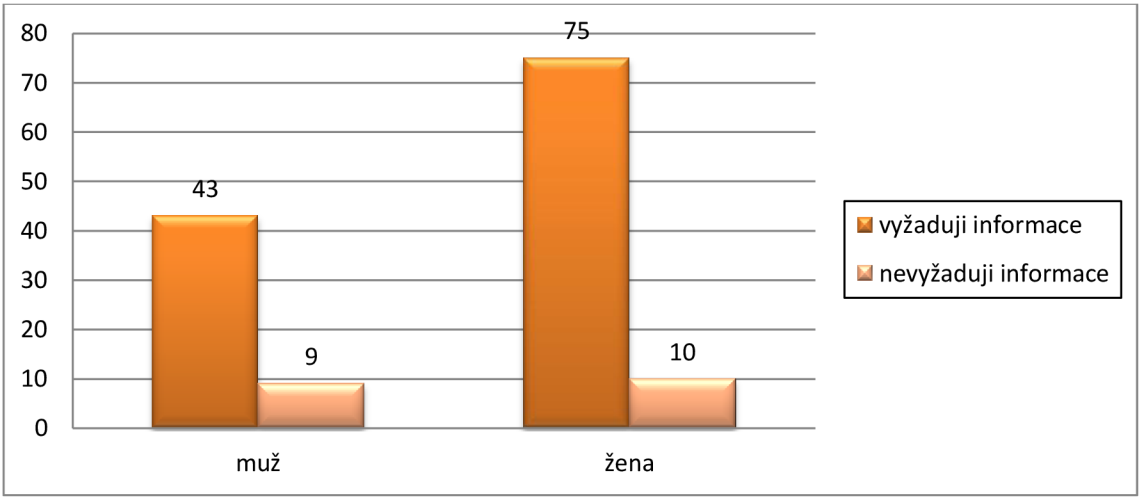
5H0: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (pohlaví, vztah, frekvence setkání) a vyžadováním informací po sestře, jak pečovat o svého blízkého.

5HA: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi vybranými determinantami (pohlaví, vztah, frekvence setkání) a vyžadováním informací po sestře, jak pečovat o svého blízkého.

Pro ověření čtvrté hypotézy byly použity otázky č. 2, 3, 4, 18 (odpověď „m“) z dotazníku.

Tabulka č. 41: Pohlaví x informace týkající se péče

Pohlaví	**Informace**	
	Vyžaduji informace	**Nevyžaduji informace**
Muž	43	9
Žena	75	10



Graf č. 31: Pohlaví x informace týkající se péče

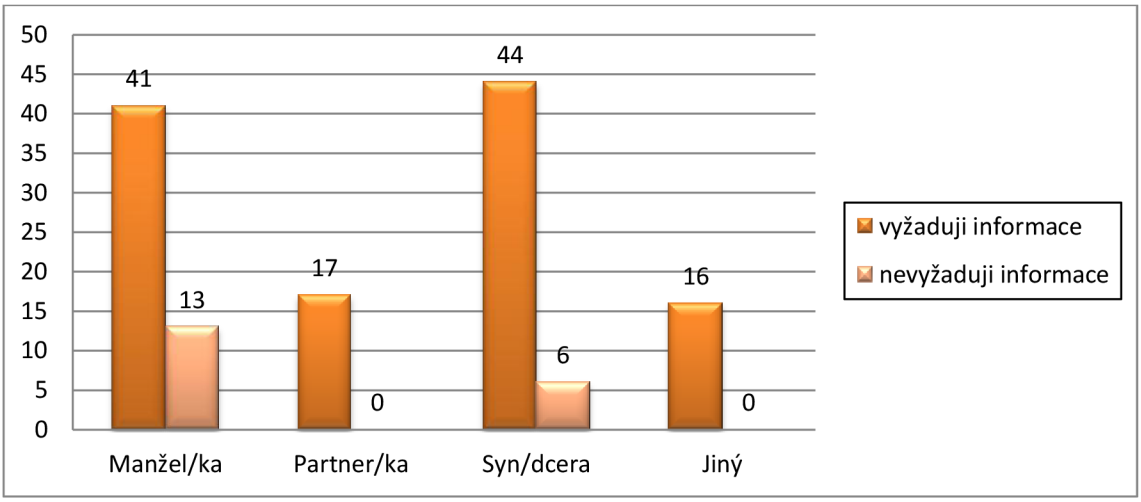
Tabulka č. 42: Statistické testování - pohlaví x informace týkající se péče

Hodnota Chí-kvadrát	0,8298
Stupně volnosti	1
Kritická hodnota	3,8414
Hodnota P	0,1812
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočítaná hodnota χ^2 je výrazně menší než hodnota kritická proto **přijímáme nulovou hypotézu,** hodnota P je větší než hodnota hladiny významnosti, **závislost není statisticky významná**.

Tabulka č. 43: Vztah x informace týkající se péče

Vztah	**Informace**	
	Vyžaduji informace	**Nevyžaduji informace**
Manžel/ka	41	13
Partner/ka	17	0
Syn/dcera	44	6
Jiný	16	0



Graf č. 32: Vztah x informace týkající se péče

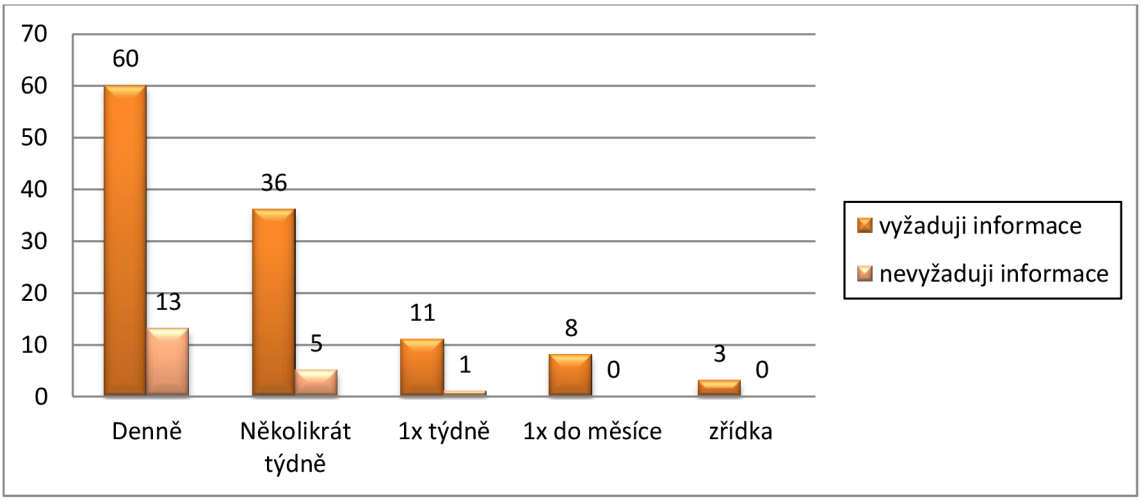
Tabulka č. 44: Statistické testování - vztah x informace týkající se péče

Hodnota Chí-kvadrát	10,17
Stupně volnosti	3
Kritická hodnota	7,8147
Hodnota P	0,0172
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Hodnota testovacího kritéria χ^2 je větší než kritická hodnota, proto zamítáme nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu alternativní**. Hodnota P je menší než hladina významnosti, proto je **závislost statisticky významná**.

Tabulka č. 45: Frekvence setkání x informace týkající se péče

Frekvence setkání	**Informace o péči**	
	Vyžaduji informace	**Nevyžaduji informace**
Denně	60	13
Několikrát týdně	36	5
1x týdně	11	1
1x do měsíce	8	0
Zřídka	3	0



Graf č. 33: Frekvence setkání x informace týkající se péče

Výpočet χ^2 je platný pouze v případě, že jsou v kontingenční tabulce všechny očekávané četnosti větší než 1 a zároveň minimálně 20% očekávaných hodnot je větších než 5. Tyto podmínky v tomto případě nebyly splněny, proto není možné tuto determinantu testovat Chí-kvadrát testem.

