

Geriatrický pacient a jeho práva

Iva Němcová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Iva NĚMCOVÁ**

Osobní číslo: **H080286**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Geriatrický pacient a jeho práva**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části popsat pojmy geriatrický pacient, stáří, zmapovat specifika ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta a potřeby pacientů, vymezit etické principy.

V praktické části pomocí strukturovaného rozhovoru zjistit informovanost geriatrických pacientů o jejich právech a dodržování těchto práv. Metodou pozorování ověřit dodržování práv geriatrických pacientů všeobecnými sestrami, analyzovat data výzkumného šetření, navrhnout praxeologická opatření pro dané zařízení.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Matthias Schuler, Peter Oster, Geriatrie od A do Z pro sestry, Praha: 2010, Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3013-4

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. Práva pacientů, Havířov: 1996, Nakladatelství Aleny Krtilové, ISBN 80-902163-0-7

Harmanová, M., Prokop, J., Ondráčková, K. Vybrané kapitoly z péče o seniory, Brno: 2008, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 978-80-7013-478-8

Minibergerová, L., Jiří Dušek, J. Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory, Brno: 2006, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 80-7013-436-4

Kutnohorská, J. Etika v Ošetřovatelství, Praha: 2007, Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2069-2

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Treterová**
Ústav ošetřovatelství

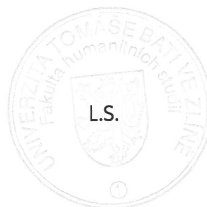
Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracovala samostatně a použitou literaturu jsem citovala. V případě publikace výsledků budu uvedena jako spoluautorka.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších

právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci se věnuji geriatrickým pacientům a jejich právům při hospitalizaci v nemocnici. Teoretická část bakalářské práce vymezuje pojmy geriatry a gerontologie, definuje geriatrického pacienta, charakterizuje jeho potřeby a specifika ošetrovatelské péče, popisuje změny, ke kterým dochází ve stáří. Závěr teoretické části tvoří kapitola o právech pacientů. V praktické části byla pomocí rozhovorů a pozorování zjišťována informovanost geriatrických pacientů o jejich právech. Šetření vedlo ke zjištění stavu respektování práv pacientů všeobecnými sestrami a hodnotilo, která práva jsou u této skupiny pacientů nejčastěji porušována. Byla navržena praxeologická opatření.

Klíčová slova: gerontologie, geriatry, geriatrický pacient, stáří, právo, potřeba, etika

ABSTRACT

In my bachelor thesis I pay attention to the geriatric patients and their rights during hospitalization. The theoretical part of the bachelor thesis defines the terms of geriatrics and gerontology, defines the geriatric patient, his needs and specifics of nursing care, and describes the changes that come with old age. Conclusion of theoretical part is formed by chapter about the rights of patients.

Based on interviews and observations in the practical part awareness of geriatric patients about their rights was collected. The investigation led to the conclusion about current status of respect to the rights of geriatric patients by nurses and rate which rights are most often violated in this group. Remedies in the practice have been proposed.

Keywords: gerontology, geriatrics, geriatric patient, old age, right, needs, ethic

Motto:

Stáří není ničím jiným než navázáním na předchozí život: „Stárneme stejným způsobem, jakým žijeme.“ Což znamená, pokud je člověk vždycky optimistický a energický, zůstane mu tento postoj i do stáří.

(Ajuriaguerra)

Poděkování:

Děkuji Mgr. Silvii Treterové za vedení mé bakalářské práce. Děkuji také mému nadřízenému panu staničnímu Silvestru Hochelovi, Dis. za ohleduplnost při rozpisu mých služeb po celou dobu mého studia. A v neposlední řadě vyjadřuji vděčnost své rodině za velkou podporu a toleranci.

OBSAH

Úvod.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Geriatrie a gerontologie	13
1.1 Z historie péče o staré lidi v Čechách	13
1.2 Z historie geriatrie	13
1.3 Geriatrie	14
1.4 Gerontologie	14
2 Geriatrický pacient.....	15
2.1 Geriatrický pacient a jeho potřeby	16
2.1.1 Priorita potřeb v nemoci	16
2.1.2 Důstojnost geriatrického pacienta.....	17
2.2 Specifika péče o geriatrického pacienta.....	17
2.2.1 Geriatrický pacient s duševní chorobou.....	18
2.2.2 Rizikové oblasti péče u geriatrického pacienta.....	19
3 Stáří.....	21
3.1 Změny ve stáří.....	21
3.1.1 Tělesné změny	21
3.1.2 Psychické změny	22
3.1.3 Sociální změny.....	23
3.2 Model adaptace na stáří	24
3.3 Ageismus	25
4 Komunikace se seniory	27
4.1 Definice komunikace	27
4.2 Zásady komunikace se seniory.....	27
5 Etika.....	29
5.1 Etika ošetrovatelství.....	29
5.2 Etický kodex sester	30
6 Práva pacientů.....	32
6.1 První kodex týkající se práv pacientů	32

6.2	Z historie práv pacientů	32
6.3	Práva pacientů v nemocnici	33
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	35
7	Metodika práce.....	36
7.1	Cíle průzkumu.....	36
7.2	Charakteristika zkoumaného vzorku	36
7.3	Metody práce.....	37
7.3.1	Formy položek rozhovoru.....	37
7.3.2	Charakteristika položek rozhovoru	38
7.4	Zpracování získaných dat.....	38
8	Hodnocení výsledků strukturovaného rozhovoru	39
8.1	Vyhodnocení demografických otázek.....	69
9	Hodnocení pozorování	71
10	Diskuse.....	84
	Závěr	90
	Seznam použité literatury	93
	Seznam použitých symbolů a zkratk	96
	Seznam grafů	97
	Seznam tabulek	99
	Seznam příloh	101
	PŘÍLOHA P I: Modlitba ve stáří (Dienstbier, 2009)	102
	PŘÍLOHA P II: Etický kodex práva pacientů	103
	PŘÍLOHA P III: Evropská charta práv seniorů.....	105
	PŘÍLOHA P IV: Souhlas s hospitalizací	111
	PŘÍLOHA P V: Souhlas s dotazníkovým šetřením	113
	PŘÍLOHA P VI: Umožnění přístupu k informacím	114
	PŘÍLOHA P VII: Strukturovaný rozhovor	115
	PŘÍLOHA P VIII: Pozorování pacientky A.....	118
	PŘÍLOHA P IX: Pozorování pacientky B.....	121
	PŘÍLOHA P X: Pozorování pacientky C.....	124
	PŘÍLOHA P XI: Pozorování pacientky D	127

PŘÍLOHA P XII: Pozorování pacientky E	129
PŘÍLOHA P XIII: Pozorování pacientky F	131

ÚVOD

Stáří je nevyhnutelná skutečnost, je to jedna z etap života člověka, jedna ze spravedlností přírodních zákonů. Mnozí z nás se stáří obávají, mají strach z nemohoucnosti, ze smrti. Každý z nás by měl zpomalit své životní tempo a pokusit se život prožít co nejlépe. Je tolik pěkných věcí kolem nás k povšimnutí, které pro věčný spěch nevidíme, jsou lidé, s nimiž se cítíme dobře, a stojí za to trávit s nimi čas. Tyto okamžiky si uchováme hluboko v paměti, možná to budou ony, které nám ve stáří vyvolají úsměv na rtech. Myslím si, že je-li člověk celý život sobec a neohlíží se na druhé, setká se ve stáří s podobným jednáním, když ale člověk miluje a je milován, pomáhá mu to zvládat nelehké životní situace.

V současné době se hovoří o stárnutí populace. Vývoj medicíny jde rychle kupředu, jejím vlivem dochází k prodlužování lidského života. Problematickými se jeví otázky péče o seniory, kteří se stávají kvůli změnám zdravotního stavu závislími na jiných lidech.

Pracuji 5 let s geriatrickými pacienty a mohu konstatovat, že k nim mám kladný vztah. Ve své práci jsem se rozhodla zabývat právy geriatrických pacientů. Myslím si, že jsem měla možnost během svého působení na geriatrickém oddělení do dané problematiky proniknout hlouběji. Zajímalo mě, jaké povědomí geriatrickí pacienti o svých právech mají, zda svá práva znají a jestli se během svého pobytu v nemocnici setkali s porušováním práv ze strany všeobecných sester. V souvislosti s přístupem sestry k této skupině nemocných je důležité zamyslet se i nad základními principy etiky ošetrovatelské péče. Její podstatou má být upřímný a hluboký zájem o tyto pacienty, protože se často nacházejí ve složité životní situaci. Hovoří se o tom, že práva pacientů nejsou dodržována. Jejich porušování ze strany zdravotnických pracovníků je zajisté velkým problémem našeho zdravotnictví, mou snahou je upozornit prostřednictvím této práce na nedostatky ve vztahu zdravotník – geriatrický pacient a pokusit se najít možná řešení, jak zamezit, aby k porušování práv u těchto pacientů nedocházelo.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 GERIATRIE A GERONTOLOGIE

1.1 Z historie péče o staré lidi v Čechách

Stejně jako v ostatních zemích i u nás byla ve starověku pomoc lidem v nouzi poskytována prostřednictvím charitativní péče. V 15. a 16. století se v Čechách zakládaly obecní ústavy pro zchudlé a staré občany. Můžeme uvést například malostranský špitál na pražském Újezdě, který nechal vybudovat roku 1485 Vladislav II., v roce 1502 následovalo otevření novoměstského špitálu. Kapacita těchto zařízení byla omezena, mnoho starých lidí bylo odkázáno na almužny a žebrotu. Změnou, která částečně přispěla ke zlepšení situace, bylo prosazení nařízení, za vlády Ferdinanda I. (1526 – 1564), kdy se obce musely postarat se o své staré a zchudlé občany. V 80. letech 18. století vytvořil hrabě Buquoy farní chudinské instituty a tato péče se na území Čech velmi rozšířila, celkem vzniklo 296 takovýchto farností (Haškovcová, 2002). Dalším osvíceným panovníkem, který se staral o řešení této problematiky, byl Josef II. Ten vydal roku 1868 zákon o chudinském právu, kterým se přenášela povinnost pečovat o chudé na jednotlivé obce podle domovské příslušnosti. Za vlády tohoto císaře byla také otevřena v Praze Všeobecná nemocnice spolu s chudobincem, nalezincem a zaopatřovacím ústavem (Kutnohorská, 2010). Po vzniku samostatného Československa byla v roce 1919 ustavena Správa pro otázky sociální péče, která se mimo jiné zabývala problematikou péče o staré lidi. Velmi zajímavým a ve své době účelným právě v kontextu společenské situace bylo otevření pražských Masarykových domovů v roce 1929, šlo o zdravotně sociální zařízení s 250 lůžky s oficiálním názvem Zaopatřovací ústav v Krči, jeho součástí bylo 5 starobinců a 5 chudobinců. V prvorepublikové době zajišťovaly pomoc chudým lidem dobrovolné organizace a spolky, mezi něž patřily Charita, Diakonie, České srdce a Československý Červený kříž (Haškovcová, 2002).

1.2 Z historie geriatric

Z významných osobností, které se zabývaly péčí o staré lidi, musíme vzpomenout profesora J. Hamerníka, který v roce 1843 vystoupil na pražské lékařské fakultě se svými přednáškami o nemocech pokročilého věku, dále pak se problematikou chorob stáří zabýval profesor Procházka a ve dvacátých letech minulého století se problematice nemocí ve stáří věnoval profesor Rudolf Eiselt, který byl přednostou Ústavu pro nemoci stáří v chudobinci

Sv. Bartoloměje a při pražské lékařské fakultě založil kliniku nemocí stáří. Bylo to první univerzitní zařízení ve světě (Holmerová, 2007). Po druhé světové válce došlo k rozvoji oboru geriatrie a v naší republice se o to zasloužil pražský profesor vnitřního lékařství Bohumil Prusík. Jeho zásluhou byla v roce 1953 ustanovena Mezinárodní gerontologická asociace, podílel se také na vzniku Československé gerontologické společnosti při Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně, která vznikla v roce 1962. Samostatným atestačním oborem se stala geriatrie roku 1983. V roce 2006 byla jmenována Rada vlády pro otázky seniorů, jejímiž členy se stali naši přední geriatři I. Holmerová a Z. Kalvach (Holmerová, 2007).

1.3 Geriatrie

Cílem geriatrie je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů, zaměřuje se jak na stránku preventivní, tak léčebnou. Geriatrie rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštностech patogeneze a manifestace chorob ve stáří, věnuje pozornost rozvoji a kvalitě následné a dlouhodobé péče zahrnující také rehabilitační ošetřovatelství (Holmerová, 2007).

1.4 Gerontologie

Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří. Jde o interdisciplinární vědní obor zabývající se diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří (Kalvach a kol., 2004).

Gerontologii tvoří tři vědní disciplíny, jedná se o gerontologie experimentální, která zkoumá mechanismus biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů. Další vědní disciplínou je gerontologie sociální, zabývající se sociálními faktory, které mají dopad na stárnutí člověka. Jako poslední se uvádí gerontologie klinická, která bývá nazývána také geriatrií. Ta věnuje pozornost zvláštностem chorob ve stáří a způsobům, jak je ovlivnit (Holmerová a kol., 2007).

2 GERIATRICKÝ PACIENT

Subjektem oboru geriatry je geriatrický pacient. Za geriatrického pacienta by bylo možno z kalendářního hlediska označit automaticky každého seniora, tedy člověka od určitého věku, který je konsensuálně považován za hranici časného stáří, dnes obvykle 65 let nebo vlastního stáří, 75 či 80 let. Vhodnější však je chápat jako geriatrického pacienta především takového seniora, který vykazuje specifické zdravotní či zdravotně-sociální potřeby, u kterého je zjevně v souvislosti s jeho zdravotním a funkčním stavem zvýšené riziko. Jde především o pacienty s několika souběžnými chorobami (multimorbidní), se zvýšeným rizikem, s nízkým funkčním potenciálem a častými dekompenzacemi zdravotního a funkčního stavu, se závažnými omezeními (Kalvach, 2005). Setkáváme se v této souvislosti s pojmem křehký senior, takovýto senior je ohrožen snadnou a náhlou dekompenzací stavu a deteriorací s narušením až úplnou ztrátou soběstačnosti. Jejich komplexní klinické projevy jsou atypické, vyžadují speciální přístup k vyšetřování, léčbě a ošetrovatelské péči. Křehkost geriatrických pacientů lze hodnotit pomocí tzv. markerů, které jsou buď trvalé, nebo dočasné. Trvalé markery seniorské křehkosti jsou vysoký věk (nad 80 let), dlouhodobě špatný funkční stav, míra soběstačnosti, chronické progredující onemocnění nebo vznik závažné disability, omezení až znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí jako trvalý následek nemoci, opakované dekompenzace zdravotního a funkčního stavu, opakované hospitalizace. Za dočasné markery se uvádí ztráta životního partnera, náhlá změna bydliště, akutní onemocnění nebo úraz (Kalvach a kol., 2004). Je třeba mít respekt k pacientovým komunikačním limitacím. U geriatrického pacienta se hodnotí kognitivní funkce (paměť, myšlení, řeč), neboť jejich porucha vede k omezení výkonných funkcí. Mezi nejdůležitější patří motivace a vůle, které tvoří nepostradatelnou část terapeutického procesu (Topinková, 2005). Tito pacienti jsou mimo jiné ve většině případů postiženi různým stupněm arteriosklerotického poškození mozkových cév, tomu odpovídají psychické změny s nástupem demence (Kalvach, 2005). Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu jsou přechodně, většinou však trvale nezpůsobilí k právním úkonům. Při překladi z jednoho zdravotního zařízení do druhého bývají málokdy informováni, proč, kam a na jak dlouho budou na tomto oddělení hospitalizováni. Problematické je mnohdy jejich propuštění. Zdravotní stav je stabilizován, senior je však závislý na péči jiné osoby. Často nastává situace, kdy si pacient přeje propuštění do domácího prostředí a odmítá další hospitalizaci, rodina však

s péčí o takového pacienta v domácím prostředí nesouhlasí. Následná sociální péče bývá v mnoha případech ekonomicky náročná (Topinková, 2001).

V péči o geriatrického pacienta má být důraz kladen na důstojnost, autonomii a ohled na kompetence těchto pacientů (Soukupová, Čermák, 2007).

2.1 Geriatrický pacient a jeho potřeby

Každý člověk má, nezávisle na zdravotním stavu a věkové kategorii, ke které náleží, své potřeby, jež se snaží během svého života uspokojovat. Jejich uspokojení má pro osobní štěstí daného člověka velký význam. Charakteristickým rysem dnešního ošetřovatelství je hodnocení a plánovité uspokojování potřeb nemocného člověka. Nemocný člověk je brán jako bytost holistická, složkou organismu je bio-psycho-sociální jednota. Narušení jedné části znamená poruchu celého systému (Trachtová, 1999).

2.1.1 Priorita potřeb v nemoci

Nemoc je jedním z důvodů vedoucích k neuspokojování potřeb (Krátká, 2007). Jejím vlivem se geriatrický pacient stává více či méně závislým na pomoci druhých. Úkolem zdravotnických pracovníků je napomáhat pacientům, o které pečují, aby dosáhli fyzických a psychických potřeb. V akutní fázi nemoci jsou v popředí potřeby související s přežitím, jako je potřeba výživy, mikce, vyprazdňování, odpočinku, pohybu atd. Po těchto biologických potřebách nastupuje snaha uspokojit potřeby sociální, každý člověk se cítí lépe při pocitu podpory okolí, touží po kontaktu s lidmi, k nimž má citový vztah. Čím vyšší potřeba je, tím méně je důležitá pro pouhé přežití, tím delší dobu může být její uspokojení odkládáno. Uspokojování těchto vyšších potřeb navozuje pocit štěstí, klidu a bohatství vnitřního života (Trachtová, 1999). V péči o nemocné je potřeba brát ohled na individualitu každého z nich. Osobnostní vlastnosti, jako je odolnost vůči zátěži, psychická labilita nebo stabilita modifikují potřeby, způsob jejich uspokojování i psychickou odezvu, která má významnou roli při uzdravování nemocného (Krátká, 2007).

2.1.2 Důstojnost geriatrického pacienta

To, že má zdraví vysokou hodnotu, si lidé uvědomí většinou, až je stav zdraví aktuálně nebo potencionálně ohrožen. Postupem přibývajícím věku začínají chápat, že zdraví není samozřejmostí. Vlivem dlouhodobé nemoci dochází nejen ke změnám v chování, ale i k defektu některých stránek osobnosti (Chloubová, 2004). Geriatrickým pacientům je nutné zajistit náležitou výživu, pitný režim, pravidelný spánek a odpočinek, pečlivě dbát o osobní hygienu a celkovou čistotu prostředí. Samotná změna prostředí může být geriatrickým pacientem špatně snášena, pacient může ztratit pocit jistoty a bezpečí. Vytržení z kruhu rodinného u něj může vyvolat frustraci, psychickou dekompenzaci. Ve většině případů se nemocní setkávají s neuspokojováním potřeb, jako je potřeba informovanosti, a to nejen o nemoci a léčbě, ale i rodině (Minibergerová, 2006). Je narušena autonomie, právo rozhodovat o důležitých věcech, souvisejících s léčbou. V rámci ošetrovatelské péče, nesprávným jednáním zdravotnických pracovníků, bývá narušena intimita takového pacienta, stejně jako důstojnost. Důstojnost ve stáří zahrnuje tři složky: je to úcta, autonomie a participace. Úcta k sobě ukazuje, nakolik si ceníme sebe sama, úcta k druhým vyjadřuje, jakou hodnotu vidíme v nich. Autonomie znamená schopnost zvládnout, řídit a ovlivňovat způsob každodenního života podle vlastních představ a pravidel. Participace umocňuje pocit důstojnosti, nemocný má možnost podílet se na všech rozhodnutích, které se ho týkají (Venglářová, 2007). Je třeba si uvědomit, že obzvláště u geriatrického pacienta jeho psychické rozpoložení představuje pozitivní nebo negativní postoj ve snaze podílet se na sebepečí, rehabilitaci stejně jako ochotu stát se soběstačným, což úzce souvisí se zlepšováním samotného zdravotního stavu (Chloubová, 2004).

2.2 Specifika péče o geriatrického pacienta

Typickým znakem chorob u geriatrických pacientů je zvláštnost jejich průběhu. Většinou se u geriatrických pacientů vyskytuje několik chorob současně, následně pak nemoci mají sklon ke vzniku komplikací a ve většině případů se zcela nevyhojí. Příznaky onemocnění jsou netypické, v popředí klinického obrazu bývá mikrosymptomatologie (klinické příznaky jsou nevýznamné) ani akutní choroba nemá tak dramatický průběh jako v mladším věku. Nemoci mají sklon k protražovanějšímu průběhu, trvají déle, často přechází do chronicity. Vlivem dlouhodobé hospitalizace dochází k rozvoji takzvaných geriatrických syndro-

mů, mezi které patří imobilizační syndrom, inkontinence, instabilita, obstipace, poruchy spánku, pády a úrazy, ortostatická hypotenze, dekubity, poruchy výživy, demence, deprese, delirium (Hegyí, 2010).

2.2.1 Geriatrický pacient s duševní chorobou

U geriatrických pacientů se často setkáváme s různým stupněm duševních poruch, nejčastěji demencí, které mohou způsobovat obtíže v péči o tyto pacienty.

Počet lidí s demencí dramaticky stoupá, hovoří o tiché epidemii. Uvádí se, že každý dvacátý člověk starší 65 let bude trpět některým druhem demence. Zhruba v polovině případů demence jde o Alzheimerovu chorobu (Haškovcová, 2006). V současné době jí na světě trpí 17 – 25 miliónů, u nás se odhaduje počet nemocných na 70 000 - 90 000 (Brašnová, 26.4.2011, online). Kauzální léčba není známá, oddálení nástupu choroby a zpomalení degenerativního procesu však možné je (Kalvach a kol., 2004). Lidé postižení demencí potřebují pomoc ze strany druhých lidí, ať už zdravotníků, nebo rodinných příslušníků, protože v pokročilém stádiu nemoci nejsou schopni vykonávat ani běžné denní činnosti, jejich nesoběstačnost vede k trvalé závislosti na druhých lidech (Brašnová, 26.4.2011, online). Stejně tak lidé pečující mají úlohu nelehkou a potřebují v péči o nemocného pomoc. Tato skutečnost byla motivací ke vzniku České alzheimerovské společnosti v roce 1996, která se vytvořila původně na základě spolupráce profesionálů v oboru gerontologie, lékařů, sester, sociálních pracovníků, kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí. Postupem času se členy začali stávat i rodinní příslušníci a pečovatelé (Haškovcová, 2002).

Pacient postižený demencí klade vyšší nároky na ošetrovatelskou péči. Nemocný je desorientovaný, stále něco hledá, bloudí, je apatický. Přestože po stránce fyzické by mnohé činnosti zvládnul, po stránce psychické není schopen je samostatně provádět. Je nutná značná dávka trpělivosti při vedení nemocného k sebeobsluze. Dochází ke ztížení verbálního kontaktu s dementním pacientem, který obtížně hledá slova, ta jsou často vytržena z kontextu. Při těžších stupních demence jsou vzhledem k inkontinenci moči i stolice zvýšené nároky na hygienu u nemocného, nastávají u něj obtíže s chůzí, které znamenají zvýšené riziko pádů s následným upoutáním na lůžko. Úkolem zdravotníků je pomáhat těmto lidem dělat věci, které nedovedou zvládnout sami, ne však dělat je za ně, aby byl zachován určitý stupeň soběstačnosti (Jiráček a kol., 2009). Velkou zátěží pro pacienty trpící demencí je změna

prostředí, hospitalizace ve zdravotnickém zařízení vede většinou k zvýraznění projevů onemocnění (Pacovský, 1990).

2.2.2 Rizikové oblasti péče u geriatrického pacienta

Z hlediska ošetrovatelské péče se u geriatrického pacienta sleduje stav hydratace, vznik dekubitů a prevence pádů.

Dehydratace vzniká v důsledku vyšší potřeby nebo nižšího přívodu tekutin. U starého člověka může být potlačen pocit žízně. Často se při péči o seniory setkáváme s odmítavým postojem k nabízeným tekutinám i samotnému jídlu (Holmerová a kol., 2007). Je nutné, aby ošetrovatelský personál velmi brzy odhalil příznaky charakterizující stav dehydratace, která se projevuje suchou kůží, oschlými sliznicemi, sníženým kožním turgorem, propadlými očními bulvami, rychlou ztrátou hmotnosti, závratí, kolapsovými stavy, synkopou, zmateností, apatií, může se objevit tachypnoe, tachykardie, hypotenze nebo horečka. Příčin zvýšené ztráty tekutin je několik. Na prvním místě u pacienta seniora je nedostatečný přívod tekutin, vážne nabídka tekutin nebo je nějakým způsobem ztížena dostupnost nápojů, jedná se převážně o osoby nesoběstačné (po cévní mozkové příhodě, stavy zmatenosti a poruchy vědomí z různých příčin (Topinková, 2005). Dalším důvodem nedostatečné hydratace může být nepřiměřená léčba diuretiky, ztráty tekutin gastrointestinálním traktem nebo u infekčních chorob s horečkou. Tekutiny se doplňují perorálně, enterálně nebo parenterálně. Pokud má nedostatečný příjem tekutin vliv na fyziologické funkce nebo stav orientace pacienta, je šetrnější metodou hydratace podání infuzních roztoků (Schuler, 2010).

Závažnou komplikací v ošetrovatelské péči jsou dekubity. Již mírné zarudnutí kůže u ležících pacientů je dostatečně alarmující. Jde o narušení kožního povrchu, tkáně a později hlubších struktur. V některých případech ani sebelepší ošetrovatelská péče nezabrání jejich vzniku (Harmanová, 2008). Defekty se objevují na tzv. predilekčních místech, jsou to místa, kde se uplatňuje zvýšený tlak proti tvrdému podloží. Tímto tlakem se naruší cévní zásobování do této oblasti. Příčinou je především ischemie. Ležící pacienty je třeba polohovat v pravidelných intervalech, při polohování se používají antidekubitní pomůcky (Weber, 2000). Hodnotí se stav pokožky nemocného, je důležité uchovávat ji suchou, čistou, zbavenou sekretů. Při manipulaci s pacientem je nutné předcházet nadměrnému tření těla o podložku, bránit střižnému efektu. I přes veškerou péči se může proleženina u pacienta v těžké hypotenzi, která vede ke zhoršenému prokrvení tkání nebo u dehydratovaného paci-

enta vyvinout velmi rychle, během několika hodin (Topinková, 2005). Při hojení proleženin hraje důležitou úlohu strava nemocného, která by měla být bohatá na bílkoviny, zinek, arginin, vitaminy C a E. Před zahájením léčby dekubitu je třeba stav zdokumentovat, popsat charakter rány, jeho rozměry, ideálně pořídit fotodokumentaci. Zápis se provádí vždy po převazu rány. Ošetrovatelskou intervencí při léčbě proleženin je snížit tlak, odlehčit místo defektu, správně volit lůžko, nejlépe s antidekubitní matrací a pomůcky. Při léčbě dekubitu se odstraňuje z defektu nekróza, tam kde je potřeba, sleduje se lokální infekce, při sepsi se nasazují antibiotika. Cílem je čistá, růžová granulující tkáň (Schuler, 2010). Mezi příčiny vzniku dekubitů patří věk, jehož vlivem ubývá elasticita kůže, Parkinsonova nemoc s hypokinezií, kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí, vliv sedativních psychofarmak, ochrnutí končetin, macerace a zapaření pokožky při inkontinenci moči a stolice, špatně upravené lůžko, malnutrice, obezita, cukrovka, hypoxie, městnavá slabost srdeční, tlak ortopedických pomůcek a vliv na vznik dekubitů má pravděpodobně také stres (Kalvach a kol., 2004).

Na geriatrických odděleních jsou častým problémem také pády, vedou k rozporům mezi zdravotníky a příbuznými postiženého seniora, kteří hodnotí pád jako zanedbání péče. Jejich největším nebezpečím je možnost úrazů, které mají vliv na kvalitu života seniora, např. zlomenina krčku stehenní kosti, subdurální hematom. Opakované pády mohou signalizovat počátek akutní choroby, jako jsou infekce respirační, močové, dekompenzaci cukrovky, nečekaný pád u pacienta bez obtíží může být několik dní před mozkovou příhodou (Pacovský, 1990). U velkého počtu geriatrických pacientů je narušena rovnováha, pacient je nestabilní ve stoji, přepadává do stran. Udržování vzpřímeného stoje zajišťuje systém zrakový, vestibulární a propioceptivní. Pády zhroucením nastávají ztrátou svalového tonu při chůzi, pacient klesá k zemi. Příčiny jsou buď cerebrální, mezi ně patří ischemická ataka, epilepsie, vzestup nitrolebečního tlaku nebo extracerebrální např. ortostatická hypotenze, kardiální synkopa. Pádům nelze zcela zabránit, lze je však omezit (Kalvach a kol., 2004).

3 STÁŘÍ

Proces stárnutí je zákonitý a fyziologický. Člověk stárne již od narození, celkový proces stárnutí probíhá zcela individuálně, je nesouvislý, což znamená, že v některých obdobích života stárneme rychleji než v jiných.

Pacovský uvádí, že stáří je velmi složitý multifaktoriální děj, vznikající působením genetických podmínek a faktorů životního prostředí (Pacovský, 1990).

Jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle, každý jedinec stárne podle vlastního genetického programu.

Základní klasifikace stáří dle Světové zdravotnické organizace:

- 60 – 74 let – vyšší věk nebo také rané stáří,
- 75 – 89 let – stařecký věk, vlastní stáří,
- 90 let a výše – dlouhověkost.

„Délku lidského života určuje kromě genetické výbavy také způsob života (životní prostředí, hygienické a stravovací návyky). Zatímco genetické dispozice ovlivnit nemůžeme, způsob života ano“ (Haškovcová, 2002, s. 10).