Závěr: Pro determinantu pohlaví přijímáme nulovou hypotézu. Neexistuje statisticky významná závislost mezi pohlavím a vyžadováním informací od sestry, jak pečovat o svého blízkého. Pro determinantu vztahu přijímáme alternativní hypotézu, tedy existuje statisticky významná závislost mezi vyžadováním informací od sestry týkající se péče o nemocného a vztahem k tomuto nemocnému.

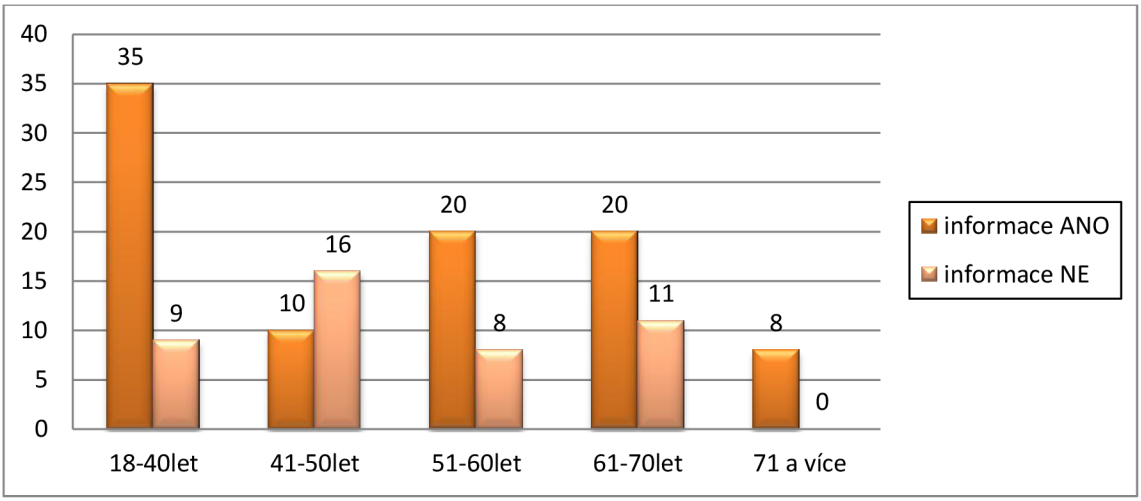
Testování šesté hypotézy:

$6H_0$: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem příbuzných a požadavkem na sestru, aby jim objasnila informace, které dostali od lékaře, ale nerozuměli jim.
$6H_A$: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem příbuzných a požadavkem na sestru, aby jim objasnila informace, které dostali od lékaře, ale nerozuměli jim.

Pro ověření šesté hypotézy byly použity otázky č. 1 a 18 (odpověď „o“) z dotazníku.

Tabulka č. 45: Věk x informace od lékaře

Věk	Informace ANO	Informace NE
18-40let	35	9
41-50let	10	16
51-60let	20	8
61-70let	20	11
71 a více	8	0



Graf č. 34: Věk x informace od lékaře

Tabulka č. 46: Statistické testování - věk x informace od lékaře

Hodnota Chí-kvadrát	17,18
Stupně volnosti	4
Kritická hodnota	9,4877
Hodnota P	0,0018
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Hodnota testovací ho kritéria χ^2 je větší než kritická hodnota, proto **přijímáme alternativní hypotézu**. Hodnota P je nižší než hladina významnosti, proto je **závislost statisticky významná.**

Závěr: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem příbuzných a požadavkem na sestru, aby jim objasnila informace, které dostali od lékaře, ale nerozuměli jim. Přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme hypotézu nulovou.

8 Diskuse

Tématem diplomové práce byla problematika potřeb příbuzných, kteří přijdou na návštěvu za nemocným seniorem na jednotku intenzivní péče. Primární impuls vzešel od samotných příbuzných, kteří se mnou některé své potřeby a hlavně obavy často řešili a konzultovali. Očekávaným cílem celé práce byla snaha zlepšit přístup k příbuzným a lépe jim a jejich potřebám porozumět.

Byly stanoveny 4 cíle a 6 hypotéz. Dotazníkové šetření probíhalo pouze na Koronární jednotce Krajské nemocnice Liberec a.s., jelikož cíle práce se vztahovaly hlavně k potřebám příbuzných nemocných seniorů právě na tomto oddělení. Výchozí motivací pro toto téma bylo zjištění potřeb příbuzných, identifikace chybného chování a postojů zdravotníků, hlavně sester, vůči těmto příbuzným a následné zlepšení péče a lepší saturace jejich potřeb.

Při hledání literárních zdrojů k diplomové práci jsem našla velké množství publikací zabývajících se potřebami, z velké části se ale tyto publikace zabývají pouze potřebami pacientů. Nikde jsem nenašla žádný ucelený výzkum týkající se potřeb příbuzných. Zdravotnické noviny otiskly v květnu 2007 zprávu, že na ARO/JIP pracovištích v ČR proběhla multicentrická studie DEPRESS, která se zabývala potřebami příbuzných pacientů hospitalizovaných na ARO/JIP. Při podrobnějším hledání jsem zjistila, že se studie víceméně zabývala pouze potřebou komunikace a informací.

Základním cílem diplomové práce bylo zmapování potřeb příbuzných hospitalizovaných seniorů. Výzkum probíhal dotazníkovým šetřením. Z celkového počtu 140 rozdaných dotazníků byla návratnost 97 %, tedy 137 dotazníků. 3 dotazníky musely být vyřazeny pro nezodpovězení otevřené otázky. 15 respondentů také využilo možnosti sdělit jiné postřehy na konci dotazníku, které by se daly souhrnně označit jako velmi pozitivní a motivující zdravotní sestry a zdravotnické asistenty pracující na KJ k další péči o pacienty. Velkou návratnost můžeme zřejmě přičíst faktu, že s každým respondentem byla předem konzultována ochota dotazník vyplnit a každý z respondentů si dotazník mohl odnést domů a mít tak na jeho vyplnění dostatek času. Dotazníky byly rozdávány druhý nebo třetí den od začátku hospitalizace seniora. Hlavním důvodem bylo, aby již příbuzní měli základní informace o zdravotním stavu seniora a aby proběhla minimálně jedna návštěva u něj. Dalším důvodem bylo, aby se příbuzní měli možnost seznámit alespoň s částí personálu KJ, poznat a vidět, jak se chová, jak pracuje a jakou péči má jejich nemocný senior.

Z hlediska demografických údajů se dotazníkového šetření zúčastnilo z celkového počtu 137 respondentů 52 mužů a 85 žen. Tento demografický údaj se podobá obecnému souboru obyvatelstva ČR, kde je dle Českého statistického úřadu větší zastoupení žen než mužů (k 31. 12. 2011 bylo v ČR 49,1 % mužů a 50,9 % žen).[77] Věk dotazovaných byl rozdělen na pět kategorií. Ve věkové kategorii 18 až 40 let odpovídalo 44 respondentů, v kategorii od 41 do 50 let odpovídalo 26 respondentů, v kategorii od 51 do 60 let 28 respondentů a do kategorie seniorů, tzn. od 61 let výše, spadalo celkem 39 respondentů, z toho 8 dotazovaných bylo starších 71 let. Dalším sledovaným údajem byl vztah k nemocnému seniorovi. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 respondentů, kteří byli manžely nebo manželkami, 50 respondentů bylo dětmi nemocných seniorů. 33 respondentů uvedlo, že mají jiný vztah, z toho 17 bylo partnery nebo partnerkami nemocných.

V dotazníku bylo cíleně položeno několik otázek týkajících se jednotlivých potřeb, tedy prvního cíle diplomové práce. Definice potřeby pro účely dotazníku vycházela z tvrzení Mlýnkové, že: „Potřeba je projev nedostatku něčeho nebo projev toho, že v organismu něco chybí.[78] Při sestavování otázek do dotazníku jsem vycházela z tzv. Domu životních potřeb (viz příloha č. 7, str. 121).[79] Základní potřeby, hlavně potřeba pohodlí (odpočinku), hydratace a vyprazdňování, byly dotazovány v položkách č. 10,11,12. Potřeby jistoty, bezpečí, důvěry a informací byly zjišťovány v položkách č. 6,7,13,16,18. Potřeba komunikace, sounáležitosti, kontaktu a péče o druhé byly zjišťovány v položkách č. 6,8,9,14,17. Potřeba autonomie a důstojnosti byla zjišťována v položce č. 15 a 17. Potřeby estetické a seberealizace byly dotazovány v položce č. 18. Z odpovědí na výše zmíněné otázky vyplynulo, že zcela jednoznačně je nejdůležitější a zároveň nejméně saturovanou potřebou příbuzných nemocných seniorů potřeba komunikace, informací, respektu a potřeba kontaktu se svým blízkým. Zajímavé výsledky se rovněž ukázaly u otázky zabývající se telefonickým podáváním informací (otázka č. 6 a 7). Zvláště překvapivé bylo zjištění, že příbuzným nevadí nařízení KNL, a.s. ohledně požadavku na sdělení části rodného čísla při telefonickém sdělování informací. Při sestavování otázek do dotazníku jsme se domnívali, že právě tento požadavek bude příbuzným nejvíce vadit a obtěžovat je. Z dotazníků vyplynulo, že

---

[77] Srov. Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2011. Český statistický úřad. [online]. 10. 4. 2013. Dostupné z http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/4007-12.

[78] Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*, s. 47.

[79] Srov. ZACHAROVÁ, E. aj. *Zdravotnická psychologie*, s. 119.

informace po telefonu si během prvních několika hodin hospitalizace zjišťovalo 83,21 % (114 respondentů) příbuzných. Z toho 77,37 % (106 respondentů) přitom nevadilo, že museli při telefonickém kontaktu uvést rodné číslo hospitalizovaného seniora jako bezpečnostní prvek, dokonce toto nařízení vnímali pozitivně.

Za zmínku jistě stojí i výsledky týkající se kontaktu příbuzných s nemocným v době návštěvních hodin (položky č. 8, 9). Domnívali jsme se, že dodržení návštěvních hodin bude pro většinu příbuzných nesplnitelné a nereálné, což se také ve výsledku potvrdilo. Pokud by museli příbuzní dodržovat návštěvní hodiny, což je v rámci KNL, a.s. ve všední den od 16.00 do 17.00 a během víkendu od 14.00 do 16.00, tak by celkem 76,64 %, tj. 105 dotazovaných ze 137, by nemohlo za svým nemocným seniorem přijít na návštěvu. Nejčastějším důvodem nemožnosti přijít na návštěvu za nemocným v době návštěvních hodin, který respondenti uváděli, byly pracovní důvody (47,14 %) a špatné spojení MHD (31,43 %).

Zajímavé jsou také výsledky položky č. 15, která se týkala potřeby úcty, respektu a důstojnosti. Vymětal ve své publikaci poukazuje na potřebu úcty a respektu následovně: „Projevovat stabilně úctu a respekt, jako profesionálně žádoucí postoj, není snadné a samozřejmé. Jde o mnohem více, totiž o pohled na člověka jako na plnohodnotnou bytost, jíž si vážíme, s níž nemusíme souhlasit, dokonce nám může být i nesympatická.“[80] V otázce byli respondenti dotazováni, jak by uvítali, kdyby se jim sestra, která se o jejich nemocného seniora stará, v úvodu jejich návštěvy představila a osobně je zavedla k lůžku nemocného. Naší původní úvahou bylo, že tento projev slušného chování a úcty ke druhému bude vyžadovat většina respondentů. Naše domněnka se potvrdila. Z odpovědí vyplynulo, že pro 120 dotazovaných by to bylo chování, které v nich vzbuzuje důvěru v tuto sestru, potažmo v péči o jejich blízkého. Pro 49 dotazovaných by bylo takové chování projevem úcty, respektu a vstřícnosti. 18 dotazovaných toto chování vnímalo jako velmi profesionální a pouze 3 respondenti neměly o takové chování stran sestry zájem.

Pro statistické zpracování dat za účelem vyhodnocení jednotlivých hypotéz byl použit Pearsonův Chí-kvadrát test, s hladinou významnosti $\alpha = 0{,}05$, tedy s rizikem chyby zamítnutí nulové hypotézy 5 %. Pro první cíl, zmapování potřeb příbuzných, byly stanoveny tři hypotézy. Druhý cíl nebyl statisticky testován. Pro třetí cíl byla zvolena jedna hypotéza a pro čtvrtý cíl hypotézy dvě.

---

[80] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, s. 133.

V první hypotéze jsme předpokládali, že existuje statisticky významný vztah mezi věkem a potřebou získávání informací v tištěné podobě, zejména pak během doby čekání, např. než sestra zavede příbuzné na návštěvu k nemocnému seniorovi. Jednalo se o informace o diagnóze, se kterou byl senior hospitalizován na KJ, tedy infarkt myokardu. Pro statistické testování byly použity odpovědi z položky č. 1 a 13. Chí-kvadrát testem bylo zjištěno, že ***neexistuje statisticky významný vztah mezi věkem a potřebou informací z informačních letáků a brožur*** o infarktu myokardu. Přesto, nejvíce negativních odpovědí, které znamenaly, že příbuzní nepotřebují informace z letáků a brožur, bylo ve věkové kategorii 18 až 40 let (celkem 10 ze 44 respondentů této věkové kategorie), což lze pravděpodobně přisoudit faktu, že si tito jedinci, v případě potřeby, najdou informace z jiných zdrojů, např. internetu. Naopak všech 8 respondentů starších 71. let uvedlo, že by informace z letáků a brožur měli rádi k dispozici.

Druhá hypotéza mapovala vztah vybraných determinant, věk a vzdálenost místa bydliště od nemocnice, a potřebou saturace základních potřeb, hlavně hydratace, odpočinku a vyprazdňování. Pro testování všech variant byly použity odpovědi z položek č. 1, 5, 10, 11 a 12. Statistickým testem bylo prokázáno, že věk je skutečně určující determinantou pro uspokojení základních potřeb. Zatímco saturace potřeby hydratace byla dominantní ve věkové kategorii 18 až 40 let (37 respondentů ze 43), pro věkovou kategorii 71 a více let byla nejdůležitější saturace potřeby odpočinku a pohodlí (100 % respondentů). Lze tedy konstatovat, že ***existuje statisticky významná závislost mezi věkem a potřebou uspokojení vybraných základních potřeb.*** Determinanta vzdálenosti bydliště od nemocnice se ukázala být nejednoznačná. Zatímco potřeba saturace hydratace nezávisela na vzdálenosti místa bydliště, tedy ***neexistuje statisticky významná závislost mezi potřebou hydratace a vzdáleností místa bydliště, u potřeby odpočinku a vyprazdňování existuje statisticky významná závislost.*** Závěrem by se dalo zhodnotit, že čím je místo bydliště, odkud příbuzní přijíždějí za nemocným seniorem, vzdálenější od nemocnice, tím větší budou požadavky na potřebu odpočinku (aby jim sestra nabídla místo k sezení) a vyprazdňování (aby sestra ukázala, kam si mohou příbuzní dojít na toaletu).

K testování třetí hypotézy jsme použili odpovědi z položek č. 5 a 7. Předpokládali jsme, že čím budou příbuzní nemocného seniora vzdálenější od nemocnice, kde je hospitalizován, tím budou ochotnější vyhovět sdělení bezpečnostního prvku při sdělování telefonických informací. Tento předpoklad se potvrdil částečně. Na základě

statistického testování jsme přijali alternativní hypotézu a lze tudíž konstatovat, že ***existuje statisticky významná závislost mezi vzdáleností místa bydliště příbuzného od nemocnice, kde je hospitalizován nemocný senior, a pozitivním vnímáním hesla a/nebo rodného čísla při telefonickém sdělování informací***. Zároveň je ale potřeba dodat, že zatímco z kategorie respondentů, kteří bydlí do 20 km od nemocnice (celkem 45 respondentů), neodpověděl nikdo negativně (tudíž jim nevadí, že jsou tázáni na rodné číslo při telefonickém sdělování informací). V kategorii respondentů žijících ve vzdálenosti 51 až 100 km od nemocnice odpověděli 4 z celkem 16 respondentů, že jim tento požadavek vadí a obtěžuje je. A dále v kategorii 101 km a více od nemocnice odpověděli 3 (z celkem 15), že jim sdělení rodného čísla vadí. Obecně však lze konstatovat, že příbuzným nevadí bezpečnostní nařízení týkající se telefonického podávání informací.