3.1 Změny ve stáří

Stárnutí je proces, který má své zákonitosti, je to jedna z etap vývoje jedince. Dochází k úbytku fyzických sil, mění se psychické schopnosti. Změny způsobené stářím se tedy odehrávají v rovině tělesné, psychické i sociální (Dienstbier, 2009).

3.1.1 Tělesné změny

S narůstajícím věkem přibývá tělesný tuk, usazuje se v tkáních a orgánech. Svaly atrofují, chůze se stává nejistou, z toho pramení zvýšené riziko pádů, rychleji se objevuje svalová únava, třes rukou (Dienstbier, 2009). Svalová činnost je úzce spjata se stavem vaziva a kloubů, snižuje se flexibilita pohybu. Pohybová aktivita seniorů hraje významnou roli ve zvýšení síly, zachování flexibility i kardiorespirační zdatnosti. Riziko onemocnění oběhového ústrojí napomáhá snižovat pravidelné cvičení, působí také jako prevence osteoporózy. Vhodnou pohybovou aktivitou pro seniory je rychlá chůze (Pacovský, 1990). Kostí řídnou,

stávají se křehčími, zvyšuje se procento zlomenin, páteř se zkracuje, dochází ke snižování obratlů a meziobratlových plotének, což má za následek změnu v držení těla. Zmenšuje se objem hrudníku z důvodu poklesu dechové kapacity. Dochází k opotřebení kloubních chrupavek, vzniká artróza, která je pro seniory bolestivá. Vazy ztrácejí pružnost, zkracují se. Srdce se zmenšuje a snižuje svůj výkon, cévy ztrácejí svou pružnost, jsou postiženy aterosklerózou. Kvůli křečovým žilám vzniká riziko tvorby krevních sraženin. Cévy bývají zúžené, což se projeví nárůstem krevního tlaku (Topinková, 2005). Změny probíhají také v respiračním systému. Snižuje se kapacita plic, do těla se dostává méně kyslíku, důsledkem je stupňující se námahová dušnost. V trávicím systému se snižuje produkce kyselin, slin. Střevní peristaltika se zpomaluje. Játra atrofují a tukovají, snižuje se produkce žlučových kyselin. Ledviny se zmenšují, mění se schopnost filtrace, snižuje se průtok krve ledvinami. Močový měchýř ztrácí svůj tonus, špatně zadržuje moč. Slábne funkce svalových svěračů, dochází k inkontinenci. Ochabují také pohlavní orgány, snižuje se funkce vaječnic, tím i tvorby hormonů. U mužů atrofují varlata, prostata a penis, selhává erekce (Kalvach a kol., 2004). Významně je ovlivněno také prokrvení mozku, zmenšuje se jeho váha a objem, snižuje se schopnost přenosu informací. Důsledkem změn nervové soustavy je zapomnětlivost, zpomalené reakce, výpadky paměti, výrazně je ovlivněna schopnost učit se. Tělesné změny mají za následek větší soustředění stárnoucího člověka na změněný somatický stav (Schuler, 2010). Sluch po 50 letech začíná degenerovat, zhoršuje se zrak, oči mohou být postiženy šedým zákalem nebo zeleným zákalem. Chuť se po 50. roku otupuje, stejně jako čich. Mění se napětí kůže, objevují se na ní četné pigmentové skvrny. Produkce mazu je snižovaná, kůže se stává suchou, vlasy a chlupy mění barvu, řídnu (Dienstbier, 2009).

3.1.2 Psychické změny

Pro kvalitu psychiky ve stáří má velký význam osobnost člověka a její úroveň, na kalendářním věku v mnoha případech nezáleží. Některé osobní rysy mohou získávat nebo naopak ztrácet na své intenzitě. Dienstbier hovoří o karikování vlastní povahy ve stáří, z úzkostného člověka se může stát hypochondr, opatrnost se může vystupňovat v nedůvěřivost, šetrnost v lakotu (Dienstbier, 2009). Změny nastávají také v paměti, ovlivněna je především krátkodobá paměť. Starý člověk si hůře pamatuje nové události, starší vzpomínky zůstávají zachovány, mohou však být emočně i obsahově zkresleny. Minulé

věci bývají často nadhodnocovány, posuzovány výhradně kladně. Inteligence jako taková zůstává zachována, s věkem pouze klesá psychomotorické tempo, pro udržení inteligence má velký význam povaha jeho pracovní náplně, stejně jako společenský život (Venglářová, 2007). Po citové stránce se starý člověk stává labilnější, víc se stahuje do sebe, příliš se soustřeďuje na své vlastní problémy. Starý člověk více pozoruje sám sebe, často bývá přecitlivělý, má sklony k hypochondrii. Adaptace na větší změny je zhoršena, senior se může ocitnout v sociální izolaci kvůli zhoršené komunikaci a změnám v oblasti percepce. Sociální izolace vede často k pocitům osamělosti, méněcennosti, zbytečnosti (Minibergerová, Dušek, 2006).

3.1.3 Sociální změny

Stárnoucí člověk je vystavován velkým životním změnám, na které se musí adaptovat, proto je důležitá dlouhodobější příprava na stáří, ve smyslu aktivit, zájmových činností a životosprávy. Významnou roli zde hraje rodinné zázemí (Jarošová, 2006).

Jednou z životních změn je odchod do důchodu. Nastávají obavy z ekonomické situace, člověk si uvědomí blízkost stáří, mění se jeho role, na kterou byl zvyklý velkou část svého dosavadního života. Odchod do důchodu znamená ztrátu kontaktu s lidmi ze zaměstnání, se kterými člověk tráví většinu svého dne. Je nucen znovu si uspořádat svůj život vzhledem k volnému času, který byl dříve vyplněn prací. Tato přemíra volného času může u stárnoucího člověka vyvolávat pocit prázdnoty (Dienstbier, 2009). Jednou z nejtěžších zkoušek se stává partnerova smrt. Pocity osamocení a hlubokého zármutku způsobují lidem žijícím v harmonickém vztahu hlubokou duševní bolest, zdání, jako by chyběla velká část jich samotných. Právě v takové situaci hraje roli pevné rodinné zázemí, které poskytne takto osamocенému člověku oporu, v čase hojení jizvy zármutku. Opět záleží na povahových rysech starého člověka, jestli se s touto situací dovede po čase vyrovnat. Každá smrt blízkého člověka, vrstevníka může vyvolat asociaci blížící se vlastní smrti (Sýkorová, 2004). Pociť prázdnoty nastává při odchodu dětí z domova. Když jsou děti menší, vyplňují rodičům většinu jejich volného času, v období dospívání stále častěji vyhledávají své vrstevníky, až se osamostatní a založí si vlastní domácnost. Manželé se ocitají sami jeden s druhým, je potřeba budovat si nový život, tato změna může partnery sblížit, ale ve spoustě případů mezi nimi vzniká nepřekonatelná propast, obzvláště pokud nejsou schopni sladit své zájmy a respektovat jeden druhého (Minebergerová, Dušek, 2006). Stáří sebou přináší

některé změny, omezení, která jsou zcela individuální. Jedná se o autonomii v oblasti zdravotního stavu (posuzuje se závažnost onemocnění, míra závislosti na zdravotnické péči), autonomii v oblasti soběstačnosti a sebeobsluhy (výživa, hygiena, domácí práce atd.), poslední autonomií je funkční samostatnost v oblasti psychické, kde se jedná o rozhodování, určování náplně vlastního času, vnímání a udržování sociálních kontaktů, orientovanost, schopnost reálného náhledu (Sýkorová, 2004). Ve stáří dochází ke zhoršování zdravotního stavu seniora, zhoršuje se jeho celková soběstačnost. Pokud není rodina schopná nebo ochotná postarat se o něj, odchází tento člověk z důvěrně známého prostředí do náhradního sociálního zařízení. Opustit svůj domov pro něho znamená rozloučit se s minulostí. Změny jsou starými lidmi velmi špatně snášeny, pokud na ně nejsou dostatečně připraveni nebo s nimi nesouhlasí (Minebergerová, Dušek, 2006).

3.2 Model adaptace na stáří

Aktivita člověka povzbuzuje, dodává mu vitality tělesné i duševní. Když chodí člověk do zaměstnání, práce mu vyplňuje většinu času, odchod do důchodu může vyvolat pocit prázdnoty, zbytečnosti. Pokud se člověk věnuje zájmovým činnostem, může pro něj naopak dostatek času znamenat výzvu pro realizaci jeho představ, tužeb. V literatuře se uvádí několik modelů adaptace na stáří, podle nichž by se měl každý člověk před úbytkem fyzických sil začít adaptovat na samotný proces stárnutí, včasná příprava by mu měla napomocť ke kvalitnímu prožívání stáří (Dienstbier, 2009).

Minibergerová a Dušek (2006) uvádějí 5 modelů vyrovnání člověka se stářím. Jsou jimi: Konstruktivnost – člověk se smíří se stárnutím, je soběstačný, realizuje své cíle a plány, má zájem o nové věci, dění v budoucnosti, navazuje blízké vztahy s ostatními lidmi. Závislost - směřuje k pasivitě, člověk zastává názor „ať se ostatní postarají“, je vyrovnaný, rád se vzdal své práce a odešel do důchodu. Obranný postoj – zaujímají jej lidé, kteří byli profesionálně i společensky úspěšní, jsou hrdí na svou soběstačnost, často odmítají pomoc, aby ukázali svou nezávislost, necítí se staří. Nepřátelství – lidé patřící do tohoto modelu měli již během svého aktivního života tendence svalovat vinu za své neúspěchy na druhé, bývají svými projevy agresivní a podezřívaví, žijí v ústraní, dávají najevo svůj odpor ke stáří, na všechno reagují nevrlo mrzutostí, jsou nepřátelští vůči mladým lidem, závidí jim. Sebenezávisť – reprezentanti této skupiny obrazejí nepřátelství vůči sobě samým, na svůj předchá-

zející život hledí kriticky a pohrdavě, zanedbávají společenské styky, cítí se osamělí a zbyteční, mladým lidem nezávidí, mají pocit, že už dost užili života.

3.3 Ageismus

Téměř denně se setkáváme s pohrdavým postojem ve slovním kontextu ze strany mladších generací, která svými výroky zařazuje všechny seniory do jedné skupiny. Můžeme zaslechnout výroky typu: „V obchodě jsou slevy, to zase bude uvnitř důchodců!“ nebo „Staří lidé si neustále stěžují, že mají málo peněz, přitom už je ve svém věku nemusí ani potřebovat.“ Jistě by se daly uvést jiné příklady, je jich v naší společnosti nespočet. Teprve až člověk dosáhne určitého životního moudra, je ochoten svůj názor na staré lidi upravit (Dienstbier, 2009). Termín ageismus vznikl jako protiklad kultu mládí. Je odvozen od anglického slova age, jde o předsudky společnosti vůči stáří, diskriminace na základě věku. Jedná se o výroky a postoje bez pravdivého základu. Ve společnosti se upřednostňuje mládí (Tošnerová, 2002).

Ve spojitosti s ageismem se setkáváme s pojmem demografická panika. Demografická panika je definována jako veřejně artikulované obavy z budoucího vývoje společnosti na základě měnící se demografické struktury. „*Pramení z představy, že well-being (blaho, prospěch) národa je přímo závislý na věkové distribuci populace. Fungování společnosti je bráno jako dělení pomyslného koláče, kde jakékoliv zvýhodnění jedné skupiny je zákonitě na škodu skupiny druhé*“ (Sýkorová, 2004, s. 64). Podle teorie dekategorizace se předsudky zmírňují, jestliže se rozšíří možnosti sociálního kontaktu mezi jedinci nebo konfliktními skupinami. Mnohé vlastnosti, které rádi připisujeme stáří, nejsou důsledkem věku, ale individuálních zvláštností osobnosti (Kalvach a kol., 2004). Tošnerová (2002) na některé předsudky upozorňuje a zároveň je i vyvrací. Stejně jako v mládí máme různé povahové rysy, rozdílná předsevzetí nebo zájmy, ani na staré lidi nejde nahlížet podle stejných kritérií. Jeden z předsudků se týká závažného onemocnění, kvůli němuž se staří lidé mohou stát nesoběstační, slabí, nejsou schopni zapojit se do běžných aktivit. Statistiky však vypovídají o tom, že jen nízké procento starých lidí potřebuje stálou ústavní péči. Senioři nad 65 let trpí chorobami chronickými, zatímco akutními méně často než mladí lidé. Nezřídka se setkáváme s hodnocením tělesné stránky starých lidí, ve společnosti koluje spousta hanlivých výrazů, jako je babizna, plesnivý dědek, stará koza, kozel. Na rozdíl od naší společnosti se

ve světě najdou kultury, které se staví ke stáří s úctou a obdivem, protože stáří může značit moudrost a životní zkušenosti. Stáří je spjato s poklesem duševních schopností, ve skutečnosti u většiny seniorů tyto schopnosti zůstávají zachované, pouze se zpomaluje reakční doba. Staří lidé jsou nazýváni neproduktivními, kvůli svému zdravotnímu stavu jsou většinou vyřazeni z pracovního procesu. Ve skutečnosti spousta těchto lidí pracuje a svou práci jsou schopni mnohdy díky zkušenostem vykonávat spolehlivěji než mladí lidé (Dienstbier, 2009). V ošetrovatelské péči se ageistické postoje (předsudky) vyskytují častěji než v běžné populaci. Ageismu je třeba v naší společnosti předcházet, s touto problematikou by se mělo seznamovat v rámci studia širší spektrum mladých lidí, ne pouze absolventi zdravotnických a sociálních oborů (Tošnerová, 2002).

4 KOMUNIKACE SE SENIORY

4.1 Definice komunikace

„Komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, které o sobě vědí a společně sdílejí, prožívají a zaujímají stanovisko k určité objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak na tuto situaci reflektují, jak ji řeší a jak na ni společně reagují“ (Pokorná, 2010, s. 9).

Honzák (1999) vysvětluje komunikaci jako lidskou schopnost užívat výrazových prostředků (slovních i neslovních) k vytváření a udržení mezilidských vztahů. Komunikace se uskutečňuje sdělovacím procesem, v němž člověk projevuje svoje city, vůli, myšlenky a sděluje informace.

Metakomunikace je sdělování informací v rámci komunikace verbální, slovní - zbarvení hlasu, hlasová intonace, modulace řeči, pauzy a zámlky v řeči nebo pomocí neverbálních výrazových prostředků - mimika, gestikulace, pohyby těla nebo jeho částí (Pokorná, 2010). Neverbální komunikace má několik složek. Patří sem vizita, kdy jedná se o kontakt očí, mimika jsou pohyby tváře, kinetika jde o celkový pohyb těla, gotika zahrnuje pohyby rukou, optika doteky, chronemika souvisí s časovým tempem vyjádření, proxemika se zabývá vzdálenost od partnera, posturologie polohy těla, teritorialita je o prostoru, který si člověk kolem sebe vytváří, paralingvistika pracuje s hlasovou intonací (Honzák, 1999).

Komunikační techniky a dovednosti používané v sociální interakci musí být přizpůsobeny individuálním požadavkům účastníků komunikace. Jedním z činitelů hrajících roli v komunikaci je věk auditora. Přizpůsobí-li se sdělující komunikační styl schopnostem a dovednostem naslouchajícího, zvýší se pravděpodobnost porozumění a omezení se možnosti nesprávného pochopení (Pokorná, 2010).

4.2 Zásady komunikace se seniory

Při komunikaci se starými lidmi přistupují k obecným komunikačním problémům specifické potíže. Starý člověk může trpět poruchou smyslového vnímání, neurologickým onemocněním s následnou afázií, kognitivními poruchami, psychiatrickými chorobami apod. Důležitou součástí komunikačního procesu je naslouchání, s nímž úzce souvisí dostatek času k vyslechnutí geriatrického pacienta. Při komunikaci s nedoslýchavým člověkem je třeba se

víc soustředit na celkový komunikační proces – dívat se druhému do tváře, mluvit pomalu a hlasitěji než obvykle, ale tónem co nejnižším, pečlivě artikulovat a tvořit. Senior obvykle ocení dotekový kontakt. Tím, že pacienta pohladíme po ruce, položíme mu ruce na ramena, vezmeme jeho ruku do svých, posilujeme pacientovu důvěru. Je důležité přizpůsobit se rytmu starého člověka (Minibergerová, Dušek, 2006).

Větší obtíže v komunikaci nastávají u geriatrických pacientů postižených demencí. Je kladen důraz na trpělivost ze strany ošetrovatelského personálu, který současně s komunikací sleduje změny stavu pacientů postižených demencí, snaží se vydedukovat, co si přejí, co potřebují. Zdravotnický pracovník by měl být při práci s těmito pacienty nejen trpělivý, ale i empatický, měl by se snažit poskytnout pacientovi dostatek času ke komunikaci a současně jej respektovat jako jedinečnou a důstojnou lidskou bytost (Jiráček, 2009). V komunikaci s demenčním seniorem pomáhá znalost pacienta, jeho způsob komunikace a porucha řeči. Takovýto pacient někdy používá jedno nebo několik slov jako jediný verbální projev, mění pouze intonaci, hlasitost. Úkolem ošetrovatelských pracovníků je snaha najít význam ve sdělení. Rozhovor je dobré zahajovat, kdy pacient není rušen jinými podněty. Slova jde doplnit nejlépe názornou ukázkou. Používané výrazy by měl senior znát, lze použít jeho označení pro lidi a věci kolem. Věty by měly být krátké, jednoduché. Během komunikace si pacient posiluje orientaci v čase, prostoru a osobách kolem sebe. Staří lidé, zvláště při únavě, větším nároku na soustředění nebo ve stresu obvykle mluví pomaleji. Dobrá komunikace s pacientem je základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče (Venglářová, 2007).

5 ETIKA

Etika, etické chování úzce souvisí se zdravotnickou profesí. Lidé postižení vážnou nemocí jsou více citliví k přístupu ze strany svého okolí, stávají se zranitelnějšími, mění svůj žebříček hodnot.

Jestliže mluvíme o morálním dobru, morálním zlu nebo o morálním a nemorálním jednání, máme na mysli shodu a neshodu jednání člověka s jeho svědomím a s ohledem na morálku společnosti. Morálka určuje společensky žádoucí a nežádoucí jednání a tak usměrňuje chování člověka ve společnosti. Jde vlastně o definované přesvědčení, že určité věci jsou správné a jiné věci jsou nesprávné, je to schopnost rozeznat dobré od zlého. Podle tohoto dobra a zla se vytvářejí mravní vztahy, což jsou postoje jedince k sobě, k druhým lidem, ke společnosti (Kořenek, 2001).

5.1 Etika ošetrovatelství

Zakladatelkou novodobého ošetrovatelství je Florence Nightingale, která formulovala etické zásady ošetrovatelky v přístupu k nemocným. Ve své knize *Notes on Nursing*, ztvárňuje ošetrovatelku jako osobu, na kterou se lze úplně spolehnout. Osoba vykonávající roli ošetrovatelky by měla být důvěryhodná, spolehlivá a svědomitá, střídmá, počestná a také zbožná, má mít úctu k vlastnímu povolání. Starostlivá ošetrovatelka má ustavičně střežit svého nemocného, dbát na jeho pohodlí (Kutnohorská, 2007).

Ošetrovatelská etika vychází z etiky lékařské. Význam ošetrovatelské etiky neustále narůstá, souvisí to úzce s rolí sestry, která se svou blízkostí k pacientu dotýká mimo jiné i jeho intimity. Mezilidské vztahy mají důležitý etický aspekt. V souvislosti s poskytováním zdravotnické péče se řeší otázky týkající se základních lidských hodnot – života, zdraví, důvěry, mlčenlivosti atd. (Munzarová, 2005). Etika v ošetrovatelství vychází z cílů současného ošetrovatelství. Základními cíli ošetrovatelství je pomáhat jedinci, rodině i skupinám dosáhnout tělesného, duševního i sociálního zdraví a pohody, vytvořit z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama, provádět prevenci onemocnění, snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní stav člověka, nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím (Kutnohorská, 2007).

Všechny ošetrovatelské úkony mají morální dopad. Léčba pacientů a jejich blaho závisí ve značné míře na morálce, na etickém a právním vědomí zdravotníků, kteří poskytují péči.

Vnímavost vůči porušování lidských práv a vůči nespravedlnosti vyplývající z neetického chování je velmi vysoká. Předmětem ošetrovatelské etiky je vztah a postoje sestry k pacientovi. Projevuje se etickým chováním a komunikací verbální i neverbální, dalším předmětem je kolegiální vztah jedné sestry ke druhé, také vztah sestry k lékaři a ostatním spolupracovníkům (Munzarová, 2005).

Snahou některých světových organizací je zlepšení zdravotní péče, ochrana lidských práv i nezávislost a bezpečnost všech zdravotnických pracovníků, v popředí zájmu je i etická problematika. International Council of Nurses reprezentuje miliony zdravotních sester na celém světě, snaží se o neustálé profesní pokroky, ovlivňuje zdravotnickou politiku a buduje respekt k této profesi, stojící na jasných etických základech (Haškovcová, 2003).

Etika zdravotnických pracovníků vychází ze vztahu mezi člověkem pomáhajícím a člověkem trpícím, mezi člověkem, který nejen uzdravuje, ale i pečuje v situacích bez veškeré naděje na záchranu života. Člověk má svou důstojnost proto, že je člověkem. Nemůže ji ztratit kvůli nemoci. Lidská bytost je vždy cílem, nikoli prostředkem k cíli jinému. Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti a vědy. Člověka je nutno respektovat v celé jeho podstatě (Munzarová, 2005).

5.2 Etický kodex sester

Tento kodex je v České republice platný od 29. března 2003, byl přijat Etickou komisí a Prezidiem České asociace sester. Protože objektem práce sestry je člověk, má při její práci velký význam dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k lidské bytosti a ke spolupracovníkům. Sestra svým chováním ovlivňuje prožívání a jednání nemocných. Při své práci by měla brát v úvahu následky svého rozhodnutí. Uplatňuje všelidské morální hodnoty, přičemž nejdůležitější morální hodnotou je úcta k člověku (NCO NZO, 2009).

Sestra je ve své práci povinna respektovat čtyři základní prvky ošetrovatelství. Jejím úkolem je péče o zdraví, předcházení nemocem, zlepšování zdravotního stavu, tišení bolesti. Při své péči o pacienta musí respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva. Etický kodex určuje obecné zásady, které se týkají vedení a hodnocení činnosti sester, poskytuje jakýsi vzor, podle něhož by měla sestra činit vlastní etická rozhodnutí (Tóthová, 2002).

Péče je považována za morální koncepci, která je centrem vztahu sestry a pacienta, péče je orientovaná k lidskému zdraví. Jde o pomoc potřebným formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění ve zdraví, při zlepšování kvality života, při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou smrti. Péče je poskytována humanistickým, empatickým a uctivým způsobem, naplňuje důležité potřeby jedince a jeho rodiny. Etické principy péče upřednostňují přání nemocného, jejich zájmem je udržovat život, neškodit nemocnému, dbát na důstojnost pacienta, být důvěryhodný (NCO NZO, 2009).

6 PRÁVA PACIENTŮ

6.1 První kodex týkající se práv pacientů

Vznikl pravděpodobně v roce 1971 a formuloval jej lékárník David Anderson z Virginie:

„Já, pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací, ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábranami. Neznám Vás dobře a odmítám Vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s Vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mně podobní pacienti mohou očekávat z Vašeho počínání prospěch“ (Haškovcová, 1996, s. 18).

6.2 Z historie práv pacientů

Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva, byli závislí plně na lékaři, a to jak v rovině odborné, tak i lidské, uplatňoval se klasický paternalistický model v péči o nemocného. Vědecký a technický pokrok vedl k řadě změn, paternalistický přístup vystřídal partnerský vztah lékaře s pacientem. Obzvláště v poválečném období vzniká řada změn. V mnoha zemích byly přijaty důležité dokumenty, které měly předcházet opakování podobných hrůz, jež byly páčány na lidech během druhé světové války. Dne 10. 12. 1948 byla vyhlášena Organizací spojených národů Všeobecná deklarace lidských práv. Její hlavní podstatou je tvrzení, že všichni lidé jsou si rovni. Dalším dokumentem přijatým po válce byl Kodex na ochranu proti týrání a mučení, tento dokument zahrnuje jak týrání fyzické, tak psychické. Došlo k novelizaci textu Hippokratovy přísahy, byla nově formulována jako Ženevský slib lékařů v roce 1946, tento slib klade důraz na mravnost (Haškovcová, 1996).

O právech pacientů se začíná hovořit na začátku 70. let minulého století, kdy pokrok v oblasti sociální, ekonomické, kulturní, etické a politické vyvolal potřebu definice těchto práv. V roce 1972 přijala asociace amerických nemocnic vlastní práva nemocných. V dnešní době existuje několik kodexů týkajících se práv pacientů, jsou specializované, týkají se určité skupiny nemocných, jejichž problémy jsou stejné nebo velmi podobné (NCO NZO, 2009).

Historie práv pacientů v České republice je krátká. „*Základem české verze etického kodexu Práva pacientů byla Vzorová práva nemocných, která v roce 1985 zveřejnil Americký svaz občanských svobod. Bylo přihlédnuto i k dalším kodexům a respektována jak naše specifika, tak i připomínky vznesené v rámci diskuse zdravotnické veřejnosti*“ (Haškovcová, 1996, s. 24).

Na podzim roku 1990 začala pracovat první etická komise při ministerstvu zdravotnictví. Na návrh profesorky Haškovcové byl vypracován a zveřejněn etický kodex práv pacientů. Definitivní verzi „Práv pacientů“ formulovala a vyhlásila Centrální etická komise MZ ČR dne 25. 2. 1992 (Zacharová, 2008).

6.3 Práva pacientů v nemocnici

Etický kodex práva pacientů je dokument, který svou šíří obsáhne aspekty vztahu pacienta s lékařem, jako i veškerého ošetrovatelského personálu, který se o pacienta stará po celou dobu jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení (viz. příloha P II). S jeho zněním má pacient možnost se seznámit během hospitalizace v každém zdravotnickém zařízení, kde bývá umístěn na místě dostupném pacientovi. Pacient se tak dozví, že má právo na odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním (Haškovcová, 1996). Získávání odbornosti se děje na základě celoživotního vzdělávání sester, při školeních i kurzech může sestra získat informace týkající se péče o geriatrické pacienty. Samotné vzdělání však ještě není předpokladem, zda daná péče bude kvalitní, roli zde hraje osobnost sestry. Pacient se má na začátku hospitalizace dozvědět jméno lékaře a jména členů ošetrovatelského týmu, má být zapojen do léčby, informován o ošetrovatelských postupech formou jemu srozumitelnou. Diagnostické a terapeutické výkony s ním mají být předem diskutovány, jeho rozhodnutí respektováno (Vondráček, 2002). Léčba má být volena vzhledem k individualitě geriatrického pacienta s přiměřenou kontinuitou, staří lidé špatně snášejí změnu, potřebují mít jistotu, že o ně bude postaráno i po ukončení hospitalizace. Pacientovi je umožněn styk se členy rodiny v co největší míře. Vytržení starého člověka z prostředí, v němž žije, se může nepříznivě projevit na jeho psychickém prožívání. Tato psychika pak má negativní dopad i na samotný zdravotní stav (Minibergerová, Dušek, 2006). Právo na respektování studu, soukromí a důstojnosti má každý pacient. Stud je prožitek, který zdravotníkům, obrněným profesionální rutinou, často uniká. Mnoho geriatrických pacientů navzdory veškeré péči

končí svůj život v nemocnici, takovýmto pacientům má být poskytnut ohleduplný přístup plný empatie, jehož účelem je tlumit bolest, strach a úzkost umírajícího, má být respektováno jeho přání, není-li to v rozporu s platnými zákony. Pacient má právo, ale i povinnost řídit se platným řádem zdravotnického zařízení, ve kterém je hospitalizován, a s nímž ho ošetrovatelský personál seznámil (Haškovcová, 1996).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Cíle průzkumu

Položky strukturovaného rozhovoru a pozorování vedly k získání odpovědí na tyto výzkumné cíle:

Cíl č. 1. Zjistit informovanost hospitalizovaných geriatrických pacientů o svých právech na geriatrických odděleních v dané nemocnici krajského typu.

Cíl č. 2. Zjistit, která práva jsou nejčastěji porušována u geriatrických pacientů na daných geriatrických odděleních.

Cíl č. 3. Zjistit, zda všeobecné sestry při péči o geriatrické pacienty dodržují a respektují práva geriatrických pacientů na daných geriatrických odděleních.

7.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro výzkumné šetření vedené pomocí metody strukturovaného rozhovoru bylo osloveno celkem 40 respondentů, hospitalizovaných na geriatrických odděleních nemocnice krajského typu, z celkového počtu bylo 20 žen a 20 mužů. Soubor respondentů nebyl vybrán náhodným výběrem, všichni tázaní byli starší 65 let, hospitalizovaní na daném oddělení déle než 2 týdny. Tito respondenti byli způsobilí k právním úkonům a schopni relevantním způsobem odpovědět na kladené otázky. Setkala jsem se u nich s velkou dávkou vstřícnosti a snahou odpovídat na kladené dotazy. Nezaznamenala jsem odmítavý postoj, snad jenom počáteční nejistotu na začátku rozhovoru.

Druhá část výzkumného šetření probíhala formou pozorování geriatrických pacientů. Soubor tvořilo 6 pacientek, které byly hospitalizované na geriatrických odděleních. Z tohoto počtu byla polovina chodících a druhá polovina ležících pacientek. Šetření probíhalo na dvou pokojích, na jednom pokoji byly pacientky s pohybovým režimem ležící a na druhém s režimem chodící. Z důvodu přehledné charakteristiky zkoumaného vzorku byla ke každé pacientce sestavena kazuistika, ve které byl popsán její zdravotní stav a vyjádřena problematika ošetrovatelské péče. Pozorování geriatrických pacientek probíhalo po dobu 10 dnů.