Druhým cílem práce, který však nebyl statisticky testován, bylo zjistit, co na vzhledu a chování či jednání sestry budou příbuzní hospitalizovaných seniorů vnímat pozitivně a důvěryhodně (položky č. 15, 16, 18). Domnívali jsem se, že na vzhledu bude příbuzným, zvláště pak z kategorie seniorů, nejvíce vadit extravagantní vzhled. Tato úvaha se nám potvrdila také u ostatních věkových kategorií. Stran vzhledu respondentům nejvíce vadila sestra, která je neupravená a špinavá (25,5 % respondentů) a dále sestra, která má příliš extravagantní vzhled, hl. piercing v obličeji, tetování, dredy, výrazné až přehnané líčení a příliš dlouhé a barevné nehty (32,1 % respondentů).

V otázce chování sestry pak jako důvěryhodnou vnímali dotazovaní příbuzní sestru, která je zdvořilá, empatická, umí poradit v péči o nemocného seniora a umí vysvětlit a objasnit informace, které příbuzní dostali od lékařů, ale nebyli pro ně srozumitelné a jasné. Výsledky této hypotézy také korespondují s tvrzením J. Berana, že: „Anticipace psychologických potřeb, mezi něž patří redukce úzkosti, je jedním ze základních profesionálních úkolů zdravotníka. Pozornost je třeba věnovat rozhovorům s příbuznými o jejich pocitech, tzv. emočně saturujícím rozhovorům.“[81] Potřebu komunikace a informací také jako nejčastější potřeby členů rodiny shrnuje I. Plevová, ta říká, že: „Mezi nejčastější potřeby členů rodiny patří dostatek informací, poučení v praktických dovednostech v péči o nemocného a ujištění o tom, že pacient nemá velké obtíže.“[82]

---

[81] Srov. BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*, s. 125.

[82] Srov. PLEVOVÁ, I. *Ošetřovatelství II*, s. 126.

Třetím cílem bylo zjistit, zda příbuzným geriatrických pacientů hospitalizovaných na KJ vyhovují návštěvní hodiny. K tomuto cíli byla stanovena jedna hypotéza, která zahrnovala vztah vybraných determinant (věk a vzdálenost místa bydliště od nemocnice) a schopností (možností) přijít na návštěvu v době určené nemocnicí, tedy mezi 16. a 17. hodinou ve všední den a 14. a 16. hodinou během víkendu. Pro determinantu věku byla po statistickém testování ***přijata alternativní hypotéza, tedy že existuje statisticky významná závislost mezi věkem a schopností přijít na návštěvu v době návštěvních hodin.*** Ve věkové kategorii 18 až 40 let bylo 35 respondentů, z celkových 44, kteří nemohli přijít v době návštěvních hodin (nejčastěji z důvodu pracovních, školních nebo rodinných povinností). Zároveň ale i všech 8 respondentů z věkové kategorie nad 71 let odpovědělo, že na návštěvu v návštěvních hodinách nepřišli, a to hlavně z důvodu špatného spojení MHD. Překvapivý závěr vyšel pro determinantu vzdálenosti místa bydliště, kdy ***nebyla zjištěna statisticky významná závislost mezi vzdáleností místa bydliště a schopností přijít na návštěvu.*** Přesto, že závislost nevyšla statisticky významná, je zajímavý fakt, že ani příbuzní, kteří udávali vzdálenost místa bydliště od nemocnice do 20 km, nebyli schopní dodržet stanovené návštěvní hodiny. Tento závěr si vysvětlujeme tím, že většina respondentů žijících ve vzdálenosti do 20 km byla v produktivním věku, tudíž měla zřejmě pracovní nebo rodinné povinnosti v čase návštěvních hodin.

Posledním, čtvrtým, cílem bylo zjistit, jaké informace očekávají příbuzní nemocných seniorů od sestry. Pro tento cíl byly stanoveny dvě hypotézy. Pátou hypotézou byl předpoklad vztahu mezi vybranými determinantami (pohlaví, vztah a frekvence návštěv mimo nemocnici) a vyžadováním informací týkající se péče o nemocného seniora. Při vytváření páté hypotézy jsme se opírali o tvrzení D. Klevetové, že: „prioritou pro zdravotníky by vždy měla být schopnost zapojit rodinu do péče o seniora a rozhovorem s rodinou dále zjistit motivační postoj k této spolupráci.“[83] Pro determinantu pohlaví jsme měli předpoklad, že se více v péči o nemocného seniora budou angažovat ženy. Tento předpoklad se nám nepotvrdil a ***byla přijata nulová hypotéza, tedy že neexistuje statisticky významná závislost mezi pohlavím a vyžadováním informací, jak pečovat o svého blízkého.*** Výsledky testování determinanty vztahu k nemocnému seniorovi a vyžadováním informací byly překvapivé. Více než manželé a manželky se zajímaly děti, jak pečovat o nemocného seniora (pouze 6 respondentů z celkového počtu 50, z kategorie syn/dcera, nemělo zájem o informace). Tento výsledek lze pravděpodobně

[83] Srov. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, *I. Motivační prvky při práci se seniory*, s. 88.

přičíst faktu, že děti seniorů se zajímají o to, jak se o nemocné rodiče starat a uvědomují si dopad stáří na jejich fyzický a psychický stav. ***Byla přijata alternativní hypotéza, tedy že existuje statisticky významná závislost mezi vyžadováním informací po sestře, jak pečovat o nemocného seniora a vztahem k tomuto seniorovi.*** Determinanta frekvence návštěv mimo nemocnici a požadováním informací o péči nebyla statistickým Chí-kvadrát testem testovatelná. Přesto z výsledků vyplynulo, že čím je frekvence setkávání mimo nemocnici menší, tím větší je požadavek ze strany příbuzných na informace o péči o seniora (u kategorie 1x do měsíce a zřídka chtělo informace 100 % respondentů). Naopak u příbuzných, kteří se s nemocným seniorem vídají denně, nechtělo nebo nepotřebovalo informace týkající se péče 17,8 % respondentů (13 z celkem 73).

Šestá hypotéza předpokládala statistickou závislost mezi věkem příbuzných a požadavkem na sestru, aby jim objasnila informace, které příbuzní dostali od lékaře, ale nerozuměli jim. Pro testování hypotézy jsme využili odpovědi z položek č. 1 a 18. Při vzniku této hypotézy jsme se opírali o tvrzení R. Honzáka, že: „Lékaři všeobecně přiznávají komunikační potíže v určitých specificky náročných situacích a většina pacientů i příbuzných se vyjadřuje o komunikačních dovednostech lékařů spíše nepříznivě.“[84] Vzhledem k častým chybám, které lékaři při komunikaci s příbuznými dělají, jsme tedy očekávali, že všichni respondenti budou chtít informace objasnit a vysvětlit od sestry. Tento předpoklad se nám potvrdil a nejvíce informací požadovali od sestry respondenti z věkové kategorie 18 až 40 let a 71 let a více. Lze to pravděpodobně chápat tak, že mladší generace zná svá práva, chce být dostatečně informována, nebojí se zeptat a vyjasnit si případná nedorozumění. A příbuzní, kteří sami již seniory jsou, velmi často nerozumí lékařskému sdělení, a proto se ptají sestry. Byla ***přijata alternativní hypotéza, tedy, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem a požadavkem na sestru, aby objasnila informace, které příbuzní dostali od lékaře, ale nerozuměli jim.***

[84] HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*, s. 10.

9 Návrhy a doporučení pro praxi

Domníváme se, že přístup k příbuzným hospitalizovaných pacientů, seniorů, je třeba zlepšit a to na zcela bazální úrovni. Je důležité začít si příbuzných více všímat, více je respektovat, projevovat jim úctu a v neposlední řadě je přibrat do týmu, který se bude starat o nemocného seniora.

Co se týká základních potřeb, velká část příbuzných, kteří přijdou na návštěvu za svým blízkým, je má saturované a nebo je dokáže samostatně uspokojit. Zabývat se jimi bychom však měli v případě, kdy příbuzné vyzveme, aby vyčkali, než jim umožníme návštěvu. Tato doba může trvat desítky minut, a proto bychom měli zvážit minimálně potřebu hydratace, pohodlí a vyprazdňování.

Velkým problémem se ukázala potřeba kontaktu s nemocným. Kdybychom trvali na dodržování návštěvních hodin, jen velmi malá část příbuzných by měla možnost přijít na návštěvu do nemocnice a být tak v kontaktu se svým blízkým. Stanovení návštěvních hodin je velmi diskutabilní a je otázkou, jestli časové omezení nezrušit úplně. Z dotazníkového šetření navíc vyplynulo, že příbuzní, kteří přišli na návštěvu do nemocnice, rádi a ochotně počkají než jim návštěvu umožníme, pokud je o to požádáme a situaci jim vysvětlíme.

Velmi spornou se rovněž ukázala saturace potřeby komunikace a získávání informací. Výsledky lze shrnout tak, že příbuzní jsou ochotni ledacos udělat a překonat, pokud s nimi budeme dostatečně empaticky komunikovat a informace jim budeme sdělovat přijatelnou a hlavně pro ně srozumitelnou formou.

Dotazníkové šetření dále ukázalo zajímavé výsledky týkající se důvěryhodnosti sester. Ty by se daly shrnout tak, že důvěryhodná je sestra, která je čistá, upravená, bez tetování a piercingu v obličeji a není přehnaně nalíčená. Je tedy důležité usměrnit sestry, zvláště pak čerstvé absolventky, aby se těmto módním výstřelkům vyhnuly nebo je odstranily. Důvěryhodná je dále sestra, která je svým chováním zdvořilá, empatická, umí poradit příbuzným a aktivně je zapojuje do péče o nemocného seniora.

Shrnutí:

- Zvážit omezení návštěvních hodin.
- Do místnosti pro návštěvy umístit zdroj pitné vody s jednorázovými kelímky a dále dostatečné množství židlí, aby se mohl každý čekající posadit. Je vhodné mít v této místnosti informační materiály týkající se onemocnění (nejčastější diagnózy) a základní péče o tyto nemocné.
- Na viditelném místě, v místnosti pro čekající, pověsit např. nástěnku se základními informacemi o režimu daného oddělení a informaci o umístění toalet.
- Nechat v místnosti pro návštěvy vizitky s kontaktem na oddělení a informací o pravidlech sdělování telefonických informací.
- Sestra, která se o konkrétního pacienta stará, by se měla návštěvě (příbuzným) představit a osobně ji dovést až k lůžku pacienta.
- Sestra by měla být čistá, upravená, bez výrazného líčení a extravagantního vzhledu.
- Chování sestry by mělo být jak k pacientovi tak k jeho příbuzným vstřícné a empatické.
- Sestra by měla sama nabídnout možnost podání informací lékařem.
- Pokud při příchodu příbuzných víme, že je budeme muset nechat čekat delší dobu z důvodu neočekávané situace na oddělení, rámcově jim objasnit důvod (jako prevenci nedorozumění a strachu příbuzných).

10 Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zabývala problematikou potřeb příbuzných geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce KNL, a.s.

V teoretické části práce jsou uvedeny potřeby, hlavně jejich definice a rozdělení. Je zde analyzováno, co se na saturaci potřeb podílí, co plyne z krátkodobého či dlouhodobého nenaplnění potřeb starých lidí, pacientů v nemocnici, ale i jejich příbuzných.

Empirickou část tvořil výzkum, který proběhl formou dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdávány příbuzným pacientů hospitalizovaných s diagnózou infarkt myokardu.

Práce sledovala čtyři cíle. Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapování potřeb příbuzných geriatrických pacientů. Druhým cílem bylo zjistit, co na vzhledu a chování sestry bude příbuzným hospitalizovaných seniorů vadit natolik, že v tuto sestru nebudou mít důvěru. Třetím cílem bylo zjistit, jak příbuzným vyhovují návštěvní hodiny. Posledním, čtvrtým, cílem byla identifikace informací, které vyžadují příbuzní od sestry.

Cíl číslo 1 byl splněn. Byly zmapovány potřeby příbuzných hospitalizovaných seniorů a na základě těchto potřeb byla vytvořena doporučení pro jejich lepší saturaci ze strany zdravotníků. Cíl číslo 2 byl splněn. Bylo zjištěno, že na vzhledu sestry příbuzným nejvíce vadí neupravenost a extravagantní vzhled. Jako důvěryhodnou naopak vnímají příbuzní sestru, která je vstřícná, empatická, komunikuje s nimi a umí jim objasnit informace podané lékařem. Cíl číslo 3 byl splněn. Lze konstatovat, že příbuzným geriatrických pacientů nevyhovují návštěvní hodiny. Cíl číslo 4 byl splněn. Příbuzní vyžadují po sestře informace, jak pečovat o svého nemocného seniora. Také jsou rádi, když jim sestra umí objasnit informace od lékaře, kterým příbuzní často nerozumí.

Závěrem lze konstatovat, že v přístupu a při jednání s příbuznými máme jako zdravotníci velké rezervy a je potřeba naše chování zlepšit. Dále je zapotřebí příbuzné více chápat jako partnery v péči o nemocného a především výrazně zlepšit komunikaci s nimi.

Anotace

Příjmení a jméno autora: Bc. Kateřina Krejbichová, DiS.

Instituce: Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta
Katedra ošetřovatelství

Název diplomové práce: Potřeby příbuzných geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce

Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

Počet stran: 121

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2013

Klíčová slova: potřeba, příbuzný, senior, pacient, návštěvní hodiny, komunikace

Souhrn:

Diplomová práce je zaměřena na problematiku potřeb příbuzných seniorů hospitalizovaných s diagnózou infarkt myokardu na Koronární jednotce KNL, a. s. Základním tématem a cílem práce je zmapování potřeb příbuzných hospitalizovaných seniorů. Výzkumná část práce byla realizována pomocí dotazníkového šetření. Výstupem práce je doporučení pro zdravotníky, jak zlepšit své chování a jednání s příbuznými a jak lépe saturovat potřeby příbuzných.

Annotation

Name of the author: Bc. Kateřina Krejbichová, Dis.

Institution: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta
Katedra ošetřovatelsví

Name of the thesis: The needs of relatives of geriatric patients who are hospitalized in the coronary care unit.

Supervisor: doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

Number of pages: 121

Number of attachments: 7

Year of publishing: 2013

Key words: needs, the Relatives, the Senior, the Patient, visiting hours, communication

The diploma thesis is focuses on issues related to the needs of Relatives of the Seniors who are hospitalized with the Myocardial infarction at a Coronary care unit.

The main theme and aim of this thesis is to find out needs of the Relatives of hospitalized Seniors.

The empirical part was realized by questionnaire survey.

The conclusion of this thesis is recommendation for medics how to improve their behavior and dealing with Senior Relatives. The other conclusion is recommendation how better sature the needs of the Senior Relatives.

.

Seznam použité literatury

1. ANDRYSEK, O. aj. *Mluv se mnou*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7345-257.

2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví.* 6. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

3. BÁRTLOVÁ, S. - SADÍLEK, P. - TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 57-853-05

4. BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

5. ČEVELA, R. - KALVACH, Z. - ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

6. DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*. 4. vydání. Praha: Portál, 2004. 175s. ISBN 80-7178-766-3.

7. GERYLOVOVÁ, A. - HOLČÍK, J. *Úvod do základů statistiky.* 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 50 s. ISBN 978-80-210-5661-9

8. HALUZÍKOVÁ, J. Komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a nemocným. *Dimenze moderního zdravotnictví*, 2007, roč. 1, č. 1, s. 3 -4.