7.3 Metody práce

Byly zvoleny dvě metody. Pro sběr dat byla vybrána metoda strukturovaného rozhovoru. Jde o rozhovor, při němž se všem respondentům kladou stejné otázky ve stejném pořadí. Tato metoda nabízí dostatečné možnosti pro individuální přístup ke každému respondentovi, vedle verbální komunikace získává dotazující celkový dojem o osobnosti tázaného, může posoudit jeho neverbální a citové projevy.

Strukturované interview se vyznačuje tím, že při něm tazatel postupuje podle přesně vyznačeného textu, jsou přesně určeny formulace otázek. Tazatel nepřidává k otázkám vlastní komentář, pouze čte otázky a zaznamenává odpovědi respondenta. Výhodou je, že poskytuje všem respondentům stejné podmínky k odpovědím a také to, že získané odpovědi lze dobře statisticky zpracovat. Nevýhodou je naopak obtížnější navazování kontaktu mezi tazatelem a respondentem, a to proto, že tento typ rozhovoru působí téměř vždy více či méně strojeně (Chráška, 2007). Otázky byly kladeny s ohledem na osobní tempo daného geriatrického pacienta, v případě nepochopení otázky bylo možno dotaz opakovat. Strukturovaný rozhovor obsahuje celkem 24 položek (viz. příloha P VII).

Jako druhá metoda výzkumu bylo použito pozorování. Pozorování znamená soustředěné, cílevědomé sledování se záměrem něco poznat, zjistit, vyzkoumat, může být nezúčastněné, zúčastněné, utajené, neutajené a přímé nebo nepřímé (Bártlová a kol., 2008).

Jednalo se o přímé utajené pozorování. Pozorování proběhlo zapojením se do pracovního provozu na geriatrickém oddělení, kde byly pacientky hospitalizovány, pod záminkou plnění povinné praktické výuky v rámci studia. Pozorování bylo prováděno po dobu 5 dnů na každém pokoji, celková doba pozorování činila 10 dnů, denně 8 hodin. Vypozorované události byly zaznamenávány psanou formou s největší možnou přesností do poznámkových archů.

7.3.1 Formy položek rozhovoru

- položky uzavřené č. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22;
- položky otevřené č. 2, 9, 15;
- položky demografické č. 23, 24.

7.3.2 Charakteristika položek rozhovoru

Položky č. 1, 2, 3 zjišťují, zda respondenti znají svá práva v nemocnici a jakou formou se o nich dozvěděli.

Položky č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 se obsahově věnují konkrétním právům pacientů.

Položka č. 22 zjišťuje názor respondentů na dodržování práv v nemocnici.

Položky č. 23, 24 jsou identifikační, zjišťují pohlaví a věk respondentů.

7.4 Zpracování získaných dat

Informace získané rozhovorem byly uspořádány do tabulek četností, byly sestaveny četnosti absolutní a relativní a následně vytvořeny sumární tabulky četností a grafy. Pro výpočet a konstrukci byl použit program Microsoft Excel. Absolutní četnost v tabulce (n) udává počet stejně odpovídajících respondentů, relativní četnost v tabulce (%) poskytuje informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

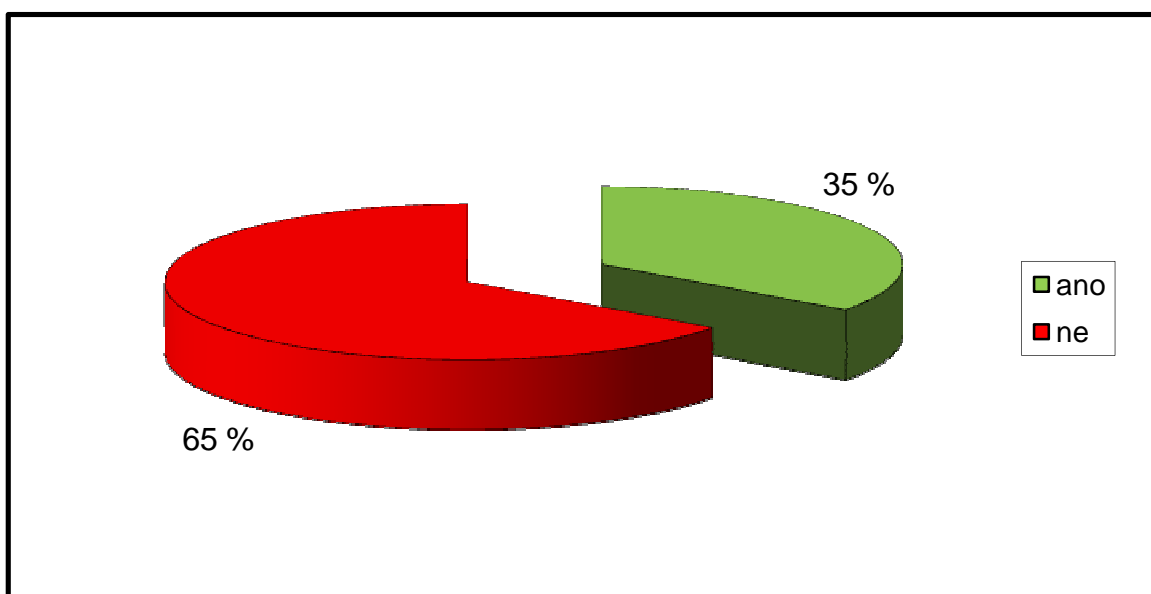
Pozorování bylo průběžně zaznamenáváno na pozorovací archy a následně hledány souvislosti poskytující informace, které vedly k ozřejmění stanoveného cíle výzkumu.

8 HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ STRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Položka č. 1. Setkal/a jste se někdy s pojmem „Práva pacientů?“

Tabulka 1. Setkal/a jste se někdy s pojmem „Práva pacientů?“

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	14	35
Ne	26	65



Graf 1. Setkal/a jste se někdy s pojmem „Práva pacientů?“

Tabulka 2. Celková tabulka pro otázku: Setkal/a jste se někdy s pojmem „Práva pacientů?“

Odpověď	Počet celkem	Pohlaví	Počet	Věk				
				65–71	72–76	77–81	82–86	87+
Ano	14	muži	9	4	2	1	2	0
		ženy	5	3	1	0	1	0
Ne	26	muži	11	3	4	3	1	0
		ženy	15	2	1	6	4	2

Z celkového počtu 40 respondentů odpovědělo 14 respondentů (5 žen, 9 mužů) „ANO“ (35 %). Respondenti byli v těchto věkových kategoriích: 7 respondentů 65–71 let (3 ženy,

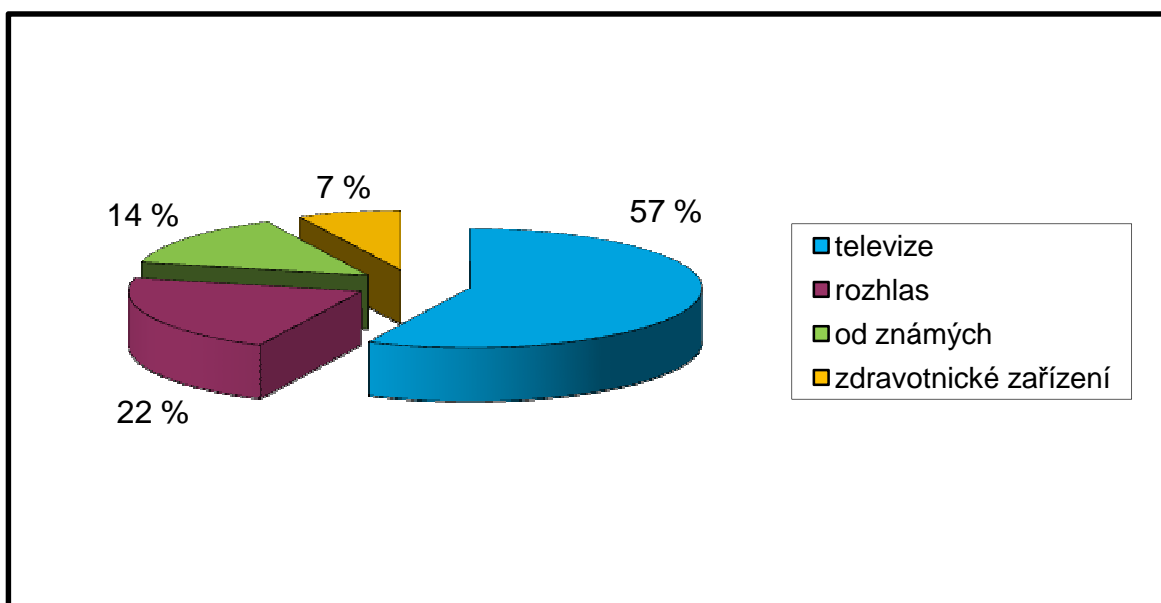
4 muži), 3 respondenti 72–76 let (1 žena, 2 muži), 1 respondent, 77–81 let (1 muž), 3 respondenti 82–86 (1 žena, 2 muži).

26 respondentů (15 žen, 11 mužů) odpovědělo na otázku „NE“ (65 %). Respondenti byli v těchto věkových kategoriích: 5 respondentů 65–71 let (2 ženy, 3 muži), 5 respondentů 72–76 let (1 žena, 4 muži), 9 respondentů 77–81 let (6 žen, 3 muži), 5 respondentů 82–86 let (4 ženy, 1 muž), 2 respondenti 87 a víc (2 ženy).

Položka č. 2. Pokud jste získal/a o „Právech pacientů“ nějaké informace, vzpomenete si, z kterého zdroje jste se o nich dozvěděl/a?

Tabulka 3. Zdroje informací o právech pacientů

Zdroj informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Televize	8	57
Rozhlas	3	22
Komunikace se známými	2	14
Zdravotnické zařízení	1	7



Graf 2. Zdroje informací o právech pacientů

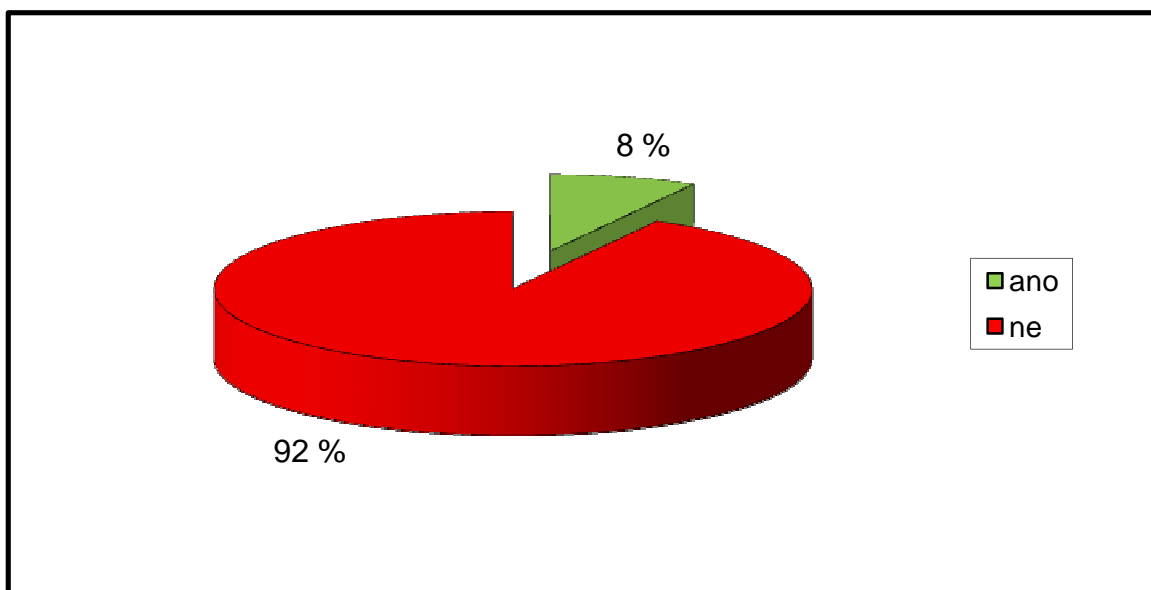
Tabulka 4. Celková tabulka pro zdroj informací o právech pacientů

Zdroj informací	Pohlaví	Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Televize	muži	65–71	2	14
		72–76	2	14
		77–81	1	7
		82–86	1	7
	ženy	65–71	2	14
Rozhlas	muži	82–86	1	7
	ženy	65–71	1	7
		72–76	1	7
Komunikace se známými	muži	65–71	1	7
	ženy	82–86	1	7
Zdravotnické zařízení	muži	65–71	1	7

Na dotaz odpovídalo 14 respondentů (35 %), kteří se v předešlé položce vyjádřili kladně. 8 respondentů (57 %), z toho 2 ženy a 6 mužů udalo jako zdroj informací televizi. 3 respondenti (22 %), z toho byli 2 ženy a 1 muž, slyšeli o právech pacientů v rozhlasu. 2 respondenti (14 %), z toho 1 žena a 1 muž získali informace o právech pacientů komunikací se známými lidmi. 1 muž se setkal s právy pacientů ve zdravotnickém zařízení.

Položka č. 3. Byl/a jste seznámena s právy pacientů na tomto geriatrickém oddělení?Tabulka 5. *Byl/a jste seznámena s právy pacientů na tomto geriatrickém oddělení?*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	3	8
Ne	37	92

Graf 3. *Byl/a jste seznámena s právy pacientů na tomto geriatrickém oddělení?*Tabulka 6. *Celková tabulka pro otázku: Byl/a jste seznámena s právy pacientů na tomto geriatrickém oddělení?*

Odpověď	Pohlaví	Počet	Věk				
			65–71	72–76	77–81	82–86	87+
Ano	muži	3	2	1	0	0	0
Ne	muži	17	5	5	4	3	0
	ženy	20	5	2	6	5	2

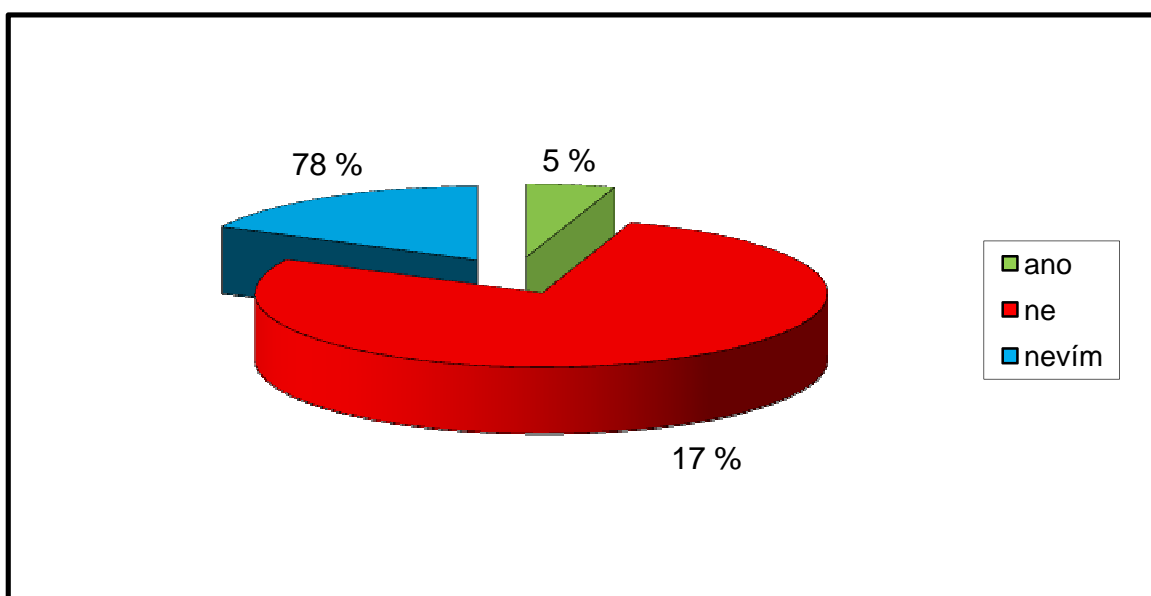
3 muži odpověděli na otázku „Ano“ (8 %). 2 respondenti byli ve věkové skupině 65–71 let, 1 respondent ve věkové skupině 72–76 let. Tito 3 respondenti uvedli, že si práva pacientů přečetli z nástěnky při pochůzce po chodbě oddělení.

37 respondentů (20 žen a 17 mužů) odpovědělo na otázku „Ne“ (92 %). Byli všech věkových kategorií, jak je uvedeno v Tabulce 6.

Položka č. 4. Byl/a jste při přijetí seznámen/a všeobecnou sestrou s provozem na tomto oddělení?

Tabulka 7. Byl/a jste při přijetí seznámena všeobecnou sestrou s provozem na tomto oddělení?

Odpoověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	2	5
Ne	31	78
Nevím	7	17



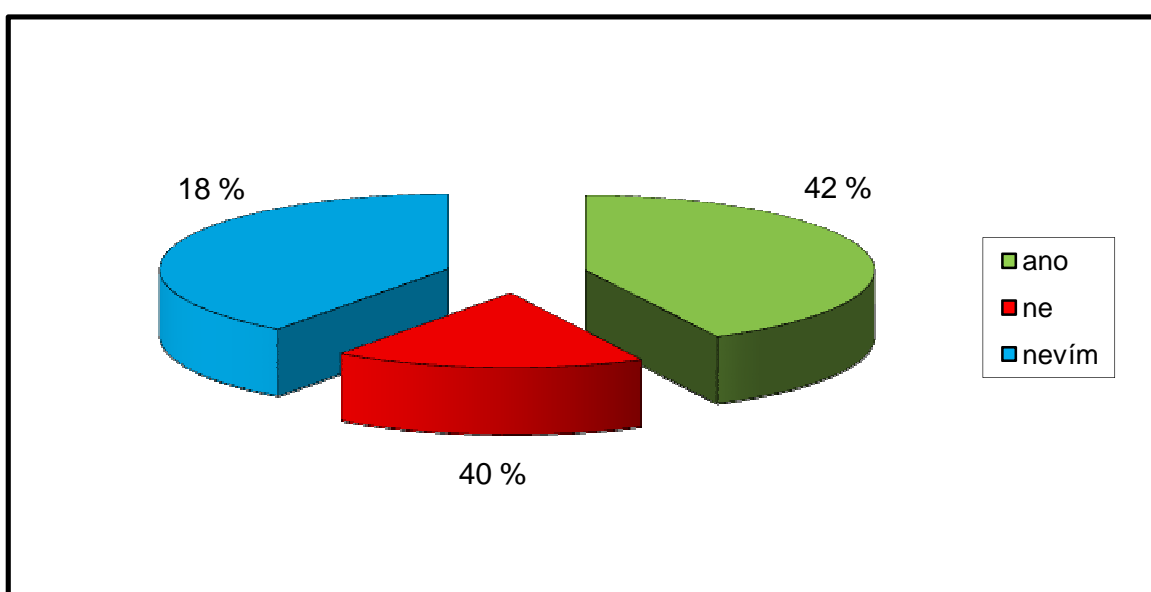
Graf 4. Byl/a jste při přijetí seznámena všeobecnou sestrou s provozem na tomto oddělení?

Pouze 2 muži odpověděli, že je sestra s provozem na oddělení seznámila (5 %). 7 respondentů (4 ženy, 3 muži) odpovědělo na dotaz „Nevím“ (17 %). Skupinu, která odpověděla, že o provozu na oddělení nebyli sestrou informováni (78 %), tvořilo 31 respondentů (16 žen, 15 mužů).

Položka č. 5. Seznámila Vás všeobecná sestra při podpisu formuláře „Souhlas s hospitalizací“ s jeho obsahem?

Tabulka 8. Seznámila Vás všeobecná sestra při podpisu formuláře „Souhlas s hospitalizací“ s jeho obsahem?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	17	42
Ne	7	18
Nevím	16	40



Graf 5. Seznámila Vás všeobecná sestra při podpisu formuláře „Souhlas s hospitalizací“ s jeho obsahem?

Tabulka 9. Celková tabulka pro otázku: Seznámila Vás všeobecná sestra při podpisu formuláře „Souhlas s hospitalizací“ s jeho obsahem?

Odpověď	Pohlaví	Počet	Věk				
			65–71	72–76	77–81	82–86	87+
Ano	muži	10	4	4	0	2	0
	ženy	7	4	1	2	0	0
Nevím	muži	6	1	2	3	0	0
	ženy	10	0	0	3	5	2
Ne	muži	4	2	0	1	1	0
	ženy	3	1	1	1	0	0

Z celkového počtu odpovědělo 17 respondentů (7 žen, 10 mužů) „Ano“ (42 %). Respondenti byli v těchto věkových kategoriích: 8 respondentů 65 – 71 let (4 ženy, 4 muži), 5 respondentů 72 – 76 let (1 žena, 4 muži), 2 respondenti 77 – 81 let (2 ženy), 2 respondenti 82 – 86 let (2 muži).

16 respondentů (10 žen, 6 mužů) odpovědělo na otázku „Nevím“ (40 %). Respondenti byli z těchto věkových kategorií: 1 respondent 65–71 let (1 muž), 2 respondenti 72–76 let (2 muži), 6 respondentů 77–81 let (3 ženy, 3 muži), 5 respondentů 82–86 let (5 žen), 2 respondenti 87 let a více (2 ženy).

7 respondentů (3 ženy, 4 muži) odpovědělo „Ne“ (18 %). Zastoupení respondentů ve věkových kategoriích bylo: 3 respondenti 65–71 let (1 žena, 2 muži), 1 respondent 72–76 let (1 žena), 2 respondenti 77–81 let (1 žena, 1 muž), 1 respondent 82–86 let (1 muž).

Vyjádření respondentů:

„...něco mi dávala sestra podepisovat, moc jsem tomu nerozuměla, ale nechtěla jsem zdržovat...“

„...sestřička nebo kdo to byl, mě požádala, abych podepsala nějaké papíry, byla moc příjemná, nenapadlo mě zeptat se, co podepisuji...“

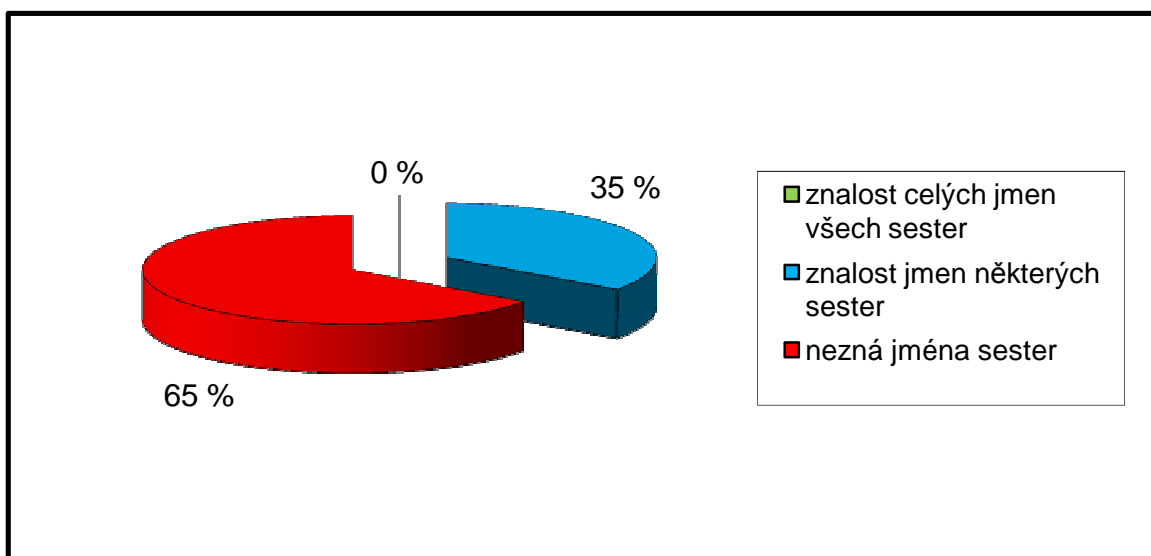
„...sestra mi přečetla, co je na papíru napsané, ale moc jsem ji neslyšela, já totiž doma používám naslouchátko...“

„...sestra po mně chtěla, abych podepsal nějaké papíry, hodně na to spěchala. Zeptal jsem se, co to podepisuji, sestra v odpovědi moc ochotná nebyla, asi měla pocit, že ji zdržuju...“

Položka č. 6. Znáte jména všeobecných sester, které o Vás na tomto oddělení pečují?

Tabulka 10. Znalost jmen všeobecných sester

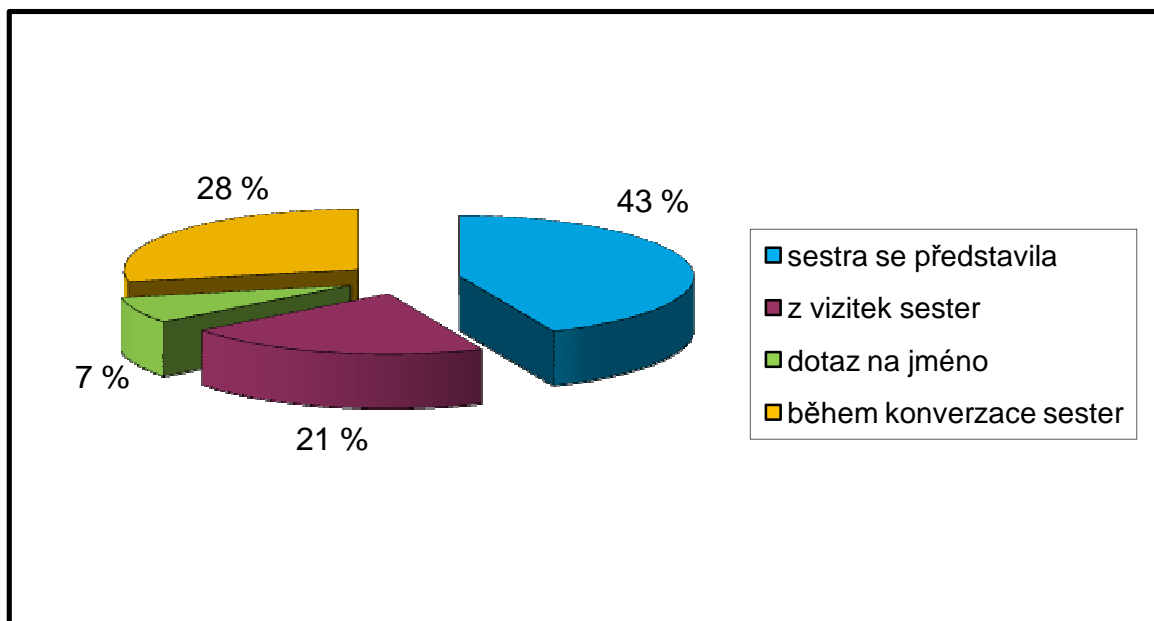
Znalost jmen	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Znalost celých jmen všech sester	0	0
Znalost jmen některých sester	14	35
Nezná jména sester	26	65



Graf 6. Znalost jmen všeobecných sester

Tabulka 11. Jak se respondenti dověděli jména sester?

Způsob získání znalosti jména sester	Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	
Sestra se představila	muži	4	29	43
	ženy	2	14	
Z vizitek sester	muži	2	14	21
	ženy	1	7	
Dotaz na jméno	muži	1	7	7
	ženy	0	0	
Během konverzace sester	muž	3	21	28
	ženy	1	7	



Graf 7. Jak se respondenti dověděli jména sester?

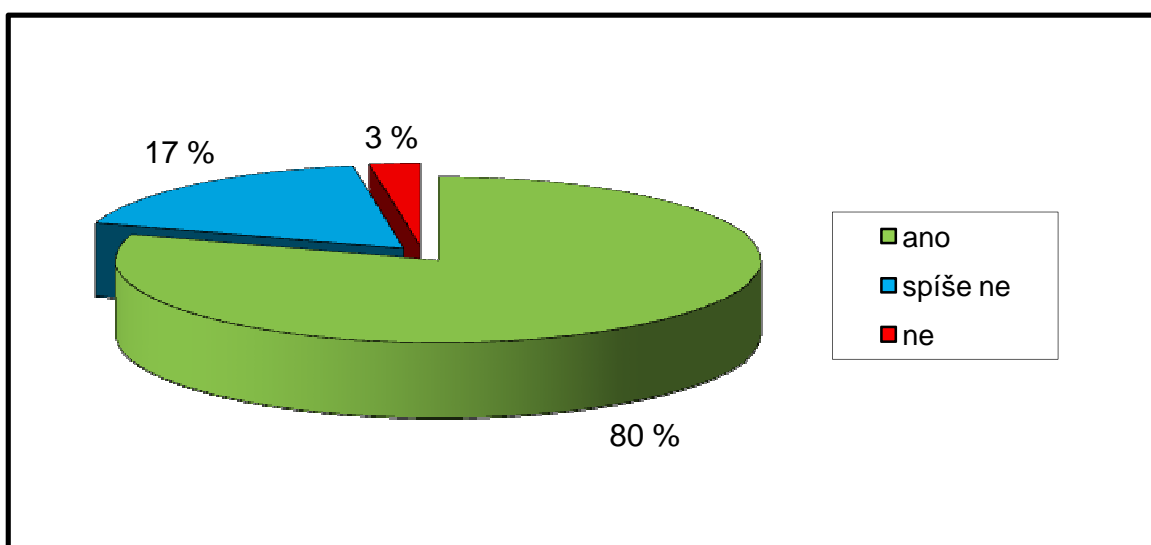
14 respondentů (4 ženy, 10 mužů) projevilo znalost jmen (35 %). Z toho 2 respondenti znali celá jména některých sester (2 muži) a 12 respondentů znalo některá křestní jména všeobecných sester (4 ženy, 8 mužů). Z těchto 14 respondentů dále uvedlo 6 respondentů (2 ženy, 4 muži), že se jim všeobecná sestra představila (48 %), 4 respondenti (1 žena, 3 muži) zaslechli jména všeobecných sester při komunikaci mezi sestrami (28 %), 3 respondenti (1 žena, 2 muži) si jméno přečetli na vizitkách všeobecných sester (21 %) a 1 respondent (muž) se na jména sester zeptal (7 %).

26 respondentů (16 žen, 10 mužů) uvedlo, že jména nezná (65 %).

Položka č. 7. Seznamují Vás všeobecné sestry s výkonem, který u Vás hodlají provádět?

Tabulka 12. Seznamují Vás všeobecné sestry s výkonem, který u Vás hodlají provádět?

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	32	80
Spíše ne	7	17
Ne	1	3



Graf 8. Seznamují Vás všeobecné sestry s výkonem, který u Vás hodlají provádět?

32 respondentů (14 žen, 18 mužů) odpovědělo „Ano“ (80 %). Tito respondenti odpovídali pohotově, sestry jim vždy oznámí, jaký výkon u nich hodlají provádět. 6 z těchto respondentů (4 ženy, 2 muži) vyjádřilo chválu nad ochotou a péčí všeobecných sester.

7 respondentů (5 žen, 2 muži) se tvářilo při odpovědi nejistě (17 %), jejich odpověď byla zaznamenána jako spíše ne.

1 respondentka (žena) odpověděla na otázku „Ne“ (3 %), měla pocit, že když se sester na něco ptá, jsou ony pak velmi neochotné.

Vyjádření respondentů:

„...sestra Irena má vždycky hodně na spěch, vtrhne do pokoje jako vítr, mám dojem, že je nervózní, jak dlouho mi trvá, než se otočím na bok, ale rychleji to nezvládnou...“

„...no víte, já se neptám, nechci obtěžovat, však sestřičky vědí, co dělají...“

„...této sestry se na nic neptám, tváří se jako kaktus...“

„...vždycky se leknu, když spím a sestra ze mě kvůli injekci strhne peřinu...“

„...když se zeptám, sestřičky mi vždycky odpoví...“

„...sestra ráno přišla a požádala mě o spolupráci při odběru krve. Rád bych věděl, k čemu se ta krev brala, ale nechtěl jsem zdržovat, protože měla na spěch...“

„...sestra prováděla něco s hadičkou na odtok moči, nevím proč se to dělo, ale ona jistě ví, co dělá...“

„...nerozuměla jsem, proč si nemám lehat na pravý bok, ale snažila jsem se obracet na druhou stranu, aby se na mě sestry nezlobily...“

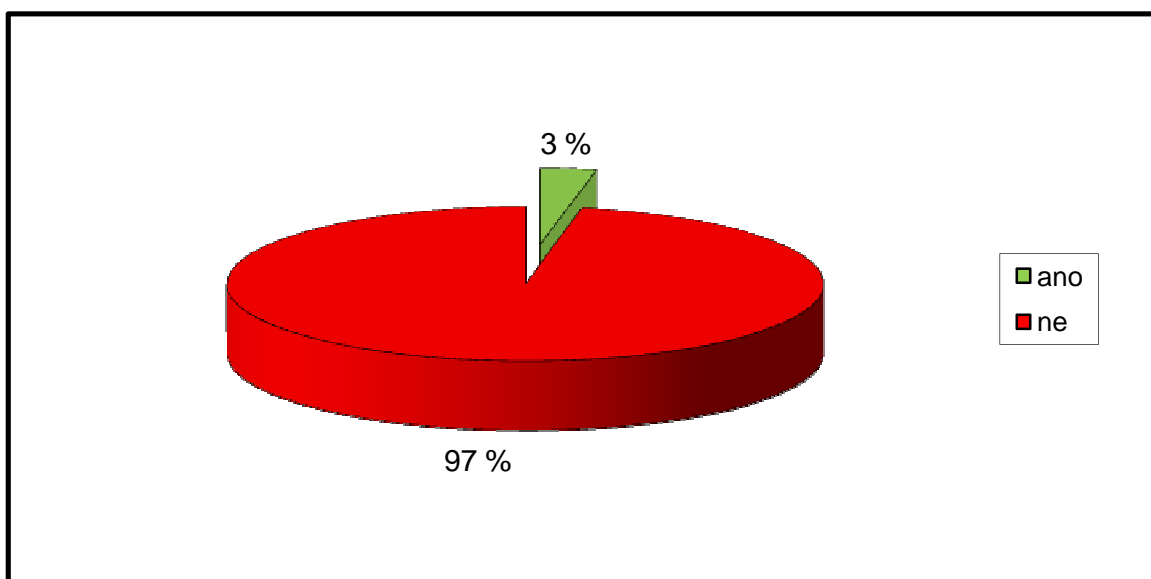
„...sestřičky jsou tady moc milé, vždycky se mnou zažertují...“

„...dávají mi na bércové vředy často různé materiály nebo masti, zajímalo by mě, proč se to tak často střídá. Ptala jsem se sestřičky a ona mi jen řekla, že to rozhoduje paní doktorka...“

Položka č. 8. Setkal/a jste se někdy s porušením povinné mlčenlivosti ze strany všeobecných sester?

Tabulka 13. Setkal/a jste se někdy s porušením povinné mlčenlivosti ze strany všeobecných sester?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	1	3
Ne	39	97



Graf 9. Setkal/a jste se někdy s porušením povinné mlčenlivosti ze strany všeobecných sester?

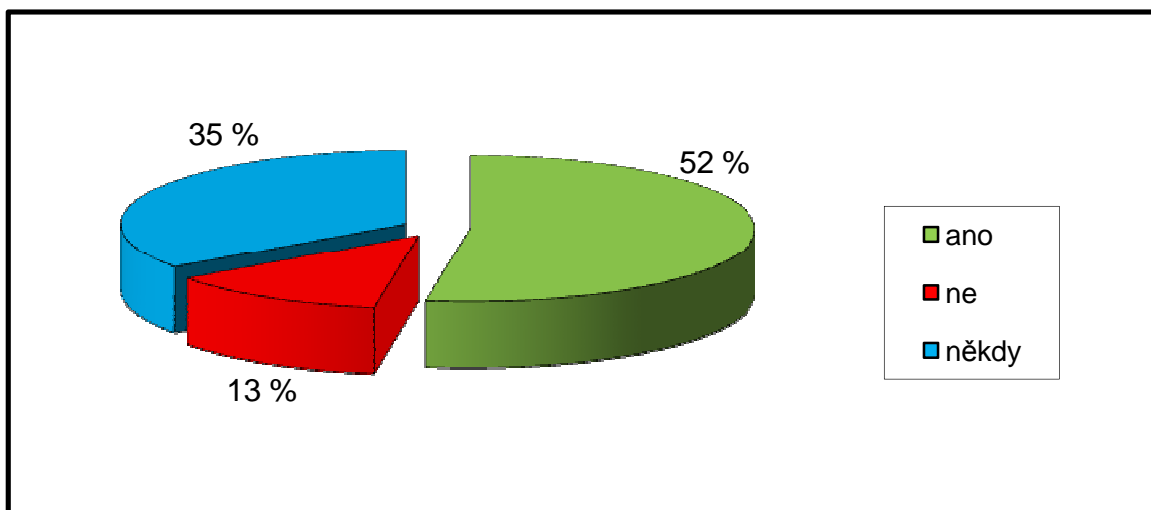
27 respondentů (15 žen, 12 mužů) nevědělo, co si mají pod pojmem povinná mlčenlivost představit. Muselo jim to být ozřejmeno. Poté celkově 39 respondentů (20 žen, 19 mužů) odpovědělo, že se s porušením povinné mlčenlivosti ze strany všeobecných sester neseťkali (97 %).

Pouze 1 respondent (muž) odpověděl, že se s takovou situací setkal (3 %), vzpomněl si na konverzaci, kterou s ním vedla sestra na pokoji před ostatními pacienty. Týkala se jeho prodělané operace prostaty. Pacient měl pocit narušení intimity, uvítal by, kdyby s ním taková témata byla probírána v soukromí. Při konverzaci respondent uhýbal pohledem, často se odmlčoval.

Položka č. 9. Respektují všeobecné sestry při ošetrovatelské péči Vaši intimitu a stud?

Tabulka 14. Respektují všeobecné sestry při ošetrovatelské péči Vaši intimitu a stud?

Odpověď	Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	
Ano	muži	12	30	52
	ženy	9	22	
Ne	muži	2	5	13
	ženy	3	8	
Někdy	muži	6	15	35
	ženy	8	20	



Graf 10. Respektují všeobecné sestry při ošetrovatelské péči Vaši intimitu a stud?

Na dotaz odpovědělo 21 respondentů (9 žen, 12 mužů) „Ano“ (52 %).

5 respondentů (3 ženy, 2 muži) odpovědělo na dotaz „Ne“ (13 %).

U 14 respondentů (8 žen, 6 mužů) byla zaznamenána odpověď „Někdy“, záleželo na sestře, která o ně v danou chvíli pečovala (35 %).

Jedna z respondentek potřebujících pomoc při chůzi vzhledem k nestabilitě uvedla: „...bylo mi velmi nepříjemné, když mě sestra při ranní hygieně pomohla přejít na WC křeslo a nechala mě na něm nahou sedět. Požádala jsem ji před tím o čistou košili, a tak mi před jejím donesením nejprve vysvlékla tu ušpiněnou. Nevadilo mi tak moc, že jsem nahá, co už na staré babce kdo uvidí, ale byla mi zima...“

Jiná respondentka považovala za velmi trapné používat před ostatními pacientkami WC křeslo umístěné v pokoji pro vykonání velké potřeby: „...několikrát jsem žádala sestru,

aby mě doprovodila na záchod. Ale sestra měla moc práce a řekla, že mám používat WC křeslo, když tam sama nedojdu...“

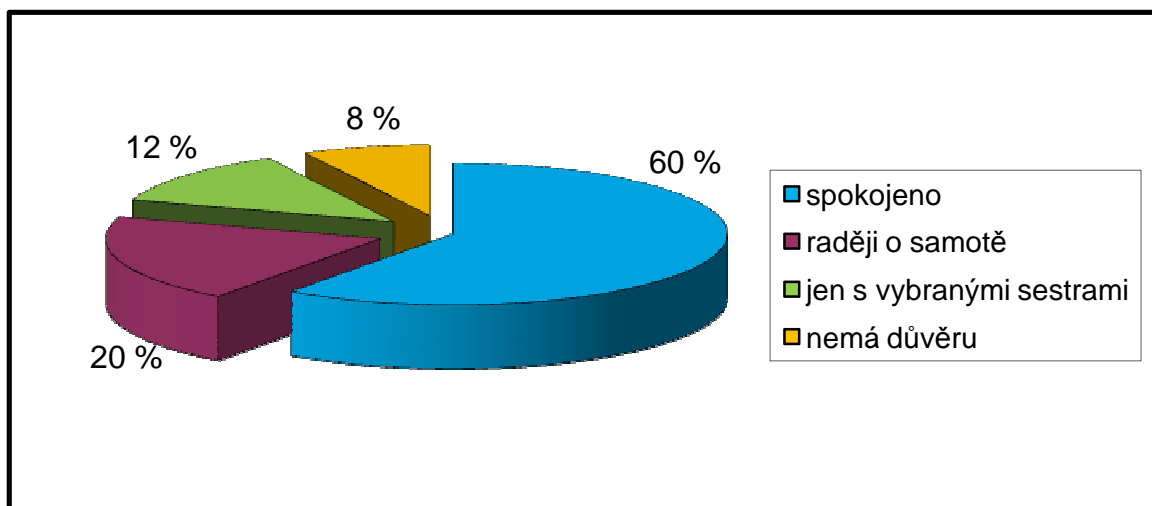
Jeden z dotazovaných mužů přiznal pocit velkého studu při výměně jednorázových plen. Už samotný fakt částečné inkontinence v něm vyvolával pocity méněcennosti, navíc skutečnost, že o něj v intimních partiích pečují ženy, popsal jako trapnou.

Jinému respondentu vadilo, že byl sestrou před ostatními pacienty pokárán za znečištěnou plenu, při výpovědi se mračil.

Položka č. 10. Uved'te, jakým způsobem jsou Vám sdělovány důvěrné informace.

Tabulka 15. Uved'te, jakým způsobem jsou Vám sdělovány důvěrné informace

Kde jsou informace sdělovány	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
V rámci vizity	38	95
Na ošetřovně	2	5



Graf 11. Spokojenost pacientů se sdělováním informací

Bylo zjištěno, že informace spojené se zdravotním stavem, léčbou a ošetřovatelskou činností byly podávány lékařem a všeobecnou sestrou na pokoji v rámci vizity (95%). Pouze 2 chodící pacientky se informují na věci, které je zajímají, na vyšetřovně, kde zdravotnický personál vyhledají (5%).

24 respondentů (12 žen, 12 mužů) s tímto podáváním informací souhlasilo (60%), vyjádřili spokojenost s tím, že se tyto informace pravidelně dozvídají a mohou se na ně zeptat.

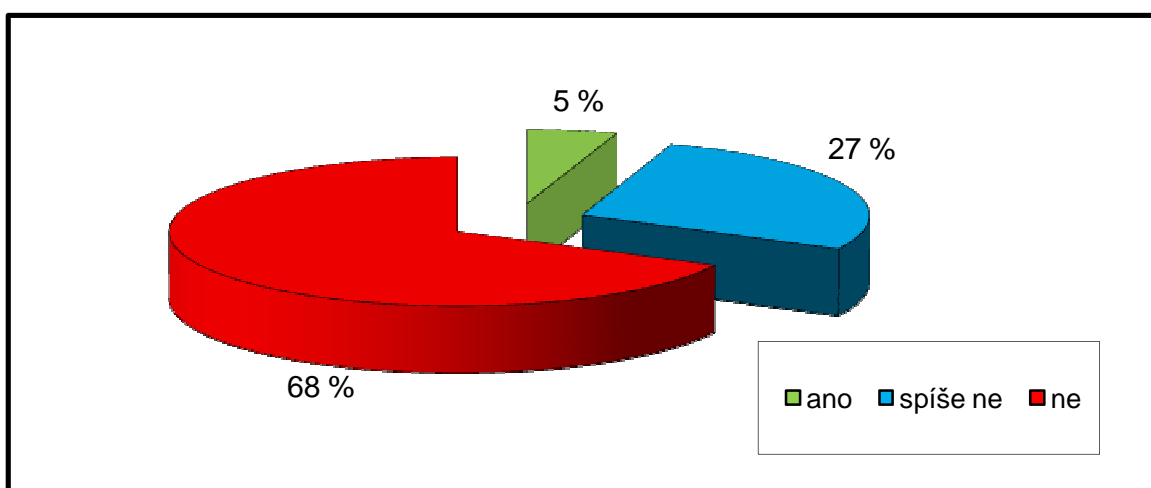
8 respondentů (3 ženy, 5 mužů) vyjádřili přání diskutovat o svém zdravotním stavu a léčbě o samotě, aby nebyli při konverzaci rušeni (20%).

5 respondentům (4 ženy, 1 muž) nezáleželo na místě podání informací nebo místě vedení důvěrného rozhovoru, pouze by se o těchto věcech chtěli bavit s vybranými sestrami, protože ne všechny jsou ochotny je vyslechnout a podat jim srozumitelné informace (12%).

3 z respondentů (1 žena, 2 muži) neměli důvěru ve všeobecné sestry (8%). Žena se při odpovědi rozpačitě usmívala, zdálo se jí, že sestry nemají zájem poslouchat její starosti. Jeden z mužů zažertoval, že se nespověoval ani manželce, a druhý muž nechtěl dotaz dále rozvíjet.

Položka č. 11. Jste zapojován/a do rozhodování o léčbě a ošetřování?Tabulka 16. *Jste zapojován/a do rozhodování o léčbě a ošetřování?*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	2	5
Spíše ne	11	27
Ne	27	68

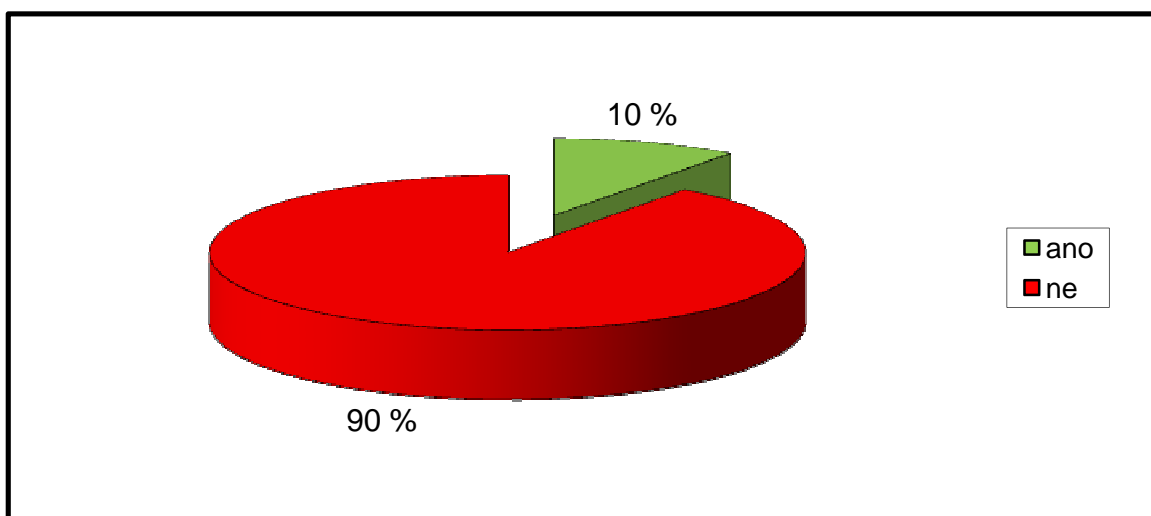
Graf 12. *Jste zapojován/a do rozhodování o léčbě a ošetřování?*

Jak vypovídá graf, je zapojování geriatrických pacientů do rozhodování o léčbě a ošetřování nedostačující, převážná většina 27 dotazovaných geriatrických pacientů (68 %) zapojeno do rozhodování nebylo, u 11 pacientů (27 %) byla zaznamenána odpověď „Spíše ne“, zastávali názor, že o věcech týkajících se zdravotních záležitostí rozhoduje zásadně lékař, nikdy je nenapadlo o těchto záležitostech diskutovat a 2 pacientky (5 %) odpověděly, že se mohou podílet na léčbě. Jedna z nich si po dohodě s lékařem sama dle svého aktuálního stavu korigovala užívání analgetik. Druhá pacientka hospitalizovaná s bérčovými vředy se podílela na rozhodování o druhu převazového materiálu, který byl obstaráván v některých případech za spolupráce rodiny.

Položka č. 12. Setkal/a jste se někdy osobně s hrubým fyzickým zacházením ze strany všeobecných sester?

Tabulka 17. Setkal/a jste se někdy osobně s hrubým fyzickým zacházením ze strany všeobecných sester?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	4	10
Ne	36	90



Graf 13. Setkal/a jste se někdy osobně s hrubým fyzickým zacházením ze strany všeobecných sester?

Z výsledků této položky vyplývá, že převážná většina respondentů (90 %) se s hrubým fyzickým násilím ze strany všeobecných sester nesetkalo. Pouze 4 respondenti (3 ženy, 1 muž) uvedli případy, které za hrubé jednání sester považovali (7 %).

Vyjádření respondentů:

„...sestra byla při ranní hygieně chováním nepříjemná, mračila se, nekomunikovala. Strhla mi prudce z ruky náplast po odběru krve. Mám prý pergamentovou kůži, strhla mi ji i s náplastí, rána dlouho krvácela a teď se mi nějak nechce hojit...“

„...měla jsem pocit, že se mnou sestra při hygieně moc smýká. Nedovedu se tak rychle pohybovat, bolí mě nohy...“

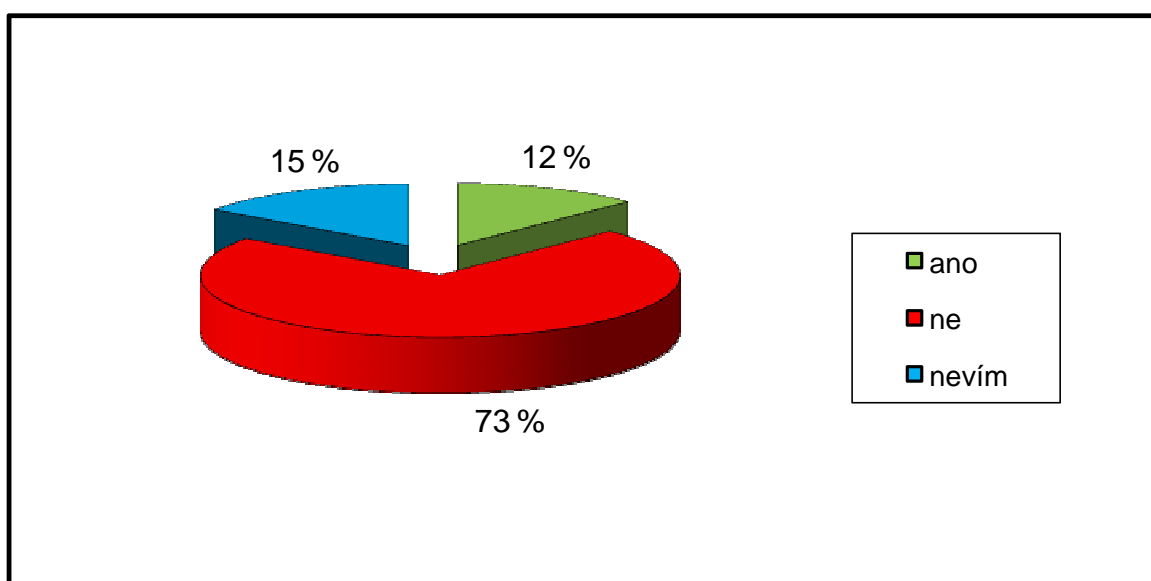
„...říkala jsem sestře, aby mě za pravou ruku nechytila, protože mě moc bolí, přesto mě za ni táhla do sedu a zlobila se, že jí moc nepomáhám...“

„...sestra mi u česání trhala vlasy, měla jsem je zakudlané, bolelo to, chtěla jsem, aby mi ty vlasy raději ustříhla...“

Položka č. 13. Stalo se Vám někdy, že s Vámi některá z všeobecných sester mluvila hrubě nebo netaktně?

Tabulka 18. Stalo se Vám někdy, že s Vámi některá z všeobecných sester mluvila hrubě nebo netaktně?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	5	12
Ne	29	73
Nevím	6	15



Graf 14. Stalo se Vám někdy, že s Vámi některá z všeobecných sester mluvila hrubě nebo netaktně?

Výsledky této položky vypovídají o tom, že dochází k pochybení všeobecných sester při komunikaci s geriatrickými pacienty. Z celkového počtu 40 respondentů odpovědělo 29 respondentů (16 žen, 13 mužů), že s nimi sestry nikdy hrubě nemluvily (73 %), 6 respondentů (1 žena, 5 mužů) si na situace spojené s hrubým nebo netaktním chováním sester nevzpomnělo (15 %), 5 respondentů (3 ženy, 2 muži) odpovědělo, že se s takovýmto jednáním sester setkali (12 %). V těchto případech se jednalo buď o neochotu sester, nebo jejich slovní reakci snižující důstojnost daného geriatrického pacienta.

Vyjádření respondentů:

„...někdy se mi stane, že tvrdě usnu a po probuzení nestihnu dojít na WC křeslo, cítím se trapně za mokrou postel, ale nedokážu to močení zastavit. Nedávno na mě za to sestra zvy-

šovala hlas, ostatní pacientky se pak ke mně nechovaly přátelsky, říkají, že na pokoji smrdí moč a musí se kvůli mně pořád větrat... “

„...zeptala jsem se sestry, jestli by mi mohla pomoci z křesla zpátky do postele, protože jsem už unavená. Odpověděla mi, že ona je taky unavená a nemá čas se se mnou tahat, budu muset sedět až do oběda... “

„...požádal jsem sestru o krajíc chleba navíc, mívám večer hlad, sestra rozčíleně argumentovala, že nejsme v hotelu... “

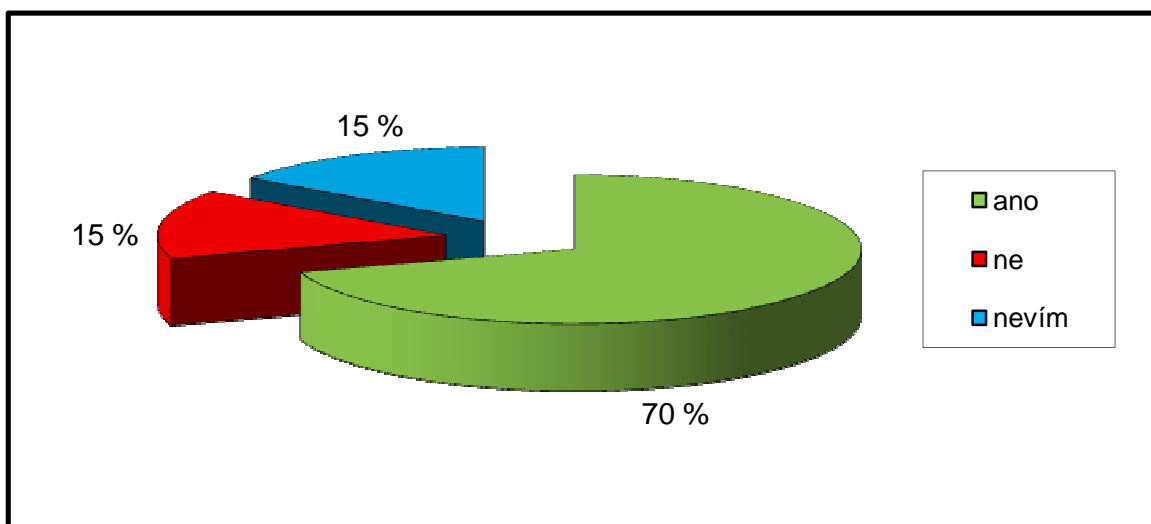
„...večer mi dali nějaké projímadlo, protože jsem nebyl 3 dny na stolici. Ráno jsem dostal strašný průjem, znečistil jsem lůžko i pyžamo. Sestra otevřela okna a neustále vykřikovala: ‘fuj, to je smrad. Styděl jsem se před ostatními pacienty... “

„...chtělo se mi na záchod, měla jsem strach zazvonit na sestru, zrovna měla službu jedna taková protivná. Myslela jsem, že to zvládnou sama, ale zatočila se mi hlava a spadla jsem na zem. Sestra na mě křičela... “

Položka č. 14. Měla jste možnost vyjádřit své stanovisko či přání k provádění ošetrovatelské činnosti?

Tabulka 19. Měla jste možnost vyjádřit své stanovisko či přání k provádění ošetrovatelské činnosti?

Odpověď	Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	
Ano	muži	15	37,5	70
	ženy	13	32,5	
Ne	muži	3	7,5	15
	ženy	3	7,5	
Nevím	muži	2	5	15
	ženy	4	10	



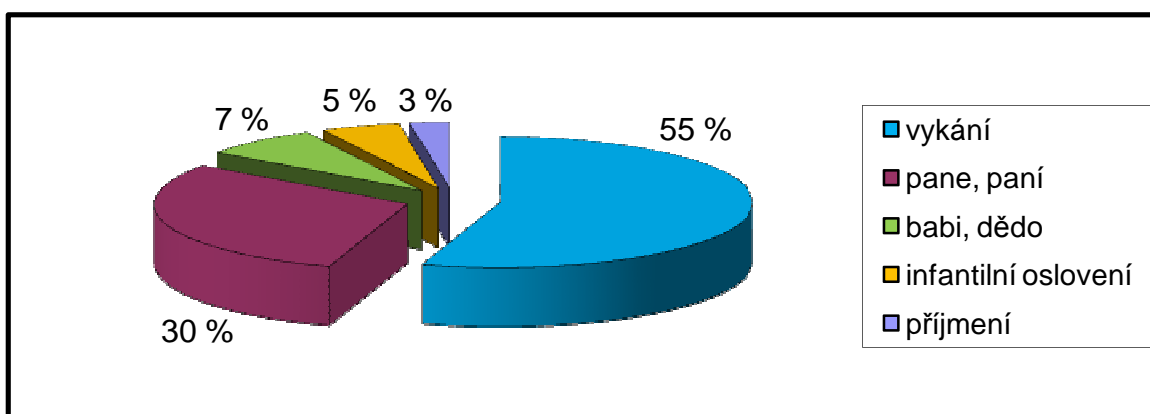
Graf 15. Měla jste možnost vyjádřit své stanovisko či přání k provádění ošetrovatelské činnosti?

Z celkové počtu tázaných odpovědělo 28 respondentů (70 %), že měli možnost vyjádřit svůj názor, který byl následně zdravotnickým personálem respektován, 6 respondentů (15 %) odpovědělo „Nevím“ nikdy se k provádění ošetrovatelské činnosti nevyjadřovali, ani je nenapadlo, že by mohli na toto téma se zdravotníky diskutovat, zbylých 6 respondentů (15 %) odpovědělo „Ne“, důvodem mohly být pochybnosti, zda by někdo jejich názor vyslechl.

Položka č. 15. Jakým způsobem Vás všeobecné sestry na tomto oddělení oslovují?

Tabulka 20. Jakým způsobem Vás všeobecné sestry na tomto oddělení oslovují?