9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén, 2002. 203 s. ISBN 80-7262-132-7.

11. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vydání. Praha: Galén, 1999. 158 s. ISBN 80-7262-032-0.

12. IVANOVÁ, K. - JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2

13. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 107. ISBN 80-7368-110-2.

14. KALVACH, Z. - ONDERKOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Galén,. 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

15. KLEVETOVÁ, D. - DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

16. KONEČNÁ, H. - SLOUKOVÁ, D. - MARDEŠIČ, T. *Medicína založená na důvěře*. 1. vydání. Praha: Galén, 2012. 155 s. ISBN 978-80-7262-878-0.

17. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011. 152 s. ISBN 978-80-7367-922-4.

18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 200 s. ISBN 80- 247-0197-0.

19. KUTNOHORSKÁ, J. - CICHÁ, M. - GOLGMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

20. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

21. ONDRIOVÁ, I. - SINAIOVÁ, A. Uplatňování holismu u kriticky nemocných. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 9, s. 54 - 56.

22. ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978 – 80- 246-1997-2.

23. PLACHETA, Z. aj. *Pokyny pro vypracování magisterské diplomové práce*. 2. vydání. Brno: Lékařská fakulta MU, 2010. 40 s. ISBN 978-80-210-5172-0.

24. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetřovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

25. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

26. PTÁČEK,R. - BARTUNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

27. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

28. SCHULER, M. - OSTER, P. Geriatrie od A do Z pro sestry. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

29. SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti*. 3. vydání. Brno: Barrister Principal, 2004. 524 s. ISBN 978-80-87029-62-6.

30. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. L*idské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

31. TOPINKOVÁ, E. *Geriatrie pro prax*i. 1. vydání. Praha: Galén, 2010. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.

32. TRACHTOVÁ, E. A kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 57-851-02.

33. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 320s. ISBN 80-7178-998-4.

34. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

35. ZACHAROVÁ, E. - HERMANOVÁ, M. - ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie.* 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam zkratek

a.s.	akciová společnost
aj.	a jiné
angl.	anglicky
apod.	a podobně
hl.	hlavně
KNL	Krajská nemocnice Liberec
kol.	Kolektiv
KJ	Koronární jednotka
MHD	městská hromadná doprava
mj.	mimojiné
např.	na příklad
r.č.	rodné číslo
RLP	rychlá lékařská pomoc
RZP	rychlá záchranná pomoc
str.	strana
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně
VŠ	vysoká škola

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věk respondentů ..... str. 45
Tabulka 2: Pohlaví respondentů ..... str. 46
Tabulka 3: Vztah k pacientovi ..... str. 47
Tabulka 4: Frekvence návštěv mimo nemocnici ..... str. 48
Tabulka 5: Vzdálenost místa bydliště ..... str. 49
Tabulka 6: Informace po telefonu .....str. 50
Tabulka 7: Bezpečnost sdělování telefonických informací ..... str. 51
Tabulka 8: Reakce na sdělení povinného údaje .....str. 52
Tabulka 9: Dodržování času návštěvních hodin .....str. 54
Tabulka 10: Možnost přijít na návštěvu v době návštěvních hodin ..... str. 55
Tabulka 11: Příčiny nemožnosti dodržovat návštěvní hodiny .....str. 56
Tabulka 12: Možnost posazení ..... str. 57
Tabulka 13: Možnost napití ..... str. 58
Tabulka 14: informace o umístění toalet ..... str. 59
Tabulka 15: Informace o infarktu myokardu .....str. 60
Tabulka 16: Dotaz sestry týkající se informace zavolat lékaře ..... str. 61
Tabulka 17: Chování sestry v úvodu návštěvy ..... str. 61
Tabulka 18: Vzhled sestry ..... str. 63
Tabulka 19: Způsob sdělování informací o zdravotním stavu seniora ..... str. 65
Tabulka 20: Chování sestry v úvodu návštěvy, které vzbuzuje důvěru ..... str. 66
Tabulka 21: Věk x potřeba informací z brožur a informačních letáků ..... str. 69
Tabulka 22: Statistické testování - věk x potřeba informací z brožur a informačních letáků ..... str. 69
Tabulka 23: Věk x potřeba hydratace ..... str. 70
Tabulka 24: Statistické testování - Věk x potřeba hydratace ..... str. 71
Tabulka 25: Věk x potřeba odpočinku .....str. 71
Tabulka 26: Statistické testování - věk x potřeba odpočinku..... str. 72
Tabulka 27: Věk x potřeba vyprazdňování .....str. 72
Tabulka 28: Statistické testování - Věk x potřeba vyprazdňování ..... str. 73
Tabulka 29: Vzdálenost místa bydliště x potřeba hydratace..... str. 74
Tabulka 30: Statistické testování - vzdálenost místa bydliště x potřeba hydratace ..... str. 74

Tabulka 31: Vzdálenost místa bydliště x potřeba odpočinku…… str. 75
Tabulka 32: Statistické testování - Vzdálenost místa bydliště x potřeba odpočinku …… str. 75
Tabulka 33: Vzdálenost místa bydliště x potřeba vyprazdňování …… str. 76
Tabulka 34: Statistické testování - vzdálenost místa bydliště x potřeba vyprazdňování …….... str. 76
Tabulka 35: Vzdálenost místa bydliště x pozitivní vnímání hesla/r.č. …….. str. 77
Tabulka 36: Statistické testování - vzdálenost místa bydliště x pozitivní vnímání hesla/r.č. ……..…..str. 78
Tabulka 37: Věk x návštěva v době návštěvních hodin …… str. 81
Tabulka 38: Statistické testování - věk x návštěva v době návštěvních hodin …. str. 82
Tabulka 39: Vzdálenost místa bydliště x návštěva v době návštěvních hodin……str. 82
Tabulka 40: Statistické testování - vzdálenost místa bydliště x návštěva v době návštěvních hodin ……... str. 83
Tabulka 41: Pohlaví x informace týkající se péče ……..… str. 84
Tabulka 42: Statistické testování - pohlaví x informace týkající se péče …….. str. 85
Tabulka 43: Vztah x informace týkající se péče ……..... str. 85
Tabulka 44: Statistické testování - vztah x informace týkající se péče …….. str. 86
Tabulka 45: Věk x informace od lékaře ……..……..… str. 87
Tabulka 46: Statistické testování - věk x informace od lékaře ……...str. 88

Seznam grafů

Graf 1: Věk respondentů ..... str. 45
Graf 2: Pohlaví respondentů ..... str. 46
Graf 3: Vztah k pacientovi ..... str. 47
Graf 4: Frekvence návštěv mimo nemocnici ..... str. 48
Graf 5: Vzdálenost místa bydliště ..... str. 49
Graf 6: Informace po telefonu ..... str. 50
Graf 7: Bezpečnost sdělování telefonických informací ..... str. 51
Graf 8: Reakce na sdělení povinného údaje ..... str. 53
Graf 9: Dodržování času návštěvních hodin ..... str. 54
Graf 10: Možnost přijít na návštěvu v době návštěvních hodin ..... str. 55
Graf 11: Příčiny nemožnosti dodržovat návštěvní hodiny ..... str. 56
Graf 12: Možnost posazení ..... str. 57
Graf 13: Možnost napití ..... str. 58
Graf 14: Informace o umístění toalet ..... str. 59
Graf 15: Dotaz sestry týkající se informace zavolat lékaře ..... str. 60
Graf 16: Chování sestry v úvodu návštěvy ..... str. 62
Graf 17: Vzhled sestry ..... str. 63
Graf 18: Způsob sdělování informací o zdravotním stavu seniora ..... str. 65
Graf 19: Věk x potřeba informací z brožur a informačních letáků ..... str. 69
Graf 20: Věk x potřeba hydratace ..... str. 71
Graf 21: Věk x potřeba odpočinku ..... str. 72
Graf 22: Věk x potřeba vyprazdňování ..... str. 73
Graf 23: Vzdálenost místa bydliště x potřeba hydratace ..... str. 74
Graf 24: Vzdálenost místa bydliště x potřeba odpočinku ..... str. 75
Graf 25: Vzdálenost místa bydliště x potřeba vyprazdňování ..... str. 76
Graf 26: Vzdálenost místa bydliště x pozitivní vnímání hesla/r.č. ..... str. 78
Graf 27: Chování sestry x důvěra v tuto sestru ..... str. 79
Graf 28: Vzhled sestry x důvěra v tuto sestru ..... str. 80
Graf 29: Věk x návštěva v době návštěvních hodin ..... str. 82
Graf 30: Vzdálenost místa bydliště x návštěva v době návštěvních hodin ..... str. 83
Graf 31: Pohlaví x informace týkající se péče ..... str. 84

Graf 32: Vztah x informace týkající se péče ..... str. 85
Graf 33: Frekvence setkání x informace týkající se péče .....str. 86
Graf 34:Věk x informace od lékaře ..... str. 88

Seznam příloh

Příloha č. 1: Maslowova pyramida potřeb

Příloha č. 2: Etický kodex práv pacientů

Příloha č. 3: Etický kodex práv pacientů v souvislosti s potřebami

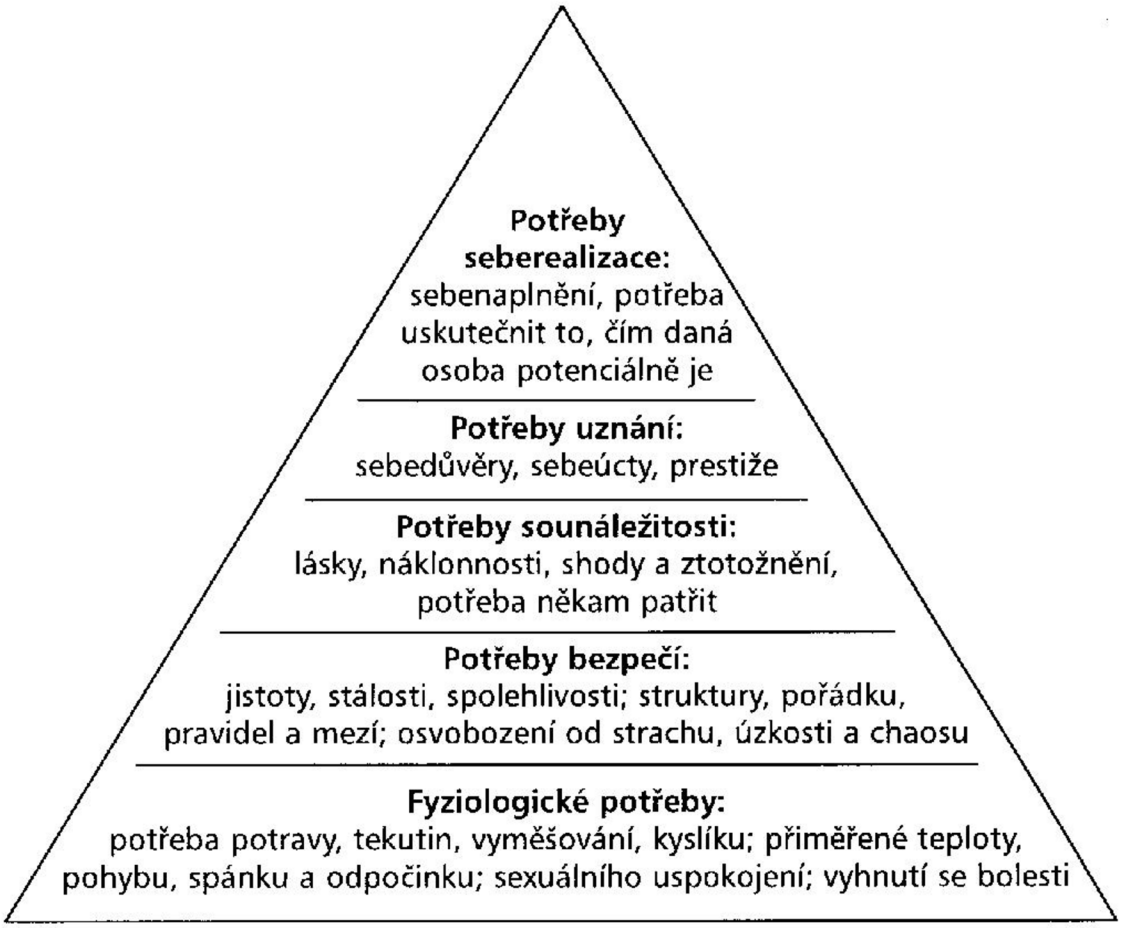
Příloha č. 4: Zásady komunikace se seniory

Příloha č. 5: Zásady komunikace se seniory se zrakovým a sluchovým postižením

Příloha č. 7: Dotazník – finální verze

Příloha č. 8: Dům životních potřeb

Příloha č. 1: Maslowova pyramida potřeb



Příloha č. 2: Etický kodex práv pacientů

Etický kodex "Práva pacientů" schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou platná od 25. února 1992.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takovéhoto způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo

poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha č. 3: Etický kodex práv pacientů v souvislosti s potřebami

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky – toto právo pacientů nám zdravotníkům klade za povinnost mimo jiné saturovat pacientovu potřebu bezpečí a jistoty, důstojnosti a respektu.

2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat s členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů – tímto právem jsme jako zdravotníci povinni naplňovat potřebu informací, důvěry, sounáležitosti, důstojnosti, soukromí, kontaktu s blízkými, potřebu lásky a to jak u pacienta samotného, tak u jeho nejbližších.

4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí – tím, že pacientovi poskytneme dostatek informací, saturujeme jeho potřebu informovanosti, ale zároveň, tím, že má na výběr, zda-li se chce léčit či nikoli, saturujeme jeho potřebu autonomie, respektu a pochopení.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony – tímto právem saturujeme duchovní potřeby a potřebu autonomie pacienta i jeho blízkých.

Příloha č. 4: Zásady komunikace se seniory

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci starého člověka.
3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost.
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace několikrát zopakujeme a raději ještě napíšeme na list papíru.
6. Aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme, ale nevnucujeme.
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení soběstačnosti křehkého starého člověka.

Příloha č. 5: Zásady komunikace se seniory se zrakovým a sluchovým postižením

Komunikace se seniorem s poruchou zraku:

1. Představte se jménem a svou funkcí.
2. Důraz klaďte na oslovení spolu s pevným dotykem na loket nebo rameno.
3. Používejte přesné výrazy, ne slovní vatu typu „tamto, toto, tohle.“
4. Poskytujte vždy přesné informace o prováděném výkonu.
5. Dávejte možnosti využít hmatových schopností.
6. jednejte vždy přímo s osobou s poruchou zraku, nikoliv s jeho průvodcem.
7. Nepřehánějte to se soucitem.
8. Udržujte stabilní prostředí pro orientaci v místnosti.
9. Upozorněte, že odcházíte.

Komunikace se seniorem s poruchou sluchu:

1. Vyslovujte zřetelně a mluvte pomalu.
2. Zeptejte se, ze které strany lépe slyší a z té přistupujte.
3. Používejte krátké jednoduché věty.
4. Využívejte předměty k ukázání, opakujte sdělení.
5. Mluvte vždy o jedné věci a na jedno téma.
6. Opakovaně se dotazujte, zda druhý sdělení rozuměl.
7. Zajistěte dostatek světla, aby vám postižený viděl na ústa.
8. Dbejte na shodu verbální a neverbální komunikace.
9. Dávejte dostatečný čas k pochopení sdělení.
10. Přesvědčujte postiženého, aby používal kompenzační pomůcky.
11. Rozhovor veďte vsedě, nechoďte po místnosti.
12. Mějte trpělivost a projevujte takt, vlídnost a zájem. Používejte pochvalu.