Způsob oslovení	Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	
Vykání	muži	10	25	55
	ženy	12	30	
Pane, paní	muži	7	17	30
	ženy	5	13	
Babi, dědo	muži	2	5	7
	ženy	1	2	
Infantilní oslovení	muži	0	0	5
	ženy	2	5	
Příjmení	muži	1	3	3
	ženy	0	0	



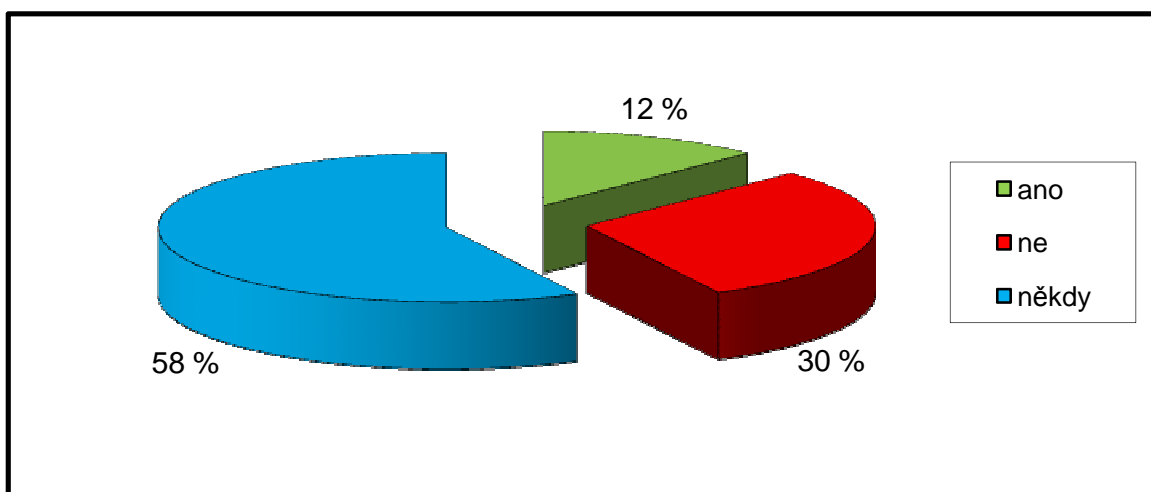
Graf 16. Jakým způsobem Vás všeobecné sestry na tomto oddělení oslovují?

Jak vyplývá z grafu, nejčastěji a to v 55 % se geriatričtí pacienti setkávají ze strany všeobecných sester s vykáním, 30 % pacientů sestry oslovují „pane, paní“, oslovení „babi, dědo“ bylo zaznamenáno u 7 % pacientů, 5 % tázaných nazývaly sestry infantilně, používaly výrazy typu „drahoušku, zlatíčko“. Pouze 1 muž byl osloven sestrou příjmením. Zastoupení mužů a žen je znázorněno v Tabulce 20.

Při osloveních babi, dědo, beruško, zlatíčko, drahoušku a oslovení příjmením byl respondentům položen dotaz, zda jim takováto oslovení vadí. 4 respondentům na oslovení nezáleželo, vnímali hlavně zabarvení hlasu, kterým s nimi sestra hovořila, pouze 2 mužům se takovéto oslovení zdálo nedůstojné, přáli by si, aby jim sestry vykaly.

Položka č. 16. Najdou si všeobecné sestry dostatek času, aby Vás vyslechly?*Tabulka 21. Najdou si všeobecné sestry dostatek času, aby Vás vyslechly?*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	5	12
Ne	12	30
Někdy	23	58

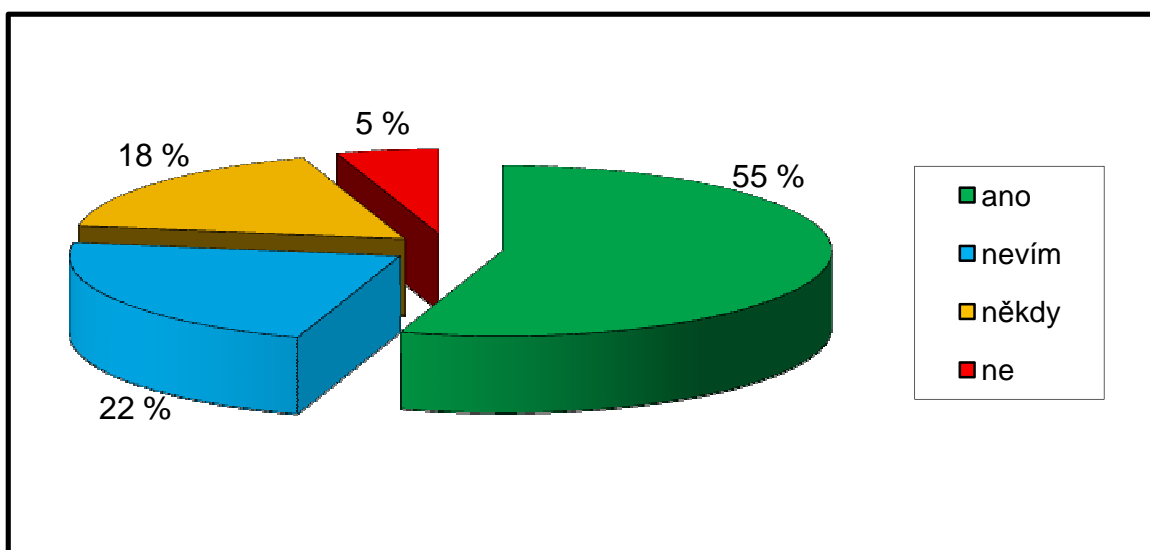
*Graf 17. Najdou si všeobecné sestry dostatek času, aby Vás vyslechly?*

Z rozhovoru byla zjevná citlivost vnímání geriatrických pacientů k chování všeobecných sester, 58 % respondentů vypovědělo, že si sestry někdy čas najdou, záleží na osobnostech a komunikativních vlastnostech jednotlivých sester, 30 % pacientů zastávalo názor, že všeobecné sestry nejsou ochotny je vyslechnout, pouze 5 % pacientů by charakterizovalo všeobecné sestry na daném oddělení jako milé a vstřícné.

Položka č. 17 Jsou všeobecné sestry ochotny vysvětlit Vám věci, kterým v souvislosti s ošetrovatelskou péčí nerozumíte?

Tabulka 22. Jsou všeobecné sestry ochotny vysvětlit Vám věci, kterým v souvislosti s ošetrovatelskou péčí nerozumíte?

Odovědi	Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	
Ano	muži	10	25	55
	ženy	12	30	
Nevím	muži	3	7	22
	ženy	6	15	
Někdy	muži	5	13	18
	ženy	2	5	
Ne	muži	2	5	5
	ženy	0	0	

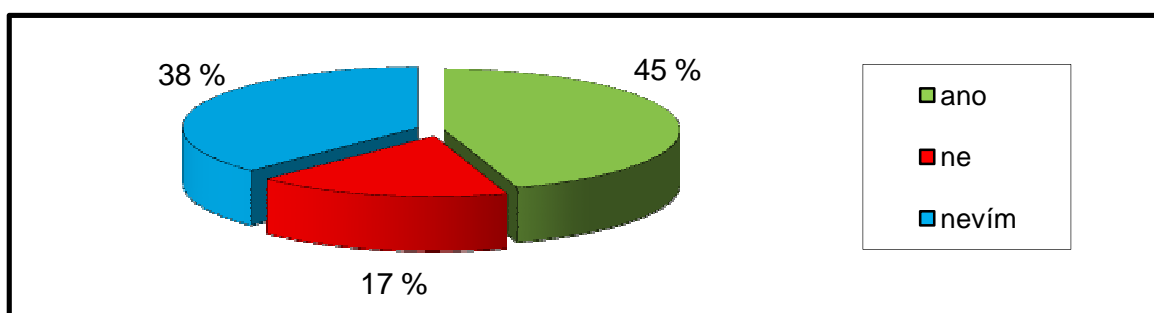


Graf 18. Jsou všeobecné sestry ochotny vysvětlit Vám věci, kterým v souvislosti s ošetrovatelskou péčí nerozumíte?

Z celkového počtu tázaných respondentů odpovědělo 22 respondentů „Ano“ (55 %), 9 respondentů se vyjádřilo nejistě, nedovedli otázku posoudit (22 %), proto byla odpověď zařazena jako „Nevím“. 7 respondentů odpovědělo „Někdy“ (18 %). 2 respondentům připadaly sestry na daném oddělení neochotné (5 %).

Položka č. 18. Byl/a jste seznámena s návazností léčby po propuštění z nemocnice?Tabulka 23. *Byl/a jste seznámen/a s návazností léčby po propuštění z nemocnice?*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	18	45
Ne	7	17
Nevím	15	38

Graf 19. *Byl/a jste seznámen/a s návazností léčby po propuštění z nemocnice?*

18 respondentů (45 %) bylo seznámeno s pokračováním léčby po ukončení hospitalizace. U těchto respondentů se ve většině případů jednalo o pacienty, kteří měli být propuštěni do domácí péče, jejich rodinní příslušníci je pravidelně navštěvovali a projevovali zájem o zdravotní i psychický stav „svých seniorů“. 15 respondentů (38 %) odpovědělo na otázku, že informováni byli, ale nebyli si jistí, zda podané informace správně pochopili, ani neměli ucelenou představu, jak bude jejich léčba dále probíhat. 7 respondentů (17 %) s návazností léčby po propuštění seznámeno nebylo.

Vyjádření respondentů:

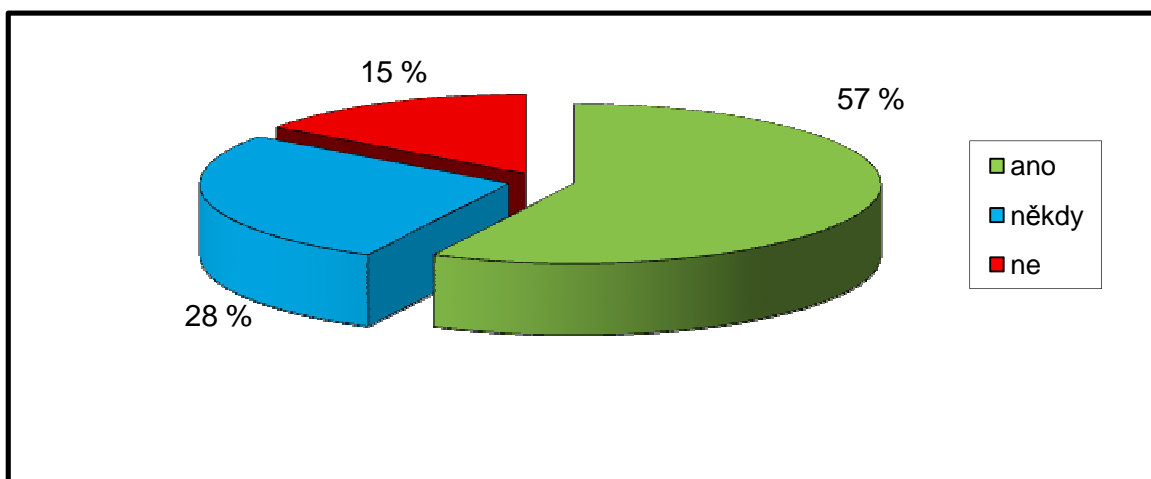
„...chtějí mě převést do nějakého domova, ale já přece mám kde bydlet, co bude s mým dvoupokojovým bytem, proč se tam nemůžu vrátit?“

„...nevím, co si doma sama počnu, dcera je až do večera v práci...“

Položka č. 19. Pomáhají Vám všeobecné sestry při úkonech, které nejste schopni/zvládnout sám/sama?

Tabulka 24. Pomáhají Vám všeobecné sestry při úkonech, které nejste schopni/zvládnout sám/sama?

Odpovědi	Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	
Ano	muži	10	25	57
	ženy	13	32	
Někdy	muži	9	23	28
	ženy	2	5	
Ne	muži	1	2	15
	ženy	5	13	



Graf 20. Pomáhají Vám všeobecné sestry při úkonech, které nejste schopni/zvládnout sám/sama?

Největší skupinu respondentů tvořili dotazovaní, kteří zastávali názor, že jim sestry při úkonech, které nejsou schopni zvládnout sami, pomáhají. Tato skupina byla zastoupena více než polovinou respondentů a to 57 %. Menší část tvořili ve 28 % respondenti, kteří hodnotili ochotu sester opět podle osobnosti dané sestry. To znamená, že někdy jim byly sestry ochotny pomoci. V 15 % se respondenti setkali s neochotou sester.

23 z respondentů, kteří odpověděli na dotaz "Ano", zastávalo názor, že jim sestry vždy ochotně vyhoví, pokud je požádají.

Vyjádření respondentů:

„...sestry na tomto oddělení nejsou ochotné, raději si všechno udělám sám...“

„...tady jsou sestřičky moc milé, když vidí, že něco nemůžu udělat sama, hned ochotně pomůžou...“

„...já tady mám oblíbené dvě sestřičky, vždycky na ně počkám a ony mně všechno udělají...“

„...raději se snažím zvládnout to sám, je lepší nepokoušet tu černovlasou hubatou sestru...“

Položka č. 20. Víte, jestli jsou na tomto oddělení dané návštěvní hodiny?*Tabulka 25. Víte, jestli jsou na tomto oddělení dané návštěvní hodiny?*

Odpovědi	Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	muži	12	30
	ženy	16	40
Ne	muži	8	20
	ženy	4	10

Většina respondentů rozmezí návštěvních hodin znala, jednalo se o 28 respondentů (70 %), důvodem znalosti časového rozmezí návštěvních hodin byly pravidelné návštěvy rodinných příslušníků nebo přátel, na které se těšili. Zbýlých 12 respondentů (30 %) nemělo o časovém určení žádné povědomí.

Položka č. 21. Chtěla byste, aby Vás rodina a přátelé mohli navštívit kdykoli během dne?*Tabulka 26. Chtěla byste, aby Vás rodina a přátelé mohli navštívit kdykoli během dne?*

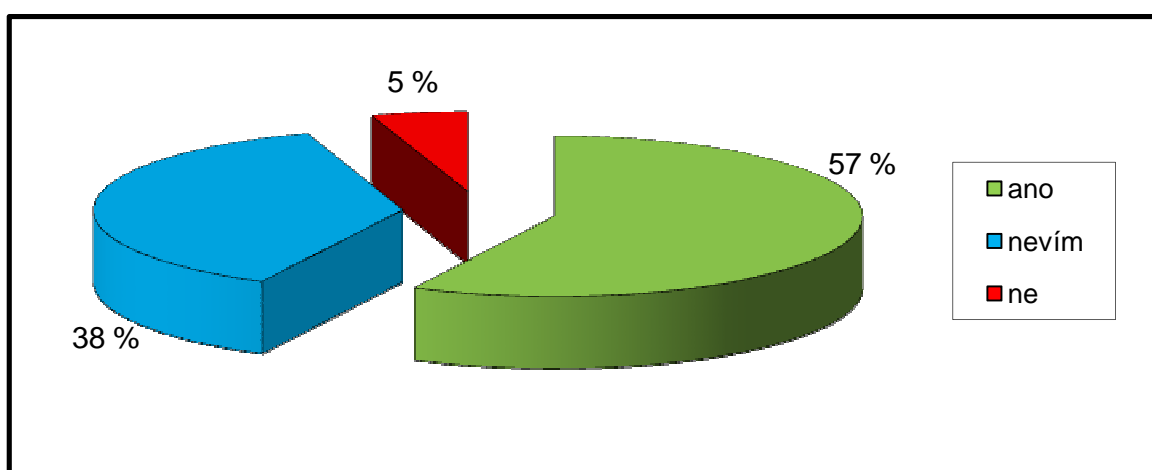
Odpovědi	Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	muži	17	43
	ženy	19	47
Nevím	muži	3	7
	ženy	1	3

Z odpovědí je patrné, že větší část tázaných respondentů a to 90 % by si přálo, aby je mohli známí lidé navštěvovat kdykoli během dne. Pouze 10 % respondentů na tom nezáleželo, šlo o pacienty, které nikdo nenavštěvoval, ať už z důvodů vztahových, nebo proto, že neměli žádné příbuzné.

Položka č. 22. Myslíte si, že jsou na tomto oddělení práva pacientů dodržována?

Tabulka 27. Myslíte si, že jsou na tomto oddělení práva pacientů dodržována?

Odpovědi	Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	
Ano	muži	12	30	57
	ženy	11	27	
Nevím	muži	6	15	38
	ženy	9	23	
Ne	muži	2	5	5
	ženy	0	0	



Graf 21. Myslíte si, že jsou na tomto oddělení práva pacientů dodržována?

57 % respondentů se s porušením práv pacientů na daném oddělení nesetkalo, 38 % respondentů odpovědělo na otázku „Nevím“, 5 % respondentů mělo pocit, že v jejich případě byla práva porušena.

Tito respondenti měli potřebu mně sdělit, s jakým porušením práv se při hospitalizaci setkali. Oba měli pocit, že se jim často nedostává soukromí a je narušena intimita, nebere se dostatečně ohled na stud pacientů.

8.1 Vyhodnocení demografických otázek

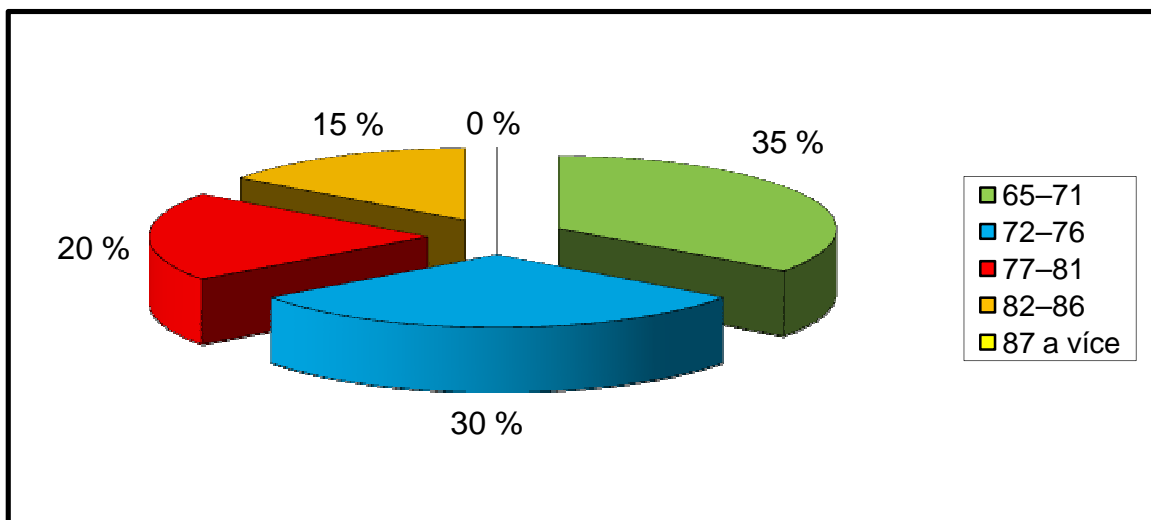
Položka č. 23. Pohlaví respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo 40 respondentů (20 žen, 20 mužů).

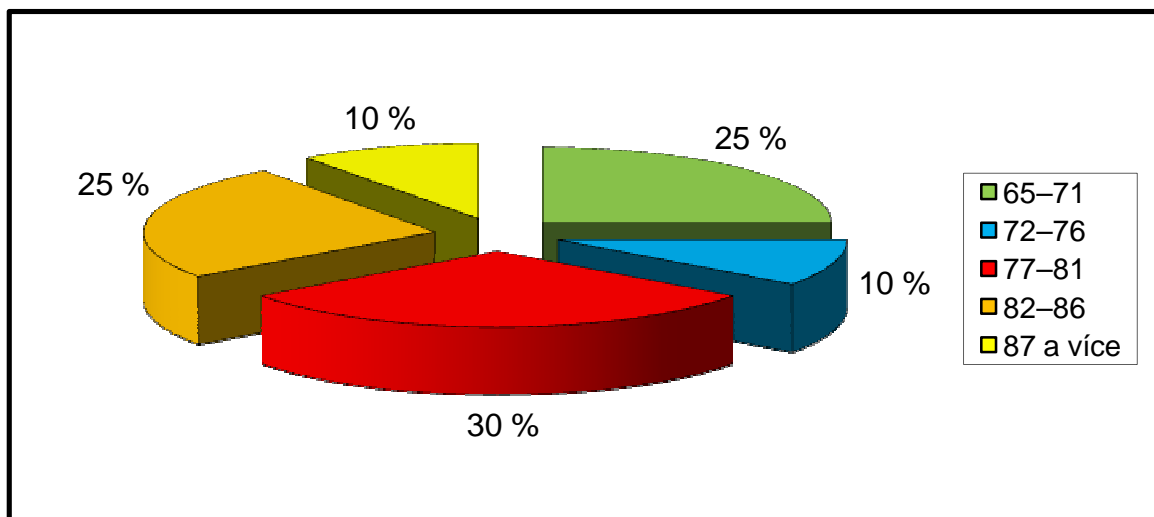
Položka č. 24. Věk respondentů

Tabulka 28. Rozdělení respondentů podle věku a pohlaví

Věková kategorie	Absolutní četnost muži (n)	Relativní četnost muži (%)	Absolutní četnost ženy (n)	Relativní četnost ženy (%)
65–71	7	35	5	25
72–76	6	30	2	10
77–81	4	20	6	30
82–86	3	15	5	25
87 a více	0	0	2	10



Graf 22. Věkové kategorie mužských respondentů



Graf 23. Věkové kategorie ženských respondentů

Nejvíce mužů bylo z věkové kategorie 65-71 let, nejvíce žen pak z věkové kategorie 77-81 let. Naopak žádný muž nebyl v kategorii 87 a více let, nejméně žen bylo ve dvou kategoriích a to 72-76 let a 87 a více let.

9 HODNOCENÍ POZOROVÁNÍ

Účelem pozorování bylo zjistit, zda dochází v rámci ošetrovatelské péče ze strany všeobecných sester u geriatrických patientek k porušování práv pacientů.

Výzkumný vzorek tvořilo 6 patientek, polovina z nich se nacházela v režimu ležících a polovina v režimu chodících. Jednotlivé kazuistiky pomáhají výzkumný vzorek charakterizovat, jejich účelem je také přiblížení specifík ošetrovatelské péče prováděné u vybraných patientek.

Pozorováním byly zjištěny závažné nedostatky v kvalitě péči poskytované geriatrickým pacientům ze strany všeobecných sester jako i v opomíjení samotných práv pacientů. Chování těchto sester by se v mnohých případech dalo hodnotit jako silně neetické, úroveň komunikace s geriatrickým pacientem jako nedostatečná, přístup k ležícím pacientům se zdál být málo empatický. Nelze však hodnotit všeobecné sestry jako celek, stejně jako v jiných profesích i zde se našli sestry profesionálky, které vkládaly do své práce lidský přístup, využívaly svých zkušeností. Tyto sestry poskytovaly péči kvalitní, při které respektovali své pacienty i jejich důstojnost. Na druhou stranu se ovšem na oddělení našly i sestry, které se jevily jako nevhodné pro práci s geriatrickými pacienty pro svou psychickou nevyrovnanost a některé záporné charakterové vlastnosti, které se projevovali sníženou mírou trpělivosti při péči o geriatrické pacientky, častou vznětlivostí, nepřiměřenými reakcemi na danou situaci a netaktní komunikací nebo až hrubostí při práci s těmito pacienty.

Ze záznamů pozorování (viz. přílohy P VIII – P XIII) je zjevné, že více byla nedodržována práva pacientů v případě patientek s pohybovým režimem ležících. Při manipulaci s těmito pacientkami často docházelo ze strany sester k uplatňování hrubé síly, která ve svém důsledku vyvolávala pocit nekomfortu ležících patientek, v některých případech až bolest s možností poškození.

Bylo vypořádáno, že u geriatrických patientek dochází nejčastěji k narušení intimity a studu, závažné nedostatky se projeví také v oblasti ohleduplného a odborného přístupu všeobecných sester, v informovanosti patientek.

Tabulka 29. Pacientka A, Pohybový režim: ležící

Anamnestické údaje		
Věk: 89 let	Váha: 71 kg	Výška: 169 cm
Přijata z chirurgického oddělení, status po ischemické CMP s pravostranným postižením.		
Lékařské diagnózy: hypertenze III. stupně, těžká vaskulární demence, ICHS.		
Operace: rozrušení srůstů v dutině břišní, revize pro peritonismus.		
Farmakoterapie: Furosemid 40 mg, Tramal 100 mg, Vasokardin 200 mg, Helicid 20 mg, Milurid 100 mg, Tiapridal 100 mg, Augmentin 1 g, Humolin R dle ordinace.		
Výživa		
Pro nepřijem potravy zaveden na chirurgickém oddělení PEG (nyní 32 dní), zhruba před týdnem započata snaha převést pacientku na příjem stravy per os. Nejprve podávána pouze tekutá strava, nyní přechod na kašovitou, kterou snáší velmi dobře, bez projevů nauzei. Příjem tekutin 2 litry/24 hod.		
Vylučování		
Inkontinence moči i stolice. Z důvodu počínajícího zarudnutí kůže v sakrální oblasti zaveden PMK, množství moči za 24 hod. je kolem 1800 ml, barva fyziologická. Stolice pravidelná asi po dvou dnech, konzistence, barva i zápach fyziologický.		
Aktivita		
Pacientka imobilní, hybnost zachována pouze u pravé horní a dolní končetiny. Je pasivně polohována na lůžku, používány antidekubitní pomůcky, uložena na antidekubitním lůžku. Během dopoledne vertikalizována do sedu v křesle, vertikalizaci snáší bez obtíží.		
Spánek, odpočinek		
Přes den spí zhruba 2 hodiny, večer usíná většinou do 22 hodiny, spí celou noc, probouzí se kolem 7 hodiny. K navození spánku není potřeba podávat farmaka.		
Posouzení vnímání, psychického stavu		
Při vědomí, verbálně nekomunikuje. Celkově bez projevů psychomotorického neklidu. Lze těžko posoudit stav orientace. Během 14 dnů hospitalizace zaznamenáno výrazné zlepšení v oblasti neverbální komunikace při přítomnosti ošetřovatelského personálu u lůžka, reaguje na pokyny při prováděné ošetřovatelské činnosti. Při vertikalizaci do sedu na lůžku gestikuluje obavy spojené se změnou polohy projevující se mimikou a křečovitým úchopem opory.		
Specifika ošetřovatelské péče		
Pacientku je nutno pravidelně polohovat, kůže je suchá, zatím bez porušení, pouze v sakrální oblasti aplikována Menalind pasta na zarudlou kůži. Na pravé straně břicha převazován denně defekt, sledována okolní kůže, množství a vzhled exudátu.		

V ošetrovatelské péči o pacientku A bylo zaznamenáno pochybení v informovanosti pacientky o výkonech ošetrovatelské péče, přestože tato pacientka verbálně nebyla schopna komunikovat, reagovala na slovní pokyny, svá stanoviska k jednoduchým dotazům vyjadřovala mimikou a gesty, záleželo na trpělivosti ošetřující sestry, zda má zájem pacientce porozumět a snažit se uspokojit její aktuální potřeby. Ohleduplná péče je jedním z bodů práv pacientů, v případě pacientky A byla často opomíjena, zejména v rámci nešetrné manipulace s pacientkou nebo nerespektování studu. V několika případech došlo k pochybení v profesionálním přístupu sester, jako příklad je možno uvést nesterilní převaz rány nebo nevhodná péče o PEG.

Pacientka odmítala mixovanou stravu, sestra jí páčila lžící mezi rty, zvyšovala na pacientku hlas: „...otevřete hned tu pusu...“ Ve spěchu krmení skončila značná část podávané stravy na tváři a oblečení pacientky.

Tabulka 30. Pacientka B, Pohybový režim: ležící

Anamnestické údaje		
Věk: 84 let	Váha: 70 kg	Výška: 168 cm
Přeložena z chirurgické kliniky, kde byla hospitalizována pro kontuzi pravé kyčle po pádu.		
Lékařské diagnózy: ICHS, DM na PAD – dopich inzulínu dle aktuálního odběru KC, hypertenze.		
Operace: před 10 lety operace žaludku a dvanácterníku – vředová choroba gastroduodena, 12 let po operaci kolene po úraze		
Dekubity: sakrum 10 x 10 cm II.–III. stupeň s povrchovými exkoriacemi, zarudlé okolí, PDK zevní kotník dekubitus II.–III. stupeň		
Farmakoterapie: Furosemid 40 mg, Tramal 100 mg, Vasokardin 200 mg, Helicid 20 mg, Milurid 100 mg, Tiapridal 100 mg, Augmentin 1 g, Humolin R dle ordinace.		
Výživa		
<p>Má potíže s rozmělněním stravy v ústech, i přes nasazení zubní protézy odmítá mletou stravu, obzvláště maso. Podávána diabetická mixovaná dieta. Nejeví snahu sama se najíst, nutno krmit v sedu na lůžku. Vzhledem k nechutenství podáván sipping 2× denně (Diasip).</p> <p>U pacientky zaznamenáno riziko sníženého příjmu tekutin, je nutno nabízet tekutiny po menším množství, v kratších intervalech, jako nejlepší metoda napájení se jeví použití žanetovy stříkačky. Příjem tekutin činí zhruba 1400 ml/den.</p>		
Vylučování		
<p>Inkontinence moči i stolice, používány jednorázové inkontinentní pomůcky. Vzhledem k imobilitě pacientky a vzniklému dekubitu v oblasti sakra zaveden permanentní katetr, nyní 8. den. Barva, zápach i množství moči jsou fyziologické.</p> <p>Po 5 dnech podávání nutričních doplňků se objevují přes den 3×–4× stolice řidší konzistence. Vysazen Diasip, proveden odběr stolice na bakteriologické vyšetření, pozitivita odběru neprokázána. Po třech dnech podávání Smecty a dietní stravy úprava stolice. Nyní stolice pravidelná 1× denně.</p>		
Aktivita		
<p>Imobilní, ráno vysazována do křesla, na lůžku polohována, na pokyn zdravotníka má snahu otáčet se na obě strany. Rehabilitace na lůžku, bazální stimulace. Verbálně komunikuje.</p>		
Spánek, odpočinek		
<p>Po příchodu na oddělení zaznamenán převážně noční neklid, strhává si z těla noční košili, hlasitou mluvou ruší ostatní pacientky na pokoji. Dle ordinace lékaře podávána Tiapra 4× denně + možnost v noci podat Tiapru intramuskulárně při výrazném neklidu. Během tří dnů hospitalizace zlepšení psychomotorického neklidu, dávka Tiapry snížena na 2× denně + 1 na noc dle potřeby. Většinou usíná před 22 hodinou, spánek nepřerušovaný, probouzí se kolem 6 hodiny. Přes den bdělá, občas odpoledne usne zhruba na 40 minut.</p>		

Posouzení vnímání, psychického stavu
<p>Neprojevuje sluchové obtíže, na dotazy ohledně své osoby reaguje ihned verbálně, občas jsou odpovědi nepřiléhavé, desorientovaná časem, místem. Brýle nepoužívá, nejeví zájem o četbu, zdá se, že věci v dosahu stejně jako osoby ve své blízkosti vidí zcela zřetelně. Psychicky kompenzována, během dne většinou klidná. Projevuje velkou radost při návštěvách rodiny, se zájmem naslouchá konverzaci ze strany ošetrovatelského personálu. Zaznamenány projevy bolesti při změně polohy, zdá se být stresovaná při vidině každé manipulace, vyžaduje pomalé, šetrné zacházení, je potřeba ji slovně povzbuzovat.</p>
Specifika ošetrovatelské péče
<p>Ošetrovatelská péče zaměřena na zmírnění bolesti, kterou pacientka projevuje u každého polohování sténáním a bolestnou grimasou, samotnou bolest však nedovede lokalizovat. Dle fyzikálního vyšetření tento problém způsobují nejspíše dolní končetiny, na kterých již vznikají kontraktury, odmítá je sama natahovat, po manuálním natažení je záhy staví zpět do flexe. Po nasazení Tramalu 3× denně, zaznamenáno zmírnění obtíží.</p> <p>Snahou terapeutické péče je udržet moč sterilní, močové cesty bez infekce. Močový katetr pravidelně ošetřován, jeho zavedení nezpůsobuje pacientce potíže, moč čirá, bez výrazného zápachu. Při přijetí na oddělení dobírala Augmentin pro uroinfekt způsobený Escherichii coli, nyní přeléčeno, laboratorní nález v normě. Na pravém předloktí flexila – sledována okolní kůže, bez známek zánětu, po 3 dnech vytažena.</p>

U pacientky B docházelo sestrami k narušování důstojnosti v ošetrovatelské péči, na pacientku byly kladeny nepřiměřené požadavky, přestože by byla schopna fyzicky zvládnout některé požadované úkony, vlivem pokročilé demence nebyla schopna často pochopit pokyny sester. Některé z těchto sester pak projevily nedostatek trpělivosti, pacientku mobilizovaly nešetrně, při afektu na ni zvyšovaly hlas. Pacientka B byla často odhalována, inzulin byl aplikován bez informovanosti pacientky, ošetrovatelská péče prováděna bez ohledu na její komfort.

Sestra pacientku celkově odhalila, začala provádět hygienickou péči, voda napuštěná v laboru byla chladná, její množství na umytí celého povrchu těla pacientky nedostačující. Pacientka se několikrát zachvěla, vodu posuzovala jako studenou. Vzhledem k tomu, že byla pacientka pokálena, rozhodla se nad ní sestra při hygieně otevřít ventilaci, přestože bylo venku chladno.

Tabulka 31. Pacientka C, Pohybový režim: ležící

Anamnestické údaje		
Věk: 86 let	Váha: 62 kg	Výška: 169 cm
Přeložena z úrazové chirurgie, kde hospitalizována pro kompresivní frakturu Th 12.		
Lékařské diagnózy: hypertenze, katarakta, opakované trombózy cév DKK, osteoporosa, stav po zlomenině levého předloktí.		
Operace: TEP levé kyčle, operace katarakty vlevo		
Farmakoterapie: Prestarium neo 5 mg, Helicid 20 mg, Caltrate, Haloperidol, Clexane 0,2 ml.		
Výživa		
Po přijetí na oddělení krmena mletou stravou, 4. den však nechutenství, nápiniky na zvracení, tekutiny ve větším množství odmítá, výrazné snížení příjmu tekutin projevující se suchými sliznicemi, sníženým turgorem kůže. Pro nedostačující nutriční příjem a možný vznik dehydratace zavedena nazogastrická sonda. Podáván Nutrison + čaj po 2 hodinách dle nutričního doporučení. Celkový příjem 2500 ml.		
Vylučování		
Inkontinence moči i stolice. Používány jednorázové pleny, zvýšená péče o pokožku v sakrální oblasti, jako prevence případného zarudnutí a macerace kůže aplikována Menalind pasta. Stolica zpočátku nepravidelná, sklon k obstipaci, nyní po 4 dnech, navození pravidelnosti ve vyprazdňování stolice podáváním lactancií (Lactulosa 3× denně).		
Aktivita		
Imobilní v lůžku, sama si neseďne, vertikalizace pouze v Jewetově korzetu, doporučení z ortopedické ambulance – ponechat korzet 3 měsíce i déle v případě zatěžování.		
Spánek, odpočinek		
Somnolentní během dne, buzena při výkonech. Večer neklidná, potíže s usínáním, v noci vykřikuje, i přes podávaný Haloperidol spánek nepřilíš efektivní, často se probouzí. Po 4 dnech úprava, spí přerušovaně, ale i při probuzení se jeví klidná, nevyrušuje zvukovými projevy ostatní spolupacientky.		
Posouzení vnímání, psychického stavu		
Mírná nedoslýchavost, dotazy a žádosti směrem k pacientce nutno několikrát opakovat. Ve většině případů chápe a projevuje snahu spolupracovat. O lidi ze svého okolí nejeví zájem, rodinné příslušníky nepoznává, je zde silná zmatenost. Přecitlivěle reaguje na každý léčebný výkon (např. odběr krve, aplikace injekce, podkládání antidekubitních pomůcek).		

Specifika ošetrovatelské péče

U pacientky je vzhledem k imobilitě a cévnímu onemocnění dolních končetin riziko vzniku dekubitů, na patách obou nohou zaznamenáno počínající zarudnutí, kůže suchá, odlupuje se, suchá kůže promazávána Vazelínou alba, na paty nanášena Menalind pasta, baleny do měkka, odlehčovány.

Sledována intenzita bolesti. Bolest zad se stupňuje pohybem, je nutná šetrná manipulace s pacientkou na lůžku, podáván Tramal 3× denně.

Ošetrovatelská péče prováděna za aktivní spolupráce rodiny, pravidelná péče o pokožku, masáže zad, bazální stimulace.

Stejně jako v případech předešlých pacientek i pacientka C vzhledem ke své imobilitě byla zcela odkázána na ohleduplnou péči, při které mohla spolupracovat jen velmi omezeně. Ne vždy však, jak je vidět v příloze P X, se ohleduplné a odborné péče dočkala. Obzvláště v terminální fázi zůstával přehlédnut v ošetrovatelské péči lidský faktor, s pacientkou C bylo manipulováno podobně jako s břemenem, často ponechána bez povšimnutí. Je těžko posouditelné, nakolik pacienti v terminální fázi vnímají laskavý přístup nebo doteky, je však možné předpokládat, že takovýto přístup ze strany zdravotníků by mohl přispět ke snížení nepohody nebo utrpení těchto pacientů. Takovéto péče se však pacientce nedostalo, byly přehlíženy i činnosti, které by měly být samozřejmostí, jako zanesená dutina ústní, krusty na rtech, výtok z očí nebo potem zvlhlá noční košile.

U pacientky docházelo často k narušení intimity, studu.

Vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientky – kompresivní fraktura Th 12 s pacientkou sestry nešetrně manipulovaly, přetáčely ji příliš prudce do boků, přičemž nerespektovali pacientčiny bolestivé projevy.

Tabulka 32. Pacientka D, Pohybový režim: chodící

Anamnestické údaje		
Věk: 77 let	Váha: 65 kg	Výška: 166 cm
Přijata z úrazové nemocnice, po pádu v obchodě si způsobila pertrochanterickou frakturu pravého femuru, provedena zavřená repozice a nitrodřeňová osteosyntéza.		
Lékařské diagnózy: Esenciální hypertenze, organický psychosyndrom, po delirantním stavu, osteoporóza.		
Operace: zavřená repozice fraktury pravého femuru, operace katarakry r. 2007		
Farmakoterapie: Prestarium neo 5 mg, Buronil, Caltrate, Godasal, Ophtalmo Septonex gtt., Nitrofurantoin.		
Výživa		
Používá horní i dolní zubní protézu, přeje si maso v celku, dieta racionální. Zpočátku strava připravována k lůžku, nyní pacientka doprovázena ke stolu, občas vyžaduje dopomoc s krájením masa na talíři, chuť k jídlu dobrá.		
Poučena o pitném režimu, optimálním příjmu tekutin za den. Není třeba ji pobízet, sama celodenně popíjí.		
Vylučování		
Vzhledem k omezení pohybu používá WC křeslo, které je jí k dispozici v blízkosti lůžka. Zcela kontinentní. 5. den hospitalizace udává časté nucení na močení, později pálení při močení, odebrána moč na mikrobiologické a bakteriologické vyšetření, dle výsledků a citlivosti nasazen Nitrofurantoin, podáván urologický čaj. Stolicí formovaná bez patologických příměsí, pravidelná, denně.		
Aktivita		
Posadí se na lůžku, u něho se sama obslouží, s rehabilitační pracovnící nacvičuje chůzi se dvěma francouzskými holemi.		
Chůze bez holí pouze na krátkou vzdálenost s pomocí ošetřovatelského personálu. Ráda čte, sama procvičuje zvedání nohou na lůžku, rukou svírá několikrát denně pěnový míček.		
Spánek, odpočinek		
Pravidelnost spánku a celková kompenzace pacientky navozena farmakou (Buronil). Přes den velmi aktivní, polehává málo, spíše se snaží neustále zdokonalovat v pohybu. Usíná kolem 21 hodiny, spí bez přerušování celou noc, po vzbuzení se cítí odpočatá. Poslouchá přes den rádio, občas listuje v časopisech.		
Posouzení vnímání, psychického stavu		
Sluch dobrý, na čtení používá brýle, občas večer mírně zmatená, neorientuje se především v čase, s orientací osoby a místa nemá potíže. Je velmi společenská, ráda se zapojuje do konverzace se spolupacientkami i zdravotníky. Činnosti vedoucí ke zlepšování zdravotního stavu nebo fyzické kondice zvládá s pevnou vůlí i přes mírné nezdary, občas nestabilita při chůzi. Při nejistotě v léčbě nebo před účastí na vyšetření prokazuje značnou nervozitu, má obavy, aby se všechno časově zvládlo, je potřeba neustále ji uklidňovat, že všechno je zařízeno a jistě to proběhne tak, jak má.		

Specifika ošetrovatelské péče

Pacientka má tendence zapomínat na užívání léků, nutno kontrolovat.

Nestabilita při chůzi – riziko pádu. Používá kompenzačních pomůcek (hole), poučena o asistenci ošetrovatelského personálu při pohybu, doporučeno prudce se nestavět do stoje, ale chvíli setrvat v sedu na lůžku, přidržovat se opory.

Osobnost této pacientky vyžadovala ze strany všeobecných sester značnou trpělivost, u pacientky D bylo zaznamenáno zpomalené psychomotorické tempo z důvodu demence, depresivní stavy měly za důsledek zhoršenou adaptaci pacientky na náhlé změny, která se projevila labilitou, často i pláčem. Informace podávané pacientce sestrami se jevily jako nedostatečné, byly podány nevhodnou formou, pacientku nepochopení věcí souvisejících s léčbou stresovalo. Její psychický stav se pak odrážel i ve fyzickém výkonu a soběstačnosti. Bylo zaznamenáno podání důvěrných informací před ostatními pacientkami, nebyl brán ohled na soukromí a intimitu pacientky.

Sestra bez instrukcí položila nachystané léky na stolek pacientky a odešla, přestože na ni pacientka mluvila, nebyla si totiž jistá, zda má léky užít hned nebo čekat na pokyn zdravotníka. Pacientka posléze chodila po pokoji a požadovala informaci o lécích od spolupacientek.

Tabulka 33. Pacientka E, Pohybový režim: chodící

Anamnestické údaje			
Věk: 89 let	Váha: 79 kg	Výška: 165 cm	Alergie: náplast
Pacientka přeložena z neurologické kliniky, kde byla hospitalizována pro lumboischadiický syndrom s bolestivými křečemi dolních končetin a neschopností chůze kombinované etiologie: vertebrogenní herniace disku L 2/3, spondylartróza, kompresivní fraktura L2 staršího data.			
Lékařské diagnózy: TEP pravého kolene a pravé kyčle, Diabetes mellitus II. typu na inzulínu a PAD, chronická diabetická polyneuropatie, esenciální hypertenze, chronická žilní insuficience dolních končetin, úzkostně depresivní syndrom.			
Operace: r. 2009 srdeční chlopeň, TEP kolene a kyčle.			
Farmakoterapie: Atorvastatin 20 mg, Rivodaron 20 mg, Tritace 2,5 mg, Cipralex 20 mg, Caltrate, Gabapentin 300 mg, Novalgin, Fraxiparin 0,3 ml, Humolin R, Humolin N, Tramal 50 mg.			
Výživa			
Po domluvě s pacientkou volena dieta diabetická mletá, používá pouze horní zubní protézu, spodní jí přestala sedět v ústech. Nemá moc velkou chuť k jídlu, ale je si vědoma potřeby pravidelnosti stravování vzhledem ke svému onemocnění diabetem. Denně vypije kolem 1500 ml tekutin.			
Vylučování			
Přes den pacientka kontinentní, pouze občas asi 2× do týdne nestihne při akutním nucení na močení včas dosednout na WC křeslo, které je vzhledem k omezenému pohybu pacientky postaveno v blízkosti lůžka. Na noc používá plenu. Stolice pravidelná, bez obtíží, každý den s použitím WC křesla.			
Aktivita			
Chodí po pokoji s nízkým chodítkem. Díky výrazné nestabilitě pacientky, obzvláště zrána je zde velké riziko pádu. Na spaní po domluvě s pacientkou nasazována zábrana, poučena o funkci signalizace v případě potřeby. Chůze po oddělení pouze s RHB pracovnící. Z důvodu bolestivosti zad má občas potíže posadit se na lůžku, vertikalizace často prováděna za asistence zdravotnických pracovníků.			
Spánek, odpočinek			
Pacientka spává i během dne, odpoledne je potřeba motivovat k činnostem a pobízet k pitnému režimu. Usíná bez medikace po 20. hodině, ráno je nutno ji budít k ranní hygieně.			

Posouzení vnímání, psychického stavu
<p>Zhoršený sluch, komunikace s pacientkou vyžaduje trpělivost, opakování požadavku nebo informace, po pochopení se snaží ihned vyhovět nebo odpovědět. Brýle nepoužívá, neudává potíže vizu. Na dotazy odpovídá přiléhavě, motoricky mírně zpomalené reakce. Často plačtivá, má pocit, že ji ostatní pacientky na pokoji nemají rády a pořád ji poučují. Pokroky, které činí v chůzi, se jí jeví jako nedostačující. V sebepěči si přijde nešikovná, má sklon se hodnotit negativně, úzkostlivě na sobě vyhledává různé zdravotní obtíže. Má strach z nočního úniku moči, aby ji personál nekáral. Chůzi v chodítku zvládá dobře, cítí se s touto oporou jistá a ráda chodí po pokoji.</p>
Specifika ošetrovatelské péče
<p>Ošetrovatelská péče zaměřena na zdokonalování soběstačnosti pacientky, kompenzaci psychického stavu.</p> <p>U pacientky je velké riziko pádu vzhledem k nestabilitě, kolem lůžka vytvořen bezbariérový přístup, chodítko a noční stolek na dosah, pevná protiskluzová obuv k chůzi.</p> <p>Několikrát během dne udává při pohybu výraznou bolest zad signalizovanou verbálně i mimikou. Podáván Novalgin 3× denně, Tramal na noc.</p>

Vzhledem k inkontinenci pacientky docházelo k narušení studu a intimity pacientky při časté výměně znečištěného prádla, sestry při této příležitosti pacientku často káraly, pokud pacientka vyjádřila své potřeby, nebyly příliš ochotny jí vyhovět. O výkonech souvisejících s léčbou byla pacientka informovaná nedostatečně, bez ohledu na její souhlas. Z pozorování je patrné, že došlo také k pochybení práva pacientky znát jména osob podílejících se na ošetrovatelském procesu.

Sestra pacientku ráno při hygieně před ostatními pokárala za močí znečištěné lůžko. Řekla: „To jste se nemohla posadit na WC křeslo, teď abych převlékala celou postel.“

Pacientka, byla nucena sedět po vysvlečení znečištěné košile nějakou dobu nahá na židli, než jí sestra podala čisté prádlo.

Tabulka 34. Pacientka F, Pohybový režim: chodící

Anamnestické údaje			
Věk: 89 let	Váha: 79 kg	Výška: 165 cm	Alergie: náplast
Přijata z interní kliniky po kolapsovém stavu. CT mozku bez čerstvých změn. Pro bolestivost pravého lýtka proveden Doppler, bez nálezů trombózy, Doppler proveden i na levé dolní končetině pro chladnější prstence, zjištěn akutní uzávěr arteria femoralis, do medikace přidán Agapurin. Dolní končetina nyní teplá bez klaudikačních bolestí.			
Lékařské diagnózy: hypertenze, hyperlipidemii, Diabetes mellitus na dietě a PAD, diabetická mikro i makroangiopatie, diabetická polyneuropatie, nefrolithiasis.			
Farmakoterapie: Agen 5 mg, Alpha D3, Glimepirid 2 mg, Furon 40 mg, Prestarium neo 5 mg, Gabapentin 100 mg, Agapurin retard 600 mg.			
Výživa			
Podávána dieta 9, nemá potíže s kousáním, bez nauzei, chuť k jídlu dobrá. Pobízena k pitnému režimu, není z domu příliš zvyklá pravidelně pít, nemívá pocit žízně, edukována o správném pitném režimu. Ze strany pacientky zaznamenána snaha zlepšit příjem tekutin.			
Vylučování			
Urgentní inkontinence, používá inkontinentní pomůcky, zvýšená péče o hygienu genitálií, na noc pleny. Vzhledem k časté inkontinenci a používání inkontinentních pomůcek vznikly potíže se zarudnutím kůže v oblasti genitálií, na postižená místa po důkladné očištění aplikován Pityol, do dvou dnů výrazné zlepšení, po 4 dnech léčby zcela bez obtíží. Stolice jednou za dva dny, občas zácpa, v takovém případě podán glycerinový čípek, pacientka je na jeho užívání zvyklá již z domu.			
Aktivita			
Chodí i na delší vzdálenost s chodítkem, kolem lůžka se přidržuje, s RHB pracovníci nácvič chůze s berlí. Poučena o pomalém vstávání z lůžka, doporučeno přecházet pozvolna ze sedu do stoje. Vzhledem k tlakové nestabilitě možné riziko pádu.			
Spánek, odpočinek			
Neužívá medikaci k navození spánku, neudává potíže s usínáním, v noci se neprobouzí, přes den se věnuje pohybovým aktivitám, ráda luští křížovky, sleduje televizi.			
Posouzení vnímání, psychického stavu			
Sluch i zrak bez obtíží, komunikuje ráda, při rozhovoru nebere příliš ohled na svůj protějšek, stěží se nechá přerušit. Pamatuje si přesné údaje ze svého mladšího věku, je plně orientovaná, spolupracuje. Je velmi ctižádostivá v RHB, snaží se být nezávislá na svém okolí, klidná, neustále dobře naladěná, nekonfliktní.			
Specifika ošetrovatelské péče			
Ošetrovatelská péče zaměřena na hygienickou péči, prevenci opruzenin. Snaha zvednout pitný režim na optimální hodnotu 1500 ml/24 hodin.			

U pacientky F bylo vyzorováno časté opomíjení informovanosti pacientky při podání léků, odběrech krve, návaznosti léčby. Stejně jako u předešlých pacientek došlo k porušení studu, intimity, přístup sester v některých případech bylo možno hodnotit jako neohleduplný. Porušení jiných práv nebylo zaznamenáno, rodina měla možnost pacientku pravidelně navštěvovat, sama pacientka nejevila příliš zájem zapojovat se do léčby.

U vizity byla upozorněna na blížící se ukončení hospitalizace. Informace podané pacientce nebyly vzhledem k jejím osobním předpokladům dostačující. Pacientka verbálně signalizovala nejistotu při otázkách souvisejících se zdravotním stavem, přechodným pobytem a omezenou možností pohybu.

10 DISKUSE

Cíl 1. Zjistit informovanost hospitalizovaných geriatrických pacientů o svých právech na daných geriatrických odděleních.

Z odpovědí je patrné, že větší skupina respondentů 65 % o právech pacientů nemá žádné ponětí, znalost práv pacientů projevilo 35 % respondentů. Informovanost o právech pacientů byla posuzována vzhledem k pohlaví a věku pacientů. Z tabulek četností vyplývá, že muži znali práva pacientů více než ženy. Informovanost o právech pacientů se zdá být závislá také na věku respondentů, větší povědomí mají respondenti spadající do nižších věkových skupin, konkrétně do věkové kategorie 65 – 71 let.

U respondentů bylo zjišťováno, z jakého zdroje se o těchto právech dozvěděli. Jako nejčastější zdroj informací uvedlo 57 % respondentů televizi. Zarážející je fakt, že pouze jeden z dotazovaných se setkal s právy pacientů ve zdravotnickém zařízení.

Z *Tabulky 5* a *Grafu 2* vyplývá, že 92 % respondentů nebylo na daném oddělení seznámeno s právy pacientů, pouze tři z respondentů tuto informaci získali přečtením práv pacientů z nástěnky při pochůzce po oddělení. Právo pacienta vědět, zeptat se na průběh hospitalizace, léčebné a terapeutické úkony dává pacientům formulář s názvem Souhlas s hospitalizací (viz. příloha P IV), kterou podepisují při příjmu na oddělení. Tato listina zahrnuje také řád provozu na oddělení. *Graf 4* zobrazuje, zda byli pacienti sestrou informováni o obsahu této listiny, větší část respondentů nebyla seznámena s obsahem zmíněné listiny nebo si na tuto listinu nevzpomínali. Jak je patrné z *Tabulky 15*, pouze malý počet respondentů 5 % byl seznámen všeobecnou sestrou s provozem na oddělení.

Cíl 2. Zjistit, která práva jsou nejčastěji porušována u geriatrických pacientů na daných geriatrických odděleních.

Ke zjištění tohoto cíle sloužilo ve velké míře pozorování, které proběhlo u 6 pacientek. Jako nejčastěji porušovaná práva byla vyzorována práva týkající se ohleduplného a odborného přístupu sester (viz. právo č. 1 příloha P II) a dodržování intimity a studu (viz. právo č. 5 příloha P II).

Z pozorování je zjevné (viz. přílohy P VIII – P XII), že k porušování práv pacientů dochází častěji u pacientů ležících. Domnívám se, že tento fakt je ovlivněn celkovou závislostí a stavem orientace zmíněných pacientů. U pacientek s poruchami percepce, orientace a ne-

schopností verbální komunikace je sporné, nakolik je možné v jejich případě práva týkající se informovanosti a souhlasu s léčebnými, diagnostickými a terapeutickými procesy dodržet.

Pozorováním byla zjištěna skutečnost, že hospitalizovaní geriatrictí pacienti nevyžadují od všeobecných sester dodržování práv pacientů. Jedním z možných důvodů je neznalost těchto práv, jakož i zjevný fakt, že jejich přední hodnoty nespočívají v samotné angažovanosti v léčebném a diagnostickém procesu. Prioritní hodnotou, obzvláště pro ležící pacienty, je jednání všeobecných sester, které vnímají velmi citlivě, jsou vděční za laskavost a vlídné zacházení.

Cíl 3. Zjistit, zda všeobecné sestry při péči o geriatrické pacienty dodržují a respektují práva geriatrických pacientů na daných geriatrických odděleních.

Bylo zjištěno, že všeobecné sestry nemají tendenci se pacientům představovat. 65 % respondentů jména všeobecných sester vůbec neznalo. Je ovšem diskutabilní, zda tato neznalost pramenila skutečně z nesprávného postoje sester nebo z faktu snížené koncentrace a narušené krátkodobé paměti dotazovaných. Někteří z pacientů ani nejevili zájem jména ošetřujících sester znát. Pacientům, kteří jména všeobecných sester znali aspoň částečně, se ve 43 % sestra představila, 28 % z nich se dozvědělo jména, když spolu sestry komunikovali, 21 % respondentů znalo jména z vizitek sester a pouze 1 muž se na jména sester zeptal. Na dotaz, jestli jsou pacienti všeobecnými sestrami seznámeni s výkonem v rámci ošetrovatelské péče, odpovědělo kladně 80 % respondentů. Tito respondenti ve většině případů měli potřebu se vyjádřit k chování a komunikaci všeobecných sester pochvalně. Jedna z respondentek uvedla, že jsou sestřičky na oddělení moc hodné. 17 % respondentů vyjádřilo pochybnosti, měli pocit, že je sestry s výkony neseznamují vždy nebo jsou jejich informace nedostatečné. Několik z nich uvedlo, že je informují jenom některé všeobecné sestry, další projevíli obavu ptát se určitých sester. Zajímavé bylo slyšet některé jejich komentáře k projevům sester typu: „...*této sestry se na nic neptám, tváří se jako kaktus...*“

Pouze jedna pacientka s jednáním sester přímo nebyla spokojená, popsala situaci, ve které ji sestra o úkonu nepoučila. Sestra údajně přišla s pomůckami na zavádění permanentního katetru a bez vysvětlení pacientce nakázala si lehnout na lůžko s roztaženými dolními končetinami. Pacientka se obávala dotazovat, protože se jí zdála sestra špatně naladěná a v časové tísní. Celkový výkon pacientka popsala jako velmi nepříjemný, z důvodu nevě-

domosti nedokázala správně spolupracovat, měla pocit, že ji sestra musí často napomínat. Samotné zavedení jednorázové cévky se zdálo pacientce bolestivé.

Bylo zjištěno, že 97 % respondentů se při hospitalizaci nesetkalo s porušením povinné mlčenlivosti sester, pouze jeden muž zhodnotil jednání sestry jako porušení tohoto práva. Cítil se poškozen netaktní komunikací sestry, která před ostatními pacienty hodnotila jeho prodělanou operaci prostaty.

Při rozhovorech jsem zjišťovala respektování intimity a studu všeobecnými sestrami při práci s geriatrickými pacienty. 52 % pacientů mělo pocit, že intimita není porušována, 35 % respondentů odpovědělo, že záleží na sestře, která o ně v danou chvíli pečuje a pouze 13 % respondentů zastávalo názor, že všeobecné sestry jejich intimitu a stud nerespektují. Jednalo se o pacienty závislé na pomoci sestry při úkonech sebedpěče a pohybu.

Skutečnost, že dochází poměrně často k nerespektování studu pacienta všeobecnými sestrami, jsem měla možnost také zaznamenat během skrytého pozorování. Ve většině případů se jednalo o odhalování pacientek, zde bych si ovšem dovolila podotknout, že převážná část pacientek nepociťovala tuto skutečnost jako nepříjemnou.

Dalším dotazem byla zjištěna skutečnost, že je zvykem seznamovat pacienty s diagnostickými a terapeutickými postupy při vizitě na pokoji. Jako důvod je možno uvést úplnou nebo částečnou imobilitu geriatrických pacientů, někteří z nich se sami v tomto prostředí lékářů či sester dotazovali na svůj zdravotní stav, nevyžadovali u podávání informací soukromí. Několik respondentů by upřednostňovalo více soukromí při podávání informací, jiným respondentům nezáleželo na místě podání informací, shodli se v názoru, že se chtějí svěřovat pouze vybraným sestram, ke kterým mají důvěru, a je nutné podotknout, že podle vyjádření pacientů jen některé z pečujících sester byly ochotné naslouchat a poskytnout pacientům srozumitelné informace. 1 žena a 2 muži neměli důvěru ve všeobecné sestry, které o ně pečovaly. Z rozhovoru vyplynulo, že jedním z důvodů je nedostatečná ochota sester komunikovat.

Tabulka 16 znázorňuje četnost, s jakou jsou geriatrickí pacienti zapojováni do rozhodování o léčbě a ošetřování, vyplývá z ní fakt, že téměř tři čtvrtiny respondentů (68 %) se na rozhodování nepodílí, vždy spolupracují s ošetřovatelským personálem, neuvažují o jiných alternativách léčby. Z tohoto poznatku je patrné, že geriatrickí pacienti nejsou dostatečně zdravotnickým personálem motivováni, bylo by vhodné zlepšit komunikaci mezi nimi a zdravotníky, zapojit pacienty, popřípadě i členy rodiny více do ošetřovatelského procesu.

Pouze 5 % tázaných pacientům chtělo znát možnosti řešení své zdravotní situace, dotazovali se na léčbu a aktivně spolupracovali.

Respondenti byli dotazováni, zda se setkali s hrubým jednáním ze strany všeobecných sester. 90 % respondentů odpovědělo záporně, 10 % respondentů (3 ženy, 1 muž) uvedlo příklady chování všeobecných sester, které posuzovali jako hrubé. Muž se setkal s mrzutou sestrou, která mu svým nešetrným zacházením poranila kůži, ženy si stěžovaly, že s nimi sestra necitelně manipulovala při změně polohy, jedné z nich způsobila sestra pocit bolesti při česání vlasů. 73 % respondentů se neseťkalo s hrubou nebo netaktní mluvou ze strany všeobecných sester, 12 % z respondentů se ocitlo v situaci, které pro ně byly nepříjemné, a kdy s nimi sestry dle jejich názoru mluvily nevhodně. Z odpovědí je zřejmé, že se sestry nezachovaly příliš empaticky ani profesionálně. Pokud je takovéto chování dané sestře vlastní, asi by bylo zapotřebí zvážit, zda je vhodné, aby vykonávala svou profesi u geriatrických pacientů, kteří jsou díky své časté závislosti k takovému chování více citliví.