Příloha č. 6: Dotazník – finální verze

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Kateřina Krejbichová a jsem studentkou dálkového studijního programu Specializace ve zdravotnictví, oboru Ošetřovatelská péče v gerontologii na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma „Potřeby příbuzných geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce“. Touto cestou si Vás dovoluji požádat o pomoc při vyplňování dotazníku. Jeho vyplnění je zcela anonymní a dobrovolné. Výsledky tohoto dotazníkového šetření mi poslouží k celkovému přehledu a zmapování potřeb, které jako příbuzní našich pacientů máte.

Za Vaši ochotu a čas při vyplňování dotazníku předem moc děkuji,

Bc. Kateřina Krejbichová, DiS.

1) Kolik je Vám let?

- ☐ 18-40
- ☐ 41-50
- ☐ 51-60
- ☐ 61-70
- ☐ 71 a více

2) Jaké je Vaše pohlaví?

- ☐ Mužské
- ☐ Ženské

3) Člověk, za kterým jste přišel/a na návštěvu je Váš…

- ☐ Otec/matka
- ☐ Manžel/manželka
- ☐ Partner/partnerka
- ☐ Syn/dcera
- ☐ Jiný vztah, jaký ……

4) Jak často se vídáte se svým příbuzným, za kterým jste přišel/a na návštěvu?

- ☐ Denně
- ☐ Několikrát v týdnu
- ☐ Asi 1x za týden
- ☐ Asi 1x do měsíce
- ☐ Pouze si telefonujeme, navštěvujeme se zřídkakdy

5) Jak daleko od místa Vašeho bydliště se nachází nemocnice, kde je nyní Váš příbuzný hospitalizován?

- 0-20 km
- 21-50 km
- 51-100 km
- 101 km a více

6) Telefonovali jste již na koronární jednotku, abyste o svém–příbuzném dostali informace?

- Ne
- Ano

7) Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, tzn. pokud jste již telefonovali ohledně informací – chtěla po Vás setra, která s Vámi hovořila, nějaké údaje o Vašem příbuzném?

- Nechtěla, předala mi k telefonu lékaře nebo mi sama sdělila informace, které jsem potřeboval/a
- Chtěla znát rodné číslo nebo jeho část, např. číslo za lomítkem
- Chtěla znát heslo, na které jsem se s příbuzným dohodl/a
- Jiné (prosím, uveďte jaké)……
  ……

Pokud po Vás chtěla sestra některý z výše uvedených údajů, jak jste to vnímal/a?

- Pozitivně – jde o zachování bezpečí při podávání informací o mém příbuzném
- Pozitivně – má takové nařízení, musí jej plnit
- Negativně – nelíbí se mi to, údaje neznám a nemám je kde sehnat
- Negativně – zdržuje mě to a připadá mi to zbytečné
- Jinak (prosím, uveďte,jak)
  ……
  ……

8) Přišel/a jste na první návštěvu na oddělení v návštěvní hodiny? (tzn. mezi 16. - 17. hodinou ve všední den)

- Ano
- Ne

9) Jak reálné by pro Vás bylo přijít na návštěvu, kdybyste musel/a dodržet návštěvní hodiny (ve všední den od 16.00 do 17:00 a o víkendu od 14:00 do 16:00)?

- ☐ Nereálné (prosím, uveďte důvod) …….
- ☐ Reálné, nebyl by to pro mě problém

10) Pokud byste musel/a čekat, než Vás sestra pustí na návštěvu, uvítal/a byste možnost posadit se?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

11) Pokud byste musel/a čekat, než Vás sestra pustí na návštěvu, uvítal/a byste možnost něčeho se napít?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

12) Uvítali byste informaci, kam si můžete během čekání , než Vás sestra pustí na návštěvu, dojít na toaletu?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

13) Uvítali byste možnost během čekání si přečíst nějaké informace týkající se např. právě infarktu myokardu, např. v podobě různých informačních brožur a letáků?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

14) Zeptala se Vás setra, jestli budete chtít zavolat lékaře a podat informace o zdravotním stavu svého nemocného příbuzného?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

15) Přišel /a jste na návštěvu za svým příbuzným. Sestra, která se o něj v ten den stará se Vám představí a osobně Vás zavede k lůžku nemocného. Líbil by se Vám takový přístup ze strany sestry?

- ☐ Ano, líbil, uvítal/a bych to, takové chování vzbuzuje důvěru
- ☐ Ano, líbil, považoval/a bych to za projev úcty a vstřícnosti ke mně
- ☐ Ano, líbil, je to profesionální
- ☐ Není to špatný nápad, ale já osobně nepotřebuji znát jméno sestry
- ☐ Jiné (prosím, uveďte)……
  ……

16) Prosím, uveďte, co Vám na vzhledu sestry bude vadit do té míry, že v ni a v její schopnosti nebudete mít důvěru.

……
……

17) Myslíte si, že je pro Vás a pro zachování důstojnosti Vašeho příbuzného důležité, na jakém místě dostáváte informace o jeho zdravotním stavu a průběhu hospitalizace?

- ☐ Ano, byl/a bych rád/a, kdyby byly tyto informace sdělovány soukromě, nikoli na pokoji před ostatními pacienty nebo někde na chodbě apod.
- ☐ Ne, nevadí mi, kde a před kým mi jsou sdělovány informace
- ☐ Spíše než kde a před kým mi vadí způsob, jak jsou sdělovány (příliš mnoho odborných výrazů…)

18) Již jste se dostal/a na návštěvu k lůžku na pokoj Vašeho příbuzného. Co ve Vás vyvolá pocit důvěry v ošetřující sestru? (**můžete zaškrtnout libovolný počet odpovědí**)

- ☐ Osobně mě dovede až na pokoj a oznámí mému příbuznému, že mu vede návštěvu
- ☐ Můj příbuzný zná jméno této sestry
- ☐ Můj příbuzný je celkově spokojený s péčí a na nic si nestěžuje
- ☐ Můj příbuzný nemá hlad ani žízeň
- ☐ Setra se bude k mému příbuznému chovat zdvořile, vstřícně a empaticky a nebude ho považovat za podřízeného jedince, který ji musí poslouchat
- ☐ Sestra se aktivně zajímá o bolest a další negativní pocity mého příbuzného
- ☐ Lůžko, ve kterém můj příbuzný leží, bude čisté a upravené, stejně tak i pokoj
- ☐ Můj příbuzný bude umytý, v čistém pyžamu nebo košili

- ☐ Informace, které o svém zdravotním stavu ví můj nemocný příbuzný, se shodují s informacemi, které jsem já dostal/a také

- ☐ Sestra i během mé návštěvy přijde za mým příbuzným a zeptá se ho, zda-li je všechno v pořádku a jestli něco nepotřebuje
- ☐ Setra mě během návštěvy neignoruje a komunikuje také se mnou, ale zbytečně nás neruší
- ☐ Nechci být během návštěvy rušen/a, a tak uvítám, že nás nechá o samotě

- ☐ Sestra mi bude schopná říci, co mohu pro svého nemocného příbuzného udělat, co mu mohu donést a čím mu mohu být nápomocen
- ☐ Sestra se bude ke mně chovat zdvořile, vstřícně a empaticky a budu mít pocit, že mě považuje za partnera v péči o mého příbuzného
- ☐ Sestra mi bude schopná objasnit informace, které jsem dostal/a od lékaře a nerozumím jim
- ☐ Sestra mi umožní kontakt s mým příbuzným po dobu, kterou budeme oba potřebovat
- ☐ Sestra má připevněnou a dobře čitelnou jmenovku
- ☐ Sestra je pracovně a úhledně oblečena
- ☐ Sestra mne upozornila na domácí řád, který je na oddělení – koronární jednotce vyvěšen a platný

- ☐ Jiné (prosím, uveďte jaké……
……..

Prosím, pokud máte nějaké jiné postřehy, které bych měla vědět, budu velmi ráda, pokud mi je zde sdělíte:

Děkuji za vyplnění dotazníku

Příloha č. 7: Dům životních potřeb

„Dům životních potřeb“ (Chloubová, 1992)