70 % respondentů se jevíli všeobecné sestry, které o ně pečovaly, jako ochotné, 15 % respondentů poslouchalo pokyny sester a k ošetrovatelské činnosti se nevyjadřovali, 15 % respondentů zastávalo stanovisko, že nemají možnost diskutovat s všeobecnými sestrami o prováděné ošetrovatelské činnosti. U křehkých geriatrických pacientů bývá opomíjen jejich názor, ošetrovatelská péče je často vedena direktivně bez možnosti geriatrických pacientů aktivně se do ošetrovatelského procesu zapojit. Někdy se tak stává z důvodu časové tísně zdravotnického personálu, geriatrický pacient mívá pomalejší reakce, pokyny je potřeba opakovat. Ošetrovatelské výkony jsou často prováděny bez pacientovy spolupráce, příkladem je ranní hygiena, kdy sestra pacienta sama umyje, místo, aby mu pouze při hygieně asistovala a snažila se zvyšovat jeho soběstačnost.

Graf 14 znázorňuje, jakým způsobem všeobecné sestry geriatrické pacienty oslovují, v 55 % se respondenti setkali s vykáním, 30 % respondentů bylo oslovováno pane, paní, 7 % respondentů se setkalo s oslovením babi, dědo, u 5 % respondentů použily sestry výrazy typu beruško, drahoušku, zlatíčko, jednoho muže oslovila všeobecná sestra příjmením. Rozhovorem bylo zjištěno, že většině geriatrických pacientů nezáleží na způsobu oslovení, přáli by si pouze, aby s nimi všeobecné sestry jednali vlídně. Pacienti, kteří se setkali s oslovením babi, dědo, beruško, drahoušku a pacienti oslovovaní příjmením, vyjadřovali názor, zda jim takovéto oslovení vadí. Čtyři geriatrickí pacienti odpověděli negativně, jednalo se o tři ženy a jednoho muže. Zbylí pacienti s takovýmto oslovením nebyli spokojeni.

Pouze 12 % respondentů mělo pocit, že si sestry najdou dostatek času na to, aby je vyslechli. 58 % respondentů zastávalo názor, že záleží na osobnosti sestry. Tito geriatrickí pacienti se vždycky těšili, až bude mít službu ta „jejich oblíbená sestřička“. Jedna respondentka uvedla: „*Já vždycky čekám, až přijde na noční sestra Maruška.*“ Komunikace je jednou ze složek ošetrovatelského procesu, která posiluje důstojnost pacienta, dává mu možnost vyjádřit svá přání a obavy. Obzvláště na geriatrických odděleních by mělo být více času na komunikaci s pacientem, správný postoj zdravotnického personálu přispívá k pozitivnímu ladění seniora.

Další otázka také souvisela s úrovní komunikace mezi všeobecnou sestrou a geriatrickým pacientem. Bylo zjištěno, že 55 % respondentů zastávalo názor, že sestry jsou ochotné jim vysvětlit informace srozumitelně. Dva muži zastávali názor, že všeobecné sestry na daném oddělení nejsou ochotny s nimi o věcech spojených s ošetrovatelskou péčí diskutovat.

Geriatrickí pacienti jsou často kvůli změně zdravotního stavu vytrženi ze svého přirozeného prostředí, jejich naděje na návrat zpět domů bývá malá. Ve většině případů se rodinní příslušníci snaží sehnat pro ně umístění v některém z domovů pro seniory. Byly zjištěny nedostatky v informovanosti geriatrických pacientů, důvodem se zdála být nedostatečná komunikace na toto téma, bez poskytnutí možnosti geriatrickým pacientům vznášet dotazy. Jen necelá polovina dotazovaných znala návaznost své léčby po propuštění z nemocnice.

Se zhoršením zdravotního stavu, se mění také soběstačnost geriatrického pacienta, stává se v menší nebo větší míře závislý na pomoci ze strany sestry. 15 % respondentů charakterizovalo všeobecné sestry na oddělení jako neochotné a 28 % respondentů uvedlo, že většina sester je ochotných, ale najdou se mezi nimi i výjimky, které by respondenti o pomoc nepožádali. U těchto sester se setkali během hospitalizace s přístupem, který vyvolal jejich nedůvěru. 57 % respondentů byla s přístupem sester spokojena, nicméně procentuální zastoupení respondentů, kteří měli výhrady k ochotě sester a postřehy z vedeného pozorování (viz. přílohy P VIII – P XIII) nám dávají motiv k zamyšlení, zda je péče na geriatrickém oddělení prováděna erudovanými sestrami.

Většina geriatrických pacientů si přála, aby je příbuzní a přátelé měli možnost navštěvovat během dne, zbytku na tom nezáleželo, ve všech 4 případech šlo o pacienty, které nikdo nenavštěvoval, ať už z důvodů vztahových, nebo proto, že neměli žádné příbuzné. Více než polovina dotazovaných mělo dojem, že jsou na oddělení práva pacientů dodržována, pouze

2 muži měli pocit, že k porušení práv pacientů dochází v oblasti respektování intimity a podávání informací.

Z výsledků rozhovoru i pozorování vyplývá, že poskytování péče na geriatrických odděleních není zcela bezchybné, často dochází k nerespektování geriatrického pacienta i porušování jeho práv při hospitalizaci.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat, jaká je informovanost geriatrických pacientů o právech pacientů v nemocnici, jestli všeobecné sestry při ošetrovatelské péči respektují tato práva a ve které oblasti dochází nejčastěji k porušování práv pacientů.

Osobní kontakt s pacienty vedl k vytvoření důvěrné atmosféry, která přispěla k získání výpovědí, které svědčily o tom, jakým způsobem vnímají geriatrickí pacienti péči všeobecných sester.

S přihlédnutím k výsledkům rozhovoru by se dalo říct, že geriatrickí pacienti nejsou v převážné většině o svých právech v nemocnici informováni, tudíž je ani neuplatňují. Větší počet respondentů dokonce ani nejevil o obsah kodexu práv pacientů zájem. Celkově se informovanost geriatrických pacientů související s léčbou a ošetrovatelskou činností jeví jako nedostatečná, informace by měly být podávány ve větší míře a srozumitelnou formou, pacientům by měl být dán prostor na případné dotazy. Kvalitní komunikací se buduje důvěra geriatrických pacientů. Také v oblasti plánování dalších životních perspektiv po ukončení hospitalizace byly zaznamenány nedostatky. Bylo by dobré více zapojovat sociální pracovníky, kteří mohou geriatrickým pacientům poskytnout dostatek informací s patřičným předstihem, a předejít tak jejich pocitům nejistoty. Geriatrický pacient tak může být vhodnou formou včas připraven na tuto nelehkou životní změnu.

Možností zapojit se aktivně do ošetrovatelského procesu je respektována důstojnost geriatrických pacientů. Myslím si, že v této oblasti by bylo vhodné sestavit za spolupráce s vedením nemocnice informační brožury, které by sloužily jako průvodce pacienta celkovou hospitalizací. Obsahem by byly instrukce seznamující pacienta s příjmem na dané oddělení, provozem oddělení, s právy a povinnostmi pacientů, poplatky v nemocnici, důležitými kontakty souvisejícími s hospitalizací v daném zařízení, jako i s informacemi a pokyny souvisejícími se samotným propuštěním a možnostmi následné péče. Takovouto brožuru by měl každý pacient obdržet při příjmu na dané oddělení, s jejím obsahem by měl být seznámen nejen on sám, ale i jeho rodina.

Pozorováním byly zjištěny nedostatky v etickém chování sester. Péče o geriatrické pacienty je náročná jak fyzicky, tak psychicky. Pečující osoba by měla být citově založená, měla by mít značnou mírou tolerance a trpělivosti. U geriatrických pacientů dochází v ošetrovatelském procesu k větší míře uspokojování potřeb než u jiných pacientů. Náročnost, která je při péči o tyto pacienty kladena na sestry, může mít za následek syndrom vy-

hoření. Jde o problém zdravotnické péče, v poslední době tolik diskutovaný. Etický přístup k pacientům je spjatý s osobností dané sestry, je pravděpodobné, že svou roli hraje také délka profesionálního působení sester na již zmíněných typech oddělení. Do této problematiky bych zainteresovala staniční a vrchní sestry, apelovala bych na ně, aby při výběru zdravotnického personálu na geriatrická oddělení bylo postupováno uvážlivě, aby byly sestry pečlivě vybírány podle osobnostních předpokladů. Možným kritériem výběru zaměstnance by mohl být také věk přijímané sestry. Sestry vyzrálé po stránce profesionální i zkušenostní mají mnohdy lépe vyvinuté citové vnímání geriatrického pacienta i větší úctu ke stáří než čerstvé absolventky škol bez patřičných životních zkušeností. Tento můj postřeh z praxe na geriatrickém oddělení ovšem nemusí být směrodatný. Pro zdravotnické pracovníky již zapojené do ošetrovatelského procesu na geriatrických odděleních by bylo vhodné za spolupráce s vedením pravidelně pořádat odborné semináře na téma specifik ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty, o etickém chování a psychologických přístupech k těmto pacientům.

Mohu konstatovat, že cílů mé práce bylo dosaženo, zjistila jsem značné nedostatky v dodržování práv pacientů všeobecnými sestrami. Svou bakalářskou prací bych chtěla upozornit na nedostatky v péči o geriatrické pacienty, ráda bych výsledky svého výzkumu využila pro edukaci zdravotníků, budu se snažit prezentovat je v rámci seminářů věnovaných problematice geriatrických pacientů.

Dle závěrů mého výzkumného šetření navrhuji několik praxeologických opatření:

- zlepšit úroveň poskytování informací pacientům o jejich právech v nemocnici, zdravotním stavu, léčbě
- zapojit do péče o geriatrické pacienty v co největší míře rodinné příslušníky, edukovat je v ošetrovatelské péči a vyvinout snahu navrátit geriatrického pacienta do jeho přirozeného prostředí
- zvýšit kvalifikovanost pracovníků, umožnit jim přiměřený odpočinek v rámci rovnoměrného rozložení služeb
- zlepšit úroveň komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty
- dodržováním standardů a práv pacientů zkvalitnit ošetrovatelskou péči na oddělení
- zajistit pravidelné kontroly kvality ošetrovatelské péče na geriatrických odděleních

Šetření ukázalo, že ne vždy se geriatrický pacient setká v nemocnici s erudovanou a empatickou sestrou, proto přejme našim geriatrickým pacientům pouze sestry vzdělané s dostatečným množstvím trpělivosti a laskavosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

1. ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN: zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
2. BIRNBACHER, D. *Ambiguities in the Concept of Menschenwurde*, In: BAYERTZ, K. *Sanctity of Life and Human Dignit*. Kluwer academic: Dordrecht, 1996. s. 107-121. ISBN 0792337395.
3. DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím, aneb jak ho oddálit*. 1.vyd. Praha: Radix, 2009. 184 s. ISBN 978-80-86013-88-0.
4. ĎOUBAL, S. *Teoretická gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 103 s. ISBN 80-7184-481-0.
5. ELLERSHAW, J., WILKINSON, S. *Care of the dying: a pathway to excellence*. Oxford: Oxford University Press, 2003. 228 s. ISBN 0198509332.
6. GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. podstatně přeprac. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů: komentované vydání*. Nakladatelství Aleny Krtiňové: Havířov, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie : nauka o umírání a smrti*. 2.přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
13. HERMANOVÁ, M., PROKOP, J., ONDRÁČKOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 68 s. ISBN 978-80-7013-478-8.
14. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 91 s. ISBN 80-247-0212-6.
15. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. aj. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3.přeprac. a dopl.vyd. Praha: EV public relations, 2007. 145 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
16. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně : praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2.dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

17. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1.vyd. Praha : Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
18. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
19. JIRÁK, J., HOLMIOVÁ, I., BORZOVÁ, C. aj. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
20. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
21. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
22. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2001. 149 s. ISBN 80-244-0324-2.
23. KOŘENEK, J. *Úvod do lékařské etiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1996. 69 s. ISBN 80-7067-683-3.
24. KRÁTKÁ, A. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Studijní opora. Zlín: UTB, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.
25. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
26. LAWTON, J. *The dying process: patients' experiences of palliative care*. 1st.ed. London: Routledge, 2000. 229 s. ISBN 0-415-22678-3.
27. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*, 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
28. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
29. NCO NZO *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče: Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. Dotisk 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
30. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
31. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2.přeprac.vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
32. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
33. *Respektování lidské důstojnosti : příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha: Cesta domů, 2004. 63 s. ISBN 80-239-4334-0.
34. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života: základní otázky lidské etiky*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. 107 s. ISBN 80-7021-302-7.
35. SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1.čes.vyd. Praha: Grada, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

36. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří : strategie jejího zachování*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně-sociální fakulta, 2004. 323 s. ISBN 80-7326-026-3.
37. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, 2000. 61 s. ISBN 80-238-5875-0.
38. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
39. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova. Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
40. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
41. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory : příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
42. VOLLMEROVÁ, H. *Když člověk přichází do let: věk si určujeme sami - praktická příručka pro seniory*. 1.vyd. Praha: Ivo Železný, 1997. 178 s. ISBN 80-237-3447-4.
43. WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

Periodika, časopisy:

44. CHLOUBOVÁ, H. Psychosociální potřeby nemocných. *Osobní rádce zdravotní sestry*, 2004, č. 1, 4/ 15. 2. 2. ISSN 1214 – 0074.
45. KALVACH, Z., SOUKUPOVÁ, I., ČERMÁK, M. Geriatr musí být především člověk. *Zdravotnické noviny*, 2007, roč. 56, č. 49, s. 22 – 25. ISSN 0044-1996.
46. TOPINKOVÁ, E. Demence v primární péči – názory a postoje praktických lékařů. *Geriatrics*, 2001, roč. 7, č. 4, s. 151 – 158. ISSN 1335 – 1850.
47. TÓTHOVÁ, V. Vývoj etického myšlení v medicíně a historie ošetrovatelské etiky. *Kontakt*, 2002, roč. 4, č. 2/3, s. 95 – 98, ISSN 1212 – 4117.
48. VONDRÁČEK, L. Práva pacientů – práva zdravotnických pracovníků. *Praktický lékař*, 2002, roč. 82, č. 5, s. 298-299. ISSN 0032-6739.
49. ZACHAROVÁ, E. Realizace práv pacientů v klinické praxi. *Zdravotnické noviny*, 2008, roč. 57, č. 39, s. 22-24. ISSN 0044-1996.

Elektronické zdroje:

50. KALVACH, Z. *Geriatric, geriatrický pacient a praktický lékař*. [on-line]. [cit. 2005-12-02]. Dostupné z: <<http://www.edukafarm.cz/clanek.php?id=549>>.
51. VODÁKOVÁ, J., ČERNOCHOVÁ, M., RAMBOUSEK, V. *Metodické pokyny pro zpracování diplomových prací*. [on-line]. 3. uprav.vyd. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, katedra informačních technologií a technické výchovy, 2007. [vid. 2011-05-10]. Dostupné z: <<http://it.pedf.cuni.cz/metodika/index.php?kap=6>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

cm	centimetry
CMP	Cévní mozková příhoda
č.	číslo
DM	Diabetes mellitus
DKK	Dolní končetiny
hod.	hodin
ISCH	Ischemická choroba srdeční
kg	kilogram
kol.	kolektiv
ml	mililitrů
mg	miligramů
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
n	absolutní četnost v tabulce
např.	například
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
PAD	Perorální antidiabetikum
PEG	Perkutánní gastrostomie
PMK	pernamentní močový katetr
s.	strana
TEP	totální endoprotéza
TK	tlak krve
tzv.	takzvaný
viz.	patrně, zřejmě, zjevně, totiž, jistěže, a to, a sice, zejména, jmenovitě
%	relativní četnost v tabulce

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1.	Setkal/a jste se někdy s pojmem „Práva pacientů?“	39
Graf 2.	Zdroje informací o právech pacientů	41
Graf 3.	Byl/a jste seznámena s právy pacientů na tomto geriatrickém oddělení?	43
Graf 4.	Byl/a jste při přijetí seznámena všeobecnou sestrou s provozem na tomto oddělení?	44
Graf 5.	Seznámila Vás všeobecná sestra při podpisu formuláře „Souhlas s hospitalizací“ s jeho obsahem?	45
Graf 6.	Znalost jmen všeobecných sester	47
Graf 7.	Jak se respondenti dověděli jména sester?	48
Graf 8.	Seznamují Vás všeobecné sestry s výkonem, který u Vás hodlají provádět?	49
Graf 9.	Setkal/a jste se někdy s porušením povinné mlčenlivosti ze strany všeobecných sester?	51
Graf 10.	Respektují všeobecné sestry při ošetrovatelské péči Vaši intimitu a stud?	52
Graf 11.	Spokojenost pacientů se sdělováním informací	54
Graf 12.	Jste zapojován/a do rozhodování o léčbě a ošetřování?	55
Graf 13.	Setkal/a jste se někdy osobně s hrubým fyzickým zacházením ze strany všeobecných sester?	56
Graf 14.	Stalo se Vám někdy, že s Vámi některá z všeobecných sester mluvila hrubě nebo netaktně?	57
Graf 15.	Měla jste možnost vyjádřit své stanovisko či přání k prováděné ošetrovatelské činnosti?	59
Graf 16.	Jakým způsobem Vás všeobecné sestry na tomto oddělení oslovují?	60
Graf 17.	Najdou si všeobecné sestry dostatek času, aby Vás vyslechly?	61
Graf 18.	Jsou všeobecné sestry ochotny vysvětlit Vám věci, kterým v souvislosti s ošetrovatelskou péčí nerozumíte?	62
Graf 19.	Byl/a jste seznámen/a s návazností léčby po propuštění z nemocnice?	63
Graf 20.	Pomáhají Vám všeobecné sestry při úkonech, které nejste schopen/na zvládnout sám/sama?	64
Graf 21.	Myslíte si, že jsou na tomto oddělení práva pacientů dodržována?	68
Graf 22.	Věkové kategorie mužských respondentů	69

Graf 23. Věkové kategorie ženských respondentů 70

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1.	Setkal/a jste se někdy s pojmem „Práva pacientů?“	39
Tabulka 2.	Celková tabulka pro otázku: Setkal/a jste se někdy s pojmem „Práva pacientů?“	39
Tabulka 3.	Zdroje informací o právech pacientů	41
Tabulka 4.	Celková tabulka pro zdroj informací o právech pacientů	42
Tabulka 5.	Byl/a jste seznámena s právy pacientů na tomto geriatrickém oddělení?	43
Tabulka 6.	Celková tabulka pro otázku: Byl/a jste seznámena s právy pacientů na tomto geriatrickém oddělení?	43
Tabulka 7.	Byl/a jste při přijetí seznámena všeobecnou sestrou s provozem na tomto oddělení?	44
Tabulka 8.	Seznámila Vás všeobecná sestra při podpisu formuláře „Souhlas s hospitalizací“ s jeho obsahem?	45
Tabulka 9.	Celková tabulka pro otázku: Seznámila Vás všeobecná sestra při podpisu formuláře „Souhlas s hospitalizací“ s jeho obsahem?	45
Tabulka 10.	Znalost jmen všeobecných sester	47
Tabulka 11.	Jak se respondenti dověděli jména sester?	47
Tabulka 12.	Seznamují Vás všeobecné sestry s výkonem, který u Vás hodlají provádět?	49
Tabulka 13.	Setkal/a jste se někdy s porušením povinné mlčenlivosti ze strany všeobecných sester?	51
Tabulka 14.	Respektují všeobecné sestry při ošetrovatelské péči Vaši intimitu a stud? .	52
Tabulka 15.	Uved'te, jakým způsobem jsou Vám sdělovány důvěrné informace.....	54
Tabulka 16.	Jste zapojován/a do rozhodování o léčbě a ošetřování?	55
Tabulka 17.	Setkal/a jste se někdy osobně s hrubým fyzickým zacházením ze strany všeobecných sester?	56
Tabulka 18.	Stalo se Vám někdy, že s Vámi některá z všeobecných sester mluvila hrubě nebo netaktně?	57
Tabulka 19.	Měla jste možnost vyjádřit své stanovisko či přání k provádění ošetrovatelské činnosti?	59
Tabulka 20.	Jakým způsobem Vás všeobecné sestry na tomto oddělení oslovují?	60

Tabulka 21.	Najdou si všeobecné sestry dostatek času, aby Vás vyslechly?	61
Tabulka 22.	Jsou všeobecné sestry ochotny vysvětlit Vám věci, kterým v souvislosti s ošetrovatelskou péčí nerozumíte?	62
Tabulka 23.	Byl/a jste seznámen/a s návazností léčby po propuštění z nemocnice?	63
Tabulka 24.	Pomáhají Vám všeobecné sestry při úkonech, které nejste schopen/na zvládnout sám/sama?	64
Tabulka 25.	Víte, jestli jsou na tomto oddělení dané návštěvní hodiny?.....	66
Tabulka 26.	Chtěla byste, aby Vás rodina a přátelé mohli navštívit kdykoli během dne?	67
Tabulka 27.	Myslíte si, že jsou na tomto oddělení práva pacientů dodržována?.....	68
Tabulka 28.	Rozdělení respondentů podle věku a pohlaví	69
Tabulka 29.	Pacientka A, Pohybový režim: ležící	72
Tabulka 30.	Pacientka B, Pohybový režim: ležící	74
Tabulka 31.	Pacientka C, Pohybový režim: ležící	76
Tabulka 32.	Pacientka D, Pohybový režim: chodící	78
Tabulka 33.	Pacientka E, Pohybový režim: chodící	80
Tabulka 34.	Pacientka F, Pohybový režim: chodící.....	82

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Modlitba ve stáří (Dienstbier, 2009)

PŘÍLOHA P II: Etický kodex práva pacientů

PŘÍLOHA P III: Evropská charta práv seniorů

PŘÍLOHA P IV: Souhlas s hospitalizací

PŘÍLOHA P V: Souhlas s dotazníkovým šetřením

PŘÍLOHA P VI: Umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P VII: Strukturovaný rozhovor

PŘÍLOHA P VIII: Pozorování pacientky A

PŘÍLOHA P IX: Pozorování pacientky B

PŘÍLOHA P X: Pozorování pacientky C

PŘÍLOHA P XI: Pozorování pacientky D

PŘÍLOHA P XII: Pozorování pacientky E

PŘÍLOHA P XIII: Pozorování pacientky F

PŘÍLOHA P I: MODLITBA VE STÁŘÍ (DIENSTBIER, 2009)

Sv. František Saleský (1567 – 1622), Biskup ženevský a zakladatel řádu seleziánů

Pane, ty víš lépe než já, že den ode dne stárnu a jednoho dne budu starý.

Chraň mne před domněnkou, že musím při každé příležitosti a ke každému tématu něco říct.

Zbav mne velké náruživosti chtít dávat do pořádku záležitosti druhých.

Nauč mne, abych byl uvážlivý a ochotný pomáhat, ale abych přitom nešťoural a neporučnickoval.

Zdá se mi, že je škoda z přemíry moudrosti nerozdávat – ale Ty, Pane, víš, že bych si rád udržel pár svých přátel.

Nauč mne, abych dokázal mlčky snášet své nemoci a obtíže. Přibývá jich a chuť hovořit o nich roste rok od roku.

Netroufám si prosit, abys mi dal dar s radostí poslouchat druhé, když líčí své nemoci, ale nauč mne trpělivě je snášet.

Také se neodvažuji prosit o lepší paměť – ale jen o trochu větší skromnost a menší jistotu, když se má paměť neshoduje s jejich pamětí.

Nauč mne obdivuhodné moudrosti umět se mýlit.

Drž mne, abych byl jak jen možno, laskavý. Starý morous je korunní dílo d'áblovo.

Nauč mne u nich odhadovat nečekané schopnosti a dej mi krásný dar, abych se také o nich dovedl zmínit.

Mám vrásky a šedé vlasy. Nechci si stěžovat, ale Tobě, Pane, to říkám – bojím se stáří.

Je mi tak, jako bych se musel rozloučit, nemohu zastavit čas.

Pociťuji, jak den ze dne ztrácím sílu a přicházím o bývalou krásu.

Byl jsem pyšný na to, že se stále ještě mohu měřit s mladými. Ted' cítím a uznávám, že již toho nejsem schopen. Byl bych směšný, kdybych se o to pokoušel.

Ale Ty, Pane, říkáš: kdo věří ve mne, tomu narostou křídla, jako orlovi.

Dej mému srdci sílu, abych život přijal tak, jak jej ty řídíš.

Ne mrzoutsky, ne lítostivě se skleslou náladou, ne jako odcházející, ale jako vděčný a připravený ke všemu, k čemu mne Ty ještě povoláš.

A k tomu mi dej všechnu sílu srdce.

Amen.

PŘÍLOHA P II: ETICKÝ KODEX PRÁVA PACIENTŮ

Úplný text etického kodexu práv pacientů:

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 takového 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 a 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 více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich zúčastní.

4/ Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být 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 vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultním zařízení, pokud si tyto osoby nemocný sám vybral.

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 poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8/ Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude uvedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou 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 kdykoli, a to i 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 musejí 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 bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

PŘÍLOHA P III: EVROPSKÁ CHARTA PRÁV SENIORŮ

Obecné zásady:

Zdravotní péče musí být přiměřená zdravotnímu stavu a stupni závislosti ne finančním možnostem seniora. Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče, v případě vzniku závažnějších problémů je ne místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

Komunikace a informace:

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně,
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným,
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obracejí,
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu,
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech,
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát,
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejich možných rizik,
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama,
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost,
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď,
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci,

- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

Podpora zdraví:

Starší občan může očekávat, že bude informován:

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

Léky:

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

Dále je žádoucí:

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

Transport:

Starší občan může očekávat:

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

Zdravotní problémy

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

Poruchy paměti

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

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti,
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého.

Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samotný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných.

Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

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

Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolicí, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení.

V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

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

Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař.

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmů budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu,
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů,
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy,
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta,
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení,
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav.

Zotavení a rehabilitace

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

- aby zůstaly v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení,

- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů,
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života,
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

Propuštění z nemocnice

Je žádoucí a nutné:

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

Denní centra

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

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

Respitní péče

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

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

Komunitní a sociální služby

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

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

PŘÍLOHA P IV: SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

Jméno:

Příjmení:

R.č.:

Poučení a souhlas s hospitalizací



oddělení:

Vážená paní, vážený pane,
dovoďte, abychom Vás přivítali v Nemocnici Milosrdných bratří.
Na základě posouzení zdravotního stavu je Vám navržena léčba v rámci hospitalizace. Pokud
s navrhovaným řešením souhlasíte, žádáme Vás tímto o souhlas stvrzený Vaším podpisem.

SOUHLAS

I.
 Souhlasím s navrženou hospitalizací a potvrzuji tímto, že jsem byl/a ošetřujícím
lékařem informován/a o mém aktuálním zdravotním stavu

II.
 Souhlasím s odběrem biologického materiálu a vyšetřeními, potřebnými
k diagnosticko-léčebné péči.

III.
 Souhlasím, aby mnou přinesené léky v originálním balení z domova byly v úschově
na vyšetřovně oddělení a byly mi podávány všeobecnými sestrami na základě ordinace
lékaře. Souhlasím s navrhovaným způsobem podávání léků.

IV.
 Souhlasím, aby mi zbylé přinesené léky byly vráceny po ukončení hospitalizace.
Byla mi srozumitelně vysvětlena rizika, která by vyplývala z neuložení léků do úschovy
zdravotníků.

V.
 Souhlasím, aby v rámci výuky studenti zdravotnických škol a studenti lékařských fakult
náhlíželi do mé zdravotní dokumentace a byli přítomni při vyšetření v průběhu hospitalizace.

VI.
 Souhlasím, aby lékaři, kteří poskytují zdravotní péči v Nemocnici Milosrdných bratří,
podávali informace o mém zdravotním stavu níže uvedeným osobám (manžel/ka, dcera, syn).

Jméno, příjmení	Bydliště	Příbuzenský vztah	Telefon

Tímto zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost ty lékaře, které výše uvedená osoba požádá o sdělení informace o mém zdravotním stavu.

SOUHLAS NEPŘEVEDEN

z důvodu:

NESOUHLAS

v bodech I II III IV V VI

z důvodu:

Datum/hodina:

Podpis a razítko lékaře:

Podpis pacienta/zákonného zástupce:

Podpis a razítko sestry:

POUČENÍ

I.

- Domácí řád oddělení, práva pacientů (charta práv dětí) jsou viditelně umístěny ve společenských prostorách a jsou Vám k dispozici.

II.

- Za finanční obnos a cennosti, které neuložíte do centrálního trezoru, personál neodpovídá.

III.

- Zákaz kouření ve vnitřních prostorách nemocnice (Sbírka zákonů č. 379/2005§ 8).

IV.

- Používání soukromých el. spotřebičů je na vlastní nebezpečí, nemocnice nenese riziko za vznik úrazů při používání soukromých spotřebičů.

Datum/hodina::

Podpis a razítko sestry:

Podpis pacienta/zákonného zástupce:
(popř. svědka)

Poučení pacienta neprovedeno

z důvodů:

PŘÍLOHA P V: SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	IVA NEMLCOVÁ
Téma bakalářské práce	GERIATRICKÝ PACIENT A JEHO PRAVA
Skupina respondentů	senioři ve věku od 65 let
Pracoviště	GERIATRICKÉ ODDELENÍ


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 29.10.2010

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
760 01 ZLÍN

Mgr. Anna Krátká, Ph.D. 
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Nemocnice MILOSRDNÝCH BRATŘÍ, p.o.
Mgr. Alena Kernová
náměstkyně pro ošetřovatelskou péči
639 00 Brno, Polní 3


razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P VI: UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	IVA NĚMCOVÁ
Téma bakalářské práce	GERIATRICKÝ PACIENT A JEHO PRAVA
Pracoviště	GERIATRICKÉ ODDĚLENÍ

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 29. 10. 2010

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Nemocnice MILOSRDNÝCH BRATŘÍ, p.o.
Mgr. Alena Kernová
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
639 00 Brno, Polní 3

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P VII: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

1. Setkal/a jste se někdy s pojmem „Práva pacientů?“

Ano Ne

2. Pokud jste získal/a o Právech pacientů nějaké informace, vzpomenete si, z kterého zdroje jste se o nich dozvěděl/a?

Televize Rozhlas Zdravotnické zařízení Jinak

3. Byl/a jste seznámena s právy pacientů na tomto geriatrickém oddělení?

Ano Ne

4. Byl/a jste při přijetí seznámen/a všeobecnou sestrou s provozem na tomto oddělení?

Ano Ne

5. Seznámila Vás všeobecná sestra při podpisu formuláře „Souhlas s hospitalizací“ s jeho obsahem?

Ano Ne

6. Znáte jména všeobecných sester, které o Vás na tomto oddělení pečují?

Ano Ne Částečně

Jak jste se jména dozvěděl/a?

7. Seznamují Vás všeobecné sestry s výkonem, který u Vás hodlají provádět?

Ano Ne

8. Setkal/a jste se někdy s porušením povinné mlčenlivosti ze strany všeobecných sester?

Ano Ne

9. Respektují všeobecné sestry při ošetrovatelské péči Vaši intimitu a stud?

Ano Ne

10. Uved'te, jakým způsobem jsou Vám sdělovány důvěrné informace.

Vizita Ošetřovna Jinak

Vyhovuje Vám tento způsob informování?

11. Jste zapojován/a do rozhodování o léčbě a ošetřování?

Ano Ne

12. Setkal/a jste se někdy osobně s hrubým fyzickým zacházením ze strany všeobecných sester?

Ano Ne

13. Stalo se Vám někdy, že s Vámi některá z všeobecných sester mluvila hrubě nebo netakt-
ně?

Ano Ne

14. Měla jste možnost vyjádřit své stanovisko či přání k prováděné ošetřovatelské činnosti?

Ano Ne

15. Jakým způsobem Vás všeobecné sestry na tomto oddělení oslovují?

Vykání Pane,paní Jinak

Jste se způsobem oslovení nespokojen/a?

16. Najdou si všeobecné sestry dostatek času, aby Vás vyslechly?

Ano Ne

17. Jsou všeobecné sestry ochotny vysvětlit Vám věci, kterým v souvislosti s ošetřovatelskou
péčí nerozumíte?

Ano Ne

18. Byl/a jste seznámena s návazností léčby po propuštění z nemocnice?

Ano Ne

19. Pomáhají Vám všeobecné sestry při úkonech, které nejste schopni na zvládnout sám/sama?

Ano Ne

20. Víte, jestli jsou na tomto oddělení dané návštěvní hodiny?

Ano Ne

21. Chtěla byste, aby Vás rodina a přátelé mohli navštívit kdykoli během dne?

Ano Ne

22. Máte pocit, že jsou na tomto oddělení porušována práva pacientů?

Ano Ne

23. Pohlaví respondenta

24. Věk respondenta

1. 65 – 71

2. 72 – 76

3. 77 – 81

4. 82 – 86

5. 87 a více

PŘÍLOHA P VIII: POZOROVÁNÍ PACIENTKY A

Pacientka A, Pohybový režim: ležící

1. den pozorování

Sestra pacientku při hygieně ponechala obnaženou a poté si šla chystat materiál určený k převazu rány v podbřišku.

S pacientkou bylo manipulováno bez předchozího upozornění.

Ranní výživa do PEG podána pacientce bez vysvětlení prováděného výkonu.

Ponechána v křesle déle než tři hodiny i přes zjevnou nepohodu.

Nadměrné odhalení pacientky při polední úpravě.

Sestra na pacientku nepromluvila, ani ji neinformovala o činnosti, kterou u ní zamýšlí provádět. Náhlá a prudká manipulace s pacientkou při polohování u ní vyvolala úlek. Pacientka A reagovala mimikou a křečovitým úchopem postranice.

Sestra neupozornila v poledne pacientku na prováděný výkon – podání Nutrisonu do PEG.

Pacientka nebyla informována o podávaných lécích.

2. den pozorování

Nešetrné probuzení při ranní hygieně, sestra z pacientky bez upozornění strhla příkryvku, pacientka reagovala úlekem.

Po odhalení pacientky byla sestra přivolána k jinému lůžku, zanechala ji odkrytou.

Při krmení se sestra nepřizpůsobila tempu pacientky, pacientka měla následně obtíže s polykáním nadměrného množství jídla v ústech.

Na obličeji pacientky zůstaly zbytky jídla, sestra ji po krmení neočistila.

Při polední úpravě sestra nejprve vysvlékla pacientce košili, zatímco šla do skříně pro novou, nechala ji odkrytou.

Permanentní katetr zůstal zkřiven pod pacientkou při změně polohy na lůžku. Na hýždí pacientky zůstal jeho otisk, zhoršení odtoku moči.

Sestra neodstranila při úpravě pacientce zaschlé krusty z jazyka a rtů.

Pacientce dopoledne nebyly nabídnuty tekutiny.

Ponechána 4 hodiny bez změny polohy.

3. den pozorování

Po celkovém odhalení pacientky se sestra zabývala výměnou sáčku na sběr moči a manipulací se znečištěným prádlem.

Při převazu rány na břicho sestra znesterilnila materiál určený k jejímu krytí.

Pacientka nebyla s výkonem (převazem rány) předem seznámena.

Sestra neupozornila pacientku na plánovanou změnu polohy, když se polekaná pacientka začala chytat postranic, sestra reagovala zvýšeným hlasem: „Co děláte, hned se pusťte, nikdo Vás nebude tahat s postelí.“

Sestra neprovedla proplach čajem po podání bolusové dávky Nutrisonu do PEG.

Nešetrné polohování pacientky, prudké pohyby vedly k motorickému neklidu pacientky.

Nedostatečná úprava lůžka, ložní prádlo pod pacientkou zůstalo nevypnuto, sestra nevyměnila znečištěnou kapnu, pouze ji otočila naruby.

Pacientka odmítala mixovanou stravu, sestra jí páčila lžící mezi rty, zvyšovala na pacientku hlas: „Otevřete hned tu puslu!“ Ve spěchu krmení skončila značná část podávané stravy na tváři a oblečení pacientky.

4. den pozorování

Pacientka při mytí na lůžku celkově odhalena, sestra ji takto ponechala, než přivezla převazový vozík a nachystala vše potřebné k převazu rány na břicho.

Pacientka projevovala neobvyklý neklid, odhrnovala si peřinu a snažila se gestikulovat na procházející sestru. Sestra ji ve spěchu zakryla, pacientky si dál nevšímalá. Po krátké době se pacientka pokálela do lůžka.

Při očištění ponechána celkově odhalená, sestra se dlouze věnovala odklizení znečištěného prádla.

Po krmení sestra neočistila pacientce obličej od mixované stravy.

Na podání čaje s léky do PEG sestra použila stříkačku od vedlejší pacientky.

Sestra pacientku neupozornila na činnost, kterou u ní hodlá provádět (podání čaje do PEG).

Pacientka při odkrývání projevila úlek při odkrytí.

Léky podané do PEG nebyly sestrou pečlivě rozdrceny, došlo k ucpání PEG.

Pacientka polohována bez použití vhodných pomůcek. Výrazně zarudlé paty ponechány sestrou bez ošetření, antidekubitního opatření.

Pacientka přes den nedostatečně hydratována. Diuréza v odpoledních hodinách pouze 400 ml.

5. den pozorování

Nešetrné odhalení pacientky při ranní hygieně. Ponechána nahá, odkrytá až do převazu defektu v podbřišku.

Při převazu rány použila sestra nesterilní materiál.

Sestra při ranní hygieně opomenula péči o dutinu ústní, na rtech pacientky ponechány suché krusty.

Pacientka nepolohována v pravidelných dvouhodinových intervalech.

Po krmení sestra neočistila pacientce ústa od zbytků mixované stravy, zbytky jídla ulpěly při stékání po obličejí i na krku a ve vlasech.

Sestra neinformovala pacientku o prováděné činnosti – proplachu PMK, odkryla pacientku a po celou dobu výkonu mlčela.

Výrazně suchá, odlupující se kůže na nohou pacientky zůstala bez povšimnutí pečujících zdravotníků.

Pacientka posunuta dvěma sestrami na lůžku bez použití polohovací plachty – táhnuta po lůžku (vyvolán třecí efekt).

Pacientka odeslána na chirurgickou ambulanci ke kontrole zavedení PEG, nebyla na vyšetření upozorněna ani jí před převozem do sanitky nebylo řečeno, kam ji zřízenci vezou.

Sestra s pacientkou při práci u lůžka nekomunikovala, mlčky podávala léky do sondy, bez upozornění pacientku přetočila na levý bok.

PŘÍLOHA P IX: POZOROVÁNÍ PACIENTKY B

Pacientka B, Pohybový režim: ležící

1. den pozorování

Pacientka zůstala v době ranní hygieny asi 4 minuty celkově odhalena na lůžku. Sestra konverzovala s kolegyní.

Pacientka vyjadřovala opětovně žádost jít na stolicí. Sestra slovně zhodnotila, že jde o projev zmatenosti pacientky a mísu jí nepodala. Poté se pacientka pokálela do lůžka.

Sestra při čištění pacientky hlasitě komentovala zápach stolice. Vyjádřila se: „To je smrad, musíme otevřít okno. Kam se dneska podívám všude samá hovna.“

Sestra otevřela v chladném počasí okno nad pacientkou, která byla obnažena.

Spící pacientce byl bez upozornění aplikován inzulín.

Při výměně košile znečištěné stravou, sestra pacientku nechala nahou a nezakrytou v lůžku po dobu, než ze skříně přinesla čisté prádlo.

2. den pozorování

Nadměrné odhalení pacientky při ranní hygieně.

Sestra použila při převazu dekubitu znesterilněný materiál. Vzhled rány a její zápach hodnotila s kolegyní nad ležící pacientkou: „Vidělas, jak to hrozně vypadá? To je puch, nechtěla bych vidět, co všechno dýcháme.“

U pacientky hnisavý výtok z očí, sestra na výplach použila místo borové vody nesterilní gázu navlhčenou pod tekoucí vodou.

Zavedení glycerinového čípku bez upozornění a souhlasu pacientky.

Sestra sundala pacientce ušpiněnou košili, nechala ji odhalenou po dobu převazu dekubitu v sakrální oblasti.

Pacientka znečištěna stolicí, kůže u ní nebyla dostatečně očištěna, zarudnutí v oblasti sakra ponecháno sestrou bez povšimnutí.

Aplikace inzulínu bez upozornění na prováděný úkon.

Pacientka ponechána ve stejné poloze 3 a ½ hodiny.

Nedostatečná péče o dutinu ústní. Na jazyku pacientky ponechán povlak, na zubní protéze zbytky jídla.

Sestra nechala bez povšimnutí dlouhé, špínou zanesené nehty pacientky.

Při vysazení pacientky špatné umístění močového katetru, pacientka si ho přisedla.

3. den pozorování

Při ranní hygieně nebrán ohled na přítomnost pacientky, sestry spolu hlučně konverzovaly.

Pacientka zůstala nahá při úpravě lůžka, oknem nad pacientkou proudil studený vzduch, venkovní teplota asi -3°C

Pacientka opětovně neupozorněna na aplikaci inzulinu.

Sběrný sáček na moč výrazně zanesen močovou sedlinou, ponechán bez výměny i proplachu.

Pacientka vysazena v křesle, kde ponechána 5 hodin bez změny polohy.

Sestra pacientce během dopoledne nenabídla tekutiny.

Při polohování pacientky nepoužity správně antidekubitní pomůcky, tlak kolen vleže na boku způsobil výrazné zarudnutí kůže v těchto místech.

Krmena příliš rychle bez ohledu na projevy nelibosti, znečištěna značná část obličeje mixovanou stravou.

U pacientky známy obtíže s konzumací nemixované stravy, léky jí byly podány sestrou nedrcené s příkazem je spolknout. Sestra stála nad ní a do plných úst jí vstříkovala nepřiměřené množství čaje, který jí stékal koutky úst na košili.

Pacientka nebyla polohována v pravidelných intervalech.

Nešetrným odstraněním náplasti pacientce stržena kůže.

4. den pozorování

Odběr krve prováděla sestra u spící pacientky bez slovního vysvětlení zamýšlené činnosti a souhlasu pacientky.

Ruka pacientky byla při odběru zaškrcena manžetou nepřiměřeně dlouho.

Zdlouhavé odhalení pacientky na lůžku při ranní hygieně.

Při polohování bylo pacientkou nešetrně manipulováno, nedošlo k předchozímu upozornění na zamýšlenou činnost. Reakcí pacientky byla bolestná grimasa, výrazný projev motorického neklidu.

Při očištění od stolice, byla pacientka celkově odhalena. Prostěradlo ušpiněné stolicí ponecháno pod pacientkou, pouze překryto jednorázovou podložkou.

Výrazné zahlenění pacientky s počínajícím kašlem ponecháno sestrou bez povšimnutí.

Drcené léky nasypala sestra při krmení pacientky do podávaného jídla, pacientka následně stravu konzumovala se zjevným nechutenstvím.

5. den pozorování

Pacientka celkově odhalena při mytí na lůžku, po dobu výkonu si stěžovala na to, že je jí zima. Sestra na stížnosti nereagovala.

V sakrální oblasti u pacientky se objevilo výrazné zarudnutí pokožky, vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu a imobilitě bylo jednou z možných diagnóz velké riziko vzniku dekubitů. Při posouvání pacientky na lůžku nebylo použito “ polohovačky“, polohování se uskutečnilo sunutím pacientky po podložce, došlo ke třecímu efektu. Na oblast sakra neaplikovala sestra žádný prostředek.

Sestra neupozornila pacientku na aplikaci inzulínu, stáhla z ní přikrývku a aplikovala inzulín do paže.

Sestra informovala rodinu pacientky o jejím stavu u lůžka na pokoji za přítomnosti nepovolených osob.

Pacientka nesprávně polohována na boku, paretická končetina ponechána visící, přeložená přes trup pacientky, DK ve výrazné flexi.

Při napájení došlo k potřísnění košile pacientky čajem, sestra košili nevyměnila.

Při úpravě na lůžku nebyly pacientce učešány rozčuchané vlasy, sestra pod ní ponechala podložku potřísněnou krví.

Sestra pacientku vysadila do křesla, přes kolena jí položila župan, pacientka na nohou neměla papuče, opírala se bosými chodidly o zem.

PŘÍLOHA P X: POZOROVÁNÍ PACIENTKY C

Pacientka C, Pohybový režim: ležící

1. den pozorování

Neupozorněna na podání stravy do sondy.

Dlouze trvající obnažení pacientky při ranní hygieně. Sestra šla do skříně pro čisté prádlo a věnovala se polohování jiné pacientky.

Pacientka se voláním snažila přivolat sestru k lůžku. Sestra stála nedaleko pacientky, na její verbální projevy nereagovala.

Dvě sestry stojící u jednoho lůžka a polohující pacientku spolu hlasitě konverzovaly. Na pacientku se při tom nedívaly ani s ní nekomunikovaly.

Vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientky – kompresivní fraktura Th 12, bylo s pacientkou nešetrně manipulováno, při přetáčení do boků prudkými pohyby. Pacientka verbálně signalizovala bolest.

Odhalení genitálií pacientky po dobu proplachu PMK.

Aplikace injekce určené k řešení akutní bolesti zad bez předchozího upozornění pacientky na zamýšlený výkon. Pacientka se při změně polohy točila zpět na záda. Reakce sestry: „Co děláte? Otočte se.“

2. den pozorování

Při zavádění PMK sestra nepoužila Mesocain gel, který se nacházel na převazovém vozíku. Nedostatečné očištění genitálií před zavedením PMK.

Pacientka neseznámena s výkonem (zaváděním PMK), nebyla tázána, zda s výkonem souhlasí.

Pacientka myta na lůžku při celkovém odhalení.

Sestra opomenula nasadit Jewetův korzet při vertikalizaci pacientky do sedu.

Sestra odkryla pacientku a aplikovala injekčně Tramal, pacientku s výkonem neseznámila.

Sestra sundala pacientce znečištěnou košili, a než ji vyměnila za jinou, povlekla nejprve kapnu.

Z důvodu snahy pacientky vytáhnout si zavedenou sondu, sestra fixovala pacientce ruku k postranici. Pacientka ponechána bez změny polohy přes 4 hodiny.

V lůžku, pod tělem pacientky, po aplikaci intramuskulární injekce sestrou zapomenut kryt z jehly.

3. den pozorování

Pacientka silně znečištěna stolicí, genitálie pacientky čištěny nešetrně, směrem od rekta k pochvě – riziko infekce.

Při očištění dlouhodobé odhalení pacientky bez dodržení intimity.

Sestra komentovala zápach stolice za přítomnosti dané pacientky i ostatních spolupacientek: „Cože, už zase? Kolikrát to budeme ještě dneska muset čistit?“

Pacientka při převlékání celkově obnažena, po dobu očištění ponecháno nad ní pootevřené okno, které sestra otevřela, aby dle jejích slov „nepadla smradem“.

Při vertikalizaci pacientky do sedu opět opomenuto nasazení Jewetova korzetu.

Při manipulaci, změně polohy na lůžku, pacientka vykřikla a slovně vyjádřila bolest zad. Reakce sestry: „Přestaňte vyvádět!“

Pacientka se dopoledne jevila jako klidná až nadměrně spavá, sestra jí podala tabletovou Tiapru, protože byla lékařem naordinovaná.

Pacientka neinformována o podání léků do sondy.

Pacientka neinformována o podání stravy – Nutrisonu do sondy.

Při manuálním vybavování stolice sestra s pacientkou nekomunikovala. Výkon prováděla bez použití vazelíny nebo jiného lubrikantu. Pacientka projevovala verbálně i grimasou nelibost, snažila se otočit zpět na záda.

Reakce sestry: „Přestaňte sebou hýbat, zůstaňte na boku. Nic tak strašného Vám nedělám.“

4. den pozorování

Pacientka při ranní hygieně celkově odhalena. Sestra pacientce neumyla genitálie, neučesala vlasy.

Nedostatečná péče o dutinu ústní, na zubní protéze ponechány zbytky stravy.

Sestra nepřevlekla u pacientky znečištěnou kapnu, pouze ji obrátila, aby dané místo nebylo patrné při zevrubném pohledu.

Při napájení byla pacientce pomokřena noční košile, sestra pacientce košili nevyměnila.

Při polohování pacientky na pravý bok si pacientka přilehla pravou horní parietickou končetinu.

Pacientka měla pod tělem zkřivený permanentní močový katetr, byl omezen odtok moči, pacientka měla na hýždích výrazný otlak od močového katetru.

Pacientka neinformována o podání léků do sondy, sonda nepropláchnuta po podání léků.

Pacientka neinformována o podání stravy – Nutrisonu do sondy.

Pacientka pravidelně nepolohována, ponechána v jedné poloze téměř celé dopoledne.

Pacientka nedostatečně napájena.

Sestra neočistila pacientce zanícené oči, na možný zánět lékařku neupozornila.

U pacientky výrazně suchá kůže. Příbuzní zakoupili několik krémů, sestra je nepoužila, suchá pokožka ponechána bez ošetření.

5. den pozorování

Zdravotní stav pacientky zhoršen, objevily se subfebrilie, potíže s dýcháním, pacientka celkově somnolentní. Lékařem zhodnocen stav jako terminální.

S pacientkou nekomunikováno, permanentní žilní katetr zaveden bez upozornění na prováděný výkon.

Po aplikaci infuze s Novalginem se pacientka silně opotila, sestra jí vlhkou košili ponechala.

Sestra se u lůžka pacientky hlasitě smála při konverzaci s kolegyní.

Rodina pacientky neinformována o zhoršení jejího zdravotního stavu.

Při čištění pacientky od stolice s ní sestry nešetrně manipulovaly při změnách poloh.

Sestra hodnotila neustálý odchod stolice verbálně, použila slova: „Už je zase podělaná.“

Pacientka ponechána při očištění delší dobu nahá na lůžku.

Hygienu u pacientky provedla sestra bez péče o dutinu ústní.

Znečištěný polštář sestra otočila naruby bez výměny povlečení.

Pacientka ponechána 8 hodin v poloze na levém boku.

Při večerní úpravě pacientka pokálená, po odhalení ji sestra ponechala nahou na lůžku, šla do skříňe pro ložní prádlo, pak do druhého pokoje pro jednorázovou podložku. Při očištění pacientky a úpravě lůžka sestry vedly hlučnou konverzaci.

PŘÍLOHA P XI: POZOROVÁNÍ PACIENTKY D

Pacientka D, Pohybový režim: ležící

1. den pozorování

Při příjmu sestra po sepsání věcí předložila pacientce formulář Souhlas s hospitalizací. Pacientka nebyla informována o obsahu této listiny. Při pokynu sestry „Tady to podepište,“ uposlechla výzvu.

Sestra se pacientce při příjmu nepředstavila, neseznámila ji s provozem na oddělení.

Pacientka projevila zájem dozvědět se informace o průběhu rehabilitace, sestra poukázala na svůj nedostatek času a odbyla pacientku odpovědí, že jí tuto informaci jistě někdo sdělí.

Pacientka požádala přítomnou sestru o doprovod na záchod při potřebě defekace, byla odkázána na použití WC křesla umístěného v pokoji. Pacientce bylo použití WC křesla vzhledem k ostatním pacientkám zcela zjevně nepříjemné (soudě dle mimiky a slovního hodnocení dané situace).

Sestra bez instrukcí položila nachystané léky na stolek pacientky a odešla. Pacientka si nebyla jistá, zda má léky užít hned, nebo čekat na pokyn zdravotníků. Ptala se ostatních spolupacientek.

2. den pozorování

Pacientka ráno požádala sestru o doprovod na WC křeslo, sestra jí odpověděla, že má nasazenou jednorázovou plenu.

Ranní léky položila sestra pacientce bez komentáře na noční stolek.

Sestra odhalila pacientku a aplikovala jí glycerinový čípek před ostatními pacienty.

Informace o zdravotním stavu a léčbě byly pacientce podány na pokoji v přítomnosti ostatních spolupacientek.

3. den pozorování

Při ranní hygieně ponechána nahá vysazena na WC křesle, noční košile uložena mimo dosah pacientky. Sestra z pokoje odešla, pacientka se nezvládla sama zvednout a obsloužit.

Pacientka prokazovala značnou nemotornost při oblékání košile, potíže se zasunutím ruky do rukávu. Požádala přítomnou sestru o pomoc. „Jen se snažte,“ odvětila tázaná a otočila se k pacientce zády.

Pacientka použila několikrát signalizaci z důvodu nucení na stolicí, WC křeslo bylo umístěno v příliš velké vzdálenosti od pacientky, přes obavu z pádu se rozhodla situaci řešit sama. Sestra reagovala na 4. signalizaci, po příchodu na pokoj s pacientkou mluvila zvýšeným hlasem: „Říkala jsem Vám, abyste sama nechodila!“

Pacientka požádala sestru o teplý čaj. Sestra odpověděla: „Nejste v hotelu.“

4. den pozorování

Pacientka požádala sestru o doprovod na vzdálené WC z důvodu nucení na stolicí, sestra tuto službu z nedostatku času odmítla, doporučila pacientce použít WC křeslo umístěné na pokoji. Sestra informovala rodinu pacientky o jejím zdravotním stavu v pokoji, kde byly přítomny ostatní pacientky.

Sestra opomenula zkontrolovat, zda si pacientka vzala polední léky, ty zůstaly ležet na nočním stolku do odpoledních hodin, pacientka nebyla poučena o jejich užití.

5. den pozorování

Při zavádění glycerinového čípku na lůžku došlo k nadměrnému odhalení pacientky.

Pacientka ráno mírně zmatená, rozrušená, dle ordinace lékaře podána sestrou tableta Tiapry.

Při dotazu pacientky na podávaný lék, sestra odpověděla: „To Vám ordinovala paní doktorka, musíte to sníst.“

PŘÍLOHA P XII: POZOROVÁNÍ PACIENTKY E

Pacientka E, Pohybový režim: ležící

1. den pozorování

Sestra pacientku ráno při hygieně před ostatními pokárala za lůžko znečištěné močí. Řekla: „To jste se nemohla posadit na WC křeslo? Teď abych převlékala celou postel.“

Pacientka byla nucena sedět po vysvlečení znečištěné košile nějakou dobu nahá na židli, než jí sestra podala čisté prádlo.

Pacientka si sestře stěžovala na bolestivost pravé dolní končetiny. Sestra obrátila oči v sloup. „Ukažte, vždyť tam nic nemáte, to bude dobré.“

Sestra položila bez vysvětlení na stolek pacientky lékovku s léky.

Zdravotní stav pacientky s ní byl probírán na pokoji mezi ostatními pacientkami.

2. den pozorování

Odběr krve provedla sestra bez dotazu na souhlas pacientky.

Pacientka si stěžovala sestře na nekomfort kvůli vlhkosti noční košile, dle jejích slov se v noci nadměrně potila, sestra sáhla na košili pacientky a řekla: „Už to máte suché.“

V poledne při přesunu na WC křeslo pacientka ztratila rovnováhu a upadla. Nálada se jí zhoršila. Sestra vešla do pokoje, mračila se: „Co děláte? Teď abych volala doktorku!“ Uchopila pacientku pod paží a prudce ji postrčila směrem k lůžku. Pacientka byla během odpoledne plačtivá.

3. den pozorování

Pacientka byla ráno dle mimických i verbálních projevů psychicky dekompenzovaná, v noci tvrdě usnula a ráno se probudila v mokřém lůžku. Sestra se tvářila velmi nepřívětivě a dané pacientce znečištěné lůžko před ostatními vytkla.

Pacientka seděla při stlaní lůžka nahá na židli a čekala, až jí sestra podá po úpravě noční košili.

Sestra podala pacientce nedostatečné informace o naměřeném TK. Při jejím dotazu na hodnotu tlaku, odpověděla sestra pouze, že je nízký. Pacientka nebyla poučena o riziku pádu a pitném režimu.

4. den pozorování

Pacientka si ráno opětovně stěžovala na bolesti zad, sestra na její obtíže nereagovala, analgetika byla podána se zpožděním v rámci ordinace lékaře u vizity.

Pacientka se chtěla sestry dotázat na věci, které ji zajímaly, sestra se během hovoru věnovala úpravě stolků na pokoji, rovnání lůžkovin, stavěla se k pacientce zády, snažila se hovor co nejdříve ukončit.

Pacientce měřen krevní cukr, nebyla dotázána na souhlas s tímto odběrem ani seznámena s jeho výsledkem.

5. den pozorování

Pacientka projevila zájem dozvědět se jméno ošetřujícího lékaře a personálu. Sestra jí sdělila pouze jméno lékařky, dále ji už neinformovala. Vyjádřila svůj názor, že by si to pacientka stejně nezapamatovala.

Pacientka při ranní hygieně požádala sestru, zda by jí neumyla záda. Sestra požadavek nesplnila, odpověděla: „Musíte se snažit být víc samostatná.“

Pacientka nebyla upozorněna na léky, které bylo potřeba užít 30 minut před jídlem, všechny si vzala po snídani.

PŘÍLOHA P XIII: POZOROVÁNÍ PACIENTKY F

Pacientka F, Pohybový režim: ležící

1. den pozorování

Zarudnutí třísel a konečníku u pacientky řešila sestra aplikací masti odhalením pacientky na pokoji.

Sestra odešla z pokoje, přestože s ní pacientka stále ještě konverzovala.

Pacientka nebyla informována o důvodu odběru krve ani nebyla tázána, zda s výkonem souhlasí.

Sestra nevěděla, k jakému účelu podávaný lék slouží. Na dotaz pacientky odpověděla, že je užití léku důležité, protože ho ordinovala paní doktorka.

2. den pozorování

Po osprchování a umytí vlasů pacientka doprovozena k lůžku, sestra otevřela v blízkosti pacientky okno při venkovní teplotě – 2°C. Vlasy pacientky byly ještě mokré.

Sestra oslovila pacientku křestním jménem.

Při podávání stravy projevila pacientka zájem o zeleninový salát, sestra jí ho dát odmítla, salát nebyl určen pro diabetiky. Důvod odmítnutí nebyl pacientce sdělen.

Sestra položila mlčky pacientce léky na stolek u lůžka.

3. den pozorování

Chybné podání léku, pacientka neupozorněna na užití Letroxu na lačno, všechny léky užila až po snídání.

Pacientka měla ráno třikrát řídkou stolicí, k obědu kromě brambor s kuřecím masem jí sestra podala špenátovou polévku s mléčným základem.

Pacientce nedostatečně vysvětlen způsob užití Smecty rozpuštěné v čaji, upila pouze třetinu tekutiny, její zbytek zůstal ve sklenici až do odpoledních hodin.

Sestra pacientku oslovila křestním jménem bez souhlasu pacientky, zda jí dané oslovení vyhovuje.

4. den pozorování

Pacientka pocítila nucení na močení jako urgentní potřebu, vydala se bez přezůvek na WC křeslo, kam nestačila dosednout, část moči potřísnilo podlahu kolem WC křesla. Sestra utřela znečištěnou podlahu, pacientka se vrátila zpět na lůžko bez očisty chodidel.

Léky položeny před pacientku bez průvodního vysvětlení.

U pacientky výrazné snížení příjmu tekutin, pacientka spavá, snížená pohybová aktivita. Sestra tuto skutečnost nezaznamenala.

5. den pozorování

Při ranní hygieně čekala vysvlečená na lůžku, až jí sestra přinese čistou košili. Sestra před přinesením košile ustlala lůžko a převlekla kapnu.

U vizity byla upozorněna na blížící se ukončení hospitalizace. Informace podané pacientce nebyly vzhledem k jejím osobním předpokladům dostačující. Pacientka verbálně signalizovala nejistotu při otázkách souvisejících se zdravotním stavem, přechodným pobytem a omezenou možností pohybu.

Sestra položila před pacientku léky bez průvodního vysvětlení.

Pacientka byla sestrou upozorňována na své problémy s inkontinencí moči před ostatními pacientkami.